

ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑ ΣΕ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΑΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ ΣΤΟΧΟΥ LDL-C<sup>1</sup>

**ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ  
ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ  
ΜΕ ΕΤΕΡΟΖΥΓΟ ΟΙΚΟΓΕΝΗ  
ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑ<sup>1</sup>**

**INEGY™**  
(ezetimibe/simvastatin)

**EZETROL™**  
(ezetimibe)



1. Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος INEGY™

Για περισσότερες συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων.



Υπεύθυνος Άδειας κυκλοφορίας

MSD Α.Φ.Β.Ε.Ε

ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

ΑΘΗΝΑ: Αγ. Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος

Τηλ.: 210 9897300

ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ: 9ο χλμ. Θεσ/νίκης - Θέρμης,

570 01 ΠΥΛΑΙΑ

Τηλ.: 2310 863634, FAX: 2310 863687

www.merck.com



Συμπρόωθηση από την εταιρεία:

BIANEX Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

LICENSEE / DISTRIBUTOR OF MERCK SHARP & DOHME

Division of MERCK & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., USA

ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατσιού, 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111

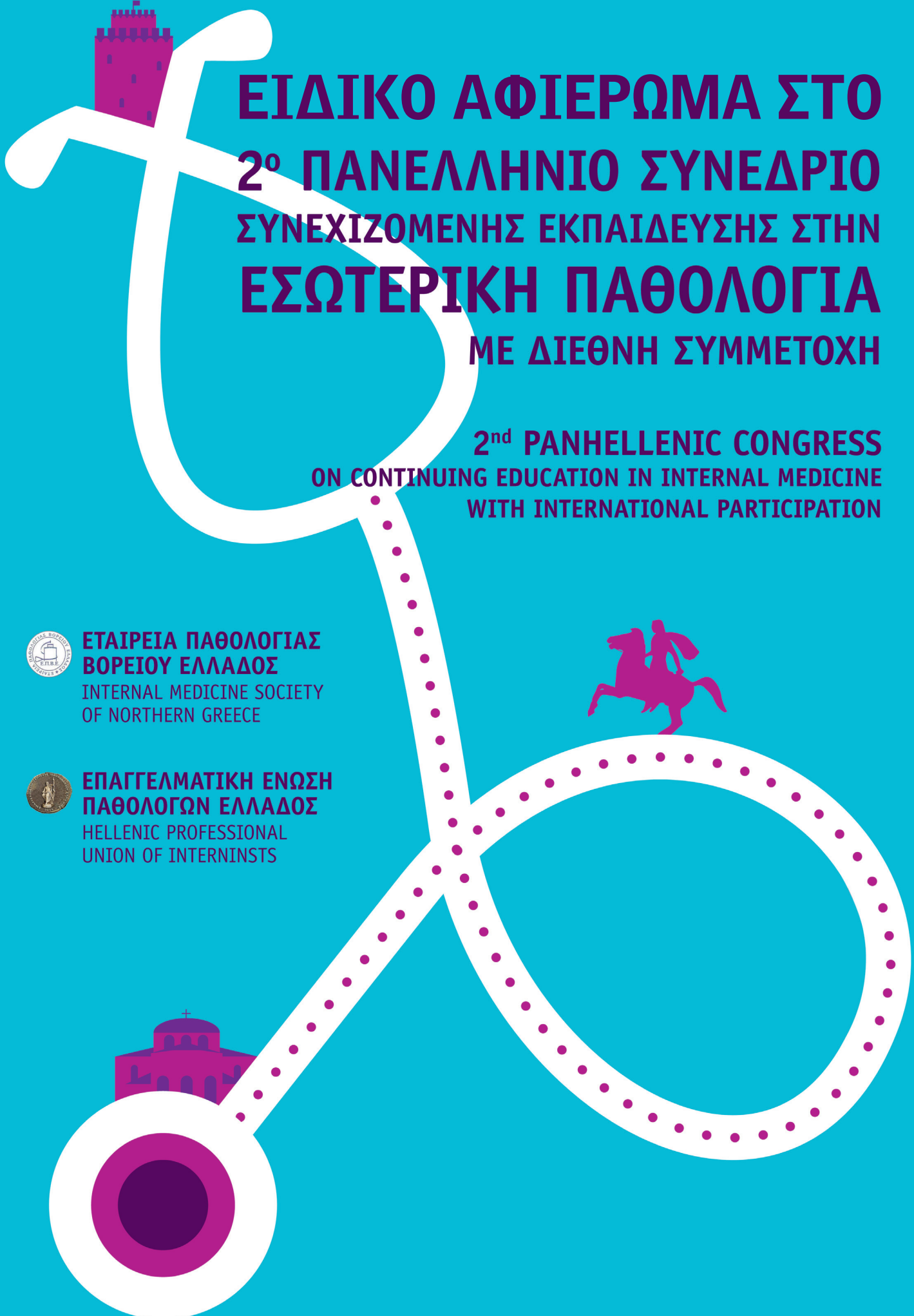
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Β. Χατζή 2, Τηλ.: 2310 833893

ΠΑΤΡΑ: Μαιζώνος 131, Τηλ.: 2610 221397

E-mail: mailbox@vianex.gr • www.vianex.gr

10/13-INEZE-01/13

Προσαρμογή XE/EPSE



**ΕΙΔΙΚΟ ΑΦΙΕΡΩΜΑ ΣΤΟ  
2<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ  
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ  
ΜΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ**

**2<sup>nd</sup> PANHELLENIC CONGRESS  
ON CONTINUING EDUCATION IN INTERNAL MEDICINE  
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION**



**ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ  
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ**  
INTERNAL MEDICINE SOCIETY  
OF NORTHERN GREECE



**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ  
ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ**  
HELLENIC PROFESSIONAL  
UNION OF INTERNISTS



Φαρμακευτικές Εταιρίες που συμμετείχαν  
στο 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης  
Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία  
με διεθνή συμμετοχή

---

---







# Προσεχή Συνέδρια, Επιστημονικές Εκδηλώσεις στην Ελλάδα και το Εξωτερικό, στην Παθολογία και τις συναφείς Ειδικότητες



## ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘ' ΗΜΕΡΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ

Εταιρεία Παθολογίας Βορείου Ελλάδος,  
Επαγγελματική Ένωση Παθολόγων Ελλάδος,  
Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία,  
Πανελλήνια Ένωση Ενδοκρινολόγων.

**17 - 18 Ιουνίου 2016 Ξενοδοχείο Grand Hotel Palace, Θεσσαλονίκη**

**«3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία με διεθνή συμμετοχή», 22 - 26 Φεβρουαρίου 2017, Ξενοδοχείο Grand Hotel Palace, Θεσσαλονίκη, Συνδιοργάνωση: Εταιρεία Παθολογίας Βορείου Ελλάδος (Ε.Π.Β.Ε.) & Επαγγελματική Ένωση Παθολόγων Ελλάδος (Ε.Ε.Π.Ε.)**

- «**European School of Internal Medicine - Summer 2016**», organised by European Federation of Internal Medicine, Sunday, 12 June, 2016 to Saturday, 18 June, 2016 in Costa Rei - Muravera, Sardinia.
- «**15th European Congress of Internal Medicine**» organised by European Federation of Internal Medicine, **2 - 3 September 2016** at the Beurs van Berlage in Amsterdam.
- **Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία, 30 Σεπτεμβρίου έως 1 Οκτωβρίου 2016**, Ξενοδοχείο Porto Palace, Θεσσαλονίκη. Εκπαιδευτική Διημερίδα Γαστρεντερολογίας - Ηπατολογίας 2016
- **2η Επιστημονική Ημερίδα Νόσος Alzheimer και Σακχαρώδης Διαβήτης, 5 Νοεμβρίου 2016** - Αμφιθέατρο ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη. Νευρολογική Κλινική, Ιατρείο Άνοιας, ΓΝΘ Παπαγεωργίου Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΘ Παπαγεωργίου
- **25ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ρευματολογίας, 8 έως 11 Δεκεμβρίου 2016**, Athens Hilton, Αθήνα. Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία, Επαγγελματική Ένωση Ρευματολόγων Ελλάδος
- «**3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία με διεθνή συμμετοχή**», **22 - 26 Φεβρουαρίου 2017**, Ξενοδοχείο Grand Hotel Palace, Θεσσαλονίκη, Συνδιοργάνωση: Εταιρεία Παθολογίας Βορείου Ελλάδος (Ε.Π.Β.Ε.) & Επαγγελματική Ένωση Παθολόγων Ελλάδος (Ε.Ε.Π.Ε.)



# HJM

# Hellenic Journal of Medicine

# Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση

Τριμηνιαίο Περιοδικό της Εταιρείας Παθολογίας Βορείου Ελλάδος

Ιδιοκτήτης-Εκδότης: Δημήτριος Ι. Γκρίλλας

Τηλ.: 210 8980461, Facsimile: 210 8986265

url: [http:// www.vegacom.gr](http://www.vegacom.gr)

email: [medicine@vegacom.gr](mailto:medicine@vegacom.gr), email: [hjm@vegacom.gr](mailto:hjm@vegacom.gr)

Εκδίδεται από την Εταιρία:  
“VEGA E.C.M. Εκδοτική, Διαφημιστική,  
Εκθεσιακή, Μονοπρόσωπη Ε.Π.Ε.”

Πρόεδρος Δ.Σ.: Δημήτριος Ι. Γκρίλλας

Έδρα Εταιρίας: Ιουστινιανού 45-47, Γλυφάδα, 166 74

Owner - Publisher: Dimitrios I. Gkrillas  
President and CEO at “VEGA E.C.M. LTD”

[www.vegacom.gr](http://www.vegacom.gr) - email: [chairman@vegacom.gr](mailto:chairman@vegacom.gr)

45-47, Ioustinianou Str. 16674, Glyfada, Hellas Tel. +30 210 8980461

Πρόεδρος Συντακτικής  
Επιτροπής

Ευστράτιος Μαλτέζος  
Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης,  
Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής Π.Γ. Νοσοκομείου Αλεξανδρουπόλεως.

Διευθυντής Συντάξεως

Βασίλειος Κώτσης  
Επικ. Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής, Γ' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.  
Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη. Συντονιστής Ομάδας Εργασίας Ε.Π.Β.Ε.  
για το Περιοδικό.

Editor In Chief

Efstratios Maltezos, MD.  
Professor of Internal Medicine , Medical School Democritus University of Thrace.  
University General Hospital of Alexandroupolis.

Managing Editor

Vasileios Kotsis, MD.  
Assistant Professor in Internal Medicine  
Medical School “Aristotle University of Thessaloniki”.  
Coordinator I.M.S.N.G. Working Group for the Journal

Εκτύπωση-Βιβλιοδεσία LITHOS O.E.

Τιμή Τεύχους 1 λεπτό Ευρώ - 1Eurocent **Ετήσιες Συνδρομές:** Ιατροί 20 ευρώ Ιδρύματα - Εταιρείες 50 ευρώ

Τα μέλη της Εταιρείας Παθολογίας Β. Ελλάδος και της Επαγγελματικής Ενώσεως Παθολόγων Ελλάδος λαμβάνουν το Περιοδικό Δωρεάν (περιλαμβάνεται στην εγγραφή τους). Πληροφορίες: [et.pathologias@hotmail.com](mailto:et.pathologias@hotmail.com)

Παλαιότερα τεύχη τού περιοδικού “ Η J M ” καθώς και δημοσιευμένα Γραπτά Συμπόσια Ιατρικής μπορείτε να δείτε στην ιστοσελίδα της εταιρίας “ VEGA E.C.M. Ε.Π.Ε. ” : [www.vegacom.gr](http://www.vegacom.gr) στην Ενότητα: Εκδόσεις - Συνέδρια.

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ η αναδημοσίευση , η αναπαραγωγή , ολική ή μερική ή περιληπτική ή κατά παράφραση ή διασκευή απόδοση του περιεχομένου του περιοδικού Η J M με οποιονδήποτε τρόπο , μηχανικό , ηλεκτρονικό , φωτοτυπικό , ηχογράφησης ή άλλο, χωρίς προηγούμενη γραπτή άδεια του Εκδότη. Νόμος 2121/1993 και Κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα .

©2016 Hellenic Journal of Medicine.All rights reserved. Nothing appearing in Hellenic J Med may be reprinted, reproduced or transmitted, either wholly or in part, by any electronic or mechanical means, without prior written permission from the publisher. Hellenic J Med®Registered in the GR Patent and Trademark Office.



## Ανακοινώσεις

### ΑΓΑΠΗΤΟΙ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΙ ΚΑΙ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ,

Με χαρά σας γνωστοποιούμε ότι στις 11 Μαρτίου 2016 στην Έκτακτη Γενική Συνέλευση της European Federation of Internal Medicine (EFIM) που πραγματοποιήθηκε στις Βρυξέλλες, η Εταιρεία Παθολογίας Βορείου Ελλάδος (ΕΠΒΕ) έγινε δεκτή παμπηφεί επίσημο μέλος της, παρουσία του Α' Αντιπροέδρου (Καθ. Χατζητόλιος Ι. Απόστολος), Β' Αντιπροέδρου (Καθ. Νταλέκος Γεώργιος) και Ταμία (Αναπ. Καθ. Σαββόπουλος Χρήστος) της ΕΠΒΕ.

Η EFIM και η ΕΠΒΕ σας προσκαλούν όλους στο 15ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Εσωτερικής Παθολογίας που θα πραγματοποιηθεί στο Beurs van Berlage στο Άμστερνταμ, από τις 2 έως 3 Σεπτεμβρίου 2016 με την ενεργό συμμετοχή σας και αποστολή περιλήψεων ερευνητικών εργασιών σας για ανακοίνωση.

Το συνέδριο θα αποτελέσει ευκαιρία για εκπαίδευση, ανταλλαγή απόψεων αλλά και δημιουργία συνεργασιών στον Τομέα της Εσωτερικής Παθολογίας σε πανευρωπαϊκό επίπεδο. Θα δοθεί η ευκαιρία για επικοινωνία με ειδικούς Παθολόγους από όλη την Ευρώπη και ανταλλαγή εμπειριών κατά την άσκηση της Παθολογίας που αναμφισβήτητα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο σε κάθε εθνικό σύστημα υγείας.

Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε στο site του συνεδρίου: <http://www.ecim2016.org/>

### DEAR COLLEAGUES AND MEMBERS OF THE INTERNAL MEDICINE SOCIETY OF NORTHERN GREECE,

It is great pleasure to inform you that on Friday, 11 March in the Extraordinary General Meeting of the European Federation of Internal Medicine (EFIM) in Brussels, the Internal Medicine Society of Northern Greece (IMSNG) was accepted unanimously as an official member of the EFIM represented by the A' Vice-President (Prof. Hatzitolios I. Apostolos), the B' Vice-President (Prof. Dalekos George) and the Treasurer (Assoc. Prof. Savopoulos Christos) of IMSNG.

The European Federation of Internal Medicine and the Internal Medicine Society of Northern Greece have the pleasure to invite you to the 15th European Congress of Internal Medicine to be held at the Beurs van Berlage in Amsterdam, from 2 - 3 September 2016. The congress will offer plenty of attractive opportunities for learning, sharing and networking in the field of internal medicine. This will be a great opportunity to meet internists from all over Europe and beyond, and share the experience of internal medicine which is the cornerstone of every national health care system. The abstract submission deadline is on 15 May 2016.

For more information please referred at <http://www.ecim2016.org/>





## Συντακτική Επιτροπή

### Αλφαβητικώς

#### **Αλεξανδρίδης Θεόδωρος**

Καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

#### **Γώγος Χαράλαμπος**

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

#### **Δαούσης Δημήτριος**

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

#### **Δημόπουλος Μελέτιος - Αθανάσιος**

Καθηγητής Θεραπευτικής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

#### **Ελισάφ Σ. Μωυσής**

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

#### **Ηλιοδρομίτης Ευστάθιος**

Καθηγητής Παθολογίας Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

#### **Καλφαρέντζος Φώτιος**

Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

#### **Kantartzis Konstantinos**

MD Department of Internal Medicine Division of Endocrinology , Diabetology Nephrology , Vascular Disease and Clinical Chemistry, University of Tübingen, Germany

#### **Κολιάκος Γεώργιος**

Καθηγητής Βιοχημείας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

#### **Κωλέττης Μ. Θεόφιλος**

Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

#### **Απόστολος Χατζητόλιος,**

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

#### **Mantzoros Christos**

MD DSc PhD h.c. Editor in Chief , Metabolism, Clinical and Experimental Professor of Medicine, Harvard Medical School, Cambridge, U.S.A.

#### **Bakris George ,**

MD, F.A.S.H., F.A.S.N. Professor of Medicine Director, ASH Comprehensive Hypertension Center The University of Chicago Medicine, Chicago, U.S.A.

#### **Μπασούκας Δ. Ιωάννης**

Αναπληρωτής Καθηγητής Δερματολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

#### **Μπούρα Παναγιώτα**

Καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

#### **Νάκος Χ. Γεώργιος**

Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

#### **Νταλέκος Γεώργιος**

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

#### **Ντουράκης Π. Σπυρίδων**

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

#### **Παπανδρέου Χρήστος**

Καθηγητής Παθολογίας - Ογκολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

#### **Παπαδάκη Ελένη**

Καθηγήτρια Κλινικής Αιματολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης

#### **Πετρίκκος Γεώργιος**

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

#### **Σιαφάκας Νικόλαος**

Καθηγητής Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης

#### **Spyridopoulos Ioakim**

Professor of Cardiology Chairman of Cardiovascular Gerontology, Institute of Genetic Medicine, Newcastle University, Newcastle, United Kingdom

#### **Στεφανάδης Χριστόδουλος**

Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

#### **Tsakiris A. Dimitrios**

Professor of Medicine, MD, Diagnostic Hematology University Hospital Basel, Switzerland

#### **Τσαταλάς Κωνσταντίνος**

Καθηγητής Αιματολογίας Ιατρικής Σχολής Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη

#### **Τσατσούλης Α. Αγαθοκλής**

Καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολόγος Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

#### **Χίτογλου - Μακέδου Αρετή**

Καθηγήτρια Βιοπαθολογίας Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

# Η J M



EST. 1996

Συνεδριακή - Εκθεσιακή Εταιρία - Ιατρικά Συμπόσια - Ημερίδες  
Congress - Event - Exhibitions - Conferences

20 Years. As a Leader,  
Create a Culture of Sponsorship



Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος  
Δημήτριος Ι. Γκρίλλας



Γλυφάδα-Χαλάνδρι (Γραφεία Βορείων Προαστίων)  
Εδρα Εταιρίας: Ιουστινιανού 45-47 Γλυφάδα 16674  
Τηλ.: 210 8980461 Fax: 210 8986265  
www.vegacom.gr, e-mail: info@vegacom.gr



## Εταιρεία Παθολογίας Βορείου Ελλάδος

Στιλπ. Κυριακίδη 1 Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Τ.Κ. 546 36  
Θεσσαλονίκη  
Τηλ.: 2310 993480 Fax: 2310 994918, 23730 23745  
e-mail: epbe@epbe.gr / www.epbe.gr

Internal Medicine Society  
of Northern Greece

### ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

Πρόεδρος	Ευστράτιος Μαλτέζος (Πανεπιστημιακός, Αλεξανδρούπολη)
Α' Αντιπρόεδρος	Απόστολος Χατζητόλιος (Πανεπιστημιακός, Θεσσαλονίκη)
Β' Αντιπρόεδρος	Γεώργιος Νταλέκος (Πανεπιστημιακός, Λάρισα)
Γενικός Γραμματέας Ταμίας	Δημήτριος Παπάζογλου (Πανεπιστημιακός, Αλεξανδρούπολη) Χρήστος Σαββόπουλος (Πανεπιστημιακός, Θεσσαλονίκη)
Μέλη Δ.Σ.	Γεώργιος Λιάμης (Πανεπιστημιακός, Ιωάννινα) Στέφανος Μυλωνάς (Διευθυντής ΕΣΥ, Τρίκαλα) Σπυρίδων Μπακατσέλος (Διευθυντής ΕΣΥ, Θεσσαλονίκη) Δημήτριος Σκούτας (Ελεύθερος Επαγγελματίας, Θεσ/νίκη)

### ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Ε.Π.Β.Ε.

Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων & Θρομβοεμβολικών  
Νόσων: Μπλιώνης Χαράλαμπος, Ντάιος Γεώργιος  
Αγγειολογίας - Υπέρχων: Παπάνας Νικόλαος  
Αγωγής Υγείας & Ενημερωτικών Εκδηλώσεων για το κοινό:  
Μανές Χρήστος, Φωτιάδης Σπύρος  
Αναπνευστικών & Αλλεργικών Παθήσεων: Δανιηλίδης Μιχαήλ  
Ανοσολογίας - Ρευματικών Νοσημάτων: Μπούρα Παναγιώτα,  
Σκένδρος Παναγιώτης  
Αρτηριακής Υπέρτασης: Ζεμπεκάκης Παντελεήμων, Μακαρίτσας  
Κωνσταντίνος  
Γηριατρικής: Κούρτογλου Γεώργιος, Τρακατέλλη Χριστίνα  
Επαγγελματικών Θεμάτων & Δεοντολογίας: Κωτούλας Σόλων,  
Τούλης Ευάγγελος  
Δυσλιπιδαιμιών: Ελισάφ Μωυσής, Άθυρος Βασίλειος  
Λοιμώξεων: Κούτρας Χρήστος, Μεταλλίδης Συμεών  
Νοσημάτων Ήπατος: Σινάκος Εμμανουήλ, Χολόγκιτας Ευάγγελος  
Παχυσαρκίας - Καπνίσματος - Διαταραχών Ύπνου:  
Αποστολοπούλου Μάρθα, Δημητρούλα Χαρίκλεια  
Περιοδικού: Κώτσας Βασίλειος  
Προπτυχιακής, Μεταπτυχιακής, Δια Βίου Εκπαίδευσης & Θεμάτων  
Ειδικευομένων: Τσάπας Απόστολος  
Σακχαρώδη Διαβήτη: Ηλιάδης Φώτιος



## Επαγγελματική Ένωση Παθολόγων Ελλάδος (Ε.Ε.Π.Ε)

ΕΔΡΑ: Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λαρίσης-Πανεπιστημιακή  
Παθολογική Κλινική Βιόπολις Τ.Κ 41110-ΛΑΡΙΣΑ  
Τηλ.: 2310 994770 Fax: 2310994773  
e-mail: eepe2014@gmail.com / eepe2014.blogspot.gr

Hellenic Professional Union  
of Internists (H.P.U.I.)

### ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Πρόεδρος	Ευάγγελος Τούλης (Ελεύθερος Επαγγελματίας, Θεσσαλονίκη)
Αντιπρόεδρος	Απόστολος Χατζητόλιος (Πανεπιστημιακός, Θεσ/νίκη)
Γεν. Γραμματέας	Σόλων Κωτούλας (Ελεύθερος Επαγγελματίας, Τρίκαλα)
Αναπλ. Γεν. Γραμματέας	Παναγιώτης Χαλβατσιώτης (Πανεπιστημιακός, Αθήνα)
Ταμίας	Δημήτριος Βήτος (Ελεύθερος Επαγγελματίας, Καρδίτσα)
Υπεύθυνος Δημοσίων Σχέσεων, Τύπου & Ενημέρωσης	Σπυρίδων Κόκκινος (Ελεύθερος Επαγγελματίας, Ναύπλιο)
Υπεύθυνος Διοικητικών & Νομικών Θεμάτων	Σπυρίδων Ντουράκης (Πανεπιστημιακός, Αθήνα)
Υπεύθυνος Εκδηλώσεων & Κινητοποίησης	Μάριος Πυρπασόπουλος (Ελεύθερος Επαγγελματίας, Χαλκιδική)
Υπεύθυνος Ευρωπαϊκών & Διεθνών Σχέσεων	Αχιλλέας Γκίκας (Πανεπιστημιακός, Κρήτη)

### ΒΟΗΘΟΙ ΣΥΝΤΑΞΕΩΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΗΨΜ

Επιμέλεια Σελίδας Συνεδρίων:  
Αποστολοπούλου Μάρθα ( Ιατρός ΕΣΥ,Θεσσαλονίκη)  
Επιμέλεια Θεμάτων ειδικότητας:  
Κουλαρά Παυλίνα (Ειδικευόμενη Παθολογίας, Θεσσαλονίκη)  
Επιμέλεια Ειδήσεων από το Διαδίκτυο:  
Κακαλέτσος Νικόλαος (Ειδικευόμενος Παθολογίας, Θεσσαλονίκη)  
Επιμέλεια Επαγγελματικών Θεμάτων:  
Κωτούλας Σόλων (Ελεύθερος Επαγγελματίας, Τρίκαλα)  
Βιβλιογραφική ενημέρωση:  
Τζιόμαλος Κωνσταντίνος (Πανεπιστημιακός, Θεσσαλονίκη)  
Επιμέλεια θεμάτων συναφών ειδικοτήτων:  
Κανέλλος Ηλίας (Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Θεσσαλονίκη)  
Επιμέλεια Ειδήσεων Υγειονομικού Ενδιαφέροντος  
Ελληνικού & Διεθνούς Ημερησίου & Περιοδικού Τύπου –  
Διαδίκτυο: Φωτιάδης Σπύρος (Ελεύθερος Επαγγελματίας,  
Θεσσαλονίκη)



A-01209 CHO 1 - 11/2014



**Cholib**<sup>®</sup>  
Fenofibrate/Simvastatin

Η διαφήμιση είναι σύμφωνη με την ισχύουσα νομοθεσία – Υπουργική Απόφαση ΔΥΓ3(α)/32221 (ΦΕΚ 1049Β/29-04-2013) και τον κώδικα δεοντολογίας του ΣΦΕΕ. Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την πλήρη Περιληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία:

**BGP ΠΡΟΪΟΝΤΑ Μ.Ε.Π.Ε.**  
Αγίου Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος, Τηλ. 210 98 91 777

 **Mylan**  
Seeing is believing



Τεύχος 110  
Απρίλιος-  
Ιούνιος  
2016

Σελ. 54	<b>Προσεχή Συνέδρια, Επιστημονικές Εκδηλώσεις στην Ελλάδα και το Εξωτερικό, στην Παθολογία και τις συναφείς Ειδικότητες</b>
	<b>Άρθρα Ανασκόπησης</b>
Σελ. 62-71	<b>Παρανεοπλασματικά σύνδρομα από αρθρώσεις, Ευστράτιος Μαλτέζος</b>
Σελ. 72-79	<b>Σύγκριση των αιτιών θανάτου από παθολογικές καταστάσεις του Ουροποιητικού συστήματος μεταξύ δύο πόλεων της Ελληνικής επικράτειας (Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης), Τσούτσας Γεώργιος</b>
Σελ. 80-88	<b>Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στο δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα, Παν. Χριστοδούλου</b>
Σελ. 89-92	<b>Ανακοινώσεις Ε.Π.Β.Ε.</b>
Σελ. 93-94	<b>Ανασκόπηση Διεθνούς Ιατρικού Τύπου</b>

## Contents

Number 110  
April-June  
2016

Σελ. 54	<b>Coming National or International Congress and Meetings in Internal Medicine or Subspecialties</b>
	<b>Review Articles</b>
Pg. 62-71	<b>Manifestations of paraneoplastic syndromes from joints, Efstratios Maltezos</b>
Pg. 72-79	<b>Comparison of the frequency of deaths from diseases of the urinary system in two municipalities of Greece, Katerini and Alexandroupolis, Tsoutsas Georgios</b>
Pg. 80-88	<b>The role of nursing staff in the public health system in Greece, Christodoulou Panagiotis</b>
Pg. 89-92	<b>IMSNG in EFIM</b>
Pg. 93-94	<b>International Medicine Review</b>

# Παρανεοπλασματικά σύνδρομα από αρθρώσεις



Ευσ. Μαλτέζος

Ν. Γαλανόπουλος <sup>1</sup>, Ε. Μαλτέζος <sup>2</sup>

1. Εξωτερικό Ρευματολογικό Ιατρείο Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Έβρου
2. Β Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Έβρου

### Υπεύθυνος επικοινωνίας:

Ευστράτιος Μαλτέζος, Καθηγητής Παθολογίας Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, Διευθυντής Β΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης.  
Πρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Βορείου Ελλάδος  
Τηλ. 25510 30449

### Περίληψη

Τα παρανεοπλασματικά σύνδρομα με εκδηλώσεις από το μυοσκελετικό αποτελούν ένα ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα στην καθημερινή κλινική πράξη. Στην παρούσα ανασκόπηση αναλύονται η κλινική εικόνα, η διάγνωση και η αντιμετώπιση των κυριότερων παρανεοπλασματικών συνδρόμων με εκδηλώσεις από το μυοσκελετικό, όπως της παρανεοπλασματικής αρθρίτιδας, της υπερτροφικής οστεοαρθροπάθειας, του συνδρόμου της υποτροπιάζουσας οροαρνητικής συμμετρικής υμενίτιδας (αρθρίτιδας) με οίδημα που αφήνει εντύπωμα καθώς και του συνδρόμου της παλαμιαίας απονευρωσίτιδας και πολυαρθρίτιδας.

**Λέξεις κλειδιά:** Παρανεοπλασματικά σύνδρομα, παρανεοπλασματική αρθρίτιδα, υπερτροφική οστεοαρθροπάθεια, σύνδρομο υποτροπιάζουσας οροαρνητικής συμμετρικής υμενίτιδας (αρθρίτιδας) με οίδημα σύνδρομο παλαμιαίας απονευρωσίτιδας και πολυαρθρίτιδας.

## Manifestations of paraneoplastic syndromes from joints

E. Maltezos<sup>1</sup>, N. Galanopoulos<sup>2</sup>

1. Second Department of Internal Medicine, University General Hospital of Evrou, Thrace, Greece

2. Rheumatologic outpatient department of University General Hospital of Evrou, Thrace, Greece

### Summary

In this review we analyze the clinical findings, the diagnosis and the treatment of the patients with paraneoplastic syndromes of joints, namely paraneoplastic polyarthritis, hypertrophic osteoarthropathy, remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema and also the syndrome with palmar fasciitis and polyarthritis.

**Keywords:** paraneoplastic syndromes, paraneoplastic polyarthritis, hypertrophic osteoarthropathy, remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema, palmar fasciitis and polyarthritis syndrome

### Εισαγωγή

Τα παρανεοπλασματικά σύνδρομα αποτελούν παθολογικές καταστάσεις που δεν οφείλονται σε άμεση διήθηση των πασχόντων ιστών ή οργάνων από νεοπλάσματα ή μεταστάσεις νεοπλασμάτων αλλά σε μια σειρά ουσιών όπως ορμόνες ή κυτταροκίνες καθώς και σε μηχανισμούς του κυτταρικού ή του χημικού σκέλους της ανοσολογικής αντίδρασης κατά των νεοπλασμάτων. Ως εκ τούτου η εντόπιση των πασχόντων οργάνων και συστημάτων στα παρανεοπλασματικά σύνδρομα δεν έχει τοπογραφικά σχέση με την εντόπιση των γενεσιουργών νεοπλασμάτων (1). Συχνές είναι οι εκδηλώσεις των παρανεοπλασματικών συνδρόμων από τις ανατομικές δομές του μυοσκελετικού συστήματος, όπως τις αρθρώσεις, τους μύς ή τα οστά. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται πριν (μέχρι και 2 έτη), συγχρόνως ή μετά από την εκδήλωση ή τη διάγνωση του νεοπλάσματος (2). Οι κύριες εκδηλώσεις των παρανεοπλασματικών συνδρόμων από τις αρθρώσεις είναι:

- Η παρανεοπλασματική αρθρίτιδα (Paraneoplastic Polyarthritis ή Carcinomatous polyarthritis)
- Η υπερτροφική οστεοαρθροπάθεια (Hypertrophic Osteoarthropathy)
- Το σύνδρομο της υποτροπιάζουσας οροαρνητικής συμμετρικής υμενίτιδας (αρθρίτιδας) με οίδημα που αφήνει εντύπωμα [Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Oedema (RS3PE)]
- Το σύνδρομο της παλαμιαίας απονευρωσίτιδας και πολυαρθρίτιδας [Palmar fasciitis and polyarthritis syndrome (PFPAS)]

### Παρανεοπλασματική Αρθρίτιδα

Η παρανεοπλασματική αρθρίτιδα (ΠΑ) χαρακτηρίζεται από ολιγο- ή πολυαρθρίτιδα, η οποία είναι συνήθως οξείας έναρξης και συμμετρικής ή ασύμμετρης κατανομής. Συχνά συνυπάρχουν επίσης συστηματικές εκδηλώσεις, όπως πυρετός, κακουχία, καταβολή και άλλα συμπτώματα που να μιμούνται τις εκδηλώσεις της ρευματοειδούς αρθρίτιδας

(1,2). Οι εκδηλώσεις της παρανεοπλασματικής αρθρίτιδας παρατηρούνται πριν (όχι όμως πέραν της διετίας) ή συγχρόνως ή μετά από την εκδήλωση και διάγνωση του γενεσιουργού νεοπλασματος, ενώ η επιτυχής αντιμετώπιση της νεοπλασίας συνοδεύεται από υποχώρηση των εκδηλώσεων από τις αρθρώσεις (1,3). Είναι σχετικά συχνότερη στους άνδρες (άνδρες / γυναίκες = 1,7). Η μέση ηλικία των ασθενών σε μια σειρά από μελέτες ήταν 54,2 έτη (1,4,5). Οφείλεται τόσο σε συμπαγείς όγκους (συνηθέστερα αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα ή καρκίνος μαστού) όσο και σε κακοήθειες του αίματος και του λεμφικού συστήματος (1,4,5).

Εργαστηριακώς παρατηρείται συνήθως αύξηση των δεικτών φλεγμονής όπως της Ταχύτητας Καθιζήσεως των Ερυθροκυττάρων (ΤΚΕ) και της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP)] (1,4,5). Θετικός τίτλος ρευματοειδούς παράγοντα και αντιπυρηνικών αντισωμάτων ανιχνεύονται σε χαμηλό ποσοστό 27,2% και 19% αντίστοιχα (1,4,5), ενώ τα αντισώματα κατά κίτρουλιουμένης πρωτεΐνης [anti-citrullinated protein antibodies (ACPAs)] δεν ανιχνεύτηκαν στη μεγάλη πλειονότητα των ασθενών που αναζητήθηκαν (6,7). Οι Kumar και συν-2009 αναφέρουν την περίπτωση ασθενούς με οξεία έναρξη πολυαρθρίτιδα στον οποίον ανιχνεύτηκε ρευματοειδής παράγοντας και αντισώματα κατά κίτρουλιουμένης πρωτεΐνης, στον οποίον λίγες εβδομάδες αργότερα διαπιστώθηκε η παρουσία μεταστατικού καρκίνου του παγκρέατος (6). Επίσης οι Larson και συν. αναφέρουν την περίπτωση ασθενούς με πολυαρθρίτιδα και δύσπνοια στον οποίον ανιχνεύτηκαν ρευματοειδής παράγοντας και αντισώματα κατά κίτρουλιουμένης πρωτεΐνης. Η ακτινογραφία θώρακα αποκάλυψε την παρουσία μικρής πλευριτικής συλλογής. Λίγες εβδομάδες αργότερα εμφάνισε έντονη δύσπνοια, ταχυκαρδία και πυρετό. Στον έλεγχο που ακολούθησε (κυτταρολογική εξέταση του πλευριτικού υγρού και ανοιχτή βιοψία πνεύμονα) αποκαλύφθηκε η παρουσία αδενοκαρκινώματος του πνεύμονα (7).

Στην εξέταση του αρθρικού υγρού ανευρίσκεται συνήθως μικρή αύξηση του αριθμού των λευκοκυττάρων, ενώ στον απλό ακτινογραφικό έλεγχο της πάσχουσας άρθρωσης δεν ανιχνεύονται αρθρικές διαβρώσεις (1).

Σχετικά με την παθογένεια της ΠΑ ενοχοποιήθηκαν κυκλοφορούντα ανοσοσυμπλέγματα διασταυ-

ρούμενης αντίδρασης μεταξύ αντιγόνων των κυττάρων του νεοπλασματος και συστατικών του αρθρικού υμένα, καθώς και λεμφοκυττάρων που συμμετέχουν στην ανοσολογική αντίδραση κατά των κυττάρων των νεοπλασμάτων και συγχρόνως αντιδρούν με αντιγονικά συστατικά του αρθρικού υμένα (1).

Η χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ) και κορτικοστεροειδών δεν είναι συνήθως αποτελεσματική (1). Η επιτυχής όμως αντιμετώπιση του νεοπλασματος (χειρουργική εξαίρεση, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) συνοδεύεται από υποχώρηση των εκδηλώσεων της ΠΑ, ενώ η υποτροπή του νεοπλασματος ακολουθείται συνήθως και από υποτροπή των εκδηλώσεων της ΠΑ (1,4,5). Οι Zurancic και συν-2008 περιέγραψαν την περίπτωση άνδρα καπνιστή ηλικίας 43 ετών με από εξαμήνου ιστορικό ασύμμετρης πολυαρθρίτιδας σε συνδυασμό με χαμηλό πυρετό που δεν ανταποκρίθηκαν στη χορήγηση ΜΣΑΦ και χαμηλής δόσολογίας πρεδνιζόνης. Ο ασθενής ήταν ωχρός και εμφάνιζε ήπια δύσπνοια. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αύξηση των τιμών της αλκαλικής φωσφατάσης ορού καθώς και της ΤΚΕ και της CRP. Χορηγήθηκε πρεδνιζόνη 40 mg και ναπροξένη 500 mg / ημέρα χωρίς ικανοποιητική θεραπευτική ανταπόκριση. Στην ακτινογραφία θώρακα αποκαλύφθηκε η παρουσία μάζας στην πύλη του αριστερού πνεύμονα και στην υπολογιστική τομογραφία θώρακα διόγκωση των λεμφαδένων της πύλης του αριστερού πνεύμονα και του μεσοθωρακίου καθώς και μεταστατικές εστίες στο τοίχωμα του αριστερού ημιθωρακίου. Η βιοψία έδειξε μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα. Στο σπινθηρογράφημα οστών απεικονίστηκαν διάχυτα οστικές μεταστάσεις. Μετά από χορήγηση δύο κύκλων χημειοθεραπείας (cisplatinum και etoposide) παρατηρήθηκε πλήρης υποχώρηση των συμπτωμάτων του ασθενούς (2).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η διαφορική διάγνωση της ΠΑ από τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, η οποία σε πολλές περιπτώσεις είναι δύσκολη. Αμφότερες οι οντότητες προσβάλλουν παρόμοια ηλικιακή ομάδα και εκδηλώνονται συχνά με συμμετρική πολυαρθρίτιδα, αλλά στην ΠΑ η ανίχνευση του ρευματοειδούς παράγοντα είναι σαφώς λιγότερο συχνή και η ανίχνευση αντισωμάτων κατά κίτρουλιουμένης πρωτεΐνης εξαιρετικά σπάνια (2). Επίσης, η χο-



ρήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, όπως κορτικοστεροειδών, συνοδεύεται συνήθως από ευνοϊκή θεραπευτική ανταπόκριση της αρθρίτιδας στη ρευματοειδή αρθρίτιδα αλλά όχι στην ΠΑ.

### Υπερτροφική Οστεοαρθροπάθεια

Η υπερτροφική οστεοαρθροπάθεια (ΥΟΑ) σχετίστηκε κυρίως με πρωτοπαθή νεοπλασμάτα του πνεύμονα, και του υπεζωκότα και λιγότερο συχνά με εξωπνευμονικής εντόπισης νεοπλασμάτα, όπως του λάρυγγα, του στομάχου, του οισοφάγου, του μαστού, του θύμου, του θυρεοειδούς, του νεφρού, του προστάτη και του θύμου (8-13).

Η ΥΟΑ εκδηλώνεται με πηκτροδακτυλία, η οποία συνοδεύονται από αρθραλγίες ή αρθρίτιδα και περιοστίτιδα, το συνηθέστερο των οστών της κνήμης και των μηρών. Οι εκδηλώσεις αυτές ενδέχεται να προηγηθούν των εκδηλώσεων των νεοπλασμάτων (1,14,15). Αναφέρθηκε επίσης ακάνθωση των παλαμών (acanthosis palmaris) με υπερκεράτωση των δερματικών τους πτυχών (16).

Ο απλός ακτινογραφικός έλεγχος αποκαλύπτει περιοστική οστική πάχυνση (17), ενώ το σπινθηρογράφημα οστών διάχυτη συμμετρική αύξηση της καθήλωσης του ραδιοϊσοτόπου (Tc-99m MDP) (18,19). Σε έλεγχο με PET/CT (F-18 FDG positron emission tomography / computed tomography) παρατηρείται αυξημένη περιοστική πρόσληψη FDG στις διαφύσεις και μεταφύσεις των μακρών οστών (18-20). Στη μαγνητική τομογραφία απεικονίζεται συχνά περιοστίτιδα σε συνδυασμό με έντονο οίδημα των μαλακών μορίων γύρω από τα οστά (21).

Ο εργαστηριακός έλεγχος για ρευματοειδή παράγοντα ή αντιπυρηνικά αντισώματα αποβαίνει αρνητικός. Αναφέρθηκε εντούτοις η περίπτωση γυναίκας καπνίστριας ηλικίας 57 ετών με πολυαρθρίτιδα, πηκτροδακτυλία και απώλεια σωματικού βάρους από 18μήνου στην οποίαν ανιχνεύτηκαν αντιπυρηνικά καθώς και anti-Sm αντισώματα. Στην ακτινογραφία των κνημών και των βραχιόνων διαπιστώθηκε πάχυνση των οστών και στην αξονική τομογραφία μάζα στο μέσο λοβό του δεξιού πνεύμονα, η παθολογοανατομική μελέτη της οποίας απέδειξε ότι επρόκειτο για αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα (14). Η παθογένεια της ΥΟΑ δεν έχει διευκρινισθεί. Σε μελέτη σε ασθενείς με βρογχογενή καρκίνο και πηκτροδακτυλία (22) ενοχοποιήθηκε ο ρόλος

ενός διαλυτού παράγοντα που εκκρίνεται από τον πάσχοντα ιστό του πνευμονικού νεοπλασματος καθώς και άλλων παραγόντων που επηρεάζουν τους ιστούς που προσβάλλονται στην ΥΟΑ. Τα ευρήματα όμως δεν επιβεβαιώθηκε από άλλη μελέτη (23). Ενοχοποιήθηκε επίσης η συμμετοχή:

- Των αυξημένων επιπέδων του PDGF (platelet-derived growth factor) στα μικρά αγγεία της περιοχής των ονυχοφόρων φαλάγγων των δακτύλων, από τη συγκέντρωση συγκριμάτων μεγακαριοκυττάρων ή από συσσωρεύσεις αιμοπεταλίων τα οποία αυξάνουν την αγγείωση, τη διαβατότητα των αγγείων και τα μεσεγχυματικά κύτταρα που οδηγούν στην παραγωγή νέου οστού (24,25).

- Των αυξημένων επιπέδων του VEGF (endothelial growth factor) (26).

- Των αυξημένων επιπέδων της προσταγλανδίνης E2 (PGE2) που αυξάνει την παραγωγή του VEGF (27,28). Ειδικότερα αναφέρθηκαν μεταλλάξεις στο γονίδιο που κωδικοποιεί τη σύνθεση της 15-υδροξυ-προσταγλανδικής δεϋδρογενάσης (15-hydroxyprostaglandin dehydrogenase) που σχετίζεται με την κωδικοποίηση της παραγωγής ενός μεταφορέα της PGE2 και με αύξηση των επιπέδων της PGE2 στην κυκλοφορία (29,30). Διαπιστώθηκε επίσης σημαντική αύξηση του κυρίου μεταβολίτη της PGE2 [11α-hydroxy-9,15-dioxo-2,3,4,5-tetranor-prostane-1,20-dioic acid (PGE-M)] σε ασθενή με καρκίνο πνεύμονα και ΥΟΑ (31).

Σχετικά με την αντιμετώπιση της ΥΟΑ, η χορήγηση ΜΣΑΦ μπορεί να έχει ευνοϊκή επίδραση στον οστικό πόνο της περιοστίτιδας (32,33). Ικανοποιητική ανταπόκριση στον οστικό πόνο παρατηρήθηκε επίσης με χορήγηση διφωσφονικών, όπως παμιδρονάτης, ρεσιδρονάτης και ζολεδρονικού οξέος, το οποίο εκτός της καταστολή του ρυθμού οστικού μεταβολισμού οδηγεί επίσης σε μείωση των επιπέδων VEGF (34-36). Οι Sonthalia και συν-2012 περιέγραψαν την περίπτωση ανδρός ηλικίας 23 ετών με πολυαρθρίτιδα. Ο ασθενής είχε ιστορικό αδιαφοροποίητου καρκίνου του ρινοφάρυγγα και είχε υποβληθεί σε χημειοθεραπεία καθώς και ακτινοθεραπεία πριν από μια διετία. Στον ακτινογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε περιοστική αντίδραση στο βραχιόνιο, στην ωλένη, στην κνήμη και στην περόνη, ενώ στο σπινθηρογράφημα οστών διάχυτα αυξημένη καθήλωση του ραδιοφαρμάκου στα οστά των

άκρων καθώς και περιοστίτιδα. Ο ασθενής αρνήθηκε να υποβληθεί σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Η θεραπεία με ΜΣΑΦ, κορτικοστεροειδούς και ισχυρού αναλγητικού (τραμαδόλη) δεν οδήγησε σε ικανοποιητική ανταπόκριση. Η χορήγηση ωστόσο 4 mg ζολεδρονικού οξέος οδήγησε σε πλήρη υποχώρηση των εκδηλώσεων της ΥΟΑ, η οποία μάλιστα συνοδεύτηκε και από υποχώρηση των ευρημάτων από το σπινθηρογράφημα των οστών (37). Πλήρης υποχώρηση των εκδηλώσεων της ΥΟΑ παρατηρείται μόνο μετά από την επιτυχή αντιμετώπιση του νεοπλάσματος (38,39). Οι Ulusakarya και συν-2005 αναφέρουν την περίπτωση γυναίκας ηλικίας 20 ετών με ιστορικό εντοπισμένου καρκίνου του ρινοφάρυγγα και ακτινοθεραπεία πριν από ένα χρόνο, η οποία παρουσιάστηκε με αρθραλγίες και πηκτροδακτυλία από διμήνου. Στην υπολογιστική τομογραφία πνευμόνων αποκαλύφθηκε η παρουσία συμβατών με μεταστατική νόσο πολλαπλών διαυγαστικών περιοχών στο πνευμονικό παρέγχυμα, ενώ στο σπινθηρογράφημα οστών διαπιστώθηκε αυξημένη καθήλωση του ραδιοφαρμάκου στο περίοστεο των μακρών οστών. Η εφαρμοσθείσα χημειοθεραπεία οδήγησε σε πλήρη υποχώρηση των αρθραλγιών και της πηκτροδακτυλίας καθώς και υποχώρηση των μετασταστικών εστιών στον πνεύμονα (38). Οι Silva και συν-2006 περιέγραψαν την περίπτωση άνδρος ηλικίας 47 ετών με από διμήνου αρθρίτιδα στις ποδοκνημικές και στα γόνατα σε συνδυασμό με πηκτροδακτυλία, στον οποίον η χορήγηση ΜΣΑΦ, κορτικοστεροειδούς και σουλφασαλαζίνης δεν είχε αποτέλεσμα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αύξηση των τιμών της ΤΚΕ και της CRP, αλλά όχι ανίχνευση ρευματοειδούς παράγοντα και αντισωμάτων κατά κίτρουλιουμένης πρωτεΐνης. Η ακτινογραφία των γονάτων και των ποδοκνημικών δεν αποκάλυψε παθολογικά ευρήματα. Ένα τρίμηνο αργότερα, σε επανεκτίμηση του ασθενούς, η ακτινογραφία των κνημών έδειξε περιοστική αντίδραση, ενώ η υπολογιστική τομογραφία κοιλίας την παρουσία συμπαγούς όγκου με περιοχική νέκρωση σε άμεση γειτνίαση με το θόλο του στομάχου. Η διαδερμική βιοψία επιβεβαίωσε τη διάγνωση γαστρεντερικού στρωματικού όγκου. Η χορήγηση του αναστολέα της τυροκινικής κινάσης ιματινίμπη (imatinib) είχε ως αποτέλεσμα την υποχώρηση της αρθρίτιδας και τη μείωση του μεγέθους του όγκου (39).

### Σύνδρομο της υποτροπιάζουσας οροαρνητικής συμμετρικής υμενίτιδας (αρθρίτιδας με οίδημα και εντύπωμα

Το σύνδρομο της υποτροπιάζουσας οροαρνητικής συμμετρικής υμενίτιδας (αρθρίτιδας) με οίδημα που αφήνει εντύπωμα (ΣΥΟΣΑΟΕ) σχετίστηκε κυρίως με καρκίνο του προστάτη (40-43) και λιγότερο συχνά με άλλους συμπαγείς όγκους, όπως μαστού (44), πνεύμονα (45), ήπατος (46) ή με μεταστατικό καρκίνο του στομάχου (47) καθώς και με κακοήθη νεοπλάσματα του αίματος και του λεμφικού συστήματος, όπως οξεία μυελογενής λευχαιμία (48), χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία (49) και λεμφώματα (50). Οι Sabilia και συν-1999 σε μελέτη 6 ασθενών με ΣΥΟΣΑΟΕ αναφέρουν την ανεύρεση καρκίνου προστάτη σε 4 ασθενείς, αδενοκαρκινώματος παχέος εντέρου σε 1 και στομάχου σε 1 ασθενή. Δεν ανιχνεύτηκε ρευματοειδής παράγοντας ή αντιπυρηνικά αντισώματα (43). Οι Mattace-Raso και συν-2007 περιγράφουν την περίπτωση γυναίκας καπνίστριας με οίδημα των άκρων χειρών που άφηνε εντύπωμα σε συνδυασμό με αρθρίτιδα των καρπών και των αρθρώσεων των χειρών. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (ΤΚΕ, CRP) και μείωση των επιπέδων της αιμοσφαιρίνης. Δεν ανιχνεύτηκε ρευματοειδής παράγοντας. Η ακτινογραφία των άκρων χειρών έδειξε μόνο οίδημα των περιαρθρικών μαλακών ιστών. Η ακτινογραφία θώρακα ανίχνευσε μεγάλη μάζα στο δεξιό πνεύμονα, ενώ στην υπολογιστική τομογραφία θώρακα επαναβεβαιώθηκε η μάζα αυτή καθώς και διόγκωση των λεμφαδένων του μεσοθωρακίου. Το σπινθηρογράφημα οστών δεν έδειξε οστικές μεταστάσεις (45).

Σχετικά με την παθογένεια του ΣΥΟΣΑΟΕ συζητείται ο ρόλος των αυξημένων επιπέδων του VEGF, ο οποίος ως αγγειογενής και αγγειοδραστικός παράγοντας αυξάνει την αγγειακή διαβατότητα και ευνοεί τη δημιουργία οιδήματος (51-53). Αναφέρθηκαν επίσης αυξημένα επίπεδα μεταλλοπρωτεϊνάσης-3 που σχετίζεται με την εξέλιξη των συμπαγών όγκων και τη διείσδυσή τους στους ιστούς (54).

Η ανταπόκριση του ΣΥΟΣΑΟΕ στη χορήγηση χαμηλής δοσολογίας κορτικοστεροειδών είναι μάλλον ικανοποιητική, αν και σε μερικές περιπτώσεις αυτή ενδέχεται να καθυστερεί (55,56). Στη μελέτη των Sabilia και συν-1999 όλοι οι ασθενείς ανταποκρίθηκαν πλήρως ή εν μέρει στη χορήγηση χαμη-

λής δοσολογίας κορτικοστεροειδών (43). Οι Tunc και συν-2004 περιέγραψαν δυο ασθενείς με καρκίωμα προστάτη και αρθρίτιδα των μικρών αρθρώσεων σε συνδυασμό με οίδημα με εντύπωμα, στους οποίους η χορήγηση χαμηλής δοσολογίας κορτικοστεροειδών συνοδεύτηκε από μερική στον έναν και πλήρη στον άλλον ασθενή υποχώρηση των εκδηλώσεων (40). Οι Marto και συν-2010 αναφέρουν επίσης την περίπτωση άνδρος ηλικίας 74 ετών με ιστορικό δυο χειρουργικών επεμβάσεων στον προστάτη, ο οποίος παρουσίασε αρθρίτιδα των μικρών αρθρώσεων σε συνδυασμό με απώλεια σωματικού βάρους. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε αρθρίτιδα των μικρών αρθρώσεων με οίδημα των άκρων χειρών που άφηνε εντύπωμα και διόγκωση των γονάτων. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε αυξημένη τιμή ΤΚΕ και CRP καθώς και μείωση επιπέδων αιμοσφαιρίνης και αλβουμίνης ορού. Δεν ανιχνεύθηκαν ρευματοειδής παράγοντας και αντισώματα κατά της κίτρουλιουμένης πρωτεΐνης. Τα επίπεδα του ειδικού προστατικού αντιγόνου ήταν υψηλά. Η ακτινογραφία των άκρων χειρών έδειξε μόνο οίδημα των περιαρθρικών μαλακών ιστών, ενώ η βιοψία προστάτη καρκίνο. Η χορήγηση αντιανδρογόνων είχε ως αποτέλεσμα την υποχώρηση των κλινικών εκδηλώσεων και την ομαλοποίηση των εργαστηριακών ευρημάτων (41).

Η άμεση και πλήρης ωστόσο υποχώρηση του ΣΥ-ΟΣΑΟΕ παρατηρείται μόνο μετά από την επιτυχή αντιμετώπιση του νεοπλασματος (57,58).

### **Σύνδρομο της παλαμιαίας απονευρωσίτιδας και πολυαρθρίτιδας**

Το σύνδρομο της παλαμιαίας απονευρωσίτιδας και πολυαρθρίτιδας (ΣΠΑΠ) χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ερυθρότητας και επώδυνου οιδήματος των παλαμών που οφείλεται σε φλεγμονή της παλαμιαίας απονεύρωσης, τενοντίτιδα των τενόντων των καμπτήρων των δακτύλων και αρθρίτιδα (συνήθως συμμετρική) των καρπών και των μικρών αρθρώσεων των χειρών με ανάπτυξη πιθανών συγκάμψεων των δακτύλων. Κατά την ψηλάφηση των παλαμών παρατηρούνται περιοχές ιδιαίτερα σκληρής σύστασης λόγω έντονης ανάπτυξη ίνωσης στην παλαμιαία απονεύρωση. Σε εξαιρετικά μικρό αριθμό ασθενών αναφέρθηκε επίσης προσβολή της πελματιαίας απονεύρωσης με ερυθρό-

τητα και επώδυνο οίδημα των πελμάτων (59).

Το ΣΠΑΠ έχει περιγραφεί σε διάφορα νεοπλασματα, όπως σε καρκίνο ωοθηκών (60-62), παγκρέατος (63), πνεύμονα (64), μαστού (65,66), προστάτη (67), στομάχου (68), παχέος εντέρου (69), ουροποιητικού (70,71), αλλά και σε κακοήθειες του αίματος (72). Οι Manger B, Schett G-2014 σε βιβλιογραφική ανασκόπηση 73 άρθρων αναφέρουν ότι το συχνότερο νεόπλασμα ήταν ο καρκίνος των ωοθηκών και ακολουθούσαν ο καρκίνος του μαστού και του γαστρεντερικού συστήματος (60). Η εμφάνιση των εκδηλώσεων από τις παλάμες και τις αρθρώσεις ενδέχεται να προηγούνται του νεοπλασματος ή να εμφανίζονται ταυτόχρονα ή και μετά από τη διάγνωση του νεοπλασματος (1).

Στον εργαστηριακό έλεγχο ανιχνεύονται σε εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό και σε χαμηλούς τίτλους ρευματοειδής παράγοντας και αντιπυρηνικά αντισώματα (70). Στην απλή ακτινογραφία δεν απεικονίζεται συνήθως αρθρική προσβολή (1). Στη βιοψία από την παλαμιαία απονεύρωση αποκαλύπτεται συνήθως η παρουσία διπθήσεων από μονοκύτταρα και λεμφοκύτταρα, αύξηση του αριθμού των ινοβλαστών καθώς και περιαγγειακή ή διάχυτη ίνωση (73-75). Σχετικά με τους παθογενετικούς μηχανισμούς, φαίνεται ότι εμπλέκονται αυξητικοί παράγοντες των ινοβλαστών καθώς και ανοσολογικοί μηχανισμοί, καθότι αποκαλύφθηκε η παρουσία συμπληρώματος και ανοσοσφαιρινών σε περιοχές βλάβης της παλαμιαίας απονεύρωσης (75,76).

Η χορήγηση κορτικοστεροειδών οδηγεί συνήθως σε μέτρια βελτίωση της αρθρίτιδας αλλά όχι της σύγκαμψης των δακτύλων (64,65, 73,74). Δεν διαπιστώθηκε επίσης ικανοποιητικό θεραπευτικό αποτέλεσμα μετά από χορήγηση μεθοτρεξάτης (70,74) και υδροξυκλωροκίνης ή σουλφασαλαζίνης (61). Η χορήγηση αναστολέων της δράσης TNFa φαίνεται αντίθετα ότι είναι αποτελεσματική (61,67,70,74). Οι Nadal και συν-2013 αναφέρουν την περίπτωση άνδρα 60 ετών με ιστορικό αδενοκαρκινώματος προστάτη που υποβλήθηκε σε ορμονοθεραπεία, ο οποίος εμφάνισε πολυαρθρίτιδα σε συνδυασμό με ερύθημα παλαμών και ταχείας εξέλιξης συγκάμψεις των δακτύλων των χειρών με ανάπτυξη ίνωδών ταινιών στην παλαμιαία απονεύρωση. Στο σπινθηρογράφημα οστών διαπιστώθηκε αρθρίτιδα χωρίς οστικές μεταστάσεις. Η χορήγηση 10 mg πρεδνιζόνης ημερησίως σε συνδυασ-

σμό με 15 mg μεθοτρεξάτης / εβδομάδα δεν οδήγησε σε υποχώρηση των εκδηλώσεων. Πέντε μήνες αργότερα παρατηρήθηκε αύξηση των τιμών του ειδικού προστατικού αντιγόνου και οστικές μεταστάσεις στα οστά της πυέλου και στη σπονδυλική στήλη. Η χορήγηση στεροειδούς αντιανδρογόνου (abiraterone) οδήγησε σε σταθεροποίηση των τιμών του προστατικού αντιγόνου και των οστικών μεταστάσεων, αλλά δεν βελτιώθηκαν οι εκδηλώσεις από τις αρθρώσεις και τις παλάμες. Η χορήγηση στη συνέχεια adalimumab (ανθρώπινου μονοκλωνικού αντισώματος κατά TNFa) σε συνδυασμό με πρεδνιζόνη και μεθοτρεξάτη είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική βελτίωση των εκδηλώσεων από τις αρθρώσεις και τις παλάμες, αλλά όχι των συγκάμψεων των δακτύλων (67).

Η επιτυχής αντιμετώπιση του νεοπλάσματος οδηγεί σε υποχώρηση των εκδηλώσεων του ΣΠΑΠ, αλλά όχι όμως και των συγκάμψεων των δακτύλων σε όλες τις περιπτώσεις (60,77). Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Manger B, Schett G-2014 αναφέρθηκε ότι η επιτυχής αντιμετώπιση του νεοπλάσματος συνοδεύτηκε από υποχώρηση των εκδηλώσεων στο σύνολο των ασθενών (60). Οι Bolibar και συν-2009 περιέγραψαν την περίπτωση γυναίκας ηλικίας 49 ετών με ΣΠΑΠ και έντονη σύγκαμψη των δακτύλων των χεριών. Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν αποκάλυψε την παρουσία ρευματοειδούς παράγοντα ή άλλων αυτοαντισωμάτων.

Η ακτινογραφία δεν έδειξε αρθρική προσβολή. Στο σπινθηρογράφημα οστών διαπιστώθηκε αύξηση της καθήλωσης του ραδιοφαρμάκου στις αρθρώσεις και φλεγμονή. Η υπολογιστική τομογραφία της πυέλου έδειξε την παρουσία όγκου ωοθηκών. Η ολική υστερεκτομή και η χορήγηση χημειοθεραπείας οδήγησαν σε υποχώρηση των εκδηλώσεων, αλλά όχι και των συγκάμψεων των δακτύλων (77).

### Συμπεράσματα

Η διάγνωση και η αντιμετώπιση των παρανεοπλασματικών συνδρόμων με εκδηλώσεις από το μυοσκελετικό σύστημα αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στην καθημερινή κλινική πράξη και έχουν τα εξής κύρια χαρακτηριστικά:

- Οι κλινικές τους εκδηλώσεις προηγούνται, εμφανίζονται ταυτόχρονα ή έπονται της διάγνωσης των νεοπλασμάτων
- Περιγράφθηκαν σε μεγάλο αριθμό συμπαγών κακοήθων όγκων (πνεύμονα, μαστού, προστάτη, ωοθηκών, κ.ά.) καθώς και σε κακοήθειες αίματος ή λεμφικού συστήματος (λευχαιμίες, λεμφώματα).
- Εμφανίζονται συνήθως με μεγάλο αριθμό εκδηλώσεων από τις αρθρώσεις και τα χέρια, όπως πηκτροδακτυλία, ερυθρότητα με επώδυνο οίδημα σε συνδυασμό με σκληρία κατά την ψηλάφηση των παλαμών ή/και υπερκεράτωση των δερματικών τους πτυχών με πιθανή ανάπτυξη συγκάμψεων των δακτύλων, πολυαρθρίτιδα, και έντονο οίδημα που αφήνει εντύπωμα.
- Συνοδεύονται συχνά από συστηματικές εκδηλώσεις, όπως πυρετό, κακουχία, απώλεια σωματικού βάρους.
- Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνονται αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (TKE, CRP), ενώ σε χαμηλό ποσοστό ανιχνεύεται θετικός τίτλος ρευματοειδούς παράγοντα ή αντιπυρηνικών αντισωμάτων.
- Ο απεικονιστικός έλεγχος (απλή ακτινογραφία, MRI, CT, σπινθηρογράφημα οστών, PET/CT) είναι ιδιαίτερα χρήσιμος για την ανίχνευση των βλαβών από το σκελετικό σύστημα.
- Η θεραπεία συνίσταται στην επιτυχή αντιμετώπιση του νεοπλάσματος, ενώ η χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ) και κορτικοστεροειδών είναι μάλλον αναποτελεσματική.

### Βιβλιογραφία

1. Bernhard Manger and Georg Schett. Paraneoplastic syndromes in rheumatology. Nat. Rev. Rheumatol. 2014;10, 662–670.
2. Zupancic M, Annamalai A, Breneman J, Ranatunga S. Migratory polyarthritis as a paraneoplastic syndrome. J Gen Intern Med. 2008;23:2136-9.
3. Naschitz, J. E. & Rosner, I. Musculoskeletal syndromes associated with malignancy (excluding hypertrophic osteoarthropathy). Curr. Opin. Rheumatol. 2008;20, 100–5.
4. Hakkou, J., Rostom, S., Bahiri, R. & Hajjaj-Hassouni, N. Paraneoplastic syndromes: report of eight

- cases and review of literature. *Rheumatol. Int.* 2012;32,1485–9.
5. Yamashita, H. et al. Characteristics of 10 patients with paraneoplastic rheumatologic musculoskeletal manifestations. *Mod. Rheumatol.* 2014; 24, 492- 8.
  6. Kumar, S., Sethi, S., Irani, F. & Bode, B. Y. Anticyclic citrullinated peptide antibody-positive paraneoplastic polyarthritis in a patient with metastatic pancreatic cancer. *Am. J. Med. Sci.* 2009;338, 511–2.
  14. antibody positive paraneoplastic polyarthritis and review of the literature. *Rheumatol. Int.* 2011;31, 1635–8.
  8. Qian X, Qin J. Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy with primary lung cancer. *Oncol Lett.* 2014;7(6):2079-82.
  9. Rakovich G, Laflamme M, Ouellette D, Beauchamp G. Solitary fibrous tumour of the pleura: A case report. *Can Respir J.* 2010;17:113-4.
  10. Silva L, Andreu JL, Muñoz P, Isasi C, López A. Hypertrophic osteoarthropathy associated with gastrointestinal stromal tumour. *Ann Rheum Dis.* 2006;65:681-2.
  11. Murosaki T, Mori K, Nagashima T, Minota S. Hypertrophic osteoarthropathy associated with esophageal cancer. *Intern Med.* 2015;54:357-8.
  12. Kanen BL, Loffeld RJ. Hypertrophic osteoarthropathy as the cause of a super scan of the bone in a patient with prostate cancer: a case report. *J Med Case Rep.* 2008;7;2:104.
  13. Kim SJ, Seo JH, Choi CW, Lee ES, Seo BK, Kim JS. Unusual presentation of thymic carcinoma: hypertrophic osteoarthropathy. *Korean J Intern Med.* 2003;18:125-8.
  14. Cruz C, Rocha M, Andrade D, Guimarães F, et al. Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy with positive antinuclear antibodies: case report. *Case Rep Oncol.* 2012;5:308-12.
  15. Lommatzsch M, Julius P, Lück W, Bier A, Virchow JC. Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy as a cue for NSCLC: four cases in the light of the current literature. *Pneumologie.* 2012;66:67-73.
  16. Saeed, H. & Massarweh, S. Images in clinical medicine. Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy and tripe palms. *N. Engl. J. Med.* 2012;366, 360.
  17. Ito T, Goto K, Yoh K, Niho S, Ohmatsu H, Kubota K, et al. Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy as a paraneoplastic manifestation of lung cancer. *J Thorac Oncol.* 2010;5:976–80.
  18. Cengiz A, Eren MŞ, Polatli M, Yürekli Y. Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy on bone scintigraphy and 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography in a patient with lung adenocarcinoma. *Indian J Nucl Med.* 2015;30:251-3.
  19. Makis W, Abikhzer G, Rush C. Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy diagnosed by FDG PET-CT in a patient with lung adenocarcinoma. *Clin Nucl Med.* 2009;34:625–7.
  20. Strobel K, Schaefer NG, Husarik DB, Hany TF, Steinert H. Pulmonary hypertrophic osteoarthropathy in a patient with nonsmall cell lung cancer: Diagnosis with FDG PET/CT. *Clin Nucl Med.* 2006;31:624–6.
  21. Sainani NI, Lawande MA, Parikh VP, Pungavkar SA, Patkar DP, Sase KS. MRI diagnosis of hypertrophic osteoarthropathy from a remote childhood malignancy. *Skeletal Radiol.* 2007;36 (Suppl 1):S63–6.
  22. Gosney, M. A., Gosney, J. R. & Lye, M. Plasma growth hormone and digital clubbing in carcinoma of the bronchus. *Thorax.* 1990;45, 545–7.
  23. Yorgancioğlu, A., Akin, M., Demtray, M. & Derelt, S. The relationship between digital clubbing and serum growth hormone level in patients with lung cancer. *Monaldi Arch. Chest Dis.* 1996;51,185–7.
  24. Fox, S. B., Day, C. A. & Gatter, K. C. Association between platelet microthrombi and finger clubbing. *Lancet.* 1991;338, 313–4.
  25. Silveri, E. et al. Hypertrophic osteoarthropathy: endothelium and platelet function. *Clin. Rheumatol.* 1996;15,435–9.
  26. Atkinson, S. & Fox, S. B. Vascular endothelial growth factor (VEGF)-A and platelet-derived growth factor (PDGF) play a central role in the pathogenesis of digital clubbing. *J. Pathol.* 2004; 203,721–8.
  27. Olán, F. et al. Circulating vascular endothelial growth factor concentrations in a case of pulmonary hypertrophic osteoarthropathy. *J. Rheumatol.* 2004;31, 614–6.
  28. Uppal S, Diggle CP, Carr IM, et al. Mutations in 15-hydroxyprostaglandin dehydrogenase cause primary hypertrophic osteoarthropathy. *Nat Genet.* 2008;40:789–93.
  29. Uppal, S. et al. Mutations in 15-hydroxyprostaglandin dehydrogenase cause primary hypertrophic osteoarthropathy. *Nat. Genet.* 2008;40,789–3.

30. Zhang, Z., He, J. W., Fu, W. Z., Zhang, C. Q. & Zhang, Z. L. A novel mutation in the SLCO2A1 gene in a Chinese family with primary hypertrophic osteoarthropathy. *Gene*. 2013; 521,191–4.
31. Kozak KR, Milne GL, Morrow JD, et al. Hypertrophic osteoarthropathy pathogenesis: a case highlighting the potential role for cyclo-oxygenase-2-derived prostaglandin E2. *Nat Clin Pract Rheum*. 2006;2:452–6.
32. Pineda, C. & Martínez-Lavín, M. Hypertrophic osteoarthropathy: what a rheumatologist should know about this uncommon condition. *Rheum. Dis. Clin. North Am.* 2013; 39,383–400.
33. Kozak, K. R., Milne, G. L., Morrow, J. D. & Cuiffo, B. P. Hypertrophic osteoarthropathy pathogenesis: a case highlighting the potential role for cyclo-oxygenase-2-derived prostaglandin E2. *Nat. Clin. Pract. Rheumatol.* 2006; 2,452–6.
34. Richa D, Herbert SD. Hypertrophic osteoarthropathy treatment & management. <http://emedicine.medscape.com/article/333735-treatment>
35. Jayakar BA, Abelson AG, Yao Q. Treatment of hypertrophic osteoarthropathy with zoledronic acid: case report and review of the literature. *Semin Arthritis Rheum* 2011;41:291–6.
36. Amital H, Applbaum YH, Vasiliev L, et al. Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy: control of pain and symptoms with pamidronate. *Clin Rheumatol* 2004;23:330–2.
37. Sonthalia N, Mukherjee K, Saha A, Talukdar A. Treatment of hypertrophic osteoarthropathy in the case of pulmonary metastasis secondary-to-nasopharyngeal carcinoma with zoledronic acid: an enlightening experience. *BMJ Case Rep.* 2012;11:2012.
38. Ulusakarya A, Gumus Y, Brahimi N, Delmas-Marsalet B, Almohamad W, Misra SC, Goldschmidt E, Haydar M, Machover D. Symptoms in cancer patients and an unusual tumor: Case 1. Regression of hypertrophic pulmonary osteoarthropathy following chemotherapy for lung metastases of a nasopharyngeal carcinoma. *J Clin Oncol.* 2005;20;23:9422–3.
39. Silva L, Andreu JL, Muñoz P, et al. Hypertrophic osteoarthropathy associated with gastrointestinal stromal tumour. *Ann Rheum Dis.* 2006;65:681–2.
40. Tunc SE, Arslan C, Ayvacioglu NB, et al. Paraneoplastic remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS3PE syndrome): a report of two cases and review of the literature. *Rheumatol Int.* 2004;24:234–7.
41. Marto G, Klitna Z, Biléu MC, Barcelos A. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema syndrome, associated with prostate adenocarcinoma: a case report. *Acta Reumatol Port.* 2010;35:358–60.
42. Emamifar A, Hess S, Gildberg-Mortensen R, Jensen Hansen IM. Association of Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema, Polymyalgia Rheumatica, and Adenocarcinoma of the Prostate. *Am J Case Rep.* 2016;3;17:60–4.
43. Sibilía J, Friess S, Schaefferbeke T, et al. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS3PE): a form of paraneoplastic polyarthritis? *J Rheumatol.* 1999;26:115–20.
44. Sarkar RN, Phaujdar S, Banerjee S, Siddhanta S, De D, Bhattachary K, Pal HK. Remitting exonerative symmetrical sinusitis with pitting edema (RS3PE); a rare association with phloxes tumor of breast. *J Assoc Physicians India.* 2012;60:64–6.
45. Mattace-Raso FU, van der Cammen TJ. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema associated with lung malignancy. *Age Ageing.* 2007;36:470–1.
46. Nakashima H, Tanaka Y, Shigematsu H, Kanaya S, Otsuka T, Hayashida K, Horiuchi T, Niho Y. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema syndrome associated with cryptogenic hepatocellular carcinoma. *Clin Exp Rheumatol.* 1999;17:390–1.
47. Ethiopia A, Bell D. Gastric carcinoma in association with remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. *J Rheumatol.* 1999;26(5):1203–4.
48. Chiappetta N, Gruber B. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema associated with acute myeloid leukemia. *J Rheumatol.* 2005;32(8):1613–4.
49. Ekenel M, Yavuz S, Karti S, Direskeneli H, Akoğlu T. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema associated with chronic lymphocytic leukaemia. *Clin Rheumatol.* 2000;19:247–8.
50. Gisserot O, Crémades S, Landais C, Leyral G, Bernard P, de Jauréguiberry JP. RS3PE revealing recurrent non-Hodgkin's lymphoma. *Joint Bone Spine.* 2004;71:424–6.
51. Arima, K. et al. RS3PE syndrome presenting as vascular endothelial growth factor associated disorder. *Ann. Rheum. Dis.* 2005;64,1653–5.

52. Matsuda, M. et al. Sarcoidosis with high serum levels of vascular endothelial growth factor (VEGF), showing RS3PE-like symptoms in extremities. *Clin. Rheumatol.* 2004; 23, 246–8.
53. Tabeya, T. et al. A case of angioimmunoblastic T-cell lymphoma with high serum VEGF preceded by RS3PE syndrome. *Mod. Rheumatol.* 2016;26:281-5.
54. Origuchi, T. et al. High serum matrix metalloproteinase 3 is characteristic of patients with paraneoplastic remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema syndrome. *Mod. Rheumatol.* 2012;22, 584–8.
55. Paira, S., Graf, C., Roverano, S. & Rossini, J. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema: a study of 12 cases. *Clin. Rheumatol.* 2002;21,146–9.
56. Chiappetta, N. & Gruber, B. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema associated with acute myeloid leukemia. *J. Rheumatol.* 2004;32,1613–4.
57. Tada, Y. et al. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema associated with gastric carcinoma. *J. Rheumatol.* 1997;24, 974–5
58. Olivo, D. & Mattace, R. Concurrence of benign edematous polysynovitis in the elderly (RS3PE syndrome) and endometrial adenocarcinoma. *Scand. J. Rheumatol.* 1997;26,67–8.
59. Van den Bergh L, Vanneste SB, Knockaert DC. Palmar fasciitis and arthritis associated with cancer of the prostate. *Acta Clin Belg.* 1991; 46:106–10.
60. Manger B, Schett G. Palmar fasciitis and polyarthritits syndrome-systematic literature review of 100 cases. *Semin Arthritis Rheum.* 2014;44:105-11.
61. Salmon C, Gill G, Loeuille D, et al. Three new cases of palmar fasciitis with polyarthritits including a patient with atypical mutilating osteolysis. *Joint Bone Spine.* 2013; 80:217–20.
62. Nahar IK, Al-Rajhi MS. Palmar fasciitis and arthritis syndrome associated with metastatic ovarian cancer: a paraneoplastic syndrome. *Gulf J Oncolog.* 2012;(12):59-61.
63. Haroon M, Phelan M. A paraneoplastic case of palmar fasciitis and polyarthritits syndrome. *Nat Clin Pract Rheumatol.* 2008; 4:274–7.
64. Sheehy C, Ryan JG, Kelly M, et al. Palmar fasciitis and polyarthritits syndrome associated with non-small-cell lung carcinoma. *Clin Rheumatol.* 2007; 26:1951–3.
65. Krishna K, Yacoub A, Hutchins LF, et al. Palmar fasciitis with polyarthritits syndrome in a patient with breast cancer. *Clin Rheumatol.* 2011;30:569–72.
66. Sandhya P, Danda D. Paraneoplastic palmar fasciitis in carcinoma breast. *J Clin Rheumatol.* 2012;18:112.
67. Nadal R, McMahan ZH, Antonarakis ES. Paraneoplastic palmar fasciitis and polyarthritits syndrome in a patient with advanced prostate cancer. *Clin Genitourin Cancer.* 2013;11:15-23.
68. Enomoto M, Takemura H, Suzuki M, et al. Palmar fasciitis and polyarthritits associated with gastric carcinoma: complete resolution after total gastrectomy. *Intern Med.* 2000;39:754–7.
69. Baron M. Palmar fasciitis, polyarthritits, and carcinoma. *Ann Intern Med.* 1982; 97:616.
70. Clarke LL, Kennedy CT, Hollingworth P. Palmar fasciitis and polyarthritits syndrome associated with transitional cell carcinoma of the bladder. *J Am Acad Dermatol.* 2010; 64:1159–63.
71. Clarke LL, Kennedy CT, Hollingworth P. Palmar fasciitis and polyarthritits syndrome associated with transitional cell carcinoma of the bladder. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64:1159-63.
72. Mathieu E. Palmar fasciitis arthritis syndrome revealing relapse of chronic lymphoid leukemia. *Presse Med.* 1991;20:521.
73. Martorell EA, Murray PM, Peterson JJ, et al. Palmar fasciitis and arthritis syndrome associated with etastatic ovarian carcinoma: a report of four cases. *J Hand Surg Am.* 2004; 29:654–60.
74. Qureshi AA, Saavedra A. Palmar fasciitis and polyarthritits syndrome in patients with ovarian cancer-a case report and review of the literature. *Hand (N Y).* 2011; 6:220–3.
75. Shiel WC Jr, Prete PE, Jason M, et al. Palmar fasciitis and arthritis with ovarian and non-ovarian carcinomas. New syndrome. *Am J Med.* 1985; 79:640–4.
76. Valverde-Garcia J, Juanola-Roura X, Ruiz-Martin JM, et al. Paraneoplastic palmar fasciitis-polyarthritits syndrome associated with breast cancer. *J Rheumatol.* 1987;14:1207–9.
77. Bolibar EP, Raya JS, Simeon CP, Montesinos L, Jou N, Cuxart A. Palmar fasciitis and polyarthritits as a paraneoplastic syndrome associated with ovarian carcinoma: a case report. *BMJ Case Rep.* 2009;2009.

# Σύγκριση των αιτιών θανάτου από παθολογικές καταστάσεις του Ουροποιητικού συστήματος μεταξύ δύο πόλεων της Ελληνικής επικράτειας (Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης)



Τσούτσας Γεώργιος

## Πληθυσμιακή επιδημιολογική μελέτη εικοσαετίας 1991-2010

Τσούτσας Γεώργιος<sup>1</sup>, Παπάζογλου Νικόλαος<sup>\*2</sup>, Σαββόπουλος Χρήστος<sup>1</sup>, Μαργαρίτη Ελένη<sup>1</sup>, Παυλίδης Αθηνόδωρος<sup>1</sup>, Παπάνας Νικόλαος<sup>3</sup>, Γιακουμέλος Αλέξανδρος<sup>4</sup>, Σπυριδωνάκου Σουλτάνα<sup>1</sup>, Μαλτέζος Ευστράτιος<sup>3</sup>, Χατζητόλιος Ι. Απόστολος<sup>1</sup>

1. Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ,
2. Β΄ Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Παπαγεωργίου,
3. Β΄ Παθολογική Κλινική Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου, Αλεξανδρούπολη,
4. Β΄ Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

### Υπεύθυνος επικοινωνίας:

Γεώργιος Τσούτσας

Ειδικευόμενος Ενδοκρινολογίας, Άμισθος Επιστημονικός Συνεργάτης Α ΠΡΠ Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Τηλ.: 6946004289

email: [tsoutsasgeorgios@gmail.com](mailto:tsoutsasgeorgios@gmail.com)

### Περίληψη

Σκοπός της μελέτης: Σύγκριση της συχνότητας των θανάτων από νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος σε δύο δήμους της Ελλάδος, Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης.

Υλικό και μέθοδος: Καταγραφή των αιτιών θανάτου από νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος στους Δήμους Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης, βασισμένη στα πιστοποιητικά θανάτου των Δήμων για την χρονική περίοδο 1/1/1991 έως 31/12/2010.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 660 πιστοποιητικά θανάτου (62% άνδρες, ηλικία  $77,6 \pm 11,3$ ) επί συνόλου 8761 στο Δήμο της Κατερίνης και 499 (71% άνδρες, ηλικία  $75,3 \pm 11,4$ ) επί συνόλου 7609 στην Αλεξανδρούπολη, στα οποία νόσος του ουροποιητικού συστήματος αποτελούσε μία από τις κύριες αιτίες που οδήγησαν στο θάνατο. Η συχνότητα των θανάτων από νοσήματα του ουροποιητικού ήταν μεγαλύτερη στην Κατερίνη (7,53% έναντι 6,56%,  $p=0,015$ ) ενώ ταυτόχρο-



να υπήρχε και στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση ηλικία των θανόντων στις δύο πόλεις (μεγαλύτερη στην Κατερίνη,  $p=0,001$ ). Η νεφρική ανεπάρκεια αποτελούσε την πρώτη αιτία θανάτου από τα νοσήματα του ουροποιητικού και στις δύο πόλεις, ήταν σημαντικά όμως συχνότερη στην Κατερίνη (59% έναντι 47%,  $p<0,001$ ). Αντιθέτως, οι θάνατοι από καρκίνο της ουροδόχου κύστεως και του νεφρού ήταν συχνότεροι στην Αλεξανδρούπολη (16,63% έναντι 12,27%,  $p=0,035$  και 9,22% έναντι 4,85%,  $p=0,003$  αντίστοιχα). Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στους θανάτους λόγω καρκίνου του προστάτη ανάμεσα στους δύο Δήμους (22,88% Κατερίνη και 26,85% Αλεξανδρούπολη,  $p=0,12$ ).

**Συμπεράσματα:** Η συχνότητα των θανάτων από νοσήματα του ουροποιητικού είναι μεγαλύτερη στην Κατερίνη σε σύγκριση με την Αλεξανδρούπολη, με μεγαλύτερο επιπολασμό στο ανδρικό φύλο και στις δύο πόλεις. Η νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί την συχνότερη αιτία θανάτου από τα νοσήματα του ουροποιητικού, με σαφή όμως υπεροχή στην Κατερίνη. Αντιθέτως, οι καρκίνοι κύστεως και νεφρού φαίνεται να υπερέχουν στην Αλεξανδρούπολη.

**Λέξεις ευρετηρίου:** επιδημιολογία, θνησιμότητα, νεφρική ανεπάρκεια, καρκίνος του ουροποιητικού, πληθυσμιακή μελέτη.

## Comparison of the frequency of deaths from diseases of the urinary system in two municipalities of Greece, Katerini and Alexandroupolis

### Epidemiological study for 20 years (1991-2010)

Tsoutsas Georgios<sup>1</sup>, Papazoglou Nikolaos<sup>+2</sup>, Savopoulos Christos<sup>1</sup>, Margaritis Eleni<sup>1</sup>, Pavlidis Athinodoros<sup>1</sup>, Papanas Nikolaos<sup>3</sup>, Giakoumelos Alexandros<sup>4</sup>, Spyridonakou Sultana<sup>1</sup>, Maltezos Efstratios<sup>3</sup>, Hatzitolios I.Apostolos<sup>1</sup>

1. 1st Propedeutic Department of Internal Medicine, AHEPA University Hospital, 2. 2nd Department of Internal Medicine, Papageorgiou Hospital, 3. 2nd Department of Internal Medicine Democritus University, Alexandroupolis, 4. 2nd University Urology Clinic, Hospital Papageorgiou

#### Summary

**Purpose of the study:** Comparison of the frequency of deaths from diseases of the urinary system in two municipalities of Greece, Katerini and Alexandroupolis.

**Material and Method:** Recording of the causes of death from diseases of the urinary system in municipalities of Katerini and Alexandroupolis, based in death certificates for the period 1/1/1991 to 31/12/2010.

**Results:** There were 660 death certificates (62% men, age  $77,6\pm 11,3$ ) out of 8761 in the Municipality of Katerini and 499 (71% men, age  $75,3\pm 11,4$ ) out of 7609 in Alexandroupolis, in which disease of the urinary system was one of the main causes leading to death. The incidence of deaths from diseases of the urinary system was higher in Katerini (7,53% versus 6,56%,  $p = 0,015$ ) while there was a statistically significant difference in the mean age of the

deceased in the two cities (greater Katerini,  $p = 0,001$ ). Renal failure was the leading cause of death from diseases of the urinary system in both cities, however, it was significantly more frequent in Katerini (59% vs. 47%,  $p < 0,001$ ). Conversely, deaths from bladder cancer and kidney cancer were frequent in Alexandroupoli (16.63% versus 12,27%,  $p = 0,035$  and 9,22% versus 4,85%,  $p = 0,003$  respectively). There was no statistically significant difference in deaths due to prostate cancer between the two municipalities (22.88% Katerini and 26.85% Alexandroupolis,  $p = 0,12$ ).

**Conclusions:** The incidence of deaths from diseases of the urinary system is greater in Katerini compared to Alexandroupoli with greater prevalence in the male sex in both cities. Kidney failure is the leading cause of death from diseases of the urinary system, but with clear superiority in Katerini. By contrast, bladder and kidney cancers seem to excel in Alexandroupolis.

**Key words:** epidemiology, mortality, renal failure, urinary cancer, population study.

### Εισαγωγή

Οι παθολογικές καταστάσεις του ουροποιητικού συστήματος κατέχουν μέχρι σήμερα υψηλή θέση στα αίτια θανάτου στον ευρύτερο Ελλαδικό πληθυσμό, όπως και στην υπόλοιπη Ευρώπη<sup>1</sup>. Η τελευταία έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2012) έδειξε ότι τα ποσοστά θνησιμότητας στην χώρα μας από τις εν λόγω παθολογικές καταστάσεις δεν διαφέρουν ιδιαίτερα από αυτά της υπόλοιπης Ευρώπης<sup>1-3</sup>. Μέχρι σήμερα όμως δεν υπάρχουν εμπειριστάτωμένες έρευνες που να αναδεικνύουν τις επιδημιολογικές διαφορές, που ενδεχομένως υπάρχουν, στις διάφορες περιοχές της χώρας μας όσον αφορά τα νοσήματα του ουροποιητικού και την θνησιμότητα από αυτά. Είναι άλλωστε γνωστό ότι η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού σε κάθε περιοχή μεταβάλλεται διαρκώς απόρροια της επίδρασης περιβαλλοντικών, δημογραφικών, οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων. Είναι λοιπόν απαραίτητο να αποτυπώνεται ανά διαστήματα η επίπτωση, καθώς και η θνησιμότητα από τις διάφορες αιτίες, έτσι ώστε να αναθεωρούνται οι σχετικές προοπτικές και να λαμβάνονται μέτρα πρόληψης και θεραπείας, εφόσον αυτό είναι εφικτό.

Στα πλαίσια της παρούσας επιδημιολογικής μελέτης απομονώθηκαν συγκεκριμένες ομάδες θανόντων από διαφορετικές αιτίες στους νομούς Πιερίας και Έβρου. Στη συνέχεια έγινε προσπάθεια σύγκρισης των ευρημάτων στους μητροπολιτικούς

Δήμους των πρωτευουσών των νομών αυτών (Κατερίνη και Αλεξανδρούπολη). Σε προηγηθείσες εργασίες βρέθηκαν αξιολογες και απρόσμενες, ως ένα βαθμό, στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο δήμων που αφορούσαν τα θανατηφόρα τροχαία και τους λοιπούς βίαιους θανάτους<sup>4</sup>, αιματολογικές παθήσεις<sup>7</sup>, νεοπλασματικά νοσήματα<sup>6</sup>, καθώς και νοσήματα του πεπτικού συστήματος<sup>5</sup>. Στα πλαίσια αυτά θα γίνει προσπάθεια αξιολόγησης και σύγκρισης των ευρημάτων που αφορούν και τα νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος.

### Υλικό και μέθοδος

Για την διεκπεραίωση της έρευνας έγινε καταγραφή των πιστοποιητικών θανάτου στους Δήμους Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης, βασιζόμενη στα ληξιαρχικά αρχεία των δύο Δήμων (κατόπιν χορήγησης ειδικής άδειας). Καταγράφηκαν οι θάνατοι που αφορούσαν την εικοσαετία 1991 έως 2010.

Έγινε, επίσης, καταγραφή του έτους γέννησης, του φύλου, του έτους θανάτου και με λεπτομέρεια με βάση ότι αναγραφόταν στο πιστοποιητικό θανάτου από τον χορηγήσαντα αυτό Ιατρό. Σημειώθηκε επίσης με ειδικό κωδικό το δημοτικό διαμέρισμα όπου συνέβησαν οι θάνατοι, αποσκοπώντας σε τυχόν συγκρίσιμες διαφορές. Καταγράφηκαν συνολικά 8761 πιστοποιητικά θανάτου στο Δήμο της Κατερίνης και 7609 στο Δήμο της Αλεξανδρούπολης. Από αυτά, απομονώθηκαν τα πιστοποιητικά, όπου

νόσος του ουροποιητικού αναφερόταν ως κύρια αιτία θανάτου (660 στην Κατερίνη και 499 στην Αλεξανδρούπολη).

Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση των μεθόδων του  $\chi^2$  και του T-test.

### Αποτελέσματα

Στο Δήμο της Κατερίνης καταγράφηκαν 660 πιστοποιητικά θανάτου (επί συνόλου 8761, 7,53%), στα οποία νόσος του ουροποιητικού συστήματος αποτελούσε μία από τις κύριες αιτίες που οδήγησαν στο θάνατο. Από αυτά το 62% αφορούσε το ανδρικό φύλο. Αντιστοίχως στο Δήμο της Αλεξανδρούπολης, τα ανάλογα πιστοποιητικά ήταν 499 (επί συνόλου 7609, 6,56%) και το 71% αφορούσε άνδρες. Η συχνότητα των θανάτων από νοσήματα του ουροποιητικού ήταν στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη στην πόλη της Κατερίνης ( $p=0,015$ ). (Πίνακες 1,2). Επιπλέον, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση ηλικία των θανόντων από τα νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος στις δύο πόλεις, με μεγαλύτερη και πάλι στην πόλη της Κατερίνης ( $77,6 \pm 11,3$  έναντι  $75,3 \pm 11,4$ ,  $p=0,001$ ). (Πίνακες 1,2). Η νεφρική ανεπάρκεια αποτελούσε με μεγάλη διαφορά τη συχνότερη αιτία θανάτου από όλα τα νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος και στις δύο πόλεις (59% στην Κατερίνη και 47%

στην Αλεξανδρούπολη). Ακολουθούσαν σε συχνότητα οι διάφοροι καρκίνοι του ουροποιητικού συστήματος (κύστεως, νεφρού, προστάτη). Συγκριτικά για τις δύο πόλεις όμως, η νεφρική ανεπάρκεια ήταν σημαντικά συχνότερη αιτία θανάτου στην Κατερίνη. Αντιθέτως οι θάνατοι από καρκίνο της ουροδόχου κύστης και των νεφρών ήταν συχνότεροι στην πόλη της Αλεξανδρούπολης, ενώ δεν υπήρχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στις δύο πόλεις όσον αφορά τον καρκίνο του προστάτη. (Πίνακας 3)

### Συζήτηση

Η συχνότητα των θανάτων από τις παθολογικές καταστάσεις του ουροποιητικού συστήματος παρουσιάζει ετερογένεια παγκοσμίως και εξαρτάται από παράγοντες γονιδιακούς, περιβαλλοντικούς καθώς επίσης από το φύλο, τον τρόπο ζωής των ανθρώπων και την εξέλιξη με τις δυνατότητες που προσφέρει η ιατρική επιστήμη ανά τον κόσμο<sup>8</sup>.

Όπως διαπιστώθηκε στην παρούσα μελέτη, τα νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος αποτελούν συχνή αιτία θανάτου στους δύο Δήμους που μελετήθηκαν (Κατερίνη και Αλεξανδρούπολη), με μία σημαντική υπεροχή στον πληθυσμό του Δήμου Κατερίνης. Επιπλέον ο επιπολασμός των νοσημάτων αυτών είναι μεγαλύτερος στο αντρικό φύλο και

**Πίνακας 1. Διάφορες παθολογικές καταστάσεις του ουροποιητικού συστήματος, οι οποίες καταγράφηκαν ως αιτίες θανάτου στο Δήμο της Κατερίνης.**

Νόσος	Σύνολο	%	Άνδρες	%	Γυναίκες	%	Μέση Ηλικία θανάτου
Νεφρική Ανεπάρκεια	393	59	170	43	223	57	79,1
Καρκίνος Προστάτη	151	23	151	100	0	0	76
Καρκίνος ουροδόχου κύστης	81	12	65	80	16	20	75,8
Καρκίνος νεφρού	32	5	22	68	10	32	70,3
Νεφρωσικό σύνδρομο	2	0,3	2	100	0	0	80
Πολυκυστική νόσος	1	0,15	0	0	1	100	64
<b>Σύνολο</b>	<b>660</b>		<b>410</b>		<b>250</b>		<b>77,6±11,3</b>

**Πίνακας 2. Διάφορες παθολογικές καταστάσεις του ουροποιητικού συστήματος, οι οποίες καταγράφηκαν ως αιτίες θανάτου στο Δήμο της Αλεξανδρούπολης.**

Νόσος	Σύνολο	%	Άνδρες	%	Γυναίκες	%	Μέση Ηλικία Θανάτου
Νεφρική ανεπάρκεια	235	47	122	52	113	48	76,7
Καρκίνος προστάτη	134	27	134	100	0	0	76,1
Καρκίνος ουροδοχού κύστης	83	16	69	83	14	17	73,8
Καρκίνος νεφρού	46	9	34	74	12	26	65,9
Νεφρωσικό σύνδρομο	1	0,2	1	100	0	0	56
Πολυκυστική νόσος	0	0	0	0	0	0	0
<b>Σύνολο</b>	<b>499</b>		<b>360</b>		<b>139</b>		<b>75,3±11,4</b>

**Πίνακας 3. Σύγκριση της επίπτωσης των διαφόρων παθολογικών καταστάσεων του ουροποιητικού συστήματος μεταξύ των Δήμων Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης.**

Νόσος	Κατερίνη	Αλεξανδρούπολη	P
Νεφρική ανεπάρκεια	393	235	<0,001
Καρκίνος προστάτη	151	134	0,12
Καρκίνος ουρ. κύστεως	81	83	0,035
Καρκίνος νεφρού	32	46	0,03
<b>Σύνολο</b>	<b>660</b>	<b>499</b>	

στις δύο πόλεις. Καλό θα ήταν να διευκρινισθεί ότι στόχος στην εργασία αυτή ήταν η αναζήτηση και η καταγραφή της συχνότητας της νόσου και όχι τόσο η ευθύνη της για το θάνατο, καθώς πολύ συχνά κάποια από τις επιπλοκές των νοσημάτων αυτών είναι που πραγματικά οδηγεί στο θάνατο και όχι αυτή καθαυτή η πάθηση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου και στους δύο Δήμους. Αυτό θα μπορούσε να δικαιολογηθεί καθώς σύμφωνα και από άλλες πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως, ο αριθμός των ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο (XNN) αυξάνει συνεχώς<sup>9</sup>. Στην Ελλάδα, έχει υπολογιστεί ότι 1.000.000 περίπου του πληθυσμού πάσχει από

XNN (σε κάποιο στάδιο αυτής) ενώ το 10% εξ αυτών (δηλαδή 100.000) υπολογίζεται ότι έχει σοβαρή XNN (σταδίου 3-5)<sup>10</sup>. Διεθνώς υπολογίζεται ότι το 10% του πληθυσμού κάθε κράτους πάσχει από XNN σταδίου 1-59. Στη χώρα μας υπολογίζεται ότι πεθαίνουν ετησίως 8,9/100.000 ασθενείς με XNN10.

Ακολουθούν σε συχνότητα οι διάφοροι καρκίνοι του ουροποιητικού συστήματος. Περισσότερες από 1,1 εκατομμύρια περιπτώσεις καρκίνου του προστάτη καταγράφηκαν το 2012, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 8% του συνόλου των νέων περιπτώσεων καρκίνου -το 15% στους άνδρες-, και σχεδόν το 70% των περιπτώσεων (759.000) να εμφανίζονται στις πιο ανεπτυγμένες χώρες<sup>11</sup>.

Η Μαρτινίκα είχε το υψηλότερο ποσοστό του καρκίνου του προστάτη, ακολουθούμενη από τη Νορβηγία, τη Γαλλία και την Ωκεανία. Αντίθετα η χαμηλότερη συχνότητα ήταν στην Ασία και την Αφρική. Τα ποσοστά θνησιμότητας είναι γενικά υψηλά σε κατ'εξοχήν μαύρο πληθυσμό (Καραϊβική, 29 ανά 100.000 και στην Αφρική 19-24 ανά 100.000), πολύ χαμηλά στην Ασία (2,9 ανά 100.000 στη Νότιο-Κεντρική Ασία, για παράδειγμα) και ενδιάμεσα στην Αμερική και την Ωκεανία. Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του προστάτη σε νεαρότερες ηλικίες έχει αυξηθεί δραματικά. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο γεγονός ότι άνδρες χωρίς συμπτώματα της νόσου εξετάζονται στο ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA). Η δοκιμή αυτή οδηγεί στην ανίχνευση πολλών καρκίνων του προστάτη που είναι σε αρχόμενο στάδιο και μπορεί να εξελιχθούν σε πιο προχωρημένο άλλα μπορεί και όχι<sup>11</sup>. Στην Ελλάδα καταγράφονται 3200 άτομα με καρκίνο στον προστάτη το 2012, ενώ τα άτομα που επιβιώνουν μετά από 5 έτη με αυτή τη διάγνωση μπορεί να είναι ακόμα και δεκαπλάσια<sup>12</sup>.

Το νεφροκυτταρικό καρκίνωμα (RCC, 85-90% όλων των καρκίνων του νεφρού) αντιπροσωπεύει το 2% όλων των καρκίνων παγκοσμίως με τη μεγαλύτερη επίπτωση να απαντάται στις αναπτυγμένες χώρες<sup>13</sup>. Μέχρι πρότινος στην Ευρώπη υπήρχε μια ετήσια αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου του νεφρού περίπου στο 2%, με εξαίρεση τη Δανία και τη Σουηδία. Σε παγκόσμιο επίπεδο περίπου 190.000 άτομα προσβάλλονται από τη νόσο. Η επίπτωση του ΝΚΚ αυξάνεται σε ετήσια βάση τις 3 τελευταίες δεκαετίες κατά 2-4%, γεγονός που μπορεί να οφείλεται μερικώς στην εφαρμογή σύγχρονων απεικονιστικών διαγνωστικών μεθόδων. Η αυξητική αυτή τάση δεν περιορίζεται στους όγκους χαμηλού σταδίου αλλά και σε πιο προχωρημένου σταδίου, γεγονός που εξηγεί και τους υψηλούς δείκτες θνητότητας της νόσου. Η γεωγραφική διακύμανση της επίπτωσης του ΝΚΚ επηρεάζεται σε σημαντικό ποσοστό από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως το κάπνισμα και την παχυσαρκία. Η μελέτη για την ταυτοποίηση γενετικών μεταλλάξεων και την αναγνώριση μοριακών μονοπατιών που σηματοδοτούν την καρκινογένεση στο νεφρό είναι σε εξέλιξη, καθώς η 5-ετής θνητότητα των ασθενών αυτών είναι ιδιαίτερα υψηλή<sup>14</sup>. Η επίπτωση του νεφροκυτταρικού καρκινώματος είναι χαμηλότερη στους Ασι-

άτες<sup>15,16</sup> και τους Αφρικάνους<sup>17</sup>. Αντιθέτως είναι αρκετά υψηλή στους Αφροαμερικανούς των Η.Π.Α<sup>14</sup>, κάτι που ενδεχομένως να συσχετίζεται με το υψηλό ποσοστό (17%) του πληθυσμού που καπνίζει και αντιστοιχεί σε 40 εκατομμύρια ανθρώπους<sup>18</sup>.

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι η ένατη πιο κοινή μορφή καρκίνου στον κόσμο. Κάθε χρόνο, περίπου 110.500 άνδρες και 70.000 γυναίκες έχουν διαγνωστεί ως νέα περιστατικά, ενώ 38.200 ασθενείς στην Ευρωπαϊκή Ένωση και 17.000 ασθενείς στις ΗΠΑ πεθαίνουν από τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Περίπου 59% των περιπτώσεων συμβαίνουν στις πιο ανεπτυγμένες χώρες, ενώ η Ελλάδα βρίσκεται στην 3η θέση. Η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου της ουροδόχου κύστης είναι στη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη, και η χαμηλότερη συχνότητα είναι στην Ασία, τη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική. Στους άνδρες το Βέλγιο έχει το υψηλότερο ποσοστό, ακολουθούμενο από το Λίβανο και την Τουρκία. Στις γυναίκες η Ουγγαρία, ακολουθούμενη από τη Δανία και τη Νορβηγία. Οι άνδρες έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν καρκίνο της ουροδόχου κύστης από τις γυναίκες<sup>19</sup>. Το κάπνισμα είναι μια σημαντική αιτία, αφού τα υψηλά ποσοστά εμφάνισης του καρκίνου στις περιοχές που προαναφέραμε (Βόρεια Αμερική και Ευρώπη) σχετίζονται με τα υψηλά ποσοστά καπνιστών, 20% και 22% αντίστοιχα σε αυτές τις ηπείρους<sup>20,21</sup>. Η ανάλυσή μιας παγκόσμιας έρευνας για τη σύνδεση μεταξύ της διατροφής, του βάρους, της σωματικής δραστηριότητας και του καρκίνου της ουροδόχου κύστης βρέθηκε να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης. Τέλος, όλο και περισσότερα στοιχεία δείχνουν σημαντική επίδραση της γενετικής προδιάθεσης για την εμφάνιση<sup>22</sup>. Όπως αποτυπώθηκε παραπάνω υπάρχουν αξιολογικές διαφορές όσον αφορά την συχνότητα και τη θνησιμότητα από τα διάφορα νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος στις διάφορες περιοχές του κόσμου, άλλα όπως φάνηκε και από την παρούσα μελέτη μας και σε διάφορες περιοχές της ίδιας χώρας. Τα ποσοστά θανάτων από νεφρική ανεπάρκεια, καρκίνο προστάτη, καρκίνο ουροδόχου κύστεως και καρκίνο νεφρού σε Κατερίνη και Αλεξανδρούπολη σε σύγκριση με τα παγκόσμια δεδομένα απεικονίζονται στον Πίνακα 4<sup>23,24</sup>. Σε αυτόν τον πίνακα παρατηρούμε ότι στη νεφρική ανεπάρκεια τα ποσοστά θανάτων στις πό-

λεις (Κατερίνη και Αλεξανδρούπολη) συμβαδίζουν με αυτά παγκοσμίως. Αντίθετα, όμως, στον καρκίνο του προστάτη παρατηρούμε υποδιπλασιασμό των ποσοστών, που οφείλεται στο γεγονός ότι είναι πιο συχνός στη Βόρεια Αμερική, στη βορειοδυτική Ευρώπη, την Αυστραλία, και σε νησιά της Καραϊβικής και λιγότερο συχνός στην Ασία, την Αφρική, την Κεντρική Αμερική και τη Νότια Ευρώπη<sup>25,26</sup>.

Επίσης, παρατηρούμε τον υποδιπλασιασμό των ποσοστών και στον καρκίνο της ουροδόχου κύστεως. Έχουμε αναφέρει ότι το κάπνισμα είναι μια σημαντική αιτία εμφάνισης και τα ποσοστά στη χώρα μας είναι υψηλά, αλλά κυρίως στις ηλικίες <55 ετών<sup>27</sup>. Στις ηλικίες >60 ετών είναι μειωμένα και αυτό σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η ηλικία εμφάνισης του καρκίνου ουροδόχου κύστεως είναι >65 ετών<sup>28</sup> μας οδηγεί στο αποτέλεσμα του Πίνακα 4. Τέλος, υποδιπλασιασμός στα ποσοστά παρατηρείται και στον καρκίνο του νεφρού. Και εδώ, ενδεχομένως, η αιτία να είναι το γεγονός ότι οι Αφροαμερικανοί και οι κάτοικοι της Αλάσκα έχουν ελαφρώς υψηλότερα ποσοστά από ότι οι λευκοί<sup>29</sup>.

Είναι λοιπόν σημαντικό να καταγράφεται ο αριθμός των θανόντων κάθε χρόνο, καθώς να γίνεται και καταγραφή των αιτιών θανάτου με πιθανές τοπογραφικές διαφορές. Αυτό βοηθάει στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας που ισχύει σε κάθε χώρα, αναγνωρίζεται η πρόοδος στον τομέα αυτό και με βάση τα αποτελέσμα-

τα μπορεί να γίνει βελτίωση της πολιτικής της υγείας σε μια προσπάθεια μείωσης των αναστρέψιμων αιτιών θανάτου στον αναπτυσσόμενο κόσμο.

Ταυτόχρονα θέτει ερωτήματα για μελέτη διάφορων περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και την θνητότητα του πληθυσμού στις διάφορες περιοχές, ακόμη και της ίδιας χώρας, καθώς εάν οι περιβαλλοντολογικοί αυτοί παράγοντες δυνατόν να θεωρηθούν ως δυνητικοί καρκινογόνοι.

Συμπερασματικά, τα νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος αποτελούν συχνή αιτία θανάτου στην Ελληνική επικράτεια. Η συχνότητα των θανάτων από παθολογικές καταστάσεις του ουροποιητικού φαίνεται να είναι μεγαλύτερη στην πόλη της Κατερίνης συγκριτικά με την πόλη της Αλεξανδρούπολης.

Παρατηρήθηκε μεγαλύτερος επιπολασμός στο ανδρικό φύλο και στις δύο πόλεις. Η νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου από τα νοσήματα του ουροποιητικού και στις δύο πόλεις. Στην πόλη της Κατερίνης σε σχέση με την πόλη της Αλεξανδρούπολης υπάρχει στατιστικώς σημαντική υπεροχή της νεφρικής ανεπάρκειας ως αιτία θανάτου από όλα τα νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος. Στην πόλη της Αλεξανδρούπολης, αντιθέτως, οι καρκίνοι κύστεως και νεφρού αποτελούν συχνότερη αιτία θανάτου από τις παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος.

**Πίνακας 4. Ποσοστιαία σύγκριση των θανάτων από παθολογικές καταστάσεις του ουροποιητικού συστήματος μεταξύ των Δήμων Κατερίνης, Αλεξανδρούπολης και Παγκοσμίως**

Νόσος	Κατερίνη	Αλεξανδρούπολη	Παγκόσμια
Νεφρική ανεπάρκεια	4,4%	2,6%	5-7%
Καρκίνος προστάτη	1,7%	1,5%	3,7%
Καρκίνος ουρ. κύστεως	0,92%	0,93%	2%
Καρκίνος νεφρού	0,36%	0,52%	1,7%

### Βιβλιογραφία

1. <http://www.worldlifeexpectancy.com/world-rankings-total-deaths>.
2. World Health Organisation, Global Health Observatory (GHO) data, Greece <http://www.who.int/gho/countries/grc/en/>
3. <http://www.worldlifeexpectancy.com/world-rankings-total-deaths>.
4. Παπάζογλου Ν., Κηροπλάστης Κ., Καμπαρούδη Π., Καμπαρούδης Α., Παπάνας Ν., Σπυρίδης Χ. Επιδημιολογία αιτιών θανάτου. Συγκριτικά ευρήματα αφορώντα θανατηφόρα τροχαία και άλλους βίαιους θανάτους μεταξύ ισοδύναμων πόλεων Β. Ελλάδος (Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης). Πληθυσμιακή μελέτη εικοσαετίας (1991-2010), 1<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία με Διεθνή Συμμετοχή, 26-28/2/2015,

- Θεσσαλονίκη.
5. Παπάζογλου Ν., Παπάνας Ν. Επιδημιολογία αιτιών θανάτου. Σύγκριση των αιτιών θανάτου παθολογικών καταστάσεων του πεπτικού συστήματος μεταξύ των Δήμων Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης. Πληθυσμιακή μελέτη εικοσαετίας 1991-2010, 1<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία με Διεθνή Συμμετοχή, 26-28/2/2015, Θεσσαλονίκη.
  6. Παπάνας Ν., Τζιόμαλος Κ., Παπάνας Ν. Συγκριτικά ευρήματα μεταξύ διαφόρων νεοπλασματικών νόσων σε δύο ισοδύναμους πληθυσμιακά Δήμους της Β. Ελλάδος (Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης). Πληθυσμιακή μελέτη εικοσαετίας 1991-2010. 1<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία με Διεθνή Συμμετοχή, 26-28/2/2015, Θεσσαλονίκη.
  7. Παπάζογλου Ν., Καϊάφα Γ., Κακαλέτσος Ν., Παπάνας Ν., Ματζέζος Ε., Χατζητόλιος Α. Επιδημιολογία αιτιών θανάτου. Σύγκριση των αιτιών θανάτου από αιματολογικές παθολογικές καταστάσεις μεταξύ των δύο πόλεων (Κατερίνης και Αλεξανδρούπολης). Πληθυσμιακή μελέτη εικοσαετίας 1991-2010, 25<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Αιματολογικό Συνέδριο, 13-15 Νοεμβρίου 2014, Θεσσαλονίκη.
  8. <http://www.worldlifeexpectancy.com/world-rankings-total-deaths>.
  9. <https://pharm.ucsf.edu/kidney/need/statistics>
  10. Κ.Σουλιάτης, Μ. Παπαβασιλοπούλου, Χ. Κωνσταντινίδου, Α.Μ. Σπανάκη, Μ. Αποστολάκη, Χ. Ιατρού Ασφαλιστική κάλυψη θεραπείας ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο Υιοθέτηση της οικονομικής αξιολόγησης από το ΙΚΑ. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2009, 26(5):668-677
  11. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.1, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2014. Available from:<http://globocan.iarc.fr>
  12. European Cancer Observatory, World Health Organisation <http://eco.iarc.fr/eucan/Country.aspx?ISOcountryCd=300,Greece>
  13. Η επιδημιολογία του νεφροκυτταρικού καρκινώματος Σπυριδίου Θ. Θεμιστοκλής Ν., Γιαλαμάς Σπυρίδων, Πετρίδου, Ελένη, Καζιάνη Αικατερίνη Ιατρικά Χρονικά 1/2008 Τόμος ΚΑ, Τεύχος 1, σελ. 37-40.
  14. Boerje Ljungberg, Steven C. Campbell, Han Yong Cho, DildierJacqmin, Jung Eun Lee, Steffen Weikert and Lambertus A. Kieweney. The Epidemiology of Renal Cell Carcinoma. Eur Urol. 2011
  15. J. Ferlay, H.R. Shin, F. Bray, D. Forman, C. Mathers, D.M. Parkin. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer. 2010;15:2893-2917.
  16. W.H. Chow, S.S. Devesa. Contemporary epidemiology of renal cell cancer. Cancer J. 2008;14:288-301
  17. H.E. Karim-Kos, E. de Vries, I. Soerjomataram, V. Lemmens, S. Siesling, J.W. Coebergh. Recent trends of cancer in Europe: a combined approach of incidence, survival and mortality for 17 cancer sites since the 1990s. Eur J Cancer. 2008;44:1345-1389.
  18. Centers for Disease Control and Prevention. State Tobacco Activities Tracking and Evaluation System. Interactive Maps: Cigarette Use—Adult Current Smokers—BRFSS [accessed 2015 Dec 8].
  19. Epidemiology and Risk Factors of Urothelial Bladder Cancer Maximilian Burger, James W.F. Catto, Guido Dalbagni, H. Barton Grossman, Harry Herr, Pierre Karakiewicz, Wassim Kassouf, Lambertus A. Kiemeney, Carlo La Vecchia, Shahrokh Shariat, Yair Lotan Eur Urol. 2013;63(2):234-41.
  20. Centers for Disease Control and Prevention. Current Cigarette Smoking Among Adults—United States, 2005–2014. Morbidity and Mortality Weekly Report 2015;64(44):1233–40.
  21. World Health Organisation, Regional Office for Europe, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics>.
  22. Source: Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.1, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2014.
  23. The Contribution of Chronic Kidney Disease to the Global Burden of Major Noncommunicable Diseases William G Couser; Giuseppe Remuzzi; Shanthi Mendis; Marcello Tonelli Kidney Int. 2011;80(12):1258-70.
  24. J. Ferlay, I. Soerjomataram, R. Dikshit, S. Eser, C. Mathers, M. Rebelo, D.M. Parkin, D. Forman, F. Bray (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer. 2015 1;136(5):E359-86.
  25. American Cancer Society <http://www.cancer.org/cancer/prostatecancer/detailedguide/prostate-cancer-risk-factors>.
  26. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975- 2011, National Cancer Institute. Bethesda, MD, [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2011/](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011/), based on November 2013 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2014. Hussain M, Tangen CM, Berry DL, et al. Intermittent versus continuous androgen.
  27. Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου (Ε.ΜΕ.ΝΟ.) [http://www.ioapneumo2015.gr/images/presentations/FRI\\_1800\\_1930\\_21KARAKATSANI.pdf](http://www.ioapneumo2015.gr/images/presentations/FRI_1800_1930_21KARAKATSANI.pdf).
  28. <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/bladder-cancer/incidence#heading-One>.
  29. American Cancer Society <http://www.cancer.org/cancer/kidneycancer/detailedguide/kidney-cancer-adult-risk-factors>.

# Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στο δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Επιβλέπων καθηγητής : ΙΝΤΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ



Παν. Χριστοδούλου

## Υπεύθυνος επικοινωνίας:

Χριστοδούλου Παναγιώτης

Παπαφλέσσα 48 Πάτρα

Τηλ. 2610 340156, 6976434152

e-mail: christodp17@gmail.com

## Περίληψη

Η φράση «αδελφή» συνεχίζει να κχεί στους διαδρόμους των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Η πρόοδος της επιστήμης και των τεχνικών στο επίπεδο της νοσηλευτικής δεν αντικατοπτρίζονται στην ελληνική πραγματικότητα. Σε αντίθεση με το εξωτερικό, ο έλληνας νοσηλευτής παραμένει καθηλωμένος, από αναχρονιστικά προεδρικά διατάγματα, σε καθήκοντα τεχνικού χαρακτήρα. Προτείνεται λοιπόν η αναβάθμιση και διεύρυνση των καθηκόντων του νοσηλευτικού προσωπικού, με βάση τα Ευρωπαϊκά και Παγκόσμια δεδομένα. Η διεύρυνση θέτει τον νοσηλευτή στις ομάδες λήψης αποφάσεων, κατοχυρώνει ήδη ασκούμενες πράξεις και δίνει τη δυνατότητα για την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου με ταυτόχρονη επέκταση δραστηριοτήτων, χωρίς επιπλέον κόστος. Για την επίτευξη του στόχου αυτού, είναι απαραίτητη η υποκίνηση των εργαζομένων. Για το σκοπό αυτό θα χρησιμοποιηθεί η μέθοδος McClelland ως καταλληλότερη για την εξατομίκευση των επίκτητων αναγκών του προσωπικού και την αντίστοιχη σύνδεση τους με το πολυεπίπεδο τρόπο άσκησης της ιατρικής και νοσηλευτικής προοπτικής. Με βάση αυτό το μοντέλο, με δομή αναφοράς το Γενικό Νοσοκομείο Άρτας, θα γίνει η κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού σε κύκλους ποιότητας, ανάλογα με την ανάγκη ή τις ανάγκες στις οποίες ο καθένας και η καθεμία τείνει να επιθυμεί.

**Λέξεις κλειδιά:** νοσηλευτικό προσωπικό, καθηκοντολόγιο, θεωρίες υποκίνησης, εξατομίκευση κινήτρων, διεύρυνση καθηκόντων.



# The role of nursing staff in the public health system in Greece

Christodoulou Panagiotis  
Paper Supervisor: Intas Georgios

## Summary

The phrase "sister" continues to sound in the corridors of hospitals. The progress of science and techniques at the level of nursing are not reflected in the Greek reality. In contrast to the exterior, the nurse remains riveted by presidential decrees, anachronistically, on technical tasks. The proposed upgrading and expanding the tasks of nursing staff, based on European and Global data. Enlargement puts nurse decision-making teams, already enshrines exercised acts and enables the proper functioning of the hospitals with simultaneously expansion activities, at no extra cost. To achieve this objective, it is necessary that incitement of workers. For this purpose we will use the method best suited for McClelland as the individualization of acquired personal needs and their connection with the way multi-layered how to exercise medicine and nursing perspective. Based on this model, reference structure with the General Hospital of Arta, will become the Division of nursing staff in quality circles, depending on the need, or the needs that each and everyone tends to disire.

**Key Words:** nursing personnel, tasks, stimulation, motivation theories, individualizing, enlargement.

## Εισαγωγή

Οι κοινωνικές σχέσεις, που αποτυπώνουν ανάγκες, αξίες και προσδοκίες εκφράζονται στη δομή και τη λειτουργία των οργανισμών υγείας (Σιγάλας, 1999). Οι οργανισμοί υγείας αποκλίνουν από το μοντέλο που περιγράφει η οργανική θεωρία, όπου η εξουσία πρέπει να είναι κάθετη και άμεσα αναγνωρίσιμη. Σε αυτούς τους οργανισμούς υπάρχει μια ασυνήθιστη διπλή δομή εξουσίας (Brooks, 1995). Η μια εξουσία είναι η εκτελεστική, δηλαδή αυτή που ασκείται από τη διοίκηση του οργανισμού και η άλλη η επαγγελματική δηλαδή αυτή που ασκείται από το ιατρικό σώμα (Μάινα et al, 1997). Στο σημειολογικό η εξουσία των γιατρών αποτυ-

πώνεται στην ιατρική μπλούζα. Οι γιατροί αντλούν εξουσία, πέρα από τις ατομικές τους δυνατότητες. Μια πρώτη διαστρωμάτωση λοιπόν είναι η άτυπη πρωτοκαθεδρία των γιατρών έναντι του υπολοίπου προσωπικού.

Παρουσιάζονται βέβαια διαβαθμίσεις και εντός του ιατρικού σώματος. Η εξουσία του γιατρού που έχει μεγαλύτερο κύρος κυριαρχεί σε βάρος του νεότερου ή μικρότερου κύρους γιατρού (Πολύζος, 1998). Η εξουσία του γιατρού διευθυντή κλινικής, που είναι παράλληλα και καθηγητής ιατρικής στο πανεπιστήμιο, είναι μεγαλύτερη από την εξουσία του μη καθηγητή διευθυντή κλινικής του Ε.Σ.Υ. και βέβαια ακόμα μεγαλύτερη από την εξουσία των

επιμελητών, πόσο μάλλον του νοσηλευτικού προσωπικού (Δίκαιος et al, 1999). Τα παραπάνω ερμηνεύουν τον τρόπο λειτουργίας των εργαζομένων στις δομές υγείας. Το γεγονός της διαφορετικής αντιμετώπισης του νοσηλευτικού, διοικητικού και τεχνικού δώματος σε σχέση με το ιατρικό έχει αφητηρία την αρχική μορφή των νοσοκομείων, τα οποία ήταν ιατροκεντρικά.

Οι οργανισμοί υγείας βρίσκονται σε άμεση αλληλεπίδραση με το περιβάλλον τους, επηρεάζονται και διαμορφώνονται από τις εκάστοτε κοινωνικές δυνάμεις (Μάινα et al., 1996). Η νοσοκόμα λοιπόν ιστορικά υπήρξε το κύριο πρόσωπο λειτουργίας στο αρχικό φιλανθρωπικό νοσοκομείο, χωρίς ιδιαίτερες γνώσεις, με τις οδηγίες του ιατρικού προσωπικού.

Η αλλαγή του νοσοκομείου, η αύξηση των γιαιτρών και η χειραφέτηση της γυναίκας άλλαξαν ριζικά την παραπάνω ταυτότητα. Ο νοσηλευτής του σήμερα είναι καλά εκπαιδευμένος και με ρόλο πιο προσανατολισμένο στον ασθενή παρά στις αγκαρίες του παρελθόντος. Η ανάπτυξη της νοσηλευτικής ως επιστήμης παρήγαγε υποειδικότητες και εξειδίκευση στο νοσηλευτικό προσωπικό και διεύρυνση των δυνατοτήτων του.

Δυστυχώς, παρά τις επιστημονικές και κοινωνικές εξελίξεις, στην Ελλάδα υπάρχει ακόμα αρνητική προκατάληψη εις βάρος του νοσηλευτικού προσωπικού. Η αντίληψη που αποτυπώνεται στη φράση «αδελφή» αντικατοπτρίζει τη νοσοκόμα των αρχών του προηγούμενου αιώνα και δυστυχώς αναπαράγεται ακόμα και στο επίπεδο της συμπεριφοράς. Για κομμάτι του ιατρικού προσωπικού και της κοινωνίας ο νοσηλευτής αποτελεί ένα είδος παρατρεχάμενου του γιατρού, που παρά την εντατική εργασία του, δεν απολαμβάνει το κύρος του υπόλοιπου υγειονομικού προσωπικού. Δημιουργούνται με αυτό τον τρόπο δυσμενείς εργασιακές συνθήκες, οι οποίες δυσχεραίνουν τον κοινό στόχο της προαγωγής της υγείας.

Στην κατάσταση αυτή, ευθύνες φέρει κυρίως η ηγεσία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, δηλαδή το υπουργείο υγείας. Το νομικό πλαίσιο αφενός με το περιορισμένο καθηκοντολόγιο και το λειτουργικό των διοικήσεων των ιδρυμάτων, δεν εξασφαλίζει την αναγνώριση του έργου των νοσηλευτών, τόσο με την επαγγελματική όσο και με την κοινωνική απόδοση της λέξης.

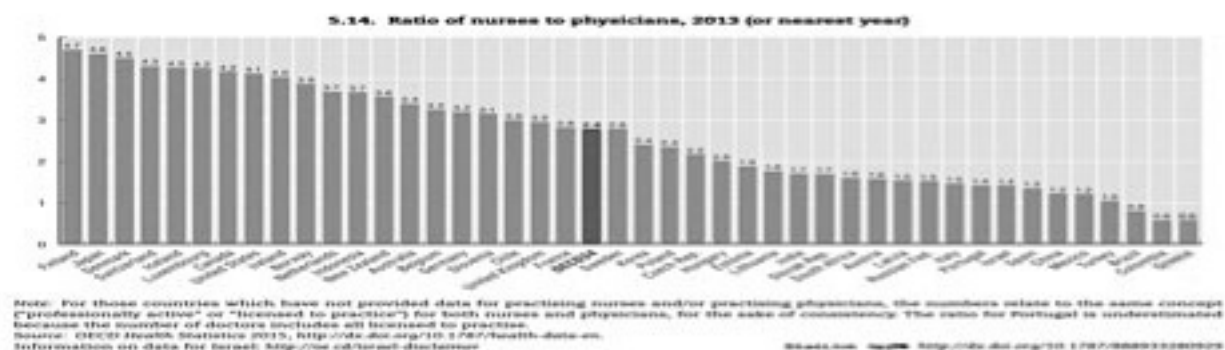
## 2. Η διεύρυνση των καθηκόντων του νοσηλευτή και η επίδραση στο σύστημα υγείας

Μόλις το 2004, με το νόμο 3252/04 δίνεται η δυνατότητα στο νοσηλευτικό προσωπικό να αποκτήσει τη δική του ένωση, την Ένωση Νοσηλευτών-Νοσηλευτριών Ελλάδας (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2004). Η αντίστοιχη πανευρωπαϊκή ένωση νοσηλευτών, η EFN (Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Συνδέσμων Νοσηλευτών) το 2005 εξέδωσε κατευθυντήρια οδηγία για την εφαρμογή κοινοτικών οδηγιών στα κράτη-μέλη της ΕΕ, με θέμα τον εξυγχιτισμό της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού, με στόχο την προσαρμογή στο απαιτούμενο πλαίσιο δεξιοτήτων.

Ο όρος δεξιότητα ορίζεται ως η τομή μεταξύ γνώσεων, ικανοτήτων, στάσεων και αξιών με στόχο την κινητοποίηση των συστατικών αυτών, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο για την παροχή της καλύτερης δυνατής απάντησης, μέσω της χρήσης των διαθέσιμων πόρων. Σε αυτό το σκεπτικό προτείνεται μια σφαιρική εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, σε ένα ευρύ πλαίσιο (ολοκληρωμένη γνώση βασικών επιστημών και λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού, δεοντολογία, κλινική πρακτική, συνεργασία) με στόχο την δυνατότητα των νοσηλευτών στην ανεξάρτητη διάγνωση της νοσηλευτικής φροντίδας, το σχεδιασμό και την οργάνωση της θεραπείας, τη συμβουλευτική τόσο σε περιπτώσεις προληπτικής ιατρικής όσο και σε περιπτώσεις αποθεραπείας και τη διαχείριση επειγόντων περιστατικών και κρίσεων (EFN, 2005).

Το χρονοδιάγραμμα εναρμόνισης των κρατών-μελών ήταν ο Ιανουάριος του 2016. Σε αυτό το σημείο η σύγκριση με την ελληνική πραγματικότητα είναι απογοητευτική. Τα ισχύοντα προεδρικά διατάγματα δημιουργούν ένα πλαίσιο το οποίο αποκλείει το νοσηλευτικό προσωπικό από την λήψη αποφάσεων, τη συμμετοχή στην προαγωγή της υγείας και το διαγνωστικό-θεραπευτικό σχέδιο, ενώ το περιορίζει στο αμιγώς τεχνικό κομμάτι. Συγκεκριμένα το Προεδρικό Διάταγμα 210 ενώ προβλέπει την κατοχύρωση των αντίστοιχων υποειδικοτήτων νοσηλευτικής με τις ευρωπαϊκές οδηγίες, περιορίζει το καθηκοντολόγιο ακόμα και των εξειδικευμένων νοσηλευτών σε καθαρά πρακτικό επίπεδο όπως η επιτήρηση μηχανημάτων, η διαχείριση εργαλείων, η





Διάγραμμα 4. (ανακτήθηκε 27/01/16)

βια η επίλυση του προβλήματος δε μπορεί να γίνει με την εμφάνιση μιας νομοθετικής ρύθμισης, όπως επιχείρησε το νομοσχέδιο που αποσύρθηκε, αλλά με τη δημιουργία ενός συνολικού πλαισίου λειτουργίας και συναπόφασης του υγειονομικού προσωπικού, το οποίο θα το υποκινεί στη βέλτιστη λειτουργία του.

### 3. Η επιλογή της μεθόδου υποκίνησης του νοσηλευτικού προσωπικού

Η υποκίνηση είναι μια εσωτερική κατάσταση που διασφαλίζει την επίτευξη κάποιου στόχου (Berelson and Steiner, 1964). Η υποκίνηση συνιστά ένα σύνολο από ενεργητικές δυνάμεις, οι οποίες μπορεί να προέρχονται από το ίδιο άτομο ή από το περιβάλλον του και καθορίζουν τη στάση του απέναντι στην εργασία (Pinder, 1984). Η παροχή αποκλειστικά οικονομικών κινήτρων είναι μια περιορισμένη αντιμετώπιση της διαδικασίας της υποκίνησης. Στην περίπτωση που εξετάζει η εργασία, η υποκίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού θα αντιμετωπισθεί ως μια διαδικασία ενεργοποίησης των ικανοτήτων των νοσηλευτών, με σκοπό την επίτευξη των στόχων της παροχής ποιοτικών και αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας.

Για την υποκίνηση εργαζομένων έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεωρίες. Τρεις βασικές είναι

- η θεωρία της ιεράρχησης αναγκών (Maslow): οι ανάγκες λειτουργούν ως πυραμίδα. Ο κάθε εργαζόμενος δηλαδή χρειάζεται να φτάσει σε ένα επίπεδο για να ανέβει στο επόμενο, ξεκινώντας από τα πιο βασικά. Το πρόβλημα με την εφαρμογή της συγκεκριμένης θεωρίας είναι το γεγονός ότι είναι υποκειμενικό το πότε ο καθένας θεωρεί μια ανάγκη

καλυμμένη και το ότι μια ανάγκη δεν ανήκει αποκλειστικά σε ένα επίπεδο.

- η θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg: οι ανάγκες χωρίζονται σε παράγοντες συντήρησης (εξαλείφουν τα αρνητικά στοιχεία) και σε παράγοντες υποκίνησης (δημιουργούν θετικά κίνητρα). Το πρόβλημα στην περίπτωση που εξετάζουμε είναι ότι περιορίζει μονοδιάστατα τους παράγοντες, χωρίς να λαμβάνει υπόψιν ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

- η θεωρία της κάλυψης επίκτητων αναγκών του McClelland: κάθε εργαζόμενος έχει την επιθυμία να καλύψει, σε διαφορετικό βαθμό ο καθένας, τριών ειδών αναγκών, την ανάγκη για επίτευξη στόχων, την ανάγκη για δημιουργία δεσμών και την ανάγκη για εξουσία. Το θετικό της συγκεκριμένης θεωρίας είναι ότι εξατομικεύεται για τον κάθε εργαζόμενο και δίνει τη δυνατότητα προσαρμογής του πλαισίου εργασίας στον χαρακτήρα και τις επιδιώξεις του κάθε εργαζόμενου.

Λόγω της πολυπλοκότητας και του πλήθους των εργαζομένων στις νοσηλευτικές υπηρεσίες και με την παραδοχή της ιδιαιτερότητας του καθενός, η μέθοδος στην οποία θα βασιστεί η προσπάθεια για την ενίσχυση της αποδοτικότητας και της ποιότητας του νοσηλευτικού έργου, είναι η θεωρία της κάλυψης επίκτητων αναγκών του McClelland.

Οι εργαζόμενοι, στους οποίους απευθύνεται η διεύρυνση των καθηκόντων των νοσηλευτών, δεν αποτελούν λευκό χαρτί ούτε είναι φοιτητές σε σχολή ώστε να προσαρμοστούν εξ αρχής σε ένα νέο σύστημα. Αυτό σημαίνει ότι φέρουν μνήμες και συμπεριφορές της λειτουργίας του προηγούμενου συστήματος.

Με βάση το σύστημα McClelland και την ύπαρξη

εξατομικευμένων ερωτηματολογίων (Steers R.M. and Braunstein D.N., 1976) που θα διανεμηθούν στους νοσηλευτές θα συγκροτηθεί μια πρώτη εικόνα για το ποια στοιχεία ιεραρχεί ο κάθε νοσηλευτής στον τομέα της εργασίας του. Στόχος θα είναι η διεύρυνση των καθηκόντων να προσαρμοστεί στο υπάρχον προσωπικό και όχι το αντίθετο, ώστε να εφαρμοστεί ομαλά η μετάβαση και να αξιοποιηθούν τις ιδιαιτερότητες του καθενός και της καθεμίας. Με βάση την εκτίμηση στις ανάγκες του κάθε εργαζόμενου θα εντάσσεται σε ομάδες οι οποίες θα τα ενεργοποιούν. Συγκεκριμένα με βάση την κατανομή σε τρεις κατηγορίες:

γασίας, οι επιτροπές για την εκπόνηση πλάνου νοσηλείας και θεραπείας και οι υπεύθυνοι για τη συνταγογράφηση υλικού (παθολογική κλινική)

Φυσικά η ιατρική και νοσηλευτική πράξη είναι περίπλοκη διαδικασία, η οποία δε χωρίζεται μονοδιάστατα σε κατηγορίες. Το μοντέλο αυτό έχει το πλεονέκτημα ότι αντιστοίχως δεν κατατάσσει τους εργαζόμενους σε τρεις απόλυτες κατηγορίες, γεγονός που βοηθάει αφού ένα αντικείμενο είναι δυνατό να καλύπτει και τις τρεις ανάγκες.

Για παράδειγμα, η εκπαίδευση νέων νοσηλευτών ή η συμμετοχή σε σχήμα λήψης αποφάσεων, μπορούν να απευθύνονται σε εργαζόμενους που έχουν



**Διάγραμμα 5.**

- Νοσηλευτές με ανάγκη για επίτευξη στόχων: εργαζόμενοι στην κατηγορία αυτή αξιοποιούνται σε πράξεις που απαιτούν λήψη πρωτοβουλιών και δράσης όπως τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, η μονάδες εντατικής θεραπείας και τα χειρουργεία.

- Νοσηλευτές με ανάγκη για δημιουργία δεσμών: οι εργαζόμενοι σε αυτή την κατηγορία αξιοποιούνται σε θέσεις με έντονο το ομαδικό στοιχείο και την ανάγκη επικοινωνίας όπως οι κλινικές ψυχιατρικής, η προληπτική ιατρική, η οικογενειακή συμβουλευτική και η επιμόρφωση προσωπικού.

- Νοσηλευτές με ανάγκη για εξουσία ή δύναμη: εργαζόμενοι που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία αξιοποιούνται σε θέσεις με καθοδηγητικό/ηγιατικό ρόλο όπως ο συντονισμός ομάδων και κύκλων ερ-

αναφορά στην επίτευξη στόχων, στη δημιουργία δεσμών ή στη δύναμη.

Ουσιαστικά δεν υπάρχουν οι πλήρεις εκφράσεις της κάθε κατηγορίας αλλά ενδιάμεσες καταστάσεις οι οποίες πλησιάζουν περισσότερο σε κάποια κατηγορία. Σε ένα υποθετικό τρίγωνο, με την κάθε κορυφή του να αποτυπώνει την πλήρη έκφραση μιας ανάγκης, οι εργαζόμενοι κατανέμονται εντός τριγώνου, με τον καθένα να πλησιάζει σε μια περιοχή, όπως δείχνει το διάγραμμα 5. Σε κάθε περίπτωση η υποκίνηση των νοσηλευτών, με βάση τη διεύρυνση των καθηκόντων τους και του ρόλου τους, καλύπτει ανάγκες όλου του φάσματος, όπως η αναβάθμιση του επαγγελματικού τους ρόλου, η διεύρυνση του επιστημονικού τους πεδίου μέσω της κατάρτισης και της συνεχούς εκπαίδευσης, η αύξηση

του κύρους μέσω της συμμετοχής στις αποφάσεις. Η πραγματική πρόκληση είναι πως μπορεί να εφαρμοστεί το παραπάνω σχήμα στην πραγματικότητα ενός ελληνικού νοσοκομείου.

#### 4. Πλαίσιο εφαρμογής της μεθόδου υποκίνησης στο Γ.Ν.Άρτας

Το μοντέλο υποκίνησης που επιλέχθηκε στην προηγούμενη ενότητα, θα εφαρμοστεί λαμβάνοντας ως δομή αναφοράς το Γενικό Νοσοκομείο Άρτας. Το Γενικό Νοσοκομείο Άρτας διαθέτει δυναμικό 98 νοσηλευτών ΠΕ/ΤΕ και 180 ΔΕ. Η λειτουργία του νοσοκομείου περιλαμβάνει την ύπαρξη των κλινικών παθολογίας, καρδιολογίας, πνευμονολογίας, χειρουργικής, νευροχειρουργικής, γυναικολογικής, ουρολογικής, οφθαλμολογικής, ψυχιατρικής, παιδιατρικής, τη λειτουργία ΤΕΠ, μονάδας τεχνητού νεφρού και τμήματος αποκατάστασης. Η επιλογή του νοσοκομείου γίνεται διότι αντιπροσωπεύει μια μέση κατάσταση δομής υγείας σε μια επαρχιακή πόλη αφενός, ενώ λόγω της ύπαρξης προσωπικού και κτηριακών εγκαταστάσεων υπάρχει αξιόπρεπές επίπεδο παροχής ιατρικής κάλυψης. Τα δύο αυτά στοιχεία διευκολύνουν στο να επικεντρωθεί η εφαρμογή του μοντέλου στο αμιγώς κομμάτι της διεύθυνσης των νοσηλευτικών καθηκόντων και τη μέθοδο υποκίνησης, χωρίς να εμπλέκονται σε μεγάλο βαθμό άλλοι παράγοντες (έλλειψη υποδομών, κακή λειτουργική οργάνωση).

Όπως προαναφέρθηκε, η διεύθυνση των καθηκόντων δεν διασφαλίζεται με την ύπαρξη ενός νομοσχεδίου αλλά χρειάζεται την συγκατάθεση και την κινητοποίηση του ίδιου του προσωπικού. Άρα το πρώτο βήμα που θα γίνει, είναι η συγκέντρωση του νοσηλευτικού προσωπικού για να τους γίνει η παρουσίαση του νέου καθηκοντολογίου τους και να υπάρξει συζήτηση και απάντηση σε τυχόν ερωτήσεις και απορίες. Στο τέλος της παρουσίασης θα διανεμηθεί ερωτηματολόγιο ώστε να γίνει η εξατομίκευση του εργασιακού προφίλ του κάθε νοσηλευτή και της κάθε νοσηλεύτριας.

Με βάση τις απαντήσεις τους θα γίνει κατανομή σε διάφορους κύκλους ποιότητας. Οι κύκλοι ποιότητας βασίζονται στη φιλοσοφία ότι οι εργαζόμενοι αποδίδουν περισσότερο, αν τους επιτραπεί να επηρεάζουν τις αποφάσεις (Παπανικολάου, 1995). Οι κύκλοι ποιότητας εμφανίστηκαν πρώτη φορά στην Ιαπωνία το 1962 από τον καθηγητή Kaoro Ishikava

και πλέον εφαρμόζονται σε όλο και μεγαλύτερο αριθμό οργανισμών, καθώς η επίλυση προβλημάτων καθίσταται πιο εύκολη στο πλαίσιο λειτουργίας μικρών ομάδων (Σπανός, 1993). Οι κύκλοι εργασίας λοιπόν που θα υπάρχουν στο νοσοκομείο Άρτας, με βάση τις υπάρχουσες υποδομές) θα είναι:

- Κύκλος τμήματος επειγόντων περιστατικών
- Κύκλος κλινικών παθολογικού τομέα (πνευμονολογία, καρδιολογία, παθολογία)
- Κύκλος αίθουσας χειρουργείων
- Κύκλος Ψυχιατρικής κλινικής
- Κύκλος κλινικών χειρουργικού τομέα (χειρουργική, ορθοπεδική, ουρολογία, οφθαλμολογία, νευροχειρουργική )
- Κύκλος προληπτικής ιατρικής και συμβουλευτικής (εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου, εργαστήρια)
- Κύκλος φροντίδας και αποκατάστασης (μονάδα τεχνητού νεφρού, κέντρο αποκατάστασης)
- Κύκλος μονάδας εντατικής θεραπείας
- Κύκλος παιδιατρικής

Με βάση τις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο και το διάγραμμα 5. θα υπάρξει η ακόλουθη κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού:

- Νοσηλευτές που πλησιάζουν την άκρη της ανάγκης για δημιουργία δεσμών: κύκλος φροντίδας και αποκατάστασης.
- Νοσηλευτές που πλησιάζουν την άκρη της ανάγκης επίτευξης στόχων: κύκλος μονάδας εντατικής θεραπείας.
- Νοσηλευτές που πλησιάζουν την άκρη της ανάγκης εξουσίας: κύκλος κλινικών παθολογικού τομέα, κύκλος κλινικών χειρουργικού τομέα
- Νοσηλευτές ανάμεσα στην ανάγκη εξουσίας και δημιουργίας δεσμών: κύκλος προληπτικής ιατρικής και συμβουλευτικής.
- Νοσηλευτές ανάμεσα στην ανάγκη εξουσίας και επίτευξης στόχων: κύκλος αίθουσας χειρουργείων, κύκλος τμήματος επειγόντων περιστατικών.
- Νοσηλευτές ανάμεσα στην ανάγκη επίτευξης στόχων και τη δημιουργία δεσμών: κύκλος ψυχιατρικής, κύκλος παιδιατρικής.

Μετά την κατανομή θα υπάρξει νέα συνάντηση με το νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να ανακοινωθούν τα αποτελέσματα και να γίνει συζήτηση επί αυτών.

Σε κάθε κύκλο θα συμμετέχουν και αντίστοιχα μέλη του ιατρικού προσωπικού και στην αρχή καθυγητές από το τμήμα νοσηλευτικής Ιωαννίνων με

αναφορά στο κάθε αντικείμενο, ώστε να δημιουργηθούν δίαυλοι συνεργασίας με το ιατρικό προσωπικό και να υπάρχει ταυτόχρονη επιμόρφωση. Οι κύκλοι ανά ομάδα θα βρίσκονται σε τακτά χρονικά διαστήματα ώστε να αξιολογούν την πρόοδο τους.

### 5. Συμπεράσματα

Όπως έγινε κατανοητό από την κατάληξη της προηγούμενης ενότητας, η διεύρυνση των καθηκόντων δε χρειάζεται μόνο την υποκίνηση του νοσηλευτικού, αλλά και του ιατρικού προσωπικού. Στη σημερινή εποχή αυτό μεταφράζεται στο γεγονός ότι οι επαγγελματικές σχέσεις είναι ανταγωνιστικές, εφόσον λειτουργούν σε ανταγωνιστικό περιβάλλον, ανάμεσα σε σύνολα με σαφώς συγκρουόμενα συμφέροντα (Κουκιάδης, 1981). Για την άμβλυνση της σύγκρουσης των κλάδων αυτών, είναι απαραίτητη σε δεύτερο χρόνο, η συνύπαρξη νοσηλευτών και ιατρών σε κοινούς κύκλους ποιότητας, μέσω των οποίων θα εκπονείται κοινό πλάνο επέμβασης, νοσηλείας και θεραπείας. Σε μακροπρόθεσμο λοιπόν επίπεδο διαμορφώνεται η ανάγκη για τη συγκρότηση μιας ομοσπονδιακής λειτουργίας όλων των εργαζομένων, η οποία θα αντιλαμβάνεται ότι η επιτυχής λειτουργία του οργανισμού βασίζεται στις αλληλεξαρτήσεις και στις σχέσεις που υφίστανται μεταξύ των μελών της ομάδας, καθώς η ομάδα εκτελεί τις αναγκαίες λειτουργίες της (Κανελλόπουλος, 1992).

Το παραπάνω ενδεχομένως φαντάζει εξωπραγματικό για τα ελληνικά δεδομένα, τα οποία αντι-

μετωπίζουν το νοσηλευτικό προσωπικό ως μονάδα τεχνικών επεμβάσεων και όχι ως ισότιμο με το ιατρικό σώμα εργαζόμενο. Η αντίληψη αυτή κοστίζει κυριολεκτικά χρόνο και χρήμα στο εθνικό σύστημα υγείας. Η υποκίνηση των νοσηλευτών με τη διεύρυνση των καθηκόντων τους απαντά τόσο στο ερώτημα της εργασιακής, και ότι αυτό συνεπάγεται, υποβάθμισης τους όσο και στην μειωμένη αποδοτικότητα των νοσοκομείων λόγω έλλειψης ή λανθασμένης κατανομής προσωπικού. Η πληρέστερη αξιοποίηση του υπάρχοντος νοσηλευτικού δυναμικού διευκολύνει την εργασία του ιατρικού προσωπικού, ομαλοποιεί τη λειτουργία των ιδρυμάτων ενώ ανοίγει δρόμους για την άσκηση προληπτικής ιατρικής.

Για την πραγματοποίηση των παραπάνω σε μακροπρόθεσμο επίπεδο, πέρα από την άσκηση του μοντέλου υποκίνησης το οποίο απαντά στις παρούσες συνθήκες, χρειάζεται η προσαρμογή του προγράμματος σπουδών των νοσηλευτικών και ιατρικών σχολών στο οραματικό πλαίσιο που αναφέρθηκε πριν.

Ταυτόχρονα απαιτείται η συνεχής επιμόρφωση των ήδη εργαζομένων ώστε να προσαρμοστούν στις αλλαγές. Φυσικά ακόμα και αυτό μπορεί να φαίνεται υπερβολικό για τα ελληνικά στερεότυπα. Σε αυτό ίσως βοηθούσε η πληροφορία ότι το πιο πλήρες και πολυχρησιμοποιημένο σύγγραμμα για την κλινική εξέταση και το ιατρικό ιστορικό, το οποίο διδάσκεται σε ιατρικές σχολές, είναι γραμμένο από τη νοσηλεύτρια Barbara Bates, και όχι από κάποιο γιατρό.

### Βιβλιογραφία

1. Σιγάλας Ι. , Κοινωνιολογικές πτυχές της ταυτότητας και της λειτουργίας του νοσοκομείου, εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα 1999
2. Brooks K. Ann, Ο γενικός διευθυντής νοσοκομείου: Πως αντιμετωπίζονται οι αντιπαράθεσεις μεταξύ διοίκησης και ιατρών, Επιθεώρηση υγείας , Αθήνα 1995
3. Μάινα Α. , Αγραφιώτης Δ. , Το νοσοκομείο ως Οργάνωση, εκδ. Το σύγχρονο νοσοκομείο , Αθήνα 1997
4. Πολύζος Ν. , Αξιολόγηση της αποδοτικότητας των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών στην Ελλάδα, Διδακτορική διατριβή ΕΚΠΑ, Αθήνα 1988
5. Δίκαιος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν. , Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ., Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών υγείας , εκδ. ΕΑΠ , Πάτρα 1999
6. Μάινα Α. , Κτενάς Ε. , Αγραφιώτης Δ. , Νέες τεχνολογίες και νοσοκομείο, εκδ. Το σύγχρονο νοσοκομείο , Αθήνα 1996
7. Εφημερίδα της Κυβέρνησης, τεύχος 132, 16 Ιουλίου 2004, Αθήνα 2004
9. EFN, Κατευθυντήρια Οδηγία του EFN για την εφαρμογή του Άρθρου 31 της Αμοιβαίας Αναγνώρισης των Επαγγελματικών Προσόντων, Οδηγία 2005/36/EE, όπως τροποποιήθηκε με την Οδηγία 2013/55/EE, 2005
10. Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Τεύχος 165 24 Σεπτεμβρίου 2001, Αθήνα 2001
11. Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Τεύχος 351 8 Ιουνίου 1989, Αθήνα 1989
12. Delamaire, M.-L. and G. Lafortune, Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries, OECD Health Working Paper, No. 54, OECD Publishing, Paris 2010
13. OECD, Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places , OECD Publishing, Paris 2015
14. Berelson B., Steiner G.A., Human behavior: An interview of scientific findings, Harcourt, Brace and World, New York 1964
15. Pinder C.C., Work Motivation: Theory, issues and applications, Scott, Foresman and Company, Glenview, Il 1984
16. Maslow A.H., Motivation and Personality, Harper and Row, New York 1955
17. Herzberg F., Work and the nature of Man, World Publishing Company, Cleveland 1966
18. McClelland D.C., The achievement motive, Appleton-Century-Crofts, New York 1953
19. McClelland D.C., Power: The inner experience, εκδ. Irvington, New York 1975
20. Steers R.M., Braunstein D.N., A behaviorally based measure of manifest needs in work settings, Journal of vocational behavior, τεύχος 9, 1976
21. Παπανικολάου Β., Η εφαρμογή των κύκλων ποιότητας στα ελληνικά νοσοκομεία δημιουργεί ευκαιρίες για το προσωπικό, Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα 1995
22. Σπανός Α., Ολική Ποιότητα, εκδ Γαλαίος, Αθήνα 1993
23. Κουκιάδης Ι.Α. , Παραδόσεις κοινωνικής πολιτικής και κοινωνικής νομοθεσίας , εκδ Σάκουλας , Θεσσαλονίκη 1981
24. Κανελλόπουλος Χ. , Αποτελεσματική Διοίκηση , εκδ. International Publishing , Αθήνα 1992
25. Bates B., Η κλινική εξέταση και το Ιστορικό, εκδ. Παριζιάνος, Αθήνα 1995



# Ανακοινώσεις Ε.Π.Β.Ε. IMSNG in EFIM

Η Εταιρεία Παθολογίας Βορείου Ελλάδος - Ε.Π.Β.Ε. ισότιμο Μέλος  
της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Παθολογίας - Ε.Φ.Ι.Μ.

The Internal Medicine Society of Northern Greece - IMSNG was accepted  
unanimously as an official member of the European Federation  
of Internal Medicine - EFIM



Ο Πρόεδρος της European Federation of Internal Medicine (E.F.I.M.), Prof. Frank Bosch απονέμει το Πιστοποιητικό ένταξης της Εταιρείας Παθολογίας Βορείου Ελλάδος (Ε.Π.Β.Ε.) ως ισότιμο μέλος στην EFIM στους εκπροσώπους της Εταιρείας, κ.κ. Απόστολο Ι. Χατζητόλιο, Καθηγητή Παθολογίας ΑΠΘ, Α' Αντιπρόεδρος ΕΠΒΕ, Διευθυντή της Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης, Γεώργιο Νταλέκο, Β' Αντιπρόεδρο ΕΠΒΕ, Καθηγητή Παθολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Διευθυντή Πανεπιστημιακής Κλινικής Λάρισας, ΠΓΝ Θεσσαλίας και Χρήστο Σαββόπουλο, Ταμία ΕΠΒΕ, Αναπληρωτή Καθηγητή Παθολογίας ΑΠΘ.

© 2016

Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση 110: 89-92  
Hellenic Journal of Medicine 110: 89-92



Απονομή Πιστοποιητικού στον κ. Απόστολο Ι. Χατζητόλιο, Α' Αντιπρόεδρο ΕΠΒΕ, Διευθυντή της Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης



Απονομή Πιστοποιητικού στον κ. Γεώργιο Νταλέκο, Β' Αντιπρόεδρο ΕΠΒΕ, Καθηγητή Παθολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Διευθυντή Πανεπιστημιακής Κλινικής Λάρισας, ΠΓΝ Θεσσαλίας



Απονομή Πιστοποιητικού στον κ. Χρήστο Σαββόπουλο, Ταμία ΕΠΒΕ,  
Αναπληρωτή Καθηγητή Παθολογίας ΑΠΘ



# Ανασκόπηση Διεθνούς Ιατρικού Τύπου International Medicine Review



**Hellenic Journal of Medicine**  
**2016 : 110 : 93-94**

**Επιμέλεια: Κωνσταντίνος Τζιόμαλος**  
**Επ. Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ.**

**N Engl J Med 2016;374:1321-31.**

**Pfeffer MA, Claggett B, Diaz R, et al; ELIXA Investigators. Lixisenatide in Patients with Type 2 Diabetes and Acute Coronary Syndrome.**

**Σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και πρόσφατο οξύ στεφανιαίο σύμβαμα, η χορήγηση λισιξενατίδης δεν ελαττώνει τα καρδιαγγειακά συμβάματα**

Η πιογλιταζόνη βελτιώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη και φαίνεται να ελαττώνει τα καρδιαγγειακά συμβάματα σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο. Δεν είναι γνωστό αν η ευνοϊκή επίδραση της πιογλιταζόνης στην ευαισθησία στην ινσουλίνη μεταφράζεται σε ελάττωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων και σε μη διαβητικούς ασθενείς με αντίσταση στην ινσουλίνη.

#### **Σύνοψη μελέτης**

Στην παρούσα μελέτη (μελέτη IRIS), 3.876 μη διαβητικοί ασθενείς και πρόσφατο (εντός 6 μηνών) ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και αντίσταση στην ινσουλίνη (δείκτης HOMA-IR > 3) τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν πιογλιταζόνη 15 ως 45 μg ημερησίως ή εικονικό φάρμακο για 4,8 έτη. Η επίπτωση του πρωτεύοντος καταληκτικού σημείου (ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή έμφραγμα του μυοκαρδίου) ήταν 24% χαμηλότερη στους ασθενείς που έλαβαν πιογλιταζόνη σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν εικονικό φάρμακο (9,0 και 11,8% αντίστοιχα). Η πιογλιταζόνη ελάττωσε επίσης τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη κατά 52% αλλά σχετίστηκε με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης οιδήματος, αύξησης βάρους και καταγμάτων.

#### **Σχόλιο**

Σε ασθενείς με πρόσφατο ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και αντίσταση στην ινσουλίνη, η σημαντική ελάττωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων με τη χορήγηση πιογλιταζόνης φαίνεται να υπερκερνά τις ανεπιθύμητες ενέργειές της, ιδίως τα κατάγματα. Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι η πιογλιταζόνη δεν έχει προς το παρόν ένδειξη χορήγησης σε μη διαβητικούς ασθενείς.

© 2016

Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση 110: 93-94  
Hellenic Journal of Medicine 110: 93-94



## N Engl J Med. 2016 Apr 2

**Yusuf S, Bosch J, Dagenais G, et al; HOPE-3 Investigators. Cholesterol Lowering in Intermediate-Risk Persons without Cardiovascular Disease.**

**Σε ασθενείς ενδιάμεσου καρδιαγγειακού κινδύνου χωρίς εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο, η ροσουβαστατίνη ελαττώνει τα καρδιαγγειακά συμβάματα**

Τα οφέλη των στατινών σε ασθενείς με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο ή σακχαρώδη διαβήτη είναι αδιαμφισβήτητα. Αν και αρκετές μελέτες έδειξαν παρόμοια οφέλη από τη χορήγηση στατινής σε ασθενείς ενδιάμεσου κινδύνου χωρίς καρδιαγγειακή νόσο ή διαβήτη, οι στατίνες εξακολουθούν να υποχρησιμοποιούνται στους ασθενείς αυτούς.

### Σύνοψη μελέτης

Στην παρούσα μελέτη (μελέτη HOPE-2), 12.705 ασθενείς ενδιάμεσου καρδιαγγειακού κινδύνου (άνδρες  $\geq 55$  ετών και γυναίκες  $\geq 65$  ετών με τουλάχιστον έναν από τους παρακάτω παράγοντες κινδύνου: λόγος περιμέτρου μέσης/ισχίων  $\geq 0,90$  στους άνδρες και  $\geq 0,85$  στις γυναίκες, κάπνισμα, HDL χοληστερόλη  $< 40$  mg/dl στους άνδρες και  $< 50$  mg/dl στις γυναίκες, διαταραχή γλυκόζης νηστείας ή διαταραχή ανοχής γλυκόζης, οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου) τυχαίοι οποιήθηκαν να λάβουν ροσουβαστατίνη 10 mg ημερησίως ή εικονικό φάρμακο. Η μέση LDL χοληστερόλη των ασθενών στην έναρξη της μελέτης ήταν 128 mg/dl. Η επίπτωση του πρωτεύοντος καταληκτικού σημείου (μη θανατηφόρο ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή έμφραγμα του μυοκαρδίου και θάνατος από καρδιαγγειακά αίτια) ήταν 24% χαμηλότερη στους ασθενείς που έλαβαν ροσουβαστατίνη σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν εικονικό φάρμακο (3,7 και 4,8% αντίστοιχα). Η συχνότητα εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη δε διέφερε μεταξύ των ασθενών που έλαβαν ροσουβαστατίνη κι εκείνων που έλαβαν εικονικό φάρμακο (3,9 και 3,8% αντίστοιχα).

### Σχόλιο

Η παρούσα μεγάλη μελέτη παρέχει επιπλέον αποδείξεις για το όφελος των στατινών σε ασθενείς ενδιάμεσου και χαμηλού καρδιαγγειακού κινδύνου. Παράλληλα, δείχνει ότι ο κίνδυνος εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη με τη χορήγηση στατινών είναι μικρός και δεν πρέπει να επηρεάζει την απόφαση για τη χορήγησή τους.

## N Engl J Med. 2016 May 10

**Johnston SC, Amarenco P, Albers GW, et al; SOCRATES Steering Committee and Investigators. Ticagrelor versus Aspirin in Acute Stroke or Transient Ischemic Attack**

**Σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η τικαγκρελόρη δεν είναι πιο αποτελεσματική από την ασπιρίνη στην ελάττωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων**

Η τικαγκρελόρη είναι πιο αποτελεσματική από την κλοπιδογρέλη σε ασθενείς με οξεία στεφανιαία σύνδρομα. Ωστόσο, δεν έχει μελετηθεί σε ασθενείς με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, οι οποίοι παράλληλα εμφανίζουν κίνδυνο αιμορραγικής μετατροπής του εγκεφαλικού επεισοδίου στην οξεία φάση του.

### Σύνοψη μελέτης

Στην παρούσα μελέτη (μελέτη SOCRATES), 13.199 ασθενείς με ήπιο ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (κλίμακα NIHSS  $< 5$ ) ή παροδικό ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο τυχαίοι οποιήθηκαν να λάβουν εντός 24 ωρών από την εμφάνιση του επεισοδίου τικαγκρελόρη (δόση φόρτισης 180 mg την πρώτη μέρα και στην συνέχεια 90 mg δις ημερησίως) ή ασπιρίνη (δόση φόρτισης 300 mg την πρώτη μέρα και στην συνέχεια 100 mg άπαξ ημερησίως) για 90 μέρες. Η επίπτωση του πρωτεύοντος καταληκτικού σημείου (ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, έμφραγμα μυοκαρδίου ή θάνατος) δε διέφερε μεταξύ των ασθενών που έλαβαν τικαγκρελόρη κι εκείνων που έλαβαν ασπιρίνη (6,7 και 7,5% αντίστοιχα,  $p = 0,07$ ). Τα ποσοστά μείζονος, ενδοκράνιας και θανατηφόρας αιμορραγίας επίσης δε διέφεραν μεταξύ των ασθενών που έλαβαν τικαγκρελόρη κι εκείνων που έλαβαν ασπιρίνη.

### Σχόλιο

Αν και η τικαγκρελόρη δεν ελάττωσε την επίπτωση του πρωτεύοντος καταληκτικού σημείου στην παρούσα μελέτη, παρατηρήθηκε τάση για ελάττωση των ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων με συγκρίσιμη ασφάλεια με την ασπιρίνη. Δεν είναι επίσης σαφές αν η παράταση της παρακολούθησης θα έδειχνε περαιτέρω όφελος από τη χορήγηση της τικαγκρελόρης. Ωστόσο, είναι αμφίβολο αν η τικαγκρελόρη θα λάβει ένδειξη για χορήγηση σε ασθενείς με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο με βάση τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης.

NEO

στη θεραπεία του σακχαρώδη  
διαβήτη τύπου 2

Είναι ένα χάπι με πλεονεκτήματα που μετράνε για μένα;

**ΑΥΤΟ ΕΙΝΑΙ ΓΙΑ**

**ΕΜΕΝΑ**

**ΓΙΑΤΡΕ**

Το JARDIANCE® είναι ένας νέος SGLT-2 αναστολέας που ενδείκνυται για τη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στους ενήλικες ασθενείς, και μπορεί να προσφέρει:<sup>1</sup>

- Σημαντική μείωση της HbA1c, με το επιπρόσθετο όφελος της μείωσης του σωματικού βάρους<sup>1-4††</sup>
- Βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου είτε ως μονοθεραπεία,<sup>\*\*</sup> είτε ως επιπρόσθετη θεραπεία συνδυασμού, συμπεριλαμβανομένης της ινσουλίνης<sup>1-4</sup>
- Αποδεδειγμένο προφίλ ασφάλειας & ανεκτικότητας<sup>1</sup>
- Εύκολη χορήγηση από του στόματος, μία φορά την ημέρα<sup>1</sup>

Δεν πρόκειται για πραγματική ασθενή.

\* Το JARDIANCE® δεν ενδείκνυται για τη μείωση του σωματικού βάρους

\*\* Όταν η δίαιτα και η άσκηση από μόνες τους δεν παρέχουν επαρκή γλυκαιμικό έλεγχο, σε ασθενείς για τους οποίους η χρήση μεταφορμίνης θεωρείται ακατάλληλη λόγω δυσανεξίας

† Η μεταβολή του σωματικού βάρους ήταν ένα δευτερεύον τελικό σημείο στις κλινικές μελέτες.

SGLT2 = συμμεταφορέας νατρίου και γλυκόζης υποτύπου 2.

Βιβλιογραφία:

1. JARDIANCE® Π.Χ.Π. 2015
2. Roden M, et al. – Lancet Diabetes Endocrinol. 2013;1:208-219.
3. Häring HU, et al. – Diabetes Care. 2014;37:1650 - 1659.
4. Häring HU, et al. – Diabetes Care. 2013;36:3396-3404.

**Jardiance®**  
(empagliflozin)

Για συνταγογραφικές πληροφορίες ανατρέξτε στην ΠΧΠ που βρίσκεται σε επόμενη σελίδα του παρόντος εντύπου.

Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε.

Ελληνικού 2, 167 77 Ελληνικό, Αθήνα - Τηλ. 210 8906 300

Γραφείο Μακεδονίας Θράκης: Αντώνη Τρίτση 15-17 & Μαρίας Κάλλας 6

57001 Θέρμη, Θεσσαλονίκη - Τηλ. 2310 424618



**Boehringer  
Ingelheim**

Επένδυση στην καινοτομία



40  
Χρόνια  
ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ Jardiance, εμπλαγλιφλοζίνη, 10 mg και 25mg** **Επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία Αντενδείξεις:** Υπερευαίσθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα του φαρμάκου. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Γενικά Το Jardiance δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 ή για τη θεραπεία διαβητικής κετοξέωσης. Νεφρική δυσλειτουργία Το Jardiance δεν θα πρέπει να ξεκινά σε ασθενείς με eGFR κάτω από 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> ή CrCl <60 ml/min. Σε ασθενείς που ανέχονται την εμπλαγλιφλοζίνη και στους οποίους το eGFR πέφτει σταθερά κάτω από 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> ή CrCl <60 ml/min, η δόση εμπλαγλιφλοζίνης θα πρέπει να προσαρμοστεί ή να διατηρηθεί σε 10 mg μία φορά την ημέρα. Η εμπλαγλιφλοζίνη θα πρέπει να διακοπεί όταν το eGFR είναι σταθερά κάτω από 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> ή η CrCl είναι σταθερά κάτω από 45 ml/min. Η εμπλαγλιφλοζίνη δεν θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια (ESRD) ή σε ασθενείς σε αιμοκάθαρση διότι δεν αναμένεται να είναι αποτελεσματική σε αυτούς τους ασθενείς (βλ. παραγράφους 4.2 και 5.2). Παρακολούθηση νεφρικής λειτουργίας λόγω του μηχανισμού δράσης, η αποτελεσματικότητα της εμπλαγλιφλοζίνης εξαρτάται από τη νεφρική λειτουργία. Επομένως συνιστάται αξιολόγηση της νεφρικής λειτουργίας ως εξής: Πριν από την έναρξη εμπλαγλιφλοζίνης και περιοδικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας, δηλ. τουλάχιστον ετησίως (βλ. παραγράφους 4.2, 5.1 και 5.2). Πριν από την έναρξη οποιοδήποτε συγχρησιμοποιούμενου φαρμακευτικού προϊόντος που ενδέχεται να έχει αρνητική επίδραση στη νεφρική λειτουργία. Ηπατική βλάβη Περιστατικά ηπατικής βλάβης έχουν αναφερθεί με εμπλαγλιφλοζίνη σε κλινικές δοκιμές. Δεν έχει ωςστόσο τεκμηριωθεί αιτιολογική σχέση μεταξύ εμπλαγλιφλοζίνης και ηπατικής βλάβης. Ηλικιωμένοι Η επίδραση της εμπλαγλιφλοζίνης στην αποβολή γλυκόζης στα ούρα σχετίζεται με ωσμωτική διούρηση, η οποία θα μπορούσε να επιβραδύνει την κατάσταση ενυδάτωσης. Οι ασθενείς ηλικίας 75 ετών και άνω μπορεί να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μείωσης όγκου. Ένας υψηλότερος αριθμός αυτών των ασθενών σε θεραπεία με εμπλαγλιφλοζίνη είχαν ανεπιθύμητες ενέργειες σχετιζόμενες με μείωση όγκου σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Η θεραπευτική εμπειρία σε ασθενείς ηλικίας 85 ετών και άνω είναι περιορισμένη. Δε συνιστάται η έναρξη θεραπείας με εμπλαγλιφλοζίνη σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών. Κίνδυνος μείωσης όγκου Με βάση τον τρόπο δράσης των αναστολέων των συμπεφοροσών νατρίου και γλυκόζης υπότυπου 2 (SGLT-2), η ωσμωτική διούρηση που συνοδεύει τη θεραπευτική γλυκοζουρία μπορεί να οδηγήσει σε μέτρια μείωση της αρτηριακής πίεσης. Επομένως, συνιστάται προσοχή σε ασθενείς για τους οποίους η επαγόμενη από την εμπλαγλιφλοζίνη μείωση της αρτηριακής πίεσης θα μπορούσε να αποτελέσει κίνδυνο, όπως ασθενείς με γνωστή καρδιαγγειακή νόσο, ασθενείς σε αντιυπερτασική αγωγή με ιστορικό υπότασης ή ασθενείς ηλικίας 75 ετών και άνω. Σε περίπτωση παθήσεων που μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια υγρών (π.χ. γαστρεντερική νόσο), συνιστάται προσεκτική παρακολούθηση της κατάστασης όγκου (π.χ. φυσική εξέταση, μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης, εργαστηριακές εξετάσεις συμπεριλαμβανομένου του αιματοκρίτη) και των ηλεκτρολυτών σε ασθενείς που λαμβάνουν εμπλαγλιφλοζίνη. Θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο προσωρινής διακοπής της θεραπείας με εμπλαγλιφλοζίνη έως ότου διορθωθεί η απώλεια υγρών. Λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος Η συνολική συχνότητα λοίμωξης του ουροποιητικού συστήματος που αναφέρθηκε ως ανεπιθύμητο συμβάν ήταν παρόμοια σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με εμπλαγλιφλοζίνη 25 mg και σε εικονικό φάρμακο και υψηλότερη σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με εμπλαγλιφλοζίνη 10 mg. Επιπλεγμένες λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος (π.χ. πυελονεφρίτιδα ή ουροσηψη) εκδηλώθηκαν σε παρόμοια συχνότητα σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με εμπλαγλιφλοζίνη σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο. Ωστόσο, πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο προσωρινής διακοπής της εμπλαγλιφλοζίνης σε ασθενείς με επιπλεγμένες λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Καρδιακή ανεπάρκεια Η εμπειρία σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια τάξης I-II κατά την Καρδιολογική Εταιρεία Νέας Υόρκης (New York Heart Association, NYHA), είναι περιορισμένη και δεν υπάρχει εμπειρία από κλινικές μελέτες με την εμπλαγλιφλοζίνη σε καρδιακή ανεπάρκεια τάξης III-IV κατά NYHA. Εργαστηριακές εξετάσεις ούρων λόγω του μηχανισμού δράσης του, οι ασθενείς που λαμβάνουν το Jardiance θα έχουν θετική δοκιμασία ανίχνευσης γλυκόζης ούρων. Λακτόζη Τα δισκία περιέχουν λακτόζη. Ασθενείς με σπάνια κληρονομικά προβλήματα δυσανεξίας στη γαλακτόζη, ανεπάρκεια λακτάσης Lapp ή δυσασπορόφησης γλυκόζης-γαλακτόζης δεν θα πρέπει να λαμβάνουν αυτό το φαρμακευτικό προϊόν. Ανεπιθύμητες ενέργειες Περιλήψη του προφίλ ασφαλείας Ένα σύνολο 13.076 ασθενών με διαβήτη τύπου 2 συμπεριλήφθηκαν σε κλινικές μελέτες για την αξιολόγηση της ασφαλείας της εμπλαγλιφλοζίνης. 2.856 ασθενείς έλαβαν εμπλαγλιφλοζίνη 10 mg και 3.738 ασθενείς έλαβαν εμπλαγλιφλοζίνη 25 mg για τουλάχιστον 24 εβδομάδες και 601 ή 881 ασθενείς για τουλάχιστον 76 εβδομάδες, είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με μετφορμίνη, μια σουλφονουλουρία, πιογλιταζόνη, αναστολέα DPP-4 ή ινσουλίνη. Σε 5 ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο δοκιμές διάρκειας 18 έως 24 εβδομάδων, συμπεριλήφθηκαν 2.971 ασθενείς, 995 εκ των οποίων υποβλήθηκαν σε θεραπεία με εικονικό φάρμακο και 1.976 με εμπλαγλιφλοζίνη. Η συνολική συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων σε ασθενείς υπό θεραπεία με εμπλαγλιφλοζίνη ήταν παρόμοια με του εικονικού φαρμάκου. Η συχνότερα αναφερόμενη ανεπιθύμητη ενέργεια ήταν η υπογλυκαιμία σε χρήση μαζί με σουλφονουλουρία ή ινσουλίνη (βλέπε περιγραφή επιλεγμένων ανεπιθύμητων ενεργειών). Πίνακας ανεπιθύμητων ενεργειών Οι ανεπιθύμητες ενέργειες ταξινομημένες ανά κατηγορία οργανικού συστήματος και προτιμώμενο όρο MedDRA που αναφέρθηκαν σε ασθενείς που έλαβαν εμπλαγλιφλοζίνη σε ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 1). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίζονται ανά απόλυτη συχνότητα. Οι συχνότητες ορίζονται ως πολύ συχνές (≥1/10), συχνές (≥1/100 έως <1/10), όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100), σπάνιες (≥1/10.000 έως <1/1.000), ή πολύ σπάνιες (<1/10.000) και μη γνωστές (δεν μπορούν να εκτιμηθούν με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα). Πίνακας 1: Ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν σε ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες

Κατηγορία/οργανικό σύστημα	Πολύ συχνές	Συχνές	Όχι συχνές
Λοιμώξεις και παρασιτώσεις		Κολπική μονιλίαση, αιδοιοκολπίτιδα, βαλανιτίδα και άλλες λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων <sup>a</sup> Λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος <sup>a</sup>	
Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης	Υπογλυκαιμία (σε χρήση μαζί με σουλφονουλουρία ή ινσουλίνη) <sup>a</sup>		
Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού		Κνησμός (γενικευμένος)	
Αγγειακές διαταραχές			Μείωση όγκου <sup>a</sup>
Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών		Αύξηση της ούρησης <sup>a</sup>	Δυσουρία

<sup>a</sup>Βλ. υποπαράγραφους παρακάτω για επιπρόσθετες πληροφορίες

Περιγραφή επιλεγμένων ανεπιθύμητων ενεργειών Υπογλυκαιμία Η συχνότητα εμφάνισης υπογλυκαιμίας ήταν εξαρτώμενη από τη θεραπεία υποβλήθου στις αντίστοιχες μελέτες. Ελαφρά υπογλυκαιμία Η συχνότητα ασθενών με ελαφρά υπογλυκαιμία ήταν παρόμοια για εμπλαγλιφλοζίνη και εικονικό φάρμακο ως μονοθεραπεία, για επιπρόσθετη θεραπεία σε μετφορμίνη και για επιπρόσθετη θεραπεία σε πιογλιταζόνη με ή χωρίς μετφορμίνη. Μια αυξημένη συχνότητα παρατηρήθηκε σε χορήγηση ως επιπρόσθετη θεραπεία σε μετφορμίνη και μια σουλφονουλουρία (εμπλαγλιφλοζίνη 10 mg: 16,1%, εμπλαγλιφλοζίνη 25 mg: 11,5%, εικονικό φάρμακο: 8,4%) και ως επιπρόσθετη θεραπεία σε ινσουλίνη με ή χωρίς μετφορμίνη και με ή χωρίς μια σουλφονουλουρία (εμπλαγλιφλοζίνη 10 mg: 19,5%, εμπλαγλιφλοζίνη 25 mg: 27,1%, εικονικό φάρμακο: 20,6% κατά τις πρώτες 18 εβδομάδες θεραπείας όταν δεν ήταν δυνατή η προσαρμογή ινσουλίνης. Εμπλαγλιφλοζίνη 10 mg: 36,1%, εμπλαγλιφλοζίνη 25 mg: 34,8%, εικονικό φάρμακο: 35,3% κατά τη διάρκεια της δοκιμής 78 εβδομάδων). Μείζων υπογλυκαιμία (υπογλυκαιμία που χρειάζεται υποστήριξη) Δεν παρατηρήθηκε αύξηση στη μείζων υπογλυκαιμία με εμπλαγλιφλοζίνη σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο ως μονοθεραπεία, για επιπρόσθετη θεραπεία σε μετφορμίνη, για επιπρόσθετη θεραπεία σε μετφορμίνη και μία σουλφονουλουρία και για επιπρόσθετη θεραπεία σε πιογλιταζόνη με ή χωρίς μετφορμίνη. Μια αυξημένη συχνότητα παρατηρήθηκε σε χορήγηση ως επιπρόσθετη θεραπεία σε ινσουλίνη με ή χωρίς μετφορμίνη και με ή χωρίς μια σουλφονουλουρία (εμπλαγλιφλοζίνη 10 mg: 0%, εμπλαγλιφλοζίνη 25 mg: 1,3%, εικονικό φάρμακο: 0% κατά τις πρώτες 18 εβδομάδες θεραπείας όταν δεν ήταν δυνατή η προσαρμογή ινσουλίνης. Εμπλαγλιφλοζίνη 10 mg: 0%, εμπλαγλιφλοζίνη 25 mg: 1,3%, εικονικό φάρμακο 0% κατά τη διάρκεια της δοκιμής 78 εβδομάδων). Κολπική μονιλίαση, αιδοιοκολπίτιδα, βαλανιτίδα και άλλες λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων Κολπική μονιλίαση, αιδοιοκολπίτιδα, βαλανιτίδα και άλλες λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων αναφέρθηκαν πιο συχνά σε ασθενείς υπό θεραπεία με εμπλαγλιφλοζίνη (εμπλαγλιφλοζίνη 25 mg: 4,1%, εμπλαγλιφλοζίνη 25 mg: 3,7%) σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο (0,9%). Αυτές οι λοιμώξεις αναφέρθηκαν πιο συχνά σε γυναίκες υπό θεραπεία με εμπλαγλιφλοζίνη σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο και η διαφορά στη συχνότητα ήταν λιγότερο έντονη σε άνδρες. Οι λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων ήταν ήπιες ή μέτριες έντασης. Αύξηση της ούρησης Αύξηση της ούρησης (συμπεριλαμβανομένων των προκαθορισμένων όρων πολλακτουρία, πολυουρία και νυκτουρία) παρατηρήθηκε σε υψηλότερες συχνότητες σε ασθενείς υπό θεραπεία με εμπλαγλιφλοζίνη (εμπλαγλιφλοζίνη 10 mg: 3,4%, εμπλαγλιφλοζίνη 25 mg: 3,2%) σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο (1,0%). Η αύξηση της ούρησης ήταν κυρίως ήπιας ή μέτριας έντασης Η συχνότητα της αναφερόμενης νυκτουρίας ήταν παρόμοια για εικονικό φάρμακο και εμπλαγλιφλοζίνη (<1%). Λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος Η συνολική συχνότητα λοίμωξης του ουροποιητικού συστήματος που αναφέρθηκε ως ανεπιθύμητο συμβάν ήταν παρόμοια σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με εμπλαγλιφλοζίνη 25 mg και εικονικό φάρμακο (7,6%) και υψηλότερη σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με εμπλαγλιφλοζίνη 10 mg (9,3%). Όπως και για το εικονικό φάρμακο, λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος αναφέρθηκε συχνότερα για την εμπλαγλιφλοζίνη σε ασθενείς με ιστορικό χρόνιων ή υποτροπιάζουσών λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος. Η ένταση (ήπια, μέτρια, βαριά) της λοίμωξης του ουροποιητικού συστήματος ήταν παρόμοια σε ασθενείς υπό θεραπεία με εμπλαγλιφλοζίνη και εικονικό φάρμακο. Λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος αναφέρθηκε πιο συχνά σε γυναίκες υπό θεραπεία με εμπλαγλιφλοζίνη σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο. Δεν υπήρχε διαφορά σε άνδρες. Μείωση όγκου Η συνολική συχνότητα μείωσης όγκου (συμπεριλαμβανομένων των προκαθορισμένων όρων μειωμένη αρτηριακή πίεση (περιπατητική), μειωμένη συστολική αρτηριακή πίεση, αφυδάτωση, υπόταση, υποογκαιμία, ορθοστατική υπόταση και συγκοπή) ήταν παρόμοια σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με εμπλαγλιφλοζίνη (εμπλαγλιφλοζίνη 10 mg: 0,5%, εμπλαγλιφλοζίνη 25 mg: 0,3%) και εικονικό φάρμακο (0,3%). Η συχνότητα συμβάντων μείωσης όγκου ήταν αυξημένη σε ασθενείς 75 ετών και άνω υπό θεραπεία με εμπλαγλιφλοζίνη 10 mg (2,3%) ή εμπλαγλιφλοζίνη 25 mg (4,4%) σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο (2,1%). Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιοδήποτε πιθανολογούμενο ανεπιθύμητο ενεργείες μέσω του εθνικού συστήματος αναφοράς: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων Μεσογείου 284 GR-15562 Χολαργός, Αθήνα Τηλ: + 30 21 32040380/337 Φαξ: + 30 21 06549585 Ιστοτόπος: <http://www.eof.gr> **Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας** Boehringer Ingelheim International GmbH Binger Str. 173 D-55216 Ingelheim am Rhein Γερμανία Πριν τη συνταγογράφηση παρακαλούμε συμβουλευτείτε την πλήρη ΠΧΠ που διατίθεται από την εταιρία Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε. Ελληνικό 2 167 77, Ελληνικό Τηλ.: 210 8906300

**Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή:**  
**Συμπληρώστε την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"**  
**Αναφέρατε:**  
 • ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Νέα φάρμακα N  
 • Τις ΣΟΒΑΡΕΣ ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Γνωστά φάρμακα