

# 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεογνολογίας

## Ελεύθερες Ανακοινώσεις

### ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΑ ΝΕΟΓΝΑ ΤΟΥΣ

Α.Μπιλάλη<sup>1</sup>, Π.Γαλάνης<sup>2</sup>, Κ.Πούλιου<sup>1</sup>, Β.Μάτζιου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Παν&Αγλαίας Κυριακού

<sup>2</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ένας από τους καλύτερους δείκτες αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι η ικανοποίηση των ασθενών. Υπάρχουν όμως ορισμένες ομάδες ασθενών όπως τα νεογνά, που δεν μπορούν να συμμετέχουν οι ίδιοι στις μελέτες ικανοποίησης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η Διερεύνηση της ικανοποίησης των Ελλήνων και αλλοδαπών γονέων από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στα νοσηλευόμενα νεογνά τους, καθώς και των χαρακτηριστικών που την επηρεάζουν, αποτελεί το σκοπό της παρούσας μελέτης.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πρόκειται για μια συγχρονική, μη πειραματική μελέτη. Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 301 γονείς, των οποίων τα νεογνά νοσηλεύτηκαν σε μονάδα νεογνών μεγάλου παιδιατρικού νοσοκομείου. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο προσαρμοσμένο, που αναπτύχθηκε από το Ευρωπαϊκό ινστιτούτο Picker. Επίσης συμπληρώθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων, το μαιευτικό ιστορικό της κύησης και το ιστορικό του νεογνού κατά τη νοσηλεία του στη ΜΕΝΝ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο μέσος δείκτης ικανοποίησης ήταν υψηλός. Οι γονείς άλλων χωρών ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τους Έλληνες. Οι γονείς των οποίων τα νεογνά νοσηλεύτηκαν στην απλή νοσηλεία ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους γονείς των οποίων τα νεογνά νοσηλεύτηκαν στη μονάδα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ικανοποίηση των Ελλήνων και των αλλοδαπών γονέων από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στη ΜΕΝΝ επηρεάζεται από την εθνικότητα τους και τη διάρκεια νοσηλείας των νεογνών τους.

### Η ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΑΓΧΟΥΣ, ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΙΚΤΥΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΩΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΒΡΕΦΩΝ ΤΗΣ ΕΛΕΠΑΠ ΑΘΗΝΩΝ

Α. Ανδρικοπούλου, Χ. Καττάμη, Ε. Μπάργλου, Μ. Πυργελή, Σ. Σβορώνου, Ε. Σκαφιδά & Ε. Σκουτέλη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ελληνική Εταιρεία Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Προσώπων-ΕΛΕΠΑΠ. Πρόγραμμα Βρεφών ΕΛΕΠΑΠ Αθήνα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εκτίμηση του γονεϊκού στρες των γονέων (μητέρες και πατέρες) βρεφών με νευροαναπτυξιακά προβλήματα, της ποιότητας ζωής και των δικτύων στήριξης ως παράγοντες καθορισμού των παρεμβάσεων της ψυχοκοινωνικής υπηρεσίας στο τμήμα Πρώτης Παρέμβασης Κέντρο Βρεφών.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην εκτίμηση αναγκών είναι: α) Parenting Stress Index (PSI)-Short Form (Abidin, 1983) β) The Family Needs Scale (Dunst1988), γ) The Family Support Scale (Dunst1988), δ) Quality of Life Questionnaire.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα δεδομένα συλλέχτηκαν από 52 μητέρες και 49 πατέρες πρόωρων και τελειωμένων βρεφών (6-24 μηνών με νευροαναπτυξιακά προβλήματα που παρακολουθούνται στο Τμήμα Πρώτης Θεραπευτικής Παρέμβασης Κέντρο Βρεφών. Τα ευρήματα στη συνολική και στις επιμέρους κλίμακες του PSI-short form δείχνουν επίπεδα άγχους κλινικά σημαντικά (PSI>85%) στο 97,5% των μητέρων (mean=145, SD=12,85) και στο 95,5% (mean=135, SD=13,46) των πατέρων χωρίς σημαντική απόκλιση μεταξύ τους. Σημαντική απόκλιση (p>0.001) μεταξύ των δύο φύλων υπάρχει στην ποιότητα ζωής με τις μητέρες να βρίσκονται σε δυσμενέστερη κατάσταση. Μόνο 1 συμμετέχων παρουσίασε αμυντική ανταπόκριση καταδεικνύοντας την αναγνώριση δυσκολιών στο σύνολο των συμμετεχόντων. Διαφοροποίηση μεταξύ των φύλων υπάρχει στην ικανοποίηση επάρκειας δικτύων στήριξης, ποιότητας ζωής, οικονομικών, εργασίας, ελεύθερου χρόνου και ψυχικής υγείας. Οι μητέρες ζητούν περισσότερη πληροφορία σχετικά με τις παρεμβάσεις και τη διαχείριση των δυσκολιών συμπεριφοράς των παιδιών τους και στον τρόπο να εξηγήσουν και να διαχειριστούν το στενό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ανάλυση των δεδομένων από τις κλίμακες και τη κλινική παρατήρηση βοηθά στη διαμόρφωση στοχευμένης ψυχοκοινωνικής παρέμβασης για τις ανάγκες της κάθε οικογένειας.

### ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΓΟΝΕΙΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ-ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

Α.-Μ. Τσίλια<sup>1</sup>, Μ. Κουμενίδου<sup>2</sup>, Β. Χαντζαρά<sup>1</sup>, Ε. Μπούζα<sup>2</sup>, Δ. Αναγνωστόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική Γ.Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία», <sup>2</sup>Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Γ.Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ) παρατηρείται συχνά σε γονείς πρόωρων νεογνών που νοσηλεύονται σε μονάδα εντατικής νοσηλείας. Τα διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνουν βίωση τραυματικού γεγονότος και συμπτώματα όπως: αναβίωση γεγονότος, αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις, επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραύμα και συμπτώματα υπερδιέγερσης καθώς δυσλειτουργία σε κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα. Σκοπός: Η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας προκειμένου να αξιοποιηθούν οι σύγχρονες γνώσεις στη συμβουλευτική παρέμβαση στη Μονάδα μας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ανασκοπήθηκαν σχετικά άρθρα από το 1990 έως το 2016.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής κυμαίνονται από 23% έως 60%.Επέρχεται μια φυσιολογική ανάρρωση στο 4% των γονέων στους 6 μήνες. Παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της διαταραχής είναι η σοβαρότητα της κατάστασης του νεογνού, το στρεσογόνο περιβάλλον της μονάδας εντατικής νοσηλείας, ο αποχωρισμός από το νεογνό λόγω νοσηλείας και η αλλοίωση γονικού ρόλου καθώς και προβλήματα συνοχής στην οικογένεια. Στη

Μονάδα μας εφαρμόζουμε παρέμβαση στην κρίση η οποία είναι αποτελεσματική για την μείωση της εμφάνισης ΔΜΤΣ στους γονείς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ψυχολογική υποστήριξη των γονέων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του νεογνού και η ενθάρρυνση και η καθοδήγησή τους για συμμετοχή στη φροντίδα του νεογνού πρέπει να αποτελούν πρωτεύοντες στόχους για την πρόληψη της εμφάνισης ΔΜΤΣ.

## ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.

**Α.Ε. Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, Φ. Ανατολίτου<sup>2</sup>, Ε. Φαναράκη<sup>2</sup>, Π. Λουκέρη<sup>2</sup>, Μ. Κουμενίδου<sup>2</sup>, Ν. Ελευθεράκη<sup>1</sup>, Ε. Καρανάσιος<sup>1</sup>, Α. Κουρτέσης<sup>3</sup>, Ε. Μπούζα<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» Αθήνα, <sup>2</sup>Β Νεογνική Μονάδα Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» Αθήνα & <sup>3</sup>Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα νεογνά με συγγενή καρδιοπάθεια (ΣΚ) αποτελούν πρόκληση για τον κλινικό γιατρό. Νεογνολόγοι και Παιδοκαρδιολόγοι προβληματίζονται για τη διαχείριση και τη βέλτιστη χρονική στιγμή για καρδιοχειρουργική επέμβαση.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της έκβασης των συγγενών καρδιοπαθειών.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 52 νεογνά με ΣΚ που νοσηλεύτηκαν σε νεογνική μονάδα τριτοβάθμιου νοσοκομείου τα έτη 2013-2015. Χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: 13 με κυανωτική συγγενή καρδιοπάθεια (ΚΣΚ) και 38 με μη κυανωτική (ΜΚΣΚ). Καταγράφηκε η αντιμετώπιση και έκβασή τους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα νεογνά με ΣΚ (28άρρυνα/Α, 24θήλεα/Θ) αντιπροσώπευαν το 13% των συνολικών εισαγωγών. Η μέση διάρκεια κύησης ήταν 36,5+3,6 εβδομάδες, και το μέσο βάρος γέννησης 2677+884g. Τα 16 (10Α/6Θ) ήταν πρόωρα με βάρος γέννησης 1729+747g, και διάρκεια κύησης <36 εβδομάδες (32,8+3,1) και τα 35 τελειόμηνα με βάρος γέννησης 3089+552g και διάρκεια κύησης >36 εβδομάδες (38,4+1). Από τις ΚΣΚ (25% των ΣΚ), καρδιοχειρουργική επέμβαση πραγματοποιήθηκε σε 10 (77%) νεογνά (3πρόωρα, 7τελειόμηνα). Από τις ΜΚΣΚ (75% των ΣΚ), καρδιοχειρουργική επέμβαση πραγματοποιήθηκε σε 23 (60%) νεογνά (4πρόωρα, 19τελειόμηνα). Από τα νεογνά που χειρουργήθηκαν το 51% θα χρειασθούν νέα επέμβαση στο μέλλον: 8 (61%) με ΚΣΚ και 9 (23%) με ΜΚΣΚ. Τέσσερα νεογνά με ΜΚΣΚ (8%), αντιμετωπίστηκαν με επεμβατικό καθετηριασμό (βαλβιδοπλαστική με μπαλόνι). Συντηρητικά αντιμετωπίστηκαν 3 νεογνά (1πρόωρο) με ΚΣΚ και 11 (3πρόωρα) με ΜΚΣΚ. Η θνητότητα ήταν 17,3% (9νεογνά). εκ των οποίων 3τελειόμηνα με ΚΣΚ και 6 με ΜΚΣΚ (2πρόωρα), (ποσοστά 23% των ΚΣΚ και 15% των ΜΚΣΚ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στα νεογνά που μελετήθηκαν διαπιστώθηκε αυξημένη συχνότητα ΜΚΣΚ έναντι των ΚΣΚ. Η ανάγκη μελλοντικής διορθωτικής επέμβασης ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στα νεογνά με ΚΣΚ. Η θνητότητα ανευρέθη αυξημένη, ιδίως στις ΚΣΚ, χωρίς να επηρεάζεται από την προωρότητα.

## ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΗΚ <32 ΕΒΔ. ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ – ΜΕΝΝ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ

**Γριβέα Ι, Γαϊτανά Α, Γουδεσίδου Μ, Παπαδημητρίου Ε, Καλαϊτζή Α, Πηλιτσιδου Ε, Καραδόντα Α, Γούναρης Α.**

Νεογνολογική Κλινική – ΜΕΝΝ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:** Η παρακολούθηση της επιβίωσης των νεογνών με ΗΚ < 32 εβδομάδων κατά την έξοδο τους τα έτη 2011 έως και 2015, στην προσπάθεια αποτύπωσης της πορείας της Πανεπιστημιακής Νεογνολογικής κλινικής του ΠΙΝ Λάρισας.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά όλες οι εισαγωγές που αφορούσαν νεογνά με ηλικία κύησης < 32 εβδομάδων κατά την τελευταία πενταετία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το ποσοστό επιβίωσης ανάλογα με την ηλικία κύησης αρχίζοντας από την «γκρίζα ζώνη επιβίωσης» των 23 εβδομάδων, καθώς και το σύνολο των νεογνών σε σχέση με τους θανάτους ανά έτος, παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα:

ΗΚ (εβδ)	2011	2012	2013	2014	2015
	% επιβίωση (σύνολο/λο/αρ. θανάτ.)	% επιβίωση (σύνολο/λο/αρ. θανάτων)	% επιβίωση (σύνολο/αρ. θανάτων)	% επιβίωση (σύνολο/αρ. θανάτων)	% επιβίωση (σύνολο/αρ. θανάτων)
23	0 (3/3)	-	-	-	33 (3/2)
24-25+6	33 (6/4)	20 (5/4)	33 (3/2)	100 (2/0)	100 (6/0)
26-27+6	60 (10/4)	75 (8/2)	90.7 (11/1)	78.6 (14/3)	100 (13/0)
28-31+6	98 (48/1)	97 (33/1)	100 (30/0)	94.2 (34/2)	94.2 (34/2)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Κατά την τελευταία πενταετία καταγράφηκε σταθερή σημαντική αύξηση του ποσοστού επιβίωσης των νεογνών που γεννήθηκαν με ΗΚ <28 εβδομάδων.

## ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

**Π. Μέξη-Μπουρνά<sup>1</sup>, Β. Σίδερη<sup>1</sup>, Β. Τσαγρή<sup>2</sup>, Β. Μητσόπουλος<sup>3</sup>, Ν. Ποδηματάς<sup>1</sup>, Π. Τριανταφυλλίδου<sup>1</sup>, Ε. Καψαμπέλη<sup>1</sup>, Ε. Τσεκούρα<sup>1</sup>, Α. Δασκαλάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΜΕΝ Νεογνών Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

<sup>2</sup> Γ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

<sup>3</sup> Γ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Γυναίκα ηλικίας 18 ετών, έγκυος, τριτοτόκος, με ηλικία κύησης κατά προσέγγιση 28 εβδομάδων προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία της γυναικολογικής κλινικής λόγω αδυναμίας και καταβολής. Στην κλινική εξέταση διαπιστώθηκε απίσχναση και ψηλαφητός σπλήνας (κυρίως) αλλά και ήπαρ. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ελάττωση όλων των αιματολογικών σειρών Hb 6,6 g/dl, WBC 1,88 K/μL αιμοπετάλια 130 K/μL. Συνεστήθη βιοψία μυελού των οστών αλλά η γυναίκα δεν δέχτηκε και μεταγίστηκε με συμπτωκωμένα ερυθρά με προσωρινή άνοδο του αιματοκρίτη. Στη συνέχεια έγινε βιοψία μυελού, ορολογικός έλεγχος (IgM + IgG αντισώματα) και PCR και διαπιστώθηκε λείσμανίαση. Χορηγήθηκε Amphotericin B liposomal 3mg/kg για 5 ημέρες και η δόση επαναλήφθηκε την 14η και 21η ημέρα με σαφή βελτίωση της κλινικής και αιματολογικής εικόνας. Σε τελειόμηνη ηλικία γέννησε

με φυσιολογικό τοκετό αγόρι με βάρος γέννησης 3775 γραμ. Το νεογνό νοσηλεύτηκε λόγω πρώιμης πιθανής λοίμωξης, με αυξημένη CRP και πυρετό. Δεν παρουσίαζε κλινικά σημεία και εργαστηριακά ευρήματα λεισημανίωσης. Ο τίτλος μεικτών αντισωμάτων (IgG και IgM) που γίνεται στη χώρα μας ήταν θετικός στη γέννηση όπως αναμενόταν και αρνητικός σε ηλικία 8 μηνών.

Η λεισημανία οφείλεται στο πρωτόζωο *Leishmania* (*donovani*, *infantis*, *chagasi* και) που μεταδίδεται με το δείγμα του θηλυκού *phlebotomine sandflies* (σκνίπα). Η νόσος παρουσιάζει δερματική, βλεννογόνο-δερματική και σπλαχνική μορφή. Στη μεσόγειο ενδημεί η σπλαχνική μορφή της νόσου συνήθως από *Leishmania infantis*. Ελάχιστες περιπτώσεις συγγενούς λεισημανίωσης έχουν περιγραφεί παγκόσμια, και σε αυτές οι έγκυοι δεν είχαν πάρει θεραπεία. Η χορήγηση Αμφοτερικίνης Β στην εγκυμοσύνη είναι ασφαλής και αποτελεσματική τα νεογνά δεν νοσούν μετά τη γέννηση.

### ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ, SEPSIS LIKE SYNDROME ΚΑΙ ΠΘΑΝΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΓΚΥΤΙΑΚΟ ΙΟ (RSV)

**Α. Δασκαλάκη, Β. Σίδηρη, Ε. Καψαμπέλη, Π. Τριανταφυλλίδου, Ν. Ποδηματάς, Μ. Μητρογιώργου, Β. Τσαγρός, Π. Μέξη-Μπουρνά**  
*MENN Γ' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αττικών, Αθήνα*

Ο RSV συνήθως προκαλεί οξεία λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού στα νεογνά. Λιγότερο συχνά προκαλεί εξωπνευμονικές εκδηλώσεις όπως μυοκαρδίτιδα, ηπατίτιδα ή σύνδρομο Reye. Σπανιότερα εγκεφαλίτιδα ή παρεγκεφαλίτιδα με σπασμούς και υπερτονία.

#### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Νεογνό θήλυ, τελειόμηνο, 15 ημερών, εισήχθη στη ΜΕΝΝ λόγω πιθανής ομφαλίτιδας / σηψαιμίας. Παρουσίαζε ήπια Ταχύπνοια 60/min, χρόνο επαναπλήρωσης τριχοειδών 3-4 sec και μειωμένη αντίδραση στα ερεθίσματα. Καλύφθηκε με Αμικιλίνη, Αμικασίνη. Σύντομα επιδεινώθηκε με πτώση κορεσμού, ταχύπνοια 70/min, τρίζοντες άμφω, νωθρότητα, μετεωρισμό, ευαισθησία κοιλιάς και διαρροϊκές κενώσεις. Η ακτινογραφία θώρακος/κοιλιάς έδειξε πνευμονικές διηθήσεις άμφω και αεροπλήθεια εντερικών ελίκων. Το ρινικό έκκριμα για RSV απέβη θετικό ενώ η PCR για γρίπη αρνητική. Η γενική ENY ανέδειξε οριακή πλειοκύτωση με 37 κύτταρα κοπ. Η PCR ENY για ιούς και μικρόβια απέβη αρνητική.

Από την επόμενη της εισαγωγής το νεογνό παρουσίασε σταθερά αυξημένη αρτηριακή πίεση (100-120/75 mmHg) που αποδόθηκε στην καρδιοτοξική δράση του RSV με τροπονίνη 47,3 pg/ml (στη γκρίζα ζώνη: 14-53). Την 5η ημέρα νοσηλείας παρουσίασε ηπατοσπληνομεγαλία χωρίς αυξημένες τρανσαμινάσες. Λόγω της ιδιαίτερης νωθρότητας έγινε U/s εγκεφάλου που ήταν φυσιολογικό. Εξιτήριο την 8η ημ νοσηλείας, ζωηρό, χωρίς ακροαστικά ευρήματα από τους πνεύμονες, με βελτιωμένες κενώσεις.

Οι άτυπες και σοβαρές εκδηλώσεις του RSV δεν είναι σπάνιες. Αναφέρεται έως και 39% παρουσία συμπτωμάτων από το ΚΝΣ.

Η αυξημένη τροπονίνη δεν σηματοδοτεί οπωσδήποτε βλάβη του μυοκαρδίου αλλά δευτεροπαθή καταπόνηση της δεξιάς καρδιάς λόγω σοβαρής παρεγχυματικής βλάβης των πνευμόνων, ενώ η διόγκωση του ήπατος συνάδει με ΔΕ καρδιακή ανεπάρκεια. Επίσης ο RSV απελευθερώνει μεσολαβητές φλεγμονής με νευροτοξική δράση.

Michael Eisenhut. Extrapulmonary manifestations of severe respiratory syncytial virus infection – a systematic review. *Critical Care* 2006.

### ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΩΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.

**Β. Κουστούκη<sup>1</sup>, Ε. Κυρίτση-Κουκουλάρη<sup>2</sup>, Ε. Ευαγγέλου<sup>2</sup>, Γ. Πολλάλης<sup>3</sup>, Γ. Σπυρόπουλος<sup>3</sup>, Ε. Μπούζα<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, «Η Αγία Σοφία» Παιδιατρικό Νοσοκομείο, Αθήνα.

<sup>2</sup>Νοσηλευτικό Τμήμα, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Αθήνα.

<sup>3</sup>Οφθαλμολογικό Τμήμα, «Η Αγία Σοφία» Παιδιατρικό Νοσοκομείο, Αθήνα.

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η Αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας (ΑτΠ) είναι μια πολυπαραγοντική αγγειακή νόσος και αφορά στο σύνολο των αγγειακών ανωμαλιών που συμβαίνουν κατά την ανάπτυξη του περιφερικού αγγειακού δικτύου του αμφιβληστροειδούς στα πρόωρα νεογνά. Η ΑτΠ μπορεί να συσχετιστεί με οφθαλμολογικά προβλήματα. **ΣΚΟΠΟΣ:** Ο εντοπισμός των οφθαλμολογικών προβλημάτων των πρόωρων νεογνών με ΑτΠ.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πρόωρα νεογνά όπου εισήχθησαν σε ΜΕΝΝ Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου Παιδών (Μάιος 2004 -Μάιος 2009), Η οφθαλμολογική εξέταση για ΑτΠ έγινε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, η θεραπεία με φωτοπηξία διεξήχθη σύμφωνα με τις ενδείξεις. Πλήρης οφθαλμολογικός έλεγχος γινόταν στην ηλικία των 12 μηνών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εξετάστηκαν οι φάκελοι 392 νεογνών. 312 νεογνά (80%) παρουσίασαν κάποιο στάδιο ΑτΠ. Από τα νεογνά με ΑτΠ, τα 120 (38,5%) αντιμετωπίστηκαν με φωτοπηξία (95,6% επιτυχώς), τα 192 (61,5%) παρακολούθηθηκαν μέχρι την πλήρη αγγείωση του αμφιβληστροειδούς. Στην ηλικία των 12 μηνών προσήλθαν για εξέταση ήταν: στραβισμός: 71 βρέφη (24,7%), μυωπία: 30 (10,4%), αποκόλληση αμφιβληστροειδούς: 9 (3,1%), καταρράκτης χειρουργηθείς: 3 (0,9%), οποιαδήποτε άλλη οφθαλμική πάθηση: 27 (9%). Παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στο ποσοστό των μη φυσιολογικών ευρημάτων στους 12 μήνες μεταξύ των βρεφών με ΑτΠ σε σύγκριση με εκείνα χωρίς ΑτΠ (p=0,005) και μεταξύ των βρεφών με ΑτΠ που υποβλήθηκαν σε φωτοπηξία σε σύγκριση με εκείνα που δεν χρειάστηκαν φωτοπηξία (p=0,017). Αντίστοιχα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν σχετικά με τα κύρια παθολογικά ευρήματα: μυωπία p=0,033 και p=0,000 αντίστοιχα και στραβισμός p=0,000 και p=0,000 αντίστοιχα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ΑτΠ συχνά περιπλέκεται με παθολογικά ευρήματα κατά την οφθαλμολογική παρακολούθηση. Η μακροπρόθεση παρακολούθηση είναι σημαντική.

### ΠΡΩΩΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ

**Β. Σίδηρη, Ε. Καψαμπέλη, Α. Δασκαλάκη, Μ. Μητρογιώργου, Ν. Ποδηματάς, Ε. Τσεκούρα, Π. Τριανταφυλλίδου, Α. Καρατζή, Π. Μέξη-Μπουρνά, Β. Παπαευαγγέλου**

*Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η βουβωνοκήλη χαρακτηρίζεται από την πρόπτωση ενδοκοιλιακού οργάνου, κυρίως εντέρου, διαμέσου του βουβωνικού πόρου, λόγω μη σύγκλεισης της ελυτροειδούς απόφυσης. Εμφανίζει αυξημένη συχνότητα στα πρόωρα και χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά. Αποτελεί επίσης τη συχνότερη αιτία χειρουργικής επέμβασης στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες ζωής.

**ΣΤΟΧΟΣ:** Η μελέτη των περιπτώσεων βουβωνοκήλης σε πρόωρα και τελειόμηνα νεογνά. **ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν, αναδρομικά, τα νεογνά που νοσηλεύονταν στη μονάδα μας και εμφάνισαν βουβωνοκήλη, στη διάρκεια του 2015.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΝΝ 184 νεογνά. Εμφάνισαν βουβωνοκήλη 4 νεογνά (2,17% στο σύνολο των νεογνών, και 30,8% μεταξύ των πρόωρων με ΗΚ<32 εβδομάδων). Ήταν όλα



αγόρια. με ΗΚ μεταξύ 25+4 και 29 εβδομάδων και ΒΓ 700gr - 1285gr. Στα 3/4 νεογνά η βουβωνοκήλη ήταν αμφοτερόπλευρη.

Όλα τα νεογνά λόγω ΣΑΔ είχαν λάβει επιφανειοδραστικό παράγωγο και είχαν τεθεί σε μηχανικό αερισμό. Τα 3/4 νεογνά, με την αμφοτερόπλευρη εντόπιση, παρουσίασαν ΒΠΑ.

Το νεογνό με την ετερόπλευρη εντόπιση (δεξιά) εμφάνισε αφνιδίως περισφιξη της βουβωνοκήλης την 51 ημέρα ζωής. Το νεογνό αυτό επίσης είχε παρουσιάσει ΣΑΔ και είχε λάβει επιφανειοδραστικό παράγωγο, και παρέμεινε σε η CPAP για 3 24ωρα. Ήταν το νεογνό με την μεγαλύτερη ΗΚ και ΒΓ. Όλα αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς χειρουργικά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Υπάρχει σαφώς, αυξημένη συχνότητα βουβωνοκήλης στα πολύ πρόωρα νεογνά, και μάλιστα στα βάρους γέννησης κάτω του 1 kg. Φαίνεται ότι το ΣΑΔ, ο μηχανικός αερισμός και η ΒΠΑ αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης βουβωνοκήλης. Βέβαια ο αριθμός των περιστατικών είναι περιορισμένος και απαιτούνται επιπλέον περιπτώσεις για την τεκμηρίωση των ευρημάτων.

## Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Δ.Γκέντζη<sup>1</sup>, Χ. Κορτσάλιουδάκη<sup>2</sup>, Γ. Κοψιδάς<sup>3</sup>, Ν. Σπυρίδης<sup>4</sup>, Κ. Καραχρήστου<sup>5</sup>, Γ. Μαυρογιώργος<sup>6</sup>, Τ. Σιαχανίδου<sup>6</sup>, Ζ. Στρατική<sup>7</sup>, Κ. Σαραφίδης<sup>8</sup>, Μ. Τζάκη<sup>9</sup>, Γ. Νύκταρη<sup>10</sup>, Α. Χαρίτου<sup>11</sup>, Μ. Λιθοξοπούλου<sup>12</sup>, Μ. Σκορδαλά<sup>13</sup>, Θ. Ζαούτης<sup>3,14</sup>, Ρ.Τ. Heath<sup>2</sup>, Γ. Δημητρίου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, ΜΕΝΝ, <sup>2</sup>Πανεπιστήμιο St George's, Τμήμα Έρευνας στην Παιδιατρική Λοιμωξιολογία, Λονδίνο, <sup>3</sup>Κέντρο Κλινικής Επιδημιολογίας και Έκβασης Νοσημάτων, Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>4</sup>Αγλαΐα Κυριακού Νοσοκομείο Παιδών, ΜΕΝΝ, <sup>5</sup>Αγία Σοφία Νοσοκομείο Παιδών, Α ΜΕΝΝ, <sup>6</sup>Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) Α' Παιδιατρικής Κλινικής Παν/μίου Αθηνών, <sup>7</sup>Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, ΜΕΝΝ, <sup>8</sup>Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΜΕΝΝ, <sup>9</sup>Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου ΜΕΝΝ, <sup>10</sup>«ΓΑΙΑ» Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, ΜΕΝΝ, <sup>11</sup>ΡΕΑ Μαιευτήριο Αθηνών, ΜΕΝΝ, <sup>12</sup>Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης, ΜΕΝΝ, <sup>13</sup>Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, ΜΕΝΝ, <sup>14</sup>Πανεπιστημιακό Παιδιατρικό Νοσοκομείο Φιλαδέφειας, Τμήμα Λοιμώξεων, Φιλαδέφεια, ΗΠΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Λίγα είναι γνωστά για τις πρακτικές χρήσης των αντιβιοτικών στις Μονάδες Νοσηλείας Νεογνών στην Ελλάδα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα μελέτη στοχεύει να καταγράψει τις πρακτικές χρήσεις των αντιβιοτικών στις Μονάδες αυτές.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πραγματοποιήθηκαν τρεις μελέτες σημειακού επιπολασμού σε 3 διαδοχικούς μήνες (Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2015), όπου καταγράφηκε η χρήση αντιβιοτικών στις Μονάδες Νοσηλείας Νεογνών. Για κάθε μονάδα έγινε επίσης καταγραφή της πρακτικής εμπειρικής χορήγησης αντιβιοτικών επί πρόωμης και όψιμης έναρξης νεογνικής σηψαιμίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συμμετείχαν 11 από τις 29 Μονάδες Νοσηλείας Νεογνών της χώρας μας. Συνολικά χορηγήθηκαν αντιβιοτικά σε 196 (40,4%) νεογνά επί συνόλου 484 νοσηλευόμενων. Η διάμεση τιμή (ΙQR) ηλικίας κύησης του πληθυσμού της μελέτης ήταν 35 (32-38) εβδομάδες, και η διάμεση τιμή (ΙQR) βάρους γέννησης 2240(1557-2990) γραμμάρια. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων χορηγήθηκαν αντιβιοτικά εμπειρικά. Στην πλειοψηφία τους τα νεογνά υποβλήθηκαν σε συνδυασμό αμπικιλίνης με μια αμινογλυκοσίδη για πρόωμη νεογνική σηψαιμία. Για την όψιμη νεογνική σηψαιμία, οι δύο πιο συχνοί συνδυασμοί ήταν η μεροπενέμη με ένα γλυκοπεπτιδίο, ακολουθούμενη από συνδυασμό πιπερακιλλίνης / ταζομπακτάμης και ενός γλυκοπεπτιδίου. Αναφορικά με τις πρακτικές χορήγησης εμπειρικής θεραπείας, παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των Μονάδων, ιδιαίτερα για την όψιμη νεογνική σηψαιμία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρούσα μελέτη αποτελεί τη μεγαλύτερη μελέτη σημειακού επιπολασμού στις Μονάδες Νοσηλείας Νεογνών της χώρας μας, με ταυτόχρονη συλλογή δεδομένων για την εμπειρική

χρήση των αντιβιοτικών. Οι διαφοροποιήσεις στη χρήση των αντιβιοτικών μεταξύ των μονάδων είναι σημαντικές. Ως εκ τούτου καθίσταται απαραίτητη η εισαγωγή ενιαίων στρατηγικών χορήγησης των αντιβιοτικών με βάση τεκμηριωμένες κατευθυντήριες γραμμές, αλλά και λαμβάνοντας υπόψη τα κατά τόπους επιδημιολογικά δεδομένα.

## Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΑΜΥΛΟΕΙΔΟΥΣ Α ΟΡΟΥ ΣΤΙΣ ΝΕΟΓΝΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Β. Μπουρίκα<sup>1</sup>, Ε. Χαντζή<sup>2</sup>, Χ. Σπηλιοπούλου<sup>1</sup>, Α. Σκιαθίτου<sup>1</sup>, Ι. Παπασωτηρίου<sup>2</sup>, Τ. Σιαχανίδου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Νεογνών, Αε Παιδιατρική Κλινική Παν/μίου Αθηνών & <sup>2</sup>Βιοχημικό Τμήμα Νοσοκομείου Παιδών "Αγία Σοφία"

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το αμυλοειδές Α ορού είναι πρωτεΐνη οξείας φάσης η οποία παράγεται κυρίως στο ήπαρ ως απάντηση σε προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες. Ο ρόλος του ως δείκτης νεογνικής λοίμωξης είναι αμφιλεγόμενος.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να καθοριστεί η διαγνωστική αξία του αμυλοειδούς Α ορού στην οξεία φάση νεογνικής λοίμωξης και να μελετηθεί η διακύμανση των επιπέδων του στην πορεία της λοίμωξης.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Προσδιορίστηκαν τα επίπεδα αμυλοειδούς Α με νεφελομετρία σε 89 νεογνά, ηλικίας κύησης 38.4±1.4 εβδομάδες, μέσης ηλικίας 16.2±6.4 ημέρες ζωής, με μικροβιακή λοίμωξη (N=30), λοίμωξη με αρνητικές καλλιέργειες (N=31), ή υγιή νεογνά ως μάρτυρες (N=28). Δεκαοκτώ νεογνά πληρούσαν κριτήρια σηψαιμίας. Στα νεογνά με λοίμωξη, τα επίπεδα αμυλοειδούς Α προσδιορίστηκαν τις πρώτες 24h νοσηλείας, στις 48h, 3ο-5ο και 7ο-10ο 24ωρο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα επίπεδα αμυλοειδούς Α ορού ήταν σημαντικά αυξημένα στα νεογνά με μικροβιακή λοίμωξη κατά το 1ο 24ωρο νοσηλείας (266±201 mg/L), στις 48h (313±259 mg/L), 3ο-5ο 24ωρο (92±118 mg/L) και 7ο-10ο 24ωρο (6±4 mg/L) συγκριτικά με την ομάδα λοίμωξης με αρνητικές καλλιέργειες (p<0.0001, <0.0001, <0.0001 και 0.02, αντίστοιχα), καθώς και την ομάδα μαρτύρων (3.7±0.3 mg/L, p<0.001). Δεν διέφεραν τα επίπεδα αμυλοειδούς Α ορού μεταξύ νεογνών με λοίμωξη με αρνητικές καλλιέργειες και μαρτύρων. Διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ επιπέδων αμυλοειδούς Α και CRP ορού (r=0.892, p<0.0001). Με την εφαρμογή καμπύλης ROC διαπιστώθηκε ότι τα επίπεδα αμυλοειδούς Α ορού τις πρώτες 24h νοσηλείας έχουν υψηλή διαγνωστική αξία στη διάκριση μικροβιακής λοίμωξης (AUC 0.976, p<0.0001) ή σηψαιμίας (AUC 0.880, p<0.0001)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Το αμυλοειδές Α ορού αποτελεί καλό διαγνωστικό δείκτη νεογνικής λοίμωξης και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην καθ' ημέρα κλινική πράξη.

## ΝΕΟΓΝΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ – ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΤΥΟ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ ΝΕΟΝΙΝ (www.neonin.org.uk)

Εκ μέρους του Neonatal Infection Surveillance Network (neonIN)

Κ. Kortsalioudaki<sup>1</sup>, Δ. Γκέντζη<sup>2</sup>, Γ. Κοψιδάς<sup>3</sup>, Β. Cailles<sup>1</sup>, Ν. Σπυρίδης<sup>4</sup>, Γ.Μαυρογιώργος<sup>4</sup>, Κ.Καραχρήστου<sup>5</sup>, Τ.Σιαχανίδου<sup>6</sup>, Ε. Μπούζα<sup>7</sup>, Ν.Λειψού<sup>7</sup>, Ε.Στρατική<sup>8</sup>, Β. Αγακίδου-Δρόσου<sup>9</sup>, Γ.Νύκταρη<sup>10</sup>, Β. Περιστέρη<sup>11</sup>, Μ. Λιθοξοπούλου<sup>12</sup>, Α.Χαρίτου<sup>13</sup>, Ι. Σπανοπούλου<sup>14</sup>, Α. Μανούρα<sup>15</sup>, Β. Γιάπρος<sup>16</sup>, Κ. Σαραφίδης<sup>9</sup>, Γ. Μπαρούτης<sup>8</sup>, Ι. Lutsar<sup>18</sup>, Τ. Metsvaht<sup>19</sup>, S. Pattayak<sup>20</sup>, T. Watts<sup>21</sup>, A. Greenough<sup>22</sup>, N. Kennea<sup>23</sup>, T. Zautis<sup>17</sup>, Γ. Δημητρίου<sup>2</sup>, P. Heath<sup>1</sup>

<sup>1</sup>St George's University of London, Paediatric Infectious Diseases Research Group, London, United Kingdom, <sup>2</sup>Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, Ιατρική Σχολή Πατρών, <sup>3</sup>Κέντρο Κλινικής Επιδημιολογίας και Έκβασης Νοσημάτων (CLEO), Αθήνα, <sup>4</sup>Β' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα <sup>5</sup>Α' ΜΕΝΝ, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>6</sup>Μονάδα

Αυξημένης Φροντίδας Νεογνών Α' Πανεπιστημιακής Κλινικής, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>7</sup>B 'MENN, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>8</sup>MENN, ΓΝ «Αλεξάνδρα», Αθήνα, <sup>9</sup>Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, <sup>10</sup>MENN, Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική «ΓΑΙΑ» Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, Αθήνα, <sup>11</sup>MENN, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, <sup>12</sup>MENN, ΓΝΘ «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη, <sup>13</sup>MENN, Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική «Ρέα», Αθήνα, <sup>14</sup>MENN, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη, <sup>15</sup>MENN, ΠΓΝ Ηράκλειου, Ηράκλειο, <sup>16</sup>MENN, ΠΓΝ Ιωαννίνων, Ιωάννινα, <sup>17</sup>The Children's Hospital of Philadelphia- UPENN School of Medicine, Infectious Diseases, Philadelphia, <sup>18</sup>University of Tartu, Department of Medical Microbiology, Tartu, Estonia, <sup>19</sup>University Clinics of Tartu, Department of Anaesthesiology and Intensive Care, Tartu, Estonia, <sup>20</sup>Neonatal Services, Oliver Fisher Neonatal Unit, Medway NHS Foundation Trust, UK, <sup>21</sup>Neonatal Services, Evelina London Children's Hospital, Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust, UK, <sup>22</sup>Neonatal Services, King's College Hospital, London, UK, <sup>23</sup>Neonatal Services, St George's Healthcare Trust, London, UK

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ:** Η νεογνική σήψη είναι μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας. Η επιδημιολογία των νεογνικών λοιμώξεων διαφέρει στην Ευρώπη. Στόχος αυτής της μελέτης είναι η σύγκριση της επιδημιολογίας της νεογνικής σήψης μεταξύ των χωρών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα επιτήρησης λοιμώξεων (neonIN).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Το neonIN είναι ένα διεθνές δίκτυο επιτήρησης επιβεβαιωμένων νεογνικών λοιμώξεων με τη χρήση διαδικτυακής βάσης δεδομένων. Εξήχθησαν δεδομένα της περιόδου 1/2012 – 10/2015. Η πρώιμη σήψη (ΠΣ) ορίστηκε ως αυτή που εμφανίζεται σε 48 ώρες από τη γέννηση. Διαδοχικές καλλιέργειες του ίδιου μικροοργανισμού εντός 7 ημερών θεωρήθηκαν ως το ίδιο επεισόδιο (ή 10 ημέρες για Coagulase-negative Staphylococci και μύκητες).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Καταγράφηκαν συνολικά 2553 λοιμώξεις (σε 2323 νεογνά). Οι επιπτώσεις και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον Πίνακα-1. Τα νεογνά στο Η.Β. είναι μικρότερης ηλικίας κύησης και βάρους γέννησης σε σύγκριση με την Ελλάδα και την Εσθονία. Ο Πίνακας-2 απεικονίζει την κατανομή των παθογόνων ανά χώρα στην πρώιμη και την όψιμη σήψη (ΟΣ). Στις ελληνικές μονάδες υπάρχουν μεγαλύτερα ποσοστά ανθεκτικότητας στις συνήθεις αγωγές για ΠΣ και ΟΣ σε σύγκριση με το Η.Β. και την Εσθονία (Πίνακας-3).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην Ευρώπη, παρατηρείται διαφοροποίηση στην επίπτωση της νόσου, τα παθογόνα και την ανθεκτικότητα τους στα αντιβιοτικά. Η διαρκής επιτήρηση των λοιμώξεων είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την βελτίωση της περιθάλψης και της έκβασης των νοσηλευόμενων νεογνών καθώς και για την ανάπτυξη αποτελεσματικών πρακτικών πρόληψης των λοιμώξεων και προγραμμάτων επιστασίας της συνταγογραφίας των αντιβιοτικών (antibiotic stewardship).

Χαρακτηριστικά	2012-2015			p (Εσθ vs. Ελλ)	p (Εσθ vs. ΗΒ)	p (Ελλ vs. ΗΒ)
	Εσθονία (Εσθ)	Ελλάδα (Ελλ)	Η.Β.			
Μονάδες που συμμετέχουν	6	16	30	-	-	-
Λοιμώξεις	190	459	1904	-	-	-
Συνολική επίπτωση (/1000 εισαγωγές)	26.7	50.0	39.0	0.010	0.17	0.28
Επίπτωση ΠΣ (/1000 εισαγωγές)	4.1	4.6	6.9	0.67	0.001	0.006
Επίπτωση ΟΣ (/1000 εισαγωγές)	22.7	45.4	32.2	<0.001	<0.001	0.001
Φύλο (άρσεν)	113 (59.5%)	281 (63.4%)	1123 (59.0%)	0.72	0.94	0.40
Ηλικία κύησης (εβδ)	32 (26-37)	33.5 (29-38)	27 (25-32)	0.003	<0.001	<0.001
Βάρος Γέννησης (g)	1840 (845-3044)	1910 (1176-3030)	955 (695-1720)	0.067	<0.001	

	Ελλάδα n=459	Η.Β. n=1904	Εσθονία n=190
Συνολικά G+ (n (%))	188 (41%)	1447 (76%)	137 (72%)
Συνολικά G- (n (%))	225 (49%)	400 (21%)	51 (27%)
Συνολικά μύκητες (n (%))	46 (10%)	57 (3%)	2 (1%)
Συχνότερο παθογόνο ΠΣ_G+ (εξαιρούνται CoNS)	GBS (30%)	GBS (62.2%)	GBS (56.3%)
Συχνότερο παθογόνο ΠΣ_G-	E. coli (47.1%)	E. coli (73.9%)	E. Coli (66.7%)
Συχνότερο παθογόνο ΟΣ_G+	CoNS (80.3%)	CoNS (75.2%)	CoNS (67.6%)
Συχνότερο παθογόνο ΟΣ_G-	Klebsiella spp. (38.7%)	E. coli (35.5%)	Enterobacter sp. (42.9%)
Συχνότερος μύκητας σε ΟΣ	C. parapsilosis (52.3%)	C. albicans (65.1%)	C. albicans (100%)

Πίνακας-3: Ευαισθησία σε συνήθη αντιβιοτικά σχήματα [ΠΣ: Πρώιμη Σήψη, ΟΣ: Όψιμη Σήψη]								
	Αντιβιοτικά		2012-2015			p (Εοθ vs. Ελλ)	p (Εοθ vs. ΗΒ)	p (Ελλ vs. ΗΒ)
			Εοθονία (Εοθ)	Ελλάδα (Ελλ)	Η.Β.			
ΠΣ	Benzylpenicillin	Gentamicin	100%	80.0%	95.8%	0.082	0.45	0.001
	Amoxicillin	Cefotaxime	100%	74.2%	91.9%	0.022	0.22	0.004
	Amoxicillin	Gentamicin	100%	80.0%	95.8%	0.047	0.39	0.001
	Cefotaxime		100%	77.3%	97.8%	0.12	0.65	<0.001
ΟΣ	Flucloxacillin	Gentamicin	73.8%	62.4%	89.7%	0.065	<0.001	<0.001
	Amoxicillin	Cefotaxime	88.6%	67.5%	87.4%	0.001	0.78	<0.001
	Amoxicillin	Gentamicin	70.8%	65.5%	91.9%	0.40	<0.001	<0.001
	Piperacillin & Tazobactam	Gentamicin	82.7%	75.7%	90.8%	0.31	0.09	<0.001
	Vancomycin	Cefotaxime	93.9%	71.8%	93.3%	<0.001	0.84	<0.001
	Cefotaxime		90.7%	68.2%	90.8%	0.001	0.99	<0.001
	Amoxicillin & Clavulanic acid		91.7%	65.2%	77.8%	<0.001	0.025	0.001
	Carbapenems		100%	83.2%	100%	0.011	n/a	<0.001

#### ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΕΝΤΕΡΟΒΑΚΤΗΡΙΟΕΙΔΗ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Δ.Γκέντζης<sup>1</sup>, Χ. Κορτσாலιουδάκη<sup>2</sup>, Γ. Κοφιδάς<sup>3</sup>, Ν. Σπυρίδης<sup>4</sup>, Κ. Καραχρήστου<sup>5</sup>, Γ. Μανρωγιώργος<sup>4</sup>, Τ. Σιαχανίδου<sup>6</sup>, Γ. Μπαρούτης<sup>7</sup>, Ζ. Στρατίκη<sup>7</sup>, Β. Αγακίδου Δρόσου<sup>8</sup>, Κ. Σαραφίδης<sup>8</sup>, Μ. Τζάνη<sup>9</sup>, Γ. Νύκταρη<sup>10</sup>, Α. Χαρίτου<sup>11</sup>, Μ. Λιθοξοπούλου<sup>12</sup>, Μ. Σκορδαλά<sup>13</sup>, Ι. Σπανοπούλου<sup>13</sup>, Ε. Μπούζα<sup>14</sup>, Ν. Λειψού<sup>14</sup>, Α. Μανούρα<sup>15</sup>, Β. Γιάπρος<sup>16</sup>, Β. Περιστέρη<sup>17</sup>, Θ. Ζαούτης<sup>3,18</sup>, Ρ.Τ. Heath<sup>2</sup>, Γ. Δημητρίου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, ΜΕΝΝ, <sup>2</sup>Πανεπιστήμιο St George's, Τμήμα Έρευνας στην Παιδιατρική Λοιμωξιολογία, Λονδίνο, <sup>3</sup>Κέντρο Κλινικής Επιδημιολογίας και Έκβασης Νοσημάτων (CLEO), Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>4</sup>Αγλαΐα Κυριακού Νοσοκομείο Παίδων, ΜΕΝΝ, <sup>5</sup>Αγία Σοφία Νοσοκομείο Παίδων, Α ΜΕΝΝ, <sup>6</sup>Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) Α' Παιδιατρικής Κλινικής Παν/μίου Αθηνών, <sup>7</sup>Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, ΜΕΝΝ, <sup>8</sup>Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΜΕΝΝ, <sup>9</sup>Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου, ΜΕΝΝ, <sup>10</sup>«ΓΑΙΑ» Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, ΜΕΝΝ, <sup>11</sup>ΡΕΑ Μαιευτήριο Αθηνών, ΜΕΝΝ, <sup>12</sup>Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης, ΜΕΝΝ, <sup>13</sup>Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, ΜΕΝΝ, <sup>14</sup>Αγία Σοφία Νοσοκομείο Παίδων, Β ΜΕΝΝ, <sup>15</sup>Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, ΜΕΝΝ, <sup>16</sup>Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, ΜΕΝΝ, <sup>17</sup>Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ΜΕΝΝ, <sup>18</sup>Πανεπιστημιακό Παιδιατρικό Νοσοκομείο Φιλαδέλφειας, Τμήμα Λοιμώξεων, Φιλαδέλφεια, ΗΠΑ

Εκ μέρους του δικτύου Επιδημιολογικής Επιτήρησης Νεογνικών Λοιμώξεων NeonIN

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα Εντεροβακτηριοειδή αποτελούν συχνά αίτια ενδο-νοσοκομειακών λοιμώξεων και σποραδικών επιδημιών στις Μονάδες Νοσηλείας Νεογνών. Η απομόνωση πολυανθεκτικών στελεχών αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τη Δημόσια Υγεία...

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα μελέτη σκοπεύει να περιγράψει την επιδημιολογία και τα χαρακτηριστικά των νεογνικών λοιμώξεων από Εντεροβακτηριοειδή στην Ελλάδα.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Το δίκτυο neonIN είναι μία διεθνής βάση δεδομένων για την επιδημιολογική επιτήρηση των επιβεβαιωμένων με θετική καλλιέργεια νεογνικών λοιμώξεων. Οι λοιμώξεις από Εντεροβακτηριοειδή καταγράφηκαν για τη χρονική περίοδο από Ιανουάριο 2012 μέχρι και Αύγουστο 2015. Ως όψιμης έναρξης νεογνική σηψαιμία

ορίστηκε αυτή που εμφανίζεται μετά τις 48 ώρες από τη γέννηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην περίοδο της μελέτης καταγράφηκαν συνολικά 459 λοιμώξεις (σε 418 νεογνά) σε 16 Μονάδες Νοσηλείας Νεογνών στην Ελλάδα. Η επίπτωση της νεογνικής σηψαιμίας ήταν 50/1000 εισαγωγές. Καταγράψαμε 224 λοιμώξεις από αρνητικά κατά Gram βακτήρια (επίπτωσης 25/1000 εισαγωγές) εκ των οποίων 207 (92.4%) ήταν όψιμης έναρξης νεογνική σηψαιμία. Το πιο συχνό παθογόνο ήταν η *Klebsiella* spp (80, 38.7%) για την όψιμης έναρξης νεογνική σηψαιμία. Η πρώιμης έναρξης νεογνική σηψαιμία οφειλόταν κυρίως σε *E.coli* (8, 47.1%). Η αντιμικροβιακή αντοχή των Εντεροβακτηριοειδών σε αμινογλυκοσίδες ήταν 27% (46/172), σε 3ης γενιάς κεφαλοσπορίνες 34% (48/143) και σε καρβαπενέμες 7% (10/147).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι λοιμώξεις από Εντεροβακτηριοειδή αποτελούν σημαντική αιτία νοσοκομειακών λοιμώξεων στις Μονάδες Νοσηλείας Νεογνών στην Ελλάδα. Η γνώση της επιδημιολογίας της νόσου και των αντοχών στα αντιμικροβιακά είναι απαραίτητη για να κατευθύνει κατάλληλα την εμπειρική αντιβιοτική θεραπεία για τη νεογνική σηψαιμία και να καθοδηγήσει τη λήψη αποτελεσματικότερων μέτρων πρόληψης των λοιμώξεων αυτών.

#### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΥΞΗΜΕΝΩΝ ΕΙΣΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ ΧΡΟΝΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

Γ. Δημητρίου, Α. Βερβενιώτη, Ε. Χριστοπούλου, Σ. Φούζας  
Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα πρόωρα νεογνά, ιδιαίτερα εκείνα με χρόνια πνευμονοπάθεια (ΧΠ), παρουσιάζουν περιορισμένη ικανότητα προσαρμογής σε συνθήκες αυξημένου αναπνευστικού φορτίου (πχ. λοιμώξεις του αναπνευστικού). Ο διαφραγματικός δείκτης πίεσης-χρόνου (ΡΤΙd) αντανάκλα την ισορροπία μεταξύ διαφραγματικής ικανότητας και αναπνευστικού φορτίου και είναι ένα μέτρο εκτίμησης της διαφραγματικής αντοχής. Στους ενήλικες, τιμές ΡΤΙd > 0,15 έχουν συνδυαστεί με επικείμενη διαφραγματική κόπωση.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η σύγκριση του ΡΤΙd μεταξύ τελειομήνων και πρόωρων



νεογνών με ή χωρίς ΧΠ, πριν και μετά την εφαρμογή εισπνευστικής αντίστασης ροής.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν 15 τελειόμηνα και 23 πρόωρα νεογνά (ΗΚ  $31,1 \pm 3,5$  εβδομάδες) πριν την έξοδό τους από τη ΜΕΝΝ. Σε κανένα νεογνό δεν εχορηγήτο οξυγόνο. Έξι από τα πρόωρα νεογνά (26,1 %) είχαν ΧΠ (χορήγηση  $O_2 > 28$  ημέρες ζωής). Με τη χρήση ειδικού γαστρο-οισοφαγικού καθετήρα μετρήθηκε η δια-διαφραγματική πίεση (Pdi), ενώ ταυτόχρονα καταγράφονταν οι αναπνευστικές ροές μέσω πνευμοταχογράφου. Ο ΡΤΙdι υπολογίστηκε από τον τύπο  $Pdimean/Pdimax \cdot Ti/Ttot$ , πριν και μετά την εφαρμογή εισπνευστικής αντίστασης 200 cmH<sub>2</sub>O.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο βασικός ΡΤΙdι ήταν υψηλότερος στα πρόωρα νεογνά με ΧΠ ( $0,114 \pm 0,024$ ) σε σύγκριση με εκείνα χωρίς ΧΠ ( $0,063 \pm 0,018$ ;  $P < 0,001$ ) και τα τελειόμηνα ( $0,053 \pm 0,011$ ;  $P < 0,001$ ). Μετά την εφαρμογή της εισπνευστικής αντίστασης, ο ΡΤΙdι παρέμεινε σταθερά υψηλότερος στα πρόωρα νεογνά με ΧΠ ( $0,199 \pm 0,029$ ) σε σύγκριση με εκείνα χωρίς ΧΠ ( $0,113 \pm 0,038$ ;  $P < 0,001$ ) και τα τελειόμηνα ( $0,071 \pm 0,017$ ,  $P < 0,001$ ). Η εφαρμογή εισπνευστικής αντίστασης οδήγησε σε μεγαλύτερη αύξηση του ΡΤΙdι στα πρόωρα νεογνά χωρίς ΧΠ σε σχέση με τα τελειόμηνα ( $P = 0,001$ ). Σε εννέα πρόωρα νεογνά (23,7%), συμπεριλαμβανομένων όλων όσων είχαν ΧΠ, ο ΡΤΙdι υπερέβη το 0,15 (αναφερόμενο όριο επικείμενης διαφραγματικής κόπωσης) μετά την εφαρμογή του εισπνευστικού φορτίου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα πρόωρα νεογνά, και ιδιαίτερα εκείνα με ΧΠ, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο διαφραγματικής κόπωσης σε συνθήκες αυξημένου αναπνευστικού φορτίου.

## ΟΜΦΑΛΙΚΟΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΣ ΚΑΘΕΤΗΡΑΣ ΣΕ ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΝΕΟΓΝΑ : ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ Η ΟΧΙ

**Ρ. Σωκου<sup>1</sup>, Α. Κωνσταντινίδη<sup>1</sup>, Π. Παναγιωτουνάκου<sup>1</sup>, Μ. Λαμπρίδου<sup>1</sup>, Β. Φαλαίνα<sup>1</sup>, Ε. Ισαακίδου<sup>1</sup>, Μ. Θεοδωράκη<sup>1</sup>, Α. Γούναρης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Νεογνολογικό Τμήμα- ΜΕΝΝ ΓΝΝ «Άγιος Παντελεήμων»

<sup>2</sup>Νεογνολογική Κλινική-ΜΕΝΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

**Σκοπός** της παρούσας αναδρομικής μελέτης, ήταν να διερευνηθεί : 1) αν η ύπαρξη ομφαλικού αρτηριακού καθετήρα (ΟΑΚ) στα ΠΧΒΓ νεογνά μας με εντερική σίτιση, αύξησε τη συχνότητα επιπλοκών από το γαστρεντερικό και 2) η συσχέτιση της διάρκειας παραμονής του ΟΑΚ και της προοδευτικής αύξησης του γάλακτος με αυτές τις επιπλοκές.

**ΜΕΘΟΔΟΣ :** σε διάστημα 4 χρόνων, μελετήθηκαν 174 νεογνά με ΒΓ < 1500gr, τα οποία χωρίστηκαν σε 3 ομάδες ανάλογα 1) με την τοποθέτηση ή όχι ΟΑΚ και 2) την ποσότητα της εντερικής σίτισης κατά την αφαίρεση του ΟΑΚ. Ομάδα Α : 100 νεογνά (μέσο ΒΓ 1110gr {SD 226} και μέση ΗΚ 29εβδ {SD 2,3}) χωρίς ΟΑΚ. Ομάδα Β : 41 νεογνά (μέσο ΒΓ 1175gr {SD 263} και μέση ΗΚ 29εβδ {SD 2,1}) με ΟΑΚ και σίτιση με ποσότητα γάλακτος από 5% έως 50% των ημερήσιων αναγκών σε υγρά. Ομάδα Γ : 33 νεογνά (μέσο ΒΓ 1130gr {SD 258} και μέση ΗΚ 28εβδ {SD 2,3}) με ΟΑΚ και σίτιση με γάλα από 50% έως και 100% των αναγκών τους σε υγρά. 9 νεογνά κατά την αφαίρεση του καθετήρα, βρέθηκαν σε πλήρη εντερική σίτιση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ :** Δεν υπήρχαν διαφορές στα βασικά χαρακτηριστικά των τριών ομάδων, ΒΓ ( $p = 0,409$ ) και ΗΚ ( $p = 0,458$ ). Δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας ΟΑΚ και εμφάνισης ΝΕΚ μεταξύ των 3 ομάδων ( $p = 0,664$ ). Στις ομάδες Β και Γ, η μέση διάρκεια παραμονής του ΟΑΚ ήταν 9 και 12 ημέρες ( $p = 0,017$ ) και η μέση τιμή του ρυθμού ημερησίας αύξησης του γάλακτος ήταν 15ml/kg και 18ml/kg ( $p = 0,002$ ) αντίστοιχα. Η συχνότητα εμφάνισης ΝΕΚ ήταν 1 νεογνό σε κάθε ομάδα ( $p = 0,878$ ). Η δε συχνότητα εμφάνισης ήπιων επιπλοκών γαστρεντερικού (αυξημένο γαστρικό υπόλειμμα, έμετοι,

διάταση κοιλίας), για τις οποίες δεν χρειάστηκε να διακοπεί η σίτιση, ήταν 10 νεογνά στην ομάδα Β και 7 νεογνά στην ομάδα Γ ( $p = 0,750$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στη μελέτη μας, η παραμονή ΟΑΚ σε ΠΧΒΓ νεογνά δεν αύξησε τον κίνδυνο για ΝΕΚ και δεν αποτέλεσε ανασταλτικό παράγοντα έναρξης μέχρι και επίτευξης πλήρους εντερικής σίτισης. Η εμφάνιση επιπλοκών από το γαστρεντερικό σύστημα δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την διάρκεια παραμονής του ΟΑΚ, όταν η εντερική σίτιση αυξάνεται προοδευτικά με μια ασφαλή ποσότητα γάλακτος.

## ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΕ ΠΡΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΥΑΛΔΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ-ΒΡΕΦΟΥΣ

**Α. Καρκάνη, Α. Κωνσταντινίδου, Μ. Θεοδωράκη**

ΜΕΝΝ Γ.Ν. Νικαίας, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η διατροφή ικανοποιεί τόσο τις βιολογικές όσο και τις συναισθηματικές ανάγκες του βρέφους. Ο θηλασμός και αργότερα το γεύμα είναι μία εμπειρία η οποία οργανώνει τη βασική σχέση δυάδας μητέρας-βρέφους. Διαφοροποιείται αναλόγως με το βαθμό ύπαρξης μητρικού στρες. 40-70% των παιδιών 0 έως 3 ετών που εμφανίζουν διαταραχές διατροφικής συμπεριφοράς υπήρξαν πρόωρα νεογνά. Οι διαταραχές διατροφικής συμπεριφοράς των προώρων εντοπίζονται κυρίως στα προβλήματα στοματικότητας σχετιζόμενα με αρνητικές εμπειρίες, όπως ο μηχανικός αερισμός η διασωλήνωση, η χρήση ρινο-γαστρικού σωλήνα και γενικά χειρισμοί που σχετίζονται με την στοματική κοιλότητα. Επίσης ο δεσμός πρόσδεσης μητέρας-βρέφους που διαταράσσεται λόγω της παρατεταμένης νοσηλείας και του μητρικού αποχωρισμού δείχνει να αποτελεί ισχυρό διαφοροποιητικό παράγοντα στις περιπτώσεις διαταραχών διατροφικής συμπεριφοράς.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα κλινική μελέτη έχει ως στόχο να ενισχυθεί η αντίληψη της ανάγκης συνεκτίμησης τόσο της υπάρχουσας οργανικής βάσης, όσο και της ψυχολογικής διάστασης των διαταραχών διατροφικής συμπεριφοράς που οφείλονται σε προωρότητα.

Υλικό και Μέθοδοι: για την υλοποίηση της μελέτης παρατηρήθηκαν οι συνθήκες ζωής και η αλληλεπίδραση 25 δυάδων μητέρας-βρέφους με ΗΚ 25-36 συγκρινόμενα με 25 δυάδες τελειόμηνων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Πρόωρα νεογνά που παρέμειναν επί μακρόν σε μηχανικό αερισμό παρουσίασαν προβλήματα στοματικότητας και πρόσληψης τροφής. Ομοίως μητέρες νεογνών με στοιχεία Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής ΓΑΔ ή Διαταραχές διάθεσης, δυσκολεύονταν κατά το θηλασμό και το γεύμα με μπιμπερό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διάρκεια νοσηλείας, η σημασία των συνθηκών ζωής, ο μητρικός αποχωρισμός και το μητρικό στρες, επηρεάζουν και διαμορφώνουν τη σχέση του νεογνού με τη τροφή.

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΓΛΥΚΟΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΩΝ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΣΤΕΟΡΕΓΙΝ ΚΑΙ RANKL ΠΡΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ

**Α. Α. Καρατζά, Σ. Φούζας, Ι. Γιαννακόπουλος, Δ. Κρητικού, Δ.**

**Χρύσης**

Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η Osteoprotegerin (OPG) και ο ενεργοποιητής του υποδοχέα του τυρηνικού παράγοντα του συνδέσμου κΒ (RANKL) αποτελούν δείκτες του μεταβολισμού των οστών και της ασβεστοποίησης των αρτηριών.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Προσδιορίστηκαν τα επίπεδα OPG και RANKL με σκο-

πό να διερευνηθεί εάν η προγεννητική χορήγηση γλυκοκορτικοειδών επηρεάζει τις συγκεντρώσεις στον ορό νεογνών.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Σαράντα τρία πρόωρα που δεν εκτέθηκαν σε προγεννητικά γλυκοκορτικοειδή (διάμεση ηλικία κύησης: 34 εβδομάδες, εύρος: 24-36), 55 πρόωρα (διάμεση ηλικία κύησης: 33 εβδομάδες, εύρος: 26-36), των οποίων οι μητέρες έλαβαν προγεννητικά στεροειδή (διάμεσος αριθμός δόσεων: 2, εύρος: 1-6) και 47 υγιή τελειόμηνα συμπεριλήφθησαν στη μελέτη. Πραγματοποιήθηκε προσδιορισμός των συγκεντρώσεων OPG και RANKL στις 24 ώρες ζωής με ανοσοενζυμική μέθοδο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι τιμές Osteoprotegerin στα νεογνά που εκτέθηκαν σε στεροειδή (διάμεση τιμή: 5,13 pmol/L, εύρος: 1,62-15,12) ήταν σημαντικά υψηλότερες σε σύγκριση με εκείνες των τελειομήνων (διάμεση τιμή: 4,47 pmol/L, εύρος: 2,70-10,72,  $p < 0,05$ ) και των μη εκτεθειμένων πρόωρων (διάμεση τιμή: 4,52 pmol/L, εύρος: 0,86-8,98,  $p < 0,05$ ). Δεν ανιχνεύθηκαν διαφορές ως προς τις συγκεντρώσεις OPG μεταξύ τελειομήνων νεογνών και πρόωρων που δεν εκτέθηκαν σε στεροειδή, όπως και στις τιμές RANKL μεταξύ των τριών ομάδων. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Πρόωρα νεογνά που δεν εκτίθενται σε προγεννητικά γλυκοκορτικοειδή εμφανίζουν επίπεδα OPG και RANKL παρόμοια εκείνων που ανιχνεύονται σε υγιή τελειόμηνα, ενώ τα πρόωρα των οποίων οι μητέρες έλαβαν στεροειδή έχουν υψηλότερες συγκεντρώσεις OPG. Επαναληπτικές μετρήσεις της OPG θα διευκρινίσουν κατά πόσον τα ευρήματα οφείλονται σε παροδική ή μόνιμη δράση των προγεννητικών στεροειδών στο πρόωρο νεογνό.

## Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΒΡΟΓΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ: ΟΙ ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ

Π. Παναγιωτουνάκου<sup>1</sup>, Ρ. Σωκου<sup>1</sup>, Μ. Λαμπρίδου<sup>1</sup>, Α. Κωνσταντινίδη<sup>1</sup>, Μ. Θεοδοράκη<sup>1</sup>, Α. Γούναρης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MENN GNN «Άγιος Παντελεήμων», <sup>2</sup>MENN ΠΓΝ ΛΑΡΙΣΑΣ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η βρογχοπνευμονική δυσπλασία (ΒΠΔ), η οποία εξακολουθεί να είναι η πιο συχνή επιπλοκή του πολύ πρόωρου νεογνού (ΠΠΝ), προκαλεί καθυστέρηση της ανάπτυξης και απώτερη νοσηρότητα κυρίως από το αναπνευστικό. Η παρατεταμένη χρήση ρινικού CPAP { έως την χρονολογική ηλικία ( PMA ) 32-34 εβδ. ή την απεξάρτηση τους από το O<sub>2</sub> } σε νεογνά με ΒΠΔ έχει βρεθεί ότι είναι επωφελής. Η σταθερή κατάσταση του νεογνού που επιτυγχάνει αυτή η πολιτική, βοηθά την προώθηση της σίτισης και την καλύτερη ανάπτυξη. **ΣΚΟΠΟΣ:** Να εξετάσουμε αν η συγκεκριμένη πολιτική σε νεογνά με ΒΠΔ (παρατεταμένη χρήση ρινικού CPAP) επιτυγχάνει καλύτερη ανάπτυξη και αν έχει τελικά επίπτωση στην απώτερη πρόγνωση των νεογνών αυτών από το αναπνευστικό. **ΜΕΘΟΔΟΣ - ΥΛΙΚΟ:** Σε μια προοπτική έρευνα παρατήρησης 32 ΠΠΝ με ΒΓ 1350gr ( SD 291 ), ΗΚ 30εβδ ( SD 1,4 ) και ΠΚ 27.4εκ (SD 1.8) που νοσηλεύτηκαν στο τμήμα μας το χρονικό διάστημα 2007 έως 2009, και δεν παρουσίασαν ΒΠΔ, αποτέλεσαν την ομάδα Α. Συγκρίθηκαν με 35 νεογνά με ΒΠΔ που νοσηλεύτηκαν το ίδιο διάστημα και είχαν ΒΓ 980gr (SD 174), ΗΚ 27εβδ (SD 1,5) και ΠΚ 25εκ (SD 2,37) (ομάδα Β) που παρέμειναν σε ρινικό CPAP για 11 έως 60 ημέρες μετά την πρώτη εβδομάδα ζωής. Σ' όλα τα νεογνά εφαρμόστηκε η ίδια πολιτική σίτισης. Καταγράφηκαν κυρίως 1) κατά την έξοδο τους η PMA, το ΒΣ και η ΠΚ. 2) οι λοιμώξεις από το κατώτερο αναπνευστικό, οι εισαγωγές σε νοσοκομείο που παρουσίασαν: α) 1ο και 2ο και β) 2ο έως και 5ο χρόνο ζωής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 1) Τα νεογνά που δεν παρουσίασαν ΒΠΔ ήταν μεγαλύτερα στη γέννηση {ΗΚ ( $p < 0.0001$ ), ΒΓ ( $p < 0.0001$ ) και ΠΚ ( $p < 0.0001$ )}. Τα νεογνά που παρουσίασαν ΒΠΔ στα οποία εφαρμόστηκε η συγκεκριμένη πολιτική παρουσίασαν ίδια ή καλύτερη ανάπτυξη από αυτά της ομάδας Α κατά την έξοδό τους {PMA 36 εβδ. (SD

1.54) ( $p = 0.330$ ), ΒΣ 2500gr (SD 622) ( $p = 0.999$ ) και ΠΚ 33.2εκ (SD 1.32) ( $p = 0.0003$ )}. Έως και τα 5 χρόνια ζωής δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο στις λοιμώξεις από το κατώτερο αναπνευστικό, όσο και στις εισαγωγές σε νοσοκομείο στις δυο χρονικές περιόδους που ελέγχθηκαν { α) 1ο και 2ο και β) 2ο έως και 5ο χρόνο ζωής}. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι η βελτίωση της ανάπτυξης και η αύξηση αναπλήρωσης έως τις 40εβδ. PMA, των νεογνών μας με ΒΠΔ διαφοροποίησε θετικά τις απώτερες επιπτώσεις της νόσου από το αναπνευστικό.

## ΕΠΙΠΕΔΑ PENTRAXIN 3 ΟΜΦΑΛΙΟΥ ΛΩΡΟΥ ΕΠΙ ΕΜΒΡΥΙΚΗΣ ΜΑΚΡΟΣΩΜΙΑΣ

Κ. Γέρμανο<sup>1</sup>, Α. Μαλαμίτση-Πούχγε<sup>1</sup>, Θ. Μπούτσιου<sup>1</sup>, Μ. Μπούτσιου, Ν. Αθανασόπουλος<sup>1</sup>, Α. Μαρμαρινός<sup>2</sup>, Δ. Γουργιώτης<sup>2</sup>, Δ. Μπρία<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεογνολογική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>2</sup>Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας-Μοριακής Διαγνωστικής, Β' Παιδιατρική Κλινική Εθνικού και Πανεπιστημίου Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η εμβρυϊκή μακροσωμία συσχετίζεται με ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος στο πλαίσιο φλεγμονώδους αντίδρασης ήδη από τη γέννηση, η οποία προδιαθέτει σε ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και μετέπειτα καρδιαγγειακές επιπλοκές. Η pentraxin 3 (PTX3) απελευθερώνεται από τα μακροφάγα, μονοκύτταρα και ενδοθηλιακά κύτταρα κυρίως μετά έκθεση σε φλεγμονώδη ερεθίσματα. Πρόκειται για νέο βιοχημικό δείκτη φλεγμονωδών καταστάσεων, που αφορούν κυρίως στο καρδιαγγειακό σύστημα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διερεύνηση των επιπέδων ομφαλίου λώρου PTX3 σε νεογνά με μεγάλο βάρος γέννησης για την ηλικία κύησης (ΜΒΓ), σε σύγκριση με νεογνά κανονικού βάρους γέννησης (ΚΒΓ) και συσχέτιση με ποικίλες περιγεννητικές παραμέτρους.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Η PTX3 προσδιορίστηκε με ανοσοενζυμική μέθοδο στον ορό ομφαλίου λώρου τελειομήνων ΜΒΓ (n=40) και ΚΒΓ (n=40) νεογνών. Τα βρέφη κατηγοριοποιήθηκαν ως ΜΒΓ ή ΚΒΓ, βάσει προτυποποιημένων εκατοστιαίων θέσεων του βάρους γέννησης, προσαρμοσμένων για τους παράγοντες που καθορίζουν την εμβρυϊκή αύξηση. Κανένα νεογνό δεν παρουσίασε κλινικοεργαστηριακές ενδείξεις λοίμωξης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα επίπεδα ομφαλίου λώρου PTX3 ήταν παρόμοια στα ΜΒΓ και ΚΒΓ νεογνά. Ωστόσο, στην ομάδα των μακροσωμικών εμβρύων, τα επίπεδα PTX3 συσχετίστηκαν θετικά με το βάρος γέννησης ( $r = 0.416$ ,  $p = 0.008$ ). Επιπλέον, τα επίπεδα PTX3 ομφαλίου λώρου παρουσίασαν θετική συσχέτιση με την ηλικία κύησης ( $r = 0.229$ ,  $p = 0.041$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η PTX3 ομφαλίου λώρου πιθανόν να μην επηρεάζεται στα μακροσωμικά έμβρυα. Ωστόσο, η αύξηση της PTX3 αυξανόμενου του βάρους γέννησης στα ΜΒΓ έμβρυα/νεογνά μπορεί ενδεχομένως να υποδηλώνει προδιάθεση για μετέπειτα εμφάνιση καρδιαγγειακής παθολογίας στις σοβαρότερες περιπτώσεις μακροσωμίας. Η θετική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας κύησης και επιπέδων PTX3 ομφαλίου λώρου πιθανώς να οφείλεται στην αυξημένη πλακουντιακή έκφραση της πρωτεΐνης με την πρόοδο της κύησης.



## ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΤΡΟΦΙΝΗΣ-1 ΣΕ ΜΑΚΡΟΣΩΜΙΚΑ ΕΜΒΡΥΑ/ΝΕΟΓΝΑ

Δ. Μπριάνα<sup>1</sup>, Κ. Γέρμανου<sup>1</sup>, Θ. Μπούτσιου<sup>1</sup>, Μ. Μπούτσιου<sup>1</sup>, Ν. Αθανασόπουλος<sup>1</sup>, Α. Μαμαρινός<sup>2</sup>, Δ. Γουργιώτης<sup>2</sup>, Α. Μαλαμίτση-Πούχγερ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεογνολογική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>2</sup>Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας-Μοριακής Διαγνωστικής, Βαε Παιδιατρική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η κυτταροκίνη καρδιοτροφίνη-1 συντίθεται κυρίως από τα μυοκαρδιοκύτταρα, επάγεται σε υποξικές και φλεγμονώδεις καταστάσεις και απεκκρίνεται στη συστηματική κυκλοφορία. Διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην ανάπτυξη της εμβρυϊκής καρδιάς, ενώ διαμεσολαβεί την προκαλούμενη από υπεργλυκαιμία/υπερινοσουλιναιμία υπερτροφία του μυοκαρδίου και αθηρωμάτωση των αγγείων. Η εμβρυϊκή μακροσωμία συνιστά υποξική και φλεγμονώδη κατάσταση, ενώ συσχετίζεται με υπερτροφία του μυοκαρδίου και προδιάθεση για μετέπειτα εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση της έκφρασης της καρδιοτροφίνης-1 ομφαλίου λώρου σε νεογνά με μεγάλο βάρος γέννησης για την ηλικία κύησης (ΜΒΓ), αναλόγως της υποκείμενης παθολογίας σε σύγκριση με κανονικού βάρους γέννησης για την ηλικία κύησης (ΚΒΓ) νεογνά και η συσχέτιση με περιγεννητικούς παράγοντες.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Η καρδιοτροφίνη-1 προσδιορίστηκε με ανοσοενζυμική μέθοδο στον ορό ομφαλίου λώρου α) ΜΒΓ νεογνών από μητέρες: διαβητικές (n=8), υπέρβαρες/παχύσαρκες (n=11), με υπερβολική πρόσληψη βάρους κατά την κύηση (n=7), χωρίς συγκεκριμένη παθολογία (n=14), β) ΚΒΓ νεογνών φυσιολογικών μητέρων (n=40).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα επίπεδα καρδιοτροφίνης-1 ομφαλίου λώρου ήταν υψηλότερα στα ΜΒΓ συγκριτικά με τα ΚΒΓ νεογνά (p<0.001). Η ανάλυση υποομάδων έδειξε αυξημένα επίπεδα καρδιοτροφίνης-1 μόνο στις διαβητικές κύσεις, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (p=0.009). Υψηλότερα επίπεδα καρδιοτροφίνης-1 προσδιορίστηκαν σε περιπτώσεις φυσιολογικού τοκετού (p=0.022).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αυξημένα επίπεδα καρδιοτροφίνης-1 στα ΜΒΓ έμβρυα/νεογνά διαβητικών μητέρων συνιστούν ορολογική ένδειξη διαταραγμένης έκφρασης της κυτταροκίνης ήδη από τη γέννηση, πιθανώς προδιαθέτοντας σε μετέπειτα ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου. Αντίθετα, τα υπόλοιπα συνήθη αίτια μακροσωμίας δε φαίνεται να επηρεάζουν την έκφραση της καρδιοτροφίνης-1 στον ομφάλιο λώρο. Η συσχετιζόμενη με φυσιολογικό τοκετό φλεγμονή πιθανώς να εξηγεί τα υψηλότερα εμβρυϊκά επίπεδα καρδιοτροφίνης-1.

## ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΕ ΠΡΩΩΡΑ ΚΑΙ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΑ ΒΡΕΦΗ ΥΠΟΠΤΑ ΓΙΑ ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.

Μ. Πρασίνου<sup>1</sup>, Ι.Μ. Αντωνιάδου<sup>2</sup>, Σ. Παπαγιαννόπουλος<sup>3</sup>, Ε. Σταυροπούλου<sup>4</sup>, Ε. Σκουντέλη<sup>5</sup>

<sup>1</sup>ΡΤ, ΕΛΕΠΑΠ Αθηνών, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, <sup>2</sup>ΜSc, ΡΤ, ΕΛΕΠΑΠ Αθηνών, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, <sup>3</sup>ΜSc, ΡΤ, ΕΛΕΠΑΠ Αθηνών, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, <sup>4</sup>ΜSc, ΡΤ, ΕΛΕΠΑΠ Αθηνών, Προϊσταμένη Τμήματος Φυσικοθεραπείας & Υπέυθυνη θεράπ. προγραμμάτων, <sup>5</sup>παιδονευρολόγος, Επιστημονική Υπεύθυνη Κέντρου Βρεφών ΕΛΕΠΑΠ.

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ταξινόμηση της αδρής κινητικής λειτουργίας GMFCS σε βρέφη υψηλού κινδύνου και παιδιά με Ε.Π αποτελεί ένα αξιόπιστο, σύγχρονο και αποτελεσματικό εργαλείο στον τομέα της αποκατάστασης και της έρευνας.

Οι ηλικίες που αξιολογούνται περιλαμβάνουν το διάστημα πριν την ηλικία των 2 ετών μέχρι το 18ο έτος της ηλικίας του παιδιού, χωρισμένες σε κατάλληλα ηλικιακά στάδια.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή και αποτίμηση του λειτουργικού επιπέδου του πληθυσμού των βρεφών ηλικίας (0-2 ετών), που παρακολουθούν τα θεραπευτικά προγράμματα μεγάλου κέντρου αποκατάστασης, την περίοδο 2015-16, για τη δημιουργία μιας βάσης δεδομένων με στόχο την παρακολούθηση της κινητικής εξέλιξης τους μετά την ηλικία των 2 ετών και τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση 52 βρεφών (36 αγόρια, 16 κορίτσια) ηλικίας από 0-24 μηνών από δύο αξιολογητές, σε ένα χρονικό σημείο. Τα βρέφη κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με την εβδομάδα κύησης, τα απεικονιστικά ευρήματα και το βάρος γέννησης. Πραγματοποιήθηκε συσχετισμός των παραπάνω κατηγοριών με τα 5 επίπεδα του συστήματος GMFCS. Η καταγραφή και η περιγραφική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα EXCEL (Microsoft Office).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η κατανομή της λειτουργικότητας των βρεφών βάσει του GMFCS ήταν: επίπεδο I (32,7%), επίπεδο II (17,3%), επίπεδο III (15,4%), επίπεδο IV (19,2%) και επίπεδο V (15,4%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το μεγαλύτερο ποσοστό των βρεφών (πρώρων > τελειόμηνων) ανήκει στο υψηλότερο λειτουργικό επίπεδο I και η κατάταξη στο σύστημα GMFCS πριν τα 2α γενέθλια αναδεικνύει τα οφέλη της πρώιμης παρέμβασης, αλλά προτείνεται ανακατάταξη στην ηλικία των 2 ετών και άνω, καθώς περισσότερες κλινικές πληροφορίες καθίστανται διαθέσιμες.

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ «Perinatal Risk Inventory» ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΣΕ ΜΗΤΕΡΕΣ ΠΡΩΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ <36 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ ΚΥΗΣΗΣ, ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ.

Α. Καρκάνη<sup>1</sup>, Κ.Μ. Λαμπροπούλου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Κέντρο Υποστηρίξης Μητρότητας, <sup>2</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλίας Νεογνών Γ.Ν.Νικαίας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Υποθέτουμε ότι η εξελικτική πορεία ενός πρόωρου νεογνού και η εμφάνιση ή μη αναπτυξιακών διαταραχών είναι άμεσα σχετιζόμενη με παράγοντες ρίσκου, όπως ο βαθμός προωρότητας, το χαμηλό βάρος γέννησης, η παρατεταμένη νοσηλεία, ο μηχανικός αερισμός, οι νευροφυσιολογικές ανωμαλίες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στόχος της έρευνας είναι να αποτελέσει το Perinatal Risk Inventory (Κλίμακα Διερεύνησης Περιγεννητικού Ρίσκου) αξιόπιστο προγνωστικό εργαλείο στη κλινική αξιολόγηση πρόωρων και/ή πολύ χαμηλού βάρους γέννησης νεογνών σε Δ.Η. 18 και 24 μηνών.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Βασικό εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε το Perinatal Risk Inventory (PERI) προϊόν έρευνας των Scheiner AP και Sexton ME του Πανεπιστημίου της Μασαχουσέτης, στην πρωτότυπη μορφή του.

Στην παρούσα έρευνα αξιολογήθηκε η πορεία 25 πρόωρων νεογνών μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας τους ως πειραματική ομάδα. Αντίστοιχα αξιολογήθηκαν 25 τελειόμηνα νεογνά από το μαιευτήριο της ίδιας νοσηλευτικής μονάδας ως ομάδα ελέγχου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σημειώθηκε σημαντική διαφορά στη καταγραφή αποτελεσμάτων του PERI μεταξύ των δύο ομάδων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η στατιστική ανάλυση και συσχέτιση των ανωτέρω αποτελεσμάτων καθώς και η βιβλιογραφική ανασκόπηση της Διερεύνησης Περιγεννητικού Ρίσκου (PERI) φαίνεται να επιβεβαιώνει τη δυνατότητα έγκαιρης πρόγνωσης αναπτυξιακών διαταραχών.

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ BAYLEY III ΣΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΩΙΜΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΒΡΕΦΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.

Σ. Σβορώνου, Ν.Καρρά, Χ. Καττάμη, Ε. Σκαφιδά, Ε. Σταυροπούλου, Ε. Σκουτέλη

Κέντρο βρεφών ΕΛΕΠΑΠ Αθήνας «Μαριέττα Ξάνθου»

**Εισαγωγή:** Η κλίμακα Bayley Scales of Infant Development III (BSID-III; Bayley 2006) είναι μια διαδομένη κλίμακα εκτίμησης της νευροαναπτυξιακής πορείας βρεφών από 0 έως 42 μηνών. Η κλίμακα χρησιμοποιείται στο Κέντρο Βρεφών, για τον πρώιμο εντοπισμό γνωσιακών και κινητικών ελλειμμάτων και τη διαμόρφωση θεραπευτικών προγραμμάτων ολιστικής παρέμβασης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Αρχική συγκριτική μελέτη συσχέτισης παραγόντων κινδύνου και της επίδοσης των βρεφών στην κλίμακα Bayley, που αξιολογήθηκαν στην έναρξη των θεραπευτικών προγραμμάτων στο Κέντρο πρώιμης θεραπευτικής παρέμβασης βρεφών το διάστημα 2013-2015.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Οι παράγοντες κινδύνου: α) προωρότητα β) βάρος γέννησης, γ) προωρότητα και βάρος γέννησης, δ) διάρκεια παραμονής στην ΜΕΝΝ, συγκεντρώθηκαν από τα στοιχεία του παιδονευρολόγικού φακέλου. Χορηγήθηκε η κλίμακα Bayley και βαθμολογήθηκε τηρώντας τη διορθωμένη ηλικία για πρόωρα βρέφη. Έγινε στατιστική επεξεργασία των συσχετίσεων των ανωτέρω περιγεννητικών παραγόντων με τα αποτελέσματα απόδοσης στη συνολική γνωσιακή και κινητική κλίμακα (πίνακες διασταύρωσης) και διαπραγοτική ανάλυση διακύμανσης ανεξάρτητων μεταβλητών. Στην μελέτη συμμετείχαν 117 βρέφη (6 έως 18 μηνών) κατά την εισαγωγή τους στην μονάδα βρεφών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα συνολικά σκορ γνωσιακής και κινητικής απόδοσης δείχνουν σημαντική διακύμανση στην απόδοση στις δοκιμασίες συνολικής γνωσιακής και κινητικής κλίμακας Bayley ( $p < 0.05$ ) ανάλογα με τη βαρύτητα, η οποία αυξάνεται πολύ σημαντικά ( $p < 0.01$ ) σε βρέφη που έχουν συνδυαστικούς παράγοντες κινδύνου, προωρότητας και χαμηλού βάρους, παραμονής στην ΜΕΝΝ ή και νευροαπεικονιστικά ευρήματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η κλίμακα Bayley μπορεί να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες στους πρώτους μήνες στον εντοπισμό ελλειμμάτων, που μπορούν να αξιοποιηθούν για τον έγκαιρο προγραμματισμό του διαθεραπευτικού προγράμματος και ως εργαλείο συμβουλευτικής προετοιμασίας των γονέων.

## Η ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΩΝ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ.

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 1999-2008 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Γ.Μπαρούτης<sup>1</sup>, Α.Μουσιώλης<sup>2</sup>, Μ.Σύνδος<sup>2</sup>, Δ.Μπαρούτης<sup>3</sup>, Κ.Μπαρούτης<sup>4</sup>, Μ.Τζαβάρα<sup>1</sup>, Κ. Σταμούλη<sup>1</sup>, Σ.Γαβρίλη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ΜΕΝΝ-Νεογνολογικό Τμήμα ΓΝΑ Αλεξάνδρα, <sup>2</sup>Α' Πανεπιστημιακή Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Αθηνών, <sup>3</sup>Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>4</sup>Ιατρική Σχολή, <sup>5</sup>Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, <sup>6</sup>Ιατρική Σχολή

**ΣΚΟΠΟΣ:** η εκτίμηση του κινδύνου πρόωρου τοκετού σε επίτοκες γυναίκες διαφορετικών ηλικιακών ομάδων στην Ελλάδα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Τα δεδομένα για τις επίτοκες γυναίκες στην Ελλάδα ελήφθησαν από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία και αφορούν την περίοδο 1980-2008. Χρησιμοποιήθηκε μέθοδος  $\chi^2$  για το σχετικό κίνδυνο στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες. Αυτές οι ομάδες περιλάμβαναν μητέρες ηλικίας <15 ετών, 15-19, 20-34 (χρησιμοποιήθηκε ως ομάδα ελέγχου) και γυναίκες >34 ετών (35-39, 40-44, 45-49 και  $\geq 50$ ). Ο σχετικός κίνδυνος κάθε ηλικιακής ομάδας συγκρίθηκε με αυτόν της ομάδας των μητέρων 20-34 ετών. Περιλήφθηκαν 1.069.413 ζώντες γεννήσεις στη μελέτη εκ των οποίων οι 72.156 ήταν πρόωρες (6,75% του συνόλου).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν μια σχήματος "U" κατανομή του κινδύνου. Υψηλότερος κίνδυνος για πρόωρο τοκετό σημειώθηκε στις ομάδες <15 ετών (Pearson  $\chi^2=14.964$ ,  $p < 0,001$ , κίνδυνος=1.569, CI=1.249-1.970) και >34 ετών (Pearson  $\chi^2=2991.26$ ,  $p < 0,001$ , κίνδυνος=1.572, CI=1.546-1.597). Στις μεγαλύτερες γυναίκες της ομάδας 40-44 ετών, σημειώθηκε μια απότομη αύξηση των πρόωρων τοκετών. Τέλος είναι ενδιαφέρον ότι τα "όψιμα" πρόωρα (34+0-36+6 εβδομάδων κύησης) αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των πρόωρων στην ηλικιακή ομάδα >34 ετών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** 1. Οι ακραίες ηλικίες της μητέρας (<15 & >34 ετών) αποτελούν υψηλό παράγοντα κινδύνου για πρόωρο τοκετό. 2. Παρέχονται νέες αποδείξεις για την ηλικία κύησης που πιθανόν να συμβεί ο πρόωρος τοκετός. Η απόδειξη ότι τα "όψιμα" πρόωρα αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό της προωρότητας σεαυτές τις ηλικιακές ομάδες χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για την διευκρίνιση των αιτιών.

## ΠΡΟΩΡΕΣ ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:1980-2008-ΑΥΞΑΝΟΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

Γ.Μπαρούτης<sup>1</sup>, Α.Μουσιώλης<sup>2</sup>, Μ.Σύνδος<sup>2</sup>, Κ.Μπαρούτης<sup>3</sup>, Δ.Μπαρούτης<sup>4</sup>, Μ.Τζαβάρα<sup>1</sup>, Α. Μπαγλατζή<sup>1</sup>, Σ.Γαβρίλη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ΜΕΝΝ-Νεογνολογικό Τμήμα ΓΝΑ Αλεξάνδρα, <sup>2</sup>Α' Πανεπιστημιακή Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Αθηνών, <sup>3</sup>Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>4</sup>Ιατρική Σχολή, <sup>5</sup>Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, <sup>6</sup>Ιατρική Σχολή

**ΣΚΟΠΟΣ:** Καταγραφή των πρόωρων τοκετών διαχρονικά στην Ελλάδα.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πρόκειται για αναδρομική επιδημιολογική μελέτη επίτοκων γυναικών κατά τη χρονική περίοδο 1980-2008 στην Ελλάδα. Περιελήφθησαν οι ζώντες γεννήσεις  $\geq 24$  εβδομάδες κύησης. Τα δεδομένα μας προήλθαν από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία. Πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση όλων των πρόωρων γεννήσεων για κάθε ένα έτος ξεχωριστά. Μετρήθηκε ο συνολικός αριθμός των γεννήσεων, καταγράφηκε ο ρυθμός των γεννήσεων ανά εβδομάδα κύησης και τα θνησιγενή ανά ηλικία κύησης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά γεννήθηκαν 3.218.463 νεογνά κατά τη διάρκεια της περιόδου 1980-2008 εκ των οποίων 151.594 (4,7%) ήταν πρόωρα. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών της μελέτης σημειώθηκε μια απότομη αύξηση των πρόωρων γεννήσεων που άγγιξε το 9,6% το 2008. Αυτό κυρίως οφειλόταν στα "όψιμα" πρόωρα (34+0-36+6 εβδομάδες κύησης). Επίσης παρατηρήθηκε ότι τα θνησιγενή μειώνονταν με σταθερό ρυθμό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Παρόλο που η αιτιολογία της προωρότητας είναι πολυπαραγοντική, η εκλεκτικά αυξανόμενη τάση των "όψιμων" πρόωρων πιθανά οφείλεται σε ιατρικές ενδείξεις ανάγκης πρόωρου τοκετού, σε αλλαγές πρακτικής των μαιευτήρων ή και στα δύο. Περαιτέρω μελέτες χρειάζονται προκειμένου να εκτιμήσουμε το ακριβές ποσοστό επιρροής του κάθε παράγοντα.

## ΕΠΟΧΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ

Α.Ε.Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, Φ.Ανατολίτου<sup>2</sup>, Ε.Φαναράκη<sup>2</sup>, Π.Λουκέρη<sup>2</sup>, Μ.Κουμειδίου<sup>2</sup>, Σ.Λουκοπούλου<sup>1</sup>, Ν. Ανδρέου<sup>1</sup>, Ε.Καρανάσιος<sup>1</sup>, Ε. Μπούζα<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» Αθήνα & <sup>2</sup>Β Νεογνική Μονάδα Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η μελέτη εποχικών προτύπων των γενετικών ανωμαλιών μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου. Επειδή η οργανογένεση της καρδιάς πραγματοποιείται το πρώτο τρίμηνο της κύησης, το διάστημα κοντά στην χρονική στιγμή της σύλληψης είναι σημαντικό. Ωστόσο, οι μελέτες βασίζονται συνήθως σε μήνες γέννησης, που δεν συνυπολογίζουν την περίοδο έκ-



θεσης σε παράγοντες το πρώτο τρίμηνο κύησης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εύρεση της εποχικής κατανομής των συγγενών καρδιοπαθειών (ΣΚ) και η συσχέτισή τους με περιβαλλοντικούς παράγοντες.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 52 νεογνά με ΣΚ, που νοσηλεύτηκαν σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών σε τριτοβάθμιο παιδιατρικό νοσοκομείο τα τελευταία 2,5 έτη (2013-2015). Από τα νεογνά αυτά τα 28 ήταν άρρενα και τα 24 θήλεα, τα 17 πρόωρα (< 36εβδομάδων) και τα 35 τελειώμια. Καταγράφηκαν οι μήνες γέννησης και με βάση τη διάρκεια κύησης υπολογίστηκε η πιθανή ημερομηνία σύλληψης και η εποχική κατανομή του πρώτου τριμήνου κυοφορίας, όπου συμβαίνει η οργανογένεση της καρδιάς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Παρατηρήθηκε αυξημένη συχνότητα γεννήσεων νεογνών με ΣΚ από τον μήνα Μάιο έως Οκτώβριο (στατιστικά σημαντική,  $p=0,007$ ) (35 νεογνά έναντι 17 τους υπόλοιπους μήνες). Διαπιστώθηκε αυξημένος αριθμός κύησης με πιθανή σύλληψη κατά τους μήνες Οκτώβριο έως Δεκέμβριο (25 κύησεις, 48%) και διάρκεια πρώτου τριμήνου κύησης το χρονικό διάστημα από Οκτώβριο έως Φεβρουάριο. Η κατανομή αυτή, πιθανώς υποδηλώνει έκθεση της μητέρας ή/και του εμβρύου κατά το πρώτο τρίμηνο σε λοιμογόνους παράγοντες με αυξημένη επίπτωση κατά τους χειμερινούς μήνες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Υπάρχει εποχική κατανομή στην εμφάνιση των συγγενών καρδιοπαθειών Πιθανώς λοιμογόνους και άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες επιδρούν στην οργανογένεση και στην επίπτωση των συγγενών καρδιοπαθειών.

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ

**Φ.Ανατολίτου<sup>1</sup>, Α.Ε.Γιαννακοπούλου<sup>2</sup>, Ε.Φαναράκη<sup>1</sup>, Π.Λουκέρη<sup>1</sup>, Α.Κουτρούμπα<sup>1</sup>, Ν.Ελευθεράκης<sup>2</sup>, Ν. Ανδρέου<sup>2</sup>, Ε.Καρανάσιος<sup>2</sup>, Ε. Μπούζα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Β Νεογνική Μονάδα Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» Αθήνα & <sup>2</sup>Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Μη ιατρικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προγεννητική διάγνωση και επιβίωση των νεογνών με γενετικές ανωμαλίες όπως οι συγγενείς καρδιοπάθειες και ενδεχομένως συμβάλλουν σημαντικά σε ανεξήγητες διαφορές στη συχνότητα εμφάνισής τους.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η έρευνα βασίστηκε σε αναδρομική μελέτη των κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών των οικογενειών νεογνών με συγγενή καρδιοπάθεια, που νοσηλεύτηκαν κατά τα έτη 2013-2015 σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών τριτοβάθμιου νοσοκομείου.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν δεδομένα από 51 οικογένειες νεογνών με ΣΚ. Έγινε καταγραφή των κοινωνικό-οικονομικών δεδομένων των οικογενειών αξιολογώντας την εθνικότητα, τον τόπο διαμονής, την οικογενειακή κατάσταση, τη μόρφωση, την επαγγελματική κατάσταση, την ασφαλιστική κάλυψη, τη μαιευτική παρακολούθηση και την κύηση μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 38,46% είχαν αλλοδαπή προέλευση και το 61,54% ελληνική. Το 51,92% διέμενε σε αστικό κέντρο και το 48,08% στην επαρχία. Στο 7,69% η μητέρα ήταν άγαμη και στο 92,31% παντρεμένη. Το 40,38% είχε στοιχειώδη, το 46,15% μέση και το 13,47% ανωτέρα και ανωτάτη μόρφωση. Το 21,15% ήταν άνεργοι και το 78,85% εργαζόμενοι. Το 67,30% είχαν ασφαλιστική κάλυψη και το 32,70% όχι. Μαιευτική παρακολούθηση είχε το 69,24% ενώ το 30,76% όχι. Προγεννητική διάγνωση υπήρξε στο 23%. Κύηση μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση υπήρξε μόνο σε μία περίπτωση, με γονείς ανώτερης μόρφωσης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Διαπιστώθηκε ότι στα νεογνά με ΣΚ σημαντικό ποσοστό δεν είχε μαιευτική παρακολούθηση και προγεννητική διάγνωση. Υψηλό μορφωτικό επίπεδο γονέων παρατηρήθηκε σε χαμηλό ποσοστό, ενώ ο τόπος διαμονής, η εθνικότητα και η ανεργία δεν φάνηκε να επηρεάζουν τα αποτελέσματα.

## ΘΡΟΜΒΟΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΑ .

**Ρ.Σώκου<sup>1</sup>, Α.Κωνσταντινίδη<sup>1</sup>, Γ.Καραβάνα<sup>1</sup>, Γ.Πατούρας<sup>1</sup>, Μ.Θεοδωράκη<sup>1</sup>, Ι.Λαμπαδαρίδης<sup>1</sup>, Α.Γούναρης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Νεογνολογικό Τμήμα-MENN ΓΝΝ «Άγιος Παντελεήμων»

<sup>2</sup>Νεογνολογική Κλινική-MENN Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισα

Οι διαταραχές της αιμόστασης, αποτελούν καθημερινό πρόβλημα στις μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών. Συχνά είναι σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή των νεογνών και η διάγνωση και αντιμετώπιση τους, αποτελεί προτεραιότητα για τους νεογνολόγους. Με τη θρομβοελαστογραφία (TEG) επιτυγχάνεται η παρακολούθηση του μηχανισμού αιμόστασης και ινωδολυσης, αξιόπιστα, με γρήγορα αποτελέσματα και δυνατότητα άμεσης παρέμβασης. Όμως η χρήση της TEG στους παιδιατρικούς ασθενείς και κυρίως στα νεογνά, σε αντίθεση με τους ενήλικες, είναι περιορισμένη λόγω της έλλειψης τιμών αναφοράς. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να καθορίσουμε το εύρος των φυσιολογικών τιμών των παραμέτρων TEG στα νεογνά και να τις συγκρίνουμε με τις αντίστοιχες τιμές στους ενήλικες. Υλικό και μέθοδος : μελετήθηκαν 200 νεογνά του μαιευτηρίου που δεν είχαν ιδιαίτερη παθολογία. Σε 1ml ολικού αίματος, και εντός 30 λεπτών από την αιμοληψία, μετρήθηκαν οι παρακάτω παράμετροι : CT (χρόνος πήξης), CFT (χρόνος δημιουργίας θρόμβου) και MCF (μέγιστη σταθερότητα θρόμβου). Τα νεογνά αυτά βρισκόνταν υπό κλινική παρακολούθηση μέχρι την έξοδο τους από το μαιευτήριο. Αποτελέσματα : η μέση τιμή CT ήταν 41sec, CFT 71sec και MCF 66mm. Οι αντίστοιχες τιμές στους ενήλικες, είναι : CT 55sec, CFT 95sec και MCF 60mm. Οι μέσες τιμές CT και CFT στα νεογνά, ήταν μικρότερες και με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0.001$ ). Συμπεράσματα : οι φυσιολογικές τιμές TEG που βρέθηκαν, επιβεβαιώνουν ότι στα υγιή νεογνά, παρόλο ότι τα επίπεδα παραγόντων πήξης είναι μειωμένα κατά 20-30% σε σχέση με τους ενήλικες, επαρκούν για να σχηματισθεί θρόμβος και γι αυτό δεν παρατηρείται αιμορραγική διάθεση. Θεωρούμε ότι οι τιμές των παραμέτρων που μετρήσαμε, μπορούν να βοηθήσουν στην ευρύτερη χρήση της TEG στην καθημερινή πρακτική και στη νεογνολογία.

## ΜΗ-ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΟΛΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΟΥΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΟΨΙΜΗ ΣΗΨΗ. ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

**Κ. Σαραφίδης<sup>1</sup>, Α. Θωμαΐδου<sup>1</sup>, Γ. Θεοδορίδης<sup>2</sup>, Α.Χ. Χατζηγιάννου<sup>2</sup>, Ε. Γκίκα<sup>3</sup>, Ε. Μικρός<sup>4</sup>, Δ. Μπενάκη<sup>4</sup>, Ε. Διαμαντή<sup>4</sup>, Χ. Αγακίδης<sup>4</sup>, Β. Δρόσου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Α' Νεογνολογική Κλινική & MENN, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, <sup>2</sup>Εργαστήριο Αναλυτικής Χημείας, Τμήμα Χημείας ΑΠΘ, <sup>3</sup>Εργαστήριο Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, <sup>4</sup>Τμήμα Φαρμακευτικής Χημείας ΕΚΠΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η όψιμη νεογνική σήψη (ΟΝΣ) αποτελεί κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Ωστόσο, οι υπάρχοντες βιολογικοί δείκτες δεν εμφανίζουν πλήρως ικανοποιητική διαγνωστική-προγνωστική αξία. Η μεταβολομική ανάλυση αποτελεί εναλλακτική προσέγγιση στη διερεύνηση-χρήση νέων βιολογικών δεικτών. Υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα για τη μεταβολομική σε σχέση με τη σήψη, ιδιαίτερα στα νεογνά. Σκοπός: Η εκτίμηση του μεταβολομικού προφίλ νεογνών με ΟΝΣ και η διερεύνηση του ρόλου της μεταβολομικής ανάλυσης των ούρων στην πρόωμη διάγνωση της. Υλικό και μέθοδοι: Προγραμματισμένη μελέτη ασθενών-μαρτύρων σε MENN. Δείγματα ούρων λήφθησαν από 18 σηπτικά (11 με βέβαιη και 7 με πιθανή ΟΝΣ) στην έναρξη της ΟΝΣ και την 3η και 10η ημέρα, και από 18 μη σηπτικά νεογνά αντίστοιχης ηλικίας κύησης και ημέρας ζωής (ομάδα μαρτύρων) σε ανάλογες χρονικές στιγμές. Για την εκτίμηση των



μεταβολιτών στα ούρα χρησιμοποιήθηκε μη στοχευμένη (φασματοσκοπία πυρηνικού μαγνητικού συντονισμού: NMR) και στοχευμένη (υγρή χρωματογραφία συζευμένη με φασματομετρία μαζών: LC-MS/MS) ανάλυση. Αποτελέσματα: Η ανάλυση κυρίων συνιστωσών (PCA) και η ορθογώνια διακριτική ανάλυση μερικών ελαχίστων τετραγώνων (OPLS-DA) έδειξαν πλήρη διαχωρισμό σηπτικών και μη νεογνών με τις δύο προσεγγίσεις. Ωστόσο, δεν διαπιστώθηκε σαφής διαφοροποίηση ανάμεσα στα νεογνά με πιθανή και βέβαιη ΟΝΣ. Η πολυπαραγοντική ανάλυση και η ANOVA έδειξαν σημαντική διακύμανση 22 μεταβολιτών. Αυτοί σχετίζονται με ενεργειακά μονοπάτια [γλυκόλυση (πυρουβικού/γαλακτικού), υδατάνθρακες (φρουκτόζη και γαλακτόζη), κύκλο του Krebs (α-κετογλουταμικό)], δομικά συστατικά (ορισμένων αμινοξέων και μεταβολικών παραγώγων τους), προϊόντα αποδόμησης του ATP (ινοσιτόλη/υποξανθίνη: πηγές οξειδωτικού στρες) καθώς και με βιταμίνες /συνένζυμα ( B2, B3, B7). Σημαντικές μεταβολικές διαταραχές παρατηρήθηκαν, επίσης, σε σχέση με την εξέλιξη της νόσου. Συμπεράσματα: Η μελέτη επιβεβαιώνει, με τη χρήση δύο συμπληρωματικών τεχνικών μεταβολομικής ανάλυσης των ούρων, την ύπαρξη σημαντικών βιοχημικών μεταβολών στα νεογνά με ΟΝΣ, που επιτρέπουν τη διάγνωση της νόσου και συμβάλλουν στην κατανόηση των υποκείμενων διαταραχών του μεταβολισμού. Η αδυναμία διαχωρισμού των νεογνών με βέβαιη και πιθανή σήψη με τις συγκεκριμένες τεχνικές υποδηλώνει παρόμοιες υποκείμενες βιοχημικές μεταβολές δικαιολογώντας παρόμοια ίδια κλινική αντιμετώπιση. Οι μεταβολικές διαταραχές υποχωρούν με τη βελτίωση της ΟΝΣ.

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΣΤΙΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΕΙΣ ΟΣΤΕΟΠΡΟΤΕΓΕΡΙΝ ΚΑΙ ΣΤΟ ΠΑΧΟΣ ΕΣΩ-ΜΕΣΟΥ ΧΙΤΩΝΑ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

**Σ.Φούζας, Α.Α. Καρατζά, Δ. Χρύσης, Δ. Κρητικού, Γ. Δημητρίου**  
Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ενδομήτρια καθυστέρηση της αύξησης (ΕΚΑ) θεωρείται παράγοντας κινδύνου για πρώιμη αθηρωμάτωση. Κατανόηση της παθοφυσιολογίας των καρδιαγγειακών παθήσεων προϋποθέτει τον εντοπισμό καινούριων παραγόντων κινδύνου και τη χρήση βιολογικών δεικτών. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η Osteoprotegerin, η οποία αποτελεί μέλος της οικογένειας των υποδοχέων του παράγοντα νέκρωσης όγκου συμμετέχει στην παθογένεση της αθηροσκλήρυνσης ενισχύοντας τη δράση της φλεγμονής στους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Μελετήθηκε εάν η ΕΚΑ επιδρά στα επίπεδα Osteoprotegerin και πιθανή συσχέτιση με το πάχος του έσω-μέσου χιτώνα της αορτής (aIMT), που αποτελεί δείκτη προκλινικής αθηρωμάτωσης.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν 30 κανονικά για την ηλικία κήσης και 30 νεογνά με ΕΚΑ, αντίστοιχης ηλικίας κήσης και φύλου. Προσδιορίστηκαν οι συγκεντρώσεις Osteoprotegerin ορού με ανοσοενζυμική μέθοδο την 2η και 5η ημέρα ζωής. Το πάχος έσω-μέσου χιτώνα μετρήθηκε στο περιφερικό τμήμα της κοιλιακής αορτής με γραμμικό ηχοβόλεα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα νεογνά με ΕΚΑ είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα Osteoprotegerin συγκρινόμενα με τους μάρτυρες (2η-ημέρα:  $5,4 \pm 1,0$  mmol/L έναντι  $4,6 \pm 1,0$  mmol/L,  $p=0,002$  και 5η-ημέρα:  $5,1 \pm 0,8$  mmol/L έναντι  $3,9 \pm 0,7$  mmol/L,  $p<0,001$ ). Μεταξύ 2ης και 5ης-ημέρας οι συγκεντρώσεις δεν μεταβλήθηκαν στα νεογνά με ΕΚΑ ( $p=0,087$ ), ενώ μειώθηκαν στους μάρτυρες ( $p=0,003$ ). Τα νεογνά με ΕΚΑ είχαν αυξημένο aIMT (2η-ημέρα:  $0,11 \pm 0,03$  έναντι  $0,06 \pm 0,02$  mm,  $p<0,001$ ). Υπήρχε θετική συσχέτιση μεταξύ OPG και aIMT τη 2η-ημέρα ( $r = 0,494$ ,  $p<0,001$ ), που έγινε ισχυρότερη την 5η-ημέρα ( $r=0,791$ ,  $p<0,001$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Διαπιστώθηκε αύξηση της Osteoprotegerin στην ΕΚΑ και θετική συσχέτιση με το aIMT. Παρακολούθηση των επιπέδων και επαναληπτικές μετρήσεις του aIMT θα διευκρινίσουν κατά πόσον πρόκειται για παροδική ή μόνιμη επίδραση της ΕΚΑ στο νεογνό.

## ΕΠΟΧΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ

**Α.Ε.Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, Φ.Ανατολίτου<sup>2</sup>, Ε.Φαναράκη<sup>2</sup>, Π.Λουκέρη<sup>2</sup>, Μ.Κουμενίδου<sup>2</sup>, Σ.Λουκοπούλου<sup>1</sup>, Ν. Ανδρέου<sup>1</sup>, Ε.Καρανάσιος<sup>1</sup>, Ε.Μπούζα<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» Αθήνα & <sup>2</sup>Β Νεογνική Μονάδα Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η μελέτη εποχικών προτύπων των γενετικών ανωμαλιών μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου. Επειδή η οργανογένεση της καρδιάς πραγματοποιείται το πρώτο τρίμηνο της κύησης, το διάστημα κοντά στην χρονική στιγμή της σύλληψης είναι σημαντικό. Ωστόσο, οι μελέτες βασίζονται συνήθως σε μήνες γέννησης, που δεν συνυπολογίζουν την περίοδο έκθεσης σε παράγοντες το πρώτο τρίμηνο κύησης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εύρεση της εποχικής κατανομής των συγγενών καρδιοπαθειών (ΣΚ) και η συσχέτισή τους με περιβαλλοντικούς παράγοντες. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 52 νεογνά με ΣΚ, που νοσηλεύτηκαν σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών σε τριτοβάθμιο παιδιατρικό νοσοκομείο τα τελευταία 2,5 έτη (2013-2015). Από τα νεογνά αυτά τα 28 ήταν άρρενα και τα 24 θήλεα, τα 17 πρόωρα (< 36εβδομάδων) και τα 35 τελειόμηνα. Καταγράφηκαν οι μήνες γέννησης και με βάση τη διάρκεια κύησης υπολογίστηκε η πιθανή ημερομηνία σύλληψης και η εποχική κατανομή του πρώτου τριμήνου κυοφορίας, όπου συμβαίνει η οργανογένεση της καρδιάς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Παρατηρήθηκε αυξημένη συχνότητα γεννήσεων νεογνών με ΣΚ από τον μήνα Μάιο έως Οκτώβριο (στατιστικά σημαντική,  $p=0,007$ ) (35 νεογνά έναντι 17 τους υπόλοιπους μήνες). Διαπιστώθηκε αυξημένος αριθμός κήσεων με πιθανή σύλληψη κατά τους μήνες Οκτώβριο έως Δεκέμβριο (25 κήσεις, 48%) και διάρκεια πρώτου τριμήνου κύησης το χρονικό διάστημα από Οκτώβριο έως Φεβρουάριο. Η κατανομή αυτή, πιθανώς υποδηλώνει έκθεση της μητέρας ή/και του εμβρύου κατά το πρώτο τρίμηνο σε λοιμογόνους παράγοντες με αυξημένη επίπτωση κατά τους χειμερινούς μήνες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Υπάρχει εποχική κατανομή στην εμφάνιση των συγγενών καρδιοπαθειών Πιθανώς λοιμογόνοι και άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες επιδρούν στην οργανογένεση και στην επίπτωση των συγγενών καρδιοπαθειών.

## ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.

**Α.Ε.Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, Φ.Ανατολίτου<sup>2</sup>, Ε.Φαναράκη<sup>2</sup>, Π.Λουκέρη<sup>2</sup>, Μ.Κουμενίδου<sup>2</sup>, Ν.Ελευθεράκης<sup>1</sup>, Ε.Καρανάσιος<sup>1</sup>, Α.Κουρτέσης<sup>3</sup>, Ε.Μπούζα<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» Αθήνα, <sup>2</sup>Β Νεογνική Μονάδα Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» Αθήνα & <sup>3</sup>Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα νεογνά με συγγενή καρδιοπάθεια (ΣΚ) αποτελούν πρόκληση για τον κλινικό γιατρό. Νεογνολόγοι και Παιδοκαρδιολόγοι προβληματίζονται για τη διαχείριση και τη βέλτιστη χρονική στιγμή για καρδιοχειρουργική επέμβαση.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της έκβασης των συγγενών καρδιοπαθειών.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 52 νεογνά με ΣΚ που νοσηλεύτηκαν σε νεογνική μονάδα τριτοβάθμιου νοσοκομείου τα έτη 2013-2015. Χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: 13 με κυανωτική συγγενή καρδιοπάθεια (ΚΣΚ) και 39 με μη κυανωτική (ΜΚΣΚ). Καταγράφηκε η αντιμετώπιση και έκβασή τους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα νεογνά με ΣΚ (28 αρρένα/Α, 24 θήλεα/Θ) αντιπροσώπευαν το 13% των συνολικών εισαγωγών. Η μέση διάρκεια κήσης ήταν 36,5+3,6 εβδομάδες, και το μέσο βάρος γέννησης 2677+884g. Τα 16 (10Α/6Θ) ήταν πρόωρα με βάρος γέννησης 1729+747g, και διάρκεια κήσης <36 εβδομάδες (32,8+3,1) και τα 35 τελειόμνη με βάρος γέννησης 3089+552g και διάρκεια κήσης >36 εβδομάδες (38,4+1). Από τις ΚΣΚ (25% των ΣΚ), καρδιοχειρουργική επέμβαση πραγματοποιήθηκε σε 10 (77%) νεογνά (3 πρόωρα, 7 τελειόμνη). Από τις ΜΚΣΚ (75% των ΣΚ), καρδιοχειρουργική επέμβαση πραγματοποιήθηκε σε 23 (60%) νεογνά (4 πρόωρα, 19 τελειόμνη). Από τα νεογνά που χειρουργήθηκαν το 51% θα χρειασθούν νέα επέμβαση στο μέλλον: 8 (61%) με ΚΣΚ και 9 (23%) με ΜΚΣΚ. Τέσσερα νεογνά με ΜΚΣΚ (8%), αντιμετωπίστηκαν με επεμβατικό καθετηριασμό (βαλβιδοπλαστική με μπαλόνι). Συντηρητικά αντιμετωπίστηκαν 3 νεογνά (1 πρόωρο) με ΚΣΚ και 11 (3 πρόωρα) με ΜΚΣΚ. Η θνητότητα ήταν 17,3% (9 νεογνά). εκ των οποίων 3 τελειόμνη με ΚΣΚ και 6 με ΜΚΣΚ (2 πρόωρα), (ποσοστά 23% των ΚΣΚ και 15% των ΜΚΣΚ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στα νεογνά που μελετήθηκαν διαπιστώθηκε αυξημένη συχνότητα ΜΚΣΚ έναντι των ΚΣΚ. Η ανάγκη μελλοντικής διορθωτικής επέμβασης ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στα νεογνά με ΚΣΚ. Η θνητότητα ανευρέθη αυξημένη, ιδίως στις ΚΣΚ, χωρίς να επηρεάζεται από την προωρότητα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Διαπιστώθηκε ότι στα νεογνά με ΣΚ σημαντικό ποσοστό δεν είχε μαιευτική παρακολούθηση και προγεννητική διάγνωση. Υψηλό μορφωτικό επίπεδο γονέων παρατηρήθηκε σε χαμηλό ποσοστό, ενώ ο τόπος διαμονής, η εθνικότητα και η ανεργία δεν φάνηκε να επηρεάζουν τα αποτελέσματα.

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ

Φ.Ανατολίτου<sup>1</sup>, Α.Ε.Γιαννακοπούλου<sup>2</sup>, Ε.Φαναράκη<sup>1</sup>, Π.Λουκέρη<sup>1</sup>, Α.Κουτρούμπα<sup>1</sup>, Ν.Ελευθεράκης<sup>2</sup>, Ν. Ανδρέου<sup>2</sup>, Ε.Καρανάσιος<sup>2</sup>, Ε.Μπούζα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β Νεογνική Μονάδα Νοσοκομείου Παιδων «Η Αγία Σοφία» Αθήνα & <sup>2</sup>Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου Παιδων «Η Αγία Σοφία» Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Μη ιατρικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προγεννητική διάγνωση και επιβίωση των νεογνών με γενετικές ανωμαλίες όπως οι συγγενείς καρδιοπάθειες και ενδεχομένως συμβάλλουν σημαντικά σε ανεξήγητες διαφορές στη συχνότητα εμφάνισής τους.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η έρευνα βασίστηκε σε αναδρομική μελέτη των κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών των οικογενειών νεογνών με συγγενή καρδιοπάθεια, που νοσηλεύτηκαν κατά τα έτη 2013-2015 σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών τριτοβάθμιου νοσοκομείου.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν δεδομένα από 51 οικογένειες νεογνών με ΣΚ. Έγινε καταγραφή των κοινωνικό-οικονομικών δεδομένων των οικογενειών αξιολογώντας την εθνικότητα, τον τόπο διαμονής, την οικογενειακή κατάσταση, τη μόρφωση, την επαγγελματική κατάσταση, την ασφαλιστική κάλυψη, τη μαιευτική παρακολούθηση και την κήση μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 38,46% είχαν αλλοδαπή προέλευση και το 61,54% ελληνική. Το 51,92% διέμενε σε αστικό κέντρο και το 48,08% στην επαρχία. Στο 7,69% η μητέρα ήταν άγαμη και στο 92,31% παντρεμένη. Το 40,38% είχε στοιχειώδη, το 46,15% μέση και το 13,47% ανωτέρα και ανωτάτη μόρφωση. Το 21,15% ήταν άνεργοι και το 78,85% εργαζόμενοι. Το 67,30% είχαν ασφαλιστική κάλυψη και το 32,70% όχι. Μαιευτική παρακολούθηση είχε το 69,24% ενώ το 30,76% όχι. Προγεννητική διάγνωση υπήρξε στο 23%. Κήση μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση υπήρξε μόνο σε μία περίπτωση, με γονείς ανώτερης μόρφωσης.

# 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεογνολογίας

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις

### ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΦΛΕΒΩΝ ΣΕ ΠΡΩΡΟ ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΟΜΟΖΥΓΩΤΙΑ ΜΤΗFR-C677T ΚΑΙ ΑΛΛΟΥΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Π. Παπαδογεώργου<sup>1</sup>, Φ. Στριπέλη<sup>1</sup>, Φ. Ανατολίτου<sup>1</sup>, Α. Κουτρούμπα<sup>1</sup>, Ε. Περγάντου<sup>2</sup>, Α. Καπόγιαννης<sup>3</sup>, Ν. Στεργίου<sup>3</sup>, Ε. Μπούζα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>2</sup>Μονάδα Αιμορροφιλίας – Αιμόστασης, Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>3</sup>Παιδονεφρολογικό Τμήμα, Α' Παιδιατρική Νεφρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η θρόμβωση νεφρικής φλέβας αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια νεφρικής ανεπάρκειας στη νεογνική ηλικία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή ενδιαφέρουσας περίπτωσης οξείας νεφρικής ανεπάρκειας σε νεογνό με βαριά θρόμβωση νεφρικών φλεβών σε έδαφος ισχυρών προδιαθεσικών παραγόντων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Περιγράφεται η περίπτωση οριακά πρόωρου νεογνού με ανουρία και οξεία νεφρική ανεπάρκεια από τη γέννηση σε έδαφος αμφοτερόπλευρης θρόμβωσης νεφρικών φλεβών. Η θρόμβωση των νεφρικών φλεβών επέκτεινονταν στην κάτω κοίλη φλέβα, ενώ διαπιστώθηκε θρόμβωση και των ηπατικών φλεβών. Υπήρχαν πολλαπλοί προδιαθεσικοί παράγοντες και συγκεκριμένα σακχαρώδης διαβήτης της μητέρας, προωρότητα, περιγεννητικό stress και συνοδός πρόωμη νεογνική λοίμωξη. Δεν προϋπήρχε καθετηριασμός ομφαλικής φλέβας. Επιπλέον, το νεογνό ήταν ομοζυγώτης ΜΤΗFR (μετάλλαξη C677-T), τα επίπεδα των πρωτεϊνών C και S ήταν χαμηλότερα των φυσιολογικών ενώ αντίθετα της ομοκυστεϊνης αίματος ήταν ηπιάς αυξημένα. Στο νεογνό χορηγήθηκε ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους. Παρά την έγκαιρη έναρξη συνδεδειγμένης περιτοναϊκής κάθαρσης, η οξεία νεφρική ανεπάρκεια μετέπεσε σε χρόνια και το νεογνό κατέληξε την τεσσαρακοστή έκτη ημέρα ζωής λόγω των επιπλοκών της νόσου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Μέχρι τώρα δεν έχει αποδειχθεί σαφής συσχέτιση των μεταλλάξεων ΜΤΗFR με επεισόδια αγγειακών θρομβώσεων στη νεογνική ηλικία, ωστόσο στο συγκεκριμένο περιστατικό η ύπαρξη πολλαπλών παραγόντων κινδύνου σε συνδυασμό με την ομοζυγωτία ΜΤΗFR, τα αυξημένα επίπεδα ομοκυστεϊνης και τα χαμηλά επίπεδα των πρωτεϊνών C και S φαίνεται πως συνέβαλαν καθοριστικά στην εμφάνιση αμφοτερόπλευρης θρόμβωσης νεφρικών φλεβών.

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΒΡΟΓΧΙΟΛΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΓΚΥΤΙΑΚΟ ΙΟ (RSV) ΣΕ ΟΡΙΑΚΑ ΠΡΩΡΟ ΝΕΟΓΝΟ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥ

Π. Παπαδογεώργου, Χ. Πετροπούλου, Φ. Ανατολίτου, Ε. Μπούζα  
Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, ΓΝ Παιδών "Αγία Σοφία", Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η προωρότητα διακόπτει τη φυσιολογική ανάπτυξη των πνευμόνων και αλλοιώνει τη δομή των αεραγωγών. Στα πρόωρα ο τίτλος μητρικών αντισωμάτων είναι μικρότερος σε σχέση με τα τελειομένα.

Περιγραφή RSV βρογχιολίτιδας σε οριακά πρόωρο νεογνό απειλη-

τικής για τη ζωή του.

Άρρεν νεογνό διδύμου κύησης που γεννήθηκε με καισαρική τομή στις 36 εβδομάδες με ομαλή περιγεννητική περίοδο. Μεταφέρθηκε στη μονάδα μας τη 13η ημέρα ζωής λόγω βρογχιολίτιδας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο απεδόθη σε RSV. Παρέμεινε σε μηχανικό αερισμό για 32 ημέρες, 27 εκ των οποίων σε υψίσυγχο, σε βαρύτατη και ασταθή κατάσταση με επανειλημμένα επεισόδια αποκορεσμού απειλητικά για τη ζωή του. Το νεογνό παρουσίασε σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας τύπου ενηλίκου, χορηγήθηκαν δύο δόσεις επιφανειοδραστικού παράγοντα και τρεις δόσεις palivizumab ως θεραπεία διάσωσης. Ο έλεγχος ύπαρξης υποκείμενου νοσήματος ήταν αρνητικός.

Το νεογνό παρουσίασε βελτίωση, αποσωληνώθηκε την 32η ημέρα της νόσου. Παρέμεινε οξυγονοεξαρτώμενο μέχρι την 93η ημέρα ζωής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η RSV βρογχιολίτιδα δύναται να εξελιχθεί σε βαρύτατη νόσο. Οι επιπτώσεις της εκτείνονται για αρκετό χρονικό διάστημα μετά την οξεία λοίμωξη. Ίσως θα πρέπει να αναθεωρηθούν οι κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν στη χορήγηση palivizumab στα οριακά πρόωρα νεογνά με επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου, προς αποφυγή σοβαρών επιπλοκών απειλητικών για τη ζωή.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ, ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ (MENN) «ΓΑΙΑ» ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2012-2015

Κ. Νεονάκη, Α. Δημητρίου, Κ. Μανιάτη, Π. Παναγιωτοπούλου, Δ. Γρηγοριάδου, Γ. Νύκταρη

Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών 'ΓΑΙΑ', Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Είναι γνωστή η βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας και επιβίωσης των προώρων νεογνών κατά τις τελευταίες δεκαετίες, ιδιαίτερα εκείνων με πολύ ή εξαιρετικά χαμηλό βάρος γέννησης, χάρη στην πρόοδο της μαιευτικής και νεογνικής φροντίδας.

**Σκοπός:** Να μελετηθεί και να παρουσιαστεί η έκβαση των νεογνών που γεννήθηκαν στο μαιευτήριο του Νοσοκομείου κατά την περίοδο 2012-2015.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά όλα τα νεογνά που γεννήθηκαν ζώντα τα έτη 2012-2015. Εκτιμήθηκε το ποσοστό προωρότητας, επιβίωσης, η θνησιμότητα και η μέση διάρκεια νοσηλείας συνολικά αλλά και επιμέρους, ανά ηλικία κύησης και φύλο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά την περίοδο 2012-2015 γεννήθηκαν 11300 ζώντα νεογνά. Ο δείκτης προωρότητας (Η.Κ. <37εβδ) υπολογίστηκε σε 17,6%. Στη ΜΕΝΝ νοσηλεύθηκαν 2550 νεογνά (22%), 1216 κορίτσια (48%) και 1334 αγόρια (52%). Από αυτά 22 (0,9%) είχαν Η.Κ. <26εβδ, 185 (7,2%) 26-31 εβδ, 1237 (49%) 32-36 εβδ και 1106 (43%) ≥ 37 εβδ. Εικοσιεπτά (1%) νεογνά εξαιρέθηκαν λόγω μεταφοράς σε άλλα νοσοκομεία. Τα 905(35%) νεογνά εκ των νοσηλευθένων στη ΜΕΝΝ προήρχοντο από πολύδυμες κύσεις. Σημειώθηκαν 18 θάνατοι (νεογνική θνησιμότητα 1,6 ‰). Από τα 18 νεογνά που κατέληξαν τα 11 είχαν ΗΚ<26εβδ, τα 6 26-31εβδ και 1≥37εβδ. Δέκα (56%) από τα νεογνά που κατέληξαν προήρχοντο από πολύδυμες κύσεις. Η επιβίωση των νεογνών που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΝΝ ήταν 99,9% (50% στα <26 εβδ, 96,8% στα 26-31 εβδ, 100% στα 32-36 εβδ και 99,9% στα ≥37 εβδ). Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 57±24 ημέρες στα <26εβδ, 47±10 στα 26-31 εβδ, 13±9 στα 32-36 εβδ και 6±5 στα ≥37 εβδ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η νεογνική θνησιμότητα στο τμήμα μας, παρά το αυξημένο ποσοστό προωρότητας, βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα



και ακολουθεί τα διεθνή δεδομένα (3:1000 Ελλάδα-UK, 4:1000 USA, 2:1000 Νορβηγία, WHO 2011-2015). Σχεδόν το σύνολο της θνησιμότητας αφορά νεογνά με ΗΚ<32εβδ. Ο αυξημένος δείκτης προωρότητας σχετίζεται με το υψηλό ποσοστό κήσεων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και πολύδυμων κήσεων.

## ΗΜΙΛΟΒΩΔΗΣ ΟΛΟΠΡΟΣΕΓΚΕΦΑΛΙΑ ΜΕ ΑΜΦΙΒΟΛΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Χ.Ζαχαριουδάκη<sup>1</sup>, Χ.Πετροπούλου<sup>1</sup>, Γ.Γυφτοδήμου<sup>2</sup>, Ε.Φαναράκη<sup>1</sup>, Μ.Κουμνίδου<sup>1</sup>, Ε.Μπούζα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Β' Μ.Ε.Ν.Ν. Γ.Ν.Π. «Η Αγ. Σοφία», Αθήνα, <sup>2</sup>Τμήμα Γενετικής, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Γ.Ν.Π. «Η Αγ. Σοφία», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ολοπρωσεγκεφαλία είναι μια σπάνια πρώιμη εμβρυολογική διαταραχή, που προκύπτει από ανώμαλο διαχωρισμό του πρωσεγκεφάλου, με αποτέλεσμα τον ατελή διαχωρισμό των εγκεφαλικών ημισφαιρίων. Η επίπτωση της ανέρχεται σε 1:10.000 γεννήσεις ζώντων νεογνών. Είναι κλινικά και γενετικά εξαιρετικά ετερογενής. **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Παρουσιάζουμε τη σπάνια περίπτωση τελειόμηνου νεογνού με ολοπρωσεγκεφαλία, μακροκεφαλία, υποτελορισμό, υδροκέφαλο και αμφίβολα γεννητικά όργανα. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε ημιλωβώδη ολοπρωσεγκεφαλία. Το νεογνό είχε φυσιολογικό καρύτυπο άρρενος χωρίς αριθμητικές ή εμφανείς δομικές χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Πιθανολογείται μετάλλαξη του γονιδίου της πρωτεΐνης Sonic Hedgehog που κληρονομείται με αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα με ατελή διεισδυτικότητα και ποικίλη εκφραστικότητα, καθώς προηγούμενος απόγονος της μητέρας είχε πανομοιότυπο φαινότυπο και γονότυπο.

## ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΤΗ ΜΕΝΝ ΤΟΥ ΓΝ ΝΙΚΑΙΑΣ

**Ε. Ισαακίδου, Γ. Πατσούρας, Ρ. Σώκου, Γ. Καραβάνα, Σ. Παραστατίδου, Α.Θεοφανοπούλου., Α. Κωνσταντινίδη, Μ. Θεοδωράκη.** *Νεογνολογικό Τμήμα-MEN Νεογνών Γ.Ν.Ν. "Άγιος Παντελεήμων"*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Θρομβοκυττάρωση ανιχνεύεται συχνά στο νεογνικό πληθυσμό, αλλά λίγες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή της. Στη διεθνή βιβλιογραφία, φαίνεται η θρομβοκυττάρωση συχνό εύρημα και στα νεογνά μητέρων που έκαναν χρήση εθιστικών ουσιών. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να καταγράψουμε τη συχνότητα εμφάνισης θρομβοκυττάρωσης σε νεογνά με σύνδρομο στέρησης.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σε μια αναδρομική μελέτη, καταγράψαμε τα κλινικά ευρήματα και τα δεδομένα των αιματολογικών εξετάσεων 26 νεογνών, που γεννήθηκαν από μητέρες χρήστριες εθιστικών ουσιών και νοσηλεύτηκαν στο Τμήμα μας τα τελευταία 6 χρόνια (2010-2015). **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Και τα 26 νεογνά, παρουσίασαν συμπτώματα συνδρόμου στέρησης και χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή. Στις εξετάσεις γενικής αίματος κατά τη διάρκεια παραμονής τους στο τμήμα μας, η συγκέντρωση αιμοσφαιρίνης και ο αριθμός λευκοκυττάρων ήταν εντός φυσιολογικών ορίων, όμως σε όλα τα νεογνά παρατηρήθηκε θρομβοκυττάρωση. Από τα 26 νεογνά της μελέτης μας, τα 17(65%) νεογνά είχαν ήπια θρομβοκυττάρωση (PLT 500.000-700.000/μl) και τα 9(35%) μέτρια (PLT 700.000-900.000/μl). Κανένα νεογνό δεν είχε αριθμό αιμοπεταλίων>1.000.000/μl. Η θρομβοκυττάρωση εμφανίστηκε τη 2η εβδομάδα ζωής (μέσος όρος 16 ημέρες/SD±7,5) και υποχώρησε κατά μέσο όρο τον 4ο μήνα. Κανένα από τα νεογνά δεν εμφάνισε θρομβοεμβολικές ή αιμορραγικές επιπλοκές. Στο υπερηχογράφημα εγκεφάλου δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά ευρήματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Από τη μελέτη μας φάνηκε ότι τα νεογνά μητέρων χρήστριων εθιστικών ουσιών με σύνδρομο στέρησης, συχνά παρουσιάζουν δευτεροπαθή θρομβοκυττάρωση, που πιθανόν οφείλεται σε αυξημένη παραγωγή μεγακαρουοκυττάρων μετά από διέγερση του μυελού των οστών από τοξικές ουσίες. Η διαταραχή είναι καλοήθης και παροδική, χρήζει όμως παρακολούθησης. Το μακροχρόνιο follow-up αυτών των νεογνών, θα βοηθούσε την καλύτερη εκτίμηση της κατάστασης.

## ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΔΙΔΥΜΩΝ ΤΡΙΔΥΜΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ 2011- 2015 ΣΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΡΕΑ

**Εμμανουήλ Δηλανάς, Ηλίας Μάμαλης, Χαίδω Κουμανζέλη, Αναστασία Κοντογιάννη, Αντωνία Χαρίτου**  
*MENN Μαιευτηρίου ΡΕΑ*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι πολύδυμες κήσεις σχετίζονται με προωρότητα, χαμηλό βάρος γέννησης και επακόλουθη αυξημένη νεογνική θνητότητα και νοσηρότητα. Η αυξημένη επίπτωση αποδίδεται στην εφαρμογή τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και την αύξηση της ηλικίας των γυναικών που κυοφορούν.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Καταγραφή διδύμων τριδύμων στη διάρκεια της πενταετίας 2011-2015, ομαδοποίηση με βάση το βάρος γέννησης και την ηλικία κήσης και σύγκριση της θνησιμότητας νεογνών πολύδυμων και απλών κήσεων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αναδρομική καταγραφή των γεννηθέντων διδύμων τριδύμων στη διάρκεια της πενταετίας 2011-2015.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά καταγράφηκαν 1638 γεννηθέντα ζωντανά διδύμα νεογνά, 4,9% επί του συνόλου των ζώντων γεννηθέντων, και 75 τριδύμα, που αντιστοιχούν σε 0,22% του συνόλου των ζώντων γεννηθέντων. Από τα διδύμα 8 (0,49%) είχαν ηλικία κήσης από 22 έως 24+6, 26 (1,5%) γεννήθηκαν μεταξύ 25ης και 27+6 εβδομάδας κήσης, 116 (7%) μεταξύ 28ης και 31+6, 184 (11%) μεταξύ 32ης και 33+6, 630 (38%) μεταξύ 34ης και 36+6, 662 (40%) ήταν πρώιμα τελειόμηνια (37η- 38 +6) και 10 (0,6%) από την 39η έως την 42η εβδομάδα. Από τα τριδύμα 33 (44%) είχαν ηλικία κήσης από 28 έως 31+6, 30 (40%) γεννήθηκαν μεταξύ 32ης και 33+6η εβδομάδας κήσης, 6 (8%) μεταξύ 34ης και 36+6 και 6 (8%) ήταν τελειόμηνια (37η - 38+6). Καταγράφηκαν 9 θάνατοι νεογνών πολύδυμων κήσεων (νεογνική θνητότητα 0,53%). Η αντίστοιχη θνησιμότητα ζώντων γεννηθέντων νεογνών απλών κήσεων ήταν 0,1%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο πληθυσμός διδύμων και τριδύμων αποτέλεσε το 5% των γεννηθέντων ζώντων νεογνών στη διάρκεια της 5ετίας.

Τα νεογνά πολύδυμων κήσεων έχουν πολλαπλάσια θνητότητα σε σχέση με αυτά απλών κήσεων, λόγω αυξημένης επίπτωσης της προωρότητας.

## ΜΩΣΑΪΚΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ ΚΑΙ ΕΞΟΜΦΑΛΟΣ ΣΕ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ ΝΕΟΓΝΟ

**Ι.Λοικός, Β.Μούγιου, Ε.Ράγκου, Θ.Μπούτσικου, Δ.Μπριάννα, Γ.Καφαλίδης, Ρ.Σώκου, Ν.Ιακωβίδου, Α.Μαλαμίτση – Πούχχερ**  
*Νεογνολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ως εξόμφαλος ορίζεται η προβολή/πρόπτωση κοιλιακού περιχομένου στον ομφάλιο λώρο με συχνότητα εμφάνισης 1:3.000 γεννήσεις. Η παρουσία του εξόμφαλου έχει συνδυαστεί με υποκείμενες γενετικές ανωμαλίες του εμβρύου όπως τρισωμίες 13, 18, 21 και κυρίως με δομικές χρωμοσωμικές αλλοιώσεις του χρωμοσώματος 11 (σύνδρομο Beckwith- Wiedemann). Το σύνδρομο Beckwith-Wiedemann σχετίζεται με μωσαϊσμό σωματικών κυττάρων (πατρική μονογονεϊκή δισωμία - UPD για το χρωμόσωμα 11), ενώ ο μωσαϊ-

κισμός στον πλακούντα (CPM) έχει συσχετιστεί με ενδομήτρια υπολειπόμενη αύξηση (IUGR) και σπανιότερα με μικροοφθαλμία και μικροκεφαλία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγραφή κλινικής περίπτωσης μωσαϊκισμού του πλακούντα και εξόμφαλου σε τελειόμηνο νεογνό.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για άρρεν νεογνό, 38+3 εβδομάδων που γεννήθηκε από πρωτοτόκο μητέρα, με καισαρική τομή (λόγω εξόμφαλου και ισχιακής προβολής) και Apgar 9 στο πρώτο και πέμπτο λεπτό. Το νεογνό είχε διαγνωσθεί προγεννητικά με εξόμφαλο με εντερικό περιεχόμενο από την 14η εβδομάδα κύησης. Ο προγεννητικός έλεγχος με λήψη χορικών λαχνών έδειξε μωσαϊκισμό του πλακούντα (mos45X/46XY), ενώ ο καρύοτυπος μετά από αμινοπλαρακέντηση την 19η εβδομάδα κύησης και ο εμβρυϊκός υπερχορδιογραφικός έλεγχος ήταν φυσιολογικοί.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αμέσως μετά την γέννηση ο σάκος του εξόμφαλου καλύφθηκε και διατηρήθηκε υγρός για προστασία του εντέρου. Τις πρώτες ώρες ζωής εμφάνισε ήπια αναπνευστική δυσχέρεια με δι-αλείποντα γογγυσμό και σταδιακή βελτίωση, ενώ απέβαλε μηκόνιο. Χειρουργήθηκε το 1ο 24ωρο ζωής με επανοποθέτηση του εντέρου στην κοιλιακή χώρα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αν και στην διεθνή βιβλιογραφία η παρουσία εξόμφαλου έχει συσχετιστεί με αριθμητικές χρωμοσωμικές ανωμαλίες (ανευλοειδίες) και μωσαϊκισμό σε νεογνά με σύνδρομο Beckwith-Wiedemann, δεν έχει αναφερθεί κλινική περίπτωση εμφάνισης εξόμφαλου σε νεογνό με μωσαϊκισμό του πλακούντα.

## ΝΕΚΡΩΣΗ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΝΕΟΓΝΟΥ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

**Β. Βαράμης<sup>1</sup>, Ι. Σπανοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Αρελάκη<sup>2</sup>, Ε. Τσουβαλά<sup>1</sup>, Α. Μπουντάκοβα – Εσεμπίδου<sup>1</sup>, Α. Γιατρομανωλάκη<sup>2</sup>, Μ. Σκορδαλά- Ρίτη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεογολογικό Τμήμα & Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, ΓΠΝ Αλεξανδρούπολης, <sup>2</sup>Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής ΔΠΘ.

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η νέκρωση υποδορίου λίπους αποτελεί μια σπάνια, παροδική, αυτοπεριοριζόμενη φλεγμονώδη διαταραχή του λιπώδους ιστού η οποία εμφανίζεται συνήθως τις πρώτες 6 εβδομάδες ζωής. Παρά την καλοήγη εξέλιξη της μπορεί να παρουσιάσει σοβαρές επιπλοκές, όπως υπερασβεστιαμία ή άλλες μεταβολικές διαταραχές. Η αιτιολογία παραμένει άγνωστη, ενώ αρκετοί προδιαθεσικοί παράγοντες συμβάλλουν στη εμφάνιση της. Εμφανίζεται με σκληρούς και επώδυνους όζους (διαμέτρου <1- 8cm) ή ερυθριματώδεις/κυανέρυθρες πλάκες σε περιοχές όπως γλουτοί, ράχη, ώμοι, μηροί και βραχίονες. Οι βλάβες υποχωρούν αυτόματα μέσα σε εβδομάδες ή μήνες από την εμφάνισή τους. Η διάγνωση τίθεται από τη κλινική εικόνα και επιβεβαιώνεται με βιοψία δέρματος ή βιοψία δια λεπτής βελόνης.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Νεογνό άρρεν που γεννήθηκε από πρωτοτόκο μητέρα με καισαρική τομή λόγω προεκλαμψίας με Δ.Κ. 38εβδ., Β.Γ. 2890gr, Apgar score 19 510 διακομίσθηκε στην κλινική μας το 3ο 24ωρο ζωής λόγω οξιδίων κυανέρυθρης χροιάς στο άνω τρίτημόριο της ράχης, την οπίσθια επιφάνεια των βραχιόνων και μηρών άμφω που παρουσίασε από ωρών. Ετέθη η υπόνοια νέκρωσης υποδορίου λίπους. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με βιοψία δέρματος από τα σημεία των βλαβών. Το νεογνό παρακολουθείται μέχρι και σήμερα ( ηλικία 18μηνών). Σε όλους τους εργαστηριακούς ελέγχους το ασβέστιο ήταν στα ανώτατα, φυσιολογικά ωστόσο, όρια ενώ δεν παρουσίασε διαταραχές αιμοπεταλίων, τριγλυκεριδίων ή γλυκόζης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η νέκρωση υποδορίου λίπους αποτελεί μια σπάνια αυτοπεριοριζόμενη οντότητα, που όμως μπορεί να παρουσιάσει σοβαρές επιπλοκές. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει όγκους μαλακών μορίων, αιμαγγείωμα, κυτταρίτιδα, ερυσίπελας, ιστοκύτωση, ινωμάτωση, νευροινωμάτωση και ραβδομυοσάρκωμα. Η παρακολούθηση των ασθενών είναι απαραίτητη εξαιτίας των πιθανών σοβαρών επιπλοκών.

## ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΑΝΑΙΜΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ

**Ο. Μιχοπούλου, Ε. Κορακάκη, Ε. Σαϊτάκης, Ε. Χατζηδάκη, Ν.Αναγνωστάτου, Α. Μανουρά, Μ.Μαργάρη, Η.Αριστείδου, Κ. Πετούσης, Χ. Γιαννακοπούλου**

Νεογολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Εμβρυομητρική μετάγγιση συμβαίνει στο 50 – 75% των κήσεων αλλά μόνο στο 0.09 – 0.45% η ποσότητα του αίματος ξεπερνάει τα 30 ml και δημιουργεί προβλήματα στο νεογνό.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Πρόκειται για νεογνό θήλυ 36+5 εβδομάδων που γεννήθηκε από Πτόκο μητέρα με επείγουσα ΚΤ λόγω αλλοιώσεων παλμών και ΒΓ 2750gr. Ο προγεννητικός έλεγχος αναφέρεται φυσιολογικός. Το νεογνό μετά τον τοκετό παρουσίασε έντονη ωχρότητα. Από το μαιευτικό ιστορικό της μητέρας δεν αναφέρθηκε αιμορραγία κατά την περιγεννητική περίοδο. Κατά την εισαγωγή η γενική κατάσταση του νεογνού ήταν σχετικά επηρεασμένη, με έντονη ωχρότητα και ταχύπνοια και λόγω αυξημένων αναγκών σε οξυγόνο ετέθη σε Hood με FiO2: 0.28. Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αναιμία Hb: 3,6 g/dl, Hct:12,9%, MCV:121fl, ΔΕΚ:5,25%, άμεση Coombs: (-), οπότε και μεταγγίστηκε με συμπυκνωμένα ερυθρά. Από την κυτταρομετρία ροής σε αίμα της μητέρας διαπιστώθηκε ύποπτος πληθυσμός ερυθρών αιμοσφαιρίων. Επίσης στην ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης της μητέρας μετά τον τοκετό υπήρξε HbF: 4,1% συγκριτικά με 2,4% προ τοκετού. Έτσι τέθηκε ισχυρή υποψία ότι πρόκειται για εμβρυομητρική μετάγγιση καθότι ο λοιπός έλεγχος αναιμίας ήταν αρνητικός. Η διενέργεια της ενδεικτικής εξέτασης Kleihauer - Betke Test δεν ήταν επιτυχής. Το νεογνό εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση με Hb: 17,9g/dl, Hct: 56,2%, ΔΕΚ:3,18% μετά από δύο μεταγγίσεις με συμπυκνωμένα ερυθρά και με οδηγία για λήψη σιδήρου p.os.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Η σοβαρού βαθμού εμβρυομητρική μετάγγιση αν και σπάνια, μπορεί να προκαλέσει σημαντική αναιμία στο νεογνό.

## ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΒΑΤΙΑΔΩΔΕΣ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΤΟ ΓΑΛΑ ΑΓΕΛΑΔΑΣ

**Ο. Μιχοπούλου, Ν.Αναγνωστάτου, Α. Μανουρά, Ε. Χατζηδάκη, Ε. Κορακάκη, Ε. Σαϊτάκης, Μ.Μαργάρη, Κ. Πετούσης, Η.Αριστείδου, Χ. Γιαννακοπούλου**

Νεογολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η αλλεργία στο γάλα αγελάδας παρουσιάζεται συνήθως στην βρεφική ηλικία. Η εμφάνιση της τις πρώτες ημέρες ζωής είναι πολύ σπάνια, με ελάχιστες αναφορές σε νεογνά με θετικά Rast Test.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Πρόκειται για νεογνό άρρεν 24 ημερών, που γεννήθηκε τελειόμηνο από Ι τόκο μητέρα μετά από ανεπίπληκτη κύηση. Αναφέρεται από την γέννηση εξάνθημα δίκην τοξικού ερυθρίματος ενώ σιτιζόταν αποκλειστικά με μητρικό γάλα. Τέσσερις μέρες πριν την εισαγωγή του, προστέθηκε γάλα πρώτης βρεφικής ηλικίας στη σίτιση λόγω μη ικανοποιητικής πρόσληψης βάρους και το νεογνό παρουσίασε εκτεταμένο βλατιδώδες εξάνθημα. Κατά την εισαγωγή του έγινε έναρξη αντιβιοτικής αγωγής με βανκομυκίνη και κεφαζιδιδίμη και του χορηγήθηκε μία δόση μεθυλπρεδνιζολόνης λόγω των εκτεταμένων δερματικών βλαβών ενώ ταυτόχρονα έγινε έναρξη σίτισης με εκτενώς υδρολυμένο γάλα. Το 2ο 24ωρο νοσηλείας παρουσίασε σημαντική βελτίωση της κλινικής του εικόνας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο που ελήφθη, η ολική IgE ήταν 69,7 IU/ml (Φ.Τ.: 8 – 160 IU/ml), ενώ τα Rast test στο γάλα αγελάδας ήταν 2,38 IU/L (Φ.Τ.: <0,35) και στην καζεΐνη: 0,948 IU/L (Φ.Τ.: <0,35). Από το οικογενειακό ιστορικό η μητέρα είχε αλλεργική ρινίτιδα και αλλεργία στην ελιά. Το νεογνό εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση με πλήρη αποκατάσταση του δερματικών βλαβών και με οδηγίες για αποκλειστικό μητρικό θηλασμό και ταυτόχρονη αποχή της μητέρας από γαλακτοκομικά προϊόντα.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Η αλλεργία στο γάλα αγελάδας, αν και σπάνια, μπορεί να εμφανιστεί τις πρώτες ημέρες ζωής με δερματικές εκδηλώσεις και με θετικά Rast Test.

## ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΙΑΤΡΟΓΕΝΗ ΑΣΒΕΣΤΩΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

**Ε. Κομετζίδου<sup>1</sup>, Γ. Μαυρογεώργος<sup>1</sup>, Μ. Βακάκη<sup>2</sup>, Μ. Παπαδημητρίου<sup>1</sup>, Ι. Καπετανάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών 'Π.&Α. Κυριακού', Αθήνα, <sup>2</sup>Ακτινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών 'Π.&Α. Κυριακού', Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ασβέστωση του δέρματος (calcinosis cutis), είναι η εναπόθεση αλάτων ασβεστίου στο δέρμα και τους υποδόριους ιστούς και αποτελεί σπάνια διαταραχή. Ενοχοποιούνται ποικίλοι παθογενετικοί μηχανισμοί. Ταξινομείται ως δυστροφική, μεταστατική, ιατρογενής και ιδιοπαθής.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ευαισθητοποίηση του κλινικού ιατρού για μια σπάνια κλινική οντότητα που συναντάται σε μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αναδρομική μελέτη του ιστορικού νοσηλείας νεογέννητου αγοριού που διακομίστηκε στο τμήμα μας για διερεύνηση επεισοδίων σπασμών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στα πλαίσια της διερεύνησης νεογνικών σπασμών, ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υπασβεστιαμία και υπομαγνησιαιμία, που αντιμετωπίστηκαν με παρεντερική χορήγηση γλυκονικού ασβεστίου και θειικού μαγνησίου με υποχώρηση των συμπτωμάτων. Το νεογνό ημέρες μετά τη διακοπή της ενδοφλέβιας χορήγησης γλυκονικού ασβεστίου εμφάνισε σταδιακά σε διάφορα σημεία του σώματος εστίες με οίδημα, ερυθρότητα και σκληρία. Αρχικά αντιμετωπίστηκε ως λοίμωξη μαλακών μοριών, ωστόσο ο υπερηχογραφικός έλεγχος σε δεύτερο χρόνο έθεσε τη διάγνωση με την απεικόνιση εναπόθεσης ασβεστίου στους υποδόριους ιστούς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ιατρογενής ασβέστωση του δέρματος συμβαίνει κατά τη νοσηλεία νεογνών σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Προβάλλει με εικόνα που μιμείται λοίμωξη δέρματος/μαλακών μοριών ή αρθρώσεων/οστών, ωστόσο η ασβέστωση του δέρματος πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση του κλινικού ιατρού, ώστε να αποφεύγονται επεμβατικές πράξεις και η άσκοπη μακρόχρονη χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής.

## ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΛΗΗ ΚΑΙ ΑΓΕΝΕΣΙΑ ΗΜΙΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΔΕΞΙΑ

**Χ. Θώμου<sup>1</sup>, Ν. Αναγνωστάτου<sup>2</sup>, Μ. Παπαδήμας<sup>1</sup>, Κ. Σκοπέτου<sup>1</sup>, Χ. Γιαννακοπούλου<sup>2</sup>, Μ. Κοροπούλη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>MENN, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο, Ηράκλειο, Κρήτη, <sup>2</sup>MENN, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ηράκλειο, Κρήτη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η συγγενής διαφραγματοκλήη (ΣΔΚ) αποτελεί διαταραχή στην ανάπτυξη του διαφράγματος με αποτέλεσμα την συμπίεση του πνευμονικού παρεγχύματος από ενδοκοιλιακά όργανα, την υποπλασία των αναπτυσσόμενων πνευμόνων και την υπερπλασία της μυϊκής στιβάδας των πνευμονικών αρτηριολίων. Εντοπίζεται συνήθως αριστερά ενώ η δεξιά εντόπιση είναι εξαιρετικά σπάνια (~ 10%).

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγράφεται η περίπτωση θήλεος νεογνού με σοβαρή αναπνευστική δυσχέρεια μετά τη γέννηση.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Νεογνό ΗΚ 39+3 εβδομάδων γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό και βάρος γέννησης 3390gr. Λίγα λεπτά μετά τη γέννηση εμφάνισε σοβαρή αναπνευστική δυσχέρεια με καθολική κνάνωση. Τα αέρια αίματος ανέδειξαν σοβαρή αναπνευστική οξείωση (PH 7.06, PCO2 86.5mmHg) οπότε διασωληνώθηκε άμεσα και τέθηκε σε μηχανικό αερισμό (SIMV) ενώ χορηγήθηκε ενδοτραχειακά επιφανειοδρα-

στικός παράγοντας. Οι ακτινογραφίες θώρακος ανέδειξαν παρουσία εντερικών ελίκων στο ΔΕ ημιθώρακιο, απουσία απεικόνισης του ΔΕ πνεύμονα και παρεκτόπιση του μεσοθωρακίου προς τα ΑΡ. Καταγράφηκε σημαντική διαφορά του PO2 προ- και μεταβοταλειακά (>10%), συμβατή με παραμένουσα πνευμονική υπέρταση (ΠΠΥ), εύρημα που επιβεβαιώθηκε και στο υπερηχογράφημα καρδιάς. Ο υπέρηχος κοιλίας ανέδειξε την παρουσία ήπατος, χοληδόχου κύστης και εντέρου στο ΔΕ ημιθώρακιο σε έδαφος αγενεσίας ΔΕ ημιδιαφράγματος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το νεογνό παρά τον εντατικό μηχανικό αερισμό (SIMV και HFOV), ενότρωσης και πνευμονικής αγγειοδιασταλτικής αγωγής με σιλντεναφίλη, παρουσίασε προοδευτική επιδείνωση της κλινικής του κατάστασης. Δεν κατέστη τελικά δυνατή η χειρουργική αποκατάσταση της ΣΔΚ λόγω της σοβαρής ΠΠΥ και της πνευμονικής υποπλασίας και κατέληξε σε ηλικία 25 ωρών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ΣΔΚ δεξιά αποτελεί σπάνια οντότητα (1/22000 γεννήσεις) και συχνά διαφεύγει της προγεννητικής διάγνωσης. Σε έδαφος πλήρους αγενεσίας του ημιδιαφράγματος έχει βαρύνουσα πορεία και πολύ υψηλή θνητότητα.

## ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ HADDAD: ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΥΠΟΑΕΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ HIRSCHSPRUNG

**Σ. Τζαλαβρά, Γ. Μαυρογεώργος, Ε. Χαραχούσου, Α. Κατσιέρη, Μ. Παπαδημητρίου, Ι. Καπετανάκης**

Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών 'Π. & Α. Κυριακού', Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το σύνδρομο Haddad αποτελεί μια σπάνια συγγενή διαταραχή που αφορά σε συνύπαρξη συνδρόμου συγγενούς κεντρικού υποαερισμού ή συνδρόμου Ondine και συγγενούς μεγάλου ή νόσου Hirschsprung. Ο επιπολασμός της νόσου είναι <1/1.000.000. Κληρονομείται με αυτοσωματικό επικρατή τρόπο ή μπορεί να είναι πολυπαράγοντικής αιτιολογίας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή περίπτωσης ενός τόσο σπάνιου περιστατικού και οι συνέπειες της μακρόχρονης παραμονής σε μονάδα εντατικής νοσηλείας.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αναδρομική μελέτη του ιστορικού νοσηλείας νεογέννητου αγοριού που διακομίστηκε στο τμήμα μας, λόγω επεισοδίων άπνοιας που παρουσίασε αμέσως μετά τη γέννηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η κλινική υποψία του συνδρόμου συγγενούς κεντρικού υποαερισμού, επιβεβαιώθηκε με γονιδιακό έλεγχο (μετάλλαξη στο γονίδιο RHOX2B). Επιπρόσθετα, παρουσίασε συμπτωματολογία από το γαστρεντερικό σύστημα και κατόπιν βιοψιών εντέρου, τέθηκε η διάγνωση του ολικού αγαγγλιονικού εντέρου.

Το βρέφος παρέμεινε σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής του μέσω τραχειοστομίας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του, ενώ σιτιζόταν αποκλειστικά με παρεντερική διατροφή.

Το βρέφος κατέληξε από ενδονοσοκομειακή λοίμωξη, λίγο πριν συμπληρώσει το 1ο έτος ζωής του.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι πάσχοντες από σύνδρομο Haddad απαιτούν αυξημένη υποστηρικτική φροντίδα και πολυεπιστημονική προσέγγιση με στόχο τη καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής. Η αδυναμία νοσηλείας κατ' οίκον στη συγκεκριμένη περίπτωση για ποικίλους λόγους οδήγησε σε μακροχρόνια παραμονή σε μονάδα εντατικής νοσηλείας και επηρέασε αρνητικά την έκβαση του ασθενούς.



**ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟΥ ΒΑΡΟΥΣ (<1500GR) ΝΕΟΓΝΩΝ**

**Α. Μανουρά, Ε. Κατεχάκη, Π. Ματζίνος, Ν. Αναγνωστάτου, Ε. Χατζηδάκη, Μ. Μαργάρη, Ε. Κορακάκη, Ο. Μιχοπούλου, Ε. Σαϊτάκης, Χ. Γιαννακοπούλου**

*Νεογνολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η επιβίωση των πολύ χαμηλού βάρους νεογνών έχει βελτιωθεί. Ωστόσο η νοσηρότητα των μικρών αυτών νεογνών εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της θνησιμότητας και νοσηρότητας των ΠΧΒΓ νεογνών στην μονάδα μας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά όλα τα ιστορικά των νεογνών με βάρος γέννησης <1500gr και ηλικία κύησης <32 εβδ. που νοσηλεύτηκαν τη διετία 2014-2015. Καταγράφηκαν η ηλικία κύησης και το βάρος γέννησης, το φύλο, το είδος του τοκετού καθώς και η ανάγκη για μηχανικό αερισμό και χορήγηση επιφανειοδραστικού παράγοντα, επιπλοκών από το αναπνευστικό, σηψαιμίας, παραμονής ανοικτού βοτάλιου πόρου, νεκρωτικής εντεροκολίτιδας, ενδοκοιλιακής αιμορραγίας, περικοιλιακής λευκομαλάκυνσης, αμφιβληστροειδοπάθειας της προωρότητας, βρογχοπνευμονικής δυσπλασίας καθώς και ο θάνατος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Νοσηλεύτηκαν συνολικά 68 ΠΧΒΓ νεογνά (46 άρρενα) με μέση ΗΚ:29,3W και μέσο ΒΓ:1127gr. Τα 58 (86,5%) γεννήθηκαν με καισαρική τομή. 47 εντεκα νεογνά ήταν μεταφερόμενα. Πενήταξι νεογνά (82,4%) επιβίωσαν έως την έξοδο. Σαρανταένα νεογνά (60%) χρειάστηκαν μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και σε 38 (58%) χορηγήθηκε επιφανειοδραστικός παράγοντας. Νεογνική σηψαιμία παρατηρήθηκε στο 30% (όψιμη: 26,5%), αμφιβληστροειδοπάθεια προωρότητας στο 19%, περικοιλιακή λευκομαλάκυνση στο 10%, βρογχοπνευμονική δυσπλασία στο 15%, νεκρωτική εντεροκολίτιδα στο 10% και σοβαρή ενδοκοιλιακή αιμορραγία στο 7,4%. Παραμονή ανοικτού βοτάλιου πόρου διαπιστώθηκε σε 15 (22%) νεογνά από τα οποία στα 8 χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το ποσοστό επιβίωσης των ΠΧΒΓ νεογνών στη μονάδα μας ήταν ικανοποιητικό. Η πλειοψηφία των νεογνών χρειάστηκε κάποιες μορφές υποστήριξης του αναπνευστικού. Τα συχνότερα προβλήματα ήταν η όψιμη σηψαιμία και η αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας.

**ΟΙ ΑΜΕΣΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΗΣ ΤΟΥΣ**

**Ε. Νίκαινα<sup>1</sup>, Α. Πετροπούλου<sup>2</sup>, Π. Δριτσάκου<sup>2</sup>, Μ. Τζάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεογνολογικό Τμήμα – ΜΕΝΝ, Γενικό Νοσοκομείο και Μαιευτήριο “Ελενα Βενιζέλου”, Αθήνα, <sup>2</sup>Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, Γενικό Νοσοκομείο και Μαιευτήριο “Ελενα Βενιζέλου”, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση της επιβάρυνσης νεογνών μετά από καισαρική τομή (ΚΤ) ανάλογα με την ηλικία κύησης (ΗΚ).

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Συμπεριλήφθηκαν νεογνά που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΝΝ μετά από ΚΤ από Ιούλιο - Δεκέμβριο 2015 και καταγράφηκαν δημογραφικά και κλινικά τους χαρακτηριστικά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο διάστημα αυτό, έγιναν 2367 τοκετοί, 1565 (66,1%) με ΚΤ και 802 (33,9%) με ΦΤ. Στη ΜΕΝΝ νοσηλεύτηκαν 260 νεογνά (16,6%). Συχνότερο αίτιο ΚΤ ήταν η προηγηθείσα ΚΤ (34,48%), κυρίως σε κήσεις ΗΚ>37+1 εβδομάδων (p=0.001). Απόλυτη ένδειξη ΚΤ καταγράφηκε σε 41 περιπτώσεις (17,67%).

Νεογνά >39+1 εβδομάδων: N=22. Τρία χρειάστηκαν ανάνηψη, 4 παρουσίασαν αναπνευστική δυσχέρεια, 7 έλαβαν αντιβίωση και 10 παρεντερική διατροφή (ΠΔ). Η Διάμεση Διάρκεια Νοσηλείας (ΔΔΝ) ήταν

6 ημέρες (4-26 ημέρες). Μόνο 2 νεογνά νοσηλεύτηκαν για 4 ημέρες. Νεογνά 37+1 - 39+0 εβδομάδων: N=111. Απόλυτη ένδειξη ΚΤ υπήρχε στο 12,61% των τοκετών. Αναπνευστική δυσχέρεια παρουσίασαν 20 παιδιά. 63 νεογνά έλαβαν ΠΔ και 34 αντιβίωση. ΔΔΝ: 7 ημέρες (4-42 ημέρες). Μόλις 16 νεογνά παρέμειναν στο νοσοκομείο 4 ημέρες. Νεογνά 35+1 - 37+0 εβδομάδων: N=79. Αναπνευστική δυσχέρεια παρουσίασαν 13 νεογνά, 24 έλαβαν αντιβίωση και 43 ΠΔ. ΔΔΝ: 8 ημέρες (3-62 ημέρες).

Νεογνά: < 35+0 εβδομάδων: N= 48. Απόλυτη ένδειξη ΚΤ υπήρχε σε 29,16 % των περιπτώσεων, συχνότερα σε σχέση με ωριμότερα νεογνά (p=0.034). Αναπνευστική δυσχέρεια παρουσίασαν 19 νεογνά, 25 έλαβαν αντιβίωση και 43 ΠΔ. ΔΔΝ: 21,5 ημέρες (6-58 ημέρες), μεγαλύτερη από τα υπόλοιπα νεογνά (p<0.001).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η διενέργεια επιλεκτικής ΚΤ σε ΗΚ<39+0 εβδομάδες επιβαρύνει κυρίως νεογνά με ΗΚ: 37+1- 39+0 εβδομάδες, αυξάνοντας την ανάγκη τους για υποστήριξη και χρόνο νοσηλείας στην ΜΕΝΝ.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΝΕΟΓΝΟΥ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ PRADER – WILLI ΚΑΤΟΠΙΝ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕ ΕΤΕΡΟΛΟΓΗ ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗ**

**Ε. Χατζηδάκη<sup>1</sup>, Π. Ματζίνος<sup>1</sup>, Ε. Παπαδοπούλου<sup>2</sup>, Α. Μανουρά<sup>1</sup>, Ο. Μιχοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Σαϊτάκης<sup>1</sup>, Ε. Κορακάκη<sup>1</sup>, Ν. Αναγνωστάτου<sup>1</sup>, Μ. Μαργάρη<sup>1</sup>, Χ. Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεογνολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης, <sup>2</sup> Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το σύνδρομο Prader – Willi (PWS) οφείλεται σε απουσία έκφρασης των πατρικής προέλευσης γονιδίων που εδράζονται στην κριτική περιοχή του χρωμοσώματος 15q11.2-13. Ανήκει στα σύνδρομα γενετικής αποτύπωσης, καθώς ο φαινότυπος εξαρτάται από το φύλο του γονέα που είναι δότης των γονιδίων. Ο επιπολασμός είναι περίπου 1:25.000 ζώντες γεννήσεις, ενώ οι πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι σποραδικές. Κατά την νεογνική ηλικία προεξάρχει η μυϊκή υποτονία και η ανεπαρκής σίτιση καθώς η υπερφαγία εκδηλώνεται αργότερα. Φαινοτυπικά χαρακτηριστικά όπως οι αμυγδαλωτοί οφθαλμοί, τα κοντά άκρα, και ο υπογοναδισμός συμβάλλουν στη διάγνωση.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Πρόκειται για τελειόμηνο άρρεν νεογνό που γεννήθηκε με ΚΤ, κατόπιν κύησης με σπερματέγχυση δότη από τράπεζα σπέρματος. Από την πρώτη μέρα ζωής διαπιστώθηκε βαριά γενικευμένη υποτονία, κρυπορχία άμφω, καθώς και δυσχερής σίτιση. Στα πλαίσια διερεύνησης της υποτονίας ανιχνεύθηκε διαταραχή πρότυπου μεθυλίωσης στη PWS κριτική περιοχή 15q11.2-13, με τη μέθοδο MSPCR (Methylation Specific Polymerase Reaction). Το νεογνό παρουσίασε ήπια βελτίωση της υποτονίας και ικανοποιητική σίτιση. Κατά την έξοδο δόθηκαν οδηγίες για φυσιοθεραπεία και ολοκλήρωση γενετικού ελέγχου για ανεύρεση της ακριβούς μετάλλαξης.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Το PWS θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στον έλεγχο της βρεφικής υποτονίας, καθώς ανευρίσκεται στο 11% υποτονικών βρεφών. Στο 65-75% PWS διαπιστώνεται πατρικό μικροέλλειμμα 15q11.2-13, στο 20-30% μητρική μονογονεϊκή δισωμία. Ο κίνδυνος επανάλιψης σε απόγονο είναι πολύ μικρός, σε περίπτωση ελλείμματος του αποτυπωμένου κέντρου (<1%). Η ανίχνευση του αίτιου διαταραχής μεθυλίωσης θα προσανατολίσει τη γενετική συμβουλευτική. Η σχέση τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και αποτυπωμένων συνδρόμων, όπως το PWS, έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας. Με δεδομένη τη σπανιότητα αυτών των συνδρόμων, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία στη βιβλιογραφία που να αποδεικνύουν αιτιοπαθογενετική συσχέτιση με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

## ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΧΥΛΟΘΩΡΑΚΑΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟ ΥΔΡΩΠΑ ΣΕ ΠΡΩΡΟ ΝΕΟΓΝΟ ΚΑΙ ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΚΤΡΕΟΤΙΔΗΣ

Ε. Καπενή<sup>1</sup>, Ε. Μάντζιου<sup>1</sup>, Ε. Μανώλη<sup>2</sup>, Γ. Σπυρίδης<sup>3</sup>, Π. Παναγιωτοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Νύκταρη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών "ΓΑΙΑ" Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, <sup>2</sup>Ακτινολογικό Τμήμα Παιδιατρικό Κέντρο Αθηνών, <sup>3</sup>Χειρουργικό Τμήμα Παιδιατρικό Κέντρο Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ως χυλοθώρακας ορίζεται η ανώμαλη συλλογή λέμφου εντός της υπεζωκοτικής κοιλότητας. Η νοσηρότητα του συγγενούς χυλοθώρακα (ΣΧ) είναι υψηλή, και όταν συνδέεται με εμβρυϊκό υδρωπα η θνητότητα προσεγγίζει το 95%. Η αντιμετώπιση είναι συντηρητική και χειρουργική. Η βέλτιστη θεραπεία του ΣΧ δεν έχει καθοριστεί. Ωστόσο, υπάρχει μικρή εμπειρία αντιμετώπισης με χορήγηση οκτρεοτιδής.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περίπτωσης ΣΧ με σοβαρό εμβρυϊκό υδρωπα σε πρόωρο νεογνό που αντιμετώπιστηκε με χορήγηση οκτρεοτιδής.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Νεογνό, ΗΚ 31 εβδομάδων, που γεννήθηκε με ΚΤ λόγω εμβρυϊκού υδρωπα. Β.Γ: 2760gr, Apgar score 11 και 65. Διασωλήνωση στην αίθουσα τοκετού και άμεση παροχέτευση υπεζωκοτικών και περιτοναϊκής κοιλότητας. Έλαβε δύο δόσεις επιφανειοδραστικού παράγοντα. Λόγω υποπρωτεϊναιμίας και θρομβοπενίας έλαβε ΗΑ και εγχύσεις FFP και PLT. Το οίδημα ανά σάρκα υποχώρησε (ΒΣ 1475 gr την 5η ημέρα ζωής) και η αναπνευστική δυσχέρεια βελτιώθηκε. Το νεογνό αποσωληνώθηκε την 8η μέρα ζωής σε nCPAP με FIO<sub>2</sub> 0.25. Ο βιοχημικός έλεγχος έθεσε τη διάγνωση ΣΧ. Η δεξιά θωρακική και η περιτοναϊκή παροχέτευση αφαιρέθηκαν την 8η ημέρα ζωής. Η έναρξη σίτισης με γάλα MCT αύξησε περαιτέρω την παραγωγή πλευριτικού υγρού και διεκόπη. Την 14η ΗΖ έγινε έναρξη οκτρεοτιδής στάγδην ενδοφλεβίως με σταδιακή αύξηση της δόσης έως 10γ/kg/h. Η παραγωγή πλευριτικού υγρού σταδιακά ελαττώθηκε και η αριστερή παροχέτευση αφαιρέθηκε την 33η ΗΖ. Η επανασίτιση έγινε σταδιακά με παράλληλη χορήγηση οκτρεοτιδής και υπερηχογραφική παρακολούθηση της πλευριτικής συλλογής. Η παραντερική διεκόπη την 90η και η οκτρεοτιδή την 96η ΗΖ. Δεν εμφανίστηκαν παρενέργειες από τη χρήση της οκτρεοτιδής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η χορήγηση οκτρεοτιδής σε πρόωρα νεογνά με ΣΧ φαίνεται πως αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή. Ωστόσο χρειάζονται περισσότερες μελέτες, σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, ώστε να καθοριστεί η δοσολογία και η αποτελεσματικότητα της στην αντιμετώπιση του ΣΧ.

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ CEREBRO-COSTO-MANDIBULAR-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χ. Στριμπάκος, Ι. Λουκάτου, Κ. Σταμούλη, Γ. Παπαδόπουλος, Ε. Στρατίκη, Α. Μπαγλατζή, Ε. Κουτσουνάκη, Μ. Τζαβάρα, Α. Παπανίκου, Σ. Σεβαστιάδου, Α. Πάμπανος, Ε. Φρισύρα, Γ. Μπαρούτης

<sup>1</sup>Γ.Ν.Α «Αλεξάνδρα», <sup>2</sup>Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Νεογνό άρρεν, ηλικίας κύησης 38+1εβδ, γεννήθηκε στο νοσοκομείο Αλεξάνδρα και νοσηλεύτηκε στη ΜΕΝ λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας από την γέννηση. Παρουσίαζε ιδιαίτερα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά με έντονη μικρογοναθία, μικρογλωσσία, θολωτή υπερώα, στρογγύλους οφθαλμούς, υποτελορισμό, μικρά ότα και κωδωνοειδή θώρακα. Στην ακτινογραφία θώρακα φάνηκαν δυσπλασίες των πνευμόνων. Το νεογνό παρουσίασε επιδεινούμενη αναπνευστική δυσχέρεια και τελικά κατέληξε την 13η ημέρα ζωής.

Ο παραπάνω φαινότυπος είναι συμβατός με το σύνδρομο Cerebro-Costo-Mandibular. Πρόκειται για εξαιρετικά σπάνιο σύνδρομο, με μόλις 75 περιστατικά καταγεγραμμένα στη διεθνή βιβλιογραφία. Κύ-

ρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι η μικρογοναθία, οι διαταραχές της υπερώας και η δυσπλασία των πνευμόνων που αφορά κενά στη συνέχεια των πνευμόνων κυρίως στο πίσθιο θωρακικό τοίχωμα ή σε κάποιες περιπτώσεις απουσία κάποιων πνευμόνων. Η έκβαση των περισσότερων ασθενών είναι ο θάνατος σε νεογνική ηλικία-1ο έτος, λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας. Το σύνδρομο προκαλείται από μετάλλαξη του γονιδίου SNRPB που εκφράζει τα πυρηνικά ριβονουκλεοπρωτεϊνικά πολυπεπτίδια Β και Β1.

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ MAJEWSKI-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χ. Στριμπάκος, Ι. Λουκάτου, Γ. Παπαδόπουλος, Κ. Σταμούλη, Ε. Στρατίκη, Σ. Γαβρίλη, Α. Μπαγλατζή, Μ. Τζαβάρα, Α. Παπανίκου, Σ. Σεβαστιάδου, Α. Πάμπανος, Ε. Φρισύρα, Γ. Μπαρούτης

<sup>1</sup>Γ.Ν.Α «Αλεξάνδρα», <sup>2</sup>Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Νεογνό άρρεν γεννήθηκε με ηλικία κύησης 35+1w στο Νοσοκομείο Αλεξάνδρα και νοσηλεύτηκε στη ΜΕΝ λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας. Το νεογνό είχε ιδιάζον προσωπείο με καθίζηση της βάσης της ρινός, χαμηλή πρόσφυση ώτων, μικρογοναθία, εξαδακτυλία, βραχεία δάκτυλα, υπερωιοσχιστία, μεγάλη περίμετρο κεφαλής και γενικευμένη υποτονία. Προγεννητικά στον υπέρηχο β επιπέδου είχε επισημανθεί διάταση των πλαγίων κοιλιών και εξαδακτυλία άνω άκρων.

Γεννήθηκε οριακά πρόωρο λόγω παθολογικού NST και υδραμνίου. Χρειάστηκε ανάνηψη κατά τον τοκετό, λόγω βραδυκαρδίας και κιάνωσης και παρουσίασε αναπνευστική δυσχέρεια από την γέννηση, προοδευτικά επιδεινούμενη. Κατέληξε την 13η ημέρα ζωής. Ο φαινότυπος του νεογνού είναι συμβατός με το σύνδρομο Majewski (shortrib-polydaktyly) Type II.

Πρόκειται για ένα σπάνιο αυτοσωμικό υπολειπόμενο σύνδρομο με θανατηφόρες σκελετικές δυσπλασίες όπως οριζόντιες κοντές πλευρές, πολυσυνδακτυλία και μικρομελία. Επίσης συχνά παρουσιάζουν υπερωιοσχιστία, χειλεοσχιστία και εξωσκελετικές διαταραχές όπως υποπλασία των πνευμόνων, υποπλαστική επιγλωττίδα, νεφρικές κύστες και διαταραχές των γεννητικών οργάνων.

Το σύνδρομο προκαλείται από μεταλλάξεις των γονιδίων NEK1 (SRTD6) ή DYNC2H1 (SRTD3) και έχει συχνότητα μικρότερη από 1:1.000.000. Η έκβαση όλων των πασχόντων νεογνών είναι ο θάνατος σύντομα μετά την γέννηση.

## ΧΡΗΣΗ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΤΡΙΑΣ ΡΟΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΚΣΕΣΗΜΑΣΜΕΝΗΣ ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ

Ι. Λοικός<sup>1</sup>, Ε. Ράγκου<sup>1</sup>, Β. Μούγιου<sup>1</sup>, Δ. Μπριάντα<sup>1</sup>, Θ. Μπούτσιου<sup>1</sup>, Γ. Καφαλίδης<sup>1</sup>, Ρ. Σώκου<sup>1</sup>, Ν. Ιακωβίδου<sup>1</sup>, Π. Βάκας<sup>2</sup>, Α. Μαλαμίτη - Πούχγου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεογνολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, <sup>2</sup>Γυναικολογική-Μαιευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η εμβρυομητρική μετάγγιση συμβαίνει στο 5-15% των κύσεων και σπάνια οδηγεί σε εμφανή αναιμία στα νεογνίδια. Μόνο στο 1% των κύσεων δημιουργεί κλινικά προβλήματα σχετιζόμενα με το μέγεθος της αιμορραγίας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διερεύνηση εκσεσημασμένης αναιμίας σε νεογνό στο 1ο 24ωρο ζωής.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Θήλυ νεογνό, 39+6 εβδομάδων, γεννήθηκε από δευτεροτόκο μητέρα, με φυσιολογικό τοκετό, βαθμολογήθηκε κατά Apgar με 8 στο πρώτο και πέμπτο λεπτό και είχε βάρος γέννησης 3010g, ευρισκόμενο στην 22η εκατοστιαία θέση. Λόγω έντονης



ωχρότητας αμέσως μετά τον τοκετό το νεογνό παρέμεινε σε ανοικτή θερμοκοιτίδα στην Νεογνολογική Κλινική για παρακολούθηση. Η εκσεσημασμένη ωχρότητα δέρματος δεν συνοδευόταν από ταχύπνοια, φύσημα ή ηπατοσπληνομεγαλία, ενώ το νεογνό είχε φυσιολογικά ζωτικά σημεία. Τα εργαστηριακά ευρήματα έδειξαν Hb 5.09 g/dl, Ht 14.7%, MCV 114 fl, ΔΕΚ 8% και αντίδραση Coombs αρνητική. Μετά την εργαστηριακή αξιολόγηση έγινε μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων 15 ml/kg, η οποία επανάλιφθηκε αργότερα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Για να επιβεβαιωθεί η υποψία εμβρυομητρικής μετάγγισης ως αίτιο της εκσεσημασμένης αναιμίας έγινε κυτταρομετρία ροής, όπου διαπιστώθηκε αυξημένη HbF = 3.6% (με ΦΤ<2%) στο αίμα της μητέρας, αντιστοιχούσα σε διαφυγή 158 ml εμβρυϊκού αίματος προς τη μητρική κυκλοφορία. Η κυτταρομετρία ροής επιβεβαίωσε μαζική εμβρυομητρική μετάγγιση, η οποία αποτέλεσε αιτιολογικό παράγοντα της έντονης ωχρότητας και των χαμηλών τιμών αιματοκρίτη/αιμοσφαιρίνης του νεογνού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εμβρυομητρική μετάγγιση αποτελεί σπάνιο αλλά δυνητικά σοβαρότατο αίτιο αναιμίας στο νεογνό, χωρίς απαραίτητα να επηρεάζει τη γενική του κατάσταση. Η συμβολή της κυτταρομετρίας ροής στο μητρικό αίμα παίζει καταλυτικό ρόλο στη διάγνωση.

## ΣΥΓΓΕΝΕΣ LONG QT ΣΥΝΔΡΟΜΟ (cLQT) ΣΕ ΠΡΩΡΟ ΝΕΟΓΝΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ, ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ.

**Γ. Μητσιάκος<sup>1</sup>, Μ. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Παπαδοπούλου – Δεγμπέλου<sup>2</sup>, Η. Χατζιωαννίδης<sup>1</sup>, Π. Καραγιάννη<sup>1</sup>, Β. Σούμπαση<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Β' ΜΕΝΝ Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γ.Ν «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη, <sup>2</sup>Δ' Παιδιατρική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γ.Ν «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ως συγγενές μακρύ QT (congenital long QT cLQT) ορίζεται η παρουσία QTc>500ms στο ΗΚΓ σε συνδυασμό με την απουσία δευτεροπαθούς αιτίας επιμήκυνσης του. Με το σύνδρομο έχουν συσχετιστεί 15 μεταλλάξεις σε γονίδια που κωδικοποιούν πρωτεΐνες διαύλων ή σύνδεσης της κυτταρικής μεμβράνης. Η συχνότητα του cLQT υπολογίζεται σε 1:2000 γεννήσεις φαινομενικά υγιών νεογνών, με τις περισσότερες διαγνώσεις να διαλάθουν σε αρχικά ασυμπτωματικά νεογνά.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση του cLQT σε πρόωρο νεογνό που νοσηλεύτηκε στη ΜΕΝΝ.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναδρομική μελέτη του φακέλου νοσηλείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Θήλυ πρόωρο νεογνό γεννήθηκε με καισαρική τομή από τριτοτόκο μητέρα μετά από διάρκεια κύησης 29+1w λόγω παθολογικού καρδιοτοκογραφημάτος. Από το οικογενειακό ιστορικό γονιδιακά επιβεβαιωμένο cLQT1 υπό αγωγή στη μητέρα και 2 αδέρφια. Το νεογνό κατά την εισαγωγή στη ΜΕΝΝ εμφάνιζε αναπνευστική δυσχέρεια και οριακή βραδυκαρδία (100-105bpm). Το ΗΚΓ ανέδειξε QTc>600ms, ενώ ο καρδιοπνευμονογραφικός έλεγχος μικρή μεσοκολπική επικοινωνία. Στο holter ρυθμού σημειώθηκαν λίγα επεισόδια βραδυκαρδίας διάρκειας <1min Έγινε έναρξη αγωγής με προπανολόλη σε συνδυασμό με αποφυγή στρες και συγκεκριμένων φαρμάκων (πχ αδρεναλίνη, μακρολίδες, σαλβουταμόλη, σπρωφλοξασίνη). Εμφάνισε σταδιακή αναπνευστική βελτίωση και αιμοδυναμική σταθερότητα. Εξήλθε με οδηγίες για συνέχεια αγωγής, στενή Παιδοκαρδιολογική παρακολούθηση και προγραμματισμό γονιδιακού ελέγχου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η προγεννητική διάγνωση του cLQT είναι σημαντική για την έγκαιρη διερεύνηση και αντιμετώπιση και για αυτό το λόγο ο τοκετός θα πρέπει να διενεργείται σε εξειδικευμένα τριτοβάθμια κέντρα. Η θεραπεία με β-αδρενεργικούς ανταγωνιστές πρέπει να αρχίζει άμεσα σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, να αποφεύγονται εξωγενείς παράγοντες επιμήκυνσης QT και να παρακολουθούνται στενά για τον κίνδυνο εμφάνισης δυνητικά θανατηφόρων αρρυθμιών (VT/VF).

## ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΠΡΟΒΟΛΗ ΣΟΒΑΡΗΣ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ

**Π.Τριανταφυλλίδου<sup>1</sup>, Ν.Ποδηματάς<sup>1</sup>, Ε.Καψαμπέλη<sup>1</sup>, Β.Σίδερη<sup>1</sup>, Α.Δασκαλάκη<sup>1</sup>, Σ.Λουκοπούλου<sup>2</sup>, Ι. Γεωργάκη<sup>1</sup>, Ι. Κύρξου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικό», <sup>2</sup>Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου Παιδών «Αγία Σοφία»

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Πρόκειται για τελειόμηνο νεογνό, ΒΓ=2870gr που γεννήθηκε με καισαρική τομή, λόγω προηγηθείσας. Η μητέρα του εμφάνιζε ΣΔ κύησης υπό δίαιτα και θρομβοφιλία υπό χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη. Apgar score: 1α- 8 ,10α-10. Αμέσως μετά τη γέννηση παρουσίασε ταχύπνοια, χωρίς ακουστό φύσημα, μηριαίες ψηλαφητές και κυάνωση που ανταποκρίθηκε στη χορήγηση O<sub>2</sub> και μεταφέρθηκε στη ΜΕΝ . Κατά την εισαγωγή RR=75/λεπτό, SaO<sub>2</sub>=95% σε Hood (O<sub>2</sub> 4lt/min ),ΑΠ=61/39(48)mmHg Lac=5,9mg/dl,CK=1093mg/dl. Δεν υπήρχε ιστορικό συμβατό με λοίμωξη, εισρόφηση ή περιγεννητικό στρες ενώ ο υπερηχογραφικός έλεγχος β' επιπέδου ήταν φυσιολογικός). Τη 2-3η ημέρα ζωής το νεογνό εμφανίζει ωχροκύανο χρώμα δέρματος, ΑΠ δεξιά χέρι= 59/41(48) mmHg, ΑΠ δεξιά πόδι=64/41(48)mmHg, SaO<sub>2</sub>=95-98% σε FiO<sub>2</sub>=25-30%, ακτινογραφία θώρακος χωρίς παθολογικά ευρήματα, έλεγχος λοίμωξης αρνητικός, αέρια αίματος: φυσιολογικά, NH<sub>3</sub>=153mg/dl. Λειτουργική υπερηχογραφία καρδιάς από εφημερεύοντα νεογνολόγο καταδεικνύει ατησία αορτικής βαλβίδας, μετάθεση μεγάλων αγγείων και μεγάλο αρτηριακό πόρο. Μεταφέρεται προς παιδοκαρδιολογική μονάδα όπου η διάγνωση τίθεται με καθετηριασμό καρδιάς: διπλοξέοδος δεξιά κοιλία, μεγάλη αγγεία σε θέση μετάθεσης, ατηρία αορτικής με υποπλαστική ανιούσα αορτή, δεξιά αορτικό τόξο μέχρι ισθμού. Ευρύς ανοικτός αρτηριακός πόρος που συνεχίζει στην κοιλιακή αορτή. Σημαντική στένωση στελέχους πνευμονικής αρτηρίας. Μερική ανώμαλη επιστροφή πνευμονικών φλεβών μέσω κάθετης φλέβας στην αριστερή ανώνυμη και άνω κοίλη φλέβα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Σε περίπτωση που η κλινική εικόνα δεν είναι απόλυτα συμβατή με άλλη νόσο, ακόμα σε απουσία των κλασικών σημείων καρδιοπάθειας (κυάνωση που δεν ανταποκρίνεται στο οξυγόνο, φύσημα, διαφορά πιέσεων άνω και κάτω άκρων, απουσία σφύξεων στις μηριαίες, μεγαλοκαρδία) πρέπει να τίθεται στη διαφορική διάγνωση η καρδιοπάθεια.

## ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΑΣΒΕΣΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

**Α.Κατσιέρη<sup>1</sup>, Ε.Χαραχούσου<sup>1</sup>, Ε.Κοεμτζίδου<sup>1</sup>, Μ.Βακάκη<sup>2</sup>, Γ.Γρηγοριάδου<sup>3</sup>, Γ.Σέρβος<sup>3</sup>, Α. Δουλγεράκη<sup>4</sup>, Α.Νίκα<sup>4</sup>, Μ.Παπαδημητρίου<sup>1</sup>, Ι.Καπετανάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών 'Π. & Α. Κυριακού', Αθήνα, <sup>2</sup>Ακτινολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Π. & Α. Κυριακού, Αθήνα, <sup>3</sup>Καρδιολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Π. & Α. Κυριακού, Αθήνα, <sup>4</sup>Τομέας μεταβολικών νοσημάτων των οστών & μεταβολισμού μετάλλων, Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η γενικευμένη αρτηριακή ασβεστοποίηση της νεογνικής ηλικίας αποτελεί μία εξαιρετικά σπάνια, συχνά θανατηφόρο, γενετική νόσο που εμφανίζεται πρώιμα στη νεογνική ηλικία με εκδηλώσεις από το αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα.

**ΣΚΟΠΟΣ :** Η περιγραφική περίπτωση τελειόμηνου νεογνού με υπέρταση και αφηλάφητες περιφερικές σφύξεις.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ :** Αναδρομική μελέτη του ιστορικού νοσηλείας νεογέννητου αγοριού που διακομίστηκε στο τμήμα μας προς αποκλεισμό στένωσης του ισθμού της αορτής.



**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ :** Το υπερηχογράφημα καρδιάς απέκλεισε τη στένωση του ισθμού της αορτής, διαπιστώθηκε όμως σημαντική υπερτροφία του τοιχώματος της αριστεράς κοιλίας. Εκτεταμένος υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε γενικευμένη επασβέσωση του τοιχώματος όλων των υπό εξέταση αρτηριών. Ο γονιδιακός έλεγχος επιβεβαίωσε τη διάγνωση. Το νεογνό ξεκίνησε άμεσα αγωγή με διφωσφονικά, με σταδιακή κλινική βελτίωση και υποχώρηση των επασβεστώσεων στο σύνολο των προσβεβλημένων αγγείων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ :** Η γενικευμένη αρτηριακή ασβέσωση της νεογνικής ηλικίας οφείλεται σε μετάλλαξη του γονιδίου ENPP1, η οποία προκαλεί ανεξέλεγκτη εναπόθεση υδροξυαπατίτη στα τοιχώματα των αρτηριών με αποτέλεσμα στένωση του αυλού τους και μειωμένη ελαστικότητα του τοιχώματός τους. Μπορεί να αποβεί θανατηφόρος σε ποσοστό έως 85%. Η θεραπεία με διφωσφονικά φαίνεται να αυξάνει την επιβίωση, γεγονός που καθιστά ουσιώδη την έγκαιρη διάγνωση.

## ΔΙΑΦΑΝΟΟΠΤΙΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ & ΠΑΝΥΠΟΦΥΣΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

**Κ. Σουγκα<sup>1</sup>, Β. Μόσχου<sup>1</sup>, Δ. Παπαδημητρίου<sup>2</sup>, Κ. Μανιάτη<sup>1</sup>, Ε. Μανώλη<sup>3</sup>, Γ. Νύκταρη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών 'ΓΑΙΑ', Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, <sup>2</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Παιδιατρικό Αθηνών, <sup>3</sup>Ακτινολογικό Τμήμα, Παιδιατρικό Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η διαφανοοπτική δυσπλασία (S.O.D.) είναι μια σπάνια διαταραχή που συμβαίνει σε πρώιμο στάδιο της ανάπτυξης του εγκεφάλου και καθορίζεται από τρία χαρακτηριστικά: υποπλασία των οπτικών νευρών, ανώμαλη διάπλαση των δομών της μέσης γραμμής του εγκεφάλου και υποπλασία υπόφυσης. Οι περισσότεροι από τους προσβεβλημένους ασθενείς παρουσιάζουν δύο από τα τρία μείζονα χαρακτηριστικά ενώ 1/3 των ασθενών έχει και τα τρία χαρακτηριστικά. **ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση δυο νεογνών με διαφανοοπτική δυσπλασία και υποφυσιακή ανεπάρκεια.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Το πρώτο περιστατικό αφορά νεογνό με Η.Κ.:37+1 εβδομάδες, Β.Γ.:2600 gr, το οποίο εισήχθη στη ΜΕΝΝ στην 1η ώρα ζωής λόγω σοβαρής υπογλυκαιμίας και μικροπείσμου. Ο ορμονολογικός έλεγχος έδειξε πανυποφυσιακή ανεπάρκεια και ετέθη σε θεραπεία υποκατάστασης. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου κατέδειξε απουσία διαφανούς διαφράγματος, έκδηλα υποπλαστικό μίσχο υπόφυσης με διαστάσεις αδένα στα κατώτερα όρια και έκτοπη νευροϋπόφυση στον υποθάλαμο. Το δεύτερο περιστατικό αφορά άρρεν νεογνό με Η.Κ.:28+1 εβδομάδες, και Β.Γ.: 860 gr, το οποίο εισήχθη στη ΜΕΝΝ λόγω προωρότητας και Σ.Α.Δ.. Την 3η ημέρα ζωής παρουσίασε άποιο διαβήτη (εκσεσημασμένη διούρηση και υπεργλυκαιμία (Na=166meq/l)). Το υπερηχογράφημα εγκεφάλου έδειξε έλλειψη διαφανούς διαφράγματος. Άρχισε αγωγή με αντιδιουρητική ορμόνη την 3η ημέρα ζωής. Ο ορμονολογικός έλεγχος έδειξε πανυποφυσιακή ανεπάρκεια. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου επιβεβαίωσε τη διάγνωση της έλλειψης διαφανούς διαφράγματος με υποπλασία υπόφυσης και υποπλασία των οπτικών νευρών. Ετέθη σε ορμονική υποκατάσταση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Διάγνωση δυο ασθενών με S.O.D. και πανυποφυσιακή ανεπάρκεια σε νεογνική ηλικία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα σημεία και συμπτώματα της S.O.D. μπορεί να διαφέρουν σημαντικά. Όταν προβάλλει στη νεογνική ηλικία, η άμεση αντιμετώπιση είναι κρίσιμη για την επιβίωση. Μερικοί ερευνητές προτείνουν ότι η διαφανοοπτική δυσπλασία θα μπορούσε να θεωρηθεί μια ομάδα σχετιζόμενων μεταξύ τους καταστάσεων παρά μια μεμονωμένη διαταραχή.

## ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΟΨΙΜΗΣ ΣΗΨΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ.

**Μ. Ιορδανίδου, Ι. Σπανοπούλου, Β. Βαράλη, Α. Εσεμπίδου, Σ. Ταχίη, Ε. Τσουβαλά, Μ. Σκορδαλά**

*Νεογνολογικό Τμήμα & ΜΕΝΝ Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η όψιμη σηψαιμία αποτελεί συχνή αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στις ΜΕΝΝ. Τα προληπτικά μέτρα, η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση αποτελούν καθοριστικές παραμέτρους για την εκδήλωση και την έκβαση της.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διαχρονική παρακολούθηση της συχνότητας όψιμης σηψαιμίας στην Μονάδα μας, των υπεύθυνων μικροοργανισμών και της ανθεκτικότητάς τους σε συνήθη αντιβιοτικά.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά τα ιστορικά των νεογνών που νοσηλεύθηκαν στην Μονάδα μας κατά τα έτη 2012- 2015. Όψιμη σηψαιμία θεωρήθηκε η εκδήλωση κλινικής εικόνας σηψαιμίας μετά τις 48 ώρες ζωής που επιβεβαιώθηκε με θετική καλλιέργεια αίματος. Καταγράφηκαν οι υπεύθυνοι μικροοργανισμοί, η ανθεκτικότητα τους στα συνήθη αντιβιοτικά, η παρουσία επιβαρυντικών παραγόντων και η έκβαση. Τα αποτελέσματά μας συγκρίθηκαν προηγούμενη μελέτη μας που αφορούσε το χρονικό διάστημα 2007-2011.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά το χρονικό διάστημα της μελέτης μας νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΝΝ 1830 νεογνά και καταγράφηκαν 34 περιστατικά όψιμης σηψαιμίας τα οποία παρατηρήθηκαν σε 32 (1,75%) νεογνά. Το αντίστοιχο ποσοστό για τα έτη 2007-2011 ήταν 1,89%. Η συχνότητα σχετίστηκε σημαντικά με τον βαθμό προωρότητας (σε νεογνά με Δ.Κ.<32wk 13,1% έναντι 0,8% σε μεγαλύτερα νεογνά). Το συχνότερο παθογόνο ήταν η *Klebsiella pneumoniae* με ποσοστό εμφάνισης 58,8%, με δεύτερο την *Echerichia Coli* με συχνότητα 14,7%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συχνότητα της όψιμης σηψαιμίας στη ΜΕΝΝ του ΠΓΝΑ κατά τα έτη 2012-2015 παρουσίασε μικρή κάμψη σε σχέση με το χρονικό διάστημα 2007-2011. Σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας για την εκδήλωση όψιμης σηψαιμίας και την έκβαση της είναι η προωρότητα. Η *Klebsiella pneumoniae* εξακολουθεί να αποτελεί το συχνότερο παθογόνο μικροοργανισμό στην μονάδα μας.

## ΕΚΒΑΣΗ ΠΡΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΒΡΟΓΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ

**Α. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ε. Κυρίτση<sup>2</sup>, Ε. Μπούζα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, « Η Αγία Σοφία » Παιδιατρικό Νοσοκομείο, Αθήνα, <sup>2</sup>Νοσηλευτικό Τμήμα, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα πολύ πρόωρα νεογνά παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν βρογχοπνευμονική δυσπλασία (ΒΠΔ). Η ΒΠΔ χαρακτηρίζεται από αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα με μακροπρόθεσμα προβλήματα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση της έκβασης των πρόωρων νεογνών μετά την έξοδο τους από τη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ) και η συσχέτιση της με τη βαρύτητα της ΒΠΔ

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πρόωρα νεογνά που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΝΝ με διαγνωσμένη ΒΠΔ τα οποία παρακολούθηθηκαν μετά την έξοδο τους στο ιατρείο Διαχρονικής Παρακολούθησης του νοσοκομείου μέχρι την ηλικία των 2 ετών. Κατεγράφησαν νοσήματα της νεογνικής περιόδου, αναπνευστικά προβλήματα, σωματική ανάπτυξη και νευροαναπτυξιακά προβλήματα μετά την έξοδο και συσχέτιστηκαν με τη βαρύτητα της ΒΠΔ. Ως βαριά ΒΠΔ ορίστηκε η εξάρτηση από το οξυγόνο >30 ημέρες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα νεογνά με ΒΠΔ είχαν Βάρος γέννησης 1032,7±24,5g και διάρκεια κύησης 27,48±0,17 εβδομάδες. Η διάρκεια νοσηλείας ήταν 88,6±2,6 ημέρες. Παθολογική εξέταση εξόδου από τη ΜΕΝΝ είχαν 45,6%, επεισόδια ασθματικής βρογχίτιδας

76,4%, επανεισαγωγές στο νοσοκομείο λόγω αναπνευστικών προβλημάτων 33,3%, σοβαρά κινητικά προβλήματα 36,4%, σοβαρά ψυχοκινητικά προβλήματα 24,8%, σοβαρά προβλήματα όρασης 41,5% και στους 24 μήνες βάρος σώματος <10% 41,5%, ύψος 20,8% και περιμέτρος κεφαλής 38,5%. Συσχέτιση σημαντική με τη βαρύτητα της ΒΠΔ είχαν η παθολογική νευρολογική εξέταση εξόδου ( $p=0,001$ ), τα σοβαρά προβλήματα όρασης ( $p=0,000$ ), και το βάρος στους 24 μήνες ( $p=0,027$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ΒΠΔ στον πληθυσμό που μελετήθηκε χαρακτηρίζεται από μακροπρόθεσμα αναπνευστικά, νευροαναπτυξιακά προβλήματα και προβλήματα σωματικής ανάπτυξης. Είναι επομένως ιδιαίτερα σημαντικές η πρόληψη και η πρόωμη αντιμετώπιση για μια μετέπειτα ποιοτική ζωή.

## Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΟΛΥ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΤΡΗΣΙΑΣ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ-ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Μ. Τζαβάρα, Σ. Σεβαστιάδου, Σ. Γαβρίλη, Κ. Σταμούλη, Χ. Στριμπάκος, Ν. Μπακιρτζής, Χ. Σδούκου, Γ. Μπαρούτης**  
MENN-Νεογολογικό Τμήμα ΓΝΑ Αλεξάνδρα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ατρησία χοληφόρων είναι η πιο κοινή αιτία τελικού σταδίου ηπατοπάθειας και μεταμόσχευσης ήπατος, αλλά και η συχνότερη χειρουργικά διορθώσιμη ηπατική νόσος των βρεφών. Είναι ιδιοπαθής προοδευτική φλεγμονώδης διαδικασία που οδηγεί σε χρόνια χολόσταση και ίνωση των ενδοηπατικών και εξωηπατικών χοληφόρων. Επίπτωση: 1/8000-12000 ζώντες γεννήσεις, επικράτηση θηλέων. Υπάρχουν 2 μορφές: επίκτητη (80%) και εμβρυϊκή (20%) που συνδυάζεται με συγγενείς ανωμαλίες. Έγκαιρη διάγνωση και χειρουργική αντιμετώπιση (Kasai-εντεροηπατική αναστόμωση) σε ηλικία <2 μήνες, αυξάνει τα ποσοστά επιβίωσης και εμποδίζει ή καθυστερεί την ανάγκη μεταμόσχευσης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγραφή περίπτωσης νεογνού με ατρησία χοληφόρων.  
**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Νεογνό θήλυ, γεννηθέν με φυσιολογικό τοκετό, ΗΚ: 37+3 εβδομάδες, ΒΓ: 3485gr (75η ΕΘ), ΜΣ: 50cm (50η-75η ΕΘ), ΠΚ: 34,5cm (75η ΕΘ). Μητέρα με HBsAg (+)-έγινε Engerix και Immunoglobulin στη γέννηση. Στο 3ο 24ωρο ζωής παρατηρήθηκε ικτερική χροιά δέρματος-χαλαρόχρωο χρώμα, χωρίς ηπατοσπληνομεγαλία, χωρίς εμφανείς συγγενείς ανωμαλίες. Σταδιακή αύξηση ολικής χολερυθρίνης έως 16,7mg/dl και άμεσης έως 5,7mg/dl. Αντιμετώπιστηκε με φωτοθεραπεία. Λοιπός έλεγχος: SGOT: 107U/l, SGPT: 61 U/l, γGT: 559 U/l. Χρόνοι πήξεως, συγγενείς λοιμώξεις, γαλακτοζαιμία, κυστική ίνωση, αδρός μεταβολικός έλεγχος, θυρεοειδικός έλεγχος, α1-αντιθρυσίνη, οφθαλμολογική εξέταση, υπερηχογράφημα κοιλίας: φυσιολογικά. Διαπιστώθηκε ουρολοίμωξη-E.coli 6ο 24ωρο-έλαβε αμπικιλίνη-γενταμικίνη. Διενεργήθηκε σπινθηρογράφημα χοληφόρων με τεχνήτιο (BrIDA) που ανέδειξε πιθανή ατρησία χοληφόρων. Διακομίστηκε στο Νοσοκομείο Παιδών τη 12η ημέρα ζωής όπου επιβεβαιώθηκε η διάγνωση με βιοψία ήπατος και αντιμετώπιστηκε χειρουργικά με επέμβαση Kasai.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Λόγω της συχνής έμμεσης υπερχολερυθριναιμίας στα νεογνά, είναι δύσκολη η αναγνώριση της σπάνιας περίπτωσης χολόστασης. Επιβάλλεται μέτρηση της συζευγμένης χολερυθρίνης για έγκαιρη διάγνωση και χειρουργική αντιμετώπιση της ατρησίας χοληφόρων προκειμένου να αυξηθούν τα ποσοστά επιβίωσης. Μήπως πρέπει να εφαρμοσθεί σε όλα τα νεογνά «screening» για ατρησία χοληφόρων; (AAP 2015).

## ΗΠΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ CANDIDA PARAPSILOSIS ΣΕ ΠΧΒΓ ΝΕΟΓΝΟ

**Γ. Πατσούρας, Α. Κωνσταντινίδη, Ρ. Σώκου, Ε. Ισαακίδου, Κ. Λαμπροπούλου, Χ. Λιούλη, Μ. Διαμαντοπούλου, Μ. Θεοδωράκη**  
ΓΝΝΠ «Αγ. Παντελεήμων»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η συστηματική καντιντίαση αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στις ΜΕΝΝ, ειδικά των ΠΧΒΓ νεογνών. Συχνά επιπλέκεται με προσβολή οργάνων (οφθαλμοί, εγκέφαλος, νεφροί και σπανίως καρδιά και ήπαρ). Σε αυτές τις περιπτώσεις, η θνητότητα είναι υψηλή λόγω της καθυστερημένης διάγνωσης και έναρξης της απαιτούμενης θεραπείας. Η ηπατική προσβολή είναι σπάνια στην νεογνική περίοδο, ενώ ελάχιστες είναι οι αναφορές περιστατικών στην ιατρική βιβλιογραφία. Παρουσιάζουμε περίπτωση νεογνού με καντινταμία, προσβολή ΚΝΣ, νεφρών και ήπατος, που αντιμετώπιστηκε συντηρητικά με επιτυχή έκβαση.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Πρόκειται για άρρεν νεογνό, Π τόκου μητέρας γεννημένο με ΚΤ, ΗΚ 29 εβδομάδων, ΒΓ 1250 gr το οποίο την 11η ημέρα ζωής, ενώ βρισκόταν σε αγωγή με μεροπενέμη-αμυκασίνη λόγω σηψαιμίας από *Klebsiella pneumoniae*, επιδεινώνεται κλινικοεργαστηριακά παρουσιάζοντας ΔΕΠ, ηπατική δυσπραγία, νεφρική ανεπάρκεια και υπογλυκορραχία. Στην κ/α αίματος απομονώθηκε *Candida Parapsilosis* και προστέθηκε στην χορηγούμενη αγωγή, λιποσωματική αμφοτερικίνη και μυκαφουντζίνη. Την 37η ΗΖ λόγω επιμονής θετικών δεικτών λοίμωξης και επιδείνωσης ηπατικής λειτουργίας, έγινε επαναληπτικός υπερηχογραφικός έλεγχος, όπου βρέθηκαν δύο υπερηχογενή μορφώματα χοληδόχου κύστης και πολλαπλά υπερηχογενή μορφώματα νεφρών, συμβατά με μικύλλια. Η αντιμυκητιασική αγωγή χορηγήθηκε έως και την 81η ημέρα ζωής, οπότε και η κλινικοεργαστηριακή εικόνα αποκαταστάθηκε πλήρως. Στα follow up του 3ου και του 6ου μήνα, η ανάπτυξη και η ψυχοκινητική του εξέλιξη ήταν φυσιολογικές.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η διαγνωστική προσπέλαση των μυκητιασικών λοιμώξεων στις ΜΕΝΝ είναι ακόμη και σήμερα δύσκολη. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος εγκέφαλου, καρδιάς, κοιλίας μας δίνει την δυνατότητα να εκτιμήσουμε την ύπαρξη ή όχι συστηματικών επιπλοκών. Η έγκαιρη διάγνωση καθώς και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της εφαρμοζόμενης θεραπείας, είναι εξαιρετικής σημασίας για την επιβίωση των νεογνών..

## ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΑ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ LISTERIA MONOCYTOGENES

**Ν. Αναγνωστάτου, Ε. Σαϊτάκης, Ο. Μιχοπούλου, Α. Μανουρά, Ε. Κορακάκη, Ε. Χατζηδάκη, Μ. Μαργάρη, Ε. Κατεχάκη, Κ. Πετούσης, Χ. Γιαννακοπούλου**

Νεογολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η περιγεννητική λοίμωξη από *Listeria monocytogenes* είναι σπάνια, αλλά σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.  
**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Πρόκειται για νεογνό θήλυ που γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό από Πτόκο μητέρα με ελεύθερο απομικό και μαιευτικό ιστορικό μετά από κύηση 34+4 εβδομάδων λόγω πρόωρης έναρξης τοκετού. Το νεογνό γεννήθηκε με Apgar Score 6 και 8 στο 1' και 5' λεπτό αντίστοιχα, ενώ λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας μεταφέρθηκε άμεσα στη ΜΕΝΝ του Νοσοκομείου μας. Κατά την εισαγωγή του ήταν σε επηρεασμένη γενική κατάσταση με ταχύπνοια, γογγυσμό και πυρετό. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε CRP 3,3mg/dl, ενώ από τον απεικονιστικό έλεγχο του θώρακα διάχυτα πυκνωτικά στοιχεία πνευμονικών πεδίων άμφω. Τέθηκε σε εμπειρική αγωγή με αμπικιλίνη και γενταμικίνη, ενώ στην καλλιέργεια αίματος αναπτύχθηκε *Listeria monocytogenes*. Τέθηκε

αρχικά σε CRAP, μετά σε συμβατικό μηχανικό αερισμό και έπειτα σε υψίσουχο αερισμό λόγω προοδευτικής αναπνευστικής ανεπάρκειας, ενώ χορηγήθηκε και ινóτροπη υποστήριξη. Παρόλη την εντατική υποστήριξη το νεογνό κατέληξε σε ηλικία 36 ωρών.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Η λιστερίωση είναι μια σπάνια περιγεννητική λοίμωξη με συχνότητα 0,3 ανά 100.000 νεογνά και θνησιμότητα που φτάνει το 30%. Παρόλο που η προσβολή της εγκύου είναι συνήθως ασυμπτωματική ή εμφανίζεται με τη μορφή ήπιων γαστρεντερικών συμπτωμάτων, η λιστερίωση ενοχοποιείται για εμβρυϊκό θάνατο, πρόωρο τοκετό ή περιγεννητική λοίμωξη. Τα προσβεβλημένα νεογνά εμφανίζουν κλινικά σημεία σηψαιμίας (85%), αναπνευστικής ανεπάρκειας με πνευμονία (38%) και μηνιγγίτιδας (24%). Η προσβολή των εγκύων γίνεται μέσω μολυσμένων τροφίμων κυρίως στο 3ο τρίμηνο, και συγκεκριμένα μη παστεριωμένα γαλακτοκομικά προϊόντα και προπαρρασκευασμένα αλλαντικά. Λόγω της υψηλής νοσηρότητας και θνητότητας της λιστερίωσης είναι επιτακτική η ανάγκη σωστής ενημέρωσης των εγκύων για την πρόληψη της νόσου, καθώς και η συνεχής επαγρύπνηση των υγειονομικών υπηρεσιών.

## ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΥΠΕΡΝΑΤΡΙΑΙΜΙΚΗ ΑΦΥΔΑΤΩΣΗ – ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΜΟΝΟ ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ

**Α-Σ Μανουγιαννάκη<sup>1</sup>, Ο. Γραφάκου<sup>2</sup>, Γ. Νιωτάκης<sup>1,3</sup>, Μ. Παπαδήμας<sup>1</sup>, Κ. Σκοπέτου<sup>1</sup>, Μ. Κοροπούλη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>MEN Νεογνών, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, <sup>2</sup>Ιατρείο Ενδογενών Διαταραχών Μεταβολισμού, Παιδιατρική Κλινική, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, <sup>3</sup>Παιδονευρολογικό Ιατρείο, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η υπερνατρίαμικη αφυδάτωση είναι συνήθης κλινική παρουσίαση σε νεογνό τις πρώτες ημέρες ζωής με ανεπαρκή σίτιση. Ειδικά κλινικά χαρακτηριστικά και στοχευμένες εργαστηριακές εξετάσεις κατευθύνουν προς την ορθή διάγνωση και πρόληψη μη αναστρέψιμων επιπλοκών.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγράφεται νεογνό που διακομίστηκε με αφυδάτωση. Τέθηκε άμεσα υποψία για ενδογενή διαταραχή μεταβολισμού και η έναρξη ειδικής θεραπείας απέτρεψε απειλητικές επιπλοκές.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Τελειόμηνο θήλυ νεογνό 2 ημερών, φαινοτυπικά υγιών γονέων, ΒΓ 3190gr, με ελεύθερο προγεννητικό ιστορικό, διακομίστηκε με υπερνατρίαμικη αφυδάτωση, δυσχέρεια σίτισης και αναπνευστική δυσχέρεια. Κλινικά διαπιστώθηκε αναπνοή Kussmaul χωρίς υποξυγοναιμία, νωθρότητα και απώλεια βάρους > 15%. Εργαστηριακά παρουσίασε σοβαρή μη αντιρροπούμενη μεταβολική οξέωση (pH 7.1, pCO<sub>2</sub> 10.2, HCO<sub>3</sub> 3.1, ABE -26.1), υπερνατρίαμικη αφυδάτωση (Na 152, Urea 86, Cr 1.1) και νορμογλυκαιμία. Λόγω του ειδικού προτύπου αναπνοής και της εκσεσημασμένης μεταβολικής οξέωσης, ελήφθη ειδικός έλεγχος όπου διαπιστώθηκε υπεραμμονιαμία (1600 μg/dl). Χορηγήθηκε άμεσα υπέρπυκνο διαλύμα γλυκόζης, βενζοϊκό νάτριο και καρνιτίνη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η υπεραμμονιαμία και η μεταβολική οξέωση αναστράφησαν από το πρώτο 24ωρο και απετράπη η ανάγκη περιτοναϊκής κάθαρσης. Ο μεταβολικός έλεγχος επιβεβαίωσε προπιονική οξουρία. Σταδιακά σταθεροποιήθηκε η σίτιση με μητρικό γάλα, ειδικό γάλα και προσθήκες υδατανθράκων, με καλή πρόσληψη βάρους. Η μαγνητική ερροφάλου είναι φυσιολογική, η αμμωνία διατηρείται σε φυσιολογικά όρια, ενώ σε ηλικία 3 μηνών, το βρέφος δεν παρουσιάζει ελλείμματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην προπιονική οξουρία, η έλλειψη του ενζύμου προπιονυλ-CoA- καρβοξυλάσης οδηγεί σε συσσώρευση προπιονικού οξέος και συνήθως εκδηλώνεται κλινικά στην πρώιμη νεογνική περίοδο. Η γνώση και η κλινική υποψία καθορίζει τη στοχευμένη διάγνωση σπάνιων νοσημάτων, απειλητικών για τη ζωή ή απολύτως επιβαρυντικών για τη νευροαναπτυξιακή έκβαση.

## ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΔΙΔΗΜΜΑΤΑ

**Μαρία Μπάζιου<sup>1</sup>, Κωνσταντίνα Παπαπέτρου<sup>1</sup>, Θεόδωρος Γουβιάς<sup>1</sup>, Αικατερίνη-Γαβριέλλα Γιαννακάκη, Ελ Γκότμι Νάταλι, Βασίλειος Γιάπρος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>MENN, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η νεογνική οστεομυελίτιδα είναι μία σπάνια νόσος κατά την νεογνική ηλικία. Συνήθως αφορά τα πρόωρα, είναι αποτέλεσμα παρατεταμένων σηψαιμιών και προκύπτει μετά από ιατρογενείς χειρισμούς. Η επέκταση της λοίμωξης γίνεται αιματογενώς, κατ'επέταση ιστών ή εξωγενώς (τραύμα, άμεσος ενοφθαλμισμός)

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή περίπτωσης νεογνικής οστεομυελίτιδας με πιθανολογούμενο προδιαθεσικό παράγοντα ενδομυική χορήγηση βιταμίνης Κ.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ:** Νεογνό θήλυ γεννηθέν από II τόκο μητέρα με καισαρική τομή σε ηλικία κύησης 37+1 εβδομάδων και με βάρος γέννησης 2950 gr, εισήχθη στη μονάδα σε χρονολογική ηλικία 4 ημερών λόγω ερυθρότητας και σκληρίας στο σημείο της χορήγησης της βιταμίνης Κ στο δεξιό μηρό, περιορισμό της κινητικότητας του άκρου και άλγος κατά την ψηλάφηση. Έλεγχος λοίμωξης (-) και ακτινογραφία κάτω άκρων: χωρίς παθολογικά ευρήματα. Τέθηκε αντιβιοτική αγωγή. Στην φάση αυτή μετά ορθοπεδική εκτίμηση συνεστήθη διακοπή αγωγής λόγω των αρνητικών δεικτών λοίμωξης τόσο κατά την εισαγωγή όσο και μεταγενέστερα και έστρεψε την διαφορική διαγνωστική σε άλλες κατευθύνσεις, αλλά με την κλινική υπόνοια οστεομυελίτιδας, οι θεράποντες ιατροί αποφάσισαν συνέχιση της αγωγής. Σε χρονολογική ηλικία 10 ημερών επαναληπτική ακτινογραφία και μαγνητική τομογραφία δεξιού μηρού ανέδειξαν εικόνα συμβατή με οστεομυελίτιδα. Βελτίωση κλινικής και απεικονιστικής εικόνας τις επόμενες ημέρες. Έλαβε ενδοφλέβια αγωγή για 6 εβδομάδες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η νεογνική οστεομυελίτιδα παρ' ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων εμφανίζεται μετά από αιματογενή επέκταση, θα μπορούσε να έχει και σαν προδιαθεσικό παράγοντα ενδομυική ένεση. Επί ισχυρής κλινικής υπόνοιας και συμβατού ιστορικού, ο αρνητικός ε/ε δεν θα πρέπει να στρέψει αλλού την διαφορική διάγνωση πράγμα που ευτυχώς απεφεύχθη στην παρούσα περίπτωση.

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΝΕΚ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΒΓ < 1500gr

**Μ. Τζαβάρα, Ε. Στρατίκη, Α. Παπανίκου, Κ. Σταμούλη, Α. Μπαγλατζή, Σ. Σεβαστιάδου, Μ. Νικολαΐδου, Γ. Μπαρούτης**

MENN-Νεογνολογικό Τμήμα ΓΝΑ Αλεξάνδρα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η νεκρωτική εντεροκολίτιδα (NEK) είναι πολυπαραγοντική νόσος που κυρίως εμφανίζεται σε πρόωρα νεογνά μετά την έναρξη σίτισης και έχει αυξημένη θνησιμότητα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εκτίμηση της συμβολής πιθανών παραγόντων κινδύνου στην εμφάνιση ΝΕΚ σε πρόωρα νεογνά με βάρος γέννησης (ΒΓ) < 1500gr.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 49 νεογνά με ΒΓ < 1500gr που γεννήθηκαν στο Μαιευτήριο Αλεξάνδρα την 4ετία 2012-2015 και εμφάνισαν ΝΕΚ. Η ομάδα ελέγχου περιλάμβανε 49 νεογνά με περίπου ίδια ηλικία κύησης (ΗΚ) και ΒΓ. Εκτιμήθηκαν οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη μητέρα καθώς και με το νεογνό 48 ώρες πριν από την εκδήλωση των συμπτωμάτων. Τα αποτελέσματα επεξεργάστηκαν με το σύστημα SPSS.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε σύνολο 377 νεογνών με ΒΓ < 1500gr που γεννήθηκαν τη χρονική περίοδο 2012-2015, 49 εμφάνισαν ΝΕΚ (13%). Από αυτά 22 ήταν άρρενα (45%). Η μέση ΗΚ ήταν 29+6 εβδομάδες, το μέσο ΒΓ: 1108gr. 11 ήταν IUGR (22%). 41 γεννήθηκαν με Καισαρική Τομή (83,6%). Η μέση ημέρα εμφάνισης των συμπτωμάτων



ήταν: 7,3 ημέρες. 10 (20%) εμφάνισαν διάτρηση και διακομίσθηκαν σε νοσοκομείο Παίδων για παιδοχειρουργική αντιμετώπιση. Οι παράγοντες που εξετάστηκαν ήταν: η χορήγηση αντιβίωσης στη μητέρα, τα κορτικοειδή προγεννητικά, η σίτιση, η αντιβιοτική αγωγή, οι λοιμώξεις, ο μηχανικός αερισμός, το nCPAP, η καφεΐνη, τα ινότροπα, οι ομφαλικοί καθετήρες και οι μεταγγίσεις. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε κάποιον από τους ανωτέρω παράγοντες σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για τη συσχέτιση και άλλων επιβαρυντικών παραγόντων εμφάνισης NEK σε νεογνά με ΒΓ < 1500gr, προκειμένου να γίνουν αλλαγές στην πρακτική και να μειωθεί ο κίνδυνος. Μήπως υπάρχει άραγε και γενετική προδιάθεση;

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΑ ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΠΡΕΥ Ή GBS ΘΕΤΙΚΗ ΜΗΤΕΡΑ

**Α. Μπαγλατζή, Μ. Τζαβάρα, Κ. Σταμούλη, Μ. Κалаμπόγια, Χ. Στριμπάκος, Ε. Στρατίκη, Σ. Σεβαστιάδου, Α. Διαμάντη, Γ. Μπαρούτης**  
*Νεογολογικό Τμήμα και MENN, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα*

Η παρατεταμένη ρήξη των εμβρυικών υμένων (ΠΡΕΥ) και ο αποικισμός της μητέρας με *Στρεπτόκοκκο* της ομάδας Β (GBS) αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης πρώιμης λοίμωξης στα νεογνά.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογήσει αν παράγοντες κινδύνου όπως το είδος του τοκετού, η χορήγηση κορτιζόνης ή αντιβίωσης στη μητέρα προγεννητικά επηρεάζουν την πιθανότητα εμφάνισης λοίμωξης στα νεογνά με ΠΡΕΥ ή/και GBS (+) μητέρα.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 211 ασυμπτωματικά νεογνά, ηλικίας κύησης  $\geq 35$  εβδομάδων, με ΠΡΕΥ ( $\geq 18$  ώρες) ή/και GBS (+) μητέρα που γεννήθηκαν μεταξύ 11/2014-12/2015. Στα νεογνά ελήφθη screening λοίμωξης στις 12 και 24 ώρες ζωής και η θετική CRP αποτέλεσε ένδειξη λοίμωξης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 69,6% των μελετηθέντων νεογνών γεννήθηκαν με φυσιολογικό τοκετό και το 90% των μητέρων τους έλαβαν αντιβίωση προγεννητικά. Είχαν μέσο ΒΓ 3130gr και το 47,8% ήταν αγόρια. Θετικούς δείκτες λοίμωξης εμφάνισε το 9,9% των βρεφών, ενώ κανένα εξά αυτών δεν είχε θετική καλλιέργεια αίματος. Ο φυσιολογικός τοκετός δε φάνηκε να αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης πρώιμης λοίμωξης στα ασυμπτωματικά νεογνά με παράγοντες κινδύνου ( $p=0,336$ ). Η χορήγηση κορτιζόνης στη μητέρα προγεννητικά καθώς και αντιβίωσης προ τοκετού δεν επηρέασαν στατιστικά σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης λοίμωξης στα νεογνά αυτά ( $p=0,224$  και  $p=0,752$  αντίστοιχα).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το είδος τοκετού, η χορήγηση κορτιζόνης και αντιβίωσης προγεννητικά σε ασυμπτωματικές εγκύους με ΠΡΕΥ ή/και GBS(+) δε φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο πρώιμης λοίμωξης σε ασυμπτωματικά νεογνά  $\geq 35$  εβδομάδων. Αυτό διευκολύνει τη διακίνηση αυτών των νεογνών στο μαιευτήριο.

## ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑΤΩΝ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΓΑΛΑΚΤΟΖΑΙΜΙΑ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΕΛΛΕΙΨΗ ΤΗΣ ΕΠΙΜΕΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΓΑΛΑΚΤΟΖΗΣ

**Α. Βοντζαλίδης<sup>1</sup>, Κ. Καραχρήστου<sup>1</sup>, Ε. Γιατράκου<sup>1</sup>, Κ. Ζαννίκος<sup>1</sup>, Γ. Γκίκα<sup>1</sup>, Α. Λιανού<sup>1</sup>, Κ. Σούλιπ<sup>2</sup>, Μ. Γαβρά<sup>3</sup>, Ε. Κοσκινά<sup>3</sup>, Σ. Καραγιάννη<sup>1</sup>**  
*<sup>1</sup>Α' Μ.Ε.Ν.Νεογνών, Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>2</sup>Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού, Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>3</sup>Ακτινολογικό τμήμα, Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η διαταραχή του μεταβολισμού της γαλακτόζης που οφείλεται σε έλλειψη της επιμεράσης της γαλακτόζης (UDP-Gal-Epimerase) αποτελεί σπανιότερη μορφή γαλακτοζαιμίας που συνδέεται με ηπιότερη κλινική πορεία σε σχέση με την κλασική γαλα-

κτοζαιμία. Η επιμεράση της γαλακτόζης καταλύει την αντίδραση μετατροπής της UDP-γαλακτόζης σε UDP-γλυκόζη.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Θήλυ νεογνό ηλικίας κύησης 401 εβδομάδων και ΒΓ 3670gr. παρατέμφθηκε στο τμήμα μας σε ηλικία 17 ημερών λόγω παθολογικού αποτελέσματος στο ανιχνευτικό πρόγραμμα νεογνών για γαλακτοζαιμία. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε η παρουσία αιμαγγειώματος στην πρόσθια επιφάνεια του δεξιού ημικραχίου. Από τη μέτρηση της δραστηριότητας των ενζύμων που συμμετέχουν στο μεταβολισμό της γαλακτόζης διαπιστώθηκε έλλειψη της επιμεράσης της γαλακτόζης. Ο μοριακός έλεγχος του γονιδίου της επιμεράσης της γαλακτόζης (GALE) ανέδειξε την παρουσία της σημειακής μετάλλαξης c.873+13G>A σε ομοζυγοτία. Στα πλαίσια ελέγχου της γαλακτοζαιμίας διενεργήθηκε υπερηχογραφικός έλεγχος ήπατος όπου διαπιστώθηκε η παρουσία πολλαπλών υπόηχων περιοχών με σαφή όρια, συμβατών με αιμαγγειώματα. Ο απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική τομογραφία ήπατος με χορήγηση σκιαγραφικού επιβεβαίωσε την αγγειακή φύση των βλαβών. Από τον εργαστηριακό έλεγχο δεν διαπιστώθηκε διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας. Λόγω της διαταραχής μεταβολισμού της γαλακτόζης χορηγήθηκε ειδικό γάλα ελεύθερο λακτόζης. Το νεογνό εμφάνισε ικανοποιητική σίτιση και πρόσληψη βάρους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διάκριση μεταξύ πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς αυξημένης γαλακτόζης αίματος απαιτεί τη χρήση εκτεταμένου παρακλινικού ελέγχου προκειμένου να καθοριστεί η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση, η πρόγνωση της νόσου και η συμβουλευτική των γονέων.

## ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΡΟΩΡΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΓΙΑ ΠΤΗΣΗ «FIT TO FLY»

**Ε. Κουτσουνάκη, Ε. Στρατίκη, Α. Μπαγλατζή, Μ. Τζαβάρα, Χ. Στριμπάκος, Α. Παπανίκου, Σ. Γαβρίλη, Σ. Σεβαστιάδου, Γ. Μπαρούτης**  
*MENN και Νεογολογικό Τμήμα, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Υπάρχουν ενδείξεις ότι πρόωρα νεογνά με ΒΠΔ, που είναι σταθερά στις συνήθεις ατμοσφαιρικές συνθήκες, όταν τεθούν σε περιβάλλον με FiO<sub>2</sub>: 15% παρουσιάζουν πτώσεις του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης. Η μερική πίεση του οξυγόνου στην καμπίνα του αεροσκάφους περιορίζεται έως το 15% (FiO<sub>2</sub>  $\geq$  15% - 21%).

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η συζήτηση του διλήμματος «πρώιμο ή πρόωρο για πτήση» περιστατικού με ιστορικό εκσεσημασμένης προωρότητας και ΒΠΔ, προ του υπερατλαντικού ταξιδιού για τη χώρα από την οποία κατάγεται.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** 1 τόκος, ΦΤ, προετοιμασία με κορτικοστεροειδή Argar score 3 στο 1οα, 6 στο 5οα, 6 στο 10οα. ΔΚ: 26εβδ, EXBG με ΒΓ: 740gr, ΠΚ: 28,5εκ, ΜΓ: 37εκ, μεταφέρθηκε διασωληνωμένο στη ΜΕΝ ελαβε ενδοτραχειακά μία δόση επιφανειοδραστικού παράγοντα, παρέμεινε για μία ημέρα σε IPPV, κατόπιν σε nCPAP για 30ημέρες, σε HFNC για 22 ημέρες και σε διάχυτο O<sub>2</sub> για 18 ημέρες. Έλαβε εξιτήριο σε ηλικία 2,5 μηνών ΔΗΚ: 38εβδ, ΒΣ: 2770gr. με διαγνώσεις που εκτός της προωρότητας και EXBG περιλάμβαναν τις νοσηρότητες της ΜΕΝΝ (ΣΑΔ, κλινική εικόνα λοίμωξης, νεογνικός ίκτερος, ΙVH II/ασυμμετρία κοιλιών, ΑτΠ στάδιο 1-2 ζώνη II/χωρίς plus). Παρέμεινε για τις επόμενες εβδομάδες σε χώρο φιλοξενίας με “pulsh oxymeter” που έδειχνε διακυμάνσεις στην καταγραφή του κορεσμού Sat O<sub>2</sub> ~92% στα όρια του φυσιολογικού για το ιστορικό του βρέφους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με βάση πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα, η κατάσταση του σε ΔΗΚ: 43 εβδ. δεν ήταν η βέλτιστη για το υπερατλαντικό ταξίδι. Τα δεδομένα αυτά αναφέρονται σε πρόωρα βρέφη, που παρότι δεν είχαν ΒΠΔ απέτυχαν στη λειτουργική δοκιμασία “Fit-to-fly test”. Μάλιστα, από άλλους μελετητές υποστηρίζεται ότι στην πλειοψηφία τους τα νεογνά, με σημαντική προωρότητα και ιστορικό ΒΠΔ, απέτυχαν στη δοκιμασία παρουσιάζοντας κορεσμό αιμοσφαιρίνης χαμηλότερο από 90%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Πλέον κρίνεται απαραίτητο να πληρούνται κριτήρια ασφαλούς αερομεταφοράς σε μεγαλύτερη όσο το δυνατόν χρονολογική ηλικία και συνδοδ ωρίμανση του πνεύμονα, με διαθέσιμο εξοπλισμό (συμπνευτική οξυγόνου), μετά από επαναξιολόγηση της κατάστασης για αποφυγή απρόσμενων φαινομένων στα μεγάλης διάρκειας ταξίδια των προώρων.

## ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΧΕΙΟ-ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΤΥΠΟΥ Η ΣΕ ΟΨΙΜΟ ΠΡΩΩΡΟ ΝΕΟΓΝΟ.

**Κ. Νεονάκη, Ε. Καπενή, Ε. Μάντζιου, Δ. Γρηγοριάδου, Κ. Σούγκα, Γ. Νύκταρη**

*Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών 'ΓΑΙΑ', Ιατρικό Κέντρο Αθηνών*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το μεμονωμένο τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο (ΤΟΣ) τύπου Η, είναι σπάνια συγγενής ανωμαλία με επίπτωση 1:50000-1:100000 γεννήσεις. Αποτελεί το 4% των περιπτώσεων τραχειοοισοφαγικών ανωμαλιών. Συνήθως προβάλλει με κυανοτικά επεισόδια ή παροξυσμικό βήχα κατά τη σίτιση, διάταση κοιλίας καθώς και υποτροπιάζουσα πνευμονία ή βρογχίτιδα και η διαγνωστή τίθεται όψιμα. Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού μεμονωμένου ΤΟΣ τύπου Η σε πρόωρο νεογνό..

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Άρρεν νεογνό που γεννήθηκε με ΚΤ σε ΗΚ 36εβδ με ΒΓ:2360gr και εισήχθη στη ΜΕΝΝ κατά τη 2η ώρα ζωής, λόγω παροδικής ταχύπνοιας, για την οποία έλαβε διάχυτο οξυγόνο για 10 ώρες. Με την έναρξη σίτισης με biberon τη 2η ΗΖ, εμφανίσει επεισόδια αποκορεσμού. Συνέχισε να σιτίζεται με ΡΓΚ, στα πλαίσια πιθανής ασυνέργειας θηλασμού-κατάποσης. Λόγω προσθήκης σημείων αναπνευστικής δυσχέρειας και βήχα, την 8η ΗΖ έγινε ακτινοσκοπική διάβαση οισοφάγου με σκιαγραφικό. Αναδείχθηκε εικόνα ΤΟΣ τύπου Η. Τη 10η ΗΖ διενεργήθηκε βρογχοοισοφαγοσκόπηση και χειρουργική σύγκλιση του ΤΟΣ. Παρέμεινε χωρίς σίτιση και επανελέγχθηκε με ακτινοσκοπική διάβαση 1 εβδομάδα αργότερα. Δεν αναδείχθηκε εικόνα επικοινωνίας με το βρογχικό δέντρο ή άλλα παθολογικά ευρήματα και ξεκίνησε σίτιση, με καλή ανοχή. Η λοιπή διερεύνηση δεν ανέδειξε συνοδές ανατομικές ανωμαλίες. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και το νεογνό εξήλθε την 23η ΗΖ. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το ΤΟΣ τύπου Η είναι μια σπάνια οντότητα με καλή πρόγνωση αν η διάγνωση τεθεί ενωρίς. Κρίσιμο διαγνωστικό ρόλο παίζει ο υψηλός δείκτης υποψίας. Η καθυστερημένη διάγνωση και αντιμετώπιση συνήθως συνδυάζεται με αβληχρή κλινική προβολή.

## ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΠΛΗΡΗΣ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΛΟΓΩ ΝΕΟΓΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΟΥΣ ΛΥΚΟΥ-ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΜΟΝΙΜΟΥ ΕΠΙΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ: ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ, ΠΡΟΓΝΩΣΗ

**Χ. Ζαχαριουδάκη<sup>1</sup>, Μ. Δασοπούλου<sup>1</sup>, Φ. Ανατολίτου<sup>1</sup>, Ν. Ελευθεράκη<sup>2</sup>, Κ. Καλλικουρδής<sup>3</sup>, Ε. Φαναράκη<sup>1</sup>, Α. Κουρτέσης<sup>3</sup>, Ε. Καρανάσιος<sup>2</sup>, Ε. Μπούζα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Β' ΜΕΝΝ Γ. Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>2</sup>Καρδιολογική Κλινική Γ. Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>3</sup>Καρδιοχειρουργική Κλινική Γ.Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο Νεογνικός Ερυθματώδης Λύκος (ΝΕΛ) ευθύνεται για 60%-90% των περιπτώσεων κολποκοιλιακού (κ-κ) αποκλεισμού. Προκύπτει από διαπλακουντιακή μεταφορά μητρικών anti-Ro και/ή anti-La αντισωμάτων, τα οποία προκαλούν αυτοάνοση καταστροφή του κόμβου αναστέλλοντας τους διαύλους Ca. Κατά την ενδομήτρια περίοδο χορηγούνται στεροειδή. Μετά τη γέννηση χορηγείται ισο-

προτερενόλη και/ή τοποθετείται βηματοδότης. Η τοποθέτηση βηματοδότη βελτιώνει την πρόγνωση. Ωστόσο συχνές είναι οι επιπλοκές, ενώ 5-11% εμφανίζουν προοδευτικά καρδιακή ανεπάρκεια.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** θήλυ, πρόωρο, προϊόν IVF κύησης, γεννήθηκε σε ΗΚ 32+5 (ΒΓ 1320 gr) από μητέρα 48 και πατέρα 66 ετών. Η μητέρα παρά τις επανηλλειμμένες αποβολές δεν είχε ελεγχθεί προ της εμφύτευσης για ΣΕΛ. Έγινε επείγουσα καισαρική λόγω ενδομήτριας καθυστέρησης της ανάπτυξης, απουσίας τελοδιαστολικής ροής στην ομφαλική αρτηρία και πλήρους κ-κ αποκλεισμού με άγνωστη έναρξη. Θετικά anti-Ro αντισώματα διαπιστώθηκαν κατά τον τοκετό σε μητέρα και νεογνό. Δεν χορηγήθηκαν προγεννητικά κορτικοστεροειδή. Το νεογνό παρουσίασε ΣΑΔ, δευτεροπαθή πνευμονική υπέρταση και βρογχοπνευμονική δυσπλασία. Ο ιδιοκοιλιακός του ρυθμός ήταν 73-96/min και ξεκίνησε isoprenaline. Τοποθετήθηκε μόνιμος επικαρδιακός βηματοδότης με ρύθμιση στις 120/min. Μετεγχειρητικά παρουσίασε ελαττωμένη συσταλτικότητα αριστερής κοιλίας, δυσκολία στον αερισμό και επεισόδια βραδυκαρδίας λόγω ελαττωματικής επαφής μεταξύ μπαταρίας και ηλεκτροδίου. Η προβληματική λειτουργία οδήγησε σε επανατοποθέτηση του βηματοδότη. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η υψηλή υποψία ΣΕΛ σε μητέρες με αποτυχημένες προσπάθειες εγκυμοσύνης θα πρέπει να οδηγεί σε ενδελεχή έλεγχο. Η εμβρυϊκή βραδυκαρδία σε θεραπεία με κορτικοστεροειδή. Μετά την τοποθέτηση βηματοδότη οι διαρκείς έλεγχοι τόσο της λειτουργίας του όσο και το follow up του νεογνού για ανάπτυξη δευτεροπαθούς καρδιακής ανεπάρκειας μπορεί να μειώσουν τις επιπλοκές από την τοποθέτηση και την αιώτερη θνησιμότητα.

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΝΤΕΡΟΚΟΛΙΤΙΔΑΣ (FPIES) ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ 9 ΗΜΕΡΩΝ

**Γ.Καμπουροπούλου, Π.Καττή, Ο.Πανίτσα, Ι.Καπετανάκης**  
*Μ.Ε.Ν.Ν. Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών 'Π & Αγλαΐα Κυριακού', Αθήνα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το σύνδρομο εντεροκολιτίδας (FPIES-food protein induced enterocolitis syndrome) προκαλείται από τροφικές πρωτεΐνες, κυρίως αγελαδινού γάλακτος και είναι μία σπάνια μορφή αλλεργίας μη IgE ανοσολογικής αντίδρασης. Η οξεία του μορφή είναι θορυβώδης και μιμείται πολλές καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή του νεογνού.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Λόγω της σπανιότητας της νόσου και της πολυπλοκότητας της διαφορικής διάγνωσης, επιχειρείται μια σύγχρονη βιβλιογραφική ανασκόπηση του συνδρόμου αναφορικά με τη διαγνωστική του προσέγγιση.

**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ:** Πρόκειται για τελειόμηνο νεογνό τρεφόμενο με μητρικό γάλα και συμπλήρωμα, το οποίο την 9η μέρα ζωής παρουσίασε αδυναμία λήψης τροφής, λήθαργο, ωχρότητα και διαρροϊκές κενώσεις. Από την αντικειμενική εξέταση εμφανίζε γογγυσμό, κνάνωση άκρων, εισέχοντες οφθαλμούς, στεγνούς βλεννογόνους, ασθενείς περιφερικές σφύξεις και αναπνοή Kussmaul. Λόγω της βαριάς του κατάστασης υποστηρίχθηκε με ενδοφλέβια ενυδάτωση, αντιβιοτική αγωγή και ντοπαμίνη. Παρουσίασε προοδευτική βελτίωση. Ξεκίνησε σταδιακή επανασίτιση με γάλα πρώτης βρεφικής ηλικίας και τη 16η μέρα ζωής παρουσίασε εκ νέου επιδείνωση, οπότε και ξεκίνησε σίτιση με γάλα πλήρως υδρολυμένο χωρίς να εμφανίσει παρόμοια συμπτώματα. Οι δερματικές δοκιμασίες νυγμού σε τροφικά αντιγόνα ήταν αρνητικές όπως και ο προσδιορισμός IgE αντισωμάτων στο περιφερικό αίμα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Το FPIES είναι ένα σύνδρομο που μπορεί να εμφανιστεί με βαριά κλινική εικόνα μιμούμενο σηπτικό shock, επείγουσα χειρουργική κατάσταση ή μεταβολικό νόσημα. Το ιστορικό, ο αποκλεισμός άλλων νοσολογικών οντοτήτων, η αποδρομή των συμπτωμάτων με την απομάκρυνση του αλλεργιογόνου και η επανεμφάνισή τους με τη δοκιμασία τροφικής πρόκλησης μπορούν να θέσουν με ασφάλεια τη διάγνωση.



**ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ & ΠΑΝΥΠΟΦΥΣΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ****Κ. Σούγκα<sup>1</sup>, Β. Μόσχου<sup>1</sup>, Δ. Παπαδημητρίου<sup>2</sup>, Ε. Καπενή<sup>1</sup>, Δ. Γρηγοριάδου<sup>1</sup>, Γ. Νύκταρη<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών 'ΓΑΙΑ', Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, <sup>2</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα Παιδιατρικό Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η πανυποφυσιακή ανεπάρκεια είναι πολύ σπάνια διαταραχή, που μπορεί να προβάλλει ως σοβαρή νεογνική υπογλυκαιμία. Παρά την ανεπάρκεια της αυξητικής ορμόνης αυτοί οι ασθενείς έχουν φυσιολογικό ανάστημα στη γέννηση. Στα αγόρια η παρουσία μικροπείσμου και κρυπορχίας παρέχει μια ισχυρή ένδειξη ενδομήτριας ανεπάρκειας γοναδοτροπινών.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού με σοβαρή νεογνική υπογλυκαιμία και πανυποφυσιακή ανεπάρκεια.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Τελειόμηνο άρρεν νεογνό με βάρος γέννησης 3370gr εισήλθε στο τμήμα μας λόγω συμπτωματικής υπογλυκαιμίας την πρώτη ώρα ζωής. Το νεογνό παρουσίασε επεισόδιο κνάνωσης με τιμή γλυκόζης 27mg/dl ενώ εμφάνιζε εκσεσημασμένο μικροπείσμο και κρυπορχία αριστερά. Ο έλεγχος που ελήφθη κατά τη στιγμή της υπογλυκαιμίας απεκάλυψε χαμηλά επίπεδα ινσουλίνης σε συνδυασμό με χαμηλή κορτιζόλη και αυξητική ορμόνη. Ετέθη σε αγωγή με υδροκορτιζόνη το 3ο 24ωρο ζωής. Κατά το 5ο 24ωρο στην αγωγή προστέθηκε αυξητική ορμόνη λόγω επιμονής σχετικά χαμηλών επιπέδων γλυκόζης, παρά την σίτιση και την ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης με αυξημένο ρυθμό. Τα επίπεδα γλυκόζης σταθεροποιήθηκαν το 7ο 24ωρο. Τα επίπεδα των θυρεοειδικών ορμονών κατά την 3η ημέρα ζωής, όπως και τα επίπεδα των γοναδοτροπινών την 15η ημέρα ζωής, ήταν επίσης χαμηλά. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου κατέδειξε τουρικό εφίπιο αβαθές και δυσδιάκριτο, απλασία υπόφυσης, έκτοπη νευροϋπόφυση στον υποθάλαμο, ενώ το οπτικό χίασμα και τα οπτικά νεύρα παρουσίαζαν φυσιολογική απεικόνιση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Νεογνό με σοβαρή υπογλυκαιμία και πανυποφυσιακή ανεπάρκεια παρουσίασε άμεση ανταπόκριση στην ορμονική υποκατάσταση με κορτιζόλη, αυξητική ορμόνη και θυροξίνη τα πρώτα 24ωρα της ζωής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρουσία μικροπείσμου σε συνδυασμό με υπογλυκαιμία θέτει σοβαρή υποψία υποφυσιακής ανεπάρκειας. Τονίζεται η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και της άμεσης θεραπείας υποκατάστασης ώστε να αποφευχθούν παρατεταμένα υπογλυκαιμικά επεισόδια με ενδεχόμενες καταστροφικές συνέπειες.

**ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΠΡΩΟΡΟΥ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΡΜΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΠΡΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΚΕΝΤΡΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ****Σ. Γκάντσεβα\*, Π.Τριανταφυλλίδη\*, Μ.Παπαδοπούλου\*, Ε.Ισαακίδου\*, Μ.Γαρυφάλου\*, Μ.Θεοδωράκη\***

MENN ΓΝ Νίκαιας -Πειραιά, «Αγ. Παντελεήμων», Πειραιάς

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η προκλητή θεραπευτική υποθερμία αποδεδειγμένα επιδρά νευροπροστατευτικά στην Υποξαιμική Ισχαιμική Εγκεφαλοπάθεια. Ωστόσο δεν υπάρχουν στοιχεία για τα πρώωρα νεογνά, ιδιαίτερα για τις ηλικίες κάτω των 28 εβδομάδων.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγραφή περιστατικού

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για θήλυ νεογνό, ΔΚ26w και ΒΓ:870gr. Γεννήθηκε με ΦΤ λόγω PROM και συσπάσεων από δευτερότοκο μητέρα στο ασθενοφόρο κατά τη μεταφορά της προς το αεροδρόμιο των Κυθήρων. Μεταφέρθηκε με το αεροπλάνο διασωληνωμένο τυλιγμένο σε κουβέρτα στα χέρια του πατέρα. Στο αεροδρόμιο υποδοχής έγινε ανάληψη ξανά. Κατά την εισαγωγή, την 3η ώρα ζωής, ήταν παγωμένο - με θερμοκρασία σώματος κάτω από 33°C, SatO<sub>2</sub>-70%, HR-90/min. OBI: pH 6.99, pCO<sub>2</sub>-55mmHg, pO<sub>2</sub>-

118mmHg, BE - 14mmol/L, Lac-10,5 mmol/L. Έγινε σταδιακή αύξηση της θερμοκρασίας και την 8η ώρα ζωής ήταν νορμοθερμικό. Παρουσίασε ΣΑΔ, πνευμονικό οίδημα και πνευμονική αιμορραγία. Ακολούθως ετέθη σε NCPAP για 6 εβδομάδες. Από την 11η ημέρα ζωής άρχισε να σιτίζεται και έως την έξοδο του θήλαζε αποκλειστικά.

U/s εγκεφάλου: IVH-gr2, αυξημένη ηχογένεια άμφω. Θρόμβος ΔΕ πλάγιας κοιλίας, PVL, ήπια διάταση πλαγίων κοιλιών την 36η εβδ., 40η εβδομάδα: κ.φ. Βυθοσκόπηση - χωρίς ROP, ΩΑΕ-κ.φ. Εξήλθε την 98-ημέρα ζωής σε καλή γενική κατάσταση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ:** Μετά την έξοδο από τη ΜΕΝ τέθηκε σε διαχρονική παρακολούθηση. Με τις κλίμακες Bayley III (αντίληψη, γλώσσα, κίνηση, κοινωνικότητα) δεν διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα κατά την εξέτασή του σε διορθωμένη ηλικία 6, 9, 12, 15, 18, 24 μηνών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η καλή εξέλιξη, παρά το επιβαρυνόμενο περιγεννητικό ιστορικό, θέτει το προβληματισμό για ενδεχόμενη νευροπροστατευτική δράση της υποθερμίας.

**ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΓΕΝΕΣΙΑΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΚΑΙ ΑΤΡΗΣΙΑΣ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ****Β. Μούγιου<sup>1</sup>, Ι. Δρίκος<sup>1</sup>, Ε. Ράγκου<sup>1</sup>, Ν. Ιακωβίδου<sup>1</sup>, Δ. Μπριάννα<sup>1</sup>, Θ. Μπούτσιου<sup>1</sup>, Γ. Καφαλίδης<sup>1</sup>, Ρ. Σώκου<sup>1</sup>, Τ. Σιαχανίδου<sup>2</sup>, Α. Μαλαμίτση - Πόνχηρη<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Νεογνολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταιείο Νοσοκομείο <sup>2</sup>Μονάδα Νεογνών, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αγία Σοφία»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο ίκτερος είναι κοινή κατάσταση στα νεογνά και σχετίζεται με την αυξημένη αιμόλυση των νεογνικών ερυθροκυττάρων. Η υπερχοληρυθριναιμία λόγω αύξησης της άμεσης χολερυθρίνης είναι λιγότερο συχνή και επηρεάζει περίπου 1 στα 2.500 νεογνά. Αυξημένα χαρακτηρίζονται τα επίπεδα της άμεσης (συζευγμένης) χολερυθρίνης όταν είναι μεγαλύτερα από 2 mg/dL (34.2 mmol/L) ή σε ποσοστό άνω του 20% της συνολικής χολερυθρίνης, αποτελώντας βιοχημικό δείκτη χολόστασης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διερεύνηση ικτέρου σε νεογνό 2ου 24ωρου με αυξημένη άμεση χολερυθρίνη.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Θήλυ τελειόμηνο νεογνό (ΗΚ=39 εβδ.), ΑΓΑ (76η ΕΘ), με βάρος σώματος 3280g, γεννήθηκε από πρωτοτόκο μητέρα 27 ετών, χωρίς ασυμβατότητα ομάδων αίματος ή Rhesus μητέρας-νεογνού. Το νεογνό παρουσίασε ίκτερο στις αρχές του δευτέρου 24ώρου ζωής και από τον εργαστηριακό έλεγχο που διενεργήθηκε προσδιορίστηκε ολική χολερυθρίνη: 11.6 mg/dl και άμεση (συζευγμένη): 3.3 mg/dl (ποσοστό 28.4 %), γ-GT: 614 U/l και CRP: 0.99 mg/dl. Σε επανάληπτικό εργαστηριακό έλεγχο μετά από 8 ώρες διαπιστώθηκε ολική χολερυθρίνη: 10.4 mg/dl, άμεση (συζευγμένη): 4.4 mg/dl (ποσοστό 42.3 %), γ-GT: 597 U/l και CRP: 0.99 mg/dl. Η δοκιμασία ιδρώτα δεν έδειξε παρουσία ινοκυστιτικής νόσου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε υπερηχογράφημα ήπατος/χοληφόρων διαπιστώθηκε αγενεσία χοληδόχου κύστης. Σε σπινθηρογραφικό έλεγχο τέθηκε θέμα διαφορικής διάγνωσης μεταξύ νεογνικής ηπατίτιδας και ατρησίας χοληφόρων επί εδάφους πιθανής νόσου Caroli. Η βιοψία ήπατος επιβεβαίωσε την παρουσία ατρησίας χοληφόρων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ποικιλία ανατομικών, λοιμωδών, αυτοάνοσων και μεταβολικών νοσημάτων οδηγούν σε αυξημένα επίπεδα άμεσης χολερυθρίνης. Η έγκαιρη διάγνωση του υποκειμένου αιτίου της άμεσης υπερχοληρυθριναιμίας είναι κρίσιμης σημασίας για τη ταχεία θεραπευτική αντιμετώπιση του νεογνού, συμβάλλοντας καταλυτικά στην πρόγνωση του.



## ΕΠΙΣΤΡΩΔΙΟ ΝΕΟΓΝΙΚΩΝ ΣΠΑΣΜΩΝ ΠΟΥ ΣΥΝΔΥΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΞΑΦΝΙΑΣΜΑΤΟΣ: ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΥΠΕΡΕΚΠΛΗΞΙΑΣ

Γ. Γκίκα<sup>1</sup>, Α. Λιανού<sup>1</sup>, Κ. Καραχρήστου<sup>1</sup>, Ε. Γιατράκου<sup>1</sup>, Κ. Ζαννίκος<sup>1</sup>, Α. Βοντζαλίδης<sup>1</sup>, Ν. Λώλη<sup>2</sup>, Π. Αθανασοπούλου<sup>2</sup>, Σ. Καραγιάννη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' ΜΕΝ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», ΑΘΗΝΑ, <sup>2</sup> Νευρολογικό Τμήμα, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», ΑΘΗΝΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η διαφορική διάγνωση των νεογνικών σπασμών περιλαμβάνει εκτεταμένο φάσμα υποκείμενων νοσημάτων. Όταν συνδυάζεται με αντίδραση ξαφνιάσματος (startle reaction) σε ακουστικά, σωματοαισθητικά ή οπτικά ερεθίσματα μπορεί να υποκρύπτει συγγενές σύνδρομο stiff-man, επιληψία τύπου ξαφνιάσματος, μυοκλονικές επιληπτικές κρίσεις, νεογνικό τέτανο, εγκεφαλική παράλυση, τοξικότητα από φαινοθειαζίνες ή σύνδρομο υπερεκπληξίας (hyperekplexia syndrome). Το τελευταίο αποτελεί μια σπάνια μη-επιληπτικού τύπου νευρολογική νόσο που χαρακτηρίζεται από αντίδραση ξαφνιάσματος, γενικευμένη μυϊκή υπερτονία και νυχτερινό μυόκλονο. Η αιτιολογία δεν είναι σαφής, αν και έχουν προταθεί μηχανισμοί, όπως η υπεραντιδραστικότητα των φλοιϊκών νευρώνων, δυσλειτουργία στο ανασταλτικό συστήματα του εγκεφάλου και ανωμαλίες στη σεροτονινεργική οδό.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Νεογνό θήλυ τελειόμηνο, εισήχθη το 1ο 24ωρο ζωής για διερεύνηση επεισοδίου κυάνωσης και αποκορεσμού με συνοδές τονικοκλονικές συσπάσεις άνω και κάτω άκρων 18 ώρες μετά από φυσιολογικό τοκετό. Χορηγήθηκε φαινοβαρβιτάλη με ύφεση των επεισοδίων. Η κλινική εξέταση ανέδειξε οπισθότονο, υπερτονία κορμού και άκρων, αυξημένα τενόντια αντανακλαστικά, δυσχέρεια κατά τη σίτιση και έντονη αντίδραση ξαφνιάσματος μετά από πλήξη ρινός ή ξαφνικό ακουστικό ερεθίσμα. Το υπερηχογράφημα, η μαγνητική εγκεφάλου και το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν ανέδειξαν παθολογία. Παρά την αγωγή με φαινοβαρβιτάλη, το νεογνό παρουσίασε νέα επεισόδια γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών που αντιμετωπίστηκαν με χορήγηση κλοναζεπάμης και σταδιακή διακοπή της φαινοβαρβιτάλης. Η πορεία νόσου εξελίχθηκε χωρίς νέο επεισόδιο σπασμών, με εξάλειψη του οπισθότονου, της υπερτονίας κορμού και άκρων και με βελτίωση της σίτισης. Το νεογνό εξήλθε με οδηγίες για τακτική νευρολογική παρακολούθηση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου υπερεκπληξίας είναι εξαιρετικά σημαντική, λόγω του κινδύνου άπνοιας και αιφνίδιου βρεφικού θανάτου. Θεραπεία εκλογής είναι η χορήγηση κλοναζεπάμης.

## ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ

Α. Μανουρά<sup>1</sup>, Ε. Χατζηδάκη<sup>1</sup>, Ε. Κορακάκη<sup>1</sup>, Ε. Σαϊτάκης<sup>1</sup>, Ν. Αναγνωστάτου<sup>1</sup>, Ο. Μιχοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Μαργάρη<sup>1</sup>, Ε. Χατζάκης<sup>2</sup>, Μ. Κοροπούλη<sup>2</sup>, Ε. Γαλανάκης<sup>3</sup>, Χ. Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Νεογνολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης, <sup>2</sup> Νεογνολογική Κλινική Βενιζέλειου Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης, <sup>3</sup> Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η νεογνική μηνιγγίτιδα είναι μια σοβαρή νόσος, με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Σκοπός: Η διερεύνηση της συχνότητας, των υπεύθυνων μικροοργανισμών και της έκβασης των περιπτώσεων μηνιγγίτιδας στην Κρήτη.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά τα ιστορικά των 34 νεογνών που νοσηλεύτηκαν στις ΜΕΝΝ του νησιού από το 2002 έως και το 2016 με μικροβιακή ή μυκητιασική μηνιγγίτιδα. Η διάγνωση τέθηκε είτε με θετική καλλιέργεια ENY είτε με θετική καλ-

λιέργεια αίματος και παθολογικό ENY. Καταγράφηκαν η ηλικία κύησης, το βάρος γέννησης, το φύλο, η ημέρα ζωής κατά την εμφάνιση της νόσου, ο υπεύθυνος μικροοργανισμός και η έκβαση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η νόσος εμφανίστηκε σε 0,37/1000 γεννήσεις περίπου. Από τα 34 νεογνά τα 16 ήταν πρόωρα. Θετική κ/α ENY είχαν 30 νεογνά. Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση ήταν 13,2 ημέρες. Τα 8 περιστατικά εκδηλώθηκαν τις 3 πρώτες ημέρες ζωής. Από τα 16 πρόωρα, 2 είχαν μυκητιασική μηνιγγίτιδα και τα 13/16 είχαν όψιμη νόσο. Από τα 18 τελειόμηνα νεογνά, 5 είχαν πρόωμη νόσο. Τα υπόλοιπα εισήχθησαν λόγω πυρετού (12), σπασμών (2) και ικτερού (1). Δεκαεπτά περιπτώσεις (50%) οφείλονταν σε gram(+) βακτήρια (Enterococcus sp: 6, GBS 5, S.aureus 3, άλλοι στρεπτόκοκκοι 2, Listeria monocytogenes 1), 15 σε gram(-) (Klebsiella sp 6, E.coli 4, Citrobacter coseri 2, Serratia marsecens 2, E.cloacae 1) και 2 σε μύκητες. Στα περιστατικά πρώιμης νόσου, 3/8 (38%) οφείλονταν σε GBS, ενώ σε αυτά της όψιμης, 6/26 (23%) σε Klebsiella και 5/26 (19%) σε enterococci. Δύο νεογνά κατέληξαν (5,8%) ενώ επιπλοκές (επίμονοι σπασμοί, εγκ. απόστημα, κοιλίτιδα, υδροκέφαλος) εμφανίστηκαν σε 7 (20,6%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συχνότητα και η έκβαση της νόσου είναι ανάλογη των βιβλιογραφικών δεδομένων. Συχνότερα παθογόνα είναι ο GBS για την πρόωμη νόσο και η Klebsiella για την όψιμη.

## ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΜΕΝΝ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΡΙΕΤΙΑΣ (2013-2015)

Κ. Μανιάτη, Δ. Γρηγοριάδου, Ε. Καπενή, Β. Μόσχου, Π. Παναγιωτοπούλου, Κ. Σούγκα, Γ. Νύκταρη  
ΜΕΝΝ ΓΑΙΑ, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι λοιμώξεις αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στις ΜΕΝΝ και η μείωση της συχνότητάς τους αποτελεί πρόκληση διεθνώς.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάλυση της επιδημιολογίας των λοιμώξεων στα νεογνά που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΝΝ ΓΑΙΑ σε μια τριετία.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελέτη των λοιμώξεων (θετική καλλιέργεια αίματος, ENY, ούρων) στη ΜΕΝΝ ΓΑΙΑ από 1/1/2013 μέχρι 31/12/2015. Οι λοιμώξεις κατηγοριοποιήθηκαν σε πρώιμης ( $\leq 3$ η ημέρα ζωής - EOS) και όψιμης εμφάνισης ( $> 4$ η ημέρα ζωής - LOS).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο διάστημα της μελέτης νοσηλεύτηκαν συνολικά 2021 νεογνά (2013: 702 νεογνά/ 8749 ασθενοημέρες, 2014: 673/7894, 2015: 646/8159 αντίστοιχα), με ηλικία κύησης (HK) 23-41 εβδομάδες (μέση τιμή 36 εβδομάδες) και βάρος γέννησης (ΒΓ) 610-4680 gr (μέση τιμή 2533 gr). Δεν υπήρχε διαφορά ανά έτος στη μέση HK και το μέσο ΒΓ μεταξύ των νεογνών που νοσηλεύτηκαν. Παρατηρήθηκαν συνολικά 30 λοιμώξεις σε 30 νεογνά (1,2/1000 ασθενοημέρες, 95% CI 0,8-1,7). Υπήρχαν 28 θετικές αμοκαλλιέργειες, 3 καλλιέργειες ENY και καμιά καλλιέργεια ούρων, με 18 Gram(+), 9 Gram(-) βακτήρια και 3 μύκητες. Το συχνότερο Gram(+) παθογόνο ήταν ο Coagulase negative Staphylococcus (15/18) ενώ το συχνότερο Gram(-) ήταν το E. coli (3/9). Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ετήσιας επίπτωσης λοιμώξεων στη διάρκεια της μελέτης. Η συχνότητα LOS εμφάνισε στατιστικά σημαντική μείωση στο διάστημα της μελέτης ( $X^2$ ,  $p=0,0137$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αν και η συνολική επίπτωση των λοιμώξεων παρέμεινε σταθερή, η συχνότητα των LOS μειώθηκε στη διάρκεια της μελέτης. Αυτό πιθανόν να οφείλεται σε πολιτική μείωσης επεμβατικών πράξεων, προώμοτερη πλήρη εντερική σίτιση και εντατικοποίηση μέτρων ελέγχου λοιμώξεων.

**ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΩΝ ΑΠΟ *Serratia marcescens* ΣΤΟ ΓΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ**

**Α. Μπαγλατζή, Ε. Στρατίκη, Ε. Λουκάτου, Κ. Σταμούλη, Σ. Γαβρίλη, Μ. Τζαβάρα, Γ. Παπαδόπουλος, Α. Παπανίκου, Σ. Μαριόλη, Μ. Παμπούκα, Σ. Σεβαστιάδου, Γ. Μπαρούτης**  
*Νεογνολογικό Τμήμα και MENN, ΓΝ Αλεξάνδρα, Αθήνα*

Η σηψαιμία από *Serratia marcescens* αποτελεί αιτία επιδημιών στις MENN με σοβαρή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Για την πρόληψη της διασποράς των ενδοσοκομειακών λοιμώξεων εφαρμόζεται η επιδημιολογική επιτήρηση (λήψη *κ/ων* ορθού και ρινοφάρυγγα) στα νοσηλεύμενα νεογνά και η απομόνωση των νεογνών φορέων. Στη MENN του ΓΝ Αλεξάνδρα εφαρμόζεται πιλοτικά η προφυλακτική χορήγηση σιπροφλοξασίνης per os στα νεογνά φορείς του βακτηρίου *Serratia marcescens* κατά την τελευταία τετραετία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση των εφαρμοζόμενων μέτρων πρόληψης στην επίπτωση της σηψαιμίας από *Serratia marcescens* νεογνά φορείς.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Κατά την περίοδο 9/2012 – 3/2013 μελετήθηκαν 26 νεογνά που εκδήλωσαν φορεία με *Serratia marcescens* και τέθηκαν σε μόνωση, ως προς τα χαρακτηριστικά τους και τις συνθήκες εμφάνισης της φορείας. Εξέχοντων, έλαβαν προφυλακτικά σιπροφλοξασίνη σε δόση 20mg/kg για > 5 μέρες 13 βρέφη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τα νεογνά που εμφάνισαν φορεία 80,7% ήταν πρόωρα (<37 εβδομάδες), είχαν μέσο βάρος γέννησης 1750gr και το 80% είχαν γεννηθεί με ΚΤ. Κατά την εκδήλωση της φορείας είχαν μέση ηλικία ζωής 22,3 μέρες, και το 80% νοσηλεύονταν σε θερμοκοιτίδα. 2 νεογνά εκδήλωσαν σηψαιμία από *Serratia marcescens* κατά την έναρξη της φορείας. Από τα νεογνά που έλαβαν προφυλακτικά σιπροφλοξασίνη και παρέμειναν νοσηλεύμενα στο Τμήμα, αποστειρώθηκαν όλα σε διάστημα 2 εβδομάδων. Τα υπόλοιπα έλαβαν εξιτήριο προ της αποστείρωσής τους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η επιδημιολογική επιτήρηση και η απομόνωση των νεογνών φορέων παθογόνων πολυανθεκτικών μικροβίων φαίνεται να ελαττώνει τη διασπορά των ενδοσοκομειακών λοιμώξεων. Η προφυλακτική χορήγηση σιπροφλοξασίνης per os πιθανώς μειώνει τον κίνδυνο σηψαιμίας στα νεογνά φορείς, αλλά και μειώνει το χρόνο απασχόλησης του προσωπικού στη μόνωση.

**ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ**

**Β.Σούλια, Μ.Ηλιάδου**  
*ΤΕΙ Αθήνας, Τμήμα Μαιευτικής*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η δυσκολία ανακούφισης του νεογνικού πόνου από τη μητέρα και η ανεπαρκής πρόληψη, διάγνωση και ανακούφιση του νεογνικού πόνου που είναι ακόμα εδραιωμένες από την άλλη, εγείρει την ανάγκη εύρεσης και εφαρμογής μεθόδων που δρουν αναλγητικά με μη επεμβατικό και μη φαρμακολογικό τρόπο.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των μη φαρμακολογικών μεθόδων ανακούφισης των νεογνών που βιώνουν τον πόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στις MENN και η δημιουργία προτάσεων με τις καταλληλότερες από αυτές.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις MEDLINE και HEALLINK και στη μηχανή αναζήτησης GOOGLE. Βασική προϋπόθεση για την εισαγωγή ήταν μόνο πρωτογενείς μελέτες των οποίων το δείγμα ήταν νεογνά από 0 έως 30 ημερών. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: neonatal pain management, non pharmacological, non invasive.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι ο μητρικός θηλασμός, ο μη διατροφικός θηλασμός, τα γλυκά διαλύματα και η μέθοδος kangaroo συμβάλλουν στην αναλγησία από τον νεογνικό πόνο και μερικές από αυτές με μεγάλη και σταθερή μείωση του πόνου. Όσον αφορά στις θεραπείες όπως η στάση του σώματος, η οικεία μουσική, το οικείο οσφρητικό ερέθισμα, ο βελονισμός, η υδροθεραπεία και η μάλαση φαίνεται ότι επίσης συμβάλλουν στην ανακούφιση του νεογνικού πόνου. Επιπροσθέτως αυτό το είδος των θεραπειών εφαρμόζονται άμεσα και με οικονομικό τρόπο εκτός από τον βελονισμό όπου απαιτείται ειδική τεχνογνωσία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι υπάρχουσες μη φαρμακολογικές μέθοδοι ανακούφισης παίζουν σπουδαίο ρόλο στην διαχείριση του νεογνικού πόνου και τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αποτελούν μια πρόταση για την αντιμετώπιση του μη λεκτικού νεογνικού πόνου.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Efe E, Savaser S. The effect of two different methods used during peripheral venous blood collection on pain reduction in neonates. *Agri*. 2007 Apr;19(2):49-56.
- Sahoo JP, Rao S, Nesargi S, Ranjit T, Ashok C, Bhat S. Expressed breast milk vs 25% dextrose in procedural pain in neonates, a double blind randomized controlled trial. *Indian Pediatr*. 2013 Feb;50(2):203-7.
- Simonsen E, Mulder PG, van Beek RH. Analgesic effect of breast milk versus sucrose for analgesia during heel lance in late preterm infants. *Pediatrics*. 2012 Apr;129(4):657-63.
- Efe EI, Ozer ZC. The use of breast-feeding for pain relief during neonatal immunization injections. *Appl Nurs Res*. 2007 Feb;20(1):10-6.
- Chermont AGI, Falc oLF, deSouzaSilvaEH, deCssiaXavierBaldaR, GuinsburgR. Skin-to-skin contact and/or oral 25% dextrose for procedural pain relief for term newborn infants. *Pediatrics*. 2009 Dec;124(6):e1101-7.
- Johnston CC1, Filion F, Campbell-Yeo M, Goulet C, Bell L, McNaughton K, Byron J, Aita M, Finley GA, Walker CD. Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: a crossover trial. *Pediatr*. 2008 Apr 24;8:13.
- Johnston CC1, Campbell-Yeo M, Filion F. Paternal vs maternal kangaroo care for procedural pain in preterm neonates: a randomized crossover trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011 Sep;165(9):792-6.
- Axelín A1, Salanterä S, Kirjavainen J, Lehtonen L. Oral glucose and parental holding preferable to opioid in pain management in preterm infants. *Clin J Pain*. 2009 Feb;25(2):138-45.
- Cignacco EL, Sellam G, Stoffel L, Gerull R, Nelle M, Anand KJ, Engberg S. Oral sucrose and «facilitated tucking» for repeated pain relief in preterms: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2012 Feb;129(2):299-308.
- Liaw JJ, Yang L, Katherine Wang KW, Chen CM, Chang YC, Yin T. Non-nutritive sucking and facilitated tucking relieve preterm infant pain during heel-stick procedures: a prospective, randomised controlled crossover trial. *Int J Nurs Stud*. 2012 Mar;49(3):300-9.
- Boyle EM, Freer Y, Khan Orakzai Z, Watkinson M, Wright E, Ainsworth JR, McIntosh N. Sucrose and non-nutritive sucking for the relief of pain in screening for retinopathy of prematurity: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2006 May;91(3):F166-8.
- Bo LK, Callaghan P. Soothing pain-elicited distress in Chinese neonates. *Pediatrics*. 2000 Apr;105(4):E49.
- Rattaz C, Goubet N, Bullinger A. The calming effect of a familiar odor on full-term newborns. *J Dev Behav Pediatr*. 2005 Apr;26(2):86-92.
- Goubet N, Strasbaugh K, Chesney J. Familiarity breeds content? Soothing effect of a familiar odor on full-term newborns. *J Dev Behav Pediatr*. 2007 Jun;28(3):189-94.
- Ecevit A, Ince DA, Tarcan A, Cabioglu MT, Kurt A. Acupuncture in preterm babies during minor painful procedures. *J Tradit Chin Med*. 2011 Dec;31(4):308-10.
- Vignochi CM, Teixeira PP, Nader SS. Effect of aquatic physical therapy on pain and state of sleep and wakefulness among stable preterm newborns in neonatal intensive care units. *Rev Bras Fisioter*. 2010 May-Jun;14(3):214-20.
- Jain S, Kumar P, McMillan DD. Prior leg massage decreases pain responses to heel stick in preterm babies. *J Paediatr Child Health*. 2006 Sep;42(9):505-8.



**ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΥΠΕΡΕΚΠΛΗΞΙΑ, ΜΙΑ ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΜΙΜΕΙΤΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ****Ε. Χαραχούσου<sup>1</sup>, Γ. Βάρτζελης<sup>2</sup>, Γ. Μαυρογεώργος<sup>1</sup>, Μ. Νικολαΐδου<sup>2</sup>, Μ. Παπαδημητρίου<sup>1</sup>, Ι. Καπετανάκης<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών 'Π. & Α. Κυριακού', Αθήνα, <sup>2</sup>Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών 'Π. & Α. Κυριακού', Αθήνα**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η υπερεκπληξία είναι σπάνια, μη επιληπτική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από υπεραντίδραση σε οπτικά, ακουστικά ή σωματοαισθητηριακά ερεθίσματα. Προκαλεί γενικευμένη αύξηση του μυϊκού τόνου και επεισόδια τονικών συσπάσεων που προσομοιάζουν με τονικούς σπασμούς. Παθογενετικά οφείλεται σε μεταλλάξεις της A1 υποομάδας του ευαίσθητου στη στρυχνίνη υποδοχέα της γλυκίνης. Η διάγνωση είναι κλινική.**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση του σπάνιου και εντυπωσιακού φαινομένου της υπερεκπληξίας.**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αναδρομική μελέτη του ιστορικού νοσηλείας νεογέννητου κοριτσιού που διακομίστηκε στο τμήμα μας για διερεύνηση πιθανών επεισοδίων σπασμών.**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το νεογνό εμφάνιζε πολλαπλά επεισόδια τονικών συσπάσεων κορμού και άκρων που δεν βελτιώνονταν παρά τη χορήγηση αντιεπιληπτικής αγωγής. Από τον παρακλινικό έλεγχο αποκλείστηκαν η λοίμωξη και τα μεταβολικά νοσήματα, ενώ το ΗΕΓ και η MRI εγκεφάλου ήταν φυσιολογικά. Στη διάγνωση συνέβαλε η παρατήρηση ότι απτικά ή ακουστικά ερεθίσματα προκαλούσαν γενικευμένες συσπάσεις του κορμού και των άκρων του νεογνού, τα οποία λύνονταν μετά από έκταση των άκρων. Χορηγήθηκε κλοναζεπάμη με σταδιακή κλινική βελτίωση.**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αναγνώριση του φαινομένου της υπερεκπληξίας στα νεογνά είναι ουσιώδης, προκειμένου να διαχωρίζεται από τα επιληπτικά σύνδρομα της νεογνικής ηλικίας, να χορηγείται έγκαιρα η ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή και να αποφεύγεται ο άσκοπος εκτεταμένος παρακλινικός έλεγχος. Απαραίτητο κρίνεται το monitoring στο σπίτι, λόγω του αυξημένου ποσοστού αιφνιδίου θανάτου, καθώς και η γενετική συμβουλευτική.**ΝΕΟΓΝΟ ΜΗΤΕΡΑΣ ΜΕ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS: ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Ο ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ****Π.Τριανταφυλλίδου<sup>1</sup>, Ε. Καψαμπέλη<sup>1</sup>, Β.Σίδερη<sup>1</sup>, Ν.Ποδηματάς<sup>1</sup>, Α. Δασκαλάκη<sup>1</sup>, Α.Ντινόπουλος<sup>2</sup>, Μ. Κούρτη<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», <sup>2</sup>Γ' Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Μητέρα 25 ετών PI-GI με μυασθένεια Gravis γνωστή από 5ετίας, Abs έναντι υποδοχέων ακετυλοχολίνης (AchR-Ab) (+) και χειρουργηθέν θύμωμα, υπό θεραπεία με πυριδοστιγμίνη και πρεδνιζολόνη με στενή παρακολούθηση από γυναικολόγο και νευρολόγο. Καισαρική τομή στις 38+2 ΕΚ λόγω έναρξης μυομητρικής δραστηριότητας. Apgar score 1α-9, 10α-10. Η μητέρα δεν έχει ενημερωθεί για την πιθανότητα εμφάνισης παροδικής νόσου στο νεογνό. Μεταφορά του νεογνού στη ΜΕΝΝ για παρακολούθηση. Επανειλημμένη παιδονευρολογική εξέταση κατά φύση. Παρουσίασε επεισόδια αποκορεσμού μετά τη σίτιση που αποδόθηκαν σε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Abs AchR 0,4nM=α-σθενώς θετικά. Το νεογνό εξήλθε σε άριστη κατάσταση τη 10η ΗΖ. Η μυασθένεια Gravis είναι νόσος που οφείλεται σε αυτοαντισώματα: 70-90% AchR-Abs, 5-8%, έναντι μουσκαρινικών υποδοχέων (Musk-Ab) και σπάνια έναντι λιποπρωτεϊνικής σχετιζόμενης πρωτεΐνης 4.

Παροδική μυασθένεια του νεογέννητου, εμφανίζεται σε 10-20% των νοσούντων γυναικών και οφείλεται σε παθητική μεταφορά αντισωμάτων από τη μητέρα. Συμπτώματα αποκλεισμού νευρομυϊκής σύναψης εμφανίζονται τις πρώτες 48-72 ώρες από τη γέννηση κ μπορεί να διαρκέσουν έως 3 μήνες. Επί ενδομήτριας προσβολής εμφανίζεται αρθρογρύπωση. Δεν υπάρχει ευθεία συσχέτιση του τίτλου των αντισωμάτων της μητέρας και εμφάνισης συμπτωμάτων στο παιδί, λόγω πιθανής προστατευτικής δράσης της α-φετοπρωτεΐνης. Σε περίπτωση μυασθενικής κρίσης φάρμακο εκλογής neostigmine methylsulfate 0,04-0,05mg/kg ή neostigmine bromide 0,5mg/kg. Υπερδοσολογία νεοστιγμίνης αντιμετωπίζεται με ατροπίνη ή ιπρατρόπιο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Πρέπει να παρέχεται σωστή προγενετική συμβουλευτική στο ζευγάρι για τη βραχυχρόνια νοσηρότητα. Γέννηση σε περιγεννητικό κέντρο με πρότερη ενημέρωση των νεογνολόγων, ώστε να υπάρχει διαθέσιμη νεοστιγμίνη. Τα νεογνά ακόμα και τα ασυμπτωματικά χρήζουν παρακολούθησης σε μονάδα αυξημένης φροντίδας για τουλάχιστον 2-3 24ωρα.**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: ΠΡΩΩΡΟ ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΚΟΙΝΟ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟ ΚΟΡΜΟ****Σ. Λουκοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Γιατράκου<sup>2</sup>, Φ. Μητρόπουλος<sup>3</sup>, Κ. Ζαννίκος<sup>2</sup>, Ν. Ανδρέου<sup>1</sup>, Ν. Ελευθεράκης<sup>1</sup>, Μ. Μαυροειδή<sup>2</sup>, Σ. Ράμμος<sup>3</sup>, Ε. Καρανάσιος<sup>1</sup>, Σ. Καραγιάννη<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Παιδοκαρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>2</sup>Α' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>3</sup>Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παιδών, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο κοινός αρτηριακός κορμός είναι μία σπάνια συγγενής σύμπλοκη κυανωτική καρδιοπάθεια που χαρακτηρίζεται από ένα κοινό μεγάλο αγγείο που εκφύεται και επιπτείνει φυσιολογικά σχηματισμένη κοιλία και μεσοκοιλιακή επικοινωνία. Παρουσιάζεται η περίπτωση πρώωρου νεογνού με κοινό αρτηριακό κορμό τύπου I κατά Collett Edwards.**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Πρόκειται για άρρεν νεογνό, το Α' εκ τριδύμου κύησης 29+5 εβδομάδων (υποβοηθούμενη αναπαραγωγή), με ΒΓ 1300 gr. που μεταφέρθηκε στην μονάδα μας λόγω προγεννητικής υποψίας συγγενούς καρδιοπάθειας, αναπνευστικής δυσχέρειας και κυάνωσης. Υπερηχογραφικός έλεγχος καρδιάς έδειξε αρτηριακό κορμό τύπου I, με έκφυση των πνευμονικών αρτηριών με κοινό στέλεχος από την ανιούσα αορτή χωρίς στένωση, ευρεία μεσοκοιλιακή επικοινωνία με εφίπτευση της ανιούσας αορτής, τετράπτυχη κορμική βαλβίδα και σημαντικό βαθμού πνευμονική υπέρταση. Αρχικά τέθηκε σε αγωγή με νότροπα και διουρητικά στα οποία είχε ικανοποιητική ανταπόκριση, κατόπιν σε αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης. Παρουσίασε δυσχέρεια απεξάρτησης από τον μηχανικό αερισμό και αρχικά ανεπαρκή πρόσληψη βάρους. Καρδιάς τύπος ήταν φυσιολογικός και έλεγχος FISH για Di George αρνητικός. Σε διορθωμένη ηλικία 42 ημερών, ΒΣ 3000 γρ και ενώ βρισκόταν σε ρινικό CPAP και πλήρη εντερική σίτιση, μεταφέρθηκε στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο όπου υποβλήθηκε σε ολική χειρουργική διόρθωση με τοποθέτηση ομοιομοσχεύματος στην πνευμονική αρτηρία, σύγκλιση της μεσοκοιλιακής επικοινωνίας και πλαστική της τετράπτυχης αορτικής βαλβίδας σε τρίπτυχη. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή.**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η νοσηλεία πρώωρου νεογνού με σύμπλοκη συγγενή καρδιοπάθεια και πνευμονική υπέρταση παρουσιάζει σημαντικές προκλήσεις για την μονάδα νεογνών. Η συνεργασία μεταξύ των ειδικών και η οργανωμένη εντατική φροντίδα μπορεί να οδηγήσει σε άριστο αποτέλεσμα ακόμη και στις πολυπλοκότερες περιπτώσεις.



## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΣΥΓΓΕΝΗ ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ (PCR ΘΕΤΙΚΗ), ΜΕ ΑΡΝΗΤΙΚΗ PCR ΑΙΜΑΤΟΣ

Μ.Τζαβάρα, Σ.Γαβρίλη, Σ.Σεβαστιάδου, Κ.Σταμούλη, Ε.Στρατίκη, Ε.Γκόγκου, Χ.Στριμπάκος, Α. Κοβλατζή, Ο. Βρέντζου, Γ.Μπαρούτης  
MENN-Νεογνολογικό Τμήμα, ΓΝΑ Αλεξάνδρα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τοξοπλάσμωση: διαδεδομένη ζωνόσος που προκαλείται από το ενδοκυττάριο παράσιτο *Toxoplasma gondii*. Κύριος ξενιστής: οι γάτες. Είναι συγγενής ή επίκτητη. Επίπτωση: 1/1000 στην Ευρώπη. Η συγγενής λοίμωξη προκαλείται από προσβολή του πλακούντα και αιματογενή διασπορά. Η κάθετη μετάδοση αυξάνεται με την ηλικία κύησης (1ο τρίμηνο 15%, 2ο 30%, 3ο 60%), ωστόσο τα συμπτώματα είναι αντιστρόφως ανάλογα. 15% των νεογνών είναι ασυμπτωματικά. Κλασική τριάδα συγγενούς τοξοπλάσμωσης: χοριοαμφιβληστροειδίτιδα, αποπιτανώσεις εγκεφάλου, υδροκέφαλος.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού συγγενούς τοξοπλάσμωσης με αρνητική PCR αίματος και θετική PCR ENY για *Toxo*.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** 32χρονη, Ιτόκος, ανακαλύπτει στον 7ο μήνα κύησης, θετικά IgM για *Toxo*. Αμνιοπαρακέντηση: θετική PCR για *Toxo*. Έλαβε σπιραμυκίνη.

Νεογνό άρρεν γεννήθηκε με Καισαρική Τομή, ΗΚ: 38+5εβδομάδων, ΒΓ:2910gr(25η-50η ΕΘ), ΜΣ:47cm(10η ΕΘ), ΠΚ:34cm(50η ΕΘ). Αντικειμενική εξέταση: φυσιολογική. Γενική αίματος-ηπατική λειτουργία: φυσιολογική, *Toxo* IgG:θετικά, IgM-IgA: αρνητικά, PCR αίματος: αρνητική, PCR ENY: θετική, Γενική ENY: κύτταρα:90/mm<sup>3</sup>, ερυθρά: 260/mm<sup>3</sup>, λεύκωμα:189mg/dl, σάκχαρο:35mg/dl, κάλι-λιθργεια ENY: στείρα. PCR αίματος-ούρων για CMV: αρνητική, VDRL:αρνητική.

Υπερηχογράφημα εγκεφάλου: αποπιτάνωση ινιακού λοβού. Βυθοσκοπήση: 2 κεντρικές ατροφικές ουλές αριστερού οφθαλμού. Λόγω δεδομένης διάγνωσης, δεν έγινε CT εγκεφάλου.

Έλαβε πυριμεθαμίνη, σουλφαθαζίνη, λευκοβορίνη.

Παρέμεινε στο Νεογνολογικό Τμήμα 2 μήνες ασυμπτωματικό. Συνεστήθη συνέχιση αγωγής και MRI εγκεφάλου λόγω μηνιγγίτιδας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Είναι αναγκαίο σε υποψία συγγενούς τοξοπλάσμωσης να γίνεται πλήρης έλεγχος: ορολογικές εξετάσεις, PCR αίματος-ENY, απεικόνιση εγκεφάλου, βυθοσκοπήση, ακόμα και αν ορισμένες εξετάσεις είναι αρνητικές, όπως στο περιστατικό μας που είχε αρνητική PCR αίματος. Παράγοντες κινδύνου: κατανάλωση μη καλά μαγειρεμένου-ομού κρέατος, μη καλά πλυμένα φρούτα-λαχανικά, επαφή με γάτες, ζεστά-υγρά κλίματα. Το screening για *Toxo* είναι διαθέσιμο και φθινό και πρέπει να γίνεται σε όλες τις έγκυες.

## ΣΗΨΑΙΜΙΑ ΑΠΟ OCHROBACTERUM ANTHROPI ΣΕ ΟΨΙΜΟ ΠΡΩΨΟ ΝΕΟΓΝΟ

Σ. Γκάντσεβα<sup>1</sup>, Ε. Ισαακίδου<sup>1</sup>, Μ. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Β. Φαλαίνα<sup>1</sup>, Π. Κάριε<sup>2</sup>, Δ. Αντίοχος, Μ. Θεοδωράκη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MENN ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά, «Αγ. Παντελεήμων», Πειραιάς, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων», Πειραιάς

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το *Ochrobacterum anthropi* είναι Gr-αρνητικό αερόβιο αζιμωτικό βακτηρίδιο, το οποίο βρίσκεται ευρέως στο περιβάλλον. Ως ευκαιριακό παθογόνο αντιμετωπίζεται δύσκολα διότι η ευαισθησία του διαφέρει in vivo από in vitro.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πρόκειται για θήλυ νεογνό, γεννημένο στη Σάμο από πρωτοτόκο μητέρα, πρόσφυγα από Συρία, μετά από απαρακολούθητη 35 εβδομάδων κύηση με ΦΤ και ΒΓ:2250g. Το Apgar score 1ο και στο 5ο λεπτό ήταν 7 και 9 αντίστοιχα. Λόγω προωρότητας και αναπνευστικής δυσχέρειας μεταφέρθηκε στη MENN,

όπου ετέθη σε O2 για 12 ώρες και αγωγή με αμιικιλίνη και αμικασίνη. Την 3η ημέρα ζωής ξεκίνησε οίτιση, όμως παρουσίασε ύποπτη εικόνα λοίμωξης με μετεωρισμό κοιλίας και χολώδη γαστρικά υγρά. Την 5η ημέρα ζωής επιδεινώθηκε κλινικά και εργαστηριακά: WBC 17630/mm<sup>3</sup> (πολυμορφοκυτταρικός τύπος 92%), PLT 65000, CRP 80,8 mg/L. Από επανειλημμένες κ/ες αίματος απομονώθηκε *Ochrobacterum anthropi*. Αντιμετωπίστηκε με μεροπενέμη και γενταμικίνη βάσει αντιβιογράμματος με ικανοποιητική ανταπόκριση πλην των χολωδών γαστρικών που επέμεναν έως τη 10η ημέρα ζωής. Τη 12η ημέρα ζωής εμφανίσε μυκηταίμια από *Candida parapsilosis* οπότε προστέθη αντιμυκητιασική αγωγή για 50 ημέρες. Εξήλθε την 71η ημέρα ζωής σε καλή γενική κατάσταση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ανεξάρτητα της διασποράς του *O.anthropi* στο έδαφος και στο νερό, οι λοιμώξεις αφορούν ασθενείς με ανοσοκαταστολή, συγγενείς ανωμαλίες, ινοκυστική νόσο ή κεντρικούς καθετήρες. Περιγράφουμε για πρώτη φορά στην ελληνική νεογνολογική βιβλιογραφία μια περίπτωση σημαμίας από *O. Anthropi* χωρίς αποδεδειγμένο επιβαρυντικό παράγοντα, πέραν της οριακής προωρότητας, και με καλή ανταπόκριση στη χορηγηθείσα αντιβιοτική αγωγή.

## ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΜΟΡΦΩΜΑ ΓΛΟΥΤΟΥ: ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΑΧΥΤΗΣ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΙΝΟΜΑΤΩΣΗΣ

Α. Λιανού<sup>1</sup>, Ε. Γιατράκου<sup>1</sup>, Α. Βοντζαλίδης<sup>1</sup>, Κ. Ζαννίκος<sup>1</sup>, Γ. Γκίκα<sup>1</sup>, Κ. Καραχρήστου<sup>1</sup>, Μ. Γαβρά<sup>2</sup>, Β. Δερμετζόγλου<sup>3</sup>, Κ. Στεφανάκη<sup>4</sup>, Κ. Νίκας<sup>5</sup>, Σ. Καραγιάννη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' ΜΕΝ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», ΑΘΗΝΑ, <sup>2</sup> Τμήμα Αξονικής/Μαγνητικής Τομογραφίας, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», ΑΘΗΝΑ, <sup>3</sup> Τμήμα Υπερήχων/Ακτινολογίας, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», ΑΘΗΝΑ, <sup>4</sup> Παθολογοανατομικό τμήμα, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», ΑΘΗΝΑ, <sup>5</sup> Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», ΑΘΗΝΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το συγγενές μόρφωμα γλουτιαίας χώρας στα νεογνά αποτελεί μια σπάνια νοσολογική οντότητα. Στη διαφορική διάγνωση περιλαμβάνεται το σάρκωμα, οι δεσμοειδείς όγκοι, το νευροϊνωμα, το λεμφαγγείωμα, το αιμαγγείωμα, το αμάρτωμα, οι δερμοειδείς και επιδερμοειδείς όγκοι και η διάχυτη νεογνική ινομάτωση. Η διάχυτη νεογνική ινομάτωση διακρίνεται στον μονήρη τύπο, τον τύπο με πολλαπλές εντοπίσεις και τον τύπο με πολλαπλές εντοπίσεις και σπλαγχνική συμμετοχή. Η αντιμετώπιση των παραπάνω νοσημάτων μπορεί να διαφέρει σημαντικά και συνεπώς η καθυστέρηση στην ορθή διάγνωση και θεραπεία μπορεί να επηρεάσει την πρόγνωση.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Νεογνό θήλυ 5 ημερών, εισήχθη για διερεύνηση συγγενούς μορφώματος γλουτιαίας χώρας με υπερηχογραφική υποψία αιμαγγειώματος. Το μόρφωμα ήταν ανώδυνο, μαλακής σύστασης, διαστάσεων 8x8 εκ, με επέκταση πέραν της μέσης γραμμής και φυσιολογικό υπερκείμενο δέρμα με υπερχύωση. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν αρνητικός για α-φετοπρωτεΐνη (AFP) και β-χοριακή γοναδοτροπίνη (β-hCG). Το υπερηχογράφημα εγκεφάλου, κοιλίας και καρδιάς ήταν φυσιολογικό. Το υπερηχογράφημα και η μαγνητική τομογραφία σφρυοειδούς και γλουτιαίας χώρας ανέδειξαν την παρουσία αγγειοβριθούς όγκου με πιθανότερες διαγνώσεις το αιμαγγείωμα ή ινοσάρκωμα. Ακολούθησε χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Η βιοψία ανέδειξε πρότυπο ανάπτυξης τύπου αιμαγγειοπεριζυττώματος με ανοσομορφολογικούς χαρακτήρες συμβατούς με διάχυτη νεογνική ινομάτωση. Το νεογνό εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση χωρίς επιπρόσθετη θεραπεία, με οδηγίες για υπερηχογραφική παρακολούθηση ανά μήνα και επανέλεγχο με μαγνητική τομογραφία σε ηλικία 3 μηνών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η διάγνωση της διάχυτης νεογνικής ινομάτωσης θα πρέπει να επιβεβαιώνεται ιστοπαθολογικά γιατί η κλινική και η απεικονιστική εικόνα μπορεί να παραπέμπει λανθασμένα σε αιμαγγείωμα. Η ορθή και άμεση διάγνωση είναι σημαντική για τη βελτιστοποίηση της θεραπείας και πρόγνωσης.

## ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΒΡΕΦΗ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΝΕΥΡΟΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

**Β.Χ. Σκουτέλης<sup>1,2</sup>, Σ. Παπαγιαννόπουλος<sup>2</sup>, Δ. Ιατρού<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας (Τ.Ε.Ι.), Τμήμα Φυσικοθεραπείας, <sup>2</sup>Ειδική Νευροψυχολογική Αγωγή (Ε.Ν.Α.), Χαλάνδρι

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα βρέφη υψηλού κινδύνου για νευροκινητικές διαταραχές χρήζουν πρώιμης φυσικοθεραπευτικής παρέμβασης. Η πλειονότητα των παιδιατρικών φυσικοθεραπευτών, παγκοσμίως, εφαρμόζουν παρεμβάσεις που στηρίζονται στις αρχές παραδοσιακών μεθόδων και κατά κύριο λόγο της προσέγγισης Bobath/NDT. Βάσει ερευνητικών δεδομένων, αυτές οι μέθοδοι κρίνονται αναποτελεσματικές ή με ελάχιστες ευεργετικές επιδράσεις στην κινητική ανάπτυξη. Οι επιστημονικές αυτές ενδείξεις, σε συνδυασμό με τις σύγχρονες θεωρίες ανάπτυξης κινητικού ελέγχου και κινητικής μάθησης και τους κανόνες του οικογενειοκεντρικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών φροντίδας, αναμόρφωσαν τις παραδοσιακές και δημιούργησαν νέες παρεμβάσεις.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα εργασία αναζητά, μέσα από την ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας, νέες στρατηγικές πρώιμης φυσικοθεραπευτικής παρέμβασης σε βρέφη υψηλού κινδύνου (ηλικίες 0-3) για νευροαναπτυξιακά προβλήματα.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η αναζήτηση διεξήχθη μέσω επιστημονικών βάσεων δεδομένων (MEDLINE/PubMed, EBSCO, PEDro, Google Scholar) από το 2005 έως τον Μάρτιο του 2016.

**Αποτελέσματα:** Εντοπίστηκαν επτά (7) προγράμματα πρώιμης φυσικοθεραπευτικής παρέμβασης:

- COPCA (Coping with and Caring for Infants with special needs)
- Activity-focused motor interventions for infants
- GAME (Goals-Activity-Motor-Enrichment) intervention programme for infants
- CareToy infant training
- UP-BEAT (Upper Limb Baby Early Action-observation Training)
- MOVE (Mobility Opportunities Via Education curriculum)
- mCIMT (modified Constrained Induced Movement Therapy).

**Συμπεράσματα:** Ανεξαρτήτων των διαφορετικών ονομάτων, τα σύγχρονα αυτά προγράμματα πρώιμης φυσικοθεραπευτικής παρέμβασης ακολουθούν όμοιες στρατηγικές και βασίζονται στις παρακάτω πέντε (5) κρίσιμες αρχές:

1. Ο φυσικοθεραπευτής δρα ως «προπονητής»
2. Το βρέφος αποτελεί «ενεργό επιτυχή προβλημάτων»
3. Η ενεργή συμμετοχή της οικογένειας είναι καθοριστική
4. Εμπλουτισμένο περιβάλλον παιχιδιού
5. Ποικιλομορφία εξάσκησης

## ΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΩΔΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

**Α. Βιδάκη<sup>1</sup>, Ε. Χατζάκης<sup>1</sup>, Χ. Θώμου<sup>1</sup>, Μ. Παπαδήμας<sup>1</sup>, Α-Σ Μανωγιαννάκη<sup>1</sup>, Μ. Κοροπούλη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η αρτηριοφλεβώδης δυσπλασία εγκεφάλου εκδηλώνεται στη νεογνική ηλικία συνήθως με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (ΣΚΑ).

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση νεογνού με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Νεογνό θήλυ ηλικίας κύησης 39+4 εβδομάδων, γεννήθηκε με ΚΤ, με ελεύθερο μαιευτικό και περιγεννητικό ιστορικό. Διακομίσθηκε σε ηλικία 2 ημερών από μαιευτήριο άλλου νομού λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας και κυάνωσης.

Κατά την εισαγωγή, το νεογνό ήταν σε επηρεασμένη γενική κατάσταση με κεντρική κυάνωση, κακή περιφερική κυκλοφορία και ταχυπνοϊκό με συνοδό γογγυσμό. Κατά την ακρόαση καρδιάς διαπιστώθηκε καρδιακό φύσημα έντασης 3/6 με υπερδυναμικό προκάρδιο και ηπατομεγαλία κατά την ψηλάφηση της κοιλίας. Το τεστ υπεροξίας ήταν παθολογικό, η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε καρδιομεγαλία και το υπερηχογράφημα καρδιάς διάταξη δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων, ανεπάρκεια τριγλώχινας και μεγάλη ASD. Διασωληνώθηκε και ετέθη σε SIMV με σταδιακή επιδείνωση της κλινικοεργαστηριακής του εικόνας (ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια). Ακολούθως διαπιστώθηκε μεγάλη σφύζουσα πρόσθια πηγή και ακουστό ενδοκράνιο φύσημα. Το υπερηχογράφημα και η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου επιβεβαίωσαν τη διάγνωση της αρτηριοφλεβώδους δυσπλασίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το νεογνό διεκομίσθη σε εξειδικευμένο κέντρο για εμβολισμό, όπου παρέμεινε για τέσσερις μήνες. Σε ηλικία 7 μηνών ακολούθησε δεύτερος εμβολισμός με καλά αποτελέσματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε νεογνά με ΣΚΑ η ακρόαση της κεφαλής είναι επιβεβλημένη και μπορεί να θέσει έγκαιρα τη διάγνωση της αγγειακής δυσπλασίας του εγκεφάλου βελτιώνοντας την πρόγνωση.

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ BARTTER ΣΕ ΠΡΩΡΟ ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΠΟΛΥΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΟΛΥΎΔΡΑΜΝΙΟΥ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

**Μ. Μηλιαράκη<sup>1</sup>, Μ. Πολυχρονάκη<sup>1</sup>, Ε. Χατζάκης<sup>1</sup>, Γ. Νιωτάκης<sup>1</sup>, Μ. Κοροπούλη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>MENN, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο, Ηράκλειο

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι σωληναριοπάθειες στα παιδιά αποτελούν σπάνια ομάδα διαταραχών, που οδηγούν σε σταδιακή έκπτωση των νεφρικών λειτουργιών, ανάλογα με το τμήμα του σωληναρίου που πάσχει.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση νεογνού με πολυϋδράμνιο και πολυουρία.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για άρρεν νεογνό, που γεννήθηκε με ΚΤ λόγω αλλοιώσεων παλμών, ΗΚ 34 εβδομάδες και ΒΓ 2400gr. Προγεννητικά αναφέρθηκε πολυϋδράμνιο, με χαρακτηριστική ανάγκη για εκκνωτικές παρακεντήσεις. Η φυσική εξέταση αμέσως μετά τη γέννηση δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Ωστόσο, από το 2ο 24ωρο ζωής το νεογνό παρουσίαζε σημαντική πολυουρία (>4ml/kg/h), μεγάλη απώλεια βάρους ~20% και σημεία επίμονης αφυδάτωσης παρά την εντατικοποιημένη ενυδάτωση. Σε αλληπάλληλους εργαστηριακούς ελέγχους ανιχνεύθηκε σταδιακή επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας (Ur 72mg/dl, Cr 1,01mg/dl) καθώς και σημαντικές ηλεκτρολυτικές διαταραχές (Na 123mEq/L, K 3mEq/L, Cl 84mEq/L, Ca 7mg/dl), με γρήγορη εγκατάσταση μεταβολικής αλκάλωσης, υπερρενιναϊμίας και υπεραλδοστερονισμού. Παράλληλα, ο απεικονιστικός έλεγχος των νεφρών ανέδειξε ηχογενές περιεχόμενο εντός των πυραμίδων και των μειζόνων καλύκων. Η συνολική κλινική εικόνα του νεογνού, δεδομένης της απουσίας υπέρτασης, συνηγορούσαν υπέρ σωληναριοπάθειας, με πιθανότερη τη νεογνική μορφή του συνδρόμου Bartter, οπότε ο ασθενής ετέθη σε αγωγή με ινδομεθακίνη από το 10ο 24ωρο ζωής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η τελική διάγνωση τέθηκε γονιδιακά καθώς ανευρέθηκε μετάλλαξη στο γονίδιο SLC12A1 του χρωμοσώματος 15, που οδηγεί στην εμφάνιση της νεογνικής μορφής Bartter τύπου 1. Παράπεμφθηκε σε παιδονεφρολογικό τμήμα με καλή νεφρική λειτουργία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το σύνδρομο Bartter αποτελεί μία σπάνια ομάδα σωληναριοπαθειών με επιφυλακτική πρόγνωση στα παιδιά. Η διάγνωση βασίζεται στα συμβατά κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά και στο προγεννητικό ιστορικό πολυϋδραμνίου, ενώ θα πρέπει να επιβεβαιώνεται με γενετικό έλεγχο.



## ΣΥΡΡΟΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ KLEBSIELLA ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.

Ν. Λειψού<sup>1</sup>, Π. Λουκέρη<sup>1</sup>, Α. Λουριδά<sup>2</sup>, Α. Χαρισιάδου<sup>2</sup>, Π. Γιακκούπη<sup>3</sup>, Ε. Μπούζα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Νοσοκομείο Παιδών "Αγία Σοφία", Αθήνα, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο και Επιτροπή Λοιμώξεων Νοσοκομείου Παιδών "Αγία Σοφία", Αθήνα, <sup>3</sup>Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας, ΕΣΔΥ/ΚΕΕΛΠΝΟ, Βάση

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι λοιμώξεις στην Εντατική Μονάδα Νεογνών μπορεί να είναι απειλητικές για τη ζωή των νοσηλευόμενων. Ο εντερικός αποικισμός από παθογόνα μικρόβια ευνοεί τις λοιμώξεις.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο έλεγχος της φορέας των νεογνών ως μέτρο πρόληψης ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων.

**ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΙ:** Από Ιούνιο έως Οκτώβριο 2015 παρατηρήθηκε αυξημένος αριθμός περιστατικών με αποικισμό από ανθεκτικά στις καρβαπενέμες στελέχη *Klebsiella* spp. (n=19) και *E.Coli* (n=7). Τρία εξ'αυτών παρουσίασαν βακτηριαιμία. Ασθενείς και φορείς απομονώθηκαν, έχοντας αποκλειστικό προσωπικό νοσηλείας. Έγινε περιβαλλοντικός έλεγχος των χώρων της μονάδας και στα χέρια προσωπικού, ενώ διεκόπη η εισαγωγή νέων ασθενών για απολύμανση της μονάδας. Πραγματοποιήθηκε μελέτη του μηχανισμού αντοχής με αντιβιογράμματα και PBA test και ανίχνευση του γονιδίου *blaKpc* με PCR. Τα isolates από τον έλεγχο της φορέας εισόδου των νεογνών στη μονάδα και ακολούθως κάθε μήνα, τυποποιήθηκαν μοριακά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα στελέχη που είχαν αντοχή στις καρβαπενέμες, είχαν θετικό PBA test και το γονίδιο *blaKpc*. Τα παραπάνω στελέχη δεν απομονώθηκαν στο περιβάλλον. Η μοριακή τυποποίηση έδειξε ότι το 50% περίπου από τα isolates *Klebsiella* ήταν γενετικά όμοια, ενώ τα υπόλοιπα είχαν ομοιότητα <80%. Όλα τα στελέχη *E.Coli* ήταν όμοια μεταξύ τους. Το πλασμιδίο που έφερε το γονίδιο *blaKpc* ήταν μεταφερόμενο μέσω σύζευξης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Πρόκειται για πρώτη επιδημία KPC-2 σε παιδιατρικό νοσοκομείο που οφειλόταν στην κλινική διασπορά isolates *E.Coli* και στη μετακίνηση πλασμιδίου μεταξύ διαφορετικών κλώνων *Klebsiella*. Ο έλεγχος της φορέας των νεογνών κατά την είσοδο τους στη ΜΕΝΝ και ανά μήνα, είχε ως αποτέλεσμα την ταχεία τεκμηρίωση της διασποράς και την έγκαιρη λήψη μέτρων που πέτυχαν τον έλεγχο της επιδημίας.

## ΤΕΡΑΣΤΙΑ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΥΔΡΟΝΕΦΡΩΣΗ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

Β.Μούγιου, Ι.Δρίκος, Ε.Ράγου, Δ.Μπριάντα, Θ.Μπούτσιου, Γ.Καφαλίδης, Ρ.Σώκου, Ν.Ιακωβίδου, Α.Μαλαμίτση – Πούχγερο  
Νεογνολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η εμβρυϊκή υδρονέφρωση αποτελεί συχνό υπερηχογραφικό εύρημα και κατηγοριοποιείται βάσει της προσθιοπίσθιας διαμέτρου της νεφρικής πυέλου (RPD). Παρότι η διάταση του πυελοκαλυνκικού συστήματος υποχωρεί σε 41-88% των περιπτώσεων μετά τη γέννηση, σε μικρό ποσοστό εμβρύων (4.1-15.4%) διαγιγνώσκεται ανωμαλία του ουροποιητικού συστήματος. Περιπτώσεις με RPD>7mm χρήζουν παρακολούθησης μετά τη γέννηση για αποκλεισμό παθολογίας από τους νεφρούς και στενό follow-up σε σοβαρού βαθμού διάταση (>15mm), καθώς το 94% αυτών των περιπτώσεων οφείλεται σε σοβαρή ανωμαλία του ουροποιητικού, όπως βαλβίδες οπίσθιας ουρήθρας, κυστεοουρητηρική παλινδρομηση, στένωση της πυελοουρητηρικής συμβολής.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διερεύνηση εξαιρετικά μεγάλου βαθμού υδρονέφρωσης σε νεογνό.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Άρρεν, όψιμο πρόωρο νεογνό (36+3 εβδ.), με βάρος σώματος 2910g (83η ΕΘ) γεννήθηκε με καισαρική τομή από πρωτοτόκο μητέρα 17 ετών. Στο υπερηχογράφημα β' επιπέδου διαπιστώθηκε φυσιολογική ποσότητα αμνιακού υγρού, αλλά διάταση του πυελοκαλυνκικού συστήματος άμφω: αριστερά, σοβαρή διάταση με ηχογενή φλοιό και δεξιά, ήπια με φυσιολογικό φλοιό, ενώ η υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη του εμβρύου ήταν φυσιολογική. Υπερηχογράφημα στις 36+2 εβδ. έδειξε RPD 30.8 mm στην αριστερή πυέλο και 46.1 mm στη δεξιά, με συνέπεια την επείγουσα καισαρική τομή.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η αντικειμενική εξέταση του νεογνού, αμέσως μετά τη γέννηση, ήταν φυσιολογική, πλην κρυπορχίας αριστερά. Η ακτίνα ούρησης ήταν καλή και η νεφρική λειτουργία, βάση εργαστηριακών δεικτών, φυσιολογική. Χορηγήθηκε αντιβιοτική χημειοπροφύλαξη και το νεογνό διακομίσθηκε σε παιδιατρικό νοσοκομείο, όπου τέθηκε η διάγνωση των αποφρακτικών μεγαουρητήρων άμφω.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρουσία αποφρακτικών μεγαουρητήρων άμφω αποτελεί σημαντικό αν και σπάνιο αίτιο νεογνικής υδρονέφρωσης (4% του συνόλου των περιπτώσεων) και απαιτεί προσεκτική αξιολόγηση και παρακολούθηση έως τη χειρουργική αποκατάσταση.

## ΥΔΡΑΜΝΙΟ ΣΕ ΕΛΑΦΟΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΤΡΗΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Α. Κοντογεώργου, Μ. Παλασταύρου, Θ. Μπούτσιου, Ν. Ιακωβίδου, Δ. Μπριάντα, Α. Αραβαντινός, Κ. Πανουλής, Α. Μαλαμίτση – Πούχγερο  
Νεογνολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ατρησία οισοφάγου είναι η συγγενής ανωμαλία που προκαλείται από την κατάληξη του οισοφάγου σε τυφλό άκρο. Αφορά 1:3000 – 1:4500 γεννήσεις και εμφανίζεται συχνότερα στο άρρεν φύλο. Στο 85-90% των περιπτώσεων συνυπάρχει τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο (TOF). Προγεννητικά ευρήματα μπορεί να είναι η ύπαρξη υδραμνίου και η απουσία της γαστρικής φυσαλίδας στο υπέρηχογράφημα β-επιπέδου. Εξάλλου, η ύπαρξη υδραμνίου σε περιπτώσεις Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης (ΣΔΚ) οφείλεται σε αυξημένη παραγωγή αμνιακού υγρού από το μακροσωμικό έμβryo λόγω ωσμωτικής διούρησης και αφορά το 5-26% των περιπτώσεων υδραμνίου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διερεύνηση συνύπαρξης δύο παραγόντων κινδύνου για υδράμνιο (ατρησίας οισοφάγου και ΣΔΚ) σε κύηση χωρίς παθολογικά ευρήματα για ατρησία στο υπερηχογράφημα βε επιπέδου.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ:** Πρόωρο θήλυ νεογνό με βάρος γέννησης 1910 g γεννήθηκε με καισαρική τομή μετά από αυτόματη ρήξη θυλακίου από πρωτοτόκο μητέρα με ατομικό αναμνηστικό ΣΔΚ υπό ινσουλίνη. Προγεννητικά διαπιστώθηκε υδράμνιο που αποδόθηκε στον μη ικανοποιητικά ρυθμισμένο ΣΔΚ, ενώ στο υπερηχογράφημα β-επιπέδου ήταν ορατή η γαστρική φυσαλίδα. Το νεογνό παρουσίασε στο 10ο λεπτό ζωής έντονη σιελόρροια και αναπνευστική δυσχέρεια, οπότε ακτινολογικά ετέθη η διάγνωση της ατρησίας οισοφάγου και πιθανολογήθηκε η συνύπαρξη TOF.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ατρησία οισοφάγου διαπιστώνεται προγεννητικά σε 10% των περιπτώσεων, ενώ η υπερηχογραφική παρουσία γαστρικής φυσαλίδας δεν δύναται να την αποκλείσει. Τα προγεννητικά ευρήματα έχουν θετική προγνωστική αξία 56% ενώ η προγεννητική υπερηχογραφική διάγνωση της ατρησίας οισοφάγου έχει ευαισθησία 42%. Επιπρόσθετα, ο αρρυθμιστος ΣΔΚ αυξάνει κατά 70% τον κίνδυνο ατρησίας οισοφάγου. Η ύπαρξη υδραμνίου πρέπει να αποδίδεται στον ΣΔΚ όταν αποκλεισθούν πιθανές συγγενείς ανωμαλίες απόφραξης του γαστρεντερικού σωλήνα.



## ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΒΙΟΣΥΝΘΕΣΗΣ CoQ10: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΜΙΤΟΧΟΝΔΡΙΑΚΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ-ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΕΠΙΟΜΕΝΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Μ. Δασοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Κατσαλούλη<sup>2</sup>, Γ. Γυφτοδήμου<sup>3</sup>, R. Rodenburg<sup>4</sup>, X. Ζαχαριουδάκη<sup>1</sup>, Ε. Μιχελιάκη<sup>5</sup>, Ε. Μπούζα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' ΜΕΝΝ Γ. Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>2</sup>Νευρολογική Κλινική Γ. Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>3</sup>Τμήμα Γενετικής Γ. Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>4</sup>Clinical Genetics, Nijmegen Centre for Mitochondrial Disorders, The Netherlands, <sup>5</sup>Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού (IYI) Γ. Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το CoQ10 συμμετέχει στην αναπνευστική αλυσίδα για τη μεταφορά ηλεκτρονίων από τα complexes I, II στο III, στην β-οξειδωτική των λιπιδίων, βιοσύνθεση των πυριμιδινών, ως αντιοξειδωτικός παράγοντας και στην απόπτωση. Η μετάλλαξη ενός των υπευθύνων γονιδίων (COQ4) μεταβιβάζεται με αυτόσωμο επικρατούντα τύπο. Η χορήγηση του Q10, προλαμβάνει τις σοβαρές εκδηλώσεις της νόσου και σταματά την εξέλιξη της εγκεφαλομυοπάθειας, χωρίς όμως υποστροφή των ήδη εγκατεστημένων βλαβών.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** τελειόμηνο άρρην (ΒΓ 3160 gr), 1ο παιδί, γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό, από πατέρα, που έπασχε από νεφρωσικό σύνδρομο, ανθεκτικό στα στεροειδή, παρουσίασε αναπνευστική δυσχέρεια και υποτονία. Τη 14η ημέρα έπεσε σε κόμα, λόγω σοβαρής γαλακτικής οξέωσης. Παρουσίαζε υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, εγκεφαλομυοπάθεια, οπτική ατροφία, νευροαισθητηριακή βλάβη της ακοής, απειλητικά επεισόδια γαλακτικής οξέωσης. Το νεογνό κατάληξε αιφνιδίως, πριν λάβει θεραπεία υποκατάστασης. Περιφερικό αίμα, κ/α ινοβλαστών και κατεψυγμένο δείγμα μύος εστάλησαν σε κέντρο αναφοράς μεταβολικών νοσημάτων του εξωτερικού. Ο ποσοτικός προσδιορισμός και δραστηριότητα ενζύμων της αναπνευστικής αλυσίδας ήταν φυσιολογικός. Η βιοχημική ανάλυση ινοβλαστών έδειξε μειωμένη δραστηριότητα succinate cytochrome c oxidoreductase (complex II+III), ενώ η μεμονωμένη δραστηριότητα του complex II και III ήταν φυσιολογική και τα επίπεδα του Q10 ελαττωμένα. Ο έλεγχος μιτοχονδριακού DNA μητέρας και νεογνού ανέδειξε μια σειρά από τυχαίες μεταλλάξεις. Ο έλεγχος του πυρηνικού DNA απέδειξε ομόζυγη μετάλλαξη στο νεογνό, που αφορούσε το γονίδιο COQ4. Η μητέρα είναι έγκυος και λαμβάνει προγεννητικά θεραπεία υποκατάστασης με Q10.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η στοχευμένη διερεύνηση σε εξειδικευμένα νοσοκομεία αναφοράς πολλαπλών βιολογικών υλικών μειώνει το κόστος και οδηγεί στην έγκαιρη διάγνωση, προγεννητική συμβουλή και παρέμβαση με θεραπείες υποκατάστασης στην έγκυο.

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΝΕΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ-ΠΡΩΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ε. Λουκάτου<sup>1</sup>, Σ. Γαβρίλη<sup>1</sup>, Ε. Μπούζα<sup>2</sup>, Ρ. Γραντισιώτη<sup>1</sup>, Γ. Μπαρούτης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Γ.Ν. «Αλεξάνδρα», Αθήνα, <sup>2</sup>Β' ΜΕΝΝ Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα πρόωρα νεογνά που εξέρχονται από τις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας (ΜΕΝΝ) παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για χρόνια νοσήματα και νευροαναπτυξιακά προβλήματα. Παρακολουθούνται με τα προγράμματα διαχρονικής παρακολούθησης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση των πρώτων αποτελεσμάτων από το νέο πρόγραμμα διαχρονικής παρακολούθησης νεογνών της ΜΕΝΝ του Νοσοκομείου «Αλεξάνδρα»

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Τα πρόωρα νεογνά με ηλικία κύησης (ΗΚ) <36 εβδομάδων που εξετάστηκαν στο ιατρείο διαχρονικής παρακολούθησης από τον Φεβρουάριο 2012 έως τον Δεκέμβριο 2015 και έφθασαν την διορθωμένη ηλικία των 12 μηνών τουλάχιστον. Η αξιολόγηση έγινε από 2 νεογνολόγους με εκπαίδευση στην νευροαναπτυξιακή εκτίμηση καθώς και από μια φυσιοθεραπεύτρια εξειδικευμένη στα προβλήματα των προώρων νεογνών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τα 190 παιδιά που προσήλθαν στο ιατρείο, πληρούσαν τις προϋποθέσεις για ανάλυση τα 89. Μέσο Βάρος Γέννησης 1827±600gr, μέση ΗΚ 32,7±3,36 εβδομάδες. Μέσος όρος διορθωμένης ηλικίας εξέτασης 19,6 μήνες (12-36 μήνες). Επιμένοντα νεογνικά προβλήματα παρουσίαζαν 4 (4,3%), νοσηλεύθηκαν 14 (15,1%), χειρουργήθηκε 1 (1,1%). Από τον εργαστηριακό έλεγχο, αναιμία παρουσίαζαν 16 (17,2%), υπασβεστιαμία 8 (8,6%) και προβλήματα θυρεοειδούς 4 (4,3%). Από την νευροαναπτυξιακή εκτίμηση της τελευταίας αξιολόγησης 77 (83%) ήταν φυσιολογικά ενώ προβλήματα παρουσίαζαν τα 16 (17%): στην αργή κινητικότητα 8,6%, στη λεπτή κινητικότητα 10,7%, συμπεριφοράς 3,2%, λόγω 8,6%, οπτικοκινητικού συντονισμού 2,15%, αντίληψης 4,3%. Έγινε παραπομπή σε αντίστοιχα θεραπευτικά προγράμματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η έγκαιρη διάγνωση των προβλημάτων των πρώτων νεογνών μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΝΝ από ένα κατάλληλα δομημένο πρόγραμμα παρακολούθησης, οδηγεί στην έγκαιρη παρέμβαση.

## ΔΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕ ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΡΗΞΗ

Μ.Στέρη<sup>1</sup>, Α.Μαρτινοπούλου<sup>1</sup>, Γ.Παπούνης<sup>2</sup>, Α.Παυλάκη<sup>1</sup>, Γ.Τετζιρίδη<sup>1</sup>, Ε.Αναστασιάδου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεογνολογικό Τμήμα – Εντατική Νοσηλεία Νεογνών ΕΣΥ Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, <sup>2</sup>Παιδοχειρουργική Κλινική (ΕΣΥ), Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι διπλασιασμοί του γαστρεντερικού σωλήνα είναι σπάνιες συγγενείς ανωμαλίες που μπορεί να ποικίλουν πολύ στην εμφάνιση, μέγεθος, εντόπιση και συμπτώματα. Η συνηθέστερη εντόπιση είναι στο λεπτό έντερο.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγράφεται περίπτωση οξείας κοιλίας σε νεογνό λόγω συστροφής και ρήξης κυστικού διπλασιασμού του λεπτού εντέρου. Τονίζεται η αναγκαιότητα να υπάρχει επαγρύπνηση για αυτή την απειλητική για τη ζωή κατάσταση, παρά την εξαιρετική σπανιότητά της.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ:** Νεογνό, θήλυ, ΔΚ=35W, ΒΓ=2910gr, που γεννήθηκε από δευτεροτόκο μητέρα με καισαρική τομή λόγω προηγηθείσας και προγεννητικής ανεύρεσης διατεταμένης κοιλίας εμφύου, διακομίστηκε στο τμήμα μας από ιδιωτική κλινική την 2η ημέρα ζωής λόγω έντονου μετεωρισμού. Μητέρα με ελεύθερο ιστορικό, εντόνως κερωσμένο αμνιακό υγρό, αποβολή μηχανίου αμέσως μετά τον τοκετό. Μετά τη γέννηση, προοδευτικά επιδεινούμενη κοιλιακή διάταση με διαγραφή εντερικών ελίκων, σταδιακή εξάλειψη εντερικών ήχων και αποβολή χολωδών γαστρικών υγρών από Levin. Η ακτινογραφία, το υπέρηχο κοιλίας και η διάβαση ανώτερου πεπτικού δεν κατέδειξαν ειδικά ευρήματα πλην έντονης αεροπλήθειας, μικρής ποσότητας ελεύθερου ασπιτικού υγρού και μετρίου βαθμού διάτασης ελίκων νήσιδας και εγγύς ειλεού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη χειρουργική διερεύνηση βρέθηκε στη μεσότητα μεταξύ νήσιδας και ειλεοσφυλικής ευμεγέθους διπλασιασμός του λεπτού εντέρου με συστροφή και ρήξη. Το παθολογικό τμήμα ήταν κυστικό, διαμέτρου 5 εκ. και περιβρογγίζε το περίεξ τμήμα του εντέρου. Έγινε μικρή εντερεκτομή ≈ 5εκ. και τελικοτελική αναστόμωση. Η παθολογοανατομική εξέταση έδειξε ολική νέκρωση βλενογόνου της κυστικής βλάβης, εστιακή νέκρωση του τοιχώματος και συμφύσεις προς λεπτό έντερο και ήπαρ. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και το νεογνό εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι διπλασιασμοί του πεπτικού σωλήνα απαντώ-

νται σε οποιαδήποτε θέση από το στόμα έως τον πρωκτό, με συχνότητα 1:25.000 γεννήσεις. Στον ειλέο είναι η συνηθέστερη εντόπιση και στην πλειονότητά τους οι βλάβες είναι κυστικές που επενδύονται με εντερικό ή γαστρικό βλεννογόνο, έχουν λείο μυϊκό χιτώνα και λαμβάνουν αιμάτωση από το τμήμα από το οποίο εξορμούνται. Δυνητικές επιπλοκές είναι η αιμορραγία, διάτρηση, εντερική απόφραξη, συστροφή και η κακοήθης εξάλλαξη. Η νόσος ανακαλύπτεται στο 1/3 των περιπτώσεων κατά τη νεογνική ηλικία και στα 2/3 κατά τα δύο πρώτα έτη της ζωής. Η διάγνωση τίθεται συνήθως διεγχειρητικά και όχι προεγχειρητικά και συνεπώς η έγκαιρη λαπαροτομία είναι αναγκαία για την επιβίωση.

## Η ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΟΝΕΪΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ ΤΟΥΣ ΠΡΩΤΟΥΣ ΒΡΕΦΙΚΟΥΣ ΜΗΝΕΣ. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ ΓΟΝΕΪΚΗΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ

**Μ. Δασοπούλου<sup>1</sup>, Φ. Ανατολίτου<sup>1</sup>, Κ. Πάπλος<sup>2</sup>, Π. Λουκέρη<sup>1</sup>, Ε. Μπούζα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>B' MENN Γ.Ν.Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>2</sup>Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ. «Σωτηρία», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η σχετική με το θηλασμό φιλολογία, στηρίζεται σε ένα πρότυπο φροντίδας, με επίκεντρο το γονεϊκό προγραμματισμό, που επιβάλλεται από ενωρίς στο βρέφος (γονοκεντρικό). Ωστόσο ο μητρικός θηλασμός απαιτεί μια από το βρέφος καθοδηγούμενη (βρεφοκεντρική) γονεϊκή ανταπόκριση, αφού στηρίζεται στην καταεπίκληση ανάγκη σίτισης. Αυτή επηρεάζει όχι μόνο τη σίτιση αλλά το προφίλ ζωής του ζευγαριού και έρχεται σε σύγκρουση με θεωρίες, που ενθαρρύνουν την επιβολή από ενωρίς πειθαρχίας, και υποταγής στην οικογενειακή ρουτίνα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά μελέτες διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της διάρκειας του μητρικού θηλασμού και του πρότυπου γονεϊκής φροντίδας (γονοκεντρικής/ βρεφοκεντρικής). **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναζητήθηκαν από τη διεθνή βιβλιογραφία PubMed, EMBASE, CINAHL, όλες οι σχετικές με το θέμα μελέτες στην Αγγλική, με λέξεις κλειδιά: μητρικός θηλασμός διάρκεια, στυλ γονεϊκής φροντίδας, βρέφος ανταπόκριση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μία μελέτη (Brown A, et al. 2014), (Swansea, UK), εντοπίστηκε. 508 μητέρες συμπλήρωσαν ειδικό ερωτηματολόγιο. Οι πιο ηλικιωμένες και μορφωμένες μητέρες ανέφεραν περισσότερο γονοκεντρική φροντίδα, μεγαλύτερο άγχος και λιγότερο «κανάκεμα» του βρέφους. Οι μητέρες των πρόωρων και λιποβαρών νεογνών υιοθετούσαν επίσης γονοκεντρικό στυλ φροντίδας. Οι μητέρες, που θήλασαν, ανέφεραν περισσότερο βρεφοκεντρική φροντίδα, λιγότερο άγχος και περισσότερο «κανάκεμα». Το άγχος και το «κανάκεμα» διέφεραν στατιστικά ανάμεσα στη γονοκεντρική και βρεφοκεντρική φροντίδα αλλά η διαφορά δεν υφίστατο μετά τις 6 εβδομάδες ζωής. Η βρεφοκεντρική φροντίδα σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού σε σύγκριση με τη γονοκεντρική και η διαφορά παρέμεινε έως την 26η εβδομάδα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η βρεφοκεντρική φροντίδα σε αντίθεση με τη γονοκεντρική έχει σχέση αν και όχι αιτιολογική με την παρότρυνση του θηλασμού.

## Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΣΥΜΒΑΛΛΕΙ ΑΠΟΦΑΣΙΣΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

**Μ. Δασοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Παπλός<sup>2</sup>, Π. Λουκέρη<sup>1</sup>, Φ. Ανατολίτου<sup>1</sup>, Ε. Μπούζα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>B' MENN, Γ.Ν.Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>2</sup>Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η προσωπικότητα της μητέρας παίζει σημαντικό ρόλο στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού και η αναγνώρισή της με τη χρήση ειδικών ερωτηματολογίων-εργαλείων θα συνέβαλε στην ενίσχυση της πρόθεσης και αποτελεσματικότητας του θηλασμού.

**ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ:** Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με μελέτες συσχέτισης της προσωπικότητας της μητέρας με τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού ώστε να υιοθετηθούν στοχευμένες παρεμβάσεις, για την αύξηση των χαμηλών ποσοστών μητρικού θηλασμού.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναζητήθηκαν μελέτες στην Αγγλική, με τη χρήση ερωτηματολογίου, που αφορούσε την προσωπικότητα της θηλάζουσας μητέρας από τη βάση δεδομένων Pub Med, EMBASE, CINAHL, χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά όπως θηλασμός, εμπιστοσύνη, αποτελεσματικότητα, είδος προσωπικότητας, κοινωνική στήριξη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Δύο μελέτες (Brown A. et al 2014, Wagner C L. et al 2005) εντοπίστηκαν.

Η πρώτη (602 μητέρες, Swansea, Αγγλίας) έκανε χρήση ερωτηματολογίων (Cosling et al. 2003) για την κατηγοριοποίηση προσωπικότητας, τη στάση απέναντι στο θηλασμό και των λόγων διακοπής του.

Ο εξωστρεφής, συναισθηματικά σταθερός και ευσυνειδητός τύπος προσωπικότητας σχετίστηκε σημαντικά με μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού. Στάσεις, εμπειρίες και αντιλήψεις για τη δυσκολία του θηλασμού και έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, με βάσει τους τύπους προσωπικότητας, παίζουν σημαντικό ρόλο.

Στη δεύτερη μελέτη (234 μητέρες, Ν. Καρολίνα) χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο προσωπικότητας (NEO-PI-R).

Η εξωστρεφής και ανοικτή σε εμπειρίες προσωπικότητα σχετίστηκε με έναρξη του θηλασμού (p<0,05), όπως και η υψηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η θηλαστική εμπειρία, προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, η πρόθεση επιστροφής στην εργασία, η στάση απέναντι στο θηλασμό και οι επιπλοκές τοκετού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Τα ερωτηματολόγια προσωπικότητας συμβάλλουν σημαντικά στην αναγνώριση των μητέρων εκείνων, που θα χρειαστούν υποστήριξη για την έναρξη και συνέχιση του θηλασμού.

## Η ΥΨΗΛΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΣΤ-ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ ΠΡΟ- ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

**Χ.Ζαχαριουδάκη<sup>1</sup>, Χ.Πετροπούλου<sup>1</sup>, Α.Κουρτέσης<sup>2</sup>, Ε.Καράνασιος<sup>3</sup>, Α.Γιαννακοπούλου<sup>3</sup>, Μ. Χασιώτου<sup>4</sup>, Ε.Μπούζα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>B' M.E.N.N. Γ.Ν.Π. «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>2</sup>Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Π. «Η Αγ. Σοφία», Αθήνα, <sup>3</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Π. «Η Αγ. Σοφία», Αθήνα, <sup>4</sup>Τμήμα Αξονικού και Μαγνητικού Τομογράφου, Γ.Ν.Π. «Η Αγ. Σοφία», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η συχνότητα των συγγενών καρδιοπαθειών υπολογίζεται στο 0,8-1% των ζώντων νεογνών. Η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση εξαρτάται στις περισσότερες εξ' αυτών από τη συνεπίμψη των κλινικών ευρημάτων, του υπερηχογραφήματος και του καρδιακού καθετηριασμού.

Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός τελειομένου άρρενος νεογνού με προγεννητικό εύρημα συγγενούς καρδιοπάθειας που υπεβλήθη σε



αξονική αγγειογραφία προκειμένου να τεκμηριωθεί η διάγνωση και να σχεδιαστεί η καρδιοχειρουργική του αντιμετώπιση. Το 3ο 24ωρο ζωής και όταν το επέστρεψε η κατάσταση του νεογνού, έγινε καρδιακός καθετηριασμός από τον οποίο ετέθη η υπόνοια του υποπλαστικού αορτικού τόξου χωρίς περαιτέρω σαφείς πληροφορίες. Για το λόγο αυτό διενεργήθηκε προεγχειρητικά αξονική αγγειογραφία, η οποία επιβεβαίωσε τη διάγνωση της στένωσης του ισθμού της αορτής με συνοδό υποπλαστικό τόξο και υποπλαστική αριστερή κοιλία, με απόλυτη σαφήνεια. Το νεογνό υπεβλήθη σε απολίνωση αρτηριακού πόρου, εκτομή του στενωμένου τμήματος της αορτής και τελικοτελική αναστόμωση στο έλασσον τόξο του άνω τμήματος του αορτικού τόξου με την κατιούσα αορτή. Το αποτέλεσμα της επέμβασης αξιολογήθηκε με την εκ νέου διενέργεια αξονικής αγγειογραφίας και κρίθηκε εξαιρετικό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η αξονική αγγειογραφία είναι μια μέθοδος με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα και μπορεί με ασφάλεια να χρησιμοποιηθεί σε νεογνά με πιθανή συγγενή καρδιοπάθεια για τη σαφή διάγνωση και την ορθή θεραπευτική στρατηγική. Είναι λιγότερο επεμβατική μέθοδος σε σχέση με τον καρδιακό καθετηριασμό και πιο ασφαλής, καθώς χρησιμοποιεί μικρότερη ποσότητα σκιαγραφικού και λιγότερη ακτινοβολία.

## ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟΣ ΧΥΛΟΘΩΡΑΚΑΣ ΒΡΕΦΟΥΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

**Α.Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Μ.Στέρη<sup>1</sup>, Χ.Φορούλης<sup>2</sup>, Κ.Μαρτινοπούλου<sup>1</sup>, Ι.Κώτσιος<sup>1</sup>, Β.Παπαβασιλείου<sup>1</sup>, Ε.Αναστασιάδου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεογνολογικό Τμήμα και Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών του ΕΣΥ, <sup>2</sup>Πποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, <sup>3</sup>Θωρακοχειρουργική Κλινική Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ως χυλοθώρακας ορίζεται η συγγένωση λέμφου στην πλευριτική κοιλότητα. Εμφανίζεται με μια συχνότητα 1 στις 10.000 γεννήσεις. Περιγράφεται η περίπτωση βρέφους με ιδιοπαθή ετερόπλευρο χυλοθώρακα που αντιμετώπιστηκε επιτυχώς χειρουργικά με απολίνωση του θωρακικού πόρου.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άρρεν βρέφος ηλικίας 33 ημερών που γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό και διάρκεια κνήσεως 39w από ΠΠτοκο μητέρα διακομίσθηκε στη ΜΕΝΝ ΕΣΥ από επαρχιακό νοσοκομείο λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας και παθολογικής ακτινολογικής εικόνας (εικόνα κατάληψης ΔΕ πνευμονικού πεδίου και ατελεκτασίας ΑΡ). Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται ρινίτιδα από τριήμερο και από το οικογενειακό αναμνηστικό προκύπτει περιστατικό χυλοθώρακα σε ανηψιό πατρικής προέλευσης σε ηλικία 5 ετών που αντιμετώπιστηκε χειρουργικά με παραμονή της θωρακικής παροχέτευσης έως την ηλικία των 13 ετών χωρίς τη δυνατότητα περισσότερων πληροφοριών για την αιτιολογία του χυλοθώρακα. Το βρέφος προσήλθε στη ΜΕΝΝ σε θερμοκοιτίδα και Ηbox με βαριά αναπνευστική δυσχέρεια, κυανωτικό, αδυναμία οξυγόνωσης και πολύ ελαττωμένη είσοδο αέρα στο ΔΕ ημιθώρακιο κατά την ακρόαση. Ακολούθησε άμεσα διασωλήνωση και λόγω των ακτινολογικών ευρημάτων, παρακέντηση του ΔΕ ημιθώρακίου και τοποθέτηση θωρακικής παροχέτευσης. Από την παροχέτευση εξήλθαν 150 ml γαλακτώδους υγρού, του οποίου η βιοχημική σύσταση επιβεβαίωσε την ύπαρξη χυλοθώρακα: τριγλυκερίδια 100>mg/dl, ολικά λευκώματα >20g/L, χοληστερόλη πλεον.υγρού/ορού<1. Την 3η ημέρα νοσηλείας ξεκίνησε ενδοφλέβια αγωγή με Octreotide, η οποία σταδιακά αυξήθηκε από 2g/kg/h έως 10g/kg/h και συνεχίστηκε έως την 33η ημέρα νοσηλείας χωρίς όμως μείωση της αποβαλλόμενης λέμφου. Την 50η ημέρα νοσηλείας λόγω της αποτυχίας των συντηρητικών μέτρων αντιμετώπισης του χυλοθώρακα διενεργήθηκε ΔΕ θωρακοτομή, απολίνωση του θωρακικού πόρου, τοποθέτηση θωρακικής παροχέτευσης και πλευροδεσία. Με-

τεγχειρητικά παρατηρήθηκε σταδιακή ελάττωση της αποβαλλόμενης λέμφου και την 24η μετεγχειρητική ημέρα αφαιρέθηκε η θωρακική παροχέτευση χωρίς την επανεμφάνιση χυλοθώρακα και γενικότερα επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο εμφάνισε χολόσταση, λεμφοπενία και υπογαμμασφαιριναιμία. Ο διαγνωστικός εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος δεν ήταν ενδεικτικός μιας συγκεκριμένης αιτιολογίας του χυλοθώρακα. Κατά την διάρκεια νοσηλείας του παρουσιάσε επίσης επαναλαμβανόμενα επεισόδια εμπυρέτου με θετικοποίηση τριών καλλιεργείων αίματος (-σψη από Staph.aureus, Enterobacter, Candida albicans). Το βρέφος παρουσίασε σταδιακή βελτίωση της χολόστασης με σίτιση γάλακτος ΜCT. Το ειδικό γάλα διακόπηκε την 67η ημέρα νοσηλείας και η σίτιση συνεχίστηκε με κοινό γάλα για βρέφη, που έγινε καλά ανεκτό. Το follow up για τους επόμενους 6 μήνες ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο χυλοθώρακας διακρίνεται σε πρωτοπαθή που μπορεί να οφείλεται σε συγγενείς ανωμαλίες του θωρακικού πόρου ή τον λεμφαγγείων και σε δευτεροπαθή που προκύπτει μετά από θωρακικές επεμβάσεις, τραύμα κατά τον τοκετό, καθετηριασμό ή θρόμβωση μεγάλων αγγείων. Η εμφάνισή του έχει συσχετισθεί με άλλες συγγενείς ανωμαλίες όπως η συγγενής λεμφαγγειεκτασία, συγγενείς καρδιοπάθειες, ενδοθωρακικές μάζες, εμβρυϊκό ύδρωπα, πολυδάμιο και διάφορα γενετικά σύνδρομα (Noonan, Turner, Down), τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο τύπου Η και συγγενή μυοτονική δυστροφία. Ο χυλοθώρακας ανεξάρτητα από την αιτιολογία του προκαλεί σοβαρές αναπνευστικές, διατροφικές και ανοσολογικές διαταραχές και η θνητότητά του κυμαίνεται 15-57%. Τα τελευταία χρόνια, από το 2003, στη συντηρητική αντιμετώπιση του χυλοθώρακα, περιλαμβάνεται ένα συνθετικό ανάλογο της σωματοστατίνης, η οκτρεοτίδη, η οποία ελαττώνει την παραγωγή και τη συσσώρευση λέμφου και η αποτελεσματικότητά της ανέρχεται σε 46%. Στις ανεπιθύμητες παρενέργειες συγκαταλέγονται κυρίως γαστροεντερικές διαταραχές, ΝΕΚ, χολόσταση και διαταραχές ηπατικής λειτουργίας. Στην πιο πρόσφατη βιβλιογραφία έχει αναφερθεί η χρήση sildenafil για την αντιμετώπιση χυλοθώρακα που οφείλεται σε συγγενή πνευμονική λεμφαγγειεκτασία. Χειρουργική αντιμετώπιση απαιτείται σε περίπτωση που δεν υποχωρεί η έξοδος λέμφου σε 2-4 εβδομάδες ή ξεπερνά τα 100 ml ανά ηλικιακό έτος ημερησίως για περισσότερες από 5 ημέρες παρά τη συντηρητική αγωγή. Περιλαμβάνει την απολίνωση θωρακικού πόρου, πλευροπεριτοναϊκή αναστόμωση και χημική πλευροδεσία.

### Βιβλιογραφία:

1. James D.Tutor, MD, Chylothorax in Infants and Children, J Paediatrics 2014;133:722-733.
2. Cochrane Neonatal Reviews, Octreotide for the treatment of chylothorax in neonates, 2010.
3. Mallese DT, Yoder BA. Congenital chylothorax treated with oral sildenafil: a case report and review of the literature, Journal of Perinatology (2015), 35, 384-386.
4. Rasiah SV, Oei J, Lui K. Octreotide in the treatment of congenital chylothorax. J Paediatr. Child Health 2004;40:585-8.
5. LY Siu S, SY Lam D. Spontaneous neonatal chylothorax treatment with octreotide. Journal of Paediatrics and Child Health 2006;42:65-7.
6. Andreou A., Papouli M., Papavasiliou V., Badouraki M. Postoperative Chylous Ascites in a neonate treated successfully with octreotide: bile sludge and cholestasis. American Journal of Perinatology, Volume 22, Number 8, 2005.
7. Παπαδημητρίου Χ., Χρέλια Μ., Χαρατσάρης Μ., Ζωγράφου Κ., Ετερόπλευρος υποτροπιάζων χυλοθώρακας νεογνού, παρουσίαση ενός περιστατικού στο νομό Αιτωλίας και βιβλιογραφική ανασκόπηση, Θέματα Μαιευτικής-Γυναικολογίας, 2010.
8. Roca G, Fernandes P, Quintas C, Martins T, Proenca E. Pleural effusions in the neonate. Acta Paediatrica 2006;95:791-8.
9. Cannizaro V, Frey B, Bernet- Buettiker V. The role of somatostatin in the treatment of persistent chylothorax in children. European Journal of Cardiothoracic Surgery 2006;30:49-53.
10. O Brissaud, L Desferre et al. Congenital idiopathic chylothorax in neonates: chemical pleurodesis with povidone-iodine. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2003;88:F531-F533.



**ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΑΡΑΣΠΟΝΔΥΛΙΚΟΥ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑΤΟΣ****Π. Λουκέρη<sup>1</sup>, Χ. Πετροπούλου<sup>1</sup>, Μ. Κουμενίδου<sup>1</sup>, Α. Δρούγια<sup>2</sup>, Β. Γιάν-  
προς<sup>2</sup>, Ε. Μπούζα<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Νοσοκομείο Παιδών "Αγία Σοφία", Αθήνα, <sup>2</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα αιμαγγειώματα στη βρεφική ηλικία είναι καλοήθεις ενδοθηλιακοί όγκοι με επιπολασμό 4-10%. Εμφανίζονται συχνότερα στα βρέφη με ιστορικό προωρότητας, πολύδυμων κήσεων και στα κορίτσια. Τυπικά εμφανίζονται τις πρώτες εβδομάδες ζωής, ενώ εκείνα με βαθύτερη εντόπιση μπορεί να μην είναι κλινικά εμφανή μέχρι το 2ο-3ο μήνα ζωής. Το μέγεθός τους αυξάνεται τους πρώτους 6-9 μήνες ζωής και στη συνέχεια υποστρέφουν αυτόματα κάτι που τα διαφοροποιεί από τις αγγειακές δυσπλασίες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Αναφορά σε μια σπάνια περίπτωση παρασπονδυλικού αιμαγγειώματος.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Παρουσιάζεται περίπτωση προώρου άρρενος νεογνού διάρκειας κύησης 29+3 εβδομάδων, που παραπέμφθηκε σε χρονολογική ηλικία 80 ημερών για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση παρασπονδυλικού μορφώματος. Σε τακτικό επανέλεγχό λόγω προωρότητας σε ηλικία 69 ημερών (διορθωμένη ηλικία 39+2 εβδομάδων), κατά την κλινική εξέταση ψηλαφηθήκε μόλις ορατή διόγκωση μαλακών μορίων δεξιά παρασπονδυλικά, στο ύψος της μεσότητας της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Από τον απεικονιστικό έλεγχο που διεξήχθη (υπερηχογράφημα και μαγνητική τομογραφία παρασπονδυλικών μορίων και ΘΜΣΣ) τέθηκε η υποψία αγγειακής δυσπλασίας και το βρέφος παραπέμφθηκε για παιδονευροχειρουργική εκτίμηση. Πραγματοποιήθηκε μαγνητική τομογραφία θωρακικής μοίρας, με ενδοφλέβια έγχυση παραμαγνητικής ουσίας. Τα ευρήματα συνηγορούσαν υπέρ αιμαγγειώματος. Τμήμα του μορφώματος εκτείνονταν μέσω του μεσοσπονδύλιου τρήματος Θ5-6 και εισερχόταν στο σπονδυλικό κανάλι έως την παρυφή του μηνιγγικού σάκου, χωρίς να ασκεί πιεστικά φαινόμενα στο νωτιαίο μυελό. Αποφασίστηκε η παρακολούθηση της κλινικής εικόνας και η διενέργεια ψηφιακής αγγειογραφίας σε δεύτερο χρόνο ανάλογα με τη συμπτωματολογία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το περιστατικό αυτό τονίζει τη σημασία της επισταμένης κάθε φορά κλινικής εξέτασης, τον ρόλο της σωστής απεικόνισης και το όφελος της συνεργασίας μεταξύ ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων.

**ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟ ΕΜΦΡΑΚΤΟ ΣΕ ΔΥΟ ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΟΜΟΖΥΓΗ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΑΝΑΓΩΓΑΣΗΣ ΤΟΥ ΜΕΘΥΛΕΝΟΤΕΤΡΑΪΔΡΟΦΥΛΛΙΚΟΥ (MTHFR): ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ Ή ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ;****Γ. Μητσιάκος, Δ. Στεργίδου, Μ. Παπαδοπούλου, Π. Καραγιάννη, Β. Σούμπαση**

Β' ΜΕΝΝ Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γ.Ν «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η επίπτωση του αγγειακού αρτηριακού εμφράκτου (ΑΑΕ) στα νεογνά είναι 1/2300-5000 ζώντες γεννήσεις. Έχει συσχετιστεί με πολλούς παράγοντες κινδύνου τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου, μεταξύ των οποίων κληρονομικές διαταραχές προθρομβωτικών παραγόντων.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση δύο νεογνών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΝΝ με ΑΑΕ και συσχέτιση με την ομόζυγη μετάλλαξη του γονιδίου της αναγωγής του μεθυλενοτετραϋδροφυλλικού (MTHFR).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αναδρομική μελέτη των φακέλων των ασθενών και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:**

	Νεογνό Α	Νεογνό Β
Διάρκεια Κύησης (εβδομάδες)	30+5	38 +6
Ηλικία διάγνωσης (ημέρα ζωής)	40η	1η
Κλινικά ευρήματα	Άπνοιες	Άπνοιες-σπασμοί
Απεικονιστικός έλεγχος (CUS/MRI)	αποφλοιωτική πορογκεφαλική περιοχή κροταφικά δεξιά, συμβατή με έμφρακτο	IVH Ιου βαθμού ΑΡ, ΙΙου βαθμού ΔΕ, οξύ ισχαιμικό έμφρακτο ΔΕ βρεγματωϊνιακά
Επιπλοκές	---	Μηνιγγίτιδα, υδροκέφαλος-προσωρινή εξωτερική βαλβίδα παροχέτευσης
Ιστορικό μητέρας	Γνωστή ετεροζυγωτία MTHFR, γέννηση θνησιγενούς εμβρύου	Εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση κάτω άκρων
Επιπλοκές τοκετού	Δίδυμη κύηση με ενδομήτριο θάνατο του ενός εμβρύου	Κεγχρωσμένο αμνιακό υγρό, εργώδης τοκετός, σικιουλκία, IUGR, προεκλαμψία
Προθρομβωτικοί παράγοντες (παθολογικά ευρήματα)	Ομόζυγη μετάλλαξη MTHFR (C677T)	Ομόζυγη μετάλλαξη MTHFR (C677T)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο σχετικός κίνδυνος για ΑΑΕ είναι αυξημένος στα νεογνά σε σχέση με τις υπόλοιπες περιόδους της παιδικής ηλικίας και απαιτείται έγκαιρη διάγνωση του ΑΑΕ όταν υπάρχει νευρολογική σημειολογία με σκοπό την άμεση αντιμετώπιση προς αποφυγή μόνιμων νευρολογικών βλαβών. Επιπλέον, ενώ στους ενήλικες η μετάλλαξη C677T του MTHFR έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ισχαιμικού εμφράκτου, στα νεογνά παραμένει υπό μελέτη.

**ΝΕΟΓΝΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ. ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ, ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΝΕΟΓΝΑ ΠΟΥ ΠΡΟΕΡΧΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΛΛΗΨΗ****Β. Μόσχου, Α. Δημητρίου, Π. Πατρώνα, Π. Παναγιωτοπούλου, Κ. Νεονάκη, Γ. Νύκταρη**

Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών 'ΤΑΙΑ', Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα νεογνά που προέρχονται από κήσεις υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ΥΑ) αποτελούν ένα ιδιαίτερο πληθυσμό που αποτελεί σημαντικό ποσοστό των εισαγωγών στις ΜΕΝΝ. Τα νεογνά αυτά έχουν αυξημένη νοσηρότητα λόγω του μεγαλύτερου ποσοστού προωρότητας, που οφείλεται στην αυξημένη επίπτωση πολύδυμων κήσεων, αλλά και εξ' αιτίας αυξημένης συχνότητας συγγενών ανωμαλιών.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της συχνότητας εισαγωγής και των χαρακτηριστικών των νεογνών ΥΑ, καθώς και η μελέτη της νοσηρότητας, συχνότητας συγγενών ανωμαλιών και επιβίωσης τους.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν όλα τα νεογνά ΥΑ που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΝΝ του νοσοκομείου κατά τη διετία 2014-2015. Τα νεογνά που προήρχοντο από κήσεις ΥΑ αποτέλεσαν την ομάδα Α και τα υπόλοιπα την ομάδα Β.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο διάστημα της μελέτης νοσηλεύτηκαν 1319 νεογνά. Από αυτά τα 415 (215 αγόρια και 190 κορίτσια) ανήκαν στην ομάδα Α και 904 (498 αγόρια και 406 κορίτσια) στην ομάδα Β. Ο

αριθμός των πολυδύμων κήσεων στην ομάδα Α (295/415) ήταν μεγαλύτερος, όπως ανεμείνετο, σε σχέση με την ομάδα Β (111/904).

Τα νεογνά της ομάδας Α είχαν μέσο ΒΓ και μέση ΗΚ (2156±632gr και 35,5±3 εβδ) μικρότερα από τα νεογνά της ομάδας Β (2772±691gr και 36,5±2,6 εβδ)  $p<0,05$ . Μικρότερο ΒΓ και ΗΚ είχαν και τα νεογνά απλών κήσεων της ομάδας Α (2593±760gr και 35,5±3 εβδ) σε σχέση με τα νεογνά απλών κήσεων της ομάδας Β (2865±466gr και 36,7±2,5εβδ)  $P<0,05$ . Αλλά και το ΒΓ και η ΗΚ των νεογνών πολυδύμων κήσεων της ομάδας Α (1977±466gr και 33,8±2,7εβδ) ήταν μικρότερα, αν και όχι στατιστικά σημαντικά, από την ομάδα Β (2100±669gr και 34,6±2,1εβδ). Το ποσοστό επιβίωσης δεν διέφερε ανάμεσα στις δύο ομάδες (98,3 και 99,1% αντίστοιχα). Δεν βρέθηκαν διαφορές στη συχνότητα συγγενών ανωμαλιών ανάμεσα στις δύο ομάδες Α και Β (4,1 και 4,3% αντίστοιχα). Στην ομάδα Α βρέθηκαν 5 παιδιά με πολλαπλές συγγενείς ανωμαλίες και κανένα στην ομάδα Β. Η νοσηρότητα δεν παρουσίαζε στατιστικά σημαντικές διαφορές, πλην της σχετικά αυξημένης συχνότητας PDA και NEK στην ομάδα Α πιθανόν λόγω του αυξημένου ποσοστού προωρότητας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα νεογνά που προέρχονται από κήσεις ΥΑ αποτελούν το 1/3 των εισαγωγών στην μονάδα μας. Αν και παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα πολυδυμίας, χαμηλότερο ΒΓ και μικρότερη ΗΚ, η νοσηρότητα και η θνησιμότητα τους δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά σε σχέση με τα νεογνά που προέρχονται από φυσιολογική σύλληψη.

## ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΨΕΥΔΟΚΥΣΤΗ ΜΗΚΩΝΙΟΥ

**Π. Κατή<sup>1</sup>, Μ. Βεββερδής<sup>2</sup>, Α. Κατσιέρη<sup>1</sup>, Ε. Κομετζίδου<sup>1</sup>, Μ. Παπαδημητρίου<sup>1</sup>, Ι. Καπετανάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, <sup>2</sup> Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών 'Π. & Α. Κυριακού', Αθήνα, <sup>3</sup>Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών 'Π & Α. Κυριακού', Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η μηκωνιακή περιτονίτιδα με σχηματισμό ψευδοκύστης είναι μία σπάνια κλινική οντότητα, που οφείλεται σε διάτρηση του εντέρου ενδομητρίως ή μετά τον τοκετό. Η διάτρηση είναι αποτέλεσμα ενοσηψίας βύσματος μηκωνίου, ατρησίας, συστροφής ή άλλων παραγόντων.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή ενός σπάνιου χειρουργικού περιστατικού που αντιμετώπιστηκε επιτυχώς σε ένα χειρουργικό χρόνο.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αναδρομική μελέτη του ιστορικού νοσηλείας νεογέννητου αγοριού που διακομίστηκε στο τμήμα μας με χολώδεις εμέτους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το νεογνό είχε μετεωρισμένη κοιλιά, υπό τάση, με διάχυτη ευαισθησία κατά την ψηλάφηση και μειωμένους εντερικούς ήχους. Η ακτινογραφία κοιλίας ανέδειξε ακτινοσκιερό μόρφωμα με σαφή και ομαλά όρια, χωρίς παρουσία αέρα στο εσωτερικό του. Λόγω της κλινικής και ακτινολογικής εικόνας υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση η οποία ανέδειξε συστροφή εντέρου, ατρησία τελικού ειλεού και συνυπάρχουσα ψευδοκύστη μηκωνίου. Ακολούθησε αποκατάσταση του εντέρου με τελικοτελική αναστόμωση και αφαίρεση της ψευδοκύστης. Στάλθηκε παράλληλα γονιδιακός έλεγχος για ανοσοκυτική νόσο ο οποίος απέβη αρνητικός.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μηκωνιακή περιτονίτιδα με σχηματισμό ψευδοκύστης είναι μία κλινική οντότητα που μπορεί να εμφανιστεί και απουσία ανοσοκυτικής νόσου, ενώ η ακτινογραφία κοιλίας δεν είναι διαγνωστική στο σύνολο των περιπτώσεων. Υψηλού βαθμού κλινική υποψία είναι απαραίτητη για την ορθή διάγνωση και έγκαιρη έναρξη θεραπείας, που συνίσταται σε διόρθωση της εντερικής απόφραξης, στην παροχέτευση της περιτοναϊκής κοιλότητας και στην αφαίρεση της ψευδοκύστεως.

## ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΗ ΑΝΟΣΟΥ ΕΜΒΡΥΙΚΟΥ ΥΔΡΩΠΑ ΜΕ ΧΡΩΜΟΣΩΜΙΚΗ ΑΝΩΜΑΛΙΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΔΙΕΓΝΩΣΘΗΚΕ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ

**Α.Μαρτινοπούλου<sup>1</sup>, Μ.Στέρπη<sup>1</sup>, Α.Παυλάκη<sup>1</sup>, Β.Περιστέρη<sup>1</sup>, Ε.Αναστασιάδου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεογνολογικό τμήμα- ΜΕΝΝ ΕΣΥ ΓΝΘ Ιπποκράτειο

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο εμβρυικός υδρωπας διακρίνεται σε άνοσο και μη άνοσο. Εμφανίζεται σε συχνότητα 1 στις 2500-3000 γεννήσεις και ο μη άνοσος αποτελεί σήμερα το 87% όλων των περιπτώσεων υδρωπα, λόγω κυρίως της εφαρμογής της ανοσοπροφύλαξης κατά την κύηση.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγράφεται η περίπτωση μη άνοσου εμβρυικού υδρωπα που οφειλόταν σε τρισωμία 21, η οποία δεν διαγνώστηκε προγεννητικά.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Δευτεροτόκος γυναίκα, 44 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, υπερηχογράφημα βεβηπιπέδου χωρίς ευρήματα, αχνική διαφάνεια φυσιολογική, δεν έκανε αμινοπαρακέντηση λόγω επιθυμίας της, προσήλθε την 32η εβδομάδα κύησης στα εξωτερικά ιατρεία όπου διαπιστώθηκε πολυάμνιο και εμβρυικός υδρωπας οπότε και διενεργήθηκε άμεσα καισαρική τομή.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το νεογνό αντιμετώπιστηκε άμεσα και τοποθετήθηκε σε μηχανικό αερισμό και θωρακική παροχέτευση άμφω. Παρουσίασε επίσης υγρό στην περιτοναϊκή κοιλότητα και στο όσχεο. Ο υδρωπας ήταν μη άνοσος. Δεν παρουσίασε πρόβλημα από την καρδιά, ούτε αναμία. Έγινε έλεγχος χωρίς ευρήματα συγγενών λοιμώξεων και μεταβολικών νοσημάτων ο καρυότυπος όμως, ήταν διαγνωστικός για τρισωμία 21. Το νεογνό σταδιακά βελτιώθηκε και πήρε εξιτήριο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παθογένεια του μη άνοσου εμβρυικού υδρωπα είναι πολύπλοκη. Τα κύρια αίτια είναι οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες σε συχνότητα 13,5-15,7%. Η παθογένεια του μη άνοσου εξηγείται μέσω των εξής μηχανισμών:1) σοβαρή αναμία,2) υποπρωτεϊναιμία,3) αμοδυναμική δυσλειτουργία και 4) λεμφαγγειακή δυσπλασία. Η περιγεννητική θνησιμότητα κυμαίνεται από 50-98%. Η διάγνωση του εμβρυικού υδρωπα είναι κυρίως υπερηχογραφική και περιλαμβάνει ευρήματα ασκίτη, πλευριτικής συλλογής, περικαρδιακής συλλογής, οιδήματος δέρματος και πολυαμνίου. Ο λεπτομερής προγεννητικός έλεγχος μπορεί να οδηγήσει στην αναγνώριση της υποκείμενης αιτίας. Σε μεγάλο ποσοστό το αίτιο είναι άγνωστο. Η γενετική συμβουλευτική στο ζευγάρι είναι υψίστης σημασίας.

## ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ, ΜΗΤΡΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΣΤΑΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ: ΣΥΣΤΑΣΗ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΓΙΑ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

**Μ. Δασοπούλου<sup>1</sup>, Π. Λουκέρη<sup>1</sup>, Φ. Ανατολίτου<sup>1</sup>, Κ. Πάπλος<sup>2</sup>, Ε. Μπούζα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Β' ΜΕΝΝ Γ.Ν.Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>2</sup>Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ. «Σωτηρία», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα ποσοστά θηλασμού εξακολουθούν να παραμένουν χαμηλά παρά τα αναγνωρισμένα οφέλη από αυτόν. Πολλοί παράγοντες παίζουν ρόλο, όπως η προσωπικότητα της μητέρας, η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, η οικονομική κρίση, η κατάσταση υγείας μητέρας/νεογνού, η τραυματική εμπειρία τοκετού, η στάση απέναντι στο θηλασμό.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η συγκρότηση ερωτηματολογίων, με στόχο τη διερεύνηση των παραπάνω παραγόντων ώστε να ευοδωθούν θετικές παρεμβάσεις. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μεταφράστηκε και τυποποιήθηκε ερωτηματολόγιο για την πρόθεση θηλασμού (The Iowa Infant Feeding Attitude Scale)-17 θέματα, αντιστοιχούντα σε 5 κατηγορίες (άνεση, υγεία, δεσμός, θρεπτική αξία, κόστος), απαντήσεις σε 5-βάθμια κλίμακα κατά Likert. Συμπληρώθηκε (δix) από 5 λειτουργούς υγείας και 5 μητέρες με τυ-



χαία επιλογή και αξιολογήθηκε. Ο Cronbach α ήταν υψηλός (0,776, 0,879, 0,767, 0,796, 0,897) και για τις 5 κατηγορίες. Επίσης μεταφρασμένο και τυποποιημένο ερωτηματολόγιο προσωπικότητας EPQR-A κατά Eysenck- 24 ερωτήσεις (NAI-OXI) 4 τύποι (εξωστρεφής, εσωστρεφής, νευρωσικός, ψυχοπαθητικός). Ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικό, με έμφαση στην οικονομική κρίση-25 θέματα (NAI-OXI). Τέλος Ερωτηματολόγιο εμπειρίας θηλασμού-5 θέματα, κατάσταση υγείας μητέρας/ βρέφους 3-θέματα (NAI-OXI).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μηνιαίο εισόδημα (400-1000 Euro) και η οικονομική κρίση (συχνή δυσκολία πληρωμής >5 αναγκών) σχετίστηκαν με τη διάρκεια του θηλασμού (p: 0,001), ενώ η εμπειρία και η κατάσταση υγείας του βρέφους/μητέρας με την έναρξη θηλασμού (p<0.05). Η εξωστρεφής και εσωστρεφής σχετίστηκαν με μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού σε σχέση με τη νευρωσική (p:0,01). Η πρόθεση θηλασμού σχετίστηκε υψηλά με την έναρξη αλλά όχι με τη διάρκεια του θηλασμού (p<0,05, p:0,1)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι παράγοντες που σχετίζονται με τα χαμηλά ποσοστά θηλασμού και ενωρίς διακοπής του μπορεί να μελετηθούν με τη χρήση πρότυπων ερωτηματολογίων.

### ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΤΕΡΑΤΩΜΑ ΡΙΝΟΦΑΡΥΓΓΑ

Ι.Κότσιος<sup>1</sup>, Α.Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Γ.Νικολάου<sup>2</sup>, Κ.Στεφανιάκη<sup>3</sup>, Ε.Αναστασιάδου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεογολογικό Τμήμα και Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών του ΕΣΥ Γπλοκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>ΩΡΛ Κλινική Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία» Αθήνα, <sup>3</sup>Παθολοανατομικό Τμήμα Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία» Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα τερατώματα είναι νεοπλασμάτα που προέρχονται από αρχέγονα πολυδύναμα κύτταρα και αποτελούν τους συχνότερους όγκους του εμβρύου και νεογνού. Περιέχουν στοιχεία από τουλάχιστο δύο από τις τρεις βλαστικές στιβάδες δέρματος. Η συχνότητά τους είναι 1:4000 γεννήσεις, με πιο συχνή εντόπιση την ιεροκοκκυγική περιοχή, τον τράχηλο και τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Τα τερατώματα κεφαλής και τράχηλου αφορούν λιγότερο από 10%, ενώ του ρινοφάρυγγα είναι ακόμη σπανιότερα. Ιστολογικά πρόκειται για καλοήγη νεοπλασμάτα (ώριμα), ωστόσο συνδέονται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα λόγω του κινδύνου απόφραξης του ανώτερου αναπνευστικού.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγράφεται σπάνια περίπτωση τερατώματος ρινοφάρυγγα ως αίτιο αναπνευστικής δυσχέρειας στη νεογνική περίοδο.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:** Τελειόμηνο νεογνό άρρεν που γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό από πρωτοτόκο μητέρα, διακομίζεται από περιφερειακό νοσοκομείο στην κλινική μας το πρώτο 24ωρο ζωής λόγω υπόνοιαι ανατομικής ανωμαλίας ρινοφάρυγγα και αναπνευστικής δυσχέρειας. Το περιγεννητικό και οικογενειακό ιστορικό ήταν ελεύθερο και το υπερηχογράφημα β επιπέδου φυσιολογικό. Το νεογνό εμφάνιζε μέτρια αναπνευστική δυσχέρεια με εισπνευστικό συριγμό με άφθονες ρινοϊκές εκκρίσεις και δυσχέρεια σίτισης. Έγινε άμεσα καθετηριασμός ρινοφάρυγγα (δυσχερής διέλευση δεξιά). Λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης αναπνευστικής δυσχέρειας τέθηκε σε μηχανικό αερισμό για τρία 24ωρα. Ο απεικονιστικός έλεγχος (CT, MRI, MRA εγκεφάλου - σπλαχνικού κρανίου) ανέδειξε παρουσία χωροκατακτητικής βλάβης 2,4 x 1,6 cm στον ανατομικό χώρο μεταξύ του άνω και δεξιού πλάγιου τοιχώματος του ρινοφάρυγγα και μαλθακής υπερώας (αιμαγγείωμα, δερμοειδής κύστη, λεμφαγγείωμα). Ο λοιπός έλεγχος (υπερηχογράφημα καρδιάς, κοιλίας) ήταν φυσιολογικός. Το νεογνό οδηγήθηκε στο χειρουργείο και έγινε αφαίρεση του όγκου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ιστολογική εξέταση αναφέρει ότι πρόκειται για εξωγοναδικό τεράτωμα ώριμου τύπου με εκπροσώπηση και των τριών βλαστικών στιβάδων.

Η μετεχειρητική πορεία του νεογνού ήταν ομαλή με άμεση υποχώρηση αναπνευστικής δυσχέρειας και δυσκολίας σίτισης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το τεράτωμα του ρινοφάρυγγα αποτελεί σπάνια αιτία αναπνευστικής δυσχέρειας στη νεογνική περίοδο. Η διαχείριση τέτοιων περιστατικών έγκειται στην έγκαιρη διάγνωση και

χειρουργική αφαίρεση του όγκου προκειμένου να αποφευχθούν αποφρακτικά φαινόμενα. Σε λιγότερο από 10% των περιπτώσεων μπορεί να συνυπάρχουν κι άλλες συγγενείς ανωμαλίες (συγγενής καρδιοπάθεια, χειλιοοσχιστία, κ.α). Σημειώνεται ότι ο προσδιορισμός AFP και b-HCG στο νεογνό μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση, αφού σε ορισμένους τύπους τερατωμάτων ανευρίσκονται αυξημένοι. Προγεννητική διάγνωση είναι δυνατή (απεικόνιση μάζας, πολυϋδράμνιο). Η πρόγνωση είναι γενικά καλή, ωστόσο η δυσκολία ριζικής χειρουργικής αφαίρεσης αυξάνει τα ποσοστά νοσηρότητας.

### ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΝΕΟΓΝΙΚΟ ΙΝΟΣΑΡΚΩΜΑ ΜΕ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ KASABACH-MERRIT ΣΕ ΠΡΟΩΡΟ ΝΕΟΓΝΟ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χ.Ζαχαριουδάκη<sup>1</sup>, Χ.Πετροπούλου<sup>1</sup>, Φ.Ανατολίτου<sup>1</sup>, Ν.Λειψού<sup>1</sup>, Π.Λουκέτη<sup>1</sup>, Κ.Νίκας<sup>2</sup>, Β.Δερμεντζόγλου<sup>3</sup>, Σ.Πολυχρονουπούλου<sup>4</sup>, Ε.Μπούζα<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Β' Μ.Ε.Ν.Ν. Γ.Ν.Π. «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>2</sup>Α' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Π. «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>3</sup>Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Π. «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>4</sup>Τμήμα Παιδιατρικής Αιματολογίας – Ογκολογίας, Γ.Ν.Π. «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το συγγενές νεογνικό ινοσάρκωμα είναι ένας σπάνιος κακοήθης όγκος των μαλακών ιστών που αναπτύσσεται κυρίως στα άκρα και περιστασιακά έχει ασυνηθι εντόπιση, όπως στον πνεύμονα ή στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Εμφανίζεται συνήθως σε παιδιά κάτω των δύο ετών. Στη διεθνή βιβλιογραφία είναι πολύ σπάνιες οι αναφορές σε νεογνά.

Παρουσιάζουμε την σπάνια περίπτωση ευμεγέθους συγγενούς νεογνικού ινοσάρκωματος σε πρόωρο νεογνό ηλικίας κύησης 30+3 εβδομάδων. Ο όγκος είχε εντόπιση στη δεξιά πλάγια θωρακοκοιλιακή χώρα. Η κλινική εικόνα και τα απεικονιστικά ευρήματα από τη μαγνητική τομογραφία της περιοχής συνηγορούσαν αρχικά υπέρ αιμαγγειώματος ή αιμαγγειοενδοθηλιώματος. Η αρχική διάγνωση ενισχύθηκε από την παρουσία φαινομένου Kasabach-Merrit, με σοβαρή διαταραχή της πήκτικότητας από κατανάλωση αιμοπεταλίων. Λόγω της εξαιρετικής αγγειοβρίθειας του όγκου, αρχικά αποκλείστηκε το ενδεχόμενο βιοψίας και χορηγήθηκαν 3 συνεδρίες τοπικής έγχυσης μπλεομυκίνης με παράλληλη συστηματική χορήγηση μεθυλπρεδνιζολόνης και προπρανολόλης ως ενδεδειγμένες θεραπείες προκειμένου να επιτευχθεί η συρρίκνωση του όγκου. Τελικά το νεογνό υπεβλήθη σε ριζική εκτομή του όγκου αφού προηγήθηκαν τρεις ώσεις βινκριστίνης. Η σταδιοποίηση ήταν αρνητική για παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων και ο ασθενής ετέθη σε παρακολούθηση.

Σήμερα είναι 15 μηνών και παραμένει ελεύθερος νόσου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Είναι σημαντικό να συμπεριληφθεί στη διαφορική διάγνωση ταχέως εξελισσόμενου όγκου της νεογνικής ηλικίας το νεογνικό ινοσάρκωμα που μιμείται κλινικά και απεικονιστικά αιμαγγείωμα, καθώς η αντιμετώπιση του είναι διαφορετική από αυτήν του αιμαγγειώματος. Το φαινόμενο Kasabach-Merrit αν και απαντάται σπάνια σε ινοσάρκωματα, συνοδεύεται από σοβαρή αναμία και θρομβοπενία και έχει μεγάλη ποσοστά θνησιμότητας. Η χειρουργική πλήρης εξαίρεση είναι η επιδιωκόμενη θεραπεία εκλογής.

### ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΑΙΓΤΕΙΑΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ, ΑΚΟΜΗ ΜΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΤΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΤΟΥ ΓΑΛΛΗΝΟΥ;

Γ. Μανρογοφόρος<sup>1</sup>, Ν. Νάσης<sup>2</sup>, Ε. Χαραχούσου<sup>1</sup>, Ε. Κοεμτζίδου<sup>1</sup>, Μ. Παπαδημητρίου<sup>1</sup>, Ι. Καπετανάκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών 'Π.&Α. Κυριακού', Αθήνα, <sup>2</sup>Νευροχειρουργική Κλινική και Τμήμα Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, Θεραπευτήριο Υγεία, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι αρτηριοφλεβώδεις επικοινωνίες του κεντρικού νευ-



ρικού συστήματος (ΚΝΣ) είναι σπάνιες στα παιδιά. Από αυτές η συχνότερη και πιο γνωστή είναι η συγγενής δυσπλασία της φλέβας του Γαλιηνού. Υπάρχουν όμως και σπανιότερες υποκατηγορίες αρτηριοφλεβωδών επικοινωνιών του ΚΝΣ, μια εκ των οποίων είναι οι αρτηριοφλεβώδεις επικοινωνίες της σκληράς μήνιγγας. Στη νεογνική ηλικία προβάλλουν συνήθως με συμπτώματα συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση του μοναδικού, ίσως, περιστατικού στην Ελλάδα με μια ειδική μορφή αρτηριοφλεβώδους επικοινωνίας της σκληράς μήνιγγας που ονομάζεται dural sinus malformation και αφορά σε δυσπλασία αμιγώς φλεβώδους κόλπου.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αναδρομική μελέτη του ιστορικού νοσηλείας νεογέννητου κοριτσιού που διακομίστηκε στο τμήμα μας, λόγω καρδιακής ανεπάρκειας, ηπατικής ανεπάρκειας και προοδευτικά αυξανόμενης περιμέτρου κεφαλής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το νεογνό αρχικά αντιμετωπίστηκε υποστηρικτικά. Στη συνέχεια, λόγω επιδεινούμενης καρδιακής ανεπάρκειας με υψηλή παροχή υποβλήθηκε επείγοντως σε ψηφιακή αγγειογραφία προς αποσαφήνιση της ανατομίας της βλάβης, οπότε και τέθηκε η ακριβής διάγνωση, ενώ ταυτόχρονα υποβλήθηκε σε ενδαγγειακό εμβολισμό τμήματος της βλάβης. Σε δεύτερο χρόνο, υποβλήθηκε εκ νέου σε ενδαγγειακό εμβολισμό, λόγω υπολείμματος της δυσπλασίας και σταδιακά αυξανόμενης διάτασης των κοιλιών του εγκεφάλου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες της σκληράς μήνιγγας και συγκεκριμένα η ειδική μορφή που περιγράφουμε αποτελεί εξαιρετικά σπάνια οντότητα. Στα παιδιά, συνήθεστερα σε σχέση με τους ενήλικες, η ανατομία της βλάβης είναι πιο σύμπλοκη και οι επικοινωνίες μεταξύ αρτηριακού και φλεβικού δικτύου πολλαπλές. Όταν η ζωή του παιδιού απειλείται, χρειάζεται έγκαιρη επιθετική αντιμετώπιση με ενδαγγειακό εμβολισμό των τροφοφόρων αρτηριών της βλάβης, με σκοπό την ελάττωση του φαινομένου υποκλοπής. Η πρόγνωση τους ποικίλλει.

## ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΤΡΑΧΕΙΑΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΣΕ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Π. Λουκέρη<sup>1</sup>, Φ. Στριπέλη<sup>1</sup>, Μ. Κουμενίδου<sup>1</sup>, Α. Κουτρούμπα<sup>1</sup>, Α. Μάλαμα<sup>2</sup>, Ε. Μπούζα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία», Αθήνα, <sup>2</sup>Τμήμα Αξονικού και Μαγνητικού Τομογράφου Νοσοκομείου Παιδών «Αγία Σοφία»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η συγγενής τραχειακή στένωση (ΣΤΣ) αντιστοιχεί στο 0.3-1% του συνόλου των λαρυγγό-τραχειακών στενώσεων. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η στενωπική περιοχή της τραχείας αποτελείται από πλήρως σχηματισμένους χόνδρινους δακτύλους. Η ΣΤΑ διαχωρίζεται σε τρεις τύπους: επιμήκης, χωνοειδής και τμηματική. Είναι γνωστός ο συσχετισμός της με άλλες συγγενείς ανωμαλίες όπως είναι οι συγγενείς καρδιοπάθειες, ο αγγειακός δακτύλιος, οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες, καθώς και οι διαμαρτίες του οισοφάγου, του αναπνευστικού και σκελετικού συστήματος.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Αναφορά σε μια ασυνήθιστη περίπτωση νεογνού με ΣΤΣ και συγγενή καρδιοπάθεια.

**ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΙ:** Παρουσιάζεται περίπτωση τελειόμηνου νεογνού, που παραπέμφθηκε, σε ηλικία 21 ημερών ζωής, για αντιμετώπιση κολποκοιλιακού ελλείμματος. Το νεογνό παρουσίαζε ήπια αναπνευστική δυσχέρεια και λάμβανε οξυγόνο από τη γέννηση. Την 22η ημέρα ζωής υπεβλήθη σε χειρουργείο περιόδου πνευμονικής αρτηρίας και απολίνωσης αρτηριακού πόρου. Το νεογνό διασωλήνώθηκε στο χειρουργείο. Διαπιστώθηκε αδυναμία προώθησης του τραχειοσωλήνα πέραν της εισόδου του θώρακα ενδοτραχειακά. Από τις ακτινογραφίες θώρακος το κάτω όριο του τραχειοσωλήνα απεικονιζόταν στην είσοδο της τραχείας. Διενεργήθηκε επείγουσα αξονική

τομογραφία θώρακος με ταυτόχρονη εικονική ενδοσκόπηση της τραχείας όπου διαπιστώθηκε στο ενδοθωρακικό τμήμα της τραχείας, και κυρίως στη μεσότητα αυτής, στένωση του αυλού της χωρίς ενδανλική ή τοιχωματική αλλοίωση. Σύμφωνα με την ακτινολογική διάγνωση επρόκειτο για ΣΤΣ. Το νεογνό λόγω αδυναμίας αερισμού τέθηκε τη δεύτερη μετεγχειρητική μέρα σε υψίσυχο μηχανικό αερισμό. Την όγδοη μετεγχειρητική μέρα επήλθε ο θάνατος λόγω καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ΣΤΣ είναι μια σπάνια πάθηση που μπορεί να οδηγήσει σε απειλητική για τη ζωή αναπνευστική ανεπάρκεια. Είναι μια κλινική οντότητα που πρέπει να έχουμε υπόψη μας στην καθημερινή νεογνολογική πρακτική καθώς απαιτεί την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ ΠΑΡΑ ΤΗΝ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΝΑΤΟΜΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ

**Ι.Δρόκος<sup>1</sup>, Β.Μούγιου<sup>1</sup>, Ε. Ράγκου<sup>1</sup>, Δ.Μπριάντα<sup>1</sup>, Θ.Μπούτσιου<sup>1</sup>, Γ.Καφαλίδης<sup>1</sup>, Ρ.Σώκου<sup>1</sup>, Μ.Ελευθεριάδης<sup>2</sup>, Α.Μαλαμίτση – Πούχνη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεογνολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, <sup>2</sup>Β' Γυναικολογική-Μαιευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η αντίχνευση ανευπλοειδίας αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του προγεννητικού ελέγχου. Σήμερα, το 85-90% των κήσεων με σύνδρομο Down διαγιγνώσκονται στον προγεννητικό έλεγχο αε τρίμηνο, που περιλαμβάνει ανατομικό υπερηχογράφημα. Παθολογικά στοιχεία αποτελούν αυχενική διαφάνεια (NT) > 95η εκατοστιαία θέση (δηλαδή >3.5 mm) και απουσία ρινικού οστού. Ανατομικοί δείκτες ανευπλοειδίας συνεκτιμώνται και στο υπερηχογράφημα β-επιπέδου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διερεύνηση ύπαρξης τρισωμίας 21 σε νεογνό με φυσιολογική NT και λοιπούς ανατομικούς δείκτες στα υπερηχογραφήματα α' και β' τριμήνου.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Τελειόμηνου θήλυ νεογνό, AGA (22η ΕΘ) με βάρος σώματος 2900g γεννήθηκε με καισαρική τομή από δευτεροτόκο μητέρα 36 ετών, η οποία στον προγεννητικό έλεγχο α' τριμήνου είχε φυσιολογική NT (1.7mm), ύπαρξη ρινικού οστού και φυσιολογικούς λοιπούς υπερηχογραφικούς ανατομικούς δείκτες. Η υπερηχογραφική πιθανότητα εμφάνισης τρισωμίας 21 ήταν 1:760 (με όριο κινδύνου 1:300). Με βάση όμως τη συνδυασμένη εκτίμηση κινδύνου (NT, PAPP-A, β-hCG, ηλικία μητέρας) η πιθανότητα τρισωμίας 21 ήταν 1:250 (κήση υψηλού κινδύνου για σύνδρομο Down). Συστήθηκε αμιοπαρακέντηση ή αντίχνευση στο αίμα της μητέρας cell free DNA, τα οποία όμως δεν διενεργήθηκαν. Επιπλέον, οι ανατομικοί δείκτες τρισωμίας 21 στο υπερηχογράφημα β-επιπέδου ήταν φυσιολογικοί.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το νεογνό παρουσίαζε χαρακτηριστικά σημεία συνδρόμου Down: λοξή φορά βλεφαρικών σχισμών, υπερτελορισμό, αποπλάτυνση της ρίζας της ρινός, προέχουσα γλώσσα, κοντό λαιμό και υποτονία. Ελήφθη καρυότυπος, που επιβεβαίωσε τη διάγνωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η NT και άλλοι δείκτες από τον υπερηχογραφικό ανατομικό έλεγχο α' και β' τριμήνου, δεν μπορούν ενδεχομένως μεμονωμένα να αξιολογήσουν κήσεις υψηλού κινδύνου για σύνδρομο Down, χωρίς και τη συμβολή άλλων παλαιότερων ή νεότερων μεθόδων, καθώς μπορεί να ανευρίσκονται φυσιολογικοί παρά την παρουσία ανευπλοειδίας.

