

ΠΑ-01

Η εμφάνιση δυσπλασιών άκρων ποδών σε μαθητές δημοτικού σχολείου: Επιδημιολογική μελέτη

Κυριακή Γ. Στάθη¹, Γεώργιος Κονόμος²

¹ Ιατρός Αποκατάστασης, Μέλος της Επιτροπής Εκπαίδευσης της Ε.Ε.Φ.Ι.Απ., Senior Fellowship of European Board of Physical Medicine & Rehabilitation

² Στατιστικός-Οικονομολόγος (Msc), Εκπαιδευτικός και Επιστημονικός συνεργάτης του Πανεπιστημίου Αθηνών, Γεν. Νοσοκομείο Αθηνών "Αλεξάνδρα"

Εισαγωγή – Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να ερευνηθεί η επίπτωση δυσπλασιών άκρων ποδών σε παιδιά ηλικίας 10 – 12 χρόνων, με στόχο να λειτουργήσει ως εργαλείο ευαισθητοποίησης όσων ασχολούνται με τα παιδιά (γυμναστών, προπονητών, παιδιάτρων) για τα ιδιαίτερα προβλήματα του άκρου ποδός.

Υλικό - Μέθοδος: μελετήθηκαν 46 μαθητές της Ε' (30 άτομα) & ΣΤ' (16 άτομα) τάξης Δημοτικού Σχολείου της Ανατολικής Αττικής (27 αγόρια & 19 κορίτσια). Καταγράφηκε η εμφάνιση σημείων ήβης. Μετρήθηκαν το ύψος και το βάρος σώματος και υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος. Επίσης διερευνήθηκαν οι αθλητικές / φυσικές δραστηριότητες. Έγινε αδρή κλινική εξέταση και σε «ύποπτα» περιστατικά έγινε και πελματογράφημα.

Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS 17, ο έλεγχος της συσχέτισης των ποιοτικών μεταβλητών έγινε με το Fisher's exact test. Ο έλεγχος της συσχέτισης ηλικίας, βάρους ύψους, δείκτη μάζας σώματος με τη δυσπλασία άκρων ποδών έγινε με το μη παραμετρικό test Mann-Whitney. Ως κριτήριο στατιστικής σημαντικότητας θεωρήθηκε η στάθμη του 5%.

Αποτελέσματα:

Η Ε' τάξη έχει 2 τμήματα (σχεδόν διπλάσιο πληθυσμό) με συνέπεια ο μέσος όρος ηλικίας να είναι μικρότερος των 12 χρόνων. Έτσι η εκτίμηση της παρουσίας σημείων ήβης δεν μπορεί να είναι αξιόπιστη.

Η μελέτη του ύψους, βάρους & ιδιαίτερα του δείκτη μάζας σώματος έδειξε το 60,9% των παιδιών είναι στα όρια του φυσιολογικού. Μέσος όρος ύψους 147,7 cm; βάρους 42,1 kgr & δείκτη μάζας σώματος 19. Υπέρβαρα & στα όρια της παχυσαρκίας καταγράφηκε το (6,5 + 2,2) 8,7 % του πληθυσμού. Στα όρια του υπέρβαρου 17,4 % ενώ ελλιποβαρή μετρήθηκε το 13,0%.

Το 73,9 % των παιδιών ασχολείται με κάποια μορφής φυσική δραστηριότητα (ποδόσφαιρο 15,2%, καλαθοσφαίριση 15,2%, ενόργανη γυμναστική 13 %, χορό 13%, καράτε 8,7%, ποδηλασία 6,5% & κολύμβηση 2,2%).

Το 7 % (4 – 15% τα βιβλιογραφικά δεδομένα για παιδιά αυτής της ηλικίας) εμφανίζει κάποια μορφής δυσπλασία πέλματος (εύκαμπτη πλατυποδία, τάση βλαισότητας πτέρνης, πελματιαίος ακροχόρδων -μυρμηγκιά-, δυσμορφία 2^{ου} δακτύλου & βλαισός μέγας δάκτυλος).

Οι δυσπλασίες φαίνεται να προτιμούν τα κορίτσια 10,5% έναντι 3,7% των αγοριών (αντίθετα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα). Η παρουσία δυσπλασιών πέλματος δεν δείχνει να συνδέεται με αυξημένο ή μειωμένο δείκτη μάζας σώματος. Στους αθλούμενους μαθητές δυσπλασίες πέλματος παρουσίασε το 28,6% των ασχολούμενων με την καλαθοσφαίριση & το 16,7% των ασχολούμενων με την ενόργανη γυμναστική.

Συζήτηση: Παρόλο που η μεγάλη πλειοψηφία των παιδιών ασχολείται με κάποια αθλητική δραστηριότητα είναι σαφής η τάση για παχυσαρκία 26,1 % (κακής ποιότητας διατροφή ή/και ελλιπές προπονητικό & διατροφικό πρόγραμμα?). Επίσης αξίζει να σημειωθεί και το ποσοστό 13 % των παιδιών που εμφανίζονται ελλιποβαρή, χωρίς εμφανή παθολογική αιτία (αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης?).

Η συσχέτιση αθλητικής δραστηριότητας, στη βιβλιογραφία γίνεται κυρίως με την άκαμπτη πλατυποδία και αφορά αθλήματα στίβου ή/και δρόμου μεγάλων αποστάσεων. Στο δείγμα του πληθυσμού μας δεν εμφανίζεται κανένα περιστατικό άκαμπτης πλατυποδίας. Τα κορίτσια της ενόργανης έδειξαν μια τάση διατήρησης της εύκαμπτης πλατυποδίας (ξυπόλητη άσκηση στο παρκέ?)

ΠΑ-02

Πτερναλγία

Νίκος Δράκος

Η πελματιαία απονευρωσίτιδα είναι από τις πιο συχνές παθήσεις που παρουσιάζονται στις ποδιατρικές συνεδρίες. Εκατομμύρια άνθρωποι ανά τον κόσμο υποφέρουν από αυτήν την πάθηση. Προσβάλει ανθρώπους όλων των ηλικιών ανάλογα το επίπεδο καταπόνησης και σαν πάθηση δεν κάνει φυλετικές διακρίσεις. Δάσκαλοι, νοσοκομειακοί, μηχανικοί, πωλητές και όλοι όσοι ταλαιπωρούνται λόγω ορθοστασίας από αυτήν την πάθηση μπορούν να καταλάβουν την εξουθενωτική της φύση. Ο πόνος στην πτέρνα μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα ζωής και δουλειάς ενός ατόμου και να μειώσει την παραγωγικότητα.

ΠΑ-03

Πιάνοντας την πελματιαία απονευρωσιοπάθεια από ...το αυτί! Παρουσίαση περιστατικού

Λουκάς Θειάσπρας

Κέντρο Ποδιατρικής-Ποδολογίας, Αργυρούπολη

Εισαγωγή – Σκοπός: Η πιο συχνή αίτια πόνου στην περιοχή της πτέρνας είναι η πελματιαία απονευρωσιοπάθεια (Π.Α.), μια μορφή παθολογικής εκφύλισης της πελματιαίας απονεύρωσης του ποδιού (Lemont et al. 2003; Benjamin, 2009).

Επιδημιολογικά, κάθε χρόνο 1 εκ. έχουν διάγνωση «Π.Α» και αποτελεί το αίτιο για το 1% των Ορθοπεδικών επισκέψεων (Riddle & Schappert, 2004). Πολύ συχνό σε αθλητές τρεξίματος (10%) και γενικότερα σε καταστάσεις που απαιτείται έντονη πίεση-καταπόνηση στα πόδια (Chandler & Kibler, 1993).

Πιο συχνό σε ηλικίες μεταξύ 45-65 περισσότερο δε στο γυναικείο φύλο (Schepsis et al, 1991; Lemont et al, 2003), στα άτομα με πλατυποδία (planus) ή κοιλοποδία (cavus), και αυξημένο βάρος. Το 1/3 των περιπτώσεων αφορά και τα δύο πόδια (Owens et al, 2013).

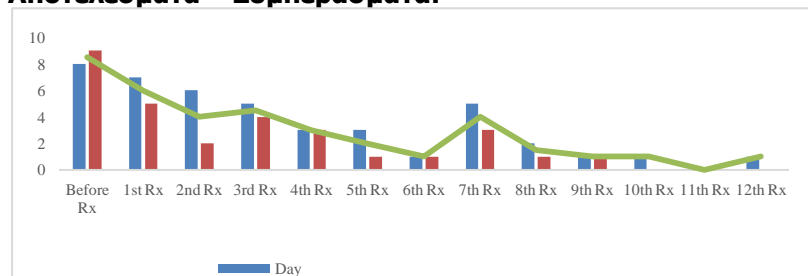
Άλλη θεραπευτική μέθοδος όπου χρησιμοποιείται για την μείωση πόνου σε διάφορες περιπτώσεις όπως: Πόνο από καρκίνο (Alimi et al, 2003), Χρόνιο πόνο Σπονδυλικής στήλης (Sator-Katzenscleger et al, 2003), πόνος σε πόδι " φάντασμα" (Katz & Melzack 1991), μετεγχειρητικός πόνος (Usichenko et al, 2005), και σε έλκη από εγκαύματα (Lewis et al, 1990), είναι η Ωτική Νευροτροποποίηση (Ωτοθεραπεία)

Σύμφωνα με τους Gori & Firenzuoli (2007), ο ορισμός της σύγχρονης ωτοθεραπείας (ωτοβελονισμού) είναι "*Διαγνωστικό και θεραπευτικό σύστημα βασισμένο στο να ομαλοποιεί την δυσλειτουργία του σώματος μέσω ερεθισμού βελονιστικών σημείων στο εξωτερικό πτερύγιο του αυτιού*". Δεν είναι βασισμένο στην παραδοσιακή κινεζική ιατρική αλλά στην θεωρία του Dr Paul Nogier όπου υπάρχει σωματοτοπική (ανατομικών δομών & λειτουργιών) αντιπροσώπευση στο αυτί (ανεστραμμένο έμβρυο) και όταν υπάρχει κάποια παθολογία εμφανίζονται ζώνες ευαισθησίας.

Σκοπός μας η παρουσίαση περιστατικού με χρόνια Π.Α., και η προσπάθεια αντιμετώπισης του πόνου σύμφωνα με τα πρωτόκολλα θεραπείας Ωτικής Νευροτροποποίησης (Bazzoni & Gatzounis 2015) την στιγμή που αρκετές άλλες θεραπείες δεν είχαν αποτέλεσμα.

Υλικά – Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε ηλεκτρονική συσκευή ανίχνευσης σημείων και διέγερσης (Pointer Excel), ειδικός στελεός επισκόπησης (Blue Palper) με διαβαθμισμένη επαναφορά, και ειδικοί σπόροι με χειρουργική αυτοκόλλητη ταινία (Vaccaria) για τον διαρκή ερεθισμό των σημείων. Χρησιμοποιήθηκαν λειτουργικά σημεία A & B επιπέδου καθώς και Νευροαντακλαστικά σημεία. Χορηγήθηκε διπλή οπτική σκάλα πόνου (επίπεδο πρωινού πόνου & υπόλοιπης ημέρας) όπου ο ασθενής συμπλήρωνε σε κάθε θεραπεία (διαβάθμιση 1-10). Η διάρκεια της θεραπείας ήταν για 12 εβδομάδες με συχνότητα 1 φορά την εβδομάδα.

Αποτελέσματα – Συμπεράσματα:



Στο 85-95% των ασθενών η μείωση του πόνου θα ολοκληρωθεί με συντηρητική θεραπεία που περιλαμβάνει ειδικές διατάσεις, ασκήσεις ενδυνάμωσης, παγοθεραπεία, ειδικά ορθοτικά πέλματα, νάρθηκες νυκτός, αλλά μπορεί να χρειαστεί μέχρι και 6 -9 μήνες για την πλήρη ίαση (Cornwall & McPoil, 1999). Η Ωτική Νευροτροποποίηση βοήθησε ασθενή με χρόνια Π.Α., την στιγμή που σχεδόν όλα τα συντηρητικά μέσα θεραπείας δεν είχαν επιδράσει. Είναι μέθοδος δίχως παρενέργειες, αρκετά ανεκτή από τον ασθενή και με ιδιαίτερα χαμηλό κόστος. Θεωρούμε ότι αποτελεί ένα σημαντικό όπλο στην θεραπευτική φαρέτρα του Ποδιάρτρου – Ποδολόγου στην αντιμετώπιση επώδυνων παθολογικών καταστάσεων που προσβάλλουν το κάτω άκρο. Χρειάζονται όμως περισσότερες τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες (RCTs) με μεγάλο δείγμα ασθενών για να ενισχυθεί η άποψη αυτή.

ΠΑ-04

Αξιολόγηση ορθοτικών πελμάτων ως προς την αλλαγή κινηματικής της πυέλου σε άτομο με ανισοσκελία: Παρουσίαση περιστατικού

Λουκάς Θειάσπρας

Ποδιατρικό- Ποδολογικό κέντρο, Αργυρούπολη

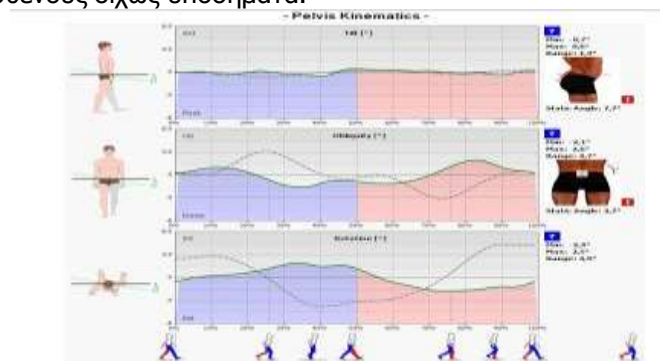
Εισαγωγή: Η ανισοσκελία αποτελεί συχνό κλινικό εύρημα από τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με μυοσκελετικά προβλήματα. Ο λόγος που τυγχάνει ιδιαίτερης προσοχής είναι το ότι έχει δείχθει στο παρελθόν ότι η ανισοσκελία προκαλεί πολλές προσαρμοστικές – αντιρροπιστικές αλλαγές στην κλίση της πυέλου, στην μυική ισορροπία, στην σπονδυλική στήλη αλλά και εν γένει στην εμβιομηχανική της στάσης και βάδισης. Ανάλογα με τον τύπο ή την αιτιολογία της ανισοσκελίας αρκετές φορές χορηγούνται ορθοτικά πέλματα με ανύψωση στην περιοχή της πτέρνας για το κοντό πόδι, με σκοπό την πιο συμμετρική βάδιση και τυχόν μείωση επώδυνων συμπτωμάτων.

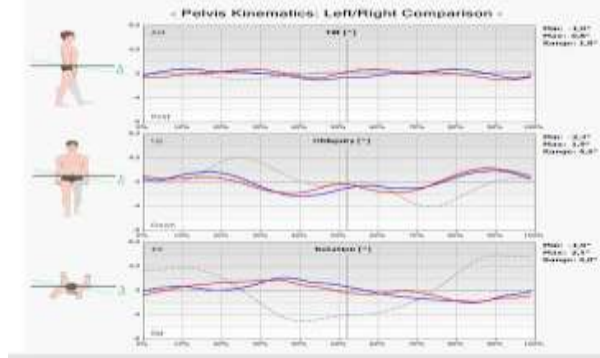
Το ύψος της ανύψωσης γίνεται συνήθως εμπειρικά (συνήθως το μισό της διαφοράς), και σταδιακά αυξάνεται με συνεκτίμηση και των συμπτωμάτων του ασθενούς. Ενώ στατικά μπορεί να ελεγχθεί το επίπεδο της πυέλου, κατά την βάδιση η κινηματική ανάλυση (κίνηση της πυέλου) απαιτεί ιδιαίτερα ακριβό αλλά και χρονοβόρο εξοπλισμό.

Σκοπός μας είναι η παρουσίαση περιστατικού με ανατομική ανισοσκελία, και η καταγραφή της κινητικότητας της πυέλου με ένα αρκετά πιο φθινό αδρανειακό σύστημα καταμέτρησης, απλό και γρήγορο στην χρήση, ώστε να υπάρχουν μετρήσιμα πλέον ενδείξεις σχετικές με το θεραπευτικό πλάνο ή την αξιολόγηση των ορθοτικών πελμάτων.

Υλικά – Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε ηλεκτρικός διάδρομος και το σύστημα Wina, όπου χρησιμοποιεί έναν αδρανειακό αισθητήρα. (Αισθητήρα επιτάχυνσης, Μαγνητόμετρο και Γυροσκόπιο τριών αξόνων) συνδεδεμένο με έναν υπολογιστή μέσω Bluetooth, επιτρέποντας τον καθορισμό των χωρο-χρονικών παραμέτρων, καθώς και των περιστροφών της πυελικής περιοχής. Ο αισθητήρας τοποθετείται στην οσφυϊκή μοίρα του ασθενούς (στον οσφυϊκό σπόνδυλο Ο5) και σταθεροποιείται με ένα εργονομικό ιμάντα που επιτρέπει την ελεύθερη κίνηση του σώματος για της ακόλουθες καταστάσεις: α) Περπάτημα του ασθενούς στον διάδρομο δίχως υποδήματα, β) με αθλητικά υποδήματα τρεξίματος και γ) με ορθοτικά πέλματα και ανύψωση ενός εκατοστού για το κοντό πόδι, προσαρμοσμένα στα ίδια αθλητικά υποδήματα. Με το πέρας των μετρήσεων, μια αναφορά που δημιουργείται αυτόματα από το λογισμικό παρουσιάζει τον υπολογισμό της προσθιοπίσθιας περιστροφής, προσθιοπίσθιας κάμψη της πυέλου και γίνεται αυτόματα συγκριτικό μεταξύ των μοτίβων βάδισης.

Αποτελέσματα: Παρατηρήσαμε τάση βελτίωσης, με την έννοια της μικρότερης κινητικότητας της πυέλου με την χρήση των ορθοτικών πελμάτων με την ανύψωση, σε σχέση με την χρήση μόνο των αθλητικών υποδημάτων και ακόμη μεγαλύτερη σε σχέση με το περπάτημα του ασθενούς δίχως υποδήματα.





Συμπεράσματα: Η χρήση αδρανειακού συστήματος μπορεί να φανεί χρήσιμη στην αξιολόγηση των ορθοτικών πελμάτων σε σχέση με την κινηματική ανάλυση της πυέλου σε άτομα με ανισοσκελία. Υπάρχει η τάση βελτίωσης της κίνησης της πυέλου μεταξύ βαδίσματος δίχως υποδήματα, με υποδήματα και με υποδήματα και ορθοτικά πέλματα. Χρειάζονται όμως περισσότερες μετρήσεις και σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών ώστε να είναι εφικτή και η στατιστική επεξεργασία μεταξύ των μοτίβων βάδισης ώστε φανεί αν αυτή η τάση βελτίωσης παρουσιάζει στατιστική σημαντικότητα. Με τον ίδιο τρόπο θα μπορούσε να γίνει και αξιολόγηση των υποδημάτων και εκτός εργαστηριακού ελέγχου (παρατήρηση, διάδρομος) με φυσικό τρόπο βαδίσματος, με σχετικά φθινό και μη χρονοβόρο εξοπλισμό.

ΠΑ-05

Εύκαμπτη Παιδική Πλατυποδία : Τι γνωρίζουμε τελικά;

Λουκάς Θειάσπρας¹, Χρήστος Νικολόπουλος²

¹ Ποδιατρικό-Ποδολογικό Κέντρο, Αργυρούπολη

² OrthoFoot Center, Λευκωσία, Κύπρος

Εισαγωγή – Σκοπός: Ένα θέμα όπου παρουσιάζει ιδιαίτερα αντικρουόμενες απόψεις είναι αυτό της Παιδικής Εύκαμπτης πλατυποδίας. Ακόμη και ο ορισμός δεν δείχνει τόσο ξεκάθαρος είτε από την κλινική η ακτινογραφική μεριά (Taylor, 2001), είτε από την εμβιομηχανική (Williams, 2000) όπου παρουσιάζει μεγάλη μεταβλητότητα. Αντικρουόμενες απόψεις υπάρχουν και στην αιτιολογία, παθολογία καθώς και στην κατηγοριοποίηση, όπου ορισμένοι συγγραφείς αμφιβάλλουν για την θεραπεία (Garcia Rodriguez et. Al. 1999, Staheli, 1999, Kim, 2000, Harris et.al. 2003, Whitford and Esterman (2007), ενώ άλλοι έχουν δηλώσει την ανάγκη θεραπείας (Rang et al, 1986, Preis et al, 1997, Cussick, 1992, Kinmon et al, 2001 Lin et al., 2001, Leung et. Al., 2002, Vulcano et al. 2013). Και ενώ είναι κοινώς αποδεκτό ότι συνήθως η παιδική εύκαμπτη πλατυποδία δεν παρουσιάζει πόνο (Spencer and Person, 1984), οι δημοσιεύσεις σχετικά με την συσχέτιση άλλων παθήσεων όπως : Βλαισός μέγας δάκτυλος, προβλήματα στην πελματιαία απονέυρωση, στις επιγονατίδες, moirtons, κτλ. είναι αρκετές (Whyllfield 1944, Bordelon 1983, Donatelli et al 1988, Nikolopoulos et al 1999, 2000, 2001, Esterman & Pilotto 2005, Zammit & Payne 2007). Ακόμη και η ηλικία έναρξης θεραπείας μέσω ορθοτικών πελμάτων παρουσιάζει μεγάλη ασυμφωνία, με συγγραφείς που υποστηρίζουν την έναρξη θεραπείας στα 10 έτη, άλλοι στα 7 ή στα 4 έτη (Bleck, 1982; Caselli, et al., 1991; Miller, Laslowski, and Suman, 1996)

Σκοπός της βιβλιογραφικής έρευνας αυτής ήταν το να προσπαθήσουμε να απαντήσουμε με ενδείξεις, το τι ισχύει τελικά όσον αφορά την αντιμετώπιση μέσω ορθοτικών πελμάτων της παιδικής εύκαμπτης πλατυποδίας.

Μέθοδος – Υλικά: Για τον σκοπό αυτής της βιβλιογραφικής αναθεώρησης η μεθοδολογία ήταν η εξής : α) Συλλογή από επιστημονικά περιοδικά όπως Paediatrics, The Foot, Journal of Foot and Ankle Surgery, JAPMA, the journal of Paediatric Orthopaedics, β) Ιστοσελίδες όπως Medline, Science Direct, Elsevier, Ovid, Google, PubMed and NHS Direct, γ) Βιβλιοθήκες των Πανεπιστημίων Strathclyde και Durham ερευνήθηκαν για σχετικό υλικό.

Οι λέξεις «κλειδιά» που χρησιμοποιήθηκαν ήταν, flat feet, flexible flatfoot, pes planus, planovalgus, paediatric, diagnosis and orthotics. Προσπαθήσαμε να βρούμε δημοσιεύσεις από την βιβλιογραφία των βασικών ερευνών στο θέμα, και υιοθετήσαμε το πρωτόκολλο κριτικής αναθεώρησης Polgar (1991). Τέλος, προσπαθήσαμε να βρούμε όσες δημοσιεύσεις μπορούσαμε, στην αγγλική γλώσσα, απορρίπτοντας την δύσκαμπτη η επίκτητη πλατυποδία, αλλά προφανώς ήταν αδύνατον να τις βρούμε όλες.

Αποτελέσματα – Συμπεράσματα: Από την βιβλιογραφική έρευνα, παρατηρήσαμε ότι έχουν καλλιεργηθεί «Μύθοι» σχετικά με την παιδική εύκαμπτη πλατυποδία, όπως οι φράσεις «άστο δίχως θεραπεία και θα φτιάξει», «πόνοι μεγαλώματος», «τα ορθοτικά πέλματα δεν βοηθάνε και προκαλούν ατροφία στους μύες του ποδιού» όπου κάθε άλλο παρά βασισμένες σε ενδείξεις είναι. Επιπλέον οι Συγγραφείς της έρευνας αυτής, θα προτείνουν μοντέλο θεραπείας – αντιμετώπισης της παιδικής εύκαμπτης πλατυποδίας που ξεκινάει από την ιδιαίτερα μικρή ηλικία των 14 μηνών ή 2 μήνες από την στιγμή που θα περπατήσει το παιδί, καθώς οι χόνδροι και το σκαφοειδές έχουν περισσότερο περιθώρια βελτίωσης θέσης και προσαρμογής, σύμφωνα ωστόσο και με άλλους συγγραφείς (Rose, 1985, Bleck and Berzins, 1977, Rang et al, 1986, Wyatt et al, 1990, Preis et al, 1997, Cussick, 1998, Leung et al, 1998, Kinmon et al, 2001, Vulcano et al, 2013)

ΠΑ-06

Επιπολής μυκητιασικές λοιμώξεις του δέρματος

Αρης Χ. Υφαντίδης
Βιοπαθολόγος

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ: Το δέρμα αποτελείται από 3 στιβάδες. Την επιδερμίδα, το Χόριο και το Υπόδερμα.

Η Επιδερμίδα εμφανίζει 2 επιφάνειες: Την Επιπολής και την Εν τω βάθει και αποτελείται από 5 στιβάδες: Την Κερατίνη, την Διαυγή, τη Κοκκώδη, την Ακανθωτή και τη Βασική.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΧΛΩΡΙΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ: Η φυσιολογική χλωρίς του δέρματος φιλοξενεί τους μικροοργανισμούς: *Propion bacterium acnes*, *Staphylococcus spp*, *Acinetobacter spp*, *Philosporum*, *Candida spp*, *Malassezia spp*.

ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ: Η λοίμωξη του δέρματος προκαλείται από τη λύση της συνεχείας του δέρματος και την είσοδο των μικροοργανισμών της φυσιολογικής χλωρίδας ή του εξωτερικού περιβάλλοντος στις στεριές στιβάδες της επιδερμίδας. Οι μυκητιασικές λοιμώξεις του δέρματος διαχωρίζονται σε Επιπολής μυκητιάσεις και αφορούν την επι πολλή επιφάνεια της επιδερμίδας και τις Συστηματικές μυκητιάσεις που αφορούν τις εσωτερικές στιβάδες της επιδερμίδας.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ: Από τους μικροοργανισμούς της φυσιολογικής χλωρίδας που προκαλούν επιπολής μυκητιασικές λοιμώξεις είναι: οι Ζυμομύκητες του είδους "Candida" και το είδος "Malassezia", τα Δερματόφυτα και τα μη Δερματόφυτα. Το είδος "Candida" προκαλεί μυκητίαση του δέρματος και των βλεννογόνων, το είδος "Malassezia" προκαλεί πιτυροσπορώσεις όπως η ποικιλόχρους πιτυρίαση και η θυλακίτιδα από "Pityrosporum ovale". Το είδος "Corynebacterium" προκαλεί μόλυνση των μηρογεννητικών, των μασχαλαίων και των μεσοδακτυλίων πτυχών. Τα είδη των Δερματοφύτων προκαλούν δερματοφυτία του τριχωτού της κεφαλής, του γενείου, του κορμού, των άκρων χεριών, των άκρων ποδιών, των μηρογεννητικών πτυχών και των ονύχων.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ: Η Κλινική εικόνα της επιπολής μυκητιασικής λοίμωξης προσομοιάζει με εικόνα άλλων δερματικών παθήσεων. Για την σωστή διάγνωση και την επιλογή της καταλληλής θεραπείας ο εργαστηριακός έλεγχος κρίνεται απαραίτητος.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ: Ο Εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει την εξέταση του βιολογικού δείγματος (Λεπίων του δέρματος, Τριχών, Ονυχών) με:

1. ΑΜΕΣΗ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:
1α) σε νωπό παρασκευασμα, 1β) σε χρωματισμένο παρασκευασμα,
2. ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΓΙΑ ΜΥΚΗΤΕΣ:
2α) Απομόνωση του μύκητα, 2β) Ταυτοποίηση του μύκητα
3. ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΓΙΑ ΚΟΚΚΟΥΣ ΚΑΙ ΒΑΚΤΗΡΙΑ,
Εάν κρίνεται απαραίτητο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ: Η Επιπολής μυκητιασική λοίμωξη αντιμετωπίζεται με:

ΤΟΠΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (σε μορφή κρέμας, αλοιφής, διαλύματος, λάκας κ.α)

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (από του στόματος θεραπεία), οι αντιμυκητιασικοί παράγοντες είναι τα "πολυένια" (αμφοτερικίνη Β και νυστατίνη), οι "Αζολες" και τα παράγωγά τους (φλουκοναζόλη και ιτρακοναζόλη), οι "Αλλυλαμίνες" (τερβιναφίνη), και "Αμορολφίνη".

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό στα θεραπευτικά σχήματα στην μυκητιασική λοίμωξη, είναι η μακρά διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής που απαιτείται για την επιτυχία της θεραπείας (όπως π.χ. επί 3 μήνες στην αγωγή με ιτρακοναζόλη ή με τερβιναφίνη και επί 6 μήνες ή επί 12 μήνες στην αγωγή με φλουκοναζόλη)

ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ εφαρμόζονται: Κλασσικές χειρουργικές και νέες τεχνικές όπως "Laser" κ.α.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ προτείνονται όπως: μηχανικός και χημικός καθαρισμός της πάσχουσας περιοχής του δέρματος.

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ συνιστώνονται όπως: απολύμανση των σπορίων σε δημόσιους χώρους, καλή προσωπική υγιεινή, αποφυγή επαφής με μολυσμένα ζώα, αποφυγή προδιαθεσικών παραγόντων (διαβήτης).

Η Επαρκής προφύλαξη και η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, προστατεύει τη μετάδοση της μυκητιασικής λοίμωξης στο κοντινό μας περιβάλλον και αναστέλλει την επιδείνωση και εξάπλωση της λοίμωξης στον οργανισμό μας.

ΠΑ-07

Κάθε νύχι αλλοιωμένο είναι μυκητίαση;

Αρης Χ. Υφαντίδης
Βιοπαθολόγος

Εισαγωγή – Σκοπός: Τα τελευταία χρόνια οι παθήσεις των νυχιών απασχολούν όλο και περισσότερο τους ασχολούμενους με τα εξαρτήματα του δέρματος όπως είναι τα νύχια των ποδιών και των χεριών.

Γιατί εμφανίζονται παθήσεις στα νύχια;

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, όπως και η χρήση κοινοχρήστων κολυμβητηρίων, γυμναστηρίων, τα στενά παπούτσια, τα κλειστά αθλητικά παπούτσια και κάλτσες από συνθετικές ύλες, οι επαγγελματικές διαφορετικές συνθήκες εργασίας, όπως επίσης η εκτεταμένη χρήση αντιβιοτικών, αυξάνουν τη συχνότητα των ονυχομυκητιάσεων.

Τι είναι ονυχομυκητίαση;

Η ονυχομυκητίαση είναι ένα πρόβλημα που εκδηλώνεται στα νύχια των ποδιών και των χεριών. Προκαλείται από ορισμένους μικροοργανισμούς, τους μύκητες, και προσβάλλει το δέρμα και τα νύχια (όνυχο-μυκητίαση).

Πως εμφανίζεται η ονυχομυκητίαση;

Οι μύκητες εισχωρούν στα νύχια των ποδιών και των χεριών με αποτέλεσμα να σταματούν την ανάπτυξη τους και να προκαλούν την καταστροφή τους.

Οι μύκητες προκαλούν βλάβη είτε σε τμήμα του νυχιού είτε σε ολόκληρο το νύχι.

Οι αλλοιώσεις που προκαλούνται στα νύχια από την μόλυνση είναι:

Αλλαγή στο φυσιολογικό χρώμα του νυχιού, αλλαγή στο σχήμα του νυχιού και αλλαγή στη δομή του νυχιού.

Αποκόλληση του νυχιού από το υποκείμενο δέρμα και δημιουργία ανώμαλης επιφάνειας της πλάκας του νυχιού. Επίσης, πολλές φορές, αλλοιώσεις προκαλούνται και στο δέρμα. Περιοχές του δέρματος γύρω από το νύχι και ανάμεσα στα δάχτυλα εμφανίζουν απολέπιση, ερεθισμό και κνησμό, ενώ συχνά επεκτείνεται στα πέλματα και τις φτέρνες.

Παρόμοια συμπτώματα και εικόνες από διαφορετικές αιτίες

Παρόμοια συμπτώματα εμφανίζονται στα νύχια και από άλλα αίτια, όπως σε δερματολογικά νοσήματα, έκζεμα χρόνιο, ψωρίαση, ομαλό λειχήνα, αλωπεκία γυροειδή, εύθραυστα νύχια.

Ακόμα η έλλειψη βιταμινών, μετάλλων και ιχνοστοιχείων και η λήψη κάποιων φαρμάκων επηρεάζουν την ανάπτυξη των νυχιών. Η λοιμώξη από κόκκους ή βακτήρια προκαλούν επίσης αλλοιώσεις στο νύχι.

Ο καθορισμός του αίτιου θα δώσει την κατεύθυνση για την σωστή αντιμετώπιση.

Η σωστά αντιμετώπιση-θεραπεία θα πρέπει να γίνει μετά τον καθορισμό του αιτίου-διάγνωση.

Υλικό – Μέθοδος:

Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με:

- ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ από τον ειδικό Ιατρό-Δερματολόγο και
- ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ από το Μικροβιολογικό-Μυκητολογικό εργαστήριο

Οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι:

ΑΜΕΣΗ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (αποτελέσματα σε 6 - 12 ώρες)

ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΓΙΑ ΜΥΚΗΤΕΣ (αποτελέσματα σε 2 έως 3 εβδομάδες) ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΓΙΑ

ΚΟΚΚΟΥΣ ΚΑΙ ΒΑΚΤΗΡΙΑ (αποτελέσματα σε 24 έως 48 ώρες)

Σε αποτελέσματα με θετική καλλιέργεια εκτελούνται και τα ΤΕΣΤ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ, ΑΝΤΙΜΥΚΗΤΟΓΡΑΜΜΑ και ΑΝΤΙΒΙΟΓΡΑΜΜΑ αντιστοίχως, για τον καθορισμό του κατάλληλου φαρμάκου.

Θεραπεία

Η Μυκητίαση των νυχιών δεν θεραπεύεται από μόνη της. Απαιτεί θεραπεία.

Οι θεραπείες που εφαρμόζονται σήμερα είναι:

ΤΟΠΙΚΕΣ, σε λάκκα νυχιών ή σε κρέμα,

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ (από του στόματος θεραπεία), οι αντιμυκητιασικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται είναι: η "Γκριζοφουλβίνη", τα "Πολυένια" (αμφοτερικίνη Β και νυστατίνη), οι "Αζόλες", η "Τρακοναζόλη" (εκοναζόλη και κετοκοναζόλη), οι "Αλλυλαμίνες" (τερβιναφίνη), η "Αμορολφίνη".

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό στα θεραπευτικά σχήματα στη μυκητιασική λοίμωξη είναι η μακρά διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής που απαιτείται για την επιτυχία της θεραπείας (όπως π.χ. επί 3 μήνες στην αγωγή με τρακοναζόλη ή με τερβιναφίνη και επί 6 μήνες ή επί 12 μήνες στην αγωγή με φλουκοναζόλη)

Η κλινική ανταπόκριση 3 μήνες μετά το πέρας της θεραπείας ανέρχεται στο 55 %.

Το ευρος των σημερινών αντιμυκητιασικών φαρμάκων είναι εκτεταμένο και αποτελεσματικό.

Υπάρχουν παρ' όλα αυτά μυκητιάσεις που είναι συνήθως ανθεκτικές στη θεραπεία.

ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ, όπως η χειρουργική αφαίρεση του αλλοιωμένου νυχιού και η χρήση Laser, όταν κρίνεται απαραίτητο.

Τα αποτελέσματα της θεραπείας για ονυχομυκητίαση γίνονται ορατά όταν βγει το νέο καθαρό νύχι (6 έως 9 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας).

Αποτελέσματα – Συμπεράσματα:

Τι μπορεί να σημαίνει η ονυχομυκητίαση;

Η ονυχομυκητίαση έχει χαρακτηριστεί ως <<κρυφός ασθενής>>, επειδή οι ανωμαλίες των νυχιών μπορούν να δώσουν σημαντικές ενδείξεις για την κατάσταση υγείας του ατόμου. Η πάθηση σχετίζεται τόσο με φυσικές-κλινικές αλλά και με ψυχολογικές συνέπειες, οι οποίες μπορεί να επιδρούν στην προσωπική, επαγγελματική και κοινωνική ζωή του ατόμου.

Η καλή εικόνα των νυχιών είναι πολλές φορές και η καλή εικόνα της υγείας μας.

Δομή του Νυχιού

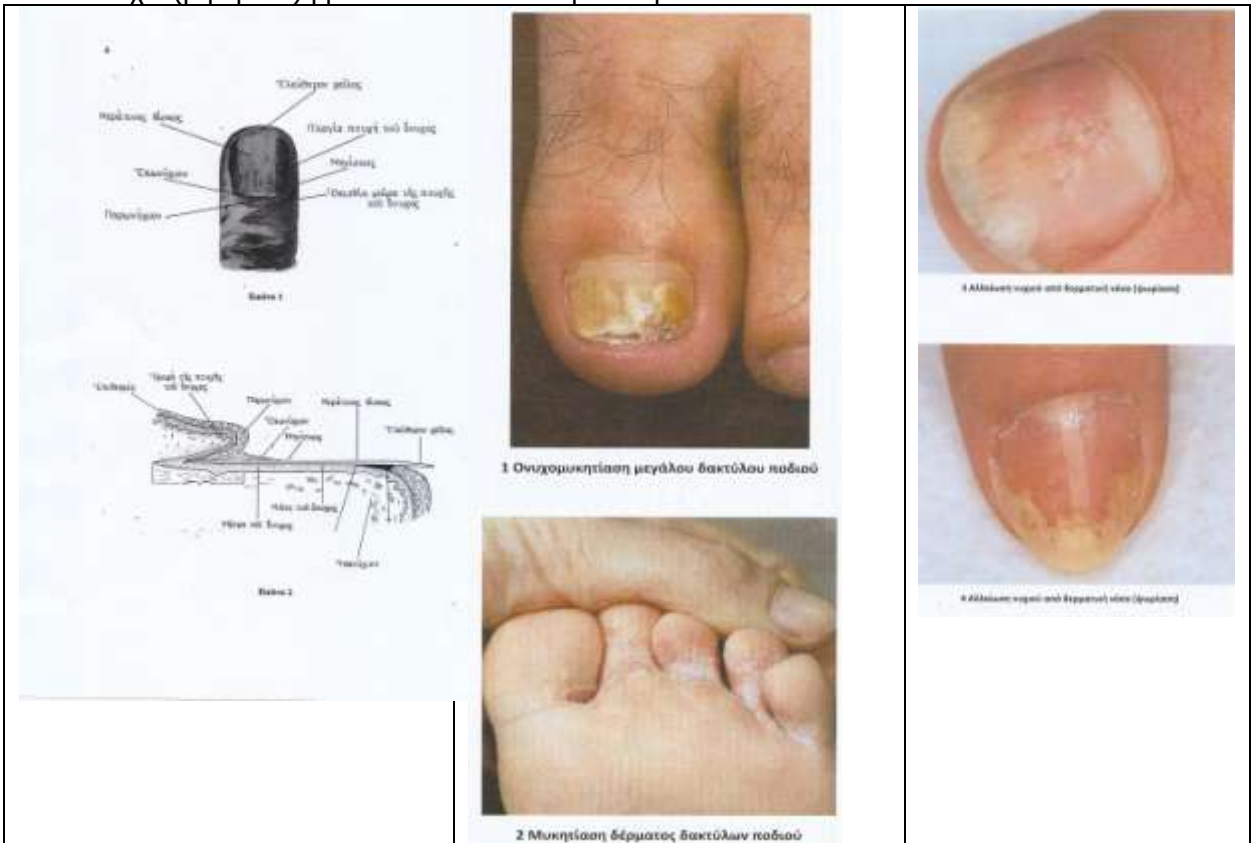
Το νύχι αποτελείται από 2 τμήματα: την ονυχιαία πλάκα και τη μήτρα.

Η μήτρα περιλαμβάνει 2 τμήματα: Το μηνίσκο (ορατό) και το παρονύχιο (μη ορατό) η προέκταση του λέγεται επονύχιο.

Το παρονύχιο περαλβάνει την εγγυς πτυχή και τις πλάγιες πτυχές του νυχιού.

Το νύχι έχει 2 βασικές επιφάνειες: την άνω και την κάτω (κοίτη του νυχιού)

Το υπονύχιο (μη ορατό) βρίσκεται κάτω από την κοίτη



ΠΑ-08

Νεύρωμα Morton – Διερεύνηση, παρακολούθηση και χειρουργική αντιμετώπιση

Α. Κωνσταντινίδης¹, Ε. Περδικάκης², Γεωργιάννος¹, Η. Μπισμπινάς¹, Μ. Σαββίδης¹, Γ. Γκούβας¹

¹ Α' Ορθοπαιδική Κλινική 424 Γ.Σ.Ν.Ε.

² Ακτινολογικό Τμήμα 424 Γ.Σ.Ν.Ε.

Σκοπός: Το νεύρωμα Morton αποτελεί τη συχνότερη νευροπάθεια του κάτω άκρου και επομένως η υποψία του και η διαγνωστική του προσέγγιση είναι γνωστές σε κάθε ορθοπαιδικό χειρουργό. Η θεραπευτική του προσέγγιση συνεχίζει όμως και αποτελεί μία πρόκληση, καθώς η χειρουργική του αφαίρεση ελλοχεύει τον κίνδυνο της επιδείνωσης των συμπτωμάτων και της υποτροπής.

Υλικό – Μέθοδος: Από το Σεπτέμβριο 2012 και για 3 συνεχόμενα έτη, 98 ασθενείς (81 γυναίκες – 17 άνδρες) ηλικίας 29 – 78 ετών (Μ.Ο. ηλικίας 50,6 έτη – παρακολούθησης 18,2 μήνες) με ελάχιστη παρακολούθηση τους 6 μήνες, εξετάστηκαν στα Εξωτερικά Ιατρεία Α' Ορθοπαιδικής πάσχοντες από μεταταρσαλγία με ποιοτικά χαρακτηριστικά και κλινικές δοκιμασίες ενδεικτικές για νεύρωμα Morton. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε σε 58 περιπτώσεις με μαγνητική τομογραφία (60%) και σε 40 περιπτώσεις με υπερηχογράφημα μαλακών μορίων (40%). Το νεύρωμα αφορούσε σε 52 περιπτώσεις το δεξί πόδι (53%), σε 34 το αριστερό (35%) και σε 12 περιπτώσεις ήταν αμφοτερόπλευρο (12%). Θεραπευτικά, σε 63 ασθενείς δόθηκαν οδηγίες για κατάλληλα υποδήματα και αντιφλεγμονώδης αγωγή (65%), σε 18 ασθενείς διενεργήθηκε τοπική έγχυση κορτικοστεροειδούς με ή χωρίς καθοδήγηση με υπερηχογράφημα (19%), ενώ σε 15 ασθενείς (15,2%) διενεργήθηκε αφαίρεση του νευρώματος με ραχιαία προσπέλαση με τοπική 11 (73%) ή ενδορραχιαία αναισθησία 4 (27%).

Αποτέλεσμα: Η συντηρητική θεραπεία είναι αποτελεσματική και εφαρμοζόμενη με επιμονή για 6 τουλάχιστον μήνες οδηγεί σε υποχώρηση των ενοχλημάτων στο 84% των ασθενών. Η χειρουργική αφαίρεση του νευρώματος με ραχιαία προσπέλαση σε επιλεγμένες περιπτώσεις έχει πολύ καλά αποτελέσματα χωρίς μείζονες επιπλοκές. Στη μικρή σειρά μας μέχρι και σήμερα, δεν υπάρχουν παρά μόνο 2 επιπολής λοιμώξεις και διασπάσεις τραύματος που αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με αλλαγές.

Συμπέρασμα: Παρόλο που ο επιπολασμός του νευρώματος Morton είναι σχετικά συχνός, η χειρουργική του θεραπεία πρέπει να γίνεται σε επιλεγμένες περιπτώσεις, όπου η οξύτητα των ενοχλημάτων δεν ανταποκρίνεται στη συντηρητική αγωγή και όπου η χρονιότητα τους δεν αφήνει περιθώρια συντηρητικής θεραπείας.

ΠΑ-09

Οστεοτομία scarf διάφυσης 1^{ου} μεταταρσίου – Παρουσίαση της εμπειρίας μας σε 26 ασθενείς στον ελληνικό πληθυσμό

Α. Κωνσταντινίδης, Γεωργιάννος, Η. Μπισμπινάς, Μ. Σαββίδης, Γ. Γκούβας

Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική 424 Γ.Σ.Ν.Ε.

Σκοπός: Η οστεοτομία Scarf είναι μία σχετικά νέα διαφυσική οστεοτομία 1^{ου} μεταταρσίου, που αποκτά ολοένα και περισσότερους οπαδούς στη χειρουργική της ποδοκνημικής και του άκρου ποδός για τη διόρθωση μεσαίου βαθμού παραμορφώσεων βλαισού μεγάλου δακτύλου.

Υλικό – Μέθοδος: Από το Σεπτέμβριο 2012 και για 3 συνεχόμενα έτη, 24 γυναίκες και 2 άνδρες ασθενείς ηλικίας 38 – 77 ετών (Μ.Ο. ηλικίας 62,5 έτη - παρακολούθησης 16,8 μήνες) υποβλήθηκαν σε οστεοτομία Scarf. Όλοι οι ασθενείς φωτογραφήθηκαν προεγχειρητικά, συμπλήρωσαν το βαθμολόγιο AOFAS Hallux και υποβλήθηκαν σε ακτινογραφία άκρου ποδός αμφοτερόπλευρα σε δύο φάσεις σε όρθια θέση, Η χειρουργική επέμβαση πραγματοποιήθηκε υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο και περιλάμβανε πάντα διατομή προσαγωγού μεγάλου δακτύλου, διατομή του κρεμαστήρα του έξω σησαμοειδούς, αφαίρεση προέχουσας απόφυσης, οστεοσύνθεση με δύο βίδες 3,2χιλ. και έσω θυλακοπλαστική. Σε 14 ασθενείς έγιναν 21 συμπληρωματικές επεμβάσεις προσθίου ποδός. Όλοι οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν με ακτινολογικό έλεγχο στις 6 εβδομάδες και στους 3 μήνες και ξανα-συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο στους 3 μήνες και στην τελευταία παρακολούθηση.

Αποτέλεσμα: Σε 24 ασθενείς (92%) επιτράπηκε η άμεση φόρτιση του άκρου ποδός σε ειδικό μετεγχειρητικό υπόδημα αποφόρτισης προσθίου ποδός για 6 εβδομάδες και στη συνέχεια προοδευτική πλήρης φόρτιση και επάνοδος σε καθημερινές και αθλητικές δραστηριότητες για ένα μήνα επιπλέον. Το βαθμολόγιο AOFAS βελτιώθηκε από 62,2 σε 88,4 κατά την τελευταία παρακολούθηση.

Συμπέρασμα: Η οστεοτομία Scarf αποτελεί μία φθηνή για τα οικονομικά της υγείας, ασφαλή για τον χειρουργό και αποτελεσματική για τον ασθενή οστεοτομία διόρθωσης παραμόρφωσης βλαισού μεγάλου δακτύλου.

ΠΑ-10

Αποτελέσματα γρήγορου screening (διάρκειας 2,5 min) για νευροπάθεια σε διαβητικό πόδι

Σοφία Λιάπη, Αικατερίνη-Βασιλική Κούκη, Ανδριάντα Δώνου, Ελευθέριος Βογιατζόγλου, Γεώργιος Μαραθωνίτης, Χαρίκλεια Λούπα

Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

Εισαγωγή: Δυστυχώς, πολλές φορές στα διαβητολογικά ιατρεία δεν γίνεται εξέταση των ποδιών, λόγω πίεσης χρόνου, υποστελέχωσης και αυξημένου φόρτου εργασίας, και αυτό αποτελεί σημαντική παράλειψη.

Σκοπός: Η ανάδειξη της έκτασης του προβλήματος της διαβητικής νευροπάθειας, με κατανάλωση του ελάχιστου απαιτούμενου χρόνου εξέτασης, με σκοπό την παροχή οδηγιών και την παραπομπή σε ειδικό ιατρείο φροντίδας διαβητικού ποδιού (ΙΦΔΠ).

Ασθενείς-μέθοδος: Προοπτική μελέτη διαβητικών ασθενών (ΔΑ) που προσήλθαν στο διαβητολογικό ιατρείο. Οι ΔΑ ερωτώντο για ύπαρξη συμπτωμάτων νευροπάθειας ή/και αρτηριοπάθειας (διαλείπουσας χωλότητας). Εφαρμόζονταν μονοϊνίδιο 10g σε 3 θέσεις σε κάθε πόδι (1ο δάκτυλο, 1ο+5ο μετατάρσιο) και βιοθεσιόμετρο. Παθολογικό θεωρήθηκε το μονοϊνίδιο για τιμές $<6/6$ και το βιοθεσιόμετρο $>20mV$ (άτομα ≤ 65 ετών) και >25 (άτομα >65 ετών). Η όλη διαδικασία χρονομετρήθηκε <2.5 min για κάθε ασθενή και γινόταν σε άλλο χώρο, πριν από το κανονικό ραντεβού. Το λοιπά στοιχεία καταγράφονταν αργότερα από τον ιατρικό φάκελλο του ασθενούς.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 183 ΔΑ (176 Τ2ΣΔ, 77 υπό ινσουλίνη, 86 άνδρες), ηλικίας 17-90 ετών. 28/183 ΔΑ ανέφεραν διαλείπουσα χωλότητα. 69/183 ΔΑ (38%) είχαν αντικειμενικά ευρήματα νευροπάθειας (ΔΑμΝ). Από τους 69 αυτούς ΔΑμΝ, οι 27 (39%) δεν είχαν συμπτώματα νευροπάθειας. 16/69 (23%) είχαν συγχρόνως και διαλείπουσα χωλότητα. 42/69 (61%) έφεραν ακατάλληλα υποδήματα. Μόνον 14/69 ΔΑμΝ (20%) είχαν επισκεφθεί ΙΦΔΠ. 60/69 (87%) ΔΑμΝ είχαν επί πλέον ΑΥ, 48/69 (69,5%) δυσλιπιδαιμία. Η πλειοψηφία (48/69, 69,5%) των ΔΑμΝ είχαν διάρκεια διαβήτη ≥ 10 έτη.

Συμπεράσματα: α) Σχεδόν 40% των διαβητικών ασθενών είχαν νευροπάθεια, και από αυτούς πάλι σχεδόν 40% (περισσότεροι από 1 στους 3) χωρίς υποκειμενικά ενοχλήματα. β) Με ενασχόληση λιγότερο από 2,5 min για κάθε ασθενή μπορεί να γίνει ικανοποιητικό screening και κατάλληλη παραπομπή των ασθενών σε ΙΦΔΠ, ιδιαίτερα σε ασθενείς με διάρκεια διαβήτη ≥ 10 έτη. –

ΠΑ-11

Ασθενής με διαβητικό πόδι που χρειάστηκε επανειλημμένες επεμβάσεις διαφόρων χειρουργικών ειδικοτήτων

Ελευθέριος Βογιατζόγλου¹, Ανδριάντα Δώνου¹, Ελευθέριος Κουτσαντωνίου², Αντώνιος Δερμόν³, Ουρανία Καστανά⁴, Ευθυμία Παππά³, Γεώργιος Λεβαντής², Αλέξανδρος Κόκας², Χαρίκλεια Λούπα¹

¹Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου»,

²Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

³Ορθοπεδικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

⁴Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εισαγωγή: Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με έλκος κάτω άκρου που χρειάστηκε επεμβάσεις από πλαστικό και ορθοπεδικό χειρουργό.

Περιγραφή περιπτώσεως: Ελευθέριος Α., άνδρας 64 ετών, από την Χαλκίδα, με ΣΔ2 από 10ετίας υπό ινσουλίνη (HbA1c=6,7%). Ακρωτηριασμός 1ου δακτύλου Αρ άκρου ποδός προ 7ετίας και αφαίρεση τμήματος 1ου μεταταρσίου Αρ προ 6ετίας. Τοποθέτηση δερματικού μοσχεύματος πελματιαίας επιφανείας 1ου – 2ου μεταταρσίου Αρ προ 7ετίας. Από 5ετίας εξέλκωση πελματιαίας επιφανείας 4ου – 5ου μεταταρσίου Αρ λόγω της μεγάλης επελοούσης παραμορφώσεως. Προ 15ημέρου είχε γίνει παροχέτευση αποστήματος της περιοχής από ποδολόγο και έναρξη αντιβιοτικής αγωγής. Προσήλθε στο ιατρείο διαβητικού ποδιού με έλκος πελματιαίας επιφανείας Αρ 4ου μεταταρσίου, βαθύ, με διαβροχή. Πόδι φλεγμονώδες με οροπυώδη έκκριση (PEDIS 3). Probe-to-bone (+). Α/Α: ύπαρξη ελεύθερου αέρα στην περιοχή του έλκους. Δείκτες φλεγμονής ελαφρώς επηρεασμένοι. Έγινε μεγαλύτερη παροχέτευση. Το μετατάρσιο οστών εξέιχε δίκην οδόντος. Ο ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο (με 3πλή εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή, πεντοξυφυλλίνη και ΗΧΜΒ), όπου και έγινε αφαίρεση τμήματος (~2cm) του 4ου μεταταρσίου. Triplex αρτηριών: ικανοποιητική ροή. Κ/Α πύου: *Staphylococcus aureus* (MSSA). Κ/Α ρινικού: αρνητική. Ο ασθενής εξήλθε μετά 2 εβδομάδες, με καλή κατάσταση τραύματος και φυσιολογικούς δείκτες φλεγμονής. Έλαβε οδηγίες για στοχευμένη per os αντιμικροβιακή αγωγή και μπότα αποφόρτισης (Aircast). Μετά 2 εβδομάδες (σε αντιβιοτική αγωγή και Aircast), το πόδι εξακολουθούσε να είναι θερμότερο ($\Delta\theta=3^{\circ}\text{C}$), αλλά σε καλή κατάσταση. Α/Α: χωρίς στοιχεία οστεομυελίτιδος. Μετά άλλες 3 εβδομάδες, η $\Delta\theta$ είχε αποκατασταθεί, αλλά υπήρχε ακόμα έλκος με οροπυώδες έκκριμα. Τα αντιβιοτικά διεκόπησαν μετά συνολικά 3 μήνες, ενώ την μπότα την φόρεσε για 2 μήνες. Η κατάσταση Αρ πέλματος ήταν πολύ καλή και παραγγέλθηκαν εξατομικευμένα υποδήματα. Λόγω και διαμονής σε επαρχία, ο ασθενής παρέλαβε τα υποδήματα μετά 35 ημέρες και στο μεσοδιάστημα υπήρξε μετατόπιση μηχανικού φορτίου σε άλλο σημείο, με αποτέλεσμα ερυθρότητα στο νέο σημείο φόρτισης και εκροή ορώδους υγρού. Ευτυχώς, με τα εξατομικευμένα υποδήματα και πέλματα αυτά απέδραμαν και το πόδι παραμένει σε καλή κατάσταση 10 μήνες μετά.

Συμπεράσματα: Ο ασθενής χρειάστηκε πλαστικό χειρουργό, ορθοπεδικό χειρουργό, ποδολόγο, λοιμωξιολόγο και ορθωτικό. Έτσι τονίζεται η σημασία του ιατρικού πολλαπλής ευθύνης (multidisciplinary team) στην αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού.

ΠΑ-12

Ασθενής με λοίμωξη PEDIS 4 και οστεομυελίτιδα 1^{ου} δακτύλου με πλήρη αποκατάσταση μετά συντηρητική θεραπεία

Ανδρίνα Δώνου¹, Ελευθέριος Βογιατζόγλου¹, Ελευθέριος Κουτσαντωνίου², Αντώνιος Δερμόν³, Ευάγγελος Σαρρής¹, Γεώργιος Λεβαντής², Σοφία Λαφογιάννη², Χαρίκλεια Λούπα¹

¹Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου»

²Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

³Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

Εισαγωγή: Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με λοίμωξη PEDIS 4 και οστεομυελίτιδα δακτύλου, που ανταποκρίθηκε άριστα σε συντηρητική θεραπεία.

Περιγραφή περιπτώσεως: Κωνσταντίνος Α., άνδρας 53 ετών, κτηνοτρόφος από την Καρδίτσα, με ΣΔ2 από 25ετίας υπό ινσουλίνη (DXT 100-200mg/dL), παρουσίαζε από 2μήνου φλεγμονή 1ου δακτύλου Δ άκρου ποδός, μετά από κάκωση στην εργασία του που δεν αντελήφθη. Είχε νοσηλευθεί σε νοσοκομείο της επαρχίας για 5 ημέρες. Εκεί: A/A φυσιολογική, CT: χωρίς οστική συμμετοχή. Κ/Α: *Staphylococcus* sp. Εξήλθε με αντιβιοτική αγωγή. 2 ημέρες μετά παρουσίασε πυρετό μέχρι 38°C και μετά 3ήμερον προσήλθε στο ιατρείο διαβητικού ποδιού με λοίμωξη PEDIS 4, δύο έλκη 1^{ου} δακτύλου (κάτω & άνω επιφανείας, με επικοινωνία μεταξύ τους), ερυθρότητα 1/3 άκρου ποδός και κακή οσμή. Εισήχθη στο νοσοκομείο (με αντιμικροβιακή αγωγή, ΗΧΜΒ, αλλαγές με αντισηπτικά + αλγινικά επιθέματα με άργυρο). Δείκτες φλεγμονής αυξημένοι (Λ=17940/μL, CRP=85,9mg/L, ΦΤ<3,45) και Ht=30%. A/A: γενικευμένη οστική λύση 1ου δακτύλου. Κ/Α: *Staphylococcus aureus* (MSSA). Triplex αρτηριών: φυσιολογικό. Κ/Α ρινικού: αρνητική για φορεία. Παρουσίασε απόστημα ραχιαίας επιφανείας άκρου ποδός, που παροχετεύθηκε (υπήρχε επικοινωνία με προϋπάρχον έλκος ραχιαίας επιφανείας δακτύλου). Ο ασθενής εξήλθε μετά 14 ημέρες iv αγωγής, εν βελτιώσει και με αποκατάσταση των δεικτών φλεγμονής. Εδόθησαν οδηγίες (για διπλή στοχευμένη αντιβιοτική αγωγή per os, ΗΧΜΒ, πεντοξυφυλλίνη, αλλαγές με αντισηπτικά, αλγινικά επιθέματα με άργυρο) και αναχώρησε για επαρχία. Υπήρξαν αλληπάλληλες τηλεφωνικές επικοινωνίες, και παρακολούθηση με αποστολή εξετάσεων και φωτογραφιών. Σε επανεξέταση 2 μήνες μετά οι δείκτες φλεγμονής παρέμειναν φυσιολογικοί και η κατάσταση δακτύλου ήταν καλή. Υπήρχε εφελκίδα στο έλκος πλαγίας/άνω επιφανείας δακτύλου. Debridement: Probe-to-bone (+) και αφαίρεση μικρού τμήματος οστού (απολύματος). A/A: περαιτέρω οστική απορρόφηση 1ης φάλαγγας. Τα αντιβιοτικά διακόπηκαν τελικά μετά από 8 μήνες, ενώ η κατάσταση του ποδιού ήταν πολύ καλή, τα εργαστηριακά καλά και στην A/A φαινόταν επουλωτική διαδικασία. 15 μήνες μετά, ο ασθενής παραμένει σε άριστη κατάσταση, η A/A αμετάβλητη και οι δείκτες φλεγμονής φυσιολογικοί.

Συμπεράσματα: Σε επιλεγμένες περιπτώσεις, η οστεομυελίτιδα σε νευροπαθητικό διαβητικό πόδι χωρίς αρτηριοπάθεια ανταποκρίνεται πλήρως σε συντηρητική αγωγή, ενώ η λοίμωξη PEDIS 4 χρειάζεται χειρουργικές παροχετεύσεις.