

8^ο



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

"Παιδιατρική Γαστρεντερολογία,
Ηπατολογία και Διατροφή
στην Κλινική Πράξη"

03-05

ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2025



Ξενοδοχείο

MAKEDONIA PALACE

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

www.helspgghancongress.gr

ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

ΦΟΡΕΑΣ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ
ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Λ. ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ 67, 15451, ΝΕΟ ΨΥΧΙΚΟ | Τ. 2106727533
W: www.helspgghan.org | E: helspgghan@gmail.com

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



EVEREST TRAVEL & CONGRESSES

Λυκούργου 14-16, 10552, Αθήνα

T: 2103249242

E: conference@everesttravel.gr

W: www.everesttravel.gr

8^ο



**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ
ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

"Παιδιατρική Γαστρεντερολογία,
Ηπατολογία και Διατροφή
στην Κλινική Πράξη"

03-05

ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2025

Ξενοδοχείο
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ PALACE
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

www.helspgncongress.gr



ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



ΕΑ01

ΑΓΟΡΙ 10 ΕΤΩΝ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΛΕΜΦΟΖΙΔΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Κωνσταντίνος Τερζάκης, Γεώργιος Βασιλογιαννάκης, Ερασμία – Αθηνά Μαρκάκη, Εμμανουήλ Παρασκάκης
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Παιδιατρική Κλινική, Ηράκλειο Κρήτης

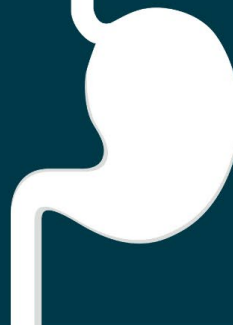
Εισαγωγή: Η σιδηροπενική αναιμία είναι η συχνότερη μορφή αναιμίας στα παιδιά με αίτια διατροφικά, χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα, απώλεια αίματος από το γαστρεντερικό και δυσασπορρόφηση.

Σκοπός: Παρουσίαση ασθενούς με σοβαρή σιδηροπενική αναιμία και λεμφοζιδιακή υπερπλασία δωδεκαδακτύλου και τελικού ειλεού (Nodular Lymphoid Hyperplasia), οντότητα σχετιζόμενη με δυσασπορρόφηση σιδήρου.

Υλικό – Μέθοδος: Περίπτωση αγοριού 10 ετών με σοβαρή σιδηροπενική αναιμία (Hgb 4.1 g/dl – Ferritin 2.51 ng/ml), χωρίς διαταραχές αύξησης, με επαρκή πρόσληψη σιδήρου. Αξιολογήθηκαν κλινικά, εργαστηριακά, ενδοσκοπικά και ιστοπαθολογικά δεδομένα.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής μεταγγίστηκε με συμπυκνωμένα ερυθρά. Ιστορικό διατροφής και αύξησης ήταν φυσιολογικά, ενώ διαπιστώθηκαν εναλλαγές φυσιολογικών και διαρροϊκών κενώσεων. Ο έλεγχος αντισωμάτων κοιλιοκάκης, ανοσοσφαιρινών, καλπροτεκτίνης, Mayer και παρασιτολογικής κοπράνων ήταν αρνητικός και η ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης ανέδειξε ετερόζυγη β-θαλασσαιμία. Λόγω μη ανταπόκρισης στην από του στόματος σιδηροθεραπεία, χορηγήθηκε ενδοφλέβιος σίδηρος με καλή ανταπόκριση. Η περαιτέρω διερεύνηση συνεχίστηκε με διενέργεια γαστροσκόπησης και κολονοσκόπησης με μακροσκοπική εικόνα πολυποδίασης λεπτού εντέρου και ιστοπαθολογικά λεμφοζιδιακή υπερπλασία δωδεκαδακτύλου και τελικού ειλεού. Η συγκεκριμένη οντότητα είναι μια διάχυτη υπερπλασία των λεμφικών θυλακίων του γαστρεντερικού σωλήνα με ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων χωρίς καθορισμένο αιτιολογικό παράγοντα ή μηχανισμό ανάπτυξης. Πιστεύεται ότι αντιπροσωπεύει μια ανοσολογική απόκριση σε χρόνια αντιγονικά ερεθίσματα του γαστρικού βλεννογόνου και σε αδυναμία ωρίμανσης των B-λεμφοκυττάρων που τελικά οδηγεί σε υπερπλασία θυλακίων. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η νόσος παραμένει ασυμπτωματική αλλά έχει επίσης συσχετιστεί με αυτοάνοσα νοσήματα, ανοσοανεπάρκειες, λοιμώξεις, εντερικό λέμφωμα και σπάνια με σοβαρή αναιμία.

Συμπεράσματα: Η ενδοσκόπηση του γαστρεντερικού και η λήψη βιοψιών αποτελεί βασικό εργαλείο στη διερεύνηση παιδιών με ανθεκτική σιδηροπενική αναιμία.



ΕΑ02

ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΒΡΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Αφροδίτη Κούρτη¹, Σοφία Καραγιαννίδου¹, Αγγελική Πνευματικού², Μαρία-Ζωή Οικονομάκου², Ινώ Καναβάκη¹, Σμαραγδή Φεσσάτου¹

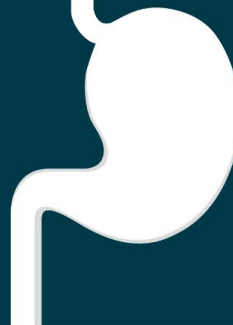
¹Μονάδα Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής, Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων, Νοσοκομείο Παίδων Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού, Αθήνα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο βραχέος εντέρου αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας (NEK) στη νεογνική ηλικία και απαιτεί μακροχρόνια, πολυπαραγοντική διαχείριση. Τα παιδιά αυτά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε λοιμώδη επεισόδια, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, όπως το σύνδρομο κοιλιακού διαμερίσματος.

Περιγραφή περιστατικού: Κορίτσι 5 ετών με ιστορικό NEK και επακόλουθο σύνδρομο βραχέος εντέρου, υπό μακροχρόνια παρακολούθηση με συνδυασμό εντερικής και παρεντερικής διατροφής, εισήχθη με συμπτώματα οξείας γαστρεντερίτιδας (πυρετός, εμέτοι, διάρροιες). Κατά την εξέταση παρουσίαζε αφυδάτωση, κοιλιακή διάταση, δύσπνοια και αιμοδυναμική αστάθεια. Η επιδείνωση της αναπνευστικής και κυκλοφορικής λειτουργίας σε συνδυασμό με την προοδευτική κοιλιακή διάταση οδήγησε σε κλινική διάγνωση συνδρόμου κοιλιακού διαμερίσματος. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με εντατική αποκατάσταση υγρών και ηλεκτρολυτών, γαστρικό καθετηριασμό, περιορισμό εντερικών υγρών, καθώς και αναπνευστική και αιμοδυναμική υποστήριξη στη ΜΕΘ. Σταδιακά παρατηρήθηκε βελτίωση της κοιλιακής διάτασης και σταθεροποίηση των ζωτικών παραμέτρων, χωρίς να απαιτηθεί χειρουργική παρέμβαση.

Συζήτηση – Συμπεράσματα: Το περιστατικό υπογραμμίζει τη σοβαρότητα των επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν σε παιδιά με σύνδρομο βραχέος εντέρου, ακόμη και από συνήθεις λοιμώξεις, όπως η γαστρεντερίτιδα. Η έγκαιρη κλινική διάγνωση του συνδρόμου κοιλιακού διαμερίσματος και η άμεση εφαρμογή συντηρητικών μέτρων μπορούν να αποτρέψουν την ανάγκη για χειρουργική παρέμβαση και να βελτιώσουν την πρόγνωση. Η πολυεπιστημονική συνεργασία είναι καθοριστική για τη βέλτιστη φροντίδα αυτών των ασθενών.



ΕΑ03

ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΕΞΩΗΠΑΤΙΚΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙ 2 ΕΤΩΝ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Βασίλειος-Παναγιώτης Γκόλιας¹, Ειρήνη Μπάτση¹, Δάφνη Μαργώνη^{1,2}, Αγγελική Μουδάκη¹, Βασιλική-Μαρία Καραγιάννη^{1,2}, Ελεάννα Στασινού^{1,2}, Κωνσταντίνα Δημάκου³, Παρασκευή Γαλήνα⁴, Ιωάννης Γεωργόπουλος⁵, Γεωργία Παπαϊωάννου⁶, Μαρία Ρογαλίδου², Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου^{1,2}, Χριστίνα Κανακά-Gantenbein¹

¹Α Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

² Μονάδα Γαστρεντερολογίας & Ηπατολογίας Α Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

³ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

⁴ Ακτινοδιαγνώστης, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

⁵ Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

⁶ Παιδιατρική Ακτινολογία, «Μητέρα» Παιδών, Αθήνα

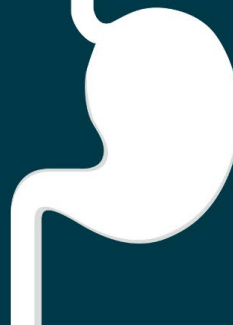
Εισαγωγή: Η χολόσταση στην παιδική ηλικία είναι σπάνια και ποικίλης αιτιολογίας, συμπεριλαμβανομένων των συγγενών ή επίκτητων νοσημάτων. Αποτελεί διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση, καθώς η μη έγκαιρη αντιμετώπιση οδηγεί σε σοβαρές επιπλοκές.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού 2χρονου κοριτσιού με εμμένοντα κνησμό από μηνός, και μετέπειτα εμφάνιση χολόστασης και αχολικών κοπράνων λόγω απόφραξης του κοινού χοληδόχου πόρου (ΚΧΠ), το οποίο τελικά υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική αποκατάσταση της απόφραξης.

Υλικό - Μέθοδος Περιγραφή Περίπτωσης: Η ασθενής προσήλθε με έντονο κνησμό αγνώστου αιτιολογίας. Περαιτέρω έλεγχος ανέδειξε αυξημένα χολικά οξέα (>500 μmol/L), AST: 70U/L, ALT: 50U/L, γGT: 48U/L, TBil: 1,6mg/dl, Dbil: 1,3md/dl. Ο υπέρηχος ήπατος και η Μαγνητική Χολαγγειοπαγκρεατογραφία ανέδειξαν ήπια ηπατική ανομοιογένεια, διάταση του ΚΧΠ έως 12mm με την παρουσία δυο λίθων καθώς και κυστική διάταση του φύματος Vater και σημαντική διάταση ενδο- και εξω-ηπατικών χοληφόρων με, θέτοντας την υποψία χρόνιας απόφραξης λόγω προυπάρχουσας χοληδοχολικής τύπου Β, χωρίς να αποκλείει το ενδεχόμενο συγγενών διαταραχών παραγωγής και αποχέτευσης χολής. Η ελαστογραφία ήπατος δεν έδειξε ίνωση. Η ασθενής υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική διερεύνηση με χολαγγειογραφία, διαστολή του φύματος, τοποθέτηση καθετήρα στον ΚΧΠ για άμεση άρση της απόφραξης, και ακολούθως χολοκυστεκτομή.

Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, με άμεση βελτίωση των κλινικών συμπτωμάτων και σταδιακή υποχώρηση της διάτασης των ενδο- και εξω-ηπατικών χοληφόρων. Η ασθενής παραμένει σε παρακολούθηση με αγωγή ουρσοδεοξυχολικού οξέος.

Συμπεράσματα: Ο κνησμός μπορεί να είναι η πρώτη ένδειξη διαταραχών ροής της χολής και πρέπει να διερευνάται και να αντιμετωπίζεται άμεσα. Ο συνδυασμός έγκαιρης κλινικής υποψίας και διεπιστημονικής προσέγγισης είναι καθοριστικός για την ορθή διάγνωση και την αποκατάσταση της χολικής ροής. της ροής της χολής.



ΕΑ04

ΔΥΣΦΑΓΙΑ ΣΕ ΕΦΗΒΟ 13 ΕΤΩΝ

Γεώργιος Κερπινιώτης^{1*}, Ευστράτιος Σαλιακέλλης^{1*}, Βέρα Καρατησίδου¹, Αθανάσιος Ρίγκας², Παύλος Ράπτης², Γεωργία Ιωαννίδου¹, Μαρία Φωτουλάκη¹, Κυριακή Παπαδοπούλου-Λεγμπέλου¹

¹Δ' Παιδιατρική κλινική ΑΠΘ, Παπαγεωργίου Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Ακτινολογικό Εργαστήριο, Παπαγεωργίου Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

*Οι κ. Κερπινιώτης και κ. Σαλιακέλλης μοιράζονται τη θέση του πρώτου συγγραφέα

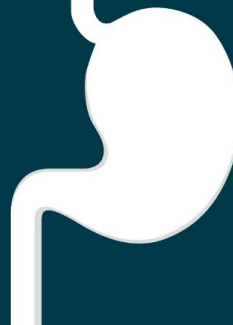
Εισαγωγή: Η δυσφαγία είναι σύμπτωμα όχι ασύνηθες στα παιδιά. Η αιτιολογία της είναι ποικίλη με συχνά αίτια τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και την ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα. Στη διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονται και λιγότερο συχνές οντότητες όπως οι ανωμαλίες του αορτικού τόξου και η ανώμαλη έκφυση της δεξιάς υποκλείδιας αρτηρίας (dysphagia lusoria).

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού δυσφαγίας σε αγόρι 13 ετών.

Υλικό και Μέθοδος: Ανασκόπηση ιατρικού φακέλου του ασθενούς.

Αποτελέσματα: Αγόρι 13 ετών προσκομίστηκε λόγω επεισοδίου πνιγμονής μετά από ενσφήνωση βλωμού κατά τη σίτιση με συνοδά, για λίγες ώρες, επεισόδια εμέτου, δυσφαγία-δυσκαταποσία σε στερεά και υγρά και δυσφορία εντοπισμένη στον φάρυγγα. Τα συμπτώματα υφέθησαν εντός 24ώρου από την εισαγωγή. Η σίτιση ήταν ευχερής. Ο εργαστηριακός έλεγχος (αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφία θώρακος, διάβαση ανώτερου πεπτικού) ήταν φυσιολογικός. Ακολούθησε γαστροσκόπηση στην οποία διαπιστώθηκε σφύζουσα περιοχή στο εγγύς/μέσο τριτημόριο του οισοφάγου η οποία πρόβαλε εντός του αυλού. Το echo καρδιάς, ήταν φυσιολογικό, ενώ η CT θώρακος ανέδειξε ανώμαλη έκφυση δεξιάς υποκλείδιας αρτηρίας, με πορεία πίσω από την τραχεία και τον οισοφάγο. Στην μανομετρία-εμπεδησιομετρία οισοφάγου καταγράφηκε ζώνη υψηλής πίεσης αντιστοιχούσα στην περιοχή της ανώμαλης δεξιάς υποκλείδιου, ωστόσο η κινητικότητα του οισοφάγου ήταν φυσιολογική χωρίς ευρήματα στάσης ή αύξησης της πίεσης εντός του βλωμού. Ο ασθενής εξήλθε ασυμπτωματικός με σύσταση για θωρακοχειρουργική εκτίμηση.

Συμπεράσματα: Η διερεύνηση δυσφαγίας συχνά απαιτεί συμμετοχή πολλών ειδικοτήτων. Η ανώμαλη έκφυση της δεξιάς υποκλείδιας αρτηρίας είναι λιγότερο συχνό αίτιο το οποίο όμως πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφοροδιαγνωστική σκέψη. Η αντιμετώπισή της είναι συντηρητική, ενώ χειρουργική μετάθεση του αγγείου χρειάζεται επί σοβαρής δυσφαγίας.



ΕΑ05

ΠΡΩΙΜΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΝΟΣΟΥ WILSON ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΝΕΑ ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ

Μαρία Κωνσταντίνα Μάλλιου¹, Γεωργία Αμουντζά¹, Ιωάννα Αργύρη¹, Γεωργία Κολτσιδά¹ Χρυσούλα Αθουσάκη¹, Γεώργιος Δαμιανός¹, Θωμάς Μπράντζος², Περικλής Μακρυθανάσης², Αγλαΐα Ζέλλου¹

¹ Β' Παιδιατρική Κλινική "Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών", Νοσοκομείο Παιδών "Π. & Α. Κυριακού", Αθήνα

² Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής "Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών", Αθήνα

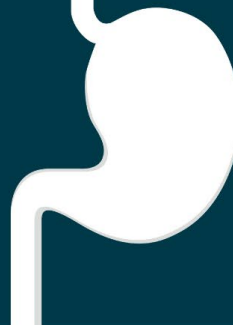
Εισαγωγή: Η νόσος Wilson είναι αυτοσωμική υπολειπόμενη νόσος (1:30.000) που προκαλεί διαταραχές στην απέκκριση του χαλκού και οδηγεί σε συσώρευσή του κυρίως στο ήπαρ και τον εγκέφαλο. Η διάγνωση τίθεται συνήθως στην παιδική - εφηβική ηλικία και προβάλλει με ηπατική βλάβη ή νευροψυχιατρική σημειολογία.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού πρώιμης εκδήλωσης της νόσου με ταυτοποίηση νέας γονιδιακής μετάλλαξης.

Υλικό – Μέθοδος: Αγόρι 2,5 ετών προσήλθε κατόπιν ίωσης, λόγω ανεύρεσης σημαντικής υπερτρανσαμινασαιμίας σε προληπτικό έλεγχο. Διερευνήθηκαν λοιμώδη, αυτοάνοσα και μεταβολικά αίτια. Πραγματοποιήθηκε απεικόνιση κοιλίας, εγκέφαλου καθώς και γενετική εκτίμηση(WES).

Αποτελέσματα: Ο ασθενής παρουσίασε κετωτική υπογλυκαιμία (γλυκόζη<50mg/dl), SGOT 1873IU/L, SGPT 2189IU/L, γGT 119IU/L, ολική χολερυθρίνη 0,5mg/dl, PT 1,14sec, INR 0,99, αμμωνία 89μg/dl, σερουλοπλασμίνη 4mg/dl και χαλκό ούρων 350μg/24ωρο. Η υπογλυκαιμία-κετονουρία βελτιώθηκαν κατόπιν ενυδάτωσης και αποδόθηκαν σε αφυδάτωση λόγω πρόσφατης γαστρεντερίτιδας. Η κλινική εξέταση ανέδειξε ήπια καθυστέρηση λόγου, χωρίς λοιπά παθολογικά ευρήματα. Η MRI εγκεφάλου ήταν φυσιολογική. Ο υπέρηχος κοιλίας κατέδειξε αυξημένη ηχογένεια ήπατος. (ελαστογραφία ήπατος F0-άνευ στεάτωσης). Στο WES ανιχνεύθηκε σύνθετη ετεροζυγωτία στο γονίδιο ATP7B: (α)c.2142_2143del(p.Phe714Leufs*40) εξώνιο 8. Πρόκειται για νέα μη καταγεγραμμένη μετάλλαξη, που προκαλεί μετατόπιση του πλαισίου ανάγνωσης, πρόωρο κωδικόνιο λήξης και απώλεια έκφρασης πρωτεΐνης λόγω αποδόμησης mRNA(null variant). β)c.2807T>A (p.Leu936*) εξώνιο 12. Πρόκειται για νέα παθογόνο μετάλλαξη στον ελληνικό πληθυσμό που οδηγεί σε null variant και απώλεια δημιουργίας πρωτεΐνης.

Συμπεράσματα: Το περιστατικό αυτό αναδεικνύει μια σπάνια πρώιμη εκδήλωση νόσου Wilson με ταυτοποίηση νέας παθογόνου μετάλλαξης, η οποία οδηγεί σε ηπατοπάθεια. Η συσχέτιση γονοτύπου-φαινοτύπου, συμβάλλει στην κατανόηση της γενετικής ετερογένειας και της κλινικής ποικιλομορφίας της νόσου και εμπλουτίζει τις υπάρχουσες βάσεις γενετικών δεδομένων.



ΕΑ06

ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ. Ή ΜΗΠΩΣ ΚΑΙ ΟΧΙ;

Νικόλαος Γκιουρτζής, Παναγιώτα Μίχου, Μαρία Φωτουλάκη

Δ' Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η χρόνια υπερτρανσαμινασαιμία στα βρέφη αποτελεί διαγνωστική πρόκληση, καθώς μπορεί να αποδοθεί σε διαταραχές του ενδιάμεσου μεταβολισμού, λοιμώδη, ανοσολογικά ή ιδιοπαθή αίτια. Η παρουσία αυτοαντισωμάτων συνδυαστικά με κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα συχνά θέτει την υπόνοια αυτοάνοσης ηπατίτιδας (ΑΙΗ), ωστόσο η διάγνωση απαιτεί τον συνδυασμό με ιστολογικά ευρήματα.

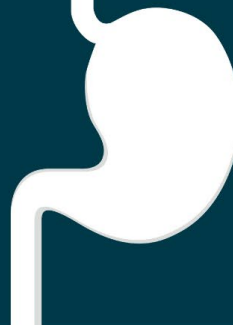
Σκοπός: Παρουσίαση της περίπτωσης ενός βρέφους με παρατεινόμενη υπερτρανσαμινασαιμία, παροδική θετικοποίηση πολλαπλών αυτοαντισωμάτων μεομαλοποίηση των εργαστηριακών δεικτών με φυσιολογική ιστολογική εικόνα πριν την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής. Αναδεικνύονται οι διαγνωστικές δυσκολίες της βρεφικής υπερτρανσαμινασαιμίας και της ανάγκης συνεργασίας μεταξύ παιδίατρου, παιδοηπατολόγου, καθώς και άλλων ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων όταν τίθεται η υπόνοια ΑΙΗ.

Υλικό: Αγόρι ηλικίας 17 μηνών, με ιστορικό υπερτρανσαμινασαιμίας από 6,5 μηνών.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε εκτενής διερεύνηση υπερτρανσαμινασαιμίας με ανάδειξη θετικών αυτοαντισωμάτων (ASMAf-actin, LKM-1, LC-1, p-ANCA).

Αποτελέσματα: Αρχικά, αναδείχθηκαν τριψήφιες και έπειτα τετραψήφιες τιμές τρανσαμινάσων, υπερηχογένεια στα περιπυλαία διαστήματα και στο ηπατικό παρέγχυμα με θετικά αυτοαντισώματα, τα οποία αρνητικοποιήθηκαν σταδιακά, παραμένοντας μόνο ASMA χαμηλού τίτλου (1:40). Ο υπόλοιπος εκτενής έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Η βιοψία ήπατος, σε ηλικία 14 μηνών, ανέδειξε ολιγάριθμα λεμφοκύτταρα στα πυλαία διαστήματα χωρίς άλλα ευρήματα υπέρ ΑΙΗ. Σε ηλικία 16.5 μηνών αναδείχθηκαν τρανσαμινάσες εντός φυσιολογικών ορίων.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση της ΑΙΗ είναι εξαιρετικά δύσκολη στη βρεφική ηλικία, ιδίως όταν υπάρχουν αντικρουόμενα κλινικά, εργαστηριακά και ιστολογικά ευρήματα. Η εικόνα του περιστατικού πιθανόν να αποτελεί μία μεταλοιμώδη κατάσταση, παροδικής ανοσολογικής αρχής και όχι μία κλασική περίπτωση ΑΙΗ. Η τακτική εκτίμηση, το λεπτομερές ιστορικό και η εκτενής διερεύνηση, χωρίς άμεση ανοσοκατασταλτική θεραπεία, οδήγησαν στην καλή έως τώρα πορεία του μικρού ασθενή.



ΕΑ07

ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑ (PEG) – ΝΗΣΤΙΔΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ (j-PEG) ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΠΚΟΝ)

Μαρία Γαλογάβρου, **Γεώργιος Ξυνιάς**, Ιωάννης Ροηλίδης, Φώτιος Κυρβασίλης, Ελπίδα Χατζηαγόρου, Βασίλειος Λιάκος, Κώστας Μωυσίδης, Χοχλιούρου Ελπίδα, Ιωάννης Ξυνιάς
Γ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία (PEG) σε ειδικές καταστάσεις, αποτελεί μονόδρομο και αυξάνεται διεθνώς, σε παιδιά με σοβαρά υποκείμενα νοσήματα, που χρήζουν μακροχρόνιας κατ'οίκον νοσηλείας (ΠΚΟΝ) και διατροφικής υποστήριξης. Η διενέργεια PEG και ενίοτε η νηστιδική σίτιση μέσω αυτής (J-PEG) προτιμώνται, λόγω των σοβαρών προβλημάτων σίτισης και θρέψης των παιδιών και ανοσολογικών πλεονεκτημάτων που προσφέρουν.

Σκοπός μας ήταν η καταγραφή των υποκείμενων προβλημάτων, η ηλικία διενέργειας PEG και των επιπλοκών γαστροστομίας/J-PEG.

Υλικό: Εκτιμήθηκαν 72 παιδιά (1-19 ετών), σιτιζόμενα με γαστροστομία ή j-PEG με σοβαρές παθήσεις και προβλήματα θρέψης. Η γαστροστομία διενεργήθηκε μετά από τουλάχιστον ένα έτος σίτισης με ρινογαστρικό σωλήνα και εφόσον η από του στόματος σίτιση δεν ήταν εφικτή. Όλα τα παιδιά παρακολουθήθηκαν για 1-10 έτη.

Μέθοδος: τα δεδομένα που καταγράφηκαν ήταν: υποκείμενο νόσημα, ηλικία διενέργειας γαστροστομίας, άμεσες ή απώτερες επιπλοκές.

Αποτελέσματα: ένδειξη ήταν η αδυναμία σίτισης και θρέψης από το στόμα, εξαιτίας προβλημάτων μασήσης/κατάποσης. J-PEG τοποθετήθηκε σε 6 παιδιά λόγω έντονης γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης και πνευμονικών εισροφήσεων. Άμεσες σοβαρές επιπλοκές δεν καταγράφηκαν. Ελάσσονες επιπλοκές στην πορεία: επιμόλυνση τραύματος (4 παιδιά), διαρροή από το δερματικό στόμιο (4), περιορισμένη αιμορραγία (1), δερματικές και γαστρικές εξελκώσεις (23), απόφραξη εντερικού σωλήνα (1), απόφραξη σωλήνα γαστροστομίας (16). Επανατοποθέτηση σε άλλο σημείο, σε 5 ασθενείς.

Συμπεράσματα: η σίτιση με PEG σε παιδιά ΠΚΟΝ είναι ασφαλής. Η άρτια τεχνική και η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των επιπλοκών θα καταστήσουν τη μέθοδο χρησιμότερη. Η συνεργασία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και διαφόρων παιδιατρικών υποειδικοτήτων, είναι απαραίτητη, για την καλή έκβαση και την ολοκληρωμένη θρέψη των παιδιών.

ΕΑ08

ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΜΕ PORTAL CAVERNOMA: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Θεοδώρα Μάρη¹, Αγγελική Ταϊρή¹, Χριστίνα Καραστάθη¹, Αικατερίνη Μπαργιώτα¹, Μαρίνα Βακάκη², Ελένη Κουτρουβέλη², Αναστασία Κονιδάρη¹

¹ Γενικό Νοσοκομείο Παιδών « Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού», Β' Παιδιατρική Κλινική ΕΣΥ, Αθήνα

² Γενικό Νοσοκομείο Παιδών « Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού», Τμήμα Ακτινολογίας, Αθήνα

Εισαγωγή: Η εξωηπατική πυλαία απόφραξη οφείλεται σε αγγειακή διαταραχή με σηραγγοποίηση/κίρσοιδή εμφάνιση της πυλαίας φλέβας που εμφανίζεται πιθανότατα κατόπιν προγηθείσας θρόμβωσης. Παρουσιάζεται ως τυχαίο εύρημα σε τακτικό έλεγχο αλλά με εικόνα αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού, σπληνομεγαλία, αιματολογικές διαταραχές, προοδευτική εξέλιξη ηπατικής νόσου με τρανσαμινασαιμία/χολαγγοειπάθεια/πυλαία υπέρταση. Η έγκαιρη διάγνωση και άμεση παρέμβαση η οποία αποκαθιστά την ορθόδρομη ροή προς το ήπαρ είναι κρίσιμες, είτε με την παρακαμπτήριο χειρουργική τεχνική Meso-Rex bypass, με παράκαμψη και εκτροπή προς τον αριστερό ενδοηπατικό κλάδο της πυλαίας με χρήση αγγειακού μοσχεύματος, είτε με επεμβατική ακτινολογική παρακαμπτήρια μέθοδο.

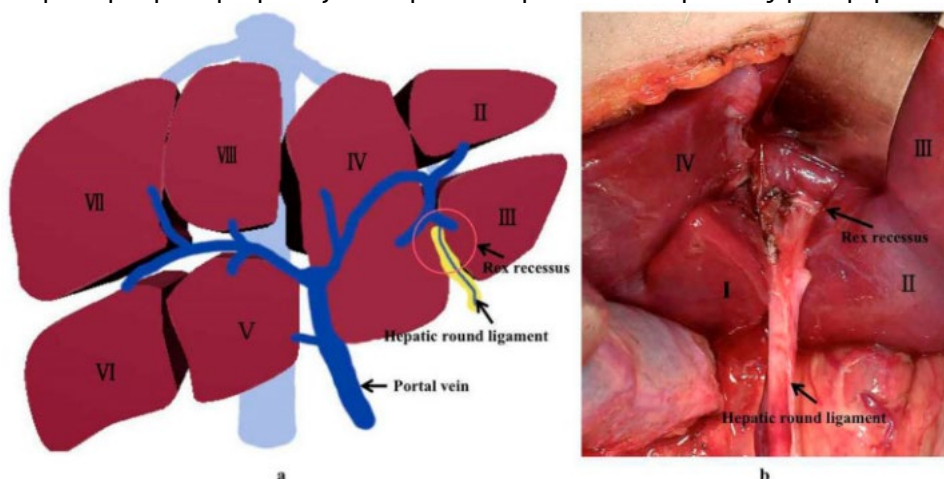
Σκοπός: Η παρουσίαση δύο παιδιατρικών ασθενών με portal cavernoma, διαγνωσμένων υπό διαφορετικές κλινικές συνθήκες και απεικονιστικές μεθόδους, αναδεικνύοντας την ετερογένεια της εικόνας και τη διαφοροποίηση στη θεραπευτική προσέγγιση.

Υλικό: Έφηβος 14 ετών και αγόρι 8 ετών νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο μας όπου ετέθη η διάγνωση. Ο πρώτος προσήλθε με μεμονωμένο επεισόδιο αιματέμεσης, κατά την ενδοσκόπηση διαπιστώθηκε παρουσία κίρσων οισοφάγου και στην MRI κοιλίας cavernoma της πυλαίας φλέβας. Ο δεύτερος παραπέμφθηκε λόγω εμμένουσας τρανσαμινασαιμίας και διαπίστωσης portal cavernoma σε υπέρηχο κοιλίας και αξονική αγγειογραφία.

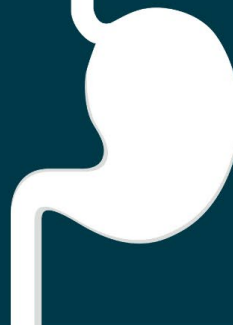
Μέθοδος: Παρουσίαση των κλινικών χαρακτηριστικών, της διαγνωστικής προσέγγισης, των απεικονιστικών μεθόδων που εφαρμόστηκαν και της εξατομικευμένης θεραπευτική παρέμβασης.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς παραπέμφθηκαν σε εξειδικευμένο κέντρο του εξωτερικού, όπου υποβλήθηκαν σε διαφορετικές τεχνικές αποκατάστασης: ο πρώτος σε Meso- Rex, ενώ στον δεύτερο εφαρμόστηκε επεμβατική ακτινολογική παρέμβαση, με θεαματικά αποτελέσματα και στις δύο περιπτώσεις.

Συμπεράσματα: Η ανατομική διαφοροποίηση καθοδηγεί τη θεραπευτική στρατηγική. Η έγκαιρη διάγνωση/παραπομπή σε εξειδικευμένα κέντρα είναι καθοριστικές για την βέλτιστη έκβαση.



Picture: "Courtesy of Jean de Ville de Goyet, ISMETT , Palermo, Italy"



ΕΑ09

ΘΞΕΙΑ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΒΡΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Αφροδίτη Κούρτη¹, Αναστασία Τριανταφύλλου¹, Έλλη Αθανασοπούλου¹, Ινώ Καναβάκη¹, Σπυρίδων Προύντζος², Νικόλαος Ζάβρας¹, Σμαραγδή Φεσσάτου¹

¹Μονάδα Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής, Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο βραχέος εντέρου συνοδεύεται από συχνές διατροφικές και μεταβολικές διαταραχές. Η D-γαλακτική οξέωση, αν και σπάνια, είναι μια χαρακτηριστική επιπλοκή που εκδηλώνεται κυρίως με νευρολογικά συμπτώματα. Στην παιδιατρική πράξη, η διάγνωση βασίζεται συχνά στην κλινική υποψία και την ανταπόκριση στη θεραπεία, καθώς η μέτρηση D-γαλακτικού οξέος δεν είναι διαθέσιμη.

Περιγραφή περιστατικού: Βρέφος άρρεν 12 μηνών με ιστορικό εκτεταμένης εντερεκτομής λόγω συστροφής και εγκατάσταση συνδρόμου βραχέος εντέρου παρακολουθείται υπό εξειδικευμένο διατροφικό σχήμα. Προσήλθε με αιφνίδια αστάθεια βάδισης, ευερεθιστότητα και λήθαργο. Η νευρολογική εξέταση δεν ανέδειξε εστιακά ευρήματα, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος κατέδειξε μεταβολική οξέωση χωρίς εμφανή άλλη αιτία. Με βάση το ιστορικό και την κλινική εικόνα, τέθηκε η υποψία D-γαλακτικής οξέωσης. Η αντιμετώπιση περιλάμβανε χορήγηση p.os μετρονιδαζόλης, μείωση υδατανθράκων στη δίαιτα, προσαρμογή της εντερικής σίτισης, ενυδάτωση και χορήγηση ηλεκτρολυτών. Υπό τα μέτρα αυτά σημειώθηκε σταδιακή ύφεση των συμπτωμάτων και πλήρης αποκατάσταση της κλινικής εικόνας.

Συζήτηση – Συμπεράσματα: Η D-γαλακτική οξέωση πρέπει να αναγνωρίζεται έγκαιρα σε παιδιά με σύνδρομο βραχέος εντέρου, καθώς η εκδήλωση με νευρολογικά συμπτώματα μπορεί να οδηγήσει σε εσφαλμένη διάγνωση άλλων παθήσεων. Στις χώρες όπου η εργαστηριακή επιβεβαίωση δεν είναι εφικτή, η κλινική υποψία σε συνδυασμό με την ανταπόκριση στη θεραπεία αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της διάγνωσης. Η έγκαιρη παρέμβαση με διαιτητική τροποποίηση και υποστηρικτική φροντίδα βελτιώνει την πρόγνωση και μειώνει τον κίνδυνο υποτροπών.

ΕΑ10

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟ 15 ΕΤΩΝ ΜΕ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΛΕΚΤΙΝΗΣ

Ελένη-Ιωάννα Βουρλή¹, Αργυροπούλου Μαρία¹, Αικατερίνη Μπαργιώτα¹, Φλώρα Τζιφή¹, Χριστίνα Καραστάθη¹, Νικολέττα Μαστραντωνάκη¹, Κυριακή Τσότρα¹, Κωστελέτος Σπυρίδων³, Μαριάννα Τζανουδάκη⁴, Ειρήνη Βράκα⁵, Μαρία Γαβρά⁵, Μαρίνα Βακάκη², Αναστασία Κονιδάρη¹

¹Β' Παιδιατρική Κλινική ΕΣΥ, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών "Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού", Αθήνα

²Ακτινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών "Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού", Αθήνα

³Α' Χειρουργική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών "Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού", Αθήνα

⁴Τμήμα Ανοσολογίας και Ιστοσυμβατότητας, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία», Αθήνα

⁵Ακτινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία», Αθήνα

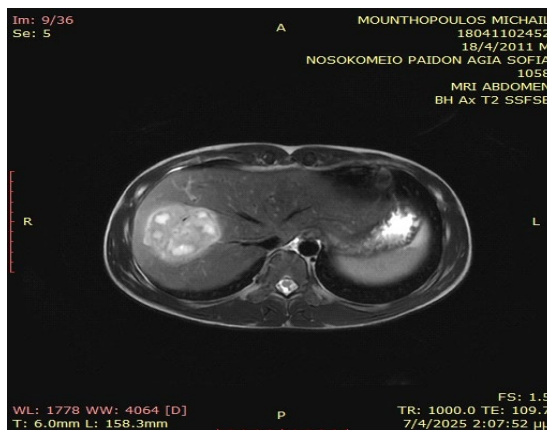
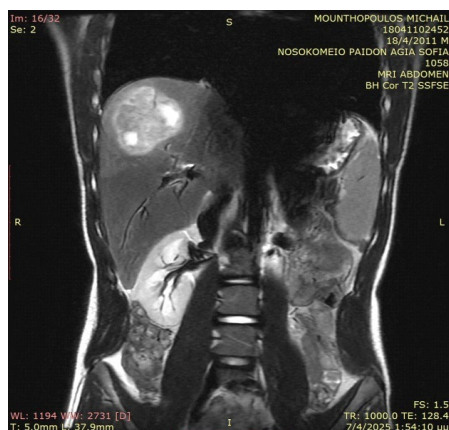
Εισαγωγή: Το ηπατικό απόστημα είναι περιγεγραμμένη συλλογή πύου εγκυστωμένη στο ήπαρ με παρεγχυματική νέκρωση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση εξαρτάται από τον αιτιολογικό παράγοντα, το μέγεθος και θέση του αποστήματος, την γενικότερη κατάσταση και κλινική πορεία του ασθενούς, τυχόν συννοσηρότητα ή υποκείμενη νόσο, και μπορεί να περιλαμβάνει και χειρουργική παρέμβαση.

Σκοπός: Η διαγνωστική και θεραπευτική παρέμβαση σε έφηβο 15 ετών με ηπατικό μόρφωμα και συνοδό ανεπάρκεια λεκτίνης.

Υλικό: Έφηβος 15 ετών προσκομίστηκε λόγω εμπυρέτου από 3ημέρου με αυξημένους δείκτες φλεγμονής (CRP:240mg/L) για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.

Μέθοδος: Παρουσίαση των κλινικών χαρακτηριστικών, της διαγνωστικής προσέγγισης, των απεικονιστικών μεθόδων που εφαρμόστηκαν και της εξατομικευμένης θεραπευτικής παρέμβασης.

Αποτελέσματα: Κατά τη διερεύνηση σε υπερηχογράφημα άνω -κάτω κοιλίας, ιδιαίτερα λόγω του διαπιστωθέντος άλγους δεξιού υποχονδρίου, αναδείχθηκε μόρφωμα ήπατος διαστάσεων 6,4x6,2x6,1cm (εικόνες 1,2). Διενεργήθηκε περαιτέρω απεικονιστικός έλεγχος με αξονική θώρακος, μαγνητική κοιλίας και εγκεφάλου, χωρίς ανεύρεση επιπλέον εστιών. Έγινε τροποποίηση της αντιβιοτικής αγωγής με μετρονιδαζόλη και μεροπενέμη για 6 εβδομάδες καθώς και αλβενδαζόλη για 4 εβδομάδες, με σταδιακή μείωση των διαστάσεων (διαστάσεις 3 μήνες μετά την ολοκλήρωση της αγωγής: 1,61x1cm). Λόγω της εντόπισης του αποστήματος και της σταδιακής ανταπόκρισης στην θεραπεία αποφασίστηκε να μην παροχετευτεί. Ο ορολογικός έλεγχος και οι καλλιέργειες δεν απομόνωσαν αιτιολογικό παράγοντα. Από τον ανοσολογικό έλεγχο (ολικό συμπλήρωμα) διαπιστώθηκε ανεπάρκεια της λεκτίνης.



Εικόνες 1,2: στεφανιαία και εγκάρσια τομή του αποστήματος στη μαγνητική κοιλίας.

8^ο



**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ
ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

"Παιδιατρική Γαστρεντερολογία,
Ηπατολογία και Διατροφή
στην Κλινική Πράξη"

03-05

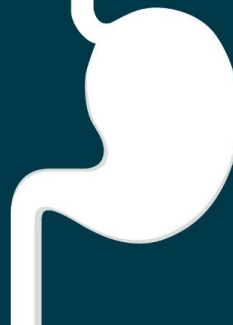
ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2025

Ξενοδοχείο
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ PALACE
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

www.helspghancongress.gr



Συμπεράσματα: Το ηπατικό απόστημα αν και σπάνιο, συμπεριλαμβάνεται στην διαφορική διάγνωση εμπυρέτου με κοιλιακό άλγος και εγείρει υποψία για περαιτέρω εξειδικευμένο έλεγχο. Η αντιμετώπιση απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση με διαρκή αξιολόγηση των ευρημάτων.



ΕΑ11

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΕΛΕΧΑΦΤΟΡ/ΤΕΖΑΑΦΤΟΡ/ΙΒΑΦΤΟΡ (ΕΤΙ) ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΛΙΠΟΔΙΑΛΥΤΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ (ΚΙ): ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Κωνσταντίνα Βασιλάκη¹, Μαρία Ελένη Παππά², Θωμάς Καραγιάννης³, Ελπίδα Χατζηαγόρου¹

¹ Γ Παιδιατρική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

² Β Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αττικό, Αθήνα

³ Β Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η ΚΙ χαρακτηρίζεται από δυσαπορρόφηση λιποδιαλυτών βιταμινών και διαταραχές λιπιδίων. Η εισαγωγή στη θεραπεία ρυθμιστών CFTR, έχει αλλάξει σημαντικά τη διαχείριση της ΚΙ.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της επίδρασης της θεραπείας με ΕΤΙ στα επίπεδα λιποδιαλυτών βιταμινών (Α, D, Ε, Κ) και στο λιπιδαιμικό προφίλ (ολική χοληστερόλη, LDL, HDL, τριγλυκερίδια) σε ασθενείς με ΚΙ.

Μέθοδοι: Αυτή η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση ακολούθησε τις κατευθυντήριες συστάσεις PRISMA 2020. Έγινε αναζήτηση της βιβλιογραφίας σε PubMed, Embase, Scopus και CENTRAL έως τον Απρίλιο του 2024. Ο κίνδυνος μεροληψίας αξιολογήθηκε με το ROBINS-I ενώ η μετα-ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το RevManWeb. Η ετερογένεια αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας I² και διαστήματα πρόβλεψης.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 10 μελέτες παρατήρησης, στις οποίες συμμετείχαν 1.667 ασθενείς με ΚΙ. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 24,6±8,1 έτη, άνδρες 50,8%. Η θεραπεία με ΕΤΙ συσχετίστηκε με σημαντική αύξηση των επιπέδων της βιταμίνης Ε στον ορό (μέση διαφορά: +61,43 mcg/dL, 95% CI: 2,72 έως 120,13, $P = 0,04$), βιταμίνη Α (+9,05, 95% CI: 5,93 έως 12,17, $P < 0,00001$) HDL (+5,50 mg/dL, 95% CI: 1,88 έως 9,11; $P = 0,01$), LDL (+16,14 mg/dL, 95% CI: 4,72 έως 27,56; $P = 0,02$) και ολική χοληστερόλη (+20,15 mg/dL, 95% CI: 9,14 έως 31,17, $P = 0,007$). Οι μεταβολές στη βιταμίνη D και τα τριγλυκερίδια δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

Συμπέρασμα: Η θεραπεία με ΕΤΙ σχετίζεται με βελτιωμένες συγκεντρώσεις HDL, ολικής χοληστερόλης και βιταμινών Α και Ε στον ορό, πιθανώς λόγω της αυξημένης απορρόφησης θρεπτικών συστατικών και της μεταβολικής αποκατάστασης. Ωστόσο, η μεταβλητότητα των τριγλυκεριδίων και των αποκρίσεων στη βιταμίνη D υποδηλώνει την ανάγκη εξατομικευμένης παρακολούθησης. Οι αυξήσεις της LDL υποδηλώνουν επίσης την ανάγκη για συνεχή καρδιαγγειακή παρακολούθηση.



EA12

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΙΤΑ ΧΩΡΙΣ ΓΛΟΥΤΕΝΗ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ: ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Αντώνιος Μπόζας^{1,2}, Φωτεινή Σωτηριάδου¹, Όλγα Νικολαΐδου¹, Μαρία Φωτουλάκη¹

¹ Δ' Παιδιατρική Κλινική, ΑΠΘ – Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

² Εργαστήριο Ψυχολογίας INEB – Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης (ΕΚΕΤΑ), Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η εφηβεία αποτελεί κομβική αναπτυξιακή περίοδο, όπου η αυστηρή τήρηση δίαιτας χωρίς γλουτένη (GFD) έρχεται σε σύγκρουση με την ανάγκη για αυτονομία και κοινωνική αποδοχή. Ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η ενσυνειδητότητα και η ανθεκτικότητα, ενδέχεται να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη συμμόρφωση και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα.

Σκοπός: Η διερεύνηση της συμβολής της ενσυνειδητότητας και της ανθεκτικότητας στη διατροφική συμμόρφωση και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή εφήβων με κοιλιοκάκη.

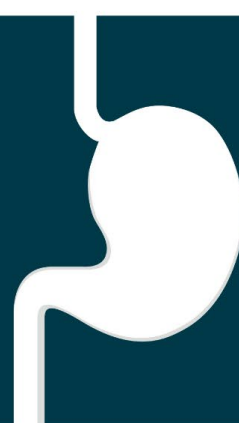
Υλικό: Συμμετείχαν 31 έφηβοι ηλικίας 11–18 ετών, παρακολουθούμενοι σε Ε.Ι παιδιατρικό ιατρείο κοιλιοκάκης της Δ' Παιδιατρικής ΑΠΘ.

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια CAMM (ενσυνειδητότητα), RYDM (ανθεκτικότητα), SDQ (ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα – παιδιών/γονέων) και CDAT (συμμόρφωση GFD). Οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν σε τέσσερις διαδοχικές μετρήσεις σε διάστημα τεσσάρων μηνών.

Αποτελέσματα: Τα αρχικά δεδομένα έδειξαν μέτρια επίπεδα ενσυνειδητότητας και ανθεκτικότητας, αλλά χαμηλή συμμόρφωση στη GFD. Στην πορεία καταγράφηκε μικρή βελτίωση στη συμμόρφωση και μείωση των ψυχοκοινωνικών δυσκολιών, συνοδευόμενες όμως από μείωση της ενσυνειδητότητας και της ανθεκτικότητας. Υψηλότερη ενσυνειδητότητα συσχετίστηκε με καλύτερη συμμόρφωση ($r=0,64$, $p<0,01$) και λιγότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα ($r=0,70$, $p<0,01$), ενώ η ανθεκτικότητα σχετίστηκε θετικά με την τήρηση GFD ($r=0,47$, $p<0,01$).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα αναδεικνύουν τον κρίσιμο ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων στη διαχείριση της κοιλιοκάκης στην εφηβεία. Η διαπιστωμένη μείωση της ενσυνειδητότητας και της ανθεκτικότητας υπογραμμίζει την ψυχολογική επιβάρυνση της μακροχρόνιας δίαιτας. Στοχευμένες ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις μπορούν να ενισχύσουν τις σχετικές δεξιότητες, προάγοντας τη συμμόρφωση, την κοινωνική ένταξη και τη μακροπρόθεσμη ευημερία των εφήβων.

Λέξεις-κλειδιά: κοιλιοκάκη, έφηβοι, δίαιτα χωρίς γλουτένη, ενσυνειδητότητα, ανθεκτικότητα



EA13

ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΕΦΗΒΟ

Δήμητρα-Ιφιγένεια Ματαρά¹, Θεοδώρα Μπαχού², Παναγιώτα Γιαμαρέλου³, Μαρίνα Βακάκη⁴, Μαρία Γαβρά⁵, Αναστασία Μεντεσίδου⁶, Χρήστος Μασαούτης⁷, Αγγελική-Ελένη Σφετσιώρη¹, Ευγενία Μάγκου¹, Μαρία Νικήτα¹, Δημήτριος Δογάνης¹

¹ Ογκολογικό Τμήμα, Νοσοκομείου Παιδών «Π&Α Κυριακού» (ΟΤΑΚ), Ογκολογική Μονάδα Παιδών «Μαριάννα Β. Βαρδινογιάννη- ΕΛΠΙΔΑ»

² Α' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείου Παιδών «Π&Α Κυριακού»

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Νοσοκομείου Παιδών «Π&Α Κυριακού»

⁴ Ακτινολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείου Παιδών «Π&Α Κυριακού»

⁵ Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία»

⁶ Β' Χειρουργική κλινική Νοσοκομείου Παιδών «Π&Α Κυριακού»

⁷ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Ο εγκολεασμός εντέρου είναι από τις πλέον επείγουσες καταστάσεις στην Παιδιατρική και απαιτεί άμεσες ενέργειες όχι όμως απαραίτητα χειρουργικές. Η εμφάνισή του μάλιστα σε μεγαλύτερα παιδιά δημιουργεί υποψία ύπαρξης οδηγού σημείου συμπεριλαμβανομένων σειράς νεοπλασιών και ιδιαιτέρως Λεμφώματος Burkitt

Σκοπός: Περιγραφή παιδιατρικού ασθενούς με εγκολεασμό στα πλαίσια λεμφώματος Burkitt.

Υλικό: Αγόρι 11 ετών με διαλείπον κοιλιακό άλγος από 20ημέρου μετά το πέρας ιογενούς γαστρεντερίτιδας, χωρίς συνοδά Β-συμπτώματα. Στον υπερηχογραφικό έλεγχο κοιλίας ανεδείχθη εिलεοτυφλικός εγκολεασμός του εντέρου και συνοδό υπόηχο μόρφωμα 5,5 x 4,4 x 2,9 (37,9 cm³) στην περιοχή της εिलεοτυφλικής βαλβίδας.

Μέθοδος: Διενεργήθηκε πλήρης επιπλέον απεικονιστικός έλεγχος και με PET-scan. Επιβεβαιώθηκε η παρουσία του υπερηχογραφικά καθορισμένου μορφώματος και η απουσία ύποπτων λεμφαδένων ή άλλων επιχώριων ή απομακρυσμένων βλαβών. Δε διεπιστώθη ασκитικό υγρό επαρκές προς παρακέντηση ώστε να τεθεί διάγνωση μέσω κυτταρολογικής. Διενεργήθη ενδοσκόπηση κατώτερου πεπτικού και επιβεβαιώθηκε μόρφωμα στο τυφλό – δεξιό κόλον. Ελήφθησαν βιοψίες και η ιστολογική (και με FISH) εξέταση επιβεβαίωσε διήθηση εντερικού βλεννογόνου από μη-Hodgkin λέμφωμα (non-HL, Burkitt, αναδιάταξη γονιδίου MYC).

Αποτελέσματα: Το παιδί έλαβε χημειοθεραπεία για non-HL (CCLG, 2020) με πλήρη ανταπόκριση: πλήρη υποχώρηση της χωροκατακτητικής εξεργασίας και του εγκολεασμού και απουσία παθολογικών ευρημάτων.

Συμπεράσματα: Ο εγκολεασμός στα παιδιά είναι συχνή αιτία κοιλιακού πόνου. Η εμφάνισή του σε μεγαλύτερα παιδιά εγείρει υποψία παρουσίας οδηγού σημείου και συχνά Λεμφώματος. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να γίνεται κάθε δυνατή προσπάθεια αποφυγής χειρουργείου και διάγνωσης με λιγότερο επεμβατικές μεθόδους (κυτταρολογική ασκитικού υγρού, ενδοσκόπηση πεπτικού) ώστε να αποφεύγεται κατά το δυνατό η νοσηρότητα και η καθυστέρηση έναρξης της αντινεοπλασματικής αγωγής.



ΕΑ14

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

Τατιανή Παππά, Τσιφτσάκη Αλεξάνδρα, Ιωάννης Ροηλίδης, Ιωάννης Ξυνιάς
Γ' Παιδιατρική κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η κληρονομική παγκρεατίτιδα (ΚΠ) έχει αναδειχθεί ως σημαντική αιτία οξείας, υποτροπιάζουσας παγκρεατίτιδας στον παιδιατρικό πληθυσμό, με κύριο χαρακτηριστικό την ταχεία εξέλιξη σε χρόνια παγκρεατίτιδα. Η τελευταία συνδέεται με σημαντική νοσηρότητα και επιπλοκές, όπως είναι η ανεπάρκεια της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος, ο σακχαρώδης διαβήτης και το αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος, επιβαρύνοντας την ποιότητα ζωής των παιδιατρικών ασθενών. Καθώς η κλινική εικόνα της ΚΠ είναι παρόμοια με άλλης αιτιολογίας παγκρεατίτιδες, τη διάγνωση κατευθύνουν το θετικό οικογενειακό ιστορικό ή/και η ανεύρεση συγκεκριμένων γενετικών παραλλαγών, κυρίως στα γονίδια PRSS1, SPINK1, CFTR και CTRC, που φαίνεται να σχετίζονται με πρωιμότερη έναρξη και ταχύτερη εξέλιξη της νόσου.

Σκοπός: Η παρουσίαση δύο περιστατικών κληρονομικής παγκρεατίτιδας με υποτροπιάζοντα επεισόδια παγκρεατίτιδας από νεαρή ηλικία, όπου η διάγνωση τέθηκε με γονιδιακό έλεγχο.

Υλικό – Μέθοδος – Αποτελέσματα: Η πρώτη περίπτωση αφορά αγόρι 11 ετών με ιστορικό υποτροπιάζουσών επεισοδίων παγκρεατίτιδας από την ηλικία των 3 ετών, με παρουσία κυστικού σχηματισμού στην αγκιστροειδή απόφυση του παγκρέατος στην τελευταία MRCP, ως απότοκος των επεισοδίων οξείας παγκρεατίτιδας. Διενεργήθηκε γενετικός έλεγχος, κατά τον οποίο ανιχνεύθηκε σε ετερόζυγη κατάσταση η παραλλαγή c.101A>G, (p.Asn34Ser) στο γονίδιο SPINK1, που θεωρείται παράγοντας κινδύνου που προδιαθέτει σε χρόνια παγκρεατίτιδα.

Η δεύτερη περίπτωση αφορά έφηβο 13 ετών που στα πλαίσια διερεύνησης επιγαστραλγίας, ανευρέθησαν υπερηχογραφικά ευρήματα χρόνιας παγκρεατίτιδας, που επιβεβαιώθηκαν και με με μαγνητική τομογραφία κοιλίας, MRCP και αξονική τομογραφία κοιλίας. Από το ιστορικό πρέκυψε θετικό οικογενειακό ιστορικό χρόνιας παγκρεατίτιδας στον πατέρα και τον πατρικό παππού, οπότε διενεργήθηκε γενετικός έλεγχος, στον οποίο ανιχνεύθηκε ετερόζυγη παθογόνος παραλλαγή c.86A>T (p.Asn29Ile) στο γονίδιο PRSS1.

Συμπεράσματα: Είναι σημαντική η έγκαιρη αναγνώριση παιδιών υψηλού κινδύνου για ΚΠ, με σκοπό την άμεση παραπομπή σε εξειδικευμένα κέντρα, με δυνατότητα γενετικής διερεύνησης, ολιστικής διαχείρισης και δυνατότητας συνεχούς έρευνας της επίδρασης των γενετικών και επιγενετικών παραγόντων κινδύνου στη φυσική πορεία και εξέλιξη της παιδικής παγκρεατίτιδας.

ΕΑ15

ΝΕΟΓΝΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

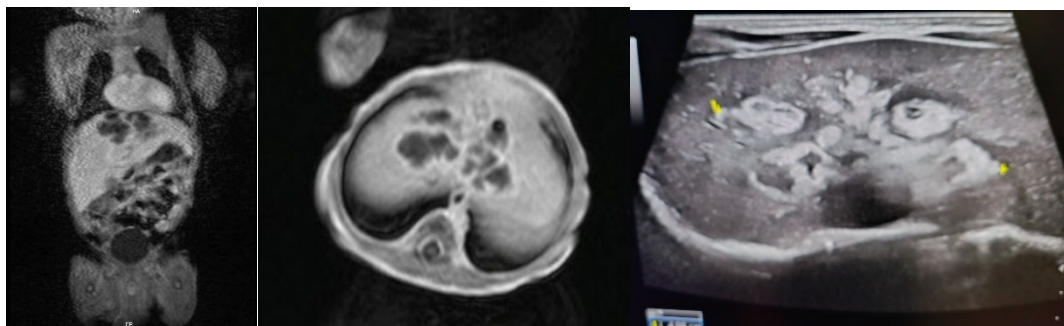
Μαριάννα Παπακωνσταντίνου, Κωνσταντίνα Βασιλάκη, Ιουστίνη Καλαϊτζοπούλου, Χαράλαμπος Ανταχόπουλος
Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Τα αποστήματα ήπατος στα νεογνά αποτελούν μία σπάνια και επικίνδυνη κλινική οντότητα με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Κυριότερος προδιαθεσικός παράγοντας είναι ο καθετηριασμός των ομφαλικών αγγείων, ενώ έχουν συσχετιστεί και άλλοι παράγοντες κινδύνου, όπως η σήψη, η προωρότητα και η νεκρωτική εντεροκολίτιδα.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού νεογνού που εμφάνισε αποστήματα ήπατος κατά τη νοσηλεία του σε ΜΕΝΝ.

Υλικό-Μέθοδος-Αποτελέσματα: Νεογνό άρρεν 35^{w+6d}, γεννηθέν με φυσιολογικό τοκετό μετά από παρατεταμένη ρήξη εμβρυικών υμένων, διακομίστηκε σε ΜΕΝΝ την 6^η ώρα ζωής λόγω πνευμοθώρακα, ο οποίος αντιμετωπίστηκε χωρίς περαιτέρω επιπλοκές στο αναπνευστικό σύστημα. Κατά την εισαγωγή, μεταξύ άλλων χειρισμών διενεργήθηκε και καθετηριασμός ομφαλικών αγγείων. Την 6^η ημέρα νοσηλείας του εμφάνισε εμπύρετο, με συνοδό αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος λοίμωξης, με αρνητικές καλλιέργειες αίματος και ούρων. Λόγω εμμένουσας αύξησης των δεικτών φλεγμονής έγινε υπερηχογραφικός έλεγχος ο οποίος ανέδειξε πολλαπλές συρρέουσες εστίες στο ηπατικό παρέγχυμα, συμβατές με αποστήματα. Ο ασθενής ανταποκρίθηκε στην ενδοφλέβια αγωγή με αντιβιοτικά ευρέους φάσματος και εξήλθε τη 17^η ημέρα νοσηλείας με κλινική και απεικονιστική βελτίωση. Συνέχισε την αντιμικροβιακή θεραπεία με λήψη σιπροφλοξασίνης από του στόματος για δύο μήνες. Πραγματοποιήθηκαν τακτικοί επανέλεγχοι, όπου διαπιστώθηκε πλήρης υποχώρηση των απεικονιστικών ευρημάτων τον έκτο μήνα.

Συμπεράσματα: Τα αποστήματα ήπατος αποτελούν σπάνια αλλά σοβαρή κλινική οντότητα στα νεογνά, η οποία θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση σηπτικών επεισοδίων, ιδιαίτερα παρουσία προδιαθεσικών παραγόντων. Η έγκαιρη διάγνωση με υπερηχογράφημα και η έγκαιρη έναρξη κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής, ακόμη και όταν δεν απομονώνεται συγκεκριμένος μικροβιακός παράγοντας, μπορούν να οδηγήσουν σε ευνοϊκή κλινική έκβαση.



8^ο



**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ
ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

"Παιδιατρική Γαστρεντερολογία,
Ηπατολογία και Διατροφή
στην Κλινική Πράξη"

03-05

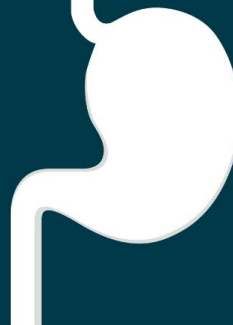
ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2025

Ξενοδοχείο
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ PALACE
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

www.helspgncongress.gr



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



ΑΑ01

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΟΥΣ ΛΥΚΟΥ (ΣΕΛ) ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

Θεοδώρα Συριοπούλου¹, Κυριακούλα Μεράκου^{1,2}, Θεόδωρος Σεργεντάνης^{1,3}, Ναΐρ-Τώνια Βασιλάκου^{1,4}

¹ ΠΜΣ Δημόσια Υγεία, Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας - Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,

^{1,2} Καθηγήτρια Αγωγής και Προαγωγής Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,

^{1,3} Επίκουρος Καθηγητής Επιδημιολογίας -Μεθοδολογίας της Έρευνας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,

^{1,4} Καθηγήτρια Διατροφής Ειδικών Ομάδων και Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

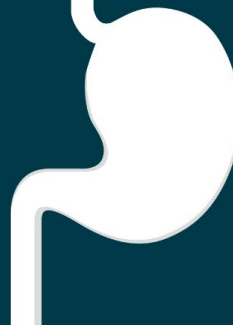
Εισαγωγή: Ο παιδιατρικός ΣΕΛ αποτελεί μια χρόνια αυτοάνοση νόσο, συνοδευόμενη από σοβαρές σωματικές και ψυχολογικές προκλήσεις.

Σκοπός: Η διερεύνηση του ρόλου της διατροφής στη διαμόρφωση της υγείας και της συνολικής ποιότητας ζωής των παιδιών και εφήβων με ΣΕΛ.

Υλικό - Μέθοδος: Διενεργήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση, συλλέγοντας και αναλύοντας πρωτογενείς έρευνες, ανασκοπήσεις και κλινικές δοκιμές που επικεντρώνονται στη σχέση διατροφής και ΣΕΛ σε ανήλικους πληθυσμούς. Πηγές αναζήτησης: PubMed, Scopus και Google Scholar.

Αποτελέσματα: Διατροφική επάρκεια σε βιταμίνη D, σχετίστηκε με μικρότερη ενεργοποίηση του συμπληρώματος και λιγότερες νεφρικές εξάρσεις, ενώ σε ω-3 λιπαρά οξέα και αντιοξειδωτικά, με μειωμένη δραστηριότητα της νόσου και βελτιωμένη φυσική και ψυχοκοινωνική ευεξία. Η λήψη προβιοτικών φαίνεται να ενισχύει την ανοσολογική ανεκτικότητα και να μειώνει τη φλεγμονώδη απάντηση. Διατροφή πλούσια σε σύνθετους υδατάνθρακες και τροφές που διατηρούν σταθερό το σάκχαρο αίματος, σχετίστηκε με καλύτερη συναισθηματική ευεξία και μείωση ευερεθιστότητας και κατάθλιψης, ενώ διατροφή με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη και πλούσια σε κορεσμένα λιπαρά, συσχετίστηκε με διακύμανση διάθεσης και αυξημένη ψυχική κόπωση. Ασθενείς που υιοθέτησαν δίαιτες πλούσιες σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια και δημητριακά ολικής άλεσης ανέφεραν σταδιακή μείωση της μυϊκής κόπωσης και μεγαλύτερη ενεργειακή επάρκεια, ενώ προσαρμοσμένες διατροφικές συστάσεις μείωσαν τη νοσηρότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και άλλες μη μεταδοτικές ασθένειες. Η Μεσογειακή δίαιτα, συσχετίστηκε με μειωμένη φλεγμονή και καλύτερη ψυχοσωματική ευεξία σε βάθος διετίας. Προγράμματα που ενσωμάτωναν εκπαιδευτικά εργαλεία, ψυχολογική υποστήριξη και διατροφική παρακολούθηση απέφεραν καλύτερα αποτελέσματα στη φυσική και ψυχική κατάσταση των ασθενών.

Συμπεράσματα: Ο ρόλος της διατροφής, αναδεικνύει τη σημασία ενσωμάτωσης μη φαρμακευτικών πρακτικών και ολιστικής φροντίδας στη διαχείριση του παιδιατρικού ΣΕΛ.



AA02

ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Μαργαρίτα-Ευθαλία Παπασάββα, Βασιλική Τσανάκα, Αικατερίνη Παππά, Βασιλική Μπουτίνα, **Ιωάννα Χατζή**, Κωνσταντίνα Γεωργοπούλου, Βασιλική Γκέτση
Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Εισαγωγή: Οι ιογενείς λοιμώξεις αποτελούν τη συχνότερη αιτία νοσηρότητας στην παιδική ηλικία. Αν και οι γαστρεντερικές εκδηλώσεις είναι συχνές, η οξεία αιμορραγική γαστρίτιδα σε ανοσοεπαρκείς παιδιατρικούς ασθενείς είναι σπάνια. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται μεμονωμένες περιπτώσεις από τους ιούς: Epstein-Barr, κυτταρομεγαλοϊό, απλού έρπητα, γρίπης και Coxsackie.

Σκοπός: Η ανάδειξη της κλινικής εικόνας, της διαγνωστικής προσέγγισης και της πορείας σπάνιου περιστατικού οξείας αιμορραγικής γαστρίτιδας, η οποία αποδόθηκε σε συλλοίμωξη από παρβοϊό και Coxsackie B3 (CV-B3), σε έναν ανοσοϊκανό έφηβο.

Υλικό: Έφηβος 14.5 ετών με πετεχειώδες εξάνθημα από 48ώρου και πυρετό από 24ώρου. **Μέθοδος:** Αιματολογικός/Βιοχημικός/Ιολογικός/Ανοσολογικός έλεγχος, οφθαλμολογική εξέταση, ΗΚΓ/US καρδιάς, ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού.

Αποτελέσματα: Στην εισαγωγή: γενικευμένο πετεχειώδες εξάνθημα ενδεικτικό αγειίτιδας, συρρέον στις παρειές, βουβωνικές χώρες και κάτω άκρα, οιδήματα παλαμών/πελμάτων, ενάνθημα υπερώας και φυσαλιδώδεις βλάβες στη γλώσσα και την έσω επιφάνεια των χειλέων, WBC:2340/μL, PLT:144000/μL, TKE:10mm/1^η ώρα, CRP:33.6mg/L, C3/C4:45.1/10.6 mg/dl, PCR ρινοφαρυγγικού: θετική για παρβοϊό, θετικά αντισώματα IgM έναντι παρβοϊού και έναντι CV-B3, θετικά ANA/p-ANCA/Ab-ENA, ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού: θόλος στομάχου με αιμορραγική στικτή κοκκίωση και στίγματα αιματίνης-εξέρυθρος βλεννογόνο. Μετά 3 εβδομάδες: ερυθρότητα παλαμών/πελμάτων με απολέπιση, WBC:6720/μL, PLT:300000/μL, TKE:6mm/1^η ώρα, CRP:(-), C3/C4:85.8/27.8 mg/dl, ANA/p-ANCA/Ab-ENA:αρνητικά, ορομετατροπή του τίτλου αντισωμάτων για παρβοϊό και CV-B3.

Συμπεράσματα: Το περιστατικό αναδεικνύει την πιθανότητα οι ιογενείς συλλοιμώσεις να προκαλούν σοβαρές συστηματικές φλεγμονώδεις αντιδράσεις, όπως αιμορραγική γαστρίτιδα (σπάνια εντόπιση σε σχέση με αυτήν στο έντερο και τον οισοφάγο) και αγγειίτιδα, ακόμη και σε ανοσοεπαρκή άτομα. Η παρουσία αυτοαντισωμάτων μπορεί να αποτελεί παροδικό εύρημα, χωρίς να υποδηλώνει χρόνιο αυτοάνοσο νόσημα. Η καλή κλινική έκβαση υπογραμμίζει τον αυτοπεριοριζόμενο χαρακτήρα αυτών των καταστάσεων.

8^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

"Παιδιατρική Γαστρεντερολογία,
Ηπατολογία και Διατροφή
στην Κλινική Πράξη"

03-05

ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2025

Ξενοδοχείο
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ PALACE
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

www.helspghancongress.gr



ΑΑ03

ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ, ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ NOONAN.

Αμαλία Πατερέλη, Δημήτριος Σιμόπουλος, Μαρία Ρογαλίδου, Κωνσταντίνα Δημάκου, Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου, Καλλιόπη Στεφανάκη
Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Noonan είναι ένα γενετικό νόσημα που χαρακτηρίζεται από μεταλλάξεις κυρίως του γονιδίου PTPN11 οι οποίες οδηγούν σε διαταραχή του σηματοδοτικού μονοπατιού RAS-MAP. Η ενεργοποίηση του τελευταίου φαίνεται να συμμετέχει στην παθογένεια διαφόρων αλλεργικών/ατοπικών νοσημάτων, περιλαμβανομένης και της ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας (ΕοΕ) μέσω της απελευθέρωσης της ιντερλευκίνης-5.

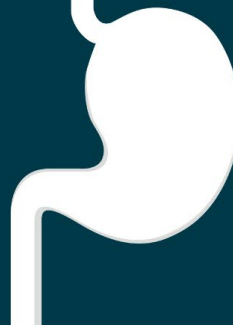
Σκοπός: Η μελέτη της συσχέτισης του συνδρόμου Noonan με την ΕοΕ, με σκοπό να τονιστεί η ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της, προκειμένου να περιοριστούν οι επιπλοκές της.

Υλικό: Δύο ασθενείς, (άρρενες, ηλικίας 10 και 15 ετών), με σύνδρομο Noonan, προσήλθαν με συμπτώματα δυσφαγίας και επεισοδίων ενσφήνωσης βλωμού από εβδομάδων. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρονται διαταραχές σίτισης από βρεφικής ηλικίας.

Μέθοδος: Σε όλες τις περιπτώσεις διενεργήθηκε γαστροσκόπηση η οποία ανέδειξε επιμήκεις αυλακώσεις και λευκωπά επιχρίσματα σε όλο το μήκος του οισοφάγου.

Αποτελέσματα: Μικροσκοπικά παρατηρήθηκαν αλλοιώσεις ως επί ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας με παρουσία >15 ηωσινοφίλων/ΟΠx40 ή και ηωσινοφιλικών αποστημάτων έως τις ανώτερες στιβάδες του πλακώδους επιθηλίου. Στο συμπεριλαμβανόμενο χόριο και στις δύο περιπτώσεις παρατηρήθηκε ίνωση.

Συμπεράσματα: Το σύνδρομο Noonan αποτελεί μία νόσο με ποικίλη συμπτωματολογία. Η επιπλοκή του με ΕοΕ είναι εξαιρετικά ασυνήθης με μόλις ένα αναφερόμενο περιστατικό στη διεθνή βιβλιογραφία. Απαιτείται αυξημένη κλινική υποψία για ΕοΕ σε ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν εμμένοντα συμπτώματα από το ανώτερο πεπτικό.



AA04

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΥΕΛΙΞΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΜΙΑ ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Αντώνιος Μπόζας^{1,2}, Μαρία Φωτουλάκη¹

¹ Δ' Παιδιατρική Κλινική, ΑΠΘ – Θεσσαλονίκη

² Εργαστήριο Ψυχολογίας INEB – Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης (ΕΚΕΤΑ), Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η κοιλιοκάκη απαιτεί δια βίου δίαιτα χωρίς γλουτένη (GFD), γεγονός που καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολο στην εφηβεία, λόγω αναπτυξιακών αναγκών και κοινωνικών πιέσεων. Η ψυχολογική ευελιξία (Psychological Flexibility, PF) έχει αναγνωριστεί ως βασικός μηχανισμός προσαρμογής σε χρόνιες παθήσεις, υποστηρίζοντας την τήρηση υγιεινών συμπεριφορών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Σκοπός: Η διερεύνηση μέσα από μια συνοπτική βιβλιογραφική ανασκόπηση, ο ρόλος της PF στη συμμόρφωση με τη GFD και την ευημερία εφήβων με κοιλιοκάκη.

Υλικό: Η ανασκόπηση περιέλαβε δημοσιευμένες μελέτες σε έγκριτες βάσεις δεδομένων (2010–2023), με εστίαση σε εφήβους με κοιλιοκάκη και σε συναφείς χρόνιες παθήσεις όπου εξετάζεται η PF.

Μέθοδος: Αναζητήθηκαν άρθρα σε PubMed, PsycInfo, Science Direct, EuropePMC και ProQuest. Εφαρμόστηκαν κριτήρια ένταξης (PF, κοιλιοκάκη, έφηβοι/παιδιά) και αποκλεισμού. Συνολικά 29 μελέτες συμπεριλήφθηκαν στη σύνθεση, κατόπιν συστηματικού ελέγχου και αξιολόγησης.

Αποτελέσματα: Η αυξημένη PF συνδέεται με καλύτερη συμμόρφωση στη GFD, μειωμένα επίπεδα άγχους και υψηλότερη ποιότητα ζωής. Αντίθετα, η ακαμψία σχετίζεται με αποφυγή, χαμηλότερη συμμόρφωση και κοινωνική απόσυρση. Παρεμβάσεις τρίτου κύματος, όπως η Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης (ACT), εμφανίζονται αποτελεσματικές στην ενίσχυση της PF και στη βελτίωση της προσαρμογής.

Συμπεράσματα: Η PF αναδεικνύεται σε κρίσιμο ψυχολογικό μηχανισμό για τη διαχείριση της κοιλιοκάκης στην εφηβεία. Η ενσωμάτωσή της σε θεραπευτικά προγράμματα μπορεί να ενισχύσει την τήρηση της GFD, να βελτιώσει την ψυχολογική ευημερία και να προάγει την κοινωνική ένταξη των εφήβων.

Λέξεις-κλειδιά: κοιλιοκάκη, έφηβοι, ψυχολογική ευελιξία, δίαιτα χωρίς γλουτένη, ποιότητα ζωής



AA05

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΠΥΛΩΡΙΚΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΣΕ ΠΡΩΡΑ ΘΗΛΕΑ ΜΟΝΟΖΥΓΩΤΙΚΑ ΔΙΔΥΜΑ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΠΑΡΟΜΟΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

Πελαγία Τσιτσάνη, Λαμπρινή Χρίστογλου, Στέφανη Τζάτζιου, Μαρία Χαραλαμπίδου, Αλεξάνδρα Σπυριδοπούλου, Σταυρούλα Καρυπίδου, Κλεάνθη Ακτσελή
Παιδιατρική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης

Εισαγωγή: Η συγγενής υπερτροφική πυλωρική στένωση (ΣΥΠΣ) αποτελεί χειρουργική αιτία εμέτου σε νεογνά και βρέφη. Χαρακτηρίζεται από προοδευτική υπερτροφία του κυκλικού μυός του πυλωρού που οδηγεί σε λειτουργική απόφραξη της εξόδου του στομάχου και εμμονή εμέτων, τυπικά μη χολωδών και εκρηκτικού χαρακτήρα. Η νόσος προσβάλλει συχνότερα άρρενα νεογνά ενώ η συχνότητα σε μονοζυγωτικά δίδυμα εκτιμάται σε 0.25-0.44% και σε διζυγωτικά κυμαίνεται από 0.05-0.10%. Παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την οικογενειακή προδιάθεση, την πρώιμη χορήγηση μακρολίδων, καθώς και γενετικούς /περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Σκοπός: Η παρουσίαση ΣΥΠΣ σε θήλεα δίδυμα και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (PubMed) για παρόμοια περιστατικά.

Υλικό. Δύο νεογνά, θήλεα μονοζυγωτικά δίδυμα, προωρότητας 34 εβδομάδων, ηλικίας 23 ημερών, εισήχθησαν με εμέτους και εικόνα σοβαρής αφυδάτωσης (10%). Παρατηρήθηκε υπονατρίαμια (<125 mEq/L), υποχλωραιμική μεταβολική αλκάλωση (PH 7.5, HCO_3^- 28 mEq/L & Cl 85 mEq/L).

Μέθοδος: Έγινε αρχική σταθεροποίηση με ενυδάτωση και διόρθωση ηλεκτρολυτών, και στη συνέχεια τα νεογνά υπεβλήθησαν σε επιτυχή πυλωρομυοτομή σε Παιδοχειρουργική Κλινική.

Αποτελέσματα: Και τα δύο βρέφη ανάρρωσαν πλήρως μετεγχειρητικά. Η βιβλιογραφία ανέδειξε περιορισμένη καταγραφή παρόμοιων περιπτώσεων. Οι Yang et al. (2008) αναφέρουν 4 ζεύγη διδύμων με ΣΥΠΣ, μεταξύ αυτών και μονοζυγωτικά. Οι Beqo et al. (2022) περιγράφουν περίπτωση προώρου θήλεος διδύμου με παρόμοιο μητρικό ιστορικό, ενώ οι Bienfait et al. (2023) παρουσιάζουν ζεύγος θήλεων διδύμων που αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς το ένα χειρουργικά και το άλλο με χορήγηση ατροπίνης.

Συμπεράσματα: Παρότι η εμφάνιση της ΣΥΠΣ σε δίδυμα, και ειδικά σε θήλεα μονοζυγωτικά, είναι σπάνια, η κλινική επαγρύπνηση είναι απαραίτητη, ιδιαίτερα όταν ένα από τα δύο βρέφη εμφανίσει συμπτώματα, καθώς έχει αναφερθεί υψηλή συχνότητα συμφωνίας (concordance).



AA06

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΟΣ MECKEL

Μαρία Χαραλαμπίδου, Αλεξάνδρα Σπυριδοπούλου, Όλγα Γρηγοριάδου, Αγγελική Ταφλανίδου, Στέφανη Τζάτζιου, Κλεάνθη Ακτσελή, Πελαγία Τσιτσάνη
Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, Κατερίνη

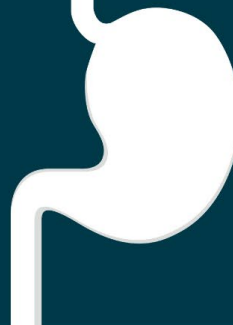
Εισαγωγή: Το εκκόλπωμα Meckel αποτελεί τη συχνότερη συγγενή ανωμαλία του γαστρεντερικού σωλήνα, προερχόμενο από ατελή σύγκλειση του ομφαλοεντερικού πόρου κατά την εμβρυϊκή ανάπτυξη. Ο επιπολασμός του κυμαίνεται μεταξύ 0,3–2,9%, μειώνεται με την ηλικία και εμφανίζει υπεροχή στα άρρενα. Ιστολογικά, δύναται να περιέχει έκτοπο γαστρικό ή παγκρεατικό ιστό· η παρουσία γαστρικού βλεννογόνου συνδέεται με έλκη και αιμορραγία λόγω τοπικής παραγωγής υδροχλωρικού οξέος. Αν και συχνά ασυμπτωματικό, οι κυριότερες εκδηλώσεις περιλαμβάνουν αιμορραγία, απόφραξη και οξύ κοιλιακό άλγος.

Σκοπός. Παρουσίαση ασθενούς με σοβαρή αναιμία που απαιτούσε μετάγγιση, δευτεροπαθή σε αιμορραγία από μεκέλειο απόφυση.

Υλικό & Μέθοδος: Άρρεν παιδί 9 ετών προσκομίστηκε με ωχρότητα, έντονη αδυναμία και κακουχία. Αναφέρεται αιφνίδια εμφάνιση αιμορραγικών κενώσεων χωρίς κοιλιακό άλγος. Στην αντικειμενική εξέταση καταγράφηκε σταθερή αιμοδυναμική εικόνα, χωρίς εστία φλεγμονής με ευηλάφητη κοιλιακή χώρα. ΘΣ 36.2°C, ΑΠ: 111/56mmHg, ΣΦ:112/min, DXS:118mg/dl, τριχοειδική επαναφορά<2 sec.

Αποτελέσματα: Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε εντυπωσιακά χαμηλή αιμοσφαιρίνη 4,2d/dl, αιματοκρίτη 12.0%, ΔΕΚ: 7.43%, χωρίς δείκτες φλεγμονής (WBC:12.200 10³/μL, CRP αρνητική), ουρία:42mg/dl, φυσιολογικός πήκτικός μηχανισμός, φερριτίνη: 18,36ng/ml. Διενεργήθηκε ακτινογραφία θώρακος, CT εγκεφάλου και κοιλίας, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Μεταγγίστηκε με δύο μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών και μετά την άνοδο της αιμοσφαιρίνης στο 8,2g/dl (αιματοκρίτης 23.3%), διακομίστηκε σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο, όπου έγινε διάγνωση με σπινθηρογράφημα και θεραπευτική λαπαροσκοπική εκτομή με πλήρη μετεγχειρητική ανάρρωση.

Συμπεράσματα: Η συμπτωματολογία από εκκόλπωμα Meckel σε παιδιά >4 ετών είναι σπάνια, αλλά πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση σοβαρής αναιμίας με αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό. Η προεγχειρητική διάγνωση απαιτεί υψηλό δείκτη κλινικής υποψίας. Ενώ η αντιμετώπιση ασυμπτωματικών περιπτώσεων παραμένει αμφιλεγόμενη, η θεραπεία του συμπτωματικού εκκολπώματος είναι αποκλειστικά χειρουργική.



AA07

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ IGA ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΕ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ

Σοφία Μακρή, **Λήδα Μεντεσιδου**, Ανδριανή Βαζαίου-Γερασιμίδα, Θεοδώρα Μπαχού
Α' Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν.Π.Α «Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού», Αθήνα

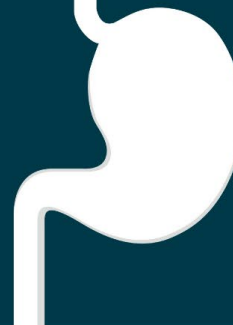
Εισαγωγή: Η κοιλιοκάκη αποτελεί μία χρόνια αυτοάνοση εντεροπάθεια που μπορεί να εμφανιστεί με ποικιλία συμπτωμάτων ή να παραμένει ασυμπτωματική. Στον παιδιατρικό πληθυσμό, σε ποσοστό 10-15%, σχετίζεται με εκλεκτική IgA ανοσοανεπάρκεια.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού με αναφυλακτική αντίδραση σε μετάγγιση παραγώγων αίματος και καθυστέρηση της αύξησης.

Υλικό-Μέθοδος: Έφηβη 11 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό(πλην ανεπαρκούς αύξησης), παραπέμφθηκε λόγω διφασικού εμπύρετου από 10ημέρου με συνοδό βήχα. Ο κλινικοεργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε πνευμονία με πλευριτική συλλογή, η οποία αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή και τοποθέτηση θωρακικής παροχέτευσης. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, λόγω αναιμίας, αποφασίστηκε μετάγγιση με συμπυκνωμένα ερυθρά. Ωστόσο στα πρώτα 3 λεπτά μετά την έναρξη της μετάγγισης η ασθενής εμφάνισε αναφυλακτική αντίδραση (δύσπνοια, έκχυση κνιδωτικού εξανθήματος, εμπύρετο με ρίγος και αγγειοκινητικές διαταραχές, αποκορεσμό και υπόταση). Η αντίδραση αυτή έθεσε την υποψία IgA ανεπάρκειας.

Αποτελέσματα: Ο ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε IgA ανεπάρκεια (<6,2 mg/dl). Με το δεδομένο αυτό και λόγω της καθυστέρησης της αύξησης, έγινε επανάληψη του ανοσολογικού ελέγχου για κοιλιοκάκη αυτή τη φορά με αντισώματα κλάσης IgG, τα οποία ήταν θετικά (DGP-AGA IgG 162Units, tTG IgG 139U/ml, EMA IgG 1/320). Έτσι η ασθενής υπεβλήθη σε ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού και ανευρέθη ιστολογική εικόνα συμβατή με κοιλιοκάκη.

Συμπεράσματα: Η αντίδραση υπερευαισθησίας στη χορήγηση παραγώγων αίματος μπορεί να αποτελεί κλινική εκδήλωση IgA ανεπάρκειας, η οποία πρέπει πάντα να διερευνάται στον παιδιατρικό πληθυσμό λόγω ισχυρής συσχέτισής της με νοσήματα όπως η κοιλιοκάκη ειδικά όταν υπάρχουν κλινικές ενδείξεις. Η έγκαιρη αναγνώριση επιτρέπει την άμεση παρέμβαση με δίαιτα ελεύθερη γλουτένης και την πρόληψη των επιπλοκών της νόσου.



AA08

ΕΦΗΒΟΣ ΜΕ ΠΟΡΦΥΡΙΚΟ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΚΑΙ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ – ΜΙΑ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Μαρία Δεμίρη, **Λήδα Μεντεσίδου**, Πολυξένη Λέφα¹ Ανδριανή Βαζαίου-Γερασιμίδου, Θεοδώρα Μπαχού
Α' Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν.Π.Α « Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού», Αθήνα

Εισαγωγή: Η IgA αγγειίτιδα αποτελεί τη συχνότερη αγγειίτιδα της παιδικής ηλικίας με τυπικές εκδηλώσεις πορφυρικού εξανθήματος, κοιλιακού άλγους και αρθραλγιών. Η εντερική συμμετοχή μπορεί να είναι σοβαρή και να μιμείται φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (ΙΦΝΕ), γεγονός που δυσχεραίνει τη διάγνωση και επηρεάζει τη θεραπευτική στρατηγική.

Σκοπός: Παρουσίαση εφήβου με πορφυρικό εξάνθημα και εκτεταμένη εντερική συμμετοχή, όπου η διαφορική διάγνωση μεταξύ IgA αγγειίτιδας και ΙΦΝΕ αποτέλεσε κλινική πρόκληση.

Υλικό-Μέθοδος: Έφηβος 15 ετών με κοιλιακό άλγος, εμέτους, απώλεια βάρους και πορφυρικό εξάνθημα εισήχθη για διερεύνηση. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής, ενώ το υπερηχογράφημα ανέδειξε πάχυνση και αυξημένη αγγείωση ειλεού και ειλεοτυφλικής βαλβίδας. Έτσι, τέθηκε η διαφορική διάγνωση IgA αγγειίτιδας με συμμετοχή του γαστρεντερικού έναντι ΙΦΝΕ με έξω-εντερική δερματική εκδήλωση. Για τον σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε εκτεταμένος κλινικοεργαστηριακός έλεγχος, συμπεριλαμβανομένων βιοψίας δέρματος και ενδοσκόπησης ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού. Ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός και η καλπροτεκτίνη 1506 μg/gr κοπράνων.

Αποτελέσματα: Κατά τη νοσηλεία ο ασθενής παρουσίασε σημαντική αιμορραγία πεπτικού με αποβολή αίματος από το ορθό, που αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια μεθυλπρεδνιζολόνη και στάγδην οκτρεοτίδη, με άμεση ύφεση του άλγους. Ωστόσο, λόγω επιμονής των αιμορραγικών κενώσεων χορηγήθηκαν ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης οπότε και η αιμορραγία βελτιώθηκε. Ακολούθησε αγωγή με πρεδνιζολόνη σε σταδιακά μειούμενη δόση χωρίς να επανεμφανιστούν συμπτώματα από το πεπτικό. Ένα μήνα μετά παρουσίασε μικροσκοπική αιματοουρία.

Συμπεράσματα: Η IgA αγγειίτιδα μπορεί να μιμηθεί ΙΦΝΕ και να οδηγήσει σε σοβαρές εντερικές επιπλοκές. Η προσεκτική διαφορική διάγνωση και η έγκαιρη έναρξη επιθετικής κορτιζονοθεραπείας είναι καθοριστικές για την πρόγνωση. Η διεπιστημονική συνεργασία συμβάλλει στην ασφαλή διαχείριση πολύπλοκων περιστατικών.

AA09

ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΟΙΚΟΓΕΝΟΥΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΥ CROHN

Ναστάσια Χατζηχρίστου¹, Γιώργος Κούσπαρος², Έλενα Σπανού³, Γιώργος Α. Ταντελλές⁴

¹Ιδιώτης Παιδογαστρεντερολόγος-Κύπρος

²Ιδιώτης Ιστοπαθολόγος-Κύπρος

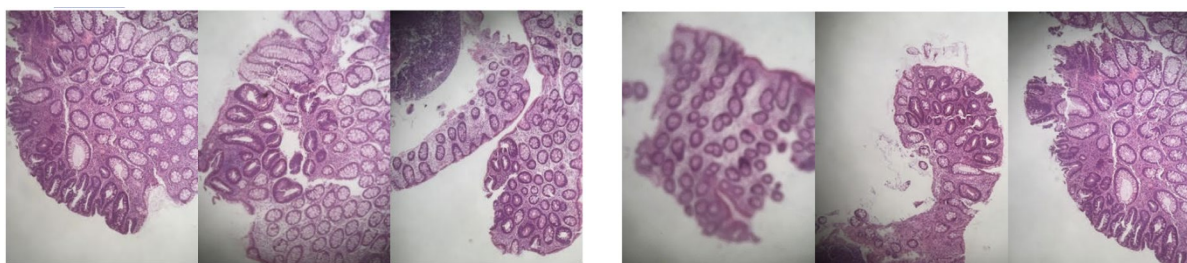
^{3,4}Κλινικός Γενετιστής, Department of clinical Genetics and Genomics, The Cyprus Institute of Neurology & Genetics-Κύπρος

Εισαγωγή: Η συνύπαρξη της οικογενούς αδενωματώδους πολυποδίασης (FAP), ενός κληρονομικού προκαρκινικού συνδρόμου και της νόσου Crohn's (CD), ενός αυτοάνοσου νοσήματος είναι εξαιρετικά σπάνια, ιδίως στην παιδική ηλικία.

Σκοπός: Η ανάδειξη της σημασίας πρώιμης διάγνωσης σπάνιων νοσημάτων μέσω ενδοσκοπικού, ιστολογικού και γενετικού ελέγχου.

Υλικό/Μέθοδος: Έγινε ανασκόπηση των διαγραμμάτων, των απεικονιστικών, ιστολογικών και γενετικών ευρημάτων του ασθενούς.

Αποτελέσματα: Άρρεν 8.5 ετών με 3 επεισόδια αιματοχεσίας σε μεσοδιάστημα 4 μηνών, χωρίς συστηματικά συμπτώματα και αυξημένη καλπροτεκίνη κοπράνων (350μg/g). Το οικογενειακό ιστορικό ήταν θετικό για καρκίνο προστάτη, αλλά ελεύθερο για ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα, FAP ή καρκίνο του παχέος εντέρου. Η ενδοσκόπηση ανέδειξε πολλαπλούς πολύποδες καταμήκος του παχέος εντέρου και του ορθού, με περιοχές ελεύθερης φλεγμονής. Λόγω της ιδιαιτερότητας των μακροσκοπικών ευρημάτων και εν αναμονή των ιστολογικών αποτελεσμάτων, στάλθηκε για γενετικό έλεγχο και άρχισε θεραπεία με αποκλειστική εντερική διατροφή για 8 εβδομάδες και Αζαθειοπρίνη (1.5mg/kg). Ιστολογικά επιβεβαιώθηκε η παρουσία πολλαπλών αδενωμάτων χαμηλού βαθμού δυσπλασίας και οξεία κρυπτίτιδα με αποστήματα στο επιθήλιο, χωρίς την παρουσία κοκκιωμάτων (ΕΙΚΟΝΑ Α). Ο γενετικός έλεγχος κατέδειξε την παρουσία της παθογόνου παραλλαγής APC c.3927_3931del (p.Glu1309ASPfs*4). Το MRI λεπτού εντέρου επιβεβαίωσε την παρουσία περιορισμένης διάχυσης του σκιαγραφικού στον τελικό ειλεό. Γενετικός έλεγχος των γονέων και των συγγενών πρώτου βαθμού για τον εντοπισμό πιθανών φορέων ήταν αρνητικός. Σε επανεξέταση στους 3 μήνες, διαπιστώθηκε ύφεση της CD και διατήρηση χαμηλόβαθμων δυσπλασιών.



ΕΙΚΟΝΑ Α: Ιστοπαθολογικά ευρήματα της πρώτης κολονοσκόπησης

8^ο



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

"Παιδιατρική Γαστρεντερολογία,
Ηπατολογία και Διατροφή
στην Κλινική Πράξη"

03-05

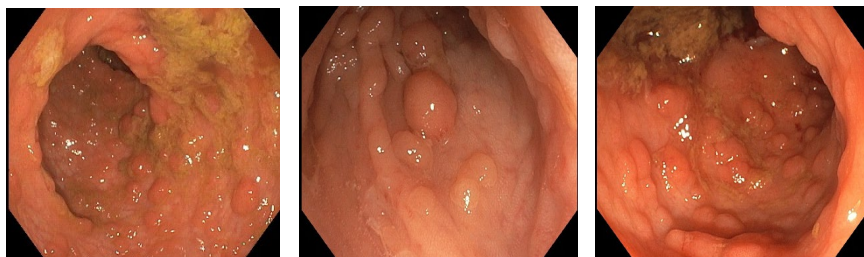
ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2025

Ξενοδοχείο
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ PALACE
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

www.helspghancongress.gr

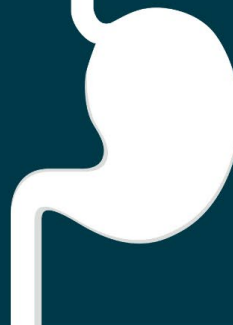


Εικόνα Β: Πολλαπλοί πολύποδες στο παχύ έντερο από την πρώτη κολονοσκόπηση



Εικόνα Γ: Πολλαπλοί πολύποδες στο παχύ έντερο από την δεύτερη κολονοσκόπηση

Συμπεράσματα: Η παρουσία δύο διακριτών νοσημάτων, με ελεύθερο ιστορικό στην οικογένεια είναι εξαιρετικά σπάνια (de novo μετάλλαξη) κυρίως στην παιδική ηλικία. Η έγκαιρη διάγνωση με ενδοσκοπικό έλεγχο και μοριακή ανάλυση μπορούν να μειώσουν σημαντικά τον κίνδυνο καρκινικής εξέλιξης.



AA10

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΜΕ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΚΤΟΠΟΥ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ.

Αναστασία Γαβριηλίδου¹, Ανδρέας Πρωτόπαππας², Ασημίνα Γαλλή Τσινοπούλου¹, Τατιανή Μούδιου¹

¹Β' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

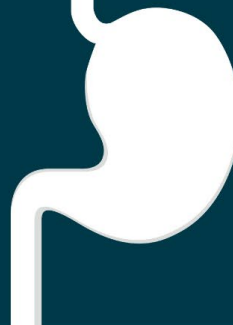
Εισαγωγή: Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) κατά την εφηβεία εμφανίζει ετερογενή κλινική εικόνα και μπορεί να υποκρύπτει υποκείμενες ανατομικές ανωμαλίες. Ο έκτοπος γαστρικός βλεννογόνος του οισοφάγου αποτελεί σπάνιο, αλλά συχνά υποεκτιμώμενο εύρημα.

Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης επίμονης συμπτωματολογίας ΓΟΠ σε έφηβο, όπου η διαγνωστική προσέγγιση μέσω γαστροσκόπησης ανέδειξε έκτοπο γαστρικό βλεννογόνο ανώτερης μοίρας οισοφάγου.

Υλικό - Μέθοδος: Έφηβος 13 ετών, ιστορικό αισθήματος βλωμού στον τράχηλο, υπό αγωγή με PPI, με περιορισμένη ανταπόκριση, χωρίς απώλεια βάρους, χωρίς παθολογικά ευρήματα από ΩΡΛ εκτίμηση. Πραγματοποιήθηκε ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού, καταγράφηκαν δύο εστίες έκτοπου γαστρικού βλεννογόνου σε οισοφάγο, έκαστη μεγέθους 3 εκ., χωρίς ενδείξεις διαβρωτικής οισοφαγίτιδας. Ελήφθησαν βιοψίες από οισοφάγο, σώμα και άντρο στομάχου και δωδεκαδάκτυλο. Η ιστολογική ανάλυση ανέδειξε φυσιολογική αρχιτεκτονική βλεννογόνου, επιβεβαιώνοντας παρουσία γαστρικού επιθηλίου έκτοπης θέσης, χωρίς φλεγμονώδεις ή προκαρκινικές αλλοιώσεις.

Αποτελέσματα: Επιβεβαιώθηκε έκτοπος γαστρικός βλεννογόνος, στο άνω τμήμα οισοφάγου. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με PPI's, υψηλή δόση για 8 εβδομάδες και αντιόξινο παράγοντα, με σταδιακή μείωση αγωγής και παρακολούθηση.

Συμπεράσματα: Η ενδοσκοπική ανεύρεση έκτοπου γαστρικού βλεννογόνου στον οισοφάγο μπορεί να ερμηνεύσει άτυπη συμπτωματολογία της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης Αναφέρεται σε συχνότητα 3,4% κυρίως σε άνδρες. Η ιστολογική εξέταση είναι απαραίτητη για την επιβεβαίωση της αιτιολογίας. Είναι λοιπόν σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς με συμπτωματολογία ΓΟΠ και ιδιαίτερα σε περιστατικά με αίσθημα βλωμού στον τράχηλο.



AA11

ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ ΑΠΟ EBV ΛΟΙΜΩΞΗ

Μαρία Τσιρογιάννη, Εμμανουήλ Χατζηπαντελής, Ασημίνα Γαλλή Τσινοπούλου, Τατιανή Μούδιου
Β' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Στην λοίμωξη από τον ιό Epstein-Barr (EBV) συχνές εκδηλώσεις είναι η τρανσαμινασαιμία και η τραχηλική λεμφαδενίτιδα στην παιδική και εφηβική ηλικία, συνήθως με ήπια ή ασυμπτωματική πορεία. Ο ίκτερος είναι σπανιότερη εκδήλωση ιδιαιτέρως λόγω αυτοάνοσης αιμολυτικής αναιμίας, κυρίως ψυχρού τύπου, με επίπτωση 1–3%.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού εφήβου με αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία ψυχρού τύπου ως σπάνια επιπλοκή πρωτοπαθούς EBV λοίμωξης.

Υλικό: Έφηβη 15 ετών με πυρετό από 5ημέρου, ικτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκότων, κνησμώνδες εξάνθημα και κακουχία.

Μέθοδος: Κλινική εκτίμηση και εκτεταμένος εργαστηριακός έλεγχος. Διαπιστώθηκε αναιμία (Hb 9,6 g/dl), αυξημένη έμμεση χολερυθρίνη, αυξημένα ηπατικά ένζυμα, θετική άμεση και έμμεση Coombs, παρουσία ψυχοσυγκολλητινών, EBV IgM (+) και EBV DNA (+). Πραγματοποιήθηκε απεικονιστικός έλεγχος με υπερηχογράφημα κοιλίας που ανέδειξε σπληνομεγαλία.

Αποτελέσματα: Η ασθενής έλαβε ενδοφλέβια ενυδάτωση, ουρσοδεοξυχολικό οξύ και, λόγω πτώσης της αιμοσφαιρίνης σε 6,4 g/dl, χορηγήθηκε ενδοφλέβια γ-σφαιρίνη (IVIG). Ακολούθησε βελτίωση των αιματολογικών και βιοχημικών δεικτών, υποχώρηση ικτέρου και σπληνομεγαλίας. Σε επανελέγχους, σταδιακά η αιμοσφαιρίνη και τα ηπατικά ένζυμα ομαλοποιήθηκαν, με πλήρη κλινική αποκατάσταση.

Συμπεράσματα: Η αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία, ως αιτία ικτέρου, αποτελεί σπάνια αλλά σημαντική επιπλοκή της πρωτοπαθούς EBV λοίμωξης, η οποία μπορεί να απαιτήσει άμεση παρέμβαση. Η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση συμβάλλουν στην ευνοϊκή εξέλιξη της νόσου.



AA12

ΑΜΕΣΗ ΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΑΙΜΙΑ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μαργαρίτα-Ευθαλία Παπασάββα, **Ιωάννα Χατζή**, Ευμορφία Λάγκα, Κωνσταντίνα Γεωργοπούλου, Βασιλική Μπύρου, Βασιλική Γκέτση
Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Εισαγωγή: Ο χολοστατικός νεογνικός ίκτερος θεωρείται παθολογικός, γι αυτό οι μετρήσεις στα ικτερικά νεογνά συμπεριλαμβάνουν πάντοτε την ολική (TBL) και την άμεση (DBL) χολερυθρίνη. Παλαιότερα το παθολογικό όριο της DBL αφορούσε τιμές $>20\%$ της TBL (ή $DBL > 1\text{mg/dl}$, όταν $TBL \leq 5\text{mg/dl}$). Σχετικά πρόσφατα το όριο αυτό αναθεωρήθηκε και είναι $>1\text{mg/dl}$, ανεξαρτήτως της τιμής της TBL.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιπτώσεων αρχικά ασυμπτωματικών νεογνών με προοδευτικά αυξανόμενη DBL, που δεν παρουσίασαν ποτέ ιδιαίτερα αυξημένες τιμές TBL και που η αρχική DBL ήταν οριακά $>1\text{mg/dl}$ και $<20\%$ της TBL.

Υλικό: 161 νοσηλευόμενα νεογνά (επί συνόλου 596) που παρουσίασαν ίκτερο την τριετία 2022-2024. Μόνο 3 από αυτά παρουσίασαν $DBL > 1\text{mg/dl}$, όλα αρχικά με τιμή $<20\%$ της TBL.

Μέθοδος: Ανασκοπήθηκαν: ιατρικά ιστορικά, προγεννητικοί μητρικοί/εμβρυϊκοί έλεγχοι, εργαστηριακές εξετάσεις, υπερηχογραφήματα κοιλίας, αποτελέσματα καρτών Guthrie.

Αποτελέσματα: Και τα τρία νεογνά ήταν αρχικά ασυμπτωματικά. Η πρώτη μέτρηση TBL/DBL έγινε λόγω διαπίστωσης ικτέρου κατά την εκτίμηση ρουτίνας στη Μαιευτική Κλινική. Στο 1^ο νεογνό υπήρχε προγεννητική διάγνωση απουσίας χοληδόχου κύστης. Κατά τη νοσηλεία παρουσίασε κλινικοεργαστηριακή εικόνα συμβατή με συγγενή ατρησία χοληφόρων. Διακομίστηκε, όπως και τα άλλα δύο, σε ειδικό Κέντρο για περαιτέρω έλεγχο/αντιμετώπιση. Το 2^ο νεογνό παρουσίασε κεραυνοβόλο ηπατική ανεπάρκεια και ψευδώς θετική κάρτα Guthrie για γαλακτοζαμία/τυροσιναιμία, που εντέλει αποδόθηκαν σε αδιάγνωστο και μη ελεγχόμενο μητρικό Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο. Το 3^ο νεογνό διαγνώστηκε αρχικά ως ιδιοπαθής νεογνική ηπατίτιδα.

Συμπεράσματα: Οι παιδίατροι οφείλουν να γνωρίζουν ότι η τιμή $DBL > 1\text{mg/dl}$, ανεξαρτήτως της τιμής της TBL, φαίνεται ότι συσχετίζεται σαφώς με τη νεογνική χολόσταση και αποτελεί το σωστό cut-off όριο στενής παρακολούθησης και διερεύνησης του νεογνού.

AA13

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

Αρετή Λαμπροπούλου¹, Λουκάς Κουρεντής, Ασπασία Τσέζου², Μαρία Μήσιου¹, Ιωάννα Γριβεά¹

¹ Παιδιατρική Κλινική Παν Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

² Εργαστήριο Μοριακής Γενετικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Τα αίτια της οξείας παγκρεατίτιδας μπορεί να είναι λοιμώδη, φαρμακευτικά, μεταβολικά, ανατομικά, τραυματικά, ιδιοπαθή ή γενετικά. Η κληρονομική, γενετικά καθοριζόμενη νόσος είναι σπάνια, συνήθως χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας και μπορεί να εξελιχθεί σε χρόνια.

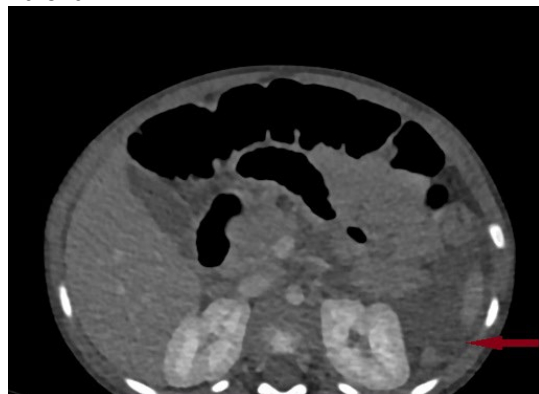
Σκοπός: Παρουσιάζεται η περίπτωση υγιούς κοριτσιού χωρίς χρόνια συμπτώματα, το οποίο διαγνώσθηκε με κληρονομική παγκρεατίτιδα.

Υλικό- Μέθοδος: Προνήπιο 2,5 ετών προσκομίζεται με κοιλιακό άλγος από τριήμερου και νωθρότητα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένη αμυλάση(1476U/L), λιπάση(270U/L) και CRP(9,2 mg/dl), με λοιπό έλεγχο φυσιολογικό. Διενεργήθηκε αξονική κοιλίας, όπου διαπιστώθηκε ήπια διάταση της κεφαλής του παγκρέατος, εκτεταμένη ασκτική και περι-παγκρεατική συλλογή χωρίς νεκρωτική φλεγμονή ή εικόνα ψευδοκύστης παγκρέατος (εικόνα 1). Παράλληλα υπήρχαν ίχνη πλευριτικής συλλογής και πυκνοατελεκτασία του πνευμονικού παρεγχύματος (εικόνα 2). Λόγω της βαρύτητας με συνοδές περι-παγκρεατικές συλλογές καθώς και της μικρής ηλικίας της ασθενούς διενεργήθηκε πλήρης έλεγχος των αιτίων παγκρεατίτιδας και επιπλέον γονιδιακός έλεγχος για κληρονομικά αίτια.

Αποτελέσματα: Ανιχνεύθηκε παθογόνος μετάλλαξη του γονιδίου PRSS1 (c.47C>T) και σε ετεροζυγωτία παραλλαγή στο γονίδιο CFTR. Ακολούθησε γενετικός έλεγχος των γονέων με ανεύρεση των ίδιων μεταλλάξεων στην μητέρα χωρίς να έχει εμφανίσει έως τώρα κλινικό φαινότυπο.

Συμπέρασμα: Η παθογόνος μετάλλαξη του γονιδίου PRSS1 σχετίζεται με αυτοσωμική επικρατή παγκρεατίτιδα και αποτελεί την 3^η πιο συχνή παραλλαγή με διεισδυτικότητα 45%-60%. Αρκετά συχνά εμπλέκονται και παραλλαγές σε άλλα γονίδια (CFTR, SPINK1,CTRC), όπως προέκυψε και στην συγκεκριμένη ασθενή, όπου η παραλλαγή CFTR-RD αποτελεί τροποποιητικό παράγοντα και προδιαθέτει σε παγκρεατίτιδα. Η έγκαιρη διάγνωση των κληρονομικών αιτίων παγκρεατίτιδας, είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την εξατομικευμένη διαχείριση της.

Εικόνα 1



Εικόνα 2



8^ο



**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ
ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

"Παιδιατρική Γαστρεντερολογία,
Ηπατολογία και Διατροφή
στην Κλινική Πράξη"

03-05

ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2025

Ξενοδοχείο
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ PALACE
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

www.helspgghancongress.gr



AA14

Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΕΣΥΡΘΗ

8^ο



**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ
ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

"Παιδιατρική Γαστρεντερολογία,
Ηπατολογία και Διατροφή
στην Κλινική Πράξη"

03-05

ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2025

Ξενοδοχείο
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ PALACE
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

www.helspgghancongress.gr



AA15

Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΕΣΥΡΘΗ

8^ο



**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ
ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

"Παιδιατρική Γαστρεντερολογία,
Ηπατολογία και Διατροφή
στην Κλινική Πράξη"

03-05

ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2025

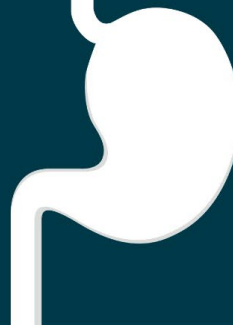
Ξενοδοχείο
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ PALACE
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

www.helspgghancongress.gr



AA16

Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΕΣΥΡΘΗ



AA17

ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΟΛΛΑΓΟΝΩΔΟΥΣ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑΣ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

Μαρία Ρογαλίδου¹, Σουζάν Σιράκ², Καλλιόπη Στεφανάκη³, **Βασιλική - Μαρία Καραγιάννη¹**, Κωνσταντίνα Δημάκου⁴, Ελεάννα Στασινού¹, Δάφνη Μαργώνη¹, Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου^{1,4}

¹ Μονάδα Γαστρεντερολογίας & Ηπατολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝ Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

² Α' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝ Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

³ Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝ Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

⁴ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝ Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Η εμμένουσα σιδηροπενική αναιμία μπορεί να οφείλεται συχνά σε προφανή αίτια, ωστόσο σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να αποτελεί εκδήλωση σπάνιων καταστάσεων.

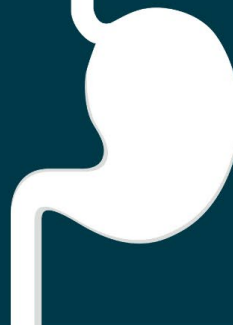
Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι να αναδειχθεί μία σπάνια περίπτωση κολλαγονώδους γαστρίτιδας, με κύριο σύμπτωμα την εμμένουσα σιδηροπενική αναιμία.

Περιγραφή περίπτωσης:

Κορίτσι 14 χρόνων νοσηλεύθηκε στην Κλινική λόγω εμμένουσας σιδηροπενικής αναιμίας από δεκαετίας για την αντιμετώπιση της οποίας χρειάστηκε επανειλημμένες iv εγχύσεις σιδήρου. Κατά την εισαγωγή της η τιμή της αιμοσφαιρίνης ήταν 7,4g/dL, και η φερριτίνη 7μg/L, ενώ το τεστ αναπνοής για ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και τα αντισώματα κοιλιοκάκης ήταν αρνητικά. Λόγω ήπιας επιγαστραλγίας σε συνδυασμό με την εμμένουσα αναιμία υποβλήθηκε σε νέο ενδοσκοπικό έλεγχο με μακροσκοπική εικόνα διαβρωτικής γαστρίτιδας. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε ικανές αλλοιώσεις χρόνιας εστιακά διαβρωτικής και κατά θέσεις λεμφοζιδιακής γαστρίτιδας με ικανή ηωσινοφιλική διήθηση (125 ηωσινόφιλα/οπx40) και υποεπιθηλιακή υαλινοποίηση (>10μm), συμβατή με κολλαγονώδη γαστρίτιδα με σημαντική ηωσινοφιλική συνιστώσα.

Ο ανοσολογικός και αλλεργιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός και η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με αναστολείς αντλίας πρωτονίων χωρίς ανταπόκριση και συνέχιση ενδοφλέβιας χορήγησης σιδήρου, ακολούθως με κορτικοειδή με μέτρια ανταπόκριση. Λόγω εμμονής της αναιμίας και της ηωσινοφιλίας τέθηκε σε αγωγή με βιολογικό παράγοντα Dupilumab. Ένα χρόνο υπό Dupilumab διατήρησε την αιμοσφαιρίνη της σε ικανοποιητικά επίπεδα χωρίς την ανάγκη iv ή per os χορήγησης σιδήρου, ωστόσο με μερική βελτίωση των ενδοσκοπικών και ιστολογικών ευρημάτων.

Συμπεράσματα: Επί επιμονής της αναιμίας κρίνεται σκόπιμη η επανάληψη του ενδοσκοπικού ελέγχου, ακόμα και επί απουσίας συμπτωμάτων, καθώς μπορεί να αναδειχθεί σημαντική παθολογία. Η αντιμετώπιση της κολλαγονώδους γαστρίτιδας στα παιδιά παραμένει μία πρόκληση.



AA18

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΣΕ ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΤΟ ΓΑΛΑ ΑΓΕΛΑΔΟΣ - ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ, ΠΟΡΕΙΑ, ΠΡΟΓΝΩΣΗ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ.

Θεοδώρα Δελαπόρτα¹, Χαράλαμπος Αγακίδης², Στυλιανός Ξυνιάς¹, Ιωάννης Ροηλίδης¹, Γεώργιος Ξυνιάς¹, Αντιγόνη Μαυρουδή¹

¹Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Παιδογαστρεντερολογική Μονάδα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

²Α' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

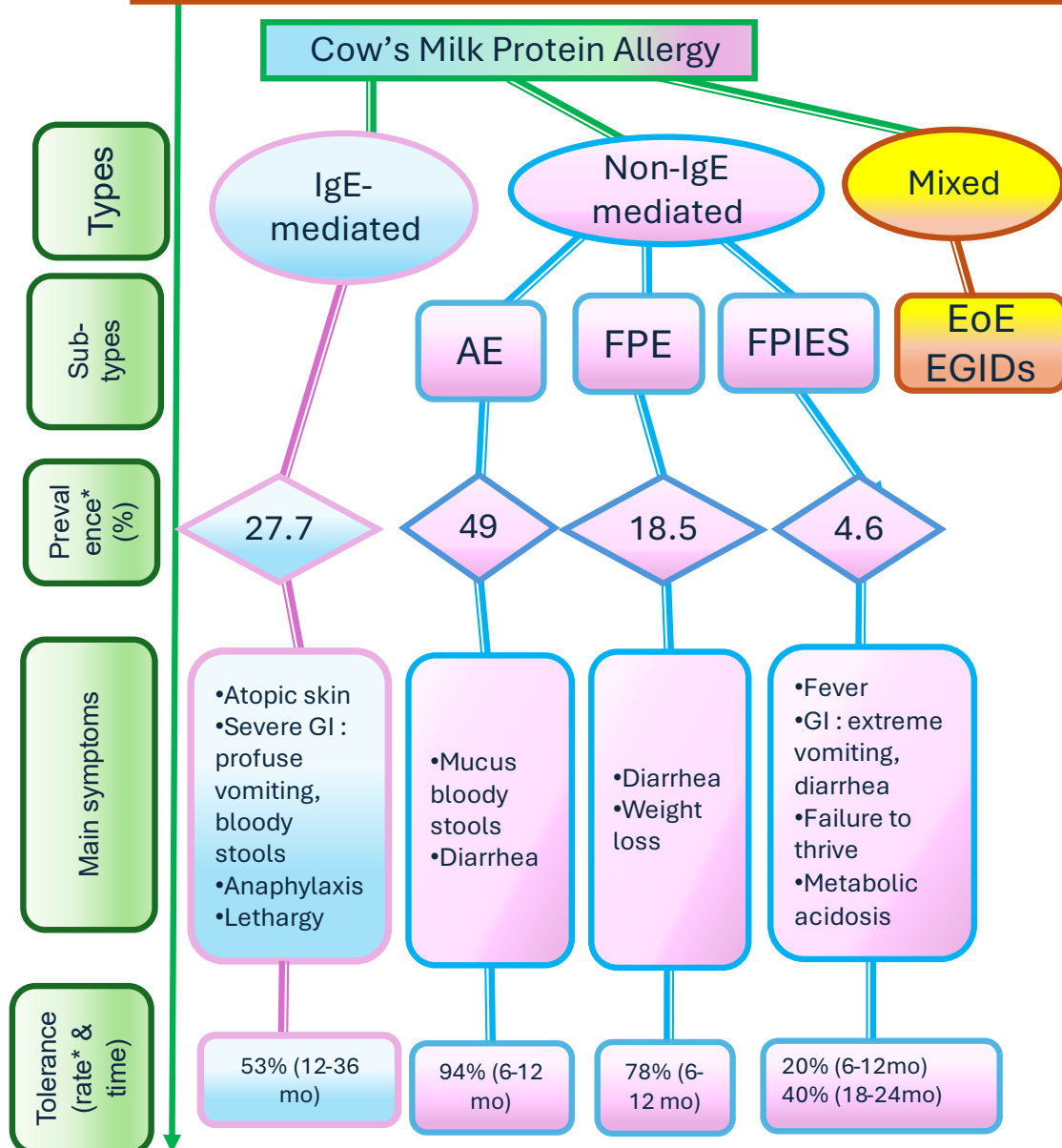
Εισαγωγή: Η αλλεργία στο αγελαδινό γάλα (ΑΓΑ) είναι η συχνότερη τροφική αλλεργία στην πρώιμη παιδική ηλικία, με εκδηλώσεις που ποικίλλουν σε μορφή και βαρύτητα. Η κατανόηση της συχνότητας και της εξέλιξης των κλινικών συνδρόμων είναι ουσιώδης για την ορθή διαχείριση.

Σκοπός: Διερεύνηση της συχνότητας των τύπων της ΑΓΑ στα παιδιά, της κλινικής εικόνας, της πορείας, και της πρόγνωσης αυτών, στο τρέχον κλινικό πλαίσιο.

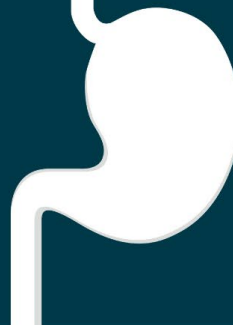
Υλικό - Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν βρέφη (<12 μηνών) με διάγνωση ΑΓΑ σε μελέτη μικτού αναδρομικού και προοπτικού σχεδιασμού με παρακολούθηση τουλάχιστον 4 ετών. Κατά την παρακολούθηση καταγράφηκαν τα κλινικά σύνδρομα, η ηλικία διάγνωσης, η τελική διάγνωση και η πορεία και έκβαση σε βάθος χρόνου. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, περιλαμβανομένου δοκιμασίας πρόκλησης με αγελαδινό γάλα (OCMC) και/ή αποκλεισμού – επανεισαγωγής, στην ηλικία 6–12 μηνών.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 108 παιδιά με επιβεβαιωμένη ΑΓΑ μέσω OCMC. Η μέση ηλικία διάγνωσης ήταν 55 ημέρες (εύρος: 3 ημέρες–8 μήνες). Κλινικές εκδηλώσεις: βλέννα/αιμορραγία στα κόπρανα (39%), διάρροια (14%), έμετος (30%), δυσκοιλιότητα (9,2%), ανορεξία (10%), απώλεια/αδυναμία πρόσληψης βάρους (20%), αλλεργικό εξάνθημα (22%), αναπνευστικά συμπτώματα (5%), ανησυχία (18%). Σε 28% των περιπτώσεων έγινε έλεγχος με SPT και/ή ειδικά IgE για αγελαδινό γάλα. Σε 6 παιδιά (5,5%) πραγματοποιήθηκε βιοψία εντέρου για αποκλεισμό μη αλλεργικών νοσημάτων. Καταγράφηκαν **μη IgE-μεσολαβούμενοι** τύποι ΑΓΑ: αλλεργική πρωκτοκολίτιδα (49%), εντεροπάθεια από πρωτεΐνη τροφής (18,5%), σύνδρομο εντεροκολίτιδας από πρωτεΐνη τροφής – FPIES (4,6%), καθώς και **IgE-μεσολαβούμενη ΑΓΑ** (28%). Η αλλεργική πρωκτοκολίτιδα και η εντεροπάθεια είχαν καλύτερη πρόγνωση σε σύγκριση με FPIES και IgE-μεσολαβούμενη ΑΓΑ.

Συμπεράσματα: Στη μελέτη μας, η αλλεργική πρωκτοκολίτιδα ήταν η συχνότερη εκδήλωση και οι γαστρεντερικές εκδηλώσεις πιο συχνές σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία. Η ίαση της FPIES και της IgE-μεσολαβούμενης ΑΓΑ επήλθε σε μεγαλύτερη ηλικία, γεγονός που επηρεάζει την πρόγνωση αυτών των παιδιών.

Types, subtypes, manifestations, and outcome of cow's milk allergy


* Rate, % of the total study infants; AE, allergic enterocolitis; EoE, Eosinophilic esophagitis; EGIDs, Eosinophilic Gastrointestinal Diseases; FPE, Food Protein induced Enteropathy; FPIES, Food Protein Induced Enterocolitis syndrome; GI, gastroenterology; mo, months after diagnosis.



AA19

ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Γεώργιος Ξυνιάς¹, Θεοδώρα Δελαπόρτα¹, Ιωάννης Ροηλίδης¹, Στυλιανός Ξυνιάς¹, Ιουστίνη Καραϊτζοπούλου¹,
Χαράλαμπος Αγακίδης², Αντιγόνη Μαυρουδή¹

¹Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Παιδογαστρεντερολογική Μονάδα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

²Α' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

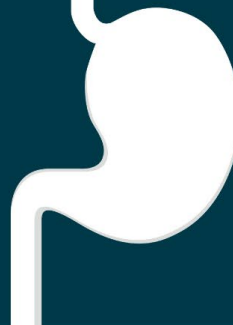
Εισαγωγή: Η συχνότητα της ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας (ΕοΕ) έχει αυξηθεί τελευταία. Στα παιδιά η κλινική εικόνα και τα ευρήματα μπορεί να διαφέρουν, ενώ συνήθως υπάρχει ιστορικό ατοπίας.

Σκοπός: Η αναδρομική μελέτη δημογραφικών, κλινικών, εργαστηριακών και ενδοσκοπικών ευρημάτων και η συσχέτιση με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Υλικό - Μέθοδος: Αναδρομική συλλογή δεδομένων από 21 παιδιά με ΕοΕ. Τα δεδομένα περιλάμβαναν δημογραφικά στοιχεία, κλινική εικόνα, διάρκεια συμπτωμάτων, ενδοσκοπικά ευρήματα και θεραπευτική παρέμβαση.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία διάγνωσης ήταν τα 10 έτη (Α/Κ 14:7). Ποσοστό 38% των ασθενών είχαν θετικά RAST ή SPT, ενώ στο 50% υπήρχε ατοπικό ιστορικό. Σε παιδιά κάτω των 10 ετών τα κύρια συμπτώματα κατά τη διάγνωση ήταν η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, οι έμετοι και το κοιλιακό άλγος, ενώ σε παιδιά άνω των 10 ετών η δυσφαγία και η ενσφήνωση βλωμού. Ενδοσκοπικά ευρήματα τραχειοποίησης και σιδηροτροχιάς βρέθηκαν σε 5 ασθενείς κατά την πρώτη ενδοσκόπηση. Δεδομένα από την τελευταία ενδοσκόπηση παρακολούθησης, που έγινε κατά μέσο όρο σε 6 μήνες, είχαμε σε 13 ασθενείς· από αυτούς οι 9 ανταποκρίθηκαν κλινικά και ιστολογικά. Οι 9 έλαβαν PPIs και καταπνύομενη κορτιζόνη και οι 4 μόνο PPIs. Όλοι οι ασθενείς με τροφικές αλλεργίες παρέμειναν σε δίαιτα αποκλεισμού. Οι 4 ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν έλαβαν κορτιζόνη και PPIs και τέθηκαν σε δοκιμαστικές δίαιτες αποκλεισμού αργότερα. Σε κανένα παιδί δεν παρατηρήθηκε στένωση οισοφάγου.

Συμπεράσματα: Η ΕοΕ αποτελεί πάθηση με ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων. Δεν βρέθηκε αιτιολογική συσχέτιση κάποιου συγκεκριμένου παράγοντα με την απάντηση στη θεραπεία. Οι στενώσεις δεν φάνηκε να είναι συχνή επιπλοκή κατά την παιδική ηλικία.



AA20

ΑΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Μαρία Αμαραντίδου, Αντώνιος Κωνσταντίνου, Αναστασία Αντωνιάδου, Ιωάννης Ροηλίδης, Ιωάννης Ξυνιάς
Παιδογαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ "Ιπποκράτειο"

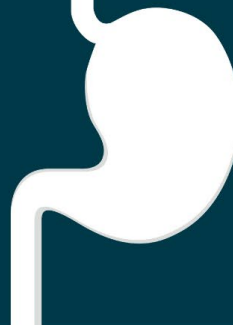
Εισαγωγή: Η απλαστική αναιμία που σχετίζεται με ηπατίτιδα (HAAA) αποτελεί σπάνια αλλά αναγνωρισμένη οντότητα, κατά την οποία πανκυτταροπενία εμφανίζεται λίγους μήνες μετά από επεισόδιο οξείας ηπατίτιδας. Στα παιδιά αντιστοιχεί περίπου στο 4% των περιπτώσεων αυτοάνοσης ηπατίτιδας. Η παθογένεια αποδίδεται σε διαταραχή της ανοσορρύθμισης, συνήθως πυροδοτούμενη από ιογενή λοίμωξη σε γενετικά προδιατεθειμένους ασθενείς. Η διάγνωση προϋποθέτει αποκλεισμό άλλων αιτιών.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού παιδιού με αυτοάνοση ηπατίτιδα που ανέπτυξε απλαστική αναιμία.

Υλικό – Μέθοδος: Αγόρι 3,5 ετών με διάγνωση αυτοάνοσης ηπατίτιδας προ τετραμήνου, με καλή ανταπόκριση στη θεραπεία, εισήχθη λόγω αιμορραγικής διάθεσης και πανκυτταροπενίας. Υποβλήθηκε σε πλήρη εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, μυελόγραμμα και οστεομυελική βιοψία.

Αποτελέσματα: Λόγω θετικών αντιαιμοπεταλιακών αντισωμάτων χορηγήθηκαν αρχικά κορτικοστεροειδή και γ σφαιρίνη, χωρίς κλινική βελτίωση. Δεν καταγράφηκε αιμόλυση. Η οστεομυελική βιοψία ανέδειξε τελικά ευρήματα συμβατά με απλαστική αναιμία. Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε Αιματολογικό Τμήμα για περαιτέρω αντιμετώπιση και πιθανή τελικά αλλογενή μεταμόσχευση μυελού των οστών.

Συμπεράσματα: Η εμφάνιση πανκυτταροπενίας σε παιδί με γνωστή αυτοάνοση ηπατίτιδα πρέπει να εγείρει ισχυρή υποψία απλαστικής αναιμίας. Αν και πρόκειται για σπάνια επιπλοκή, η ύπαρξη καταγεγραμμένων περιστατικών στη διεθνή βιβλιογραφία υπογραμμίζει τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και της άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης.



AA21

ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ ΕΝΑ ΕΤΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ελεονώρα Μίλκα Χρηστόφ, Ιωάννα Γριβέα, Μαρία Μήσιου
Παιδιατρική Κλινική Παν. Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Εισαγωγή: Η ανταπόκριση στη δίαιτα χωρίς γλουτένη σε παιδιά με κοιλιοκάκη καθορίζεται από την υποχώρηση των συμπτωμάτων και την ομαλοποίηση των ειδικών αντισωμάτων.

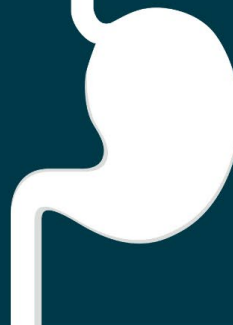
Σκοπός: Αξιολόγηση της ανοσολογικής ανταπόκρισης ένα έτος μετά την διάγνωση, υπό διατροφή χωρίς γλουτένη.

Υλικό – Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι παιδιών με διάγνωση «κοιλιοκάκη». Καταγράφηκαν: τρόπος διάγνωσης, τίτλος αντισωμάτων στην διάγνωση και 12 μήνες μετά από αυτήν.

Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε κατηγορίες με βάση τον τίτλο των αντισωμάτων (ομάδα Α tTG ≥ 10 φορές ανώτερο όριο εργαστηρίου (ΑΟΕ) και EMA $\geq 1:80$, ομάδα Β tTG ≥ 10 ΑΟΕ και EMA $\leq 1:40$, ομάδα Γ tTG < 10 ΑΟΕ).

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 52 ασθενείς. Σε 28 ασθενείς(55%) η διάγνωση τέθηκε με χρήση του τίτλου αντισωμάτων, ενώ 24 ασθενείς(45%) διαγνώστηκαν με βιοψία λεπτού εντέρου. 41/52 παιδιά διαγνώστηκαν στο νοσοκομείο μας και υπάρχουν δεδομένα της παρακολούθησης του 1^{ου} έτους. Τα υπόλοιπα 11 με διάγνωση και αρχική παρακολούθηση σε άλλο κέντρο εξαιρέθηκαν. Αρνητικοποίηση των ειδικών αντισωμάτων σημειώθηκε στους 16/41(39%), 3 ασθενείς ανήκαν στην ομάδα Α, 9 στην ομάδα Β και 5 στην ομάδα Γ. Στους 12/41(29%) παρέμεναν θετικά παρά τη συμμόρφωση και σχετίζονται με τον υψηλό τίτλο κατά τη διάγνωση (5 ασθενείς στην ομάδα Α και 9 ασθενείς στην ομάδα Β). 9/41 δεν έχουν συμπληρώσει ακόμα έτος από την διάγνωση.

Συμπεράσματα: Αρνητικοποίηση των ειδικών αντισωμάτων επήλθε στο 39% των ασθενών ένα έτος μετά τη διάγνωση, εφόσον συμμορφώνονται στον αυστηρό χαρακτήρα της διατροφής χωρίς γλουτένη. Από τους ασθενείς με υψηλό τίτλο αντισωμάτων (ομάδα Α ή Β) οι μισοί είχαν αρνητικοποιήσει τα ειδικά αντισώματα στην ετήσια τους επαναξέταση.



AA22

ΔΙΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΜΑΡΑΛΙΞΙΜΠΑΤΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΧΟΛΟΣΤΑΣΗ

Ιωάννης Ροηλίδης, Γεώργιος Ξυνιάς, Ιωάννης Ξυνιάς
Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

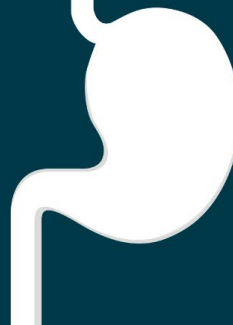
Σκοπός: Να παρουσιαστεί συνοπτικά η διетής, πραγματική-κλινική εμπειρία από τη χρήση μαραλιξιμπάτης (IBAT-αναστολέας) σε τρία παιδιά με χολόσταση: δύο με PFIC2 (ανεπάρκεια BSEP/ABCB11) και ένα με σύνδρομο Alagille.

Υλικό & Μέθοδος: Αναδρομική, περιγραφική ανάλυση τριών περιστατικών. Καταγράφηκαν: ένταση κνησμού (γονεϊκή αναφορά/επίδραση στον ύπνο), σωματομετρικά, βιοχημικοί δείκτες (τρανσαμινάσες, χολικά οξέα όρου), ελαστογραφία ήπατος, ανεπιθύμητες ενέργειες και ανάγκη τιτλοποίησης δόσης. Η θεραπεία εξατομικεύθηκε βάσει ανοχής και απόκρισης.

Αποτελέσματα: Και οι τρεις ασθενείς παρουσίασαν ταχεία και κλινικά σημαντική μείωση του κνησμού, με βελτίωση του ύπνου, της ποιότητας ζωής και επούλωση των εκδορών από τον έντονο κνησμό. Η ανοχή ήταν καλή, χωρίς σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα και χωρίς διακοπή θεραπείας. Δεν παρατηρήθηκε ανεπάρκεια λιποδιαλυτών βιταμινών. Η σωματική αύξηση ήταν φυσιολογική για την ηλικία. Τα χολικά οξέα μειώθηκαν σε όλους. Ένας ασθενής με PFIC εμφάνισε άμεση υποτροπή κνησμού και αύξηση χολικών οξέων μετά από πρόσκαιρη διακοπή (λόγω καθυστέρησης προμήθειας), με ταχεία ύφεση/μείωση μετά την επανέναρξη. Δεύτερος ασθενής με PFIC παρουσίασε υποτροπή στους τρεις μήνες, με εκ νέου ανταπόκριση μετά από αύξηση της δόσης.

Συμπεράσματα: Σε πραγματικές συνθήκες, η μαραλιξιμπάτη αποτελεί αποτελεσματική και ασφαλή επιλογή για τον έλεγχο του κνησμού σε PFIC2 και σύνδρομο Alagille. Η κλινική ανταπόκριση ενδέχεται να υπερτερεί της βιοχημικής, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για εξατομίκευση της δόσης και συστηματική παρακολούθηση. Απαιτούνται μεγαλύτερες σειρές για τον καθορισμό προγνωστικών δεικτών απόκρισης.

Λέξεις-κλειδιά: PFIC2, BSEP, ABCB11, Alagille, μαραλιξιμπάτη, IBAT-αναστολέας, παιδιατρική χολόσταση, κνησμός.



AA23

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΑΜΑΡΤΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ 2 ΜΗΝΩΝ

Αγγελική Σπαρτινού¹, **Ελένη Ιωάννα Βουρλή¹**, Θεοδώρα Μάρη¹, Αικατερίνη Μπαργιώτα¹, Χριστίνα Καραστάθη¹, Φλώρα Τζιφή¹, Μαρίνα Βακάκη², Ελένη Κουτρουβέλη², Μαρία Γαβρά³, Δημήτριος Δογάνης⁴, Ορθόδοξος Αχιλλέως⁵, Παναγιώτα Γιαμαρέλου⁶, Χρυσοβαλάντης Βεργαδής⁷, Στρατηγούλα Σακελλαρίου⁸, Αναστασία Κονιδάρη¹

¹ Β' Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων "Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού", Αθήνα Αττική

² Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων "Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού", Αθήνα Αττική

³ Τμήμα Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων, Αξονική – Μαγνητική Τομογραφία, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία", Αθήνα Αττική

⁴ Ογκολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων "Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού", Αθήνα Αττική

⁵ Β' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων "Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού", Αθήνα Αττική

⁶ Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων "Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού", Αθήνα Αττική

⁷ Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Λαϊκό", Αθήνα Αττική

⁸ Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα Αττική

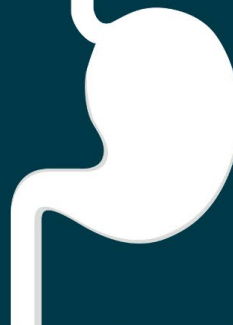
Εισαγωγή: Το ηπατικό αμάρτωμα είναι ένας σπάνιος καλοήθης ηπατικός όγκος, συχνότερος στον παιδιατρικό πληθυσμό. Χρήσιμα εργαλεία στη διαφορική διάγνωση αποτελούν το υπερηχογράφημα και η μαγνητική τομογραφία, ενώ η οριστική διάγνωση τίθεται ιστολογικά.

Σκοπός: Η περιγραφή περίπτωσης βρέφους 2 μηνών με ηπατικό μόρφωμα και η διεπιστημονική διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση του.

Υλικό - Μέθοδος: Το βρέφος προσκομίστηκε λόγω πυρετού χωρίς εστία. Στα πλαίσια διερεύνησης, ανευρέθηκε χωροκατακτητική βλάβη του ήπατος με λοβωτά όρια, συμπαγής με περιφερικούς κυστικούς χώρους και πλούσια αγγείωση, στα τμήματα IVa/IVb (Pretext II), μεταξύ μέσης και αριστερής ηπατικής φλέβας, διαστάσεων 8.94x7.65x4.72 εκατοστών (161.09 κ.εκ.).

Αποτελέσματα: Διενεργήθηκε εξειδικευμένος απεικονιστικός έλεγχος και διαγνωστική βιοψία ήπατος, με ευρήματα υπέρ συγγενούς αιμαγγειώματος. Λόγω της ηλικίας του ασθενούς, του μεγέθους και αγγειοβρίθειας του όγκου, η διαχείριση του περιστατικού αποφασίστηκε από ομάδα ιατρών του νοσοκομείου μας που περιλάμβανε ηπατολόγο, χειρουργό, ακτινολόγο, επεμβατικό ακτινολόγο και ογκολόγο. Εν αναμονή τελικής ιστολογικής και μοριακής ταυτοποίησης και δεδομένου ότι το βρέφος παρέμεινε σε άριστη κλινική κατάσταση, με πτωτική τιμή αφετοπρωτεΐνης, αποφασίστηκε συντηρητική αντιμετώπιση με χορήγηση προπρανολόλης για πιθανή υποστροφή και στενή παρακολούθηση. Λόγω μικρής αύξησης του μεγέθους του όγκου (10.39x8.67x4.56εκ, 214.87κ.εκ.) σε χρονικό πλαίσιο 4 εβδομάδων, το βρέφος υποβλήθηκε σε αριστερή ηπατεκτομή σε εξειδικευμένο κέντρο του εξωτερικού με καλή έκβαση. Η ιστολογική έκθεση του συνολικού εκτομηθέντος επί υγιών ορίων όγκου ανέδειξε ευρήματα συμβατά με ηπατικό αμάρτωμα.

Συμπεράσματα: Λόγω της μη ειδικής κλινικής και ακτινολογικής εικόνας του αμαρτώματος, της σπανιότητας του ευρήματος και της απουσίας ειδικών βιοδεικτών, απαιτείται ενδελεχής διερεύνηση και διεπιστημονική προσέγγιση, προκειμένου να επιτευχθεί η βέλτιστη έκβαση.



AA24

ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΠΡΩΤΕΪΝΟΡΡΟΙΑ (PLE) ΣΕ ΕΦΗΒΟ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΙΣΑ ΜΕΤΑΘΕΣΗ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Δήμητρα Μενούνου, Ιωάννα Αργύρη, Μαριέττα Χαρακίδα, Αικατερίνη Κουμπαρέλου, Ιωάννα Γεωργάκη¹, Αριάδνη Νεοφύτου, Δήμητρα Δημοπούλου, Μαρία Τσολιά
Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Παναγιώτης & Αγλαΐα Κυριακού»

Εισαγωγή: Η Εντερική Πρωτεϊνόρροια (PLE) σε έδαφος εντερικής λεμφαγγειεκτασίας (EL) αποτελεί σπάνιο σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από παθολογικά αυξημένη απώλεια πρωτεϊνών στον γαστρεντερικό αυλό, υπολευκωματιναιμία, κυρίως υποαλβουμιναιμία και οιδήματα. Μπορεί να είναι πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής, με τη δεύτερη μορφή να σχετίζεται συχνά με συγγενείς καρδιοπάθειες και διαταραχή λεμφικής παροχέτευσης.

Σκοπός: Παρουσίαση σπάνιου περιστατικού εφήβου με σοβαρό καρδιολογικό ιστορικό και θρομβώσεις στη βρεφική ηλικία καθώς και θρομβοφιλία που ανέπτυξε σοβαρή PLE λόγω δευτεροπαθούς εντερικής λεμφαγγειεκτασίας.

Υλικό: Έφηβος 15 ετών με χειρουργηθείσα μετάθεση των μεγάλων αγγείων (d-TGA), εκτεταμένη θρόμβωση άνω και κάτω κοίλης φλέβας στη βρεφική ηλικία, στένωση κλάδων πνευμονικής αρτηρίας και θρομβοφιλία (ετεροζυγωτία V-Leiden και μετάλλαξη MTHFR) υπό αντιαιμοπεταλιακή αγωγή προσκομίζεται λόγω οιδημάτων κάτω άκρων από εβδομάδος.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε εργαστηριακός έλεγχος (υποαλβουμιναιμία 1,8 g/dL, λεμφοπενία, υπογαμμασφαιριναιμία, αυξημένη α1-αντιθρυψίνη κοπράνων), απεικονιστικός έλεγχος (U/S κοιλίας με πλευριτική και ασκτική συλλογή). Η διάγνωση της EL επιβεβαιώθηκε με γαστροσκόπηση, τη χρήση ενδοσκοπικής κάψουλας και βιοψίες που ανέδειξαν λευκωπά στίγματα και πλάκες στον εντερικό αυλό καθώς και λεμφοζιδιακή υπερπλασία, εικόνα συμβατή με εντερική λεμφαγγειεκτασία.

Αποτελέσματα: Η θεραπεία περιέλαβε ενδοφλέβιες εγχύσεις αλβουμίνης, διουρητικά, οκτρεοτίδη, λευκωματούχο-άλιπο δίαιτα και αντιπηκτική αγωγή με ηπαρίνη. Ο ασθενής παρουσίασε σταθεροποίηση της κλινικής εικόνας και ύφεση οιδημάτων.

Συμπεράσματα: Αν και η PLE περιγράφεται κυρίως στο πλαίσιο φυσιολογίας Fontan, μπορεί να εμφανισθεί και σε καρδιολογικούς ασθενείς με θρόμβωση συστηματικών φλεβών, όπως στη δική μας περίπτωση μετά από χειρουργική διόρθωση d-TGA. Η έγκαιρη αναγνώριση, η συστηματική διερεύνηση και η πολυεπιστημονική προσέγγιση είναι απαραίτητες για την πρόληψη επιπλοκών και τη βελτίωση της πρόγνωσης.

AA25

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΣΕ ΕΦΗΒΗ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ COVID-19: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

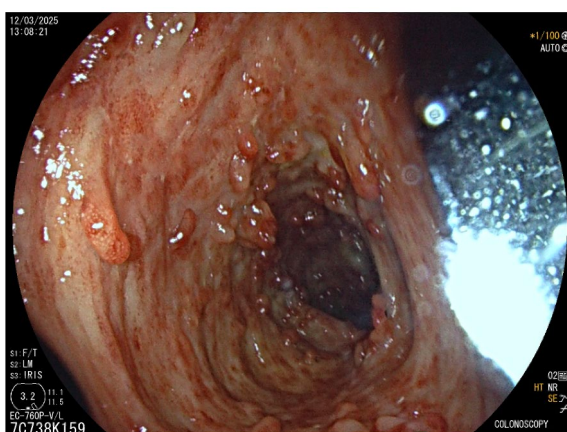
Ιουστίνη Καλαϊτζοπούλου, Αναστασία Αντωνιάδου, Ιωάννης Ξυνιάς, Ροηλίδης Ιωάννης
Γ' Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η ελκώδης κολίτιδα (ΕΚ) αποτελεί χρόνια φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, και μπορεί να σχετίζεται με εξωεντερικές επιπλοκές και αυξημένο κίνδυνο θρομβοεμβολικών επεισοδίων, ιδίως σε υποτροπές της νόσου. Η λοίμωξη από τον ιό SARS-CoV2 αποτελεί επιπρόσθετο παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη θρομβώσεων. **Σκοπός:** Παρουσίαση περιστατικού πνευμονικής εμβολής σε έφηβη με ενεργό ΕΚ και λοίμωξη COVID-19, με στόχο την ανάδειξη της σημασίας της έγκαιρης υποψίας και θεραπευτικής παρέμβασης.

Υλικό/Μέθοδος: Πρόκειται για έφηβη 17 ετών, με ελκώδη κολίτιδα από την ηλικία των 4,5 ετών, με πολλαπλά επεισόδια υποτροπών που αντιμετωπίζονταν με κορτικοστεροειδή και ανοσοκατασταλτική αγωγή. Κατά τη διάρκεια COVID-19 λοίμωξης και υποτροπής της ΕΚ, και ενώ ελάμβανε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη, ανέπτυξε πνευμονική εμβολή, με θρόμβωση της δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας και θρομβοπενία, για την οποία νοσηλεύτηκε και αντιμετωπίστηκε σε ΜΕΘ. Παρόλη τη σταθεροποίηση της ασθενούς, η κολοσκόπηση μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ, ανέδειξε εικόνα πανκολίτιδας με πολυάριθμους φλεγμονώδεις ψευδοπολύποδες και μικροεξελκώσεις. Αποφασίστηκε έναρξη θεραπείας με βιολογικό παράγοντα (infliximab).

Αποτελέσματα: Αναδεικνύεται η σημασία διατήρησης υψηλού δείκτη υποψίας για θρομβοεμβολικά επεισόδια σε παιδιά και εφήβους με ΕΚ, ιδιαίτερα σε υποτροπή της νόσου, και σε συνύπαρξη επιπρόσθετων παραγόντων κινδύνου, όπως η αγωγή με κορτικοστεροειδή και η COVID-19. **Η έγκαιρη υποψία, διάγνωση και αντιπηκτική αγωγή, σε συνδυασμό με την έγκαιρη κλιμάκωση της θεραπείας της νόσου με βιολογικό παράγοντα, είναι καθοριστικές για την πρόγνωση.**

Συμπέρασμα: Υπογραμμίζεται η ανάγκη επαγρύπνησης και έγκαιρης θεραπευτικής παρέμβασης σε παιδιατρικούς ασθενείς με ΕΚ, όπου η συνύπαρξη πολλαπλών παραγόντων κινδύνου μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές.



Εικόνα 1. Πανκολίτιδα με πολυάριθμους φλεγμονώδεις ψευδοπολύποδες, οίδημα και μικροεξελκώσεις στο παχύ έντερο.



AA26

ΑΤΥΠΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ: ΗΠΑΤΟΧΟΛΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΩΣ ΠΡΩΙΜΟ ΣΗΜΕΙΟ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Αναστασία Αντωνιάδου, Ιουστίνη Καλαϊτζοπούλου¹, Δανάη Ευσταθίου, Κωνσταντίνα Βασιλάκη
Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

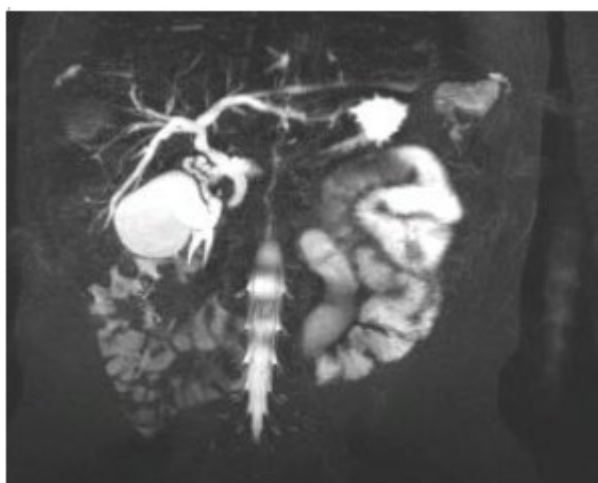
Εισαγωγή: Η ελκώδης κολίτιδα (ΕΚ) αποτελεί χρόνια φλεγμονώδη νόσο του εντέρου με πιθανές εξωεντερικές εκδηλώσεις. Στην παιδική ηλικία η διάγνωση τίθεται συνήθως με τυπική γαστρεντερική συμπτωματολογία. Ωστόσο, σπανιότερα, η νόσος μπορεί να αναδειχθεί στα πλαίσια διερεύνησης άλλων παθολογικών ευρημάτων, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την υψηλή κλινική υποψία.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού νηπίου με διάγνωση ΕΚ, η οποία τέθηκε κατά τη διερεύνηση τρανσαμινασαιμίας, που προηγήθηκε της συμπτωματολογίας από το γαστρεντερικό.

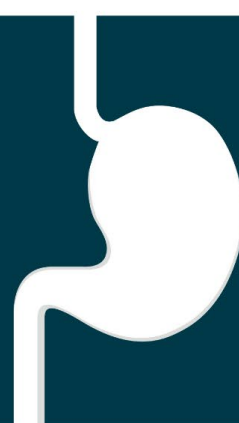
Υλικό/Μέθοδος: Νήπιο άρρεν, με ιστορικό θυρεοειδίτιδας Hashimoto, παρουσίασε σε τυχαίο έλεγχο τρανσαμινασαιμία και λιπώδη διήθηση ήπατος. Στη διερεύνηση συμπεριλήφθηκε MRCP η οποία ανέδειξε διάταση ενδο- και εξωηπατικών χολαγγείων, χωρίς σαφή διάγνωση σκληρυντικής χολαγγειίτιδας. Παράλληλα διαπιστώθηκαν σιδηροπενική αναιμία, θετική Mayer κοπράνων και αυξημένη καλπροτεκτίνη με αρνητικό έλεγχο για λοιμώδη παράγοντα. Σταδιακά παρουσίασε απώλεια βάρους, διαρροϊκές κενώσεις με αιμορραγική προσμίξη, κοιλιακό άλγος και νυχτερινές κενώσεις. Τέθηκε η υποψία για φλεγμονώδες νόσημα του εντέρου, και διενεργήθηκε κολοσκόπηση.

Αποτελέσματα: Η κολοσκόπηση ανέδειξε εικόνα πανκολίτιδας με ιστολογική εξέταση συμβατή με ενεργό ελκώδη κολίτιδα. Ξεκίνησε αγωγή με κορτικοστεροειδή με άμεση κλινική ανταπόκριση και μείωση του PUCAI score από 55 στο 5. Σε υπερηχογραφικό έλεγχο έξι μήνες μετά την MRCP, διαπιστώθηκε εικόνα συμβατή με σκληρυντική χολαγγειίτιδα. Ο έλεγχος για αυτοάνοση ηπατίτιδα και IgG4 ήταν αρνητικός.

Συμπεράσματα: Η ελκώδης κολίτιδα μπορεί να εκδηλωθεί με άτυπες εξωεντερικές εκδηλώσεις, όπως τρανσαμινασαιμία και ηπατο-χολική συμμετοχή, αρκετό διάστημα πριν την τυπική γαστρεντερική συμπτωματολογία. Σε αυτά τα παιδιά, η τακτική παρακολούθηση και η διεπιστημονική διερεύνηση επιτρέπουν την πρόωμη αναγνώριση της ΙΦΝΕ και την άμεση θεραπευτική παρέμβαση.



Σχήμα 1: MRCP του ασθενή: Διάταση ενδοηπατικών και εξωηπατικών χολαγγείων



AA27

ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ IKZF1: ΝΕΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ Ή ΤΥΧΑΙΑ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ;

Βασίλειος-Παναγιώτης Γκόλιας¹, Μαρία Ρογαλίδου², Κωνσταντίνα Δημάκου³, Αγγελική Μουδάκη¹, Ιουλία Πέτρου¹, Θεώνη Πετροπούλου¹, Αμαλία Πατερέλη⁴, Μαριάννα Τζανουδάκη⁵, Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου^{2,3}

¹ Α' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

² Μονάδα Γαστρεντερολογίας-Ηπατολογίας, Α Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

³ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

⁴ Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

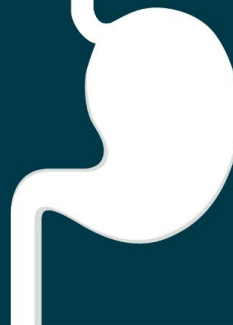
⁵ Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Η ηωσινοφιλική γαστρεντεροπάθεια είναι σπάνιο, χρόνιο, φλεγμονώδες νόσημα του πεπτικού, που χαρακτηρίζεται από διήθηση του γαστρεντερικού βλεννογόνου από ηωσινόφιλα και εκδηλώνεται με συμπτώματα ανάλογα με την εντόπιση και την έκταση της νόσου, συχνά μη ειδικά. Η παθοφυσιολογία παραμένει ασαφής, με εμπλοκή ανοσολογικών και γενετικών παραγόντων.

Σκοπός: Η παρουσίαση παιδιού με ηωσινοφιλική γαστρεντεροπάθεια και ταυτόχρονο εύρημα γενετικής παραλλαγής στο γονίδιο IKZF1.

Περιγραφή περίπτωσης: Κορίτσι 7 ετών με ιστορικό ατοπίας προσήλθε με διαλείποντα επεισόδια εμέτων, διάρροιας, κοιλιακού άλγους και χρόνιου βήχα, συνοδευόμενα από απώλεια βάρους 5kg σε διάστημα ενός μηνός. Αιματολογικά αναδείχθηκε ηωσινοφιλία (4.500/μL) και πολύ υψηλή IgE (26.200IU/ml). Η ενδοσκόπηση έδειξε οισοφαγίτιδα και δωδεκαδακτυλίτιδα, ενώ οι βιοψίες ανέδειξαν εκσεσημασμένη ηωσινοφιλική διήθηση με αποκοκκίωση. Ο έλεγχος για λοιμώδη και αυτοάνοσα νοσήματα ήταν αρνητικός. Με WholeExomeSequencing ανιχνεύθηκε παραλλαγή VUS++ στο εξόνιο 4 του IKZF1 (OMIM*603023). Η κλινικοεργαστηριακή εικόνα και τα ευρήματα της ενδοσκόπησης οδήγησαν στη διάγνωση ηωσινοφιλικής γαστρεντεροπάθειας. Η ασθενής τέθηκε σε κορτικοστεροειδή, PPIs, βιταμίνη D και δίαιτα αποφυγής γαλακτοκομικών (NeocateJr ως υποκατάστατο γάλατος) με κλινική και βιοχημική βελτίωση.

Συμπεράσματα: Το περιστατικό αναδεικνύει την πολυπλοκότητα της διάγνωσης και διαχείρισης της ηωσινοφιλικής γαστρεντεροπάθειας στα παιδιά και υπογραμμίζει τη σημασία του γενετικού ελέγχου επί εδάφους ανοσοδιαταραχής. Το εύρημα στο IKZF1 έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς παθογόνες παραλλαγές του έχουν συσχετιστεί με πρωτοπαθή ανοσοανεπάρκεια, αυξημένη προδιάθεση σε βακτηριακές λοιμώξεις και αιματολογικές νεοπλασίες. Το εύρημα αυτό μπορεί να αντιπροσωπεύει γενετική προδιάθεση που τροποποιεί τον φαινότυπο, καθιστώντας απαραίτητη τη μακροχρόνια παρακολούθηση με τη συνεργασία πολλαπλών ειδικοτήτων. Για τη συσχέτιση των δύο καταστάσεων απαιτείται περαιτέρω έρευνα.



AA28

ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ EBSTEIN-BARR VIRUS: ΣΥΧΝΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ Ή ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ ΝΟΣΗΜΑ?

Γεώργιος Διονυσόπουλος Γ., **Χρυσούλα Αθουσάκη**, Γεωργία Αμουντζά, Ιωάννα Αργύρη, Γεώργιος Δαμιανός Γ., Μαρία-Κωνσταντίνα Μάλλιου, Θεοδώρα Πλέσσα¹, Αίγλη Ζέλλου

Β΄ Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η λοίμωξη από ιό Epstein-Barr (EBV) έχει ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων. Η ανοσοτροποποιητική δράση του μπορεί σπάνια να πυροδοτήσει ή να μιμηθεί αυτοάνοσα ή υποκείμενα ηπατολογικά νοσήματα, όπως την αυτοάνοση ηπατίτιδα ή μεταβολικά νοσήματα.

Σκοπός: Περιγραφή δύο περιπτώσεων κοριτσιών με τρανσαμινασαιμία, χολόσταση και πρόσφατη / ενεργή EBV λοίμωξη. Η κλινικοεργαστηριακή εικόνα και η πορεία νόσου οδήγησε σε αναζήτηση υποκείμενης ηπατοπάθειας.

Υλικό-Μέθοδοι: Περίπτωση 1: Έφηβη 14 ετών παρουσίασε αιφνίδιο ίκτερο και κνησμό. Χωρίς συνοδά συμπτώματα και ιστορικό ηπατικής νόσου. Μητέρα: αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία, μητρική ξαδέρφη: κυστική ίνωση (απεβίωσε) και μητρική θεία: ΣΕΛ. Περίπτωση 2: Έφηβη 12ετών με εμπύρετη αμυγδαλίτιδα, τρανσαμινασαιμία, αυξημένη γGT και κνησμό. Αρνητικό ιστορικό ηπατικής νόσου. Θάνατος μεγαλύτερης αδερφής από διεισδυτική στρεπτοκοκκική λοίμωξη.

Αποτελέσματα: Περίπτωση 1: Εργαστηριακά: SGOT 1253U/L SGPT 1613U/L γGT 49U/L) και χολόσταση (ολική/άμεση χολερυθρίνη 9.9/ 7.5mg/dL), ANA 1/320, IgG ορού 2.300mg/dl, τεκμηρίωση EBV λοίμωξης. Υπερηχογράφημα κοιλίας και MRCP: χωρίς απόφραξη των χοληφόρων. Η αυτοάνοση ηπατίτιδα επιβεβαιώθηκε μέσω ηπατικής βιοψίας, EBV PCR (-) στον ιστό. Εναρξη πρεδνιζολόνης και αζαθειοπρίνης, και βελτίωση τρανσαμινασαιμίας. Περίπτωση 2: Εργαστηριακά: (SGOT 363U/L SGPT 321U/L γGT 314U/L), ολική/άμεση χολερυθρίνη 3.6/ 3mg/dL), χολικά οξέα ορού 250μmol/L, λοίμωξη EBV [RT-PCR(+) EBV-VCA IgM (+)]. Υπερηχογράφημα κοιλίας: εικόνα χολαγγειίτιδας. MRCP: χωρίς απόφραξη ενδοηπατικών χοληφόρων/χοληδοχολιθίαση, αλλά πάχυνση ενδοηπατικών χοληφόρων. Διενεργήθηκε διαδερμική βιοψία ήπατος (διάταση, φλεγμονή στα πυλαία διαστήματα-εικόνα διαβρωτικής ηπατίτιδας-φλεγμονή παρεγχύματος), EBV PCR (-) στον ιστό. Ανοσολογικός (-) και γενετικός έλεγχος αναμένεται.

Συμπεράσματα: Το διαγνωστικό δίλημμα μεταξύ οξείας EBV-ηπατίτιδας και υποκείμενης ηπατοπάθειας επιτείνει την ανάγκη ενδελεχούς ελέγχου για αποκλεισμό σοβαρών υποκείμενων ηπατικών νοσημάτων της παιδικής ηλικίας.



AA29

ΚΟΡΙΤΣΙ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ ΚΑΙ ΣΠΑΝΙΑ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ

Μαρία Μουτάφη¹, Ευστράτιος Σαλιακέλλης¹, Μαρία Φωτουλάκη¹, Παρασκευή Παναγοπούλου¹
Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

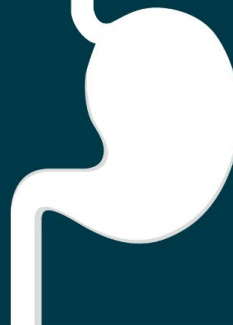
Εισαγωγή: Οι όγκοι παγκρέατος στα παιδιά είναι σπάνιοι (επίπτωση:0,46/1.000.000), με μη ειδικά συμπτώματα, διαγνωστικές δυσκολίες και περιορισμένες θεραπευτικές επιλογές. Διακρίνονται σε επιθηλιακούς καλοήθεις/κακοήθεις, νευροενδοκρινείς και σπάνιους μη-επιθηλιακούς όγκους(λέμφωμα, σ.Ewing). Η διαφοροδιάγνωση περιλαμβάνει το παγκρεατοβλάστωμα, το συμπαγή ψευδοθηλώδη όγκο (solid pseudopapillary tumor-SPT)-κυρίως σε θήλεα, το ινσουλίνωμα(συχνότερος νευροενδοκρινής) και αδenoκαρκίνωμα.

Σκοπός: Περιγραφή ασθενούς με όγκο παγκρέατος, με έμφαση στις προκλήσεις διάγνωσης και αντιμετώπισης.

Υλικό-Μέθοδος: Ανασκόπηση ιατρικού φακέλου και διεθνούς βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Θήλυ 8 ετών, ετεροζυγώτης β-μεσογειακής αναιμίας, προσκομίζεται λόγω μορφώματος παγκρέατος, ανευρεθέντος σε υπερηχογράφημα λόγω οξέος κοιλιακού άλγους, 2 επεισοδίων εμέτου και αυξημένης αμυλάσης (max 465U/l, φτ<101). Η αντικειμενική εξέταση ανέδειξε ήπια εν τω βάθει ευαισθησία επιγαστρικά, χωρίς ψηλαφητή οργανομεγαλία/λεμφαδένες. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός (δείκτες καρκινικοί, φλεγμονής, λοιμοανοσολογικοί). Προς αποκλεισμό αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας, νευροβλαστώματος άτυπης θέσης, νευροενδοκρινούς όγκου, ελέγχθηκαν ανοσοσφαιρίνες ορού, κατεχολαμίνες ούρων, ινσουλίνη ορού και C-πεπτιδίο (φυσιολογικά). Η αξονική και μαγνητική τομογραφία κοιλίας επιβεβαίωσε συμπαγή, κυτταροβριθή μάζα με στοιχεία αιμορραγικά/νέκρωσης/τήξης, που δε διηθεί, αλλά απωθεί πέριξ ιστούς/δομές. Η PET-CT φανέρωσε μεταβολική δραστηριότητα, χωρίς μεταστάσεις. Η ασθενής παραπέμφθηκε ασυμπτωματική, με σταδιακή μείωση της αμυλάσης, σε εξειδικευμένο παιδοχειρουργικό κέντρο στο εξωτερικό. Πραγματοποιήθηκε ολική εξαίρεση όγκου(max 3,9cm), η βιοψία ανέδειξε SPT και έκτοτε βρίσκεται σε follow-up.

Συμπεράσματα: Οι SPT έχουν καλύτερη συνολική επιβίωση (5ετής επιβίωση:100%). Στάδιο νόσου και φύλο αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς δείκτες: περιεγραμμένοι όγκοι και θήλεα εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό επιβίωσης. Διαγνωστική πρόκληση αποτελεί η αυτοάνοση παγκρεατίτιδα. Κρίσιμη είναι η έγκαιρη χειρουργική εξαίρεση του όγκου. Ωστόσο 5%-15% εμφανίζει τοπικές υποτροπές. Συμπεραίνουμε τη σημαντική θέση του παιδίατρου/παιδογαστρεντερολόγου στην άμεση αναγνώριση αμβληχρών συμπτωμάτων και παραπομπή.



AA30

ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΣΤΙΑΚΗΣ ΟΖΩΔΟΥΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Ζωή Κράβαρη, Ιωάννης Ροηλίδης, Ιουστίνη Καραϊτζοπούλου, Χριστίνα Σιδηρά, Ιωάννης Ξυνιάς
Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

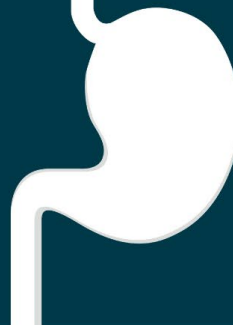
Εισαγωγή: Η εστιακή οζώδης υπερπλασία (FNH) του ήπατος αποτελεί σπάνια καλοήγη ηπατική μάζα, που αντιπροσωπεύει το 2-7% των ηπατικών όγκων στην παιδική ηλικία. Συνήθως είναι ασυμπτωματική και στις περισσότερες περιπτώσεις δεν απαιτείται θεραπευτική παρέμβαση.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός σπάνιου και ενδιαφέροντος περιστατικού FNH σε παιδί.

Υλικό – Μέθοδος: Πρόκειται για αγόρι 5,5 ετών με διάγνωση μεγάλης ηπατικής μάζας που ψηλαφήθηκε τυχαία από τον πατέρα προ διετίας. Διενεργήθηκαν υπερηχογράφημα κοιλίας, σπινθηρογράφημα ήπατος- σπληνός με ^{99m}Tc και βιοψία ήπατος, τα οποία ανέδειξαν εστιακή οζώδη υπερπλασία.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής παραμένει κλινικά σταθερός με τακτικούς απεικονιστικούς και εργαστηριακούς ελέγχους, χωρίς διαταραχές της ηπατικής βιοχημείας ή της α-φетоπρωτεΐνης (αFP). Σε απεικονιστικό επανέλεγχο προ έτους αναδείχθηκε πιθανότητα παρουσίας portosystemic shunt χωρίς όμως να επιβεβαιωθεί. Η πιο πρόσφατη μαγνητική τομογραφία ήπατος με μαγνητική αγγειογραφία προ τριμήνου πραγματοποιήθηκε για περαιτέρω διερεύνηση της πιθανότητας αναστόμωσης και επανεκτίμηση της μάζας. Η μάζα φαίνεται να έχει αυξηθεί κατά λίγα εκατοστά (93X78X42 mm) και να ασκεί πίεση σε παρακείμενες δομές όπως η χοληδόχος κύστη, το πάγκρεας, το έντερο, ο δεξιός νεφρός και η κάτω κοίλη φλέβα.

Συμπεράσματα: Πρόκειται για εξαιρετικά σπάνια περίπτωση FNH τέτοιου μεγέθους σε παιδί, δεδομένου ότι η μάζα συνήθως παραμένει μικρή και ασυμπτωματική στην παιδική ηλικία. Η προοδευτική αύξηση, τα πιεστικά φαινόμενα σε ζωτικά όργανα και η πιθανότητα συνύπαρξης αγγειακής ανωμαλίας καθιστούν την περίπτωση σύνθετη και υψηλού κινδύνου, απαιτώντας ειδική διαχείριση. Έχει ήδη πραγματοποιηθεί επικοινωνία για περαιτέρω αντιμετώπιση σε εξειδικευμένο κέντρο του εξωτερικού.



AA31

ΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

Δήμητρα-Ιφιγένεια Ματαρά¹, Ευστάθιος Αντωνίου², Παναγιώτα Γιαμαρέλου³, Μαρίνα Βακάκη⁴, Γεώργιος Πιτσουλάκης⁵, Ορέστης Παυλίδης⁶, Λεώνη Τζουνάκου⁷, Αγγελική-Ελένη Σφετσιώρη¹, Ξένια Λόσεβα¹, Ευγενία Μάγκου¹, Μαρία Νικήτα¹, Βασίλειος Πρασόπουλος⁸, Μιχαήλ Σκλάβος⁶, Μαρία Τσολιά⁷, Δημήτριος Δογάνης¹

¹ Ογκολογικό Τμήμα, Νοσοκομείου Παιδών «Π&Α Κυριακού» (ΟΤΑΚ), Ογκολογική Μονάδα Παιδών «Μαριάννα Β. Βαρδινογιάννη- ΕΛΠΙΔΑ»

² Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Νοσοκομείου Παιδών «Π&Α Κυριακού»

⁴ Ακτινολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείου Παιδών «Π&Α Κυριακού»

⁵ Τμήμα Αξονικού-Μαγνητικού Τομογράφου, Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία»

⁶ Α' Χειρουργική κλινική Νοσοκομείου Παιδών «Π&Α Κυριακού»

⁷ Β' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών «Π&Α Κυριακού»

⁸ Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία», Ογκολογική Μονάδα Παιδών «Μαριάννα Β. Βαρδινογιάννη- ΕΛΠΙΔΑ»

Εισαγωγή: Η έγκαιρη διεκκρίνιση της φύσης των χωροκατακτητικών εξεργασιών του ήπατος απαιτεί συνεργασία πολλών ειδικοτήτων και είναι απαραίτητη για την ορθή και με τη μικρότερη νοσηρότητα διαγνωστική-θεραπευτική προσέγγιση.

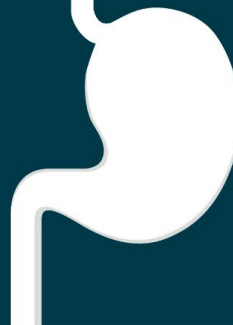
Σκοπός: Περιγραφή παιδιού με εξεργασία ήπατος που δημιούργησε προβληματισμούς ως προς τη φύση της

Υλικό: Αγόρι 3 ετών με μειωμένη σίτιση, ναυτία και εμέτους από μηνός καθώς και ψηλαφητή κοιλιακή μάζα.

Μέθοδος: Διενεργήθηκε εκτεταμένος κλινικοεργαστηριακός έλεγχος (συμπεριλαμβανομένων α-φετοπρωτεΐνης και άλλων δεικτών- χωρίς παθολογικές τιμές) καθώς και απεικονιστικός έλεγχος (υπερηχογράφημα-MRI κοιλίας), που ανέδειξε χωροκατακτητική εξεργασία ήπατος με κυστικά χαρακτηριστικά.

Αποτελέσματα: Στη διαφορική διάγνωση δεν ήταν δυνατόν να αποκλειστεί, εκτός των διαφόρων πιθανών όγκων του ήπατος και η εχινόκοκκος κύστη και για το λόγο αυτό έλαβε αρχικά βραχέως αλβενδαζόλη (αντισώματα έναντι εχινόκοκκου αρνητικά) παράλληλα με τη διερεύνηση. Λόγω μη ανταπόκρισης και αύξησης του μεγέθους της μάζας καθώς και επιδείνωσης της κλινικής εικόνας έλαβε χώρα προσπάθεια κατά το δυνατόν πλήρους εξαίρεσης της εξεργασίας. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε ραβδοειδή όγκο ήπατος. Αντιμετωπίστηκε με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία (EU-RHAB). Ιδιαίτερη και σύνθετη ήταν και η κλινική εικόνα κατά τη διάρκεια της θεραπείας με εμφάνιση σπασμών, συνδρόμου οπίσθιας αναστρέψιμης εγκεφαλοπάθειας (PRES), εικόνα αιμοφαγοκυτταρικού συνδρόμου (HLH), ασκίτη και πλευριτικές συλλογές και τελικά πρόοδο νόσου παρά την εντατική αγωγή.

Συμπεράσματα: Ο ραβδοειδής όγκος ήπατος είναι εξαιρετικά σπάνιος και με δυσμενή πρόγνωση. Οποιαδήποτε απεικονιστική μέθοδος από μόνη της αδυνατεί να διεκρινίσει τη φύση των χωροκατακτητικών εξεργασιών του ήπατος ιδιαίτερα όταν οι διαθέσιμοι καρκινικοί δείκτες ή τα εργαστηριακά προς άλλη κατεύθυνση εκτός των νεοπλασιών δεν είναι υποστηρικτικά της διάγνωσης.



AA32

ΣΥΝΔΡΟΜΟ COWDEN ΚΑΙ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗ: ΣΠΑΝΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Αναστασία-Ραφαέλα Τριανταφύλλου¹, Αφροδίτη Κούρτη¹, Μαρία Σπανού¹, Ινώ Καναβάκη¹, Άγγελος Δαμπάλης², Νικόλαος Ζάβρας², Σμαραγδή Φεσσάτου¹

¹ Μονάδα Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής, Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

² Πανεπιστημιακή Παιδοχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Cowden (ΣC) ανήκει στο φάσμα των PTEN hamartoma tumor syndromes και χαρακτηρίζεται από ανάπτυξη πολλαπλών αμαρτωμάτων. Οφείλεται σε μεταλλάξεις του ογκοκατασταλτικού γονιδίου **PTEN** (10q23), που ρυθμίζει αρνητικά την PI3K/AKT/mTOR οδό. Ο εκτιμώμενος επιπολασμός είναι 1:200.000. Η διάγνωση βασίζεται στα αναθεωρημένα κριτήρια του 2019. Οι εκδηλώσεις περιλαμβάνουν βλεννογονοδερματικές βλάβες, μακροκεφαλία και υπερκεράτωση, ενώ ιδιαίτερη σημασία έχει ο αυξημένος κίνδυνος κακοηθειών. Σε ποσοστό έως και 95% αναπτύσσονται γαστρεντερικοί πολύποδες.

Παρουσίαση Περιστατικού: Άρρεν νήπιο 3,5 ετών με γενετικά επιβεβαιωμένο ΣC, χωρίς συμπτωματολογία από το πεπτικό, όπως διαταραχή κενώσεων ή κοιλιακό άλγος, υποβλήθηκε σε ενδοσκόπηση πεπτικού στο πλαίσιο ελέγχου. Η κολονοσκόπηση ανέδειξε πολλαπλά οζίδια με κεντρικό βοθρίο στο παχύ έντερο, ενώ ανεβρέθησαν και πολλαπλοί έμμισχοι πολύποδες στο ανιόν και τυφλό κόλον, με μέγιστη διάμετρο 4 εκατοστά. Λόγω της εκτεταμένης πολυποδίασης, σε δεύτερο χρόνο, διενεργήθηκε δεξιά ημικολεκτομή με πλαγιο-πλάγια αναστόμωση. Η βιοψία ανέδειξε αμαρτωματοειδείς πολύποδες, χωρίς στοιχεία επιθηλιακής δυσπλασίας. Στη συνέχεια ο ασθενής ετέθη σε από του στόματος αγωγή με sirolimus, ως αναστολέα mTOR, χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες και παραμένει υπό στενή παρακολούθηση.

Συμπέρασμα: Το ΣC εκδηλώνεται με ποικιλία βλαβών, συχνά ήδη από την παιδική ηλικία. Η παρουσία εκτεταμένης πολυποδίασης σε νήπιο είναι ιδιαίτερα σπάνια και απαιτεί άμεση διεπιστημονική αντιμετώπιση. Η έγκαιρη διάγνωση και η στοχευμένη θεραπευτική παρέμβαση, όπως στο παρουσιαζόμενο περιστατικό, μπορούν να αποτρέψουν καρκινική εξαλλαγή και να βελτιώσουν την πρόγνωση.

AA33

ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΕΡΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΕΦΗΒΟ ΜΕ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΣΦΑΙΡΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ

Κωνσταντίνα Καπετάνιου¹, **Θεοπίστη Βασιλειάδου¹**, Αριστείδης Χριστακόπουλος¹, Ευστράτιος Σαλιακέλλης¹, Αντώνιος Καττάμης^{2,3}, Σταύρος Γλεντής³, Ευθυμία Βαργιάμη¹, Άννα Κιουμή⁴, Μαρία Φωτουλάκη¹, Παρασκευή Παναγοπούλου¹

¹ Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γ. Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

² Πανεπιστημιακή Ογκολογική Αιματολογική Μονάδα (ΠΟΑΙΜ), Α' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

³ Εργαστήριο Πανεπιστημιακής Ογκολογικής Αιματολογικής Μονάδας (Π.Ο.Αι.Μ. /Κ.Ε.Θ.), Α' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αθήνα, Ελλάδα

⁴ Αιματολογική Κλινική και Εργαστήριο, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η κληρονομική σφαιροκυττάρωση αποτελεί τη συχνότερη κληρονομική αιμολυτική αναιμία στα παιδιά. Η χρόνια αιμόλυση οδηγεί σε προδιάθεση για χολολιθίαση, που ενδέχεται να εκδηλωθεί με σοβαρή συμπτωματολογία.

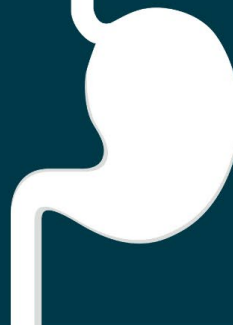
Σκοπός: Η παρουσίαση ασθενούς με κληρονομική σφαιροκυττάρωση επιπλακείσα με υποτροπιάζοντες κολικούς χοληφόρων και σημαντική και παρατεταμένη υπερχολερυθριναιμία.

Υλικό- Μέθοδος: Ανασκόπηση ιατρικού φακέλου του ασθενούς και της βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Έφηβος 16 ετών με ιστορικό ήπιας σφαιροκυττάρωσης και πλημμελή παρακολούθηση, προσήλθε με κοιλιακό άλγος, ναυτία, εμέτους, σ. Murphy (+) και ίκτερο. Διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση της χολερυθρίνης (ολικής/άμεσης=22/8,5mg/dl), υπερτρανσαμινασαιμία (SGOT=253/SGPT=495U/L), με αυξημένα ΔΕΚ=15,6% χωρίς αναιμία (Hb=13g/dl). Ο υπέρηχος και η MRCP ανέδειξαν χολολιθίαση, διογκωμένο τον λεμφαδένα του Lund και ήπια σπληνομεγαλία (16εκ.). Αντιμετωπίστηκε αρχικά με υπερυδάτωση (4L/ημέρα), με πτωχή επίδραση στα επίπεδα χολερυθρίνης λόγω συνεχιζόμενης αιμόλυσης. Ο ασθενής εμφάνισε επανειλημμένα επεισόδια κολικού χοληφόρων (3) συνοδευόμενα από νέα αύξηση της χολερυθρίνης (διακύμανση: 18,66-33,41mg/dl). Για την αντιμετώπιση της υπερχολερυθριναιμίας χορηγήθηκε φαινοβαρβιτάλη (2,6mg/kg/d) ενώ έγινε εκτενής διερεύνηση άλλων αιτιών αιμόλυσης (WES).

Ο ασθενής ανταποκρίθηκε άριστα στη φαινοβαρβιτάλη (min χολερυθρίνη: 4,3mg/dl) 8 εβδομάδες μετά την παρουσίαση του. Ο γενετικός έλεγχος ανέδειξε ταυτόχρονη παρουσία συνδρόμου Gilbert και τριπλασιασμένο α-γονίδιο αιμοσφαιρίνης (ετεροζυγώτης anti-3.7Kb) που εξηγούν την παρατεταμένη υπερχολερυθριναιμία. Διενεργήθηκε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή με ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Δεν έγινε ταυτόχρονη σπληνεκτομή λόγω της απουσίας σπληνομεγαλίας/ανάγκης μεταγγίσεων.

Συμπεράσματα: Η χολολιθίαση επιπλέκει συχνά την κληρονομική σφαιροκυττάρωση με αυξημένο κίνδυνο κολικού χοληφόρων και σημαντικής ηπατικής βλάβης. Η συστηματική παρακολούθηση και η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών είναι ουσιαστικές. Η φαινοβαρβιτάλη μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια για την αντιμετώπιση της υπερχολερυθριναιμίας σε τέτοιους ασθενείς.



AA34

ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ 15 ΕΤΩΝ

Γεώργιος Ξυνιάς¹, Ιωάννης Ροηλίδης¹, Στυλιανός Ξυνιάς¹, Ιουστίνη Κалаϊτζοπούλου¹, Χαράλαμπος Αγακίδης², Ιωάννης Ξυνιάς¹

¹Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Παιδογαστρεντερολογική Μονάδα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

²Α' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η αυτοάνοση ηπατίτιδα (ΑΗ) στα παιδιά είναι σπάνια οντότητα, με ποικίλη βαρύτητα εμφάνισης. Μπορεί να εκδηλωθεί ως ασυμπτωματική υπερτρανσαμινασαιμία μέχρι και οξεία ηπατική ανεπάρκεια. Η πορεία της ποικίλλει, και σε κάποιες των περιπτώσεων μπορεί να είναι επίμονη και να χρειαστεί αναπροσαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής, ενώ υπάρχουν αναφορές ακόμη και για επείγουσα ηπατική μεταμόσχευση.

Σκοπός: Η αναδρομική καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων, των κλινικών εκδηλώσεων, του τύπου της ΑΗ, της παρουσίας ηπατικής ίνωσης κατά τη διάγνωση, της φαρμακευτικής αγωγής, και της πορείας και έκβασης παιδιών με ΑΗ.

Υλικό - Μέθοδος: Αναδρομική συλλογή δεδομένων από 15 παιδιά με ΑΗ τα τελευταία 15 έτη, στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Τα δεδομένα περιλάμβαναν δημογραφικά στοιχεία, κλινική εικόνα κατά τη διάγνωση, ευρήματα ηπατικής βιοψίας (ίνωση), είδος θεραπευτικής παρέμβασης, πορεία και έκβαση.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία διάγνωσης ήταν τα 7 έτη (3 μηνών -17 ετών- Α/Κ 10:5). Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 7 έτη. Ασυμπτωματική υπερτρανσαμινασαιμία εμφάνισαν 11 παιδιά, ενώ 4 παρουσίασαν ηπατική ανεπάρκεια.

Τύπο 1 ΑΗ είχαν 10 παιδιά και τύπο 2, τα υπόλοιπα 5.

Μέτριου βαθμού ηπατική ίνωση κατά τη διάγνωση, είχαν 7 /15 παιδιά.

Η φαρμακευτική αγωγή που χορηγήθηκε ήταν μόνο πρεδνιζολόνη σε 10 παιδιά (2 έλαβαν και ουρσοδεοξυχολικό οξύ). Τέσσερεις ασθενείς έλαβαν, πρεδνιζολόνη και αζαθειοπρίνη. Ένα παιδί χρειάστηκε επιπλέον και κυκλοσπορίνη. Σε ό,τι αφορά την πορεία, 5 ασθενείς δεν εμφάνισαν υποτροπή (1 παιδί διέκαψε την αγωγή σε 3 έτη), ένας εμφάνισε απλασία του μυελού σε 6 μήνες από τη διάγνωση, και οι υπόλοιποι 9 είχαν κατά μέσο όρο 2-3 υποτροπές.

Κοιλιοκάκη κατά τη διάγνωση είχε 1 παιδί.

Συμπεράσματα: Η ΑΗ σε παιδιά είναι σπάνια οντότητα που εμφανίζεται με ποικίλη κλινική βαρύτητα. Η ηπατική ίνωση (μέτρια) κατά τη διάγνωση είναι συχνή (46%). Ο συχνότερος τύπος (στη μελέτη μας) ήταν ο τύπος Ι. Τα περισσότερα παιδιά ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή συντήρησης με πρεδνιζολόνη (66%). Η πορεία συνήθως είναι ομαλή. Κανένα παιδί δεν υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση ήπατος.