



ΕΛΛΗΝΙΚΗ  
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ  
HELLENIC SOCIETY  
FOR INFECTIOUS DISEASES

# 22<sup>o</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο Λοιμώξεων

# 2-5

Μαρτίου 2023

Αθήνα, Ξενοδοχείο  
Divani Caravel  
Αίθουσα Ολυμπία

Με τη συνεργασία της  
**Ελληνικής Εταιρείας Χημειοθεραπείας**

Θα χορηγηθούν 31 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης  
(CME-CPD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

**Γραμματεία: FOCUS ON HEALTH**  
Ιωάννου Γενναδίου 16, 115 21 Αθήνα  
T: 210 7223046 • F: 210 7223220 • e-mail: events@focusonhealth.gr

[www.loimoxeis23.fohevents.gr](http://www.loimoxeis23.fohevents.gr)

[www.loimoxeis.gr](http://www.loimoxeis.gr)

**Τελικό Πρόγραμμα**  
.....  
**Περίληψης Εργασιών**



Menarini Hellas



ΕΛΛΗΝΙΚΗ  
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ  
HELLENIC SOCIETY  
FOR INFECTIOUS DISEASES

## Διοικητικό Συμβούλιο Ελληνικής Εταιρείας Λοιμώξεων

Πρόεδρος: Σ. Τσιόδρας  
Αντιπρόεδρος: Μ. Μαραγκός  
Γεν. Γραμματέας: Ν.Β. Σύψας  
Ειδ. Γραμματέας: Β. Παπασταμόπουλος  
Ταμίας: Α. Αργυράκη  
Μέλη: Χ. Γώγος  
Σ. Μεταλλίδης  
Α. Μίχος  
Μ. Χίνη

## Οργανωτική Επιτροπή 22<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Λοιμώξεων

Πρόεδρος: Σ. Τσιόδρας  
Μέλη: Μ. Μαραγκός  
Ν.Β. Σύψας  
Β. Παπασταμόπουλος  
Α. Αργυράκη  
Χ. Γώγος  
Σ. Μεταλλίδης  
Α. Μίχος  
Μ. Χίνη

## Επιστημονική Επιτροπή 22<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Λοιμώξεων

Πρόεδρος: Ν.Β. Σύψας  
Αντιπρόεδρος: Α. Μίχος  
Μέλη: Σ. Ασημακόπουλος Φ. Ντζιώρα  
Σ. Γεωργιάδου Ν. Σπερνοβασίλης  
Μ. Γκαμαλέτσου Ά. Στέφος  
Δ. Καββαθά Ε. Χριστάκη  
Ε. Μυλωνά Θ. Χρυσανθίδης

## Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων

P.O Box 14223, Gr 11510  
T.: 2106983945 F.: 2106983945

Με τη συνεργασία των επιστημονικών εταιρειών:  
**Ελληνική Εταιρεία Χημειοθεραπείας**

## Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Εταιρείας Λοιμώξεων έχει την ιδιαίτερη χαρά και τιμή να σας προσκαλέσει στο **22<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Λοιμώξεων**, που θα διεξαχθεί στην Αθήνα, στο ξενοδοχείο Divani - Caravel από τις 2 έως 5 Μαρτίου 2023. Στόχος του συνεδρίου μας είναι η παρουσίαση των τελευταίων εξελίξεων στο πεδίο της Λοιμωξιολογίας ενώ η μαραθώνια πορεία της πανδημίας COVID-19 συνεχίζει να επηρεάζει βασικούς τομείς της νοσηρότητας και θνητότητας που σχετίζεται με τις λοιμώξεις. Η πανδημία της COVID-19 νόσου επηρέασε δραματικά τομείς της βασικής έρευνας, της επιδημιολογίας, της διάγνωσης και της θεραπείας των λοιμώξεων. Οι ήδη περισσότερες από χίλιες παραλλαγές του στελέχους «Όμικρον» τονίζουν την ανάγκη για συνεχή ιολογική επιτήρηση και επαγρύπνηση με την εμπιστοσύνη όμως πλέον στην έγκαιρη θεραπεία και τον εμβολιασμό, ιδιαίτερα των αυξημένου κινδύνου πληθυσμών. Ο εμβολιασμός έναντι της νόσου έσωσε δεκάδες εκατομμύρια ζωές σε όλο τον πλανήτη και πολλές δεκάδες χιλιάδες ζωές στην πατρίδα μας. Ήδη πολύ μεγάλο μέρος του πληθυσμού έχει εκτεθεί πλέον τουλάχιστον μια φορά στον ιό και τις παραλλαγές του ενισχύοντας την ονομαζόμενη «υβριδική ανοσία» που οδηγεί σε ηπιότερη κατά κανόνα νόσο και διευκολύνει την επάνοδο της κοινωνικής ζωής σε μια κανονικότητα. Στα πλαίσια όμως αυτά έχει ιδιαίτερη σημασία η φροντίδα της υγείας των ασθενών μετά την COVID-19 νόσο καθώς και η συσχέτιση της νόσου με επίμονα συμπτώματα, η οποία έχει εγείρει το ενδιαφέρον των διεθνών οργανισμών και απαιτεί περαιτέρω έρευνα για την κατανόηση των μηχανισμών και την επιτυχή ιατρική παρέμβαση και θεραπεία. Ιδιαίτερη επίσης σημασία έχει η ανασκόπηση των μαθημάτων από την πανδημία, η ενίσχυση των υποδομών υγείας και ιδιαίτερα αυτών που σχετίζονται με τις λοιμώξεις. Σημαντικός αριθμός διαλέξεων, στοργυλών τραπεζιών καθώς και εργασιών του συνεδρίου είναι αφιερωμένος στην πρόσφατη πανδημία με καταξιωμένους επιστήμονες με εμπειρία από το πεδίο που θα αναλύσουν τις τελευταίες εξελίξεις.

Για το φετινό συνέδριο η Οργανωτική Επιτροπή επιπλέον ετοίμασε ένα περιεκτικό πρόγραμμα με πολυσυλλεκτική θεματολογία, που περιλαμβάνει θέματα καθημερινής κλινικής πρακτικής με αναφορά στις λοιμώξεις που αφορούν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, στις λοιμώξεις των οστών και των αρθρώσεων, στις λοιμώξεις σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς ή αυτές που σχετίζονται με νεότερες ανοσολογικές θεραπείες, στην λεπτοσπείρωση, στην σύφιλη, στην HIV λοίμωξη και την χρήση prap στην πατρίδα μας καθώς και σε σπανιότερα λοιμώδη νοσήματα όπως την ευλογία των πιθήκων, την πολιομυελίτιδα, την χολέρα και τους αιμορραγικούς πυρετούς με αφορμή τις πρόσφατες επιδημίες. Ο κόσμος όπως απέδειξε η πανδημία είναι ένα παγκόσμιο χωριό με συνεχείς αναδυόμενες νόσους και η κοινότητα των λοιμωξιολόγων παραμένει στην πρώτη γραμμή της ετοιμότητας για την αντιμετώπιση τρεχόντων και μελλοντικών απειλών. Στα πλαίσια αυτά θα συζητηθούν και οι νέες γενιάς διαγνωστικές τεχνικές όπως το Next gen sequencing και τα meta-genomics καθώς και η μελλοντική χρησιμότητα τους στην κλινική πράξη.

Ένα σημαντικό στοργυλό τραπέζι θα συζητήσει θέματα παιδιατρικών λοιμώξεων όπως η πρόσφατη επιδημία ηπατίτιδας και τα βραχεία αντιμικροβιακά σχήματα.

Το πρόβλημα των πολυανθεκτικών παθογόνων παραμένει επίκαιρο και στο συνέδριο μας θα συζητηθούν τα τελευταία δεδομένα επιτήρησης, η επίδραση της πανδημίας στην ενδημία των συγκεκριμένων μικροοργανισμών στα νοσοκομεία μας καθώς και οι νεότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις και οι στρατηγικές περιορισμού. Την τελευταία ημέρα, στο καθιερωμένο στρογγυλό τραπέζι της Ελληνικής Εταιρείας Χημειοθεραπείας θα συζητηθεί η επιτήρηση των αντιμικροβιακών φαρμάκων στην Ελληνική πραγματικότητα όχι μόνο στα νοσοκομεία αλλά και στην κοινότητα. Στόχος όλων μας παραμένει η μείωση της άσκοπης χρήσης των αντιμικροβιακών.

Τέλος, οι ελεύθερες ανακοινώσεις αναμένονται με μεγάλο ενδιαφέρον, γιατί θα αποτυπώσουν την σημαντική ερευνητική δραστηριότητα των Ελλήνων ερευνητών στον τομέα της Λοιμωξιολογίας. Εφέτος θα παρουσιασθούν περίπου 90 εργασίες που αναδεικνύουν το μεγάλο εύρος των λοιμωξιολογικών δράσεων στα νοσοκομεία μας πολλά εκ των οποίων πλέον συμμετέχουν σε εθνικές και διεθνείς συνεργασίες με πρωτοπόρες δημοσιεύσεις.

Το συνέδριο μας παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για όλους μας και ιδιαίτερα τους νέους συναδέλφους με ενδιαφέρον στην Λοιμωξιολογία. Εξειδικευόμενοι συνάδελφοι θα παρουσιάσουν ενδιαφέροντα κλινικά περιστατικά λοιμώξεων με συνοδό σχολιασμό από έμπειρους λοιμωξιολόγους ενώ όλο το ΔΣ θα συμμετέχει σε ανοικτή συζήτηση για την σημασία της εξειδίκευσης στις λοιμώξεις, για την ανάγκη της ενίσχυσης των μονάδων λοιμώξεων και για το πόσο επίκαιρη και ουσιαστική είναι η προσφορά μας στο ΕΣΥ.

Το συνέδριο εφέτος θα τιμήσει με την παρουσία της και την εναρκτήρια διάλεξη η πρόεδρος του ECDC Andrea Ammon. Με ιδιαίτερο ενδιαφέρον αναμένουμε την τοποθέτηση της κορυφαίας Ευρωπαϊκής επιδημιολόγου και ηγέτιδος ενός από τους σημαντικότερους οργανισμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης με δράσεις που αφορούν όχι μόνο την επιτήρηση και αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19 αλλά και την εκτίμηση κινδύνου και την ετοιμότητα που αφορά συνολικά τις λοιμώξεις .

Η πλούσια θεματολογία, οι καταξιωμένοι ομιλητές και κυρίως η δική σας ενεργή συμμετοχή πιστεύουμε ότι θα συμβάλουν στην επιτυχία του συνεδρίου, ώστε να συνεχίσει να αποτελεί το κορυφαίο επιστημονικό γεγονός για την Ελληνική Λοιμωξιολογία.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Ο Πρόεδρος της Ε.Ε.Λ.



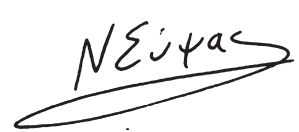
Σ. Τσιόδρας

Ο Αντιπρόεδρος της Ε.Ε.Λ.



Μ. Μαραγκός

Ο Γεν. Γραμματέας της Ε.Ε.Λ.



Ν.Β. Σύψας

# Γενικές πληροφορίες συνεδρίου

## Σημαντικές ημερομηνίες

Λήξη υποβολής περιλήψεων εργασιών 10 Φεβρουαρίου 2023

Έναρξη Συνεδρίου 02 Μαρτίου 2023

## Συνεδριακό κέντρο

Το συνέδριο θα διεξαχθεί υβριδικά. Το συνεδριακό κέντρο που θα πραγματοποιηθεί το Συνέδριο είναι το ξενοδοχείο Divani Caravel στην Αθήνα.

Διεύθυνση: Λεωφ. Βασιλέως Αλεξάνδρου 2, Αθήνα 16121

Τηλέφωνο: 2107207000

Κύρια συνεδριακή αίθουσα: Αίθουσα Ολυμπία

## Εμπορική έκθεση

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών και ιατρικών προϊόντων και ιατρικών εκδόσεων από εκδοτικούς οίκους και βιβλιοπωλεία για την ενημέρωση των συμμετεχόντων.

## Εγγραφές

Οι εγγραφές θα γίνονται δεκτές μόνο στην ιστοσελίδα [www.loimoxeis23.fohevents.gr](http://www.loimoxeis23.fohevents.gr) κατόπιν ηλεκτρονικής συμπλήρωσης και υπογραφής των σχετικών Δελτίων Εγγραφής.

Εγγραφές με αντίστοιχη εξόφλησή τους (κατάθεση στον σχετικό λογαριασμό) μέχρι τις 24 Φεβρουαρίου 2023.

Οι εγγραφές που δεν έχουν εξοφληθεί μέχρι την προαναφερόμενη ημερομηνία, θεωρούνται άκυρες.

## On site εγγραφές

Από τις 02 έως τις 05 Μαρτίου 2023, εγγραφές θα γίνονται μόνο on site στη Γραμματεία του Συνεδρίου.

## Κόστος εγγραφών με φυσική παρουσία και ζωντανή αναμετάδοση

Κατηγορίες συμμετεχόντων	Κόστος εγγραφής
Ειδικευμένοι Ιατροί	150,00 €
Ειδικευόμενοι Ιατροί & Φαρμακοποιοί	100,00 €
Λοιποί επαγγελματίες υγείας	Δωρεάν
Προπτυχιακοί Φοιτητές & Σπουδαστές Σχολών Επαγγελματιών Υγείας*	Δωρεάν

Στις τιμές συμπεριλαμβάνεται 24% ΦΠΑ.

\*Οι φοιτητές και οι σπουδαστές μπορούν να παρακολουθήσουν δωρεάν τις εργασίες του Συνεδρίου και να παραλάβουν μόνον Συνοπτικό Πρόγραμμα, και Πιστοποιητικό Παρακολούθησης (ηλεκτρονικά).



## Κόστος εγγραφών μόνο για διαδικτυακή παρακολούθηση

Κατηγορίες συμμετεχόντων	Κόστος εγγραφής
Ειδικευόμενοι/Ειδικευμένοι Ιατροί και Φαρμακοποιοί	62,00€
Λοιποί επαγγελματίες υγείας	Δωρεάν
Προπτυχιακοί Φοιτητές & Σπουδαστές Σχολών Επαγγελματιών Υγείας	Δωρεάν

Στις τιμές συμπεριλαμβάνεται 24% ΦΠΑ.

## Ακυρώσεις/Αντικαταστάσεις

Θα γίνονται δεκτές χωρίς χρέωση μέχρι τις 18 Φεβρουαρίου 2023. Μετά την προαναφερόμενη ημερομηνία, αντικαταστάσεις ή αλλαγές ονομάτων θα θεωρούνται νέες εγγραφές. Η καταβολή του δικαιώματος συμμετοχής μπορεί να γίνει με κατάθεση στον κάτωθι τραπεζικό λογαριασμό:

### ALPHA BANK

IBAN: GR9501401110111002002001537

BIC-SWIFT CODE: CRBAGRAAXX

Δικαιούχος: Focus on Health ΕΠΕ

Σε περίπτωση κατάθεσης στον προαναφερόμενο λογαριασμό, παρακαλούμε να αποστείλετε φωτοαντίγραφο αυτής, μέσω fax στο 210 7223220 ή ηλεκτρονικά, σημειώνοντας απαραίτητα την αιτιολογία κατάθεσης «**Εγγραφή στο 22° Πανελλήνιο Συνέδριο Λοιμώξεων**» και το ονοματεπώνυμό σας.

## Τελετή Έναρξης

Η εναρκτήρια ομιλία του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί την Παρασκευή 03 Μαρτίου 2023 και ώρα 20:15.

## Γλώσσα

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική.

## Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Θα χορηγηθούν 31 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. Απαραίτητη προϋπόθεση για την παραλαβή του πιστοποιητικού παρακολούθησης είναι η συμπλήρωση τουλάχιστον του 60% των συνολικών ωρών του επιστημονικού προγράμματος και η ηλεκτρονική συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αξιολόγησης του συνεδρίου.

## Κάρτα εισόδου στον συνεδριακό χώρο και barcode

Για την παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου οι σύνεδροι είναι απαραίτητο να φέρουν τη διακριτική κονκάρδα εγγραφής που χορηγείται από τη γραμματεία του Συνεδρίου και πρέπει να τη φορούν καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής τους στο συνεδριακό χώρο. Στην κάρτα αυτή υπάρχει γραμμωτός κώδικας (barcode) τον οποίο πρέπει ο σύνεδρος να σαρώνει (scan) σε ειδικό μηχάνημα σάρωσης (scanner), που υπάρχει στις εισόδους της συνεδριακής αίθουσας, κάθε φορά κατά την είσοδο και έξοδό του από αυτή. Με τον τρόπο αυτό θα γίνεται καταμέτρηση των ωρών παρακολούθησης κάθε συνέδρου. Εφόσον ο σύνεδρος καλύψει πάνω από το 60% των συνολικών ωρών του προγράμματος δικαιούται να παραλάβει το πιστοποιητικό παρακολούθησης.

## Κέντρο παραλαβής διαφανειών (Slide Center/Preview Room)

Η αίθουσα ομιλιών παρέχει εξοπλισμό με Η/Υ για παρουσίαση μέσω Powerpoint, DVD & Data Video Projector. Οι ομιλητές παρακαλούνται να παραδίδουν το υλικό της παρουσίασης τους (USB) τουλάχιστον μία (1) ώρα πριν την έναρξη της ομιλίας τους στο κέντρο παραλαβής διαφανειών.

## Πιστοποιητικό παρακολούθησης

Οι βεβαιώσεις παρακολούθησης θα σταλούν ηλεκτρονικά μετά το πέρας του συνεδρίου. Απαραίτητη προϋπόθεση για την παραλαβή του πιστοποιητικού παρακολούθησης είναι η συμπλήρωση τουλάχιστον του 60% των συνολικών ωρών του επιστημονικού προγράμματος και η ηλεκτρονική συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αξιολόγησης του συνεδρίου. Στο πιστοποιητικό θα αναγράφεται η μοριοδότηση από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (CME-CPD Credits).

## Φωτογράφιση/Βιντεοσκόπηση

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

## Γραμματεία συνεδρίου

### Focus on Health

Ιωάννου Γενναδίου 16, 115 21 Αθήνα, Τηλ.: 210 7223046 & 2146871980, Fax: 210 7223220  
E-mail: [events@focusonhealth.gr](mailto:events@focusonhealth.gr), Website: [www.loimoxeis23.fohevents.gr](http://www.loimoxeis23.fohevents.gr)

### Ωράριο λειτουργίας γραμματείας στον χώρο του συνεδρίου

Πέμπτη, 02 Μαρτίου 2023	08:30-20:30
Παρασκευή, 03 Μαρτίου 2023	07:30-21:00
Σάββατο, 04 Μαρτίου 2023	07:30-21:00
Κυριακή, 05 Μαρτίου 2023	08:30-19:00



## Υποβολή Περιλήψεων Εργασιών

Περιλήψεις Εργασιών προς κρίση θα γίνονται δεκτές έως **10/02/2023**.

Η υποβολή εργασιών θα γίνεται μέσω το site του συνεδρίου.

Παρακαλούνται οι συγγραφείς να ακολουθήσουν σωστά τις παρακάτω οδηγίες.

Το κείμενο της εργασίας πρέπει να είναι γραμμένο με γραμματοσειρά Arial, Courier ή Times.

Το κείμενο πρέπει να περιλαμβάνει:

1. Τίτλο
2. Πλήρες ονοματεπώνυμο συγγραφέων με υπογραμμισμένο το ονοματεπώνυμο του υπευθύνου για την παρουσίαση και τη σχετική αλληλογραφία
3. Ονόματα των ιδρυμάτων από όπου προέρχονται οι εργασίες (Τμήματα Νοσοκομείων, Πανεπιστημίων, φορείς κ.ά.) τα οποία θα πρέπει να φέρουν αρίθμηση που θα αντιστοιχεί με τον ίδιο εκθέτη στο όνομα του/των συγγραφέων
4. Περίληψη της εργασίας
5. Η περίληψη πρέπει να είναι έως 400 λέξεις
6. Η περίληψη θα πρέπει να ακολουθεί την κάτωθι δομή:

### **Σκοπός**

### **Ασθενείς και μέθοδοι ή Υλικό και μέθοδοι**

### **Αποτελέσματα**

### **Συμπεράσματα.**

- Συντομογραφίες, εκτός από τις πλήρως αποδεκτές και καθιερωμένες στη βιβλιογραφία, θα πρέπει να εμφανίζονται εφόσον ακολουθείται μέσα σε παρένθεση η πλήρης περιγραφή τους π.χ. άνδρες (ΑΝΔ).
- Λατινικές ονομασίες και ονόματα βακτηρίων θα πρέπει να αναγράφονται με *italics*.
- Για κάθε υποβαλλόμενη ανακοίνωση, ο υπεύθυνος συγγραφέας που θα ανακοινώσει την εργασία, θα έχει την πλήρη ευθύνη της σχετικής αλληλογραφίας της ανακοίνωσης και την ευθύνη προς την Επιστημονική Επιτροπή του Συνεδρίου ως προς την πλήρη συγκατάθεση όλων των συγγραφέων, των τμημάτων Νοσοκομείων, Πανεπιστημίων, φορέων κ.τ.λ. που συμπεριλαμβάνονται στην προς ανακοίνωση εργασία.
- Σε περίπτωση που πρόκειται για Κλινικές Μελέτες, να αναφέρεται και ο αριθμός αδείας τους από τον Ε.Ο.Φ.
- Περιλήψεις που θα υποβάλλονται μετά τη λήξη της προθεσμίας υποβολής (10/02/2023) δεν θα γίνονται δεκτές.
- Περιλήψεις εργασιών που αποστέλλονται με fax δεν θα γίνονται δεκτές.
- Οι εργασίες που θα εγκριθούν από την Επιστημονική Επιτροπή θα παρουσιασθούν με τη μορφή προφορικής παρουσίασης ή με ένθεση στο Βιβλίο Περιλήψεων του Συνεδρίου. Η Επιστημονική Επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα της απόφασης για τον τρόπο της παρουσίασης ανάλογα με τη μορφή των εργασιών και τις ανάγκες του προγράμματος.

## Υπόδειγμα υποβολής εργασίας

### **Η ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ**

Παύλος Πετρίδης,<sup>1</sup> Ελένη Βαβουράκη<sup>2</sup>

1Α' Παθολογικό Τμήμα, Θεσσαλονίκη,

2Β' Παθολογικό Τμήμα, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η σύσταση του σώματος...

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ & ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στη μελέτη περιελήφθησαν...

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε σύγκριση με τους ασθενείς...

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Καταλήγοντας,...

## Παρουσίαση εργασιών

Οι επιστημονικές εργασίες που θα εγκριθούν, θα παρουσιασθούν με δύο τρόπους:

1. Ως προφορική ανακοίνωση.
2. Ως αναρτημένη ανακοίνωση (ηλεκτρονική παρουσίαση e-poster).

Όλες οι επιστημονικές εργασίες που θα εγκριθούν θα δημοσιευθούν στο βιβλίο περιλήψεων του Συνεδρίου. Οι συγγραφείς θα πρέπει να αποστείλουν τις περιλήψεις των εργασιών έως τις 10/02/2023 και θα ενημερωθούν **έγκαιρα** για τα αποτελέσματα αξιολόγησης.

Οι εργασίες που θα εγκριθούν ως Posters **δεν θα τυπωθούν σε χαρτί** αλλά θα προβάλλονται σε σύστημα ηλεκτρονικών οθονών στο χώρο του συνεδρίου καθ' όλη τη διάρκειά του. Για το σκοπό αυτό μετά την έγκριση από την Επιστημονική Επιτροπή του Συνεδρίου, οι συγγραφείς τους θα ειδοποιηθούν έγκαιρα για να τα αποστείλουν σε μορφή PDF ή PowerPoint.

## Δελτίο εγγραφής

Εγγραφή στο Συνέδριο μπορεί να γίνει με τους ακόλουθους τρόπους:

- **Online:** συμπληρώνοντας τη φόρμα εγγραφής που βρίσκεται στην ιστοσελίδα του Συνεδρίου [www.loimoxeis23.fohevents.gr](http://www.loimoxeis23.fohevents.gr)
- **Με φαξ:** συμπληρώνοντας τη φόρμα εγγραφής που βρίσκεται παρακάτω και στέλνοντάς την στο φαξ 2107223220
- **Με email:** συμπληρώνοντας τη φόρμα εγγραφής που βρίσκεται παρακάτω και στέλνοντάς την στο email: [events@focusonhealth.gr](mailto:events@focusonhealth.gr)

Σε κάθε περίπτωση παρακαλούμε να αποστείλετε το αποδεικτικό κατάθεσης είτε στο φαξ 210 7223220 είτε στο email: [events@focusonhealth.gr](mailto:events@focusonhealth.gr)

### ΓΡΑΦΕΙΟ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ:

FOCUS ON HEALTH ΕΠΕ

Ιωάννου Γενναδίου 16, Αθήνα, 11521, Τηλ.: 210 7223046, Φαξ: 210 7223220,

Email: [events@focusonhealth.gr](mailto:events@focusonhealth.gr)

### Προσωπικά στοιχεία συνεδρίου

Επώνυμο:	Όνομα:
Ιδιότητα:	Τίτλος - Ειδικότητα:
Πανεπιστήμιο/Κλινική/Νοσοκομείο/Ίδρυμα:	
Α. Διεύθυνση Οικίας (Οδός & αριθμός):	
T.K. & Πόλη:	Τηλ.:
E-mail:	Fax:
Β. Διεύθυνση Εργασίας (Οδός & αριθμός):	
T.K. & Πόλη:	Τηλ.:
E-mail:	Fax:
ΜΕΛΟΣ Ε.Ε.Λ. <input type="checkbox"/>	ΜΗ ΜΕΛΟΣ Ε.Ε.Λ. <input type="checkbox"/>
ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: <input type="checkbox"/> (Αποστείλατε φωτοτυπία σχετικής ταυτότητας)	

## Κόστος εγγραφών με φυσική παρουσία και ζωντανή αναμετάδοση

Κατηγορίες συμμετεχόντων	
Ιατροί - Φαρμακοποιοί	€ 150,00
Άλλοι επαγγελματίες υγείας	€ 100,00
Οδοντίατροι για το κλινικό φροντιστήριο οδοντιάτρων	Δωρεάν
Προπτυχιακοί Φοιτητές Σχολών ΕΥ†	Δωρεάν

## Κόστος εγγράφων μόνο για ζωντανή αναμετάδοση

Κατηγορίες συμμετεχόντων	
Κόστος εγγραφών παρακολούθησης μέσω ζωντανής αναμετάδοσης για όλους τους Επαγγελματίες Υγείας	€ 62,00
Προπτυχιακοί Φοιτητές Σχολών ΕΥ†	Δωρεάν

†Οφείλουν να αποστείλουν βεβαίωση της ιδιότητάς τους (πάσο ή βεβαίωση από το εκπαιδευτικό ίδρυμα στο οποίο φοιτούν αντιστοίχως).

‡Αφορά σε εργαζόμενους σε νοσηλευτικά ιδρύματα, ερευνητικά κέντρα και βιοχημικά εργαστήρια.

**Σε όλες τις ανωτέρω τιμές περιλαμβάνεται Φ.Π.Α.**

### Τρόπος πληρωμής:

Κατάθεση στον ειδικό λογαριασμό για το 22<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Λοιμώξεων.

#### **ΤΡΑΠΕΖΑ ALPHA BANK:**

Αρ. Λογαριασμού: 111-00-2002-001406,  
IBAN: GR43 0140 1110 1110 0200 2001 406,  
Δικαιούχος: Focus on Health ΕΠΕ

## Δελτίο εγγραφής

### Προσωπικά δεδομένα

Η Ε.Ε.Λ., τηρώντας τη νέα ευρωπαϊκή νομοθεσία σχετικά με την προστασία των προσωπικών δεδομένων (GDPR), υποχρεούται να διατηρεί αρχείο με τους συμμετέχοντες σε επιστημονική συγκέντρωση ώστε να έχει τη δυνατότητα να ενημερώσει τις αρμόδιες αρχές (Ε.Ο.Φ. & Π.Ι.Σ.) για τους επιστήμονες υγείας που συμμετείχαν στην εκδήλωση.

Υπεύθυνος επεξεργασίας των στοιχείων είναι η Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων με έδρα την Αθήνα, Ερυθρού Σταυρού 6, ΤΚ 11510, Τηλέφωνο: 2106983945, Φαξ: 2106983945, e-mail: loimoxeis@loimoxeis.gr  
Υπεύθυνος Επικοινωνίας: Μαρία Μίντζια - Φωκά.

Έχω ενημερωθεί για το δικαίωμα μου να απαιτήσω τη διόρθωση των ανακριβών προσωπικών μου δεδομένων καθώς και να ασκήσω το δικαίωμα διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας των δεδομένων μου και εναντίωσης επεξεργασίας τους, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις του νόμου, ενώ είμαι ενήμερος/-η ότι δικαιούμαι να ανακαλέσω οποτεδήποτε την παρούσα συγκατάθεσή μου, χωρίς να θιγεί η νομιμότητα της επεξεργασίας που προηγήθηκε της ανακλήσεως καθώς και ότι έχω δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην αρμόδια εποπτική αρχή εφόσον κρίνω ότι η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου αντίκειται στην ισχύουσα νομοθεσία.

### Για την εκδήλωση:

- Αποδέχομαι τη φωτογράφιση ή/και κινηματογράφιση της εκδήλωσης καθώς και τη δυνατότητα της εταιρείας να αναρτήσει αυτά στην ιστοσελίδα της.
- Αποδέχομαι τη χρήση και διατήρηση των στοιχείων μου από την Εταιρεία σε κατάσταση με τους συμμετέχοντες στην επιστημονική εκδήλωση, ώστε να έχει τη δυνατότητα να τα θέσει υπόψη των αρμοδίων αρχών (ΕΟΦ και ΠΙΣ) εφόσον της ζητηθεί.

### Για την ενημέρωση μελλοντικών δράσεων της Ε.Ε.Λ.

ΝΑΙ	ΟΧΙ	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Αποδέχομαι να χρησιμοποιηθούν τα στοιχεία επικοινωνίας που έχω αναγράψει, από την Εταιρεία με αποκλειστικό σκοπό την ενημέρωσή μου σχετικά με τις επιστημονικές δραστηριότητές της.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Συγκατατίθεμαι πλήρως, ρητά και ανεπιφύλακτα στη συλλογή, καταγραφή, επεξεργασία, χρήση και εν γένει τήρηση από την Εταιρεία αρχείου σε ηλεκτρονική ή/και έντυπη μορφή με τα προσωπικά δεδομένα μου και στη χρήση αυτού του αρχείου σύμφωνα με την ισχύουσα ελληνική και ευρωπαϊκή νομοθεσία.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Επιτρέπω στην Εταιρεία ή σε οποιουδήποτε τρίτους με τους οποίους συνεργάζεται επί συμβάσει και οι οποίοι ενεργούν για λογαριασμό της, να χρησιμοποιούν τα στοιχεία επικοινωνίας μου ώστε να μπορεί η Εταιρεία να μου αποστέλλει υλικό μέσω email, SMS/μηνύματος κειμένου σχετικά με τις υπηρεσίες της.

Τόπος

Ημερομηνία

Υπογραφή

..... / .. / 20 ..

## Δελτίο διαμονής

Σύνεδρος	
Επώνυμο:	Όνομα:
Διεύθυνση (οδός/αριθμός):	
Τηλέφωνο:	
E-mail:	

### Ξενοδοχείο

Ξενοδοχείο	Τύπος & κόστος διανυκτέρευσης	Αρ. Διανυκτερεύσεων	Ημερομηνία άφιξης	Ημερομηνία αναχώρησης
Divani Caravel	Μονόκλινο 150€	...	.../03/2023	.../03/2023

### Περιλαμβανόμενες υπηρεσίες

- Πρωινό buffet καθημερινά
- Φ.Π.Α.
- Δεν περιλαμβάνεται ο φόρος διαμονής 4€ ανά διανυκτέρευση

### Διαδικασία κρατήσεων

1. Παρακαλούμε συμπληρώστε τα στοιχεία σας στο Δελτίο Συμμετοχής και επιλέξτε τις ημερομηνίες άφιξης και αναχώρησης.
2. Το κατάλληλα συμπληρωμένο Δελτίο Διαμονής θα πρέπει να αποσταλεί στην Εταιρεία Οργάνωσης του Συνεδρίου, ηλεκτρονικά ή με fax.
3. Μετά την επιβεβαίωση της κράτησης από την Εταιρεία Οργάνωσης του Συνεδρίου και εντός 5 ημερών από την ημερομηνία επιβεβαίωσης, θα πρέπει να σταλεί προκαταβολή 50% επί του συνολικού ποσού. Η εξόφληση θα πρέπει να γίνει το αργότερο μέχρι 18 Φεβρουαρίου 2023.
4. Η προκαταβολή και η εξόφληση μπορεί να γίνει με κατάθεση στον κάτωθι λογαριασμό:

### ALPHA BANK

IBAN: GR9501401110111002002001537

BIC-SWIFT CODE: CRBAGRAAXX

Δικαιούχος: Focus on Health ΕΠΕ



Παρακαλούμε να αποστείλετε φωτοαντίγραφο αυτής, μέσω fax στο 210 7223220, σημειώνοντας απαραίτητα την αιτιολογία κατάθεσης «Διαμονή στο 22° Πανελλήνιο Συνέδριο Λοιμώξεων» και το ονοματεπώνυμό σας.

Στην περίπτωση που επιλέξατε τιμολόγιο παρακαλούμε συμπληρώσατε τα κάτωθι στοιχεία:

Όνομα προσώπου: ..... Επωνυμία εταιρείας: .....

Τομέας δραστηριότητας: .....

#### Διεύθυνση

Οδός & Αριθμός: ..... Τ.Κ. & Πόλη: .....

Τηλ.: ..... Fax: .....

Α.Φ.Μ.: ..... Δ.Ο.Υ.: .....

#### Ακυρώσεις - αντικαταστάσεις ονομάτων

- Σε περίπτωση ακύρωσης συμμετοχής μέχρι 06 Φεβρουαρίου 2023, παρακρατείται το 15% επί της συνολικής χρέωσης.
- Σε περίπτωση ακύρωσης μέχρι τις 13 Φεβρουαρίου 2023, παρακρατείται το 30% επί της συνολικής χρέωσης.
- Σε περίπτωση ακύρωσης μετά τις 18 Φεβρουαρίου 2023:
  - Υπάρχει πλήρης χρέωση όλων των διανυκτερεύσεων.
  - Τα ήδη καταβληθέντα ποσά δεν επιστρέφονται.
- Αντικαταστάσεις ονομάτων θα γίνονται δεκτές μέχρι 18 Φεβρουαρίου 2023.
- Η τελική ημερομηνία για την επιστροφή των συμπληρωμένων Δελτίων Διαμονής είναι η 18 Φεβρουαρίου 2023.

**Η Focus on Health Ε.Π.Ε. έχει οριστεί ως ο επίσημος Οργανωτής του Συνεδρίου. Οι κρατήσεις των δωματίων θα πρέπει να γίνονται αποκλειστικά και μόνο από τον επίσημο Οργανωτή, ο οποίος έχει και την πλήρη ευθύνη για τη συνολική διοργάνωση του Συνεδρίου.**

Ημερομηνία: ..... Υπογραφή .....

Από 1/1/2018 οι τιμές επιβαρύνονται με επιπλέον φόρο διαμονής, 4 ευρώ ανά δωμάτιο, ανά διανυκτέρευση.

## Ευχαριστίες

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Εταιρείας Λοιμώξεων, ευχαριστεί θερμά τις ακόλουθες φαρμακευτικές εταιρείες για τη συμβολή τους στην πραγματοποίηση του 22<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Λοιμώξεων.

### ΠΛΑΤΙΝΕΝΙΟΙ ΧΟΡΗΓΟΙ



Menarini Hellas



### ΧΡΥΣΟΣ ΧΟΡΗΓΟΣ



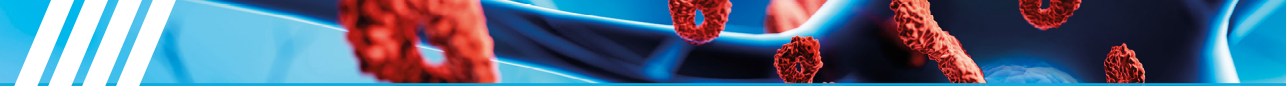
arriani  
pharmaceuticals

### ΧΟΡΗΓΟΙ



## Περιεχόμενα

◆ Επιστημονικό Πρόγραμμα 22 <sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Λοιμώξεων	19
◆ Περιλήψεις ομιλιών	39
◆ Αναρτημένες Ανακοινώσεις (επιλεγμένες για συζήτηση)	53
◆ Αναρτημένες Ανακοινώσεις	79
◆ Ευρετήρια	141



# Επιστημονικό Πρόγραμμα





## Επιστημονικό Πρόγραμμα

## ΠΕΜΠΤΗ 2 ΜΑΡΤΙΟΥ 2023

09:00-10:00 **Ελεύθερες ανακοινώσεις**

Προεδρείο: Ε. Κάκαλου, Ε. Κουρμπέτη

**ΕΑ01. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΟΥΣ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΚΑΙ CLOSTRIDIΟΙΔΕΣ DIFFICILE ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Μ. Κυζιρογλου, Α. Τσανκώφ, Χ. Γώγου, Ε. Παπαθανασίου, Χ. Χατζηκοσμά, Ε. Ζτρίβα, Γ. Πολυχρονόπουλος, Π. Μαντζάνα, Λ. Σκούρα, Χ. Σαββόπουλος

**ΕΑ02. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ COVID-19 ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΝΤΟΧΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ**

Β. Πετράκης, Μ. Πανοπούλου, Γ. Λαζαρίδης, Ν. Λεμονάκης, Π. Ραφαηλίδης, Ε. Τερζή, Δ. Παπάζογλου, Π. Παναγόπουλος

**ΕΑ03. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΜΙΑΣ ΠΡΟΕΡΧΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΟ Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»**

Π.-Μ. Φ. Βουτσινάς, Ν. Ζαπανιώτης, Ν. Πανταζής, Α. Πανταζάτου, Ι. Δεληολάνης, Ν.Β. Σύψας, Μ.Ν. Γκαμαλέτσου

**ΕΑ04. ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚ ΣΤΕΥΑΡΣΧΙΠ: ΜΙΑ ΑΚΟΜΑ ΠΑΡΑΠΛΕΥΡΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19**

Ο. Ζαρκωτού, Σ. Καλοφωλιά, Π. Μαυρουδής, Δ. Κιτζόγλου, Χ. Καμήτσιου, Ε. Γιαννιτσιώτη, Γ. Χρύσος

**ΕΑ05. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΣΕ ΕΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Π. Καζάκου, Δ. Καββαθά, Ε. Σκούρα, Κ. Θωμάς, Α. Ρουζίου, Ε. Δημητράκης, Σ. Τσιόδρας, Α. Αντωνιάδου

**ΕΑ06. ΕΞΕΤΑΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΛΩΣΤΗΡΙΔΙΑΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ**

Ε. Μυλωνά, Σ. Κωστούρου, Φ. Βεϊνή, Δ. Γιανκούλα, Χ. Κολοκοτρώνη, Ε. Μπελεσιώτου, Κ. Καζιάνη, Β. Παπασταμόπουλος

10:00-11:15 **ΜΕΡΟΣ Α': Λοιμώξεις κεντρικού νευρικού**

Προεδρείο: Γ. Αδάμης, Σ. Ασημακόπουλος

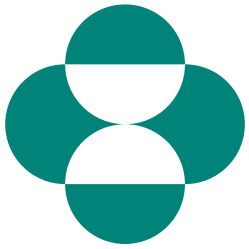
- Μηνιγγίτιδα: Α. Αναστασοπούλου
- Εγκεφαλίτιδα: Μ. Λαγκαδινού
- Εγκεφαλικό απόστημα: Π. Λουρίδα

11:15-12:30 **ΜΕΡΟΣ Β': Λοιμώξεις οστών και αρθρώσεων**

Προεδρείο: Μ. Λελέκης, Ε. Χριστάκη

- Οξεία/χρόνια οστεομυελίτιδα: Δ. Μπασούλης
- Σηπτική αρθρίτιδα: Λ. Λεωνίδου
- Λοιμώξεις ξένου σώματος στην ορθοπεδική: Φ. Ντζιώρα

12:30-12:45 **Διάλειμμα - Καφές**



**MSD**

**INVENTING FOR LIFE**

---

**12:45-14:00 ΜΕΡΟΣ Γ': Λοιμώξεις στον ανοσοκατασταλμένο ασθενή**

Προεδρείο: Μ. Γκαμαλέτσου, Γ. Πετρίκκος

- Λοιμώξεις κεντρικών γραμμών στον αιματολογικό ασθενή: Ε. Μαστρογιάννη
- Πνευμονικά διηθήματα στον ανοσοκατασταλμένο ασθενή: Σ. Γεωργιάδου
- Πυρετός σε ασθενή με ουδετεροπενία μετά από χημειοθεραπεία: Γ. Ρέντζιου

---

**14:00-14:30 Διάλειμμα - Ελαφρύ γεύμα**

---

**14:30-16:30 ΜΕΡΟΣ Δ': Ενδιαφέρουσες κλινικές περιπτώσεις στις λοιμώξεις**

Προεδρείο: Χ. Ανταχόπουλος, Α. Πεφάνης, Μ. Πηρουνάκη

- Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»: Πολλαπλές δερματικές βλάβες και ενδοφθαλμίτιδα σε ασθενή με λέμφωμα και θεραπεία με CAR T-λεμφοκύτταρα: Π.Μ. Βουτσινάς
- Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»: Λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα σε ασθενή με βηματοδότη και αρνητικές αιμοκαλλιέργειες: Α. Καζιάνη
- Γ.Ν.Α. «Η Αγία Σοφία»: Παιδί με επίμονη κεφαλαλγία και εμέτους: Θ. Λαγκούση
- Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»: Βρέφος με κλινική εικόνα σήψης και συμμετοχή από το γαστρεντερικό: τι άλλο θα μπορούσε να είναι;: Μ. Ζιάκα
- Π.Α.Γ.Ν.Η.: Μυκητιασική κερατίτιδα: Γ. Τσουμή
- Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»: Ηπατικές βλάβες σε ασθενή ανοσοκατεσταλμένο με anti-TNF παράγοντα: Ι. Γρηγορόπουλος

---

**16:30-17:45 ΜΕΡΟΣ Ε': Ενδιαφέροντα θέματα**

Προεδρείο: Α. Γκίκας, Π. Παναγόπουλος

- Λεπτοσπειρώση: Π. Ιωάννου
- Αιμορραγικοί πυρετοί στην Ελλάδα: Ebola, Hantavirus, Κριμαίας - Κογκό: Θ. Χρυσανθίδης
- Διαχείριση του ασθενούς με σύφιλη: Χ. Ασημάκη

---

**17:45-18:00 Διάλειμμα - Καφές**

---

**18:00-19:00 ΜΕΡΟΣ ΣΤ': Οι τρεις πυλώνες της στρατηγικής περιορισμού των πολυανθεκτικών μικροβίων στο Νοσοκομείο**

Προεδρείο: Φ. Κοντοπίδου, Β. Παπασταμόπουλος

- Ορθή χρήση διαγνωστικών εξετάσεων - Diagnostic stewardship: Γ. Βρυώνη
- Έλεγχος ορθής χρήσης αντιβιοτικών - Antimicrobial stewardship: Μ. Σαμάρκος
- Έλεγχος και πρόληψη νοσοκομειακών λοιμώξεων - Infection prevention and control: Ζ-Δ. Πανά

---

**19:00-21:00 Forum: Γιατί ένας νέος παθολόγος/παιδίατρος να επιλέξει την εξειδίκευση της Λοιμωξιολογίας;**

Προεδρείο: Σ. Τσιόδρας, Μ. Τσολιά

Ομιλητές: Ε. Γαλανάκης, Μ. Ψυχογιού

Σχολιαστές: Τα μέλη του ΔΣ της Εταιρείας Λοιμώξεων και ΔΣ Ελληνικής Εταιρείας Παιδιατρικών Λοιμώξεων

---



**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 3 ΜΑΡΤΙΟΥ 2023****08:00-09:00 Ελεύθερες ανακοινώσεις**

Προεδρείο: Γ. Συρογιαννόπουλος, Α. Τσιάκαλος

**ΕΑ07. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΒΡΙΔΙΚΗ ΑΝΟΣΙΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗ ΟΜΙΚΡΟΝ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Φ. Ντζιώρα, Ε.-Γ. Κωστάκη, Α. Καραπάνου, Μ. Μυλωνά, Ν.Β. Σύψας, Δ. Παρασκευής, Π.Π. Σφηκάκης

**ΕΑ08. ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ Τ-ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΝΟΣΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ QuantiFERON SARS-CoV-2 ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΗΚΑΝ ΜΕ 3 ΔΟΣΕΙΣ ΤΟΥ BNT162b2 ΕΜΒΟΛΙΟΥ Ή/ΚΑΙ ΝΟΣΗΣΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ SARS-CoV-2**

Μ.-Μ. Δουρδουνά, Ε.-Β. Τάτση, Β. Συριοπούλου, Α. Μίχος

**ΕΑ09. ΑΝΟΣΟΓΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΕΠΟΧΙΚΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ: ΜΙΑ ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ**

Θ. Μάραντος, Μ. Αγγελάκης, Ε. Κυριαζοπούλου, Δ. Κίτσος, Μ. Χονδρογιάννη, Γ. Μπίτζα, Κ. Βουμβουράκης, Σ. Τσιόδρας

**ΕΑ10. ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ, ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΑΠΕΒΙΩΣΑΝ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΕΣ COVID ΚΑΙ ΔΗΛΩΘΗΚΑΝ ΩΣ ΘΑΝΑΤΟΙ COVID-19 ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΕΠΙΔΗΜΙΚΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗΣ ΟΜΙΚΡΟΝ: ΘΑΝΑΤΟΙ ΜΕ COVID-19 ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ COVID-19**

Δ. Μπασούλης, Π. Μαυρουδής, Κ. Λογιώτη, Ι. Παπαδουσσέα, Μ. Χατζόπουλος, Π. Αλεξοπούλου, Β. Ράπτη, Β. Πούλια, Σ. Σαμαρά, Β.Ε. Γεωργακοπούλου, Γκαμαλέτσου Μ.Ν., Χ. Μιχαηλίδης, Θ. Κοντοπούλου, Β. Παπασταμόπουλος, Γ. Χρύσος, Μ. Χίνη, Α. Αντωνιάδου, Ν.Β. Σύψας

**ΕΑ11. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ POST COVID-19 ΣΕ ΜΗ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ ΑΠΟ COVID-19: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΠΑΡΑΛΛΑΓΩΝ ALPHA, DELTA ΚΑΙ OMICRON**

Β. Γεωργακοπούλου, Σ. Μακροδημήτρη, Α. Γκούφα, Μ.Ν. Γκαμαλέτσου, Ε. Αποστολίδη, Σ. Προβατάς, Δ. Μπασούλης, Α. Τσακανίκας, Ν.Β. Σύψας

**ΕΑ12. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ COVID-19 ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΩΝ ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗΣ ALPHA, DELTA ΚΑΙ OMICRON**

Β. Γεωργακοπούλου, Σ. Μακροδημήτρη, Α. Γκούφα, Μ.Ν. Γκαμαλέτσου, Ε. Αποστολίδη, Σ. Προβατάς, Δ. Μπασούλης, Α. Τσακανίκας, Ν.Β. Σύψας

**09:00-09:30 Διάλεξη: Ευλογία των πιθήκων: Πρέπει να ανησυχούμε;**

Προεδρείο: Γ. Σαρόγλου

Ομιλήτρια: Κ. Ακινώσογλου

**09:30-10:30 Στρογγυλό τραπέζι: Λοιμώξεις σε ασθενείς με νεότερες ανοσολογικές θεραπείες**

Προεδρείο: Α. Αντωνιάδου, Γ. Σαμώνης

- Check - point inhibitors: Κ. Θωμάς
- CAR T-cell: Ε. Μυλωνά
- Νεότεροι βιολογικοί παράγοντες σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα: Α. Στέφος





10:30-11:00 **Διάλεξη: RSV Λοίμωξη: αφορά και τους ενήλικες;**

Προεδρείο: Δ. Καραπιπέρης  
Ομιλητής: Γ. Τσεκές

11:00-11:15 **Διάλειμμα - Καφές**

11:15-12:45 **Στρογγυλό τραπέζι: Long COVID-19: Πού βρισκόμαστε;**

Προεδρείο: Ε. Γιαμαρέλλος-Μπουρμπούλης, Γ. Χρύσος

- Ανοσολογία του Long-COVID: Ε. Γιαμαρέλλος-Μπουρμπούλης
- Επιδημιολογία/παράγοντες κινδύνου της Long-COVID: Ε. Γιαννιτσιώτη
- Κλινική εικόνα/εργαστηριακό προφίλ διαχείριση ασθενούς με Long-COVID: Γ. Πουλάκου

12:45-13:15 **Διάλεξη: Πολυομυελίτιδα: Ο εφιάλης επιστρέφει;**

Προεδρείο: Β. Παπασταμόπουλος  
Ομιλητής: Α. Μίχος

13:15-13:45 **Δορυφορική Διάλεξη 1**

13:45-14:15 **Δορυφορική Διάλεξη 2**

14:15-14:45 **Διάλειμμα - Ελαφρύ γεύμα**

14:45-15:15 **Διάλεξη: Μην ξεχνάμε τη HIV λοίμωξη - PreP: πρέπει ή δεν πρέπει;**

Προεδρείο: Μ.Κ. Λαζανάς  
Ομιλητής: Α. Παπαδόπουλος

15:15-15:45 **Δορυφορική Διάλεξη 3**

15:45-16:15 **Δορυφορική Διάλεξη 4**

16:15-16:30 **Διάλειμμα - Καφές**

16:30-18:00 **Στρογγυλό τραπέζι: COVID-19: τι νεότερο**

Προεδρείο: Μ. Μαραγκός, Σ. Μεταλλίδης

- Επιδημιολογία: αρχή του τέλους ή το τέλος της αρχής;; Δ. Παρασκευής
- Εμβόλια: Πάλι booster;; Σ. Μεταλλίδης
- Αντι-ικά φάρμακα/Μονοκλωνικά αντισώματα: είναι η απάντηση;; Δ. Κοφτερίδης

18:00-19:00 **Δορυφορικό Συμπόσιο 1**

19:00-19:15 **Διάλειμμα - Καφές**

19:15-20:15 **Στρογγυλό τραπέζι: Αντιμικροβιακή αντοχή: Η Ελλάδα αντεπιτίθεται**

Προεδρείο: Γ.Λ. Δαΐκος, Σ. Τσιόδρας

- Το πρόγραμμα GRIPP - Ίδρυμα Σ. Νιάρχος: Θ. Ζαούτης
- Το πρόγραμμα REVERSE - Ευρωπαϊκό HORIZON 2020: Ν.Β. Σύψας

20:15-21:45 **Τελετή Έναρξης**

Προεδρείο: Μ. Μαραγκός, Σ. Τσιόδρας

**Εναρκτήρια Ομιλία**

Dr Andrea Ammon, ECDC Director



**GILEAD**

**Creating Possible**

**ΣΑΒΒΑΤΟ 4 ΜΑΡΤΙΟΥ 2023****08:00-09:00 Ελεύθερες ανακοινώσεις**

Προεδρείο: Α. Μπίσια, Β. Σακκά

**ΕΑ13. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΟΡΟΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ SARS-CoV-2 ΚΑΤΑ ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΤΡΙΑ ΕΤΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ**

Φ. Φιλιππάτος, Ε.-Β. Τάτση, Χ. Δελλής, Β. Ευθυμίου, Α. Μαργέλη, Ι. Παπασωτηρίου, Β. Συριοπούλου, Α. Μίχος

**ΕΑ14. ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΓΚΥΤΙΑΚΟΥ ΙΟΥ (RSV) ΚΑΙ SARS-COV-2 ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Μ. Νόννη, Ν.-Μ. Καλόγρη, Ε. Μπριασούλη, Χ.-Α. Γεωργοκόστα, Θ. Λαγκούση, Λ. Ζαχαριάδου, Α. Μίχος, Β. Σπούλου

**ΕΑ15. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΛΥΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΤΗ ΤΟΥ ΠΛΑΣΜΙΝΟΓΟΝΟΥ ΤΥΠΟΥ ΟΥΡΟΚΙΝΑΣΗΣ (SOLUBLE UROKINASE-TYPE PLASMINOGEN ACTIVATOR RECEPTOR, suPAR) ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΘΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19 ΚΑΙ ΠΟΛΥΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (MULTISYSTEM INFLAMMATORY SYNDROME IN CHILDREN, MIS-C)**

Μ. Λούκα, Ε.Β. Τάτση, Σ. Βασιλείου, Γ. Θεοχάρης, Κ. Στράκα, Φ. Φιλιππάτος, Β. Συριοπούλου, Α. Μίχος

**ΕΑ16. Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΤΗ ΣΟΒΑΡΗ RSV ΒΡΟΧΙΟΛΙΤΙΔΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΘ**

Μ. Πράπα, Ε. Μπουραζάνη, Μ. Γιαννίκη, Α. Νταβούρα, Α. Λιάσκου, Β. Δημητροπούλου, Ε. Μιχαηλούδη, Ε. Γκότση

**ΕΑ17. Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΑΙΔΩΝ**

Μ. Πράπα, Ξ. Αγρογιάννη, Σ. Τζαλάβρα, Χ. Τσιρογιάννη, Π. Σχορετσιανίτης, Ε. Γκότση, Ν. Σπυρίδης

**ΕΑ18. EXPLORING THE VIEWS OF INFECTIOUS DISEASES AND MICROBIOLOGY CONSULTANTS IN ENGLAND ON A NOVEL DELINKED FUNDING MODEL FOR ANTIMICROBIALS: THE SMASH STUDY**

Ι. Baltas, Μ. Gilchrist, Ε. Koutoumanou, Μ. Gibani, J.E. Meiring, Α. Otu, D. Hettle, Α. Thomson, J.R. Price, Α. Crepet, Α. Atomode, D. Spinos, Η. Guyver, Μ. Tausan, D. Somasunderam, Μ. Thoburn, T. Chan, Η. Umpleby, Β. Sharp, C. Chivers, D.S. Vaghela, R.J. Shah, T. Crocker-Buque, J. Foster, Α. Hume, C. Smith, Α. Ashif, D. Mermerelis, Α. Reza Mohammad, D.A. Haigh, T. Lamb, L. Karatzia, Α. Bramley, Ν. Kadam, Κ. Kavallieros, V.-G. Arias, J. Democratis, C.S. Waddington, L.S.P. Moore, Α.Μ. Aiken

**09:00-10:30 Στρογγυλό τραπέζι: Αναδυόμενες/επανεμφανιζόμενες λοιμώξεις: μια νέα απειλή για τη δημόσια υγεία**

Προεδρείο: Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης, Λ. Γώγος

- Δάγγειος πυρετός: Θ. Ντισσotόλης
- Χολέρα: Π. Πετρίκκος
- *Candida auris*: τρέχουσα επιδημιολογική κατάσταση και επιδημιολογική προετοιμασία (preparedness) στην Ευρωπαϊκή Ένωση: Δ. Πλαχούρας



arriani  
pharmaceuticals

10:30-11:00	<b>Διάλεξη: Εξελίξεις στη μυκητολογία</b> Προεδρείο: Ε. Σαμπατάκου Ομιλήτρια: Μ. Γκαμαλέτσου
11:00-11:15	<b>Διάλειμμα - Καφές</b>
11:15-11:45	<b>Δορυφορική Διάλεξη 5</b>
11:45-12:15	<b>Δορυφορική Διάλεξη 6</b>
12:15-13:45	<b>Στρογγυλό τραπέζι: Παιδιατρικές λοιμώξεις</b> Συνδιοργανώνεται με την Ελληνική Εταιρεία Παιδιατρικών Λοιμώξεων Προεδρείο: Α. Μίχος, Ε. Ροηλίδης <ul style="list-style-type: none"> <li>• Εμβόλιο για τον SARS-CoV-2 στα παιδιά: ναι ή όχι; Μ. Τσολιά</li> <li>• Ηπατίτιδες γνωστής και άγνωστης αιτιολογίας στην παιδική ηλικία: Γ. Νικολοπούλου</li> <li>• Αντιμικροβιακή θεραπεία βραχείας διάρκειας σε βακτηριακές λοιμώξεις της κοινότητας: είναι αποτελεσματική; Η. Ιωσηφίδης</li> </ul>
13:45-14:45	<b>Δορυφορικό Συμπόσιο 2</b>
14:45-15:15	<b>Απολογιστική Συνέλευση - Ελαφρύ γεύμα</b>
15:15-15:45	<b>Διάλεξη: Εμβολιασμός του προσωπικού των Νοσοκομείων έναντι του SARS-CoV-2 και της γρίπης: προστατεύει τη λειτουργία τους;</b> Προεδρείο: Ι. Παυλοπούλου Ομιλήτρια: Ε. Μαλτέζου
15:45-16:15	<b>Δορυφορική Διάλεξη 7</b>
16:15-16:45	<b>Δορυφορική Διάλεξη 8</b>
16:45-17:15	<b>Διάλεξη: Πώς θεραπεύω τις λοιμώξεις από δυσίατα παθογόνα στη ΜΕΘ: <i>Acinetobacter</i>, CREs, MDR <i>Pseudomonas</i></b> Προεδρείο: Α. Σκουτέλης Ομιλήτρια: Ε. Δούκα
17:15-18:15	<b>Δορυφορικό Συμπόσιο 3</b>
18:15-18:30	<b>Διάλειμμα - Καφές</b>
18:30-19:00	<b>Διάλεξη: EUCAST: τι πρέπει να γνωρίζει ο κλινικός Ιατρός</b> Προεδρείο: Α. Τσακρής Ομιλήτρια: Μ. Ορφανίδου Σχολιασμός: Γ.Λ. Δαϊκος
19:00-21:00	<b>Forum: Η Λοιμωξιολογία και οι Μονάδες Λοιμώξεων στην Ελλάδα μετά την πανδημία</b> Συντονισμός: Μ. Μαραγκός, Σ. Τσιόδρας Σχολιαστές: Τα μέλη του ΔΣ, Πρόεδρος του ΚΕΣΥ: Δ. Μπούμπας Παρεμβάσεις από το ακροατήριο Συμπεράσματα - Ο δρόμος μπροστά



**ΚΥΡΙΑΚΗ 5 ΜΑΡΤΙΟΥ 2023**09:30-10:30 **Ελεύθερες ανακοινώσεις**

Προεδρείο: Χ. Μιχαηλίδης, Η. Σκοπελίτης

**ΕΑ19. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Ε ΣΕ ΡLWHIV ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ν. Αντωνοπούλου, Δ. Τζιμοτούδης, Β. Πετράκης, Ε. Πετράκης, Γ. Σχινάς, Κ. Πρωτόπαπας, Μ. Μαραγκός, Μ. Μπαρμπουνάκης, Δ. Κοφτερίδης, Π. Παναγόπουλος, Α. Βανταράκης, Κ. Ακινόσογλου

**ΕΑ20. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΘΞΕΙΑΣ ΗIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «MORFEAS»**

Ε. Μαστρογιάννη, Σ. Ρούσσοσ, Κ. Πρωτοπαπός, Α. Αντωνιάδου, Α. Παπαδόπουλος, Γ. Λουρίδα, Β. Παπασταμόπουλος, Μ. Χίνη, Β. Παπαρίζος, Θ. Χρυσανθίδης, Σ. Μεταλλίδης, Κ. Αλεξάκης, Ε. Μπαρμπουνάκης, Δ. Κοφτερίδης, Λ. Λεωνίδου, Μ. Μαραγκός, Β. Πετράκης, Π. Παναγόπουλος, Π. Πάλλα, Ν.Β. Σύψας, Ι. Κατσαρόλης, Β. Σύψα, Μ. Ψυχογιού

**ΕΑ21. Ο ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΗIV-1 ΛΟΙΜΩΞΗ: ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ**

Ό. Τσαχουρίδου, Σ. Νανούδης, Δ. Πιλάλας, Κ. Γκαντάλη, Ι. Κατσαρόλης, Κ. Μαρκάκης, Δ. Βασδέκη, Γ. Γκόγκος, Θ. Χρυσανθίδης, Π. Κολλάρας, Π. Ζεμπεκάκης, Σ. Μεταλλίδης

**ΕΑ22. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΤΗΣ *CANDIDA AURIS* ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Ά. Νικοπούλου, Π. Σκαλιστή, Σ. Τσελεγκίδου, Α. Βελήνη, Σ. Παπότη, Θ. Καραμπατάκης, Ε. Μπρασινίκα, Ε. Κατσιφα, Χ. Ιασωνίδου, Δ. Σωτηρόπουλος

**ΕΑ23. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ *CANDIDA AURIS* ΣΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ (Π.Γ.Ν.Π.)**

Β. Καραμούζος, Α. Χονδρολέου, Σ. Κεφαλά, Γ. Ελευθεριώτης, Α. Παπαποστόλου, Α. Λέκκου, Σ. Ασημακόπουλος, Α. Σπηλιοπούλου, Φ. Κολονίτσιου, Φ. Παληογιάννη, Μ. Μαραγκός, Λ. Λεωνίδου

**ΕΑ24. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΥΠΕΡΗΧΗΣΗΣ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ**

Σ. Καμαριώτης, Μ. Ξεπαπαδάκη, Β. Παπαϊωάννου, Σ. Τσιπλάκου

10:30-12:00 **Στρογγυλό τραπέζι: Τι νεότερο στις Λοιμώξεις**

Προεδρείο: Σ. Συμπάρδη, Μ. Χίνη

- Οι σημαντικές δημοσιεύσεις για τις λοιμώξεις ενηλίκων που αλλάζουν την κλινική μας πράξη: Α. Αργυράκη
- Οι σημαντικές δημοσιεύσεις για τις παιδιατρικές λοιμώξεις που αλλάζουν την κλινική μας πράξη: Δ. Γκέντζη

12:00-12:15 **Διάλειμμα - Καφές**

---

12:15-12:45 **Διάλεξη: Το μέλλον είναι εδώ: Next gen sequencing και meta-genomics στην κλινική πράξη**

Προεδρείο: Β. Γοργούλης  
Ομιλήτρια: Γ. Γκιούλα

---

12:45-13:15 **Δορυφορική Διάλεξη 9**

13:15-14:15 **Στρογγυλό τραπέζι: Ενιαία Υγεία - One Health**

Προεδρείο: Ν. Παπαϊωάννου, Χ. Χατζηχριστοδούλου

- Ζώα συντροφιάς και Ενιαία Υγεία: Μ. Λινού
- Ανθρωποζωονόσοι: Σ. Σωτηράκη
- Κλιματική αλλαγή και Λοιμώξεις από κουνούπια: Α. Μιχαηλάκης

---

14:15-14:45 **Δορυφορική Διάλεξη 10**

---

14:45-15:15 **Διάλειμμα - Ελαφρύ γεύμα**

---

15:15-15:45 **Διάλεξη: Βακτηριοκτόνο ή βακτηριοστατικό αντιβιοτικό; Έχει κλινική σημασία;**

Προεδρείο: Π. Νικολαΐδης  
Ομιλητής: Ν. Σπερνοβασίλης

---

15:45-16:15 **Δορυφορική Διάλεξη 11**

16:15-18:15 **Στρογγυλό τραπέζι Ελληνικής Εταιρείας Χημειοθεραπείας  
Η Επιτήρηση των Αντιβιοτικών στην Ελληνική Πραγματικότητα είναι Εφικτή!**

Προεδρείο: Ε. Γιαμαρέλλου, Χ. Γώγος, Κ. Κανελλακοπούλου

- Η ελληνική αντοχή διαχρονικά: Γ.Λ. Δαΐκος
- Η συγκριτική κατανάλωση των αντιβιοτικών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Η. Καραΐσκος
- Η εφαρμογή επιτήρησης των αντιβιοτικών στο νοσοκομείο και οι προτεινόμενες λύσεις για τη χώρα μας: Ε. Γιαμαρέλλου
- Η συμμετοχή και οι ευθύνες του Μικροβιολογικού Εργαστηρίου στην επιτήρηση των αντιβιοτικών: Ο. Ζαρκωτού
- Stewardship αντιβιοτικών στη κοινότητα: Α. Πεφάνης

---

18:15-19:15 **Συμπεράσματα - Λήξη Συνεδρίου**

---



## Δορυφορικές Διαλέξεις &amp; Συμπόσια

## ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 3 ΜΑΡΤΙΟΥ 2023

## 13:15-13:45 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ 1

**Μεροπενέμη-Βαμπορβακτάμη, από τη θεωρία στην πράξη**

Πρόεδρος: Ε.Ι. Γιαμαρέλλος-Μπουρμπούλης  
Ομιλητής: Σ. Μεταλλίδης



## 13:45-14:15 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ 2

**Εμβολιασμός έναντι έρπητα ζωστήρα με το νέο ανασυνδυασμένο εμβόλιο**

Προεδρείο: Δ.Π. Κοφτερίδης  
Ομιλητής: Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης



## 15:15-15:45 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ 3

**Ο ρόλος των μονοκλωνικών αντισωμάτων έναντι της COVID-19 λοίμωξης για τους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς: η αξία της προφύλαξης**

Προεδρείο: Χ. Γώγος  
Ομιλήτρια: Γ. Πουλάκου



## 15:45-16:15 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ 4

**Η εξατομίκευση της ART στην καθημερινή κλινική πράξη (Ανάγκες & Ιδιαιτερότητες)**

Προεδρείο: Α. Παπαδόπουλος  
Ομιλητής: Π. Παναγόπουλος



## 18:00-19:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ 1

**Πρόληψη και θεραπεία της COVID-19, 3 χρόνια μετά την έναρξη της πανδημίας**

Προεδρείο: Χ. Γώγος

- Αντιμετωπίζοντας έναν διαρκώς μεταβαλλόμενο ιό: Δεδομένα από την εφαρμογή των διδύμων επικαιροποιημένων mRNA εμβολίων. Ν.Β. Σύψας
- Αντιμετωπίζοντας έναν διαρκώς μεταβαλλόμενο ιό: ο ρόλος της νιρματρελβίρης/ριτοναβίρης. Α. Αντωνιάδου



## ΣΑΒΒΑΤΟ 4 ΜΑΡΤΙΟΥ 2023

11:15-11:45 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ 5

**Η Κεφταζιντίμη-αβιμπακτάμη στη θεραπεία των πολυανθεκτικών gram-αρνητικών λοιμώξεων: Νεότερα ελληνικά και διεθνή δεδομένα**

Προεδρείο: Γ. Δαΐκος  
Ομιλητής: Σ. Ασημακόπουλος



11:45-12:15 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ 6

**PCV20: Ευρύτερη προστασία στο μεταβαλλόμενο τοπίο της πνευμονιοκοκκικής νόσου**

Προεδρείο: Β. Παπασταμόπουλος  
Ομιλητής: Μ. Μαραγκός



13:45-14:45 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ 2

**Θεραπευτικές στρατηγικές στην αντιμετώπιση των νοσοκομειακών λοιμώξεων από ανθεκτικά Gram(-) βακτήρια**

Προεδρείο: Ν.Β. Σύψας

- Η Κεφτολοζάνη/Ταζομπακτάμη στη θεραπεία των λοιμώξεων από ανθεκτικά Gram (-) βακτήρια. Νέα ένδειξη: θεραπεία της νοσοκομειακής πνευμονίας (HAP/VAP).  
Ε. Γιαννισιώτη
- Ιμιπενέμη/σιλαστατίνη/ρελεμπακτάμη, μια νέα επιλογή στη θεραπεία των λοιμώξεων από ανθεκτικά στις καρβαπενέμες Gram (-) βακτήρια. Α. Αργυράκη



15:45-16:15 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ 7

**Ο ρόλος της αντικικής αγωγής στη βελτίωση των κλινικών εκβάσεων ασθενών με COVID-19 λοίμωξη**

Προεδρείο: Σ. Μεταλλίδης  
Ομιλήτρια: Μ. Ψυχογιού



**ΣΑΒΒΑΤΟ 4 ΜΑΡΤΙΟΥ 2023**16:15-16:45 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ 8****Σύγχρονοι προβληματισμοί στη χρήση της Κολιστίνης.  
Ρωτώντας τον ειδικό**Προεδρείο: Μ. Μαραγκός  
Ομιλήτρια: Γ. Πουλάκου17:15-18:15 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ 3****Η συμβολή των 2DRs στην αύξηση των θεραπευτικών επιλογών  
και την εξατομίκευση της θεραπευτικής προσέγγισης  
στην HIV-λοίμωξη. Η Ελληνική εμπειρία**

Προεδρείο: Β. Παπασταμόπουλος

- Η συμβολή των 2DRs στη βελτιστοποίηση της θεραπείας και στη μείωση του κόστους της ART. Κλινική εμπειρία από τη ΜΕΛ «Ανδρέας Συγγρός». Σ. Κουρκουντή
- Η συμβολή των 2DRs στην εξατομίκευση της θεραπείας σε πρωτοθεραπευόμενα και ιολογικά κατεσταλμένα άτομα με HIV-λοίμωξη. Κλινική εμπειρία από τη ΜΕΛ «Ο Ευαγγελισμός». Χ. Τότσικας
- Η συμβολή των 2DRs στη μείωση της χρόνιας τοξικότητας και διαχείριση των συννοσηροτήτων. Κλινική εμπειρία από τη ΜΕΛ «Γ. Γεννηματάς». Μ. Αστρίτη



## ΚΥΡΙΑΚΗ 5 ΜΑΡΤΙΟΥ 2023

12:45-13:15 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ 9**

### **Η διαχείριση ασθενή με σταφυλοκοκκική βακτηριαιμία**

Προεδρείο: Α. Πεφάνης  
Ομιλήτρια: Ε. Γιαννιτσιώτη



14:15-14:45 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ 10**

### ***Clostridioides difficile* infection: the current management standards**

Προεδρείο: Μ. Χίνη  
Ομιλητής: G. Granata



arriani  
pharmaceuticals

15:45-16:15 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ 11**

### **Προκλήσεις στη διάγνωση και στην κλινική αντιμετώπιση των διηθητικών μυκητιάσεων σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες**

Προεδρείο: Ν.Β. Σύψας  
Ομιλητής: Ι. Ασημακόπουλος



# Περίληψεις Ομιλιών



## ΠΡΟΣΥΝΕΔΡΙΑΚΗ ΗΜΕΡΑ

### ΜΕΡΟΣ Α': ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

#### Εγκεφαλίτιδα

Λαγκαδινού Μ.

Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επ. Καθηγήτρια Παθολογίας Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών,  
Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών

Περιγράφει τη φλεγμονή του εγκεφαλικού παρεγχύματος, που συνήθως προκαλείται είτε από μολυσματικό παράγοντα ή μέσω μιας αυτοάνοσης διαδικασίας που μπορεί να είναι μετα-μολυσματική, παρανεοπλασματική ή ιδιοπαθής. Έως και 12,6 ανά 100.000 άτομα προσβάλλονται από εγκεφαλίτιδα ετησίως, με την υψηλότερη επίπτωση στα παιδιά. Τα αίτια μπορεί να είναι λοιμώδη ή ανοσιακής αρχής. Από τους ιούς οι ερπητοϊοί, αρμποϊοί, αδενοϊοί και εντεροϊοί είναι οι πιο συχνοί αιτιολογικοί παράγοντες ενώ τα βακτήρια, οι μύκητες και τα παράσιτα ευθύνονται λιγότερο συχνά. Στις περιπτώσεις αυτό-άνοσης εγκεφαλίτιδας ανιχνεύονται αυτό-αντισώματα έναντι αντιγόνων του κεντρικού νευρικού συστήματος. Τα διαγνωστικά κριτήρια για την εγκεφαλίτιδα περιλαμβάνουν κάθε ασθενή που παρουσιάζει: Αλλαγή νοητικής κατάστασης που διαρκεί πάνω από 24 ώρες, χωρίς να έχει εντοπιστεί άλλη αιτία. Το κλειδί για την απόδειξη της φλεγμονής του ΚΝΣ είναι να λάβετε και αναλύστε το ΕΝΥ μέσω οσφυονωτιαίας παρακέντησης. Η βιοψία εγκεφάλου δεν έχει θέση στην αρχική εκτίμηση της ύποπτης οξείας ιογενούς εγκεφαλίτιδας. Η στερεοτακτική βιοψία θα πρέπει να εξετάζεται σε ασθενείς με υποψία εγκεφαλίτιδας στους οποίους δεν έχει γίνει διάγνωση μετά την πρώτη εβδομάδα, ειδικά εάν υπάρχουν αλλοιώσεις στον απεικονιστικό έλεγχο. Οι ασθενείς με εγκεφαλίτιδα μπορεί να παρουσιάσουν οξεία επιδείνωση και η υποστήριξη είναι σημαντική. Αυτό περιλαμβάνει τη διαχείριση του αεραγωγού, της αναπνοής και της κυκλοφορίας. Ο ρόλος των στεροειδών στην ιογενή εγκεφαλίτιδα για τη μείωση της φλεγμονής που σχετίζεται με τη μόλυνση είναι ένας τομέας συνεχούς έρευνας. Αν και πολλοί ιοί έχουν αναφερθεί ότι προκαλούν εγκεφαλίτιδα, Η στοχευμένη αντιική θεραπεία περιορίζεται σε HSV και VZV εγκεφαλίτιδα. Η θεραπεία αυτοάνοσων περιπτώσεων περιλαμβάνει θεραπεία με υψηλές δόσεις στεροειδών με ή χωρίς ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη (IVIg) και/ή πλάσμαφαίρεση, ενώ οι επιλογές δεύτερης γραμμής θεραπείας περιλαμβάνουν rituximab και/ή κυκλοφωσφαμίδη. Η εγκεφαλίτιδα παραμένει ένα δύσκολο διαχειρίσιμο νευρολογικό σύνδρομο λόγω των πολλών αιτιών του και των μη ειδικών πολλές φορές συμπτωμάτων του.

### ΜΕΡΟΣ Β': ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΟΣΤΩΝ ΚΑΙ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ

#### Σηπτική Αρθρίτιδα

Λεωνίδου Λ.

Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Παθολογική Κλινική και Τμήμα Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν. Πατρών

Η μονοαρθρική αρθρίτιδα έχει ένα ευρύ φάσμα πιθανών αιτιολογιών. Μία από τις πιο ανησυχητικές αιτίες σε έναν ασθενή με μονοαρθρική αρθρίτιδα είναι η σηπτική αρθρίτιδα. Συνίσταται σε βακτηριακή λοίμωξη του αρθρικού χώρου που σχετίζεται με ταχεία καταστροφή της άρθρωσης εντός ημερών, εάν δεν αντιμετωπιστεί επαρκώς. Με βάση τη βιβλιογραφία, υψηλότερα ποσοστά σηπτικής αρθρίτιδας υπάρχουν σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς και σε αυτούς με προσθετικές αρθρώσεις. Η πλειονότητα των περιπτώσεων οφείλεται σε θετικούς κατά Gram οργανισμούς (π.χ. *Staphylococcus aureus*), με περίπου 15% να οφείλεται σε Gram-αρνητικούς οργανισμούς. Η *Neisseria gonorrhoeae*

είναι μια άλλη κοινή αιτία στους νεότερους ενήλικες. Αυτοί οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν μεταναστευτική πολυαρθρίτιδα, φλυκταινώδες εξάνθημα, ουρηθρίτιδα και τενοντίτιδα. Η λήψη ενός ακριβούς ιστορικού και η αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου μπορεί να παρέχει σημαντικές ενδείξεις για τη διάγνωση. Οι ασθενείς παραδοσιακά παρουσιάζουν πόνο στις αρθρώσεις, ευαισθησία στην ψηλάφηση, οίδημα, ερύθημα, καύσος και επώδυνο ή περιορισμένο εύρος κίνησης. Το αρθρικό υγρό είναι το gold standard για τον αποκλεισμό της σηπτικής αρθρίτιδας σε ασθενείς με υψηλή κλινική υποψία. Η καλλιέργεια αρθρικού υγρού είναι η πιο σημαντική εξέταση για την ανάδειξη του αιτίου. Η διαχείριση περιλαμβάνει έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία, με 1) παρακέντηση άρθρωσης 2) αντιβιοτικά και 3) πιθανή ορθοπεδική χειρουργική παρέμβαση. Λόγω της πιθανότητας ταχείας καταστροφής των αρθρώσεων σε ασθενείς με υποψία σηπτικής αρθρίτιδας ή σε όσους βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, συνιστάται κάλυψη τόσο για Gram-αρνητικά όσο και MRSA (ανθεκτικού στη μεθικιλίνη *S.aureus*) και αποκλιμάκωση θεραπείας με την ανάδειξη του παθογόνου.

### **Λοιμώξεις ξένου σώματος στην ορθοπεδική**

Ντζιώρα Φ.

*Παθολόγος-Λοιμξιολόγος Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»*

Οι λοιμώξεις ξένου σώματος δεν είναι σπάνιες στις ορθοπεδικές επεμβάσεις. Σύμφωνα με δημοσιευμένα στοιχεία η επίπτωση των λοιμώξεων είναι 0,3-1% για τις αρθροπλαστικές ισχίου, 0,5-2% για τις αρθροπλαστικές γόνατος, 1,3% για τις αρθροπλαστικές ώμου και 5% για τα υπόλοιπα εμφυτεύματα, ενώ τα ποσοστά αυτά φτάνουν μέχρι και το τριπλάσιο όταν αφορούν αναθεωρήσεις (revisions). Τον κύριο ρόλο στην παθογένεια διαδραματίζουν τα συνήθη μικρόβια του δέρματος, όπως οι κοαγκουλάση-αρνητικοί σταφυλόκοκκοι (20-43%) και ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος (12-25%), δεν είναι σπάνιες όμως και οι πολυμικροβιακές λοιμώξεις (10-19%), ενώ σε μεγάλο ποσοστό (8-19%) δεν ανιχνεύεται κάποιο παθογόνο παρά την κατάλληλη λήψη καλλιέργειών διεγχειρητικά. Ανάλογα με τη χρονική έναρξη από την ημερομηνία της επέμβασης οι λοιμώξεις διακρίνονται σε πρώιμες μετεγχειρητικές (οξείες ή υποξείες), όταν εμφανίζονται εντός 4 εβδομάδων από την επέμβαση και σε όψιμες χρονίες, όταν εμφανίζονται μεταξύ 4 εβδομάδων και έως 2 χρόνια από την επέμβαση, ενώ όταν εμφανίζονται μετά τα 2 χρόνια αποτελούν όψιμες αιματογενείς λοιμώξεις. Στοιχεία δηλωτικά λοίμωξης ξένου σώματος είναι η χαλάρωση του εμφυτεύματος, η παρουσία βιομεμβράνης, η ανθεκτικότητα του παθογόνου και η παρουσία συριγγίου. Απαραίτητη για τη διάγνωση είναι η λήψη τουλάχιστον 6-10 κατάλληλα σημασμένων διεγχειρητικών δειγμάτων περιπροθητικού πύου, ιστού και μεμβρανών και ταχεία (εντός 2 ωρών) αποστολή αυτών στο εργαστήριο. Έχουν καθιερωθεί διεθνώς κριτήρια για τη διάγνωση της λοίμωξης αρθροπλαστικής, όμως δεν υπάρχουν κριτήρια πλήρους ίασης και συνιστάται παρακολούθηση ανά έτος μετά τη θεραπεία. Βασικές αρχές της θεραπείας περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων τη χορήγηση κατάλληλου στοχευμένου συνδυασμού αντιμικροβιακών βασισμένου σε δεδομένα από τις ληφθείσες καλλιέργειες με καλή φαρμακοκινητική στα οστά και με δραστηριότητα έναντι των μικροοργανισμών που παράγουν βιομεμβράνη. Η εκρίζωση της λοίμωξης θεωρείται πολύ δύσκολη και στην πράξη προτείνεται αφαίρεση του ξένου σώματος.

## **ΜΕΡΟΣ Γ': ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ**

### **Λοιμώξεις κεντρικών γραμμών στον αιματολογικό ασθενή**

Μαστρογιάννη Ε.

*Παθολόγος-Λοιμξιολόγος, Επιμελήτρια Β ΕΣΥ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»*

Οι αιματολογικοί ασθενείς φέρουν σε μεγάλο βαθμό κεντρικούς καθετήρες, για τη χορήγηση χημειοθεραπείας, μετάγγισης παραγώγων αίματος και σπανιότερα παρεντερικής διατροφής. Λόγω της



ανοσοκαταστολής από το υποκείμενο νόσημα και τη θεραπεία οι αιματολογικοί ασθενείς βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο λοιμώξεων που σχετίζονται με ενδαγγειακούς καθετήρες. Η επίπτωση των λοιμώξεων αυτών υπολογίζεται σε 0.5-10 λοιμώξεις ανά 1000 καθετηρο-ημέρες και αυξάνεται κατά την περίοδο της ουδετεροπενίας, καθώς επίσης ανάλογα με παράγοντες κινδύνου που έχουν σχέση με τον καθετήρα καθώς και χαρακτηριστικά του ασθενούς. Πρέπει να τίθεται έγκαιρα η κλινική υποψία της λοίμωξης και να λαμβάνονται καλλιέργειες αίματος από τον καθετήρα και περιφερική φλέβα. Ο αποικισμός του καθετήρα δεν πρέπει να συγχέεται με λοιμώξεις που σχετίζονται με τον καθετήρα, οι οποίες χωρίζονται περαιτέρω σε εντοπισμένες και αιματογενείς λοιμώξεις. Εφόσον δεν βρεθεί άλλη εστία λοίμωξης ή επιβεβαιωθεί μικροβιολογικά ότι ο καθετήρας είναι η εστία της λοίμωξης, ακολουθεί αφαίρεση του καθετήρα και άμεση έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής, αρχικά εμπειρικής και στη συνέχεια στοχευμένης βάσει καλλιεργιών. Η διάρκεια της θεραπείας καθορίζεται από το υπεύθυνο παθολόγο και την κλινική ανταπόκριση. Κεντρικό ρόλο κατέχει η πρόληψη, με ενδεδειγμένη τήρηση όλων των προφυλακτικών μέτρων κατά την τοποθέτηση των γραμμών, εφαρμογή των μέτρων μετάδοσης λοιμώξεων κατά τη διάρκεια παραμονής τους και καθημερινή επιτήρηση για σημεία ή συμπτώματα λοίμωξης. Έχει αποδειχθεί ότι τα μέτρα πρόληψης είναι αποτελεσματικά και μειώνουν τη νοσηρότητα και τη θνητότητα που σχετίζονται με λοιμώξεις από κεντρικούς καθετήρες σε αυτούς τους ευάλωτους πληθυσμούς ασθενών.

## **Εμπύρετο σε ασθενή με ουδετεροπενία μετά από χημειοθεραπεία**

Ρέντζιου Γ.

*Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Β ΈΣΥ, Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»*

Ως εμπύρετο ουδετεροπενία ορίζουμε το σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από τις παρακάτω παραμέτρους: 1) Ουδετερόφιλα <500/μλ ή <1000/μλ με προοπτική μείωσης σε <500/μλ μέσα στις επόμενες 48 ώρες, και 2)  $\Theta \geq 38,3^{\circ}\text{C}$  σε μία μέτρηση ή  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  που διατηρείται μέσα σε 1 ώρα. Η εμφάνιση πυρετού μετά από ΧΜΘ αποτελεί μία από τις συχνότερες επιπλοκές της χορήγησης κυτταροτοξικής ΧΜΘ, ιδίως μετά τον πρώτο κύκλο αυτής. Η επίπτωση της κυμαίνεται από 5-30% σε ασθενείς με συμπαγείς όγκους ενώ έως και το 80% των ασθενών σε ασθενείς με αιματολογική κακοήθεια θα εμφανίσουν τουλάχιστο ένα επεισόδιο εμπύρετου ουδετεροπενίας. Η αρχική διαστρωμάτωση κινδύνου γίνεται με την κατάταξη των ασθενών ως χαμηλού ή υψηλού κινδύνου καθώς και με την χρήση του MASCC score. Επιλεγμένοι ασθενείς χαμηλού κινδύνου μπορούν να αντιμετωπιστούν εξωνοσοκομειακά υπό προϋποθέσεις ενώ οι ασθενείς υψηλού κινδύνου χρήζουν ενδονοσοκομειακής αντιμετώπισης. Η αρχική αντιμετώπιση πρέπει να είναι άμεση (χορήγηση αντιμικροβιακών εντός 1 ώρας) και να στοχεύει αρχικά κατά κοινών μικροβίων με έμφαση στα Gram(-) και ιδίως στην ψευδομονάδα. Η αρχική εμπειρική αγωγή για Gram(+) δεν συστήνεται με εξαίρεση συγκεκριμένες κλινικές περιπτώσεις. Η διάρκεια της αγωγής εξαρτάται από το είδος της λοίμωξης (εφόσον τεκμηριωθεί), την κλινική ανταπόκριση και την ανάκαμψη των ουδετεροφίλων. Επί επιμένοντος πυρετού για >72-96 ώρες η διερεύνηση για διηθητική μυκητίαση καθώς και η προσθήκη εμπειρικής αντιμυκητιασικής αγωγής σε ασθενείς υψηλού κινδύνου συστήνεται. Σε κέντρα με αυξημένη επίπτωση πολυανθεκτικών παθογόνων ή σε περίπτωση γνωστού αποικισμού ή προηγηθείσας λοίμωξης από πολυανθεκτικά μικρόβια η εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή θα πρέπει να περιλαμβάνει στο εύρος της και τα συγκεκριμένα βακτήρια.

## ΜΕΡΟΣ Δ΄: ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

### Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

#### Λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα σε ασθενή με βηματοδότη και αρνητικές αιμοκαλλιέργειες

Καζιάνη Α.

Επιμελήτρια Α΄ Παθολογίας, Εξειδικευόμενη Λοιμωξιολογίας, Ε΄ Παθολογική Κλινική-Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η λοίμωξη συνιστά σοβαρή επιπλοκή της τοποθέτησης εμφυτευόμενων καρδιακών συσκευών με σοβαρά κλινικά και οικονομικά επακόλουθα. Η επίπτωση, τα κλινικά χαρακτηριστικά και η διαχείριση της λοίμωξης ποικίλουν ανάλογα με το είδος, τη θέση της συσκευής, καθώς και την εντόπιση της λοίμωξης. Διακρίνονται σε λοιμώξεις της θήκης, οι οποίες αφορούν τη γεννήτρια και το υποδόριο τμήμα των ηλεκτροδίων και σε συστηματικές λοιμώξεις, που αφορούν το ενδαγγειακό τμήμα των ηλεκτροδίων με ή χωρίς εκβλαστήσεις στα ηλεκτρόδια ή και τη βαλβίδα. Αιτιοπαθογενετικά συνδέονται είτε με επιμόλυνση της συσκευής κατά τη διαδικασία της εμφύτευσης, είτε, σπανιότερα, με αιματογενή προσβολή. Η διάγνωση στηρίζεται, όπως και στην περίπτωση της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας, στο συνδυασμό μικροβιολογικών και απεικονιστικών ευρημάτων. Για την επιτυχή και οριστική θεραπεία απαιτείται η πλήρης εκφύτευση της συσκευής σε συνδυασμό με στοχευμένη αντιμικροβιακή θεραπεία. Για το σκοπό αυτό είναι σημαντική η έγκαιρη μικροβιολογική διάγνωση, στόχος που δεν επιτυγχάνεται πάντα με τις συμβατικές μικροβιολογικές μεθόδους. Ο συνηθέστερος λόγος είναι η χορήγηση αντιμικροβιακών πριν από τη λήψη αιμοκαλλιεργειών, άλλοι λόγοι είναι η λοίμωξη από ενδοκυττάρια παθογόνα ή μικροοργανισμούς βραδείας ανάπτυξης. Προκειμένου να βελτιστοποιηθεί η μικροβιολογική τεκμηρίωση στις λοιμώξεις των εμφυτευόμενων καρδιακών συσκευών, εκτός από τη σωστή λήψη αιμοκαλλιεργειών και την επικοινωνία με το εργαστήριο για την παράταση του χρόνου επώασης αυτών, σημαντικός είναι ο ρόλος του ορολογικού ελέγχου για ενδοκυττάρια παθογόνα. Στις περιπτώσεις που οι παραδοσιακές μέθοδοι δεν επιτυγχάνουν, οι νέες μοριακές τεχνικές συνδρομικής διάγνωσης, όπως η αλληλούχιση του 16S rRNA, μπορεί να συμβάλουν περαιτέρω στη διάγνωση.

### Γ.Ν.Α. «Η Αγία Σοφία»

#### Παιδί με επίμονη κεφαλαλγία και εμέτους

Λαγκούση Θ.

Παιδίατρος, Εξειδικευόμενη Λοιμωξιολογίας, Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

**Εισαγωγή:** Η πρωτοπαθής ενδοκράνια εντόπιση της υδατίδας κύστης είναι σπάνια (1-2%), και αφορά κυρίως παιδιά.

**Περιγραφή περίπτωσης:** Αγόρι 10 ετών, προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω ναυτίας, εμέτων και γενικευμένης κόπωσης. Διαπιστώθηκε ημIANOψία και ημιπάρεση αριστερά, και οίδημα οπτικών θηλών άμφω. Οι εξετάσεις αίματος ήταν φυσιολογικές. Η αξονική και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε μονόπλευρη κυστική βλάβη με σαφή όρια στο δεξιό παρεγκεφαλιδικό ημισφαίριο, με μετατόπιση της μέσης γραμμής.

Με την υποψία της υδατίδας κύστης ξεκίνησε εμπειρική θεραπεία με αλβενδαζόλη, ενώ τέσσερις ημέρες αργότερα πραγματοποιήθηκε χειρουργική εξαίρεση ολόκληρης της κύστης, επιτρέποντας στον ασθενή να αναρρώσει χωρίς επιπλοκές.

Η ιστοπαθολογική ανάλυση επιβεβαίωσε τη διάγνωση με την ανεύρεση σκληροκοκκωδών.

Η αξονική τομογραφία κοιλίας και θώρακα απέκλεισε την παρουσία πρωτοπαθούς υδατίδας κύστης σε άλλες θέσεις. Τα ειδικά αντιεχινοκοκκικά αντισώματα ήταν αρνητικά.

Το παιδί έλαβε αλβενδαζόλη για ένα μήνα συνολικά. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου 2 μήνες αργότερα δεν ανέδειξε υποτροπή. Τα αντιεχινοκοκκικά αντισώματα παρέμειναν αρνητικά.

**Συμπεράσματα-Συζήτηση:** Η υδατίδα κύστη εξακολουθεί να ενδημεί σε ορισμένες αγροτικές περιοχές παγκοσμίως και θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση παιδιών που ζουν ή προέρχονται από μια τέτοια περιοχή με μη ειδικά συμπτώματα ή εικόνα ενδοκράνιας υπέρτασης. Η γενική εξέταση αίματος μπορεί να μην παρουσιάζει ηωσινοφιλία, ενώ τα αντισώματα είναι αρνητικά στο 50% των περιπτώσεων. Η έγκαιρη διάγνωση βασισμένη κυρίως στα νευροακτινολογικά ευρήματα και τα κλινικά συμπτώματα και η πλήρης χειρουργική αφαίρεση της κύστης, σε συνδυασμό με τη στοχευμένη αντιπαρασιτική θεραπεία είναι οι κύριοι παράγοντες που καθορίζουν την ευνοϊκή έκβαση.

## ΜΕΡΟΣ Ε΄: ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΘΕΜΑΤΑ

### Διαχείριση ασθενούς με σύφιλη

Ασημάκη Χ.

Σύμβουλος Λοιμώξεων Ευρωκλινικής Παιδων - MENN «Λητώ»

Η σύφιλη αποτελεί ένα νόσημα γνωστό από την αρχαιότητα. Εξακολουθεί, όμως, να αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Παρά την μείωση της επίπτωσης του νοσήματος που καταγράφηκε παγκοσμίως στις αρχές του 21<sup>ου</sup> αιώνα και τις ελπίδες για την εκρίζωσή του, παρατηρείται από το 2000 και μετά σταθερή αύξηση των νέων λοιμώξεων σε ενήλικες αναπαραγωγικής ηλικίας. Η αύξηση αυτή έχει ως αποτέλεσμα και την αύξηση των περιπτώσεων συγγενούς σύφιλης, καθώς, πέρα από την μετάδοση με τη σεξουαλική πράξη, η νόσος μεταδίδεται και διαπλακουντιακά από τη μητέρα στο νεογνό. Η νόσος μπορεί να είναι σοβαρή και να οδηγήσει σε βαρύτερες επιπλοκές και σημαντική αναπηρία των ατόμων που δεν θα διαγνωστούν εγκαίρως και δεν θα λάβουν θεραπεία.

Η αυξητική τάση στην επιδημιολογία του νοσήματος καθώς και η βαρύτητα της νόσησης, καθιστούν απαραίτητη την άμεση ανίχνευση των ατόμων που πάσχουν και την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπισή τους, ώστε να αποτραπεί η μετάδοση του βακτηρίου. Στρατηγικές ελέγχου με ορολογικές δοκιμασίες όλων των συμπτωματικών ενηλίκων αλλά και ομάδων του πληθυσμού που έχουν αυξημένη πιθανότητα νόσησης λόγω σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου, μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Ιδιαίτερως σημαντική θεωρείται από διεθνείς οργανισμούς υγείας, η εφαρμογή καθολικού screening των εγκύων, ώστε να εντοπιστούν εγκαίρως οι γυναίκες που πάσχουν και λαμβάνοντας την ενδεδειγμένη θεραπεία να αποτραπεί η μετάδοση της νόσου στα νεογνά τους. Όσο κι αν είναι πολύπλοκος και δύσκολος ο εντοπισμός των νοσούντων, η θεραπεία είναι απλή και δεν έχει αλλάξει με την πάροδο των ετών. Η έγκαιρη χορήγηση πενικιλίνης μπορεί να αποτρέψει τη μετάδοση αλλά και την εκδήλωση μακροχρόνιων σοβαρών επιπλοκών, τόσο σε ενήλικες όσο και σε νεογνά.

## ΣΤΡΟΓΓΥΛΑ ΤΡΑΠΕΖΙΑ

### ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

#### Λοιμώξεις σε ασθενείς με νεότερες ανοσολογικές θεραπείες: CAR-T-cells

Μυλωνά Ε.

Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α, Ε΄ Παθολογική Κλινική και Τμήμα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Τα Τ-κύτταρα που έχουν τροποποιηθεί γενετικά ώστε να φέρουν χιμαιρικό υποδοχέα [Chimeric Antigen Receptor-T-cells (CAR-T-cells)] αναγνωρίζοντα συγκεκριμένο αντιγόνο στην επιφάνεια καρκινικών κυττάρων, αποτελούν νέα γενιά ανοσοθεραπείας. Εφαρμόζεται κυρίως σε ανθεκτικές κακοήθειες της Β-σειράς και οι λοιμώξεις είναι μία από τις συνηθέστερες επιπλοκές της. Πολλοί είναι οι παράγοντες που καθιστούν τους λήπτες των CAR-T-cells επιρρεπείς στις λοιμώξεις. Πρόκειται για ασθενείς που έχουν ήδη λάβει αρκετές γραμμές θεραπείας ή/ και μεταμοσχευθεί και επομένως είναι βαριά ανοσοκατασταλμένοι. Λαμβάνουν λεμφοαφανιστική χημειοθεραπεία πριν την έγχυση των κυττάρων και συνήθως, θα χρειαστεί να λάβουν μονοκλωνικά αντισώματα έναντι ιντερλευκινών ή/ και κορτικοειδή για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της θεραπείας (σύνδρομο απελευθέρωσης κυτταροκινών και νευροτοξικότητα). Τέλος, επειδή η θεραπεία στοχεύει τα Β-κύτταρα, η απλασία της Β-σειράς και η υπογαμμασφαιριναιμία αποτελούν επιπλέον παράγοντες ανοσοκαταστολής. Οι περισσότερες μελέτες περιγράφουν παρόμοιο πρότυπο εμφάνισης λοιμώξεων μετά την CAR-T-cell θεραπεία. Κατά την πρώιμη περίοδο (πρώτες 30 ημέρες) απαντώνται συνήθως βακτηριακές λοιμώξεις (17-42%) δεδομένου ότι η κυτταροπενία και η βλεννογονίτιδα προεξάρχουν. Όσον αφορά στα παθογόνα, το *Clostridium difficile*, τα εντεροβακτηριακά και οι εντερόκοκκοι είναι τα συχνότερα. Δεδομένων δε των παρατεταμένων νοσηλείων και της σωρείας αντιβιοτικών που έχουν λάβει η ασθενείς, οι λοιμώξεις από πολυανθεκτικά παθογόνα είναι αναμενόμενη. Αντίθετα, οι ιογενείς λοιμώξεις (14-32%) απαντώνται αργότερα, μετά την 30<sup>η</sup> ημέρα, όταν η λεμφοπενία και υπογαμμασφαιριναιμία προεξάρχουν, προδιαθέτοντας σε ιογενείς λοιμώξεις αναπνευστικού. Λόγω απλασίας της Β-σειράς, πολλοί ασθενείς εμφανίζουν μείωση των CD4 λεμφοκυττάρων με αποτέλεσμα την επανενεργοποίηση λανθανόντων ερπητοϊών, μέχρι και 12 μήνες μετά την έγχυση των CAR-T-cells. Οι μυκητιακές λοιμώξεις αναφέρονται σποραδικά (8% κατά την πρώιμη και 3% κατά την όψιμη περίοδο) σε συνθήκες κυτταροπενίας και μακροχρόνιας χορήγησης κορτικοειδών. Όσον αφορά στην προφυλακτική αγωγή και τον εμβολιασμό, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν μελέτες ειδικά για την CAR-T-cell θεραπεία, υιοθετούνται συνήθως οι αντίστοιχες οδηγίες που υπάρχουν για όσους υποβάλλονται σε αλλογενή μεταμόσχευση μυελού των οστών. Καθώς η εφαρμογή της θεραπείας με CAR-T-cells επεκτείνεται και σε άλλα κακοήγη νοσήματα είναι αναγκαίο τα διάφορα κέντρα να δημοσιεύουν την εμπειρία τους σχετικά με τις λοιμώδεις επιπλοκές που συναντούν. Με αυτά τα δεδομένα «πραγματικού κόσμου» θα συλλέξουμε περισσότερες πληροφορίες, πέραν εκείνων που έχουμε από τους αυστηρά επιλεγμένους ασθενείς των κλινικών μελετών, γεγονός που θα οδηγήσει στην καλύτερη χαρτογράφηση, αναγνώριση, αντιμετώπιση και πρόληψη των λοιμώξεων στους ασθενείς αυτούς.

## Νεότεροι βιολογικοί παράγοντες σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα

Στέφος Α.

Παθολόγος Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο Κέντρο Εμπειρογνομωσύνης Αυτοανόσων Νοσημάτων Ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, Π.Γ.Ν. Λάρισα

Από την έγκριση κυκλοφορίας του rituximab 12:37 pm1997 και του imatinib το 2001, ο αριθμός των διαθέσιμων βιολογικών παραγόντων, καθώς και ο αριθμός των ασθενών που τα χρησιμοποιούν έχουν αυξηθεί κατακόρυφα. Η αναστολή του TNF-α σχετίζεται με μέτριο αλλά σαφή κίνδυνο ανάπτυξης λοιμώξεων (κυρίως φυματίωση, κοινές βακτηριακές λοιμώξεις και διεισδυτικές μυκητιάσεις). Υπάρχει σαφής διακύμανση του κινδύνου εμφάνισης λοίμωξης από το etanercept (μικρότερος) ως το infliximab (μεγαλύτερος). Με τη χρήση των αντί-T cells θεραπειών ο κίνδυνος ανάπτυξης λοιμώξεων είναι ήπια αυξημένος. Κοινές λοιμώξεις δέρματος και αναπνευστικού είναι ο κανόνας. Από τα ως τώρα δεδομένα δεν φαίνεται να αυξάνει η συχνότητα αναζωπύρωσης της φυματίωσης ή της λοίμωξης από τον HBV. Αντίθετα η θεραπεία με αντί-B cells παράγοντες φαίνεται ότι οδηγεί σε μέτρια αύξηση του σχετικού κινδύνου εμφάνισης κοινών λοιμώξεων (σοβαρές ως προς τη βαρύτητα λοιμώξεις αναπνευστικού), σε ενεργοποίηση του HCV και του ιού του έρπητα ζωστήρα και αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο ενεργοποίησης της λοίμωξης από τον HBV. Φαίνεται ότι η συχνότητα εμφάνισης λοιμώξεων είναι ψηλότερη σε ασθενείς που λαμβάνουν άλλη ανοσοκατασταλτική αγωγή και είναι μεγαλύτερης ηλικίας. Η αναχαίτιση του μονοπατιού της IL-6 σχετίζεται με μέτρια αύξηση του κινδύνου εμφάνισης λοιμώξεων (κοινές βακτηριακές κυρίως λοιμώξεις αναπνευστικού, μυκητιακές, μυκοβακτηριδιακές και ιογενείς). Δεν υπάρχουν μακροχρόνια δεδομένα παρακολούθησης για την επίδραση στην εμφάνιση λοιμώξεων της αγωγής με αναστολείς της IL-17. Φαίνεται ότι η βλεννογονική καντιντίαση, οι λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού και η μέτρια ουδετεροπενία σχετίζονται με αυτούς τους παράγοντες. Οι JAK αναστολείς προκαλούν ενεργοποίηση ιογενών λοιμώξεων (HBV, έρπητα ζωστήρα), αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης λοιμώξεων του αναπνευστικού (κυρίως ήπιες αλλά σπανιότερα πολύ σοβαρές).

## ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΕΣ/ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ: ΜΙΑ ΝΕΑ ΑΠΕΙΛΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

### Χολέρα

Πετρίκος Π.

Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Αντισημναρχος, Επιμελητής Β' Παθολογικής Κλινικής, 251 Γ.Ν. Αεροπορίας

Η χολέρα είναι μια οξεία διαρροϊκή νόσος που οφείλεται στην προσβολή του εντέρου από την εντεροτοξίνη που παράγει το βακτήριο *Vibrio cholerae*. Η σοβαρή μορφή της νόσου εκδηλώνεται στο 5-10% των μολυσμένων ασθενών με εκσεσημασμένη, ορυζοειδή διάρροια και εμέτους που οδηγούν ταχέως σε σημαντική απώλεια ύδατος, ηλεκτρολυτών και τελικά υποβολαιμική καταπληξία συχνά μέσα σε 24 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων. Η έγκαιρη χορήγηση επαρκούς ποσότητας υγρών και η χορήγηση αντιβιοτικών σε σοβαρές περιπτώσεις (δοξυκυκλίνη ή αζιθρομυκίνη) μειώνουν σημαντικά τη θνητότητα. Η νόσος ταλαιπωρεί την ανθρωπότητα από την αρχαιότητα με επιδημικές εξάρσεις σε περιοχές με ανεπαρκή πρόσβαση σε καθαρό νερό και ελλιπείς συνθήκες υγιεινής. Υπολογίζονται ετησίως έως και 3 εκατομμύρια μολύνσεις, κάθε χρόνο, και 100 χιλιάδες θάνατοι σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι φυσικές καταστροφές και οι εμπόλεμες συνθήκες αποτελούν πολλές φορές εκλυτικό παράγοντα τέτοιων επιδημιών. Τα τελευταία 200 χρόνια έχουν καταγραφεί επτά πανδημίες, για τις έξι από τις οποίες υπεύθυνος ήταν ο κλασικός βιότυπος του *Vibrio cholerae* O1, ενώ για την τελευταία που ξεκίνησε από το 1961 και συνεχίζεται μέχρι και σήμερα (άρχισε στην Ινδονησία και





επεκτάθηκε στην Ασία, Ευρώπη, Αφρική, Νότια και Κεντρική Αμερική) υπεύθυνος είναι ο βιότυπος E1 Tor. Σήμερα ενδημεί τουλάχιστον σε 50 χώρες του κόσμου κυρίως στην Αφρική και την Ασία με τα περισσότερα κρούσματα να εμφανίζονται στο Μαλάουι, τη Συρία, τη Νιγηρία, την Υεμένη, την Αϊτή και το Αφγανιστάν. Στην Ευρώπη η νόσος δεν ενδημεί. Τα λιγότερα κρούσματα που καταγράφονται, προκύπτουν μετά από ταξίδι σε ενδημική περιοχή. Υπάρχουν διαθέσιμα δύο εμβόλια για την πρόληψη της νόσου. Το νεκρό ολοκυτταρικό από του στόματος (Dukoral) το οποίο χορηγείται σε δύο δόσεις με διαφορά 1 έως 6 εβδομάδες, και το ζων εξασθενημένο από του στόματος εμβόλιο (Vaxchora) μίας δόσης και με διάρκεια προστασίας από 3 ως 6 μήνες. Το νεκρό ολοκυτταρικό από του στόματος εμβόλιο περιέχει πολλούς ορότυπους και βιότυπους του μικροβίου μαζί με ανασυνδιασμένη τοξίνη B, και προσφέρει προστασία για 2 χρόνια με αποτελεσματικότητα 85%-90% στους πρώτους 6 μήνες και κάτω από 50% μετά τον πρώτο χρόνο. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ τα παγκόσμια αποθέματα των εμβολίων αυτών είναι εξαιρετικά χαμηλά εν μέσω έξαρσης της ασθένειας σε όλο τον κόσμο. Η κατανάλωση καθαρού πόσιμου ύδατος και η σωστή αποχέτευση των ανθρώπινων λυμάτων αποτελούν τα κύρια μέτρα πρόληψης του νοσήματος.

## ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: ΕΝΙΑΙΑ ΥΓΕΙΑ - ONE HEALTH

### Ζωοανθρωπονόσοι και Ενιαία Υγεία

Σωτηράκη Σ.

*Ινστιτούτο Κτηνιατρικών Ερευνών, Ελληνικός Γεωργικός Οργανισμός-ΔΗΜΗΤΡΑ, Θέρμη Θεσσαλονίκη*

Τα τελευταία χρόνια φαίνεται ότι μεταβάλλεται η επιδημιολογία των ασθενειών και νέα παθογόνα ή τύποι παθογόνων αναδύονται, αυξάνεται δηλαδή η συχνότητα εμφάνισής τους σε σχέση με το παρελθόν. Για πολλά από αυτά τα παθογόνα εκτιμάται ότι για τη διασπορά τους στο περιβάλλον ευθύνονται εκτός του ανθρώπου και διάφορα είδη ζώων (συχνά συνανθρωπικά), και για το λόγο αυτό, οι ασθένειες που αυτά προκαλούν ονομάζονται ζωοανθρωπονόσοι. Ειδικότερα, έχουν παρουσιάσει έξαρση και απειλούν σημαντικά τη δημόσια υγεία σειρά νοσημάτων που μεταδίδονται από τα ζώα στον άνθρωπο, είτε με τη συμβίωση (παραγωγικά ζώα, σκύλος/γάτα), είτε μέσω διαφόρων αρthropόδων (Vector Borne Diseases-VBD), αλλά και μέσω των τροφίμων. Η έξαρση όλων αυτών των νοσημάτων που έχει διαπιστωθεί στα χρόνια μας, είναι σύνθετο φαινόμενο και επηρεάζεται από δημογραφικές μεταβολές (συμπεριλαμβανομένης και της μετανάστευσης), αλλά και από αλλαγές στις συνήθειες και τον τρόπο ζωής του ανθρώπου. Φαινόμενα που επηρεάζουν επίσης την έξαρση των εν λόγω νοσημάτων είναι η παγκοσμιοποίηση και η συχνότητα της μετακίνησης των ανθρώπων (τόσο για αναψυχή όσο και για επαγγελματικούς λόγους), αλλά και η κλιματική αλλαγή, ειδικότερα σε ό,τι αφορά τα αρthropοδα-μεταδότες που εξαρτώνται πολύ από το περιβάλλον. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο των παγκόσμιων περιβαλλοντικών αλλαγών, με τις συνεχόμενες αλλαγές των κλιματολογικών συνθηκών, αλλά και της παγκοσμιοποίησης του εμπορίου και των ταξιδιών, το ενδιαφέρον για τις αναδυόμενες ζωο-ανθρωπονόσους έχει αυξηθεί. Εν μέσω πανδημιών η ικανότητα μιας χώρας να ανταποκριθεί αποτελεσματικά σε αυτές τις απειλές, εξαρτάται από τη συντονισμένη συμμετοχή πολλών παραγόντων, διαφόρων τομέων και σε διαφορετικά επίπεδα εφαρμογής. Η έγκαιρη ανίχνευση αυτών των ασθενειών μπορεί να αποτρέψει πιθανές σχετικές επιδημίες και πανδημίες, καθώς η ικανότητα που διαθέτει μια χώρα να σταματήσει την εξάπλωση παθογόνων παραγόντων εκπορεύεται από την ικανότητα που έχει να εντοπίζει έγκαιρα ασυνήθιστα συμβάντα και να εφαρμόζει γρήγορα μέτρα ελέγχου. Στην παρουσίαση αυτή δίνεται το παράδειγμα ζωοανθρωπονόσων που αφορούν τη χώρα μας όπως είναι η κυστική εχινόκοκκωση, η λεισμανίωση, η κρυπτοσποριδίωση.

## Κλιματική αλλαγή και λοιμώξεις από κουνούπια

Μιχαηλάκης Α.

*Διευθυντής Ερευνών, Εργαστήριο Εντόμων & Παρασίτων Υγειονομικής Σημασίας,  
Μπενάκειο Φυτοπαθολογικό Ινστιτούτο*

Τα κουνούπια αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα αιμομυζητικών εντόμων, τα οποία εκτός της ενόχλησης που προκαλούν σ' ανθρώπους και ζώα μεταδίδουν και σοβαρές ασθένειες, όπως η ελονοσία, ο Δάγκειος πυρετός, ο Ζίκα, ο ιός του Δυτικού Νείλου κ.α. Ο βιολογικός κύκλος των κουνουπιών απαιτεί την παρουσία στάσιμου νερού και ανάλογα το είδος κουνουπιού αρκεί έστω και μια μικρή ποσότητα προκειμένου τα γονιμοποιημένα θηλυκά κουνούπια να εναποθέσουν τα αυγά τους. Σημαντική επίδραση στον βιολογικό κύκλο των κουνουπιών ασκεί η θερμοκρασία. Οποιαδήποτε μεταβολή της επηρεάζει σημαντικά τη διάρκεια του βιολογικού κύκλου των κουνουπιών και ως εκ τούτου, η κλιματική αλλαγή έχει δημιουργήσει τις κατάλληλες προϋποθέσεις τόσο για την παρατεταμένη δραστηριότητά τους (ακόμα και τους χειμερινούς μήνες) όσο και για την εγκατάσταση νέων τροπικών (χωροκατακτητικών) ειδών στην Ευρώπη. Σύμφωνα με τον 13° στόχο της Βιώσιμης Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), απαιτείται «Δράση για το κλίμα». Προς τον σκοπό αυτό, ειδικότερα για την Ελλάδα, απαιτείται η εκπαίδευση των εμπλεκόμενων φορέων στοχεύοντας στην ορθή εφαρμογή των διαθέσιμων διαχειριστικών σχεδίων έναντι των κινδύνων δημόσιας υγείας από τα κουνούπια.

## ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Η ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΙΝΑΙ ΕΦΙΚΤΗ!

### Η συμμετοχή και οι ευθύνες του Μικροβιολογικού Εργαστηρίου στην Επιτήρηση των Αντιβιοτικών

Ζαρκωτού Ο.

*Βιοπαθολόγος-Κλινικός Μικροβιολόγος, Διευθύντρια Μικροβιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Πειραιά «Γζάνειο»*

Το Μικροβιολογικό Εργαστήριο αποτελεί σημαντικό εταίρο στις πρωτοβουλίες για την προστασία των αντιβιοτικών και οι Μικροβιολόγοι θα πρέπει να αποτελούν αναπόσπαστα μέλη της ομάδας των προγραμμάτων επιτήρησης τους (antibiotic stewardship programs, ASP). Οι παρεμβάσεις, από την πλευρά του Μικροβιολογικού Εργαστηρίου, που μπορούν να συμβάλλουν στην ορθολογική χρήση αντιβιοτικών αφορούν και στις τρεις φάσεις της αναλυτικής διαδικασίας: προαναλυτική, αναλυτική και μετα-αναλυτική. Η διασφάλιση ποιότητας στο προαναλυτικό στάδιο είναι απαραίτητη ώστε να λαμβάνονται δείγματα που αντανακλούν με ακρίβεια τον αιτιολογικό παράγοντα. Το Μικροβιολογικό Εργαστήριο θα πρέπει να αναπτύξει γραπτές οδηγίες για την ορθή επιλογή, συλλογή, σήμανση, μεταφορά και συντήρηση των κλινικών δειγμάτων, να εκπαιδεύσει τους κλινικούς αλλά και να θεσπίσει κριτήρια απόρριψης. Σφάλματα στο προαναλυτικό στάδιο μπορεί να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη συνταγογράφηση. Στενά συνδεδεμένο με το antibiotic stewardship είναι το diagnostic stewardship (η κατάλληλη εξέταση, το κατάλληλο κλινικό δείγμα, στον κατάλληλο ασθενή στο κατάλληλο χρόνο), που θα οδηγήσει στην παραγωγή αξιόπιστων και κλινικά σημαντικών αποτελεσμάτων έγκαιρα. Οι παρεμβάσεις στο μετα-αναλυτικό στάδιο περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, το περιορισμένο αντιβιογράμμα (selective reporting) και την προσθήκη σχολίων, ώστε να κατευθύνεται η συνταγογράφηση. Το περιορισμένο αντιβιογράμμα στοχεύει στην παρουσίαση των επιθυμητών επιλογών και στην απόκρυψη των μη επιθυμητών. Μπορεί να επιτύχει δύο διαφορετικούς στόχους του antibiotic stewardship: α) να μειώσει τη μη απαραίτητη συνταγογράφηση στην περίπτωση που δεν δίνονται αποτελέσματα ελέγχου ευαισθησίας (στρατηγική



‘no reporting’) για δείγματα που αντιπροσωπεύουν αποικισμό (π.χ. επιμολύνσεις από τη χλωρίδα του δέρματος στις αιμοκαλλιέργειες, αυπτωματική βακτηριουρία) και β) να μειώσει την ακατάλληλη συνταγογράφηση παροτρύνοντας τους κλινικούς να επιλέξουν θεραπείες πρώτης γραμμής. Στις παρεμβάσεις στη μετα-αναλυτική φάση συμπεριλαμβάνεται και η ανάλυση και κοινοποίηση των δεδομένων για την αντοχή. Τα δεδομένα αντοχής συμβάλλουν σημαντικά στην επιλογή της εμπειρικής αγωγής, που πρέπει να ακολουθεί τις τάσεις που επικρατούν στο χώρο μας. Στο αναλυτικό στάδιο, την τελευταία δεκαετία οι εξελίξεις είναι ραγδαίες. Τα νέα διαγνωστικά εργαλεία μπορούν να ταυτοποιήσουν τον αιτιολογικό παράγοντα μιας λοίμωξης ή ακόμα και να μας δώσουν πληροφορίες για την κατάλληλη θεραπεία μέσα σε μία ή λίγες ώρες, μειώνοντας δραστικά τη διάρκεια της εμπειρικής αγωγής. Περνάμε πλέον από την εμπειρική προσέγγιση στη θεραπεία που κατευθύνεται από τα αποτελέσματα του διαγνωστικού ελέγχου. Για τα συστήματα συνδρομικής διάγνωσης, που ανιχνεύουν πολλαπλούς στόχους (παθογόνα και γονίδια αντοχής) απευθείας από το κλινικό δείγμα, η βιβλιογραφία είναι πλούσια αναφορικά με τη συμβολή τους στη βελτιστοποίηση της ιατρικής φροντίδας και της χρήσης των αντιβιοτικών. Σε πολλές μελέτες, αναφέρεται σημαντική ελάττωση του χρόνου για την κατάλληλη κλιμάκωση ή αποκλιμάκωση της αντιμικροβιακής αγωγής, με χρήση των πάνελ για τις θετικές αιμοκαλλιέργειες. Αντίστοιχα, στις λοιμώξεις του αναπνευστικού, μπορεί να περιοριστεί η μη απαραίτητη χορήγηση αντιμικροβιακών σε περίπτωση ανίχνευσης ιογενών παθογόνων. Τα τελευταία χρόνια, είναι διαθέσιμα και συστήματα που παρέχουν αποτελέσματα ελέγχου ευαισθησίας με τιμές MIC, απευθείας από τη φιάλη της θετικής αιμοκαλλιέργειας. Η χρήση τους έχει σημαντική επίδραση στο χρόνο για τη βέλτιστη θεραπεία. Για αποκομίσουμε το μέγιστο κλινικό όφελος, είναι απαραίτητος ο συνδυασμός των μεθόδων ταχείας διάγνωσης με την ομάδα του ASP, η οποία έχει το ρόλο του «αγγελιοφόρου» των αποτελεσμάτων. Θα πρέπει να υπάρχουν αλγόριθμοι χρήσης, να μελετηθεί ο χρόνος λειτουργίας και ο τρόπος παρουσίασης των αποτελεσμάτων. Απαιτείται, επίσης, προσοχή για τη σωστή ερμηνεία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Μια ακόμα συμβολή του Μικροβιολογικού Εργαστηρίου είναι η μέτρηση βιοδεικτών. Υπάρχει, πλέον, πληθώρα τεκμηριωμένων δεδομένων σχετικά με τη χρήση αλγορίθμων που βασίζονται στην προκαλοϊτονίνη για την εξατομίκευση και την ελάττωση της διάρκειας της αντιμικροβιακής αγωγής, ειδικά σε νοσηλευόμενους ασθενείς με λοιμώξεις του αναπνευστικού ή βαρέως πάσχοντες ασθενείς στη ΜΕΘ με υποψία λοίμωξης του αναπνευστικού ή σήψη. Συμπερασματικά, το Μικροβιολογικό Εργαστήριο, συμμετέχει σε πολλαπλά επίπεδα και έχει ευθύνη για την προστασία των αντιβιοτικών. Το κλειδί για την επιτυχία των προγραμμάτων ASP είναι η καθημερινή συνεργασία του Μικροβιολόγου με το Λοιμωξιολόγο, μέσω της οποίας προάγεται η ορθή χρήση των αντιβιοτικών στο νοσοκομείο. Είναι ηθική και κοινωνική υποχρέωση όλων μας να διαφυλάξουμε την αποτελεσματικότητα των αντιβιοτικών για τις επόμενες γενιές.



## ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

### **Βακτηριοκτόνο ή βακτηριοστατικό αντιβιοτικό; Έχει κλινική σημασία;**

Σπερνοβασίλης Ν.

*Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Λοιμωξιολογικού Τμήματος, Γερμανικό Ογκολογικό Κέντρο, Κύπρος*

Οι όροι «βακτηριοκτόνο» και «βακτηριοστατικό», οι οποίοι χρησιμοποιούνται για να χαρακτηρίσουν τη δράση των αντιβιοτικών έναντι των βακτηριακών πληθυσμών, βασίζονται σε δεδομένα *in vitro* δοκιμασιών και αναλύσεων των οποίων η συσχέτιση με την κλινική έκβαση των περισσότερων ειδών των λοιμώξεων είναι περιορισμένη. Βάσει των έως τώρα διαθέσιμων κλινικών δεδομένων, τα οποία εξάγονται από υψηλής αξιοπιστίας μελέτες, οι οποίες όμως δεν καλύπτουν όλο το φάσμα των πιθανών κλινικών σεναρίων, δεν υφίσταται *a priori* ανωτερότητα των «βακτηριοκτόνων» έναντι των «βακτηριοστατικών» αντιβιοτικών όσον αφορά την κλινική αποτελεσματικότητα τους στη μεγάλη πλειοψηφία των λοιμώξεων σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς. Σε τέτοιες περιπτώσεις, και συγκριτικά με τον διαχωρισμό των αντιβιοτικών σε «βακτηριοκτόνα» και «βακτηριοστατικά», παράμετροι όπως οι φαρμακοκινητικές ιδιότητες του αντιβιοτικού, προεξαρχούσης της κατανομής του στην εστία της λοίμωξης, η δοσολογία, η οδός χορήγησης, και η διάρκεια θεραπείας, φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο στην έκβαση της θεραπευτικής αντιμετώπισης.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις  
(επιλεγμένες για συζήτηση)



ΕΑ01.

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΟΥΣ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΚΑΙ CLOSTRIDIoidES DIFFICILE ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Κυζιρογλου Μαρία,<sup>1</sup> Τσανκώφ Αλεξάνδρα,<sup>1</sup> Γώγου Χριστιάνα,<sup>1</sup> Παπαθανασίου Ερωφίλη,<sup>1</sup> Χατζηκοσμά Χαρίκλεια,<sup>1</sup> Ζτρίβα Ελευθερία,<sup>1</sup> Πολυχρονόπουλος Γεώργιος,<sup>1</sup> Μαντζάνα Παρασκευή,<sup>2</sup> Σκούρα Λεμονιά,<sup>2,3</sup> Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ

<sup>3</sup>Τμήμα Μικροβιολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

<sup>4</sup>Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Οι ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις (*Healthcare-associated Infections*, HAI) σχετίζονται με υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας σε νοσηλεύμενους και ιδιαίτερα οι πολυανθεκτικοί μικροοργανισμοί (*Multi-drug Resistant*, MDR) και εκτενώς ανθεκτικοί στα αντιμικροβιακά (XDR) αποτελούν σοβαρό κίνδυνο κατά την διάρκεια νοσηλείας. Αξιολογήσαμε την επιδημιολογία και τη μικροβιολογία των HAIs που αποτελούνται από την ομάδα ESCAPE: *Vancomycin-resistant Enterococcus faecium* (VRE), *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA), *toxigenic Clostridioides difficile* (tCD), *Carbapenem-resistant Acinetobacter baumannii* (CRAB), *Carbapenem-resistant Pseudomonas aeruginosa* (CRPA) και *Carbapenem-resistant Enterobacteriales* (CRE).

**Υλικό και Μέθοδοι:** Σε αυτήν την αναδρομική μελέτη, εξετάστηκαν 2.900 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε παθολογική κλινική τριτοβάθμιου νοσοκομείου στην Ελλάδα κατά τον Οκτώβριο 2021-Σεπτέμβριο 2022. Αναλύθηκε η συχνότητα και η κατανομή των λοιμώξεων, η επιδημιολογία και το αντιμικροβιακό προφίλ των παθογόνων ESCAPE. Τα πρότυπα αναγνώρισης και ευαισθησίας πραγματοποιήθηκαν από το Vitek2 (*bioMérieux*). Η ανίχνευση του αντιγόνου της γλουταμικής αφυδρογονάσης (GDH) και των τοξινών A/B για tCD έγινε με ενζυμική ανοσοδοκιμασία (*Alere/TechLab*) και η παραγωγή τοξινών επιβεβαιώθηκε με τοξινογόνο καλλιέργεια ή PCR (*Cepheid*). Τα *Enterobacteriales* εξετάστηκαν για παραγωγή καρβαπενεμάσης με φαινοτυπικούς προσδιορισμούς.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά, 226 ασθενείς (124 γυναίκες και 102 άνδρες) ανέπτυξαν HAIs από παθογόνα ESCAPE με επιπολασμό 8% και συνολική θνησιμότητα 43,5% (σχετιζόμενη με λοιμώξεις). Συλλοίμωξη με περισσότερα από ένα από τα προαναφερθέντα παθογόνα βρέθηκε στο 20,8% (47/226) ασθενείς, ενώ συνολικά απομονώθηκαν 294 παθογόνα. Η επιδημιολογία και η κατανομή των ESCAPE HAI περιγράφονται λεπτομερώς (Πίνακας-1). Το CRE (93/2900, 3%) κυριάρχησε με την *Carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae* [(CRKP) (63/93, 67,7%)], ακολουθούμενη από tCD (71/2900, 2,4%), CRAB (65/2900, 2,2%), VRE (29/2900, 1%), CRPA (22/2900, 0,7%) και MRSA (14/2900, 0,4%). Ειδικά για τις λοιμώξεις από tCD, το 86% (61/71) συσχετίστηκε με την υγειονομική περίθαλψη ενώ το 14% (10/71) προήλθε από την κοινότητα. Όλα τα Gram αρνητικά βακτήρια ήταν MDR ενώ τα περισσότερα από αυτά XDR (100%, 73%, 38%) και PDR (17%, 4%, 5%) για τα CRAB, CRPA και CRE αντίστοιχα. Ο KPC ήταν ο κυρίαρχος τύπος καρβαπενεμάσης για το CRE (52/93, 56%) και για το CRKP (45/63, 71%) ακολουθούμενο από το MBL (26/93, 28%). Δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ των φύλων ( $p>0,05$ ). Η μεγαλύτερη ηλικία έδειξε ότι είναι ένας παράγοντας κινδύνου για λοιμώξεις ESCAPE, ιδιαίτερα σε ασθενείς  $>75$  ετών ( $p<0,05$ ).

**Συμπεράσματα:** Τα HAIs από τα παθογόνα ESCAPE αντιπροσωπεύουν ένα μεγάλο ποσοστό ανάμεσα σε νοσηλεύμενους ασθενείς με υψηλή θνησιμότητα. Η συνεπής επιτήρηση και η διαχείριση αντιβιοτικών αποτελούν απαραίτητες ενέργειες για τη μείωση του αντίκτυπου και της εξάπλωσής τους.

	Αίμα	Ουροποιητικό	Αναπνευστικό	Κεντρικό Φλεβικό Καθετήρα	Άλλα υγρά	Τραύμα	Κόπρανα	Total
VRE	21	6			2			29
MRSA	8		2	1	1	2		14
tCD							71	71
Carbapenem-resistant <i>Acinetobacter baumannii</i>	24	14	13	10		4		65
Carbapenem-resistant <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3	13	2	3		1		22
Carbapenem-resistant <i>Enterobacterales</i>	31	35	8	8		11		93
Carbapenem-resistant <i>Klebsiella pneumoniae</i>	23	21	7	3		9		63
Carbapenem-resistant <i>Enterobacterales</i> except <i>K. pneumoniae</i>	8	14	1	5		2		30
Total	87	68	25	22	3	18	71	294

ESCAPE group: Vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* (VRE), Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), toxigenic *Clostridioides difficile* (tCD), Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* (CRAB), Carbapenem-resistant *Pseudomonas aeruginosa* (CRPA) and Carbapenem-resistant *Enterobacterales* (CRE).

## ΕΑ02.

### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ COVID-19 ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΝΤΟΧΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ

Πετράκης Βασίλειος,<sup>1</sup> Πανοπούλου Μαρία,<sup>2</sup> Λαζαρίδης Γεώργιος,<sup>2</sup> Λεμονάκης Νικόλαος,<sup>2</sup> Ραφαηλίδης Πέτρος,<sup>1</sup> Τερζή Ειρήνη,<sup>1</sup> Παπάζογλου Δημήτριος,<sup>1</sup> Παναγόπουλος Περικλής<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

<sup>2</sup>Πανεπιστημιακό Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

**Σκοπός:** Το ζήτημα της αντιμικροβιακής αντοχής έχει λάβει διαστάσεις πανδημίας και οδηγεί σε σημαντική αύξηση των δεικτών νοσηρότητας και θνητότητας. Η μη ορθολογική χρήση των αντιμικροβιακών και η μειωμένη εφαρμογή των προγραμμάτων επιτήρησης λόγω της πίεσης των συστημάτων υγείας από την πανδημία COVID-19 έχει αυξήσει την επίπτωση των λοιμώξεων από πολυανθεκτικά στελέχη. Στόχος της εργασίας είναι η αξιολόγηση της επίδρασης της πανδημίας στην αντιμικροβιακή αντοχή στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης που αποτελεί νοσοκομείο αναφοράς της Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης καθ' όλη τη διάρκεια της πανδημίας.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη η οποία διεξήχθη από τον Ιανουάριο του 2018 έως και τον Δεκέμβριο του 2022. Πραγματοποιήθηκε συλλογή των δεδομένων του Πανεπιστημιακού Μικροβιολογικού Εργαστηρίου ανά εξάμηνο αναφορικά με τα απομονωθέντα στελέχη Gram θετικών και αρνητικών βακτηρίων σε καλλιέργειες αίματος και δείγματα αναπνευστικού σε νοσηλεύόμενους ασθενείς σε Παθολογικές και Χειρουργικές κλινικές και στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας εστιάζοντας στην επίπτωση του *Acinetobacter baumannii* (ανθεκτικού στην κολιμυκίνη), της *Klebsiella pneumoniae* (*Klebsiella pneumoniae* carbapenemase, KPC), της *Pseudomonas aeruginosa*, του *Enterococcus faecium* (Vancomycin-resistant *Enterococcus*, VRE) και του *Staphylococcus aureus* (Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, MRSA). Για κάθε ασθενή έγινε καταγραφή του πρώτου απομονωθέντος στελέχους και η ταξινόμηση της αντοχής έγινε με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST) και του Clinical & Laboratory Standards Institute (CLSI).

**Αποτελέσματα:** Απομονώθηκαν συνολικά 5.315 στελέχη Gram θετικών και αρνητικών βακτηρίων. Διαπιστώθηκε αυξητική τάση συγκριτικά με την περίοδο πριν την πανδημία στην επίπτωση του ανθεκτικού στη βανκομυκίνη *Enterococcus faecium* (42.3% από 35.6%,  $p=0.003$ ) και της ανθεκτικής στη μεροπενέμη (53% από 46%,  $p=0.003$ ) *Pseudomonas aeruginosa*. Αξιοσημείωτη αύξηση παρουσίασε η επίπτωση της ανθεκτικής στις καρβαπενέμες *Klebsiella pneumoniae* (91% από 85% στις ΜΕΘ,  $p=0.03$  και 69% από 61%,  $p=0.02$  στις κλινικές) και του ανθεκτικού στην κολιμυκίνη *Acinetobacter baumannii* (56% από 45%,  $p=0.005$ ). Μετά από μία σταθεροποίηση του ποσοστού του ανθεκτικού στη μεθικιλίνη *Staphylococcus aureus* το 2018 και 2019, κατά τη διάρκεια της πανδημίας διαπιστώθηκε αυξητική τάση (39% από 31%,  $p=0.04$ ). Η προηγηθείσα λήψη αντιμικροβιακών αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της πανδημίας (78% από 53%,  $p<0.001$ ) όπως και το ποσοστό νοσοκομειακών λοιμώξεων (64% από 42%,  $p<0.001$ ) οδηγώντας σε παράταση της νοσηλείας και μεγαλύτερη πιθανότητα για δυσμενή κλινική έκβαση.

**Συμπεράσματα:** Η επίδραση της πανδημίας στη αντιμικροβιακή αντοχή είναι καθοριστική ιδίως όσον αφορά στην επίπτωση των Gram αρνητικών βακτηρίων ανθεκτικών στις καρβαπενέμες. Η ενίσχυση των προγραμμάτων επιτήρησης και επιτροπών λοιμώξεων, η ορθολογική χρήση των αντιμικροβιακών και ο περιορισμός της διασποράς των πολυανθεκτικών στελεχών είναι ζωτικής σημασίας.

### ΕΑ03.

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΜΙΑΣ ΠΡΟΕΡΧΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΟ Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

Βουτσινάς Πανταζής-Μιχαήλ Φ.,<sup>1</sup> Ζαπανιώτης Νικόλαος,<sup>1</sup> Πανταζής Νίκος,<sup>2</sup> Πανταζάτου Αγγελική,<sup>3</sup> Δεληολάνης Ιωάννης,<sup>3</sup> Σύψας Νικόλαος Β.,<sup>1</sup> Γκαμαλέτσου Μαρία Ν.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, ΕΚΠΑ

<sup>3</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**Σκοπός:** Οι βακτηριαμίες προερχόμενες από την κοινότητα (CA-BSI) αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό πρόβλημα υγειονομικής περίθαλψης δεδομένου ότι οι βακτηριαμίες είναι η κύρια αιτία θνησιμότητας από λοίμωξη. Τα δεδομένα σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου και τις εκβάσεις των ασθενών με βακτηριαμια κοινότητας που εισάγονται σε νοσοκομεία είναι περιορισμένα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Σ' αυτή την προοπτική μελέτη παρατήρησης συμπεριλήφθησαν όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν από το Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών του τριτοβάθμιου νοσοκομείου Γ.Ν.Α. «Λαϊκό» από τις 23 Μαΐου 2020 έως τις 31 Μαρτίου 2021 και ανέπτυξαν βακτηριαμια εντός 72 ωρών μετά την εισαγωγή. Συλλέξαμε δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα και παρακολουθήσαμε τους ασθενείς μέχρι την έξοδο ή τον θάνατό τους ενδονοσοκομειακά. Η διατροφική κατάσταση υπολογίστηκε με τη χρήση του γηριατρικού δείκτη κινδύνου διατροφής (GNRI).

**Αποτελέσματα:** Κατά την περίοδο της μελέτης, καταγράφηκαν 403 επεισόδια βακτηριαμίας κοινότητας. Βάσει της ηλικίας, 299 επεισόδια εμφανίστηκαν σε ασθενείς <85 ετών [διάμεση ηλικία 70,0 έτη (εύρος 60-78 έτη)] ενώ τα υπόλοιπα 104 επεισόδια σε ασθενείς >85 ετών [διάμεση ηλικία 88,0 (εύρος, 86-92 έτη)]. Οι συνολικοί θάνατοι στις 30 ημέρες ήταν 94 (23,3%). Από αυτούς, 58 θάνατοι σημειώθηκαν στη νεότερη ηλικιακή ομάδα (19,40%), ενώ οι θάνατοι στην μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα ήταν 36 (34,60%). Σε μονοπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης, η χαμηλή τιμή του GNRI (<85) προέβλεψε τη θνησιμότητα (45/94 θανάτους). Επιπλέον, μακροχρόνια παραμονή σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης (OR 3,01, 95% CI 1,57-5,78,  $p=0,001$ ), κακοήθεια συμπαγούς οργάνου (OR 0,11, 95% CI 0,020,85,  $p=0,034$ ) και άνοια (OR 35,41, 95% CI 2.06-5,63,  $p<0,001$ ) συσχετίστηκαν με υψηλότερη θνησιμότητα. Το ουροποιητικό σύστημα ήταν η πιο κοινή εστία βακτηριαμίας (158/403). Σύμφωνα με το πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης, η ενδοκοιλιακή λοίμωξη (OR 3,49, 95% CI 1,16-10,49,  $p=0,026$ ) και η λοίμωξη

αναπνευστικού συστήματος (OR 13,73, 95% CI 2,53-74,45,  $p=0,002$ ) ως πρωτοπαθείς εστίες μικροβιαμίας σχετίζονται με υψηλότερη θνησιμότητα. Επίσης, η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε υψηλότερη θνησιμότητα μεταξύ ασθενών με βακτηριαμιά από *Proteus* spp (OR 8,86, 95% CI 2,05-38,34,  $p=0,004$ ) και *Candida* spp (OR 17,71, 95% CI 1,42-221,15,  $p=0,02$ ). Τέλος, υψηλότερες τιμές του δείκτη GNRI συσχετίστηκαν με χαμηλότερη θνησιμότητα σε σύγκριση με τιμές GNRI μεταξύ 43-85 [GNRI 86-96 (OR 0,34, 95% CI 0,16-0,73,  $p=0,006$ ) και το GNRI 97145 (OR 0,12, 95% CI 0,06-0,27,  $p<0,001$ )].

**Συμπεράσματα:** Παράγοντες κινδύνου όπως χαμηλή τιμή γηριατρικού δείκτη κινδύνου διατροφής (GNRI), μακροχρόνια παραμονή σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης, κακοήθεια συμπαγούς οργάνου, άνοια, αναπνευστική οδός ως αιτία βακτηριαμίας και βακτηριαμιά από *Proteus* spp φάνηκε ότι σχετίζονται με υψηλότερη θνησιμότητα.

#### ΕΑ04.

### ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚ ΣΤΕΥΑΡΔΣΗΠ: ΜΙΑ ΑΚΟΜΑ ΠΑΡΑΠΛΕΥΡΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19

Ζαρκωτού Ολυμπία,<sup>1</sup> Καλοφωλιά Σοφία,<sup>2</sup> Μαυρουδής Παναγιώτης,<sup>3</sup> Κιτζόγλου Δανάη,<sup>3</sup> Καμήτσιου Χρυσανγή,<sup>2</sup> Γιαννιτσιώτη Ευθυμία,<sup>4</sup> Χρύσος Γεώργιος<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

<sup>2</sup>Φαρμακείο, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

<sup>3</sup>Β΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

<sup>4</sup>Τμήμα COVID-19, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της επίδρασης της πανδημίας στο πρόγραμμα επιμελητείας αντιβιοτικών (antibiotic stewardship program, ASP) που εφαρμόζεται στο νοσοκομείο μας από το 2016. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 αναφέρεται αναστολή ή αποδυνάμωση των ASP. Επιπλέον, ιδιαίτερα κατά την πρώτη φάση της, παρατηρήθηκε χρήση αντιβιοτικών σε υψηλό ποσοστό ασθενών με λοίμωξη COVID-19 παρά τη μικρή συχνότητα βακτηριακής συλλοίμωξης.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Καταγράφηκε η κατανάλωση αντιβιοτικών σε DDDs/100 ασθενοημέρες για τα έτη 2017-2022. Τα DDDs υπολογίστηκαν για όλα τα έτη σύμφωνα με τις τιμές του WHO του 2019. Επίσης υπολογίστηκε η επίπτωση (ανά 1000 ασθενοημέρες) των βακτηριαμιών από πολυανθεκτικά παθογόνα και η επίπτωση της λοίμωξης από *Clostridioides difficile* (CDI). Για τη σύγκριση των περιόδων προ (2017-2019) και κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 (2020-2022) χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v23.

**Αποτελέσματα:** Τα δεδομένα για την κατανάλωση αντιβιοτικών παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας καταγράφεται στατιστικά σημαντική αύξηση της συνολικής κατανάλωσης. Η κατανάλωση των προστατευόμενων αντιβιοτικών εμφάνισε αύξηση μη στατιστικά σημαντική, ενώ των μη-προστατευόμενων δεν παρουσίασε αξιολογή μεταβολή. Αναφορικά με τις επιμέρους ομάδες, αύξηση στην κατανάλωση παρατηρείται για την τιγκεκυκλίνη, τη λινεζολίδη, την πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και τις κεφαλοσπορίνες 3<sup>ης</sup> και 4<sup>ης</sup> γενιάς. Επιπλέον, σημειώθηκε αύξηση της επίπτωσης των βακτηριαμιών από πολυανθεκτικά παθογόνα (Πίνακας 1), πιθανά ως αποτέλεσμα της ελλιπούς εφαρμογής των μέτρων ελέγχου λοιμώξεων (απουσία θαλάμων συννοσηλείας, αδυναμία επιτήρησης των μέτρων). Η αύξηση της κατανάλωσης αντιβιοτικών κατά τη διάρκεια της πανδημίας συνοδεύτηκε και από αύξηση της επίπτωσης της CDI (Πίνακας 1). Η εφαρμογή του ASP κατά τα έτη 2020-2022 ήταν περιορισμένη σε συγκεκριμένα περιστατικά εξαιτίας του φόρτου εργασίας των λοιμωξιολόγων και των κλινικών μικροβιολόγων, που για το διάστημα αυτό ήταν επιφορτισμένοι με τη διαχείριση της λοίμωξης COVID-19.

**Συμπεράσματα:** Η πανδημία είχε αρνητική επίδραση στο ASP του νοσοκομείου μας και η αναστολή της πλήρους εφαρμογής του, οδήγησε σε αύξηση της κατανάλωσης αντιβιοτικών, η οποία το 2022 έφτασε στα επίπεδα προ της εφαρμογής της παρέμβασης. Η πλήρης επαναφορά του προγράμματος



απαιτεί συντονισμένες προσπάθειες και διάθεση προσωπικού με αποκλειστικό καθήκον το ASP, είναι δε αναγκαία για τον περιορισμό των αρνητικών συνεπειών της μη-βέλτιστης χρήσης των αντιβιοτικών.

Αντιβιοτικά (DDDs/100 ασθενοημέρες)	2017	2018	2019	2020	2021	2022	p
Carbapenems	7.84	4.41	4.06	5.01	5.96	7.72	0.612
Colistin	1.86	1.38	1.24	1.84	1.99	2.22	0.073
Tigecycline	2.14	1.53	1.33	2.37	2.67	2.98	<b>0.029</b>
Ceftazidime/avibactam		1.10	0.98	1.34	2.20	2.85	0.150
Linezolid	1.07	1.10	1.11	1.47	1.66	1.90	<b>0.009</b>
Glycopeptides	6.65	7.18	6.01	7.43	7.17	8.18	0.096
Quinolones	9.633	7.032	6.638	5.829	4.562	5.562	0.073
Piperacillin/tazobactam	7.82	8.28	9.03	11.28	11.25	12.23	<b>0.003</b>
Cephalosporins 3rd and 4th gen.	4.18	4.64	4.76	7.70	13.83	11.45	<b>0.023</b>
Ampicillin/sulbactam	6.66	6.91	7.85	6.97	5.39	5.90	0.149
Aminoglycosides	4.98	5.09	5.08	4.75	3.72	4.03	<b>0.044</b>
<b>Συνολική κατανάλωση αντιβιοτικών υπό προστασία</b>	<b>20.69</b>	<b>17.64</b>	<b>15.63</b>	<b>20.42</b>	<b>22.45</b>	<b>26.92</b>	0.095
<b>Συνολική κατανάλωση των μη-προστατευόμενων αντιβιοτικών</b>	<b>54.89</b>	<b>55.31</b>	<b>56.17</b>	<b>57.20</b>	<b>55.55</b>	<b>53.88</b>	0.934
<b>Συνολική κατανάλωση</b>	<b>75.57</b>	<b>72.95</b>	<b>71.80</b>	<b>77.62</b>	<b>78.00</b>	<b>80.80</b>	<b>0.023</b>
<b>Επίπτωση βακτηριακών από πολυανθεκτικά παθογόνα</b>	<b>0.85</b>	<b>0.99</b>	<b>1.20</b>	<b>2.04</b>	<b>2.41</b>	<b>2.55</b>	<b>0.045</b>
<b>Επίπτωση CDI</b>	<b>0.31</b>	<b>0.17</b>	<b>0.34</b>	<b>0.94</b>	<b>0.95</b>	<b>1.57</b>	<b>0.002</b>

## ΕΑ05.

### ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΣΕ ΕΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Καζάκου Πηνελόπη,<sup>1</sup> Καββαθά Δήμητρα,<sup>1</sup> Σκούρα Ειρήνη,<sup>1</sup> Θωμάς Κώστας,<sup>1</sup> Ρουζίου Αλεξάνδρα,<sup>2</sup> Δημητράκης Ευθύμης,<sup>2</sup> Τσιόδρας Σωτήρης,<sup>1</sup> Αντωνιάδου Αναστασία<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Δ' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

<sup>2</sup>Φαρμακευτικό τμήμα, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

**Σκοπός:** Τα συνεχώς αυξανόμενα ποσοστά πολυανθεκτικών μικροβίων καθιστούν επιτακτική την ανάγκη ορθολογικής χρήσης των αντιβιοτικών, με σκοπό τη βελτίωση της μικροβιακής αντοχής. Στα πλαίσια αυτά εφαρμόστηκε στο νοσοκομείο μας πρόγραμμα εντατικοποιημένης επιτήρησης χορήγησης προωθημένων αντιβιοτικών.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Η εφαρμογή του προγράμματος ξεκίνησε τον Ιούλιο του 2022. Όλα τα έντυπα χορήγησης των υπό περιορισμό αντιβιοτικών σύμφωνα με τις αποφάσεις της ΟΕΚΟΧΑ του νοσοκομείου (καρβαπενέμες, κολυμικίνη, τιγκεκυκλίνη, φωσφομυκίνη, λινεζολίδη, τιντεζολίδη, γλυκοπεπτίδια, δαπτομυκίνη, κεφταζιδίμη - αβιμπακτάμη, κεφαλοσπορίνες γ'-δ' γενιάς, κεφταρολίνη, κινολόνες, πιπερακιλίνη-ταζομπακτάμη, κεφτολοζάνη- ταζομπακτάμη, αντιμυκητιασικά) ελέγχονταν καθημερινά, εκτός αργιών, στο χώρο του φαρμακείου από λοιμωξιολόγο. Σε περίπτωση μη δικαιολογημένης χρήσης αντιβιοτικών, σύμφωνα με την άποψη του λοιμωξιολόγου που διενεργούσε τον έλεγχο, υπήρχε γραπτή επισήμανση ή άμεση επικοινωνία με τον θεράποντα ή και σύσταση για εκτίμηση από την λοιμωξιολογική ομάδα για έγκριση, τροποποίηση ή απόρριψη του αιτήματος.

**Αποτελέσματα:** Κατά το πρώτο εξάμηνο εφαρμογής του προγράμματος παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της δαπάνης χορήγησης προωθημένων αντιβιοτικών υψηλού κόστους κατά 13,9%, που αντιστοιχεί στο ποσό των 538.213,92€, σε σχέση με το αμέσως προηγούμενο εξάμηνο.

**Συμπεράσματα:** Η εντατικοποιημένη επιτήρηση χορήγησης αντιβιοτικών μπορεί μεταξύ άλλων να εξασφαλίσει σημαντικούς οικονομικούς πόρους για την περαιτέρω ενίσχυση προγραμμάτων ελέγχου νοσοκομειακών λοιμώξεων.

## ΕΑ06.

### ΕΞΕΤΑΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΛΩΣΤΗΡΙΔΙΑΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

Μυλωνά Ελένη,<sup>1,2</sup> Κωστούρου Σοφία,<sup>1</sup> Βεϊνή Φανή,<sup>1</sup> Γιανκούλα Δήμητρα,<sup>1</sup> Κολοκοτρώνη Χρυσούλα,<sup>1</sup> Μπελεσιώτου Ελίνα,<sup>3</sup> Καζιάνη Αικατερίνη,<sup>2</sup> Παπασταμόπουλος Βασίλειος<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Επιτροπή Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>2</sup>Ε' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>3</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Σκοπός:** Στο νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός» πραγματοποιείται συστηματικά επιτήρηση των λοιμώξεων από *Clostridium difficile* (CDI) και πολυανθεκτικά παθογόνα [Multiple drug resistant organisms (MDROs)]. Στα πλαίσια αυτά, παρατηρήθηκε μια σταθερή αύξηση της CDI από το 2018 μέχρι το α' εξάμηνο του 2020 οπότε και άρχισε να μειώνεται, παραμένοντας σε σταθερά, σχετικά χαμηλά επίπεδα, από το β' εξάμηνο του 2020 μέχρι σήμερα. Σκοπός μας ήταν η αναζήτηση πιθανών παραγόντων που συντέλεσαν στη μείωση.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Χρησιμοποιήθηκαν, για το σύνολο του νοσοκομείου και ανά εξάμηνο, τα δεδομένα της επιτήρησης της CDI που σχετίζεται με το νοσοκομείο μας [Healthcare-associated CDI (HA-CDI)] και των MDROs, της κατανάλωσης αντιβιοτικών [Defined daily doses (DDDs)/100 ασθενονήμερες] και της συνολικής κατανάλωσης χλωρίνης (PPM), κατά το διάστημα 2018 - α' εξάμηνο 2022. Μελετήσαμε στατιστικά: α) την τάση της επίπτωσης της HAI-CDI, της κατανάλωσης αντιβιοτικών, της κατανάλωσης χλωρίνης και της επίπτωσης των MDROs χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία Mann-Kendall και β) τη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αντιβιοτικών και της κατανάλωσης χλωρίνης με την HAI-CDI, χρησιμοποιώντας τη μη παραμετρική δοκιμασία συσχέτισης Spearman. Το  $p < 0.05$  θεωρήθηκε στατιστικά σημαντικό.

**Αποτελέσματα:** Διαγνώστηκαν συνολικά 982 HAI-CDIs κατά τη μελετώμενη περίοδο. Η τάση της επίπτωσης της HAI-CDI στο χρόνο δεν ήταν σταθερή και ως εκ τούτου η παρατηρούμενη μείωση, στατιστικά μη σημαντική. Το ίδιο διάστημα, οι τάσεις της συνολικής κατανάλωσης χλωρίνης, της συνολικής κατανάλωσης αντιβιοτικών και της επίπτωσης των MDROs ήταν αυξητικές σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ( $p < 0.05$ ,  $p < 0.01$  και  $p < 0.01$ , αντίστοιχα). Δε βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της επίπτωσης της HAI-CDI και της κατανάλωσης αντιβιοτικών ενώ, αντίθετα, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική, αρνητική συσχέτιση μεταξύ της επίπτωσης της HAI-CDI και της συνολικής κατανάλωσης χλωρίνης ( $r = -0.786$ ,  $p < 0.05$ ).

**Συμπεράσματα:** Ενώ η επίπτωση της CDI στο νοσοκομείο μας αυξάνεται σταθερά από το 2018 μέχρι το α' εξάμηνο του 2020, στη συνέχεια μειώνεται και σταθεροποιείται τα επόμενα 3 εξάμηνα. Η μείωση αυτή συμπίπτει χρονικά με την πανδημία στα πλαίσια της οποίας τα μέτρα επαφής εντατικοποιούνται και η απολύμανση των επιφανειών με χλωρίνη γενικεύεται. Το γεγονός της αρνητικής συσχέτισης της επίπτωσης της CDI με την κατανάλωση της χλωρίνης αντικατοπτρίζει τον σημαντικό ρόλο που παίζει η σποροκτονία στον περιορισμό του κλωστηριδίου, ρόλο πιθανόν σημαντικότερο από την κατανάλωση των αντιβιοτικών που αυξήθηκε δραματικά κατά την ίδια χρονική περίοδο. Η εντατικοποίηση της τήρησης των μέτρων επαφής θα έπρεπε επίσης να έχει συμβάλει στη μείωση της επίπτωσης της CDI, υπόθεση που ωστόσο δεν μοιάζει να ισχύει δεδομένης της παράλληλης αύξησης της επίπτωσης των MDROs κατά τη διάρκεια της μελετώμενης περιόδου.

ΕΑ07.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΒΡΙΔΙΚΗ ΑΝΟΣΙΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗ ΟΜΙΚΡΟΝ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**Ντζιώρα Φωτεινή,<sup>1</sup> Κωστάκη Ευαγγελία-Γεωργία,<sup>2</sup> Καραπάνου Αμαλία,<sup>1</sup> Μυλωνά Μαρία,<sup>1</sup>Σύψας Νικόλαος Β.,<sup>3</sup> Παρασκευής Δημήτριος,<sup>2,4</sup> Σφηκάκης Πέτρος Π.<sup>1</sup><sup>1</sup>Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών<sup>2</sup>Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών<sup>3</sup>Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών<sup>4</sup>Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ)

**Σκοπός:** Τα στελέχη BA.1\* και BA.2\* της παραλλαγής Όμικρον του ιού SARS-CoV-2 σχετίζονται με αυξημένη μεταδοτικότητα, που προκαλεί COVID-19 λοίμωξη ακόμα και σε εμβολιασμένους ασθενείς (breakthrough λοιμώξεις). Ο σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να ελεγχθεί εάν η υβριδική ανοσία που επιτυγχάνεται μετά από λοίμωξη COVID-19 και εμβολιασμό προστατεύει περισσότερο από την επαναλοίμωξη από Όμικρον συγκριτικά με τον εμβολιασμό μόνο, σε Επαγγελματίες Υγείας.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Δεδομένα από τον προληπτικό προσυμπτωματικό έλεγχο των Επαγγελματιών Υγείας με PCR COVID-19 τεστ στο Γ.Ν.Α. Λαϊκό συλλέχθηκαν αναδρομικά για την περίοδο από 29 Δεκεμβρίου 2020, ημερομηνία έναρξης του εμβολιασμού για COVID-19 στην Ελλάδα, έως 24 Μαΐου 2022. Ο ρυθμός επίπτωσης υπολογίστηκε έπειτα από τις 21 Δεκεμβρίου 2021, όταν η παραλλαγή Όμικρον ήταν η επικρατούσα στην Ελλάδα, ως ο συνολικός αριθμός λοιμώξεων (θετικό PCR COVID-19 τεστ ανεξαρτήτως συμπτωμάτων) προς το συνολικό αριθμό ανθρωπο-μηνών παρακολούθησης.

**Αποτελέσματα:** 1.305 εμβολιασμένοι Επαγγελματίες Υγείας με μέση ηλικία τα 47 έτη (IQR: 36, 56), εκ των οποίων 66,7% γυναίκες, συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. Από αυτούς 13% και 87% είχαν λάβει 2 και 3 δόσεις του εμβολίου (πλήρως εμβολιασμένοι και εμβολιασμένοι με αναμνηστική δόση), αντίστοιχα. 135 από τους 1.305 συμμετέχοντες είχαν μολυνθεί με COVID-19 πριν από την περίοδο επικράτησης της παραλλαγής Όμικρον (υβριδική ανοσία) και από αυτούς μόνο 13 (9,6%) είχαν επαναμολυνθεί. Από τους 154 επαγγελματίες υγείας που ήταν πλήρως εμβολιασμένοι και τους 1.016 που είχαν λάβει και αναμνηστική δόση, 71 (46,1%, ρυθμός επίπτωσης 13,4/100 ανθρωπο-μήνες) και 448 (44,1%, ρυθμός επίπτωσης 12,2/100 ανθρωπο-μήνες), αντίστοιχα, μολύνθηκαν από COVID-19 κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης. Δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της μόλυνσης με COVID-19 και το φύλο ή την ηλικία, ενώ όσοι νόσησαν είχαν ήπια συμπτώματα και δεν χρειάστηκαν εισαγωγή στο νοσοκομείο.

**Συμπεράσματα:** Η υβριδική ανοσία παρέχει σχεδόν 5 φορές μεγαλύτερη προστασία συγκριτικά με τον εμβολιασμό (ανεξαρτήτως αριθμού δόσεων) από τη λοίμωξη COVID-19 με την παραλλαγή Όμικρον στους Επαγγελματίες Υγείας που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο έκθεσης. Τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να βρουν εφαρμογή σε πολιτικές δημοσίας υγείας για την επίτευξη της βέλτιστης ανοσίας όσον αφορά τον χρόνο και τον τρόπο εμβολιασμού.

ΕΑ08.

## ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ Τ-ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΝΟΣΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ QuantiFERON SARS-CoV-2 ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΗΚΑΝ ΜΕ 3 ΔΟΣΕΙΣ ΤΟΥ BN162b2 ΕΜΒΟΛΙΟΥ Ή/ΚΑΙ ΝΟΣΗΣΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ SARS-CoV-2

Δουρδουνά Μαρία-Μυρτώ,<sup>1</sup> Τάτση Ελισάβετ-Βαρβάρα,<sup>1,2</sup> Συριοπούλου Βασιλική,<sup>1</sup> Μίχος Αθανάσιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Λοιμώξεων και Χημειοθεραπείας, Α' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

<sup>2</sup>Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Υγείας Μητέρας και Παιδιού και Ιατρικής Ακριβείας

**Σκοπός:** Η Τ-κυτταρική ανοσολογική απάντηση μετά από SARS-CoV-2 λοίμωξη ή ανοσοποίηση ενδέχεται να είναι σημαντική για την μακροπρόθεσμη προστασία έναντι της σοβαρής νόσου COVID-19. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της κυτταρικής ανοσολογικής απάντησης μετά από λοίμωξη ή/και εμβολιασμό για την νόσο COVID-19 με μια ανοσολογική δοκιμασία απελευθέρωσης Ιντερφερόνης-γ (IFN-γ).

**Υλικό και Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν παιδιά και ενήλικες, που ανάρρωσαν ή/και εμβολιάστηκαν για τη νόσο COVID-19. Ελήφθησαν δείγματα ολικού αίματος σε ηπαρίνη για τον προσδιορισμό της κυτταρικής απάντησης μέσω ανίχνευσης της Ιντερφερόνης-γ που παράγεται από τα CD4+ και τα CD8+ Τ-λεμφοκύτταρα ως απάντηση σε αντιγόνα του ιού με την ανοσοδοκιμασία QuantiFERON SARS-CoV-2. Η δοκιμασία βασίζεται στη χρήση του ιικών αντιγόνων 1 (antigen 1, Ag1) και 2 (antigen 2, Ag2), που περιλαμβάνουν επιτόπους των CD4+ Τ-λεμφοκυττάρων και των CD4+ και CD8+ Τ-λεμφοκυττάρων αντίστοιχα. Επιπλέον, ελήφθησαν δείγματα ορού στα οποία προσδιορίστηκαν τα IgG αντισώματα έναντι των πρωτεϊνών της ακίδας και του νουκλεοκαψιδίου του SARS-CoV-2 καθώς και η εξουδερωτική ικανότητα των αντισωμάτων έναντι πρώτου στελέχους του ιού (wild type) και της παραλλαγής B.1.1.529 (Omicron).

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 41 συμμετέχοντες: ανεμβολίαστα παιδιά (6/41) και ενήλικες (5/41), εμβολιασμένοι ενήλικες (16/41) και εμβολιασμένοι ενήλικες με ιστορικό νόσου COVID-19 (14/41). Όλοι οι ενήλικες είχαν εμβολιαστεί με τρεις δόσεις του εμβολίου BN162b2 πριν από 6,2-10,9 μήνες από την έναρξη τους στην μελέτη. Όλοι οι ανεμβολίαστοι συμμετέχοντες βρέθηκαν αρνητικοί με την μέθοδο. Αντίθετα, το 50% (8/16) των εμβολιασμένων ενηλίκων και το 57,1% (8/14) των ενηλίκων με υβριδική ανοσία ήταν θετικοί στη δοκιμασία. Από τους συμμετέχοντες που βρέθηκαν θετικοί στη δοκιμασία, θετική απάντηση στο Ag1 και στο Ag2 ανιχνεύθηκε στο 68,8% και 87,5% των ασθενών αντίστοιχα, ενώ το 56,3% (9/16) ήταν θετικοί και στα δύο αντιγόνα. Οι τιμές της Ιντερφερόνης-γ στο Ag1 είχαν θετική συσχέτιση με τα επίπεδα των αντισωμάτων έναντι της πρωτεΐνης ακίδας ( $P < 0.001$ ) και των εξουδερωτικών αντισωμάτων έναντι του wild type ( $P = 0,039$ ), ενώ δεν βρέθηκε συσχέτιση με τα εξουδερωτικά αντισώματα έναντι της παραλλαγής B.1.1.529 ( $P = 0,09$ ). Οι τιμές της Ιντερφερόνης-γ στο Ag2 είχαν θετική συσχέτιση με τα επίπεδα των αντισωμάτων έναντι της πρωτεΐνης ακίδας ( $P = 0,009$ ).

**Συμπεράσματα:** Καταλήγοντας, η δοκιμασία δεν εντόπισε ειδική Τ-κυτταρική ανοσολογική απάντηση στους ανεμβολίαστους συμμετέχοντες και σε ένα σημαντικό ποσοστό των εμβολιασμένων συμμετεχόντων. Περαιτέρω συγκριτικές μελέτες με διαφορετικές ανοσολογικές δοκιμασίες είναι απαραίτητες για να αποσαφηνιστεί εάν η χαμηλή θετικότητα της δοκιμασίας οφείλεται στη χαμηλή ευαισθησία της μεθόδου ή στη μείωση της ανοσίας έναντι του ιού με την πάροδο του χρόνου.

ΕΑ09.

**ΑΝΟΣΟΓΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΕΠΟΧΙΚΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ: ΜΙΑ ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ**

Μάραντος Θεόδωρος,<sup>1</sup> Αγγελάκης Μανόλης,<sup>2</sup> Κυριαζοπούλου Ευδοξία,<sup>1</sup> Κίτσος Δημήτριος,<sup>3</sup> Χονδρογιάννη Μαρία,<sup>3</sup> Μπίτζα Γιώτα,<sup>2</sup> Βουμβουράκης Κωνσταντίνος,<sup>3</sup> Τσιόδρας Σωτήριος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

<sup>2</sup>Διαγνωστικό Τμήμα, Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ

<sup>3</sup>Β' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

**Σκοπός:** Ο βαθμός ανοσοποίησης έναντι της εποχικής γρίπης σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση (ΠΣ) που λαμβάνουν ανοσοτροποποιητικές θεραπείες ποικίλει και είναι αμφιλεγόμενος. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξετάσουμε την ανοσοποίηση και την ασφάλεια στους ασθενείς αυτούς.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Προοπτική μελέτη παρατήρησης ασθενών με ΠΣ που παρακολουθούνται στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο ΠΣ της Β' Πανεπιστημιακής Νευρολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Αττικόν» και υποβλήθηκαν σε εμβολιασμό κατά της εποχικής γρίπης. Η μελέτη εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου «Αττικόν» (2<sup>η</sup> Συνεδρίαση 28/1/2020, ΕΒΔ 751/10-12-2019). Κατόπιν γραπτής συγκατάθεσης συλλέχθηκαν κλινικά στοιχεία από το φάκελό τους (δημογραφικά στοιχεία, διάρκεια νόσου, θεραπεία με φάρμακα τροποποιητικά της νόσου) καθώς και δείγμα αίματος προ του εμβολιασμού τους και 4 εβδομάδες μετά, προς προσδιορισμό των αντισωμάτων έναντι γρίπης Α και Β. Καταγράφηκαν επίσης τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες (ΑΕ) από τον εμβολιασμό. Ο προσδιορισμός των IgG αντισωμάτων έναντι της γρίπης πραγματοποιήθηκε στα δείγματα ορού που συλλέχθηκαν πριν και 4 εβδομάδες μετά τον εμβολιασμό στο Διαγνωστικό Τμήμα του Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ με τη χρήση ανοσοενζυμικής μεθόδου (SERION ELISA Classic, Institut Virion\Serion GmbH, Würzburg, Germany). Όλα τα δείγματα εξετάστηκαν εις διπλούν σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή. Τιμές IgG αντισωμάτων  $\geq 15$  U/ml θεωρούνται ως θετική δοκιμασία.

**Αποτελέσματα:** Από το Νοέμβριο 2019 ως και το Μάρτιο 2020, συνολικά 151 ασθενείς εντάχθηκαν στη μελέτη, εκ των οποίων 113 (65,7%) ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία τα 42 ( $\pm 13$ ) έτη και μέση διάρκεια της ασθένειας τα 7,6 ( $\pm 7,2$ ) έτη ενώ 140 (81,4%) λάμβαναν θεραπεία με φάρμακο τροποποιητικό της νόσου. Για τη γρίπη Α, πριν τον εμβολιασμό 19 ασθενείς (12,6%) είχαν θετικό τίτλο IgG και 57 (37,7%) μετά τον εμβολιασμό ( $p_{\text{McNemar}} < 0,001$ ). Για τη γρίπη Β ήταν 12 (7,9%) και 110 (72,8%) αντίστοιχα ( $p_{\text{McNemar}} < 0,001$ ). Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση της απόλυτης τιμής του τίτλου IgG τόσο για τη γρίπη Α όσο και τη Β. Τα ανοσοτροποποιητικά της νόσου φάρμακα που ανεξάρτητα συχετίστηκαν με καλύτερη ανοσοποίηση ήταν ο φουμαρικός διμεθυλεστέρας (σχετικός κίνδυνος [ΣΚ] 4,71, 95% διαστήματα εμπιστοσύνης [ΔΕ] 1,44 ως 15,43,  $p=0,011$ ) και οι ιντερφερόνες (ΣΚ 3,82, 95% ΔΕ 1,42 ως 9,90,  $p=0,006$ ) αντίστοιχα. Τοπικές ΑΕ εμφανίστηκαν ήπιες σε 36 ασθενείς (23,4%) και μέτριες σε 6 (3,9%). Καμία σοβαρή ΑΕ δεν αναφέρθηκε.

**Συμπεράσματα:** Η ανοσοποίηση για εποχική γρίπη Α και Β επιτεύχθηκε σε σημαντικό βαθμό σε ασθενείς με ΠΣ υπό θεραπεία με φάρμακα τροποποιητικά της νόσου χωρίς εμφάνιση σημαντικών ανεπιθύμητων συμβάντων.



## ΕΑ10.

### ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ, ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΑΠΕΒΙΩΣΑΝ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΕΣ COVID ΚΑΙ ΔΗΛΩΘΗΚΑΝ ΩΣ ΘΑΝΑΤΟΙ COVID-19 ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΕΠΙΔΗΜΙΚΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗΣ 'ΟΜΙΚΡΟΝ: ΘΑΝΑΤΟΙ ΜΕ COVID-19 ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ COVID-19

Μπασούλης Δημήτριος,<sup>1</sup> Μαυρουδής Παναγιώτης,<sup>2</sup> Λογιώτη Κρυσταλλένια,<sup>3</sup> Παπαοδυσσέα Ιωάννα,<sup>4</sup> Χατζόπουλος Μάριος,<sup>5</sup> Αλεξοπούλου Παναγιώτα,<sup>6</sup> Ράπτη Βασιλική,<sup>7</sup> Πούλια Βασιλική,<sup>3</sup> Σαμαρά Σταματίνα,<sup>1</sup> Γεωργακοπούλου Βασιλική,<sup>1</sup> Γκαμαλέτσου Μαρία Ν.,<sup>1</sup> Μιχαηλίδης Χρήστος,<sup>5</sup> Κοντοπούλου Θεανώ,<sup>4</sup> Παπασταμόπουλος Βασίλειος,<sup>4</sup> Χρυσός Γεώργιος,<sup>2</sup> Χίνη Μαρία,<sup>3</sup> Αντωνιάδου Αναστασία,<sup>6</sup> Σύψας Νικόλαος Β.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κλινική COVID, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο»

<sup>3</sup>Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

<sup>4</sup>Ε' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>5</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

<sup>6</sup>Δ' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

<sup>7</sup>Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία»

**Σκοπός:** Σύμφωνα με το σύστημα επιτήρησης που χρησιμοποιείται στη χώρα μας κάθε θάνατος σε ασθενή που έχει θετική PCR για τον SARS-CoV-2 και νοσηλεύεται σε κλίνη COVID καταγράφεται ως θάνατος οφειλόμενος στην COVID-19. Με την εμφάνιση της παραλλαγής Όμικρον, υπήρξε σημαντική διασπορά του ιού μεταξύ ασθενών που αν και εισάγονται ή νοσηλεύονται για άλλα αίτια, μεταφέρονται σε κλινικές COVID ανεξάρτητα εάν έχουν κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα της νόσου. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν τα αίτια θανάτου μεταξύ των ασθενών που απεβίωσαν στην κλινική COVID του νοσοκομείου μας.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Αναδρομική καταγραφή όλων των θανάτων της περιόδου 1/1/2022-31/8/2023 σε επτά μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας (Λαϊκό, Τζάνειο, Ερυθρός Σταυρός, Ευαγγελισμός, Γ. Γεννηματάς, Αττικό, Σωτηρία). Για κάθε ασθενή μελετήθηκε αναδρομικά το πιστοποιητικό θανάτου, ο ιατρικός/νοσηλευτικός φάκελος και ζητήθηκε η γνώμη του θεράποντα ιατρού. Κάθε θάνατος ταξινομήθηκε ως αποδιδόμενος στην COVID-19, σχετιζόμενος ή μη σχετιζόμενος.

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν συνολικά 530 θάνατοι ασθενών (49.1% γυναίκες) με μέση ηλικία 81.93±10.9 έτη. Μόνο 2.8% (15/530) είχαν ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, ενώ η διάμεση τιμή (IQR) Charlson score ήταν 6 (5-7). Σε ποσοστό 41.5% (220/530) οι θανόντες δεν ήταν πλήρως εμβολιασμένοι, ενώ ένα 20.4% των λοιμώξεων ήταν ενδονοσοκομειακές. Από τους καταγεγραμμένους θανάτους, 45.3% (240/530) δεν σχετίζονταν καθόλου με την COVID-19 λοίμωξη. Οι θάνατοι ασθενών μικρότερων σε ηλικία (79.9 vs 83.6, p<0.001), με καρκίνο συμπαγών οργάνων (23.8% vs 14.1%, p=0.005), ηπατοπάθεια (8.4% vs 1.4%, p<0.001), ανοσοκαταστολή (18.8% vs 11%, p=0.013), μεγαλύτερη Charlson score (6 [5-7] vs 6 [5-8], p=0.004), νοσοκομειακή μετάδοση (30% vs 12.5%, p<0.001), χωρίς συμβατή COVID συμπτωματολογία (72% vs 94.4%, p<0.001), ήταν περισσότερο πιθανό να μην σχετίζονται με την COVID-19 λοίμωξη. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, η νεαρότερη ηλικία, η παρουσία ανοσοκαταστολής, η ενδονοσοκομειακή μετάδοση, και η απουσία συμπτωμάτων, διατήρησαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με θανάτους που δεν σχετίζονταν με την COVID-19 λοίμωξη. Οι ασθενείς των οποίων ο θάνατος δεν σχετιζόταν με την λοίμωξη είχαν μικρότερες διάρκειες νοσηλείας (7 vs 10 ημέρες, p=0.036), ενώ οι θάνατοι τους είχαν συχνότερα συσχέτιση με σήψη (41.7% vs 16.9%, p<0.001).

**Συμπεράσματα:** Κατά την περίοδο της όμικρον, οι μισοί σχεδόν από τους καταγεγραμμένους θανάτους δεν σχετίζονταν με την COVID-19 λοίμωξη. Η συνηθέστερη αιτία θανάτου στους ασθενείς αυτούς ήταν η σήψη. Ο εμβολιασμός δεν συσχετίστηκε με την αιτία θανάτου, αλλά η νοσοκομειακή μετάδοση σχετίστηκε με θανάτους που δεν αποδίδονται στην COVID-19 λοίμωξη.

ΕΑ11.

**ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ POST COVID-19 ΣΕ ΜΗ  
ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ ΑΠΟ COVID-19:  
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΠΑΡΑΛΛΑΓΩΝ ALPHA, DELTA ΚΑΙ OMICRON**

Γεωργακοπούλου Βασιλική, Μακροδημήτρη Σωτηρία, Γκούφα Αικατερίνη, Γκαμαλέτσου Μαρία Ν., Αποστολίδη Ειρήνη, Προβατάς Σωτήριος, Μπασούλης Δημήτριος, Τσακανίκας Αριστείδης, Σύψας Νικόλαος Β.

Ιατρείο post COVID-19, Μονάδα Λοιμώξεων/COVID-19, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό

**Σκοπός:** Μετά την αρχική νόσηση από τον SARS-CoV-2, έχουν περιγραφεί πολλά μακροχρόνια συμπτώματα. Τα συμπτώματα που διαρκούν για περισσότερο από 3 μήνες μετά την αρχική νόσηση, εφόσον έχουν αποκλειστεί άλλες πιθανές αιτίες, αποτελούν το σύνδρομο POST COVID-19. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η διερεύνηση των χαρακτηριστικών του συνδρόμου POST COVID-19 σε μη νοσηλευθέντες ασθενείς και η σύγκριση του ανάμεσα στις παραλλαγές alpha, delta και omicron.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν διαδοχικοί ασθενείς με νόσο COVID-19, που δεν χρειάστηκε να νοσηλευθούν και οι οποίοι νόσησαν στις περιόδους επικράτησης της παραλλαγής alpha, delta και omicron και οι οποίοι επισκέφθηκαν το POST COVID-19 ιατρείο του Λαϊκού Νοσοκομείου τρεις μήνες μετά την αρχική μόλυνση είτε για προληπτικούς λόγους είτε λόγω επιμονής ή εμφάνισης νέων συμπτωμάτων.

**Αποτελέσματα:** Εβδομήντα τέσσερις μη νοσηλευθέντες ασθενείς με COVID-19 (30 άντρες, 44 γυναίκες) με μέση ηλικία  $49,76 \pm 15,89$  έτη, εκ των οποίων το 31,1% μολύνθηκε στη χρονική περίοδο της επικράτησης της παραλλαγής alpha, το 23% στην περίοδο της επικράτησης της παραλλαγής delta και το 45,9% των ασθενών στη χρονική περίοδο επικράτησης της παραλλαγής omicron συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Επίσης, το 47,3% ήταν ανεμβολίαστοι, και το 52,7% ήταν εμβολιασμένοι με δύο τουλάχιστον δόσεις. Το 54,1% των ασθενών είχε συννοσηρότητες. Στην πλειοψηφία των ασθενών (81,1%) διαπιστώθηκε ένα τουλάχιστον σύμπτωμα σχετιζόμενο με το σύνδρομο POST COVID-19 τρεις μήνες μετά την αρχική μόλυνση. Τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν ήταν κόπωση (44,6%), αίσθημα άγχους ή ανησυχίας (33,3%), δύσπνοια (34,2%), βήχας (24,3%), διαταραχές μνήμης/συγκέντρωσης (17,6%), διαταραχές ύπνου (17,6%), αίσθημα παλμών (16,2%), διαταραχές όσφρησης/γεύσης (14,9%), θωρακαλγία (10,8%), μυαλγίες (8,1%), κεφαλαλγία (6,5%), αρθραλγίες (4,1%), τριχόπτωση (1,4%) και εμβοές (2,7 %). Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας συννοσηροτήτων και της ανάπτυξης του συνδρόμου POST COVID-19, μεταξύ του γυναικείου φύλου και των διαταραχών γεύσης/όσφρησης, μεταξύ της μεγαλύτερης ηλικίας και των διαταραχών μνήμης/συγκέντρωσης και μεταξύ της μικρότερης ηλικίας και της εμφάνισης μυαλγιών ( $p < 0,05$ ). Επίσης υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της παραλλαγής delta με την εμφάνιση αισθήματος παλμών ( $p < 0,05$ ).

**Συμπεράσματα:** Η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου POST COVID-19 είναι σημαντική σε μη ασθενείς με νόσο COVID-19 που δεν χρειάστηκαν νοσηλεία, ανεξάρτητα από την παραλλαγή SARS-CoV-2, ενώ ορισμένα χαρακτηριστικά των ασθενών σχετίζονται με συγκεκριμένα συμπτώματα του συνδρόμου.

## EA12.

### ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ COVID-19 ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΩΝ ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗΣ ALPHA, DELTA ΚΑΙ OMICRON

Γεωργακοπούλου Βασιλική, Μακροδημήτρη Σωτηρία, Γκούφα Αικατερίνη, Γκαμαλέτσου Μαρία Ν., Αποστολίδη Ειρήνη, Προβατάς Σωτήριος, Μπασούλης Δημήτριος, Τσακανίκας Αριστείδης, Σύψας Νικόλαος Β. *Ιατρείο post COVID-19, Μονάδα Λοιμώξεων/COVID-19, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό*

**Σκοπός:** Η πανδημία της νόσου του κορωνοϊού (COVID-19) έχει ήδη επηρεάσει εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Είναι γνωστό ότι η λοίμωξη από το νέο κορωνοϊό SARS-CoV-2 μπορεί να επηρεάσει μακροπρόθεσμα την πνευμονική λειτουργία. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της πνευμονικής λειτουργίας σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν λόγω COVID-19 3 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και η σύγκριση της ανάμεσα σε ασθενείς που νόσησαν από διαφορετικές παραλλαγές του SARS-CoV-2.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Εκατόν δεκαεπτά ασθενείς, 34 γυναίκες και 83 άνδρες, με μέση ηλικία  $57,92 \pm 11,52$  ετών, που νοσηλεύτηκαν λόγω COVID-19 υποβλήθηκαν σε έλεγχο πνευμονικής λειτουργίας 3 μήνες μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο με σπιρομέτρηση, έλεγχο της διαχυτικής ικανότητας για το μονοξείδιο του άνθρακα (DLCO) και μέτρηση της ολικής πνευμονικής χωρητικότητας (TLC) με τη μέθοδο πληθυσμογραφίας πνευμόνων.

**Αποτελέσματα:** Ογδόντα τέσσερις ασθενείς (71,8%) από αυτούς που εξετάστηκαν, νοσηλεύτηκαν την περίοδο επικράτησης της παραλλαγής alpha, 16 (13,7%) νοσηλεύτηκαν την περίοδο επικράτησης της παραλλαγής delta και 17 (14,5%) νοσηλεύτηκαν την περίοδο επικράτησης της παραλλαγής omicron. Το 88,9% ήταν μη εμβολιασμένοι και το 11,1% ήταν εμβολιασμένοι. Οκτώ ασθενείς δεν χρειάστηκαν παροχή οξυγόνου, 71 (60,7%) ασθενείς χρειάστηκαν παροχή οξυγόνου έως και 60%, 33 (28,2%) χρειάστηκαν παροχή οξυγόνου 100% ή ρινική κάνουλα υψηλής ροής ή μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό και 5 (4,3%) ασθενείς διασωληνώθηκαν. Η μέση τιμή των DLCO και TLC ήταν στατιστικά υψηλότερη σε ασθενείς που νόσησαν κατά την περίοδο επικράτησης της παραλλαγής omicron ( $p < 0,05$ ). Μη φυσιολογικές τιμές (<80% του προβλεπόμενου) των DLCO και TLC παρατηρήθηκαν στο 29,9% και 17,9% του συνόλου των ασθενών, αντίστοιχα. Η ηλικία και το γυναικείο φύλο συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με την εμφάνιση μη φυσιολογικής DLCO, ενώ η μεγαλύτερη ανάγκη για χορήγηση οξυγόνου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας συσχετίστηκε στατιστικά με την εμφάνιση μη φυσιολογικής TLC ( $p < 0,05$ ).

**Συμπεράσματα:** Τα δεδομένα μας υποδηλώνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό μη εμβολιασμένων ατόμων που νοσηλεύονται με COVID-19 πνευμονία θα αναπτύξει μη φυσιολογική πνευμονική λειτουργία, ανεξάρτητα από την παραλλαγή του SARS-CoV-2.

## EA13.

### ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΟΡΟΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ SARS-CoV-2 ΚΑΤΑ ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΤΡΙΑ ΕΤΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

Φιλιππάτος Φίλιππος,<sup>1</sup> Τάτση Ελισάβετ-Βαρβάρα,<sup>1</sup> Δελλής Χαρίλαος,<sup>1</sup> Ευθυμίου Βασιλική,<sup>2</sup> Μαργέλη Αλεξάνδρα,<sup>3</sup> Παπασωτηρίου Ιωάννης,<sup>3</sup> Συριοπούλου Βασιλική,<sup>1</sup> Μίχος Αθανάσιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Λοιμώξεων και Χημειοθεραπείας, Α' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν.Π. Αθηνών «Η Αγία Σοφία»

<sup>2</sup>Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Υγείας Μητέρας-Παιδιού και Ιατρικής Ακριβείας

<sup>3</sup>Βιοχημικό Τμήμα, Γ.Ν.Π. Αθηνών «Η Αγία Σοφία»

**Σκοπός:** Τα δεδομένα σχετικά με τη μακροχρόνια οροεπιδημιολογική επιτήρηση της νόσου COVID-19 στα παιδιά είναι περιορισμένα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο προσδιορισμός της οροθετικότητας



COVID-19 σε παιδιά κατά τη χρονική περίοδο 1/5/2020-31/12/2022, με στόχο την παρακολούθηση της επίπτωσης της νόσου COVID-19 στον παιδιατρικό πληθυσμό της Αττικής στις περιόδους επικράτησης των διαφορετικών στελεχών SARS-CoV-2: Wuhan (Wh), Alpha, Delta και Omicron, αντίστοιχα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Κατά τη χρονική περίοδο 1/5/2020-31/12/2022 πραγματοποιήθηκε προοπτική συλλογή δειγμάτων ορού από παιδιά που προσήλθαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ή νοσηλεύτηκαν στο μεγαλύτερο τεταρτοβάθμιο παιδιατρικό Νοσοκομείο «Αγία Σοφία» για οποιαδήποτε αιτία, εκτός από COVID-19. Πραγματοποιήθηκε τυχαία συλλογή δειγμάτων που είχαν σταλεί για εργαστηριακό έλεγχο από τους ιατρούς του νοσοκομείου για οποιοδήποτε λόγο και υπήρχε περίσσεια ορού αίματος στο Βιοχημικό Εργαστήριο του Νοσοκομείου. Τα δείγματα εξετάστηκαν για αντισώματα φυσικής λοίμωξης SARS-CoV-2 έναντι της πρωτεΐνης του νουκλεοκαψιδίου με τη χρήση του αντιδραστηρίου Elecsys® Anti-SARS-CoV-2. Οι περίοδοι μελέτης χωρίστηκαν ως εξής: 1/5/2020-31/12/2020 (Wh), 1/1/2021-30/7/2021 (Alpha), 1/8/2021-31/12/2021 (Delta) και 1/1/2022-31/12/2022 (Omicron), αντίστοιχα. Στους συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκε καταγραφή δημογραφικών δεδομένων και στατιστική επεξεργασία τους με το πρόγραμμα SPSS v.26.0.

**Αποτελέσματα:** Από το Μάιο 2020 έως και τον Δεκέμβριο του 2022 εντοπίστηκαν συνολικά 1412/4963 (28,5%) οροθετικά παιδιά. Η μέση ηλικία των παιδιών ( $\pm$ SD) ήταν 87,6 ( $\pm$ 63,4) μήνες και 759/1412 (53,8%) ήταν άρρενα. Η οροθετικότητα στις περιόδους Wh, Alpha, Delta και Omicron ήταν 1,7%, 12,7%, 23,8% και 62,4% αντίστοιχα ( $P$ -value $<$ 0,001). Η οροθετικότητα αυξήθηκε σημαντικά από την περίοδο Wh στην περίοδο Omicron για όλες τις ηλικιακές ομάδες ( $P$ -value $<$ 0,001), αγγίζοντας το 44,1% στα παιδιά 0-1 έτους, το 55,0% στα παιδιά 1-4 έτους, το 65,4% στα παιδιά 4-6 ετών, το 71,6% στα παιδιά 6-12 ετών και το 67,2% στα παιδιά 12-16 ετών στην περίοδο Omicron. Η οροθετικότητα δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ θηλέων και αρρένων ( $P$ -value=0,528) και μεταξύ νοσηλευόμενων και μη νοσηλευόμενων παιδιών ( $P$ -value=0,730). Ωστόσο, η οροθετικότητα ήταν σημαντικά υψηλότερη σε παιδιά μη-Ελληνικής καταγωγής (31,7%) σε σύγκριση με τα παιδιά Ελληνικής καταγωγής (27,3%) ( $P$ -value=0,003). Η οροθετικότητα ανά μήνα μελέτης διέφερε σημαντικά και ανεξάρτητα από την ηλικιακή ομάδα ( $P$ -value $<$ 0,001). Το χαμηλότερο ποσοστό οροθετικότητας ανιχνεύθηκε τον Αύγουστο του 2020 (0,0%) και το υψηλότερο τον Οκτώβριο του 2022 (80,6%).

**Συμπεράσματα:** Κατά την περίοδο επικράτησης του στελέχους της Omicron, η οροθετικότητα SARS-CoV-2 στον παιδιατρικό πληθυσμό αυξήθηκε σημαντικά, γεγονός που υποδηλώνει είτε αυξημένη μεταδοτικότητα του ιού είτε αυξημένα ποσοστά επαναμόλυνσης κατά την περίοδο Omicron. Η συνεχής επιτήρηση των οροεπιδημιολογικών δεδομένων είναι πολύ σημαντική για την εκτίμηση της πραγματικής επίπτωσης της νόσου στον παιδιατρικό πληθυσμό.

#### EA14.

### ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΓΚΥΤΙΑΚΟΥ ΙΟΥ (RSV) ΚΑΙ SARS-COV-2 ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Νόννη Μαρία, Καλόγρη Νίκη-Μαριάννα, Μπριασούλη Ευφροσύνη, Γεωργακόστα Χρυσή-Αικατερίνη, Λαγκούση Θεανώ, Ζαχαριάδου Λεβαντία, Μίχος Αθανάσιος, Σπούλου Βάνα  
*Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Α΄ Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Π.Α. «Η Αγία Σοφία»*

**Σκοπός:** Την εποχική περίοδο του RSV 2022-2023 παρατηρείται μια σημαντική αύξηση στις νοσηλείες παιδιών λόγω RSV λοίμωξης. Ταυτόχρονα, ο ιός SARS-CoV-2 συνεχίζει να προσβάλλει τον παιδιατρικό πληθυσμό. Δεδομένου ότι οι ιοί RSV και SARS-CoV-2 ευθύνονται σε σημαντικό βαθμό για την φετινή παιδιατρική νοσηρότητα, θα είχε ιδιαίτερη σημασία να διευκρινιστεί το κατά πόσο η συλλοίμωξη συσχετίζεται με βαρύτερη κλινική εικόνα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε μια αναδρομική μελέτη στους παιδιατρικούς ασθενείς που νοσηλεύτηκαν λόγω COVID-19 στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων του Γ.Ν.Π.Α. «Η Αγία Σοφία» την περίοδο Μάρτιος 2020-Δεκέμβριος 2022. Η συλλοίμωξη RSV/SARS-CoV-2 ανιχνεύθηκε μέσω film-array

αναπνευστικού, δοκιμασία PCR ή ταχεία δοκιμασία αντιγόνου. Έγινε καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων καθώς επίσης και των εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων των ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Την περίοδο Μάρτιος 2020-Δεκέμβριος 2022 νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων 1.497 ασθενείς και καταγράφηκαν 12 παιδιατρικοί ασθενείς με συλλοίμωση RSV/SARS-CoV-2. Οι μισοί από τους ασθενείς είχαν υψηλό ιικό φορτίο για τον ιό SARS-CoV-2 ( $Ct < 20$ ). Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 1,5 μηνών μέχρι 13,5 ετών και οι 7 (58%) ήταν αγόρια. Οι ασθενείς παρουσίασαν σιωπηλή υποξία ( $n=2$ ), ταχύπνοια ( $n=6$ ), βήχα ( $n=11$ ), ρινίτιδα ( $n=5$ ), δυσκολίες στη σίτιση ( $n=6$ ) και πυρετό ( $n=8$ ). Σοβαρή πνευμονική νόσο εμφάνισαν 2 ασθενείς. Δέκα ασθενείς (83%) έλαβαν συμπληρωματικό οξυγόνο από 3 έως 9 ημέρες. Η διαχείρισή τους περιελάμβανε νεφελοποίηση με βουδεσονίδη ( $n=6$ ), σαλβουταμόλη ( $n=10$ ) και ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή ( $n=6$ ). Δύο ασθενείς έλαβαν αντιική θεραπεία με ρεμντεσιβίρη. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε διάχυτη προσβολή διάμεσου ιστού σε όλους τους ασθενείς. Ένα βρέφος 3 μηνών χρειάστηκε εισαγωγή στη μονάδα εντατικής νοσηλείας. Η διάρκεια νοσηλείας κυμάνθηκε από 4 έως 10 ημέρες.

**Συμπεράσματα:** Όλοι οι ασθενείς με συλλοίμωση RSV/SARS-CoV-2 που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων είχαν αυξημένες απαιτήσεις σε οξυγόνο, γεγονός που δυνητικά θα μπορούσε να υποδηλώνει βαρύτερη νόσηση. Χρειάζονται επιπλέον μελέτες για να κατανοήσουμε καλύτερα την αλληλεπίδραση ανάμεσα στον ιό SARS-CoV-2 και στον RSV, καθώς και τους μηχανισμούς που σχετίζονται με την ενδεχομένως βαρύτερη κλινική εικόνα της συλλοίμωσης.

## EA15.

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΛΥΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΤΗ ΤΟΥ ΠΛΑΣΜΙΝΟΓΟΝΟΥ ΤΥΠΟΥ ΟΥΡΟΚΙΝΑΣΗΣ (SOLUBLE UROKINASE-TYPE PLASMINOGEN ACTIVATOR RECEPTOR, suPAR) ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19 ΚΑΙ ΠΟΛΥΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (MULTISYSTEM INFLAMMATORY SYNDROME IN CHILDREN, MIS-C)

Λούκα Μαγδαληνή,<sup>1,2</sup> Τάτση Ελισάβετ-Βαρβάρα,<sup>1</sup> Βασιλείου Σοφία,<sup>1</sup> Θεοχάρης Γεώργιος,<sup>2</sup> Στράκα Καλλιόπη,<sup>3</sup> Φιλιππάτος Φίλιππος,<sup>1</sup> Συριοπούλου Βασιλική,<sup>1</sup> Μίχος Αθανάσιος<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Λοιμώξεων και Χημειοθεραπείας, Χωρέμειο Ερευνητικό Εργαστήριο, Α' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία»

<sup>2</sup>Α' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία»

<sup>3</sup>Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων, Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία»

**Σκοπός:** Υψηλά επίπεδα του διαλυτού υποδοχέα ενεργοποιητή του πλασμινογόνου τύπου ουροκινάσης (suPAR) έχουν συσχετιστεί με βαρύτερη πρόγνωση σε ασθενείς με σοβαρές λοιμώξεις. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της κλινικής σημασίας του suPAR σε παιδιά με οξεία λοίμωξη από τον ιό SARS-CoV-2 ή πολυσυστηματικό φλεγμονώδες σύνδρομο (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children, MIS-C).

**Υλικό και Μέθοδοι:** Τα επίπεδα του suPAR μετρήθηκαν με ανοσοενζυμική μέθοδο (suPARnostic® AUTO Flex ELISA, Virogates) στον ορό νοσηλευόμενων παιδιών με οξεία λοίμωξη COVID-19 και MIS-C στην οξεία φάση και σε φάση ανάρρωσης, με βακτηριακή πνευμονία στην οξεία φάση και σε υγιείς μάρτυρες.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά, εξετάστηκαν 211 παιδιά μέσης ηλικίας  $6,9 \pm 4,96$  έτη. Αναλυτικά, ελέγχθηκαν 59 παιδιά με COVID-19 (28%), 36 με MIS-C (17%), 78 με πνευμονία (37%) και 38 υγιείς μάρτυρες (18%). Στην οξεία φάση, τα επίπεδα του suPAR στις παραπάνω ομάδες παιδιατρικών ασθενών ήταν ως εξής: MIS-C:  $8,11 \pm 2,80$  ng/ml, COVID-19:  $4,91 \pm 1,90$  ng/ml, πνευμονία:  $4,25 \pm 1,44$  ng/ml και στην ομάδα ελέγχου:  $2,09 \pm 0,47$  ng/ml ( $P < 0,001$ ). Τα παιδιά με οξεία COVID-19 και σοβαρή ή μέτρια κλινική εικόνα είχαν

υψηλότερες τιμές suPAR συγκριτικά με εκείνα που παρουσίασαν ήπια συμπτωματολογία ( $5,79 \pm 1,58$  έναντι  $5,40 \pm 1,94$  έναντι  $3,19 \pm 0,73$  ng/ml αντίστοιχα,  $P < 0,001$ ). Στην ομάδα MIS-C, τα παιδιά που νοσηλεύτηκαν σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) και χρειάστηκαν μηχανικό αερισμό είχαν υψηλότερα επίπεδα suPAR σε σύγκριση με εκείνα που δεν εισήχθησαν σε ΜΕΘ ( $9,32 \pm 3,06$  έναντι  $7,13 \pm 2,19$  ng/ml αντίστοιχα,  $P = 0,023$ ). Στα παιδιά με COVID-19 ή MIS-C βρέθηκε θετική συσχέτιση των επιπέδων του suPAR με τη διάρκεια νοσηλείας ( $r_s = 0,418$ ,  $P < 0,001$ ). Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στα επίπεδα του suPAR μεταξύ των παιδιών με COVID-19 και MIS-C στη φάση ανάρρωσης.

**Συμπεράσματα:** Η παραπάνω μελέτη αποτελεί την πρώτη στην τρέχουσα βιβλιογραφία με αντικείμενο έρευνας την κλινική αξία του suPAR σε παιδιά με COVID-19 ή MIS-C. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι το suPAR θα μπορούσε να αποτελέσει πολύτιμο βιοδείκτη της σοβαρότητας της νόσου, διευκολύνοντας τον έγκαιρο εντοπισμό των παιδιών που χρειάζονται εντατική αντιφλεγμονώδη θεραπεία, όπως και στους ενήλικες ασθενείς με σοβαρή νόσο COVID-19. Περαιτέρω μελέτες των επιπέδων του suPAR σε παιδιατρικούς ασθενείς, καθώς και της επίδρασης των ανοσοτροποποιητικών θεραπειών είναι αναγκαίες, προκειμένου να αποσαφηνιστεί η κλινική σημασία αυτού του βιοδείκτη.

## EA16.

### Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΤΗ ΣΟΒΑΡΗ RSV ΒΡΟΓΧΙΟΛΙΤΙΔΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΘ

Πράπα Μαριλένα, Μπουραζάνη Ευδοξία, Γιαννίκη Μαρία, Νταβούρα Αναστασία, Λιάσκου Αναστασία, Δημητροπούλου Βασιλική, Μιχαηλούδη Εύη, Γκότση Ειρήνη  
*Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων (ΜΕΘ), Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία»*

**Εισαγωγή:** Η σοβαρή βρογχιολίτιδα από τον αναπνευστικό συγκυτιακό ιό (RSV) αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες επείγουσας εισαγωγής μικρών βρεφών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων (ΜΕΘ). Η χορήγηση αντιβιοτικών συστήνεται σε περιπτώσεις όπου πιθανολογείται συνυπάρχουσα βακτηριακή λοίμωξη.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της επίπτωσης ιογενούς και βακτηριακής συλλοίμωξης, καθώς και το ποσοστό χρήσης αντιβιοτικών σε παιδιατρικούς ασθενείς που νοσηλεύονται με σοβαρή RSV βρογχιολίτιδα σε ΜΕΘ Παίδων.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Αναδρομική μελέτη ασθενών που νοσηλεύτηκαν λόγω σοβαρής RSV βρογχιολίτιδας στη ΜΕΘ Παίδων, Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία» κατά το διάστημα 2010-2022.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν συνολικά 72 ασθενείς, αντιπροσωπεύοντας ποσοστό 2,4% του συνόλου των εισαγωγών ( $n=2902$ ). Η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν οι 2,1 μήνες ( $1,4-4,75$ ) με ποσοστό 60% ( $n=47$ ) άρρενες. Παρουσία συννοσηρότητας υπήρχε στο 37,5% των ασθενών ( $n=27$ ), κυρίως Συγγενής Καρδιοπάθεια (Congenital Heart Disease - CHD) (40,7%,  $n=11$ ), ενώ ιστορικό προωρότητας υπήρχε στο 27,7% ( $n=20$ ). Από τον έλεγχο που διενεργήθηκε, ιογενής συλλοίμωξη ανιχνεύθηκε από film array και προσδιορισμό αντιγόνων αναπνευστικού σε 26 ασθενείς (36,1%), με συχνότερη την απομόνωση ρινοϊού ((Rhinovirus,  $n=20$ , 76,9%), ακολουθούμενη από την συλλοίμωξη από τον ιό της γρίπης (influenza,  $n=6$ , 23,1%). Μικροβιακή συλλοίμωξη επιβεβαιώθηκε σε 27 ασθενείς (37,5%), με συχνότερη την Λοίμωξη Κατώτερου Αναπνευστικού (48,1%,  $n=13$ / VAP  $n=2$ , CAP 11), ακολουθούμενη από μικροβιαμία (40%,  $n=11$ , Νοσοκομειακή Λοίμωξη  $n=1$ ), και Λοίμωξη ουροποιητικού ( $n=2$ , 7,4%). Παράγοντες κινδύνου για βακτηριακή συλλοίμωξη στην ομάδα μελέτης περιλάμβανε την παρουσία συννοσηρότητας, το ιστορικό προηγούμενης νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών και ο Μηχανικός Αερισμός. Από το σύνολο των ασθενών της μελέτης, αντιβιοτικά χορηγήθηκαν στο 82,1% ( $n=60$ ), συμπεριλαμβανομένου του συνόλου των ασθενών που χρειάστηκαν υποστήριξη με Μηχανικό Αερισμό. Η παρουσία βακτηριακής συλλοίμωξης συσχετίστηκε σημαντικά με παράταση του χρόνου νοσηλείας στην ΜΕΘ (7 vs 4 ημέρες,  $p=0.0002$ ).

**Συμπεράσματα:** Η παρουσία ιογενούς και βακτηριακής συλλοίμωσης αποτελεί παράμετρο στην βαρύτητα της κλινικής εικόνας της RSV βρογχιολίτιδας στους παιδιατρικούς ασθενείς, καθιστώντας αρχικά δύσκολη την αποφυγή χορήγησης αντιμικροβιακών, ιδιαίτερα στο περιβάλλον της ΜΕΘ. Η έγκαιρη αποκλιμάκωση της αγωγής σε προηγουμένως υγιή βρέφη, που βρίσκονται σε σταθερή κατάσταση κρίνεται απαραίτητη με την ολοκλήρωση των αποτελεσμάτων των καλλιιεργειών, στην προσπάθεια ορθολογικότερης χρήσης αντιβιοτικών.

## ΕΑ17.

### Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΑΙΔΩΝ

Πράπα Μαριλένα,<sup>1</sup> Αγρογιάννη Ξανθή,<sup>2</sup> Τζαλάβρα Σοφία,<sup>1</sup> Τσιρογιάννη Χρυσάνθη,<sup>1</sup> Σχορετσιανίτης Παναγιώτης,<sup>1</sup> Γκότση Ειρήνη,<sup>1</sup> Σπυρίδης Ν.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Καρδιοχειρουργική Εντατική Μονάδα Παιδων-ΚΕΜ, Γ.Ν. Παιδων «Η Αγία Σοφία»

<sup>2</sup>Β Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Γ.Ν. Παιδων «Η Αγία Σοφία»

<sup>3</sup>Νοσοκομείο Παιδων «Π. & Α. Κυριακού», Β' Παιδιατρική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Εισαγωγή:** Τα παιδιά με Συγγενή Καρδιοπάθεια (ΣΚ) αποτελούν μια ειδική ομάδα ασθενών, που συχνά απαιτούν μακροχρόνια νοσηλεία και χορήγηση πολλαπλών αντιβιοτικών σχημάτων προεγχειρητικά, συνθήκες που ευνοούν τον αποικισμό τους με ανθεκτικά στελέχη.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης η επίδραση του προεγχειρητικού αποικισμού στην ανάπτυξη λοιμώξεων κατά την μετεγχειρητική περίοδο σε αυτήν την ομάδα ασθενών.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ανασκοπική μελέτη παιδιατρικών ασθενών με ΣΚ, που νοσηλεύτηκαν σε Καρδιοχειρουργική Εντατική Μονάδα Παιδων (ΚΕΜ), σε διάστημα 18 μηνών. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε screening αποικισμού κατά την εισαγωγή τους, με δείγματα φαρυγγικού/ βρογχικού και ορθού.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 79 ασθενείς, διάμεσης ηλικίας 5,3 μήνες (1,6-63 μήνες), εκ των οποίων ποσοστό 59,5 % ήταν θήλαα. Περισσότερο από τους μισούς ασθενείς (64,6%) νοσηλεύονταν προεγχειρητικά, με διάμεση διάρκεια νοσηλείας 27 ημέρες (15-68). Αγωγή με αντιβιοτικά κατά την προεγχειρητική περίοδο έλαβε το 38,2% των ασθενών, με διάμεση διάρκεια αγωγής 6 ημέρες (1-10 ημέρες). Στο σύνολό τους οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε Screening αποικισμού κατά την εισαγωγή τους στην ΚΕΜ. Απομόνωση παθογόνου στον αποικισμό αναδείχθηκε στο 55,1% (n 38) των ασθενών, ενώ αποικισμό με στελέχη που παρουσίαζαν κάποιου βαθμού μηχανισμό αντοχής παρουσίαζε το 29,4% αυτών. Από το σύνολο των ασθενών που μελετήθηκε, 30 ασθενείς (38%) ανέπτυξαν λοίμωξη κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, κυρίως Μικροβιαμία (Blood Stream Infection/ BSI, 74,8%, 22 ασθενείς) και Πνευμονία σχετιζόμενη με τον αναπνευστήρα (Ventilator-Associated Pneumonia/VAP, 17,2%, n =5). Σε ποσοστό 20% (n=6), ο αιτιολογικός παράγοντας προερχόταν από τον αποικισμό του ασθενούς, ενώ ο αποικισμός με στελέχη που παράγουν ESBLs αναγνωρίστηκε ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη μετεγχειρητικής λοίμωξης (relative risk: 5,5 (1,15-26,79, p 0,011).

**Συμπεράσματα:** Η επίδραση του προεγχειρητικού αποικισμού στην ανάπτυξη μετεγχειρητικής λοίμωξης φαίνεται να ποικίλλει. Η παρουσία στον αποικισμό στελεχών ESBLs αναδεικνύεται ως ένας από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη μετεγχειρητικής λοίμωξης σε παιδιατρικούς καρδιοχειρουργικούς ασθενείς. Μεγαλύτερες προοπτικές μελέτες θα συνέβαλλαν στην ορθή αξιολόγηση των δεδομένων αποικισμού αυτής της ειδικής ομάδας ασθενών, με στόχο την ορθότερη αντιμετώπισή τους.



## EA18.

**EXPLORING THE VIEWS OF INFECTIOUS DISEASES AND MICROBIOLOGY CONSULTANTS IN ENGLAND ON A NOVEL DELINKED FUNDING MODEL FOR ANTIMICROBIALS: THE SMASH STUDY**

Baltas Ioannis,<sup>1,2</sup> Gilchrist Mark,<sup>1</sup> Koutoumanou Eirini,<sup>3</sup> Gibani Malick,<sup>4</sup> Meiring James E.,<sup>5</sup> Otu Akaninyene,<sup>6</sup> Hettle David,<sup>7</sup> Thomson Ameenka,<sup>7</sup> Price James R.,<sup>8,9</sup> Crepet Anna,<sup>9</sup> Atomode Abolaji,<sup>10</sup> Spinou Dimitrios,<sup>11</sup> Guyver Hudson,<sup>12</sup> Tausan Matija,<sup>13</sup> Somasunderam Donald,<sup>14</sup> Thoburn Maxwell,<sup>15</sup> Chan Ting,<sup>15</sup> Umpleby Helen,<sup>16</sup> Sharp Bethany,<sup>17</sup> Chivers Callum,<sup>17</sup> Vaghela Devan Suresh,<sup>18</sup> Shah Ronak J.,<sup>1</sup> Crocker-Buque Timothy,<sup>19</sup> Foster Jonathan,<sup>20</sup> Hume Amy,<sup>20</sup> Smith Christopher,<sup>4</sup> Ashif Ammara,<sup>21</sup> Mermerelis Dimitris,<sup>22</sup> Reza Mohammad Abbas,<sup>23</sup> Haigh Dominic A.,<sup>24</sup> Lamb Thomas,<sup>25</sup> Karatzia Loucia,<sup>26</sup> Bramley Alexandra,<sup>27</sup> Kadam Nikhil,<sup>28</sup> Kavallieros Konstantinos,<sup>29</sup> Arias Veronica-Garcia,<sup>16</sup> Democratis Jane,<sup>30</sup> Waddington Claire S.,<sup>1</sup> Moore Luke S.P.,<sup>1,13,31</sup> Aiken Alexander M.<sup>32</sup>

<sup>1</sup>Imperial College Healthcare NHS Trust, London, United Kingdom

<sup>2</sup>Institute of Education, University College London, London, United Kingdom

<sup>3</sup>Population, Policy & Practice Research and Teaching Department, Great Ormond Street Institute of Child Health, University College London, London, United Kingdom

<sup>4</sup>Department of Infectious Disease, Faculty of Medicine, Imperial College London, London, United Kingdom

<sup>5</sup>Department of Infection, Immunity and Cardiovascular Disease, University of Sheffield, Sheffield, United Kingdom

<sup>6</sup>Department of Microbiology, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, Leeds, United Kingdom

<sup>7</sup>Department of Infection Sciences, Southmead Hospital, North Bristol NHS Trust, Bristol, United Kingdom

<sup>8</sup>Brighton and Sussex Medical School, University of Sussex, Brighton, United Kingdom

<sup>9</sup>University Hospitals Sussex NHS Foundation Trust, Brighton, United Kingdom

<sup>10</sup>Liverpool University NHS Foundation Trust, Liverpool, United Kingdom

<sup>11</sup>Department of ENT, Head and Neck Surgery, Gloucester Royal Hospital, Gloucestershire Hospitals NHS Foundation Trust, Gloucester, United Kingdom

<sup>12</sup>James Paget University Hospitals NHS Foundation Trust, Norfolk, United Kingdom

<sup>13</sup>Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust, London, United Kingdom.

<sup>14</sup>Bart's Health NHS Trust, London, United Kingdom

<sup>15</sup>University Hospitals Birmingham NHS Foundation Trust, Birmingham, United Kingdom

<sup>16</sup>Hampshire Hospitals NHS Foundation Trust, Hampshire, United Kingdom

<sup>17</sup>Nottingham University Hospitals NHS Trust, Nottingham, United Kingdom

<sup>18</sup>Norfolk and Norwich University Hospitals NHS Foundation Trust, Norwich, United Kingdom

<sup>19</sup>Department of Microbiology, Royal Free London NHS Foundation Trust, London, United Kingdom

<sup>20</sup>Directorate of Pharmacy, The Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust, Newcastle, United Kingdom

<sup>21</sup>Hull University Teaching Hospitals NHS Trust, Hull, United Kingdom

<sup>22</sup>Maidstone and Tunbridge Wells NHS Trust, Kent, United Kingdom

<sup>23</sup>Northwest Anglia NHS Foundation Trust, Peterborough, United Kingdom

<sup>24</sup>Manchester University NHS Foundation Trust, Manchester, United Kingdom

<sup>25</sup>Nuffield Department of Clinical Medicine, University of Oxford, Oxford, United Kingdom

<sup>26</sup>Oxford University Hospitals NHS Trust, Oxford, United Kingdom

<sup>27</sup>St. George's University Hospitals NHS Foundation Trust, London, United Kingdom

<sup>28</sup>Mid and South Essex NHS Trust, Westcliff-on-Sea, United Kingdom

<sup>29</sup>Faculty of Medicine, Imperial College London, London, United Kingdom

<sup>30</sup>Wexham Park Hospital, Frimley Health NHS Foundation Trust, Slough, United Kingdom

<sup>31</sup>Imperial College London, NIHR Health Protection Research Unit on Healthcare Associated Infections and Antimicrobial Resistance, London, United Kingdom.

<sup>32</sup>Department of Infectious Disease Epidemiology, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United Kingdom

**Objectives:** A novel “subscription-type” funding model was launched in England in July 2022 for ceftazidime-avibactam and cefiderocol. We aimed to collect the views of English infectious diseases and microbiology consultants on important aspects of the delinked funding model.

**Methods:** This was a national online survey of all infectious diseases and microbiology consultants working in acute hospitals of the National Health Service (NHS) in November and December 2022.

**Results:** The final response rate was 31.2% (235/753). Responses from all regions in England were collected yet consultants in the East of England and consultants specialising in Infectious Diseases and General Internal Medicine were less likely to respond. Most consultants thought the model is a welcome development (69.8%, 164/235), will improve treatment of drug-resistant infections (68.5%, 161/235) and will stimulate research and development of new antimicrobials (57.9%, 136/235). Consultants disagreed that the model will lead to reduced carbapenem use and reported increased cefiderocol use post implementation ( $p < 0.001$ ). Pre-authorisation by an infection specialist to access the model antibiotics was universally agreed (98.7%, 232/235). Under the new model, 42.1% (99/235) of consultants would use the new antibiotics empirically, if risk factors for antimicrobial resistance were present. Important factors included previous infection (80.9%, 190/235) or colonisation (74.9%, 176/235) with carbapenem-resistant bacteria, treatment failure with carbapenems (63.8%, 150/235), ward outbreaks of carbapenem-resistant bacteria (63.8%, 150/235), recent admission to high prevalence settings (43.4%, 102/235). All consultants felt that infections by carbapenem-resistant bacteria will increase in the future. Significantly higher insurance and diversity values were given to model antimicrobials compared to other established treatments for carbapenem-resistant infections, while meropenem recorded the highest enablement value and fosfomycin the highest spectrum value. Use of both subscription drugs for infection sites outside of their licenced indications was reported, including skin and soft tissue infections, bone and joint infections and cystic fibrosis-bronchiectasis. Ceftazidime-avibactam was prioritized for OXA-48 and KPC infections, while cefiderocol for metallo-beta-lactamase infections, infections from *Stenotrophomonas maltophilia*, *Acinetobacter spp*, *Burkholderia cepacia*.

**Conclusions:** A “subscription-type” model was seen favourably by infectious diseases and microbiology consultants in England. “Subscription-type” funding models might be important solutions for access to novel antimicrobials and for revitalising the antimicrobial research and development pipeline.

## EA19.

### ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Ε ΣΕ ΡLWHIV ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αντωνοπούλου Ν.,<sup>1</sup> Τζιμοτούδης Δ.,<sup>2</sup> Πετράκης Β.,<sup>3</sup> Πετράκης Ε.,<sup>4</sup> Σχινάς Γ.,<sup>5</sup> Πρωτόπαππας Κ.,<sup>6</sup> Μαραγκός Μ.,<sup>1,5,7</sup> Μπαρμπουνάκης Ε.,<sup>4</sup> Κοφτερίδης Δ.,<sup>4</sup> Παναγόπουλος Π.,<sup>3</sup> Βανταράκης Α.,<sup>2</sup> Ακινόσογλου Κ.<sup>1,5,7</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Ρίο

<sup>2</sup>Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Ρίο

<sup>3</sup>Παθολογική Κλινική και Τμήμα Λοιμώξεων, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

<sup>4</sup>Παθολογική Κλινική και Τμήμα Λοιμώξεων, Π.Π.Γ.Ν. Ηρακλείου

<sup>5</sup>Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Ρίο

<sup>6</sup>Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

<sup>7</sup>Τμήμα Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν. Πατρών, Ρίο

**Σκοπός:** Ο ιός της ηπατίτιδας Ε (HEV) υπολογίζεται ότι προκαλεί 20 εκατομμύρια νέες λοιμώξεις ετησίως. Πρόκειται για μια αυτοπεριοριζόμενη νόσο, ωστόσο σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, όπως οι ασθενείς που ζουν με τον ιό HIV (PLWHIV) μπορεί να εξελιχθεί σε χρόνια ηπατίτιδα, αναλόγως με την υποκείμενη ανοσολογική κατάσταση. Η μελέτη αυτή στοχεύει στην ανάδειξη του επιπολασμού και πιθανών παραγόντων κινδύνου λοίμωξης με HEV σε PLWHIV στην Ελλάδα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Έγινε συλλογή δειγμάτων ορού από PLWHIV που βρίσκονται υπό αγωγή και παρακολούθηση σε διαφορετικά Κέντρα Αναφοράς/Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων στην Ελλάδα. Ακολούθως, έγινε μέτρηση anti-HEV αντισωμάτων (IgG ή/και IgM) με χρήση ELISA. Για όλους τους συμμετέχοντες, έγινε καταγραφή δημογραφικών στοιχείων, δεδομένων που σχετίζονται με την HIV λοίμωξη καθώς και τιμών εργαστηριακού ελέγχου για την δεδομένη στιγμή.

**Αποτελέσματα:** Από τους 330 PLWHIV που συμμετείχαν, 260 (78.8%) ήταν άνδρες, και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 46 (39-55) ετών. 114 (34.8%) αυτοπροσδιορίζονταν ως άνδρες που κάνουν σεξ με άνδρες (MSM), 24 (7.3%) είχαν ιστορικό χρήσης ενδοφλέβιων ουσιών (IVDU), και 50 (15.3%) είχαν ιστορικό άλλου σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος (ΣΜΝ). Ο μέσος όρος από τη διάγνωση του HIV ήταν 7 (4-13) χρόνια, παρόμοιος με τον μέσο όρο έναρξης αγωγής 7 (4-12) χρόνια. 27 (8.2%) ήταν θετικοί για anti-HEV IgG, και 5 (1.5%) ήταν θετικοί για anti-HEV IgM. Προηγούμενη HAV και HCV λοίμωξη ανιχνεύτηκε στο 11.1 και 7.4% επί των θετικών anti-HEV IgG αντίστοιχα. Καμία αύξηση ή σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε στα ηπατικά ένζυμα ανάμεσα στις ομάδες ασθενών. Καμία συσχέτιση δεν ανιχνεύτηκε μεταξύ HEV(+) ορολογικού ελέγχου και φύλου, IVDU, σεξουαλικής προτίμησης, παρουσίας HBsAg, HCV ή HAV αντισώματος, ιστορικού φυματίωσης ή άλλου ΣΜΝ. Καμία σημαντικά στατιστική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ των ομάδων όσον αφορά την ηλικία, τη διάρκεια HIV λοίμωξης ή θεραπείας, τον αριθμό των CD4 ή το ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο. Η αλβουμίνη ορού ήταν σημαντικά μειωμένη στην ομάδα των HEV IgG θετικών ( $p=0.01$ ). **Συμπεράσματα:** Η αξιολόγηση πιθανής λοίμωξης με HEV στους PLWHIV συμπεριλαμβάνεται στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, εντούτοις εγχώρια δεδομένα παραμένουν σπάνια. Η μέτρηση HEV RNA βρίσκεται σε εξέλιξη προς διερεύνηση της χρονιότητας της νόσου.

## EA20.

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΞΕΙΑΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «MORFEAS»

Μαστρογιάννη Ελπίδα,<sup>1</sup> Ρούσσοσ Σωτήριος,<sup>2</sup> Πρωτοπαπάς Κωνσταντίνος,<sup>3</sup> Αντωνιάδου Αναστασία,<sup>3</sup> Παπαδόπουλος Αντώνιος,<sup>3</sup> Λουρίδα Γιώτα,<sup>4</sup> Παπασταμόπουλος Βασίλειος,<sup>4</sup> Χίνη Μαρία,<sup>5</sup> Παπαρίζος Βασίλειος,<sup>6</sup> Θεόφιλος Χρυσανθίδης,<sup>7</sup> Μεταλλίδης Συμεών,<sup>7</sup> Αλεξάκης Κωνσταντίνος,<sup>8</sup> Μπαρμπούνακης Εμμανουήλ,<sup>8</sup> Κοφτερίδης Διαμαντής,<sup>8</sup> Λεωνίδου Λυδία,<sup>9</sup> Μαραγκός Μάρκος,<sup>9</sup> Πετράκης Βασίλειος,<sup>10</sup> Παναγόπουλος Περικλής,<sup>10</sup> Πάλλα Παναγιώτα,<sup>11</sup> Σύψας Νικόλαος Β.,<sup>11</sup> Κατσαρόλης Ιωάννης,<sup>12</sup> Σύψα Βάνα,<sup>2</sup> Ψυχογιού Μήνα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

<sup>2</sup>Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup>Δ' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

<sup>4</sup>Ε' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>5</sup>Γ' Παθολογικό Τμήμα & Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.», Αθήνα

<sup>6</sup>Α' Δερματολογική και Αφροδισιολογική Κλινική, Μονάδα HIV, Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Παθήσεων «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

<sup>7</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Μονάδα Λοιμώξεων, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

<sup>8</sup>Παθολογικό Τμήμα & Μονάδα Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑ.Γ.Ν.Η.), Ηράκλειο, Κρήτη

<sup>9</sup>Παθολογικό Τμήμα & Μονάδα Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

<sup>10</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

<sup>11</sup>Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

<sup>12</sup>Gilead Sciences Hellas

**Σκοπός:** Να περιγραφούν τα χαρακτηριστικά των ατόμων που διαγιγνώσκονται με οξεία HIV λοίμωξη (ΟΛ). **Υλικό και Μέθοδοι:** Αναλύθηκαν δεδομένα από το πρόγραμμα MORFEAS από 823 άτομα που διαγνώστηκαν με HIV λοίμωξη την περίοδο 2019-2021 σε 10 μονάδες λοιμώξεων στην Ελλάδα. Πρόκειται για πολυκεντρική, αναδρομική, μη παρεμβατική μελέτη στην οποία συλλέχθηκαν ανώνυμα δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά από ιατρικούς φακέλους, με σκοπό να προσδιορισθεί η συχνότητα «χαμένων ευκαιριών» για εξέταση για HIV με βάση το ιστορικό καταστάσεων/νοσημάτων ενδεικτικών ή σχετιζόμενων με HIV λοίμωξη. Η ΟΛ δηλώθηκε από τους θεράποντες (ορισμός σύμφωνα με EACS 2022). Συγκρίθηκαν τα δημογραφικά και κλινικό-εργαστηριακά χαρακτηριστικά των ατόμων με ΟΛ με το υπόλοιπο δείγμα με μη οξεία λοίμωξη (ΜΟΛ). Για τη σύγκριση ποσοτικών και ποιοτικών χαρακτηριστικών μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκαν: t-test ή Mann-Whitney και Chi-squared-test, αντίστοιχα.

**Αποτελέσματα:** Η ομάδα με ΟΛ περιλάμβανε 54 άτομα (54/823, 6,6%). Το 64,8% εξετάστηκε κατόπιν οδηγίας από επαγγελματία υγείας και το 89% ζούσε σε αστικό κέντρο. Τα άτομα με ΟΛ σε σύγκριση με ΜΟΛ, ήταν νεαρότερα (33,7 έναντι 38,9 έτη,  $p=0,002$ ), συχνότερα Ελληνικής καταγωγής (88,9% έναντι 73,3%,  $p=0,033$ ), συχνότερα νοσηλεύόμενα κατά τη διάγνωση (40,7% έναντι 23%,  $p=0,007$ ), συχνότερα MSM (85,2% έναντι 55,8%,  $p<0,001$ ), με ανώτερη εκπαίδευση (77,8% έναντι 53,9%,  $p=0,002$ ), με συχνότερο προσυμπτωματικό έλεγχο στο παρελθόν για HIV λοίμωξη (64,8% έναντι 31,5%,  $p<0,001$ ). Κατά τη διάγνωση είχαν υψηλότερο αριθμό CD4 κυττάρων (διάμεση τιμή 390 έναντι 325 κύτταρα/μL,  $p=0,021$ ) και υψηλότερα επίπεδα ιικού φορτίου (διάμεση τιμή  $78 \times 10^4$  έναντι  $5,5 \times 10^4$  c/mL,  $p<0,001$ ). Δεν υπήρχε διαφορά σε σχέση με το ημερολογιακό έτος διάγνωσης. Στην ομάδα με ΜΟΛ για 11/769 άτομα αναφερόταν στο παρελθόν σύνδρομο λοιμώδους μονοπυρήνωσης χωρίς αναφορά εξέτασης για HIV. Η υποομάδα αυτή είχε κατά τη διάγνωση παρόμοια χαρακτηριστικά με την ΟΛ, εκτός από το στάδιο κατά CDC (στάδιο Β σε 1/11 έναντι 0/54,  $p=0,026$ ) και τη νοσηλεία κατά τη διάγνωση (9,1% έναντι 40,7% στην ΟΛ,  $p=0,045$ ).

**Συμπεράσματα:** Στη μελέτη MORFEAS προκύπτει ποσοστό ΟΛ κατά την πρωτοδιάγνωση 6,6% και σε περίπου 40% η διάγνωση πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο. Οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν σε άτομα Ελληνικής καταγωγής, ανώτερης εκπαίδευσης, MSM, με υψηλότερο δείκτη εγρήγορσης για εξέταση για HIV. Παρόμοιο ποσοστό ατόμων στο συνολικό δείγμα της μελέτης αναφέρει συμπτωματολογία πρωτολοίμωξης στο παρελθόν χωρίς αναφορά εξέτασης για HIV. Τα δεδομένα υποδεικνύουν την ανάγκη ενίσχυσης της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης τόσο σε άτομα που ανήκουν σε άλλες κατηγορίες μετάδοσης, όσο και σε επαγγελματίες υγείας για ευκολότερη πρόσβαση σε εξέταση για HIV για προληπτικούς και διαγνωστικούς λόγους, χωρίς περιορισμούς λόγω στίγματος και στερεοτύπων.

## EA21.

### Ο ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ HIV-1 ΛΟΙΜΩΞΗ: ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ

Τσαουρίδου Όλγα,<sup>1</sup> Νανούδης Σιδέρης,<sup>1</sup> Πιλάλας Δημήτριος,<sup>1</sup> Γκαντάλη Κωνσταντίνα,<sup>1</sup> Κατσαρόλης Ιωάννης,<sup>2</sup> Μαρκάκης Κωνσταντίνος,<sup>1</sup> Βασδέκη Δήμητρα,<sup>1</sup> Γκόγκος Γεώργιος,<sup>1</sup> Χρυσανθίδης Θεόφιλος,<sup>1</sup> Κολλάρας Παναγιώτης,<sup>1</sup> Ζεμπεκιάκης Παντελής,<sup>1</sup> Μεταλλίδης Συμεών<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup>Ιατρικό Τμήμα, Gilead Sciences Hellas & Cyprus

**Σκοπός:** Να περιγραφεί η διαχρονική μεταβολή του χρόνου της έναρξης θεραπείας (ΧΕΝΘ) σε άτομα με HIV-1 λοίμωξη που προσήλθαν στη ΜΛ της Α' Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ στο Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ και η συσχέτιση με κλινικές εκβάσεις

**Υλικό και Μέθοδοι:** Αναδρομική (μη παρεμβατική) καταγραφή σε άτομα που διαγνώστηκαν με HIV λοίμωξη και ήταν υπό παρακολούθηση στη μονάδα από τη 1/1/2008 έως 31/12/2018. Η ανάλυση



έγινε για τις περιόδους 2008-2011 (Α), 2012-2015 (Β) και 2016-2018 (Γ), σύμφωνα με τις αλλαγές των κατευθυντηρίων οδηγιών για την έναρξη θεραπείας. Καταγράφηκαν οι χρόνοι από το πρώτο θετικό δείγμα μέχρι την πρώτη επίσκεψη και την έναρξη θεραπείας, ο διάμεσος αριθμός CD4 και VL κατά την έναρξη, οι κατηγορίες μετάδοσης και το στάδιο κατά CDC καθώς και κλινικές εκβάσεις όπως θάνατος, ανάγκη νοσηλείας μετά τη διάγνωση, ιική καταστολή. Για το χρόνο έναρξης ορίστηκε ως ταχεία έναρξη το χρονικό διάστημα της μιας εβδομάδας από την 1<sup>η</sup> επίσκεψη και ως πρώιμη έναρξη του ενός μηνός.

**Αποτελέσματα:** Το δείγμα της εργασίας είναι 960 άτομα (Α: 243, Β: 430, Γ: 287). Στον Πίνακα 1 περιγράφονται τα δημογραφικά και κλινικοεργαστηριακά δεδομένα κατά τη διάγνωση για τις διαδοχικές χρονικές περιόδους

ΠΕΡΙΟΔΟΣ	Διάμεση Ηλικία (έτη)	% Θήλυ φύλο	% Ελληνικής εθνικότητας	% ΑΣΑ-ΧΕΝ-ΕΤΕΡΟ	C Στάδιο κατά CDC %	Διάμεση τιμή CD4	Διάμεση τιμή ιικού φορτίου
A (2008-2011)	38,5	10,4	88	71,5 -4- 19,5	13,5	306	67772
B (2012-2015)	34,9	9	87,6	70,8 -9,3- 14,5	6,8	372	70295
Γ (2016-2018)	38,3	13,7	83,5	59- 7,7 - 21,3	14,7	362	11740

Στον Πίνακα 2 περιγράφονται οι διαφορετικοί χρόνοι (διάμεση τιμή σε ημέρες) από το πρώτο θετικό δείγμα μέχρι την έναρξη της θεραπείας καθώς και σημαντικές κλινικές εκβάσεις

ΠΕΡΙΟΔΟΣ	Πρώτο θετικό δείγμα-Επιβεβαιωτικό δείγμα	Πρώτο θετικό-Πρώτη επίσκεψη στη ΜΑ	Πρώτη επίσκεψη-Έναρξη θεραπείας	Ταχεία Έναρξη %	Πρώιμη έναρξη %	Νοσηλεία μετά τη διάγνωση %	Θάνατος %
A (2008-2011)	27,1	33,6	290,5	3,1	6,9	53,2	11,9
B (2012-2015)	25,5	30,6	130	5,3	20,2	32,1	2,6
Γ (2016-2018)	9	32,3	25,3	13,7	48,5	36	0

Για την επίτευξη ιικής καταστολής  $\geq 90\%$  χρειάστηκαν 3 χρόνια για τα άτομα που ξεκίνησαν θεραπεία την περίοδο Γ, 7 χρόνια για εκείνους της περιόδου Β και 8 χρόνια για την περίοδο Α.

**Συμπεράσματα:** Η αλλαγή των κατευθυντηρίων οδηγιών κατά τα έτη 2008-2018 οδήγησε σε σημαντική μείωση του χρόνου έναρξης θεραπείας σε άτομα με HIV λοίμωξη, χωρίς να παρατηρηθεί σημαντική μεταβολή στα περισσότερα χαρακτηριστικά των ατόμων με πρωτοδιάγνωση. Κατά το διάστημα αυτό επιταχύνθηκε ο χρόνος επίτευξης ιικής καταστολής και μειώθηκαν οι νοσηλείες και η θνητότητα. Υπάρχει περιθώριο βελτίωσης των χρόνων στα διάφορα στάδια διασύνδεσης στη φροντίδα τόσο με βελτίωση διαδικασιών (π.χ. επιβεβαίωση διάγνωσης, πρώτο ραντεβού) όσο και με την εφαρμογή των νεότερων οδηγιών με τα νεότερα διαθέσιμα σχήματα έναρξης.

EA22.

## ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΤΗΣ *CANDIDA AURIS* ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Νικοπούλου Άννα,<sup>1</sup> Σκαλιστή Πασχαλία,<sup>1</sup> Τσελενκίδου Σοφία,<sup>1</sup> Βελένη Αναστασία,<sup>1</sup> Παπότη Σοφία,<sup>2</sup> Καραμπατάκης Θεόδωρος,<sup>3</sup> Μπρασινίκα Ελένη,<sup>2</sup> Κατσιφα Ελένη,<sup>3</sup> Ιασωνίδου Χριστίνα,<sup>2</sup> Σωτηρόπουλος Δαμιανός<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου

<sup>2</sup>Β' Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΒΜΕΘ), Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου

<sup>3</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου

**Εισαγωγή:** Η *Candida auris* είναι ένα αναδυόμενο παθογόνο που έχει την ικανότητα να επιβιώνει στο περιβάλλον για μεγάλο χρονικό διάστημα, μεταδίδεται πολύ εύκολα και μπορεί να προκαλέσει επιδημίες σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη της σημασίας της τήρησης των μέτρων προφύλαξης στον επιτυχή έλεγχο της διασποράς του μύκητα αυτού σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) του Νοσοκομείου μας.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μονοκεντρική αναδρομική μελέτη καταγραφής ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΒΜΕΘ του Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου κατά το χρονικό διάστημα 02-11-2022 (εμφάνιση αποικισμένου με *Candida auris* ασθενούς για πρώτη φορά στο Νοσοκομείο μας, ο οποίος διακομίστηκε από τριτοβάθμιο Νοσοκομείο άλλης πόλης) έως 07-02-2023. Καταγράφηκαν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, οι συνθήκες νοσηλείας, η έκβαση των ασθενών καθώς και η επίπτωση του αποικισμού από *Candida auris* τόσο στους ασθενείς όσο και στο περιβάλλον της Μονάδας. Μελετήθηκαν συνολικά 12 ασθενείς (άνδρες: 75 %, διάμεση ηλικία: 51 έτη), ενώ ελήφθησαν 48 καλλιέργειες αποικισμού και 157 καλλιέργειες ελέγχου αντικειμένων και επιφανειών.

**Αποτελέσματα:** Μετά την εισαγωγή στη ΜΕΘ του αποικισμένου ασθενή, ο μύκητας εντοπίστηκε σε έναν ακόμη ασθενή στις καλλιέργειες ελέγχου αποικισμού (μασχάλη και βουβωνική περιοχή) και σε δεύτερο ασθενή σε καλλιέργεια κεντρικού φλεβικού καθετήρα, αλλά σε μεταγενέστερη χρονική περίοδο. Απομονώθηκε επίσης σε ένα οξύμετρο. Μόλις έγινε αντιληπτή η ύπαρξη του κρούσματος έγινε επιδημιολογική διερεύνηση και τέθηκε σε εφαρμογή εντατικό πρόγραμμα ελέγχου λοιμώξεων στην Μονάδα που περιλάμβανε αυστηρή τήρηση των βασικών προφυλάξεων, των προφυλάξεων επαφής και της σωστής και πιστής εφαρμογής της υγιεινής των χεριών, χωροταξική απομόνωση των θετικών κρουσμάτων, διαχωρισμό νοσηλευτών με ανάθεση της φροντίδας των ασθενών με *Candida auris* σε συγκεκριμένο νοσηλευτή σε κάθε βάρδια, χρήση αποκλειστικού ιατρικού εξοπλισμού και επιμελής καθαριότητα των αντικειμένων και των επιφανειών. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε έλεγχος αποικισμού σε κάθε νοσηλευόμενο ασθενή στη Μονάδα δύο φορές την εβδομάδα και έλεγχος του περιβάλλοντος εβδομαδιαίως. Επίσης, προς αποφυγή της διασποράς σε άλλα τμήματα του Νοσοκομείου δεν πραγματοποιήθηκε καμία διακομιδή ασθενούς από και προς τη συγκεκριμένη μονάδα για οκτώ ημέρες. Τέλος, έγινε εκπαίδευση του προσωπικού της Μονάδας στην άρτια τήρηση της δέσμης των μέτρων που ελήφθησαν. Η εφαρμογή των παραπάνω μέτρων είχε ως αποτέλεσμα να ελεγχθεί η διασπορά της *Candida auris* στη ΒΜΕΘ και να αποφευχθεί η διασπορά του μύκητα στο Νοσοκομείο.

**Συμπεράσματα:** Η αυξημένη συμμόρφωση και η ενίσχυση των μέτρων πρόληψης και ελέγχου των λοιμώξεων σε συνδυασμό με τη συνεχή επαγρύπνηση μπορούν να αναστείλουν τη μετάδοση παθογόνων όπως η *Candida auris* στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης.

## ΕΑ23.

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ *CANDIDA AURIS* ΣΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ (Π.Γ.Ν.Π.)**

Καραμούζος Β.,<sup>1,2</sup> Χονδρολέου Α.,<sup>3</sup> Κεφαλά Σ.,<sup>2</sup> Ελευθεριώτης Γ.,<sup>1</sup> Παπαποστόλου Α.,<sup>1</sup> Λέκκου Α.,<sup>1</sup> Ασημακόπουλος Σ.,<sup>1</sup> Σπηλιοπούλου Α.,<sup>4</sup> Κολονίτσιου Φ.,<sup>4</sup> Παληγογιάννη Φ.,<sup>4</sup> Μαραγκός Μ.,<sup>1</sup> Λεωνίδου Α.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική, Τμήμα Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν.Π.

<sup>2</sup>Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν.Π.

<sup>3</sup>Γραφείο Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν.Π.

<sup>4</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν.Π.

**Σκοπός:** Τον Ιανουάριο του 2022 για πρώτη φορά απομονώθηκε ο ζυμομύκητας *Candida auris* στο Π.Γ.Ν. Πατρών και έκτοτε έχουν ληφθεί όλα τα προβλεπόμενα μέτρα ελέγχου κι επιτήρησης στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της πορείας της διασποράς του μύκητα (λοίμωξη ή αποικισμού) το 1<sup>ο</sup> και το 2<sup>ο</sup> εξάμηνο του 2022, η ανάδειξη των χαρακτηριστικών των ασθενών στους οποίους ανιχνεύτηκε και της αντοχής των στελεχών στα αντιμυκητικά φάρμακα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** *C. auris* απομονώθηκε σε 75 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Π.Γ.Ν.Π το 2022. Απομόνωση των ασθενών σε μονόκλινο δωμάτιο ή συν-νοσηλεία, λήψη καλλιιεργειών αποικισμού, τήρηση των προφυλάξεων επαφής, και απολύμανση των επιφανειών και του εξοπλισμού είναι τα μέτρα που εφαρμόστηκαν. Ανάλυση των δεδομένων έγινε με το λογισμικό SPSS.

**Αποτελέσματα:** Διαπιστώθηκε αυξανόμενη συχνότητα απομόνωσης *C. auris* (20 ασθενείς το 1ο και 55 το 2ο εξάμηνο του 2022) με μέγιστη τιμή τις 14 νέες περιπτώσεις τον μήνα Δεκέμβριο. Η πλειονότητα των ασθενών (64%) νοσηλεύονταν στην μονάδα εντατικής θεραπείας, ενώ το 36% σε παθολογικές κλινικές. Το 28% των δειγμάτων αφορούσε Covid περιστατικά ενώ 38,6% των ασθενών είχε πρόσφατη νοσηλεία σε υγειονομική δομή. Ο ζυμομύκητας απομονώθηκε στο αίμα, σε βρογχικές εκκρίσεις, σε άκρο κεντρικού καθετήρα, στα ούρα και στο δέρμα σε ποσοστά 30,7%, 14,7%, 13,3%, 5,3% και 36% αντίστοιχα. Τα στελέχη που απομονώθηκαν εμφάνισαν 100% αντοχή στη Φλουκοναζόλη, 25,3% στη Λιποσωμιακή Αμφοτερικίνη Β, 9,3% στις Εχινοκανδίνες. Είκοσι τρεις ασθενείς (30%) εμφάνισαν καντινταϊμία, το 90% των νοσούντων έλαβαν εχινοκανδίνη ως θεραπεία. Συγκρίνοντας τα δυο εξάμηνα του έτους, παρατηρήθηκε αύξηση στην απομόνωση στελεχών κατά 2,5 φορές το 2ο εξάμηνο, με αύξηση της φορείας *C. auris* νοσηλευόμενων ασθενών (10% vs 41,8%; p=0.005) χωρίς να σημειωθεί διαφορά στην αντοχή. Το 2ο εξάμηνο αν και παρατηρήθηκε αύξηση των περιστατικών εκτός ΜΕΘ, δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Η αύξηση των περιστατικών το δεύτερο εξάμηνο μπορεί να αποδοθεί στην αδυναμία πιστής εφαρμογής των μέτρων απολύμανσης-απομόνωσης λόγω της έλλειψης φυσικών και ανθρώπινων πόρων.

**Συμπεράσματα:** Το 2022 για πρώτη φορά στο νοσοκομείο μας απομονώθηκε *C. auris* και έκτοτε διαπιστώνεται αυξανόμενη συχνότητα διασποράς. Ο επίμονος αποικισμός ασθενών και ιατρικών επιφανειών από το μύκητα έχουν γίνει μια πρόκληση για τη θεραπεία και τον έλεγχο των λοιμώξεων.


## ΕΑ24.

**ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΥΠΕΡΗΧΗΣΗΣ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ**

Καμαριώτης Σ., Ξεπαπαδάκη Μ., Παπαϊωάννου Β., Τσιπλάκου Σ.

Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Κηφισιά

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι η διάγνωση των περιπροθετικών λοιμώξεων με τη χρήση της μεθόδου υπερήχησης ορθοπαδικών εμφυτευμάτων, που προκαλούνται από στελέχη *Staphylococcus aureus* καθώς και η μελέτη της αντοχής τους.



**Υλικό και Μέθοδοι:** Στη διάρκεια της τριετίας από 1/01/2019 έως και 31/12/2021 εξετάστηκαν 810 εμφυτεύματα από 627 ασθενείς. Τα υλικά που καλλιιεργήθηκαν ήταν 198 εμφυτεύματα ολικής αρθροπλαστικής ισχίου, 72 εμφυτεύματα γόνατος, 237 πλάκες και βίδες, 135 πολυαιθυλένια, 58 ήλοι, 45 μηριαία stem, 26 υλικά σπονδυλοδεσίας, 20 σύρματα, 12 τσιμέντα, 4 spacer και 3 ολικές ώμου. Τα εμφυτεύματα καλύφθηκαν με διάλυμα Ringer's Lactated και εφαορόστηκε η μέθοδος υπερήχησης σε ειδικό υδατόλουτρο με υπέρηχους χαμηλής συχνότητας 40 KHz για 1 λεπτό, ώστε να γίνει διάσπαση της βιομεμβράνης και απελευθέρωση των βακτηρίων. Το υγρό της υπερήχησης και οι περιπροθετικοί ιστοί καλλιιεργήθηκαν στα κατάλληλα θρεπτικά υλικά σε αερόβιες, μικροαερόφιλες και αναερόβιες συνθήκες. Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας των μικροοργανισμών έγιναν με το σύστημα Vitek 2 (Biomérieux, France).

**Αποτελέσματα:** Από την καλλιέργεια του υγρού υπερήχησης απομονώθηκαν παθογόνοι μικροοργανισμοί σε 194 δείγματα. *S. aureus* απομονώθηκε σε 62/194 δείγματα (31,9%). Τα δείγματα περιελάμβαναν 17 εμφυτεύματα ολικής αρθροπλαστικής ισχίου, 2 εμφυτεύματα γόνατος, 23 πλάκες και βίδες, 8 πολυαιθυλένια, 1 ήλος, 2 μηριαία stem, 5 υλικά σπονδυλοδεσίας, 2 σύρματα, 2 τσιμέντα. Από τον έλεγχο ευαισθησίας διαπιστώθηκε ότι 28 στελέχη ήταν ανθεκτικά στη μεθικιλίνη (MRSA), ποσοστό 45,2%. Τα στελέχη ήταν ευαίσθητα στη βανκομυκίνη, στη δαπτομυκίνη, στη λινεζολίδη και στην κεφταρολίνη. Αντοχή παρατηρήθηκε στην τεϊκοπλανίνη (4,8%) και στην τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη (8%). Πολυμικροβιακή λοίμωξη διαπιστώθηκε σε 15 δείγματα και εκτός του *S. aureus* απομονώθηκαν και *A. baumannii*, *E. coli*, *E. cloacae*, *K. pneumoniae*, *P. mirabilis*, *P. stuartii*, *P. aeruginosa*, *S. agalactiae*, *S. epidermidis*, *E. faecalis* και *C. albicans*.

**Συμπεράσματα:** Η καλλιέργεια του υγρού υπερήχησης αποτελεί μια από τις πλέον αξιόπιστες μεθόδους για τη διάγνωση των περιπροθετικών λοιμώξεων. *Staphylococcus aureus* απομονώθηκε στο 1/3 των θετικών δειγμάτων. Το ποσοστό των MRSA ήταν ιδιαίτερα υψηλό.

# Αναρτημένες Ανακοινώσεις



AA01.

## ΑΠΟ ΤΗ ΔΕΡΜΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΝΗΣ ΣΤΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΑΝΟΣΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ, ΓΙΑ ΕΓΚΑΙΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΔΟΥΣ ΜΗΝΙΓΓΟ-ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ

Μαυρίκη Ανδριάντα,<sup>1</sup> Σοφούλη Φλώρα,<sup>1</sup> Μανωλόπουλος Απόστολος,<sup>1</sup> Ζούκας Γεράσιμος,<sup>1</sup> Μαυροβούνη Ντέπυ,<sup>2</sup> Κίντος Βασίλης,<sup>1</sup> Λύκου Χριστίνα,<sup>1</sup> Σταμάτη Πολυξένη,<sup>1</sup> Κουτσοκέρα Μαρία,<sup>1</sup> Κατσούλας Γεώργιος,<sup>1</sup> Συμπάρδη Στυλιανή,<sup>2</sup> Ακουαβίβα Τερέζα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

<sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

**Εισαγωγή:** Η φυματίωση είναι η πιο θανατηφόρα λοιμώδης νόσος του 21<sup>ου</sup> αιώνα, μετά την Covid-19, με την πλειονότητα των νέων κρουσμάτων να αφορά στις αναπτυσσόμενες χώρες. Το *M. tuberculosis* προσβάλλει άτομα οποιασδήποτε ηλικίας, ωστόσο ασθενείς ανοσοκατασταλμένοι, αλκοολικοί, άτομα με κακοήθεια ή σακχαρώδη διαβήτη, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Οι περισσότεροι φέρουν ασυμπτωματικές λανθάνουσες λοιμώξεις, εκ των οποίων ένα μικρό ποσοστό υπό ειδικές συνθήκες, μπορεί να εξελιχθεί σε ενεργό νόσο.

**Σκοπός:** Περιγραφή σπάνιας εξωπνευμονικής εκδήλωσης της νόσου, της φυματιώδους μηνιγγο-εγκεφαλιτιδας, με ιδιαίτερες δυσκολίες στη τεκμηρίωση της διάγνωσης.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ασθενής, 70 ετών, με ατομικό ιστορικό δυσλιπιδαιμίας και αρτηριακής υπέρτασης υπό αγωγή, προσέρχεται λόγω αιφνίδιας έναρξης κεφαλαλγίας από 4ημέρου, καταβολής και γενικευμένης αδυναμίας με μέτριο πυρετό. Η νευρολογική εξέταση δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα, πλην τελικής αυχενικής δυσκαμψίας. Η άμεση αξονική τομογραφία του εγκεφάλου ήταν φυσιολογική. Από την οσφυονωτιαία παρακέντηση (ΟΝΠ) αναδείχθηκε λεμφοκυτταρική πλειοκυττάρωση (40 κύτταρα/mm<sup>3</sup>), υψηλό λεύκωμα (153 mg/dl) και χαμηλή αναλογία γλυκόζης εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ)/ορού (27 mg/dl ΕΝΥ προς 138 mg/dl στον ορό). Ο μοριακός έλεγχος του ΕΝΥ για παρουσία παθογόνων ήταν (δix) αρνητικός. Στις εργαστηριακές εξετάσεις αναδείχθηκε υπονατρίαμια στον ορό (Na=124 mmol/lit). Ο ασθενής ετέθη αρχικά σε εμπειρική ενδοφλέβια αγωγή με ακυκλοβίρη, κεφτριαξόνη, βανκομυκίνη και αμπικιλίνη. Λόγω συνεχιζόμενου εμπυρέτου και αιφνίδιας εγκατάστασης (εντός 7ημέρου) αριστερής ημιπληγίας με διαταραχή ομιλίας διενεργήθηκε επαναληπτική αξονική τομογραφία εγκεφάλου, που απεικόνισε εκτεταμένη ισχαιμική αλλοίωση δεξιά κροταφικά. Σε αντίθεση με τη δοκιμασία Mantoux που ήταν αρνητική, το Quantiferon-test ήταν θετικό. Με ισχυρή κλινική υποψία φυματίωσης ΚΝΣ, ετέθη σε τετραπλή αντιφυματική αγωγή και κορτικοειδή. Ο ασθενής επιδεινώθηκε περαιτέρω με προοδευτική έκπτωση του επιπέδου εγρήγορσης και επικοινωνίας, ετέθη σε μηχανική υποστήριξη αναπνοής, αλλά κατέληξε μετά 10ήμερο.

**Συμπεράσματα:** Η απόφαση για άμεση έναρξη της αντιφυματικής θεραπείας στον ασθενή μας, βασίστηκε στη σοβαρή κλινικο-απεικονιστική υποψία φυματίωσης πριν την εργαστηριακή επιβεβαίωση. Η έλλειψη προδιαθεσικών παραγόντων δεν καθυστέρησε την έναρξη θεραπείας. Η ερμηνεία του αποτελέσματος του Quantiferon, γνωρίζοντας ότι στερείται της δυνατότητας διάκρισης μεταξύ λανθάνουσας και ενεργού νόσου, συνδυάστηκε με τα λοιπά κλινικο-απεικονιστικά και εργαστηριακά ευρήματα. Αναδεικνύεται όμως το γεγονός, ότι οι δυσκολίες στη διάγνωση παρά την πρόοδο της ιατρικής τεχνολογίας, παράλληλα με την αύξηση της μετανάστευσης από χώρες με υψηλό φορτίο νόσου, αποτελούν λόγους που σε παγκόσμιο επίπεδο καταγράφεται επανάκαμψη της φυματίωσης, μετά από σχετική ύφεση της νόσου τα τελευταία έτη.



## ΑΑ02.

### ΣΧΕΣΗ ΦΥΛΟΥ, ΗΛΙΚΙΑΣ, ΒΜΙ, ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ LONG COVID-19

Δράκου Γεώργιος,<sup>1</sup> Ταβιανάτου Αναστασία-Γερασιμούλα<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ιδιώτης Πνευμονολόγος, Ιατρικό Κέντρο «Ο Απόστολος Λουκάς», Λευκωσία, Κύπρος

<sup>2</sup>Βιολόγος, διδάκτωρ Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα, Ελλάδα

**Εισαγωγή:** Σύμφωνα με το κέντρο ελέγχου και πρόληψης νοσημάτων των Η.Π.Α ο όρος «σύνδρομο Long- Covid» περιλαμβάνει τα συμπτώματα, τα σημεία αλλά και τις επιπλοκές (όψιμες ή μακροχρόνιες) που εμμένουν ή εμφανίζονται 4 εβδομάδες μετά τη λοίμωξη με SARS-COV-2. Τελευταία ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε τον ακριβή κλινικό ορισμό της «μακροχρόνιας Covid-19». «Η κατάσταση μετά την Covid-19 που εμφανίζεται σε άτομα με ιστορικό πιθανής ή επιβεβαιωμένης λοίμωξης SARS-CoV-2, συνήθως 3 μήνες από την εμφάνιση της Covid-19 με συμπτώματα που διαρκούν τουλάχιστον 2 μήνες και δεν μπορούν να εξηγηθούν με εναλλακτική διάγνωση».

**Σκοπός:** Η ανάδειξη της σχέσης φύλου, ηλικίας, ΒΜΙ, καπνίσματος, πνευμονικής λειτουργίας με το σύνδρομο Long Covid-19 με βάση τον ορισμό του κέντρου ελέγχου και πρόληψης νοσημάτων των Η.Π.Α. και των ορισμό του Π.Ο.Υ.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 893 ασθενείς με διαγνωσμένη εργαστηριακή λοίμωξης SARS-COV-2 (Ιούλιος 2021 - Ιούλιος 2022). Αξιολογήθηκαν 542 (60,6%) ασθενείς. Οι υπόλοιποι δεν προσήλθαν για επανεξέταση. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε δύο ομάδες σύμφωνα με τη διάρκεια συμπτωμάτων: σε 1-3 μήνες 219 ασθενείς (40,4%) και >3 μήνες 85 ασθενείς (15,6%). Αξιολογήθηκε η σχέση αυτών ως προς το φύλο, την ηλικία, το ΒΜΙ, το κάπνισμα και την πνευμονική λειτουργία με το σύνδρομο Long Covid-19.

**Αποτελέσματα:** Με βάση τον ορισμό του ΠΟΥ 15,6% των ασθενών που μελετήθηκαν παρουσίασαν συμπτώματα Long Covid-19. Με κριτήριο τη διάρκεια των συμπτωμάτων 1-3 μήνες το ποσοστό ήταν 40,4%. Αυτό αναδεικνύει ότι πολλά συμπτώματα υποχωρούν κατά την διάρκεια των 2-3 μηνών. Τα κυριότερα συμπτώματα ήταν: κόπωση (54,9%), δύσπνοια (48,6%), βήχας (47,6%), απώλεια όσφρησης και γεύσης (36,8%). Στις δύο ομάδες που μελετήθηκαν παρατηρήθηκε υπεροχή του γυναικείου φύλου έναντι του ανδρικού με μέσο όρο ηλικίας τα 44,1 έτη των γυναικών έναντι των 43,4 ετών των ανδρών. Ως προς το ΒΜΙ αξιολογήθηκαν 303 ασθενείς, οι 126 (41,5%) είχαν αυξημένο ΒΜΙ. Ως προς το κάπνισμα αξιολογήθηκαν 304 ασθενείς. Κάπνιζαν 82 (26,9%) ασθενείς, εκ των οποίων 42 (37,5%) άνδρες και 40 (20,8%) γυναίκες. Στις παραπάνω μελέτες και στις δύο ομάδες παρατηρείται υπεροχή των ανδρών έναντι των γυναικών. Ως προς την πνευμονική λειτουργία (σπιρομέτρηση), αξιολογήθηκαν 219 (72%) ασθενείς. Στις δύο ομάδες παρατηρείται διαταραχή αερισμού περιοριστικού τύπου με υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών.

**Συμπεράσματα :** Από την παρούσα μελέτη παρατήρησης, αναδεικνύεται ότι πολλά συμπτώματα υποχωρούν κατά τη διάρκεια των 2-3 μηνών. Φαίνεται ότι υπάρχει σχέση μεταξύ Long Covid -19 με τους ανωτέρω παράγοντες. Λόγω του μικρού αριθμού δείγματος χρειάζονται περισσότεροι ασθενείς και περισσότερος χρόνος παρακολούθησης για την εξαγωγή πιο ασφαλών συμπερασμάτων.



## AA03.

**ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΛΑΓΟΝΟΥΦΟΪΤΗ, ΘΥΡΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΑΠΙΟΕΙΔΟΥΣ ΜΥΟΣ ΑΠΟ *BLASTOSCHIZOMYCES CAPITATUS* ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΧΩΡΙΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΑ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΜΥΕΛΟΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΟΥ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ**

Γιαννούλης Γεώργιος, Ζάχου Καλλιόπη, Γεωργιάδου Σάρα, Γκαμπέτα Στέλλα, Νταλέκος Γεώργιος Ν. Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του ήπατος, Πλήρες Μέλος του Δικτύου ERN-RARELIVER, Π.Γ.Ν. Λάρισας

**Εισαγωγή:** Ο μύκητας *Blastoschizomyces capitatus* αποτελεί σπάνιο παθογόνο για τον άνθρωπο, ωστόσο σε περιπτώσεις όπως αυτές των ανοσοκατασταλμένων και ουδετεροπενικών ασθενών, σχετίζεται με διηθητικές λοιμώξεις, εμφανίζοντας εξαιρετικά υψηλά ποσοστά θνητότητας και μπορεί να παρουσιάζει πολυσυστηματικές εκδηλώσεις με προσβολή του αναπνευστικού, του γαστρεντερικού συστήματος και σπανιότερα του μυοσκελετικού συστήματος.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας αυτής αποτελεί η παρουσίαση ενός μη ουδετεροπενικού ασθενούς που νοσηλεύτηκε λόγω πυομυοσίτιδας και πολλαπλών αποστημάτων από *Blastoschizomyces capitatus* και στα πλαίσια διερεύνησης υποκείμενων νοσημάτων, τεκμηριώθηκε μυελοϋπερπλαστικό νεόπλασμα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ασθενής 75 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη και κολπικής μαρμαρυγής, εισήχθη στην Παθολογική Κλινική, λόγω πυρετού από δεκαήμερου, με συνοδό άλγος στη ράχη. Από τον εργαστηριακό έλεγχο κατά την εισαγωγή του, διαπιστώθηκε λευχαιμοειδής αντίδραση (WBC: 47000/m<sup>3</sup>, Neutrophils: 39900/m<sup>3</sup>) και αύξηση των δεικτών φλεγμονής (CRP: 11,6 mg/dl, ESR: 110 mm/h). Λόγω των ανωτέρω ευρημάτων, πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία κοιλίας με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό από την οποία διαπιστώθηκαν αποστήματα στον αριστερό λαγονοψοΐτη, θυροειδή και απιοειδή μυ. Βάσει των ανωτέρω ευρημάτων χορηγήθηκε ευρέως φάσματος αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και τεικοπλανίνη, η οποία στην συνέχεια κλιμακώθηκε σε μεροπενέμη. Πραγματοποιήθηκε παροχέτευση του αποστήματος, υπό κατεύθυνση αξονικού τομογράφου και από την καλλιέργεια πύου απομονώθηκε *Blastoschizomyces capitatus*. Η απομόνωση του εν λόγω ευκαιριακού παθογόνου, έθεσε την υπόνοια υποκείμενης ανοσοκαταστολής.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής υποβλήθηκε σε οστεομυελική βιοψία από την οποία τεκμηριώθηκε μυελοϋπερπλαστικό νεόπλασμα, ενώ από τον μοριακό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε, ανιχνεύτηκε το μετάγραφο b3a2 (p210) για το γονίδιο bcr-abl. Συνεπώς επρόκειτο για ασθενή με διηθητική λοίμωξη από *Blastoschizomyces capitatus* και υποκείμενη ανοσοκαταστολή λόγω του αιματολογικού νεοπλασματος. Ο ασθενής τέθηκε αρχικά σε αγωγή με φλουκοναζόλη και στη συνέχεια σε λιποσωματική αμφοτερικίνη, ωστόσο απεβίωσε λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας.

**Συμπεράσματα:** Οι λοιμώξεις από ευκαιριακά παθογόνα απαιτούν ιδιαίτερους χειρισμούς και είναι αναγκαία πάντοτε η προσεκτική μελέτη των κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων για την διερεύνηση πιθανής υποκείμενης ανοσοκαταστολής, με στόχο τη βέλτιστη δυνατή αντιμετώπιση.

## AA04.

**ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΜΑ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

Μπακαούκας Ισίδωρος, Μυλωνά Ελένη, Λουρίδα Παναγιώτα, Τότσικας Χαρίσης, Παπασταμόπουλος Βασίλειος Ε' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή δύο περιπτώσεων ασπεργίλλωματος σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς. Το ασπεργίλλωμα ανήκει στο φάσμα της χρόνιας πνευμονικής ασπεργίλλωσης

(CPA). Η αλληλοεπικάλυψη των διαφόρων μορφών CPA οδηγεί συχνά σε δυσκολία στη διαφορική διάγνωση και στην τελική θεραπευτική απόφαση.

**Παρουσίαση Περιπτώσεων:** 1<sup>η</sup> Περίπτωση: Άνδρας αγρότης 48 ετών, καπνιστής, με ελεύθερο ιστορικό, υποβάλλεται σε απεικονιστικό έλεγχο λόγω αναιμίας, κακουχίας και απώλειας βάρους. Η αξονική θώρακος ανέδειξε εικόνα κεντρολοβιαδικού εμφυσήματος και οζώδη αλλοίωση σε επαφή με τον υπεζωκότα διαστάσεων 3Χ2,8 εκατοστών. Ο έλεγχος αντιγόνου (γαλακτομαννάνη-GM) και αντισωμάτων *Aspergillus* στον ορό ήταν θετικός, όπως και η GM στο βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα (BAL). Καλλιέργεια εκπλύματος δεν εστάλη. Η παρουσία γαλακτομαννάνης σε ορό και έκπλυμα αποτελεί δείκτη ιστικής ή/και αγγειακής διήθησης από τον *Aspergillus* και προβληματίζει αφενός ως προς τη διάγνωση του ασπεργιλώματος, δεδομένων και των συμπτωμάτων κακουχίας του ασθενούς, αφετέρου ως προς το αν χρήζει αντιμυκητιακής αγωγής πριν ή/και μετά τη χειρουργική του εξαίρεση. Στον ασθενή πραγματοποιήθηκε θωρακοχειρουργική αφαίρεση του όζου και δόθηκε προεγχειρητικά μία δόση βορικοναζόλης για την κάλυψη περίπτωσης διεγχειρητικής ρήξης και διασποράς του μυκητώματος στον υπεζωκότα, η οποία δεν συνέβη. Η βιοψία διέγνωσε ασπεργίλλωμα. Δεν δόθηκε επιπλέον θεραπεία και ο ασθενής τέθηκε σε τακτική παρακολούθηση.

2<sup>η</sup> Περίπτωση: Άνδρας 70 ετών με ελεύθερο ιστορικό, παρακολουθείται ακτινολογικά λόγω ανεύρεσης από έτους όζου 1 εκατοστού στον δεξιό άνω λοβό του πνεύμονα και διαπιστώνεται νέος όζος 1,2 εκατοστών, με  $SUV_{max} = 4.7$  σε PET-CT. Διενεργείται σφηνοειδής εκτομή, με την υποψία της νεοεξεργασίας και τελικά οι βιοψίες ανέδειξαν αμάρτωμα (σταθερός όζος 1 εκ.) και ασπεργίλλωμα (νέος όζος μεταβολικά ενεργός), ενώ σε ιστολογική τομή αναγνωρίζεται παρουσία μυκήτων σε αγγειακή δομή. Ακολουθεί έλεγχος με βρογχοσκόπηση, γαλακτομαννάνη (GM) ορού και βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος (BAL) που ήταν αρνητικός και τελικά, 3 μήνες μετά την χειρουργική εξαίρεση, ο ασθενής παραπέμπεται στο Ιατρείο Λοιμώξεων με το ερώτημα της αντιμυκητιασικής θεραπείας. Με δεδομένη την απόλυτα ασυμπτωματική του πορεία και τον αρνητικό μετεγχειρητικό έλεγχο, παρά την ενδεικτική πιθανής διεισδυτικής ασπεργίλλωσης βιοψία, συνεστήθη τακτική παρακολούθηση με ορολογικό και απεικονιστικό έλεγχο.

**Συμπεράσματα:** Είναι σημαντική η διαφοροδιάγνωση του ασπεργιλώματος από πιθανές νεοεξεργασίες αφού αποτελεί συνήθως μια τυχαία ανευρισκόμενη οζόμορφη πνευμονική βλάβη. Η διαχείριση, το πλάνο θεραπείας και η παρακολούθηση ανοσοεπαρκών ασθενών με ασπεργίλλωμα εξατομικεύεται με βάση τα κλινικά, εργαστηριακά, ιστολογικά και απεικονιστικά δεδομένα καθώς αποτελούν σπάνια περιστατικά, υπάρχει αλληλοεπικάλυψη με πιο διεισδυτικές μορφές CPA, και δεν υπάρχουν επαρκή βιβλιογραφικά δεδομένα ή σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες ως προς την αντιμετώπιση τους.

## AA05.

### ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΕΜΕΣΟΥ

Αριστοδήμου Άριστος,<sup>1</sup> Ιωάννου Μαρία,<sup>2</sup> Λεωνίδου Έλενα,<sup>2</sup> Τρύφωνος Ανδρέας<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα COVID-19, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, ΟΚΥΠΥ

<sup>2</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, ΟΚΥΠΥ

**Σκοπός:** Στην παρούσα εργασία περιγράφονται τα περιστατικά λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας που νοσηλεύτηκαν στην καρδιολογική κλινική ενός δευτεροβάθμιου νοσοκομείου της Κύπρου, σε διάστημα πέντε μηνών (Αύγουστος 2022 – Δεκέμβριος 2022).

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε συλλογή δεδομένων από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην καρδιολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, από την 1<sup>η</sup> Αυγούστου 2022 έως και την 31<sup>η</sup> Δεκεμβρίου 2022, με τελική διάγνωση λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Για τη διάγνωση της νόσου χρησιμοποιήθηκαν τα αναθεωρημένα κριτήρια κατά Dukes. Για την απομόνωση των μικροοργανισμών που ενοχοποιήθηκαν για την πρόκληση της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας

πραγματοποιήθηκε λήψη τουλάχιστον δύο ζευγών αιμοκαλλιεργιών, τηρώντας τα ενδεδειγμένα μέτρα αντισηψίας, σε διάστημα μεγαλύτερο των δώδεκα ωρών. Η τελική διάγνωση στην παρούσα μελέτη τεκμηριώθηκε σε όλους τους ασθενείς με τη διενέργεια διοισοφάγειου υπερηχογραφήματος.

**Αποτελέσματα:** Κατά τη διάρκεια της μελέτης νοσηλεύτηκαν στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού επτά περιστατικά λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας (Πίνακας 1). Από αυτά, τα πέντε αφορούσαν λοίμωξη σε άρρενες και τα δύο λοίμωξη σε θήλεα. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 71 έτη. Δύο εκ των επτά περιστατικών, είχαν υποβληθεί σε πρόσφατη οδοντιατρική παρέμβαση και δύο σε πρόσφατη επέμβαση για δημιουργία αγγειακής προσπέλασης για αιμοκάθαρση. Τα δύο περιστατικά, αφορούσαν προσβολή προσθετικής βαλβίδας (βιοπροσθετικής αορτικής και μεταλλικής μιτροειδούς), ενώ ένα περιστατικό σχετίστηκε με λοίμωξη μαλακών μορίων κάτω άκρου. Από τους μικροοργανισμούς που απομονώθηκαν οι έξι, αφορούσαν gram θετικούς κόκκους, ενώ μόνο σε ένα ασθενή απομονώθηκε gram αρνητικός μικροοργανισμός. Όλοι οι ασθενείς, έλαβαν την ενδεδειγμένη αντιβιοτική αγωγή και η τελική έκβαση ήταν ίαση για όλους τους ασθενείς.

**Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τα δεδομένα που τηρούνται στο μικροβιολογικό εργαστήριο του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, ο αριθμός των 7 ενδοκαρδίτιδων είναι αυξημένος, συγκριτικά με το παρελθόν. Μέγιστη σημασία πρέπει να δίνεται στη σωστή εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών για την προφυλακτική χορήγηση αντιβίωσης για πρόληψη της ενδοκαρδίτιδας στις περιπτώσεις όπου ενδείκνυται. Επίσης, ιδιαίτερα σημαντική είναι η αυστηρή εφαρμογή των ενδεδειγμένων μέτρων ασηψίας κατά τη διενέργεια ιατρικών παρεμβάσεων.

**Πίνακας 1: Ασθενείς με διάγνωση λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας**

	1	2	3	4	5	6	7
<b>Ημερομηνία διάγνωσης</b>	23/08/2022	06/09/2022	13/09/2022	29/09/2022	13/10/2022	14/11/2022	17/12/2022
<b>Φύλο</b>	Θ	A	A	A	A	Θ	A
<b>Ηλικία</b>	83	65	44	77	73	83	69
<b>Προδιαθεσικοί παράγοντες- Παράγοντες κινδύνου</b>	TAVI (βιοπροσθετική)	Ερυσίπελας δεξιού κάτω άκρου	Πρόσφατη οδοντιατρική παρέμβαση	MVR (μεταλλική)	Πρόσφατη διενέργεια αγγειακής προσπέλασης για αιμοκάθαρση	Πρόσφατη διενέργεια αγγειακής προσπέλασης για αιμοκάθαρση	Ατελώς θεραπευθείσα ενδοκαρδίτιδα και πρόσφατη οδοντιατρική παρέμβαση
<b>Βαλβίδα</b>	Προσθετική αορτική βαλβίδα	Μιτροειδής βαλβίδα	Μιτροειδής βαλβίδα	Μεταλλική μιτροειδής βαλβίδα	Αορτική βαλβίδα	Μιτροειδής βαλβίδα	Μιτροειδής βαλβίδα
<b>Μικροοργανισμός</b>	<i>Enterococcus faecalis</i>	<i>Streptococcus pyogenes</i>	<i>Streptococcus gordonii</i>	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	<i>Escherichia coli</i>	<i>Enterococcus faecium</i>	<i>Streptococcus viridans</i>
<b>Επιπλοκές</b>	-	-	-	-	-	-	Σπονδυλοδίσκίτιδα-Εμφρακτα σπληνός
<b>Αγωγή</b>	Αμικιλίνη/Γενταμικίνη	Πενικιλίνη G	Κεφτριαξόνη/Γενταμικίνη	Κλοξακιλλίνη/Γενταμικίνη	Κεφτριαξόνη/Γενταμικίνη	Αμικιλίνη/Γενταμικίνη	Πενικιλίνη G (IV) Αμοξικιλίνη (POS)
<b>Διάρκεια αγωγής</b>	6 εβδομάδες	6 εβδομάδες	4 εβδομάδες	6 εβδομάδες	6 εβδομάδες	6 εβδομάδες	4 εβδομάδες IV + 2 εβδομάδες POS
<b>Έκβαση</b>	Ίαση	Ίαση	Ίαση	Ίαση	Ίαση	Ίαση	Ίαση

A: άρρεν, Θ: θήλυ, TAVI: transcatheter aortic valve implantation, MVR: mitral valve replacement

## ΑΑ06.

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ *VIBRIO CHOLERAЕ* ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ MULTIPLEX PCR

Αυγούστου Έλενα,<sup>1</sup> Μαριόλης Ηλίας,<sup>1</sup> Ξανθάκη Άννα,<sup>2</sup> Πηρουνάκη Μαρία,<sup>1</sup> Μάνη Ηλιάννα,<sup>1</sup> Αλεξοπούλου Αλεξάνδρα,<sup>1</sup> Μανδηλαρά Γεωργία,<sup>3</sup> Τσιρίγγα Αθανασία,<sup>2</sup> Βασιλόπουλος Δημήτριος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

<sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

<sup>3</sup>Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Σαλμονελλών-Σιγκελλών

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της διαχείρισης και αντιμετώπισης ασθενούς 51 ετών, με πρόσφατο ταξίδι στο Μπαγκλαντές, που προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω πολλαπλών διαρροϊκών κενώσεων.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ασθενής 51 ετών με καταγωγή από το Μπαγκλαντές, που διαμένει στη Αθήνα την τελευταία διετία προσήλθε στο ΤΕΠ με πολλαπλά επεισόδια διαρροϊκών κενώσεων από 36ώρου. Αναφέρει πρόσφατη επίσκεψη στην χώρα καταγωγής του, όπου παρέμεινε για 1 μήνα. Τα συμπτώματα ξεκίνησαν κατά τη διάρκεια της πτήσης από το Μπαγκλαντές στην Ελλάδα. Ο ασθενής είχε όψη πάσχοντος, ήταν αιμοδυναμικά ασταθής με υπόταση (ΑΠ: 75/45 mmHg) και ταχυκαρδία (125/λεπτό). Διαπιστώθηκαν διαρροϊκές κενώσεις (Τύπος 7 κατά την κλίμακα Bristol). Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε οξεία νεφρική βλάβη με τιμή κρεατινίνης ορού 1,5 mg/dl. Στα αέρια αίματος αναδείχθηκε βαριά μεταβολική οξέωση με PH 7.15, χαμηλή τιμή διττανθρακικών (HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 7 mmol/L) με φυσιολογικό χάσμα ανιόντων. Ο ασθενής τέθηκε άμεσα σε εντατική ενυδάτωση με διαλύματα Ringer's-Lactate. Ελήφθησαν δείγματα κοπράνων για μικροσκοπική εξέταση, καλλιέργεια και Multiplex pcr (Biofire FilmArray GI Panel). Ο ασθενής τέθηκε άμεσα σε απομόνωση.

**Αποτελέσματα:** Μετά από 2 ώρες ο μοριακός έλεγχος ήταν θετικός για *Vibrio cholerae*. Χορηγήθηκαν άμεσα και εφάπαξ 300 mg δοξυκυκλίνης και 1 g αζιθρομυκίνης. Ακολούθησε δήλωση του περιστατικού στο σύστημα επιτήρησης του ΕΟΔΥΥ. Τις επόμενες ημέρες ο μικροοργανισμός καλλιεργήθηκε στο εκλεκτικό υλικό (Thiosulfate-Citrate-Bile-Sucrose Agar) και ήταν ευαίσθητος σε ciprofloxacin, erythromycin, tetracyclines. Το στέλεχος εστάλη στο εργαστήριο αναφοράς όπου επιβεβαιώθηκε *Vibrio cholerae*, serogroup O1, serotype Ogawa. Ο ασθενής συνέχισε να χρειάζεται εντατική ενυδάτωση για δύο 24ωρα και κατόπιν σημειώθηκε ύφεση των διαρροϊκών κενώσεων, σταδιακή αποκατάσταση του ελλείμματος υγρών και της οξεοβασικής ισορροπίας. Παρέμεινε νοσηλευόμενος για 7 ημέρες μετά την αποδρομή των διαρροϊών και όλες οι επαναληπτικές καλλιέργειες κοπράνων ήταν αρνητικές.

**Συμπεράσματα:** Χάρη στις σύγχρονες μοριακές μεθόδους η διάγνωση λοιμωδών νοσημάτων επιτυγχάνεται σε διάστημα μόλις λίγων ωρών, επιτρέποντας την ταχύτερη χορήγηση στοχευμένης αντιβιοτικής αγωγής και τον περιορισμό της μετάδοσης της λοίμωξης.

## ΑΑ07.

### BCGΙΤΙΔΑ: ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΚΥΣΤΙΚΗ ΕΓΧΥΣΗ ΕΜΒΟΛΙΟΥ BACILLE CALMETTE-GUERIN (BCG)

Μίχα Παναγιώτα, Αγγελάρα Μαρία, Γαρμπή Άννα, Μπουντζώνα Ιωάννα, Κληρονόμου Ειρήνη, Ντζιώρα Φωτεινή

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Σκοπός:** Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι η δεύτερη συχνότερη νεοπλασία του ουροποιητικού συστήματος. Περιλαμβάνει τον επιφανειακό καρκίνο (75%), το διηθητικό καρκίνο (20%), και τη μεταστατική νόσο (5%). Η ενδοκυστική ανοσοθεραπεία με ζώντα εξασθενημένα στελέχη *Mycobacterium bovis* (Bacillus Calmette-Guérin, BCG) προτάθηκε για πρώτη φορά από τον Alvaro Morales το 1976, ο

οποίος ανέφερε σημαντική ελάττωση των υποτροπών των όγκων της κύστης σε 9 ασθενείς. Οι ενδοκυστικές εγχύσεις BCG αποτελούν ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο θεραπευτικό σχήμα για την αντιμετώπιση του επιφανειακού καρκίνου της ουροδόχου κύστης μετά από διουρηθρική αφαίρεσή του, καθώς και για την πρόληψη των υποτροπών της νόσου, έχουν όμως σχετιστεί με επιπλοκές. Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς που ανέπτυξε φλεγμονή στην ουροδόχο κύστη μετά από διουρηθρική χορήγηση BCG (BCGίτιδα).

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ασθενής 85 ετών με ιστορικό λεμφώματος (πλέον ελεύθερος νόσου), αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας και διουρηθρικής προστατεκτομής προ 10ετίας προσήλθε λόγω εμπυρέτου έως 39°C με ρίγος από τριήμερο και δυσουρικών νοηλημάτων. Πρόκειται για ασθενή με T1 θηλώδες ουροθηλιακό. καρκίνο ουροδόχου κύστεως, διαγνωσθέν προ 6μήνου, υπό ανοσοθεραπεία με διουρηθρικές εγχύσεις BCG (1<sup>η</sup> έγχυση 15 ημέρες προ της εισαγωγής του).

**Αποτελέσματα:** Ο κλινικοεγαστηριακός έλεγχος έδειξε επηρεασμένη ηπατική και νεφρική λειτουργία και αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν αρνητικές ενώ η γενική ούρων είχε αυξημένα πυοσφαίρια (άσηπτη πυουρία). Το υπερηχογράφημα νεφρών-ουρητήρων-κύστης έδειξε αυξημένη ηχογένεια του παρεγχύματος χωρίς παρουσία λίθων ή πυελοκαλυκτικές διατάσεις. Ο ασθενής έλαβε ενδοφλέβια ενυδάτωση και εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή εν αναμονή λοιπών αποτελεσμάτων. Λαμβάνοντας υπόψη το ιστορικό της πρόσφατης ενδοκυστικής έγχυσης BCG εστάλη δείγμα ούρων για εξέταση με χρώση Ziehl Neelsen, καλλιέργεια β-Koch και PCR-TB. Η PCR-TB ούρων ήταν θετική για την παρουσία μυκοβακτηριδίου. Ο ασθενής έλαβε αντιφυματική αγωγή με εθαμβουτόλη, ριφαμπικίνη, ισονιαζίδη και λεβοφλοξασίνη με προοδευτική κλινική και εργαστηριακή βελτίωση. Συνεχίζει την παρακολούθησή του στο Εξωτερικό Ιατρείο Λοιμώξεων του Νοσοκομείου μας, πλέον υπό ριφαμπικίνη και ισονιαζίδη.

**Συμπεράσματα:** Η διουρηθρική χορήγηση BCG προκαλεί μια σύνθετη τοπική ανοσολογική αντίδραση, στην οποία εμπλέκονται τόσο η κυτταρική όσο και η χυμική ανοσία. Οι ενδοκυστικές εγχύσεις BCG δεν είναι άμοιρες επιπλοκών, μεταξύ των οποίων τοπικές, όπως χημική κυστίτιδα (90%) και αιματουρία (43%), και συστηματικές, όπως χαμηλός πυρετός (30%), κακουχία (24%) και ναυτία (8%). Η BCGίτιδα αποτελεί μια σοβαρή επιπλοκή, ενώ παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή της είναι ο τραυματισμός και η αιματουρία κατά τον καθετηριασμό, η ουρολοιμώξη, η ανοσοκαταστολή και η ηλικία >70 ετών.

## AA08.

### ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ ΚΑΙ ΕΜΠΥΗΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ *PASTEURELLA MULTOCIDA*

Ζεκολάρι Κριστιάνα,<sup>1</sup> Ζώτου Μαρία,<sup>1</sup> Κοσμάς Νικόλαος,<sup>1</sup> Τσιβεριώτης Κωνσταντίνος,<sup>2</sup> Χίνη Μαρία<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γ' Παθολογικό Τμήμα-Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.

<sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.

**Εισαγωγή:** Η *Pasteurella multocida* είναι Gram αρνητικός κοκκοβάκιλλος και αποτελεί μέλος της φυσιολογικής χλωρίδας διαφόρων ζώων με συνηθέστερα τη γάτα και το σκύλο. Ο άνθρωπος μπορεί να μολυνθεί ερχόμενος σε επαφή με αποικισμένα ζώα. Η λοίμωξη από *Pasteurella* περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων με συχνότερη εντόπιση τα μαλακά μόρια και δευτερευόντως το αναπνευστικό, ενώ ιδιαίτερο κίνδυνο διατρέχουν οι ανοσοκατεσταλμένοι. Παρουσιάζουμε ενδιαφέρουσα περίπτωση σηπτικής καταπληξίας και εμπύηματος πνεύμονα σε ανοσοεπαρκή ασθενή με βακτηριαμία από *Pasteurella multocida*.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Γυναίκα 73 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και πρόσφατη, προ μηνός, νοσηλεία για ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, κοιλική μαρμαρυγή, πνευμονική εμβολή και λοίμωξη COVID-19, διακομίστηκε στο ΤΕΠ του Ν.Ε.Ε.Σ επειδή ανευρέθηκε στο πάτωμα



της οικίας της χωρίς απώλεια συνείδησης. Η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά ασταθής, απύρετη, με ήπια υποξαιμία και μετρίως προσανατολισμένη σε τόπο, χώρο και χρόνο. Από την ακρόαση των πνευμόνων διαπιστώθηκε σιγή στο αριστερό ημιθωράκιο, άρρυθμοι και ταχείς καρδιακοί ήχοι χωρίς φυσητάματα, δεν ανευρέθη εστιακή νευρολογική σημειολογία ενώ από τη λοιπή κλινική εξέταση δεν προέκυψε κάποιο αξιολογικό παθολογικό εύρημα πλην αμυχών στα κάτω άκρα χωρίς εικόνα λοίμωξης μαλακών μοριών. Απεικονιστικά, ανεδείχθη εγκυστωμένη πλευριτική συλλογή στο αριστερό ημιθωράκιο χωρίς ενεργό παρεγχυματική νόσο. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθησαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (WBC: 26600 c/μl, CRP: 217 mg/l). Η ασθενής ετέθη εμπειρικά σε πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη, βανκομυκίνη και αμικασίνη IV με επακόλουθη κλινική και εργαστηριακή βελτίωση. Την 4<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας, στις καλλιέργειες αίματος εισόδου αναπτύχθηκε *Pasteurella multocida* και η αγωγή τροποποιήθηκε σε κεφτριαξόνη και μετρονιδαζόλη IV. Όπως είχαν αναφέρει οι οικείοι, η ασθενής ζούσε μόνη και στο σπίτι υπήρχαν πολλές γάτες. Από την παρακέντηση της πλευριτικής συλλογής ανεδείχθησαν: WBC 4000/κκχ με πολυμορφοπύρνα 80%, pH 8.5, LDH 3868 IU/L, γλυκόζη 7 mg/dl, Gram χρώση αρνητική και καλλιέργεια στείρα. Επιπλέον, διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση η οποία ήταν αρνητική και οι επαναληπτικές καλλιέργειες αίματος ήταν στείρες. Προγραμματίστηκε ηχωκαρδιογράφημα το οποίο όμως δεν κατέστη εφικτό λόγω τεχνικών δυσκολιών. Την 14<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας, η ασθενής, όντας απύρετη, αιμοδυναμικά σταθερή και με πτώση των δεικτών φλεγμονής (WBC: 6.600 c/μl, CRP: 16 mg/l), μεταφέρθηκε στο Θωρακοχειρουργικό Τμήμα για περαιτέρω αντιμετώπιση του εμπυήματος. Διενεργήθηκε αποφλοιώση πνεύμονος αλλά η ασθενής κατέληξε λίγες ώρες μετά την επέμβαση.

**Συμπεράσματα:** Η λοίμωξη από *Pasteurella multocida* μπορεί να έχει ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων, από ήπια κυτταρίτιδα έως σηπτική καταπληξία με προσβολή οποιουδήποτε οργάνου, ακόμη και χωρίς εμφανή ανοσοκαταστολή. Απαιτείται ευαισθητοποίηση του κοινού και των ιατρών για τους κινδύνους που εγκυμονεί η επαφή με αποικισμένα ζώα αλλά και για την ποικιλία των κλινικών συνδρόμων που οφείλονται στον μικροοργανισμό.

## AA09.

### ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΝΔΗΜΙΚΟΥ ΤΥΦΟΥ ΣΕ ΚΛΕΙΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ. ΜΙΑ ΟΧΙ ΚΑΙ ΤΟΣΟ ΞΕΧΑΣΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Χατζηγιαννάκη Μ.,<sup>1</sup> Κυριακώδης Ι.,<sup>1</sup> Μιχαηλίδης Μ.,<sup>1</sup> Μιχαηλίδη Ε.,<sup>1</sup> Πιτσικούλη Α.,<sup>2</sup> Χοχλάκης Δ.,<sup>3</sup> Περβανίδου Δ.,<sup>4</sup> Ζώρζου Μ.Π.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χίου «Σκυλίτσειο»

<sup>2</sup>Επιτροπή Λοιμώξεων, Γ.Ν. Χίου « Σκυλίτσειο»

<sup>3</sup>Εργαστήριο Ζωνόσων, ΠΕΔΥ Κρήτης

<sup>4</sup>Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης ΕΟΔΥ, Γραφείο Νοσημάτων που μεταδίδονται με διαβιβαστές

**Σκοπός:** Η *Rickettsia Typhi* είναι η βασική αιτία του ενδημικού τύφου, μιας ζωνόσου που μεταδίδεται με τους ψύλλους και σχετίζεται κυρίως με τρωκτικά. Θεωρείται πλέον σπάνια ασθένεια, με πολύ λίγες εξάρσεις διαπιστωμένες την τελευταία 20ετία στην Ευρώπη, κυρίως λόγω του περιορισμού ξενιστή και φορέα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Από τον Απρίλιο του 2020 μέχρι τον Ιανουάριο 2023 στάλθηκε ορολογικός έλεγχος, για *R. Typhi* από 59 ασθενείς με συμβατή κλινική εικόνα, στο Εργαστήριο Αναφοράς Ρικετσιώσεων. Δείγματα με IgM  $\geq 1/200$  και IgG  $\geq 1/480$  θεωρούνται θετικά για οξεία ή σε εξέλιξη λοίμωξη από *R. Typhi*.

**Αποτελέσματα:** Τριάντα τρία περιστατικά ενδημικού τύφου διαγνώστηκαν στα παραπάνω δείγματα. Δεκαεννέα από τους ασθενείς διέμεναν ή εργάζονταν σε προσφυγικό καταυλισμό, ενώ οι υπόλοιποι 14 διέμεναν σε αγροτική ή ημιαστική περιοχή. Οι ασθενείς, ηλικίας 16-82 ετών, νοσηλεύτηκαν όλοι εκτός από έναν. Οι πιο συνηθισμένες εκδηλώσεις της νόσου ήταν πυρετός (n=33; 100%), καταβολή (n=31; 93%), κεφαλαλγία (n=16; 48%), αρθραλγίες (n=11; 33%), εξάνθημα (n=6; 18%), συμπτώματα από

γαστρεντερικό (n=11; 33%), βήχας (n=3; 9%). Ένας εμφάνισε ηπατίτιδα, 2 πνευμονία, 1 περικαρδίτιδα, 1 οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Όλοι οι ασθενείς ανταποκρίθηκαν στην δοξυκυκλίνη σε 72 ώρες.

**Συμπεράσματα:** Οι αρουραίοι, βασικοί ξενιστές της *R. typhi* είναι πολυπληθείς στην αγροτική περιοχή του νησιού. Πριν το 2020, σποραδικές περιπτώσεις ζωνόσων που μεταδίδονται με κρότνες (κυρίως *R. Conorii*) είχαν αναφερθεί. Για την αντιμετώπιση της παρούσας συρροής συστήθηκε και υλοποιήθηκε η λήψη μέτρων δημόσιας υγείας, με στόχο τον περιορισμό των τρωκτικών και των ψύλλων της περιοχής με αποτέλεσμα τον έλεγχο της συρροής. Ο ενδημικός τύφος είναι μία σπάνια ασθένεια στην Ελλάδα, με άγνωστο επιπολασμό. Οι ζωνόσοι μεταδίδονται με ενδημικές εστίες και επανεμφανίζονται σε τοπικό επίπεδο λόγω των περιβαλλοντικών αλλαγών και της στενής επαφής ξενιστή και ανθρώπων. Συνθήκες ομαδικής διαβίωσης όπως είναι οι προσφυγικοί καταυλισμοί, ιδιαίτερα σε αγροτικές περιοχές, εντείνουν την επαφή ξενιστή-φορέα-ανθρώπου και συνεισφέρουν στην αύξηση του κινδύνου εμφάνισης τέτοιων νόσων. Για τον λόγο αυτό απαιτείται αυξημένη επαγρύπνηση για την έγκαιρη διάγνωση και την τήρηση των στοχευμένων μέτρων δημόσιας υγείας.

## AA10.

### ΟΤΑΝ Η ΙΣΧΥΡΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΠΟΨΙΑ ΣΥΜΒΑΔΙΖΕΙ ΜΕ ΤΗ ΣΠΑΝΙΟΤΗΤΑ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΟΞΕΙΑΣ ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗΣ

Γαρμπή Άννα, Τζεραβίνη Ευαγγελία, Ντζιώρα Φωτεινή, Λυμπερόπουλος Ευάγγελος, Μυλωνά Μαρία  
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό Καποδιστριακό  
Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Σκοπός:** Η βρουκέλλωση συνιστά τη συχνότερη ζωνόσο παγκοσμίως. Οφείλεται στον κοκκοβάκιλλο του γένους *Brucella*, μεταδίδεται στον άνθρωπο συχνά μέσω κατανάλωσης μη παστεριωμένων ζωικών προϊόντων, ενώ χαρακτηρίζεται από εμπύρετο, νυχτερινή δύσοσμη εφίδρωση και αρθραλγίες. Συνήθως προσβάλλει το ερειστικό/ ουροποιογεννητικό σύστημα, το ενδοκάρδιο και το κεντρικό νευρικό σύστημα. Η αιμοφαγοκυτταρική λεμφοϊστιοκυττάρωση (*Hemophagocytic Lymphohistiocytosis*, HLH) αποτελεί, από την άλλη, σπάνιο και απειλητικό για τη ζωή σύνδρομο, με διάχυτη ιστική καταστροφή εξαιτίας υπερενεργοποίησης του ανοσοποιητικού συστήματος. Διακρίνεται σε οικογενές, όταν οφείλεται σε γενετικές διαταραχές και δευτεροπαθές, στο πλαίσιο υποκείμενης λοίμωξης, κακοήθειας και ρευματολογικών παθήσεων. Στην παρούσα, αναδεικνύεται σπάνια περίπτωση ασθενούς με HLH σε έδαφος βρουκέλλωσης.

**Υλικό και Μέθοδοι:** 35άχρονος κτηνοτρόφος, με ιστορικό ετερόζυγου β-μεσογειακής αναιμίας και θεραπευθείσας βρουκέλλωσης σε παιδική ηλικία, παραπέμφθηκε από Νοσοκομείο της επαρχίας στην Κλινική μας λόγω εμπυρέτου έως 40°C με συνοδά διάχυτα οστικά άλγη και έντονη δύσοσμη εφίδρωση από 4ημέρου, παγκυτοπενίας και αρνητικής δοκιμασίας Wright. Σημειώνεται από 4μήνου καταβολή δυνάμεων, εύκολη κόπωση και απογευματινή δεκατική κίνηση.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής ήταν εμπύρετος με ηπατοσπληνομεγαλία, παγκυτοπενία (Hb11.4 g/dl – Neut 650 K/μl – PLT 101.000 K/μl), υψηλά επίπεδα δεικτών φλεγμονής (CRP 146 mg, φερριτίνη 12.073 ng/ml), διαταραχή ηπατικής βιοχημείας (AST 280 U/L/ALT 209 U/L/γGT 83 U/L), υψηλή τιμή LDH (901 U/L) και τριγλυκεριδίων (521 mg/dl). Στην εισαγωγή του έλαβε αγωγή με πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη/ γενταμυκίνη ως επί ουδετεροπενικού εμπυρέτου, από τη 2<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας ωστόσο, λόγω ισχυρής κλινικής υποψίας αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου σε έδαφος οξείας βρουκέλλωσης, έλαβε δεξαμεθαζόνη 20 mg/d μαζί με ριφαμπικίνη 900 mg x1, δοξυκυκλίνη 100 mgx2 και γενταμυκίνη 400 mgx1. Σε πολλαπλά ζεύγη αιμο-ουροκαλλιεργειών δεν απομονώθηκε παθογόνο, όπως δεν διαπιστώθηκε εκβλάστηση σε διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς. Ο ιολογικός/ορολογικός έλεγχός του επίσης απέβη

αρνητικός, όπως και ο έτερος για νόσηση από γρίπη, SARS-CoV-2 και φυματίωση. Η δοκιμασία Wright coombs απέβη θετική (1:640), η οστεομυελική βιοψία ανέδειξε κοκκιώματα με συνοδό αιμοφαγοκυτταρική δραστηριότητα. Ο ασθενής βελτιώθηκε σημαντικά κλινικοεργαστηριακά, εξήλθε με αντιβιοτική αγωγή για συνολικά 12 εβδομάδες με tapering κορτικοστεροειδών και τακτική παρακολούθηση στο ΕΙ Λοιμώξεων της Κλινικής μας.

**Συμπεράσματα:** Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο συνιστά σπάνια επιπλοκή της βρουκέλλωσης. Ο κλινικός ιατρός οφείλει να διατηρεί υψηλή υποψία σε εμπύρετο ασθενή με παγκυτοπενία, οργανομεγαλία και αυξημένα επίπεδα φερριτίνης, καθώς η πρώιμη αναγνώρισή του και η έγκαιρη έναρξη αγωγής είναι μείζονος σημασίας για την έκβαση των ασθενών.

## AA11.

### ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ MYCOBACTERIUM AVIUM COMPLEX, ΕΠΙΠΛΑΧΘΕΙΣΑ ΜΕ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΦΥΜΑΤΙΩΔΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ADALIMUMAB

Δημητριάδης Δ.Α.,<sup>1</sup> Δραγουμάνη,<sup>1</sup> Τερζή Ε.,<sup>1</sup> Πανοπούλου Μ.,<sup>2,4</sup> Λιάπης Κ.,<sup>3,4</sup> Παπάζογλου Δ.<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

<sup>3</sup> Πανεπιστημιακή Αιματολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

<sup>4</sup> Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

**Σκοπός:** Η φυματίωση (tuberculosis, TB) και οι λοιμώξεις από μη φυματιώδη μυκοβακτηρίδια (non tuberculous mycobacteria, NTM) αποτελούν νοσήματα που η συχνότητά τους αυξάνει σε ασθενείς υπό θεραπεία με νεότερους βιολογικούς παράγοντες, απαιτώντας συνεχή εγρήγορση με στόχο την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση.

**Ασθενής και μέθοδοι:** Ασθενής 65 ετών, με ιστορικό ψωρίασης υπό adalimumab από 10ετίας, εισήχθη με εμπύρετο από 15νθημέρου. Η κλινική εξέταση εισαγωγής ήταν άνευ ευρημάτων, οι αιματολογικές εξετάσεις ρουτίνας παρουσίαζαν ήπια αύξηση της CRP και σημαντική αύξηση της ALP/γGT και η αξονική τομογραφία θώρακος-κοιλίας αποκάλυψε μέτριου βαθμού ηπατο-σπληνομεγαλία, ήπια ασκίτικη συλλογή και παρααορτική λεμφαδενοπάθεια, ενώ οι καλλιέργειες αίματος και ο ορολογικός έλεγχος για διάφορους λοιμώδεις παράγοντες ήταν αρνητικός. Η εργαστηριακή εικόνα του ασθενούς εξελίχθηκε με σταδιακή εγκατάσταση πανκυτταροπενίας, ενώ το μυελόγραμμα επιβεβαίωσε την υπόνοια αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου - αποκλείοντας τη διήθηση από παθολογικό κυτταρικό πληθυσμό - και ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με χορήγηση γ-σφαιρίνης (30 gr Gv/ 5 δόσεις). Μετά την εργαστηριακή του σταθεροποίηση υπεβλήθη σε βιοψία ήπατος που ανέδειξε εκτεταμένα κοκκιώματα (ειδικές χρώσεις Ziel-Neelsen/PAS αρνητικές) καθώς και βρογχοσκόπηση με λήψη βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος εκ του οποίου η PCR για *Mycobacterium avium complex* ήταν θετική. Η έναρξη συνδυασμένης αντιβιοτικής χημειοθεραπείας για λοίμωξη από NTM (ριφαμπικίνη, αζιθρομυκίνη, εθαμβουτόλη) οδήγησε σε πλήρη ύφεση του εμπύρετου και ομαλοποίηση της ηπατικής βιοχημείας/ φερριτίνης ορού. Το αποτέλεσμα της οστεομυελικής βιοψίας (μη νεκρωτικοί κοκκιωματώδεις σχηματισμοί) ενίσχυσε περαιτέρω την διάγνωση της NTM λοίμωξης.

**Αποτελέσματα:** Σχεδόν 3 μήνες μετά το εξιτήριο, ο ασθενής προσήλθε εμπύρετος με διαταραχή του επιπέδου συνείδησης. Η εξέταση του ENY επιβεβαίωσε την υποψία λοίμωξης του ΚΝΣ, ωστόσο αποκάλυψε θετική PCR για *Mycobacterium tuberculosis complex* (με γονίδιο ανθεκτικότητας στην ριφαμπικίνη), θέτοντας υπό αμφισβήτηση την αρχική διάγνωση της λοίμωξης από NTM. Ο ασθενής τέθηκε σε υψηλές δόσεις δεξαμεθαζόνης και τροποποίηση του ήδη λαμβανόμενου αντιβιοτικού σχήματος με συνδυασμό ισονιαζίδης, λεβοφλοξασίνης, πυραζιναμίδης και εθαμβουτόλης με πλήρη ύφεση του εμπύρετου και



σταδιακή αποκατάσταση της νευρολογικής εικόνας. Εξήλθε βελτιωμένος, παραμένοντας σε τακτική παρακολούθηση και 12 μήνες μετά συνεχίζει να λαμβάνει αντιμυκοβακτηριδιακή αγωγή (πλην εθαμβουτόλης που διεκόπη μετά από δίμηνη αγωγή).

**Συμπεράσματα:** Το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο και η λοίμωξη του ΚΝΣ αποτελούν σπάνιες και δυνητικά θανατηφόρες επιπλοκές τόσο της TB αλλά και των NTM. Συχνά, ωστόσο, η μεταξύ τους διάκριση είναι εξαιρετικά δύσκολη -ειδικά σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς- κάνοντας επιτακτική την εισαγωγή νέων διαγνωστικών μεθόδων που θα συμβάλουν όχι μόνο στη σωστή θεραπευτική σε έγκαιρο χρόνο αλλά και στην πρόληψη της μικροβιακής αντοχής, που εξελίσσεται σε σημαντική απειλή για τα παγκόσμια προγράμματα υγείας.

## AA12.

### ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟ ΣΤΑ Β-ΛΑΚΤΑΜΙΚΑ *STREPTOCOCCUS ALACTOLYTICUS*

Ντόγα Μ.,<sup>1</sup> Δημητριάδης Δ.Α.,<sup>1</sup> Σταματάκη Ν.,<sup>1</sup> Ακήφ Ογλού Ε.,<sup>1</sup> Πετράκης Β.,<sup>1,2</sup> Παναγόπουλος Π.,<sup>1,2,3</sup> Τερζή Ε. <sup>1</sup> Παπάζογλου Δ.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

<sup>2</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

<sup>3</sup>Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

**Σκοπός:** Οι αναφορές λοιμώξεων από *Streptococcus alactolyticus* στους ανθρώπους είναι εξαιρετικά σπάνιες και στην διεθνή βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί έως σήμερα μόνο τέσσερα περιστατικά λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας, που αντιμετωπίστηκαν με χορήγηση β-λακταμικών αντιβιοτικών. Περιγράφουμε περίπτωση ασθενούς με θανατηφόρο λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα, σε έδαφος προϋπάρχουσας σοβαρού βαθμού στένωσης της αορτικής βαλβίδας, από ανθεκτικό στα β-λακταμικά αντιβιοτικά *Streptococcus alactolyticus*.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ασθενής 68 ετών με ατομικό ιστορικό αθηροσκληρωτικής στεφανιαίας καρδιοπάθειας και σοβαρής στένωσης της αορτικής βαλβίδας εισήχθη στην κλινική μας για διερεύνηση εμπύρετου από μηνός με συνοδό δύσπνοια στην κόπωση. Ο εργαστηριακός έλεγχος εισαγωγής ανέδειξε ήπια αυξημένους δείκτες φλεγμονής και υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς επιβεβαίωσε την ύπαρξη σοβαρής στένωσης της αορτικής βαλβίδας με καρδιακή ανεπάρκεια διατηρημένου κλάσματος ενώ από την αξονική τομογραφία εγκεφάλου-θώρακος-κοιλίας ανευρέθη μικροίσχαιμική αλλοίωση στο αριστερό ημιμόριο της γέφυρας και στα βασικά γάγγλια δεξιά, σπληνομεγαλία (14 x 17 x 7 cm) με ισχαιμικό έμφρακτο σπληνός καθώς εντύπωση παρουσίας μικρού πολύποδα στο ορθό. Παρότι και η εξέταση με διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς δεν αποκάλυψε εικόνα εκπλαστήσεων ή άλλης παθολογίας, τέθηκε εξ αρχής η υπόνοια λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Από πολλαπλά ζεύγη αιμοκαλλιιεργειών απομονώθηκε *Streptococcus alactolyticus* με αντοχή του στελέχους στα β-λακταμικά και ο ασθενής τέθηκε, βάση του αντιβιογράμματος, σε συνδυασμένη αντιβιοτική αγωγή με βανκομυκίνη και γενταμικίνη με τακτική παρακολούθηση των επιπέδων των αντιβιοτικών φαρμάκων, ενώ προγραμματίστηκε - λόγω της σοβαρής στένωσης της αορτικής βαλβίδας - έλεγχος για περαιτέρω καρδιοχειρουργική παρέμβαση.

**Αποτελέσματα:** Παρά την αρχική κλινική και εργαστηριακή βελτίωση, την 14<sup>η</sup> ημέρα στοχευμένης αντιβιοτικής αγωγής -με θεραπευτικά επίπεδα αντιβιώσεων- ο ασθενής παρουσίασε υποτροπή του εμπύρετου. Ο νέος απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία αποκάλυψε την ύπαρξη ολιγάριθμων μικρών υποαγγειούμενων εστιακών αλλοιώσεων στον σπλήνα συμβατών με πιθανά μικροαποστήματα και το νέο διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς ανέδειξε υποηχοϊκό σχηματισμό στο επίπεδο του αορτικού δακτυλίου της μη στεφανιαίας πτυχής της αορτικής βαλβίδας χωρίς αιματική ροή, με μικρή επικοινωνία, δίκην αποστήματος. Παρά την αρνητικοποίηση των αιμοκαλλιιεργειών και την τροποποίηση

της αντιβιοτικής αγωγής με συνδυασμό μεροπενέμης, δαπτομυκίνης και βανκομυκίνης, ο ασθενής παρέμεινε εμπύρετος με προϊύσα καρδιοαναπνευστική επιβάρυνση και κατέληξε από πολυοργανική ανεπάρκεια δύο εβδομάδες μετά την υποτροπή του εμπυρέτου.

**Συμπεράσματα:** Λόγω της σπανιότητας των περιγραφέντων έως τώρα λοιμώξεων στους ανθρώπους από *Streptococcus alactolyticus* κρίνεται επιβεβλημένη η συστηματική επιδημιολογική επιτήρηση αντοχής καθώς τα β-λακταμικά -συχνά σε συνδυασμό με αμινογλυκοσίδη- αποτελούν συνήθως σχήμα πρώτης αντιβιοτικής επιλογής σε λοιμώξεις παθογόνων στρεπτοκόκκων του *Streptococcus bovis/ Streptococcus equinus* complex.

### AA13.

## EPSTEIN-BARR ΚΑΙ PARNOVIRUS B19 ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Δημητριάδης Δ.Α.,<sup>1</sup> Τερζή Ε.,<sup>1</sup> Γράψα Α.,<sup>2</sup> Παπαζογλου Δ.,<sup>1,3</sup> Ραφαηλίδης Π.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

<sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

<sup>3</sup>Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

**Σκοπός:** Παρουσίαση περιστατικού συλλοίμωξης από τους ιούς Epstein-Barr και Parvovirus B19 που αντιμετωπίστηκε στην κλινική μας και ανασκόπηση της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Ασθενής 16 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω αναφερόμενης γενικευμένης αδυναμίας κι υψηλού εμπύρετου αρχόμενα από 3 ημερών. Κατά την εισαγωγή, η κλινική εξέταση ήταν άνευ παθολογικών ευρημάτων, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε ουδετεροπενία (640/μl) και θρομβοπενία (109000/μl). Την 3<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας παρουσίασε αμυγδαλίτιδα, τυπική λοιμώδους μονοπυρήνωσης, με συνοδό (επιβεβαιωμένες υπερηχοτομογραφικά) ηπατομεγαλία (21 εκ) και σπληνομεγαλία (15 εκ x 5.5 εκ). Για 7 ημέρες έπειτα παρουσίαζε σοβαρή ουδετεροπενία (ναδίρ 130/μl) και τρανσαμινασαιμία. Την 7<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας εμφανίσε, λόγω επιδείνωσης της αμυγδαλίτιδας, απόφραξη του ανωτέρου αεραγωγού και χορηγήθηκε μεθυλπρεδνιζολόνη, με ύφεση του εμπύρετου κι αποκατάσταση της τιμής των ουδετερόφιλων. Ωστόσο, 2 ημέρες μετά τη διακοπή της μεθυλπρεδνιζολόνης (16<sup>η</sup> ημέρα), εκθύθηκε ολοσωματικό κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, που καταλάμβανε τις παλάμες και τα πέλματα και επανεμφάνιστηκε σταδιακά η ουδετεροπενία (ναδίρ 510/μl). Ο ασθενής εξήλθε έπειτα από 23 ημέρες νοσηλείας, απύρετος και με βελτίωση του εξανθήματος, έχοντας 880 ουδετερόφιλα/μl και τέθηκε σε εβδομαδιαία παρακολούθηση από την κλινική μας.

**Αποτελέσματα:** Κατά την εισαγωγή ο ορολογικός έλεγχος για EBV ήταν αρνητικός. Με την εμφάνιση της αμυγδαλίτιδας αυξήθηκε ο τίτλος των EBV VCA IgM, ο οποίος παρουσίασε περαιτέρω αύξηση 10 ημέρες έπειτα. Ανιχνεύθηκε επίσης DNA του ιού στο αίμα μέσω PCR. Τα IgM αντισώματα έναντι Parvovirus B19 ήταν οριακά αυξημένα από την εισαγωγή του ασθενή και παρουσίασαν σημαντική αύξηση σε επαναληπτική μέτρηση τη 14<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας. Σε δείγμα που λήφθηκε την ημέρα εκείνη, δεν ανιχνεύθηκε DNA του ιού.

**Συμπεράσματα:** Η εμφάνιση εξανθήματος σε ασθενή με λοιμώδη μονοπυρήνωση μπορεί να οφείλεται και σε συλλοίμωξη με Parvovirus B19. Στο PubMed είναι δημοσιευμένες μόνο 11 περιπτώσεις συλλοίμωξης από EBV και Parvovirus B19 που αφορούν κυρίως αγόρια και νεαρούς ενήλικες, από τους οποίους 2 κατέληξαν λόγω σήψης και μυοκαρδίτιδας. Διάχυτο εξάνθημα έχει περιγραφεί σε έναν μόνο ασθενή, ενώ απόφραξη ανωτέρου αεραγωγού λόγω διόγκωσης αμυγδαλών (όπως στον ασθενή μας) δεν έχει περιγραφεί σ' αυτήν την ομάδα ασθενών. Τα πιο συχνά εργαστηριακά ευρήματα στα περιστατικά συλλοίμωξης είναι οι κυτταροπενίες κι η τρανσαμινασαιμία και σπανιότερα η απλαστική αναιμία και το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο. Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται υποστηρικτικά, κυρίως με τη χορήγηση κορτικοστεροειδών και μεταγγίσεων αίματος.

AA14.

**ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗΣ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΤΙΧΑΓΕΝΙΜΑΒ–CΙΛΓΑΝΙΜΑΒ ΚΑΙ ΡΕΜΔΕΣΙΒΙΡΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ NON-HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΤΙ-CD20 ΚΑΙ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ**

Λερίκου Μαρία,<sup>1</sup> Κότε Αλεξάνδρα,<sup>1</sup> Σωτηροπούλου Αγγελική,<sup>1</sup> Δημητρούλης Ιωάννης,<sup>1</sup> Αργυράκη Αικατερίνη<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>6<sup>ο</sup> πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

<sup>2</sup>Παθολογική κλινική, ΕΙ λοιμώξεων, Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για σοβαρότατη COVID-19 λοίμωξη με υψηλή θνητότητα. Οι ανοσοκατεσταλμένοι με δυσλειτουργία/ανεπάρκεια Β-κυττάρων λόγω κύριας νόσου ή θεραπείας, μπορεί να εμφανίσουν παρατεταμένη COVID-19 λοίμωξη, με εμμένουσα ή υποτροπιάζουσα συμπτωματολογία. Η παθογένεση, διάγνωση και αντιμετώπιση του συνδρόμου παραμένουν υπό έρευνα. Ο συνδυασμός tixagevimab–cilgavimab είχε χορηγηθεί επιτυχώς σε μη-νοσηλεύομενους, υψηλού κινδύνου, με ήπια-μέτρια λοίμωξη για πρόληψη εξέλιξης σε σοβαρή νόσο. Στη βιβλιογραφία καταγράφονται αναφορές όπου μονοκλωνικά αντισώματα έναντι πρωτεΐνης-ακίδας χορηγήθηκαν ως θεραπεία σοβαρής λοίμωξης COVID-19 σε αιματολογικούς ασθενείς.

**Σκοπός:** Περιγραφή ασθενούς με NHL υπό anti-CD20 και κορτικοστεροειδή, με εμμένουσα COVID-19 λοίμωξη που αντιμετώπιστηκε επιτυχώς με συνδυασμό μονοκλωνικών αντισωμάτων tixagevimab–cilgavimab.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Γυναίκα, 65 ετών, με θυλακιώδες NHL υπό obinituzumab (τριπλά εμβολιασμένη έναντι SARS-CoV-2 και ήπια νόσηση 4/22) παρουσιάζει δύσπνοια και αμφοτερόπλευρα πνευμονικά διηθήματα με PCR-COVID(-). Θεωρείται πνευμονίτιδα από obinutuzumab που διακόπτεται (5/22). 3 μήνες μετά λόγω επιδείνωσης δύσπνοιας, βρογχοσκοπείται και ανευρίσκονται ιστολογικά φλεγμονώδεις αλλοιώσεις συμβατές με πνευμονίτιδα (ΔΔ: λοίμωξη- φαρμακευτική). Film-array βρογχικών: (-). Ξεκινάει μεθυλπρεδνιζολόνη με πρόσκαιρη ανταπόκριση. 15 ημέρες αργότερα, λόγω επιδείνωσης δύσπνοιας, διαπιστώνεται (+) PCR-COVID19, νοσηλεύεται και λαμβάνει iv ρεμδεσιβίρη (x5d) και δεξαμεθαζόνη (x10d). Παρουσιάζει σταδιακή βελτίωση και εξέρχεται χωρίς αναπνευστική ανεπάρκεια, υπό μεθυλπρεδνιζολόνη ως πνευμονίτιδα ανοσολογικής αρχής. Λόγω νέας επιδείνωσης επανεισάγεται με (+) RapidAg-COVID19. Η ασθενής παρουσιάζει ταχύπνοια, υποξαιμία (ABGs: 68/27/7,51) και καινούργια πνευμονικά διηθήματα. Λαμβάνει νέο κύκλο ρεμδεσιβίρης (x5d)- δεξαμεθαζόνης (x10d) και κεφαρολίνη. Ανταποκρίνεται σταδιακά και εξέρχεται χωρίς υποξυγοναιμία, σε σταδιακή μείωση κορτιζόνης με (+)RapidAg-COVID19. 15 ημέρες μετά, η ασθενής εμφανίζει σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια, με περαιτέρω απεικονιστική επιδείνωση. Χορηγείται ρεμδεσιβίρη για μεγαλύτερο διάστημα (x10d), ενώ η μεθυλπρεδνιζολόνη διακόπτεται σταδιακά. Λόγω παραμονής δύσπνοιας, εμμένουσας αναπνευστικής ανεπάρκειας και πολλαπλών υποτροπών αμέσως μετά την ολοκλήρωση της ρεμδεσιβίρης, θεωρήθηκε παρατεταμένη λοίμωξη COVID-19. Η ασθενής πληρούσε τα κριτήρια που έχουν προταθεί: 1. Εμμένουσα θετική PCR μήνες μετά την αρχική λοίμωξη, 2. Υποτροπιάζοντα συμπτώματα με αρνητικό έλεγχο για άλλες λοιμώξεις, 3. Εμμένοντα/επιδεινούμενα απεικονιστικά ευρήματα συμβατά με COVID-19, 4. Υποκείμενη ανοσοκαταστολή. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η αρχική λοίμωξη ήταν την περίοδο επικράτησης της παραλλαγής Όμικρον, αποφασίστηκε η im χορήγηση tixagevimab–cilgavimab. Η ασθενής παρουσίασε σταδιακή βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας. Σε επανεκτίμηση ένα μήνα μετά, εμφάνισε περαιτέρω βελτίωση συμπτωμάτων και απεικονιστικών ευρημάτων με (-)PCR.

**Συμπεράσματα:** Η εμμένουσα λοίμωξη COVID-19 μπορεί να παρατηρηθεί σε ανοσοκατεσταλμένους αιματολογικούς ασθενείς, ιδιαίτερα υπό θεραπεία εξάλειψης Β-λεμφοκυττάρων. Η αντιμετώπιση αποτελεί πραγματική πρόκληση και οφείλει να είναι εξατομικευμένη. Ο ρόλος και η αξία των εξουδετερωτικών μονοκλωνικών αντισωμάτων, μόνων ή σε συνδυασμούς και ανάλογα με τη αποτελεσματικότητά τους στην επικρατούσα υποπαραλλαγή του ιού, μένει να αποσαφηνιστεί.

## AA15.

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ 2 ΚΑΙ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ

Σπηλιοπούλου Αικατερίνη,<sup>1</sup> Χρηστίδη Στυλιανή-Δέσποινα,<sup>2</sup> Θηβαίος Γεώργιος,<sup>2</sup> Φωτεινή Ντζιώρα<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>3</sup>Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**Σκοπός:** Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για σοβαρές λοιμώξεις δέρματος, μαλακών μορίων και οστών μέσω διαταραχών στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, αύξησης της λοιμογονικότητας των μικροβίων παρουσίας υπεργλυκαιμίας και παρουσίας επιπλοκών του, όπως η αγγειοπάθεια και η νευροπάθεια. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να τονιστεί η σημασία της έγκαιρης αντιμετώπισης των λοιμώξεων του διαβητικού ποδιού, που μπορεί να οδηγήσουν και σε βακτηριαιμία, με συνδυασμό χειρουργικού καθαρισμού και κατάλληλης στοχευμένης αντιμικροβιακής αγωγής.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ασθενής ηλικίας 40 ετών, με αρρυθμιστο Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, διαγνωσθέντος από 5ετίας, προσήλθε λόγω εμπυρέτου, υπότασης και φλεγμονής του αριστερού άκρου ποδός. Ο κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος έδειξε λευκοκυττάρωση, αυξημένους δείκτες φλεγμονής και παρουσία αποστήματος στη ραχιαία επιφάνεια του άκρου. Ο ασθενής υπεβλήθη σε σχάση, παροχέτευση πύου και χειρουργικό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής, ενώ τοποθετήθηκε και συσκευή αναρρόφησης (vacuum-assisted closure, VAC) προκειμένου να διευκολυνθεί η επούλωση του τραύματος. Λαμβάνοντας υπόψη το ατομικό του ιστορικό (αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης, υποτροπιάζοντα έλκη κάτω άκρου) τέθηκε σε εμπειρική αγωγή με ενδοφλέβια πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και βανκομυκίνη, προκειμένου να καλυφθούν και στελέχη ανθεκτικού στη μεθικιλλίνη σταφυλοκόκκου (*methicillin-resistant Staphylococcus aureus*, MRSA) καθώς και Gram αρνητικά μικρόβια μεταξύ των οποίων και η ψευδομόναδα.

**Αποτελέσματα:** Από τις αιμοκαλλιέργειες που ελήφθησαν και την καλλιέργεια πύου απομονώθηκε το ίδιο φαινοτυπικά στέλεχος *Staphylococcus aureus* (*methicillin-sensitive Staphylococcus aureus*, MSSA). Έγινε άμεσα αποκλιμάκωση της αντιμικροβιακής αγωγής με βάση το αντιβιογράμμα σε κλοξακιλλίνη και κλινδαμυκίνη. Ο ασθενής βελτιώθηκε κλινικά, ήτοι απεκατέστησε αιμοδυναμική σταθερότητα και παρέμεινε άπυρετος, ενώ και τα κλινικά σημεία και οι δείκτες φλεγμονής υποχώρησαν. Ζητήθηκε υπερηχογράφημα καρδιάς στις 5 ημέρες στο οποίο δεν ανευρέθησαν ευρήματα συμβατά με λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα και η αιμοκαλλιέργεια επιτήρησης ήταν αρνητική. Ο ασθενής εξήλθε μετά από 14ημέρες ενδοφλέβιας αγωγής.

**Συμπεράσματα:** Οι λοιμώξεις του διαβητικού ποδιού αποτελούν την πιο συχνή αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη και αυξάνουν τη θνητότητα και θνησιμότητα των ασθενών, εάν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα. Η βακτηριαιμία από *Staphylococcus aureus* σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα, ως εκ τούτου, ακόμη και μία μόνο θετική αιμοκαλλιέργεια λαμβάνεται υπόψη. Σημαντικό για την αντιμετώπιση και την πρόληψη των υποτροπών είναι ο συνδυασμός χειρουργικού καθαρισμού (έλεγχος εστίας λοίμωξης) με τη χορήγηση κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής τόσο ως προς το είδος όσο και ως προς τη διάρκεια.

AA16.

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΛΕΜΦΩΜΑ ΟΡΙΑΚΗΣ ΖΩΝΗΣ ΑΠΟ Β-ΚΥΤΤΑΡΑ  
ΥΠΟ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΛΟΙΜΩΞΗ  
ΑΠΟ SARS-CoV-2**

Μπανός Άγγελος,<sup>1</sup> Μαριόλης Ηλίας,<sup>1</sup> Στρατηγάκης Λεωνίδας,<sup>1</sup> Ασλάνογλου Κατερίνα,<sup>1</sup> Ξανθάκη Άννα,<sup>2</sup> Τρυφινόπουλου Κυριακή,<sup>3</sup> Μαντάς Πάνος,<sup>3</sup> Κοντοπίδου Φλώρα,<sup>1</sup> Πηρουνάκη Μαρία,<sup>1</sup> Τσιρίγγα Αθανασία,<sup>2</sup> Βασιλόπουλος Δημήτριος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κλινική COVID, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

<sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

<sup>3</sup>Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας, ΕΟΔΥ

**Σκοπός:** Παρακολούθηση και διαχείριση εμμένουσας λοίμωξης από SARS-CoV2 σε ασθενή με λέμφωμα οριακής ζώνης υπό rituximab και bendamustine.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Άνδρας 81 ετών με λέμφωμα οριακής ζώνης από Β-κύτταρα διαγνωσθέν το 2008, με υποτροπή το 2020, υπό rituximab και bendamustine με τελευταίες δόσεις προ 15 μηνών, προσήλθε λόγω πυρετού και βήχα και βρέθηκε θετικός για SARS-CoV-2 (Ct:21). Ο ασθενής ήταν εμβολιασμένος με 3 δόσεις. Χρειάστηκε να νοσηλευτεί 4 φορές στην κλινική Covid έως την ημέρα 98 μετά την αρχική διάγνωση οπότε και διασωληνώθηκε λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας τύπου I και μεταφέρθηκε σε ΜΕΘ όπου κατέληξε. Καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του η PCR για SARS-CoV-2 ήταν θετική (Ct:20-33). Αντιμετωπίστηκε με ρεμδεσιβίρη (2 κύκλους των 5 ημερών την 1<sup>η</sup> και την 30<sup>η</sup> ημέρα από τη διάγνωση), κορτικοστεροειδή, αντιβιοτικά ευρέως φάσματος και ανοσοσφαιρίνη. Εστάλη πλήρης απεικονιστικός, ανοσολογικός και μικροβιολογικός έλεγχος (καλλιέργειες αίματος/ούρων/πτυέλων, αντιγόνο πνευμονοκόκκου/λετζιονέλλας ούρων, MultiplexPCR πτυέλων, PCR για PCP από πτύελα, PCR για CMV στο αίμα, γαλακτομανάνη, b-d glucan). Έγιναν μυελόγραμμα οστεομυελική βιοψία και ανοσοφαινότυπος μυελού. Έγινε ταυτοποίηση και αλληλούχιση του στελέχους SARS-CoV-2 στο αρχικό και το τελευταίο ρινικό επίχρισμα.

**Αποτελέσματα:** Από τον απεικονιστικό έλεγχο με HRCT ανευρέθησαν αμφοτερόπλευρα διηθήματα θαμβής υάλου. Το σύνολο του μικροβιολογικού ελέγχου ήταν αρνητικό. Ανευρέθη υπογαμμασφαιριναιμία και ο ορολογικός έλεγχος για SARS-CoV-2 ήταν αρνητικός. Η οστεομυελική βιοψία ανέδειξε υποπλαστικό μυελό με φυσιολογικό ανοσοφαινότυπο. Ο ασθενής ανταποκρίθηκε αρχικά κλινικά και απεικονιστικά στα κορτικοστεροειδή, ωστόσο την 77<sup>η</sup> ημέρα από την αρχική διάγνωση εμφάνισε σημαντική αναπνευστική επιδείνωση μη ανταποκρινόμενη στη θεραπεία. Κατά την ταυτοποίηση του στελέχους του SARS-CoV-2 στο αρχικό και στο τελευταίο ρινικό επίχρισμα του ασθενούς, φάνηκε ότι και τα δύο ταυτοποιούνται υπό το στέλεχος Omicron BA.1, ενώ η στοίχιση με το γονιδίωμα αναφοράς έδειξε αυξημένο ρυθμό συσσωρεύσεως μεταλλαγών (15 νέες σημειακές μεταλλαγές, μη συνώνυμες) κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου. Οι συγκεκριμένες μεταλλαγές φαίνεται να μεταβάλλουν την ακολουθία αμινοξέων σε περιοχές της πρωτεΐνης spike, πρωτεϊνών νουκλεοκαψιδίου, της αντιγραφάσης καθώς σε μια περιοχή σχετιζόμενη με την απόκριση στο μονοπάτι της ιντερφερόνης.

**Συμπεράσματα:** Η πρότερη ανοσοκαταστολή ασθενούς με νόσο COVID-19 οδηγεί σε υψηλούς και κυμαινόμενους τίτλους φορτίων για μακρό χρονικό διάστημα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Η νόσος εμφανίζει αναζωπυρώσεις που βαίνουν σοβαρότερες κλινικοεργαστηριακά και αεριομετρικά. Η ανοσοκαταστολή στα πλαίσια της εμμένουσας λοίμωξης, οδηγεί σε γρήγορη εξέλιξη του γονιδιώματος του SARS-CoV-2, προσδίδοντας πιθανά νέες ιδιότητες σε σημαντικά συστατικά των ιικών σωματιδίων και ως αποτέλεσμα στα στελέχη του ιού μέσα στον ίδιο οργανισμό.



ΑΑ17.

## ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΝΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ: ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Πάντζαλης Μάριος, Νυφλή Νίκη, Ντάφλος Χαράλαμπος, Μουστακλή Αικατερίνη, Χίνη Μαρία  
Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της εμβολιαστικής κάλυψης του νοσηλευτικού προσωπικού του Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ. σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ενηλίκων και ο εντοπισμός τυχόν ελλείψεων ώστε να σχεδιαστούν στοχευμένες παρεμβάσεις για την προαγωγή της υγείας του προσωπικού και την πρόληψη της ενδονοσοκομειακής διασποράς λοιμωδών νοσημάτων.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρόκειται για εν εξελίξει συγχρονική μελέτη. Διανεμήθηκαν 190 ανώνυμα ερωτηματολόγια σε νοσηλευτικό προσωπικό όλων των βαθμίδων και Τμημάτων μεταξύ 2/11/2022 και 12/1/2023. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 29 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούσαν σε δημογραφικά στοιχεία, μορφωτικό επίπεδο, θέση εργασίας, ιστορικό εμβολιασμών ή νόσησης από νοσήματα που καλύπτονται από το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, στο ρόλο του εργοδότη στην προαγωγή των εμβολιασμών και στην υποχρέωση των υγειονομικών να είναι πλήρως εμβολιασμένοι για την προστασία των ασθενών και την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος σε περιόδους επιδημικών εξάρσεων. Η επεξεργασία των στοιχείων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα Microsoft Excel.

**Αποτελέσματα:** Από τα 190 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 64 (33%). Το νοσηλευτικό προσωπικό που ανταποκρίθηκε είχε πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ σε ποσοστό 74%, ενώ 44% από αυτούς κατείχε και μεταπτυχιακό τίτλο. Μελετήθηκαν 56 γυναίκες (87%) και 8 άντρες με διάμεση ηλικία 39 έτη (27-58) και διάμεσο χρόνο υπηρεσίας 15 έτη (1-35). 46/64 (72%) δεν είχαν πλήρη γνώση του εμβολιαστικού τους ιστορικού. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εμβολιαζόταν συστηματικά έναντι της γρίπης (71%) και του SARS-CoV-2 (95%). 59% του δείγματος ήταν ανοσοποιημένο έναντι της ιλαράς, 59% έναντι της ανεμυλογιάς, 39% έναντι της ηπατίτιδας Α, 50% έναντι τετάνου/διφθερίτιδας/κοκκύτη ενώ 19% ήταν εμβολιασμένο έναντι του πνευμονιοκόκκου. Όσον αφορά στην ηπατίτιδα Β, μόνο το 42% δήλωσε πλήρως εμβολιασμένο ενώ 2/64 ανέφερε ιστορικό νόσησης. Το 64% του μελετώμενου πληθυσμού πιστεύει ότι οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να εμβολιάζονται πληρέστερα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Το 86%, που απάντησε θετικά στο ερώτημα εάν τους ζητήθηκε έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης από το νοσοκομείο, αναφερόταν στον εμβολιασμό έναντι του SARS-CoV-2. Τέλος, μόνο 16/64 ζήτησαν από το νοσοκομείο έλεγχο ανοσοποίησης.

**Συμπεράσματα:** Από τα προκαταρκτικά αποτελέσματα της μελέτης, προκύπτει άγνοια των νοσηλευτών για το εμβολιαστικό τους ιστορικό και την ύπαρξη προστατευτικής ανοσίας έναντι των περισσότερων λοιμωδών νοσημάτων που προλαμβάνονται με εμβολιασμό. Εντούτοις, ένα σημαντικό ποσοστό πιστεύει ότι οι υγειονομικοί οφείλουν να εμβολιάζονται αν και οι ίδιοι δεν το πράττουν. Απαιτείται η ανάληψη δράσης με στοχευμένες παρεμβάσεις, όπως προγράμματα ενημέρωσης και εκπαίδευσης, πραγματοποίηση εμβολιασμών στο νοσοκομείο και διενέργεια προγραμματισμένου ελέγχου αντισωμάτων για την ηπατίτιδα Β, με στόχο την πρόληψη διασποράς μεταδοτικών νοσημάτων στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας.

## AA18.

**ΕΥΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΙΘΗΚΩΝ Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Νικοπούλου Άννα,<sup>1</sup> Κουρουκλίδου Αλεξάνδρα,<sup>2</sup> Βελήνη Αναστασία,<sup>1</sup> Τσελεγκίδου Σοφία,<sup>1</sup>

Σκαλιστή Πασχαλία,<sup>1</sup> Παππά Στυλιανή,<sup>3</sup> Σωτηρόπουλος Δαμιανός<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου

<sup>2</sup>Επιμελήτρια Β', Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου

<sup>3</sup>Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η ευλογία των πιθήκων είναι μια ιογενής λοίμωξη που μεταδίδεται κυρίως με στενή επαφή μεταξύ ατόμων, διαμέσου δερματικών βλαβών, σωματικών υγρών και αναπνευστικών σταγονιδίων καθώς και μέσω μολυσμένων αντικειμένων. Τον Μάιο του 2022 παρατηρήθηκε αύξηση στην καταγραφή κρουσμάτων σε μη ενδημικές περιοχές στη συντριπτική πλειοψηφία σε άτομα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά σε ό,τι αφορά το φύλο, την ηλικία και το σεξουαλικό προσανατολισμό.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι η ανάδειξη, η συνολική διαχείριση και η αντιμετώπιση των ύποπτων κρουσμάτων ευλογιάς των πιθήκων στο Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Τον Μάιο του 2022 ενημερώθηκε η Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων (ΕΝΛ) για την εμφάνιση κρουσμάτων ευλογιάς πιθήκων στην Ευρώπη. Άμεσα πραγματοποιήθηκε συγκέντρωση, όπου έγινε σχεδιασμός της ενδονοσοκομειακής διαχείρισης των ύποπτων κρουσμάτων. Συγκεκριμένα, ορίστηκε ομάδα εκτίμησης, καταγραφής και αντιμετώπισης των περιστατικών στην οποία συμμετείχαν ο πρόεδρος της ΕΝΛ, η λοιμωξιολόγος, η δερματολόγος και οι νοσηλεύτριες επιτήρησης λοιμώξεων. Οργανώθηκε ειδικό ιατρείο υποδοχής και εξέτασης των κρουσμάτων, αναπτύχθηκε σχέδιο δράσης για την περίπτωση που κάποιο άτομο θα έχρηζε νοσηλείας και έγιναν εκπαιδευτικά μαθήματα στους ειδικευόμενους ιατρούς με σκοπό την αναγνώριση των κρουσμάτων στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν συναντήσεις με τη Διοίκηση καθώς και με τη Διευθύντρια και την Προϊσταμένη του ΤΕΠ, όπου παρουσιάστηκε το σχέδιο δράσης.

Κατά το χρονικό διάστημα 01/06/22 έως 31/08/23 προσήλθαν στο ειδικό ιατρείο υποδοχής 5 ύποπτα κρούσματα. Πραγματοποιήθηκε κλινική εξέταση και λήψη υλικού από τις δερματικές βλάβες και τις βλάβες στους βλεννογόνους, τα οποία εστάλησαν στο Εργαστήριο Αναφοράς και συγκεκριμένα στο εργαστήριο Μικροβιολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (ΑΠΘ) όπου πραγματοποιήθηκε PCR για τον ιό της ευλογιάς.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά εξετάστηκαν 5 περιστατικά ύποπτα για τη νόσο της ευλογιάς των πιθήκων. Επρόκειτο για 4 άντρες ηλικίας 19 έως 43 ετών, σε δύο από τους οποίους τεκμηριώθηκε η ύπαρξη της νόσου και μία γυναίκα ηλικίας 59 ετών. Οι ασθενείς με επιβεβαιωμένη νόσο παρουσίαζαν δερματικές βλάβες στα γεννητικά όργανα, περιπρωκτικά και στην έσω επιφάνεια των μηρών καθώς και γενικά συμπτώματα, ενώ δεν έρχονταν νοσηλείας. Κανένα από τα επιβεβαιωμένα κρούσματα δεν ανέφερε ταξίδι στο εξωτερικό. Ένας ασθενής ήταν οροθετικός για τον HIV υπό αντιρετροϊκή αγωγή. Η μετάδοση της νόσου έγινε πιθανότατα διαμέσου σεξουαλικών επαφών υψηλού κινδύνου. Οι ασθενείς έλαβαν σαφείς οδηγίες για συμπτωματική αγωγή, περιορισμό κατ' οίκον και σύσταση για ενημέρωση των στενών επαφών τους.

**Συμπεράσματα:** Τα επιβεβαιωμένα κρούσματα ευλογιάς των πιθήκων είχαν παρόμοια επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και κατανομή εξανθήματος με τα υπόλοιπα κρούσματα που εμφανίστηκαν στην Ευρώπη. Η σωστή προετοιμασία του ΤΕΠ του Νοσοκομείου μας καθώς και η συνεργασία ιατρών και νοσηλευτών είχαν σαν αποτέλεσμα την άμεση εντόπιση, απομόνωση και αντιμετώπιση των περιστατικών.



## AA19.

### ΧΡΗΣΗ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΡΕΜΔΕΣΙΒΙΡΗ

Πεχλιβανίδου Ευμορφία,<sup>1</sup> Μπαραλού Βασιλική,<sup>1</sup> Πανταζής Νίκος,<sup>1</sup> Αντωνιάδου Αναστασία,<sup>2</sup> Ακινόσογλου Καρολίνα,<sup>3</sup> Πουλάκου Γαρυφαλλιά,<sup>4</sup> Καλομενίδης Ιωάννης,<sup>5</sup> Μηλιώνης Χαράλαμπος,<sup>6</sup> Παναγόπουλος Περικλής,<sup>7</sup> Κατσαρόλης Ιωάννης,<sup>8</sup> Τουλούμη Γιώτα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

<sup>2</sup>Δ' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

<sup>3</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική & Τμήμα Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν. Πατρών, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών

<sup>4</sup>Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

<sup>5</sup>Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

<sup>6</sup>Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νόσων, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

<sup>7</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

<sup>8</sup>Ιατρικό Τμήμα, Gilead Sciences Ελλάδας και Κύπρου, Παλαιό Φάληρο

**Σκοπός:** Η έγκαιρη ανίχνευση της COVID-19 λοίμωξης βελτιστοποιεί τη ροή των ασθενών στις υγειονομικές μονάδες, την κατανομή των πόρων και την ορθότερη διεξαγωγή της πρωτογενούς διαλογής. Εκτιμήσεις κινδύνου από δεδομένα καθημερινής κλινικής πράξης σπανίζουν. Η μηχανική μάθηση δύναται να συμβάλει στην ανάπτυξη προγνωστικών δεικτών, εύκολα ενσωματώσιμων στην κλινική πράξη. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάπτυξη σκορ αξιολόγησης του κινδύνου θνησιμότητας στις 30 ημέρες για νοσηλεύομενους ασθενείς με COVID-19 που έλαβαν ρεμδεσιβίρη στην περίοδο της μετάλλαξης Δέλτα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Η ΡεΑα είναι αναδρομική πολυκεντρική μελέτη COVID-19 νοσηλευόμενων ασθενών που έλαβαν ρεμδεσιβίρη στο διάστημα 09/2020-02/2021. Δημογραφικά στοιχεία, συννοσηρότητες, ζωτικά σημεία, εργαστηριακές εξετάσεις και λεπτομέρειες σχετικά με την ανάγκη υποστήριξης οξυγόνου κατά την εισαγωγή καταγράφηκαν από 6 ελληνικά κέντρα. Ως κύρια έκβαση ορίστηκε ο θάνατος εντός 30 ημερών από την εισαγωγή. Πολλαπλές αντικαταστάσεις με χρήση αλυσιδωτών εξισώσεων εφαρμόστηκαν για τη συμπλήρωση των ελλειπουσών τιμών στις μεταβλητές: δ-διμερή, INR, LDH, CRP, ασβέστιο και φερίτινη. Τυχαία δάση επιβίωσης [Random Survival Forest (RSF)] και το μοντέλο Cox-LASSO εφαρμόστηκαν για την πρόγνωση της έκβασης. Για την αξιολόγηση των μοντέλων χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης C με τη μέθοδο της bootstrap διασταυρωμένης επικύρωσης (cross-validation).

**Αποτελέσματα:** Σε σύνολο 1004 ασθενών [διάμεση(IQR) ηλικία 61(51-72) έτη, 60,6% άνδρες], η θνητότητα εντός 30 ημερών ήταν 3,8%. Συνολικά, 57 παράγοντες κινδύνου αξιολογήθηκαν. Αγνοώντας παράγοντες με ελλείπουσες τιμές, οι ακόλουθοι επιλέχθηκαν και από τα 2 μοντέλα: ποσοστό ουδετεροφίλων, PaCO<sub>2</sub>, ηλικία ≥65 έτη, περιοχή νοσηλείας (υπόλοιπη Ελλάδα vs πρωτεύουσα), ανάγκη παροχής οξυγόνου με κάνουλα υψηλής ροής στην εισαγωγή, ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου, καρδιακής ανεπάρκειας, ΧΑΠ, ΣΔ ή στεφανιαίας νόσου. Όλοι οι παράγοντες είχαν σχετικό στιγμιαίο κίνδυνο (hazard ratio) >1. Η επίδοση του μοντέλου Cox-LASSO υπερέιχε ελαφρώς των RSF (δείκτης C 75,0% και 71,3%, αντίστοιχα). Λαμβάνοντας επίσης υπόψη τους παράγοντες με ελλείπουσες τιμές (εύρος ποσοστού ελλειπουσών τιμών: 2,8%-24,3%) μετά τις αντικαταστάσεις, όλοι τους επιλέχθηκαν επιπροσθέτως από τα RSF, ενώ μόνο η LDH επιλέχθηκε από το μοντέλο Cox-LASSO. Η συμπερίληψή τους ωστόσο δεν ενίσχυσε την προγνωστική επίδοση.

**Συμπεράσματα:** Η ανάλυση πολυκεντρικής μελέτης παρατήρησης νοσηλευόμενων ασθενών στη Δέλτα-περίοδο ανέδειξε την ηλικία, την περιοχή νοσηλείας, τις συννοσηρότητες και εργαστηριακά ευρήματα κατά την εισαγωγή ως ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες του COVID-19 σχετιζόμενου

θανάτου. Αναπτύχθηκε έγκυρος και αξιόπιστος προγνωστικός δείκτης που, αντίθετα από προηγούμενες μελέτες, ενσωματώνει την πληροφορία του χρόνου μέχρι την έκβαση με χρήση μηχανικής μάθησης και σκοπό τη βελτίωσης της πρωτογενούς διαλογής των ασθενών. Ο μαζικός εμβολιασμός και οι αλλαγές στην επικρατούσα μετάλλαξη έχουν τροποποιήσει το προφίλ των ασθενών στην Όμικρον-περίοδο. Συνεπώς επαναξιολόγηση κρίνεται απαραίτητη.

## AA20.

### ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΛΟΓΩ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΟ Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

Βουτσινάς Πανταζής-Μιχαήλ Φ.,<sup>1</sup> Ζαπανιώτης Νικόλαος,<sup>1</sup> Πανταζής Νίκος,<sup>2</sup> Πανταζάτου Αγγελική,<sup>3</sup> Δεληολάνης Ιωάννης,<sup>3</sup> Σύψας Νικόλαος Β.,<sup>1</sup> Γκαμαλέτσου Μαρία Ν.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, ΕΚΠΑ

<sup>3</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**Σκοπός:** Η βακτηριαμία εξακολουθεί να είναι η κύρια αιτία θνησιμότητας και νοσηλείας παρά την ύπαρξη νεότερων αντιμικροβιακών παραγόντων και την συνεχώς βελτιούμενη υποστηρικτική αγωγή. Οι πολυανθεκτικοί μικροοργανισμοί (MDROs) αυξάνονται διαρκώς προκαλώντας λοιμώξεις που σχετίζονται με δυσμενή έκβαση. Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθούν οι παράγοντες κινδύνου και οι εκβάσεις νοσηλείας των ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο μας με βακτηριαμία προερχόμενη από την κοινότητα λόγω πολυανθεκτικών μικροοργανισμών.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Προοπτική μελέτη παρατήρησης που συμπεριέλαβε όλους τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό» από τις 23 Μαΐου 2020 έως τις 31 Μαρτίου 2021 με βακτηριαμία προερχόμενη από την κοινότητα (CA-BSI). Συλλέχθηκαν δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα καθώς και οι εκβάσεις νοσηλείας των ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθησαν 403 ασθενείς με βακτηριαμία προερχόμενη από την κοινότητα. Τα MDR παθογόνα ήταν υπεύθυνα για 163 περιπτώσεις (40,45%), τα XDR για 11 (2,73%) και τα PDR για 2 (0,5%). Συνολικά 130 επεισόδια βακτηριαμίας σημειώθηκαν σε ασθενείς <85 ετών και 46 σε ασθενείς >85 ετών. Τα πιο κοινά παθογόνα ήταν τα *Escherichia coli* (14,39%), *Staphylococcus aureus* (4,71%) και *Klebsiella spp* (3,72%). Η προέλευση της βακτηριαμίας ήταν κυρίως από το ουροποιητικό σύστημα (39,21%). Η ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα υπολογίστηκε στο 25,31%. Σε μονοπαραγοντική ανάλυση, οι παράγοντες που συσχετίστηκαν με λοιμώξεις από MDR ήταν η μακροχρόνια διαμονή σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης (OR 6,8, 95% CI 3,06-15,07, p<0,001), η χρήση αντιβιοτικών τους τελευταίους 12 μήνες προ της εισαγωγής (OR 3,71, 95% CI 2,23-6,17, p<0,001), η χειρουργική επέμβαση ή ιατρικός χειρισμός τους προηγούμενους 3 μήνες (OR 2,02, 95% CI 1,29-3,15, p=0,002), κακοήθεια συμπαγούς οργάνου (OR 2,46, 95%CI 1,11-5,48, p=0,027), άνοια (OR 1,73, 95%CI 1,09-2,75, p=0,019), νόσος Parkinson (OR 2,58, 95% CI 1,12-5,93, p=0,026), ανοσοκατασταλτική θεραπεία (OR 1,70, 95% CI 1,05-2,76, p=0,032), λήψη κορτικοστεροειδών (OR 1,78, 95% CI 1,02-3,10, p=0,043) και ύπαρξη καθετήρα ουροδόχου κύστεως (OR 2,87, 95% CI 1,65-4,98, p<0,001). Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η μακροχρόνια διαμονή σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης (OR 7,25, 95% CI 3,10-16,95, p<0,001), η κακοήθεια συμπαγούς οργάνου (OR 3,45, 95% CI 1,48-8,07, p=0,004) και η χρήση αντιβιοτικών εντός των τελευταίων 12 μηνών (OR 2,25, 95% CI 1,26-4,00, p=0,006) σχετίζονται με βακτηριαμία από παθογόνα MDR, XDR και PDR.

**Συμπεράσματα:** Η μακροχρόνια παραμονή σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης, η πρόσφατη χρήση αντιμικροβιακής αγωγής τους τελευταίους 12 μήνες προ της εισαγωγής, η χειρουργική επέμβαση ή

ιατρικός χειρισμός τους προηγούμενους 3 μήνες, η ύπαρξη καθετήρα ουροδόχου κύστεως, η κακοήθεια συμπαγούς οργάνου, η ανοσοκατασταλτική αγωγή, τα κορτικοστεροειδή, η άνοια, η νόσος Parkinson και η πολυμικροβιακή βακτηριαμία σχετίζονται με βακτηριαιμίες κοινότητας από παθογόνους MDR μικροοργανισμούς.

## AA21.

## AA22.

### **ΠΥΡΕΤΟΣ Q – ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΒΑΛΒΙΔΑ ΑΠΟ *C. BURNETII***

Μιχαηλίδης Μ.,<sup>1</sup> Χατζηγιαννάκη Μ.,<sup>1</sup> Μυλωνά Δ.,<sup>1</sup> Φιλιππάκης Κ.,<sup>1</sup> Κυριακώδης Ι.,<sup>1</sup> Παναγή Γ.,<sup>2</sup> Ζώρζου Μ.Π.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χίου «Σκυλίτσειο»

<sup>2</sup>Εργαστήριο Απεικονιστικής Ιατρικής, Γ.Ν. Χίου

**Σκοπός:** Η διαφορική διάγνωση μεταξύ οξέος πυρετού Q και ενδοκαρδίτιδος σε ασθενή με θετικό ορολογικό έλεγχο για *Coxiella Burnetii* και πρόσφατη καρδιοχειρουργική επέμβαση.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Ασθενής 79 ετών με προσθετική βαλβίδα μιτροειδούς χειρουργηθείσα προ 4μήνου προσέρχεται με παρατεινόμενο εμπύρετο, δίχως σαφή εστία λοίμωξης από τον γενόμενο μέχρι τότε έλεγχο. Οι καλλιέργειες αίματος ήταν αρνητικές για κοινά παθογόνα. Ο έλεγχός της σε προηγούμενο νοσοκομείο για *C. burnetii* αναφέρεται επίσης αρνητικός. Στο διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς και στην ολόσωμη υπολογιστική τομογραφία δεν ανευρέθησαν ευρήματα συμβατά με εικόνα ενδοκαρδίτιδας (απόστημα - εκβλαστήσεις) ή των επιπλοκών της. Η ασθενής εμφάνισε ύφεση του εμπυρέτου και εξήλθε χωρίς αγωγή. Ένα μήνα μετά λόγω επανεμφάνισης του πυρετού νοσηλεύεται εκ νέου οπότε και ανευρίσκεται οριακά θετικός τίτλος αντισωμάτων IgG και IgM (αντισώματα φάσης II) για *C. burnetii*, και τίθεται σε αγωγή με δοξυκυκλίνη με ύφεση των συμπτωμάτων. Λόγω της πρόσφατης καρδιοχειρουργικής επέμβασης τίθεται η υποψία προσβολής της βαλβίδας, και στην αγωγή προστίθεται υδροξυχλωροκίνη, παρά τους μη διαγνωστικούς τίτλους. Στην επανεκτίμησή της μετά ένα μήνα ανευρίσκεται αύξηση των τίτλων αντισωμάτων και διενεργείται απεικονιστικός επανέλεγχος εκ νέου αρνητικός. Έξι μήνες μετά, λόγω μη υποχώρησης των τίτλων των αντισωμάτων, υποβάλλεται σε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα οπότε και ανευρίσκεται ευκίνητο μόρφωμα 0,6x0,6cm στην προσθετική βαλβίδα της μιτροειδούς και υποβάλλεται εκ νέου σε ολόσωμη υπολογιστική τομογραφία η οποία ανέδειξε πολλαπλά σπληνικά έμφρακτα. Με την ένδειξη ενδοκαρδίτιδας από *C. burnetii*, η ασθενής υποβάλλεται σε αντικατάσταση της προσβληθείσας βαλβίδας.

**Αποτελέσματα:** Η *C. burnetii* αποτελεί παθογόνο μικροοργανισμό που απαντάται και στην Ελλάδα. Στην οξεία φάση προκαλεί λοίμωξη γνωστή ως πυρετό Q. Η ορολογική θετικοποίηση των δειγμάτων χρειάζεται περίπου 20 μέρες. Η δυσκολία ταυτοποίησης της νόσου έγκειται στην δύσκολη απομόνωση της στο αίμα με τις συμβατικές μεθόδους καλλιέργειας αλλά και στο γεγονός ότι μέχρι και 50% των περιστατικών οξείας φάσης μπορεί να είναι αυτοπεριοριζόμενα. Περαιτέρω δυσκολία στη διάγνωση θέτουν οι οριακοί ορολογικοί δείκτες που δεν πληρούν τα τροποποιημένα κατά DUKE κριτήρια, ιδίως σε PVE όπου η ευαισθησία τους είναι χαμηλότερη από ό,τι στις φυσικές βαλβίδες. Η παρουσία θετικών ορολογικών τίτλων μπορεί να επιμένει ακόμα ένα έτος μετά την οξεία λοίμωξη, παρά την επιτυχή θεραπεία.

**Συμπεράσματα:** Η τακτική παρακολούθηση του ασθενούς, επέτρεψε την όσο το δυνατόν πιο έγκαιρη διάγνωση για την συνδυασμένη χειρουργική και αντιμικροβιακή θεραπεία. Σε οξύ πυρετό Q, λόγω της δυσκολίας διάγνωσης της νόσου χρειάζεται εγρήγορση και συστηματική παρακολούθηση, ιδιαίτερα σε ασθενείς με παράγοντες κινδύνου για ενδοκαρδίτιδα.

## AA23.

**ΠΥΡΕΤΟΣ Q ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΥΡΕΤΟΥ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ**

Προδρομάδου Ελισάβετ, Παναγιωτόπουλος Αλέξανδρος, Μαγγανάς Κωνσταντίνος, Αντώνιος Φανουριάκης, Ντζιώρα Φωτεινή, Αρβανίτης Μεγακλής  
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με πυρετό αγνώστου αιτιολογίας (FUO) με έμφαση στη διαγνωστική προσέγγιση προς την τελική διάγνωση.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Γυναίκα, 42 ετών, με ατομικό ιστορικό νεανικής ιδιοπαθούς αρθρίτιδας και χρόνια ραγοειδίτιδας αριστερού οφθαλμού υπό αγωγή με μονοκλωνικό αντίσωμα που προσδένεται στον παράγοντα νέκρωσης των όγκων (αντι-TNF), εμφάνιζε 2 πυρετικά κύματα >39°C την ημέρα για περισσότερες από 21 ημέρες χωρίς ρίγος, καλώς ανεκτά, που υφίσταντο με αντιπυρετικά, ενώ ανέφερε συνοδά αρθραλγίες και μυαλγίες.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής εισήχθη για περαιτέρω διερεύνηση στο νοσοκομείο μας. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε λευκοκυττάρωση και υπόχρωμη, μικροκυτταρική αναιμία με αυξημένες τιμές φερριτίνης. Οι καλλιέργειες αίματος ήταν αρνητικές. Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία έδειξε πυκνοατελεκτασικές αλλοιώσεις αριστερού άνω και κάτω λοβού, συμπαγείς όζους διάσπαρτους στο πνευμονικό παρέγχυμα, ηπατομεγαλία (20,5 εκ), και σπληνομεγαλία (19 εκ). Πραγματοποιήθηκε ενδοσκοπικός έλεγχος χωρίς παθολογικά ευρήματα. Στα πλαίσια της διερεύνησης εστάλη εκτεταμένος ανοσολογικός έλεγχος και πραγματοποιήθηκε βιοψία ήπατος. Η οστεομελική βιοψία έδειξε αντιδραστικού τύπου απάντηση του μυελού μιμούμενη μυελοδυσπλασία και λεμφοκυτταρική διήθηση από T-κυτταρικό πληθυσμό. Η ασθενής έλαβε αντιμικροβιακή αγωγή ως επί λοίμωξης αναπνευστικού. Την 3<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας ελήφθη η απάντηση του ελέγχου για *Coxiella burnetii* με θετικά αντισώματα IgG φάσης II σε χαμηλό τίτλο (1:256). Η φαρμακευτική της αγωγή τροποποιήθηκε σε δοξυκυκλίνη και υδροξυχλωροκίνη, ενώ παράλληλα συνεχίστηκε ο έλεγχος για αποκλεισμό ενδοκαρδίτιδας. Το υπερηχογράφημα καρδιάς δεν έδειξε εκπλαστήσεις στις βαλβίδες. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας η ασθενής εμφάνισε κηλιδοβλατιδώδες δερματικό εξάνθημα (salmon-like) και ετέθη εξ αποκλεισμού η διάγνωση νόσου Stills. Η ασθενής έλαβε αγωγή με κορτικοστεροειδή και αναστολέα του υποδοχέα τύπου I της ιντερλευκίνης-1 (IL-1RI) με κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.

**Συμπεράσματα:** Ο πυρετός Q είναι μια ζωοανθρωπονόσος, που προκαλείται από την *Coxiella burnetii* με συνήθη υποδόχα τα βοοειδή και τα αιγοπρόβατα. Στον άνθρωπο μπορεί να προκαλέσει οξεία ή χρόνια λοίμωξη. Η οξεία λοίμωξη έχει μη ειδικά συμπτώματα που περιλαμβάνουν γριπώδη συνδρομή, φρίκια, νυκτερινές εφιδρώσεις, μυαλγίες και κεφαλαλγία, ενώ έχει περιγραφεί και εικόνα άτυπης πνευμονίας και ανικτερικής ηπατίτιδας. Μετάπτωση σε χρονιότητα συμβαίνει σε λιγότερο από 5% των περιπτώσεων. Προδιαθεσικοί παράγοντες για ενδοκαρδίτιδα πυρετού Q, που χωρίς θεραπεία έχει θνητότητα 100%, αποτελούν οι βαλβιδοπάθειες και η παρουσία αγγειακών μοσχευμάτων ή αρτηριακών ανευρυσμάτων. Η εφαρμογή καλά περιγεγραμμένων κριτηρίων υποβοηθά τη διάγνωση, όταν τίθεται η κλινική υποψία, όπως στην περίπτωση της ασθενούς με παρατεινόμενο εμπύρετο σε έδαφος νόσου Stills. Η χρόνια λοίμωξη από *Coxiella burnetii*, ειδικά στις Μεσογειακές χώρες, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση.

## AA24.

### Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ POST COVID-19 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ COVID-19: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΠΑΡΑΛΛΑΓΩΝ ALPHA, DELTA ΚΑΙ OMICRON

Γεωργακοπούλου Βασιλική, Μακροδημήτρη Σωτηρία, Γκούφα Αικατερίνη, Γκαμαλέτσου Μαρία Ν., Αποστολίδη Ειρήνη, Προβατάς Σωτήριος, Μπασούλης Δημήτριος, Τσακανίκας Αριστείδης, Σύψας Νικόλαος Β.

Ιατρείο post COVID-19, Μονάδα Λοιμώξεων/COVID-19, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό

**Σκοπός:** Μετά την αρχική νόσηση από το νέο κορωνοϊό, τον SARS-CoV-2, έχουν περιγραφεί πολλά μακροχρόνια συμπτώματα. Τα συμπτώματα που διαρκούν για περισσότερο από 3 μήνες μετά την αρχική νόσηση, εφόσον έχουν αποκλειστεί άλλες πιθανές αιτίες, αποτελούν το σύνδρομο POST COVID-19. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η διερεύνηση της επίπτωσης του συνδρόμου POST COVID-19 σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για τη νόσο και η σύγκριση του ανάμεσα στις παραλλαγές alpha, delta και omicron.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν διαδοχικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν λόγω COVID-19 στις περιόδους επικράτησης της παραλλαγής alpha, delta και omicron και οι οποίοι παρακολουθήθηκαν για 3 μήνες μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο για την επιμονή ή την εμφάνιση νέων συμπτωμάτων που σχετίζονται με το σύνδρομο POST COVID-19.

**Αποτελέσματα:** Εκατόν πενήντα τρεις (108 άνδρες, 45 γυναίκες) ασθενείς με μέση ηλικία  $56,93 \pm 12,33$  έτη, που νοσηλεύτηκαν λόγω COVID-19 συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, εκ των οποίων οι 97 (60,3%) ασθενείς νοσηλεύτηκαν στο χρονικό διάστημα της επικράτησης της παραλλαγής alpha, οι 31 (20,3%) ασθενείς την περίοδο επικράτησης της παραλλαγής delta και οι 25 (16,3%) ασθενείς τη χρονική περίοδο επικράτησης της παραλλαγής omicron. Η πλειονότητα των ασθενών (88,2%) ήταν ανεμβολίαστοι, και το 11,8% ήταν εμβολιασμένοι. 60% των ασθενών είχαν συννοσηρότητες και το 82,4% είχε τουλάχιστον ένα σύμπτωμα 3 μήνες μετά την αρχική μόλυνση. Τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν ήταν κόπωση (42,5%), αίσθημα άγχους ή κατάθλιψης (35,7%), δύσπνοια (24,8%), διαταραχές μνήμης/συγκέντρωσης (17,6%), διαταραχές ύπνου (17,6%), αίσθημα παλμών (15%), μυαλγίες (13,1%), βήχας (12,4%), αρθραλγίες (9,2%), διαταραχές όσφρησης/γεύσης (8,5%), θωρακικό άλγος (7,2%), τριχόπτωση (7,2%), κεφαλαλγία (6,5%), αιμωδίες (2%) και εμβοές (1,3%). Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας συννοσηροτήτων και της ανάπτυξης του συνδρόμου POST COVID-19 και μεταξύ του γυναικείου φύλου και της τριχόπτωσης, των διαταραχών ύπνου, της κεφαλαλγίας και των εμβοών. Επίσης, υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της παραλλαγής alpha με την τριχόπτωση, της παραλλαγής delta με την εμφάνιση εξανθήματος και δύσπνοιας και της παραλλαγής omicron με το βήχα ( $p < 0,05$ ).

**Συμπεράσματα:** Η συχνότητα του συνδρόμου POST COVID-19 είναι σημαντική σε νοσηλευόμενους ανεμβολίαστους ασθενείς με νόσο COVID-19 ανεξάρτητα από την παραλλαγή SARS-CoV-2. Παρατηρήθηκε επίσης συσχέτιση των παραλλαγών του SARS-CoV-2 με συγκεκριμένα συμπτώματα του συνδρόμου.

## AA25.

### ΚΛΙΜΑΤΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ - CLIMATE CHANGE AND INFECTIOUS DISEASES

Μουστάκη Μαρία

Τμήμα Λοιμώξεων Γερμανικό Ογκολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Κ.Υ. Σητείας

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των επιπτώσεων της κλιματικής αλλαγής στη δημόσια υγεία και ειδικότερα, στη διάδοση μολυσματικών ασθενειών με τη μορφή επιδημιών και πανδημιών.



**Υλικό και Μέθοδοι:** Γίνεται επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας (Εκθέσεις Διεθνών Οργανισμών και φορέων δημόσιας υγείας, επιστημονική αρθρογραφία, συγγράμματα) και εξαγωγή συμπερασμάτων. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση με τη χρήση λέξεων-κλειδίων. Λέξεις-κλειδιά: κλιματική αλλαγή, μολυσματικές ασθένειες, παθογόνο, επίπτωση, δημόσια υγεία.

**Αποτελέσματα:** Οι επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής στην υγεία φαίνεται να είναι σημαντικές. Πιο συγκεκριμένα, οι υψηλές θερμοκρασίες, η ατμοσφαιρική ρύπανση, οι εκτεταμένες πυρκαγιές και ο συνδυασμός θερμότερης ατμόσφαιρας με τις υψηλές βροχοπτώσεις οδηγούν στη διασπορά ασθενειών όπως η ελονοσία, ο δάγκειος πυρετός κ.α. (11). Παράλληλα, οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ της κλιματικής αλλαγής και άλλων παραγόντων μολυσματικών ασθενειών φαίνεται να επιταχύνονται. Πάνω από τα δύο τρίτα των ασθενειών αυτών είναι ζωνοσογόνες, προκαλώντας ευρεία νοσηρότητα και θνησιμότητα. (18)

**Συμπεράσματα:** Η κλιματική αλλαγή αποτελεί βασικό μοχλό κινδύνου μολυσματικών ασθενειών. Παρόλα αυτά ακόμη και σήμερα, η βάση δεδομένων αποδεικτικών στοιχείων προς αυτή την κατεύθυνση είναι ελλιπής. Η ολοένα αυξανόμενη διαταραχή των περιοχών της βιοποικιλότητας, αναγκάζει τους ανθρώπους, τους φορείς, τα ζώα και τα παθογόνα σε όλο και πιο στενή επαφή. Η αύξηση της θερμοκρασίας σε συνδυασμό με την επισφαλή αστικοποίηση, την αύξηση της παγκόσμιας συνδεσιμότητας μέσω διεθνών ταξιδιών και εμπορίου και η μεταβλητότητα του κλίματος δύναται να επιτρέψουν σε νέα παθογόνα να εξαπλωθούν ευρέως, με πιθανότητα διηπειρωτικών πανδημιών με καταστροφικές συνέπειες για τη δημόσια υγεία σε συνδυασμό με κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις. (19) Οι στρατηγικές προσαρμογής στην κλιματική αλλαγή όπως η αξιολόγηση της ευπάθειας των επιπτώσεων και της προσαρμογής θα ενισχύσουν την ετοιμότητα της δημόσιας υγείας και θα διευκολύνουν την απόκριση σε αναδυόμενες απειλές και ασθένειες και ως εκ τούτου θα συμβάλλουν στον περιορισμό του ανθρωπίνου και περιβαλλοντικού κόστους (24).

## Βιβλιογραφία

- Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N, Cochran KB, Walsh SP, Meyerowitz-Katz G. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *Eur J Epidemiol*. 2020 Dec;35(12):1123–38.
- Ετήσια-Εκθεση-ΕΙΕΑΔ-Εργασία-κατ-Αποσκόπηση-2020.pdf [Internet]. [cited 2022 Sep 26]. Available from: <https://www.eiead.gr/wp-content/uploads/2020/12/%CE%95%CF%84%CE%A9%CF%83%CE%B9%CE%B1-%CE%B8%CE%BA%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%B7-%CE%95%CE%99%CE%95%CE%91%CE%94-%CE%95%CF%81%CE%B3%CE%B1-%CF%83%CE%AF%CE%B1-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%91%CF%80%CE%B1%CF%83%CF%87%CF%8C%CE%BB%CE%B7%CF%83%CE%B7-2020.pdf>
- O'Brien K. Global environmental change II from adaptation to deliberate transformation. *Progress in Human Geography*. 2012 Oct 1;36:667–76.
- Dokken D. 11 — Human Health: Impacts, Adaptation, and Co-Benefits. *Human Health*:46.
- Roeder P, Mariner J, Kock R. Rinderpest: the veterinary perspective on eradication. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2013 Aug 5;368(1623):20120139.
- Ebi KL, Ogden NH, Semenza JC, Woodward A. Detecting and Attributing Health Burdens to Climate Change. *Environ Health Perspect*. 2017 Aug 7;125(8):085004.
- Mitchell D, Heaviside C, Vardoulakis S, Huntingford C, Masato G, Guillod BP, et al. Attributing human mortality during extreme heat waves to anthropogenic climate change. *Environ Res Lett*. 2016 Apr;11(7):074006.
- Hansen J, Ruedy R, Sato M, Lo K. Global Surface Temperature Change. *Reviews of Geophysics* [Internet]. 2010 [cited 2022 Sep 27];48(4). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1029/2010RG000345>
- Tim Brennan NK, Janina Murta, Pierre Mukheibir, Joanne Chong. Understanding the adaptive capacity of Australian small-to-medium enterprises to climate change and variability [Internet]. Report No.: ISBN: 978-1-925039-07-8 NCCARF Publication 36/13. Available from: <file:///C:/Users/Maria%20Moustaki/Downloads/Kurupu-2013-Adaptive-capacity-SMEs-WEB.pdf>
- IPCC (2007a) Climate Change 2007 — European Environment Agency [Internet]. [cited 2022 Sep 26]. Available from: <https://www.eea.europa.eu/data-and-maps/indicators/atmospheric-greenhouse-gas-concentrations/ipcc-2007a-climate-change-2007>.
- Μπεριάτος Η. Παύλος-Μαρίνος Δελλαδέσιμας, 2009. Οι Ασφαλείς Πόλεις. Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα. Λειχώρος: Κείμενα Χωροταξίας, Πολεοδομίας και Ανάπτυξης. 2010 May 1;1(13):150–1.
- Risk of introduction and transmission of wild-type poliovirus in EU/EEA countries following events in Israel and Syria – updated risk assessment (9 December 2013) [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control. 2013 [cited 2022 Sep 26]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-introduction-and-transmission-wild-type-poliovirus-eeua-countries-following>
- Guidance for the U.S. Domestic Medical Examination for Newly Arriving Refugees | Immigrant and Refugee Health | CDC [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 26]. Available from: <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic-guidelines.html>
- Xie E, Barros EF de, Abelson A, Stein AT, Haines A. Challenges and opportunities in planetary health for primary care providers. *The Lancet Planetary Health*. 2018 May 1;2(5):e185–7.
- Caminade C, McIntyre KM, Jones AE. Impact of recent and future climate change on vector-borne diseases. *Ann N Y Acad Sci*. 2019 Jan;1436(1):157–73.
- Jones KE, Patel NG, Levy MA, Storeygard A, Balk D, Gittleman JL, et al. Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*. 2008 Feb;451(7181):990–3.
- Lowy R, Gasparrini A, Van Meerbeeck CJ, Lippi CA, Mahon R, Trotman AR, et al. Nonlinear and delayed impacts of climate on dengue risk in Barbados: A modelling study. *PLoS Med*. 2018 Jul;15(7):e1002613.
- Full Text PDF [Internet]. [cited 2022 Sep 26]. Available from: <https://www.nature.com/articles/nature06536.pdf>
- Plowright RK, Parrish CR, McCallum H, Hudson PJ, Ko AI, Graham AL, et al. Pathways to zoonotic spillover. *Nat Rev Microbiol*. 2017 Aug;15(8):502–10.
- Fornace KM, Brock PM, Abidin TR, Grignard L, Herman LS, Chua TH, et al. Environmental risk factors and exposure to the zoonotic malaria parasite *Plasmodium knowlesi* across northern Sabah, Malaysia: a population-based cross-sectional survey. *Lancet Planet Health*. 2019 Apr;3(4):e179–86.
- Waitz Y, Paz S, Meir D, Malkinson D. Temperature effects on the activity of vectors for Leishmania tropica along rocky habitat gradients in the Eastern Mediterranean. *J Vector Ecol*. 2018 Dec;43(2):205–14.
- Waitz Y, Paz S, Meir D, Malkinson D. Effects of land use type, spatial patterns and host presence on Leishmania tropica vectors activity. *Parasit Vectors*. 2019 Jun 25;12(1):320.
- Η κλιματική αλλαγή θα προκαλέσει περισσότερους καρκίνους | UC Σαν Φρανσίσκο [Internet]. [cited 2022 Sep 27]. Available from: <https://www.ucsf.edu/news/2020/11/418976/climate-change-will-give-rise-more-cancers>
- Thomas K. et al. WRES Climate change 2019:10e565

## AA26.

### Η COVID-19 ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΛΩΣΤΗΡΙΔΙΑΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ

Δουμουλιάκα Ευδοξία,<sup>1</sup> Μιχελάκης Ιωάννης,<sup>1</sup> Παράσχου Ελένη-Μαρία,<sup>1</sup> Αγοράνου Μαρία-Ελένη,<sup>1</sup> Χαλβατζή Ιωάννα,<sup>1</sup> Τσιβεριώτης Κωνσταντίνος,<sup>2</sup> Καυκούλα Ελένη,<sup>2</sup> Λιονή Αθηνά,<sup>1</sup> Τζαβάρια Βασιλική<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»  
<sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

**Εισαγωγή:** Η λοίμωξη από *Clostridioides difficile* (CDI) αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως με σημαντικές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας. Οποιαδήποτε κατάσταση που μπορεί να επηρεάσει το εντερικό μικροβίωμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση CDI με κυριότερο την προηγούμενη χρήση αντιβιοτικών. Υπάρχουν μελέτες που εγείρουν την υπόθεση ότι συνήθειες που υιοθετήθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας, όπως η αυξημένη χρήση αντισηπτικών/απολυμαντικών και η κοινωνική αποστασιοποίηση, περιορίζουν την έκθεση του οργανισμού σε μη παθογόνους μικροοργανισμούς διαταράσσοντας έτσι τη φυσιολογική μικροχλωρίδα και οδηγώντας σε δυσβίωση. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι ο ιός SARS-CoV-2 προσβάλλει τα εντερικά επιθηλιακά κύτταρα μέσω των ACE-2 υποδοχέων, επηρεάζοντας τη μικροχλωρίδα. Ωστόσο, τα βιβλιογραφικά δεδομένα για την επίπτωση της CDI κατά τη διάρκεια της πανδημίας είναι αντικρουόμενα.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Αναδρομική μελέτη ασθενών με CDI που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας το πρώτο εξάμηνο του 2019 και του 2022 αντίστοιχα. Καταγράφηκαν βασικά δημογραφικά στοιχεία, συννοσηρότητες, προηγηθείσα κατανάλωση αντιβιοτικών και ιστορικό λοίμωξης από SARS-CoV-2.

**Αποτελέσματα:** Τους πρώτους έξι μήνες του 2019 καταγράφηκαν 9 περιστατικά CDI (συχνότητα επί των συνολικών εισαγωγών: 1.2 περιστατικά/1000 ασθενείς-ημέρες), συγκριτικά με 16 περιστατικά το αντίστοιχο εξάμηνο του 2022 (συχνότητα επί των συνολικών μη COVID εισαγωγών: 3.2 περιστατικά/1000 ασθενείς-ημέρες). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στις δύο ομάδες αναφορικά με την ηλικία (διάμεση ηλικία: 86 vs 83 έτη,  $p=0.5$ ), την προηγούμενη κατανάλωση αντιβιοτικών (62.5% vs 77%,  $p=0.6$ ) και τις συννοσηρότητες ( $p>0.05$ ). Στην ομάδα του 2022 σημειώθηκαν 6 ασθενείς (44%) με πρόσφατη (< 6 μήνες) λοίμωξη από SARS-CoV-2. Οι ασθενείς με CDI και πρόσφατη COVID-19 ήταν νεότεροι (80 vs 87 έτη,  $p=0.1$ ), χρειάστηκαν στατιστικά σημαντικά βραχύτερη νοσηλεία (μέση διάρκεια 7 vs 14 ημέρες,  $p=0.03$ ) ενώ, δεν είχαν διαφορά στην προηγούμενη λήψη αντιμικροβιακών (71% και στις δύο ομάδες,  $p=1$ ) συγκριτικά με τους μη COVID-19 ασθενείς αμφοτέρων των ομάδων.

**Συμπεράσματα:** Από την μελέτη μας προκύπτει αυξημένη επίπτωση CDI κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Δεν είναι σαφές εάν αυτή η αυξητική τάση οφείλεται στη λοίμωξη SARS-CoV-2 αυτή καθ' αυτή ή σε άλλους παράγοντες σχετιζόμενους με την πανδημία. Παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς με CDI και ιστορικό COVID-19 ήταν νεότεροι και χρειάστηκαν νοσηλεία μικρότερης διάρκειας. Τα αποτελέσματά μας υπογραμμίζουν την ανάγκη επαγρύπνησης και περαιτέρω μελέτης της πιθανής συσχέτισης της λοίμωξης από SARS-CoV-2 με την εμφάνιση CDI.

## AA27.

### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID ΣΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΩΝ ΑΠΟ ENTEROCOCCUS SPP.

Δουμουλιάκα Ευδοξία,<sup>1</sup> Φέτσης Νικόλαος,<sup>1</sup> Μιχελάκης Ιωάννης,<sup>1</sup> Πανταζή Παρασκευή,<sup>2</sup> Ψαλλίδα Σωτηρία,<sup>2</sup> Λιονή Αθηνά,<sup>1</sup> Τζαβάρια Βασιλική<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

<sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

**Σκοπός:** Βιβλιογραφικές αναφορές αποτυπώνουν αυξημένη επίπτωση εντεροκοκκικών λοιμώξεων σε ασθενείς με SARS-CoV-2. Τόσο η αλόγιστη χρήση αντιμικροβιακών κατά τη διάρκεια της πανδημίας -



ιδίως κεφαλοσπορινών 3ης γενιάς - όσο και οι αλλαγές στο εντερικό μικροβίωμα που προκαλούνται από τον SARS-CoV-2 αυτόν καθ' εαυτόν, δημιουργούν συνθήκες που ευνοούν διηθητικές εντεροκοκκικές λοιμώξεις. Δεν είναι σαφές εάν αυτή η αυξημένη επίπτωση παρατηρείται και σε ασθενείς που δεν έχουν νοσήσει από SARS-CoV-2. Σκοπός της μελέτης μας είναι η καταγραφή ασθενών με μικροβιαμία από *Enterococcus spp* πριν και μετά την έλευση της πανδημίας.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Αναδρομική μελέτη μη COVID ασθενών με μικροβιαμία από *Enterococcus spp.* κατά τους πρώτους 6 μήνες του 2019 και του 2022 αντίστοιχα. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, συννοσηρότητες, είδος εντεροκόκκου και αντοχή στα αντιμικροβιακά, προηγούμενη χρήση αντιβιοτικών και έκβαση νόσου.

**Αποτελέσματα:** Κατά το πρώτο 6μηνο του 2019, καταγράφηκαν 9 ασθενείς με μικροβιαμία από *Enterococcus spp.* (συχνότητα επί του συνόλου των ετήσιων εισαγωγών: 1.2 περιπτώσεις/1000 ασθενείς-ημέρες) ενώ, το αντίστοιχο χρονικό διάστημα του 2022 οι νοσηλευόμενοι με εντεροκοκκική μικροβιαμία ήταν 7 (συχνότητα επί του συνόλου των ετήσιων εισαγωγών: 0.9 περιπτώσεις/1000 ασθενείς-ημέρες). Αμφότερες οι ομάδες ασθενών δεν διέφεραν σε ηλικία (διάμεση ηλικία: 86 vs. 85 έτη,  $p=0.7$ ), συννοσηρότητες, βασικό εργαστηριακό/παρακλινικό έλεγχο και διάρκεια νοσηλείας (ημέρες νοσηλείας: 10 vs 10,  $p=0.48$ ). Η πλειοψηφία των ασθενών (68%) ήταν γυναίκες ενώ, το 20% διέμενε σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων και το 1/3 είχε ιστορικό λήψης αντιβιοτικών το τελευταίο 3μηνο. Παρουσιάζει ενδιαφέρον ότι κατά το 2022 μικρότερο ποσοστό ασθενών ανέφερε ιστορικό πρόσφατης νοσηλείας (20% vs 63%). Η θνητότητα ήταν σημαντική και στις δύο χρονικές περιόδους (77% το 2019 vs. 42% το 2022) ενώ, πάνω από το 80% των ασθενών είχε αποβιώσει 30 ημέρες μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Υπεύθυνο παθογόνο ήταν καθ' υπεροχήν ο *Enterococcus faecalis* (10/16). Το 25% των απομονωθέντων στελεχών είχε αντοχή στην αμικιλίνη ενώ, μόνο 2/16 παρουσίαζε αντοχή στη βανκομυκίνη.

**Συμπεράσματα:** Παρά τους περιορισμούς που προκύπτουν από το μικρό μέγεθος του δείγματος, η μελέτη μας δεν αναδεικνύει σαφή επίδραση της πανδημίας COVID στην επίπτωση των εντεροκοκκικών μικροβιαμιών. Δεν παρατηρήθηκε ιδιαίτερη διαφοροποίηση στο είδος ή στα ποσοστά αντοχής στα αντιμικροβιακά των εντεροκόκκων στις δύο χρονικές περιόδους. Οι ασθενείς μας ήταν υπερήλικες με πολλαπλές συννοσηρότητες, χρειάστηκαν νοσηλεία μεγάλης διάρκειας ενώ η θνητότητα ήταν ιδιαίτερα σημαντική, υπογραμμίζοντας την σημασία των εντεροκοκκικών μικροβιαμιών ως μια σοβαρή απειλή δημόσιας υγείας με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις.

## AA28.

### ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ *IN VITRO* ΣΥΝΕΡΓΕΙΑΣ CEFTAZIDIME/AVIBACTAM ΚΑΙ AZTREONAM ΣΕ ΣΤΕΛΕΧΗ *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* ΠΟΥ ΠΑΡΑΓΟΥΝ ΜΕΤΑΛΛΟ-Β-ΛΑΚΤΑΜΑΣΕΣ

Καμαριώτης Σπυρίδων, Ξεπαπαδάκη Μαρία, Παπαϊωάννου Βασιλική, Βλαχοπάνου Δήμητρα, Τσιπλάκου Σοφία  
*Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»*

**Σκοπός:** Ο σκοπός της εργασίας είναι ο έλεγχος *in vitro* της συνεργικής δράσης των Ceftazidime/avibactam και Aztreonam σε στελέχη *Klebsiella pneumoniae* που παράγουν μεταλλο-β-λακταμάσες (VIM, NDM) και συνδυασμό αυτών με KPC, απομονωθέντων από καλλιέργειες αίματος στη διάρκεια μιας διαίτας.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Τα έτη 2021 και 2022 απομονώθηκαν από καλλιέργειες αίματος 565 στελέχη *K. pneumoniae*, εκ των οποίων 487 ήταν ανθεκτικά στις καρβαπενέμες. Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας έγινε με το σύστημα Vitek 2 (Biomérieux, France). Η μελέτη των μηχανισμών αντοχής στις καρβαπενέμες έγινε φαινοτυπικά με τη χρήση δίσκων μεροπενέμης με και χωρίς προσθήκη EDTA για την ανίχνευση μεταλλο-β-λακταμασών (MBL) και με τη χρήση δίσκων μεροπενέμης με και χωρίς προσθήκη βορονικού οξέος για την ανίχνευση KPC, ενώ παράλληλα ελέγχθηκαν και με μέθοδο ανοσοχρωματογραφίας για την ταχεία ανίχνευση OXA-48, KPC, VIM και NDM καρβαπενεμασών (Resist-3

OKN και Resist-5 OKNVI, Coris BioConsept, Belgium). Ο έλεγχος της *in vitro* συνέργειας των ceftazidime/avibactam και aztreonam έγινε με ταινίες διαβαθμισμένης συγκέντρωσης με τη μέθοδο του σταυρού (strip cross) και με επικάλυψη ταινιών (strip stacking) σε 100 στελέχη. Οι MICs των ceftazidime/avibactam και aztreonam προσδιορίστηκε με ταινίες διαβαθμισμένης συγκέντρωσης (Liofilchem, Italy). Υπολογίστηκε ο δείκτης Κλασματικής Ανασταλτικής Συγκέντρωσης (Fractional Inhibitory Concentration, FIC) και ερμηνεύτηκε ως: Συνέργεια <0,5, Αθροιστική δράση 0,5 - 1,0, Αδιάφορη δράση >1,0 - <4,0 και ανταγωνισμός >4,0.

**Αποτελέσματα:** Οι μηχανισμοί αντοχής στις καρβαπενέμες των στελεχών *K. pneumoniae* και η κατανομή τους ανά έτος φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα.

Καρβαπενεμάση/Έτος	KPC	VIM	NDM	KPC-VIM	KPC-NDM	Σύνολο
2021	71	10	48	110	0	239
2022	86	17	109	32	4	248
Σύνολο	157	27	157	142	4	487

Οι MICs της ceftazidime/avibactam ήταν  $\geq 256/4$   $\mu\text{g/ml}$  και της aztreonam κυμαίνονταν από 16 ως 256  $\mu\text{g/ml}$ . Με τον *in vitro* συνδυασμό των ceftazidime/avibactam και aztreonam διαπιστώθηκε συνεργική δράση σε όλα τα στελέχη *K. pneumoniae* που παράγουν MBL και συνδυασμό KPC-MBL.

**Συμπεράσματα:** Τα στελέχη *K. pneumoniae* που παρήγαγαν MBL και συνδυασμό KPC-MBL αφορούσαν την πλειονότητα των στελεχών (67,8%) που απομονώθηκαν από βακτηριαμίες. Ο συνδυασμός των ceftazidime/avibactam και aztreonam αποτελεί μια σημαντική θεραπευτική επιλογή.

## AA29.

### ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥΣ ΙΟΥΣ SARS-CoV-2, FLUA ΚΑΙ RSV ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Βαρβάρα Ευπραξία, Κοντοπούλου Κωνσταντίνα  
Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Θ. «Γ. Γεννηματάς»

**Σκοπός:** Η μελέτη συλλοιμώξεων σε ενήλικες και παιδιατρικούς ασθενείς που νοσηλεύονταν ή προσήλθαν στα Επείγοντα Ιατρεία Γενικού Νοσοκομείου.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρόκειται για προοπτική μελέτη παρατήρησης που διεξήχθη στο Γ.Ν.Θ. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» κατά το χρονικό διάστημα 23/11/2022-25/01/2023. Το υλικό αποτέλεσαν 4540 δείγματα ασθενών που προσήλθαν στα Επείγοντα Εξωτερικά Ιατρεία με οξεία λοίμωξη αναπνευστικού καθώς και νοσηλευόμενων ασθενών που εμφάνισαν συμπτώματα λοίμωξης αναπνευστικού. Όλα τα δείγματα ελέχθησαν για τους ιούς SARS-CoV-2, γρίπης τύπου Α (Flu A), γρίπης τύπου Β (Flu B) και αναπνευστικού συγκυτιακού ιού (RSV) με το αυτοματοποιημένο σύστημα Maelstrom TM 9600 (Taiwan Advanced Nanotech Inc). Ακολούθησε ανίχνευση των γονιδίων N, RdRP και S του SARS-CoV-2, του γονιδίου M της FLU A, του γονιδίου NS1 FLU B και του γονιδίου M του RSV.(Allplex SARS-CoV2/FluA/FluB/RSV Assay –Seegene Inc).

**Αποτελέσματα:** Από το σύνολο των δειγμάτων βρέθηκαν 349 (7,7%) θετικά για SARS-CoV-2, 253 (5,6%) θετικά για FLU A και 167 (3,6%) θετικά για RSV. Ταυτόχρονα εντοπίστηκαν 26 συλλοιμώξεις από δύο ιούς. Αναλυτικά οι συνδυασμοί των αναπνευστικών συλλοιμώξεων ήταν οι εξής: 14 συλλοιμώξεις SARS-CoV-2 με FLUA, 10 SARS-CoV-2 με RSV και 2 FLUA με RSV. Από το σύνολο των ασθενών με συλλοιμώξη οι 15 ήταν γυναίκες (57,7%) και οι 11 άντρες (42,3%) ενώ ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 48,5 έτη. Σε ποσοστό 6,8% των θετικών δειγμάτων σε SARS-CoV-2, ανιχνεύτηκε ταυτόχρονα και γονιδίωμα δεύτερου αναπνευστικού ιού και συγκεκριμένα 4% του FLUA και 2,8% του RSV. Αξίζει να αναφερθεί πως 37,6%

των θετικών ατόμων για SARS-CoV-2 με συλλοιμώση, δεν είχε εμβολιαστεί για τον SARS-CoV-2, ενώ ένα ποσοστό 75% στις συλλοιμώσεις της γρίπης δεν είχε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο.

**Συμπεράσματα:** Διαπιστώνεται η επανεμφάνιση των εποχικών αναπνευστικών ιών μετά την άρση όλων των περιοριστικών κοινωνικών και ατομικών μέτρων τον Σεπτέμβριο του 2022. Το ιικό φορτίο ήταν χαμηλό για τον SARS-CoV-2 και υψηλό για FLUA, με μεγάλη πιθανότητα η γρίπη να ακολουθεί την Covid λοίμωξη. Οι συλλοιμώσεις ωστόσο παραμένουν, στις περισσότερες μονάδες υγείας, αδιάγνωστες και υποτιμημένες, ιδιαίτερα σε ασθενείς ομάδων αυξημένου κινδύνου γι' αυτό και θα πρέπει η εργαστηριακή διερεύνηση να αφορά όλους τους αναπνευστικούς ιούς.

### AA30.

## ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΕΚΔΗΛΟΥΜΕΝΗ ΩΣ ΟΞΕΙΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ SARS-COV-2 (POST ACUTE COVID-19)

Κακαβούλης Ν.,<sup>1</sup> Τσαμούλης Δ.,<sup>1</sup> Ρόκα Α.,<sup>1</sup> Τασούλη Ε.-Χ.,<sup>1</sup> Παπαδάκη Α.,<sup>1</sup> Κουπετώρη Μ.,<sup>1</sup> Αλεξίου Ν.,<sup>1</sup> Ταταρίδου Τ.,<sup>1</sup> Αναστασιάδης Σ.,<sup>3</sup> Τζιάκου Π.,<sup>2</sup> Παπακωνσταντίνου Ε.,<sup>2</sup> Συμπάρδη Σ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

<sup>2</sup>ΠΑΘ/ΑΝ Εργαστήριο, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

<sup>3</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η οξεία COVID-19, στην πλειονότητα των ασθενών υφίσταται πλήρως μετά από 4-6 εβδομάδες. Σε μερικά άτομα μια πλειάδα συμπτωμάτων εκδηλώνεται σε συνέχεια ή/και μεταγενέστερα από την οξεία συμπτωματολογία της λοίμωξης αναπνευστικού, γνωστή στη βιβλιογραφία ως «long COVID-19» ή «post acute COVID-19» σύνδρομο. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το «post acute COVID-19» με κυρίαρχη συμπτωματολογία την ισχαιμική φλεγμονώδη κολίτιδα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Περιγράφεται περίπτωση γυναίκας 75 ετών, με νοσογόνο παχυσαρκία και ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, ανεμβολίαστη έναντι SARS-COV-2, η οποία: Α) Νοσηλεία: Νοσεί για πρώτη φορά από COVID-19 στις 03/01/22 με πυρετό, έντονα μυϊκά άλγη, καταβολή και δύσπνοια. Την 5η ημέρα νόσου εισάγεται με υποξυγοναιμία σε COVID-19 Νοσηλευτικό Τμήμα Νοσοκομείου (Sat O2 =85%) και υψηλούς δείκτες φλεγμονής. Αντιμετωπίστηκε με δεξαμεθαζόνη iv, ρεμτεσιβίρη επί 5ήμερο, κεφτριαζόνη, οξυγονοθεραπεία V/M 50%+12 litr O2, ΧΜΒΗ. Σύμφωνα με το ενημερωτικό σημείωμα των θεραπόντων ιατρών της κλινικής, η ασθενής προοδευτικά παρουσίασε βελτίωση και εξήλθε με οδηγίες στις 20/01/22, έχοντας αρνητική RT-PCR SAS-CoV-2. Β) Νοσηλεία: Δύο μέρες μετά το εξιτήριο (22/01/22), λόγω πολλών διαρροιών, εισήλθε σε μεγάλο Ιδιωτικό Θεραπευτήριο όπου (βάσει νέου ενημερωτικού) χορηγήθηκαν και πάλι εμπειρικά αντιμικροβιακά (σιπροφλοξασίνη+μετρονιδαζόλη και μεροπενέμη+τεϊκοπλανίνη) χωρίς ύφεση των συμπτωμάτων. Παρουσίασε επιπλέον πυρετό και μυκηταιμία, χορηγήθηκε μυκαφουγκίνη, αλλά λόγω μη ύφεσης των διαρροϊκών κενώσεων και βαρείας αναιμίας διακομίσθηκε στο νοσοκομείο μας (στις 21/2/2022).

Γ) Νοσηλεία: Στο Α' Παθολογικό Τμήμα η ασθενής εισήλθε με αφυδάτωση, αναιμία (Ht= 22%, Hb= 5g/dl), λευκοκυττάρωση, υψηλούς δείκτες φλεγμονής, πυρετό και άφθονες διάρροιες με μετεωρισμό κοιλίας.

**Αποτελέσματα:** Επανειλημμένος έλεγχος για κλωστρηδιακή κολίτιδα απέβη αρνητικός. Αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας: διάταση του παχέος εντέρου καθ' όλο το μήκος του και οίδημα τοιχώματος αυτού. Ενδοσκοπικός έλεγχος ανωτέρου και κατώτερου πεπτικού: εικόνα «μη ειδικής κολίτιδας», παρουσία άτυπων ψευδομεμβρανών. Χορηγήθηκε αγωγή έναντι *Clostridioides difficile* (φινταζομυκίνη x 10ήμερο), θεραπευτική δόση ΧΜΒΗ, έγινε δις αποσυμφόρηση του παχέος εντέρου ενδοσκοπικά. Η ασθενής επιδεινώθηκε, εμφανίζοντας επιπλέον αιμορραγικές κενώσεις, χορηγήθηκαν πέντε ώσεις υδρο-μεθυλο-πρεδνιζολόνης iv  $\wedge$ /24ωρο και εν συνεχεία πρεδνιζόνης iv (1 mg/kg\*/24ωρο),

μεσαλαζίνη per rectal, πολλαπλές μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών (ΣΕ) και FFPs, έγινε συμβούλιο με χειρουργούς για το ενδεχόμενο της κολεκτομής, αλλά παρουσίασε εικόνα κυκλοφορικής κατάρριψης, εξάνθημα αιμορραγικό στη κοιλιακή χώρα και η ασθενής κατέληξε, υπό χορήγηση προωθημένης αντιμικροβιακής αγωγής, χωρίς να μπορεί να τεκμηριωθεί ούτε σηπτικό επεισόδιο (στείρες όλες τις αιμοκαλλιέργειες) ούτε αιμορραγικό shock (αποκατασταθείς αιματοκρίτης). Η ιστολογική εξέταση βλεννογόνου παχέος εντέρου που είχε προηγηθεί, ανέδειξε αλλοιώσεις ισχαιμικού τύπου με ενδοθηλιακή υπερπλασία- φλεγμονή τύπου αγγειίτιδας, χωρίς ινιδοειδή νέκρωση του τοιχώματος, αλλά με θρομβωμένα τριχοειδή αγγεία και διαταραχή των κρυπτών και πυκνές φλεγμονώδεις διηθήσεις (αλλοιώσεις συμβατές με COVID-19 associated colitis).

**Συμπεράσματα:** Η οξεία COVID-19 εξ αρχής μπορεί να συνοδεύεται από ποικίλης έντασης γαστρεντερικά ενοχλήματα που σε ποσοστό 15-20%, οφείλονται στην ύπαρξη υποδοχέων ACE-II στα κύτταρα του εντέρου. Τυπική ισχαιμική φλεγμονώδης κολίτιδα από αγγειίτιδα μικρών αγγείων παχέος εντέρου, αναφέρεται σπάνια στην βιβλιογραφία της COVID-19, οφείλεται στο φαινόμενο ανοσο-θρόμβωσης και έχει πτωχή πρόγνωση.

## AA31.

### ΑΛΓΟΣ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΚΑΙ ΚΛΩΣΤΗΡΙΔΙΑΚΗ ΜΥΟΝΕΚΡΩΣΗ

*Ασημακοπούλου Σταυρούλα, Αθανάσουλα Ελένη, Μπάφα Κωνσταντίνα, Σιδέρης Κ., Αναστασοπούλου Αμαλία Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

**Εισαγωγή:** Η μυονέκρωση από κλωστηρίδιο είναι μια απειλητική νόσος με ταχεία εξέλιξη. Απαραίτητη κρίνεται η ισχυρή κλινική υποψία, με τη βοήθεια του ιστορικού και της κλινικής εξέτασης και η άμεση χειρουργική αντιμετώπιση μαζί την χρήση επιθετικής ενυδάτωσης και αντιβιοτικής αγωγής.

**Σκοπός:** Σε αυτό το περιστατικό, παρουσιάζουμε έναν ασθενή με ιστορικό λεμφώματος ήπατος υπό χημειοανοσοθεραπεία με πρόσφατη λήψη προ δεκαπενθημέρου, ο οποίος παραπέμπεται από το χειρουργικό λόγω με άλγους εντοπισμένο στο άνω τριτημόριο του αριστερού κάτω άκρου. Κατά την νοσηλεία του στην παθολογική κλινική εξελίχθηκε ραγδαία σε μυονέκρωση του αριστερού άκρου.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ένας άνδρας 44 ετών παραπέμπεται στο ΤΕΠ του παθολογικού λόγω αναφερόμενου άλγους εντοπισμένο στο άνω τριτημόριο του ΑΡ κάτω άκρου από ωρών. Αναφέρει άτυπο κοιλιακό άλγος και διαρροϊκές κενώσεις προ 3ημέρου, χωρίς να έχει προηγηθεί τραυματισμός. Πρόκειται για ασθενή με πρόσφατη διάγνωση λεμφώματος ήπατος από εξαμήνου υπό πρώτης γραμμής χημειοανοσοθεραπεία, με τελευταία λήψη προ δεκαπενθημέρου. Δεν αναφέρει προηγούμενα χειρουργεία στην κοιλία. Από τη φυσική εξέταση διαπιστώνεται ηπατομεγαλία, με ευπίεστη, μαλακή κοιλία και φυσιολογικούς εντερικούς ήχους ενώ εκσεσημασμένη ήταν η ερυθρότητα και το άλγος στην ψηλάφηση στο αριστερό κάτω άκρο κυρίως στην μηροβουβωνική περιοχή. Από τον εργαστηριακό έλεγχο σημαντική ήταν η λευκοπενία με 800 K/L πολυμορφοπύρρηνα, 1896 U/L CPK και 550 mg/L CRP.

Λόγω της βαριάς κλινικής κατάστασης του ασθενούς, διενεργήθηκε επείγουσα αζονική κοιλίας με τομές λεκάνης/ισχίων με ανάδειξη αέρα πέριξ του αριστερού κτενίτη μύος. Ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες και έγινε άμεσα έναρξη εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής και ενδοφλέβιας ενυδάτωσης. Μέσα σε λίγες ώρες ο ασθενής παρουσίασε ραγδαία επιδείνωση τόσο στην κλινική του εικόνα με επέκταση του οιδήματος, εκχύμωση και ψηλαφητό πλέον κριγμό έως την περιοχή της κατά γόνου άρθρωσης, όσο και στον εργαστηριακό του έλεγχο με 61.000 U/L CPK. Με αυτά τα δεδομένα, ο ασθενής υπεβλήθη άμεσα σε εκτεταμένο χειρουργικό καθαρισμό μεσχάση της βλάβης και τοποθέτηση παροχέτευσης.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα από την αιμοκαλλιέργεια και την καλλιέργεια του πύου από το χειρουργικό παρασκεύασμα απομόνωσαν τον παθογόνο μικροοργανισμό *Clostridium septicum*, το οποίο επιβεβαίωσε τη διάγνωση της αυτόματης κλωστηριδιακής μυονέκρωσης.

**Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά, ασθενείς με προδιαθεσικούς παράγοντες όπως λευχαιμία, λεμφο-υπερπλαστικά νοσήματα, χημειοθεραπεία και ουδετεροπενία έχουν υψηλή πιθανότητα για αυτόματη κλωστηριδιακή μυονέκρωση. Η έντονη κλινική εικόνα στο άκρο, η απεικόνιση με αξονική τομογραφία και η απομόνωση του μικροοργανισμού είναι διαγνωστικά, ενώ η υψηλή υποψία, η επιθετική ενυδάτωση, η εμπειρική ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή και η έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπιση κρίνεται απαραίτητη για την καλύτερη πρόγνωση του ασθενούς.

## AA32.

### ΣΥΦΙΛΗ ΜΙΜΟΥΜΕΝΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΕΝΑΠΟΘΕΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΝΤΡΑ

Λεωνίδου Λ.,<sup>1</sup> Οικονόμου Χ.,<sup>2</sup> Γραφανάκη Α.,<sup>2</sup> Ζολώτα Β.,<sup>3</sup> Μαραγκός Μ.,<sup>1</sup> Γεωργίου Σ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Λοιμώξεων, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών

<sup>2</sup>Δερματολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών

<sup>3</sup>Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας, Π.Γ.Ν. Πατρών

**Εισαγωγή:** Η ηπατική σύφιλη είναι ασυνήθιστη και αναφέρεται με κάπως μεγαλύτερη συχνότητα σε ασθενείς με HIV. Η σύφιλη μπορεί να επηρεάσει το ήπαρ στο δευτερογενές στάδιο ως συφιλιδική ηπατίτιδα και κατά το τριτογενές στάδιο με τη μορφή κομμωμάτων ενώ σπάνια εμφανίζεται με τη μορφή εστιακών βλαβών ήπατος.

**Σκοπός:** Παρουσιάζουμε περίπτωση ανοσοεπαρκούς ασθενούς με ηπατικές βλάβες με χαρακτηριστικές κακοήθειας που οφείλονταν σε συφιλιδική ηπατίτιδα.

**Περιγραφή περιστατικού:** Άνδρας 52 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό πλην υπερλιπιδαιμίας παρουσιάστηκε με μη κνησμάδες βλατιδοφουσαλιδώδες εξάνθημα κορμού κεφαλής κι άκρων παλαμών και πελμάτων από 4μήνου χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα. Είχε λάβει περιστασιακά κορτικοστεροειδή χωρίς βελτίωση ενώ έφερε αρνητική VDRL σε πρόσφατο έλεγχο. Κατά την εξέταση ήταν απύρετος χωρίς ψηλαφητούς λεμφαδένες, χωρίς νευρολογικά ελλείμματα και με ήπια ηπατοσπληνομεγαλία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε, διαταραχή ηπατικής βιοχημείας με χολοστατικό πρότυπο (SGOT=81, SGPT=136, GGT=119, ALP=148). Ο ορολογικός έλεγχος για κυτταρομεγαλοϊό, παρβοϊό B-19 ιό Epstein-Barr, ηπατίτιδα Β και Α ήταν συμβατός με παλαιά μόλυνση ενώ έλεγχος για HIV, brucella και bartonella, καρκινικούς δείκτες ήταν αρνητικός. Το υπερηχογράφημα κοιλίας ανέδειξε λιπώδη διήθηση ήπατος, φυσιολογικό εύρος χοληφόρων και αρκετές εστιακές αλλοιώσεις ήπατος με μη ειδικούς χαρακτήρες. Ο ασθενής υπεβλήθη αρχικά σε μαγνητική άνω κοιλίας όπου αναδείχθεισαν αιμαγγειώματα 6.4 και 2.2 cm στο ήπαρ αλλά και αρκετές μικρές υπόπυκνες αλλοιώσεις με τη μεγαλύτερη με διάμετρο 2.2 cm ύποπτες για κακοήθεια. Ολόσωμες αξονικές δεν ανέδειξαν πρωτοπαθή εστία ενώ υπεβλήθη σε PET-CT που φάνηκαν έντονοι υπερμεταβολικές εστίες στο ήπαρ και μικροί λεμφαδένες ηπατικής πύλης ευρήματα συμβατά με συστηματική λοίμωξη ή λέμφωμα. Η βιοψία δέρματος ανέδειξε λειχηνοειδές λεμφο-ιστιοκυτταρικό διήθημα στην επιδερμίδα με παρουσία διάσπαρτων πλασματοκυττάρων συμβατό με σύφιλη ενώ η βιοψία με βελόνα υπό CT έδειξε πολύμορφο διήθημα από πλασματοκύτταρα, λεμφοκύτταρα, μακροφάγα και ινοβλάστες (εικόνα φλεγμονώδη ψευδοόγκου). Ο έλεγχος με νέα VDRL ήταν 1/2, ΤΡΗΑ 1/5120. Ο ασθενής έλαβε 3 εβδομαδιαίες δόσεις βενζαθενικής πενικιλίνης ενδομυϊκά με αποκατάσταση της ηπατικής βιοχημείας και εξάλειψη των ηπατικών βλαβών σε επαναληπτικό υπέρηχο σε 1 μήνα.

**Συμπεράσματα:** Η σύφιλη είναι συστηματική λοίμωξη με ποικίλες εκδηλώσεις, και όχι άδικα έχει χαρακτηριστεί «ο μεγάλος μιμητής». Η σύφιλη πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση κάθε ασθενή με πολυεστιακές ηπατικές βλάβες χωρίς γνωστή πρωτοπαθή κακοήθεια.



AA33.

## ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΔΙΑΡΡΟΙΑ ΑΠΟ ΚΡΥΠΤΟΣΠΟΡΙΔΙΟ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΕΝΗΛΙΚΑ

Καράμπελα Ιρένα, Λιόση Ελένη, Ζάτα Αλεξάνδρα, Αρκαδιανός Χρήστος, Ταμπάκη Μαρία, Βασιλόπουλος Αλέξανδρος, Αργυράκη Αικατερίνη  
Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

**Εισαγωγή:** Το κρυπτοσπορίδιο (*Cryptosporidium* sp.) είναι ενδοκυτταρικό παράσιτο που προκαλεί σοβαρή λοιμώδη διάρροια συνήθως σε ανοσοκατεσταλμένους (άτομα με HIV-CD4<200 cells/mm, μεταμοσχευμένοι) και σε παιδιά στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η μόλυνση γίνεται μέσω της κοπρανοστοματικής οδού, ενώ στις επιδημίες η μετάδοση είναι κυρίως υδατογενής (μόλυνση δικτύου ύδρευσης, κολύμπι σε πισίνα/σιντριβάνι). Σε ανοσοεπαρκείς, η κρυπτοσποριδίωση είναι είτε ασυμπτωματική είτε παρουσιάζεται ως ήπια, αυτοπεριοριζόμενη οξεία γαστρεντερίτιδα που σπανίως χρήζει νοσηλείας. Η διάγνωση γίνεται με άμεση μικροσκοπήση κύστεων στα κόπρανα, ανίχνευση αντιγόνων του παρασίτου με ανοσοενζυμικές μεθόδους και με σύγχρονες μοριακές τεχνικές. Η κρυπτοσποριδίωση δεν επιτηρείται από το σύστημα υποχρεωτικής δήλωσης στην Ελλάδα, οπότε δεν υπάρχουν ακριβή δεδομένα για την επίπτωσή της (το 2021 καταγράφηκαν μόλις 28 θετικές παρασιτολογικές εξετάσεις κοπράνων για *Cryptosporidium parvum* από 4 νοσοκομεία).

**Σκοπός:** Παρουσίαση περίπτωσης ανοσοεπαρκούς ενήλικα με εμμένουσα διάρροια από κρυπτοσπορίδιο.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Άντρας, 32ετών, κάτοικος Αθηνών, χωρίς ταξίδια στο εξωτερικό, διανομέας και κηπουρός στο επάγγελμα, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσέρχεται στο ΤΕΠ λόγω πολλών διάρροϊκών κενώσεων από 10ημέρου (περίπου 30 κενώσεις/ημέρα, μικρής ποσότητας, πρασινόχρους, ενίοτε με πρόσμιξη αίματος, χωρίς βλέννη). Είναι απύρετος, και αναφέρει 2 επεισόδια εμετού. Έλαβε διαδοχικά, με σύσταση ιατρού, p.os. ριφαξιμίνη για 3ημέρες και σιπροφλοξασίνη για 2ημέρες, χωρίς ανταπόκριση. Κλινικά εμφανίζει μόνο αυξημένους εντερικούς ήχους και ήπια ευαισθησία στην ψηλάφηση του υπογαστρίου. Από τον ε/ε: οριακά αυξημένη SGOT, CRP: 1,39, χωρίς ηλεκτρολυτικές διαταραχές, παρά το μεγάλο αριθμό διάρροϊων. Τέθηκε σε ενδοφλέβια ενυδάτωση και έλαβε εμπειρική αγωγή με σιπροφλοξασίνη και μετρονιδαζόλη εν αναμονή καλλιιεργειών. Η μικροσκοπήση κοπράνων ήταν αρνητική για πυσσφαίρια. C.Dif (-). Από το ιστορικό προέκυψε ότι ο ασθενής έπινε νερό από πηγάδι σε περιοχή της Αττικής όπου είχε αναλάβει κηπουρικές εργασίες. Λόγω της εμμένουσας συμπτωματολογίας αποφασίστηκε να σταλεί film-array κοπράνων που απέβη θετικό για *Cryptosporidium* spp. Έγινε διακοπή σιπροφλοξασίνης/μετρονιδαζόλης και έναρξη αζιθρομυκίνης. Παράλληλα διενεργήθηκε έλεγχος HIV (αρνητικός), ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών με οριακά χαμηλή IgA (58,6 mg/dl), που δεν επιβεβαιώθηκε σε επόμενη μέτρηση. Σταδιακά, ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση, οι διάρροϊες υφέθηκαν την 4η ημέρα νοσηλείας και απέδραμαν πλήρως μετά από συνολικά 16 ημέρες.

**Συμπεράσματα:** Είναι μια σπάνια περίπτωση ανοσοεπαρκούς ατόμου με κρυπτοσποριδίωση και πολλαπλές, εμμένουσες διάρροϊες λόγω κατανάλωσης νερού από μολυσμένη πηγή. Οι διάρροϊες από κρυπτοσπορίδιο σε ανοσοεπαρκή είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενες, χωρίς ανάγκη ειδικής αντιπαρασιτικής αγωγής. Οι σύγχρονες μοριακές τεχνικές διάγνωσης είναι εξαιρετικά ευαίσθητες και μπορούν να βοηθήσουν τόσο στη διάγνωση της κρυπτοσποριδίωσης όσο και στην επιδημιολογική επιτήρηση της νόσου.

## AA34.

**ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ *COXIELLA BURNETII*, ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΟΝΤΟΤΗΤΑ**

Ζώνγκας Δήμητρα, Ταμπάκη Μαρία, Λίωση Ελένη, Κατσιάκας Θεόδωρος, Παπαναστάση Κασσιανή, Αργυράκη Αικατερίνη, Πεφάνης Άγγελος  
Α΄ Παθολογική Κλινική-Λοιμώξεων, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

**Εισαγωγή:** Ο πυρετός Q αποτελεί ανθρωποζωνόσο οφειλόμενη στην *Coxiella burnetii*. Σημαντικές δεξαμενές του είναι τα βοοειδή και τα αιγοπρόβατα που απεκκρίνουν τον μικροοργανισμό στο γάλα, τα ούρα, τα κόπρανα, στο αμνιακό υγρό και στον πλακούντα ενώ η μετάδοση λαμβάνει χώρα δια της εισπνοής αερολυμάτων. Οι ασθενείς μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί ή να εμφανίσουν πληθώρα κλινικών εκδηλώσεων συχνά μη ειδικών όπως πυρετός, κεφαλαλγία και εικόνα γριπώδους συνδρομής, πνευμονίας ή ηπατίτιδας. Η χρόνια λοίμωξη εμφανίζεται σε <5% των μολυσμένων ατόμων και εκδηλώνεται συχνότερα ως ενδοκαρδίτιδα. Οι οστεοαρθρικές εκδηλώσεις απαντώνται εξαιρετικά σπάνια.

**Σκοπός:** Παρουσίαση περιστατικού με εικόνα αρθρίτιδας/μυοσίτιδας σε έδαφος λοίμωξης από *Coxiella burnetii*.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Άνδρας 78 ετών, κάτοικος επαρχιακής πόλης χωρίς προφανή επαφή με ζώα, με ιστορικό στεφανιαίας νόσου, υπνικής άπνοιας και καλοήθους υπερπλασίας προστάτη προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω δεκατικής πυρετικής κίνησης από μηνός, χωρίς λεμφαδενοπάθεια, με συνοδό εφίδρωση, αίσθημα δύσπνοιας και κεντρομελική αδυναμία. Η ακτινογραφία θώρακος δεν ανέδειξε παθολογικά διηθήματα ενώ η μαγνητική τομογραφία ισχίων απεικόνισε συλλογή υγρού στις κατ' ισχίον διαρθρώσεις και εντύπωση οιδήματος των λαγονίων μυών άμφω. Προς αποκλεισμό κολλαγονικών νοσημάτων ελέγχθηκαν ανοσοσφαιρίνες, HLA-B27, ASMA, ENA SCREEN, cANCA, pANCA, ANA, RF και anti-CCP, που ήταν αρνητικά, με ΤΚΕ=73 mm. Οι καλλιέργειες αίματος, και ούρων απέβησαν στείρες, ενώ η οροαντίδραση Wright και τα αντισώματα (IgM, IgG) έναντι *Brucella* ήταν αρνητικά. Το QuantiFERON-TB απέβη θετικό και ελήφθη mini-BAL για άμεση χρώση, PCR και καλλιέργεια για μυκοβακτηρίδια που απέβησαν αρνητικά. Στη διαφοροδιάγνωση τέθηκε ο πυρετός Q που επιβεβαιώθηκε ορολογικά (αντισώματα για *C. burnetii* IgG Phase II: 1/256), αντισώματα Phase I, IgG και IgM: αρνητικά. Λόγω θέσης (κατ' ισχίον άρθρωση) δεν ήταν εφικτή η λήψη υγρού για PCR. Ο ασθενής απυρέτησε κατά τη νοσηλεία του και παρουσίασε βελτίωση της κεντρομελικής αδυναμίας χωρίς να χορηγηθούν αντιβιοτικά. Στον επανέλεγχο σε ένα μήνα διαπιστώθηκε περαιτέρω αύξηση των IgG Phase II (1/512-4xUNL) και θετικοποίηση IgG Phase I (1/128), με αρνητικά IgM και πλήρης ύφεση των συμπτωμάτων, συνηγορώντας υπέρ οξέος πυρετού Q.

**Συμπεράσματα:** Ο πυρετός Q αποτελεί διαγνωστική πρόκληση ακόμα και σε περιπτώσεις χωρίς προφανές επιδημιολογικό ιστορικό και απαιτεί αυξημένη επαγρύπνηση καθώς η *C. burnetii* δεν ανιχνεύεται σε κλασικές καλλιέργειες. Εξέταση εκλογής αποτελεί η PCR για *C. burnetii* αίματος ή ιστού σε οξεία λοίμωξη, ενώ όπου αυτή δεν είναι διαθέσιμη η διάγνωση γίνεται ορολογικά, σε διπλά δείγματα με απόσταση μηνός, για να καταδειχθεί σημαντική αύξηση στους τίτλους αντισωμάτων, με την ανίχνευση IgG Phase II να συνηγορεί υπέρ οξείας και IgG Phase I (>1/1024) υπέρ χρόνιας λοίμωξης.

**Βιβλιογραφία:**

- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID) Division of Vector-Borne Diseases (DVBD)/ Q fever, <https://www.cdc.gov/qfever/healthcare-providers/index.html>
- Meriglier, E., Sunder, A., Elsendoorn, A., Canoui, E., Rammaert, B., Million, M., Raoult, D., & Roblot, F. (2018). Osteoarticular manifestations of Q fever: A case series and literature review. *Clinical Microbiology and Infection*, 24(8), 912–913. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2018.03.005>



## AA35.

### ΜΕΛΕΤΗ ΓΟΝΙΔΙΩΝ ΑΝΤΟΧΗΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΓΟΥΝ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ ΣΤΕΛΕΧΗ *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*

Τσεκούρα Μαγδαληνή, Βαρβάρα Ευπραξία, Ζώτου Σοφία, Καψάλης Ιωάννης, Κοντοπούλου Κωνσταντίνα  
Μικροβιολογικό Εργαστήριο Γ.Ν.Θ. «Γ. Γεννηματάς»

**Σκοπός:** Η μελέτη γονιδίων αντοχής στελεχών *Klebsiella pneumoniae* που απομονώθηκαν από κλινικά δείγματα ασθενών Γενικού Νοσοκομείου και ο έλεγχος ευαισθησίας των στελεχών, στους νέους αντιμικροβιακούς παράγοντες.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Το υλικό αποτέλεσαν 92 πολυανθεκτικά στελέχη *Klebsiella pneumoniae* που απομονώθηκαν από κλινικά δείγματα ασθενών του Γ.Ν.Θ. «Γ. Γεννηματάς». Η ταυτοποίηση και ο προσδιορισμός MIC διενεργήθηκαν με το αυτοματοποιημένο σύστημα VITEK2 (bioMérieux). Ακολούθησε φαινοτυπικός έλεγχος καρβαπενεμασών με τη χρήση βορονικού οξέος και EDTA και τη χρήση ανοσοχρωματογραφίας (NG-Test CARBA -5). Σε δείγματα τα οποία μπορούσαν να επεξεργαστούν με μοριακή μέθοδο multiplex PCR, έγινε η επιβεβαίωση των καρβαπενεμασών και με μοριακή μέθοδο. Τέλος έγινε έλεγχος της ευαισθησίας των στελεχών στους αντιμικροβιακούς παράγοντες Imipenem/Relebactam και Meropenem/Vaborbactam με τη χρήση Etest (Liofilchem).

**Αποτελέσματα:** Από το σύνολο των δειγμάτων τα 38 προέρχονταν από καλλιέργειες αίματος, 38 από καλλιέργειες ούρων, 12 από καλλιέργειες τραυμάτων και 4 από επιχρίσματα ορθού. Τα 32 προέρχονταν από τη ΜΕΘ, τα 32 από την Παθολογική, τα 14 από την Ουρολογική, τα 4 από Ορθοπαιδική και τα 10 από την Χειρουργική Κλινική. Τα 18 στελέχη παρήγαγαν καρβαπενεμάσες τύπου KPC εκ των οποίων 14 παρήγαγαν και ESBL και CTX-M β-λακταμάσες. Τα 50 παρήγαγαν μεταλλο-β-λακταμάσες, εκ των οποίων τα 36 παρήγαγαν ταυτόχρονα και ESBL και CTX-M β-λακταμάσες. Τέλος, 24 στελέχη παρήγαγαν ταυτόχρονα και MBL και KPC καρβαπενεμάσες. Όλα τα στελέχη KPC ήταν ευαίσθητα στην Imipenem/Relebactam και στην Meropenem/Vaborbactam. Επίσης, 22 στελέχη που παρήγαγαν μεταλλο-β-λακταμάσες εμφάνισαν ευαισθησία και στην Imipenem/Relebactam και στην Meropenem/Vaborbactam.

**Συμπεράσματα:** Από το σύνολο των στελεχών το 54% παρήγαγε μεταλλο-β-λακταμάσες και από αυτά ένα 44% ήταν ευαίσθητα στους νεότερους αντιμικροβιακούς παράγοντες Imipenem/Relebactam και στην Meropenem/Vaborbactam. Θα είχε μεγάλο ενδιαφέρον εάν η δραστηριότητα των συγκεκριμένων αντιβιοτικών ισχύει και in vivo. Ανησυχητικό είναι το υψηλό ποσοστό στελεχών που παρήγαγε μεταλλο-β-λακταμάσες, δεδομένου των περιορισμένων θεραπευτικών δυνατοτήτων. Η εφαρμογή όλων των μέτρων πρόληψης και διασποράς των λοιμώξεων από πολυανθεκτικά στελέχη κρίνεται άκρως αναγκαία, δεδομένου ότι παράγουν γονίδια αντοχής στις καρβαπενέμες που είναι εξαιρετικά μεταδοτικά.

## AA36.

### ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑΣ ΑΠΟ ΑΝΘΕΚΤΙΚΑ ΣΤΗ ΒΑΝΚΟΜΥΚΙΝΗ ΣΤΕΛΕΧΗ *ENTEROCOCCUS SPP* ΣΕ ΜΕΘ-COVID19 ΚΑΙ NON-COVID19-ΜΕΘ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Χαραλαμπάκη Ν.,<sup>1</sup> Παντιώρα Β.,<sup>1</sup> Αρβανίτη Α.,<sup>2</sup> Κάππου Π.,<sup>1</sup> Κολονιώτη Β.,<sup>2</sup> Γιαννοπούλου Π.,<sup>1</sup> Συμπάρδη Σ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

<sup>2</sup>Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

**Σκοπός:** Οι βακτηριαμιές από στελέχη *Enterococcus spp* παρουσιάζουν αύξηση κατά την πρόσφατη 3ετία διεθνώς, ιδιαίτερα στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς με COVID-19 λοίμωξη, που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, συγκριτικά με τους non-COVID βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Σκοπός είναι η συγκριτική καταγραφή και αναδρομική ανάλυση των βακτηριαμιών από στελέχη *Enterococcus*

srp στις δύο Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ και ΜΕΘ – COVID19) του Νοσοκομείου μας, κατά το χρονικό διάστημα Ιούλιος 2021-Ιούλιος 2022.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Συμπεριελήφθησαν ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στις δύο ΜΕΘ του νοσοκομείου μας για το ανωτέρω διάστημα. Έγινε καταγραφή και αναδρομική ανάλυση της συχνότητας απομόνωσης και της ευαισθησίας των στελεχών στα αντιμικροβιακά. Η ταυτοποίηση των μικροβίων και ο έλεγχος ευαισθησίας έγινε με το σύστημα Phoenix 100 (BD, USA), βάσει των οδηγιών της EUCAST.

**Αποτελέσματα:** Κατά το χρονικό αυτό διάστημα νοσηλεύθηκαν 133 ασθενείς στη ΜΕΘ και 135 στη ΜΕΘ-COVID19, ενώ καταγράφηκαν 207 και 239 μικροβιαίμιες αντίστοιχα. Συνολικά απομονώθηκαν 54 στελέχη εντεροκόκκων, 24/54 στελέχη στη ΜΕΘ (15 άνδρες και 9 γυναίκες), από τα οποία 3 ήταν ανθεκτικά στη βανκομικίνη (12,5%) και 30/54 στελέχη (16 άνδρες και 14 γυναίκες) στη ΜΕΘ-COVID19, από τα οποία 11 (36,6%) ήταν ανθεκτικά στη βανκομικίνη. Δεν ανευρέθησαν στελέχη ανθεκτικά στη λινεζολίδη. Στη δαπτομυκίνη ανευρέθη MIC  $\leq 2$  mg/l(S) σε συνολικά 44/54 στελέχη (81,4%), ενώ τα υπόλοιπα 10/54 (18,5%) είχαν MIC=4 mg/l. Από τα 10 αυτά στελέχη, τα 9 αφορούσαν στην ΜΕΘ-COVID19, εκ των οποίων 5 ήταν VRE. Το συχνότερα απομονωθέν είδος ήταν ο *Enterococcus faecalis* (55,5 %), ενώ 13/14 στελέχη ανθεκτικά στη βανκομικίνη ήταν *E. faecium*. Μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν στην ΜΕΘ COVID19 οι 15,5 ημέρες, ενώ στη ΜΕΘ 9 ημέρες. Ο μέσος όρος νοσηλείας πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ ήταν 4 ημέρες και στις δύο ομάδες ασθενών.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με COVID-19 λοίμωξη που νοσηλεύονταν σε ΜΕΘ, διαπιστώθηκε αύξηση του ποσοστού της βακτηριαίμιας από στελέχη εντεροκόκκων ανθεκτικών στη βανκομικίνη, ενώ κάποια από αυτά είχαν αντοχή και στη δαπτομυκίνη. Σε όλους τους ασθενείς αυτούς είχε προηγηθεί χορήγηση αντιμικροβιακών ευρέως φάσματος προ εισόδου στη ΜΕΘ. Περαιτέρω συσχέτιση μπορεί να γίνει είτε με την ενδοθηλίτιδα-πηκτικοπάθεια μικρών αγγείων εντέρου και πρόκληση αλλαγών ή/και αλλομετάθεσης μικροβιώματος, είτε με ανοσοτροποποιητικές θεραπείες που χορηγούνται για την αντιμετώπιση της νόσου.

## AA37.

### ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ ΩΣ ΠΡΟΞΕΑΡΧΟΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗΣ: ΠΩΣ Η ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID ΑΠΟΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΖΕΙ

Φέτσης Νικόλαος, Δαφνή Μαρία, Καραπάτη Γιάννα, Μπούκουρης Αριστείδης, Δουμουλιάκα Ευδοξία, Λιονή Αθηνά, Τζαβάρα Βασιλική

Α' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

**Εισαγωγή:** Η λεπτοσπείρωση αποτελεί ζωνόσο που οφείλεται στην *Leptospira interrogans*. Η μέση ετήσια επίπτωση είναι 0,22/100.000 πληθυσμού. Το φάσμα των κλινικών εκδηλώσεων κυμαίνεται από υποκλινικές έως θανατηφόρες μορφές (νόσος Weil).

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με καθυστερημένη διάγνωση νόσου Weil με προεξάρχον σύμπτωμα την έκπτωση επιπέδου συνείδησης.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Ασθενής 40 ετών, προηγουμένως υγιής, διεκομίσθη στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας από δομή υγείας της περιφέρειας λόγω εμπυρέτου, διαταραχής επιπέδου επικοινωνίας και ικτέρου. Έναρξη συμπτωμάτων από 5ημέρου με πυρετό, ρίγος, μυαλγίες που είχαν αποδοθεί σε COVID-19 λόγω θετικού αντιγονικού τεστ και είχε συσταθεί συμπτωματική αγωγή. Λόγω κλινικής επιδείνωσης και εμφάνισης ικτέρου, παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Στο ΤΕΠ ο ασθενής ήταν εμπύρετος, ταχυπνοϊκός, ικτερικός. Εμφάνιζε αυξημένους δείκτες φλεγμονής, σοβαρή θρομβοπενία, οξεία νεφρική βλάβη, ήπια τρανσαμινασαιμία και σοβαρή υπερχοληρυθραιμία. PCR για SARS-CoV-2: αρνητικό. Ο ασθενής εισήχθη στην χειρουργική κλινική με πιθανή διάγνωση χολαγγειίτιδας. Κατόπιν παθολογικής εκτίμησης και με βάση το ιστορικό επαφής με δυνητικά μολυσμένο νερό, τέθηκε ισχυρή

κλινική υποψία για νόσο Weil και έγινε έναρξη IV κεφτριαξόνης. Διενεργήθηκε MRCP που δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα και μεταφέρθηκε στην Παθολογική κλινική. Η αρχική ορολογική εξέταση για λεπτοσπείρωση ήταν αρνητική. Κατά την νοσηλεία του, απυρέτησε, οι δείκτες φλεγμονής υποχώρησαν αλλά, παρατηρήθηκε περαιτέρω επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας, του ικτέρου και του επιπέδου συνείδησης με τον ασθενή πλέον να μεταπίπτει σε κωματώδη κατάσταση. Διενεργήθηκε CT εγκεφάλου και ΟΝΠ που δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Στο ΗΕΓ καταγράφηκαν εγκεφαλοπαθητικού τύπου αλλοιώσεις. Διασωληνώθηκε για προστασία αεραγωγού, υπεβλήθη σε συνεχή αιμοδιήθηση με ταχεία κλινική βελτίωση και απογαλακτισμό από τον αναπνευστήρα 5 ημέρες αργότερα. Ο ορολογικός έλεγχος στην φάση της ανάρρωσης απέβη θετικός για *Leptospira interrogans*.

**Συμπεράσματα:** Πέραν της εξάντλησης των συστημάτων υγείας, ένα επιπλέον δυσμενές επακόλουθο της πανδημίας COVID-19 είναι η υιοθέτηση του δόγματος “όλα τα εμπύρετα είναι COVID μέχρι αποδείξεως του εναντίου” που συχνά οδηγεί σε καθυστέρηση της σωστής διάγνωσης. Τα αρχικά συμπτώματα του ασθενή αποδόθηκαν σε λοίμωξη από SARS-CoV-2 λόγω ενός ψευδώς θετικού αντιγονικού τεστ. Η καθ’ υπεροχήν άμεση υπερχολερυθριναιμία οδήγησε στην δεύτερη λανθασμένη διάγνωση, αυτή της χολαγγειίτιδας. Αυτή η αλληλουχία γεγονότων κόστισε πολύτιμο χρόνο σε έναν ασθενή με απειλητική για τη ζωή λοίμωξη.

Τα σημεία-κλειδιά για την, τελικά, καλή έκβαση του ασθενούς ήταν ο υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας με την εξ’ αρχής χορήγηση της ενδεδειγμένης αγωγής και η κατάλληλη υποστηρικτική θεραπεία με κυρίαρχη τη συνεχή αιμοδιήθηση για την αντιμετώπιση της μεταβολικής διαταραχής -ουραιμία- η οποία προκάλεσε το κώμα του ασθενούς.

## AA38.

### ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ *M. BOVIS* ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΚΥΣΤΙΚΗ ΕΓΧΥΣΗ BCG

Χύτας Η.,<sup>1</sup> Γουρίδου Ε.,<sup>1</sup> Χαραλαμπίδης Κ.,<sup>1</sup> Μπάρμπας Ι.,<sup>1</sup> Κοκτσιδης Γ.,<sup>1</sup> Σημαιοφορίδης Β.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Δ’ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

<sup>2</sup>Ουρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

**Σκοπός:** Παρουσιάζουμε ασθενή με φυματιώδη προστατίτιδα -ασυνήθη τοπική επιπλοκή- μετά από ενδοκυστικές εγχύσεις με βάκιλο Calmette-Guerin (BCG).

**Παρουσίαση περιστατικού:** Άντρας 52 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό υποβλήθηκε σε διουρηθική αφαίρεση όγκου κύστης. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε καρκίνο ουροδόχου κύστης σταδίου T1HG που αντιμετωπίστηκε με ενδοκυστικές εγχύσεις BCG. Έγιναν αρχικά έξι εβδομαδιαίες εγχύσεις και κατά τη διάρκεια των επόμενων τριών εβδομαδιαίων αναμνηστικών εγχύσεων εμφάνισε δυσουρικά ενοχλήματα, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα. Το πρόγραμμα εγχύσεων διακόπηκε, ενώ στη γενική και καλλιέργεια ούρων ανευρέθηκε άσηπτη πυουρία. Σε επανέλεγχο μία εβδομάδα μετά το προστατικό αντιγόνο (PSA) ήταν 4,36 ng/ml, ενώ η δακτυλική εξέταση δεν ανέδειξε ψηλαφητή σκληρία. Ακολούθησε mpMRI του προστάτη που απεικόνισε ύποπτες εστίες PIRADS 4 στην περιφερική ζώνη του αδένα. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε υπερηχογραφικά κατευθυνόμενη βιοψία προστάτη.

**Αποτελέσματα:** Το πόρισμα της βιοψίας περιέγραψε αλλοιώσεις κοκκιωματώδους προστατίτιδας φυματιώδους τύπου με κεντρική νέκρωση. Παρά το πρόσφατο ιστορικό έκθεσης στο μυκοβακτηρίδιο *Bovis* μέσω των εγχύσεων, διενεργήθηκε περαιτέρω έλεγχος (ακτινογραφία θώρακος, χρώση για οξεάντοχα και καλλιέργεια πτυέλων, ούρων και σπέρματος, IGRA και δερμοαντίδραση Mantoux) για αποκλεισμό ενεργού νόσου από μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης ή διάσπαρτης νόσου που ήταν αρνητικός. Ακολούθησε δίμηνη αγωγή με τρία αντιφυματικά φάρμακα (ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη και εθαμβουτόλη) και εν συνεχεία επτάμηνη θεραπεία με ισονιαζίδη και ριφαμπικίνη. Κατά την παρακολούθηση του ασθενούς διαπιστώθηκε ύφεση των δυσουρικών ενοχλημάτων, ενώ η θεραπεία ολοκληρώθηκε

επιτυχώς χωρίς την εμφάνιση ανεπιθύμητων παρενεργειών. Τέλος, έχει προγραμματιστεί νέα mpMRI για απεικονιστικό επανέλεγχο της φλεγμονής.

**Συμπεράσματα:** Καταλήγουμε ότι σε κάθε ασθενή με ιστορικό ενδοκυστικών εγχύσεων BCG, η παρουσία άσηπτης πτυορίας σε συνδυασμό με αύξηση του PSA πρέπει να θέτει την υπόνοια της φυματιώδους προστατίτιδας. Η επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται με τη βιοψία του προστάτη και η αντιφυματική θεραπεία οφείλει να καλύπτει πάντα το παθογόνο στέλεχος *M. bovis*, από την εξασθένιση του οποίου προέρχεται το εναιώρημα βακίλων Calmette-Guerin (BCG).

### AA39.

## ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Χαραλαμπίδης Κ., Μπάρμπας Ι., Χύτας Η., Γουρίδου Ε., Κοκτσιδής Γ., Οικονόμου Θ., Φράγκου Ν., Πανάς Π., Βλαχάκης Δ., Κυδώνα Χ., Δουγαλής Α.

Δ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

**Εισαγωγή:** Ο ιός του Δυτικού Νείλου (ΔΝ) ενδημεί στην Ελλάδα και ιδίως στην περιφέρεια της κεντρικής Μακεδονίας, κατά τους καλοκαιρινούς και φθινοπωρινούς μήνες. Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς παραμένουν ασυμπτωματικοί, ενώ καταγράφονται περιστατικά με συμμετοχή από το ΚΝΣ με ανάγκη νοσηλείας σε παθολογικές κλινικές ή και σε μονάδες εντατικής θεραπείας, με υψηλό ποσοστό νοσηρότητας και θνητότητας.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι η λεπτομερής καταγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών και της έκβασης των ασθενών με λοίμωξη από ιό του Δυτικού Νείλου, που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας κατά το ενδημικό κύμα του 2022.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι των ασθενών με επιβεβαιωμένη εργαστηριακά λοίμωξη από ιό του Δυτικού Νείλου (IgM αντισώματα εγκεφαλονωτιαίου υγρού ή/και IgM αντισώματα ορού αίματος) που νοσηλεύτηκαν στην Δ' Παθολογική κλινική του Π.Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο» από τις 10/07/2022 έως τις 19/09/2022 και καταγράφηκαν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους, τα συμπτώματα, η βαρύτητα και η έκβαση της νόσου.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά μελετήθηκαν 17 ασθενείς (41% γυναίκες). Η μέση ηλικία τους ήταν τα 76 χρόνια και η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 8 ημέρες. Αναφορικά με την προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) 10 ασθενείς (59%) εμφάνισαν εγκεφαλίτιδα, εκ των οποίων οι μισοί είχαν και συμπτώματα μηνιγγίτιδας (μηνιγγοεγκεφαλίτιδα) και 7 μεμονωμένη εμπύρετη νόσο (41%). Τα συχνότερα συμπτώματα που εμφάνισαν ήταν πυρετός (17 ασθενείς, 100%), κεφαλαλγία (11 ασθενείς, 64%), τρόμος (9 ασθενείς, 52%), διαταραχή επιπέδου συνείδησης (11 ασθενείς, 64%), 2 ασθενείς εμφάνισαν εξάνθημα, 2 διαρροϊκό σύνδρομο, μία ασθενής εμφάνισε διπλωπία και διαταραχές ακοής και 6 ασθενείς εμφάνισαν συμπτώματα και σημεία από το κατώτερο αναπνευστικό. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, η πλειονότητα των ασθενών διατηρούσε φυσιολογικές τιμές CRP, ενώ 7 ασθενείς εμφάνισαν ήπια αύξηση της (μέση τιμή 4,6mg/L, φ.τ.<6 mg/L). 3 ασθενείς απεβίωσαν (17,6%) εκ των οποίων μόνο 1 θάνατος αποδόθηκε σε λοίμωξη από ιό ΔΝ, ενώ οι άλλοι 2 σε δευτεροπαθείς λοιμώξεις μετά από παρατεταμένη νοσηλεία σε ΜΕΘ.

**Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά, παρατηρήθηκε έξαρση των κρουσμάτων λοίμωξης από τον ιό του ΔΝ στο χρονικό διάστημα Ιουλίου-Σεπτεμβρίου 2022, με την πλειονότητα των νοσηλευόμενων ασθενών να εμφανίζουν συμπτώματα από το ΚΝΣ, με μικρή ωστόσο θνητότητα. Λόγω του μεγάλου επιπολασμού του νοσήματος τους καλοκαιρινούς μήνες σε ενδημικές περιοχές, θα πρέπει να υπάρχει ισχυρή κλινική υποψία για λοίμωξη από ιό του ΔΝ σε ασθενείς με εμπύρετο και διαταραχές επιπέδου συνείδησης, ειδικά όταν από τον εργαστηριακό έλεγχο δεν ανιχνεύονται υψηλοί δείκτες φλεγμονής.

AA40.

## ΑΤΥΧΗΜΑΤΙΚΟΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19

Καλλιτσάρη Σταυρούλα,<sup>1</sup> Καταφυγιώτη Βασιλική,<sup>2</sup> Κατοή Χριστίνα<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ιατρός Εργασίας, Γ.Ν. Τρικάλων

<sup>2</sup>Νοσηλεύτρια Ελέγχου Λοιμώξεων, Γ.Ν. Τρικάλων

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εκτιμηθεί η πορεία των συμβαμάτων Ατυχηματικής Έκθεσης (ΑΤΕΚ) του προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων για τα έτη 2017 έως και 2022, βάσει των δηλώσεων στο Γραφείο Ελέγχου Λοιμώξεων. Στην καθημερινή κλινική πρακτική των επαγγελματιών υγείας συναντάται το φαινόμενο της επαγγελματικής έκθεσης σε αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά. Η καταγραφή των εκθέσεων αποτελεί σημαντικό δείκτη ποιότητας για κάθε χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και απαραίτητο εργαλείο για την αναγνώριση των αναγκών εκπαίδευσης και παρεμβάσεων. Ιδιαίτερη αξία έχει να αξιολογηθούν τα δεδομένα σε σχέση με την πανδημία COVID-19 για να επαναπροσδιοριστούν οι εκπαιδευτικές και παρεμβατικές δράσεις.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Συγκεντρώθηκαν και μελετήθηκαν τα δελτία αναφοράς των εν λόγω συμβαμάτων από το 2017 έως και το 2022. Καταχώρηση σε Η/Υ και Microsoft Excel και παρουσίαση των προκαταρκτικών αποτελεσμάτων της ανάλυσης σε SPSS22.

**Αποτελέσματα:** Κατά την εξαετία 2017-2022 συγκεντρώθηκαν 100 αναφορές οι οποίες αφορούσαν σε 81 γυναίκες και 19 άνδρες. Το 40% των συμβαμάτων δηλώθηκαν εντός του έτους 2022. Οι συνηθέστεροι τρόποι έκθεσης αφορούσαν σε νυγμό από αιχμηρά με επικρατέστερους τους χειρισμούς αρτηριακών και φλεβικών γραμμών. Ακολουθούν οι χειρισμοί για τη μέτρηση του σακχάρου (stick), για την αποκομιδή απορριμμάτων και οι χειρισμοί για την επανατοποθέτηση καλύμματος βελόνας και λοιπά συμβάματα. Εντατικοποιήθηκαν οι παρεμβάσεις του Γραφείου Ελέγχου & Πρόληψης Λοιμώξεων σε συνεργασία με την ιατρό εργασία λόγω της παρατηρούμενης αύξησης των ΑΤΕΚ, με εβδομαδιαίες ενημερωτικές ενημερώσεις στο κεντρικό αμφιθέατρο του νοσοκομείου και με εκπαιδευτικές ομιλίες πόρτα-πόρτα. Στο πλαίσιο των παραπάνω δράσεων, αναθεωρήθηκε και εγκρίθηκε από τις αρμόδιες Επιστημονικές Επιτροπές το Πρωτόκολλο Ενεργειών του Νοσοκομείου μας για έκθεση σε βιολογικά υγρά. Επιπλέον, τηρείται αρχείο αντισωμάτων έναντι της Ηπατίτιδας Β από την ιατρό εργασία στον ατομικό ιατρικό φάκελο των εργαζομένων.

**Συμπεράσματα:** Ιδιαίτερο προβληματισμό εγείρει το γεγονός ότι το 40% των συνολικών ΑΤΕΚ της εξαετίας συνέβησαν εντός του 2022. Η αξιοσημείωτη αυτή αύξηση μπορεί να αποδοθεί στην επικέντρωση του ενδιαφέροντος των εκπαιδύσεων στη διαχείριση της πανδημίας COVID-19 συνδυαστικά με την ανανέωση του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου καθώς και με την ψυχική και σωματική κόπωση αυτών. Σημαντικό ρόλο πιστεύεται ότι διαδραμάτισε επιπλέον η αντικειμενική αύξηση του εργασιακού φόρτου των επαγγελματιών υγείας. Τα αποτελέσματα των παρεμβάσεών μας καταγράφονται συστηματικά και θα αξιολογηθούν για να παρουσιαστούν σε επόμενη μελέτη.

AA41.

## ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 12ΜΗΝΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Μιχελάκης Ιωάννης,\* Μαντά Ασπασία,\* Σπανουδάκη Αναστασία, Μάντζος Διονύσιος, Κροντηρά Σοφία, Τζαβάρα Βασιλική, Δαφνή Μαρία

Α' Παθολογική Κλινική, «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

\*ίση συνεισφορά



**Εισαγωγή:** Η πανδημία της COVID-19 και οι συνεχιζόμενες επιπτώσεις της στον πληθυσμό, την καθιστούν κρίσιμο πρόβλημα δημόσιας υγείας που απασχολεί την επιστημονική κοινότητα παγκοσμίως. Οι μακροχρόνιες επιπλοκές της και οι παράγοντες που προδιαθέτουν στην εμφάνισή τους, αποτελούν αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητικών ομάδων.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης ήταν η παρακολούθηση ασθενών για 12 μήνες μετά τη νοσηλεία τους λόγω COVID-19 και η περιγραφή των συμπτωμάτων που παρουσίαζαν και των επιπτώσεων της νόσου.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Από τον Οκτώβριο του 2020 έως το Μάρτιο του 2021 εντάχθηκαν 92 ασθενείς. Κατά την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο, καθώς και στους 1,3,6 και 12 μήνες μετά τη νοσηλεία καταγράφηκαν δημογραφικά, κλινικά, εργαστηριακά και απεικονιστικά δεδομένα. Οι ασθενείς υποβάλλονταν σε υπερηχογράφημα καρδιάς, σπιρομέτρηση, καθώς και εκτεταμένο ανοσολογικό έλεγχο, με ανοσοηλεκτροφόρηση και ποσοτικό προσδιορισμό ανοσοσφαιρινών και ανοσοφαινότυπο λεμφοκυττάρων.

Η εκτίμηση της λειτουργικότητας των ασθενών, της ποιότητας ζωής καθώς και ψυχομετρικών παραμέτρων έγινε με χρήση της ελληνικής έκδοσης της κλίμακας Karnofsky και του ερωτηματολογίου 5-level EQ-5D.

**Αποτελέσματα:** Στους ασθενείς που μελετήσαμε (διάμεση ηλικία: 61 έτη), 69% ήταν άντρες και το 33% έπασχε από σοβαρή νόσο κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο, οριζόμενη από την παρουσία εκτεταμένων διηθημάτων στην απεικόνιση του πνεύμονα (>50%) ή SpO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub><300. Σε σχέση με τους ασθενείς που παρουσίαζαν ήπια νόσηση, οι βαρέως πάσχοντες παρουσίαζαν σημαντικότερες διαταραχές του εργαστηριακού τους προφίλ κατά την εισαγωγή τους και μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας (p<0.001). Οι δείκτες φλεγμονής (CRP, φερριτίνη, ινωδογόνο), παρά τη σημαντική συσχέτιση με τη βαρύτητα της νόσου κατά τη νοσηλεία, φάνηκε να επανέρχονται εντός φυσιολογικών ορίων στους 3 μήνες μετά τη νοσηλεία και ήταν συγκρίσιμοι για τις δύο ομάδες ασθενών. 25% των συμμετεχόντων ανέφερε παραμονή της κόπωσης, των μυοσκελετικών αλγών και της “ομίχλης” εγκεφάλου (brain fog) έως και 12 μήνες μετά τη νοσηλεία, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της αρχικής νόσησης. Η πλειοψηφία των ασθενών παρουσίαζε φυσιολογικά ευρήματα στο υπερηχογράφημα καρδιάς και τη σπιρομέτρηση ήδη από τον πρώτο μήνα, ενώ κανείς δεν παρουσίαζε υπολειπόμενη βλάβη στο πνευμονικό παρέγχυμα έως το τέλος της παρακολούθησης (12 μήνες). Οι τιμές της κλίμακας Karnofsky ήταν χαμηλότερες καθ’ όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης στην ομάδα των ασθενών που παρουσίασε αυξημένες ανάγκες οξυγονοθεραπείας κατά τη νοσηλεία (p=0.04).

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη μας ρίχνει φως στις μακροπρόθεσμες επιπλοκές της COVID-19 σε πολλές πτυχές της οργανικής και ψυχικής υγείας των ασθενών. Μετά από ένα χρόνο εντατικής παρακολούθησης, μόνο μη ειδικά συμπτώματα με προεξάρχουσα την κόπωση φάνηκε να επιμένουν. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η απουσία οποιασδήποτε υπολειπόμενης οργανικής βλάβης.

## AA42.

### ΓΙΑΤΙ Ο ΒΙΟΔΕΙΚΤΗΣ suPAR ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΟΒΑΡΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ;

Χαραλαμπίκη Ν.,<sup>1</sup> Αρβανίτη Α.,<sup>2</sup> Γκίκα Ε.,<sup>1</sup> Πλιάγκος Α.,<sup>1</sup> Χαριτίδου Ο.,<sup>1</sup> Κολονιώτη Β.,<sup>2</sup> Συμπάρδη Σ.,<sup>2</sup> Γιαννοπούλου Π.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό & Βιοχημικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

<sup>2</sup>Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

**Σκοπός:** Ο βιοδείκτης suPAR είναι η διαλυτή μορφή του υποδοχέα ουροκινάσης (uPAR) αποτελώντας ένα μέτρο ανοσολογικής ενεργοποίησης και φλεγμονής. Οι ασθενείς με πολύ χαμηλά επίπεδα suPAR (<3 ng/ml), έχει δείχθει ότι, έχουν καλή πρόγνωση και χαμηλό κίνδυνο επιδείνωσης και επανόδου στο νοσοκομείο. Σκοπός της μελέτης: συσχέτιση των υψηλότερων τιμών του βιοδείκτη suPAR, με την πορεία νόσου των ασθενών, που προσέρχονται με συμπτωματολογία οξείας εμπύρετης αναπνευστικής λοίμωξης (με έμφαση στην COVID19) και χρειάζεται να νοσηλευθούν με βάση τα κλινικο-απεικονιστικά κριτήρια των ιατρών υποδοχής.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Το βήμα 01/11/2021-31/04/2022 καταγράφηκαν τα δείγματα suPAR από 1948 ασθενείς, που εξετάστηκαν στο Ιατρείο Οξείων Αναπνευστικών Λοιμώξεων. Για προσδιορισμό suPAR σε δείγματα πλάσματος, χρησιμοποιήθηκε η ανοσολογική θολοσιμετρική μέθοδος (TurbidLatex) Virogates (suPARnostic) στον Βιοχημικό αναλυτή Cobas c 503 (Roche). Συσχετίστηκαν οι cutoff (6 ng/ml) και οι υψηλότερες ( $\geq 12$  ng/ml) τιμές του βιοδείκτη, με την ανάγκη επείγουσας νοσηλείας και την αναλογική θνητότητα ομάδων των ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Επιλέχθηκαν οι 578/1948 ασθενείς (29,67%) που είχαν suPAR  $\geq 6$  ng/ml ( $6 \geq 16$  ng/ml). Από αυτούς μόνο οι 84/578 (14,5%) δεν χρειάστηκε να νοσηλευθούν βάσει της γενικής κλινικο-εργαστηριακής εικόνας. Αναγκαία νοσηλεία: Σε 494/578 ασθενείς με suPAR  $\geq 6$  (6-16) ng/ml (85,46%). Ειδικότερα: Οι ασθενείς με suPAR=6 ng/ml νοσηλεύθηκαν σε ποσοστό 69,7% (85/122), ενώ οι ασθενείς με suPAR  $\geq 12$  (12-16) ng/ml νοσηλεύθηκαν σε ποσοστό 97,2% (176/181). Αιτιολογικός παράγοντας: Οι 112/578 (19,4%) νοσηλεύθηκαν ως non-COVID19 λοίμωξη-επιπλοκή αναπνευστικού. Οι 382/578 (66,2%) νοσηλεύθηκαν με οξεία COVID19. Από τους COVID19 οι 44/382 (11,5%) νοσηλεύθηκαν στην ΜΕΘ και οι 338/382 (88,4%) στα κλινικά τμήματα COVID19. Θνητότητα: Στη ΜΕΘ κατέληξαν 31/44 (70,45%) και στα έξω κλινικά τμήματα 90/338 (26,6%). Στους έχοντες  $\geq 12$  ng/ml suPAR COVID19 ασθενείς, η αναλογική θνητότητα είναι 48,4%, ενώ στους έχοντες suPAR = 6 ng/ml η θνητότητα δεν ξεπερνά το 15%.

**Συμπεράσματα:** Τόσο η ανάγκη για νοσηλεία όσο και η αναλογική θνητότητα μεγαλώνει εκθετικά στην ομάδα των ασθενών με οξεία λοίμωξη κατωτέρου αναπνευστικού (συμπεριλαμβανομένης της COVID19) που έχει suPAR  $\geq 12$  ng/ml (συγκριτικά με την ομάδα ασθενών που έχει υποδιπλάσιο suPAR = 6 ng/ml). Είναι εύλογο ότι η ομάδα ασθενών με suPAR  $\geq 12$  ng/ml, λόγω πτωχής πρόγνωσης, χρήζει άμεσης ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ ο βιοδείκτης αυτός μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εργαλείο διαστρωμάτωσης κινδύνου, λήψης αποφάσεων και ορθής διαχείρισης.

### AA43.

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ψαρρά Αικατερίνη,<sup>1</sup> Λαγκαδινού Μαρία,<sup>2,3</sup> Γαλανοπούλου Λιλιάννα,<sup>1</sup> Καστανάς Χρήστος,<sup>1</sup> Ιορδάνου Παρασκευή,<sup>1</sup> Σακελλαροπούλου Θεοδώρα,<sup>1</sup> Γιάνναρου Αλεξάνδρα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, Γ.Ν. Ηλείας

<sup>2</sup>Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

<sup>3</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της επίπτωσης των πολυανθεκτικών οργανισμών σε δευτεροβάθμιο περιφερειακό νοσοκομείο.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Το υλικό αποτέλεσαν τα εργαστηριακά αποτελέσματα των καλλιεργειών των νοσηλευόμενων ασθενών και αυτών που προσερχόταν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών οι οποίες διεξήχθησαν στο μικροβιολογικό εργαστήριο του νοσοκομείου από τον Απρίλιο 2022-Ιανουάριο 2023

**Αποτελέσματα:** Τα ποσοστά των πολυανθεκτικών παθογόνων που ανιχνεύθηκαν ήταν για την *Klebsiella* 31,1%, τον *Enterococcus* 22,6%, το *Acinetobacter* 16%, την *Pseudomonas* 15,9% και τον *Staphylococcus Aureus* 8,6%. Η πλειοψηφία αυτών κατά 32% ήταν δείγματα που προήλθαν από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ενώ στην δεύτερη βρίσκεται η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με 27%. Ποσοστά κοντά στο 10% καταγράφηκαν στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, την Παθολογική και τη Χειρουργική Κλινική. Το υψηλότερο ποσοστό πολυανθεκτικών μικροοργανισμών εντοπίστηκε στις καλλιέργειες ούρων, ενώ οι καλλιέργειες κεντρικών καθετήρων, αίματος, βρογχικών εκκρίσεων και τραύματος παρουσίασαν περίπου ίδια διακύμανση από 12-15%.

**Συμπεράσματα:** Στη συγκεκριμένη μελέτη το πολυανθεκτικό παθογόνο που επικρατεί είναι η *Klebsiella*, κάτι που δεν αποκλίνει και από τις υπόλοιπες καταγραφές που έχουν γίνει σε νοσοκομεία της



χώρας. Ωστόσο αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι στο Τμήμα Επειγόντων Ποριστικών καταγράφεται η υψηλότερη επίπτωση λοιμώξεων από πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς, καθώς ασθενείς με μεγάλο μικροβιακό φορτίο λόγω προηγούμενων νοσηλείων σε νοσοκομειακά τμήματα προσέρχονται για επανεισαγωγή. Αυτό αποτελεί αυξημένο κίνδυνο για διασπορά ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, αυξάνει τον χρόνο νοσηλείας, το κόστος και τη χρήση αντιβιοτικών.

#### AA44.

### ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ *SHIGELLA FLEXNERI* ΕΝΗΛΙΚΑ

Σαλαμούρη Μυρσίνη,<sup>1</sup> Γεωργίου Ανδρέας,<sup>1</sup> Κωτούλας Σωτήριος,<sup>1</sup> Εφραιμίδης Θεόδωρος,<sup>1</sup> *Mykhailova Yuliya*,<sup>1</sup> Καραγιαννίδης Γεώργιος,<sup>1</sup> Μακρής Αθανάσιος,<sup>1</sup> Φωτεινού Βασιλική,<sup>1</sup> Κονσολάκης Χρήστος,<sup>2</sup> Σπυροπούλου Όλγα,<sup>1</sup> Κουσαθανά Φωτεινή,<sup>1</sup> Μπληζιώτης Ιωάννης,<sup>1</sup> Σαμαράς Χαρίλαος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

<sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

**Σκοπός:** Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ασθενούς με βακτηριαμία από MDR *Shigella Flexneri*.  
**Παρουσίαση περιστατικού:** Ασθενής ηλικίας 32 ετών, χρόνιος χρήστης τοξικών ουσιών ("shisa"), προσήλθε στο ΤΕΠ, τον Ιούλιο, εξαιτίας πτώσεως επιπέδου συνείδησης, εμπυρέτου και πολλαπλών διαρροϊκών κενώσεων. Από την αντικειμενική εξέταση: ΑΠ: 80/55 mmHg, σφ: 100/min, αναπνοές 20/min. Εικόνα σοβαρής αφυδάτωσης. Παρουσία εκκρίσεων στο αναπνευστικό. Κοιλία μετεωρισμένη, με αυξημένους εντερικούς ήχους, χωρίς σύσπαση, με έντονη όμως διάχυτη ευαισθησία στην εν τω βάθει ψηλάφηση. Αυχενική δυσκαμψία (-), τετρακινητικός, υπνηλικός. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: WBCs: 5830/mm<sup>3</sup>, CRP: 395mg/l (φτ <5 mg/l), antiHCV(+), HIV(-). U/S κοιλίας: παρουσία υγρού μεταξύ των εντερικών ελίκων, ίζημα χοληδόχου κύστεως χωρίς πάχυνση τοιχώματος. Τέθηκε σε ενυδάτωση με χορήγηση κρυσταλλοειδών και αφού ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος έγινε έναρξη ciprofloxacin, metronidazole. Από τις κ/ες αίματος αναπτύχθηκε *Shigella flexneri* με MIC: 0,25 μg/ml για ciprofloxacin (E) Το στέλεχος παρουσίαζε αντοχή στις κεφαλοσπορίνες α και β γενεάς. Η καλλιέργεια κοπράνων απέβη αρνητική. Η multiplex PCR κοπράνων απέβη θετική για *Shigella*. Παρά την ενυδάτωση και την αντιμικροβιακή αγωγή η ανταπόκριση ήταν βραδεία. Εξαιτίας της πιθανής παρουσίας γονιδίων που κωδικοποιούν αντοχή στις κινολόνες στο εύρος της MIC 0,125-1 και της πτωχής ανταπόκρισης μετά από 48h, έγινε τροποποίηση της αγωγής σε piperacillin/tazobactam. Ο ασθενής ανταποκρίθηκε ταχέως παρουσιάζοντας μεγάλη κλινική βελτίωση εντός των επομένων 48h. Αφού παρέμεινε άπυρετος επί διήμερο στη συνέχεια εξήλθε του νοσοκομείου με TPM-SMX p.os.

**Συμπεράσματα:** Η *Shigella* είναι Gram (-) βακτήριο της οικογένειας των ενεροβακτηριακών. (*S. dysenteriae* (serogroup A), *S. flexneri* (serogroup B), *Shigella boydii* (serogroup C), and *S. sonnei* (serogroup D)). Ο συχνότερος υπεύθυνος ορότυπος είναι η *Sh. Flexneri*. Η *Shigella* αν και προκαλεί διεισδυτική νόσο του εντέρου, είναι μια σχετικά αυτοπεριοριζόμενη νόσος. Πολύ σπάνια διαπερνά τον υποβλεννογόνο χιτώνα με αποτέλεσμα βακτηριαμία (22 περιπτώσεις ενηλίκων στην διεθνή βιβλιογραφία). Η βακτηριαμία σε ενήλικες έχει παρατηρηθεί σε άτομα >65 ετών με υποκείμενα νοσήματα (50% με ΣΔτ2) και σχετίζεται με αυξημένη θνητότητα. Αγωγή με αντιβιοτικά συνιστάται σε συμπτωματικούς ασθενείς, για τη μείωση της φορέας. Παρατηρείται τελευταία, η ανάδυση με αυξανόμενη συχνότητα MDR, ESBL στελεχών από χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου, με αντοχή σε κεφαλοσπορίνες, TPM-SMX, αζιθρομυκίνη. Αναφέρονται περιπτώσεις αποτυχίας αγωγής με κινολόνες λόγω της πιθανής παρουσίας γονιδίων που κωδικοποιούν αντοχή στις κινολόνες για MIC μεταξύ 0,125-0,25μg/ml (εντός των ορίων της ευαισθησίας *shigella*). Αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την επιλογή της κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής σε ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα, συννοσηρότητες ή βακτηριαμία.

AA45.

## ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ *PNEUMOCYSTIS JIROVECI* ΚΑΙ BOCAVIRUS TYPE 1 ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

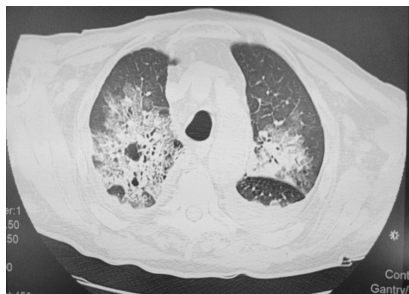
Καραπέδη Ελένη,<sup>1</sup> *Mykhailova Yuliya*,<sup>2</sup> Εφραιμίδης Θεόδωρος,<sup>2</sup> Κωτούλας Σωτήριος,<sup>2</sup> Τσιάμης Νικόλαος,<sup>2</sup> Καραγιαννίδης Γεώργιος,<sup>2</sup> Σπυροπούλου Όλγα,<sup>2</sup> Μπληζιώτης Ιωάννης,<sup>2</sup> Γιαννακόπουλος Ανδρέας,<sup>1</sup> Σαμαράς Χαρίλαος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπείο Βούλας

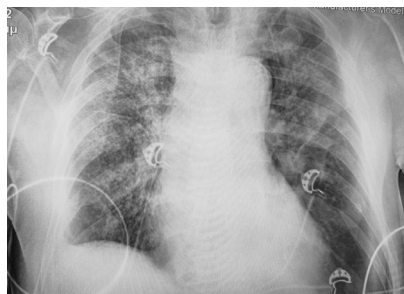
<sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπείο Βούλας

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ασθενούς με συλλοίμωξη από *P. Jiroveci* (PJ) και Bocavirus type 1 σε ασθενή με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Άνδρας 82 ετών, HIV(-), με ιστορικό οροαρνητικής ρευματοειδούς αρθρίτιδας, εισήχθη στην Καρδιολογική Κλινική εξαιτίας οπισθοστερνικού άλγους, κολπικής μαρμαρυγής, αποκορεσμού, επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας. Ελάμβανε prednizone 2,5 mg, etanercept τα οποία διέκοψε προ μηνός. Λοιπό ιστορικό: Στεφ. νόσος, χρ. νεφρ. νόσος (προ διμήνου νοσηλεία για οξ. νεφρ. νόσο επί χρονίας), αρτ. υπέρταση, υπερπλασία προστάτη, δυσλιπιδαιμία, πρώην καπνιστής. Εργαστ. έλεγχος: αυξημένη CRP και βιοχημικοί δείκτες νεφρικής λειτουργίας. Α/α θώρακος: εικόνα συμφόρησης. U/S καρδιάς: EF 50%, MR 2+/4. Ο ασθενής εισήχθη στην Καρδιολογική Μονάδα. Τέθηκε σε αγωγή με αντιβιοτικά για κοινά, διουρητικά, οξυγονοθεραπεία και ΜΕΜΑ. Η CT θώρακος (8η ημέρα) ανέδειξε παρουσία διάμεσων διηθημάτων αμφοτερόπλευρα, εικόνα θαμβής υάλου, πλευριτική συλλογή αρ (Εικόνα 1). Ο έλεγχος για παθογόνα αναπνευστικού (multiplex PCR) απέβη θετικός για Bocavirus type 1. Έγινε έναρξη prednizone 25mg x1 τις πρώτες 5 ημέρες και στη συνέχεια 12,5 mg x1). Οκτώ ημέρες μετά, παρά την αρχική βελτίωση, παρουσίασε περαιτέρω επιδείνωση της αναπνευστικής κατάστασης, εμφάνιση νέων διηθημάτων στην ακτινογραφία (Εικόνα 2), προοδευτική αύξηση LDH (max: 497 u/dl με φτ<248 u/dl), επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας. Υποβλήθηκε σε συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Η PCR πτυέλων απέβη θετική για *P. Jiroveci*. Οι καλλιέργειες πτυέλων, γαλακτομαννάνη ορού και 1-3-β-d-γλυκάνη ήταν αρνητικές. Τέθηκε σε αγωγή αρχικά με atonaquone 1500 mg x2 και στη συνέχεια χορηγήθηκε TPM-SMX (1200/240 mg /48h) μετά από κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης. Ακολούθησε σταδιακή βελτίωση της κλινικής κατάστασης, με αποκλιμάκωση της χορηγούμενης οξυγονοθεραπείας χωρίς να καταστεί δυνατή η αποδέσμευση από τον τεχνητό νεφρό. Έλαβε εξιτήριο μετά από τριανταεπτά ημέρες νοσηλείας.



Εικόνα 1



Εικόνα 2

**Συμπεράσματα:** Αν και απαιτείται ιστοπαθολογική ταυτοποίηση του μικροοργανισμού για την οριστική διάγνωση, η θετική PCR δειγμάτων αναπνευστικού, ιδίως σε μη HIV ασθενείς (μικρότερο φορτίο μικροοργανισμού), είναι ισχυρά αποδεικτικό στοιχείο νόσου. Μια αυξημένη τιμή 1-3-β-d-γλυκάνης

είναι συνηγορητικό στοιχείο PJ πνευμονίας, ιδίως σε HIV+ ασθενείς. Η έναρξη θεραπευτικής αγωγής δεν πρέπει να καθυστερεί σε ασθενείς με το κατάλληλο ιστορικό και συμβατή κλινικοεργαστηριακή εικόνα. Ο *Bocavirus* type 1 είναι συχνό παθογόνο ιδιαίτερα σε παιδιά (λοιμώξεις αναπνευστικού). Ενίοτε παρουσιάζουν παρατεταμένη αποβολή του ιού. Μπορεί να προκαλέσει σοβαρή νόσο του αναπνευστικού σε ανοσοκατασταλαμένους ενήλικες. Όπως και στην περίπτωση της PJ, έχουν αναφερθεί περιστατικά συλλοίμωσης με άλλα παθογόνα του αναπνευστικού και ενδεχομένως σχετίζονται με αυξημένη βαρύτητας νόσο. Η ταυτόχρονη συλλοίμωση *Bocavirus* και *P. Jiroveci* από όσο γνωρίζουμε δεν έχει αναφερθεί έως τώρα.

#### AA46.

### ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΑΟΡΤΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*

Κωτούλας Σωτήριος,<sup>1</sup> Εφραιμίδης Θεόδωρος,<sup>1</sup> Mykhailova Yuliya,<sup>1</sup> Καραγιαννίδης Γεώργιος,<sup>1</sup> Κονσολάκης Χρήστος,<sup>2</sup> Κοτσίρη Ιωάννα,<sup>1</sup> Σπυροπούλου Όλγα,<sup>1</sup> Σαμαράς Χαρίλαος,<sup>1</sup> Μπληζιώτης Ιωάννης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

<sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

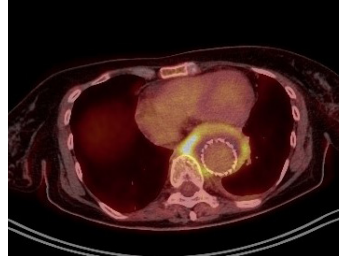
**Σκοπός:** Παρουσίαση ασθενούς με λοιμώδη αορτίτιδα από *Streptococcus pneumoniae*.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Ασθενής 64 ετών εισήχθη στην κλινική λόγω εμπυρέτου από ημερών ως 39°C και έντονης ραχιαλγίας AP πλευράς. Από τη φυσική εξέταση ανεδείχθη μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα στις βάσεις των πνευμόνων ιδίως αριστερά και ευαισθησία σε επιγάστριο στην εν τω βάθει ψηλάφηση χωρίς άλλα ευρήματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο της παρουσίαζε αύξηση δεικτών φλεγμονής και δ-διμερών (CRP: 310 mg/dl, WBC: 13.000/μl, D-dimers: 1895 μg/l). Ακτινογραφίες θώρακα και υπερηχογραφικός έλεγχος άνω-κάτω κοιλίας εισαγωγής δεν ανέδειξαν σημαντικά παθολογικά ευρήματα. Η ασθενής ανέφερε ιστορικό δυσλιπιδαιμίας, οστεοπόρωσης, υποθυρεοειδισμού, νόσου COVID-19 προ διμήνου.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής εισήχθη στην κλινική μας και τέθηκε σε αντιβιοτική αγωγή με κεφτριαξόνη και αζιθρομυκίνη με διάγνωση εργασίας πιθανή πνευμονία αριστερά. Λόγω άτυπου χαρακτήρα του άλγους στη ράχη, με επέκταση προς το επιγάστριο, διενεργήθη αξονική άνω κοιλίας με *per os* σκιαγραφικό που ανέδειξε πυκνοατελεκτασία αριστερής βάσης και περιαορτική θολερότητα. Στην συνέχεια, διενεργήθη αξονική αορτογραφία με i.v. σκιαγραφικό όπου διαπιστώθηκε διαχωρισμός κατιούσας θωρακικής αορτής με ανεύρυσμα και συνυπάρχοντα τοιχωματικό θρόμβο. Εν τω μεταξύ από δύο καλλιέργειες αίματος απομονώθηκε πνευμονιόκοκκος ευαίσθητος σε β-λακταμικά και γλυκοπεπτιδία και ανθεκτικός σε μακρολίδες και λινκοσαμίδες. Η αγωγή τροποποιήθηκε σε βανκομυκίνη και κεφτριαξόνη (MIC < 0,5 μg/ml σε βανκομυκίνη και κεφοταξίμη). Λόγω εμφάνισης οξείας νεφρικής ανεπάρκειας που αποδόθηκε σε φαρμακευτική αγωγή και i.v. σκιαγραφικό διεκόπη η βανκομυκίνη και η ασθενής τέθηκε σε λινεζολίδη. Η ασθενής παρουσίασε ταχεία ύφεση των πυρετικών κυμάτων. Παρέμεινε όμως περιοδικό οπισθοστερνικό άλγος και επεισόδια εμέτων. Συνεπώς έγινε επαναληπτική αορτογραφία που ανέδειξε σαφή επιδείνωση της βλάβης με αύξηση της διαμέτρου αυτής, έχοντας συμπληρώσει 14 ημέρες κατάλληλης ενδοφλέβιας αντιμικροβιακής αγωγής και 11 μέρες μετά την πρώτη αρνητική αιμοκαλλιέργεια (Εικόνα 1). Κατόπιν τούτου υπεβλήθη σε επείγουσα τοποθέτηση stent με ενδοαγγειακή προσπέλαση. Προς περαιτέρω εκτίμηση της έκτασης της λοίμωξης διενεργήθη PET-CT που δεν ανέδειξε κάποια άλλη εστία φλεγμονής πλην της κατιούσας θωρακικής αορτής (Εικόνες 2 και 3). Επίσης αρνητικός απέβη ο ανοσολογικός έλεγχος. Περαιτέρω τυποποίηση του στελέχους από την αιμοκαλλιέργεια ανέδειξε ορότυπο 23B. Η ασθενής βελτιώθηκε και εξήλθε με p.o. αντιμικροβιακή αγωγή με κεφιζίμη, με προοπτική μακροχρόνιας χορήγησης και επανελέγχου.



Εικόνα 1



Εικόνα 2



Εικόνα 3

**Συμπεράσματα:** Ελάχιστα περιστατικά λοιμώδους αορτίτιδας από πνευμονιόκοκκο έχουν περιγραφεί. Αποτελεί βαριά και επικίνδυνη για τη ζωή εκδήλωση της πνευμονοκοκκικής νόσου που απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και συχνά χειρουργική ή επεμβατική θεραπεία πέρα από την κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή. Είναι ενδιαφέρουσα η απουσία ιστορικού αρτηριακής υπέρτασης ή καπνιστικής συνήθειας. Επίσης αξιωματικό είναι πως ο συγκεκριμένος ορότυπος δεν περιλαμβάνεται στα υπάρχοντα πνευμονοκοκκικά εμβόλια.

#### AA47.

### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ

Γκιαούρη Ουρανία, Τεντολούρης Αναστάσιος, Παπαχρήστου Κλαίρη, Μπεμπλιδάκης Θρασύβουλος, Ντζιώρα Φωτεινή, Διακουμοπούλου Ευανθία

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περιστατικού εξωπνευμονικής φυματίωσης (TB) σε ασθενή που παρουσιάστηκε με λεμφαδενοπάθεια και εμπύρετο.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Άνδρας 49 ετών με καταγωγή από το Μπαγκλαντές και ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) από 15 ετών προσήλθε στο Νοσοκομείο μας λόγω αδυναμίας, καταβολής, ανορεξίας και παρατεταμένου εμπύρετου έως 38°C από 2μήνου.

**Αποτελέσματα:** Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) σταδίου 5 (κρεατινίνη: 7 mg/dL, eGFR: 9 mL/min, λεύκωμα ούρων 24ώρου: 3.122 g), ηπίως αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (WBC, CRP) και αρρυθμιστος ΣΔ (HbA1c: 8.8%). Στα πλαίσια διερεύνησης της ΧΝΝ έγινε προσπάθεια βιοψίας νεφρού η οποία δεν κατέστη δυνατή λόγω μειωμένου πάχους φλοιού νεφρών. Επίσης, εστάλη εκτενής ανοσολογικός έλεγχος που ήταν αρνητικός. Πραγματοποιήθηκε οφθαλμολογική εξέταση κατά την οποία ανευρέθηκαν στοιχεία παραγωγικής αμφιβληστροειδοπάθειας και η νεφρική νόσος αποδόθηκε στην παρουσία ΣΔ. Λόγω συμπτωμάτων από το γαστρεντερικό σύστημα διενεργήθηκε γαστροσκόπηση η οποία ανέδειξε εικόνα γαστρίτιδας και κολονοσκόπηση που δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Επίσης, πραγματοποιήθηκε υπέρηχος καρδιάς ο οποίος ανέδειξε αριστερή κοιλία με συγκεντρική υπερτροφία τοιχωμάτων, διαστολική δυσλειτουργία grade I και μικρού βαθμού περικαρδιακή συλλογή. Λόγω του εμπύρετου εστάλη PCR ρινοφαρυγγικού επιχρίσματος που ήταν αρνητικό και ο ασθενής έλαβε για 10 ημέρες αντιβιοτική αγωγή που περιελάμβανε πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη χωρίς ανταπόκριση. Στα πλαίσια διερεύνησης του παρατεταμένου εμπύρετου εστάλησαν πολλαπλές καλλιέργειες αίματος και ούρων από τις οποίες δεν απομονώθηκε μικροβιολογικός παράγοντας. Οι CT θώρακος-κοιλίας ανέδειξαν λεμφαδένες μεσοθωρακίου, πλευριτική συλλογή άμφω με εγκύστωση, οζίδια άμφω και ασκίτικη συλλογή. Έγινε παρακέντηση πλευριτικής συλλογής η οποία ανέδειξε διίδρωμα και ασκίτικης συλλογής που ανέδειξε υγρό υπέρ πυλαίας υπέρτασης (SAAG > 1.1g/dL). Οι καλλιέργειες πλευριτικής και ασκίτικης



συλλογής για κοινά μικρόβια και TB καθώς και οι PCR για TB ήταν αρνητικές. Επίσης, εστάλη πλήρης ιολογικός έλεγχος που ήταν αρνητικός (HIV, HCV HBV, EBV, CMV, VZV), καθώς και εκτενής έλεγχος για λοιμώδη που ήταν επίσης αρνητικός (VDRL, Wright, αντιλεισμανιακά, Rickettsia, Bartonella, Coxiella). Εστάλη Quantiferon-TB ορού που ήταν θετικό και λόγω έντονης κλινικής υποψίας καθώς και λόγω επιδημιολογικού ιστορικού ο ασθενής ετέθη σε αντιφυματική αγωγή που περιελάμβανε ριφαμπικίνη, ισονιαζίδη, πυραζιναμίδα, εθαμβουτόλη και μεθυλπρεδνιζολόνη λόγω μικρού βαθμού περικαρδιακής συλλογής. Με την ανωτέρω αγωγή η κλινική εικόνα του ασθενούς βελτιώθηκε και απυρέτησε.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς που παρουσιάζονται με παρατεινόμενο εμπύρετο και λεμφαδενοπάθεια θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο φυματίωσης και να αναζητώνται στοιχεία από το ιστορικό καθώς και σχετική επιδημιολογική έκθεση που να μπορούν να κατευθύνουν τη διάγνωση.

#### AA48.

### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Καζιάνη Αικατερίνη,<sup>1</sup> Κωστούρου Σοφία,<sup>2</sup> Βεΐνη Φανή,<sup>2</sup> Ελθίνη Ροκεία,<sup>2</sup> Κολοκοτρώνη Χρυσούλα,<sup>2</sup> Βλάχου Μαργαρίτα,<sup>3</sup> Μυλωνά Ελένη,<sup>1</sup> Περιβολιώτη Ευσταθία,<sup>4</sup> Παπασταμόπουλος Βασίλειος<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Ε' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμώξεων Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>2</sup>Επιτροπή Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>3</sup>Φαρμακευτικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>4</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Σκοπός:** Η εκτίμηση της κατανάλωσης αντιμικροβιακών και της επίπτωσης πολυανθεκτικών μικροοργανισμών (multi-drug-resistant organisms/MDROs) τα τελευταία 4,5 έτη στο τριτοβάθμιο νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός» και ο έλεγχος της μεταξύ τους συσχέτισης.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη της επίπτωσης των MDROs και της κατανάλωσης αντιμικροβιακών στο νοσοκομείο το χρονικό διάστημα από Ιανουάριο 2018 έως Ιούνιο 2022. Τα δεδομένα επίπτωσης αφορούν τις νέες περιπτώσεις MDROs που απομονώθηκαν, στο σύνολο των βιολογικών υλικών, το χρονικό διάστημα της επιτήρησης. Τα δεδομένα κατανάλωσης αντιμικροβιακών προήλθαν από τα αρχεία του φαρμακείου και αναφέρονται ως Ημερήσια Καθορισμένη Δόση (Daily Defined Dose-DDD) ανά 100 ασθενείς-ημέρες.

**Στατιστική ανάλυση:** Για την αξιολόγηση της τάσης της κατανάλωσης των αντιμικροβιακών και της επίπτωσης των MDROs εφαρμόστηκε η δοκιμασία Mann-Kendall, ενώ για τη διερεύνηση της επίδρασης της κατανάλωσης των αντιμικροβιακών στην επίπτωση χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική δοκιμασία συσχέτισης Spearman.

**Αποτελέσματα:** Τάσεις κατανάλωσης αντιμικροβιακών: Η συνολική κατανάλωση αντιμικροβιακών σημείωσε στατιστικά σημαντική αύξηση κατά 83.7% ( $p < 0.01$ ), από 43.8 DDD/100 ασθενείς-ημέρες το πρώτο εξάμηνο του 2018 σε 80.4 DDD/100 ασθενείς-ημέρες στο πρώτο εξάμηνο του 2022. Παρόμοια τάση παρατηρήθηκε και μεμονωμένα σε πολλές κατηγορίες αντιμικροβιακών. Ενδεικτικά, η κατανάλωση βανκομυκίνης αυξήθηκε κατά 53.6%, της πιπερακιλλίνης/ταζομπακτάμης και της μεροπενέμης, κατά 156.8% και 92.4% αντίστοιχα ( $p < 0.05$  και στις τρεις περιπτώσεις).

Τάσεις επίπτωσης MDROs: Στο διάστημα της μελέτης καταγράφηκαν 7204 νέες περιπτώσεις MDROs, με την επίπτωσή τους σχεδόν να διπλασιάζεται, από 4 σε 7.8 περιπτώσεις/1000 ασθενείς-ημέρες ( $p < 0.01$ ). Το MDR *Acinetobacter baumannii* εκπροσωπεί το 34.2% του συνόλου των MDROs, με παρόμοια αυξητική τάση από 1.2 σε 2.5 περιπτώσεις/1000 ασθενείς-ημέρες ( $p < 0.01$ ). Η δε επίπτωση της MDR *Klebsiella pneumoniae* και του VRE υπερδιπλασιάστηκε ( $p < 0.01$  και  $p < 0.05$  αντίστοιχα).

Αντίθετα, μικρή, μη στατιστικά σημαντική αύξηση παρουσίασε η επίπτωση της MDR *Pseudomonas aeruginosa* και του MRSA.

Συσχέτιση μεταξύ κατανάλωσης αντιμικροβιακών και επίπτωσης MDROs: Η αύξηση της κατανάλωσης του συνόλου των αντιμικροβιακών είχε στατιστικά σημαντική, θετική συσχέτιση με την επίπτωση τόσο του συνόλου των MDROs, όσο και μεμονωμένα με την MDR *Klebsiella pneumoniae* και τον MRSA (για όλα  $r=0.8$ ,  $p<0.05$ ). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την επίπτωση VRE και *Pseudomonas aeruginosa*.

Ός προς τη συσχέτιση με επιμέρους κατηγορίες αντιμικροβιακών, ενδεικτικά αναφέρουμε τη θετική συσχέτιση της MDR *Klebsiella pneumoniae* με την αυξημένη κατανάλωση τόσο της πιπερακιλλίνης-ταζομπακτάμης, όσο και της μεροπενέμης ( $r=0.883$ ,  $p<0.01$ ,  $r=0.783$ ,  $p<0.05$ ). Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ βανκομυκίνης και VRE.

**Συμπεράσματα:** Η αντιμικροβιακή αντοχή αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγείας και ευθύνεται για χιλιάδες θανάτους παγκοσμίως. Προκειμένου να ληφθούν μέτρα ελέγχου των λοιμώξεων από MDROs και να σχεδιαστούν προγράμματα επιμεληθείας στην χρήση των αντιμικροβιακών σε εθνικό και τοπικό επίπεδο είναι απαραίτητη η εκτίμηση του μεγέθους του προβλήματος και η ακριβής αποτύπωση της τοπικής επιδημιολογίας. Με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύεται η δραματική επιδείνωση της αντιμικροβιακής αντοχής την τελευταία τετραετία και τονίζεται η ισχυρή της συσχέτιση με την αύξηση της κατανάλωσης των αντιμικροβιακών σε ένα μεγάλο τριτοβάθμιο νοσοκομείο όπως «Ο Ευαγγελισμός».

## AA49.

### ΑΣΘΕΝΗΣ 64 ΕΤΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΔΙΑΡΡΟΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟ *GIARDIA DUODENALIS*

Μπεμπλιδάκης Θρασύβουλος, Μαγγανάς Κωνσταντίνος, Τζεραβίνη Ευαγγελία, Γκισούρη Ουρανία, Καρυπίδη Καλλιόπη, Τσαουσοπούλου Ειρήνη, Μπασούλης Δ., Ντζιώρα Φωτεινή, Καραμανάκος Γεώργιος  
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

**Σκοπός:** Η *Giardia duodenalis* (γνωστή και ως *G. lamblia*) αποτελεί προτόζωο-παράσιτο το οποίο μεταδίδεται κυρίως από την κατανάλωση μολυσμένου ύδατος και σπανιότερα μέσω της τροφής και της κοπρανοστοματικής οδού, ενώ αποτελεί συχνό αίτιο διάρροιας των ταξιδιωτών. Μπορεί να εκδηλωθεί κλινικά από ασυμπτωματική λοίμωξη (στο 50% των περιπτώσεων) μέχρι οξεία λοίμωξη με διαρροϊκό σύνδρομο, κοιλιακό άλγος, στεατόρροια, εμέτους και απώλεια σωματικού βάρους.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Ασθενής, 64 ετών, Αλβανικής καταγωγής με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, εισήχθη στην Παθολογική Κλινική λόγω διαρροϊκών επεισοδίων από μηνός και εμέτων από 5ημέρου. Σε έλεγχο που πραγματοποιήθηκε σε εξωτερικό εργαστήριο απομονώθηκε *Giardia duodenalis* για την οποία έλαβε από του στόματος μετρονιδαζόλη από 7ημέρου χωρίς ωστόσο βελτίωση της συμπτωματολογίας.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής τέθηκε σε αντιβιοτική αγωγή με μετρονιδαζόλη ενδοφλεβίως, ενυδάτωση κι αντιεμετική αγωγή με μετοκλοπραμίδη. Λόγω της επιμονής των συμπτωμάτων, παρά τη χορήγηση κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής, εστάλη περαιτέρω έλεγχος για διερεύνηση παρουσίας υποκείμενης ανοσοκαταστολής μεταξύ των οποίων και έλεγχος για λοίμωξη από τον ιό ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV), ο οποίος ήταν θετικός. Ακολούθησε μέτρηση των CD4 κυττάρων ( $17 \text{ κυτ/}\mu\text{l}$  με λόγο CD4/CD8: 0,05) και μέτρηση ιικού φορτίου (HIVRNA:  $9,7 \times 10^7 \text{ copies/mL}$ ). Μοριακός έλεγχος με PCR ήταν θετικός για *Giardia lamblia* και *Cryptosporidium* spp. Αφότου ετέθη η διάγνωση της HIV λοίμωξης έγινε περαιτέρω έλεγχος για κυτταρομεγαλοϊό (CMV), σύφιλη, *Leishmania*, *Toxoplasma*, φυματίωση και ηπατίτιδα Β και C, ο οποίος έδειξε εικόνα παλιάς HBV λοίμωξης. Ο ασθενής βελτιώθηκε κλινικά και εξήλθε με οδηγίες για συνέχιση μετρονιδαζόλης από του στόματος. Συνδέθηκε με το ιατρείο ειδικών λοιμώξεων του ΓΝΑ Λαϊκό και ξεκίνησε άμεσα αντιρετροϊκή αγωγή (ART) με δαρουνάβιρη/καμπισιστάτη/εμρισοταβίνη/τενοφοβίρη. Λόγω επιμονής των διαρροϊκών παράλληλα με την ART συνέχισε τη θεραπεία του με νιταζοξαδίνη, θεραπεία δραστική και έναντι της κρυπτοσποριδίου, με τελική ύφεση των συμπτωμάτων.



**Συμπεράσματα:** Η λοίμωξη από *Giardia duodenalis* αποτελεί ένα όχι σπάνιο αίτιο διαρροϊκού συνδρόμου, ιδίως σε άτομα με υποκείμενη ανοσοκαταστολή. Κρίνεται σκόπιμος, επομένως, ο περαιτέρω έλεγχος για παρουσία ανοσοκαταστολής σε κάθε άτομο με διάγνωση διαρροϊκού συνδρόμου από *Giardia duodenalis*, μεταξύ των οποίων και ιολογικός έλεγχος για HIV. Σε κάθε ασθενή με λοίμωξη HIV εκτός από τη στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή είναι επιτακτική η ανάγκη για όσο το δυνατόν αμεσότερη έναρξη της αντιρετροϊκής αγωγής.

## AA50.

### ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ 16S rDNA PCR ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΜΕ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ

Δούρβας Παναγιώτης,<sup>3</sup> Μαριόλης Ηλίας,<sup>1</sup> Παπαπαρασκευάς Ιωσήφ,<sup>5</sup> Μπαϊκούσης Νικόλαος,<sup>4</sup> Τσιρίγγα Αθανασία,<sup>2</sup> Ξανθάκη Άννα,<sup>2</sup> Πηρουνάκη Μαρία,<sup>1</sup> Λιάτσος Γιώργος,<sup>1</sup> Τσαλαμανδρής Σωτήρης,<sup>3</sup> Σιδερέης Σκεύος,<sup>3</sup> Βασιλόπουλος Δημήτριος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

<sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

<sup>3</sup>Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

<sup>4</sup>Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

<sup>5</sup>Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της διαχείρισης και αντιμετώπισης ασθενούς 31 ετών, με ενδοκαρδίτιδα αορτικής βαλβίδας, με αρνητικές αιμοκαλλιέργειες

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ασθενής 31 ετών που εισήχθη στο νοσοκομείο λόγω εμπυρέτου έως 39°C από 14ημέρου. Από το ιστορικό του αναφέρεται ισχαιμικού τύπου ΑΕΕ προ 7ετίας οπότε και ανευρέθη ύπαρξη δίπτυχης αορτικής βαλβίδας. Κατά την εισαγωγή και προ της έναρξης αντιμικροβιακής αγωγής, ελήφθησαν πολλαπλά ζεύγη αιμοκαλλιεργειών και έγινε διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς.

**Αποτελέσματα:** Όλες οι καλλιέργειες αίματος (συνολικά 10 ζεύγη) ήταν αρνητικές. Από το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς αναδείχθηκαν μετρίου βαθμού διάνοιξη δίπτυχης αορτικής βαλβίδας, μικρού βαθμού ανεπάρκεια αυτής εικόνα εκβλάστησης αορτικής βαλβίδας και συγκεντρική υπερτροφία αριστερής κοιλίας. Ακολούθησε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς όπου αναδείχθηκαν έντονη πάχυνση, ασβέστωση και δυσπλασία της αορτικής βαλβίδας και εκβλαστήσεις στην κοιλιακή επιφάνειά της. Από τον έλεγχο ιζήματος ούρων ανευρέθησαν 5% δύσμορφα ερυθρά. Τα αντισώματα για *Bartonella sp.*, *Coxiella Burnetii*, *Brucella sp.*, *Mycoplasma sp.* ήταν αρνητικά. Ο ασθενής ετέθη σε αντιμικροβιακή αγωγή με Δαπτομυκίνη, Κεφτριαξόνη, Σιπροφλοξασίνη και Γενταμυκίνη. Δύο εβδομάδες μετά την έναρξη της αντιμικροβιακής αγωγής συνέχιζε να εμφανίζει καθημερινά πυρετικά κύματα έως 38°C με αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Αποφασίστηκε καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση και η αορτική βαλβίδα αντικαταστάθηκε με δίφυλλη μεταλλική. Η Gram χρώση και η καλλιέργεια του χειρουργικού παρασκευάσματος ήταν αρνητικές. Τμήμα του παρασκευάσματος εστάλη στην Ιατρική Σχολή για έλεγχο 16S rDNA PCR. Ο ασθενής απυρέτησε 3 ημέρες μετά την αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας και ολοκλήρωσε 6 εβδομάδες ενδοφλέβιας αντιμικροβιακής αγωγής. Ο έλεγχος με 16S rDNA PCR ανέδειξε *Actinomyces oris*. Μετά το τέλος της ενδοφλέβιας αγωγής ετέθη σε αμοξυκιλλίνη από του στόματος και παραμένει ασυμπτωματικός 2 μήνες μετά την αντικατάσταση της βαλβίδας

**Συμπεράσματα:** Η 16S rDNA PCR αποτελεί χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο για την ανεύρεση του αιτιολογικού μικροοργανισμού σε ενδοκαρδίτιδες με αρνητικές αιμοκαλλιέργειες.

## AA51.

AA52.

## ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ: ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ

Καράμπελα Ιρένα,<sup>1</sup> Λουκέρη Αγγελική,<sup>2</sup> Καραμανώλης Νικόλαος-Νεκτάριος,<sup>3</sup> Καμπόλης Χρήστος,<sup>4</sup> Αργυράκη Αικατερίνη,<sup>1</sup> Παπαβασιλείου Απόστολος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

<sup>2</sup>Αντιφυματικό Τμήμα-Μονάδα Ανθεκτικής Φυματίωσης, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

<sup>3</sup>Β΄ Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

<sup>4</sup>ΤΕΠ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

**Εισαγωγή:** Η φυματίωση μπορεί να προσβάλει τον γαστρεντερικό σωλήνα σε όλο το μήκος, το περιτόναιο, τους ενδοκοιλιακούς λεμφαδένες και τα συμπαγή ενδοκοιλιακά όργανα. Η φυματιώδης περιτονίτιδα αποτελεί μια από τις σπάνιες εντοπίσεις φυματίωσης. Η διάγνωση της αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό ιατρό, με την υψηλή υποψία να αποτελεί το κλειδί στην έγκαιρη διάγνωση. Η απομόνωση του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης (*Mtb*) σε καλλιέργεια ασκίτικου υγρού ή σε ιστοκαλλιέργεια περιτοναίου αποτελούν μεθόδους εκλογής για την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Αρκετά αξιόπιστη φαίνεται να είναι η αυξημένη τιμή απαμινάσης της αδενοσίνης (ADA) στο ασκίτικο υγρό (όρια θετικότητας μεταξύ 36-40 IU/L σε μη κίρρωτικούς ασθενείς).

**Σκοπός:** Παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης φυματιώδους περιτονίτιδας.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Άντρας 56 ετών, με καταγωγή από Φιλιππίνες και ελεύθερο αναμνηστικό, εισάγεται στο Νοσοκομείο λόγω διαλείποντος πυρετού έως 40°C, απώλειας σωματικού βάρους, νυχτερινών εφιδρώσεων και κοιλιακού άλγους από μηνός. Προ της εισαγωγής, έλαβε για μία εβδομάδα εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με αμοξυκιλίνη/κλαβουλανικό χωρίς ανταπόκριση. Από την κλινική εξέταση ο ασθενής παρουσίαζε κοιλιακή διάταση με σημεία ασκίτικης συλλογής. Έγινε απεικόνιση με CT άνω-κάτω κοιλίας που ανέδειξε μεγάλη ελεύθερη συλλογή υγρού και οζώδεις παχύνσεις περιτοναίου, με φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος. Πραγματοποιήθηκε διαγνωστική παρακέντηση: ασκίτικο υγρό μη-πυλαίας υπερτάσεως (SAAG<1,1g/dL), πολυμορφοπυρηνικού τύπου, άμεση χρώση Z-N (-), PCR για *Mtb*(-), κυτταρολογική(-) για κακοήθεια και υψηλή ADA (45 IU/L). Λόγω των απεικονιστικών και εργαστηριακών ευρημάτων, ακολούθησε ερευνητική λαπαροτομία και λήψη βιοψίας περιτοναίου, προς αποκλεισμό καρκινωματώδους περιτονίτιδας. Η βιοψία ανέδειξε τυπικά κοκκιώματα και ο μοριακός έλεγχος στο ιστοτεμάχιο απέβη θετικός για *M. tuberculosis* με ευαισθησία στην ριφαμπικίνη. Έγινε άμεση έναρξη 4πλής αντιφυματικής αγωγής με ριφαμπικίνη, ισονιαζίδη, εθαμβουτόλη και πυραζιναμίδα, με την πυραζιναμίδα να διακόπτεται μετά από 2μηνο και την εθαμβουτόλη μετά τον έλεγχο που επιβεβαίωσε την ευαισθησία του *Mtb* σε όλα τα πρωτεύοντα. Ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή κλινική και απεικονιστική βελτίωση με υποχώρηση του ασκίτικου υγρού και των οζωδών παχύνσεων του περιτοναίου. Έλαβε συνολικά 12 μήνες Αντι-TB αγωγή.

**Συμπεράσματα:** Η φυματιώδης περιτονίτιδα, αντιπροσωπεύει <5% όλων των περιπτώσεων εξωπνευμονικής φυματίωσης. Τα συμπτώματα μπορεί να επιμένουν για μήνες και η διάγνωση να διαλάθει. Η αυξημένη τιμή ADA ασκίτικου υγρού θέτει ισχυρή την υποψία της φυματιώδους περιτονίτιδας. Η καλλιέργεια ασκίτικου υγρού για TB έχει ευαισθησία μόλις 50%, ενώ και τα μοριακά τεστ μπορεί να είναι αρνητικά στο υγρό. Συχνά απαραίτητη καθίσταται η λαπαροσκοπική λήψη ιστού για καλλιέργεια (ευαισθησία 93%) ώστε τεθεί η οριστική διάγνωση.

## AA53.

**ΝΟΣΟΣ ΑΠΟ ΜΗ ΦΥΜΑΤΙΚΑ ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ**

Καράμπελα Ιρένα, Παπαθανασίου Ευγενία, Παπαβασιλείου Απόστολος, Λουκέρη Αγγελική  
Αντιφυματικό Τμήμα - Μονάδα Ανθεκτικής Φυματίωσης, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

**Εισαγωγή:** Τα μη φυματικά ή άτυπα μυκοβακτηρίδια (NTM) είναι μικροοργανισμοί κυριολεκτικά πανταχού παρόντες και βρίσκονται στο χώμα και τους υδάτινους πόρους φυσικούς και τεχνητούς. Η διάγνωση αποτελεί μια πρόκληση για τον κλινικό ιατρό που καλείται να διαχωρίσει την πραγματική λοίμωξη από τον αποικισμό μετά την απομόνωση του σε δείγματα καλλιέργειας.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Άνδρας 69 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδη διαβήτη και δυσλιπιδαιμία παραπέμφθηκε στο Αντιφυματικό Τμήμα του ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία» λόγω θετικής quantification. Λόγω επίμονου βήχα είχε υποβληθεί προ διετίας σε απεικονιστικό έλεγχο θώρακα που είχε αναδείξει μικροοζιδιακές αλλοιώσεις δίκην «tree in bud», πυκνωτικά διηθήματα άμφω και βρογχεκτασίες. Τα παραπάνω ευρήματα σε μεταγενέστερες αξονικές θώρακα εμφάνιζαν προοδευτική εξέλιξη. Λόγω αδυναμίας απόχρεμψης παρά την πρόκληση πτυέλων, υποβλήθηκε σε βρογχοσκόπηση. Από τις καλλιέργειες του βρογχικού εκπλύματος απομονώθηκε *Mycobacterium avium*. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με ριφαμπικίνη 600 mg, εθαμβουτόλη 1000 mg και αζιθρομυκίνη 500 mg από του στόματος συνδυαστικά με αμικασίνη ενδομυϊκά 3 φορές εβδομαδιαία λόγω της μεγάλης έκτασης της νόσου. Ο ασθενής παρουσιάζει σταδιακή κλινική και απεικονιστική βελτίωση, συνεχίζοντας την παραπάνω θεραπεία έως σήμερα.

**Συμπεράσματα:** Προκειμένου να στοιχειοθετηθεί πνευμονικής νόσος από μη φυματικά μυκοβακτηρίδια θα πρέπει να πληρούνται κλινικά, απεικονιστικά και εργαστηριακά κριτήρια. Η αντιμετώπιση της πνευμονικής λοίμωξης από NTM είναι μακροχρόνια, με συχνές παρενέργειες και δεν εξασφαλίζει ίαση. Απαιτείται εξατομικευση ανάλογα με το είδος του μυκοβακτηριδίου, τον έλεγχο ευαισθησίας και την γενική κατάσταση του ασθενή. Παρά την ενδεδειγμένη αντιβιοτική θεραπεία, παρατηρείται επιτυχής έκβαση μόλις στο 60-65% των ασθενών με πνευμονική λοίμωξη από MAC.

## AA54.

**ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ RSV ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

Τσεκέ Αλεξάνδρα,<sup>1</sup> Μαζωνάκης Νικόλαος,<sup>1</sup> Λιόση Ελένη,<sup>1</sup> Ταμπάκη Μαρία,<sup>1</sup> Παπαδαυίδ Νατάσσα,<sup>2</sup>  
Κατσίκας Θεόδωρος,<sup>1</sup> Αργυράκη Αικατερίνη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

<sup>2</sup>Δ' Παθολογική Κλινική, «Ερρίκος Ντυνάν»

**Εισαγωγή:** Στους ενήλικες, η λοίμωξη από αναπνευστικό συγκυτιακό ιό (RSV) παρουσιάζεται συνήθως ως ήπια γριππώδης συνδρομή ή παραμένει ασυμπτωματική. Ανοσοκατασταλμένοι, ηλικιωμένοι και άτομα με καρδιοπνευμονικές συννοσηρότητες κινδυνεύουν από σοβαρές λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού με θορυβώδη συμπτώματα που απαιτούν νοσηλεία. Ο RSV παρουσιάζει εποχικότητα και οι εξάρσεις του παρατηρούνται κατά τους χειμερινούς μήνες. Gold standard μέθοδος για τη διάγνωση είναι η RT-PCR σε ρινοφαρυγγικό επίχρισμα, πτύελα ή βρογχικές. Η θνητότητα σε νοσηλεύόμενους με RSV είναι σημαντική και παρόμοια με αυτή που καταγράφεται σε νοσηλεύόμενους λόγω γρίπης.

**Σκοπός:** Περιγραφή-ανάλυση των κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων ασθενών με RSV, εκτίμηση συλλοιμώξεων και έκβαση νόσου.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Αναδρομική μελέτη καταγραφής δεδομένων ασθενών με επιβεβαιωμένη RSV λοίμωξη που νοσηλεύθηκαν σε δύο παθολογικές κλινικές στα νοσοκομεία «Σωτηρία» και «Ερρίκος Ντυνάν» την περίοδο 1/11/22-1/2/23.

**Αποτελέσματα:** 4 συνολικά άτομα (1 άντρας, 3 γυναίκες) νοσηλεύτηκαν με επιβεβαιωμένη λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού από RSV. Όλοι είχαν παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσο: 2/3 είχαν υποκείμενη πνευμονοπάθεια, 3/4 ηλικία  $\geq 70$  έτη, 2 ήταν ανοσοκατεσταλμένοι και 1 είχε σακχαρώδη διαβήτη. 3 προσήλθαν λόγω εμπυρέτου, με συμπτώματα λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού και συνυπάρχουσα υποξυγοναιμία. Τρεις νοσηλευόμενοι παρουσίαζαν αυξημένους δείκτες φλεγμονής και καινούργια παθολογικά ευρήματα στην CT θώρακα. Σε όλους η διάγνωση τέθηκε με RT-PCR. Στο 50% των ασθενών επιβεβαιώθηκε βακτηριακή συλλοίμωξη (*Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*) ενώ σε μία περίπτωση το film-array ανέδειξε και *Human metapneumovirus*.

Τα 3/4 των ασθενών βελτιώθηκαν κλινικά και έλαβαν εξιτήριο. Μία ασθενής χρειάστηκε υποστήριξη με επεμβατικό αερισμό, μεταφέρθηκε σε ΜΕΘ, όπου και κατέληξε.

Αναλυτικά τα δεδομένα καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα:

Ασθενείς	♀ 70	♂ 19	♀ 79	♀ 83
ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	Σ. SJOGREN, ΣΕΛ, ΚΙΡΡΩΣΗ ΛΟΓΩ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ	Β-ΛΕΜΦΟΒΛΑΣΤΙΚΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ	ΣΑ ΜΑΣΤΟΥ ΠΡΟ 7ΕΤΙΑΣ, ΧΑΠ, ΥΠΟΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ, ΑΥ	ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΙΝΩΣΗ, ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ, ΣΔΤII, ΑΥ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	ΥΔΡΟΚΟΡΤΙΖΟΝΗ, ΠΙΛΟΚΑΡΠΙΝΗ, ΣΠΙΡΟΝΟΛΑΚΤΟΝΗ	ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗ, ΜΕΡΚΑΠΤΟΠΟΥΡΙΝΗ	ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗ, T4, ΤΕΛΜΙΣΑΡΤΑΝΗ-ΥΔΡΟΧΛΩΡΟΘΕΙΑΖΙΔΗ. ΙΒΑΜΠΡΑΔΙΝΗ	ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	ΠΥΡΕΤΟΣ, ΔΥΣΠΝΟΙΑ, ΥΠΟΞΥΓΟΝΑΙΜΙΑ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΙΚ/ΝΙΑΣ	ΠΥΡΕΤΟΣ, ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ, ΞΗΡΟΣ ΒΗΧΑΣ, ΕΜΕΤΟΙ	ΞΗΡΟΣ ΒΗΧΑΣ, ΔΥΣΠΝΟΙΑ, ΠΑΡΟΞΥΝΣΗ ΧΑΠ	ΞΗΡΟΣ ΒΗΧΑΣ, ΠΥΡΕΤΟΣ, ΥΠΟΞΥΓΟΝΑΙΜΙΑ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	WBC 16200 (80% P,12%L) CRP 16,5 mg/dl, PCT 0,6 ng/ml	WBC 4990 (P87%/6%), CRP 41 mg/dl, PCT 3.05 ng/ml	WBC 6920 (64%P), CRP 0.61 mg/dl	WBC 7250 (80%P, 11,5%L), CRP 6,58 mg/dl
ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	πυκνωτικά και ground glass διηθήματα αμφοτερόπλευρα	Διάχυτες οζομορφες συρρέουσες -πυκνωτικές αλλοιώσεις, πολλές με άλω θολής υάλου	Χρόνιες ινωδοσκληρυντικές αλλοιώσεις- μετακτινικής αρχής	Επίταση διάμεσου δικτύου, βρογχιεκτασίες, Πολλαπλές αλλοιώσεις tree-in bud, κατά τόπους μικροπυκνωτικές
ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Μεροπενέμη-λινεζολιδή, κεφταζιδιμη/αβιμπακτάμη-βανκομυκίνη	Πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη, ισαβουκοναζόλη	Αζιθρομυκίνη	Μοξιφλοξασίνη
ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗ	<i>Haemophilus influenzae</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	-	-
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ημέρες)	27	12	4	6
ΕΚΒΑΣΗ	Θάνατος	Βελτίωση	Βελτίωση	Βελτίωση

**Συμπεράσματα:** Ο RSV είναι σημαντικό αίτιο νοσηρότητας και θνητότητας σε ασθενείς με παράγοντες κινδύνου και άτομα ηλικίας  $>65$  ετών. Απαραίτητες για τη διάγνωση είναι οι μοριακές τεχνικές και όταν αυτές δεν είναι διαθέσιμες, οι λοιμώξεις από RSV υποδιαγιγνώσκονται. Σημαντικό ποσοστό ασθενών με RSV έχουν βακτηριακή ή άλλη συλλοίμωξη. Μέτρα πρόληψης, όπως τα επερχόμενα εμβόλια, θα αποτελέσουν ένα σημαντικό όπλο για την οχύρωση των πιο ευάλωτων ατόμων με προδιάθεση για σοβαρότερη νόσο.

AA55.

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΙΕΡΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΣΤΗΝ ΚΙΝΣΑΣΑ ΚΟΓΚΟ**

Χαρίση Κωνσταντίνα,<sup>1</sup> Τζιτζή Ευανθία,<sup>2</sup> Μαλογιάννη Μαρία,<sup>3</sup> Ροηλίδης Εμμανουήλ,<sup>1</sup> Τσιάτσιου Όλγα,<sup>1</sup> Πυρπασοπούλου Αθηνά<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Γ' Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

<sup>2</sup>Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

<sup>3</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

**Σκοπός:** Οι λόγοι επίσκεψης ιατρείου σε αναπτυσσόμενες χώρες αναμένεται να διαφέρουν από τους αντίστοιχους σε χώρες με οργανωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας και προγράμματα προληπτικής ιατρικής. Καθοριστικό παράγοντα αποτελεί η έλλειψη ιατρικής ασφάλισης και το μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού που ζει σε συνθήκες ακραίας φτώχειας. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση της επιδημιολογίας των ασθενών που προσήλθαν για εξέταση σε πρωτοβάθμιο ιατρείο Εξωτερικής Ιεραποστολής στην Κινσάσα Κογκό στο χρονικό διάστημα 5/2/23-16/2/23.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Οργανώθηκε και λειτούργησε πρωτοβάθμιο ιατρείο με 2 παθολόγους, 2 παιδίατρος και 1 τεχνολόγο σε 3 ξεχωριστές τοπογραφικά περιοχές στην Κινσάσα Κογκό. Η λειτουργία του ιατρείου ανακοινώθηκε στις επιμέρους ενορίες και η πρόσκληση απευθύνθηκε στο σύνολο των κατοίκων της περιοχής. Παράλληλα οργανώθηκε πρωτοβάθμιο εργαστήριο με δυνατότητα ελέγχου βασικών εργαστηριακών παραμέτρων (Ht, Glu, stick ούρων) και ταχεία ανίχνευση αντιγόνων ελονοσίας και SARS-COV-2. Καταγράφηκε το σύνολο των ασθενών που προσήλθε για εξέταση. Τα δεδομένα αναλύθηκαν ξεχωριστά για παιδιατρικούς (0-16 ετών) και ενήλικες (16 + ετών) ασθενείς. Στους ασθενείς χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή που είχε προσκομισθεί από την Ελλάδα ή αγοράστηκε από τοπικές φαρμακευτικές αποθήκες.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά εξετάστηκαν στο ιατρείο στις περιοχές Μονγκαφούλα, Κινκόλε και Λιμετέ (Καούκα) 238 παιδιά και 408 ενήλικες. Από τους παιδιατρικούς ασθενείς 47,5% ήταν αγόρια με μέση ηλικία τα 6 έτη (50 ημερών-16 ετών). Το 72,7% των παιδιών προσκομίσθηκε για εξέταση λόγω εμπύρετου. Συμπτωματολογία αναπνευστικού εμφάνιζε το 61,3%, γαστρεντερικού το 44,5%, και δερματικές παθήσεις το 16,8%. Από τα 223 παιδιά που ελέγχθηκαν για ελονοσία το 35,9% ήταν θετικά.

Στους ενήλικες (45,3% άντρες, μέση ηλικία 42,3 έτη) ο κύριος λόγος προσέλευσης ήταν επίσης τα οξέα συμβάματα (307/408, 75,2%). Ένα ποσοστό 20,1% προσήλθε για συμπτωματολογία χρόνιας πάθησης, ενώ τέλος 4,7% προσήλθε για προληπτική εξέταση. Από τα οξέα συμβάματα την πρώτη θέση κατείχαν οι λοιμώξεις αναπνευστικού ακολουθούμενες από τις λοιμώξεις ουροποιητικού και γαστρεντερικού (64/46/38 αντίστοιχα). Ελέγχθηκαν συνολικά 243 ασθενείς με δοκιμασία ταχείας αντιγόνου για ελονοσία με ποσοστό θετικότητας 6,2% και 41 ασθενείς με ταχεία δοκιμασία αντιγόνου για SARS-CoV-2 με 1 θετικό δείγμα. Διαγνώστηκαν για πρώτη φορά με χρόνιο νόσημα 42 ασθενείς (10,3%) και έλαβαν αντίστοιχες οδηγίες.

**Συμπεράσματα:** Ως κύριος λόγος προσέλευσης σε ιατρείο αναπτυσσόμενης χώρας καταγράφηκαν τα λοιμώδη νοσήματα. Σημαντικό ποσοστό εξ αυτών ιδίως στην παιδική ηλικία αποτελεί η ελονοσία. Από τους ασθενείς με συμπτωματολογία και εμπύρετο που ελέγχθηκαν ένας ήταν θετικός για SARS-CoV-2.



AA56.

## ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗΣ ΙΓΜ'ΟΡΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΗΝ ΜΕΤΑ SARS-CoV-2 ΕΠΟΧΗ

Καραστάθη Χ.,<sup>1</sup> Τζιφή Φ.,<sup>1</sup> Σύγγελου Κ.,<sup>2</sup> Λέφα Π.,<sup>1</sup> Τσότρα Κ.,<sup>1</sup> Μαστραντωνάκη Ν.,<sup>1</sup> Κονιδάρη Α.,<sup>1</sup> Σακελλαροπούλου Α.,<sup>1</sup> Αντωνοπούλου Π.,<sup>3</sup> Γαβρά Μ.,<sup>3</sup> Μόσχου Π.,<sup>4</sup> Μαρκογιαννάκης Γ.,<sup>5</sup> Κουμπάρελο Α.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Β Παιδιατρικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>2</sup>Τμήμα Παιδιατρικών Λοιμώξεων, Γ.Ν. Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>3</sup>Τμήμα Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων Αξονική κ Μαγνητική Τομογραφία, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

<sup>4</sup>Ότορινολαρυγγικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>5</sup>Νευροχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

**Σκοπός:** Με την εφαρμογή των μέτρων ατομικής και κοινωνικής προστασίας, η λοιμωξιολογική κοινότητα είχε εκφράσει την ανησυχία της για έξαρση ιογενών και βακτηριακών λοιμώξεων για την περίοδο μετά την άρσης αυτών. Ήδη πολλές ευρωπαϊκές χώρες αναφέρουν την αύξηση των πνευμονοκοκκικών λοιμώξεων, της γρίπης και των επιπλοκών της αλλά και την ασυνήθιστη εποχική κατανομή RSV. Η έλλειψη ανοσοδιέγερσης που δημιουργεί ένα «ανοσολογικό χρέος», η καθυστέρηση εφαρμογής των εθνικών εμβολιαστικών προγραμμάτων καθώς και η υπο μελέτη ανοσοκατασταλτική και ανοσοτροποποιητική δράση του SARS-CoV-2 είναι οι πιο πιθανοί προτεινόμενοι αιτιολογικοί μηχανισμοί. Παραθέτουμε 4 περιστατικά επιπλεγμένης ιγμορίτιδας σε εφήβους σε μια περίοδο ενός μήνα που αντιμετωπίστηκαν στο νοσοκομείο μας.

**Παρουσίαση περιστατικών:** Έφηβος 13 ετών προσέρχεται με εμπύρετη ρινίτιδα και συνοδό κροταφοβρεγματική κεφαλαλγία από 3ημέρου. Η κλινική εξέταση είναι συμβατή με ιγμορίτιδα αλλά λόγω της έντονης κεφαλαλγίας πραγματοποιήθηκε MRI εγκεφάλου και σπλαγχνικού κρανίου που αποκάλυψε υποσκληρίδιο και επισκληρίδιο εμπύημα σημαντικών διαστάσεων με πλήρη κατάληψη των παραρρινίων κόλπων. Διενεργήθηκε νευροχειρουργική παροχέτευση και οι καλλιέργειες πύου ήταν θετικές για *Streptococcus intermedius*. Δεύτερος ασθενής 12 ετών εισήχθη για εμπύρετο από 3ημερου με συνοδά ρινική συμφόρηση και οίδημα αριστερού κόγχου από 24ωρου. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε αποστηματική συλλογή αριστερού κόγχου, επισκληρίδια συλλογή και εκτεταμένη παραρρινοκολπίτιδα. Πραγματοποιήθηκε παροχέτευση πύου από ΩΡΛ και νευροχειρουργό με ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Ο μοριακός έλεγχος πύου κατέδειξε *Streptococcus sp.* Η τρίτη ασθενής 10 ετών μεταφέρθηκε από την περιφέρεια στο 4<sup>ο</sup> 24ωρο νόσου με εμπύρετο και οίδημα κόγχου. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε ανάλογες βλάβες με τον προηγούμενο ασθενή υπεβλήθη ομοίως σε κοινή ΩΡΛ και νευροχειρουργική παρέμβαση με επίσης ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Μικροβιολογικός παράγοντας ανεδείχθη *Bacteroides dr.* Τέταρτος ασθενής ετών 8 διακομίζεται από περιφερειακό νοσοκομείο λόγω εμπυρετου από 3ημέρου, ρινικής συμφόρησης, κεφαλαλγίας και οιδήματος μετωπιαίας χώρας. Η MRI εγκεφάλου και σπλαγχνικού κρανίου ανέδειξε σημαντική υποδόρια επισκληρίδια συλλογή και πλήρη κατάληψη των παραρρινίων κόλπων. Δεν ταυτοποιήθηκε μικροβιολογικό αίτιο λόγω μακρόχρονης αντιβιοτικής κάλυψης πριν τη χειρουργική παρέμβαση. Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν ήπια νόσηση από SARS-CoV-2 το τελευταίο εξάμηνο, νόσηση από γρίπη Α τις τελευταίες 6 εβδομάδες και συμπτώματα χρόνιας ρινίτιδας.

**Συμπεράσματα:** Αναφέρουμε ακόμα 6 περιστατικά επιπλεγμένης ιγμορίτιδας σε εφήβους που νοσηλεύονται την περίοδο αυτή στο νοσοκομείο μας, γεγονός που οδήγησε στην έναρξη συστηματικής προοπτικής μελέτης των περιστατικών αυτών προς διερεύνηση των αιτιολογικών μηχανισμών και προδιαθεσικών παραγόντων, την επιδημιολογική παρακολούθηση των μικροβιακών αιτιών των διεισδυτικών επιπλοκών ιγμορίτιδας στην μετα SARS-CoV-2 εποχή, που οι λοιμωξιολόγοι καλούνται να αντιμετωπίσουν νέες προκλήσεις.



AA57.

## Η ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΤΑ ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19. ΑΝΑΛΥΣΗ ΥΠΟΜΑΔΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ: THE UNIVERSITY HOSPITAL OF IOANNINA COVID-19 REGISTRY, NCT05534074

Μπίρος Δημήτριος,<sup>1</sup> Λιόντος Άγγελος,<sup>1</sup> Κολιός Νικόλαος-Γαβριήλ,<sup>1</sup> Παππά Χριστιάνα,<sup>1</sup> Νάσιου Μαρία,<sup>1</sup> Ματζάρας Ραφαήλ,<sup>1</sup> Τσιάκας Ηλίας,<sup>1</sup> Ράπτη Ηρώ,<sup>1</sup> Παντελή Αικατερίνη,<sup>1</sup> Τάτσης Κωνσταντίνος,<sup>2</sup> Σαμανίδου Βαλεντίνα,<sup>1</sup> Μηλιώνης Χαράλαμπος,<sup>1</sup> Χριστάκη Ειρήνη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>2</sup>Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**Σκοπός:** Από τα πρώτα στάδια της πανδημίας COVID-19, η ανάγκη για στοχευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση αποτελούσε θέμα συζήτησης και έρευνας για την ιατρική κοινότητα. Επίσης, η αρχική υπόθεση σχετικά με την υψηλή επίπτωση βακτηριακής συλλοίμωξης, οδήγησε στην αυξημένη χρήση αντιμικροβιακών παραγόντων κατά τα πρώτα πανδημικά κύματα. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση της μεταβολής στη συχνότητα της χορήγησης αντιβιοτικών, σε νοσηλεύμενους ασθενείς με COVID-19, κατά τα στάδια της πανδημίας.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Τα δεδομένα συλλέχθηκαν αναδρομικά από τη βάση δεδομένων: The University Hospital of Ioannina COVID-19 Registry, NCT05534074, του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (ΠΓΝΙ). Συμπεριλήφθηκαν δεδομένα 1353 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Λοιμωδών Νόσων του ΠΓΝΙ κατά την περίοδο 03/2020-09/2022. Η χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής καταγράφηκε καθόλη τη διάρκεια της νοσηλείας. Για τις ανάγκες της μελέτης αξιολογήθηκε η έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής κατά τις πρώτες 72 ώρες νοσηλείας. Τα κύματα της πανδημίας ορίστηκαν χρονολογικά ως: 03/2020-08/2020, 09/2020-12/2020, 01/2021-07/2021, 08/2021-12/2021, 01/2022-παρόν. Η ανάλυση έγινε με χρήση της πλατφόρμας SPSS Statistics 26.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία του πληθυσμού ήταν 65,1 έτη και οι 770 (56,8%) ήταν άνδρες. Η συχνότητα της χορήγησης αντιβιοτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του κάθε κύματος της πανδημίας παρατίθεται στον Πίνακα 1. Μετά και το 3<sup>ο</sup> κύμα της πανδημίας παρατηρήθηκε ραγδαία μείωση της συχνότητας χορήγησης αντιμικροβιακών παραγόντων στους νοσηλεύμενους ασθενείς. Εν αντιθέσει, η συχνότητα χορήγησης αντιμικροβιακών στους εξωτερικούς ασθενείς αυξήθηκε από 13% σε 34% και έπειτα 23% (1<sup>ο</sup> vs 3<sup>ο</sup> vs παρόν κύμα). Επιπλέον, άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι η συχνότητα χορήγησης αντιβιοτικών δεν αυξήθηκε σημαντικά μετά τις πρώτες 72 ώρες νοσηλείας.

**Συμπεράσματα:** Η ραγδαία μείωση της συχνότητας χορήγησης αντιβιοτικών θα μπορούσε να αποδοθεί στην καλύτερη κατανόηση της παθογένειας της COVID-19 και την αυξανόμενη γνώση σχετικά με την χαμηλή επίπτωση βακτηριακής συλλοίμωξης σε αυτούς τους ασθενείς. Πρέπει να σημειωθεί ότι, η ήπια αύξηση στη συχνότητα της χορήγησης αντιμικροβιακών παραγόντων μετά τις πρώτες 72 ώρες νοσηλείας θα μπορούσε να αποδοθεί στον αυξημένο κίνδυνο ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.

**Πίνακας 1:** Συχνότητα χορήγησης αντιβιοτικών κατά τα κύματα της πανδημίας.

Χορήγηση αντιβιοτικών παραγόντων	Αντιβιοτικά κατ' οίκον	Αντιβιοτικά κατά τις πρώτες 72 ώρες νοσηλείας	Αντιβιοτικά μετά τις πρώτες 72 ώρες νοσηλείας
03/2020-08/2020 (N=47)	6	42	0
09/2020-12/2020 (N=199)	37	183	4
01/2021-07/2021 (N=412)	141	219	21
08/2021-12/2021 (N=290)	106	52	12
01/2022-present (N=405)	93	117	11

AA58.

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΝΑΓΚΗ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ: THE UNIVERSITY HOSPITAL OF IOANNINA COVID-19 REGISTRY, NCT05534074

Μπίρος Δημήτριος,<sup>1</sup> Λιόντος Άγγελος,<sup>1</sup> Παπαθανασίου Αλέξανδρος,<sup>1</sup> Παραγανά Ελένη,<sup>1</sup> Βελιάνη Κορνηλία,<sup>1</sup> Ράπτη Ηρώ,<sup>1</sup> Τσιάκας Ηλίας,<sup>1</sup> Τάτσης Κωνσταντίνος,<sup>2</sup> Ματζάρας Ραφαήλ,<sup>1</sup> Αθανασίου Λάζαρος,<sup>1</sup> Βάγιας Ιωάννης,<sup>1</sup> Μηλιώνης Χαράλαμπος,<sup>1</sup> Χριστάκη Ειρήνη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα  
<sup>2</sup>Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**Σκοπός:** Η νόσος COVID-19 προδιαθέτει σε ιογενείς και βακτηριακές λοιμώξεις, αλλά η συχνότητα των βακτηριακής συλλοίμωσης σε ασθενείς με COVID-19 είναι χαμηλή. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν η ανεύρεση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ κλινικών και εργαστηριακών παραγόντων και της ανάγκης αντιμικροβιακής αγωγής σε ασθενείς που νοσηλεύονται με COVID-19.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Τα δεδομένα συλλέχθηκαν αναδρομικά από τη βάση δεδομένων: The University Hospital of Ioannina COVID-19 Registry, NCT05534074, του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (ΠΓΝΙ). Μεταξύ 03/2020-09/2022, 1353 ασθενείς νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Λοιμωδών Νόσων του ΠΓΝΙ. Οι ασθενείς που προσήλθαν κατά τα πρώτα δύο κύματα της πανδημίας δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη λόγω της ιδιαίτερα αυξημένης χορήγησης αντιβιοτικών κατά την περίοδο αυτή. Στον τελικό πληθυσμό της μελέτης συμπεριλήφθηκαν 1107 ασθενείς (01/2021-09/2022). Οι εργαστηριακές παράμετροι που αναλύθηκαν στη μελέτη ήταν: CRP>100 mg/L, προκαλσιτονίνη>0,5 pg/mL, αριθμός λευκοκυττάρων (WBC)>11.000/μL, αναπνευστικό πηλίκο ( $PO_2/FiO_2 < 200$ ) και ακτινολογική βαρύτητα νόσου CTBoD)>50% (υπολογιζόμενη ως ποσοστό του προσβεβλημένου πνευμονικού παρεγχύματος με βάση την αξονική τομογραφία). Επίσης, αξιολογήθηκαν ο εμβολιασμός έναντι του SARS-CoV-2, η ύπαρξη ανοσοκαταστολής (ιστορικό ή χορήγηση αγωγής) και η χρήση κορτικοστεροειδών. Ως καταληκτικό σημείο στην παρούσα μελέτη ορίστηκε η έναρξη αντιβιοτικής αγωγής κατά τις πρώτες 72 ώρες νοσηλείας. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε στην πλατφόρμα SPSS Statistics 26 με χρήση Pearson's chi-square και Mann-Whitney U test, αλλά και πολυπαραγοντικής λογαριθμικής παλινδρόμησης. Οι λόγοι πιθανότητας στην παρούσα μελέτη (OR) δίδονται σταθμισμένοι για την ηλικία και το φύλο των ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία του πληθυσμού ήταν τα 64,8 έτη και ο μέσος ΔΜΣ 28,8 kg/m<sup>2</sup>, ενώ 630 εξ αυτών ήταν άνδρες. Η μέση διάρκεια των συμπτωμάτων και νοσηλείας ήταν 6 και 9,6 ημέρες, αντίστοιχα. Ο αριθμός των WBC δεν συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με αυξημένη συχνότητα χορήγησης αντιβιοτικών (OR=1,33, p=0,063). Αντίθετα, τα υψηλά επίπεδα CRP και προκαλσιτονίνης συσχετίστηκαν με αυξημένη χορήγηση αντιβιοτικών (OR=2,71, p<0,001 και OR=1,61, p=0,001). Ομοίως, η έκταση της νόσου (CTBoD) και ο λόγος  $PO_2/FiO_2$  συσχετίστηκαν με αυξημένη συχνότητα χορήγησης αντιμικροβιακών (OR=2,10, p<0,001 και OR=1,61, p=0,001). παρατηρήθηκε επίσης ότι ο εμβολιασμός έναντι του SARS-COV-2 μείωσε σημαντικά την πιθανότητα ανάγκης αντιμικροβιακής αγωγής (OR=0,56, p<0,001). Τέλος δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση για τη χρήση κορτικοστεροειδών και την ανοσοκαταστολή με τη ανάγκη χορήγησης αντιμικροβιακών.

**Συμπεράσματα:** Οι παράγοντες βαρύτητας νόσου συσχετίστηκαν σε μεγάλο βαθμό με την έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής, ενώ ο εμβολιασμός έναντι του SARS-CoV-2 μείωσε σημαντικά αυτή την πιθανότητα. Η προσεκτική αξιολόγηση αυτών των παραγόντων κατά την εισαγωγή του ασθενούς πιθανόν να βελτιώσει την έκβαση των νοσηλειών.

AA59.

## ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΟΙ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ. ΑΝΑΛΥΣΗ ΥΠΟΜΑΔΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ: THE UNIVERSITY HOSPITAL OF IOANNINA COVID-19 REGISTRY, NCT05534074

Λιόντος Άγγελος,<sup>1</sup> Ασημακόπουλος Αλέξανδρος-Γεώργιος,<sup>2</sup> Μαρκόπουλος Γεώργιος,<sup>3</sup> Μπίρος Δημήτριος,<sup>1</sup> Αθανασίου Λάζαρος,<sup>1</sup> Τσούρλος Σταύρος,<sup>1</sup> Σαμανίδου Βαλεντίνα,<sup>1</sup> Ντόβα Λευκοθέα,<sup>3</sup>

Βαρθολομάτος Γιώργος,<sup>3</sup> Τσιάκας Ηλίας,<sup>1</sup> Ντζάνη Ευαγγελία,<sup>2</sup> Ευαγγέλου Ευάγγελος,<sup>2</sup> Τζουλάκη Ιωάννα,<sup>2</sup> Τσιλίδης Κωνσταντίνος,<sup>2</sup> Φίλιππας-Ντεκούαν Σεμπάστιαν,<sup>1</sup> Μηλιώνης Χαράλαμπος,<sup>1</sup> Χριστάκη Ειρήνη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

<sup>2</sup>Κλινική και Μοριακή Επιδημιολογική Μονάδα, Τμήμα Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

<sup>3</sup>Αιματολογικό Εργαστήριο-Μονάδα Μοριακής Βιολογίας και Μεταφραστικής Κυτταρομετρίας Ροής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

**Εισαγωγή:** Δεδομένα από διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι η έκβαση της νόσου COVID-19 σχετίζεται στενά με την απορρύθμιση της ανοσολογικής απόκρισης. Ο αριθμός των λεμφοκυττάρων του αίματος μειώνεται προοδευτικά στις σοβαρές περιπτώσεις της νόσου και σχετίζεται με χειρότερη έκβαση. Από την άλλη πλευρά, η υπερπαραγωγή προφλεγμονωδών κυτοκινών σχετίζεται με σοβαρότερη πνευμονική βλάβη και την επακόλουθη αναπνευστική ανεπάρκεια. Ο αριθμός των λεμφοκυττάρων, όπως τα CD4 και CD8 T-κύτταρα, τα B-κύτταρα και τα κύτταρα Φυσιικοί Φονείς (Natural Killers, NK), έχει προταθεί ως προγνωστικός δείκτης της σοβαρότητας της νόσου COVID-19. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ των μεταβολών του αριθμού των λεμφοκυττάρων με τους δείκτες σοβαρότητας και έκβασης της νόσου COVID-19.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Συνολικά σε αυτή τη μελέτη, συμπεριλήφθηκαν (τυχαία) 42 νοσηλευόμενοι ασθενείς, κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ Ιουνίου και Ιουλίου 2021. Υπολογίστηκαν συγκεκριμένοι υποπληθυσμοί λεμφοκυττάρων (CD45, CD3, CD3CD8, CD3CD4, CD3CD4CD8, CD19, CD16CD56, CD34RA, CD45RO) με τη χρήση της κυτταρομετρίας ροής, κατά την εισαγωγή (ημέρα 1) και την ημέρα 5 της νοσηλείας. Τα κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα συλλέχθηκαν από τη βάση δεδομένων COVID-19 του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων [The University Hospital of Ioannina COVID-19 Registry, NCT05534074]. Υπολογίστηκε επίσης η έκταση της νόσου μέσω της αξονικής τομογραφίας (CT) πνευμόνων (ως ποσοστό % του προσβεβλημένου πνευμονικού παρεγχύματος), τα επίπεδα CRP, IL-6, το αναπνευστικό πηλίκιο (PO2/FiO2) και οι διαφορές μεταξύ των υποπληθυσμών των λεμφοκυττάρων. Για τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν οι μέθοδοι της γραμμικής και λογιστικής παλινδρομής. Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το λογισμικό Stata (έκδοση 13.1; Stata Corp, College Station, TX, USA).

**Αποτελέσματα:** Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών κατά την ημέρα 1 παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Τα αποτελέσματα της γραμμικής και λογιστικής ανάλυσης παρουσιάζονται στον Πίνακα 2 και στον Πίνακα 3. Τα CD16+56 κύτταρα (NK-κύτταρα) συσχετίστηκαν με υψηλότερο κίνδυνο πνευμονικής βλάβης (OR = 1,193, 95% CI: 1,019 έως 1,397, p=0,028). Από την άλλη, παρατηρήθηκε αντίστροφη συσχέτιση για τα κύτταρα CD3+CD8+ (OR = 0,855, 95% CI: 0,741 έως 0,986, p = 0,032). Ωστόσο, μετά τη διόρθωση του FDR, καμία από αυτές τις συσχετίσεις δεν παρέμεινε στατιστικά σημαντική. Περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι μια αύξηση κατά 1% στη διαφορά του αριθμού των CD3+CD4+ και CD4RO+ μεταξύ της ημέρας 5 και της ημέρας 1, οδήγησε σε αρνητική διαφορά CRP μεταξύ αυτών των χρονικών σημείων (χαμηλότερη τιμή CRP την ημέρα 5 από την ημέρα 1. Από την άλλη, η διαφορά του αριθμού των CD45RA+RO+ συσχετίστηκε με θετική διαφορά των επιπέδων CRP μεταξύ των δύο χρονικών σημείων (μεγαλύτερη τιμή CRP την ημέρα 5 από την ημέρα 1). Καμία άλλη σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε στους υπόλοιπους υποπληθυσμούς λεμφοκυττάρων υπό μελέτη.

Πίνακας 3. Γραμμικές παλινδρομήσεις προσαρμοσμένες για την ηλικία, το φύλο και τη διάρκεια των συμπτωμάτων.

EXPOSURES	OUTCOME: IL6				
	Estimate	LCI	UCI	p-value	Obs
CD3	0.208	-1.584	2.001	0.813	31
CD3CD8	0.109	-1.546	1.764	0.893	31
CD3CD4	0.095	-1.647	1.837	0.911	31
CD3CD4CD8	-3.263	-17.455	10.929	0,640	31
CD16CD56	-0.528	-2.638	1.581	0.611	31
CD19	0.380	-2.037	2.799	0.749	31
CD45PA	-0.725	-2.541	1.091	0.419	31
CD45RO	0.337	-1.587	2.262	0.721	31
CD45PAPO	0.547	-1.576	2.670	0.601	31
CD4RA	-0.561	-2.278	1.155	0.507	31
CD4RO	0.960	-1.517	3.439	0.433	31
EXPOSURE	OUTCOME: Μεταβολή PO2/FiO2 (ημέρα 5 – ημέρα 1)				
METABΟΛΗ (Δ) (ημέρα 5 – ημέρα 1)	Estimate	LCI	UCI	p-value	Obs
CD3	-5.199	-13.540	3.141	0.197	16
CD3CD8	-3.799	-16.438	8.839	0.522	16
CD3CD4	-0.734	-11.779	10.311	0.886	16
CD3CD4CD8	17.552	-18.688	53.793	0.309	16
CD16CD56	5.115	-1.558	11.789	0,120	16
CD19	-2.639	-12.847	7.569	0.581	16
CD45PA	0.210	-7.014	7.436	0,950	16
CD45RO	-3.652	-11.566	4.262	0.332	16
CD45PAPO	3.827	-4.612	12.267	0,340	16
CD4RA	6.252	-2.542	15.048	0.146	16
CD4RO	-1.157	-10.605	8.291	0.793	16
EXPOSURE	OUTCOME: Μεταβολή CRP (ημέρα 5 – ημέρα 1)				
METABΟΛΗ (Δ) (ημέρα 5 – ημέρα 1)	Estimate	LCI	UCI	p-value	Obs
CD3	-3.357	-7.720	1.007	0.124	25
CD3CD8	2.738	-5.057	10.534	0.472	25
CD3CD4	-5.227	-10.353	-0,099	<b>0.046</b>	25
CD3CD4CD8	13.895	-8.698	36.488	0.214	25
CD16CD56	3.1169	-0,747	6.981	0.108	25
CD19	-0.898	-6.699	4.902	0,750	25
CD45PA	-1.241	-4.525	2.044	0,440	25
CD45RO	-2.001	-6.110	2.108	0.322	25
CD45PAPO	4.661	0,631	8.689	<b>0.026</b>	25
CD4RA	-0.464	-5.611	4.683	0.853	25
CD4RO	-5.327	-9.715	-0,938	<b>0,020</b>	25

**Συμπεράσματα:** Παρά το μικρό σχετικά μέγεθος του δείγματος της μελέτης, διαπιστώθηκε ότι οι μεταβολές στους υποπληθυσμούς των λεμφοκυττάρων σχετίζονται με τη σοβαρότητα της COVID-19. Παρατηρήθηκε ότι η αύξηση των λεμφοκυττάρων (CD4 και CD45RO) είχε ως αποτέλεσμα την μείωση των επιπέδων της CRP με την επακόλουθη αποδρομή της COVID-19 και τελικά σε ανοσία. Ωστόσο, αυτό το εύρημα χρειάζεται περαιτέρω αξιολόγηση σε δοκιμές ευρείας κλίμακας.

## AA60.

**ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΡΕΜΔΕΣΙΒΙΡΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ SARS-CoV-2: ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΥΠΕΡΟΧΗ ΤΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ ΟΜΙΚΡΟΝ**

Παπανικολοπούλου Α., Ράπτη Β., Λιβανού Μ-Ε., Αλεξίου Π., Πεχλιβανίδου Ε., Κοκκότης Γ., Ντουσόπουλος Β., Θυμής Β., Μεντή Α., Μαγγενάκη Σ., Βλάνδος Σ., Αθανασίου Κ., Ντισσόλης Θ., Συρίγος Κ.Ν., Πουλάκου Γ. Γ' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

**Σκοπός:** Καταγραφή της διάρκειας θεραπείας με ρεμδεσιβίρη και τα χαρακτηριστικά της σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες (ΑΚ) και COVID-19 νόσο το χρονικό διάστημα 06/2021-10/2022.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μονοκεντρική μελέτη παρατήρησης ασθενών με ΑΚ που εισήχθησαν στη Β' Κλινική Λοιμώξεων, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία». Καταγράφηκαν: δημογραφικά χαρακτηριστικά, συννοσηρότητες, είδος ΑΚ και θεραπείας για COVID-19 (Πίνακας 1).

**Πίνακας 1.** Είδος Αιματολογικής Κακοήθειας και θεραπείας για τη νόσο COVID-19.

Αιματολογική Κακοήθεια	Αριθμός: n (%)
Λέμφωμα non-Hodgkin	26 (43.3%)
Λέμφωμα Hodgkin	3 (5%)
Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία	11 (18.3%)
Μυελοϋπερπλαστικό Νόσημα	10 (16.7%)
Μυελοδυσπλαστικό Σύνδρομο	5 (8.3%)
Πλασματοκυτταρικές Δυσκρασίες	5 (8.3%)
Είδος θεραπείας για τη νόσο COVID-19	Αριθμός: n (%)
Ρεμδεσιβίρη ≤ 5 ημέρες	24 (40%)
Ρεμδεσιβίρη > 5 ημέρες	36 (60%)
Dexamethasone	21 (35%)
Παρατεταμένη χρήση κορτικοειδών	16 (26.7%)
Tocilizumab	5 (8.3%)
Anakinra	3 (5%)
Baricitinib	1 (1.7%)

**Αποτελέσματα:** Συμπεριελήφθησαν 60 ασθενείς: διάμεση ηλικία 71 έτη (SD=19), Θ: 32 (53.3%). Οι 37 (61.67%) είχαν σοβαρή νόσο COVID-19 στην εισαγωγή βάσει κριτηρίων WHO<sup>1</sup>. Οι 38 (63.3%) είχαν τουλάχιστον μία συννοσηρότητα και ήταν εμβολιασμένοι. Θεραπεία με ρεμδεσιβίρη έλαβαν όλοι οι ασθενείς: 24 (40%) ≤5 ημέρες και 36 (60%) >5 ημέρες. Η διάρκεια θεραπείας ήταν στη διακριτική ευχέρεια του θεράποντος, με βάση την κλινική ανταπόκριση του ασθενή στις 5 πρώτες ημέρες και το εκτιμώμενο βάθος της ανοσοκαταστολής. Μεγαλύτερη διάρκεια θεραπείας χορηγήθηκε σε ασθενείς με Hodgkin, non-Hodgkin λεμφώματα ή χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία (HL/NHL/CLL), p-value: 0.0038. Από το πολυπαραγοντικό μοντέλο συναξιολόγησης του θεραπευτικού σχήματος της ρεμδεσιβίρης > 5ημέρες (p-value: 0.0005), μεγαλύτερη πιθανότητα χορήγησης είχαν οι ασθενείς με HL/NHL/ΧΛΛ [OR:14.25, (95% ΔΕ: 2.69-75.47), p-value: 0.002], καθώς και αυτοί που ήταν πλήρως εμβολιασμένοι [OR: 4.41, (95% ΔΕ: 0.97-18.36), p-value: 0.055] λόγω σοβαρού υποκείμενου νοσήματος (Πίνακας 2). Ασθενείς με ήπια/μέτρια νόσο κατά την εισαγωγή είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα ανάρρωσης στις 30 ημέρες, χωρίς ανάγκη χορήγησης συμπληρωματικού οξυγόνου [HR:2.65 (95% ΔΕ: 1.33-5.25), p-value: 0.005] (Πίνακας 3). Οι ασθενείς που πήραν ρεμδεσιβίρη >5 ημέρες πριν και κατά την υπεροχή της όμικρον είχαν μικρότερη ανάγκη για διασωλήνωση (p-value: 0.045 και p-value: 0.005 αντίστοιχα) και τελική έκβαση το θάνατο (p-value: 0.104 και p-value: 0.012 αντίστοιχα) παρά το ότι είχαν μικρότερη πιθανότητα ανάρρωσης στις 30 ημέρες [HR:0.43 (95% ΔΕ: 0.19-0.99), p-value: 0.046].



**Πίνακας 2.** Συσχέτιση ασθενών με ιστορικό χορήγησης ρεμδεσιβίρης >5 ημέρες με δημογραφικά χαρακτηριστικά, είδος αιματολογικού νοσήματος και σοβαρότητα νόσου COVID-19

Ρεμδεσιβίρη >5 ημέρες	OR	Std. Err.	p-value	[95% CI]	Sig
Γυναίκες vs Άνδρες	2.58	1.93	0.206	0.59 – 11.17	
Ηλικία	1.01	0.03	0.627	0.96 – 1.07	
Αριθμός συννοσηροτήτων	0.88	0.22	0.108	0.05 – 1.34	
Ήπια/Μέτρια vs Σοβαρή νόσος κατά την εισαγωγή	0.26	0.27	<b>0.108</b>	0.06 – 1.68	p<0.1
HL ή NHL ή ΧΛΛ	14.25	12.12	<b>0.002</b>	2.69 – 75.47	p<0.01
Ήταν πλήρως εμβολιασμένοι	4.41	3.16	<b>0.055</b>	0.97 – 18.36	p<0.1
Ελάμβαναν dexamethasone	2.49	2.11	0.282	0.47 – 13.10	
<b>p-value=0.0005</b>					

**Πίνακας 3.** Πιθανότητα ανάρρωσης στις 30 ημέρες (εξιτήριο χωρίς ανάγκη χορήγησης συμπληρωματικού οξυγόνου), συσχέτιση με δημογραφικούς παράγοντες και διάρκεια χορήγησης ρεμδεσιβίρης

Συμμεταβλητές	Haz. Ratio	95% C.I.	p-value
HL ή NHL ή ΧΛΛ vs άλλες αιματολογικές κακοήθειες	1.33	0.53 – 3.29	0.544
Γυναίκες vs Άνδρες	0.80	0.41 – 1.56	0.508
Ηλικία ≥ 65 έτη	0.49	0.23 – 1.03	0.059
Ήπια/Μέτρια vs Σοβαρή νόσος κατά την εισαγωγή	2.65	1.33 – 5.25	<b>0.005</b>
Είχαν λάβει μια ενισχυτική δόση εμβολίου	1.40	0.72 – 2.74	0.324
Ρεμδεσιβίρη >5 ημέρες	0.43	0.19 – 0.99	<b>0.046</b>
<b>p-value=0.002</b>			

**Συμπεράσματα:** Στη κοόρτη των αιματολογικών ασθενών που μελετήσαμε, ασθενείς με ιστορικό HL/ NHL/CLL έλαβαν μεγαλύτερης διάρκειας σχήματα ρεμδεσιβίρης. Κατά την υπεροχή της όμικρον οι ασθενείς με ΑΚ που πήραν ρεμδεσιβίρη >5 ημέρες είχαν σημαντικά βελτιωμένους δείκτες σε σκληρά καταληκτικά σημεία όπως η διασωλήνωση και ο θάνατος.

<sup>1</sup>Beigel J.H. et al. Remdesivir for the treatment of covid-19 - final report. N. Engl. J. Med. 2020;383(19):1813-1826.

## AA61.

### ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ANTI-CD20 ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ SARS-CoV-2: ΜΙΑ ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

Παπανικολοπούλου Α., Αλεξίου Π., Χαραλάμπους Χ., Κοκκότης Γ., Ράπτη Β., Αντωναγιαννάκη Ε-Χ., Μπονοφά Δ., Αθανασίου Α., Ντισσοτόλης Θ., Σακκά Β., Κάκκαλου Ε., Μαραβίτσας Β., Συρίγος Κ.Ν., Πουλάκου Γ.  
Γ' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

**Σκοπός:** Μονοκεντρική, αναδρομική καταγραφή ασθενών με ρευματολογικό νόσημα και COVID-19 λοίμωξη όσον αφορά το είδος θεραπείας για το υποκείμενο νόσημα και τη πρόγνωση, για το χρονικό διάστημα 04/2021-12/2022.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Καταγράφηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, συννοσηρότητες, είδος ρευματολογικού νοσήματος και υποκείμενης θεραπείας.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 54 ασθενείς με διάμεση ηλικία τα 65 έτη (SD:15.5). Θ:31 (57.41%). Οι 33 (61.11%) είχαν σοβαρή νόσο COVID-19 στην εισαγωγή βάσει κριτηρίων WHO<sup>1</sup> και χρειάστηκαν οξυγονοθεραπεία στην εισαγωγή. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 11.34 ημέρες



(SD:9.64), ενώ 5(9.26%) ασθενείς χρειάστηκε να νοσηλευτούν σε ΜΕΘ και να διασωληνωθούν, από τους οποίους οι 4(7.41%) κατέληξαν σε θάνατο. Το είδος του ρευματολογικού νοσήματος και της υποκείμενης θεραπείας αναφέρονται στο Πίνακα 1. Κάποιο είδος συννοσηρότητας είχαν 41(75.93%) ασθενείς με κυριότερη την αρτηριακή υπέρταση, 32(59.26%), ενώ ένα μικρό ποσοστό 5(9.26%) παρουσιάζει και κάποια συνοδό αιματολογική κακοήθεια (Πίνακας 2). Από τους 5(9.26%) ασθενείς με ιστορικό χορήγησης anti-CD20 θεραπείας το τελευταίο 6μηνο, (είτε για τη θεραπεία του ρευματολογικού νοσήματος (3), είτε για τη συνοδό αιματολογική κακοήθεια (2)), διασωληνώθηκαν οι 3 με τελική κατάληξη το θάνατο και διάμεση διάρκεια νοσηλείας 11 ημέρες (IQR: 26.5). Αντίθετα από τους υπόλοιπους ασθενείς 49 (90.74%) που δεν έλαβαν anti-CD20 θεραπεία, διασωληνώθηκαν οι 2 (p-value: 0.004) και κατέληξε ο 1 (p-value: 0.002), με διάμεση διάρκεια νοσηλείας 8 ημέρες (IQR: 7.5) (p-value:ns).

**Πίνακας 1.** Είδος Ρευματολογικού Νοσήματος και Θεραπείας.

Ρευματολογικό Νόσημα	Αριθμός: n (%)
Ρευματοειδή αρθρίτιδα	29 (53.7%)
Οροαρνητικές σπονδυλοαρθρίτιδες	12 (22.22%)
Συστηματικός ερυθματώδης λύκος	6 (11.11%)
Σύνδρομο sjogren	4 (7.41%)
Αγγειίτιδα	3 (5,6%)
Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο	2 (3,7%)
Ρευματική Πολυμυαλγία	2 (3.70%)
Ουρική Αρθρίτιδα	1 (1.85%)
Ιδρωταδενίτιδα	1 (1,9%)
Είδος θεραπείας	Αριθμός: n (%)
Μεθοτρεξάτη	15 (27.78%)
Anti-TNF παράγοντες	8 (14.81%)
Plaquenil	8 (14.81%)
Ανοσοτροποποιητικά (leflunomide, abatacept)	4 (7.41%)
JAK αναστολείς (baricitinib)	2 (3.70%)
Anti-CD20 (rituximab)*	3 (5.56%)
Anti-IL1 (Anakinra)	4 (7.41%)
ΜΣΑΦ / Κολχικίνη	3 (5.56%)
Στεροειδή	22 (40.74%)

\*για τη θεραπεία του ρευματολογικού νοσήματος

**Πίνακας 2.** Συννοσηρότητες.

Συννοσηρότητες	Αριθμός: n (%)
Αρτηριακή Υπέρταση	32 (59.26%)
Δυσλιπιδαιμία	17 (31.48%)
Υποθυρεοειδισμός	14 (25.93%)
Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2	9 (16.67%)
Αρρυθμίες	8 (14.81%)
Καρδιακή Ανεπάρκεια	4 (7.41%)
Στεφανιαία Νόσο / OEM	5 (9.26%)
ΧΑΠ / Άσθμα	4 (7.41%)
Αιματολογική Κακοήθεια	5 (9.26%)
Σαρκοείδωση	1 (1.85%)
Μυασθένεια	1 (1.85%)
Καρκίνος	1 (1.85%)

**Συμπεράσματα:** Στη κοόρτη που μελετήσαμε, ασθενείς με ρευματολογικό νόσημα και COVID-19 λοίμωξη είχαν δυσμενή πρόγνωση αν στο ιστορικό τους περιλαμβάνεται χορήγηση anti-CD20 μονοκλωνικού αντισώματος. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για την ιδιαίτερη αυτή ομάδα ασθενών σχετικά με τη πρόληψη και τη θεραπεία της νόσου COVID-19.

<sup>1</sup><https://files.covid19treatmentguidelines.nih.gov/guidelines/covid19treatmentguidelines.pdf>

## AA62.

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΓΙΑ ΝΟΣΟ COVID-19 ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΜΑΖΙΚΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ SARS-COV-2: ΜΙΑ ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Αλεξίου Π., Παπανικολοπούλου Α., Χαραλάμπους Χ., Κοκκότης Γ., Ράπτη Β., Παναγιώτου Ε., Ντουράκη Σ., Φυτά Ε., Μητροπούλου Μ., Αθανασίου Κ., Νιτσοτόλης Θ., Συρίγος Κ.Ν., Πουλάκου Γ.  
Γ' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

**Σκοπός:** Καταγραφή των επιδημιολογικών και κλινικών χαρακτηριστικών ασθενών με ρευματολογική πάθηση (ΡΠ) ή αυτοάνοσο νόσημα και νόσο COVID-19.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μονοκεντρική αναδρομική μελέτη παρατήρησης ασθενών με ΡΠ που εισήχθησαν στη Β' Κλινική Λοιμώξεων, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία» μετά την έναρξη του μαζικού εμβολιασμού έναντι του SARS-CoV-2 (4/2021-12/2022). Συλλέχθηκαν δημογραφικά στοιχεία, είδος υποκείμενης ΡΠ, κλινική πορεία COVID-19 και ιστορικό εμβολιασμού. Πλήρως εμβολιασμένοι ήταν αρχικά αυτοί που έλαβαν 2 δόσεις εμβολίου Comirnaty/Spikevax/Vaxzevria μέχρι 09/2021 και μετά έλαβαν μια ενισχυτική δόση τουλάχιστον 6 μήνες αργότερα (10/2021 μέχρι τώρα), και εμβολιασμένοι με τουλάχιστον μια αναμνηστική δόση οι ασθενείς που έλαβαν >3 δόσεις εμβολίου.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 54 ασθενείς: 31 (57,41%) γυναίκες, με διάμεση ηλικία 65 έτη (SD:15.5). Οι 33 (61,11%) είχαν σοβαρή νόσο COVID-19 στην εισαγωγή βάσει κριτηρίων WHO<sup>1</sup>. Από το ιστορικό τους οι 26(53,7%) είχαν ρευματοειδή αρθρίτιδα ή νόσο Still, 12 (22,2%) οροαρνητική αρθρίτιδα, 6 (11,1%) συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, 4 (7,4%) σύνδρομο Sjogren, 3 (5,6%) αγγειίτιδα, 2 (3,7%) ρευματική πολυμυαλγία, 2 (3,7%) αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, 1 (1,9%) ουρική αρθρίτιδα και 1 (1,9%) ιδρωταδενίτιδα. Οι 45 (83,3%) από τους ασθενείς είχαν ενεργή νόσο. Από το εμβολιαστικό ιστορικό 26 (48,2%) ήταν πλήρως εμβολιασμένοι και 9 (16,7%) με τουλάχιστον μια αναμνηστική δόση ενώ 17(31,5%) ήταν ανεμβολίαστοι και 2 (3,7%) μερικώς εμβολιασμένοι. Η μέση χρονική διάρκεια από την τελευταία δόση εμβολίου μέχρι την εισαγωγή ήταν 179,21 μέρες (περίπου 6 μήνες). Η μέση διάρκεια νοσηλείας για τους 35 πλήρως εμβολιασμένους ή με αναμνηστική δόση ήταν 9,6 ημέρες ενώ για τους 19 μερικώς εμβολιασμένους/ανεμβολίαστους ήταν 15,4 ημέρες. Οι πιο συχνές κλινικές εκδηλώσεις ήταν πυρετός (n=44, 81,2%) και βήχας (n=32, 59,3%). Για τη θεραπεία της νόσου COVID-19, το σύνολο του πληθυσμού έλαβε ρεμδεσιβίρη: 50 (92,6%) για ≤5 ημέρες, και 4 (7,4%) για >5 ημέρες, 25 (46,3%) δεξαμεθαζόνη, 10 (18,5%) παρατεταμένη χορήγηση κορτικοειδών, 2 (3,7%) Tocilizumab, 4 (7,4%) Baricitinib και 4 (7,4%) Anakinra, ενώ 20 (37%) λάμβανε κάποιο αντιμικροβιακό κατά την εισαγωγή. Τουλάχιστον μία επιπλοκή εκδήλωσαν 19 (35,2%) ασθενείς, Έλαβαν εξιτήριο 50 (92,6%) ασθενείς ενώ 4 (7,4%) από 5 (9,26%) που χρειάστηκαν να νοσηλευτούν σε ΜΕΘ, κατέληξαν.

**Συμπεράσματα:** Σε αυτή τη κοόρτη ασθενών με ΡΠ, κατά την 3<sup>η</sup> και 4<sup>η</sup> περίοδο της πανδημίας, η θνητότητα και οι επιπλοκές κυμαίνονται σε παρόμοια επίπεδα με τους μη ρευματολογικούς ασθενείς. Όταν η βαρύτητα της νόσου οδηγεί στη διασωλήνωση φαίνεται να συνδυάζεται με πολύ υψηλή θνητότητα.

<sup>1</sup><https://files.covid19treatmentguidelines.nih.gov/guidelines/covid19treatmentguidelines.pdf>

**Πίνακας 1.** Ρευματολογική Πάθηση.

Ρευματολογική Πάθηση	n (%)
Ρευματοειδής Αρθρίτιδα ή νόσος Still	26 (53,7%)
Οροαρνητική Αρθρίτιδα	12 (22,2%)
Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος	6 (11,1%)
Σύνδρομο Sjogren	4 (7,4%)
Αγγειίτιδα	3 (5,6%)
Ρευματική Πολυμυαλγία	2 (3,7%)
Αντιφωσφολιπδικό Σύνδρομο	2 (3,7%)
Ουρική Αρθρίτιδα	1 (1,9%)
Ίδρωταδενίτιδα	1 (1,9%)

**Πίνακας 1.** Θεραπευτική αγωγή ασθενών με ΡΠ και COVID-19.

Θεραπευτική Αγωγή	N (%)
Ρεμδεσιβίρη ≤5ημέρες	50 (92,6%)
Ρεμδεσιβίρη >5ημέρες	4 (7,4%)
Δεξαμεθαζόνη	25 (46,3%)
Αντιβιοτικά στην εισαγωγή	20 (37%)
Παρατεταμένη χορήγηση κορτικοειδών	10 (18,5%)
Αντιπηκτική αγωγή	54 (100%)
Tocilizumab	2 (3,7%)
Baricitinib	4 (7,4%)
Anakinra	4 (7,4%)

**Πίνακας 2.** Επιπλοκές κατά τη νοσηλεία ασθενών με ΡΠ και νόσο COVID-19.

Επιπλοκές κατά τη Νοσηλεία	N (%)
Θρομβοπενία	26 (43,33%)
Περικαρδίτιδα	1 (1,9%)
Αιμορραγικό Επεισόδιο	1 (1,9%)
Διαταραχή Ηπατικής Λειτουργίας* <sup>1</sup>	4 (7,4%)
Διαταραχή Νεφρικής Λειτουργίας* <sup>2</sup>	11 (20,4%)
Θρομβοεμβολικό επεισόδιο	2 (3,7%)

\*<sup>1</sup>Αύξηση κρεατινίνης κατά 30% ή τιμή >1,3 mg/dL\*<sup>2</sup>Τιμή τρανσαμινασών τουλάχιστον τριπλάσια από την ανώτερη φυσιολογική



# Ευρετήρια

# Ευρετήριο Προέδρων - Ομιλητών

Ammon Andrea	ECDC Director
Granata Guido	National Institute for Infectious Diseases «L. Spallanzani», Clinical and Research Department for Infectious Diseases
Αδάμης Γεώργιος	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Υπεύθυνος Μονάδας Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Ακινόσογλου Καρολίνα	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Πατρών
Αναστασοπούλου Αμαλία	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Ανταχόπουλος Χαράλαμπος	Καθηγητής Παιδιατρικής-Λοιμωξιολογίας, Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
Αντωνιάδου Αναστασία	Καθηγήτρια Παθολογίας-Λοιμώξεων ΕΚΠΑ, Καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κύπρου
Αργυράκη Αικατερίνη	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Παθολογική κλινική και ΕΙ HIV λοίμωξης, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»
Ασημάκη Χαρίκλεια	Σύμβουλος Λοιμώξεων Ευρωκλινικής Παιδών - MENN «Λητώ»
Ασημακόπουλος Ιωάννης	Επιμελητής Αιματολόγος, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Ασημακόπουλος Στυλιανός	Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας-Λοιμώξεων, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών, Υπεύθυνος Μονάδος Ειδικών Λοιμώξεων Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών
Αστρίτη Μυρτώ	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Μονάδα Λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Βουσιτσάς Πανατζής-Μιχαήλ Φ.	Παθολόγος-Εξειδικευόμενος Λοιμωξιολογίας, Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Βρυώνη Γεωργία	Καθηγήτρια Μικροβιολογίας Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Γαλανάκης Εμμανουήλ	Παιδίατρος-Λοιμωξιολόγος, Καθηγητής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθυντής Παιδιατρικής Κλινικής Πα.Γ.Ν.Η., Πρόεδρος European Society for Paediatric Infectious Diseases
Γαργαλιάνος-Κακολύρης Παναγιώτης	Διευθυντής Παθολογικής-Λοιμωξιολογικής Κλινικής, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών
Γεωργιάδου Σάρα	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α' Παθολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Λάρισης
Γιαμαρέλλος-Μπουρμπούλης Ευάγγελος Ι.	Καθηγητής Παθολογίας-Λοιμώξεων, Διευθυντής Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Λοιμωξιολογία», Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Ελικοβακτηριδίου Πυλωρού και Λοιτών Λοιμωξιών Πεπτικού, Chairman: European Sepsis Alliance. Past-President: European Shock Society
Γιαμαρέλλου Ελένη	Λοιμωξιολόγος PhD, FIDSA, Διευθύντρια Α' Παθολογικής-Λοιμωξιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ», Ακαδημαϊκός Academia Europaea
Γιαννιτσιώτη Ευθυμία	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ Δ' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικής», Educational Officer ESGIAI (ESCMID study group on implant associated infections)
Γκαμαλέτσου Μαρία	MD, PhD, MPH, Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Επιστημονική Συνεργάτης ΕΚΠΑ
Γκέντζη Δέσποινα	Παιδίατρος-Λοιμωξιολόγος, Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών
Γκίκας Αχιλλέας	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας Λοιμώξεων, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης
Γκιούλα Γεωργία	Καθηγήτρια Ιατρικής Βιοπαθολογίας-Μικροβιολογίας, Ιατρικό Τμήμα, Α.Π.Θ.
Γοργούλης Βασίλης	Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
Γρηγορόπουλος Ιωάννης	Εξειδικευόμενος, Π.Γ.Ν. «Αττικής»
Γώγος Χαράλαμπος	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Παθολογικής-Λοιμωξιολογικής Κλινικής Metropolitan General
Δαΐκος Γεώργιος Λ.	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας-Λοιμώξεων, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής «ΜΗΤΕΡΑ»
Δούκα Ευαγγελία	MD PhD, Παθολόγος Εντατικολόγος Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α' ΚΕΘ ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
Ζαούτης Θεοκλής	Πρόεδρος ΕΟΔΥ
Ζαρκωτού Ολυμπία	Βιοπαθολόγος-Κλινικός Μικροβιολόγος, Διευθύντρια Μικροβιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»
Ζιάκα Μαρία	Ειδικευόμενη Παιδιατρικής, Γ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
Θωμάς Κωνσταντίνος	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Δ' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικής»
Ιωάννου Πέτρος	Επίκουρος Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης
Ιωσφίδης Ηλίας	Παιδίατρος Λοιμωξιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Γ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο
Καζιάνη Αικατερίνη	Επιμελήτρια Α' Παθολογίας, Εξειδικευόμενη Λοιμωξιολογίας, Ε' Παθολογική Κλινική-Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
Κάκαλου Ελένη	MD, MSc, PhD(C), Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Τμήμα Λοιμώξεων Β, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία» (Μετακίνηση από ΕΑΝΠ «Μεταξά»), ΠΜΣ «Παγκόσμια Υγεία & Διαχείριση Κρίσεων Υγείας», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αντιπρόεδρος Δ.Σ. «Γιατροί χωρίς Σύνορα»
Κανελλακοπούλου Κυριακή	Ομότιμος Καθηγήτρια Παθολογίας Λοιμώξεων, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
Καραϊσός Ηλίας	MD, PhD, Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Α' Παθολογική Λοιμωξιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ»
Καραπιέρης Δημήτρης	Γενικός Αρχίατρος Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Τμήματος Λοιμώξεων, 424 ΓΣΝΕ
Κοντοπίδου Φλώρα	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Νοσοκομείο «ΜΗΤΕΡΑ», Scientific coordinator REVERSE project
Κουρκουττή Σοφία	Παθολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Α. Συγγρός»
Κουρμπέτη Ειρήνη	Επιμελήτρια ΕΣΥ, ΑΠΚ Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Κοφτερίδης Π. Διαμαντής	Καθηγητής Παθολογίας-Λοιμωξιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Μονάδας Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν. Ηρακλείου
Λαγκαδινού Μαρία	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επ. Καθηγήτρια Παθολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πατρών, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Π.-Τμήμα Λοιμώξεων
Λαγκούση Θεανώ	Παιδίατρος, Εξειδικευόμενη Λοιμωξιολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»



Λαζανάς Μάριος Κ.	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Παθολογικής-Λοιμωξιολογικής Κλινικής «ΙΑΣΩ», Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS (Ε.Ε.Μ.Α.Α.)
Λελέκης Μωυσής	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Γ' Ορθοπαιδικής Κλινικής του ΕΚΠΑ, Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ»
Λεωνίδα Λεωνιδία	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Παθολογική Κλινική και Τμήμα Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν. Πατρών
Λινού Μαρία	Πρόεδρος ΔΣ Ελληνικής Κτηνιατρικής Εταιρείας, Γραμματέας ΔΣ Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Ενιαίας Υγείας
Λουριδά Παναγιώτα	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Ε' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
Μαλιτζέζου Έλενα	Παιδίατρος-Λοιμωξιολόγος, Διευθύντρια, Διεύθυνση Έρευνας, Μελετών και Τεκμηρίωσης, Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, Επισκέπτρια Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Κατάνης, Ιταλία, Επισκέπτρια Καθηγήτρια, Xian Daxing Hospital, The First Affiliated Hospital of Xian Medical University, Xian, Κίνα
Μαραγκός Μάρκος	Καθηγητής Παθολογίας-Λοιμώξεων, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής και Τμήματος Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν.Π., Αντιπρύτανης Πανεπιστημίου Πατρών
Μαστρογιάννη Ελπίδα	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Β' ΤΕΠ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Μεταλλίδης Συμεών	Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας-Λοιμωξιολογίας, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.
Μιχαηλάκης Αντώνιος	Διευθυντής Έρευνών, Μπενάκειο Φυτοπαθολογικό Ινστιτούτο
Μιχαηλίδης Χρήστος	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος
Μίχος Αθανάσιος	Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής-Λοιμωξιολογίας ΕΚΠΑ, Α' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»
Μπασούλης Δημήτριος	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Β' Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας και Μονάδα COVID, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Μπίσια Αθανασία	Επιμελήτρια Α' Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ-ΕΚΑ
Μπούμπας Δημήτριος	Πρόεδρος ΚΕΣΥ
Μυλωνά Ελένη	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α', Ε' Παθολογική Κλινική και Τμήμα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
Νικολαΐδης Παύλος	Ομότιμος Καθηγητής Α.Π.Θ., Διευθυντής Τμήματος Λοιμώξεων, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης
Νικολοπούλου Γεωργία	Παιδίατρος-Λοιμωξιολόγος, Προϊσταμένη Τμήματος Ηπατιτιδών, Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ)
Νιτσολής Θωμάς	Παθολόγος-Εντατικολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»
Ντζιώρα Φωτεινή	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Ορφανίδου Μαρία	Ιατρός Βιοπαθολόγος, Κλινική Μικροβιολόγος, Διευθύντρια Μικροβιολογικού Εργαστηρίου, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Πανά Ζωή-Δωροθέα	Specialist in Pediatrics, Faculty Member (European University, EUC Cyprus), Specialized in Hospital Epidemiology/ Infection Control/ Stewardship (Johns Hopkins Hospital, USA), COVID-19 Advisory Committee/ Consultant (Ministry of Health, Cyprus), EU COVID-19 Scientific Platform Member (European Commission), European Confederation of Medical Mycology Fellow (FECMM), VACCCELERATE WP10 lead
Παναγόπουλος Περικλής	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας με έμφαση στις Λοιμώξεις, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
Παπαδόπουλος Αντώνιος	Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας-Λοιμώξεων, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Δ' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικό»
Παπαϊωάννου Νικόλαος	Πρύτανης Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (Α.Π.Θ.), Καθηγητής Τμήματος Κτηνιατρικής Α.Π.Θ.
Παπασταμάτουλος Βασίλειος	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διοικητικά και Επιστημονικά Υπεύθυνος Ε' Παθολογικού Τμήματος και Μονάδας Λοιμώξεων, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
Παρασκευής Δημήτριος	Αναπληρωτής Καθηγητής Επιδημιολογίας και Προληπτικής Ιατρικής, Εργαστήριο Υγιεινής Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
Παυλοπούλου Ιωάννα	Καθηγήτρια Παιδιατρικής- Λοιμωξιολόγος, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»
Πετρίκος Παναγιώτης	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Αντισημναρχος, Επιμελητής Β' Παθολογικής Κλινικής, 251 Γ.Ν. Αεροπορίας
Πετρίκος Γεώργιος	Ιατρός, Παθολόγος, Λοιμωξιολόγος, Ομότιμος Καθηγητής Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Πρόεδρος της Κυπριακής Εταιρείας Κλινικής Μικροβιολογίας και Λοιμώξεων
Πεφάνης Άγγελος	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ, Παθολογική Κλινική-Λοιμώξεων Α', Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»
Πηρουνάκη Μαρία	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Πλαχούρας Διαμαντής	Principal Expert Antimicrobial Resistance and Healthcare-Associated Infections, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)
Πουλάκος Γαρυφαλλιά	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας Λοιμώξεων Γ' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»
Ρέντζιου Γιάννα	M.D, Ph.D, Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ, Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Άλεξάνδρα»
Ροηλίδης Εμμανουήλ	Καθηγητής Παιδιατρικής-Λοιμωξιολογίας, Διευθυντής, Γ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσσαλονίκης
Σακκά Βησσαρία	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γ' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»
Σαμάρκος Μιχαήλ	Καθηγητής Παθολογίας-Λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Σαμπάτσου Ελένη	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας-Λοιμώξεων, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Υπεύθυνη Μονάδας Λοιμώξεων, ΕΚΠΑ
Σαμώνης Γεώργιος	Ογκολόγος-Λοιμωξιολόγος, Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας
Σαρόγλου Γεώργιος	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας Λοιμώξεων, Νοσηλευτικό Τμήμα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Σκοπελίτης Ηλίας	Παθολόγος, MSc Tra Med, PhD, Διευθυντής ΕΣΥ, Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Αγ. Παντελεΐμων»
Σκουτέλης Αθανάσιος	Καθηγητής Παθολογίας-Λοιμώξεων, Διευθυντής Β' Παθολογικής-Λοιμωξιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Υγεία»
Σπερνοβασίλης Νικόλαος	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Λοιμωξιολογικού Τμήματος, Γερμανικό Ογκολογικό Κέντρο, Κύπρος
Στέφος Άγγελος	Παθολόγος Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Αυτοανώσων Νοσημάτων Ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, Π.Γ.Ν. Λάρισας
Συμπάρδη Στυλιανή	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθύντρια Α' Παθολογικού Τμήματος, «Θριάσιο» Γ.Ν. Ελευσίνας
Συρογιαννόπουλος Γεώργιος	Λοιμωξιολόγος-Ομότιμος Καθηγητής Παιδιατρικής, Σύμβουλος με Σύμβαση στην Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Σύψας Β. Νικόλαος	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Καθηγητής Παθολογικής Φυσιολογίας-Λοιμωξιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πρόεδρος Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων Επιστημονικός/Διοικητικός Υπεύθυνος Μονάδας Λοιμώξεων-COVID, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Σωτηράκη Σμαρώ	Διευθύντρια Ερευνών Ινστιτούτο Κτηνιατρικών Ερευνών ΕΛΓΟ ΔΗΜΗΤΡΑ, Κτηνίατρος, Διπλωματούχος του Ευρωπαϊκού Κολλεγίου Κτηνιατρικής Παρασιτολογίας (ή EBVS® European Veterinary Specialist in Parasitology)
Τότσικας Χαρίσης	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Β' Ε' Παθολογικού Τμήματος- Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
Τσακρής Αθανάσιος	Καθηγητής Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
Τσεκές Γεώργιος	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Γ' Παθολογικό Τμήμα & Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Νοσοκομείο Ε.Ε.Σ.»
Τσιάκαλος Αριστοτέλης	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Πρόεδρος Επιτροπής Λοιμώξεων Νοσοκομείου «Λητώ»
Τσιόδρας Σωτήριος	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Καθηγητής Παθολογίας-Λοιμώξεων, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»
Τσολιά Μαρίζα	Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Λοιμωξιολογίας, Διευθύντρια Β' Παιδιατρικής Κλινικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»
Τσουμή Γεωργία	Ειδικός Παθολόγος-Εξειδικευόμενη Λοιμωξιολογίας, ΠΑ.Γ.Ν.Η.
Χατζηχριστοδούλου Χρήστος	Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρικό Τμήμα, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Χίνη Μαρία	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επ. Υπεύθυνη Διευθύντρια Γ' Παθολογικού Τμήματος-Μονάδας Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Νοσοκομείο Ε.Ε.Σ.»
Χριστάκη Ειρήνη	Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας-Λοιμωξιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Χρυσανθίδης Θεόφιλος	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ
Χρύσος Γεώργιος	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής και Μονάδας Λοιμώξεων, Τζάνειο Γ.Ν. Πειραιά
Ψυχογιού Μήνη	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας Λοιμώξεων

## Ευρετήριο Συγγραφέων

Aiken Alexander M.	71	Αντωνιάδου Αναστασία	59, 64, 73, 98	Γκούφα Αικατερίνη	65, 66, 102
Arias Veronica-Garcia	71	Αντωνιογιαννάκη Ε-Χ.	136	Γουριδίου Ε.	114, 115
Ashif Ammara	71	Αντωνοπούλου Ν.	72	Γραφανάκη Α.	109
Atomode Abolaji	71	Αντωνοπούλου Π.	130	Γράφα Α.	92
Baltas Ioannis	71	Αποστολίδη Ειρήνη	65, 66, 102	Γώγου Χριστιάνα	55
Bramley Alexandra	71	Αρβανίτη Α.	112, 117	Δαφνή Μαρία	113, 116
Chan Ting	71	Αρβανίτης Μεγακλής	101	Δεληρολάνης Ιωάννης	57, 99
Chivers Callum	71	Αργυράκη Αικατερίνη	93, 110, 111, 126,	Δελλής Χαρίλαος	66
Crepet Anna	71		127	Δημητράκης Ευθύμης	59
Crocker-Buque Timothy	71	Αριστοδήμου Άριστος	84	Δημητριάδης Δ.Α.	90, 91, 92
Democratis Jane	71	Αρκαδιανός Χρήστος	110	Δημητροπούλου Βασιλική	69
Foster Jonathan	71	Ασημάκη Χ.	45	Δημητρούλης Ιωάννης	93
Gibani Malick	71	Ασημακόπουλος Αλέξανδρος-Γεώργιος	133	Διακουμοπούλου Ευανθία	122
Gilchrist Mark	71	Ασημακόπουλος Σ.	77	Δουγαλής Α.	115
Guyver Hudson	71	Ασημακοπούλου Σταυρούλα	108	Δουμουλιάκα Ευδοξία	104, 113
Haigh Dominic A.	71	Ασιάνογλου Κατερίνα	95	Δούρβας Παναγιώτης	125
Hettle David	71	Αυγούστου Έλενα	86	Δουρδουνά Μαρία-Μυρτώ	62
Hume Amy	71	Βάγιας Ιωάννης	132	Δραγουμάνη	90
Kadam Nikhil	71	Βανταράκης Α.	72	Δράκου Γεώργιος	82
Karatzia Loucia	71	Βαρβάρα Ευπραξία	106, 112	Ελευθεριώτης Γ.	77
Kavallieros Konstantinos	71	Βαρθολομάτος Γιώργος	133	Ελθίνι Ροκεία	123
Koutoumanou Eirini	71	Βασδέκη Δήμητρα	74	Ευαγγέλου Ευάγγελος	133
Lamb Thomas	71	Βασιλείου Σοφία	68	Ευθυμίου Βασιλική	66
Meiring James E.	71	Βασιλόπουλος Αλέξανδρος	110	Εφραμιίδης Θεόδωρος	119, 120, 121
Mermerelis Dimitris	71	Βασιλόπουλος Δημήτριος	86, 95, 125	Ζαπανιώτης Νικόλαος	57, 99
Moore Luke S.P.	71	Βεϊνή Φανή	60, 123	Ζαρκωτού Ολυμπία	49, 58
Mykhailova Yuliya	119, 120, 121	Βελήνη Αναστασία	76, 97	Ζάτα Αλεξάνδρα	110
Otu Akaninyene	71	Βελιάνη Κορνηλία	132	Ζαχαριάδου Λεβαντία	67
Price James R.	71	Βλάνδος Σ.	135	Ζάχου Καλλιόπη	83
Reza Mohammad Abbas	71	Βλαχάκης Δ.	115	Ζεκολάρι Κριστιάνα	87
Shah Ronak J.	71	Βλαχοπάνου Δήμητρα	105	Ζεμπτεκάκης Παντελής	74
Sharp Bethany	71	Βλάχου Μαργαρίτα	123	Ζιώγγκα Δήμητρα	111
Smith Christopher	71	Βουμβουράκης Κωνσταντίνος	63	Ζολώτα Β.	109
Somasunderam Donald	71	Βουτσιανάς Πανταζής-Μιχαήλ Φ.	57,	Ζούκας Γεράσιμος	81
Spinos Dimitrios	71		99	Ζτριβιά Ελευθερία	55
Tausan Matija	71	Γαβρά Μ.	130	Ζώρη Μ.Π.	88, 100
Thoburn Maxwell	71	Γαλανοπούλου Λιλιάνα	118	Ζώτου Μαρία	87
Thomson Aameeka	71	Γαρμπή Άννα	86, 89	Ζώτου Σοφία	112
Umpheby Helen	71	Γεωργακοπούλου Βασιλική	64, 65, 66, 102	Θεοχάρης Γεώργιος	68
Vaghela Devan Suresh	71	Γεωργιάδου Σάρα	83	Θηβαίος Γεώργιος	94
Waddington Claire S.	71	Γεωργίου Ανδρέας	119	Θυμής Β.	135
Αγγελάκης Μανόλης	63	Γεωργίου Σ.	109	Θωμάς Κώστας	59
Αγγελάρα Μαρία	86	Γεωργοκώστα Χρυσή-Αικατερίνη	67	Ιασωνίδου Χριστίνα	76
Αγοράνου Μαρία-Ελένη	104	Γιαννοπούλου Π.	112	Ιορδάνου Παρασκευή	118
Αγρογιάννη Ξανθή	70	Γιανκούλα Δήμητρα	60	Ιωάννου Μαρία	84
Αθανασίου Α.	136	Γιαννακόπουλος Ανδρέας	120	Καββαθά Δήμητρα	59
Αθανασίου Κ.	135, 138	Γιάνναρου Αλεξάνδρα	118	Καζάκου Πηνελόπη	59
Αθανασίου Λάζαρος	132, 133	Γιαννίκη Μαρία	69	Καζιάνη Αικατερίνη	44, 60, 123
Αθανάσουλα Ελένη	108	Γιαννιτσιώτη Ευθυμία	58	Κακαβούλης Ν.	107
Ακίφ Ουλού Ε.	91	Γιαννοπούλου Π.	117	Κάκκαλου Ε.	136
Ακινόσογλου Καρολίνα	72, 98	Γιαννούλης Γεώργιος	83	Καλλιτσάρη Σταυρούλα	116
Ακουαβίβα Τερέζα	81	Γκαμαλέτσου Μαρία Ν.	57, 64, 65, 66, 99,	Καλόγρη Νίκη-Μαριάννα	67
Αλεξάκης Κωνσταντίνος	73		102	Καλομενίδης Ιωάννης	98
Αλεξίου Ν.	107	Γκαμπέτα Στέλλα	83	Καλοφωλιά Σοφία	58
Αλεξίου Π.	135, 136, 138	Γκαντάλη Κωνσταντίνα	74	Καμαριώτης Σπυρίδων	77, 105
Αλεξοπούλου Αλεξάνδρα	86	Γκισούρη Ουρανία	122, 124	Καμήτσιοι Χρυσουγή	58
Αλεξοπούλου Παναγιώτα	64	Γκίκα Ε.	117	Καμπόλης Χρήστος	126
Αναστασιάδης Σ.	107	Γκόγκος Γεώργιος	74	Κάππου Π.	112
Αναστασοπούλου Αμαλία	108	Γκότση Ειρήνη	69, 70	Καραγιαννίδης Γεώργιος	119, 120, 121

Καραμανάκος Γεώργιος	124	Λεωνίδου Έλενα	84	Μπαρραλού Βασιλική	98
Καραμανώλης Νικόλαος-Νεκτάριος	126	Λεωνίδου Λ.	41, 73, 77, 109	Μπάρμπασι Ι.	114, 115
Καραμούζος Β.	77	Λιάπης Κ.	90	Μπαρμπουνάκης Εμμανουήλ	72, 73
Καραμπατάκης Θεόδωρος	76	Λιάσκου Αναστασία	69	Μπασούλης Δημήτριος	64, 65, 66, 102, 124
Καράμπελα Ιρένα	110, 126, 127	Λιάτσος Γιώργος	125	Μπάφα Κωνσταντίνα	108
Καραπάνου Αμαλία	61	Λιβανού Μ-Ε.	135	Μπελεσιώτου Ελίνα	60
Καραπάτη Γιάννα	113	Λιονή Αθηνά	104, 113	Μπεμπιλιάδης Θρασύβουλος	122, 124
Καραπέδη Ελένη	120	Λιόντος Άγγελος	131, 132, 133	Μπίτζα Γιώτα	63
Καραστάθη Χ.	130	Λιόση Ελένη	110, 111, 127	Μπίρος Δημήτριος	131, 132, 133
Καρυπίδη Καλλιόπη	124	Λογιώτη Κρυσταλλένια	64	Μπληζιώτης Ιωάννης	119, 120, 121
Καστανάς Χρήστος	118	Λούκα Μαγδαληνή	68	Μπονοφά Δ.	136
Καταφυγιώτη Βασιλική	116	Λουκέρη Αγγελική	126, 127	Μπουκούρης Αριστείδης	113
Κατσαρόλης Ιωάννης	73, 74, 98	Λουριδα Γιώτα	73	Μπουοντζάνα Ιωάννα	86
Κατσή Χριστίνα	116	Λουριδα Παναγιώτα	83	Μπουραζάνη Ευδοξία	69
Κατσίκας Θεόδωρος	111, 127	Λύκου Χριστίνα	81	Μπρασινικά Ελένη	76
Κατσιφα Ελένη	76	Λυμπερόπουλος Ευάγγελος	89	Μπρασούλη Ευφροσύνη	67
Κατσούλας Γεώργιος	81	Μαγγανάς Κωνσταντίνος	101, 124	Μυλωνά Δ.	100
Καυκούλα Ελένη	104	Μαγγενάκη Σ.	135	Μυλωνά Ελένη	46, 60, 83, 123
Καυάλης Ιωάννης	112	Μαζωνάκης Νικόλαος	127	Μυλωνά Μαρία	61, 89
Κεφαλά Σ.	77	Μακρής Αθανάσιος	119	Νανούδης Σιδέρης	74
Κίντος Βασίλης	81	Μακροδημήτρη Σωτηρία	65, 66, 102	Νάσιου Μαρία	131
Κιτζόγλου Δανάη	58	Μαλογιάννη Μαρία	129	Νικοπούλου Άννα	76, 97
Κίτσος Δημήτριος	63	Μανδηλαρά Γεωργία	86	Νιτσουτόλης Θ.	135, 136, 138
Κληρονόμου Ειρήνη	86	Μάνη Ηλιάνα	86	Νόνη Μαρία	67
Κοκκότης Γ.	135, 136, 138	Μαντά Ασπασία	116	Νταβούρα Αναστασία	69
Κοκτσίδης Γ.	114, 115	Μαντάς Πάνος	95	Νταλέκος Γεώργιος Ν.	83
Κολιός Νικόλαος-Γαβριήλ	131	Μαντζάνα Παρασκευή	55	Ντάφλος Χαράλαμπος	96
Κολλάρας Παναγιώτης	74	Μάντζος Διονύσιος	116	Ντζάνη Ευαγγελία	133
Κολοκοτρώνη Χρυσούλα	60, 123	Μανωλόπουλος Απόστολος	81	Ντζιώρα Φωτεινή	42, 61, 86, 89, 94, 101, 122, 124
Κολονίτσιου Φ.	77	Μαραβίτσας Β.	136	Ντόβα Λευκοθέα	133
Κολωνιάτη Β.	112, 117	Μαραγκός Μ.	72, 73, 77, 109	Ντόγα Μ.	91
Κονιδάρη Α.	130	Μάραντος Θεόδωρος	63	Ντουράκη Σ.	138
Κονσολάκης Χρήστος	119, 121	Μαργέλη Αλεξάνδρα	66	Ντουσόπουλος Β.	135
Κοντοπίδου Φλώρα	95	Μαρία Ταμπάκη	127	Νυφλή Νίκη	96
Κοντοπούλου Θεανώ	64	Μαριόλης Ηλίας	86, 95, 125	Ξανθάκη Άννα	86, 95, 125
Κοντοπούλου Κωνσταντίνα	106, 112	Μαρκάκης Κωνσταντίνος	74	Ξεπαπαδάκη Μαρία	77, 105
Κοσμάς Νικόλαος	87	Μαρκογιαννάκης Γ.	130	Οικονόμου Θ.	115
Κότε Αλεξάνδρα	93	Μαρκόπουλος Γεώργιος	133	Οικονόμου Χ.	109
Κοτσιρή Ιωάννα	121	Μαστραντωνάκη Ν.	130	Παληγογιάννη Φ.	77
Κουμπαρέλου Α.	130	Μαστρογιάννη Ελπίδα	42, 73	Πάλλα Παναγιώτα	73
Κουπετώρη Μ.	107	Ματζάρας Ραφαήλ	131, 132	Παναγή Γ.	100
Κουρουκλίδου Αλεξάνδρα	97	Μαυρίκη Ανδριάνα	81	Παναγιωτόπουλος Αλέξανδρος	101
Κουσαθανά Φωτεινή	119	Μαυροβούνη Ντέπυ	81	Παναγιώτου Ε.	138
Κουτσόκερα Μαρία	81	Μαυρουδής Παναγιώτης	58, 64	Περίκλης	56, 72, 73, 91, 98
Κοφτεριδής Διαμαντής	72, 73	Μεντή Α.	135	Πανάς Π.	115
Κροντηρά Σοφία	116	Μεταλλίδης Συμεών	73, 74	Πανοπούλου Μ.	90
Κυδώνια Χ.	115	Μηλιώνης Χαράλαμπος	98, 131, 132, 133	Πανοπούλου Μαρία	56
Κυζόρογλου Μαρία	55	Μητροπούλου Μ.	138	Παναγιώτης Αγγελική	57, 99
Κυριαζοπούλου Ευδοξία	63	Μιχαλάκης Α.	49	Πανατζή Παρασκευή	104
Κυριακίδης Ι.	88, 100	Μιχαηλίδης Ε.	88	Πανατζής Νίκος	57, 98, 99
Κωστάκη Ευαγγελία-Γεωργία	61	Μιχαηλίδης Μ.	88, 100	Παντελής Αικατερίνη	131
Κωστόπουλος Σοφία	60, 123	Μιχαηλίδης Χρήστος	64	Πάντζαλης Μάριος	96
Κωτούλας Σωτήριος	119, 120, 121	Μιχαηλίδης Εύη	69	Παντιώρα Β.	112
Λαγκαδινού Μαρία	41, 118	Μίχα Παναγιώτα	86	Παπαβασιλείου Απόστολος	126, 127
Λαγκούση Θ.	44	Μιχελάκης Ιωάννης	104, 116	Παπαδάκη Α.	107
Λαγκούση Θεανώ	67	Μίχος Αθανάσιος	62, 66, 67, 68	Παπαδαυίδ Νατάσσα	127
Λαζαρίδης Γεώργιος	56	Μόσχου Π.	130	Παπαδόπουλος Αντώνιος	73
Λέκκου Α.	77	Μουστάκη Μαρία	102	Παπάζογλου Δ.	90, 91, 92
Λεμονάκης Νικόλαος	56	Μουστακλή Αικατερίνη	96	Παπάζογλου Δημήτριος	56
Λερικού Μαρία	93	Μπαϊκούσης Νικόλαος	125		
Λέφα Π.	130	Μπακαούκας Ισίδωρος	83		
		Μπανός Άγγελος	95		

Παπαθανασίου Αλέξανδρος	132	Σαλαμούρη Μυρσίνη	119	Τουλούμη Γιώτα	98
Παπαθανασίου Ερωφίλη	55	Σαμανίδου Βαλεντίνια	131, 133	Τρυφνοπούλου Κυριακή	95
Παπαθανασίου Ευγενία	127	Σαμαρά Σταματίνα	64	Τρύφωνος Ανδρέας	84
Παπαϊωάννου Βασιλική	77, 105	Σαμαράς Χαρίλαος	119, 120, 121	Τσακανίκας Αριστείδης	65, 66, 102
Παπακωνσταντίνου Ε.	107	Σημαιοφορίδης Β.	114	Τσαλαμανδρής Σωτήρης	125
Παπαναστάση Κασσιανή	111	Σιδεράς Κ.	108	Τσαμούλης Δ.	107
Παπανικολοπούλου Α.	135, 136, 138	Σιδεράς Σ.Κεύκος	125	Τσανκώφ Αλεξάνδρα	55
Παπαοδυσσέα Ιωάννα	64	Σκαλιστή Πασχαλία	76, 97	Τσαουσσοπούλου Ειρήνη	124
Παπαπαρασκευάς Ιωσήφ	125	Σκούρα Ειρήνη	59	Τσαουρίδου Όλγα	74
Παπαποστόλου Α.	77	Σκούρα Λεμονιά	55	Τσεκέ Αλεξάνδρα	127
Παπαρίζος Βασίλειος	73	Σοφούλη Φλώρα	81	Τσεκούρα Μαγδαληνή	112
Παπασταμόπουλος Βασίλειος	60, 64, 73, 83, 123	Σπανουδάκη Αναστασία	116	Τσελενκίδου Σοφία	76, 97
Παπασωτηρίου Ιωάννης	66	Σπερνοβασιλής Ν.	51	Τσέτη Ιουλία	61
Παπαρήστου Κλαίρη	122	Σπηλιοπούλου Α.	77	Τσιάκας Ηλίας	131, 132, 133
Παπότη Σοφία	76	Σπηλιοπούλου Αικατερίνη	94	Τσιάιμης Νικόλαος	120
Παππά Στυλιανή	97	Σπούλου Βάνα	67	Τσιάτσιου Όλγα	129
Παππά Χριστιάνα	131	Σπυρίδης Ν.	70	Τσιβεριώτης Κωνσταντίνος	87, 104
Παραγανά Ελένη	132	Σπυροπούλου Όλγα	119, 120, 121	Τσιλίδης Κωνσταντίνος	133
Παρασκευής Δημήτριος	61	Σταματάκη Ν.	91	Τσιόδρας Σωτήριος	59, 63
Παράσχου Ελένη-Μαρία	104	Σταμάτη Πολυξένη	81	Τσιπλάκου Σοφία	77, 105
Περβανίδου Δ.	88	Στέφος Α.	47	Τσιρίγγα Αθανασία	86, 95, 125
Περιβολιώτη Ευσταθία	123	Στράκα Καλλιόπη	68	Τσιρογιάννη Χρυσάνθη	70
Πετράκης Βασίλειος	56, 72, 73, 91	Στρατηγάκης Λεωνίδας	95	Τσότρα Κ.	130
Πετράκης Ε.	72	Σύγγελο Κ.	130	Τσουρόλος Σταύρος	133
Πετρίκκος Π.	47	Συμπάρδη Στυλιανή	81, 107, 112, 117	Φανουριάκης Αντώνιος	101
Πεφάνης Άγγελος	111	Συρίγος Κ.Ν.	135, 136, 138	Φέτσης Νικόλαος	104, 113
Πεχλιβανίδου Ε.	135	Συριοπούλου Βασιλική	62, 66, 68	Φιλιππάκης Κ.	100
Πεχλιβανίδου Ευμορφία	98	Σύψα Βάνα	73	Φίλιππας-Ντεκουάν Σεμπάστιαν	133
Πηρουνάκη Μαρία	86, 95, 125	Σύψας Νικόλαος Β.	57, 61, 64, 65, 66, 73, 99, 102	Φιλιππάτος Φίλιππος	66, 68
Πιλιάλας Δημήτριος	74	Σφηκάκης Πέτρος Π.	61	Φράγκου Ν.	115
Πιτσικούλη Α.	88	Σχινάς Γ.	72	Φωτεινού Βασιλική	119
Πλιάγκος Α.	117	Σχορετσανίτης Παναγιώτης	70	Χαλβατζή Ιωάννα	104
Πολυχρονόπουλος Γεώργιος	55	Σωτηράκη Σ.	48	Χαραλαμπίκη Ν.	112, 117
Πουλάκου Γαρυφαλλιά	98, 135, 136, 138	Σωτηρόπουλος Δαμιανός	76, 97	Χαραλαμπίδης Κ.	114, 115
Πούλια Βασιλική	64	Σωτηροπούλου Αγγελική	93	Χαραλάμπους Χ.	136, 138
Πράπα Μαριλένα	69, 70	Ταβιανάτου Αναστασία-Γερασιμούλα	82	Χαρίση Κωνσταντίνα	129
Προβατάς Σωτήριος	65, 66, 102	Ταμπάκη Μαρία	110, 111	Χαρτίδου Ο.	117
Προδρομιάδου Ελισάβετ	101	Τασούλη Ε.-Χ.	107	Χατζηγιαννάκη Μ.	88, 100
Πρωτοπαπός Κωνσταντίνος	72, 73	Ταταρίδου Τ.	107	Χατζηκοσμά Χαρίκλεια	55
Πυρπασοπούλου Αθηνά	129	Τάτση Ελισάβετ-Βαρβάρα	62, 66, 68	Χατζόπουλος Μάριος	64
Ράπτη Βασιλική	64, 135, 136, 138	Τάτσης Κωνσταντίνος	131, 132	Χίνη Μαρία	64, 73, 87, 96
Ράπτη Ηρώ	131, 132	Τεντολούρης Αναστάσιος	122	Χονδρογιάννη Μαρία	63
Ραφαηλίδης Πέτρος	56, 92	Τερζή Ειρήνη	56, 90, 91, 92	Χονδρούλου Α.	77
Ρέντζιου Γιάννα	43	Τζαβάρα Βασιλική	104, 113, 116	Χοχλάκης Δ.	88
Ροηλίδης Εμμανουήλ	129	Τζαλάβρα Σοφία	70	Χρηστίδη Στυλιανή-Δέσποινα	94
Ρόκα Α.	107	Τζεραβίνη Ευαγγελία	89, 124	Χριστάκη Ειρήνη	131, 132, 133
Ρουζίου Αλεξάνδρα	59	Τζιάκου Π.	107	Χρυσανθίδης Θεόφιλος	73, 74
Ρούσσοι Σωτήριος	73	Τζιμιστούδης Δ.	72	Χρύσος Γεώργιος	58, 64
Σαββόπουλος Χρήστος	55	Τζιτζή Ευανθία	129	Χύτας Η.	114, 115
Σακελλαροπούλου Α.	130	Τζιφί Φ.	130	Ψαλλίδα Σωτηρία	104
Σακελλαροπούλου Θεοδώρα	118	Τζουλάκη Ιωάννα	133	Ψαρρά Αικατερίνη	118
Σακκά Β.	136	Τότσικας Χαρίσης	83	Ψυχογιού Μήνα	73







