Ιατρικά Χρονικά

Βορειοδυτικής Ελλάδας

Περιοδικό της Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας

Δεκέμβριος 2012 - Τόμος 8 - Τεύχος 2

IATRIKA CHRONIKA NORTH-WESTERN GREECE

Journal of the Medical and Surgical Society of Corfu

December 2012 - Volume 8 - Number 2

ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ Β.Δ. ΕΛΛΑΔΟΣ

Ιατρική Εκδοση της Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας

Διοικητικό Συμβούλιο
Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας
Περίοδος 2011-2014

Πρόεδρος: Μ. Μάνδυλα-Κουσουνή
Αντιπρόεδρος: Η. Τησαρχόντου
Γραμματέας: Γ. Ζαβιτσιάνος
Ταμίας: Ε. Δουίτσης
΄Εφορος: Σ. Κοντοστάνου

Επιτροπή σύνταξης

Πρόεδρος:
Μίλτος Βασιλείου, Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας.

Μέλη:
Μαρία Μάνδυλα-Κουσουνή
Ηλίας Τησαρχόντου
Γιάννης Ζαβιτσιάνος
Ευάγγελος Δουίτσης
Σοφία Κοντοστάνου
Ευστάθιος Κουλουρίδης
Καλλίνικος Χριστοδούλου
Χριστίνα Κουρή-Μπάμπαλη
Διονύσιος Κάντας
Νίκος Δελλαπόρτας
Κάρμελος Τσίλιας
Ελένη Κούστα
Γιάννης Αλαμάνος
Παρασκευή Χρίστου
Μιχάλης Τζιλιάνος
Αγαθή Σπιτιέρη
Βασιλική Φατούρου-Πούλου
Γεώργιος Πανουσάκης
Χρίστος Παυλίδης
Σταμάτης Βαρθολομαίος

Η διεύθυνση μας στο Internet είναι:
http://www.ixek.gr
e-mail: info@ixek.gr

Εκδότης:
Μαρία Μάνδυλα - Κουσουνή

Επιμέλεια κειμένων:
Αλέξανδρος Κουσουνής

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ: ΦΕΚ1926/Β/18.09.2007

ISSN:1108-4910

Εκτύπωση: "ΤΥΠΟΕΚΔΟΤΙΚΗ ΚΕΡΚΥΡΑΣ "
Αλυκές Ποταμού – Κέρκυρα
Τηλ.26610 37755, Fax:26610 27273
www.typoekdotikikerkyras.gr

ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ Β.Δ. ΕΛΛΑΔΟΣ

Ιατρική Εκδοση της Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

9 **Εξάνθημα σε συνδυασμό με εμπύρετο- παρουσίαση περιστατικού με διάγνωση Τ non – HODGKIN λεμφώματος**
Τσιγαρίδας Νικόλαος, Πέλεχας Ελευθέριος

15 **Καραντίνες και λοιμοκαρθατήρια στα Ιόνια νησιά**
Βάννα Πανδή-Αγαθοκλή

25 **Υδατίδωση με ποικίλη εντόπιση σε παιδιά στη Βόρεια Ελλάδα. Περιγραφή τριών περιστατικών**
Ευφημία Παπαδοπούλου-Αλατάκη, Παναγιώτα Καρανάνου, Αθανάσιος Ευαγγελίου, Βασίλειος Μουράβας, Βαϊα Δουλιόγλου, Σοφία Αλατάκη, Σωτήριος Βαρλάμης

31 **Ενδομητρίωση. Νεότερα δεδομένα στην αιτιοπαθολογία της νόσου**
Σάββας Γεωργίου

36 **Υμενόπτερα στον έξω ακουστικό πόρο ενηλίκων**
Κοράκη Αικατερίνη, Πέππας Χρήστος, Μπούτρης Χρήστος, Γιάννη Ολγα

39 **Αντιμετώπιση πνιγμού**
Ελευθερία Χαϊνη

48 **Επάρκεια σε αίμα – Ασφάλεια στις μεταγγίσεις**
Β. Ανδριώτης, Μ. Τζιλιάνος, Ε. Νασούλα, Χ. Στάβερη, Γ. Σαγιάς,

54 **Συμβολή του παιδιάτρου στη φροντίδα του παιδιού με καρκίνο**
Ελένη Βασιλάτου-Κοσμίδη

64 **Διαγνωστική προσπέλασης της τροφικής αλλεργίας**
Κωνσταντίνος Πίτσιος

68 **Η σύφιλη των «Ασέμνων γυναικών» μέσα από τα Αρχεία του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» κατά την περίοδο 1931-1935.**
Παγκράτης Νικόλαος, Τσιάμης Κων/νος, Μάνδυλα- Κουσουνή Μαρία, Ανωγιάτης-Pelé Δημήτρης

78 **Φροντίδα Υγείας του Παιδικού Πληθυσμού στην Αθήνα της Οθωνικής Εποχής (1834-1862)**
Εφη Πουλάκου-Ρεμπελάκου, Κων/νος Τσιάμης, Λεωνίδας Ρεμπελάκος, Μαρία Μάνδυλα-Κουσουνή,

Ενδιαφέρουσα περίπτωση

Εξάνθημα σε συνδυασμό με εμπύρετο-παρουσίαση περιστατικού με διάγνωση T non – HODGKIN λεμφώματος

Τσιγαρίδας Νικόλαος[1], Πέλεχας Ελευθέριος[1]

[1] Ειδικευόμενοι Παθολογίας, Β' Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας

Περίληψη: Στην παρούσα κλινική περίπτωση παρουσιάζεται ένα περιστατικό με εξάνθημα και εμπύρετο, το οποίο εισήχθη στη Β' Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας. Μετά από αρκετές μέρες νοσηλείας και δίχως να υφίεται η συμπτωματολογία, παρά την αντιβιοτική αγωγή και δίχως οι παρακλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις να οδηγήσουν τους ιατρούς σε κάποια διάγνωση, παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Εκεί έγινε οστεομυελική βιοψία και ο ασθενής διαγνώσθηκε με T non-Hodgkin λέμφωμα. Κατά την εξέλιξη της εργασίας παρουσιάζονται συνοπτικά διάφορες ασθένειες με εμπύρετο και εξάνθημα που δεν θα πρέπει να λείπουν από τη διαφοροδιαγνωστική φαρέτρα του κλινικού ιατρού.

Εισαγωγή

Ο ασθενής με πυρετό και εξάνθημα αποτελεί συχνά μια διαγνωστική πρόκληση για τον ιατρό. Η εμφάνιση ενός εξανθήματος με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και σε συνδυασμό με λοιπά κλινικά στοιχεία μπορεί να οδηγήσει σε συγκεκριμένη διάγνωση και στη χορήγηση της κατάλληλης και απαραίτητης θεραπείας ή στο σημαντικό έλεγχο τυχόν υπεύθυνης λοίμωξης.

Παρουσίαση περιστατικού

Ασθενής άνδρας 41 ετών προσέρχεται περιπατητικός αιτιώμενος εμπύρετο έως 41^{0}C από 24ώρου χωρίς ρίγος, με φρίκια. Δεν αναφέρει δυσουρικά ενοχλήματα, διάρροιες, βήχα, κυνάγχη. Κατά την κλινική εξέταση ανευρέθησαν ψηλαφητό ήπαρ και κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα διάχυτο, στην κοιλιακή χώρα (εικόνα 1). Λεμφαδένες τραχηλικοί και υπερκλείδιοι ήταν αψηλάφητοι, ενώ αντιθέτως ήταν ψηλαφητοί 2 βουβωνικοί λεμφαδένες αμφοτερόπλευρα και 1 μασχαλιαίος αριστερά, οι οποίοι ήταν ευκίνητοι και ανώδυνοι. Από την υπόλοιπη κλινική εξέταση δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Από το ατομικό του ιστορικό ανέφερε μία χειρουργηθείσα κύστη κόκκυγος προ 1,5 έτους. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο, που ακολούθησε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του και στα πλαίσια διερεύνησης του εμπύρετου, προέκυψαν τα στοιχεία, που παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Το πλακάκι από δείγμα περιφερικού αίματος έδειξε ενεργοποιημένα λεμφοκύτταρα στο 4% χωρίς τοξική κοκκίωση.

Παράμετρος	**Αποτελέσματα ασθενούς**	**Φυσιολογικές τιμές**
Λευκά	7890 K/μl	4500 – 10500 K/μl
Κοκκιοκύτταρα	**82%**	40-75%
Λεμφοκύτταρα	**11%**	20-45%
Μονοκύτταρα	5,65%	2-10%
Ηωσινόφιλα	**0,16%**	1-6%
Αιματοκρίτης	44,1%	40-52%
Θρομβοκύτταρα	204 K/μl	150-400 K/μl
Ουρία	22 mg/dl	15-45 mg/dl
Κρεατινίνη	0,9 mg/dl	0,6-1,3 mg/dl
LDH	**501 IU/l**	170-480 IU/l
SGOT	**139 IU/l**	5-33 IU/l
SGPT	**112 IU/l**	5-31 IU/l
ALP	49 U/l	25-125 U/l
γ-GT	**43 IU/l**	7-32 IU/l
TBIL	0,4 mg/dl	0,3-1,9 mg/dl
K^+	3,5 mEq/l	3,5-5,1 mEq/l
Na^+	**135 mEq/l**	136-145 mEq/l
Ολικά λευκώματα	7,6 g/dl	6,2-8,5 g/dl
Λευκωματίνη	4,4 g/dl	3,5-5,2 g/dl
Αμυλάση ορού	47 U/l	23-90 U/l
β2 μικροσφαιρίνη	**3,2 μg/ml**	0-3 μg/ml
IgG	1180 mg/dl	800-1800 mg/dl
ΤΚΕ	**62 mm/h**	0-20 mm/h
CRP	**63 mg/l**	<6 mg/l

Πίνακας 1.
Εργαστηριακό προφίλ ασθενούς

Ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες και καλλιέργειες ούρων και κοπράνων, οι οποίες ήταν στείρες μικροβίων. Η παρασιτολογική κοπράνων ήταν αρνητική, ενώ στη γενική κοπράνων ανευρέθησαν μύκητες, πυοσφαίρια και ερυθρά. Οι καρκινικοί δείκτες ήταν αρνητικοί, όπως και ο εργαστηριακός ανοσολογικός έλεγχος (ANA, ANCA, AMA M2). Από τον ορολογικό έλεγχο προέκυψαν αυξημένοι τίτλοι IgG για CMV, VCA, HSV, RUBE, οι οποίοι θεωρήθηκαν διασταυρούμενη αντίδραση. Η β-HCG δεν ήταν ανιχνεύσιμη και η TSH ήταν εντός φυσιολογικών ορίων.

΄Εγινε ΟΝΠ (οσφυονωτιαία παρακέντηση). Η μικροσκοπική εξέταση του ΕΝΥ (εγκεφαλονωτιαίου υγρού) έδειξε 5 κύτταρα (λεμφοκύτταρα) και η χρώση Gram δεν ανέδειξε μικροοργανισμούς. Η βιοχημική ανάλυση του ΕΝΥ είχε ως εξής: γλυκόζη 66mg/dl, LDH 50IU/l και το λεύκωμα 48mg/dl. Η ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών έδειξε αλβουμίνη 48,7%, α1 σφαιρίνη 4,5%, α2 12,3%, β 13,2%, γ 21,3%. Τέλος, HBsAg/Anti-HCV/Anti-HBcII/HBcAb-IgM/HIV Ag-Ab: (-), ενώ η εξέταση RPR για τη σύφιλη ήταν αρχικά αρνητική και θετικοποιήθηκε κατά την 7η ημέρα της νοσηλείας του. Το Triplex καρδιάς δεν έδειξε ιδιαίτερα ευρήματα, το υπερηχογράφημα άνω κοιλίας έδειξε αύξηση ορίων ΑΡ λοβού του ήπατος και η αξονική τομογραφία εγκεφάλου δεν είχε παθολογικά ευρήματα. Η αξονική τομογραφία θώρακος έδειξε τα εξής: πολύ μικρή πλευριτική συλλογή άμφω και ομάδα λεμφαδένων (διαμέτρου <1 εκ.) σε αμφότερες τις μασχαλιαίες κοιλότητες. Αξονική τομογραφία κοιλίας ανέδειξε αύξηση των διαστάσεων ήπατος (ΚΟΔ 17,5 εκ) και σπληνός 14 εκ., ελάχιστη ποσότητα υγρού ενδοπυελικά δεξιά, χωρίς παραορτικούς ή ενδοπυελικούς λεμφαδένες με παρουσία όμως μικρών δεξιών βουβωνικών λεμφαδένων (διαμέτρου <1εκ.).

Από την ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού, τη βυθοσκόπηση και την οδοντιατρική εξέταση, δεν αναδείχθηκαν παθολογικά ευρήματα. ΄Εγινε μυελόγραμμα, το οποίο ήταν φυσιολογικό, χωρίς ξένα κύτταρα ή παράσιτα. ΄Εγινε βιοψία δεξιού βουβωνικού λεμφαδένα με λεπτή βελόνα (FNA), η οποία ανέδειξε άφθονο λεμφικό ιστό, αποτελούμενο κυρίως από ώριμα λεμφοκύτταρα

Εικόνα 1.
Κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα στην κοιλιακή χώρα

και λιγότερα ανοσοβλαστικά κύτταρα, εικόνα συμβατή με ανοσολογικού τύπου διέγερση του λεμφαδένα. Χρειάστηκε περαιτέρω έλεγχος με βιοψία του λεμφαδένα, την οποία ο ασθενής αρνήθηκε επανειλημμένως.

Ύστερα από 14ήμερη παραμονή και διερεύνηση και χωρίς ύφεση του εμπύρετου, ο ασθενής παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, όπου τελικά έγινε οστεομυελική βιοψία και τέθηκε εν τέλει η διάγνωση του T non Hodgkin λεμφώματος.

Συζήτηση

Η εκτίμηση ενός ασθενούς με εμπύρετο και εξάνθημα οποιασδήποτε μορφολογίας είναι πρόκληση, καθώς η διαφοροδιάγνωση αυτής της κατάστασης είναι ιδιαίτερα εκτενής[2]. Τα πιθανά αίτια παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Ιοί
Βακτήρια
Σπειροχαίτες
Ρικέτσιες
Φάρμακα
Ανοσολογικοί παράγοντες
Κακοήθειες

Πίνακας 2.
Πιθανά αίτια εξανθήματος

Σημαντικό κατά την προσέγγιση του ασθενούς είναι αρχικά η λήψη σωστού ιστορικού, ενώ επίσης επικουρικά στοιχεία για τη διάγνωση προκύπτουν από την κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο[3]. Συγκεκριμένα, κατά τη λήψη ιστορικού θα πρέπει να συλλέγονται πληροφορίες σχετικά με πρόσφατο ταξίδι σε κάποια αναπτυσσόμενη χώρα, τυχόν επαφή με φύση ή ζώα, λήψη φαρμάκων, επαφή με νοσούντες με παρόμοια κλινική εικόνα, ιστορικό βαλβιδοπάθειας, τυχόν ανοσοκαταστολή ή ύπαρξη σεξουαλικώς μεταδιδόμενου νοσήματος (ΣΜΝ)[4].

Σημαντικό επίσης κατά τη λήψη του ιστορικού είναι η διευκρίνιση της χρονικής συσχέτισης πυρετού και εξανθήματος, η αρχική εντόπιση του εξανθήματος και στη συνέχεια ο τρόπος διασποράς του.

Κατά την κλινική εξέταση θα πρέπει αρχικά να προσδιοριστεί το είδος της βλάβης. Εν προκειμένω, στο περιστατικό, που παρουσιάστηκε ανωτέρω, επρόκειτο για κηλιδοβλατιδώδη εξανθήματα. Είναι χρήσιμο να διακρίνουμε όμως τις κηλιδοβλατιδώδεις βλάβες, από τις πετέχειες, τις φυσαλιδώδεις, τις πομφολυγώδεις, τις φλυκταινώδεις δερματικές αλλοιώσεις, τις πετέχειες, τα οζίδια και τις εσχάρες. Στη συνέχεια, κατά την κλινική εξέταση των συστημάτων είναι απαραίτητη και η νευρολογική εκτίμηση του ασθενούς, όπως επίσης ο έλεγχος για τυχόν λεμφαδενοπάθεια ή και ηπατομεγαλία και ο έλεγχος τυχόν προσβολής στοματικού, οφθαλμικού ή και γεννητικού βλεννογόνου[5].

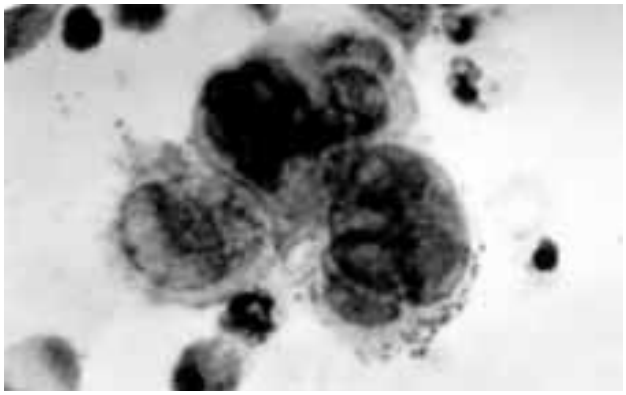
Επόμενο βήμα στην προσέγγιση του ασθενούς είναι ο εργαστηριακός και παρακλινικός έλεγχος. Σε αυτή τη φάση, πλην του αδρού ελέγχου με λευκά αιμοσφαίρια και περιφερικό πλακάκι, ταχύτητας καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων, C αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), ηπατική βιολογία και νεφρική λειτουργία, είναι απαραίτητη η καλλιέργεια βιολογικών υγρών (ούρα, αίμα, εκκρίσεις αναπνευστικού, υγρό πομφόλυγας).

Ο ορολογικός έλεγχος είναι χρήσιμος (όχι όμως στην οξεία φάση της νόσου) και κυρίως για την επιβεβαίωση της διάγνωσης σύφιλης, HIV, συστηματικού ερυθηματώ-

Πίνακας 3.
Βήματα για την τελική διάγνωση

δους λύκου και ρευματοειδούς αρθρίτιδας[6].

Σε περίπτωση που η δερματική βλάβη είναι φυσαλιδώδης είναι χρήσιμη μία εξέταση, που ονομάζεται Tzanck test, κατά την οποία λαμβάνεται δείγμα από τη βάση της φυσαλίδας, αφού προηγηθεί ρήξη αυτής[7]. Στη συνέχεια, ακολουθεί μικροσκοπική εξέταση του δείγματος για τυχόν ύπαρξη κυττάρων Tzanck (εικόνα 2), τα οποία εμφανίζονται σε κοινή πέμφιγα, CMV, HSV, έρπη ζωστήρα και ανεμευλογιά. Σε περίπτωση που οι δερματικές βλάβες είναι φλεγμονώδη οζίδια ή έλκη ή εμμένουσες πετέχειες, είναι χρήσιμη η λήψη βιοψιών[8].



Εικόνα 2.
Tzanck κύτταρα (πολυπύρηνα γιγαντοκύτταρα)

Ασθένειες, οι οποίες μπορούν να επιβεβαιωθούν ιστολογικά, είναι ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, το πολύμορφο ερύθημα, η δευτεροπαθής σύφιλη, αλλεργική αγγειίτιδα, ερπητικές λοιμώξεις, μυκητιασικές λοιμώξεις και ο Rocky Mountain spotted fever (πίνακας 4).

Ασθένειες που επιβεβαιώνονται ιστολογικά

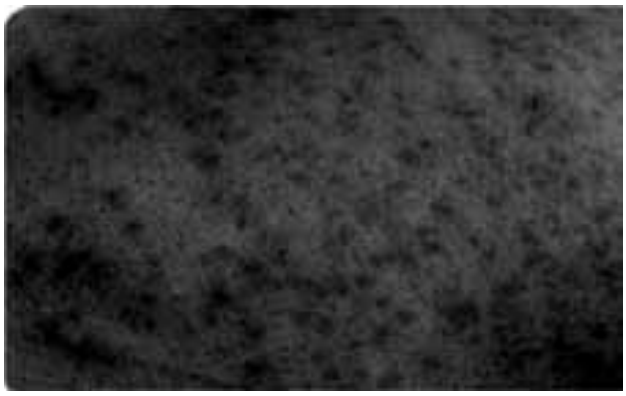
Σύφιλη
HIV
ΣΕΛ (Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος)
ΡΑ (Ρευματοειδής Αρθρίτιδα)
Κοινή πέμφιγα
CMV (Μεγακυτταροϊός)
HSV (Απλός έρπης)
Έρπης ζωστήρας
Ανεμευλογιά
Πολύμορφο ερύθημα
Αλλεργική αγγειίτιδα
Ερπητικές λοιμώξεις
Μυκητιασικές λοιμώξεις

Πίνακας 4.
Tzanck κύτταρα (πολυπύρηνα γιγαντοκύτταρα)

Γενικά στοιχεία για κλινικές περιπτώσεις που εμφανίζουν εμπύρετο με εξάνθημα

Το κηλιδοβλατιδώδες και κεντρικής κατανομής εξάνθημα με διασπορά προς τα άκρα είναι η συχνότερη από τις περιπτώσεις, στις οποίες κατηγοριοποιούνται τα αίτια του εμπύρετου εξανθήματος. Στον πίνακα 5 αναφέρονται τα αίτια που θα πρέπει να διερευνηθούν σε περίπτωση που το εξάνθημα του ασθενούς είναι κηλιδοβλατιδώδες και εμφανίζεται αρχικά κεντρικά. Από αυτά τα αίτια τα συχνότερα είναι οι ιοί και τα αυτοάνοσα νοσήματα[9].

Στον πίνακα 6 καταγράφονται οι αιτίες κατά τις οποίες το εξάνθημα εμφανίζεται εξ' αρχής περιφερικά. Εδώ περιλαμβάνεται και το λέμφωμα, που διαγνώστηκε στον ασθενή, που παρουσιάσθηκε ανωτέρω.



Εικόνα 3.
Χαρακτηριστικό κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα από αλλεργία σε αντιβιοτικό με αμοξυκιλλίνη

Κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα με κεντρική κατανομή (συχνότερο από την περιφερική)

Εντεροϊοί (Echo viruses, Coxsackie viruses)	Νόσος Lyme (*Borrelia*)
EBV	Colorado tick
CMV	Φάρμακα (αντιβιοτικά, αντιεπιληπτικά, διουρητικά κ.τ.λ.) (*εικόνα 3*)
Τοξόπλασμα	ΣΕΛ
HSV-6	Νόσος Still
HIV	Ρευματικός πυρετός
HBV	*Rickettsiae typhi*
Ωχρά σπειροχαίτη	Ιλαρά
Salmonella typhi/paratyphi	Ερυθρά
Leptospira interrogans	Παρβοϊός Β19

Πίνακας 5.
Κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα κεντρικής κατανομής

Κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα - περιφερική κατανομή	
Βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα	Rocky mountain spotted fever
Πολύμορφο ερύθημα	Κυτταρίτιδα
Hand-foot-and mouth disease	Δήγμα ποντικού
(Coxsackie A)	(Haverhill fever/rat-bite fever)
Δευτεροπαθής σύφιλη	Ερυσίπελας (εικόνα 4)
Άτυπη ιλαρά	Λέμφωμα

Πίνακας 6.
Κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα περιφερικής κατανομής

Εικόνα 4.
Ερυσίπελας

Ακολουθεί ο πίνακας 7 με την καταγραφή των αιτιών του φυσαλιδώδους εξανθήματος[10] . Εδώ παρατηρείται η καταγραφή για 2η φορά της νόσου Hand-foot-and mouth disease (η οποία έχει αναφερθεί και στο περιφερικό εξάνθημα). Αυτό συμβαίνει, γιατί σε πολλές ασθένειες το εξάνθημα σταδιακά αλλάζει μορφολογία και χαρακτηριστικά. Συνεπώς σε κάποιες περιπτώσεις, αναλόγως με τη φάση της νόσου, μπορεί να καταγραφούν διαφορετικά

Φυσαλιδώδες εξάνθημα	
Έρπης ζωστήρ	Γαγγραινώδες έκθυμα
	(*Pseudomonas aeruginosa*)
Απλός έρπης (*εικόνα 5*)	Θυλακίτιδα “hot-tub”
	(*Pseudomonas aeruginosa*)
Χολέρα	Hand-foot-and mouth disease
	(Coxsackie A)

Πίνακας 7.
Φυσαλιδώδες εξάνθημα

Εικόνα 5.
Χαρακτηριστικό εξάνθημα από έρπη ζωστήρα

δερματολογικά χαρακτηριστικά.

Στον πίνακα 8 αναφέρονται οι αιτίες του πετεχειώδους εξανθήματος σε συνδυασμό με εμπύρετο. Σε αυτή την κατηγορία των εξανθημάτων περιλαμβάνεται η μηνιγγιτιδοκοκκική σηψαιμία, κατάσταση την οποία θα πρέπει ο κλινικός ιατρός να υποψιάζεται εγκαίρως, λόγω της αυξημένης σοβαρότητας και θνητότητας, που παρουσιάζει.

Πετεχειώδες εξάνθημα
Neisseria meningitides
(οξεία και χρόνια μηνιγγιτιδοκοκκαιμία)
Neisseria gonorrhoeae
(διάχυτη γονοκοκκική λοίμωξη)
Ενδοκαρδίτιδα
(*streptococcus viridans*)
Εντεροϊοί (echovirus 9 – Coxsackie A9)
Θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα /
ουραιμικό αιμολυτικό σύνδρομο
Ιογενής αιμορραγικός πυρετός
Αγγειίτιδα μικρών αγγείων
(δερματική λευκοκυτταροκλαστική)
Σηψαιμία με επιπλοκή διάχυτη ενδαγγειακή πήξη

Πίνακας 8.
Πετεχειώδες εξάνθημα

Στον επόμενο πίνακα (πίνακας 9) αναφέρονται τα αίτια για το συρρέον αποφολιδωτικό ερύθημα[11].

Συρρέον αποφολιδωτικό ερύθημα
Συρρέον αποφολιδωτικό ερύθημα
Toxic shock syndrome
(*staphylococcus aureus*, *streptococcus* group A)
Οστρακιά
Αποφολιδωτικό ερυθηματώδες σύνδρομο
(red man syndrome)
Τοξική επιδερμική νεκρόλυση
Νόσος Kawasaki

Πίνακας 9.
Συρρέον αποφολιδωτικό ερύθημα

Στην περίπτωση που το εξάνθημα έχει τη μορφολογία οζιδίου, τα πιθανότερα αίτια, όταν αυτό συνδυάζεται με πυρετική κίνηση[12], είναι τρία και καταγράφονται στον πίνακα 10.

Οζώδεις δερματικές βλάβες
Οζώδες ερύθημα
Sweet's syndrome - οξεία εμπύρετη ουδετερόφιλη δερματοπάθεια
(*yersinia*, λεμφοϋπερπλαστικές διαταραχές, ιδιοπαθής)
Μύκητες, μυκοβακτηρίδια

Πίνακας 10.
Οζώδεις δερματικές βλάβες

Στον τελευταίο πίνακα (πίνακας 11) αναφέρονται τα αίτια των ελκωτικών και κνιδωτικών εξανθημάτων, πάντα με την προϋπόθεση ότι συνυπάρχει εμπύρετο.

Ελκωτικά και κνιδωτικά εξανθήματα	
Έλκη / Εσχάρες	Ουρτικάρια / Κνίδωση
Τουλαραιμία	Κνιδωτική αγγειίτιδα
(*Francisella tularensis*)	
Άνθρακας (*Bacillus anthracis*)	

Πίνακας 11.
Ελκωτικά και κνιδωτικά εξανθήματα

Summary

«Fever and Rash - Clinical Case presentation of non - Hodgkin lymphoma

Tsigaridas N., Pelechas E.

In the current clinical case we present an incident with fever and rash, which was internated in the Second Department of Internal Medicine of the General Hospital of Corfu. After several days of hospitalization with the symptoms to persist despite treatment with antibiotics and without any diagnosis from the paraclinical and laboratory examinations, the patient was sent to a tertiary hospital. There, the patient undergone a bone marrow biopsy and was diagnosed with a non-Hodgkin T-cell lymphoma. In the course of the current presentation there are summarized various diseases with fever and rash that should not be missing from the differential diagnosis of the clinical doctor.

Βιβλιογραφία

1. Kasper D., Braunwald E., Fauci A., et al., Harrison's Principles of Internal Medicine 16th ed., New York, McGraw-Hill, 2005
2. Fitzpatrick TB, et al. Color atlas and synopsis of clinical dermatology: common and serious diseases. 3d ed. New York, McGraw-Hill, Health Professions Division, 1997
3. Habif T. et al., Δερματικά νοσήματα – Διάγνωση και θεραπεία, Εκδόσεις Παρισιάνου, 2002
4. Kumar P., Clarck M., Clinical Medicine, 5th ed., W. B. Saunders, New York, 2002
5. Mosby's Medical, Nursing & Allied Health Dictionary, 6th ed., Mosby, United States, 2002
6. McPhee S., Papadakis M., Current Medical Diagnosis and Treatment, 48th ed., McGraw-Hill, New York, 2009
7. Fever and Rash – http://www.doctorslounge.com/infections/diagnosis/fever/fever3.htm (ημερομηνία προσπέλασης 15/03/2012)
8. Pickering LK., 2000 Red Book – Report of the Committee on Infectious Diseases, 25th edition, American Academy of Pediatrics, Illinois, 2000
9. Ghislain PD., Roujeau JC., Treatment of severe drug reactions – Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis and hypersensitivity syndrome, Dermatololy Online Journal, 2002
10. Carr DR., Houshmand E., Heffernan MP., Approach to the acute, generalized, blistering patient, Semin Cutan Med Surg, 2007
11. Yamamoto LG., Kawasaki disease, Pediatric Emergency Care, 2003
12. Psychos DN., Voulgari PV., Skopouli FN et al., Erythema nodosum: the underlying conditions, Clinical Rheumatology, 2000

Ιστορικό σημείωμα

Καραντίνες και λοιμοκαρθατήρια στα Ιόνια νησιά

Βάννα Πανδή-Αγαθοκλή,
Δρ. χημικός-ερευνήτρια

Περίληψη: Μετά από ολέθριες για την Ευρώπη επιδημίες πανώλης, η βενετική κυβέρνηση είναι η πρώτη ανάμεσα στα ευρωπαϊκά κράτη, που από τις αρχές του 15ου αιώνα εφάρμοσε την απαγόρευση επικοινωνίας ταξιδιωτών, που κατέπλεαν από ύποπτα για ασθένειες λιμάνια.

Περί το 1750 οι Ενετοί κατασκεύασαν διάφορα λοιμοκαθαρτήρια στις δαλματικές ακτές και τα Ιόνια νησιά.

Αλληλογραφία:
Βάννα Πανδή – Αγαθοκλή
Δημητρίου Φαληρέως 21
18547 Νέο Φάληρο
Πειραιάς

Τηλέφωνα:
Νέου Φαλήρου: 210-4812594
Κύμης Ευβοίας (θερινούς μήνες):
22220-24289
Κέρκυρας: 26610- 31364

Λέξεις κλειδιά:
Λοιμοκαθαρτήρια, Καραντίνα, Απολύμανση, Ενετοκρατία, Ιόνια νησιά

Εισαγωγή

Τα κράτη για να προφυλάξουν τους πολίτες τους από την δια θαλάσσης μετάδοση λοιμωδών νόσων από χώρες, όπου υπήρχαν αυτές, εφαρμόζουν την κάθαρση, η οποία συνίσταται στην απομόνωση των επιβατών προ της ελευθεροεπικοινωνίας τους.

Η απομόνωση αυτή γίνεται ή μέσα σε πλοίο ή σε λοιμοκαθαρτήρια, που είναι συνήθως εγκατεστημένα σε μικρά νησιά έξω από τα λιμάνια.

Ο χρόνος της απομόνωσης εξαρτάται από τη νόσο κατά της οποίας επιβάλλεται. Για χολέρα και πανώλη ο χρόνος δεν μπορεί να υπερβεί τις πέντε ημέρες και για εξανθηματικό τύφο τις 14.

Η κάθαρση είναι ή πραγματική, όταν ενεργείται απολύμανση του πλοίου και των επιβατών στο λοιμοκαθαρτήριο, ή επιτηρητική, όταν κατ' αυτήν απαγορεύεται απλώς η επικοινωνία με την ξηρά. ΄Οσο διαρκεί η κάθαρση, στο πλοίο κυματίζει η σημαία με το διεθνές κίτρινο σήμα Q , το λεγόμενο σήμα κάθαρσης ή καραντίνα.

Στους νεότερους χρόνους, η απομόνωση ύποπτων ασθενών[1] εφαρμόστηκε κατά πρώτον το 1377 στην Ragusa (σημερινό Dubrovnik) για 30 ημέρες (trentina) και αργότερα επεξετάθηκε σε 40 ημέρες (quarantina). Αυτό διότι κατά αρχαία αντίληψη υπετίθετο ότι οι οξείας μορφής ασθένειες (μαζί και οι λοιμώξεις) μπορούσαν να διαρκέσουν το πολύ 40 ημέρες. Η προθεσμία των 40 ημερών παίζει ένα ρόλο και στη Βίβλο. Σε καιρούς επιδημιών απόλυτη απομόνωση διενεργήθηκε στη Β. Ιταλία (Reggio nell' Emilia) ήδη τον πρώιμο 14ο αιώνα.

Ιδιαίτερα, στο χώρο της Μεσογείου δημιουργήθηκαν πολυάριθμα λοιμοκαθαρτήρια αρχικά σε μικρά νησιά, όπως π.χ. στη Νεάπολη, την Ανκόνα κ.λ.π.

Ιστορικά

Η Βενετία, όπως είναι γνωστό[2] κατέλαβε τα Κύθηρα το 1363 και την Κέρκυρα το 1386. Τα άλλα νησιά τα κατέλαβε ύστερα από εκατό χρόνια, το 1483. Εν τω μεταξύ είχε στην κατοχή της αρκετά από τα νησιά του Αιγαίου και πολλά λιμάνια της Δ. Πελοποννήσου, καθώς και την Κρήτη και την Κύπρο.

Από τον 10ο έως τον 16ο αιώνα μαρτυρούνται[3] στη Βενετία περισσότερες από 40 επιδημίες πανώλης, συμπεριλαμβανομένης και εκείνης του 1348, που ανάγκασε το Μεγάλο Συμβούλιο να εκλέξει τρία μέλη του με τον τίτλο του «Προβλεπτή της υγείας των χερσαίων εδαφών» και να επιμεληθούν την εξάλειψη της επιδημίας, αλλά και τη μελλοντική πρόληψη.

Μετά την τρομερή επιδημία πανώλης του 1423, η οποία επέφερε μεγάλο όλεθρο στην Ευρώπη[4], η βενετική κυβέρνηση είναι η πρώτη ανάμεσα στα ευρωπαϊκά κράτη, που μελέτησε το θέμα και κατέληξε στο συμπέρασμα περί της ανάγκης λήψεως μέτρων αποκλεισμού ανθρώπων και εμπορευμάτων. Έτσι για πρώτη φορά εφαρμόστηκε η κάθαρση, η απαγόρευση δηλ. της επικοινωνίας των πλοίων, τα οποία καταπλέουν από ύποπτα λιμάνια. Ήδη στη Βενετία είχαν ιδρυθεί, από το 1182, λεπροκομεία, όταν η νόσος αυτή ήταν πολύ διαδεδομένη στην Ευρώπη. Έτσι μετά την τρομερή επιδημία πανώλης το 1423 η βενετική Γερουσία αποφάσισε να ιδρύσει κάτι παρόμοιο και για τους πανωλόβλητους. Για το σκοπό αυτό ίδρυσε το πρώτο λοιμοκαθαρτήριό της σ' ένα από τα νησάκια της Βενετίας, όπου βρισκόταν το μοναστήρι των Αυγουστίνων μοναχών, αφιερωμένο στη Santa Maria di Nazaret.

Πολλοί ιστορικοί[5] πιστεύουν ότι κατά παραφθορά της λέξεως Ναζαρέτ πήραν τα λοιμοκαθαρτήρια το όνομα Lazzareti. Η άποψη αυτή δε φαίνεται να ευσταθεί, γιατί είναι γνωστό ότι απομονωτήρια είχαν ιδρυθεί στην Ευρώπη από το 13ο αιώνα και ονομάζονταν Λαζαρέτα, επειδή προστάτης τους θεωρείτο ο Άγιος Λάζαρος, σε αντιδιαστολή με τα λοιπά νοσοκομεία, που ονομάζονταν Hospitali.

Πιο σωστό φαίνεται ότι ονομάστηκαν έτσι, επειδή ο Άγιος Λάζαρος θεωρείται από την Καθολική Εκκλησία ως προστάτης των λεπροκομείων και γενικότερα των νοσοκομείων, που νοσήλευαν ασθενείς πάσχοντες από μεταδοτικά νοσήματα, σύμφωνα με το γνωστό χωρίο του Ευαγγελιστή Λουκά «... πτωχός δε τις ονόματι Λάζαρος εβέβλητο προς τον πυλώνα αυτού ειλκωμένος» (κεφ. ιστ', 20). Έκτοτε όλα τα λοιμοκαθαρτήρια ονομάστηκαν Λαζαρέτα.

Στα λοιμοκαθαρτήρια αυτά περιορίζονταν οι προερχόμενοι από ύποπτα μέρη για 40 ή και λιγότερες ημέρες, ανάλογα με τις αποφάσεις του Υγειονομείου, η δε περίοδος αυτή ονομαζόταν καραντίνα (quarantina). Παράλληλα τα εμπορεύματά τους υποβάλλονταν σε αερισμό και απολύμανση. Ο προσδιορισμός των 40 ημερών σε απομόνωση δεν ήταν τυχαίος, ούτε φαίνεται ότι επιβλήθηκε για λόγους επιστημονικούς. Ορίστηκε, από ό,τι φαίνεται, από τους καθολικούς επισκόπους, επειδή ακριβώς τόσες ημέρες είχε απομονωθεί για προσευχή ο Χριστός στην έρημο, ο Μωϋσής στο Όρος των Ελαιών κ.ά.

Στη συνέχεια, με απόφαση της Ενετικής Συγκλήτου[3] θεσμοθετήθηκε το 1486 για πρώτη φορά το Αρχείο (Magistrato) της Υγείας. Τρία μέλη του Μεγάλου Συμβουλίου εκλέχθηκαν με τον τίτλο του Προβλεπτή. Ως τα μέσα του επόμενου αιώνα η δικαιοδοσία των Προβλεπτών Υγείας διευρύνθηκε[6] και το 1535 δημιουργείται ο θεσμός των «Sopraproveditori alla sanita» (πρόσθετοι υγειονομικοί Προνοητές), για την αποδοτικότερη διοίκηση σε θέματα υγείας, τόσο στη Βενετία, όσο και στην Επικράτειά της. Οι Proveditori και οι Sopraproveditori έπρεπε να είναι ευγενείς και όφειλαν να επιτηρούν την πορεία των επιδημικών και ενδημικών ασθενειών ανθρώπων και ζώων, το έργο των ιατρών, τη λειτουργία των νοσοκομείων, τη διακίνηση των εδωδίμων. Ανάμεσα στα άλλα τους καθήκοντα είχαν και την ευθύνη της λειτουργίας του λαζαρέτου, εξέταζαν τα πιστοποιητικά υγείας των πλοίων, επέβαλαν καραντίνα, αν το έκριναν σκόπιμο, την καταστροφή του φορτίου και της αλληλογραφίας. Αλληλογραφούσαν επίσης με τους διπλωματικούς αντιπροσώπους και απεσταλμένους της Βενετίας στο εξωτερικό και με ξένα υγειονομικά Ιδρύματα. Έτσι γνώριζαν αν ένα καράβι ερχόταν από ύποπτη για ασθένεια χώρα και λάβαιναν τα μέτρα τους για να προλάβουν τυχόν επέκταση της επιδημίας.

Γύρω στο 1750 οι Ενετοί κατασκεύασαν διάφορα λοιμοκαθαρτήρια στην ακτή της Δαλματίας[7] και στα Ιόνια νησιά, καθώς και υγειονομικά κτήρια, τα οποία έλεγχαν τη διέλευση των εμπορευμάτων, που προέρχονταν από το εσωτερικό της τότε Τουρκίας.

Σε γενικές γραμμές η δομή[8] των κτηρίων των λοιμοκαθαρτηρίων αποτελούσε παραλλαγή ενός κοινού σχεδίου: 'Ενα περίκλειστο τετραγωνισμένο κτίσμα με εξωτερικούς τοίχους, χωρίς ανοίγματα, μία στοιχειώδης διαρρύθμιση των εσωτερικών χώρων με κάθετα χωρίσματα και

μία και μοναδική είσοδος κάτω από τον συνεχή έλεγχο του επικεφαλής των φυλάκων, ήταν τα κύρια χαρακτηριστικά του. Η είσοδος οδηγούσε σε ένα αίθριο-χώρο συγκέντρωσης των ταξιδιωτών και των πληρωμάτων. Οι αποθήκες και τα διαμερίσματα των εγκλείστων βρίσκονταν στις δύο ή στις τρεις από τις τέσσερις πλευρές του κτίσματος. Μέσα στα όρια του κτηρίου προβλεπόταν και η λειτουργία μικρών ναών και ένα πηγάδι ή μία στέρνα.

Σε αντίθεση με τα μέτρα που λήφθηκαν στα Επτάνησα κατά τη διάρκεια του 17ου και 18ου αιώνα, η ηπειρωτική χώρα, που ήταν κάτω από την οθωμανική κατοχή, είχε μια διαφορετική νοοτροπία για την αντιμετώπιση της ασθένειας[7]. Η απομόνωση των ασθενών και η καραντίνα δεν ήταν κοινές πρακτικές. Το ίδιο και όλη η Ανατολική Μεσόγειος, επίσης κάτω από την Οθωμανική Αυτοκρατορία, δεν θέλησε να υιοθετήσει τους υγειονομικούς ελέγχους για την πρόληψη. Κατά συνέπεια η πανώλη συνέχιζε να προκαλεί επιδημίες μέχρι και το πρώτο μισό του 19ου αιώνα. Αυτές οι επιδημίες είχαν καταστρεπτικές δημογραφικές και οικονομικές συνέπειες.

΄Ετσι όλα τα πολυάνθρωπα εμποροναυτικά κέντρα της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας μαστίζονταν από την πανούκλα[9]. Η επιδημία θέριζε κυρίως τους Τούρκους, που εξ' αιτίας θρησκευτικών προκαταλήψεων απόφευγαν κάθε υγειονομική προφύλαξη, οργάνωση λοιμοκαθαρτηρίων κ.λ.π. Ο Γάλλος περιηγητής G.A. Olivier γράφει σχετικά «Πιστεύοντας οι Μουσουλμάνοι ότι ο άνθρωπος δεν μπορεί να μεταβάλει τη βουλή του Θεού, θεωρούν έγκλημα κάθε προφύλαξη εναντίον της φριχτής αρρώστιας. ΄Ετσι σ' ολόκληρη την Οθωμανική Αυτοκρατορία η επικοινωνία ήταν ελεύθερη και δε λειτουργούσαν στα λιμάνια λαζαρέτα».

Επίσης ξένοι περιηγητές μαρτυρούν[10] ότι, ενώ στις περισσότερες περιοχές της Αυτοκρατορίας και στην ηπειρωτική Ελλάδα από τις αρχές του 19ου αιώνα είχε αρχίσει να εφαρμόζεται ο υγειονομικός έλεγχος και μέτρα κατά των επιδημιών, στην οθωμανική Πρωτεύουσα η πανούκλα θέριζε κάθε τόσο μυριάδες ψυχές. ΄Οπως πληροφορήθηκε ο περιηγητής Mac Michael δεν υπήρχαν δυνατότητες για την εφαρμογή υγειονομικών μέτρων, επειδή ο πληθυσμός ήταν μεγάλος και η Διοίκηση, ανεπαρκής και ανίσχυρη. Η αδιαφορία ωστόσο αποδιδόταν και σε άλλα, περισσότερο πρακτικά, αίτια. Ο ΄Αγγλος συγγραφέας Charles Maclean, που μελέτησε το πρόβλημα των επιδημιών στην Ανατολή, έγραφε: «΄Οπως είναι γνωστό ο Σουλτάνος κληρονομεί ένα μεγάλο ποσοστό των περιουσιών των υπηκόων, που πεθαίνουν. ΄Οταν η επιδημία αφανίζει όλα τα μέλη μιας οικογένειας, γίνεται κληρονόμος ολόκληρης της περιουσίας. Η πανούκλα του 1813 χάρισε μεγάλους θησαυρούς στο σουλτανικό θησαυροφυλάκιο».

Κατά την άφιξη των γαλλικών δυνάμεων κατοχής στα Επτάνησα[11], το 1807, η οργάνωση της δημόσιας υγείας διέπετο από κανόνες, που είχαν θεσπισθεί την περίοδο της Ενετοκρατίας και της Επτανήσου Πολιτείας. Είχε προηγηθεί το Μάϊο του 1802 η ίδρυση του Ιατρικού Κολλεγίου, ενός συλλόγου που είχαν συστήσει Επτανήσιοι γιατροί με κύριους σκοπούς την αντιμετώπιση των επιδημικών ασθενειών και τον έλεγχο της επιστημονικής κατάρτισης των γιατρών.

Τότε τηρήθηκαν πιστά οι υγειονομικοί κανονισμοί για την προφύλαξη των Ιόνιων νησιών από επιδημικές ασθένειες. Η χρονική στιγμή που κορυφώθηκε η επαγρύπνηση των υγειονομικών Αρχών συνέπιπτε με την εμφάνιση επιδημιών πανώλης σε γειτονικά εδάφη, όπως π.χ. τον Σεπτέμβριο και Οκτώβριο του 1812, όταν είχε εξαπλωθεί η πανώλη στη Θεσσαλία, Κων/πολη, Θεσσαλονίκη και στο νησί της Αδριατικής Λίσσα. Τα μέτρα που είχαν ληφθεί για την προφύλαξη της Κέρκυρας ήταν αυστηρά. Ο Γενικός Κυβερνήτης Donzelot με απόφαση που εξέδωσε τις 10 Οκτωβρίου 1812, διέτασσε περιπολίες των πολεμικών πλοίων, προκειμένου να εμποδιστεί κάθε παράνομη αποβίβαση επιβατών, εμπορευμάτων ή ζώων στο νησί. Συμπερασματικά, η υγειονομική πολιτική της γαλλικής Διοίκησης πρέπει να θεωρηθεί ως επιτυχημένη, διότι κατάφερε να συγκροτήσει ευέλικτες επιτροπές, να προσδώσει κοινωνικό χαρακτήρα στην ιατρική περίθαλψη και να προστατεύει με επάρκεια τη δημόσια υγεία από τις επιδημίες.

Και επί Αγγλοκρατίας[12] η Πολιτεία απέδιδε μεγάλη σημασία στα υγειονομικά θέματα, με σκοπό την αποτελεσματική προστασία της υγείας των πολιτών. Τα αυστηρά υγειονομικά μέτρα, ιστορική συνέχεια των δραστικών μέτρων της Ενετοκρατίας, γίνονταν πραγματικά δρακόντεια σε περίπτωση επιδημίας ή απειλής από επιδημίες, που μάστιζαν τη Μεσόγειο και την Ανατολή.

Γενικά, σύμφωνα με τις απόψεις του Αγγλου αρχίατρου της Μεσογείου Hennen[13], η κατάσταση, που θεωρούσε ζοφερή, πριν έλθουν οι Αγγλοι, μεταβλήθηκε αυτόματα σε ρόδινη. Η γνώμη του πρέπει να εξετασθεί κάτω από το πρίσμα της ιδιότητάς του, γιατί δεν μπορούμε να δεχθούμε ανεπιφύλακτα όλα όσα μαρτυρεί για την άθλια κατάσταση επί της Ενετοκρατίας και των διαδόχων καταστάσεων, που μπορεί πράγματι να μην ήταν άριστη, αλλά δεν ήταν και δραματική, ούτε βέβαια ότι η Αγγλοκρατία, παρά τις αναμφισβήτητες βελτιώσεις που έκανε, έλυσε πλήρως τα προβλήματα της κάθαρσης και «εξυγίανε» το όλο σύστημα. Ας προστεθεί εδώ ότι στα Υγειονομεία από το 1818 οι επιβιβαζόμενοι και αποβιβαζόμενοι επιβάτες πλήρωναν ειδικά τέλη, όπως επίσης και για την απολύμανση των πραγμάτων τους. Τα Υγειονομεία ακόμη εισέπρατταν τέλη για την απολύμανση των εμπορευμάτων και για την παραμονή στο Λαζαρέτο. Υπεύθυνοι για την καταβολή της πληρωμής όλων των δικαιωμάτων, εκτός του λοιμοκαθαρτηρίου και της κάθαρσης των πραγμάτων, είναι οι κυβερνήτες των πλοίων.

Την εποχή της Αγγλοκρατίας[5] πολλές επιδημίες, μικρές και μεγάλες, ξέσπασαν στα Ιόνια νησιά. Φοβερότερες ήταν οι επιδημίες της πανώλης και της χολέρας, που αποτελούσαν το μόνιμο πονοκέφαλο της Κυβέρνησης,

των Υγειονομικών Υπηρεσιών και των γιατρών και το κύριο φόβητρο του πληθυσμού, αλλά και για την πρόληψη των οποίων είχαν επιστρατευτεί αυστηρότατα υγειονομικά μέτρα, πολλά από τα οποία ταλάνιζαν τον πληθυσμό και δημιουργούσαν προβλήματα οικονομικά στους πολίτες και το κράτος.

Εκτός από τις μεγάλες επιδημίες της πανώλης του 1815 στην Κέρκυρα, και του 1816 στην Κεφαλονιά, της χολέρας του 1850 στην Κεφαλονιά, του 1855 στην Κέρκυρα και του 1856 στη Ζάκυνθο, και άλλες επιδημίες μικρότερης σημασίας και έκτασης αναφέρονται στην ίδια περίοδο, όπως η επιδημία ευλογιάς του 1837 στην Κεφαλονιά, Ζάκυνθο και Λευκάδα, μηνιγγίτιδας στην Κέρκυρα του 1843-1844, τύφου και άλλων.

Σε περίπτωση που μία επιδημία ξεσπάσει σε κάποιο νησί τότε, εκτός από τα προληπτικά μέτρα, που παίρνονται για την αποφυγή της επέκτασης της νόσου στα υπόλοιπα νησιά, συγκροτείται ειδικό «Ιατροσυνέδριο» στην Πρωτεύουσά του και «Ιατρικές Επιτροπές» στις άλλες πόλεις, που εποπτεύουν τους γιατρούς των περιοχών. Κατ' αρχήν, όταν ξεσπάσει μία επιδημία, οι Υγειονομικές Αρχές αναλαμβάνουν μία πραγματική ανάκριση για να εντοπίσουν τα πρώτα κρούσματα και τον τρόπο, που η επιδημία μπήκε στο νησί. Λαμβάνονται σκληρά στρατιωτικά μέτρα για την απομόνωση των πόλεων. Ιδρύονται πρόσκαιρα νοσηλευτήρια, κυρίως με τη μετατροπή μοναστηριών και εκκλησιών σε νοσοκομεία και υπαίθρια στρατόπεδα για τους ύποπτους. Απολυμαίνονται τα αντικείμενα των υπόπτων και ακόμη καίγονται τα σπίτια των αρρώστων.

΄Οσον αφορά τη χολέρα μέχρι το 1830 ήταν εντελώς άγνωστη στην Ευρώπη[14]. Ούτε οι αρχαίοι συγγραφείς (Ιπποκράτης, Γαληνός, Αρεταίος κ.λ.π.), ούτε οι νεότεροι αναφέρουν κάτι σχετικό περί επιδημιών χολέρας. Μόνο γύρω στο 1750 Ευρωπαίοι ταξιδιώτες στην Ινδία διαπίστωσαν την ύπαρξη της νόσου. Η πρώτη εμφάνισή της στα εδάφη του ελληνικού κράτους συνέπεσε περίπου με τα πρώτα βήματα της Καποδιστριακής Πολιτείας, η οποία εξαιτίας της συγκυρίας περιορίστηκε μάλλον στην παρακολούθηση της ασθένειας, παρά επεκτάθηκε σε μέτρα αντιμετώπισής της. Προϋπήρχε πρόσφατη επιδημία πανώλης. ΄Ετσι, ουσιαστικά οι πρώτες προσπάθειες συγκρότησης ενός δικτύου λοιμοκαθαρτηρίων και υγειονομικών σταθμών ανάγονται στην Οθωνική περίοδο.

Κέρκυρα

Είναι το βορειότερο από τα Επτάνησα με έκταση 588 km^2. Οι Ενετοί έγιναν κύριοι του νησιού το 1386 και εξαιτίας της γεωγραφικής της θέσης προόριζαν τη νέα τους κτήση ως λιμάνι-σταθμό για τα πλοία, που μετέφεραν τα προϊόντα προς τη Βενετία από την Ανατολή και αντίστροφα.

΄Ετσι προέκυψε μία συνεχής διέλευση ταξιδιωτών από το λιμάνι, που ο συγχρωτισμός τους με τους κατοίκους εγκυμονούσε σημαντικούς κινδύνους προσβολής του πληθυσμού από επιδημίες[15]. ΄Εχοντας μάλιστα υπόψη τα οικιστικά και υδρευτικά προβλήματα της πόλης, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η πόλη της Κέρκυρας ήταν ιδιαίτερα ευάλωτη από επιδημίες, όπως εξάλλου προκύπτει και από τις μαρτυρίες των πηγών.

Για τους παραπάνω λόγους, όλος ο μηχανισμός, που η Βενετία είχε επινοήσει στα λιμάνια της, για να εμποδίσει την εξάπλωση των επιδημικών ασθενειών με τη μεταφορά των προϊόντων, εφαρμόστηκε και στην Κέρκυρα,[3] όπως και σε άλλες κτήσεις του θαλάσσιου κράτους της, με τις οποίες βρισκόταν σε επικοινωνία. ΄Ετσι, ήδη από το 1545 το Κερκυραϊκό Συμβούλιο εκλέγει τρεις Προβλεπτές Υγείας (Proveditori alla Sanita), και το 1588 με Συγκλητική απόφαση θεμελιώθηκε το πρώτο υποτυπώδες λοιμοκαθαρτήριο.

Οι Προβλεπτές είχαν σημαντικές αρμοδιότητες στον έλεγχο της διακίνησης του πληθυσμού και των πλοίων, της απομόνωσης των υπόπτων και αποστείρωση των αντικειμένων τους, στη νοσηλεία των ασθενών και στην καταστροφή των πραγμάτων τους και γενικά σε κάθε υγειονομικό μέσο, που αποσκοπούσε στην υγειονομική προάσπιση και ασφάλειά του.

Οι ιδιοκτήτες των πλεούμενων, οι καπετάνιοι ή γραφείς ήταν υποχρεωμένοι να παρουσιασθούν και να καταθέσουν στο Υγειονομείο της Κέρκυρας, όταν έφθαναν στο λιμάνι της[3]. ΄Ετσι δημιουργήθηκε η ανάγκη ίδρυσης πλήρους λοιμοκαθαρτηρίου στην Κέρκυρα. Επιλέχθηκε γι' αυτό το σκοπό το νησάκι του Αγίου Δημητρίου, που βρίσκεται στη ΒΑ πλευρά της πόλης της Κέρκυρας, έχει έκταση 70.000 m^2 και απέχει δύο ναυτικά μίλια από την πόλη. Στις αρχές του 16ου αιώνα είχε λειτουργήσει στο νησί ένα μοναστήρι. Το 1705 ιδρύθηκε εκεί το πρώτο λοιμοκαθαρτήριο των Ιονίων νησιών και χρησιμοποιήθηκε σαν τέτοιο αρκετά για όλο το 19^ο αιώνα. Από αυτό πήρε και το νησί το όνομα Λαζαρέτο. Κατά την περίοδο της Επτανήσου Πολιτείας (1799-1807) οι Ρωσοτούρκοι είχαν εγκαταστήσει εκεί στρατιωτικό νοσοκομείο.

Σύμφωνα με ένα χάρτη από την εποχή της κυριαρχίας των Γάλλων[16], στις αρχές του 19^{ου} αιώνα η εγκατάσταση έχει τη μορφή μιας τετράγωνης περιτοιχισμένης αυλής με μήκος πλευράς περί τα 80m. και εμβαδόν περί τα 6.000m^2, η οποία περικλείει διάφορα κτήρια. Ενας πιο ακριβής χάρτης του 1870, που συνοδεύεται και από σχεδιάγραμμα, επιβεβαιώνει τα ανωτέρω. Από τη μια μεριά και από την άλλη αυτής της πελώριας αυλής είναι κτισμένα δωμάτια και καταστήματα, ενώ στο κέντρο της υπάρχουν μια εκκλησία και ένα πηγάδι. Στις δύο γωνίες του περιτειχίσματος σημειώνονται δύο πύργοι.

Το μεγάλο φόβητρο εκείνων των χρόνων ήταν η πανούκλα. Γι' αυτό στην Κέρκυρα και σ' όλα τα νησιά του Ιονίου εφαρμόζονταν δρακόντεια υγειονομικά μέτρα κατ' αυτής. Ο Γάλλος πρόξενος Grasset Saint Sauveur[17], που εγκαταστάθηκε στην Κέρκυρα το 1781, παρακολούθησε από κοντά την περίπτωση ενός πανουκλιασμένου

καραβιού από την Αλεξάνδρεια, που έφθασε στο νησί. Ο καπετάνιος του και ένα μέλος του πληρώματος είχαν πεθάνει κατά τη διάρκεια του ταξιδιού. Γράφει: «Μια γαλιότα (είδος ταχύπλοου σκάφους της Μεσογείου με κουπιά και ιστία) σταμάτησε το καράβι στ' ανοιχτά κι' εμπόδισε κάθε επικοινωνία. ΄Υστερα από λίγες μέρες βγήκε το πλήρωμα στο νησάκι, που λειτουργούσε το λαζαρέτο, μαζί με όλο το φορτίο του καραβιού. Οι ναύτες έβγαλαν τα ρούχα τους και φόρεσαν ένα πουκάμισο από χοντρό ύφασμα ποτισμένο πίσσα (Η πίσσα περιέχει και απολυμαντικές φαινόλες). Δύο φορές την ημέρα έκαναν λουτρό μπροστά στους υγειονομικούς επιθεωρητές και τον αρχίατρο. Τέσσερις πέθαναν. ΄Εκαψαν οι σύντροφοί τους όλα τα υπάρχοντά τους, κι' αφού έρριξαν τα πτώματα σε βαθύ λάκκο τον σκέπασαν με ασβέστη. ΄Επειτα ξαρμάτωσαν το καράβι και το βούλιαξαν για απολύμανση. Σε είκοσι μέρες το ανέλκυσαν. Αλλά σε κανένα δεν επέτρεψαν να πλησιάσει επί οκτώ ημέρες. Επειδή το πλήρωμα είχε αποδεκατιστεί από την πανούκλα, ελευθέρωσαν μερικούς καταδίκους από τις γαλέρες (κωπήλατο πλοίο μακρόν και ναυμαχικόν μόνον του μεσαίωνος) και τους ανέβασαν στο καράβι για να συμπληρώσουν τα κενά. Κι' έτσι σαλπάρισε το πλεούμενο για τη Βενετία. Το συνόδευσε μια φρεγάτα (ιστιοφόρο πολεμικό) κι' ο καπετάνιος της δεν το άφησε από τα μάτια του, ώσπου ν' αράξει μπροστά στο βενετικό λαζαρέτο, όπου άρχισε νέα καραντίνα.

΄Ομως και επί Αγγλοκρατίας, παρ' όλα τα δρακόντεια μέτρα παρουσιάζονταν αδυναμίες. Ο Ελβετός περιηγητής Albert Mousson[18] που βρισκόταν στην Κέρκυρα το 1858, περιγράφει την επίσκεψη ενός φίλου του: «… ούτε λογάριασε και αυτήν ακόμη την πληκτική αναμονή λόγω της τριήμερης καραντίνας που είχε επιβληθεί σε όλους, όσοι έρχονταν από την Τουρκία, εξαιτίας ενός λοιμού, που είχε πλήξει προ πολλού την Τρίπολη, αλλά είχε ήδη πάψει υφιστάμενος. Η τελευταία δοκιμασία, επειδή ήταν πολύ απροσδόκητη, υπήρξε και πολύ δυσάρεστη. Σ' ένα λαζαρέτο που βρισκόταν σ' ένα απομονωμένο νησί και το οποίο αποτελείτο από δωμάτια, που έμοιαζαν με στάβλους, άνθρωποι και ζώα ήταν στριμωγμένοι δίπλα-δίπλα, χωρίς καμία σχεδόν φροντίδα. Κάτω απ' αυτές τις συνθήκες όποιος το μπορούσε δοκίμαζε να περάσει την ημέρα του μέσα σε μια άκατο (η μεγαλύτερη λέμβος ενός πολεμικού πλοίου) σκεπασμένη με καραβόπανο και παρέα με δυο ναυτικούς και έναν φύλακα, οι οποίοι βρισκονταν επίσης σε καραντίνα. Ο Αλβανός υπηρέτης του φίλου μου είχε προνοήσει να πάρει μαζί του μάλλινα σκεπάσματα και έτσι πέρασαν οι νύχτες, παρά την καταιγίδα και τη βροχή, όχι πολύ χειρότερα απ' ό,τι σε μερικούς παλαιότερους καταυλισμούς. Το πρωί χαιρέτησα το φίλο μου στην παραλία, που βρισκόταν μπροστά από το Υγειονομείο και συζήτησα μερικές στιγμές μαζί του υπό την επίβλεψη ενός φρουρού, που καθόταν σε μια πέτρα σε απόσταση έξι βημάτων απ' αυτόν και του έσπρωχνε μ' ένα μακρύ κοντάρι ένα πιάτο με σταφύλια κι' ένα φλιτζάνι καφέ».

Σε διάφορες χρονικές περιόδους, σε περιόδους επιδημιών, λειτουργούσαν πρόχειρα λοιμοκαθαρτήρια και στο εσωτερικό του νησιού[19], όπως π.χ. με την επιδημία χολέρας στην Κέρκυρα του 1855, οπότε ιδρύθηκαν τρία νοσοκομεία στην πόλη: το ένα στο Μαντούκι, το δεύτερο στη Γαρίτσα και το τρίτο στην Εβραϊκή για τους Εβραίους.

Το χειμώνα του 1815-1816 ξέσπασε στο χωριό Μαραθιάς της Κέρκυρας φοβερή επιδημία πανώλης,[20] η οποία ήταν και η τελευταία του νησιού. Η μολυσμένη περιοχή κυκλώθηκε από στρατιωτική δύναμη. Αμέσως μετά ο Campbell συγκρότησε οκταμελές στρατοδικείο στο δρόμο προς την πόλη, ώστε να εκδικάζει επί τόπου παραβάσεις σχετικές με το λοιμό. Λίγες μέρες αργότερα αποφασίστηκε η ίδρυση δύο λοιμοκαθαρτηρίων στο μοναστήρι της Αγίας Τριάδας Αργυράδων και στο χωριό Χλωμός. Στη συνέχεια έκλεισε τους ναούς και τους κοινόχρηστους χώρους. Η ταφή των νεκρών γινόταν σε ομαδικούς τάφους, μερικοί από τους οποίους σώζονται μέχρι σήμερα και φέρουν στερεότυπα τη μακάβρια επιγραφή: «Τάφος πανουκλιασμένων. Απέχεσθε». Ιδιαίτερη μέριμνα πάρθηκε για την αποφυγή μετάδοσης της επιδημίας μέσω αλληλογραφίας. Με διαταγή οριζόταν ότι οι επιστολές της περιοχής εκείνης έπρεπε να παραδίδονται στην Υγειονομική Επιτροπή, που έδρευε στο Ποτάμι και τον Εγριπο δύο ημέρες την εβδομάδα, να είναι γραμμένες σε ένα μόνο φύλλο χαρτί μαζί με τη διεύθυνση, προκειμένου να διευκολύνεται η απολύμανση μέσω υποκαπνισμού. Παλαιότερα η απολύμανση μέσω υποκαπνισμού γινόταν στη Βενετία με το κάψιμο θειαφιού, σμύρνας και πίσσας.

Κατά την περίοδο της ιταλικής κατοχής (1941-1943) το νησί χρησιμοποιήθηκε ως στρατόπεδο συγκέντρωσης Ελλήνων αντιστασιακών. Κατά την περίοδο του εμφυλίου πολέμου το Λαζαρέτο αποτέλεσε τόπο εκτέλεσης θανατοποινιτών πολιτικών κρατουμένων στις φυλακές της Κέρκυρας. Περίπου 200 άτομα εκτελέστηκαν και τάφηκαν σε ανώνυμους τάφους γύρω από τον τόπο της εκτέλεσης.

Σήμερα στο Λαζαρέτο της Κέρκυρας διασώζονται κτηριακά υπολείμματα σχεδόν όλων των φάσεων της ιστορίας του νησιού. Συγκεκριμένα σώζεται εκκλησία ιδιαίτερου ιστορικού και αρχιτεκτονικού ενδιαφέροντος χωρίς την οροφή της, διόροφο κτήριο από συμπαγείς πλίνθους, τμήμα του περιμετρικού τείχους του λοιμοκαθαρτηρίου, που αποτέλεσε τον τοίχο των εκτελέσεων και το νεκροταφείο των 200 εκτελεσθέντων.

Από το 1976 επιζώντες θανατοποινίτες και συγγενείς εκτελεσμένων συνέστησαν το σωματείο «Λαζαρέτο», το οποίο φρόντισε για τη διευθέτηση του χώρου και την ανακήρυξή του σε ιστορικό τόπο.

Λευκάδα

Στη Λευκάδα, που έχει εμβαδόν 356 km^2 , η πρώτη περίοδος της Οθωμανικής αυτοκρατορίας διήρκεσε επί δύο και πλέον αιώνες, εξαιρουμένων βραχέων διακοπών (1479-1684). Η Λευκάδα ήταν η τελευταία κτήση της Βε-

νετίας στο Ιόνιο. Η τελευταία Ενετοκρατία υπήρξε κατά τα έτη 1684-1797.

Ο ιστορικός Βλαντής[21] επισημαίνει: «Αλλά των σεισμών και των πειρατών φοβερότερον δυστήχημα υπήρξεν η εν έτει 1644 ενσκήψασα επιδημία της πανώλους διαρκέσασα δύο ολόκληρα έτη και δρέψασα δύο και πλέον χιλιάδας ανθρώπων».

Το πρώτο λοιμοκαθαρτήριο της Λευκάδας[8] θεμελιώθηκε το 1718 στην είσοδο του καναλιού της Αγίας Μαύρας ανάμεσα στις περιοχές Καλλιγόνι και Μπρίκι. Φαίνεται ότι η τύχη και λειτουργία αυτού του πρώτου λοιμοκαθαρτηρίου δεν ευοδώθηκαν, διότι μερικά χρόνια αργότερα, όταν το νησί έπληξε η καταστροφική επιδημία του 1743, οι Αρχές πανικόβλητες έσπευσαν να καλύψουν τις ανάγκες με το στήσιμο πρόχειρων παραπηγμάτων σε διάφορες τοποθεσίες στις παρυφές του αστικού οικισμού, χωρίς να γίνεται καθόλου λόγος για το μόνιμο λοιμοκαθαρτήριο. Η πανώλης που μάστισε το νησί το 1744 είχε 1.800 θύματα.

«Το μίασμα της πανώλης[22] εκομίσθη εις την νήσον Λευκάδα κατά Ιούνιον 1743 εκ Μεσσήνης της Ιταλίας, δηλ. μερικές δεκαετίες αφότου το νησί είχε γίνει μέρος της Ενετικής Δημοκρατίας. Εν εκ των ληφθέντων τότε μέτρων προς καταπολέμησιν της νόσου ήτο η δια βράσεως απολύμανσις και κάθαρσις των ενδυμάτων, επίπλων και σκευών ανηκόντων εις πανωλόβλητους. Προς τούτο είχεν οργανωθεί ειδική Υπηρεσία, εγκατασταθείσα εις τας ΄Ανω Αλυκάς. Εννοείται ότι μετά την απολύμανσιν πάντα τα ανωτέρω είδη παρεδίδοντο εις τους δικαιούχους εντελώς κατεστραμμένα. Κατά τον ως άνω ρηθέντα τρόπον είχεν απολυμανθεί το περιεχόμενον 600 και πλέον οικιών. Υπήρχαν και παραινέσεις των Αρχών να μην συγκεντρώνονται οι κάτοικοι και να μην αφήνουν τα παιδιά έξω, άλλως θα μεταφέρονται πάραυτα μετά των οικογενειών των εις το λοιμοκαθαρτήριον».

Επί Αγγλοκρατίας[5] ένα νησάκι, που βρίσκεται βόρεια του Β.Α άκρου του ισθμού, εχρησιμοποιείτο για καραντίνα. ΄Ηταν το νησί του Αγίου Νικολάου, όπου αργότερα ήταν το σπίτι του Σικελιανού.

Ο Hennen, αρχίατρος Μεσογείου επί Αγγλοκρατίας, βεβαιώνει ότι οι κανονισμοί στο λοιμοκαθαρτήριο της Λευκάδας ετηρούντο αυστηρά και οι αξιωματικοί του λοιμοκαθαρτηρίου εργάζονταν κατά τρόπο υποδειγματικό. ΄Ετσι, παρά το ότι οι ακτές της ηπειρωτικής Ελλάδας ήταν πολύ κοντά, δεν παρουσιάζονταν συχνά κρούσματα.

Κεφαλληνία

Η Κεφαλονιά είναι το μεγαλύτερο από τα Ιόνια νησιά με εμβαδόν 781 km^2. Το λοιμοκαθαρτήριό της ιδρύθηκε το 1705 επί Προνοητού D. Dolfin και ανακαινίστηκε το 1791 επί του Προβλεπτή Angelo Zorzi.

Φαίνεται[23] ότι κατά τη διάρκεια του 18ου αιώνα εντείνεται το ενδιαφέρον των Ενετικών Αρχών για την προστασία της υγείας των κατοίκων, γιατί το 1760 ιδρύεται και δεύτερο λοιμοκαθαρτήριο στα Φωκάτα (επαρχία Κρανιάς). Μνεία επίσης γίνεται και για τη θεμελίωση νοσοκομείου το 1713. Το ενδιαφέρον αυτό των Αρχών θα πρέπει να συνδυαστεί οπωσδήποτε με την εξάπλωση επιδημιών, ιδιαίτερα της πανώλης, η οποία επισημάνθηκε στην Κεφαλονιά μέσα στο 18ο αιώνα τουλάχιστον δύο φορές, το 1760 στη Λακήθρα και το 1791. Ιδιαίτερα απειλητική φαίνεται ότι υπήρξε η επιδημία του 1760.

Ο Γάλλος πρόξενος Grasset Saint-Sauveur[17] (1781) δίνει μία περιγραφή του λοιμοκαθαρτηρίου του Αργοστολίου, η οποία αντιστοιχεί πλήρως στον πίνακα που χρονολογείται στα χρόνια του 1760: «Το λαζαρέτο είναι το πρώτο κτίσμα που βλέπει κανείς στην παραλία εισερχόμενος στον κόλπο, κοντά στο λιμάνι του Αργοστολιού. Κοντά του βρισκόταν το στρατιωτικό νοσοκομείο. Το σχήμα του διαγράφει ένα τέλειο τετράγωνο, που ενισχύεται από τέσσερις μικρούς πύργους. Το εσωτερικό αποτελείται από κάποια δωμάτια για τους ταξιδιώτες και δύο υπόστεγα, όπου τοποθετούν και αερίζουν τα εμπορεύματα. Συνεχόμενα υπάρχει μια μικρή ελληνική εκκλησία αφιερωμένη στον Αγιο Ρόκο, που εφημερεύεται από έναν ιερέα, ο οποίος έχει επίσης εκεί ένα κατάλυμα. Η διοίκηση του λαζαρέτου καταλαμβάνει όλη την πρόσοψη. Το ισόγειο αποτελείται από έναν προθάλαμο, όπου 5 ή 6 στρατιώτες της φρουράς προστατεύονται από τις άσχημες καιρικές συνθήκες..». ΄Ηδη από το 1816, όπου ενέσκηψε πανώλης[24] εις τα Κομιτάτα της Ερύσου, ιδρύθηκαν νοσοκομεία στα χωριά και λοιμοκαθαρτήρια στις παραλίες. Με προκήρυξη μάλιστα του στρατηγού Smith διατάχθηκε και μεταφορά των ασθενών στη νησίδα Δασκαλιό, όπου επίσης ιδρύθηκε λοιμοκομείον.

Οι Αγγλοι προγραμμάτισαν από το 1830 νέα ανακαίνιση και επέκταση του λαζαρέτου του Αργοστολίου, που τελικά πραγματοποιήθηκε το 1841. Συγχρόνως οργανώθηκαν Υγειονομεία στις μεγάλες πόλεις, Αργοστόλι και Ληξούρι, ενώ στα δευτερεύοντα λιμάνια υπήρχαν Υγειονοφυλάκια. Σύμφωνα με παρατηρήσεις του Sir Charles Napier υπήρχαν στην Κεφαλονιά 12 λιμάνια, από αυτά όμως σπουδαιότερο ήταν το λιμάνι του Αργοστολίου, που ήταν πάντοτε ανοιχτό για το γενικό εμπόριο. Το λιμάνι του Ληξουρίου βρισκόταν σε κάποιο μικρό περιορισμό, όπως επίσης της Αγίας Ευφημίας, σημαντικό λιμάνι, γιατί από εκεί γινόταν η εισαγωγή των ζώων. Τα υπόλοιπα όμως λιμάνια βρίσκονταν κλειστά. Στα κλειστά λιμάνια υπήρχε πάντα ένας φύλακας, που εμπόδιζε το λαθρεμπόριο και ήταν υποχρεωμένος να μένει μόνιμα εκεί.

Στο τοπικό ιστορικό Αρχείο της Κεφαλονιάς ο Κ.Ν. Αλιβιζάτος[6] βρήκε μερικές εγκυκλίους, που έστελνε ο ΄Επαρχος από το Μαγιστράτο του Αργοστολίου, το 1819, προς τους «δεπουτάτους» (επιτρόπους) των υγειονομικών σταθμών του νησιού, ύστερα από μήνυμα του βρετανού «κόνσολου» της Πελοποννήσου, που του ανήγγελλε ότι εμφανίστηκαν κρούσματα θανατικού στο χωριό Καμάρι (της Κορινθίας). Από την ανάγνωση αυτών των εγκυκλίων πληροφορούμεθα ποια μέτρα πάρθηκαν τότε (1819) για

την αναχαίτιση της επιδημίας της Πελοποννήσου.

Είναι επίσης γνωστό[24] ότι μετά την πτώση της Κιάφας, το 1821, οι Σουλιώτες συμφώνησαν με τον ΄Αγγλο πρόξενο Μέγερ και τους Οθωμανούς, να μετοικήσουν στα νησιά του Ιονίου και τον Σεπτέμβρη του 1821 αναχώρησαν όλοι μαζί για την ΄Ασσο, αφού προηγουμένως αφοπλίστηκαν και υποβλήθηκαν σε εβδομήντα (70) ημερών κάθαρση.

Το 1823 ο Χρ. Περραιβός υπέβαλε αναφορά προς τον Μαίτλανδ και τον Napier για να επιστραφούν στους Σουλιώτες τα όπλα, που τους έκλεψαν οι ΄Αγγλοι στρατιώτες στην Ασσο.

Γενικά[12] τα μέτρα, που ίσχυαν σε περίπτωση ομαλών υγειονομικών συνθηκών, πολλαπλασιάζονταν σε περίπτωση επιδημίας ή απειλής επιδημίας. Μία τέτοια περίπτωση σοβαρής απειλής αντιμετώπισαν τα υπόλοιπα Ιόνια νησιά, όταν στην Κεφαλονιά έκανε θραύση η επιδημία χολέρας του 1850. ΄Οπως φαίνεται η επιδημία μεταδόθηκε από τη Μάλτα στην Κεφαλονιά και είχε προσβάλει 1858 άτομα, από τα οποία τα 992 υπέκυψαν στη νόσο. Με την εκδήλωση των πρώτων κρουσμάτων η Διοίκηση έλαβε τα απαραίτητα μέτρα απομόνωσης του νησιού, που είχε προσβληθεί, και παράλληλα μια σειρά μέτρων στην πόλη της Κέρκυρας.

Το λαζαρέτο του Αργοστολίου αφέθηκε στην εγκατάλειψη κατά τον 19ο αιώνα. Το κτήριο και η εκκλησία ερειπώθηκαν από τους σεισμούς και κατεδαφίστηκαν γύρω στο 1900.

Ιθάκη

Το νησί έχει εμβαδόν 96 km^2. Και στην Ιθάκη υπήρχε ένα μικρό, αλλά πολύ καλοσχεδιασμένο λαζαρέτο, που ήταν κτισμένο σε μια νησίδα στη μέση του λιμανιού (Βαθύ), που μέχρι σήμερα ονομάζεται Λαζαρέτο. Το λοιμοκαθαρτήριο αυτό στο μικρό νησάκι στο λιμάνι, που βρίσκεται σήμερα μια εκκλησία, κτίσθηκε επί Αγγλοκρατίας[5]. Ο χειρουργός γιατρός Νικόλαος Καραβίας Γρίβας, ο οποίος έζησε τα χρόνια εκείνα, μας πληροφορεί: «Επί της Αγγλικής διοικήσεως οικοδομήθη το λοιμοκαθαρτήριον, του οποίου αι πέτραι των θυρών και των παραθύρων είναι εκ των μνημείων των αρχαίων Ελλήνων. Εις μέρος δε αυτών φαίνονται αι επιγραφαί».

Μεταγενέστερα το λοιμοκαθαρτήριο χρησιμοποιήθηκε ως φυλακή.

Ζάκυνθος

Η Ζάκυνθος, με εμβαδόν 406 km^2 ήταν το πιο πολυσύχναστο λιμάνι του Ιονίου. Στο νησί ανθούσε πάντοτε το εμπόριο της σταφίδας. Κάθε χρόνο φορτώνονταν 6-7 καράβια. Το μεγαλύτερο δε μέρος της παραγωγής εξάγονταν στην Αγγλία.

Το λοιμοκαθαρτήριο της Ζακύνθου[5] θεμελιώθηκε το 1588 επί Ενετοκρατίας στην άκρη της πόλης, στην τοποθεσία ΄Αγιος Κωνσταντίνος στους Κήπους. Επειδή όμως το λοιμοκαθαρτήριο αυτό κρίθηκε ανεπαρκές, λόγω της μεγάλης κίνησης και των διαρκώς αυξανόμενων κρουσμάτων πανώλης στα πλοία, με διάταγμα του 1690 ιδρύθηκε και νέο εποχιακό λοιμοκαθαρτήριο στο Μαραθονήσι στον κόλπο του Λαγανά.

Το λοιμοκαθαρτήριο της Ζακύνθου ήταν το σημαντικότερο της Επτανήσου[25]. Η Ζάκυνθος, μετά την κατάληψη ιδίως της Κρήτης υπό των Τούρκων το 1717, ήταν το σημείο στο οποίο προσέγγιζαν τα πλοία, είτε ερχόμενα από τη Δύση, είτε μεταβαίνοντα στην Ευρώπη από την Ανατολή. Συνεπώς μεγαλύτερος ήταν ο κίνδυνος της μετάδοσης εκεί της πανώλης, καθ' όσον ήταν το πλησιέστερο νησί προς την Πελοπόννησο, όπου αυτή τότε ήταν σχεδόν ενδημική.

΄Εχουμε και τη μαρτυρία του συγγραφέα ενός ταξιδιωτικού χρονικού περί το 1600 μ.Χ. W. Biddulph[26], ο οποίος αναφέρεται στους δρακόντειους υγειονομικούς κανονισμούς της Ζακύνθου: «Χρειάστηκαν 10 μέρες για να μπούμε στην πολιτεία και να τακτοποιήσουμε τις δουλειές μας. Κι' αυτό γιατί συνηθίζουν να μην επιτρέπουν την κυκλοφορία στο νησί των ξένων, που δεν έχουν πιστοποιητικό υγείας, από τα λιμάνια της Ανατολής. Κι εμείς δεν είχαμε. Κι' έτσι μερικοί από τη συντροφιά μας, που είχαν στο νησί εμπορικές υποθέσεις, μπήκαν στο λαζαρέτο, δηλ. στο λοιμοκαθαρτήριο. Κι' αν ακόμα είσαι γερός πρέπει να μείνεις στο Λαζαρέτο, όσο διατάξουν οι υγειονομικές Αρχές, άλλοτε 20 και άλλοτε 40 μέρες. Κι' αν αρρωστήσεις, έστω κατά το τέλος των 40 ημερών, πρέπει να παραμείνεις άλλες 40. Σ' αυτό το διάστημα ένας φρουρός επιτηρεί τους ξένους, να μην έλθουν σε επαφή με κανένα. Ακόμα και οι φίλοι τους, που πηγαίνουν να τους επισκεφθούν, μιλάνε από μακριά. Κι' αν ζυγώσει κανείς, ο φύλακας φωνάζει: Αλάργα, αλάργα! Αν πάλι πλησιάσει κανείς και τους αγγίξει χάνει το δικαίωμα εξόδου και είναι υποχρεωμένος να παραμείνει όλο το διάστημα με τους άλλους… Αν κανείς αποτολμήσει να βγει στη στεριά, χωρίς να περάσει από το Λαζαρέτο, κινδυνεύει να απαγχονιστεί ή να υποστεί κακομεταχείριση».

΄Ενας άλλος ξένος, ο Γάλλος συγγραφέας Grasset Saint-Sauveur[17], που έμεινε πρόξενος αρκετά χρόνια στην Επτάνησο, στο τρίτομο έργο του περί Επτανήσου γράφει σχετικά με το παλιό λοιμοκαθαρτήριο της Ζακύνθου: «Διακόσια βήματα πέραν από τον ΄Αγιον Κωνσταντίνον ευρίσκεται το Λαζαρέτο, το οποίον αποτελείται από τέσσαρας τετραγώνους αυλάς, κλεισμένας με τοίχους όχι πολύ υψηλούς, όπου τοποθετούνται και αερίζονται τα υπό κάθαρσιν εμπορεύματα. Υπάρχουν και μερικά δωμάτια δια τους ταξιδιώτας. Ο διευθυντής μένει επάνω, προς το μέρος της θαλάσσης, κάτω δε διαμένει η φρουρά, αποτελουμένη από 7-8 άνδρας. Τα πλοιάρια προσεγγίζουν εις μικρόν όρμον. Μοναχοί του Τάγματος του Αγίου Αντωνίου παραπλεύρως του λοιμοκαθαρτηρίου έχουν ναόν και μονήν καλώς διατηρούμενα. Οι μοναχοί ούτοι εξομολογούν και μεταλαμβάνουν τους ασθενείς, τους ανήκοντας εις το καθολικόν δόγμα. Υπάρχει και ορθόδοξος εκκλησία, της οποίας ο ιερεύς εκτελεί τα αυτά

καθήκοντα δια τους ορθοδόξους».

Οι ναοί αυτοί, όπως μας πληροφορεί ο Ζώης, ήταν ο ναός των καθολικών του Αγίου Αντωνίου των μοναχών Αναμορφωτών και των ορθοδόξων του Αγίου Νικολάου.

Επίσης, ο ΄Αγγλος John Howard σε σχετική μελέτη του δίνει την εξής περιγραφή του λοιμοκαθαρτηρίου της Ζακύνθου: «Το παλιό λοιμοκαθαρτήριο είναι μακριά από την πόλη και βρίσκεται σε ένα ύψωμα κοντά στη θάλασσα. Τα εμπορεύματα μεταφέρονται από το πλοίο στο λοιμοκαθαρτήριο με μεγάλο πλοίο, που ανήκει στην Κυβέρνηση, αλλά τη μεταφορά εκτελούν οι ναύτες του πλοίου, που βρίσκεται υπό κάθαρση. ΄Ενα μικρότερο πλοίο, του υγειονομικού επίσης, προηγείται σε κάποια απόσταση. Η είσοδος του λοιμοκαθαρτηρίου είναι δρόμος υπόστεγος με 10 πόδια πλάτος και κατάλληλος για την τοποθέτηση των εμπορευμάτων. Στο ένα μέρος είναι το δωμάτιο της φρουράς, που αποτελείται από ένα δεκανέα και 4 στρατιώτες και στο άλλο μέρος είναι το δωμάτιο του υποδιευθυντή. Πάνω από τον υπόστεγο δρόμο βρίσκεται η οικία του διευθυντή του υγειονομείου…

Υπάρχει και άλλο λοιμοκαθαρτήριο, που ονομάζεται νέο, στο Μαραθονήσι, για τους χωρικούς, που επιστρέφουν από το θερισμό από την Πελοπόννησο. Οι θεριστές αυτοί υποβάλλονται σε κάθαρση 7 ημερών… ΄Ενας φρουρός φρουρεί μεταξύ της εξωτερικής και εσωτερικής πόρτας τη νύχτα…».

Τα δρακόντεια διοικητικά και υγειονομικά μέτρα, που έπαιρνε η Πολιτεία επί Ενετοκρατίας στα Επτάνησα, περιγράφει και χρονικογράφος της εποχής κατά την περίοδο της επιδημίας του 1688 στη Ζάκυνθο[27]: «Δεν έλειπαν οι σανιτάδες της χώρας, να κάμουν τα χρειαζόμενα, να βάνουν φύλαξες εις τες στράτες, να κοιτάζουν τους ασθενείς, να βοηθούν τους πτωχούς πανουκλιασμένους εις το Λαζαρέτο και όσους είχον υποψίαν εις άλλους μερικούς τόπους, όπου να μη συγκοινωνούσαν με την χώραν, δια να μη μεταδίδουν το κακόν εις τους γειτόνους. Μα τούτη η επιμέλεια δεν ήταν αρκετή, έστοντας και να εχρειάζετο άλλη μεγαλυτέρα δύναμις, δια να αφανισθεί τέτοια δεινή συμφορά».

Οι κάτοικοι πολλές φορές αναζητούσαν παράλογες ερμηνείες ή θεοκρατικές για τη μετάδοση της νόσου, όπως στην επιδημία του 1688 της Ζακύνθου, που αποδίδεται στην τιμωρία τους, λόγω της κλοπής μιας εικόνας από αγνώστους. Ο τερματισμός της επιδημίας αποδίδεται επίσης στη θεία Πρόνοια και πολλοί ναοί εκτίσθηκαν τα χρόνια αυτά από τους πιστούς, που ήθελαν να ευχαριστήσουν το Θεό για την απομάκρυνση του κινδύνου, όπως οι ναοί του Αγίου Γεωργίου το 1688 και του Αγίου Χαραλάμπους το 1728, μετά από επιδημίες στη Ζάκυνθο. Η ευπιστία του λαού και οι δεισιδαιμονίες, αλλά και το ανίσχυρο της επιστήμης, άφηναν ευρύ περιθώριο σε μάγισσες, που «κάρφωναν την πανούκλα με καρφιά».

Μέσα σ΄ αυτό το κλίμα των δεισιδαιμονιών και της άγνοιας του λαού δεν ήταν περίεργη η σκέψη της πανέξυπνης Ενετικής Διοίκησης, που θέλησε να επιστρατεύσει για την προστασία της υγιεινής κατάστασης του πληθυσμού ακόμη ένα ισχυρό και επιβλητικό παράγοντα στη συνείδηση του λαού, την Εκκλησία. ΄Ετσι κάθε φορά που τα κρούσματα μιας επιδημίας εμφανίζονταν στην αντίπερα όχθη της Ηπείρου και της Στερεάς Ελλάδας, όπου επί οθωμανικής κυριαρχίας τα προληπτικά μέτρα ήταν πενιχρά και οι επιδημίες πολύ συχνές, παράλληλα με τα διοικητικά και υγειονομικά μέτρα, ο Προβλεπτής ζητούσε με σχετικό έγγραφό του από τον Πρωτοπαπά της Κέρκυρας τη λήψη μιας σειράς εκκλησιαστικών μέτρων. Στη σειρά των μέτρων αυτών περιλαμβάνονταν οι δεήσεις, οι λιτανεύσεις εικόνων, οι ομιλίες στην εκκλησία και το σπουδαιότερο όλων οι αφορισμοί, που διαβάζονταν σε δημόσια συγκέντρωση από τους παπάδες του νησιού. Το τελευταίο αυτό μέτρο φαίνεται ιδιαίτερα αποτελεσματικό την εποχή εκείνη, γιατί ο Πρωτοπαπάς της Κέρκυρας το μεταχειρίζεται και σε κάθε περίπτωση ηθικής αταξίας των πιστών. Μόνο ένας Πρωτοπαπάς, ο Αναστάσιος Αυλωνίτης, απήγγειλε στο διάστημα της ποιμάνσεώς του 800 αφορισμούς.

Κύθηρα

Το Ιόνιο νησί, που βρίσκεται στην άκρη του Ιονίου, έχει εμβαδόν 278 km^2. Ο Μ. Πετρόχειλος[28] στην Ιστορία του γράφει: «Η υπό των Αγγλων κατοχή της νήσου απέβη ωφέλιμος δια της επιτελέσεως εν αυτή διαφόρων κοινωφελών έργων. Η αρχή των εκτελουμένων έργων εγένετο επί της διοικήσεως του ΄Αγγλου τοποτηρητού Νέουτον Φιλίππου κατά το διάστημα της οποίας κατεσκευάσθησαν τα δύο εν Καψαλίω υπάρχοντα κτίρια, το του Λιμενοκαθαρτηρίου και το δι' αποθήκην στρατιωτικών τροφίμων καλούμενον Γρανάγιον (1817). Η κατασκευή τούτων εγίνετο δι υποχρεωτικής εργασίας των κατοίκων, μέχρις ότου κατόπιν επιδόσεως κατά το 1827 καταγγελίας προς την Αρμοστείαν του Εμμ. Καλούτση δια την άρσιν ταύτης, περιωρίσθη και συν τω χρόνω εξέλιπε».

Το Καψάλι χρησιμοποιήθηκε αργότερα ως βάση ανεφοδιασμού των ΄Αγγλων[7]. Το 1932 πουλήθηκε σε ιδιώτες (οικογ. Βαρυπάτη), που το χρησιμοποίησαν ως αποθηκευτικό χώρο και στάβλο για αιγοπρόβατα. Το 1986 κηρύχθηκε διατηρητέο από το Υπουργείο Πολιτισμού. Το 1998 πουλήθηκε στον Γάλλο Yeatman, που κάνει αποκατάσταση και επανάχρησή του ως κατοικία της οικογένειας. Το σημερινό οικόπεδο του οικήματος είναι 2.500 m^2 και το κτίσμα μαζί με την εσωτερική αυλή 884,9 m^2 . Το κτήριο αποτελείται από ισόγεια κτίσματα σε περιμετρική διάταξη γύρω από την εσωτερική αυλή (είναι σε σχήμα Π), που στο κέντρο της βρίσκεται ένα πηγάδι.

Στα Κύθηρα[5] υπήρχαν και δυο υγειονοφυλάκια (υγειονομικά επιτηρητεία) στον ΄Αγιο Νικόλαο Αυλέμονος και Αγία Πελαγία, που ανοίχτηκαν το 1850. Στα επιτηρητεία υπήρχε μόνιμος φύλακας.

Τρόποι Απολύμανσης

Λίγα λόγια για τους τρόπους της τότε απολύμανσης.

Απολύμανση λέγεται κάθε μέθοδος, που αποσκοπεί στην καταστροφή των παθογόνων μόνο μικροοργανισμών, σε αντίθεση με την αποστείρωση, που επιζητείται η καταστροφή όλων ανεξαιρέτως των μικροοργανισμών.

Τα απολυμαντικά γενικά εφαρμόζονται στις επιφάνειες δέρματος, ρουχισμού, εργαλείων και χώρων.

΄Ηδη από την αρχαιότητα[1] χρησιμοποιούνταν η θείωσις χώρων, δηλ. το κάπνισμα με καιόμενο θειάφι, οπότε παράγεται το απολυμαντικό SO^2.

Στην χ της Οδύσσειας[29] ο Οδυσσέας μετά τη μνηστηροφονία:

… είπε, κι η βάγια Ευρύκλεια σύγκλινε στου αφέντη της το λόγο φωτιά και θειάφι αμέσως έφερε, και θειάφιζε ο Οδυσσέας, το αρχονταρίκι πρώτα κι' έπειτα αυλή και τ' άλλο σπίτι.

Επίσης στον Ηρακλίσκο από τα Θεοκρίτου ειδύλλια (95):

Και πρώτα θειάφι καθαρό να κάψετε στο σπίτι
κι' ύστερα μ' αλατόνερο, όπως το συνηθίζουν
μ' ένα κλωνί και με νερό ραντίσετε τριγύρω.

Συχνά[30] συναντάται ο υποκαπνισμός ως μέσο απολύμανσης. Κατά το κάπνισμα στεγνώνουν οι εκτεθειμένες επιφάνειες. Η αφυδάτωση μπορεί να φθάσει από 10-40%, ενώ συγχρόνως, σε οργανικά υλικά, παράγονται ουσίες βακτηριοστατικές και βακτηριοκτόνες, όπως φορμαλδεϋδη, ακεταλδεϋδη, φαινόλες, μυρμηκικό οξύ κ.ά.

Παράλληλα με τις χημικές μεθόδους απολύμανσης χρησιμοποιούντο και οι φυσικές, όπως έκθεση στις υπεριώδεις ακτίνες του ΄Ηλιου και η υψηλή θερμοκρασία, που εμπόδιζαν την αύξηση των βακτηριδίων.

Στα Κύθηρα[5] η απολύμανση των αντικειμένων γινόταν με καπνό, που προερχόταν από καιόμενο λιβάνι, γόμα, νιτρικό άλας και θειάφι. Επί πλέον με την έκθεση των αντικειμένων στον ήλιο και τον αέρα. Εδώ στο παραγόμενο από την καύση του θείου SO^2 προστίθεται και το παραγόμενο από τα νιτρικά O^2 με τις αντισηπτικές- οξειδωτικές του ιδιότητες.

Για την απολύμανση των επιστολών[10] αυτές «ελαμβάνοντο δια λαβίδος, η οποία είχεν εμβαπτισθεί προηγουμένως εντός όξους, ετίθεντο εις ορισμένην θέσιν και επί τέταρτον της ώρας εκαπνίζοντο επί καιομένων αχύρων».

Τέλος, στην επιδημία χολέρας του 1850 στην Κεφαλονιά[31], ορίζεται τρόπος απολύμανσης των δημόσιων χώρων και εκείνων όπου φιλοξενήθηκε κρούσμα. Η απολύμανση έγκειται στο άναμμα λαμπάδων, στο άσπρισμα με ασβέστη εξωτερικά όλων ανεξαιρέτως των σπιτιών και το κάπνισμα με υποχλωριώδες ασβέστιο των εσωτερικών τους χώρων. Το τελευταίο είναι λευκή κρυσταλλική σκόνη, η οποία με την επίδραση του CO^2 του αέρα διασπάται ελευθερώνοντας το 99% του διαθέσιμου χλωρίου της.

Summary

Quarantine establishments on the ionian islands

Vanna Pandi-Agathokli

Due to the disastrous for Europe plague epidemic, the Venetian Government is the first among the European states which, since the beginning of the 15th century, to apply ban on communication between passengers originating from suspicious for diseases ports.

Around 1750 the Venetians built various lazaretto in the Dalmatian coast and the Ionian Islands.

Βιβλιογραφία

1. Brockhaus Enzyklopädie 1966-76
2. Βλασόπουλος Ν., «Η Ζακυνθινή ναυτιλία από τις αρχές του 16ου αιώνα ως τα τέλη του 19ου», Πρακτικά ΣΤ' Πανιόνιου Συνεδρ. Τόμ. 2ος , σελ. 555, Ζάκυνθος, 1997.
3. Νικηφόρου Αλ., «Η διακίνηση του εμπορίου στο λιμάνι της Κέρκυρας κατά το 17ο αιώνα», Πρακτ. Συνεδρ. 1996 «Κέρκυρα μια μεσογειακή σύνθεση», Πολιτιστικός Σύλλογος «Κόρκυρα». Κέρκυρα, 1998.
4. Καιροφύλλα Κ., «Η Επτάνησος υπό τους Βενετούς», εκδ. Ξένου Γ.Π., Αθήνα 1953.
5. Λασκαράτος Ι., «Πρόληψη της αρρώστιας και κοινωνική προστασία στα Επτάνησα επί Αγγλοκρατίας (1815-1864)». Διατριβή επί υφηγεσία, Αθήνα, 1985.
6. Αλιβιζάτος Κ. Ν., «Πώς προφυλάχτηκε η Κεφαλονιά από μία επιδημία πανούκλας το 1819», Κεφαλληνιακά Χρονικά, Τόμ. 3 (1978-1979), Αργοστόλι, 1979.
7. Πεφάνη Θέκλα, «Οι διαδρομές των λοιμοκαθαρτηρίων στο Μεσογειακό χώρο», Διάλεξη 2006/86, Ε.Μ.Π., Τμήμα Αρχιτεκτόνων-Μηχανικών.
8. Κωνσταντινίδου Κατερ., «Το κακό οδεύει έρποντας… Οι λοιμοί της πανώλης στα Ιόνια νησιά (17ος -18ος αι.)», Ελλην. Ινστιτούτο Βυζαντινών και Μεταβυζαντινών Σπουδών Βενετίας, 2007.
9. Σιμόπουλος Κυρ., «Ξένοι ταξιδιώτες στην Ελλάδα 1700-1800», τομ. Β΄, 6η έκδ., Αθήνα, 1991, σελ. 490.
10. Σιμόπουλος Κυρ., «Ξένοι ταξιδιώτες στην Ελλάδα 1810-1821», τόμ. Γ'2, 4η έκδ., 1992, σελ. 467.
11. Μοσχόπουλος Διον. Μαρινάκης Θ., «Η υγειονομική πολιτική στα Επτάνησα κατά τη δεύτερη Γαλλική κατοχή (1807-1814)», Materia Medica Greca, τομ. 19, τεύχ.3, 1991.
12. Λασκαράτος Ι., Μαρκέτος Σ., «Υγειονομικά μέτρα για την πρόληψη των επιδημιών στα Επτάνησα το 19ο αιώνα» Materia Medica Greca τεύχος 4, Αύγ. 1982, σελ. 431.
13. Hennen John, "Sketches of the medical topography of the Mediteranean (Gibraltar, the Ionian Islands and Malta", London, 1830.

14. Κόμης Κ., «Χολέρα και λοιμοκαθαρτήρια 19ος-20ος αιών», Πανεπ. Ιωαννίνων. ΄Επιστημονική Επετηρίς Φιλοσοφικής Σχολής, Ιωάννινα, 2005.
15. Ασωνίτης Σ., Λασκαράτος Ι., «Νεότερες ειδήσεις για την υγειονομική και νοσολογική κατάσταση της Κέρκυρας κατά την πρώιμη Βενετοκρατία», Δελτίο της Ιστορικής και Εθνολογικής Εταιρείας της Ελλάδος, Αθήναι, 1987
16. Panzac Dan., "Quarantaines et Lazarets. L' Europe et la peste d' Orient (XVII-XX siècles), Ed. Aix-en-Provence, 1986.
17. Grasset Saint-Sauveur «Voyage historique, litteraire et pittoresque dans les isles et possessions, ci-devant vénitiennes du Levant» Paris, 1793. τόμ. 1
18. Mousson Albert, «Κέρκυρα και Κεφαλονιά, μια περιήγηση το 1858» εκδ. Ιστορητής, Αθήνα, 1995.
19. Σουρτζίνος Γ., «Τοπωνύμια» Γλωσσικές μαρτυρίες στην ιστορική διαδρομή της Κέρκυρας» τόμ. Α', Ιστορική-Λαογραφική Εταιρεία Κέρκυρας, 2006, σελ. 116.
20. Τσίτσας Αθαν., «Ο λοιμός του χειμώνα 1815-1816 στην Κέρκυρα» (Η πανούκλα του Μαραθιά), Κέρκυρα, 1990.
21. Βλαντής Σπ Α., Η Λευκάς υπό τους Φράγκους, τους Τούρκους και τους Ενετούς (1204-1797), Ιστορικόν δοκίμιον, Εν Λευκάδι 1902, σελ. 98-99.
22. Μαχαιράς Κων., «Η Λευκάς επί Ενετοκρατίας 1684-1797» σελ.104-114, Αθήνα, 1951.
23. Μοσχόπουλος Γεώρ., «Ιστορία της Κεφαλονιάς, από τα αρχαία χρόνια ως το 1797» τόμ. 1ος. , Αθήνα, 1985.
24. Τσιτσέλη Η., «Κεφαλληνιακά Σύμμικτα» τομ. Α' 1904.
25. Τυπάλδος-Πρετεντέρης: «Περί της εν Κερκύρα χολέρας κατά το 1855», Κέρκυρα, Εκ του Τυπογραφείου της Κυβερνήσεως, 1856.
26. Χαροκόπος Σπ., Χαροκόπος Φώτης «Επτανησιακή Ιατρική», εκδ. Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών , Αθήνα 1976, σελ. 49.
27. Σιμόπουλος Κυρ., «Ξένοι ταξιδιώτες στην Ελλάδα 333 μ.Χ.-1700», τόμ. Α' , 7η έκδ. Αθήνα 1990, σελ.442.
28. Λασκαράτος Ι., Μαρκέτος Σ., «Η εκκλησιαστική συμβολή στην περιστολή των επιδημιών στα Επτάνησα επί Ενετοκρατίας και Αγγλοκρατίας», Materia Medica Greca, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1983, σελ. 544.
29. Πετρόχειλος Μιχ., «Ιστορία της νήσου Κυθήρων» εκδ. Γεωργακόπουλος Θ., Αθήνα, 1940.
30. Ομήρου Οδύσσεια Χ, Μετάφραση Καζαντζάκη-Κακριδή, εκδ. Εστία, Αθήνα, 1965.
31. Meyers Enzyklopädisches Lexikon 1981
32. Δεμπόνος Α.Δ., «Η χολέρα του 1850 στην Κεφαλονιά. Οι πολιτικές προεκτάσεις των υγειονομικών και διοικητικών μέτρων», Πρακτικά ΣΤ' Πανιόν. Συνέδρ, τόμ. 2ος, Ζάκυνθος, 1997, σελ. 423.

Ενδιαφέρον περιστατικό

Υδατίδωση με ποικίλη εντόπιση σε παιδιά στη Βόρεια Ελλάδα. Περιγραφή τριών περιστατικών

Ευφημία Παπαδοπούλου-Αλατάκη[1]
Παναγιώτα Καρανάνου[1]
Αθανάσιος Ευαγγελίου[1]
Βασίλειος Μουράβας[2]
Βαΐα Δουλιόγλου[1]
Σοφία Αλατάκη[3]
Σωτήριος Βαρλάμης[4]

1 Δ΄ Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκη
2 Β΄ Παιδοχειρουργική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκη
3 Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.
4 Εργαστήριο Βιοχημείας Α.Π.Θ.

Αλληλογραφία:
Ευφημία Παπαδοπούλου-Αλατάκη
Επίκουρη καθηγήτρια παιδιατρικής-παιδιατρικής ανοσολογίας Α.Π.Θ.
Αντισθένους 28, 54250 Θεσσαλονίκη
Τηλ. 2310 320814, 6977813869
e-mail: efiala@otenet.gr

Corresponding author
Efimia Papadopoulou-Alataki
Antisthenous 28,. 54250 Thessaloniki
Tel. 2310 320814, 6977813869
e-mail: efiala@otenet.gr

Λέξεις κλειδιά: Εχινοκοκκίαση, Υδατίδες κύστεις, ΄Εμμεση αιμοσυγκόλληση, Εχινόκοκκος.

Περίληψη: Η Υδατίδωση είναι μία παρασιτική νόσος, που προκαλείται από το παράσιτο Echinococcus granulosus (EG). Οι υδατίδες κύστεις εντοπίζονται συνήθως στο ήπαρ και σπάνια σε άλλα σημεία του ανθρώπινου σώματος, προκαλώντας ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις. Περιγράφονται τρεις περιπτώσεις παιδιών από τη Βόρεια Ελλάδα με ασυνήθη εμφάνιση πέντε υδατίδων κύστεων ποικίλης εντόπισης. Η δοκιμασία της έμμεσης αιμοσυγκόλλησης (Indirect Hemagglutination Test IHA) χρησιμοποιήθηκε για τον προσδιορισμό των ειδικών αντισωμάτων έναντι του παρασίτου EG, (>1:80 ορίσθηκε ως θετικό). ΄Ενα αγόρι 7 ετών με οξεία εκδήλωση σπασμών και δυσφασία, η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου του οποίου κατέδειξε μία ενδοκράνια μάζα διαμέτρου 20mm, ενώ το IHA βρέθηκε θετικό 1:256. ΄Ενα αγόρι 12 ετών με αναφερόμενη ήπια δύσπνοια και επίμονο καθημερινό βήχα διάρκειας 2 μηνών. Η αξονική τομογραφία θώρακος αποκάλυψε βλάβη στον αριστερό άνω λοβό του πνεύμονα και η αξονική τομογραφία κοιλίας δύο ηπατικές κύστεις. Το IHA βρέθηκε θετικό 1:256. ΄Ενα κορίτσι 9 ετών, με αναφερόμενο κοιλιακό άλγος, προοδευτικό μετεωρισμό κοιλίας, ίκτερο και ψηλαφητή μάζα στο επιγάστριο. Το υπερηχογράφημα κοιλίας αποκάλυψε μια μονήρη κύστη μεγέθους 18cm υποδιαφραγματικά, ενώ το IHA βρέθηκε θετικό 1:1024. ΄Ολες οι βλάβες αφαιρέθηκαν χειρουργικά και όλοι οι ασθενείς έλαβαν αλμπενταζόλη προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά. Συμπέρασμα: η υποψία υδατίδας κύστης πρέπει να τίθεται κατά τη διερεύνηση κάθε κυστικού μορφώματος σε οποιοδήποτε όργανο και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με χειρουργική αφαίρεση παράλληλα με προ και μετεγχειρητική ανθελμινθική θεραπεία.

Εισαγωγή

Η υδατίδωση είναι μία παρασιτική νόσος, που προκαλείται από το παράσιτο Echinococcus Granulosus (EG), το οποίο ενδημεί σε αρκετές περιοχές, όπως η Μέση Ανατολή, οι χώρες της λεκάνης της Μεσογείου και η Νότια Αμερική[1]. Οι κύστεις του EG εντοπίζονται κυρίως στο ήπαρ (50-80%) με αμέσως επόμενη συχνότερη εντόπιση τους πνεύμονες (5-30%)[2,3]. Οι νεφροί, τα οστά, ο εγκέφαλος, η καρδιά, ο σπλήνας, το πάγκρεας, οι μύες, το περιτόναιο, οι πλευρές και η σπονδυλική στήλη προσβάλλονται εξαιρετικά σπάνια (<10%)[4,5]. Η αρχική φάση της λοίμωξης είναι πάντοτε ασυμπτωματική και παραμένει έτσι έως ότου οι κύστεις γίνουν αρκετά ευμεγέθεις[3,6]. Ο ρυθμός αύξησης των κύστεων έχει αναφερθεί ότι ποικίλλει μεταξύ 1.5-10cm ανά έτος[4,7]. Η κλινική εικόνα της εχινοκοκκίασης και οι επιπλοκές της ποικίλλουν ανάλογα με το μέγεθος και την εντόπιση των κύστεων. Η υδατίδωση σε ποσοστό 65% συναντάται σε παιδιά ηλικίας 5-10 ετών[4].

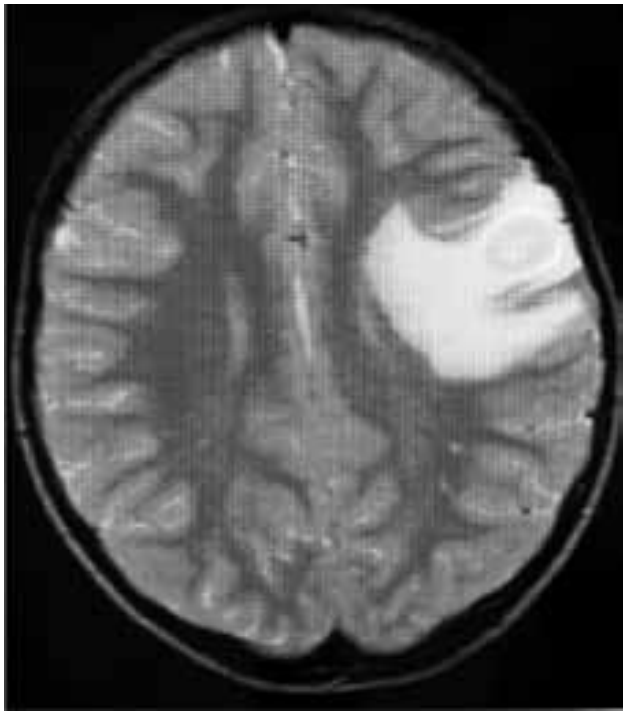
Περιγράφονται τρεις περιπτώσεις παιδιών από τη Βόρεια Ελλάδα με ασυνήθη εμφάνιση υδατίδων κύστεων με ποικίλη εντόπιση. Σκοπός της παρουσίασης των περιστατικών είναι να τονισθεί η ανάγκη υψηλής υπόνοιας υδατίδωσης, όταν αντιμετωπίζονται κυστικά μορφώματα στα παιδιά καθώς και η σημασία της έγκαιρης χειρουργικής θεραπείας.

Περιγραφή περιπτώσεων

Μελετήθηκαν αναδρομικά όλοι οι ασθενείς, στους οποίους τέθηκε η διάγνωση της εχινοκοκκίασης και νοσηλεύθηκαν στη Δ' Παιδιατρική κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης μεταξύ των ετών 2006-2011. Ως διαγνωστικό τεστ ορίστηκε η δοκιμασία έμμεσης αιμοσυγκόλλησης (Indirect Hemagglutination Test IHA) για τον ποσοτικό και ποιοτικό προσδιορισμό των ειδικών αντισωμάτων έναντι του παρασίτου EG. Η τιμή IHA >1:80 ορίσθηκε ως θετική[8]. Ανεξάρτητα από την αρχική εντόπιση όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ακτινογραφία θώρακα και υπερηχογράφημα άνω και κάτω κοιλίας, ώστε να αποκλεισθεί η συνύπαρξη πιθανής υδατίδας κύστης στους πνεύμονες ή/και στο ήπαρ.

Ασθενής Α

Αγόρι, ηλικίας 7 ετών, εισήχθη στην κλινική μας λόγω ετερόπλευρης εκδήλωσης σπασμών στη δεξιά πλευρά του προσώπου και διαταραχής στην εκφορά του λόγου (δυσφασία). Αναφέρθηκε ότι παρουσίαζε 10 επεισόδια καθημερινά διάρκειας 5-6 λεπτών. Οι ενοχλήσεις του ξεκίνησαν αιφνιδίως μία μέρα πριν από την εισαγωγή του στην κλινική. Δεν υπήρχε ιστορικό κάκωσης κεφαλής. Η κλινική εξέταση μεταξύ των επεισοδίων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η βυθοσκόπηση ήταν αρνητική για οίδημα οπτικής θηλής. Η ακτινογραφία κρανίου δεν κατέδειξε σημεία αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης και το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ήταν φυσιολογικό. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (MRI) αποκάλυψε ενδοκράνια μάζα διαμέτρου 20mm αριστερά κροταφοβρεγματικά με περιεστιακό οίδημα (Εικόνα 1Α). Η δοκιμασία ΙΗΑ βρέθη-



Εικόνα 1 Α.
Προεγχειρητική MRI που απεικονίζει τη δεξιά κροταφοβρεγματική υδατίδα κύστη.

Εικόνα 1Β.
Μετεγχειρητική CT που απεικονίζει την μετά την εκτομή υπολειμματική κοιλότητα της υδατίδας κύστης.

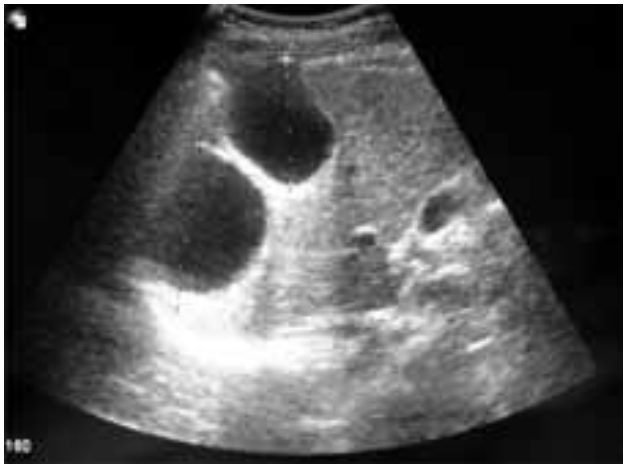
κε θετική 1:256. Διενεργήθηκε χειρουργική επέμβαση, η οποία αποκάλυψε κυστική βλάβη, που αφαιρέθηκε χωρίς να προκληθεί ρήξη. Η μετεγχειρητική περίοδος ήταν ανεπίπλεκτη και ο ασθενής παρουσίασε σημαντική βελτίωση της νευρολογικής του κατάστασης.

Ασθενής Β

Αγόρι, ηλικίας 12 ετών, προερχόμενο από αγροτική περιοχή, εισήχθη στην κλινική μας λόγω αναφερόμενης ήπιας δύσπνοιας και επίμονου καθημερινού βήχα διάρκειας δύο μηνών, παρά τη φαρμακευτική αγωγή με συνδυασμούς κορτικοστεροειδών και φορμοτερόλης. Κατά την ακρόαση των πνευμόνων διαπιστώθηκε μειωμένη είσοδος και έξοδος αέρα στον άνω λοβό του αριστερού πνεύμονα. Η κατά συστήματα λοιπή κλινική εξέταση ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Στην ακτινογραφία θώρακα βρέθηκε καλά περιγεγραμμένη μάζα στον αριστερό άνω λοβό του πνεύμονα, καθώς και μέτρια παρεκτόπιση του δεξιού ημιδιαφράγματος (Εικόνα 2Α). Το υπερηχογράφημα κοιλίας αποκάλυψε δύο κυστικές βλάβες εντοπισμένες υποδιαφραγματικά στο θόλο του ήπατος διαμέτρου 6.7 cm και 4.3 cm αντίστοιχα (Εικόνα 2Γ). Στην αξονική τομογραφία θώρακα (CT), που ακολούθησε, αποκαλύφθηκε βλάβη στον αριστερό άνω λοβό του πνεύμονα διαστάσεων 6.8 x 9.2 x 6 cm , ενώ παράλληλα η αξονική τομογραφία κοιλίας επιβεβαίωσε την ύπαρξη των ηπατικών βλαβών. Η δοκιμασία ΙΗΑ βρέθηκε θετική 1:256. Ο ασθενής τέθηκε σε φαρμακευτική αγωγή με αλμπενταζόλη 200 mg/kg/ημέρα. Την 5η ημέρα της θεραπείας η κύστη στον πνεύμονα αφαιρέθηκε χειρουργικά. Οι ηπατικές κύστεις προσεγγίστηκαν χειρουργικά κατά τη διάρκεια του δεύτερου κύκλου της θεραπείας με αλμπενταζόλη, 45 ημέρες αργότερα. Ο ασθενής παρουσίασε πλήρη ίαση, χωρίς υπολειμματικά στοιχεία στον πνεύμονα και στο ήπαρ (Εικόνα 2Β, 2Δ).

Εικόνα 2 Α.
Προεγχειρητική ακτινογραφία θώρακος που απεικονίζει την κύστη στον αριστερό πνεύμονα και την παρεκτόπιση του δεξιού ημιδιαφράγματος.

Εικόνα 2 Β.
Μετεγχειρητική ακτινογραφία θώρακος: πλήρης χειρουργική αποκατάσταση.



Εικόνα 2 Γ.
Υπερηχογράφημα κοιλίας προεγχειρητικά: δύο κυστικές βλάβες που εντοπίζονται υποδιαφραγματικά στο θόλο του ήπατος.

Εικόνα 2 Δ.
Υπερηχογράφημα κοιλίας μετεγχειρητικά: πλήρης χειρουργική αποκατάσταση.

Ασθενής Γ

Κορίτσι, ηλικίας 9 ετών, εισήχθη στην κλινική μας λόγω αναφερόμενου κοιλιακού άλγους και δυσφορίας καθώς και προοδευτικού μετεωρισμού κοιλίας κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών μηνών. Λίγες μέρες πριν από την εισαγωγή της στην κλινική, η ασθενής παρουσίασε ίκτερο και ψηλαφητή μάζα στο επιγάστριο. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε ικτερική χροιά των επιπεφυκότων και του δέρματος, κοιλιακό άλγος εντοπισμένο στο επιγάστριο καθώς και ευαισθησία στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλιάς σε συνδυασμό με σημαντική ηπατομεγαλία. Από το ιστορικό προέκυψε ότι η ασθενής ζούσε σε περιβάλλον με στενή επαφή με σκυλιά. Ανευρέθηκαν επίσης ηωσηνοφιλία (απόλυτος αριθμός ηωσηνοφίλων: 800/μl) καθώς και ήπια ηπατική ανεπάρκεια (ασπαρτική αμινοτρασφεράση: 93 U/l, αλανική αμινοτρανσφεράση: 78 U/l, γ-γλουταμυλτρανσφεράση: 85 U/l, ολική χολερυθρίνη: 2.56 mg/d). Η ακτινογραφία θώρακα έδειξε σημαντική παρεκτόπιση του δεξιού ημιδιαφράγματος (Εικόνα 3Α). Το υπερηχογράφημα κοιλίας αποκάλυψε μονήρη κύστη μεγέθους 18cm υποδιαφραγματικά, η οποία κάλυπτε πλήρως το δεξιό λοβό του ήπατος και παρεκτόπιζε σημαντικά το έντερο, εύρημα που επιβεβαιώθηκε και με αξονική τομογραφία κοιλίας (Εικόνα 3Β). Η δοκιμασία ΙΗΑ βρέθηκε θετική σε υψηλό τίτλο 1:1024. Η ασθενής προσεγγίσθηκε χειρουργικά και η ηπατική κύστη αφαιρέθηκε χωρίς να προκληθεί ρήξη.

΄Ολες οι βλάβες και από τους τρεις ασθενείς αφαιρέθηκαν χειρουργικά. Μία εβδομάδα πριν τη χειρουργική αφαίρεση έγινε έναρξη φαρμακευτικής αγωγής με αλμπενταζόλη από του στόματος και συνεχίστηκε για αρκετούς μήνες, με το εξής σχήμα: αλμπενταζόλη σε δόση 200-400mg δυο φορές την ημέρα για 28 ημέρες, κατόπιν η αγωγή διεκόπη για 14 ημέρες και ακολούθησαν 3-4 συμπληρωματικοί κύκλοι αγωγής.

Εικόνα 3 Α.
Ακτινογραφία θώρακος που απεικονίζει την παρεκτόπιση του δεξιού διαφράγματος.

Εικόνα 3 Β.
CT άνω κοιλίας που απεικονίζει μια γιγαντιαία μονήρη κύστη του ήπατος που παρεκτοπίζει το έντερο.

Συζήτηση

Η εχινοκοκκίαση είναι αρκετά διαδεδομένη νόσος σε διάφορες χώρες. Ο άνθρωπος προσβάλλεται είτε με άμεση επαφή με σκύλους, είτε με την κατανάλωση τροφών μολυσμένων από κόπρανα σκύλων. Σε χώρες όπως η Λατινική Αμερική,η Αργεντινή, η Παταγονία παρουσιάζει ετήσια συχνότητα της τάξης των 24,4/100.000 κατοίκους και ποσοστό 9.7% στην ηλικιακή ομάδα 0-14 ετών[9]. Οι χώρες της λεκάνης της Μεσογείου ανήκουν επίσης στις ενδημικές χώρες. Στην Τουρκία η ετήσια επίπτωση ποικίλλει μεταξύ 2-12 ανά 100.000 άτομα[10,11]. Από τις Βαλκανικές χώρες, η Σερβία, σύμφωνα με πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία, παρουσιάζει υψηλή ενδημικότητα σε ποσοστό >20% των παιδιών προσχολικής ηλικίας έχουν προσβληθεί από τη νόσο[5]. Αντίθετα, η εχινοκοκκίαση είναι σπάνια στη Σουηδία (η ετήσια επίπτωση υπολογίζεται σε 0.38)[12].

Στην Ελλάδα η μέση ετήσια δηλούμενη επίπτωση της εχινοκοκκίασης για τα έτη 2005-2009 ήταν 0.14 κρούσματα/100.000 πληθυσμού (μέση τιμή αριθμού κρουσμάτων ανά έτος 16, συνολικός αριθμός κρουσμάτων πενταετίας 79)[13]. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του αριθμού των περιστατικών, η οποία αποδίδεται στη μετανάστευση μεγάλων ομάδων πληθυσμού από ενδημικές περιοχές αφενός, αλλά και στην υψηλή επαγρύπνηση για τον εντοπισμό νέων περιπτώσεων αφετέρου. Επιπλέον η έγκαιρη διάγνωση της εχινοκοκκίασης, που επιτυγχάνεται σήμερα κυρίως λόγω των ευκολότερα προσπελάσιμων και ακριβέστερων απεικονιστικών μεθόδων, είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού

των αναγνωρισμένων περιστατικών εχινοκοκκίασης. Από τους Μαυρίδη και συν. αναφέρονται 150 παιδιά με πνευμονική και κοιλιακή εντόπιση της εχινοκοκκίασης στη διάρκεια περιόδου 21 ετών (1985-2006)[14]. Από την Τσαρουχά και συν αναφέρονται 135 ασθενείς με εχινοκοκκίαση στη Θράκη και στη Βορειοανατολική Ελλάδα, που εμφανίζει την υψηλότερη νοσηρότητα[15]. Τέλος από τους Κούλα και συν αναφέρονται 215 ασθενείς (παιδιά και ενήλικες) με εχινοκοκκίαση στη Βορειοδυτική Ελλάδα με δεκαπέντε από αυτούς (5%) να παρουσιάζουν ασυνήθη εντόπιση σε επτά διαφορετικά όργανα[16].

Περιγράφουμε την παρουσία πέντε υδατίδων κύστεων σε τρία παιδιά, δύο αγόρια και ένα κορίτσι. Πολλαπλή εχινοκοκκίαση με πνευμονική και ηπατική εντόπιση περιγράφεται στο ένα από τα δύο αγόρια. Η εντόπιση στον εγκέφαλο είναι σπάνια. ΄Εχει βρεθεί ότι από όλες τις ενδοκράνιες βλάβες το 3-4% πρόκειται για εχινοκοκκίαση ενώ από όλες τις περιπτώσεις εχινοκοκκίασης, ένα ποσοστό 0.5-3% εντοπίζεται στον εγκέφαλο[7]. Υπολογίζεται ότι το 50-70% των υδατίδων κύστεων, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφάλου, ανευρίσκονται σε παιδιά, που παρουσιάζουν κάποια κύστη και σε άλλο όργανο[7]. Ο δικός μας ασθενής Α εμφάνιζε μεμονωμένη ενδοκράνια μονήρη κύστη χωρίς άλλη εντόπιση, γεγονός που είναι ασυνήθιστο. Γενικά αναφέρεται ότι στις περιπτώσεις, που εμπλέκεται το ήπαρ, ο δεξιός λοβός προσβάλλεται συχνότερα (63% των περιπτώσεων)[17]. Η συχνότητα ταυτόχρονης παρουσίας ηπατικής και πνευμονικής κύστης είναι μικρότερη στα παιδιά σε σχέση με τους ενήλικες (26-33% έναντι 79%)[10,18]. Οι απομονωμένες πνευμονικές κύστεις, που έχουν την τάση να γίνονται μεγαλύτερες, συναντώνται πιο συχνά στα παιδιά. Ο ασθενής Β παρουσίαζε μια μεγάλη πνευμονική κύστη (≈10cm) στον αριστερό λοβό και δύο κύστεις στο θόλο του ήπατος. Είχε συνδυασμό πνευμονικής και ηπατικής προσβολής, που είναι σπάνια στα παιδιά. Ο ασθενής Γ παρουσίαζε μονήρη γιγάντια κύστη (≈20cm) με χαμηλό ρυθμό ανάπτυξης στο ήπαρ που προκαλούσε πιεστικά φαινόμενα στον πνεύμονα και στο έντερο και αρχόμενη ηπατική ανεπάρκεια.

Η προεγχειρητική και μετεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή με αλμπενταζόλη συνιστάται, γιατί αποστειρώνει την υδατίδα κύστη και μειώνει την πιθανότητα αναφυλαξίας καθώς και την πιθανότητα υποτροπής. Η θεραπεία με αλμπενταζόλη εξασφάλισε στους ασθενείς μας πλήρη ίαση και εξάλειψε την πιθανότητα των υποτροπών της νόσου.

Συμπερασματικά, η εχινοκοκκίαση εξακολουθεί να αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Γίνεται φανερό ότι πρέπει να τίθεται η υποψία υδατίδας κύστης κατά τη διερεύνηση κάθε κυστικού μορφώματος, ανεξαρτήτως οργάνου εντόπισης στις ενδημικές περιοχές. Η αντιμετώπιση βασίζεται στην έγκαιρη χειρουργική αφαίρεση προκειμένου να αποτραπεί η πιθανότητα ρήξης. Συμπληρωματικά, πρέπει να χορηγείται προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά ανθελμινθική θεραπεία, η οποία φαίνεται ότι μειώνει σημαντικά την πιθανότητα υποτροπής της νόσου.

Summary

Hydatid disease of various organ involvement in children from nothern Greece: Report of three cases

E Papadopoulou-Alataki, P. Karananou, A. Evangeliou, V. Mouravas, V.Doulioglou, S. Alataki, S.Varlamis

Hydatic disease is a parasitic disease caused by Echinococcus granulosus (EG). Hydatic cysts may be found mainly in the liver and rarely elsewhere in the body causing variable clinical manifestations. We report three children from northern Greece with unusual hydatidosis of five cysts presenting various location. Indirect Hemagglutination Test (IHA) for determination of specific antibodies to EG was used as diagnostic (IHA >1:80 was accepted as positive). A. Boy (7) with acute haemiphacial spasms and dysphasia. The Magnetic Resonance Imaging showed an intracranial mass 20 mm. IHA was positive 1:256. B. Boy (12) with mild dyspnea and daily productive cough for two months. Computed Tomography (CT) of thorax revealed a left-upper-lung lesion of 9 cm in diameter and abdominal CT two hepatic cysts. IHA was positive 1:256. C. Girl (9) with abdominal discomfort and pain, jaundice and palpable epigastric mass. Abdominal ultrasound showed a solitary cyst of 18 cm subdiaphragmatically. IHA was positive 1:1024. All lesions were surgically removed. Oral albendazole has been initiated before surgery and afterwards. Hydatic cysts should be considered when evaluating cystic masses and be treated by surgical excision and pre- and post operative antihelmintic administration.

Key words:

Hydatic disease, Hydatic cysts, Indirect Hemagglutination Test, Echinococcus Granulosus.

Βιβλιογραφία

1. Arazi M, Erikoglou M, Odev K. et al. Primary Echinococcus infestation of the bone and muscles. Clin Orthop Relat R 2005; 432: 234-41.
2. Dahniya MH, Hanna RM, Ashebu S. et al. The imaging appearances of hydatic disease at some unusual sites. Brit J Radiol 2001; 74: 283-9.
3. Turgut M. Hydatidosis of central nervous system and its coverings in the pediatric and adolescent age groups in Turkey during the last century: a critical review of 137 cases. Childs Nerv Syst 2002; 18: 670-83.

4. Iyigum O, Uysal S, Sancak R, et al. Multiple organ involvement hydatic cysts in a 2-year-old boy. J Trop Pediatrics 2004;50:374-6.
5. Djuricic SM, Grebeldinger S,Kafka DI, et al. Cystic echinococcosis in children - the seventeen year experience of two large medical centers in Serbia. Parasitol Int 2010;59:257-61.
6. Per H, Kumand S, Gümüs H, et al. Primary soliter and multiple intracranial cyst hydatic disease: Report of five cases. Brain Dev 2009;31:228-33.
7. Furtado SV, Visvanathan K, Nandita G, et al. Multiple fourth ventricular hydatidosis. J Clin Neurosci 2009;16:110-12.
8. Conlugur U, Ozcelic S, Efeoglu T. et al. The role of Casoni's skin test and indirect haemagglutination test in the diagnosis of hydatic disease. Parasitol Res 2005;97:395-8.
9. Pierangeli NB, Soriano SV, Roccia I, et al. Heterogenous distribution of human cystic echinococcosis after a long-term control program in Neuquén, Patagonia, Argentina. Parasitol Int 2007;56:149-55.
10. Kanat F, Turk E, Aribas OK. Comparison of pulmonary hydatic cysts in children and adults. ANZ J Surg 2004;74:885-9.
11. Dŏgru D, Kiper N, Őzçelic U, Yalçin E, et al. Medical treatment of pulmonary hydatic disease: for which child? Parasitol Int 2005;54:135-8.
12. Stamm B, Fejgl M, Hueber C. Satellite cysts and biliary fistulas in hydatic liver disease. A retrospective study of 17 liver resections. Hum Pathol 2008;39:231-5.
13. ΚΕΕΛΠΝΟ. Τμήμα επιδημιολογικής επιτήρησης και παρέμβασης . Επιδημιολογικά στοιχεία για την εχινοκοκκίαση στην Ελλάδα. www.keelpno.gr
14. Mavridis G, Livaditi E, Christopoulos-Geroulanos G. Management of hydatidosis in children. Twenty-one year experience. Eur J Pediatr Surg 2007; 17: 400-403.
15. Tsaroucha A.K., Polychronidis AC, Lyrantzopoulos N,et al. Hydatic Disease in the abdomen and other locations. World J Surg 2005;29:1161-5.
16. Κούλας Σ.Γ., Μπέτζιος Ι, Τσιρώνης Δ, Ρουστάνης Ε, Μπίκος Σ, Παπαδάτος Σ, Τσιμογιάννης ΕΚ. Ασυνήθεις εντοπίσεις εχινοκόκκου κύστης-Περιγραφή εφτά θέσεων. Ιατρικά Χρονικά Β.Δ. Ελλάδος 2010;6:75-80.
17. Tekin A, Kücükkartallar T, Kartal A, et al. Clinical and surgical profile and follow up of patients with liver hydatic cyst from an endemic region. J Gastrointestin Liver Dis 2008;17:33-7.
18. Mamishi S, Sagheb S, Pourakbari B. Hydatic disease in Iranian children. J Microbiol Immunol Infect 2007;40:428-31.

Ανασκόπηση

Ενδομητρίωση. Νεότερα δεδομένα στην αιτιοπαθολογία της νόσου

Σάββας Γεωργίου
Μαιευτήρας- Γυναικολόγος
Τέως Δ/ντής Γυναικολογικού – Μαιευτικού Τμήματος Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Κέρκυρας

Περίληψη: Η αιτιοπαθογένεση της ενδομητρίωσης παραμένει αδιευκρίνιστη σε μεγάλο βαθμό.
Οι κλασικές θεωρίες
- της μεταπλασίας
- της διασποράς
- και της μετεμφύτευσης ενδομητρίου και επαγωγής

αδυνατούν να διαφωτίσουν πλήρως τη μυστηριώδη αυτή πάθηση, παρά ταύτα πολλές μορφές ενδομητρίωσης εξηγούνται με τις κλασικές θεωρίες.
Παρατηρήσεις σχετικά με την ανοσολογική αντίδραση του περιτοναίου έχουν κατατάξει την πάθηση ως κληρονομούμενο πολυγονιδιακό – πολυπαραγοντικό νόσημα.
Η αυξημένη νεοαγγειογένεση μαρτυρεί κοινούς μηχανισμούς με τον καρκίνο.
Η έρευνα επικεντρώνεται σε μοριακό και γονιδιακό επίπεδο και δίνει ελπίδες για αιτιολογική αντιμετώπιση.

Εισαγωγή

Η ενδομητρίωση είναι μία συνήθης καλοήθης οιστρογονοεξαρτώμενη πάθηση, που απασχολεί εκατομμύρια γυναίκες ανά τον κόσμο και επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής τους.

Οι σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις στοχεύουν:

Α: στην αντιμετώπιση των βασικών συμπτωμάτων.

Δηλαδή: 1) Χρόνιο πυελικό άλγος
2) Υπογονιμότητα

Β: είναι υπό διερεύνηση ο προδιαθεσικός της ρόλος για την εμφάνιση διαφόρων τύπων καρκίνου με κυριότερο αυτών των ωοθηκών.

Η ερευνητική δραστηριότητα ως προς τους παθογενετικούς μηχανισμούς εστιάζεται:

α) στην κληρονομική προδιάθεση

β) στους ανοσολογικούς παράγοντες

γ) στους παράγοντες προσκόλλησης των κυττάρων

δ) στους αγγειογενετικούς και ορμονικούς παράγοντες.

Επιδημιολογικά στοιχεία

Η ενδομητρίωση είναι μία χρόνια πάθηση, που επηρεάζει την ποιότητα ζωής σε 5,5 εκατομμύρια γυναικών σε Καναδά και ΗΠΑ[9].

Η συνήθης ηλικία διάγνωσης της ενδομητρίωσης είναι 20-45 ετών.

Να σημειωθεί ότι από τη στιγμή της έναρξης των συμπτωμάτων μέχρι τη στιγμή της διάγνωσης συνήθως παρέρχεται μεγάλο χρονικό διάστημα. Για τις ΗΠΑ το χρονικό διάστημα είναι 7 έτη και για την Αγγλία 8 έτη. Πάντως η διάγνωση της νόσου καθυστερεί να τεθεί.

Αιτιολογία της ενδομητρίωσης

Η αιτιολογία της ενδομητρίωσης παραμένει αδιευκρίνιστη σε μεγάλο βαθμό. Από το 1860, που ο VON ROKITANSKI έκανε την πρώτη λεπτομερή περιγραφή της πάθησης αυτής, έχουν αναπτυχθεί πολλές θεωρίες για την αιτιολογία και για την παθογένεση της νόσου, καμιά όμως δεν καλύπτει πλήρως την παθολογική αυτή οντότητα.

Το 1921 ο T. Sampson[20] περιέγραψε τα πρώτα περιστατικά στο περιοδικό της American Gynecological Society, τα οποία αναφέρονται:

1) στα κλινικά και

2) στα παθολογοανατομικά συμπεράσματα ενδομητριωσικών κύστεων στις ωοθήκες.

Ο Sampson με τη θεωρία του, η οποία είχε δημοσιευθεί σε ικανό αριθμό έγκυρων περιοδικών, υποστήριζε:

Α) ότι η νόσος άρχεται από την παλινδρόμηση της εμμήνου ρύσεως στην περιτοναϊκή κοιλότητα, και

Β) ότι τα ενδομητρικά κύτταρα, που υπάρχουν στο αίμα της εμμήνου ρύσεως, ήταν ικανά να πολλαπλασιαστούν.

Επίσης ο Sampson ήταν ο πρώτος που περιέγραψε τη σχέση ανάμεσα στην ενδομητρίωση και τις κακοήθεις διεργασίες των ωοθηκών[12,15,19,25].

Η θεωρία της παλίνδρομης διασποράς εμμηνορρυσιακού υλικού είναι εύκολα κατανοητή και ιδιαίτερα ελκυστική, αλλά αδυνατεί να ερμηνεύσει ορισμένες παρατηρήσεις όπως η εμφάνιση πυελικής ενδομητρίωσης.

1) σε γυναίκες με απόφραξη σαλπίγγων[12]

2) σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί μόνο σε υστερεκτομή

3) σε γυναίκες με το σύνδρομο Rokitanski – Kustes – Hausev.

4) Ενώ στην πλειονότητα των γυναικών παρατηρείται παλίνδρομη μεταφορά εμμηνορυσιακού υλικού, μόνο σε μικρό ποσοστό αναπτύσσεται ενδομητρίωση.

Οι κλασικές θεωρίες:

α) της μεταπλασίας

β) της διασποράς και της μετεφύτευσης του ενδομητρίου

γ) της επαγωγής

εξηγούν πολλές μορφές ενδομητρίωσης, εντούτοις αδυνατούν να διαφωτίσουν πλήρως τη μυστηριώδη αυτή πάθηση.

Νεότερα δεδομένα

Τα νεότερα δεδομένα υποστηρίζουν ότι το ενδομήτριο των γυναικών με ενδομητρίωση πιστεύεται ότι είναι παθολογικό με γενετική προδιάθεση να αναπτυχθεί έκτοπα.

Αυτή η άποψη φαίνεται ελκυστική, δεδομένου ότι οι περισσότερες γυναίκες εμφανίζουν παλινδρόμηση της εμμήνου ρύσεως και μόνο μικρό ποσοστό εμφανίζουν τελικά ενδομητρίωση.

Τα στοιχεία εκείνα, που φαίνεται να προδιαθέτουν στην εμφάνιση ενδομητρίωσης, είναι:

Α)γενετικοί παράγοντες

Β) περιβαλλοντικοί παράγοντες

Γ) δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.

Α) Γενετικοί παράγοντες

Τα κληρονομικά χαρακτηριστικά της ενδομητρίωσης αναγνωρίστηκαν για πρώτη φορά πριν από 20 χρόνια.

΄Εχει παρατηρηθεί ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης ενδομητρίωσης για τις πρώτου βαθμού συγγενείς είναι 6 φορές υψηλότερη σε σχέση με τις γυναίκες με αρνητικό κληρονομικό ιστορικό.

Μελετώντας το γονιδίωμα των ασθενών, που πάσχουν από ενδομητρίωση, προέκυψε ένας αριθμός γονιδίων, που πιθανότατα εμπλέκονται στην παθογένεια της ενδομητρίωσης.

Πολλά από αυτά τα γονίδια ελέγχουν ένζυμα αδρανοποίησης τοξικών ουσιών, με αποτέλεσμα η βλάβη τους να συνεπάγεται μεγαλύτερη ευαισθησία στην επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων.

Β) Περιβαλοντικοί παράγοντες

Τα πειραματικά μοντέλα με θηλαστικά παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και την πιθανή επίδρασή τους στην εμφάνιση ενδομητρίωσης όπως:

1) Οι πίθηκοι, RHESUS που εκτέθηκαν σε ολόσωμη ακτινοβολία με πρωτόνια, παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ενδομητρίωσης.

΄Οταν οι πίθηκοι Rhesus εκτίθονταν κάθε μέρα σε 5-25 p.p.m.διοξίνη για τέσσερα χρόνια, η σοβαρότητα της ενδομητρίωσης ήταν ανάλογη της δόσης που ελάμβαναν.

Ωστόσο άλλες μελέτες, που ακολούθησαν, δεν οδηγηθήκαν στο ίδιο συμπέρασμα ως προς τη δράση της διοξίνης[10].

Πάντως υπάρχουν υπόνοιες ότι χημικές ουσίες με αυξημένο κίνδυνο να προκαλέσουν ενδομητρίωση είναι εκείνες, που τα μόρια ομοιάζουν με τα μόρια των οιστρογόνων, oestrogen-like compounds.

Ως προς το μηχανισμό της δράσης των ουσιών αυτών πιθανολογείται ότι αυτές επηρεάζουν την ικανότητα της προγεστερόνης να καταστέλλει την έκταση των μεταλλοπρωτεασσών του ενδομητρίου[1].

Γ) Ανοσολογικοί παράγοντες

Το ανοσοποιητικό σύστημα θεωρείται ότι συμμετέχει στην παθογένεια της ενδομητρίωσης και η απουσία ικανής ανοσολογικής επιτήρησης στο περιτόναιο μπορεί να αποτελεί αίτιο της νόσου.

Σε υγιείς γυναίκες τα παλινδρομηθέντα κατά την εμμηνορρυσία ενδομητριακά κύτταρα καταστρέφονται από:

1) Τα μονοκύτταρα και σε περίπτωση που η δράση των μονοκυττάρων είναι ανεπαρκής.

2) Τα εναπομείναντα ενδομητριακά στοιχεία καταστρέφονται από

- τα μακροφάγα και από τα
- Nk cells κυτταροτοξικά λεμφοκύτταρα[16] .

Η περιτοναϊκή αυτή αντίδραση προλαμβάνει την προσκόλληση των ενδομητριακών κυττάρων στο περιτόναιο και εμποδίζει την ανάπτυξη ενδομητριωσικών εστιών.

Οι Sharpe και Timms με τη μέθοδο της ηλεκτροφόρησης πρωτεϊνών ανακάλυψαν μία πρωτεΐνη στα ενδομητριακά κύτταρα από εστίες ενδομητρίωσης, που ονόμασαν Endo-1.

Αυτή η πρωτεΐνη Endo-1 δεν παρατηρείται στα ενδομητριακά κύτταρα, που αναπτύσσονται στη φυσιολογική ανατομική θέση.

Αυτή η πρωτεΐνη εμφανίζει δομικές ομοιότητες με την Απτογλοβίνη, η οποία απαντάται στα ενδομητρικά κύτταρα, που αναπτύσσονται στη φυσιολογική ανατομική θέση.

Οι δράσεις των πρωτεϊνών Endo-1 είναι να προσδένονται στα μακροφάγα του περιτονίου, τα οποία διεγείρει, να παράγουν IL-6 και με αυτό τον τρόπο να ελαττώνεται η ικανότητα φαγοκυττάρωσης τους, παρεμβαίνοντας έτσι στο στάδιο της προσκόλλησης.

Υπάρχουν ακόμη στοιχεία για διαταραγμένη λειτουργία των κυττάρων φυσικών φονέων (N.K.) με αποτέλεσμα μειωμένη επιτήρηση των έκπτωτων ιστών.

Στις γυναίκες με ενδομητρίωση το περιτοναϊκό υγρό παρουσιάζει υψηλές συγκεντρώσεις κυτταροκινών[16], αυξητικών παραγόντων, αγγειογεννητικών παραγόντων[21], ωοθυλακικού υγρού.

Μελέτη συγκεκριμένων γονιδίων με διαταραγμένη λειτουργία στον ενδομητρικό ιστό

Τα τελευταία χρόνια έχει παρουσιαστεί ενδιαφέρον για την έκφραση συγκεκριμένων γονιδίων.

Αυτά τα συγκεκριμένα γονίδια εκφράζονται:

-άλλες στιγμές υπέρμετρα στην περίοδο της εμφύτευσης και άλλες στιγμές υπέρμετρα στη διάρκεια του κύκλου των γυναικών με ενδομητρίωση.

Με βάση τη δράση αυτών των συγκεκριμένων γονιδίων μπορούν να κατατάσσονται στις εξής κατηγορίες:

Α) γονίδια που επάγουν την τοπική παραγωγή οιστρογόνων

Β) γονίδια που επάγουν αντίσταση στη δράση της προγεστερόνης

Γ) γονίδια που επάγουν την παραγωγή διαφόρων άλλων μορίων όπως, των Matrix metalloproteinases (MMPs) και των Vascular endothelial growth factor (VEGF)

Τοπική παραγωγή οιστραδιόλης

Στην ενδομητρίωση έχει παρατηρηθεί έξω ωοθηκική βιοσύνθεση οιστροδιόλης, η οποία είναι έντονη στις ενδομητριακές εστίες, αλλά και σε χαμηλότερο επίπεδο στο ενδομήτριο των γυναικών[3].

Ως μόριο κλειδί στην παραγωγή οιστροδιόλης είναι το ένζυμο Αρωματάση.

Αντίθετα σε ένα φυσιολογικό ενδομήτριο η Αρωματάση δεν εκφράζεται.

Ως εκ τούτου οι αναστολείς της Αρωματάσης προσφέρουν μία καινοτόμο προσέγγιση στη θεραπεία της ενδομητρίωσης[4,26,27].

Κατά συνέπεια η παρέμβαση για την ελάττωση της παραγωγής οιστραδιόλης από τις ωοθήκες δεν έχει ιδιαίτερα ευεργετικά αποτελέσματα για τις ασθενείς, αφού η διαταραχή έγκειται στην τοπική παραγωγή οιστραδιόλης.

Αντίσταση στην προγεστερόνη

Η καταστολή της παραγωγής οιστροδιόλης από τις ωοθήκες πραγματοποιείται κυρίως με τη χορήγηση προγεστερόνης.

Η αποτυχία ανακούφισης από τα συμπτώματα ενδέχεται να οφείλεται:

1) Στην παραγωγή οιστρογόνων από τις ενδομητριωσικές εστίες, δηλαδή εξωοθηκική παραγωγή οιστρογόνων.

2) Στην αντίσταση στη δράση της προγεστερόνης στο ενδομήτριο και στις ενδομητριασικές εστίες.

Στις ασθενείς με ενδομητρίωση ανιχνεύονται στο ενδομήτριο:

1) Η Α΄ ισόμορφη του υποδοχέα της προγεστερόνης, και 2) Η Β΄ ισόμορφη του υποδοχέα της προγεστερόνης.

Ενώ στις ενδομητριωσικές εστίες ανιχνεύονται μόνο η Α ισόμορφη του υποδοχέα της προγεστερόνης[1,3].

Η εξήγηση για την αντίσταση, που παρουσιάζουν οι ενδομητριωσιακές εστίες στη δράση της προγεστερόνης, την αποδίδουν στην απουσία της Β΄ισόμορφη, του

υποδοχέα της προγεστερόνης.

Σε αυτές που επάγουν την παραγωγή διαφόρων απλών μορίων

Αυτά τα μόρια είναι:

1) Τα Matrix metalloproteinases (MMPs)

Η φυσιολογική δράση των MMP-7 ΚΑΙ MMP-11 οφείλεται στο ότι εκφράζονται στην παραγωγική φάση του κύκλου υπό την επίδραση των οιστρογόνων, ενώ στην εκρικτική φάση του κύκλου καταστέλλονται υπό την επίδραση της προγεστερόνης.

2) Το vascular endothelial growth factor (VEGF)[21].

Εκφράζεται τόσο στο φυσιολογικό όσο και στο έκτοπο ενδομήτριο και συμβάλλει στην αγγειογένεση.

Το ενδομήτριο των γυναικών με ενδομητρίωση ενδέχεται να παρουσιάζει ενδογενείς ανωμαλίες, που οδηγούν στη νόσο.

Ο μηχανισμός μέσω του οποίου ο έκτοπος ενδομητριακός ιστός προσκολλάται στην περιτοναϊκή επιφάνεια και αργότερα διεισδύει στην περιτοναϊκή επιφάνεια δεν έχει αναγνωριστεί ακόμα.

Ωστόσο η διαταραγμένη δράση της οιστραδιόλης, αλλά και της προγεστερόνης, όπως προαναφέρθηκε, είναι λογικό να υποθέσει κανείς ότι θα διαταράσσει και τη λειτουργία των MMPs.

Συνεπώς η επίμονη έκφραση των MMPs ίσως να είναι απαραίτητος παράγοντας για να διεισδύσει στην επιφάνεια του περιτοναίου.

Πολλοί αγγειογενετικοί παράγοντες όπως, οι IL-1, IL-6, IL-8, επιδερμικός παράγοντας ανάπτυξης, παράγοντες ανάπτυξης των ινοβλαστών, παράγοντες ανάπτυξης, που μοιάζουν της ινσουλίνης, ο Vascular endothelial growth factor (VEGF), ο Endo-1 εκφράζονται τόσο στο φυσιολογικό όσο και στο έκτοπο ενδομήτριο και σαφώς μπορούν να συμβάλουν στην αγγειογένεση, που συνοδεύει την ανάπτυξη των ενδομητριωσικών εστιών στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Μία μελέτη συσχέτισε τα επίπεδα του διαλυμένου στο περιτοναϊκό υγρό των Vascular endothelial growth factor με το στάδιο της ενδομητρίωσης.

Συμπεράσματα

Η ενδομητρίωση παραμένει μία διαταραχή, που συχνά δεν διαγιγνώσκεται, ενώ συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και κακή ποιότητα ζωής.

Οι προκλήσεις για το μέλλον αφορούν

Α) μη επεμβατικές μεθόδους για τη διάγνωση της διαταραχής,

Β) την ανακάλυψη στοχευμένης αγωγής και

Γ) την αποκρυπτογράφηση των γενετικών, περιβαλλοντικών και των ανοσολογικών παραγόντων, που συμβάλλουν στην εμφάνιση και εξέλιξη της ενδομητρίωσης.

Summary

Endometriosis. New data on the pathogenesis of the disease

S. Georgiou

The classic theories of metaplasia, diaspora and endometrial implantation or transplantation, are the most widely accepted to explain the pathogenesis of endometriosis which remains still poorly understood. The most recent advancements focused on the molecular and genetics of endometriosis pathogenesis, will improve the diagnosis and therapy of this disease.

Βιβλιογραφία

1. Attia, G.R, Zeitoun, K., Edwards, D., Johns, A. et al (2000). Progesterone receptor isoform A but not B expressed in endometriosis. J. Clin. Endocrinol. Metab.85, 2897-2902.
2. Bese,T, Simsek, Y., Bose, N., et al. (2003). Extensive pelvic endometriosis with malignant change in tamoxifen-treated postmenopausal women. Int. J. Gynecol. Cancer. 13,376-380.
3. Blumonfeld, Z. (2004). Hormonal suppressive therapy for endometriosis may not improve patient health. Fertil Steril. 31, 487-492.
4. Bulun, S.E., Zeitoun, KM.,Takayama, K., et al. (2000). Aromatase as a therapeutic target in endometriosis. Trends Endocrinol. Metab. 11. 22-27.
5. Coutifaris, C., Myers, E.R., Guzick, D.S., et al. (2004). Histological dating of timed endometrial biopsy tissue is not related to fertility status. Fertil. Steril. 82,1264-1272.
6. Hadfield, R.M., Mardon, H.J., Barlow, D.H. and Kennedy, S.H. (1997). Endometriosis in monozygotic twins. Fertil. Steril. 68, 941-942.
7. Halme, J.A., Hammond, M.G., Hulka, J.F. et al. (1984). Retrograde menstruation in healthy women and in patients with endometriosis. Obstet. Gynecol. 64, 333-337.
8. Hornung, D., Chao, V.A., Wallwiener, D. and Taylor, R.N. (2003). Thiazolidinedione inhibition of peritoneal inflammation. Gynecol. Obstet Invest 55, 20-24.
9. Houston, D.E. (1984). Evidence for the risk of pelvic endometriosis by age, race, and socioeconomic status. Epidemiol.Rev. 6,167-191.
10. Koninckx, P.R., Braet, P., Kennedy, S.H., et al. (1994). Dioxin pollution and endometriosis in Belgium. Hum. Reprod. 91001-91001.
11. Leibovic, D.I., Mueller, M.D. and Taylor RN. (2001). Immunobiology of endometriosis. Fertil, Steril. 75, 1-10.
12. Matorras, R. Elorriaga, M.A., Pijoan, 11., et al. (2002).

Recurrence of endometriosis in women with bilateral adnexectomy (with or without total hysterectomy) who receive hormone replacement therapy Fertil. Stern.77.303-308.

13. McCluggage, W.G.. Bryson, C., Lamki. H. et al. (2000) Benign, borderline and malignant endometrioid neoplasia arising in endometriosis in association with tamoxifen therapy. Int. J. Gynecol. PathoI.19, 276-279
14. Nisolle, M. and Donnez, J. (1997). Peritone al endometriosis. ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. Fertil. Steril. 68, 585-595.
15. Ogawa, S., Kaku, T., Arriada, S., et al. (2000). Ovarian endometriosis associated with ovarian carcinoma: a clinicopathological and immunohistochemical study. Gynecol. Oncol. 77, 298-304
16. Oosterlynck, D.J., Cornillie, F.J., Waer, M. et al. (1991). Women with endometriosis show a defect in natural killer activity resulting in a decreased cytotoxicity to autologous endometrium. Fertil. Steril. 56, 45-51.
17. Osteen, KG., Keller, N.R., Fcltus, F.A.. and Meiner, (1999). Paracrine regulation of matrix metalloproteinase expression in the normal endometrium. Gynecol. Obstet. Invest. 48, 2-13.
18. Piva, M., Horowitz, G.M. and Sharpe-Timms, KL (2001). Interleukin-6 differentially stimulates haptoglobin production by peritoneal and endometriotic cells in vitro: a model for endometrium-peritoneum interaction in endometriosis. J. th. Enclocrinol. Metab. 86, 2553- 2561.
19. Sainz de la Cuesta, R., Izquierdo, M., Canamero, Ivl.et al. (2004). Increased prevalence of p53 over-expression from typical endometriosis to atypical endometriosis and ovarian cancer associated with endometriosis. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 15, 87-93.
20. Sampson, J.A. (1927). Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. Am. J. Obstet Gynecol. 14,422-469.
21. Shifren, J., Tseng, J., Zaloudek, A.et al. (1996) Ovarian steroid regulation of vascular endothelial growth factor in the human endometrium: implications for angiogenesis during the menstrual cycle and in the pathogenesis of endometriosis. J. Clin. Endocrinol Metabol. 81, 3112-3118.
22. Simpson, J.L., Elias, S., Malinak, LR. and Buttram, V.C. Jr. (1980). Heritable aspects of endometriosis, I: genetic studies. Am. J. Obstet. Gynecol. 137,327-331.
23. Stefansson, H., Geirsson, R.T., Steinthorsdottir, V., et al. (2002). Genetic factors contribute to the risk of developing endometriosis. Hum. Reprod. 1-7, 555-559.
24. Taylor, R.N., Lebovic, D.I. and Mealier, M.D. (2001). Angiogenic factors in endometriosis. Ann. N.Y. Acad. Sci. 955, 89-100.
25. Zanetta, G.M.,Webb, M.J., Li, H., et al. (2000). Hyperestrogenism: A relevant risk factor for the development of cancer from endometriosis. Gynecol. Oncol. 79,18-22.
26. Zeitoun, K., Takayama K., Michael, M.D. and Bulun, S.E. (1999). Stimulation of aromatase P450 promoter (II) activity in endometriosis and its inhibition in endometrium are regulated by competitive binding of steroidogenic factor-1 and chicken ovalbumin upstream promoter transcription factor to the same cis-acting element. Mol. Endocrinol. 13,239-253.
27. Zeitoun, K.M. and Bulun, S.E. (1999). Aromatase: a key molecule in the pathophysiology of endometriosis and a therapeutic target. Fertil. Steril. 72, 961-969.

Ενδιαφέρον περιστατικό

Υμενόπτερα στον έξω ακουστικό πόρο ενηλίκων

Κοράκη Αικατερίνη[1]
Πέππας Χρήστος[2]
Μπούτρης Χρήστος[3]
Γιάννη Ολγα[3]

Περίληψη: Η ανεύρεση υμενοπτέρων στον έξω ακουστικό πόρο είναι μία σπάνια κλινική οντότητα διεθνώς κι ακόμα σπανιότερη στην Ελλάδα. Ωστόσο, απαιτεί ταχείς και λεπτούς χειρισμούς για την αντιμετώπισή της για να παραμείνει ανεπίπλεκτος και για να υπάρξει οριστική ίασή της. Στην παρούσα εργασία μας παρουσιάζουμε τρεις (3) σπάνιες περιπτώσεις ενηλίκων με ενσφήνωση υμενοπτέρων στον έξω ακουστικό πόρο, που αντιμετωπίσθηκαν σε ιδιωτικό ιατρείο ΠΦΥ (πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας) στην περιοχή της Κέρκυρας, κατά το διάστημα 2000-2007.
Αναλύουμε την κλινική εικόνα και την αντιμετώπιση των περιστατικών, αντιπαραβάλοντας και επισκοπώντας και τη σχετική διεθνή βιβλιογραφία και αρθρογραφία.

Εισαγωγή

Η ανεύρεση υμενοπτέρων στον έξω ακουστικό πόρο είναι μία σπάνια κλινική οντότητα διεθνώς κι ακόμα σπανιότερη στην Ελλάδα. Ωστόσο απαιτεί λεπτούς κι ειδικούς χειρισμούς για την αντιμετώπισή της, για να παραμείνει ανεπίπλεκτος.

Με άγνωστη μέχρι στιγμής αιτιοπαθογένεια και χωρίς ιδιαίτερα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα, απαιτεί ταχείς και λεπτούς χειρισμούς, για να υπάρξει οριστική ίαση από αυτήν.

Μολονότι οι παλαιότερες μέθοδοι θεραπείας δεν ήταν τόσο εύστοχοι, η θεραπεία επιτυγχάνεται πλέον με τον προσφορότερο τρόπο για τον ασθενή και την ιδεωδέστερη εξαίρεση του ενσφηνωμένου εντόμου.

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:
Αικατερίνη Κοράκη
Ολυμπιάδος 4
566-26 Συκιές Θεσσαλονίκη
Τηλ. 6971896968
Katerina426@gmail.com

Λέξεις-κλειδιά:
υμενόπτερα, έξω ακουστικός πόρος, ξένα σώματα, έντομο, ενήλικας.

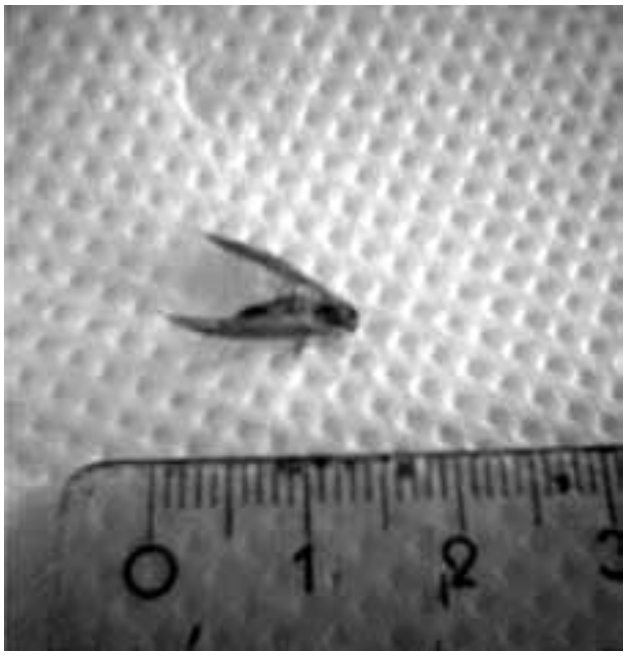
Περιγραφή περιπτώσεων

Μία 40-χρονη λευκή γυναίκα, προηγουμένως καθόλα υγιής, προσήλθε στο ιατρείο, αιτιώμενη άλγος στο δεξιό αυτί, εμβοές και σύστοιχη έκπτωση της ακοής. Εκ του ιστορικού της ουδέν το αξιόλογο. Η ασθενής ανέφερε ότι προ περίπου 3 ωρών αισθάνθηκε κάποιο πιθανώς έντομο να εισέρχεται στο δεξιό ακουστικό πόρο της και προσπάθησε επί 1 ώρα περίπου να βγάλει το έντομο από τον ακουστικό πόρο, ανεπιτυχώς ωστόσο. Επιπρόσθετα, άρχισε να αισθάνεται έξαρση του άλγους και οίδημα στην περιοχή, οπότε και προσήλθε για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Ασθενής 55 ετών, Καυκασιανός, προσήλθε στο ιατρείο, αιτιώμενος αίσθημα βάρους και άλγος στο δεξιό αυτί, εμβοές και σύστοιχη έκπτωση της ακουστικής του ικανότητας. Εκ του ιστορικού του ήταν όλα εντός φυσιολογικών ορίων, ενώ ανέφερε ότι 15 ημέρες περίπου προ της επισκέψεώς του αισθάνθηκε κατά τη διάρκεια της νύκτας μία μικρή ενόχληση στο σύστοιχο έξω ακουστικό πόρο, που τον αφύπνισε.

΄Αντρας 47 ετών προσήλθε στο ιατρείο, αιτιώμενος νυγμώδη επιτεινόμενη ωταλγία αριστερά, εμβοές και σύστοιχη ακουστική έκπτωση μετά από πιθανή είσοδο εντόμου στον αριστερό ακουστικό πόρο από διώρου περίπου. Προσπάθησε ανεπιτυχώς να εξαιρέσει το υμενόπτερο, επιδεινώνοντας ωστόσο την κλινική του εικόνα, οπότε και προσήλθε για περιατέρω αντιμετώπιση.

Και στις τρεις περιπτώσεις η άμεση ωτοσκόπηση φανέρωσε την ύπαρξη ξένου σώματος και δη υμενοπτέρου, το οποίο στις 2 εκ των 3 περιπτώσεων ήταν ζωντανό.



Εικόνα 1.
Εξαιρεθέν υμενόπτερο από τις δικές μας περιπτώσεις

Η θεραπευτική μας παρέμβαση και για τις τρεις περιπτώσεις ήταν η ενστάλλαξη ελαίου μέχρι πληρώσεως του έξω ακουστικού πόρου κι εν συνεχεία η εξαίρεση του ξένου αυτού σώματος. Ακόμα και στην περίπτωση του αναφερομένου, από δεκαπενθημέρου προβλήματος πληρώσαμε με έλαιο τον έξω ακουστικό πόρο, επειδή δεν γνωρίζαμε, εάν υπήρχαν εντός αυτού άλλες έμβιες μορφές εντόμων. Η εξαίρεση των εντόμων με μικρή λαβίδα τύπου Allen ή Allis επιβεβαιώθηκε με ακόλουθη άμεση ωτοσκόπηση. Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στη μη κατάτμηση του εντόμου κατά τον εξελκυσμό του (εικόνα 1). Σε αυτήν αφενός επισκοπήθηκε ο τυμπανικός υμένας για τυχόν τρώσεις και αφετέρου κατεδείχθηκαν φλεγμονή του έξω ακουστικού πόρου και επιπολής μικροτραυματισμοί, συνεπεία της κινητικότητας των υμενοπτέρων. Εν συνεχεία έγινε πλύση του έξω ακουστικού πόρου.

Στους ασθενείς συνεστήθη αγωγή με τοπική ενστάλλαξη σταγόνων αντιφλεγμονώδους και αντιβιοτικού ευρέως φάσματος.

Η μετεγχειρητική πορεία και των τριών ασθενών ήταν ανεπίπλεκτος, παρακολουθούμενη κλινικά κι ωτοσκοπικά.

Και τα τρία περιστατικά αφορούσαν Καυκασιανούς παραθεριστές στο νησί της Κέρκυρας κατά τις θερινές περιόδους 2000-2007.

Συζήτηση

Η ενσφήνωση υμενοπτέρου ή άλλου είδους εντόμου στον έξω ακουστικό πόρο είναι μία πολύ σπάνια κλινική οντότητα, σπανιότερη στην Ευρώπη και λιγότερο σπάνια στην Αμερική. Ακόμα πιό σπάνιο είναι να συμβεί σε ενήλικες. Παρατηρείται κατά κύριο λόγο το καλοκαίρι σε παραθεριστές ή κατασκηνωτές[2] χωρίς μάλιστα να υπάρχουν καταγραφές περιστατικών σε άλλες περιόδους, πλην αυτή του καλοκαιριού. Κι οι δικές μας περιπτώσεις αφορούσαν παραθεριστές στην Κέρκυρα, κατά τις καλοκαιρινές περιόδους 2000-2007, οι οποίοι ήταν αλλοδαποί Καυκασιανοί.

Παρότι αναφέρεται ότι στην Αμερική συχνότερη είναι η διείσδυση κατσαρίδων στον έξω ακουστικό πόρο, στην Ευρώπη συμβαίνει με υμενόπτερα, όπως συνέβη και με τα δικά μας περιστατικά.

΄Οσον αφορά την αιτιοπαθογένεια δεν υπάρχει εξήγηση, εάν η είσοδος του εντόμου στον ακουστικό πόρο οφείλεται σε τυχαία επίδραση, είτε αν είναι αποτέλεσμα της αναζήτησης θερμότητας από το έντομο ή αν οφείλεται στην έλξη του εντόμου από κάποια οσμή που δυνητικά παράγεται[2] .

Σε κάθε περίπτωση, η κλινική εικόνα, το ιστορικό και η ωτοσκόπηση καταδεικνύουν επαρκώς το αίτιο, χωρίς να χρειάζεται περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος.

Η πλέον ενδεδειγμένη θεραπεία είναι η εξαίρεση του

εντόμου, ως κάθε ξένου σώματος, είναι επιβεβλημένη και επιφέρει θεαματική βελτίωση της κλινικής εικόνας του ασθενούς. Αυτή η εξαίρεση μπορεί να είναι εξαιρετικά ενδιαφέρουσα στο επίπεδο παρόχων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δεδομένου ότι συνήθως στερούνται του ειδικού εξοπλισμού και των εξειδικευμένων εργαλείων .

Τα έντομα στον ακουστικό πόρο είναι ιδιαίτερα ενοχλητικά, όταν είναι ακόμα ζωντανά. Η εισαγωγή λαδιού στον ακουστικό πόρο προκαλεί θάνατο στο έντομο, δίνοντας μερική στιγμιαία ανακούφιση και διευκολύνοντας την εξαίρεσή του από αυτόν.

Παρότι παλαιότερα υπήρχε η αντίληψη ότι το έντομο μπορούσε να εξολοθρευθεί με την εισαγωγή νερού ή αλκοόλης στον ακουστικό πόρο, για να προκληθεί πνιγμός στο έντομο[2], είναι ξεκάθαρο πλέον ότι η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση προσφέρεται με τη χρήση αιθανόλης (με χρόνο θανάτωσης μεταξύ 29,6 sec και 36,6 sec) ή, επί ανυπαρξίας της, η χρήση ελαίου. Βέβαια, και άλλα υγρά μπορούν να χρησιμοποιηθούν, αλλά δεδομένου ότι είναι σημαντική η ταχεία θανάτωση του εντόμου για τη μη εμφάνιση ενδεχόμενων επιπλοκών από τις κινήσεις του εντόμου εντός του ακουστικού πόρου ή ακόμα και της τρώσης του τυμπανικού υμένα, η όσο το δυνατόν γρηγορότερη και αποτελεσματικότερη εξόντωση του εντόμου είναι επιβεβλημένη[3,5,6]. Προοσχή πρέπει να δίνεται στην εξέλκυση ολοκλήρου του εντόμου κι όχι στην κατάτμησή του.

Summary

Hymenopteran in the external auditory canal in adults

A Koraki, MD, C A D Peppas, MD, LM, MBA, MS, C Mpoutris, MD, O Giannis.

Finding hymenopteran in the external auditory canal is a world rare clinical entity and even more rare in Greece. However, it demands quick and fine handling for its resolution so as to be uneventful and in order to be treated totally.

In this work we present three rare cases of adults with wedging of hymenopteran at their external auditory canal treated in a private primary health care surgery at the island of Corfu between 2000 and 2007.

We analyze their clinical icon and our handling of those cases and we survey the relevant international bibliography and articles.

Key-words: hymenopteran, external auditory canal, foreign bodies, insects, adult.

Βιβλιογραφία

1. Delvin D: Ear problems, Retirement Problems Ltd, 2001. www.retirement-matters.co.uk/index2.htm.
2. Kirkpatrick H, Jones RE, van Wadlinton M, Gilsoul JM: Right ear pain and neck swelling, Proc (Bayl Univ Med Cent). 2001 April; 14 (2): 173-178.
3. Rowe LD: Foreign body in the ear. IN: Doherty GM (ed.): Current surgical diagnosis and treatment, 12th edition, Lounge/McGraw Hill Publications, London, 2003: p. 949.
4. Antonelli PJ, Ahmadi A, Prevatt A: Insecticidal activity of common reagents for insect foreign bodies of the ear. Laryngoscope, 2001; 111 (1): 15-20.
5. Bressler K, et al: Ear foreign body removal: a review of 98 consecutive cases. Laryngoscope, 1993; 103: 367.
6. Ruben R: Ear, nose and throat disorders (Obstructions). IN: Beers MH, Berkow R: The Merck Manual, Centennial edition, Merck Research Laboratory, New Jersey, 1999: 669.

Ανασκόπηση

Αντιμετώπιση πνιγμού

Ελευθερία Χαϊνη
Πνευμονολόγος – Φυματιολόγος
Πνευμονολογική Κλινική
Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας

Περίληψη: Ο πνιγμός αποτελεί διεθνώς την πέμπτη συχνότερη αιτία θανάτου από ατύχημα μεταξύ όλων των ηλικιακών ομάδων και τη δεύτερη αιτία βλάβης και θανάτου από ατύχημα για τα παιδιά ηλικίας 1 μηνός έως 14 ετών και για τους νέους ενήλικες. Παρά τα σοβαρά επακόλουθα του πνιγμού πολλά θύματα μπορούν να επιβιώσουν και να αναρρώσουν πλήρως με την έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση. Η αντιμετώπιση αρχίζει από τον τόπο του ατυχήματος και συνεχίζεται κατά τη μεταφορά του θύματος και στο νοσοκομείο. Κύριος στόχος της όλης αντιμετώπισης είναι η οξυγόνωση του θύματος, και κατά δεύτερο λόγο η επαναθέρμανση και η αντιμετώπιση τυχόν δευτερογενών επιπλοκών. Καθοριστική για την τελική έκβαση είναι η αρχική αντιμετώπιση στον τόπο του ατυχήματος.
Στο άρθρο αυτό παρουσιάζεται περίπτωση πνιγμού που αντιμετωπίστηκε αρχικά στον τόπο του ατυχήματος και στη συνέχεια στη Πνευμονολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας με συνέπεια την πλήρη αποκατάσταση του θύματος και ανασκοπείται η βασική διεθνής βιβλιογραφία για την αντιμετώπιση του πνιγμού.

Εισαγωγή

Παρουσίαση Περίπτωσης

΄Ανδρας, 20 ετών, χαμηλής κολυμβητικής ικανότητας, κοπώθηκε κατά τη διάρκεια κολύμβησης σε θάλασσα με έντονο κύμα και παρουσίασε απώλεια συνείδησης.

Αντιμετώπιση στο τόπο ατυχήματος.

Ανασύρθηκε με τη βοήθεια βάρκας σε κωματώδη κατάσταση. Αντιμετωπίσθηκε στην παραλία με τεχνητή αναπνοή (στόμα με στόμα, mouth-to-mouth) και καρδιακές μαλάξεις κλειστού θώρακα.

Αντιμετώπιση κατά τη διακομιδή στο Νοσοκομείο

Μεταφέρθηκε στο Νοσοκομείο με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ υπό χορήγηση οξυγόνου.

Αντιμετώπιση στο τμήμα επειγόντων

Ο ασθενής παρουσίαζε:

Κωματώδη κατάσταση χωρίς ανταπόκριση στα επώδυνα ερεθίσματα.

Αυτόματη αναπνοή, 20 αναπνοές το λεπτό.

Σοβαρή υποθερμία, 35.4°C.

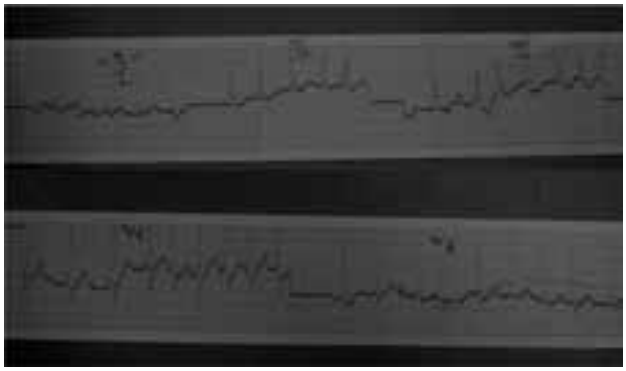
Ακροαστικά, μη μουσικούς ρόγχους σε όλα τα πνευμονικά πεδία, κυρίως μέσα και κάτω.

Εκτακτοσυστολική αρρυθμία.

Αρτηριακή πίεση 80/50 mmHg.

Αέρια αρτηριακού αίματος υπό χορήγηση 100% οξυγόνου, σοβαρή υποξαιμία και μεταβολική οξέωση.

- pH (FiO2 100%/21%) 6.82
- PCO2 32
- PO2 65
- HCO3- 5.2



Εικόνα 1.
Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Εικόνα 2.
Ακτινογραφία θώρακα: Διάσπαρτες βοτρυδιακού τύπου σκιάσεις άμφω

Από το βιοχημικό έλεγχο

SGOT	45
SGPT	262
CREAT	1.9
Na	162

Ο ασθενής αντιμετωπίσθηκε αρχικά στο ΤΕΠ και στη συνέχεια στην πνευμονολογική κλινική με χορήγηση οξυγόνου 100%, επαναθέρμανση, χορήγηση IV διττανθρακικών, ρύθμιση υγρών/ηλεκτρολυτών, συνεχή παρακολούθηση ζωτικών λειτουργιών και διούρησης.

΄Εκβαση

Πλήρης αποκατάσταση εγκεφαλικής λειτουργίας.

Αποκατάσταση διαταραχών αερίων αίματος.

FiO2	21%
pH	7.420
PCO2	42
PO2	93
HCO3-	23.4

Εικόνα 3.
Υποχώρηση ακτινογραφικών ευρημάτων

Αποκατάσταση φυσιολογικού ηλεκτροκαρδιογραφήματος

Αποκατάσταση βιοχημικών δεικτών

SGOT2	29
SGPT	40
CREAT	1.1
Na	145

Εισαγωγή

Ως πνιγμός ορίζεται το ατύχημα, που οδηγεί πρωταρχικά σε έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας, λόγω βύθισης σε ένα υγρό μέσο, η οποία εμποδίζει το θύμα από την αναπνοή του αέρα. Το θύμα μπορεί να ζήσει ή να πεθάνει, αλλά ανεξάρτητα της έκβασης, το θύμα έχει εμπλακεί σε ατύχημα πνιγμού.

Ο πνιγμός αποτελεί διεθνώς την πέμπτη συχνότερη αιτία θανάτου από ατύχημα μεταξύ όλων των ηλικιακών ομάδων με μέση ετήσια επίπτωση περίπου 2.5-3.5 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους. Για τα παιδιά ηλικίας 1 μηνός έως 14 ετών και για τους νέους ενήλικες αποτελεί τη δεύτερη αιτία βλάβης και θανάτου από ατύχημα. Ετησίως, σε παγκόσμιο επίπεδο, καταγράφονται περίπου 140000 θάνατοι από πνιγμό. Στις ΗΠΑ οι θάνατοι από πνιγμό ανέρχονται ετησίως στις 6.500.

Η χώρα μας είναι πρώτη στην Ευρώπη και δεύτερη παγκοσμίως σε θανάτους από πνιγμούς, αναλογικά με τον πληθυσμό της. Το 2009 στην Ελλάδα καταγράφτηκαν 386 πνιγμοί, εκ των οποίων οι 259 αφορούσαν αγόρια.

Ενώ στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής ΄Ενωσης υπάρχει μείωση των πνιγμών, στην Ελλάδα υπήρχε μία μικρή αύξηση από το 2006 από 1,71/100000 πληθυσμού σε 2,52/100.000 πληθυσμού. Ο μέσος όρος στην Ευρωπαϊκή ΄Ενωση είναι 1,21/100.000 πληθυσμού.

Στο Νομό της Κέρκυρας υπάρχουν ετησίως περίπου 10 θάνατοι από πνιγμό.

Ο πνιγμός συνήθως συμβαίνει γρήγορα και σιωπηλά. Οι συνέπειές του για το θύμα μπορεί να είναι ο θάνατος ή σοβαρή νοσηρότητα. Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από βύθιση οφείλονται πρωταρχικά στην έλλειψη οξυγόνου και τα επιβλαβή αποτελέσματά της κυρίως στον εγκέφαλο και την καρδιά.

Δύο λεπτά μετά τη βύθιση το θύμα χάνει τις αισθήσεις του.

Μη αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη συμβαίνει μετά από 4 έως 6 λεπτά και προσδιορίζει την άμεση και τη μακροχρόνια επιβίωση του θύματος.

Πολλά θύματα πνιγμού αναπτύσσουν σοβαρή νοσηρότητα, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη βλάβη της υγείας ή και στο θάνατο. Σε παιδιά ηλικίας 1 μηνός έως 14 ετών νοσηρότητα συμβαίνει στο 12-27% των επιβιωνόντων.

Υπολογίζεται ότι στα παιδιά:

- Το 35% των επεισοδίων βύθισης είναι θανατηφόρα,
- Το 33% οδηγεί σε ενός βαθμού νευρολογική έκπτωση και
- Το 11% σε σοβαρά νευρολογικά επακόλουθα.
- Σχεδόν όλα τα παιδιά, που χρειάζονται καρδιοπνευμονική ανάνηψη, πεθαίνουν ή παραμένουν με σοβαρή νευρολογική βλάβη.

΄Ενας πρόσθετος σοβαρός παράγοντας, που μπορεί να επιβαρύνει το θύμα, είναι η υποθερμία.

Η έγκαιρη και ορθή αντιμετώπιση ενός θύματος πνιγμού μπορεί να αποβεί σωτήρια για το θύμα, ακόμη και στην περίπτωση που παρουσιάζει καρδιο-αναπνευστική ανακοπή.

Η μεγάλη συχνότητα των ατυχημάτων πνιγμού στο Νομό μας και γενικότερα στη χώρα μας και η δυνατότητα διάσωσης του θύματος αποτέλεσε το ερέθισμα για τη σύνταξη του άρθρου αυτού.

Αντιμετώπιση πνιγμού

Πρωταρχικός στόχος της θεραπείας είναι η όσο το δυνατόν ταχύτερη διόρθωση της υποξίας και της οξέωσης.

Συγχρόνως με την αντιμετώπιση της υποξίας η θεραπεία πρέπει να στοχεύει και στην αναθέρμανση του θύματος.

Πρέπει να τονισθεί ότι τα θύματα του παρ' ολίγον πνιγμού συχνά απαιτούν καρδιο-πνευμονική αναζωογόνηση για καρδιακή καθώς και αναπνευστική ανακοπή.

Τουλάχιστον το ένα τρίτο των θυμάτων θα απαιτήσει ενδοτραχειακή διασωλήνωση και κάποιο τύπο μηχανικής υποστήριξης μέσω αναπνευστήρα για την αντιμετώπιση της πνευμονικής βλάβης.

Την αντιμετώπιση του παρ΄ ολίγον πνιγμού μπορούμε να την ταξινομήσουμε σε τρία στάδια:

- Αντιμετώπιση στον τόπο του ατυχήματος
- Αντιμετώπιση κατά τη διακομιδή στο Νοσοκομείο
- Αντιμετώπιση στο Νοσοκομείο
- Αντιμετώπιση στο τμήμα επειγόντων περιστατικών
- Αντιμετώπιση στην πνευμονολογική κλινική ή ΜΕΘ

Αντιμετώπιση στον τόπο του ατυχήματος

Η κατάλληλη προνοσοκομειακή αντιμετώπιση αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα της τελικής έκβασης των θυμάτων πνιγμού.

Οι παρευρισκόμενοι ΔΕΝ πρέπει ποτέ να θεωρούν ότι το άτομο δεν είναι βιώσιμο, εκτός εάν είναι πρόδηλες ότι το άτομο έχει πεθάνει από ώρα. Η αντιμετώπιση στον τόπο του ατυχήματος εστιάζεται στα ακόλουθα σημαντικά σημεία:

1. Αμεση κλήση του ΕΚΑΒ.

Οι παρευρισκόμενοι πρέπει να καλέσουν αμέσως το ΕΚΑΒ.

2. Προσεκτική ανάσυρση του θύματος από το νερό το ταχύτερο δυνατόν.

Ο ασθενής πρέπει να ανασυρθεί από το νερό με ιδιαίτερη προσοχή στην τραχηλική μοίρα της σπονδυλικής στήλης και να τοποθετηθεί σε οριζόντια θέση. Θεωρητικά υπόταση μπορεί να ακολουθήσει την ανάσυρση του θύματος σε όρθια θέση, λόγω της σχετικής μεταβολής στην πίεση γύρω από το σώμα, που συμβαίνει κατά τη μετακίνηση από το νερό στον αέρα.

Η ανάσυρση πρέπει πάντα να γίνεται με τη χρήση βοηθητικών μέσων (σανίδας κ.λ.π.), ώστε να εξασφαλίζεται

η ασφάλεια του διασώστη.

3. Ακινητοποίηση του αυχένα

Ο αυχένας πρέπει να ακινητοποιηθεί προσεκτικά, εάν ο ασθενής έχει κάκωση στο πρόσωπο ή στο κρανίο, εάν δεν είναι σε θέση να δώσει σαφείς πληροφορίες για πιθανή κάκωση ή έχει εμπλακεί σε ατύχημα κατάδυσης.

4. Οξυγόνωση θύματος – Εξασφάλιση βατότητας αεραγωγού

Η διόρθωση των αερίων αρτηριακού αίματος είναι η πρώτη προτεραιότητα, με ιδιαίτερη προσοχή στην όσο το δυνατόν ταχύτερη εξασφάλιση βατού αεραγωγού και τη χορήγηση επαρκούς οξυγόνωσης και αερισμού.

Οξυγόνωση θύματος:

Εάν ο ασθενής δεν αναπνέει

- ΄Αμεση έναρξη αναπνοής στόμα με στόμα (mouth-to-mouth) και, εάν είναι ανάγκη, μαλάξεων καρδιάς κλειστού θώρακα (closed-chest cardiac massage).
- Αναπνοή διάσωσης (Rescue breathing) μπορεί ήδη να εφαρμοσθεί στο νερό, αλλά οι μαλάξεις θώρακα είναι ανεπαρκείς λόγω, προβλημάτων πλευστότητας.
- Δεν πρέπει να ξοδεύεται χρόνος για παροχέτευση ύδατος από τους πνεύμονες του θύματος.

Εάν ο ασθενής έχει αυτόματη αναπνοή

- Αμεση χορήγηση οξυγόνου 100% μέσω μάσκας.
- Εάν είναι διαθέσιμη, συνεχής μη επεμβατική παλμική οξυμετρία είναι η πλέον κατάλληλη για την παρακολούθηση της οξυγόνωσης.
- Εφαρμογή συνεχούς θετικής πίεσης αεραγωγών (CPAP).
- Εάν ο ασθενής παραμένει δυσπνοϊκός υπό χορήγηση 100% οξυγόνου, ή έχει χαμηλό κορεσμό οξυγόνου, πρέπει να χρησιμοποιείται συνεχής θετική πίεση αεραγωγών (CPAP), εάν είναι διαθέσιμη.
- Γρήγορη διασωλήνωση, με κατάλληλη χρήση θετικής τελο-εκπνευστικής πίεσης (PEEP).
- Εάν δεν είναι διαθέσιμη η CPAP, το θύμα πρέπει ταχέως να διασωληνώνεται και να οξυγονώνεται μηχανικά με χρήση θετικής τελο-εκπνευστικής πίεσης (PEEP).
- Εξασφάλιση βατότητας αεραγωγού.

Η επιτυχής οξυγόνωση του θύματος προϋποθέτει την εξασφάλιση και διατήρηση ενός καθαρού και βατού αεραγωγού. Ιδιαίτερα σε θύματα με διαταραχή της διανοητικής κατάστασης, ο αεραγωγός πρέπει να ελέγχεται για την παρουσία ξένων σωμάτων και εμέτου.

Εκτός από την αποτελεσματικότερη οξυγόνωση, η εξασφάλιση καθαρού αεραγωγού κατά την έναρξη της αναζωογόνησης απομακρύνει τον κίνδυνο ατυχηματικής υπερδιάτασης του στομάχου, με συνέπεια αναγωγή, έμετο και εισρόφηση.

Η εφαρμογή της υποδιαφραγματικής μανούβρας Heimlich πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο εάν υπάρχει υποψία απόφραξης αεραγωγού από ξένο σώμα, το οποίο δεν μπορεί να αφαιρεθεί με τη χρήση των χεριών ή με αναρρόφηση.

5. Δεν πρέπει να χάνεται χρόνος για απομάκρυνση ύδατος από τους κατώτερους αεραγωγούς

Η προσπάθεια απομάκρυνσης ύδατος από τους κατώτερους αεραγωγούς δεν είναι αποτελεσματική. Αντίθετα, μπορεί να προκαλέσει αντανακλαστικό έμετο με συνέπεια εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου.

6. ΄Αμεση έναρξη επαναθέρμανσης.

Συγχρόνως με την προσπάθεια οξυγόνωσης πρέπει να αρχίζει η επαναθέρμανση του θύματος.

Τα βρεγμένα ρούχα πρέπει να αφαιρούνται, πριν το θύμα τυλιχθεί σε θερμαινόμενες κουβέρτες.

Θύματα που είναι υποθερμικά μπορεί να εμφανίζονται νεκρά χωρίς εμφανή καρδιακό παλμό ή εγκεφαλική λειτουργία. Εντούτοις η εμπειρία από βύθιση σε παγωμένο νερό υποστηρίζει ότι οι προσπάθειες ανάνηψης πρέπει να συνεχίζονται μέχρι η θερμοκρασία του σώματος να γίνει σχεδόν φυσιολογική.

Αντιμετώπιση κατά τη διακομιδή στο Νοσοκομείο

΄Ολα τα θύματα παρ' ολίγον πνιγμού πρέπει να μεταφέρονται στο νοσοκομείο για περαιτέρω εκτίμηση.

Κατά τη διακομιδή στο νοσοκομείο πρέπει να συνεχίζεται η χορήγηση οξυγόνου 100% και, εάν χρειάζεται, οι προσπάθειες καρδιο-αναπνευστικής αναζωογόνησης. Ακόμη και εάν αποκατασταθεί η αυτόματη αναπνοή, η χορήγηση υψηλής συγκέντρωσης οξυγόνου πρέπει να συνεχίζεται.

Δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής ότι σοβαρή υποξία και οξέωση μπορεί να είναι παρούσες ακόμη και σε άτομα, που έχουν συνείδηση και δεν εμφανίζουν κυάνωση.

Αντιμετώπιση στο τμήμα επειγόντων περιστατικών

Η αρχική αντιμετώπιση πρέπει να δώσει έμφαση στην άμεση ανάνηψη και θεραπεία της αναπνευστικής ανεπάρκειας.

- Σε όλα τα θύματα πρέπει να εξασφαλίζεται η συνεχής χορήγηση συμπληρωματικού οξυγόνου 100% κατά τη διάρκεια όλων των εκτιμήσεων και χειρισμών, που θα γίνουν στο Τμήμα Επειγόντων.

Συγχρόνως με τη χορήγηση οξυγόνου πρέπει να γίνεται:

- Εξασφάλιση φλεβικής γραμμής
- ΄Αμεση εκτίμηση τυχόν συνοδών βλαβών, καθώς η κάκωση της αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης μπορεί να επιπλέξει το χειρισμό των αεραγωγών.
- Εκτέλεση των αρχικών επειγουσών εξετάσεων
- Προσδιορισμό των αερίων αρτηριακού αίματος και του pH
- ΗΚΓ
- Μέτρηση της θερμοκρασίας στο ορθό
- Σάκχαρο αίματος
- Αιμοδιάγραμμα
- Ηλεκτρολύτες ορού
- Ελεγχος νεφρικής λειτουργίας
- Ακτινογραφία θώρακα.

Οξυγόνωση

Εάν το θύμα δεν έχει αυτόματη αναπνοή

- **Αμεση Διασωλήνωση Τραχείας και έναρξη ΚΑΡΠΑ.**

Εάν ο ασθενής έχει αυτόματη αναπνοή

- **Συνέχιση Χορήγησης Οξυγόνου 100% μέσω μάσκας.**

o Παρακολούθηση της ανταπόκρισης με συνεχή μη επεμβατική παλμική οξυμετρία.

- **Εφαρμογή συνεχούς θετικής πίεσης αεραγωγών (CPAP)**

o Εάν ο ασθενής παραμένει δυσπνοϊκός υπό χορήγηση 100% οξυγόνου ή δείχνει χαμηλό κορεσμό οξυγόνου, πρέπει να χρησιμοποιείται συνεχής θετική πίεση αεραγωγών (CPAP).

- **Γρήγορη διασωλήνωση τραχείας με κατάλληλη χρήση θετικής τελο-εκπνευστικής πίεσης (PEEP).**

o Εάν δεν υπάρχει (διαθέσιμη) CPAP, το θύμα πρέπει ταχέως να διασωληνώνεται και να οξυγονώνεται μηχανικά με χρήση θετικής τελο-εκπνευστικής πίεσης (PEEP).

o Τουλάχιστον το ένα τρίτο των θυμάτων θα απαιτήσει ενδοτραχειακή διασωλήνωση και κάποιο τύπο μηχανικής υποστήριξης μέσω αναπνευστήρα για την αντιμετώπιση της πνευμονικής βλάβης.

- **Κριτήρια Ενδοτραχειακής Διασωλήνωσης – Μηχανικής Υποστήριξης:**

o Ο ασθενής δεν έχει αυτόματη αναπνοή

o Ασθενείς με πνευμονικό οίδημα ή υποξία, που αποτυγχάνουν να διατηρήσουν μία pO2 μεγαλύτερη από 60-70 mm Hg (>80 mm Hg σε παιδιά) υπό χορήγηση 100% οξυγόνου μέσω μάσκας προσώπου.

o Μεταβολή επιπέδου συνείδησης και αδυναμία προστασίας των αεραγωγών ή απομάκρυνσης των εκκρίσεων.

o Υψηλή κυψελιδο-αρτηριακή διαφορά (A-a).

o PaCO2 >45 mm Hg.

o Επιδείνωση αερίων αρτηριακού αίματος.

- Στον ασθενή, που έχει επίπεδο συνείδησης και είναι συνεργάσιμος, πριν την εφαρμογή της διασωλήνωσης, πρέπει να γίνεται προσπάθεια εξασφάλισης επαρκούς οξυγόνωσης μέσω συσκευής συνεχούς θετικής πίεσης CPAP ή BiPAP, εάν είναι διαθέσιμη.
- **Χρήση θετικής τελο-εισπνευστικής πίεσης** (Positive End-Expiratory Pressure PEEP).

Τα διασωληνωμένα θύματα του πνιγμού μπορεί να χρειασθούν μηχανικό αερισμό με PEEP για τη διατήρηση επαρκούς οξυγόνωσης. Η PEEP έχει δειχθεί ότι βελτιώνει τον αερισμό και την οξυγόνωση στο μη ενδοτικό πνεύμονα με πολλούς τρόπους:

(1) Μετακίνηση του υγρού του διάμεσου χώρου των πνευμόνων εντός των τριχοειδών.

(2) Αύξηση του όγκου των πνευμόνων μέσω αποτροπής της σύγκλεισης των αεραγωγών κατά την εκπνοή.

(3) Εξασφάλιση καλύτερου κυψελιδικού αερισμού και μείωση της κυψελιδικής αιματικής ροής και

(4) Αύξηση της διαμέτρου τόσο των μικρών όσο και των μεγάλων αεραγωγών για βελτίωση της κατανομής του αερισμού.

Οι μερικές πιέσεις των αερίων αρτηριακού αίματος και το pH πρέπει να προσδιορίζονται συχνά για την εκτίμηση της επάρκειας της αναπνευστικής θεραπείας.

Ο μηχανικός αερισμός με PEEP πρέπει να συνεχίζεται μέχρι να σταθεροποιηθεί η πνευμονική βλάβη. Το χρονικό διάστημα μέχρι τη σταθεροποίηση της πνευμονικής βλάβης είναι 48 έως 72 ώρες ή ακόμη περισσότερο. Η συνεχής παρακολούθηση (Monitoring) του μεγέθους της ενδοπνευμονικής διαφυγής αίματος (shunt), της πνευμονικής πίεσης ενσφήνωσης (pulmonary wedge pressure) και του όγκου παλμού, μέσω ενός καθετήρα Swan-Ganz, είναι πολύ χρήσιμη για τον απογαλακτισμό των ασθενών από την PEEP, καθώς επίσης και στη ρύθμιση περιπτώσεων επιπλακέντων από χαμηλό όγκο παλμού και υπόταση.

Εξωσωματική οξυγόνωση μέσω μεμβράνης (Extracorporeal Membrane Oxygenation ECMO)

Η εξωσωματική οξυγόνωση μέσω μεμβράνης έχει εφαρμοσθεί με επιτυχία για την αντιμετώπιση της αναπνευστικής ανεπάρκειας σε άτομα, που παραμένουν υποξικά παρά τον έντονο μηχανικό αερισμό και τα οποία έχουν μία λογική πιθανότητα νευρολογικής ανάκαμψης.

Επαναθέρμανση

Αν και η ανάπτυξη ταχείας υποθερμίας από βύθιση

σε παγωμένα νερά μπορεί να δράσει προστατευτικά για το θύμα, αυτό δεν αποτελεί τον κανόνα στα περισσότερα θύματα βύθισης, τα οποία έχουν καταστεί βαθμιαία υποθερμικά και ευρίσκονται σε κίνδυνο για κοιλιακή μαρμαρυγή και νευρολογική βλάβη.

Γι αυτό οι υποθερμικοί ασθενείς πρέπει να επαναθερμαίνονται μέχρι να γίνουν νορμοθερμικοί. Η επαναθέρμανση μπορεί να απαιτήσει διάφορες τεχνικές:

- Ενδοφλέβια έγχυση ισότονων υγρών στους 40°C πρέπει να αρχίσουν κατά τη διάρκεια της ανάνηψης.
- Συνεχείς πλύσεις στομάχου και κύστεως με ορό στους 40°C μέσω ρινογαστρικού σωλήνα και ουροκαθετήρα.
- Χορήγηση θερμού οξυγόνου.
- Θερμή περιτοναϊκή πλύση μπορεί να χρειασθεί σε σοβαρά υποθερμικούς ασθενείς.
- Θωρακοτομή με ανοικτή μάλαξη καρδίας και θερμές πλύσεις του μεσοπνευμονίου μπορεί να είναι αποτελεσματική. Η υποθερμική καρδιά τυπικά δεν ανταποκρίνεται σε φαρμακοθεραπεία και απινίδωση.
- Εξωσωματική αναθέρμανση του αίματος μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε σοβαρά υποθερμικούς ασθενείς, που δεν ανταποκρίνονται στη θωρακοτομή ή που ευρίσκονται σε ανακοπή.
- Εξασφάλιση κεντρικής φλέβας με προσοχή σε αυτούς τους ασθενείς, για την αποφυγή ερεθισμού του υποθερμικού κόλπου με συνέπεια αρρυθμίες.
- Η ανάνηψη ενός θύματος πνιγμού δεν πρέπει να σταματά μέχρις ότου η θερμοκρασία του σώματος να έχει ανέβει τουλάχιστον στους 30°C.

Αντιμετώπιση άλλων προβλημάτων

- Η μεταβολική οξέωση πρέπει να θεραπεύεται με την ενδοφλέβιο χορήγηση διττανθρακικού νατρίου (NaHCO3), αν και με τη βελτίωση της οξυγόνωσης η μεταβολική οξέωση υποχωρεί.
- Εάν υπάρχει βρογχόσπασμος, μπορεί να αντιμετωπισθεί με εισπνοή βρογχοδιασταλτικών (σαλβουταμόλης) υπό μορφή αερολύματος.
- Συγχρόνως πρέπει να γίνεται αντιμετώπιση τυχόν άλλων συνυπαρχουσών διαταραχών, όπως:
  - Υπογλυκαιμίας
  - Ηλεκτρολυτικών διαταραχών
  - Σπασμών
  - Βρογχόρροιας, που προκαλείται από το κρύο
  - Αρρυθμιών και
  - Υπότασης.

Περαιτέρω αντιμετώπιση στο ΤΕΠ – έξοδος από το Νοσοκομείο

Η περαιτέρω αντιμετώπιση των ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών εξαρτάται από το ιστορικό, την παρουσία συνοδών βλαβών και το βαθμό της βλάβης από τη βύθιση.

- Ασθενείς, που έχουν καλό επίπεδο συνείδησης, είναι σε θέση να περιγράψουν ένα σαφές ιστορικό μίας ήσσονος μικρής βλάβης από βύθιση, δεν έχουν βρογχόσπασμο, ταχύπνοια/δύσπνοια, υποξία ή οξέωση (βάσει των αερίων αρτηριακού αίματος και της οξυμετρίας), έχουν φυσιολογικές ακτινογραφίες θώρακα και δε δείχνουν καμία ένδειξη υποθερμίας, συνήθως δεν απαιτούν καμία περαιτέρω θεραπεία. Εντούτοις, πρέπει να παρακολουθούνται για πολλές ώρες στο Τμήμα Επειγόντων για ένδειξη επιδείνωσης των αερίων αίματος και της οξεοβασικής κατάστασης πριν την έξοδο από το Νοσοκομείο.
- Επισημαίνεται ότι η πρώϊμη έξοδος από τα επείγοντα δεν έχει μελετηθεί σε μεγαλύτερα άτομα ή άτομα με υποκείμενες παθήσεις, που θα μπορούσαν να τους θέσουν σε αυξημένο κίνδυνο υποξικής βλάβης. Συνεπώς οι παράγοντες αυτοί πρέπει να λαμβάνονται υπ΄ όψιν κατά την απόφαση της εξόδου από το Τμήμα Επειγόντων.
- Θύματα ελαφράς έως μετρίως σοβαρής βύθισης, που έχουν μόνο ελαφρά συμπτώματα, που βελτιώνονται κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης και δεν έχουν καμία διαταραχή στα αέρια αρτηριακού αίματος ή στην ακτινογραφία θώρακα, μπορούν να εξέλθουν μετά από 6-8 ώρες παρακολούθησης στο Τμήμα Επειγόντων.
- Οι ασθενείς, που εξέρχονται των επειγόντων, πρέπει να ενημερωθούν να επιστρέψουν αμέσως, εάν αναπτύξουν δύσπνοια, βήχα, και/ή πυρετό.
- Οι ασθενείς, που έχουν υποξαιμία ακόμη και μικρού βαθμού, η οποία διορθώνεται με χορήγηση συμπληρωματικού οξυγόνου, πρέπει να εισάγονται στην Πνευμονολογική Κλινική για περαιτέρω παρακολούθηση και αντιμετώπιση. Οι ασθενείς αυτοί μπορούν να εξέλθουν του νοσοκομείου μετά την υποχώρηση της υποξαιμίας, εφ' όσον δεν υπάρξουν περαιτέρω επιπλοκές.
- Οι ασθενείς, που χρειάζονται διασωλήνωση και μηχανικό αερισμό, πρέπει να εισάγονται στη ΜΕΘ. Ποικίλου βαθμού νευρολογικές καθώς και πνευμονικές επιπλοκές τυπικά επιπλέκουν την πορεία τους.

Περαιτέρω αντιμετώπιση των νοσηλευομένων

Πρωταρχικός στόχος της φροντίδας των νοσηλευομένων ασθενών παραμένει η αντιμετώπιση της υποξίας με τη χορήγηση συμπληρωματικού οξυγόνου, είτε μέσω μάσκας, είτε μέσω μηχανικού αερισμού με τη χρήση θετικής τελο-εισπνευστικής πίεσης. Η ανταπόκριση στη χορηγούμενη θεραπεία γίνεται με το συχνό προσδιορισμό των μερικών πιέσεων των αερίων αρτηριακού αίματος και του pH.

Η ύπαρξη κακώσεων (κρανιοεγκεφαλική, σπονδυλικής στήλης) απαιτεί τη σύγχρονη ειδική αντιμετώπιση.

Τα υπόλοιπα θεραπευτικά μέτρα είναι σε μεγάλο βαθμό υποστηρικτικά.

Τα θύματα πνιγμού, ανάλογα με τη βαρύτητα του επεισοδίου, μπορεί να εμφανίσουν σειρά επιπλοκών, οποίες πρέπει να αντιμετωπισθούν έγκαιρα.

Εγκεφαλικό Οίδημα - Κώμα

Σε θύματα πνιγμού, που είναι σε κωματώδη κατάσταση συχνά ανευρίσκεται ότι έχουν αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, η οποία προκαλείται από εγκεφαλικό οίδημα και απώλεια της εγκεφαλο-αγγειακής αυτορύθμισης. Παρατεταμένες αυξήσεις της ενδοκρανιακής πίεσης άνω των 2.0 έως 2.7 kPa (15 έως 20 mmHg) οδηγούν σε μείωση της εγκεφαλικής αιματικής ροής, η οποία αποτελεί πρόσθετο παράγοντα ισχαιμικής βλάβης για τον ήδη ισχαιμούντα εγκεφαλικό ιστό.

Με σκοπό τη διατήρηση της εγκεφαλικής λειτουργίας στους ασθενείς αυτούς έχει χρησιμοποιηθεί επιθετική θεραπεία ονομαζόμενη cerebral resuscitation, και η οποία περιλαμβάνει ελεγχόμενο υπεραερισμό (controlled hyperventilation), προκλητή υποθερμία, χρήση βαρβιτουρικών, γλυκοκορτικοειδών και διουρητικών οσμωτικών και της αγκύλης, ενώ η ενδοκράνιος πίεση παρακολουθείται στενά μέσω ενδοκοιλιακών καθετήρων.

Αν και πολλοί ερευνητές έχουν περιγράψει ότι υπάρχουν λιγότερα μείζονα νευρολογικά επακόλουθα, ιδιαίτερα σε παιδιά, που θεραπεύονται με τον τρόπο αυτό, αυτές οι θεραπευτικές επεμβάσεις παραμένουν αμφιλεγόμενες, μη αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας και δυνητικά επικίνδυνες.

Πνευμονικό οίδημα - Σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας των ενηλίκων

Αντί για βαθμιαία ανάρρωση κατά τις πρώτες 48 έως 72 ώρες, ορισμένοι ασθενείς θα αναπτύξουν το σύνδρομο της αναπνευστικής δυσχέρειας των ενηλίκων, συνοδευόμενο από προοδευτικά επιδεινούμενη αναπνευστική ανεπάρκεια και μείωση στην ενδοτικότητα του πνεύμονα.

Η αντιμετώπιση του ARDS λόγω βύθισης είναι παρόμοια με εκείνη του ARDS από άλλες αιτίες (διασωλήνωση τραχείας, επεμβατικός μηχανικός αερισμός με χρήση PEEP).

Πνευμονικές λοιμώξεις

Οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται στενά για ένδειξη πνευμονικής λοίμωξης (Βακτηριακή πνευμονία - Απόστημα πνεύμονα - Εμπύημα λόγω Εισροφήσεων - Νοσοκομειακή πνευμονία ή πνευμονία σχετιζόμενη με τον αναπνευστήρα). Η θεραπεία πρέπει να γίνεται με κατάλληλα αντιβιοτικά στη βάση αποτελεσμάτων καλλιεργειών από τις εκκρίσεις του αναπνευστικού συστήματος. Η προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών και γλυκοκορτικοειδών δεν έχει αποδειχθεί ότι ωφελεί σε θύματα πνιγμού.

Ατελεκτασίες

Οφείλονται σε εισρόφηση ξένων σωμάτων, ειδικά εάν το ατύχημα έλαβε χώρα στη θάλασσα ή σε ποταμό.

Πνευμοθώρακας ή πνευμομεσοπνευμόνιο

Οφείλονται στους χειρισμούς κατά την προσπάθεια αναζωογόνωσης ή στο μηχανικό αερισμό. Επίσης η ταχεία ανάδυση από κατάδυση σε μεγάλο βάθος μπορεί να προκαλέσει πνευμοθώρακα ή/και πνευμομεσοπνευμόνιο, λόγω της υπερδιάτασης του πνεύμονα κατά την ανάδυση.

Διαταραχές ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών

Το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών πρέπει να διατηρείται προσεκτικά. Εάν η υπο-ογκαιμία συνοδεύεται από χαμηλή παραγωγή ούρων ή υπόταση, πρέπει να γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.

Σοβαρή αναιμία

Επί σοβαρής αναιμίας μπορεί να χρειασθεί μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων ή ολικού αίματος, ανάλογα με την κατάσταση του κυκλοφορούντος όγκου αίματος.

Οξεία νεφρική ανεπάρκεια - Οξεία σωληναριακή νέκρωση

Η Οξεία νεφρική ανεπάρκεια οφείλεται κυρίως στην υποξία. Υπόταση ή μυοσφαιρινουρία λόγω ραβδομυόλυσης μπορούν επίσης να συμβάλουν στην ανάπτυξη οξείας νεφρικής ανεπάρκειας.

Ανεπάρκεια πολλαπλών οργάνων

Η ιστική υποξία μπορεί να οδηγήσει σε ανεπάρκεια πολλών οργάνων.

Διάτρηση στομάχου από υποξία και stress

Πρόγνωση

Η πρόγνωση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την έκταση και τη διάρκεια του υποξικού επεισοδίου. Επιπλέον, η θερμοκρασία του μέσου βύθισης, η διαθεσιμότητα, η έγκαιρη εφαρμογή ειδικής θεραπείας και η συνύπαρξη ιατρικών παθήσεων ή τραύματος αποτελούν σοβαρούς παράγοντες στον προσδιορισμό της έκβασης.

- Γενικά, ασθενείς που έχουν καλό επίπεδο συνείδησης και έχουν φυσιολογική ακτινογραφία κατά την άφιξη στο νοσοκομείο αναμένεται ότι θα αναρρώσουν πλήρως.
- Εκείνοι που είναι απλώς συγχυτικοί και έχουν αυτόματη αναπνοή έχουν σχεδόν καλή πρόγνωση.
- Οι ασθενείς, που παρουσιάζουν σοβαρότερες νευρολογικές εκδηλώσεις, όπως σπασμούς, ειδικά κατά τη διάρκεια των προσπαθειών ανάνηψης, και διαταραχή της διανοητικής κατάστασης, κινητικές διαταραχές, διαταραχές ομιλίας, όρασης ή περισσότερο διάχυτα οργανικά εγκεφαλικά σύνδρομα, θα παρουσιάσουν βαθμιαία βελτίωση ορισμένων από αυτές τις νευρολογικές διαταραχές μέχρι υποχώρησης στη διάρκεια πολλών μηνών. Εντούτοις, το 5-20% των ασθενών θα έχει μόνιμα επακόλουθα, πολλά από τα οποία θα αποδειχθούν τελικά θανατηφόρα.
- Η πιθανότητα συνύπαρξης μη αναγνωρισθέντος τραύματος κεφαλής ή υποσκληρδίου αιματώματος πρέπει να ερευνάται.
- Αντίθετα τα θύματα, που χρειάσθηκαν καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση ή διακομίζονται στο νοσοκομείο σε κωματώδη κατάσταση ή εκείνα, που έχουν καθηλωμένες και διασταλμένες κόρες και όχι αυτόματη αναπνοή, έχουν πτωχή έκβαση. Τα δύο τρίτα των θυμάτων αυτών πεθαίνουν ή παραμένουν με σοβαρές νευρολογικές βλάβες.
- Παιδιατρικές μελέτες δείχνουν ότι τα παιδιά, που χρειάζονται εξειδικευμένη θεραπεία για πνιγμό σε παιδιατρικές μονάδες εντατικής θεραπείας, παρουσιάζουν τουλάχιστον 30% θνησιμότητα και 10-30% σοβαρή εγκεφαλική βλάβη.

Εντούτοις, το γεγονός, ότι περίπου το 90% των θυμάτων που καταφέρνει να φθάσει στο νοσοκομείο, για να λάβει οριστική νοσοκομειακή φροντίδα, επιβιώνει, δείχνει το πόσο αναγκαίο είναι να γίνονται επίμονες και έντονες προσπάθειες ανάνηψης σε όλες τις περιπτώσεις πνιγμού.

Συμπεράσματα

Ο πνιγμός αποτελεί από τα συχνότερα αίτια θανάτου και βλάβης από ατύχημα, ειδικά για τα παιδιά και τους νέους ενήλικες.

Η έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση μπορεί να εξασφαλίσει την επιβίωση του θύματος και την αποφυγή μόνιμων νευρολογικών βλαβών.

Η αντιμετώπιση αρχίζει από τον τόπο του ατυχήματος και συνεχίζεται κατά τη μεταφορά του θύματος και στο νοσοκομείο.

Κύριος στόχος της όλης αντιμετώπισης είναι η οξυγόνωση του θύματος με τη χορήγηση 100% οξυγόνου μέσω ρινικής μάσκας ή συσκευής CIPAP/BiPAP ή με τη διασωλήνωση της τραχείας και την εφαρμογή επεμβατικού αερισμού με τη χρήση PEEP.

Συμπληρωματικά μέτρα στην αντιμετώπιση του πνιγμού περιλαμβάνουν την επαναθέρμανση του θύματος, την αντιμετώπιση τυχόν κακώσεων της σπονδυλικής στήλης και την αντιμετώπιση δευτερογενών επιπλοκών από άλλα όργανα.

Summary

Management of Drawning

E. Haini, Pneumonologist.

Drowning is a process resulting in primary respiratory impairment from submersion in a liquid medium, usually water, which prevents the individual from breathing oxygen.

The principal physiologic consequences of drowning are prolonged hypoxemia and acidosis and the multiorgan effects of these processes.

Outcome may include delayed morbidity or death, death, or life without morbidity.

The on-time and optimal management may be life saving. It includes the management in the site of accident, during transferring in the hospital, in the emergency department, in the pulmonary department and/or in ICU.

The adequate oxygenation of the victim is the first priority. The rewarming of the victim and the management of secondary disturbances are complimentary goals of the treatment.

Βιβλιογραφία

Βιβλία

1. Mark Harries «Near Drowning». In: GJ Gibson, DM Geddes, U Costabel, PJ Sterk, B Corin. Respiratoryy Medicine 3rd Edition, 2003, Elsevier Science.
2. J F Wallace: «Drowning and Near-Drowning». In: Wilson, Braunwald, Isselbacher, Petersdorf, Martin,

Fauci, Root. Harrison's Principles of Internal Medicine, 12th edition, McGraw-Hill, Inc.

3. Kallas, Harry J. «Drowning and Near Drowning». In Nelson Textbook of Pediatrics, , 17th ed. Edited by Richard E. Behrman et al. Philadelphia: Saunders, 2004, pp 425–30.

Αρθρα - Web Sites

1. Ε. Χαΐνη, Κ. Τσιουρή, Φ.Κοκκίνης, Ν. Μπαχλιτζανάκης, Κ. Δ Χαΐνης, Παθοφυσιολογία πνιγμού, τόμος εισηγήσεων, 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακα, Θεσσαλονίκη 23-26 Νοεμβρίου 2009
   Δημοσίευση στο Περιοδικό Ιατρικά Χρονικά Β.Δ Ελλάδας, τόμος 5,τεύχος 2,2009.
2. Ε.Χαΐνη. Ε. Καλύβα, Σ. Γαστεράτος, Α. Λάμπου, Δ.Τσοπανίδης, Π. Γουδέλη, Α. Καββαδίας, Σ. Μπουχερόπουλος, Δ.Κ. Χαΐνης, Πνιγμοί στο νομό της Κέρκυρας τα έτη 1991 -2005, Πνεύμων (Συμπληρωματικό Τεύχος), Πρακτικά, 15ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος, 2-5 Νοεμβρίου 2006, σελ. 29.
3. Ε. Χαΐνη, Α. Σκλήρης, Α. Λάμττου, Δ.Τσοπανίδης, Ε. Φαρμάκης, Α. Καββαδίας, Π. Γουδέλη, Ν. Παύλου, Σ. Μπουχερόπουλος, Χ. Ψαράκης, Κ.Δ. Χαινης, Παρ' ολίγον πνιγμοί στο νομό της Κέρκυρας τα έτη 1990-2005. Πνεύμων (Συμπληρωματικό Τεύχος) σελ. 29,
   Πρακτικά, 15ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος, 2-5 Νοεμβρίου 2006.
4. A.H. Idris, R.A. Berg, J. Bierens, L. Bossaert, C.M. Branche, A. Gabrielli, S.A. Graves; A.J. Handley, R. Hoelle, P.T. Morley, L. Papa, P.E. Pepe, L. Quan, D. Szpilman,; J.G. Wigginton; J.H. Modell, Other Contributors: D. Atkins, M. Gay, EMT-P; W. Kloeck, S. Timerman, ILCOR Advisory Statements Recommended Guidelines for Uniform Reporting of Data From Drowning. The «Utstein Style». 2003 (Circulation. 2003;108:2565.)
5. http://archive.rubicon-foundation.org/8024. «Near Drowning Workshop. 47th Undersea and Hyperbaric Medical Society Workshop». UHMS Publication Number WA292. (Undersea and Hyperbaric Medical Society): 63. Retrieved 2009-04-26.
6. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs347/en/index.html. Retrieved 2010-12-30. «Fact sheet N°347, November 2010: «Drowning»». World Health organization.
7. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html.«WHO Disease and injury country estimates». World Health Organization. 2009. Retrieved Nov. 11, 2009.
8. http://www.ilsf.org/medical/statements/sloping-beach-positioning»Statements on Positioning a Patient on a sloping Beach». Federation. Retrieved 2009-01-25.
9. www.emedicine.com/ped/topic2570.htm Fiore, Michael, and Sabrina Heidemann. «Near Drowning.» (accessed January 14, 2005).
10. www.emedicine.com/wild/topic34.htm Plantz, Scott H., and Michael E. Zevitz. «Wilderness Near Drowning». December 14, 2004. (accessed January 14, 2005).
11. Suzanne Moore Shepherd, Jonathan Adler, «Drowning». MEDSCAPE Reference.

Εισήγηση στο 17ο συνέδριο της ΙΧΕΚ

Επάρκεια σε αίμα – Ασφάλεια στις μεταγγίσεις

Β. Ανδριώτης, Μ. Τζιλιάνος[1]
Ε. Νασούλα, Χ. Στάβερη[1]
Γ. Σαγιάς[1]

[1]Σταθμός Αιμοδοσίας Γ.Ν .Κερκύρας

Περίληψη: Η Υπηρεσία Αιμοδοσίας του Γενικού Νοσοκομείου Κερκύρας ''Αγία Ειρήνη '' λειτουργεί ως Σταθμός Αιμοδοσίας Α. Στα αρχεία του Σταθμού υπάρχουν 110 σύλλογοι εθελοντών αιμοδοτών και 13.560 μεμονωμένοι εθελοντές αιμοδότες. Πραγματοποιούνται ετησίως 120-130 περίπου εξωτερικές αιμοληψίες/εξορμήσεις.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η γνωστοποίηση του σημαντικού έργου, που επιτελεί ο Σταθμός Αιμοδοσίας του Γ.Ν.Κ., στην προσέλκυση και διατήρηση των εθελοντών αιμοδοτών, καθώς και στην ασφαλή διακίνηση και στον έλεγχο του αίματος και των παραγώγων του.

Υλικό αποτέλεσαν οι μονάδες αίματος που συλλέγει ο Σταθμός Αιμοδοσίας του ΓΝΚ. Στο Νοσοκομείο μας εκτελείται καθημερινά ο πρωτογενής έλεγχος όλων των μονάδων αίματος και των παραγώγων του για ανίχνευση HbsAg, anti-HCV, anti-HIV, anti-HTLV και σύφιλη με τεχνική ΜΕΙΑ. Σε περίπτωση θετικού ή αμφίβολου αποτελέσματος ακολουθείται ο αλγόριθμος της εκάστοτε λοίμωξης με επανάληψη της εξέτασης και επιβεβαιωτικές δοκιμασίες στα αντίστοιχα Κέντρα Αναφοράς.

Οι μονάδες αίματος, που συλλέγει ο Σταθμός μας, προέρχονται κυρίως από αιμοδότες αναπλήρωσης. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ευαισθητοποίηση του κοινού στην εθελοντική προσφορά αίματος και μεταστροφή των αιμοδοτών αναπλήρωσης σε εθελοντές αιμοδότες. Ο κύριος όγκος των μεταγγίσεων συμπυκνωμένων ερυθρών RBC αφορά χρόνιους ασθενείς της Π/Θ κλινικής και της ΜΜΑ. Το σύνολο των αναγκών του Νοσοκομείου μας σε παράγωγα αίματος καλύφθηκε εξ' ολοκλήρου από την επεξεργασία των συλλεγόμενων μονάδων ολικού αίματος. Η σωστή επιλογή των αιμοδοτών και η προσθήκη μοριακού ελέγχου (NAT-TMA) συμβάλλουν στη μετάγγιση ασφαλούς αίματος.

Λέξεις-κλειδιά:
αιμοδοσία, εθελοντές αιμοδότες, ασφαλής μετάγγιση.

Εισαγωγή

Γενικά περί του Σταθμού Αιμοδοσίας

Η Υπηρεσία Αιμοδοσίας του Γενικού Νοσοκομείου Κερκύρας ‘’Άγία Ειρήνη ‘’ λειτουργεί ως Σταθμός Αιμοδοσίας από το 2009 διαθέτει Πιστοποίηση Διαχείρισης Ποιότητας ISO από φορέα ελεγμένο από το Ελληνικό Δημόσιο.

Προσωπικό

Από το 1995 τη θέση του Διευθυντή κατέχει ο Αιματολόγος κ. Τζιλιάνος Μιχαήλ. Εκτός από τον κ. Τζιλιάνο, το προσωπικό, που υπηρετεί στην Αιμοδοσίας, είναι το εξής:

Ιατρικό Προσωπικό

Ανδριώτης Βασίλειος (Βιοπαθολόγος, Επιμελητής Α΄)
Νασούλα Ειρήνη (Γενικός Ιατρός, Επιμελήτρια Α΄)

Νοσηλευτικό Προσωπικό

Γραμμένου Σοφία (Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια ΤΕ)
Λιβιτσιάνου Μαργαρίτα (Νοσηλεύτρια ΤΕ)
Γεωργουλά Μαρία (Νοσηλεύτρια ΤΕ)
Νικομάνη Ασημίνα (Νοσηλεύτρια ΤΕ)
΄Ισερη Φωτεινή (Επισκέπτρια Υγείας ΤΕ)
Ντολίτσα Αικατερίνη (Επισκέπτρια Υγείας ΤΕ)
Ουζούνης Κωνσταντίνος (Επισκέπτης Υγείας ΤΕ)

Τεχνολογικό Προσωπικό

Γκόγκας Γεώργιος (Προϊστάμενος Παραϊατρικού Προσωπικού, Τεχνολόγος ΤΕ)
Μαραγκάκη Διονυσία (Παρασκευάστρια ΔΕ)
Μεσημέρης Αλέξανδρος (Παρασκευαστής ΔΕ)
Βασιλάκη Διαμαντίνα (Παρασκευάστρια ΔΕ)
Κοντού Ελένη (Τεχνολόγος ΤΕ)

Στοιχεία σχετικά με δραστηριότητες - Τμήματα

Ο Σταθμός Αιμοδοσίας του Γ.Ν. ΚΕΡΚΥΡΑΣ περιλαμβάνει τα εξής τμήματα :

α) Τμήμα Αιμοληψιών.

Στο τμήμα αιμοληψιών διενεργείται η εθελοντική προσφορά αίματος. Λειτουργεί καθημερινά πρωί από τις 8 π.μ. έως τις 2 μ.μ. και απόγευμα από τις 4.30 μ.μ. έως τις 9.30 μ.μ. εκτός Σαββάτου, που λειτουργεί μόνο σε πρωινό ωράριο. Το απόγευμα του Σαββάτου και το πρωί της Κυριακής πραγματοποιούνται εξωτερικές αιμοληψίες / εξορμήσεις σε συλλόγους εθελοντών αιμοδοτών.

β) Τομέας Προσέλκυσης και Διατήρησης Εθελοντών Αιμοδοτών.

Το έργο αυτό διεκπεραιώνεται από τους τρεις Επισκέπτες Υγείας, που επιπλέον διατηρούν και αναπτύσσουν το τμήμα δημοσίων σχέσεων του τομέα. Στα αρχεία του Σταθμού υπάρχουν 110 σύλλογοι εθελοντών και 13.560 μεμονωμένοι εθελοντές αιμοδότες. Στους εθελοντικούς φορείς περιλαμβάνονται εκπαιδευτικοί, πολιτιστικοί και κοινωνικοί φορείς, σωματεία εργαζομένων, η Ιερά Μητρόπολη Κερκύρας, η Πυροσβεστική και ομάδες εθελοντών αιμοδοτών.

Γίνονται συνεχείς προσπάθειες προώθησης της εθελοντικής αιμοδοσίας. Πραγματοποιούνται ομιλίες και ενημερώσεις για δημιουργία νέων συλλόγων, όπως και συνεχείς επαφές για ενδυνάμωση παλαιών συλλόγων. Διανέμονται αφίσες προτρεπτικές για προσφορά αίματος, όπως και ενημερωτικό έντυπο υλικό σε χώρους προσέλκυσης.

Πραγματοποιούνται ετήσια 120-130 περίπου εξωτερικές αιμοληψίες / εξορμήσεις.

Ο τομέας προσέλκυσης και διατήρησης εθελοντών αιμοδοτών συμμετέχει σε εκδηλώσεις (ενημερώσεις και ομιλίες) σε παιδιά Δημοτικού, Γυμνασίου, Λυκείου, με σκοπό την προαγωγή της εθελοντικής αιμοδοσίας.

Κατά το έτος 2011 έγινε συλλογή 7658 μονάδων αίματος. Αναλυτικότερα, οι 3508 μονάδες από συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ασθενών και οι 4150 από εθελοντές αιμοδότες. Οι μονάδες αίματος και προϊόντων του διατέθηκαν προς μεταγγισιοθεραπεία στο Νοσοκομείο μας καθώς και σε άλλα δημόσια και ιδιωτικά Νοσοκομεία. Ειδικότερα χορηγήθηκαν στο Νοσοκομείο μας 5911 μονάδες συμπυκνωμένων Ερυθρών (1251 στο χειρουργικό τομέα, 2538 στον παθολογικό τομέα και 2132 στη Μ.Μ.Α), 1200 μονάδες Φρέσκου Κατεψυγμένου Πλάσματος (FFP) και 370 μονάδες συμπυκνωμένων αιμοπεταλίων (PLT).

Τέλος αποστάλθηκαν 1302 μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών (RBC) σε Νοσοκομεία εκτός Κερκύρας και 1382 μονάδες φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος (FFP) στο ΕΚΕΑ προς κλασματοποίηση.

γ) Εργαστήριο Ανοσοαιματολογίας

Εκτελείται καθορισμός ομάδων αίματος ΑΒΟ και Rhesus / φαινοτύπου Rh (D, C, E, c, e) και Kell των αιμοδοτών και των ασθενών προς μετάγγιση με μέθοδο μικρογέλης και με την κλασική μέθοδο.

Διενεργείται έλεγχος συμβατότητας με τεχνική εμμέσου Coombs σε ασθενείς υπό μετάγγιση.

Γίνεται αναζήτηση αυτοαντισωμάτων με τεχνική αμέσου Coombs και αναζήτηση αλλοαντισωμάτων με τεχνική εμμέσου Coombs.

Διενεργούνται διαδικασίες παραγωγής αίματος, όπως επίσης πλύσιμο ερυθρών αιμοσφαιρίων και λευκαφαίρεση.

Εφαρμόζεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα εσωτερικός ποιοτικός έλεγχος στην παραγωγή αίματος και προϊόντων του (σε μονάδες Σ.Ε., αιμοπεταλίων και F.P).

δ) Ορολογικό Εργαστήριο.

Εκτελείται καθημερινά ο πρωτογενής έλεγχος όλων των μονάδων αίματος για ανίχνευση HbsAg, anti-HCV, ant-HIV, anti-HTLV και σύφιλη με τεχνική ΜΕΙΑ. Σε περίπτωση θετικού ή αμφίβολου αποτελέσματος, ακολουθεί-

ται ο αλγόριθμος της εκάστοτε λοίμωξης με επανάληψη της εξέτασης και επιβεβαιωτικές δοκιμασίες στα αντίστοιχα Κέντρα Αναφοράς.

Εκτελείται επίσης ο έλεγχος για ανίχνευση HbsAg, δεικτών της HBV λοίμωξης, anti-HCV, ant-HIV, anti-HTLV, anti-HAV (IgM και IgG) και σύφιλης με τεχνική ΜΕΙΑ, σε ασθενείς του νοσοκομείου μας, καθώς και σε εξωτερικούς ασθενείς.

Εφαρμόζεται καθημερινά εσωτερικός ποιοτικός έλεγχος σύμφωνα με εσωτερικό πρωτόκολλο.

Επιστημονικές Διεργασίες - Εκπαίδευση

Το εκπαιδευτικο έργο του Σταθμού Αιμοδοσίας είναι πλούσιο και περιλαμβάνει :

Δημοσιεύσεις επιστημονικών μελετών σε ελληνικά και διεθνή ιατρικά περιοδικά.

Δημοσιεύσεις επιστημονικών μελετών σε ελληνικά και διεθνή ιατρικά εκπαιδευτικά συνέδρια, σεμινάρια και συμπόσια.

Διενέργεια διακλινικών και ενδοεργαστηριακών μαθημάτων.

Οι ιατροί, νοσηλευτές και τεχνολόγοι του Σταθμού Αμοδοσίας έχουν παρακολουθήσει πληθώρα συνεδρίων, σεμιναρίων και ημερίδων.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η γνωστοποίηση του σημαντικού έργου που επιτελεί ο Σταθμός Αιμοδοσίας του Γ.Ν.Κ. στην προσέλκυση και διατήρηση των εθελοντών αιμοδοτών, καθώς και στην ασφαλή διακίνηση και στον έλεγχο του αίματος και των παραγώγων του.

Υλικό και Μέθοδοι

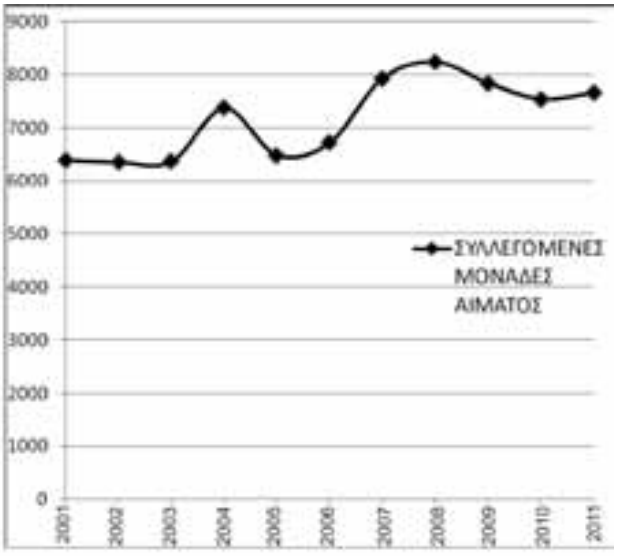
Υλικό αποτέλεσαν οι μονάδες αίματος, που συλλέγει ο Σταθμός Αιμοδοσίας του ΓΝΚ. Στο Νοσοκομείο μας εκτελείται καθημερινά ο πρωτογενής έλεγχος όλων των μονάδων αίματος και των παραγώγων του για ανίχνευση HbsAg, anti-HCV, anti-HIV, anti-HTLV και σύφιλη με μικροσωματιδιακή ανοσοενζυμική μέθοδο (ΜΕΙΑ). Ο επιβεβαιωτικός έλεγχος των θετικών δειγμάτων πραγματοποιείται με δεύτερη αιμοληψία κατόπιν κλήσεως των αιμοδοτών, πλήρη έλεγχο αντισωμάτων (αντι-HBc, αντι-Hbe,αντί-HBs, HbeAg), δοκιμασία ουδετεροποίησης, καθώς και τεχνικές ανοσοαποτυπώματος RIBA και Western-Blot σε Κέντρο Αναφοράς (Π. Γ. Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ). Από το 2007 κάθε μονάδα αίματος ελέγχεται και με μοριακό έλεγχο προσδιορισμού νουκλεϊνικών οξέων ταυτόχρονα για τους τρεις ιούς HBV, HCV, HIV1 σε μονήρη δείγματα αιμοδοτών, με τη μέθοδο NAT-TMA (Κ.Μ.Ε. Π.Ν.ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ). Η δοκιμασία ενίσχυσης δια της μεταγραφής, που είναι βασισμένη σε νουκλεϊνικά οξέα, έχει μειώσει το ''σιωπηλό παράθυρο'' ανίχνευσης κατά 13 ημέρες (από 38 σε 24) της λοίμωξης από τον ιό HBV, κατά 63 ημέρες (από 68 σε 5) της λοίμωξης από τον ιό HCV και κατά 9 ημέρες (από 15 σε 6) της λοίμωξης από τον ιό HIV1. [1,2]

Αποτελέσματα

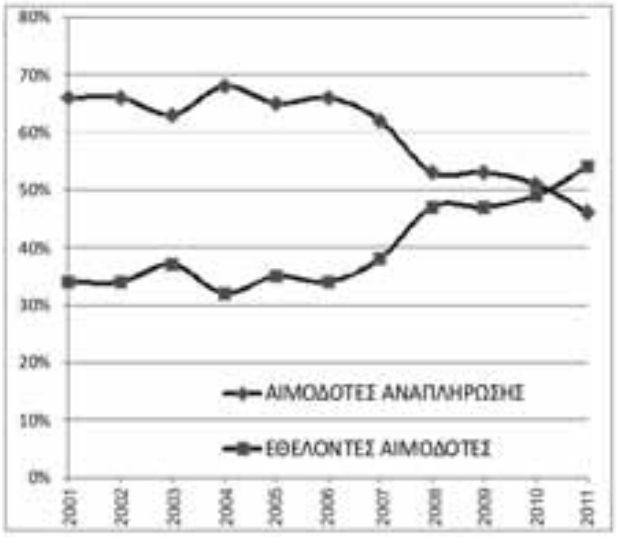
Οι μονάδες αίματος, που συλλέγει ο Σταθμός Αιμοδοσίας του ΓΝΚ, προέρχονται κυρίως από αιμοδότες αναπλήρωσης (Πίνακας 1, Σχήμα 1,2). Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών παρατηρείται αύξηση της συλλογής αίματος από εθελοντές αιμοδότες.

ΕΤΟΣ	ΣΥΛΛΕΓΟΜΕΝΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΣΗΣ ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ ΠΟΣΟΣΤΟ %
2001	6390	66	34
2002	6353	66	34
2003	6365	63	37
2004	7371	68	32
2005	6485	65	35
2006	6718	66	34
2007	7929	62	38
2008	8243	53	47
2009	7840	53	47
2010	7540	51	49
2011	7658	46	54

Πίνακας 1.



Σχήμα 1.

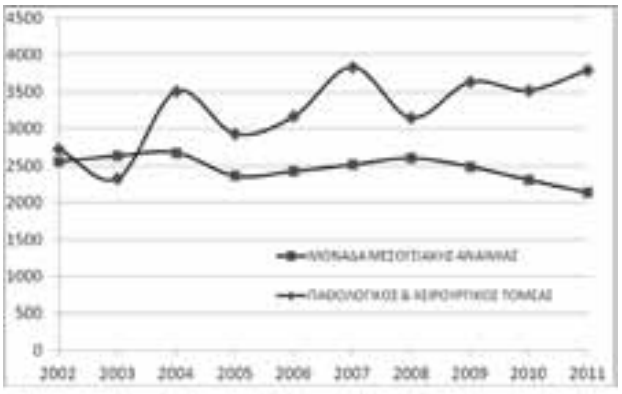


Σχήμα 2.

Οι μονάδες αίματος και προϊόντων του διατέθηκαν προς μεταγγισιοθεραπεία στο νοσοκομείο μας καθώς και σε άλλα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Ο κύριος όγκος των μεταγγίσεων συμπυκνωμένων ερυθρών RBC αφορά χρόνιους ασθενείς της Π/Θ κλινικής και της ΜΜΑ. Στον πίνακα 2 αναφέρονται οι μονάδες αίματος, που διατέθηκαν προς μετάγγιση στο Νοσοκομείο μας (Πίνακας 2, Σχήμα3).

ΕΤΟΣ	ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ & ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
2002	2554	2719
2003	2630	2323
2004	2674	3506
2005	2359	2927
2006	2421	3161
2007	2511	3832
2008	2600	3143
2009	2485	3627
2010	2303	3515
2011	2132	3789

Πίνακας 2.

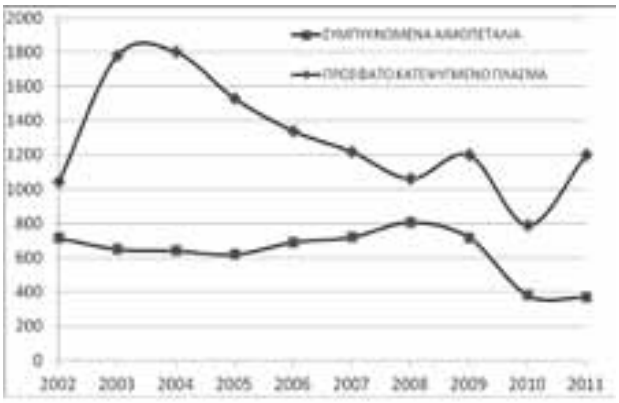


Σχήμα 3.

Το σύνολο των αναγκών του Νοσοκομείου μας σε παράγωγα αίματος καλύφθηκε από την επεξεργασία των συλλεγόμενων μονάδων ολικού αίματος. Στον πίνακα 3 αναφέρονται οι μονάδες συμπυκνωμένων αιμοπεταλίων και πρόσφατου κατεψυγμένου πλάσματος που διατέθηκαν στο Νοσοκομείο μας (Πίνακας 3, Σχήμα 4).

ΕΤΟΣ	ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΕΝΑ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ	ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΚΑΤΕΨΥΓΜΕΝΟ ΠΛΑΣΜΑ
2002	715	1043
2003	650	1780
2004	640	1800
2005	620	1529
2006	690	1340
2007	720	1218
2008	807	1061
2009	717	1199
2010	380	790
2011	370	1200

Πίνακας 3.

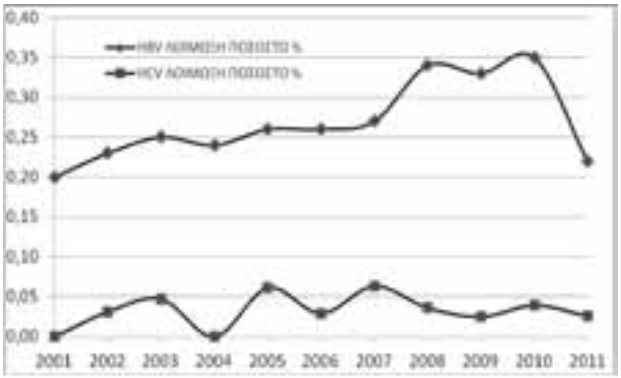


Σχήμα 4.

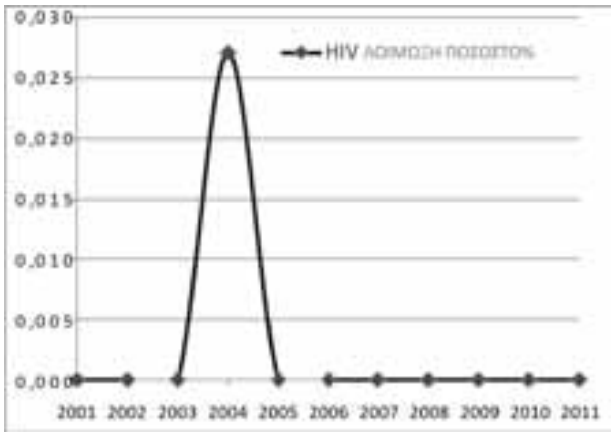
Στον πίνακα 4 καταγράφεται ο επιπολασμός των αιματογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων σε αιμοδότες του Ν. Κερκύρας (Πίνακας 4, Σχήμα 5,6,7).

ΕΤΟΣ	HBV ΛΟΙΜΩΞΗ ΠΟΣΟΣΤΟ %	HCV ΛΟΙΜΩΞΗ ΠΟΣΟΣΤΟ %	HIV ΛΟΙΜΩΞΗ ΠΟΣΟΣΤΟ %	HTLV ΛΟΙΜΩΞΗ ΠΟΣΟΣΤΟ %
2001	0,20	0	0	0,015
2002	0,23	0,031	0	0
2003	0,25	0,047	0	0
2004	0,24	0	0,027	0
2005	0,26	0,061	0	0
2006	0,26	0,029	0	0
2007	0,27	0,063	0	0
2008	0,34	0,036	0	0
2009	0,33	0,025	0	0,012
2010	0,35	0,039	0	0
2011	0,22	0,026	0	0

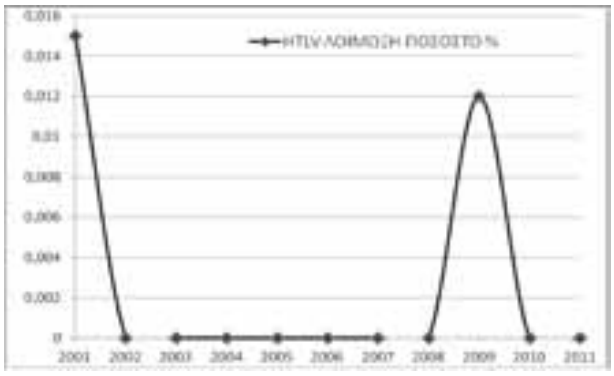
Πίνακας 4.



Σχήμα 5.



Σχήμα 6.



Σχήμα 7.

Συμπέρασμα

- Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ευαισθητοποίηση του κοινού στην εθελοντική προσφορά αίματος και μεταστροφή των αιμοδοτών αναπλήρωσης σε εθελοντές αιμοδότες.
- Υπάρχει πλήρης κάλυψη των αναγκών του Νοσοκομείου μας σε αίμα και παράγωγα αίματος.
- Η σωστή επιλογή των αιμοδοτών και η προσθήκη της NAT-TMA (μοριακό έλεγχο προσδιορισμού νουκλεϊνικών οξέων) συμβάλλουν στη μετάγγιση ασφαλούς αίματος, μειώνοντας το διαγνωστικό ΄΄ σιωπηλό ορολογικό παράθυρο ΄΄, με την ανίχνευση των λοιμώξεων αυτών πριν από το χρόνο διάγνωσής τους με τις κλασικές ανοσοενζυμικές μεθόδους διαλογής. [3,4]
- Ο επιπολασμός της HBV, HCV, HIV και HTLV λοίμωξης στον αιμοδοτικό πληθυσμό του Νομού μας κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας κυμάνθηκε σε επίπεδα που συμφωνούν με τον αντίστοιχο Ελληνικό δείκτη.[5,6,7,8,9,10]
- Η συχνότητα της HBV λοίμωξης βρέθηκε να έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Αυτό προφανώς οφείλεται στην είσοδο μεταναστών από χώρες με υψηλή επίπτωση της λοίμωξης, καθώς και στην προσθήκη της NAT-TMA, που ανιχνεύει περιπτώσεις λανθάνουσας Ηπατίτιδας Β (OBI). [11]

Summary

Adequate blood - Safety in transfusion

V. Andriotis, M. Tzilianos E. Nasoula, C. Staveri, G. Sagias.
Blood Bank General Hospital of Corfu.

At Blood Bank General Hospital of Corfu are 110 clubs with blood donors and 13.560 individual voluntary donors. About 120-130 foreign donations take place every year.

The purpose of this study is to notice the important work performed by the Blood Bank the attraction and retention of blood donors, and the safe handling and control of blood and its derivatives.

Material units of blood were collected by the Blood Bank of G.H.C. In our Hospital performed daily by the primary control all units of blood and its derivatives for detecting HbsAg, anti-HCV, anti-HIV, anti-HTLV and syphilis with MEIA technique.

The units of blood collected by the Blood Bank are

sourced mainly from replacement donors. In recent years the volunteer donors are more than replacement donors. The bulk of RBC transfusions are used for chronically patients of Pathological Clinic and Thalassemia Unit.

The proper selection of donors and the addition of molecular test (NAT-TMA), contributes to safe blood transfusion.

Keywords: Blood Bank, volunteer donors, safe blood transfusion.

Βιβλιογραφία

1. Busch, MP, Evolving Approaches to Estimate Risks of Transfusion-Transmitted Viral Insidence-Window Period Model after Ten Years. Dax EM. Farrugia A Vyas GN (editors).Advances in Transfusion Safety-Volume IV, Developments in Biologicals (Basel), Basel, Karger, 2007,vol 127, pp 87-112.2.Kleimman SH, Busch MP. Assesing the impact of HBV NAT on window period reduction and residual risk. I Clin Virol 36 Suppl. 1 (2006) S23 S29.
3. Brojer E et al. Characterization of HBV DNA+/HbsAg-blood donors in Poland identified by triplex NAT. Hepatology 2006;44: 1666-1674.
4. Katsoulidou A et al. Analytical and clinical sensitivity of the Procleix Ultrio HIV-1/HCV/HBV assay in samples with 2007.
5. Gretch DR. Diagnostic tests for hepatitis C. Hematology, 1997, 26(Suppl 1): 43-47
6. Ηπατίτιδα C 1999. Σ.Ι. Χατζηγιάννης. Εκδόσεις Πασχαλίδη 1999.
7. Ιογενής ηπατίτιδα Β και C. Πρακτικά δύο ημερίδων του 2001 και ανασκόπηση των εξελίξεων του 2002. Σ.Ι. Χατζηγιάννης. Εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα 2003.
8. Συχνότητα αντι-HTLV 1/2 σε αιμοδοτικό πληθυσμό στην Ελλάδα. Πολυκεντρική μελέτη. Αρχεία ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 16(5), Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1999, 480-487
9. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ Ν. : Εργαστηριακός έλεγχος επειγόντων περιστατικών και λοιμώξεων. Σελίδα 546-551
10. 25 χρόνια HIV/AIDS : Μικροβιολογικά χρονικά, τόμος 22ος – 2006. Σελίδα 56-65
11. Allain J-R Occult hepatitis B virus infection: implications in transfusion VoxSanguinis 2004; 86: 83-91

Εισήγηση στο 17ο συνέδριο της ΙΧΕΚ

Συμβολή του παιδιάτρου στη φροντίδα του παιδιού με καρκίνο

Ελένη Βασιλάτου-Κοσμίδη

Ογκολογικό Τμήμα Νοσοκομείου Παίδων «Π&Α Κυριακού»

Περίληψη: Η Ο καρκίνος της παιδικής ηλικίας είναι σπάνια νόσος και συνιστά το 0,75% του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου στον άνθρωπο. Είναι νόσος για την οποία σε αντίθεση με τον καρκίνο στον ενήλικα, δεν είναι δυνατή η πρόληψη, αλλά απαιτείται έγκαιρη διάγνωση, η οποία επιτυγχάνεται με ευαισθητοποίηση και γνώση του γενικού γιατρού, του οικογενειακού, του αγροτικού και του παιδιάτρου. Α) Συμβολή στη διάγνωση: Δεδομένου ότι τα συμπτώματα του παιδιού πριν από τη διάγνωση του καρκίνου είναι συνήθως μη ειδικά (εκτός αν πρόκειται για κλινική ή/και απεικονιστική διαπίστωση όγκου ή για σαφώς παθολογική γενική εξέταση αίματος), η εκτίμηση και αξιολόγηση των συμπτωμάτων αυτών, η διάρκεια συμπτωμάτων, ο συνδυασμός συμπτωμάτων και ευρημάτων οδηγεί αρχικά στην υποψία διάγνωσης, που τεκμηριώνεται ή όχι σε συνεργασία με τον παιδίατρο ογκολόγο. Η παρουσία επίσης του παιδιάτρου του παιδιού κατά την αρχική ενημέρωση της οικογένειας θεωρείται σημαντική. Β) Συμβολή κατά τη διάρκεια της θεραπείας : Μετά τη διάγνωση και κατά τη διάρκεια της θεραπείας των παιδιών, των οποίων ο τόπος διαμονής είναι μακριά από το Ογκολογικό κέντρο, ο παιδίατρος καλείται να συμμετάσχει στη φροντίδα του κεντρικού φλεβικού καθετήρα (ηπαρινισμός κ.λ.π.) , να διαγνώσει και θεραπεύσει κοινά παιδιατρικά προβλήματα (πυρετός, εξάνθημα, βήχας κλπ) και να νοσηλεύσει παιδιά σε περιόδους εμπύρετης ουδετεροπενίας. Γ) Συμβολή στη φάση τελικού σταδίου της νόσου: Η στήριξη παιδιού και οικογένειας, η εξοικείωση με προβλήματα της φάσης αυτής, η γνώση και χορήγηση κατάλληλης αναλγησίας, η αποφυγή απομάκρυνσης του παιδιού από το οικείο περιβάλλον, είναι στάση και δράση καθοριστικής σημασίας. Δ) Συμβολή στην περίοδο της αποθεραπείας: Στη φάση αυτή, ο παιδίατρος σε συνεργασία με τον ειδικό καλεί το παιδί για τον επανεμβολιασμό, συμμετέχει στην παρακολούθησή του και στηρίζει την οικογένεια που συχνά και εύκολα ανησυχεί για πιθανή επα-

νεμφάνιση της νόσου. Παράλληλα ενισχύει ηθικά το παιδί και το στηρίζει, προκειμένου να επιτευχθεί ομαλή επανένταξη στην εκπαίδευση και στην κοινωνία.

Εισαγωγή

Το παιδί που εμφανίζει ύποπτα ή μη για καρκίνο συμπτώματα συνήθως έχει εξεταστεί από παιδίατρο, είτε τον παιδίατρό του ή τον γιατρό εφημερίας ενός παιδιατρικού Νοσοκομείου και στη συνέχεια με την υποψία ή τη διάγνωση της νόσου παραπέμπεται στα εξειδικευμένα ογκολογικά τμήματα. Η γνώση και εμπειρία του γιατρού αυτού θα συμβάλλει στην έγκαιρη παραπομπή του παιδιού δεδομένου ότι ο καρκίνος της παιδικής ηλικίας είναι σπάνια νόσος.

Επιδημιολογία

Κάθε χρόνο προσβάλλονται 14 ανά 100.000 παιδιά ηλικίας από τη γέννηση μέχρι την ηλικία των 15 χρόνων και 20 ανά 100.000 έφηβοι ηλικίας 15-19 χρόνων. Μεταξύ των περιπτώσεων καρκίνων στον άνθρωπο ο καρκίνος στο παιδί και στον έφηβο αποτελεί μόλις το 1-3% του συνόλου.

Ωστόσο παρά τη σπανιότητα αυτή είναι γνωστό ότι συνιστά την κύρια αιτία θανάτου από νόσο (περίπου το 10% των θανάτων στα παιδιά) σε παιδιά μετά τη βρεφική ηλικία και τη δεύτερη αιτία μετά τα ατυχήματα, που ευθύνονται για το 44% των θανάτων στα παιδιά.

Τα περισσότερα παιδιά (45% περίπου του συνόλου) προσβάλλονται από λευχαιμία και λέμφωμα και σε 40% του συνόλου η ηλικία εμφάνισης της νόσου είναι μικρότερη των 4 χρόνων.

Η προσφορά φροντίδας στο παιδί με καρκίνο άρχισε να καταγράφεται το 1945, όταν διαπιστώθηκε ότι και τα παιδιά προσβάλλονται από τη νόσο. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 1948 χορηγήθηκε στη Βοστώνη η πρώτη χημειοθεραπευτική ουσία (μεθοτρεξάτη) σε παιδί με οξεία λευχαιμία. Αργότερα το 1960 στην ομάδα αυτών των παιδιών αναγνωρίστηκε η συνύπαρξη -και η ανάγκη αντιμετώπισης- ιατρικού και ψυχοκοινωνικού προβλήματος και το 1975 άρχισαν επίσημα πλέον να καταγράφονται οι πλήρως ιαθέντες ασθενείς. Μετά το 1990 η νόσος πλέον θεωρείται παιδιατρική και όχι νόσος μεταξύ των καρκίνων του ανθρώπου (Stiller CA).

Η ιδιαιτερότητα της νόσου, μεταξύ των άλλων, συνίσταται στο ότι προσβάλλεται ο οργανισμός του παιδιού σε περίοδο μέγιστης εξέλιξης (αύξησης –ανάπτυξης) και όχι σε φάση πλήρους ανάπτυξης, όπως συμβαίνει στους ενήλικες, με συνέπεια, σε συνδυασμό και με τη χορηγούμενη θεραπεία, να επηρεάζεται δυνητικά η ψυχονοητική εξέλιξη και η σωματική ανάπτυξη.

΄Οταν ένα παιδί πάσχει από μία σοβαρή νόσο, πάσχει και συμμετέχει ολόκληρη η οικογένεια, η οποία αναγκάζεται να χαράξει νέα πλαίσια στην κοινή ζωή και μάλιστα υπό το βάρος της συνεχιζόμενης αβεβαιότητας για το μέλλον και όχι σπάνια, της απώλειας των στοιχείων ελέγχου. Η οικογένεια λοιπόν, της οποίας η δυναμική δοκιμάζεται, συστρατεύεται με τη θεραπευτική ομάδα προκειμένου να στηρίξει το παιδί και να υπερβεί την απειλή θανάτου, που υπάρχει ακόμη και αν η πρόγνωση της νόσου είναι πολύ καλή.

Αιτιολογία –προδιάθεση

Σαφής γνώση σχετικά με την αιτιολογία του καρκίνου της παιδικής ηλικίας δεν υπάρχει. Ωστόσο η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης σε πολύ μικρή ηλικία (40% των παιδιών κατά τη διάγνωση έχουν ηλικία μικρότερη των 4 χρόνων) και ο τύπος του συμμετέχοντος παθολογικού κυττάρου οδηγούν στην άποψη ότι η αιτιολογία ίσως πρέπει να αναζητηθεί σε παράγοντες, που επιδρούν πριν από τη γέννηση. Πιθανή έκθεση λοιπόν σε βλαπτικούς παράγοντες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ερευνάται (Birch JM et al) .

Υπάρχουν όγκοι ιδιαίτερα στα βρέφη (<12 μηνών), που συμπεριφέρονται κλινικά ως καλοήθεις, αν και τα παθολογοανατομικά τους μορφολογικά κριτήρια είναι αυτά της κακοήθους νόσου. Ως παράδειγμα αναφέρονται η επιθετική ινωμάτωση, το ινοσάρκωμα στα βρέφη, η νεφροβλαστωμάτωση και το νευροβλάστωμα in situ.

Συμβολή του παιδιάτρου στη φάση της διάγνωσης

Ορισμένα σύνδρομα υπέρμετρης αύξησης συνδέονται με την ανάπτυξη καρκίνου, όπως είναι το σύνδρομο Beckwith – Wiedemann και η ημιϋπερτροφία, στα οποία παρατηρείται ανάπτυξη ενδοκοιλιακών όγκων (ηπατοβλάστωμα, νεφροβλάστωμα και όγκοι του φλοιού των επινεφριδίων). Σε παιδιά με ημιϋπερτροφία ο κίνδυνος για ανάπτυξη νεφροβλαστώματος είναι 3%, ενώ, αν συνυπάρχει και το σύνδρομο Beckwith-Wiedemann, ο κίνδυνος ανέρχεται σε 40%. Στα παιδιά αυτά υπάρχει παθολογική περιοχή στο χρωμόσωμα 11 (11p15), όπου κωδικοποιείται ο αυξητικός παράγοντας IGF2 (insulin – like growth factor).

Σε άλλα σύνδρομα, όπως το WAGR (Wilms', aniridia, genital abnormalities, mental retardation), παρατηρείται ανωμαλία στο 11p13, που εμπεριέχει το ογκοκατασταλτικό γονίδιο WT1 και ο κίνδυνος ανάπτυξης νεφροβλαστώματος ανέρχεται σε 30%. Μεταλλάξεις του WT1 εμφανίζονται στο σύνδρομο Denys-Drash, στο οποίο παρατηρούνται νεφροπάθεια και ανωμαλίες του φύλου

και ο κίνδυνος ανάπτυξης νεφροβλαστώματος ανέρχεται σε 90% (Breslow N et al) .

Στην ομάδα των παιδιών αυτών, εκτός από καλή κλινική παρατήρηση, απαιτείται περιοδικός έλεγχος με εξετάσεις, όπως είναι το υπερηχογράφημα κοιλίας και η μέτρηση της α1 εμβρυϊκής σφαιρίνης (α–fetoprotein).

Η γνώση της συμμετοχής της κληρονομικότητας θα οδηγήσει στην έγκαιρη διάγνωση ορισμένων όγκων, δεδομένου ότι δεν υπάρχει πρόληψη στον καρκίνο ης παιδικής ηλικίας. Από όλους τους όγκους το ρετινοβλάστωμα, με εξαίρεση τις σποραδικές μορφές, αποδίδεται σε κληρονομικότητα. Στα παιδιά αυτά υπάρχει αμφοτερόπλευρος όγκος και συχνά παρατηρείται θετικό οικογενειακό ιστορικό. Για την ανάπτυξη του όγκου απαιτούνται δύο μεταλλάξεις του ογκοκατασταλτικού γονιδίου RB στο χρωμόσωμα 13q14 (Knudson AG).

Τα κληρονομικά προδιαθεσικά για την ανάπτυξη καρκίνου σύνδρομα είναι σπάνια και αυτός είναι ο λόγος, που σε <5% των περιπτώσεων η νόσος αποδίδεται στην κληρονομικότητα.

Η Νευροϊνωμάτωση τύπου 1 αποτελεί μία από τις συχνότερες γενετικές νόσους, δεδομένου ότι προσβάλλει 1/2500 άτομα. Το γονίδιο NF1 εντοπίζεται στο χρωμόσωμα 17q11.2. Τα παιδιά με νευροϊνωμάτωση τύπου 1 εμφανίζουν σαφώς αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη γλοιώματος της οπτικής οδού (x1000), χρόνιας μυελομονοκυταρικής λευχαιμίας (x200), σαρκώματος μαλακών μορίων (x50), όγκων ΚΝΣ και νωτιαίου μυελού (x 40) και οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας (x5).

Η νευροϊνωμάτωση τύπου 1 ευθύνεται για 0,6% των περιπτώσεων καρκίνου στο παιδί και τα παιδιά αυτά, εκτός του ότι πρέπει να ελέγχονται περιοδικά από οφθαλμίατρο και νευρολόγο, πρέπει να υποβάλλονται σε περιοδικό έλεγχο με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και κόγχων.

Ο καρκίνος της παιδικής ηλικίας είναι νόσος, που, όπως αναφέρθηκε, οφείλεται σε ποικίλους παράγοντες τόσο γνωστούς όσο και άγνωστους.Προσπάθεια αποφυγής εξωγενών επιβαρυντικών παραγόντων δεν συμβάλλει αποτελεσματικά στην πρόληψη, σε αντίθεση με τον καρκίνο των ενηλίκων. Υπάρχουν βεβαίως οικογένειες στις οποίες γενετική καθοδήγηση θα μπορούσε να συμβάλει εποικοδομητκά, όπως είναι στις περιπτώσεις ρετινοβλαστώματος, νευροϊνωμάτωσης τύπου1 κ.λ.π.

Αντίθετα η έγκαιρη διάγνωση σημαίνει αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση και κατά συνέπεια καλύτερη πρόγνωση.

Ειδικές εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχο (screening) έχουν γίνει αντικείμενο μελετών, αλλά η διεθνής εταιρία παιδιατρικής ογκολογίας (SIOP) δεν κατέληξε στην έκδοση οδηγιών, όπου να προτείνονται τέτοιες εξετάσεις για την έγκαιρη διάγνωση.

Ως παράδειγμα αναφέρεται το νευροβλάστωμα, που είναι συχνός τύπος όγκου καρκίνου παιδικής ηλικίας και που σε ποσοστό > 85% παρατηρείται αυξημένη έκκριση βανιλαμυγδαλικού (VMA) στα ούρα. Παρά τις αρχικές προσδοκίες, ομαδικός προσυμπτωματικός έλεγχος ούρων βρεφών για VMA (VMA spot) δεν απέδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, δηλαδή παιδιά με αρνητική εξέταση εμφάνισαν αργότερα νευροβλάστωμα και παιδιά με θετική ουδέποτε νόσησαν (Brodeur GM et al, Philip T et al) .

Αντίθετα, όπως αναφέρθηκε ήδη, προτείνεται ο προσυμπτωματικός έλεγχος παιδιών με ορισμένα «στίγματα», όπως ημιϋπερτροφία, ανιριδία, σύνδρομο Beckwith – Wiedemann και WAGR, τα οποία πρέπει να υποβάλλονται σε περιοδικό έλεγχο με υπερηχογράφημα κοιλίας μέχρι την ηλικία των 4-5 χρόνων, προκειμένου να διαπιστωθεί έγκαιρα η ύπαρξη νεφροβλαστώματος. Επίσης έλεγχος οπτικής οξύτητας σε παιδιά με νευροϊνωμάτωση θα οδηγήσει σε έγκαιρη διάγνωση γλοιώματος της οπτικής οδού.

Με τη σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση, ειδική για τη νόσο θεραπεία και την πλήρη υποστηρικτική αγωγή, τόσο την ιατρική, όσο και την ψυχοκοινωνική, ο καρκίνος αντιμετωπίζεται με επιτυχία και η νόσος στις ανεπτυγμένες χώρες ιάται σε 3 από τα 4 παιδιά, που προσβάλλονται. Επίσης θεωρείται ότι 1/570 άτομα ηλικίας 25-35 νόσησαν κατά την παιδική ηλικία από καρκίνο και τώρα έχουν ιαθεί.

Είδη καρκίνου παιδικής ηλικίας

Συχνότερος τύπος κατά την παιδική ηλικία είναι η λευχαιμία, η οποία αποτελεί το 30-35 % του συνόλου και ακολουθούν οι όγκοι του ΚΝΣ. (πίνακας 1)

ΕΤΟΣ	HBV ΛΟΙΜΩΞΗ ΠΟΣΟΣΤΟ %	HCV ΛΟΙΜΩΞΗ ΠΟΣΟΣΤΟ %	HIV ΛΟΙΜΩΞΗ ΠΟΣΟΣΤΟ %	HTLV ΛΟΙΜΩΞΗ ΠΟΣΟΣΤΟ %
2001	0,20	0	0	0,015
2002	0,23	0,031	0	0
2003	0,25	0,047	0	0
2004	0,24	0	0,027	0
2005	0,26	0,061	0	0
2006	0,26	0,029	0	0
2007	0,27	0,063	0	0
2008	0,34	0,036	0	0
2009	0,33	0,025	0	0,012
2010	0,35	0,039	0	0
2011	0,22	0,026	0	0

Πίνακας 1.

Στον πίνακα 2 αναφέρονται τα ύποτα υποκειμενικά συμπτώματα και αντικειμενικά σημεία, που οδηγούν στη διερεύνηση και στη διάγνωση καρκίνου παιδικής ηλικίας.

Συμπτώματα και σημεία ύποπτα για καρκίνο στο παιδί
· πυρετός
· λεμφαδενική διόγκωση
· ηπατοσπληνομεγαλία
· μάζα μαλακών μορίων
· κοιλιακή μάζα
· οστικά άλγη, αρθραλγία
· υπέρταση
· ύποπτα οφθαλμικά σημεία
· συμπτώματα από το ΚΝΣ
· ύποπτη γενική εξέταση αίματος

Πίνακας 2.

Πυρετός: νοσήματα που εκδηλώνονται με πυρετό είναι η λευχαιμία, το νευροβλάστωμα, το σάρκωμα Ewing, η νόσος Hodgkin, κ.λ.π.

Λεμφαδενική διόγκωση: λεμφαδένες ύποπτοι για καρκίνο είναι όσοι δεν συνοδεύουν κάποια ιογενή λοίμωξη, δεν υποχωρούν μετά χορήγηση αντιβίωσης ευρέος φάσματος και έχουν μέγεθος, υφή και διάρκεια ιστορικού μη συμβατά με λοίμωξη. Επίσης λεμφαδένες εντοπιζόμενοι στο οπίσθιο τραχηλικό τρίγωνο και στην υπερκλείδια περιοχή απαιτούν διερεύνηση και υπό ορισμένες προϋποθέσεις διαγνωστική βιοψία. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο 15% των κλινικά ύποπτων τραχηλικών λεμφαδένων αποδεικνύεται με βιοψία ότι σχετίζονται με καρκίνο.

Κοιλιακή μάζα - ηπατοσπληνομεγαλία: η παρουσία κάθε ψηλαφητής κοιλιακής μάζας πρέπει να ερευνάται απεικονιστικά.

Οστικά άλγη - αρθραλγία: εκτός από τα πρωτοπαθή νεοπλάσματα οστών, όπου το άλγος συχνά συνοδεύεται και από τοπικά ευρήματα (διόγκωση, ερυθρότητα, θερμότητα κ.λ.π.), άτυπα οστικά άλγη εμφανίζουν τα παιδιά, που πάσχουν από νευροβλάστωμα και από λευχαιμία. Δεν είναι σπάνιο παιδιά με λευχαιμία να νοσηλεύονται με τη διάγνωση της υμενίτιδας.

Διαταραχές ούρησης - αφόδευσης: τα παιδιά, που εμφανίζουν τέτοια προβλήματα, πρέπει να ελέγχονται απεικονιστικά για την παρουσία μάζας στην περιοχή της πυέλου και να ανιχνεύονται βιολογικοί δείκτες, όπως είναι το VMA των ούρων και η α1 εμβρυϊκή σφαιρίνη. Στα παιδιά αυτά πρέπει να γίνεται κλινική νευρολογική εκτίμηση.

Υπέρταση: η παρουσία υψηλής αρτηριακής πίεσης πρέπει να κατευθύνει τη σκέψη στην ύπαρξη όγκου νεφρού ή επινεφριδίων και σπανιότερα στην παρουσία ενδοκράνιας υπέρτασης. Η υπέρταση σε όγκο του νεφρού οφείλεται στο σύστημα ρενίνης και στο νευροβλάστωμα στη βιολογική δράση κατεχολαμινών.

Οφθαλμολογικά σημεία: ορισμένα οφθαλμολογικά σημεία είναι χαρακτηριστικά συγκεκριμένης κακοήθους νόσου, όπως πρόπτωση, ανισοκορία, λευκοκορία, σύνδρομο Horner, οφθαλμική εκχύμωση, οψόκλονος-μυόκλονος κ.λ.π.

Νευρολογικά σημεία: κεφαλαλγία, πρωϊνοί έμετοι, οίδημα οπτικής θηλής και άλλες νευρολογικές εκδηλώσεις πρέπει να ελέγχονται άμεσα με απεικονιστικές εξετάσεις .

Εξέταση περιφερικού αίματος: αναιμία νορμόχρωμη νορμοκυτταρική, λευκοπενία με ή χωρίς ουδετεροπενία, πρέπει να διερευνώνται και ανάλογα με το ιστορικό και τα κλινικά ευρήματα ο έλεγχος να συμπληρώνεται με τη μελέτη του μυελού των οστών.

Μετά τη διάγνωση του καρκίνου, ο υπεύθυνος παιδίατρος - ογκολόγος πρέπει να ενημερώσει και τους δύο γονείς του παιδιού για τον τύπο της νόσου, το είδος της θεραπείας, που απαιτείται, και την πρόγνωση, και το παιδί ανάλογα με την ηλικία και την ωριμότητά του.

Οξεία λευχαιμία

Η λευχαιμία (Pui CH) είναι ο συχνότερος τύπος καρκίνου παιδικής ηλικίας και η οξεία λευχαιμία αποτελεί το 95% του συνόλου. Από τις οξείες λευχαιμίες ο συχνότερος τύπος είναι η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία (ΟΛΛ), που αποτελεί το 85% των οξειών λευχαιμιών.

Η νόσος προσβάλλει αγόρια και κορίτσια με σχέση 1,2/1 και ηλικία εμφάνισης κυρίως μεταξύ 2 και 6 χρόνων. Συγγενής θεωρείται η λευχαιμία, που εμφανίζεται τις πρώτες 6 εβδομάδες από τη γέννηση του παιδιού.

Η συμπτωματολογία και η σημειολογία του παιδιού που πάσχει από ΟΛΛ αποδίδει την υπολειτουργία και δυσλειτουργία των τριών σειρών του αίματος στο μυελό των οστών. Έτσι το παιδί είναι ωχρό, συχνά πυρέσσει (πυρετός από λοίμωξη ή πυρετός από νόσο) και εμφανίζει στοιχεία αιμορραγίας, κυρίως δέρματος (πετέχειες, εκχυμώσεις) ή και βλεννογόνων (ουλορραγία, ρινορραγία).

Στο 1/3 περίπου των παιδιών υπάρχει ιστορικό οστικών αλγών ή αρθραλγίας και στα περισσότερα παιδιά υπάρχει άλλοτε άλλου βαθμού ηπατοσπληνική και λεμφαδενική διόγκωση. Στα περισσότερα παιδιά (55%) κατά τη διάγνωση ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων είναι < 10 X 109/lt και σε 38% ο αριθμός των λευκών είναι > 50X109/lt. Σε 45% των παιδιών η αιμοσφαιρίνη κυμαίνεται από 7-10g/dl και σε 75% ο αριθμός των αιμοπεταλίων

Προγνωστικοί παράγοντες στην ΟΛΛ
· φύλο
· ηλικία
· αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων στο περιφερικό αίμα
· μορφολογία βλαστών στο μυελό των οστών
· ανοσοφαινότυπος βλαστών
· κυτταρογενετική βλαστών
· μάζα μεσοθωρακίου
· ηπατοσπληνική διόγκωση
· διήθηση ΚΝΣ

Πίνακας 3.

είναι < 100Χ 109/lt.

Ποικίλοι παράγοντες κατά τη διάγνωση καθορίζουν την πρόγνωση της νόσου στα παιδιά με ΟΛΛ. (Πίνακας 3).

Τα κορίτσια με ΟΛΛ έχουν καλύτερη πρόγνωση από τα αγόρια. Παιδιά σε ηλικία μετά τη βρεφική και πριν από την εφηβεία με μικρά ομοιόμορφα βλαστικά κύτταρα L1 κατά την ταξινόμηση FAB (γαλλοβρετανοαμερικανική) και ανοσοφαινότυπο ανώριμου Β - κυττάρου (σε 75% των περιπτώσεων η ΟΛΛ είναι κοινού τύπου, τα κύτταρα δηλαδή φέρουν το κοινό για την ΟΛΛ αντιγόνο) έχουν την καλύτερη πρόγνωση. Από πλευράς κυτταρογενετικής βλαστών σε 25% των περιπτώσεων υπάρχει υπερδιπλοειδισμός και σε 25% παρατηρείται η χρωμοσωμική μετάθεση t(12;21), που δηλώνει συγχώνευση των γονιδίων TEL/AML1. Στις περιπτώσεις αυτές η πρόγνωση είναι ευνοϊκή. Αντίθετα σε παιδιά με t(9;22) (σε 5% των παιδιών) και t(4;11) (σε 5% των παιδιών επίσης) η πρόγνωση είναι πολύ επιβαρυντική. Η μετάθεση t(4;11) παρατηρείται συχνότερα στα βρέφη, των οποίων η πρόγνωση είναι πολύ κακή.

Η Τ –τύπου ΟΛΛ (10-15% του συνόλου) προσβάλλει κυρίως αγόρια με μεγάλη μάζα μεσοθωρακίου και ηπατοσπληνομεγαλία, υψηλό αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων και η Β-τύπου ΟΛΛ (1-2%) έχει χαρακτηριστική μορφολογία βλαστών (L3) και κλασική χρωμοσωμική μετάθεση t(8;14), που παρατηρείται στις Β-τύπου λεμφικές κακοήθειες, όπως είναι το λέμφωμα Burkitt.

Η θεραπεία της ΟΛΛ συνίσταται σε θεραπεία εφόδου για την επίτευξη της ύφεσης, σε θεραπεία σταθεροποίησης, σε προφυλακτική θεραπεία ΚΝΣ, σε θεραπεία επανεφόδου και συντήρησης. Η προφυλακτική ακτινοθεραπεία του ΚΝΣ έχει σήμερα περιοροσθεί σε παιδιά υψηλού κινδύνου και σε Τ –τύπου ΟΛΛ. Η συνολική διάρκεια θεραπείας είναι 2 χρόνια, με εξαίρεση τα αγόρια χαμηλού κινδύνου, στα οποία η διάρκεια θεραπείας (λόγω του αυξημένου κινδύνου διήθησης των όρχεων στην ομάδα αυτή) παρατείνεται σε 3 χρόνια.

Με το σύγχρονο τρόπο θεραπείας 70-75% των παιδιών με ΟΛΛ ιώνται.

Η οξεία μη λεμφοβλαστική λευχαιμία (ΟΜΛΛ) είναι λιγότερο συχνή νόσος στα παιδιά και κατατάσσεται σε 8 υποομάδες από Μ0 έως Μ7. Οι υποομάδες αυτές έχουν ποικίλες χρωμοσωμικές ανωμαλίες με ποικίλη πρόγνωση. Στην υποομάδα Μ3 (οξεία προμυελοκυτταρική λευχαιμία) παρατηρείται η μετάθεση t(15;17) και η πρόγνωση είναι ιδιαίτερα καλή. Σε άλλες υποομάδες υπάρχει ένδειξη αλλογενούς μεταμόσχευσης μυελού μετά την επίτευξη ύφεσης.

Λεμφώματα

Τα λεμφώματα (Patte C et al) της παιδικής ηλικίας διακρίνονται σε μη Hodgkin λεμφώματα και στη νόσο Hodgkin.

Η νόσος Hodgkin προσβάλλει κυρίως εφήβους και είναι σπάνια η νόσηση παιδιών <5 χρόνων. Ενώ τα αγόρια προσβάλλονται συχνότερα σε μικρότερες ηλικίες , κατά την εφηβεία νοσούν εξ ίσου αγόρια και κορίτσια. Η νόσος έχει παρατηρηθεί σε αδέλφια στην οικογένεια, στο ίδιο σχολείο και στις περιπτώσεις αυτές πιθανολογείται η συμμετοχή γενετικού ή/και λοιμώδους παράγοντα.

Οι 4 κλασικοί ιστολογικοί τύποι (οζώδης σκλήρυνση, μικτός κυτταρικός τύπος, λεμφοκυτταρική υπεροχή και λεμφοπενικός τύπος) παρατηρούνται με ανάλογη συχνότητα και κατά την παιδική ηλικία.

Η συχνότερη κλινική εκδήλωση είναι η ανώδυνη διόγκωση τραχηλικών και υπερκλειδίων λεμφαδένων, οι οποίοι εμφανίζουν χαρακτηριστική ελαστική σύσταση.

Στα 2/3 των παιδιών συνυπάρχει και διόγκωση των αδένων του μεσοθωρακίου, ενώ είναι δυνατόν να διαπιστωθούν και αδένες άλλης λεμφαδενικής περιοχής καθώς και ηπατοσπληνική διόγκωση.

Στο 1/3 των παιδιών παρατηρούνται και συστηματικά συμπτώματα, όπως πυρετός, καταβολή, απώλεια βάρους, νυχτερινοί ιδρώτες (συμπτώματα Β). Η σταδιοποίηση της νόσου γίνεται με απεικονιστικές εξετάσεις και σε ορισμένες περιπτώσεις και με έλεγχο του μυελού των οστών.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου Hodgkin συνίσταται σε χορήγηση χημειοθεραπείας, ακόμη και στην εντοπισμένη νόσο, προκειμένου να περιορίζεται η δόση της ακτινοθεραπείας και να αποφεύγονται οι απώτερες συνέπειες. Με το συνδυασμό θεραπείας περισσότερα από 90% των παιδιών με εντοπισμένη νόσο ιώνται.

Μη Hodgkin λέμφωμα

Τα μη Hodgkin λεμφώματα της παιδικής ηλικίας είναι νεοπλάσματα υψηλής κακοήθειας, που, σε αντίθεση με τα αντίστοιχα των ενηλίκων, σπανίως είναι εντοπισμένα.

Η νόσος προσβάλλει συχνότερα τα αγόρια (2-3/1) και έχει κυρίως εξωλεμφαδενική εντόπιση. Η παθολογοανατομική και ανοσοφαινοτυπική κατάταξη έχει ιδιαίτερη σημασία για την επιλογή της κατάλληλης αγωγής, η οποία γενικά περιλαμβάνει ιδιαίτερα επιθετική χημειοθεραπεία, της οποίας η διάρκεια ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο του λεμφώματος.

Τα μη Hodgkin λεμφώματα κατατάσσονται σε :

1. λεμφοβλαστικά λεμφώματα, που συνήθως εντοπίζονται στο μεσοθωράκιο και είναι Τ –τύπου. Ο κυτταρογενετικός έλεγχος δείχνει t(1;14) και t(10;14).
2. αδιαφοροποίητα Burkitt ή μη Burkitt εκ μικρών κυττάρων χωρίς εντομή, που έχουν κοιλιακή εντόπιση και είναι Β-τύπου. Ο κυτταρογενετικός έλεγχος δείχνει t (8;14) και λιγότερο συχνά t (2;8).
3. λεμφώματα εκ μεγάλων κυττάρων, των οποίων η εντόπιση ποικίλλει, αλλά είναι δυνατόν να εντοπίζονται και στο δέρμα και οστά και ανοσοφαινοτυπικά είναι δυνατόν να είναι Τ ή Β τύπου, ενώ η ομάδα των αναπλαστικών φέρει το CD30, είναι δηλαδή Ki-1 θετικά λεμφώματα και φέρουν την μετάθεση t (2;5).

Σε 30% των περιπτώσεων η νόσος εντοπίζεται στο μεσοθωράκιο και εκδηλώνεται με δύσπνοια, βήχα, λεμφαδενικές διογκώσεις, κυρίως στον τράχηλο και σπανιότερα με δυσφαγία, οίδημα προσώπου και ορθόπνοια.

Σε 40% των παιδιών με μη Hodgkin λέμφωμα η νόσος έχει κοιλιακή εντόπιση και προβάλλει με πόνο, δυσκοιλιότητα, ορατή και ψηλαφητή διόγκωση και σπανιότερα με εγκολεασμό. Ο ανάλογος ιστολογικός και ανοσοφαινοτυπικός τύπος σε παιδιά, που ζουν στην Αφρική, εντοπίζεται στην περιοχή της γνάθου και του κόγχου, (πρόκειται για τον ενδημικό τύπο Burkitt).

Σε 3/4 των παιδιών η νόσος κατά τη διάγνωση είναι στάδιο III ή IV. ΄Ενα από τα πλέον σημαντικά προβλήματα στην αντιμετώπιση της νόσου είναι η πρόληψη και θεραπεία του συνδρόμου της οξείας κυτταρικής λύσης.

Στη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου περιλαμβάνεται και η προφύλαξη του ΚΝΣ. Με τη σύγχρονη θεραπευτική παρέμβαση, η οποία περιλαμβάνει μόνο επιθετική χημειοθεραπεία (λίαν βραχείας διάρκειας στα Β -λεμφώματα), περισσότερα από τα 3/4 των παιδιών ιώνται.

Νεφροβλάστωμα

Το νεφροβλάστωμα (όγκος Wilms') είναι ο συχνότερος όγκος του νεφρού κατά την παιδική ηλικία, ιδιαίτερα μεταξύ 1 και 5 χρόνων (Breslow N et al). Η νόσος είναι δυνατόν να εμφανιστεί επί εδάφους ορισμένων σποραδικών ή άλλων διαμαρτιών, όπως είναι η ανιριδία, η ημιϋπερτροφία και οι συγγενείς ανωμαλίες του ουροποιογεννητικού συστήματος. Σε 5% των περιπτώσεων η νόσος είναι αμφοτερόπλευρη. Το γονίδιο WT1 είναι ογκοκατασταλτικό και εντοπίζεται στο σημείο 11p13 .

Η συχνότερη κλινική εκδήλωση είναι η παρουσία ορατής και ψηλαφητής κοιλιακής μάζας, που συχνά γίνεται αντιληπτή από τους γονείς. ΄Αλλα συμπτώματα είναι αιματουρία, πυρετός, πόνος και υπέρταση.

Το στάδιο της νόσου εξαρτάται από τη διήθηση της νεφρικής κάψας, του περινεφρικού λίπους, των πυλαίων ή παραορτικών λεμφαδένων και την παρουσία μεταστάσεων συχνότερα πνευμονικών.

Η πρόγνωση της νόσου, εκτός από το στάδιο, εξαρτάται και από τον ιστολογικό τύπο της νόσου (ευνοϊκής ή μη ευνοϊκής ιστολογίας). Αναπλαστικός τύπος, όγκος εκ διαυγών κυττάρων και ραβδοειδής όγκος του νεφρού, έχουν χειρότερη πρόγνωση, αν και οι δύο τελευταίοι θεωρούνται όγκοι μη Wilms'.

Η Διεθνής Εταιρία Παιδιατρικής Ογκολογίας (SIOP), αντιμετωπίζει τη νόσο με προεγχειρητική χημειοθεραπεία και η αφαίρεση του όγκου γίνεται σε δεύτερο χρόνο. Αντίθετα η Αμερικανική ομάδα NWTS προτείνει χειρουργική αφαίρεση σε πρώτο χρόνο. Η ακτινοθεραπεία χορηγείται σε ορισμένα στάδια και στους όγκους μη ευνοϊκής ιστολογίας πέραν του σταδίου.

Με τη σύγχρονη αγωγή τα περισσότερα παιδιά με νεφροβλάστωμα ιώνται.

Νευροβλάστωμα

Το νευροβλάστωμα, το γαγγλιονευροβλάστωμα και το γαγγλιονεύρωμα είναι όγκοι εμβρυϊκοί, που προέρχονται από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και τη νευρική ακρολοφία. Πρόκειται για όγκο της πρώτης παιδικής ηλικίας, του οποίου η κλινική συμπεριφορά ποικίλλει (Brodeur GM et al, Philip T et al).

Αλλοι όγκοι χαρακτηρίζονται από αυτόματη υποχώρηση και ίαση και άλλοι, παρά την επιθετική χημειοθεραπεία δεν ανταποκρίνονται στην αγωγή.

Η νόσος εντοπίζεται συχνότερα στην κοιλιά (>50%) και συγκεκριμμένα στα γάγγλια του συμπαθητικού ή στα επινεφρίδια. Η δεύτερη σε συχνότητα εντόπιση είναι το οπίσθιο μεσοθωράκιο.

Τα συμπτώματα εξαρτώνται από την εντόπιση. Μετά τη βρεφική ηλικία τα περισσότερα παιδιά κατά τη διάγνωση έχουν μεταστάσεις στα οστά ή/και στο μυελό των οστών. Κατά το πρώτο έτος της ηλικίας, βρέφη με εντοπισμένο όγκο αλλά με μεταστάσεις ήπατος, δέρματος και μυελού των οστών, έχουν καλή πρόγνωση και σε πολλά από αυτά δεν χορηγείται θεραπεία.

Σε >80% των παιδιών με νευροβλάστωμα οι κατεχολαμίνες των ούρων είναι αυξημένες.

Η πρόγνωση εξαρτάται από την ηλικία, το στάδιο της νόσου και άλλους παράγοντες, όπως είναι τα αντίγραφα του ογκογονιδίου N myc καθώς και τα επίπεδα της φερριτίνης του ορού.

Μετά τη διάγνωση και εφόσον ο όγκος δεν είναι χειρουργικά εξαιρέσιμος, χορηγείται χημειοθεραπεία. Σε παιδιά με νευροβλάστωμα στάδιο IV, που είναι και το συχνότερο στάδιο μετά τον πρώτο χρόνο, γίνεται και αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού, αλλά η πρόγνωση της νόσου εξακολουθεί να είναι ιδιαίτερα επιφυλακτική. Στον πίνακα 4 αναφέρονται ομοιότητες και διαφορές των δύο συχνότερων ενδοκοιλιακών όγκων.

νεφροβλάστωμα	**νευροβλάστωμα**
ίδια ηλικία – υπέρταση-	
κοιλιακός όγκος	
περιγεγραμμένος	ακαθόριστος
εύκολα ψηλαφητός	εν τω βάθει
αποτιτανώσεις +/-	αποτιτανώσεις +
«καλό» παιδί	άρρωστο παιδί
πυρετός -	πυρετός +
πόνος +/- (τοπικά)	πόνος +
	κατεχολαμίνες
	MIBG
	μυελόγραμμα
	οφθαλμικά σημεία
	(πρόπτωση, εκχύμωση ,
	Horner, εξόφθαλμος).

Πίνακας 4.

Σαρκώματα μαλακών μορίων

Τα σαρκώματα μαλακών μορίων είναι όγκοι μεσεγχυματογενούς προέλευσης, που προέρχονται από το μεσέγχυμα Flamant F et al). Η νόσος σε περίπου 50% προέρχεται από τους γραμμωτούς μύες (ραβδομυοσάρκωμα), ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις πρόκειται για μη ραβδο-σαρκώματα μαλακών μορίων.

Ο εμβρυϊκός τύπος ραβδομυοσαρκώματος είναι συχνότερος και η νόσος εντοπίζεται στο ουρογεννητικό σύστημα, στην περιοχή κεφαλής –τραχήλου, ενώ ο κυψελιδικός τύπος εντοπίζεται συχνότερα στον κορμό και στα άκρα και φέρει την μετάθεση t(2;13).

Σε 40% των περιπτώσεων η νόσος εντοπίζεται στην περιοχή κεφαλής –τραχήλου (10% στον κόγχο και 20% η εντόπιση είναι παραμηνιγγική), σε 10% στον κορμό, σε 20% στο ουρογεννητικό (12% στην κύστη και στον προστάτη, 6% παραορχικά, 2% μήτρα και κόλπος) και σε 20% στα άκρα.

Οι κλινικές εκδηλώσεις εξαρτώνται από την εντόπιση του όγκου και η νόσος αντιμετωπίζεται κατ'αρχάς με χημειοθεραπεία και χειρουργική αφαίρεση σε 2ο χρόνο. Σε μη ικανοποιητική απάντηση στη χημειοθεραπεία και σε περιπτώσεις ανεπιτυχούς χειρουργικής αφαίρεσης, καθώς και σε περιπτώσεις παραμηνιγγικού σαρκώματος χορηγείται και ακτινοθεραπεία.

Τα μη ραβδο –σαρκώματα μαλακών μορίων είναι όγκοι, για τους οποίους απαιτείται κυρίως πλήρης χειρουργική εξαίρεση σε 1ο χρόνο.

Η πρόγνωση των σαρκωμάτων εξαρτάται από την εντόπιση , το στάδιο της νόσου, τη δυνατότητα πλήρους χειρουργικής εξαίρεσης και τον ειδικό ιστολογικό τύπο.

΄Ογκοι οστών

Οι συχνότεροι όγκοι οστών στα παιδιά είναι το οστεοσάρκωμα και το σάτκωμα Ewing.

Οστεοσάρκωμα

Το οστεοσάρκωμα (Souhami RL et al) είναι όγκος που εμφανίζεται κυρίως κατά την εφηβεία και εκδηλώνεται με πόνο, οίδημα και περιορισμό της κινητικότητας. Η παρουσία συστηματικών συμπτωμάτων, όπως π.χ. πυρετού, δεν είναι συχνή. Η συχνότερη εντόπιση αφορά τα οστά που συμμετέχουν στην άρθρωση του γόνατος και συγκεκριμμένα στη μετάφυση του μηριαίου (41%) και της κνήμης (21%).

Συχνότερη εντόπιση μεταστάσεων είναι οι πνεύμονες και λιγότερο συχνά τα άλλα οστά.

Αν οι μεταστάσεις στα οστά εμφανίζονται κατά τη διάγνωση τίθεται θέμα πολυεστιακής νόσου.

Μετά τη βιοψία η νόσος αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία και στη συνέχεια με τοπική χειρουργική αγωγή σε μία προσπάθεια διάσωσης του μέλους.

Το ποσοστό νέκρωσης του όγκου από τη χημειοθεραπεία έχει προγνωστική σημασία.

Σάρκωμα Ewing

Το σάρκωμα Ewing (Jurgens H) είναι κακοήθης οστικός όγκος, που κλινικά χαρακτηρίζεται εκτός από τοπικά φαινόμενα (πόνος, δυσκινησία, οίδημα) και από συστηματικά στοιχεία (πυρετός, αυξημένος αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων, αυξημένη ταχύτητα καθίζησης ερυθρών).

οστεοσάρκωμα	**σάρκωμα Ewing**
έφηβος με πόνο και ιστορικό τραυματισμού περί το γόνατο, μακρά οστά	κορμός , πλατιά οστά
	γενικά συμπτώματα
	λευκοκυττάρωση
	πολυμορφοπυρήνωση
	ΤΚΕ
	LDH
οστεόλυση	μικτή βλάβη

Πίνακας 5.

Η νόσος εντοπίζεται συχνότερα στην πύελο και στην περιοχή του θώρακα (26% και 20% αντίστοιχα). Στο σάρκωμα Ewing παρατηρείται ειδική χρωμοσωμική ανωμαλία η t(11;22), η οποία επίσης παρατηρείται σε όγκους τύπου PNET (primitive neuroectodermal tumors).

Η νόσος αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία, τοπική χειρουργική εξαίρεση με ή χωρίς ακτινοθεραπεία. Στον πίνακα 5 αναφέρονται ομοιότητες και διαφορές των συχνότερων πρωτοπαθών όγκων οστών.

΄Ογκοι ΚΝΣ

Οι όγκοι του ΚΝΣ είναι οι συχνότεροι συμπαγείς όγκοι της παιδικής ηλικίας. Είναι όγκοι που χαρακτηρίζονται από ετερογένεια ως προς την εντόπιση, την κλινική συμπεριφορά, την αντιμετώπιση και τον ιστολογικό τύπο (Pollack JF).

Η συμπτωματολογία μπορεί να οφείλεται στη διήθηση ή πίεση των νευρικών ιστών, άμεσα από τον όγκο ή έμμεσα από απόφραξη της ροής του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, με συνέπεια αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης και εμφάνιση των κλασικών συμπτωμάτων (πρωϊνή κεφαλαλγία, έμετος, διαταραχές της όρασης). Τα συμπτώματα αυτά συνοδεύουν ταχέως αυξανόμενο όγκο της μέσης γραμμής ή του οπίσθιου βόθρου.

΄Ογκοι, που αναπτύσσονται κάτω από το σκηνίδιο της παρεγκεφαλίδας (στέλεχος και παρεγκεφαλίδα), εκδηλώνονται με διαταραχές ισορροπίας και συμπτώματα από δυσλειτουργία στελέχους.

΄Ογκοι, που αναπτύσονται πάνω από το σκηνίδιο της παρεγκεφαλίδας, εκδηλώνονται με κεφαλαλγία και σπασμού.

΄Ογκοι της περιοχής του υποθαλάμου εκδηλώνονται με διαταραχές βάρους, ανορεξία ή βουλιμία, καθυστερημένη ή πρώϊμη ήβη και διαταραχές της όρασης.

Μία αδρή κατάταξη των όγκων του ΚΝΣ είναι τα γλοιώματα χαμηλής κακοήθειας (γλοίωμα παρεγκεφαλίδας, οπτικής οδού, εγκεφαλικών ημισφαιρίων, θαλάμου και στελέχους), τα γλοιώματα υψηλής κακοήθειας και οι όγκοι PNET (μυελοβλάστωμα).

Η χειρουργική εξαίρεση του όγκου, εφόσον είναι εφικτή, είναι σημαντικός τρόπος θεραπείας. Η προσθήκη της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας εξαρτάται από την εντόπιση και την ιστολογία του όγκου και την ηλικία του παιδιού. Για τους όγκους του ΚΝΣ υπενθυμίζεται ότι όταν υπάρχουν:

διπλωπία, κεφαλαλγία, έμετοι, τίθεται υποψία όγκου οπισθίου βόθρου μέχρι απόδειξης του αντίθετου και όταν υπάρχουν:

πυραμιδικά σημεία, παραλύσεις τουλάχιστον 2 εγκεφαλικών συζυγιών, τίθεται υποψία όγκου στελέχους μέχρι απόδειξης του αντίθετου.

Συμβολή του παιδιάτρου κατά την παρακολούθηση του παιδιού με καρκίνο

Μετά τη διάγνωση της νόσου ο ρόλος του παιδιάτρου, του οικογενειακού και του γενικού γιατρού είναι κεντρικός και σημαντικός, δεδομένου ότι αποτελεί το σύνδεσμο μεταξύ οικογένειας και ογκολογικής ομάδας. Είναι εκείνος που καλείται να συμμετάσχει στην ενημέρωση της κοινότητας, ιδιαίτερα σε «κλειστές» κοινωνίες. Καλό είναι να υπάρχει εξοικείωση με κεντρικές φλεβικές γραμμές και να παρέχεται διευκόλυνση σε ορισμένες φάσεις, που απαιτείται προσεκτική αντικειμενική εξέταση επί ύπαρξης πυρετού με/η χωρίς απλασία, εξανθήματος ή άλλων συμπτωμάτων, έτσι ώστε να αποφεύγεται η άμεση παραπομπή του παιδιού στο Ογκολογικό τμήμα χωρίς προηγούμενη αξιολόγηση και πιθανά έναρξη ενδεδειγμένης αγωγής. Ο παιδίατρος θα ενημερώσει τους γονείς για πιθανή έξαρση κάποιου λοιμώδους νοσήματος στο σχολείο ή στην περιοχή.

Ο παιδίατρος θα πρέπει να γνωρίζει και να ενημερώνει τους γονείς π.χ. ότι αλωπεκία δεν σημαίνει επιτυχή θεραπεία και αντίθετα διατήρηση μαλλιών δεν σημαίνει αποτυχία, ότι βιταμινούχα και υπερθερμιδικά σκευάσματα δεν ενισχύουν απαραίτητα τη δράση της θεραπείας, αλλά ότι ενδείκνυνται σε περιπτώσεις απώλειας βάρους και μη ικανοποιητικής πρόσληψης τροφής, καθώς επίσης ότι αυτά τα σκευάσματα «διατρέφουν το παιδί και όχι τον όγκο του». Ο παιδίατρος τονίζει επίσης ότι η αποφυγή της συνέχισης του σχολείου δεν σημαίνει προστασία, αλλά απομόνωση και μη επανένταξη στην «φυσιολογικότητα» του παιδιού.

Συμβολή του παιδιάτρου κατά τη φάση της ανακουφιστικής αγωγής

Η φάση αυτή της νόσου, την οποία διέρχεται 1 σε κάθε 4 παιδιά με καρκίνο, είναι επώδυνη, τραυματική και μοναδική, τόσο για το παιδί και την οικογένεια, όσο και για τους φροντίζοντες. Στη φάση αυτή ο παιδίατρος καλείται να συμμετάσχει στη στήριξη παιδιού και γονιών, να διευρύνει τη συνεργασία του με την ογκολογική ομάδα, να επιχειρήσει να συμβάλλει στη διευκόλυνση, έτσι ώστε να επιτευχθεί η «παραμονή στον τόπο τους» και να ενημερωθεί και εξοικειωθεί με τους κανόνες της αποτελεσματικής αναλγησίας. Πρέπει να γνωρίζει ότι τα παιδιά που λαμβάνουν ισχυρή αναλγησία δεν εθίζονται στα ναρκωτικά και ότι ο κύριος λόγος της μη αποτελεσματικής αναλγησίας είναι οι φόβοι και οι μύθοι, που δυστυχώς συμμερίζεται και η ιατρική ομάδα (Μπάκα Μ et al, Papadatou D et al, Spinetta J et al) .

Συμβολή του παιδιάτρου στη φάση της αποθεραπείας

Ο παιδίατρος καλείται να συμμετάσχει στη στήριξη κατά την επανένταξη του παιδιού, έτσι ώστε η ζωή του παιδιού και της οικογένειας να «επιστρέψει» στους ρυθμούς τους προ της διάγνωσης με την πολύτιμη εμπειρία ενός αγώνα με προοπτικές, όπου υπάρχει επιβεβαίωση και ελπίδα. Σε συνενόηση και συνεργασία αρχίζει το πρόγραμμα των εμβολιασμών 6-12 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας, ανάλογα με την επιθετικότητα της προηγηθείσας αγωγής. Η σημαντικότερη προσφορά στη φάση αυτή είναι η σωστή καθοδήγηση του νέου ή της νέας, που ιάθηκε, έτσι ώστε να επιλέγεται ο αρμόζων τρόπος ζωής ("life style") και να αποφεύγονται απειλητικές για την ποιότητα, αλλά και για την ίδια τη ζωή συνέπειες και αυτό επιτυγχάνεται με τη γνώση των απώτερων από τη θεραπεία και τη νόσο επιπλοκών και ιδιαίτερα αυτές που αφορούν την καρδιοτοξικότητα και την ανάπτυξη δεύτερου καρκίνου (Kosmidis HV, Servitzoglou M et al).

Summary

Contribution of the pediatrician in the care of children with cancer

Helen Vasilatou- Kosmidis.

Childhood cancer is a rare disease comprising for less than 0.75% of human cancers. In contrast to cancer in adults, prevention is not effective and early diagnosis is the main tool and it depends on the knowledge of general physicians , family physicians and pediatricians .

A) Contribution of pediatrician at the time of diagnosis: Symptoms are not specific for cancer (unless if a mass is documented clinically or radiologically or abnormal CBC are found), so the assessment and evaluation of suspicious symptoms , the duration and the combination of symptoms may lead to suspicion and to the final diagnosis in collaboration with the pediatric oncologist. The presence of the pediatrician, if possible, at the time of informing parents is considered very helpful.

B) Contribution during therapy: After the diagnosis and while on therapy, families whose home town is in distance from the Oncology Center, may address to their pediatrician for care of the central line (heparinization etc), for evaluation and treatment of common pediatric problems as are fever, rash, cough etc and for hospital therapy in periods of febrile neutropenia.

C) Contribution at the end stage of cancer: Familiarization with clinical and other problems seen during this period, knowledge of appropriate use of analgesia and supporting the child and his parents in remaining in their home town are all of great importance.

D) Contribution at the off therapy period: During this period , pediatrician in collaboration with the oncologist , restarts vaccination, contributes to the follow-up and supports parents who worry about the disease coming back. He also contributes to the reintegration of the child to school and society.

Βιβλιογραφία

Birch JM, Marsden HB, Swindell (1982) Prenatal factors in the origin of germ cell tumors of childhood. Carcinogenesis, 3,75-80

Breslow N, Sharples K, Beckwith JB, Takashima J, et al (1991) Prognostic factors in non metastatic, favourable histology Wilms' tumor: results of the third National Wilms' tumor study. Cancer ,68, 2345-2353

Brodeur GM, Pritchard J, Berthold F, Carlsen NL, Castel V, et al (1993) Revisions of international criteria for neuroblastoma diagnosis, staging and response to treatment. J Clin Oncol 11, 1466-1477

Flamant F, Rodary C, Voute PA, and Otten J (1985) Primary chemotherapy in the treatment of rhabdomyosarcoma in children: Trial of the international society of pediatric Oncology (SIOP) Preliminary results. Radiotherapy and Oncology 3,227-236

Jurgens H (1994). Ewing's sarcoma and peripheral primitive neuroectodermal tumor . Curr Opin Oncol 6, 391-396

Knudson AG (1985). Hereditary cancer, oncogenes and antioncogenes. Cancer res 45, 1437-1444

Kosmidis HV, (1994). Late effects of childhood cancer In: European School of Oncology SIOP-ESO postgraduate course on Pediatric Oncology 309-320

Μπάκα Μ, Δογάνης Δ, Κοσμίδη-Βασιλάτου Ε. (2008) Ο πόνος στο παιδί με καρκίνο και εφαρμογή ειδικών γνώσεων στη γενική Παιδιατρική.

Papadatou D, Yfantopoulos I, Kosmidis H. (1996) Child dying at home or Hospital: Experience of greek mothers . Death studies 20(3) 215-236

Patte C, Michon J, Behrendt H, Bergeron C et al (1996a) B cell large cell lymphoma in children, description and outcome when treated with the same regimen as Burkitt's. SFOP experience with the LMB 89 protocol. Annals Oncol 7(suppl 3): 29A

Philip T (1998). Neuroblastoma screening in infants Edit Philip T In Med Ped Onc 31,5, 393-470

Pollack JF (1994) Brain tumors in children The New Engl J Med ,331, No 22,1500-1507

Pui CH (1995) . Childhood leukemia . New Engl J Med ,332,(24) ,1618-1630

Servitzoglou M, Papadatou D, Tsiantis I, Kosmidis V. H (2008). Psychosocial functioning of young adolescent and adults survivors of childhood cancer. Support care Cancer 16: 29-36

SouhamiRL, Craft AW, Nooy M and van der Eijken J (1996) A randomized trial of two regimens of chemotherapy in operable osteosarcoma. a study of the European Osteosarcoma Intergroup. Proceedings of the American Society of Clin Oncol 15,p520

Spinetta J, Jancovic M, Ablin R, Barr R, D'Angio J, Van Dongen J, Eden T, Kosmidis HV, Oppenheim D, Zeltzer P . (2009). Pediatric Blood Cancer 52(7), 904-907

Stiller CA (1994b). Centralized treatment,entry to trials and survival. Br J Cancer 70 ,352-362

Ανασκόπηση

Διαγνωστική προσπέλασης της τροφικής αλλεργίας

Κωνσταντίνος Πίτσιος, MD,PhD
Αλλεργιολόγος

Επιστημονικός συνεργάτης Τμήματος Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.

Περίληψη: Οι δερματικές δοκιμασίες δια νυγμού (skin prick tests, SPT) αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο στη διάγνωση της τροφικής αλλεργίας. Χάρις στην πολλή υψηλή αρνητική τους διαγνωστική αξία ένα αρνητικό SPT σημαίνει πως δεν υπάρχει αλλεργία, ενώ έχουν χαμηλή θετική προγνωστική αξία, οπότε ένα θετικό SPT συνήθως επιβεβαιώνεται στο εργαστήριο με τη μέτρηση ειδικής IgE (sIgE). Στις σπάνιες περιπτώσεις, που ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος δεν συμβαδίζει με το ατομικό ιστορικό, η τροφική πρόκληση θέτει τη σίγουρη διάγνωση. Οι προκλήσεις πρέπει να γίνονται πάντα από έμπειρο προσωπικό και σε καλά εξοπλισμένο χώρο, είτε είναι «ανοιχτές», «μονές-τυφλές, placebo-ελεγχόμενες», ή «διπλές-τυφλές, placebo-ελεγχόμενες». Οι διαγνωστικές μέθοδοι διέγερσης βασεόφιλων και μικροακολουθίας είναι συμπληρωματικές εργαστηριακές εξετάσεις, που χρησιμοποιούνται για την τροφική αλλεργία. Η διάγνωση των κυτταρο-μεσολαβούμενων είναι τελείως διαφορετική και βασίζεται κυρίως στις δίαιτες αποκλεισμού, ενώ το “atopy patch test” είναι επίσης μία υποσχόμενη μέθοδος.

Κάποιες φορές τα τρόφιμα προκαλούν ανεπιθύμητες αντιδράσεις στον οργανισμό, όπως αλλεργία. Υπάρχει αρκετή σύγχυση σχετικά με το τι είναι αλλεργία, όπως και στη χρήση των όρων υπερευαισθησία, δυσανεξία, ατοπία και αναφυλαξία. Υπερευαισθησία είναι ένας γενικός όρος, που περιγράφει την αντίδραση σε ένα συγκεκριμένο ερέθισμα με συμπτώματα, που αναπαράγονται κάθε φορά, που ο οργανισμός έρχεται σε επαφή με αυτό, σε δόση που είναι ανεχτή από τα υπόλοιπα άτομα[1] .

Αλλεργία είναι μία αντίδραση υπερευαισθησίας, που μεσολαβείται πάντα από ανοσολογικό μηχανισμό[1]. Η αλλεργία σε τροφές εκδηλώνεται συνήθως άμεσα, μέσα σε λιγότερο από δύο ώρες. Οι αντιδράσεις ποικίλουν σε έκταση και βαρύτητα μπορεί να εκδηλωθούν αποκλειστικά στο δέρμα (όπως στην οξεία κνίδωση) ή να προσβάλλουν πολλά όργανα ταυτόχρονα και να γίνουν ακόμη και απειλητικές για τη ζωή του ασθενούς. Σε αυτή τη δεύτερη περίπτωση, που είναι σαφώς πιο σοβαρή, μιλάμε για αναφυλαξία.

Οι ασθενείς, που έχουν βιώσει δυσάρεστες αντιδράσεις, ενοχοποιούν πολύ εύκολα κάποιο τρόφιμο, ακόμη κι αν η αντίδραση δεν οφειλόταν σε αυτό. Για το λόγο αυτό μελέτες επιπολασμού της τροφικής αλλεργίας, που βασίζονται στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων από τον ασθενή, χωρίς να συμπεριλαμβάνουν αλλεργιολογικό έλεγχο, υπερεκτιμούν το πρόβλημα[2]. Ο αποκλεισμός από τη διατροφή του ασθενούς ενός τροφίμου, χωρίς να υπάρχει λόγος, είναι ένα λάθος, που, ειδικά στα παιδιά, μπορεί να βλάψει την υγεία. Απαραίτητη λοιπόν η σωστή διάγνωση (επιβεβαίωσης ή αποκλεισμού) της τροφικής αλλεργίας.

Η διάγνωση της τροφικής αλλεργίας αποτελεί πολλές φορές πρόκληση για τον αλλεργιολόγο, που καλείται να επιβεβαιώσει, αν ήταν όντως αλλεργική αντίδραση ή μία άλλη αντίδραση υπερευαισθησίας και να υποδείξει την «ένοχη τροφή». Ακρογωνιαίος λίθος στη διάγνωση είναι η λήψη ενός λεπτομερούς ατομικού ιστορικού, που δεν περιορίζεται στο ποια τρόφιμα είχε φάει ο ασθενής πριν από την αντίδραση, αλλά στην ώρα, που μεσολάβησε από τη βρώση έως την αντίδραση, στη διάρκεια της αντίδρασης, στο αν είχε προηγηθεί άσκηση, στο αν αυτοϋφέθηκαν τα συμπτώματα ή χρειάστηκε η λήψη φαρμάκων, αν το έχει έκτοτε ξαναφάει κ.ά.

Η κλινική εξέταση γίνεται, ακόμη κι αν ο ασθενής βρίσκεται σε πλήρη ίαση, για να διαπιστωθεί, αν πάσχει από άλλα ατοπικά νοσήματα, όπως η αλλεργική ρινίτιδα, το άσθμα και η ατοπική δερματίτιδα. Ατοπικά νοσήματα είναι αυτά, που προκαλούνται από την ύπαρξη στον οργανισμό ανοσοσφαιρίνης Ε (IgE) έναντι φυσικών αλλεργιογόνων, δηλαδή ουσιών, που υπάρχουν στο φυσικό μας περιβάλλον. Υπάρχει σύνδεση μεταξύ των διαφόρων ατοπικών νοσημάτων και για παράδειγμα το 35% των παιδιών με σοβαρού βαθμού ατοπική δερματίτιδα έχουν και τροφική αλλεργία[3].

Οι «δερματικές δοκιμασίες δια νυγμού» (ΔΔ) αποτελούν τη βασική εξέταση διερεύνησης των αλλεργιών, που μεσολαβούνται από τον IgE μηχανισμό. Οι ΔΔ γίνονται με εμπορικά εκχυλίσματα τροφών. Μία σταγόνα από το κάθε εκχύλισμα τοποθετείται στους πήχεις, σε απόσταση τουλάχιστον 2 εκατοστών από τις άλλες και με μια ακίδα γίνεται ένας μικρός σκαριφισμός, χωρίς να αιμορραγήσει το δέρμα. Η διαδικασία είναι ανώδυνη και οι σταγόνες παραμένουν για 15 λεπτά, οπότε και γίνεται η «ανάγνωση» τους και η διάγνωση με τη βοήθεια θετικού και αρνητικού μάρτυρα. Εάν υπάρχει ειδική IgE στα μαστοκύτταρα του δέρματος, τότε η επαφή με το τροφικό αλλεργιογόνο, που περιέχει η σταγόνα, θα προκαλέσει τοπικά μία αντίδραση ερυθήματος-πομφού με κνησμό[4].

Για τη διάγνωση έχει μεγάλη σημασία το μέγεθος του πομφού, που λαμβάνουμε κατά τη διεξαγωγή των ΔΔ. Θετική είναι μια αντίδραση πομφού με διάμετρο μεγαλύτερη από 3mm, αφού έχει αφαιρεθεί η διάμετρος της σταγόνας του αρνητικού μάρτυρα, που στο συντριπτικό ποσοστό ασθενών είναι αμελητέα[5]. Όσο πιο μεγάλη είναι η διάμετρος πομφού, που λαμβάνουμε από μία θετική απάντηση (ειδικά αν φτάνει τα 8-10mm), τόσο πιο μεγάλη είναι η θετική προγνωστική αξία της απάντησης, κάνοντας βέβαιη τη διάγνωση τροφικής αλλεργίας[6].

Υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις στις οποίες ο δερματικός έλεγχος επιτελείται με αυτούσιο το φρέσκο τρόφιμο, όπως όταν θέλουμε να εξετάσουμε διαφορετικά είδη του ίδιου τρόφιμου (π.χ. κόκκινο και λευκό σταφύλι), όταν δεν διαθέτουμε εκχυλίσματα για το συγκεκριμένο τρόφιμο, όταν θέλουμε να εξετάσουμε ξεχωριστά τη φλούδα από τον καρπό ενός φρούτου κ.λ.π. Η εξέταση αυτή ονομάζεται prick-to-prick, που σημαίνει νυγμός της τροφής, για να ακολουθήσει νυγμός του δέρματος. Αν και εξετάζει αυτούσια και φρέσκα τα αλλεργιογόνα, η διαγνωστική της αξία δεν υπερέχει πάντα των δερματικών δοκιμασιών δια νυγμού[15].

Οι ΔΔ μπορεί να θέσουν τη διάγνωση μέσα σε λίγα λεπτά, με πολλή υψηλή ευαισθησία (σπάνια παρατηρούνται ψευδώς αρνητικές ΔΔ) και με αρκετά υψηλή ειδικότητα. Ετσι ένα αρνητικό τεστ έχει μεγαλύτερη από 95% αρνητική προγνωστική αξία, οπότε μπορεί να απελευθερώσει ένα τρόφιμο με υψηλή ασφάλεια, ενώ το θετικό τεστ έχει περίπου 50% θετική προγνωστική αξία, οπότε χρησιμοποιείται περαιτέρω έλεγχος για την επιβεβαίωση της αλλεργίας[7].

Οι ΔΔ είναι μία ασφαλής μέθοδος διερεύνησης της αλλεργίας. Δε λείπουν βέβαια οι σπάνιες αλλεργικές αντιδράσεις κατά τη διεξαγωγή τους, τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες[8,9]. Παράγοντες, που κάνουν πιθανότερη μια τέτοια ανεπιθύμητη αντίδραση, είναι το ιστορικό σοβαρής αντίδρασης αναφυλαξίας στο υπό εξέταση τρόφιμο, η συνύπαρξη σοβαρού μη-ελεγχόμενου άσθματος και η εκτεταμένη σοβαρού βαθμού ατοπική δερματίτιδα. Οι ΔΔ πρέπει να γίνονται από εξειδικευμένο προσωπικό και σε εξοπλισμένο ιατρείο, ώστε να μπορεί να αντιμετωπιστεί η –ευτυχώς σπάνια- αλλεργική αντίδραση.

Η εργαστηριακή διερεύνηση ειδικής ανοσοσφαιρίνης IgE (sIgE) στο αίμα, γνωστή με τον ατυχή όρο RAST, είναι ουσιαστικά μία συμπληρωματική στις δερματικές δοκιμασίες εξέταση. Γίνεται για την επιβεβαίωση μιας θετικής ΔΔ και την ποσοτικοποίηση της ευαισθησίας στο συγκεκριμένο τρόφιμο. Είναι μία εξέταση πολύ χρήσιμη, ειδικά σε ασθενείς που θέλουμε να επανεισάγουμε

ένα τρόφιμο, που στο παρελθόν είχαμε απαγορεύσει και αποκλείσει από τη δίαιτα τους, αλλά τις περισσότερες φορές αποτελεί μία συμπληρωματική εξέταση στις ΔΔ και σπάνια μπορεί να τις αντικαταστήσει. Η sIgE αντικαθιστά τις ΔΔ μόνο σε περιπτώσεις, που ο ασθενής βρίσκεται σε χρόνια λήψη αντιισταμινικών, έχει εκτεταμένες δερματικές βλάβες, έντονο δερμογραφισμό ή δεν συνεργάζεται για τη διεξαγωγή των ΔΔ.

Σε ασθενείς που τα αποτελέσματα του κλινικοεργαστηριακού έλεγχου (ΔΔ και sIgE) δε συμβαδίζουν με το ιστορικό, η δοκιμασία πρόκλησης θέτει την απόλυτη διάγνωση. Κατά τη δοκιμασία αυτή ο ασθενής, υπό ιατρική παρακολούθηση, τρώει σταδιακά αυξανόμενη ποσότητα του τροφίμου κι εφόσον δεν παρατηρηθεί αντίδραση η τροφή απελευθερώνεται. Η δοκιμασία πρόκλησης αποτελεί το «golden standard» και με τον όρο αυτό περιγράφεται μια μέθοδος, που δεν αμφισβητείται.

Δοκιμασία πρόκλησης μπορεί να γίνει «ανοιχτή» και ο ασθενής να φάει το τρόφιμο, που έχει ο ίδιος φέρει. Συνιστάται για τις περιπτώσεις που ο γιατρός είναι πεπεισμένος πως δεν τίθεται θέμα αλλεργίας, αλλά θέλει να επιβεβαιώσει τον ισχυρισμό του. Συνήθως οι προκλήσεις γίνονται «τυφλές», ελεγχόμενες με placebo, προετοιμάζοντας ένα τρόφιμο πανομοιότυπο σε γεύση και εμφάνιση με αυτό που περιέχει το αλλεργιογόνο, ώστε ο ασθενής να μη γνωρίζει τι τρώει και να αποκλειστούν οι υποκειμενικές αντιδράσεις βαγοτονίας.

Η πιο αξιόπιστη διεξαγωγή τροφικών προκλήσεων γίνεται με τη μέθοδο «διπλή-τυφλή ελεγχόμενη με placebo», κατά την οποία ούτε καν ο αλλεργιολόγος γνωρίζει τι χορηγεί ανά πάσα στιγμή στον ασθενή[10]. Αυτές γίνονται σε αλλεργιολογικά τμήματα και κάποιος από το προσωπικό (διαιτολόγος, νοσηλευτής, άλλος ιατρός) ετοιμάζει δύο πανομοιότυπα τρόφιμα. ΄Ολες οι δοκιμασίες πρόκλησης απαιτούν πλήρως εξοπλισμένο χώρο και προσωπικό για να αντιμετωπιστεί μία πιθανή αναφυλαξία, ενώ είναι χρονοβόρες, αφού ο ασθενής παραμένει πολύ χρόνο για την ολοκλήρωση της εξέτασης.

Μία εργαστηριακή μέθοδος, που χρησιμοποιείται την τελευταία δεκαετία για τη διερεύνηση της IgE-μεσολαβούμενης τροφικής αλλεργίας, είναι η εξέταση ενεργοποίησης βασεόφιλων, που γίνεται με κυτταρομετρία ροής και εξετάζει τη διέγερση των βασεόφιλων με έκφραση αντίστοιχων αντιγόνων στην επιφάνεια τους, μετά από καλλιέργεια τους με διάλυμα του τροφικού αλλεργιογόνου[11].

Πρόσφατα αναπτύχθηκε και η μέθοδος Microarry (μικροακολουθίας) της IgE-ευαισθητοποίησης, που μοιάζει σε φιλοσοφία με αυτήν της sIgE, εξετάζοντας με μικρή ποσότητα αίματος μία σειρά αλλεργιογόνων και αλλεργιογονικών επιτόπων[12]. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται κυρίως για τη μελέτη διασταυρούμενης τροφικής αλλεργίας, κατά την οποία ένα παναλλεργιογόνο, που περιέχεται σε πολλές τροφές, προκαλεί αντίδραση σε οποιαδήποτε από αυτές καταναλωθεί.

Η προσέγγιση στις κυτταρομεσολαβούμενες τροφικές αλλεργίες είναι τελείως διαφορετική, με τη δίαιτα αποφυγής να αποτελεί μία βασική προσέγγιση. Αν μετά την αφαίρεση από τη διατροφή του ασθενούς παρατηρηθεί ύφεση των συμπτωμάτων, τότε είναι πολύ πιθανό να βρέθηκε ο αιτιολογικός παράγοντας του προβλήματος. Στη συνέχεια η ανοιχτή δοκιμασία πρόκλησης και η καταγραφή των συμπτωμάτων κατά τις επόμενες ημέρες μπορεί να θέσει τη διάγνωση.

Εξετάσεις, όπως η βιοψία κατά τη γαστροσκόπιση, θεωρούνται απαραίτητες για τη διάγνωση της ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας και γαστρίτιδας. Η επιδερμιδική δοκιμασία με τροφικά αλλεργιογόνα, γνωστή ως 'atopy patch test', γίνεται με το τρόφιμο, που επικολλάται στη ράχη του ασθενούς και αφαιρείται 2 ημέρες μετά. Η ανάγνωση των τοπικών αντιδράσεων του test γίνονται 48 και 72 ώρες μετά την αρχική επικόλληση. Αποτελεί τη μέθοδο επιλογής για τη διερεύνηση της ατοπικής δερματίτιδας, αλλά και για καταστάσεις, όπως η ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα, το σύνδρομο εντεροκολίτιδος μεσολαβούμενο από πρωτεΐνες[13,14]. Αυτό φάνηκε αξιόπιστη εξέταση ακόμη και για τη διάγνωση χρόνιας δυσκοιλιότητας ανθεκτικής στα καθαρτικά[16].

Να σημειωθεί τέλος πως υπάρχουν πολλές αναξιόπιστες μέθοδοι, που διαφημίζονται ως διαγνωστικές, όχι μόνο της τροφικής, αλλά και όλων των αλλεργιών. Ονομάζονται συνήθως «τεστ δυσανεξίας» και στερούνται οποιασδήποτε επιστημονικής βάσης[17].

Summary

Diagnostic evaluation of food allergy

K. Pitsios.

Skin prick tests (SPT) are the cornerstone of IgE-mediated food allergy. Thanks to their very high negative predictive value a negative SPT can certainly be translated to non-allergy, while they have a lower positive predictive value so a positive test is usually confirmed at the laboratory with "specific IgE test" (sIgE). In the rare cases that the results of SPT and sIgE don't match with personal anamnesis a food challenge will set the final diagnosis. Food challenges can be "open", single-blind, placebo controlled" and "double-blind, placebo controlled" and must always be performed be experienced personnel under control. Basophil-activation assay and Microarray analysis are other complementary laboratory tests used for the diagnosis of food allergy. The diagnosis of cell-mediated food allergies is completely different and mainly based on elimination diets, while "atopy patch test" is also a promising method.

Βιβλιογραφία

1. Johansson SGO, Hourihane J O'B, Bousquet J, et al. A revised nomenclature for allergy. Allergy, 2001; 56: 813.
2. Altman DR, Chiaramonte LT. Public perception of food allergy. J Allergy Clin Immunol, 1996; 97: 1247-51.
3. Eigenmann PA, Sicherer S, Borkowski TA, et al. Prevalence of IgE-mediated food allergy among children with atopic dermatitis. Pediatrics, 1998; 101: E8.
4. Bernstein IL, Li JT, Bernstein DI, et al. Allergy diagnostic testing: an updated practice parameter. Ann Allergy Asthma Immunol, 2008; 100: S1-148.
5. Sampson HA. Utility of food-specific IgE concentrations in predicting symptomaticfood allergy. J Allergy Clin Immunol, 2001; 107: 891-896.
6. Sporik R, Hill DJ, Hosking CS. Specificity of allergen skin testing in predicting positive open food challenges to milk, egg and peanut in children. Clin Exp Allergy, 2000; 30: 1540-1546.
7. Sampson HA. Comparative study of commercial food allergen extracts for the diagnosis of food hypersensitivity. J Allergy Clin Immunol, 1988; 82: 718-726.
8. Pitsios C, Dimitriou A, Stefanaki EC, et al. Anaphylaxis during skin testing with food allergens in children. Eur J Pediatr 2009; 613-615.
9. Pitsios C, Dimitriou A, Kontou-Fili K. Allergic reactions during allergy skin testing with food allergens. Eur Ann Allergy Clin Immunol, 2009; 41: 126-128.
10. Sicherer SH, Teuber S. Current approach to the diagnosis and management of adverse reactions to foods. J Allergy Clin Immunol, 2005; 114: 1146-1150.
11. Ebo DG, Bridts CH, Hagendorens MM, et al. Basophil activation test by flow cytometry: present and future applications in allergology. Cytometry B Clin Cytom, 2008; 74: 201-210.
12. Lucas JM. Microarrays: molecular allergology and nanotechnology for personalized medicine (I). Allergol Immunopathol, 2010; 38: 153-161.
13. Kalach N, Soulaines P, de Boisseu et al. A pilot study of the usefulness and safety of a ready-to-use atopy patch test (Diallertest) versus a comparator (Finn Chamber) during cow's milk allergy in children. J Allergy Clin Immunol, 2005; 116: 1321-1326.
14. Fogg MI, Brown-Whitchorn TA, Pawlowski NA, et al. Atopy patch test for the diagnosis of protein-induced enterocolitis syndrome. Pediatr Allergy Immunol, 2006; 17: 351-355.
15. Calvani M, Alessandri C, Frediani T, et al. Correlation between skin prick test using commercial extract of cow's milk protein and fresh milk and food challenges. Pediatr Allergy Immunol, 2007; 18: 583-588.
16. Syrigou E, Pitsios C, Panagiotou I, et al. Food allergy-related paediatric constipation: the usefulness of atopy patch test. Eur J Pediatr, 2011; 170: 1173-1178.

Ιστορικό σημείωμα

Η σύφιλη των «Ασέμνων γυναικών» μέσα από τα Αρχεία του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» κατά την περίοδο 1931-1935

Παγκράτης Νικόλαος[1]
Τσιάμης Κων/νος[1]
Μάνδυλα- Κουσουνή Μαρία[2]
Ανωγιάτης-Pelé Δημήτρης[1]

[1] Μ.Π.Σ. Ιστορικής Δημογραφίας, Τμήμα Ιστορίας, Ιόνιο Πανεπιστήμιο Κέρκυρας
[2] Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας, Παράρτημα Κέρκυρας

Περίληψη: Αντικείμενο της έρευνας είναι η παρουσίαση της σύφιλης στις τάξεις των χαρακτηρισμένων ως «Ασέμνων Γυναικών», όπως αυτή καταγράφεται στα Αρχεία του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» κατά την πενταετία 1931- 1935. Στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου, η εγκληματική άγνοια, η έλλειψη ενημέρωσης για τα αφροδίσια νοσήματα καθώς και ο πλημμελής υγειονομικός έλεγχος των κοινών γυναικών οδήγησαν σε έξαρση της σύφιλης, ενώ χιλιάδες ασθενείς θα απευθυνθούν στις Κλινικές και τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου. Η Πολιτεία δεν μπόρεσε να περιορίσει τη μεταδοτικότητα των αφροδισίων νόσων και ιδιαίτερα της σύφιλης, ακόμα και με τη θέσπιση του νόμου 3032/1923 για την καταπολέμησή τους. Η μελέτη της θεραπευτικής αγωγής, που χορηγούνταν, καταδεικνύει ότι οι ασθενείς παρουσίαζαν μία αναστολή των δερματικών κυρίως εκδηλώσεων της νόσου, αντιμετώπιζαν όμως σοβαρότατες παρενέργειες από την τοξικότητα των φαρμάκων.

Υπεύθυνος επικοινωνίας:
Νικόλαος Παγκράτης
E-mail: nikos.pag@hotmail.com

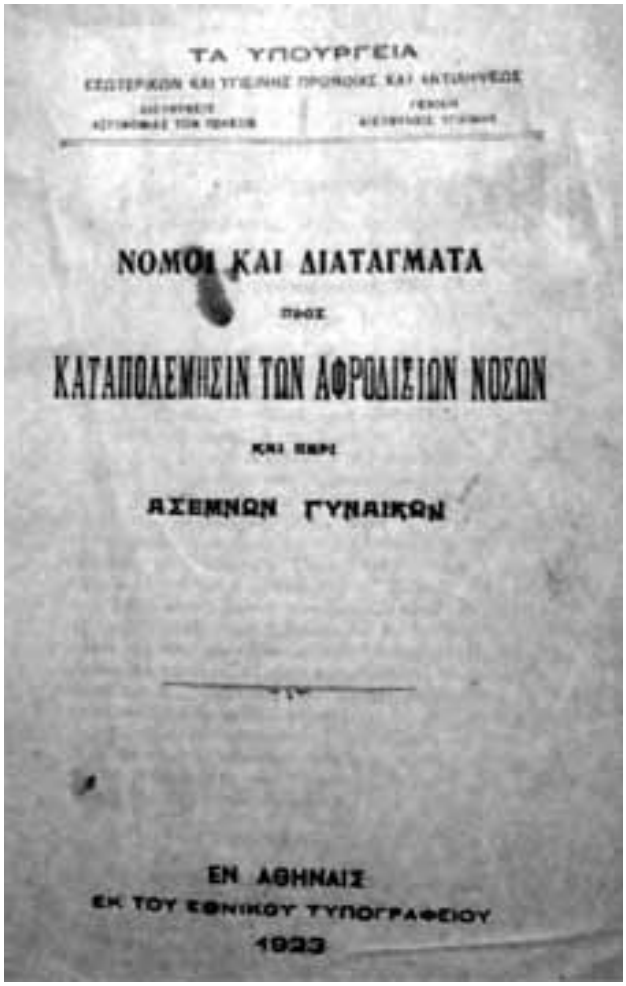
Λέξεις-κλειδιά:
Αφροδίσια νοσήματα, Δημογραφία, Δημόσια Υγεία, Επιδημιολογία, Ιερόδουλες, Μεσοπόλεμος, Σύφιλη.

Η σύφιλη στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου

Η σύφιλη υπήρξε για αιώνες μία μάστιγα, που επηρέασε τις ζωές των ανθρώπων σε κοινωνικό, πολιτικό και πολιτισμικό επίπεδο. Η μεταφυσική τιμωριτική της διάσταση, ο στιγματισμός των ασθενών, η αγωνιώδης προσπάθεια για θεραπεία, η θεώρηση της κληρονομικότητας και το ανίατο της ασθένειας ενίσχυαν το φόβο, που συνόδευε τη σύφιλη. Η σύφιλη αποτέλεσε επίσης μία διαχρονική πρόκληση για τις υγειονομικές αρχές όλων των χωρών, οι οποίες προσπαθούσαν να περιορίσουν την έκτασή της.

Η έξαρση των αφροδισίων νοσημάτων στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου κρίθηκε τόσο κρίσιμη, ώστε το 1923 συντάσσεται από τα Υπουργεία Εσωτερικών και Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως ο Νόμος 3032 «Περί των μέτρων προς καταπολέμησιν των αφροδίσιων νοσημάτων και περί ασέμνων γυναικών».[1] (Εικόνα 1)

Οπως φαίνεται όμως από τα στοιχεία των υγειονομικών αρχών κατά τη διάρκεια της περιόδου 1925-1931, παρά την ψήφιση του νόμου, τα αφροδίσια νοσήματα έκαναν θραύση στις τάξεις των εκδιδόμενων γυναικών. (Πίνακας 1). Η σύφιλη, παρά τα όποια μέτρα ελήφθησαν, εξακολούθησε να αποτελεί πονοκέφαλο για τις υγειονομικές αρχές. Χαρακτηριστικό είναι όμως και το εύρημα ότι, από τις γυναίκες που επισκέπτονταν το Εξεταστικό Αντιαφροδισιακό Ιατρείο των κοινών γυναικών και οι οποίες χωρίζονταν σε τακτικές (κοινές γυναίκες υποβαλλόμενες δύο φορές την εβδομάδα σε εξέταση) και σε έκτακτες (καταχωρημένες ως «κρυφά πορνευόμενες»), οι δεύτερες παρουσίαζαν περισσότερα κρούσματα σύφιλης.[1]


ΤΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΑ

ΝΟΜΟΙ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

ΠΡΟΣ

ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΙΝ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΩΝ

ΚΑΙ ΠΕΡΙ

ΑΣΕΜΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ

ΕΚ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ

1923

Εικόνα 1.
Ο περίφημος νόμος 3032 «Προς καταπολέμησιν των αφροδισίων νόσων και περί Ασέμνων Γυναικών» (1923)

«Περί Ασέμνων Γυναικών»

Με βάση το Νόμο 3032 ορίστηκαν τριμελείς επιτροπές για κάθε Νομό με τον τίτλο «Επιτροπή για την καταπολέμηση των αφροδισίων νόσων», οι οποίες αποτελούνταν από το Νομάρχη, τον Αστυνομικό Διευθυντή και έναν ανώτερο υγειονομικό υπάλληλο. Οι αποφάσεις της Επιτροπής κοινοποιούνταν προς εκτέλεση στην Αστυνομική Διεύθυνση και στον Ειδικό Υγειονομικό Επιθεωρητή των αφροδίσιων νόσων. Ο έλεγχος των κοινών γυναικών αποτέλεσε κύριο μέλημα της Επιτροπής. Τα γενικά κα-

Έτος	Κατηγορίες γυναικών	Αριθμός εξεταζομένων	Σύφιλη	Βλεννόρροια	Μαλακά έλκη
1925	Τακτικές	435	24	254	75
1926	Έκτακτες	210	17	44	33
1927	Τακτικές	528	30	522	80
1928	Έκτακτες	536	36	130	54
1929	Τακτικές	489	21	524	33
1930	Έκτακτες	562	44	176	36
1931	Τακτικές	469	22	374	28
	Έκτακτες	676	37	291	40
	Τακτικές	404	7	299	20
	Έκτακτες	628	40	282	25
	Τακτικές	395	5	261	7
	Έκτακτες	721	34	393	69
	Τακτικές	615	4	295	3
	Έκτακτες	839	27	535	52

Πίνακας 1.
Κίνηση του Εξεταστικού Αντιαφροδισιακού Ιατρείου των Κοινών Γυναικών (Αθήνα 1925-1931).

θήκοντά της αναφορικά με τις «άσεμνες γυναίκες» ήταν:

1) Να χαρακτηρίζει μία γυναίκα ως άσεμνη (κοινή ή ελεύθερη), είτε αυτεπάγγελτα, είτε μετά από αίτηση της ενδιαφερόμενης γυναίκας.
2) Να άρει το χαρακτηρισμό μίας γυναίκας ως άσεμνης.
3) Να παρέχει άδεια για ίδρυση οίκου ανοχής.
4) Να εγκρίνει την αλλαγή οίκου ανοχής στις κοινές γυναίκες.
5) Να κανονίζει τις οικονομικές σχέσεις των κοινών γυναικών, που εργάζονται σε οίκους ανοχής, με τις υπεύθυνες αυτών.
6) Να κατατάσσει τους οίκους ανοχής σε διάφορες βαθμίδες.
7) Να αποφασίζει για τον υποβιβασμό ή την κατάργηση των οίκων ανοχής.
8) Να διατάζει την προσωρινή διακοπή της λειτουργίας των οίκων ανοχής, εάν οι υπεύθυνές τους δεν συμμορφώνονται με τις υγειονομικές διατάξεις.
9) Να μεριμνά ώστε να επαναφέρει στην ευθεία οδό κάποια γυναίκα, που κινδυνεύει να διάγει ακόλαστο βίο.
10) Να ορίζει τους ιδιώτες ιατρούς, που θα εξετάζουν τις ελεύθερες γυναίκες.

Διευκρινίζεται ότι ως «Ελεύθερες» ορίζονταν από το νόμο οι γυναίκες εκείνες, που δεν εργάζονταν σε οίκο ανοχής και δεν είχαν αυτό ως κύριο επάγγελμα, αλλά το ασκούσαν περιοδικά σε δική τους οικία ή οικία τρίτου.

Το άρθρο 5 του Νόμου 3032 όριζε ότι οι κοινές γυναίκες πρέπει να υποβάλλονται σε ιατρική εξέταση τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα. Οι γυναίκες που έπασχαν από αφροδίσιο νόσημα ήταν υποχρεωμένες, μετά από εντολή του Ειδικού Υγειονομικού Επιθεωρητή, να νοσηλευτούν στο Νοσοκομείο Αφροδίσιων Νόσων «Ανδρέας Συγγρός» ή στο αντίστοιχο Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης. Οι γυναίκες μετέβαιναν εκεί με μέριμνα της υγειονομικής υπηρεσίας και με δαπάνες του οικείου Δήμου. Ιδιαίτερα για τις γυναίκες, που έπασχαν από σύφιλη, προβλέφθηκε η χορήγηση ειδικού θεραπευτικού βιβλιαρίου και η υγειονομική υπηρεσία, εκτός από την υποχρεωτική νοσηλεία, ήταν υπεύθυνη και για την ολοκλήρωση της αντισυφιλιδικής θεραπείας.

Οι ελεύθερες γυναίκες είχαν την υποχρέωση να υποβάλλονται τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα σε ιατρική εξέταση από δημόσιο ή ιδιωτικό ιατρό. Το πόρισμα της εξέτασης καταγραφόταν σε ειδικό δελτίο και αποστελλόταν αυθημερόν στην Υγειονομική Αρχή. Οι ελεύθερες γυναίκες, που έπασχαν από αφροδίσιο νόσημα, μπορούσαν να νοσηλεύονται στην οικία τους από ιδιώτη ιατρό, αλλά κατά τη διάρκεια των μολυσματικών εκδηλώσεων νοσηλεύονταν υποχρεωτικά σε Κρατικό Νοσοκομείο.

Ο αριθμός των οίκων ανοχής στην Αθήνα είχε μειωθεί σημαντικά, ύστερα από την ψήφιση του νόμου 3032. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι από τους εβδομήντα, που υπήρχαν πριν την ψήφιση του νόμου, μειώθηκαν σταδιακά στους δέκα μέχρι το 1936. Η κατάργησή τους φυσικά δεν είχε καμία θετική επίδραση στον περιορισμό των αφροδίσιων νόσων, καθώς το πρόβλημα δεν εντοπιζόταν τελικά τόσο στην κατοικία, όπου εκδίδονταν οι ιερόδουλες, όσο στη σοβαρή έλλειψη υγειονομικού ελέγχου, αλλά και την αύξηση των παράνομα εκδιδόμενων γυναικών.[2] Ανησυχητικό φαινόμενο της εποχής ήταν όμως και το γεγονός ότι κάθε χρόνο εμφανίζονταν για εξετάσεις όλο και λιγότερες από τις επίσημα καταγεγραμμένες κοινές γυναίκες. Είναι άγνωστο πάντως πόσες από τις επίσημα καταγεγραμμένες κοινές γυναίκες στράφηκαν τελικά στην παράνομη πορνεία και τα επόμενα χρόνια καταγράφονταν πλέον ως έκτακτες. Παρά την παύση της λειτουργίας των οίκων ανοχής, τα στοιχεία της εποχής αποδεικνύουν μία άνοδο στον αριθμό των εκδιδόμενων γυναικών, γεγονός που μπορεί να εξηγηθεί από το κοινωνικό-οικονομικό πλαίσιο της εποχής (έλευση προσφύγων, οικονομικό κραχ του Μεσοπολέμου). ΄Αγνωστος βέβαια παρέμενε και ο αριθμός των γυναικών, οι οποίες δεν προσέρχονταν για εξετάσεις. Ο κυριότερος λόγος ήταν ο κοινωνικός στιγματισμός μετά την απομόνωση των ασθενών, αφού πλέον είχε καταστεί σαφές από την Πολιτεία ότι οι πηγές μόλυνσης θα έπρεπε να απομονώνονται, ώστε να δαμάζεται η επιδημιολογική διασπορά.

Επί της ουσίας όμως, αυτό που συνέβη στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου με την ψήφιση του νόμου ήταν το ίδιο που συνέβη και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, με πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτό της Γερμανίας. Η εφαρμογή του νόμου του έτους 1927 για την καταπολέμηση των αφροδίσιων νοσημάτων δεν επέφερε θετικά αποτελέσματα. Ο νόμος αυτός απαγόρευε τη λειτουργία των οίκων ανοχής και των παρεμφερών κατοικιών. Αλλά αμέσως μετά την καθολική απαγόρευση το ίδιο το Κράτος και η Αστυνομία βοήθησαν αναγκαστικά στην επαναλειτουργία τους, καθώς οι εκδιδόμενες γυναίκες έπρεπε να αποκτήσουν μία κατοικία. Οι ιδιοκτήτες όμως των κατοικιών δεν νοίκιαζαν τις οικίες τους σε κοινές γυναίκες, οπότε και σημειώθηκε η ραγδαία αύξηση παράνομων οίκων ανοχής και κρυφά εκδιδόμενων γυναικών, οι οποίες ήταν αδύνατο να ελεγχθούν, εκτός αν υπήρχαν καταγγελίες, κάτι που συνέβαινε κυρίως στο πλαίσιο του «επαγγελματικού ανταγωνισμού».

Η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της σύφιλης στο «Ανδρέας Συγγρός»

Οι τυπικές συφιλιδικές εκδηλώσεις επέτρεπαν συνήθως με ευκολία τη διάγνωση, συχνά όμως τα συφιλιδικά συμπτώματα δεν εμφανίζονταν με σαφήνεια. Το ιατρικό προσωπικό του Νοσοκομείου χρησιμοποιούσε τις ακόλουθες εργαστηριακές εξετάσεις για την ακριβή διάγνωση: εξέταση για σπειροχαίτη, αντίδραση Wassermann,

αντίδραση καθίζησης και εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού.[4-7] Από τη μελέτη των διαγνώσεων της περιόδου προκύπτει η ακόλουθη ταξινόμηση των κρουσμάτων της σύφιλης επί συνόλου 24.517 (ανδρών και γυναικών). (Διάγραμμα 1)

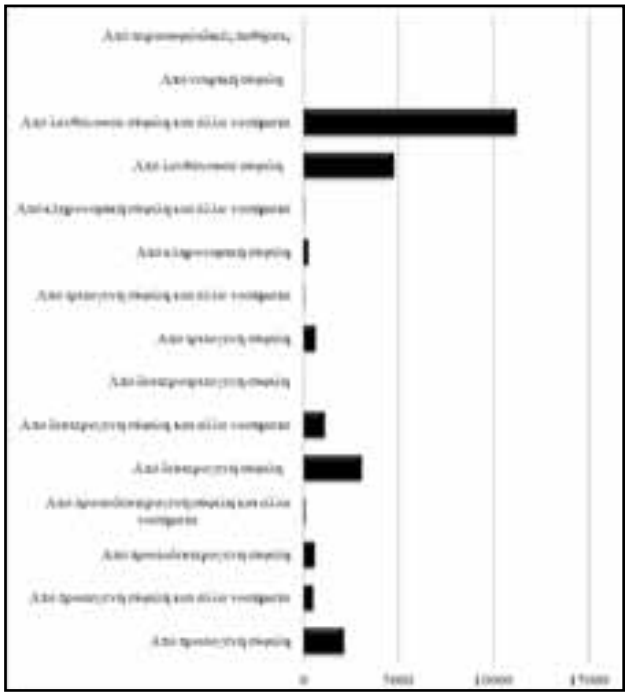
Η σύφιλη στη διάρκεια του Μεσοπολέμου θεωρείται μια ιάσιμη πάθηση, αλλά η θεραπεία της ήταν μακροχρόνια. Η θεραπευτική αγωγή ενάντια στη σύφιλη βασίστηκε σε τέσσερα φάρμακα:[7,8]

Υδράργυρος

α) Με εντριβές υδραργυρικής αλοιφής ή υδραργυρικού σάπωνος. Ήταν μία μέθοδος που προκαλούσε αρκετούς ερεθισμούς στο δέρμα.

β) Σιρόπι υδραργύρου σε ημερήσια δόση 2 κουταλιών της σούπας. Ήταν μία μέθοδος απλή, οικονομική, αλλά άκρως ερεθιστική για το πεπτικό σύστημα.

γ) Ενέσεις διαλυτών και αδιάλυτων αλάτων υδραργύρου. Και η θεραπεία αυτή είχε πολλές παρενέργειες. Εκτός από τα τοπικά φαινόμενα στο σημείο των ενέσεων (πόνος, ερυθρότητα, νεκρωτικά αποστήματα), μπορούσε να προκαλέσει και βαρύτερα φαινόμενα δηλητηρίασης. Συχνότατα καταγράφεται η υδραργυρική στοματίτιδα, οξεία ή χρόνια, η οποία εκδηλώνεται με πόνο και αιμορραγία από τα ούλα, αλλοιώσεις στη γλώσσα, αδυναμία μάσησης, δυσκολία στην ομιλία, σιελόρροια και δύσοσμη αναπνοή. Επίσης, συχνά παρουσιάζονταν γαστρεντερικές διαταραχές, τοξικά εξανθήματα στο ήπαρ και τους νεφρούς, αναιμία και πυρετός.



Διάγραμμα 1.
Σταδιοποίηση της νόσου, επί συνόλου 24.517 ασθενών (1931-1935).

Ιωδιούχο κάλιο

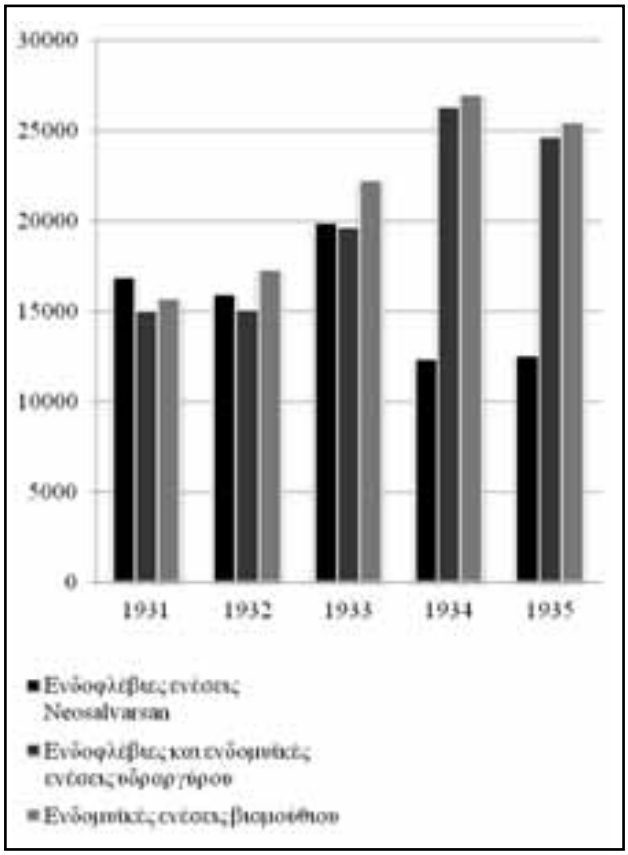
Αποτέλεσε σκεύασμα εκλογής κυρίως στις τριτογενείς εκδηλώσεις της σύφιλης, καθώς και σε έντονες πρωτογενείς και δευτερογενείς εκδηλώσεις. Οι συχνότερες παρενέργειες του ιωδιούχου καλίου ήταν δακρύρροια, ερυθρότητα δέρματος, χρόνια πέμφιγα και οξύ οίδημα λάρυγγος, ενώ σπανιότερα καταγράφονταν σπλαχνικές αιμορραγίες καθώς και γάγγραινα του δέρματος.

Βισμούθιο

Η συνηθισμένη θεραπευτική σειρά αποτελούνταν από 20 ενέσεις στη γλουτιαία χώρα ανά 2 ημέρες. Οι ενέσεις ήταν ιδιαίτερα επώδυνες και προκαλούσαν τοπικές φλεγμονές. Συχνές παρενέργειες του βισμουθίου ήταν ο πυρετός, τα δερματικά εξανθήματα, η αναιμία και η βισμουθιακή στοματίτιδα, ανάλογη με τη στοματίτιδα που προκαλεί ο υδράργυρος.

Αρσενικό

Η arsphenmine (αρσφεναμίνη) του Νομπελίστα της Ιατρικής Paul Ehrlich έμεινε γνωστή με την εμπορική ονομασία Salvarsan (ονομαζόταν επίσης 606, καθώς ήταν το 606ο σύμπλοκο αρσενικού, το οποίο δοκιμάστηκε). Αργότερα θα κυκλοφορήσει στην αγορά φαρμάκων ένα περισσότερο διαλυτό και λιγότερο τοξικό σκεύασμα, το Neosalvarsan. Με την πάροδο του χρόνου όμως αποδει-



Διάγραμμα 2.
Παρεντερική χορήγηση φαρμάκων επί συνόλου 286.501 πράξεων (1931-1935).

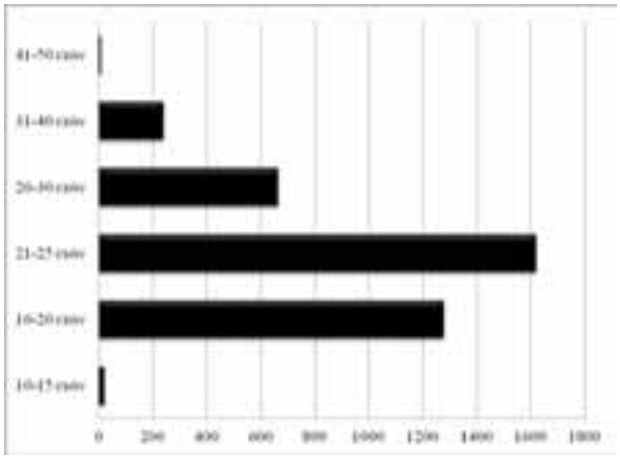
κνύεται ότι το αρσενικό είναι περισσότερο επιβλαβές, παρά θεραπευτικό. Στις συχνότερες παρενέργειες συγκαταλέγονταν οι διαταραχές της γεύσης και της όσφρησης, η σιελόρροια, η υπερέκκριση βλέννης από τη μύτη και η βραδυκαρδία. ΄Αλλες σοβαρές παρενέργειες ήταν η νιτροειδής κρίση, που μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο, το πνευμονικό οίδημα, οι γαστρεντερικές διαταραχές, οι στοματίτιδες, η απολεπιστική ερυθροδερμία, η απώλεια βάρους, η αναιμία, ο ίκτερος, διάφορες νευρικές διαταραχές, η αιμορραγική πορφύρα, ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια. Οι σοβαρές παρενέργειες του αρσενικού εξηγούν και τη σταδιακή μείωση του αριθμού των ενέσιμων φαρμάκων αρσενικού, όπως αποτυπώνεται στο διάγραμμα 2. Ο υδράργυρος και το βισμούθιο έχουν σχετικά σταθερή πορεία στη θεραπευτική αγωγή κατά της σύφιλης.

Δημογραφικά στοιχεία

Από την επιτόπια έρευνα των αρχείων αποδείχθηκε ότι η υπό εξέταση πενταετία (1931-1935) ήταν η πληρέστερη από άποψη δημογραφικών στοιχείων. Τα λοιπά έτη παρουσιάζουν συχνά φαινόμενα ελλιπούς ενημέρωσης αλλά επί της ουσίας δεν αλλοιώνουν τη γενικότερη εικόνα της νόσου κατά τη δεκαετία. Κατά την ανωτέρω περίοδο εντοπίστηκαν 5.333 περιπτώσεις ακούσιας νοσηλείας με εντολή του Επιθεωρητή, αλλά και εκούσιας προσέλευσης. Από το σύνολο αυτό 3.873 περιπτώσεις αφορούσαν ακούσιες νοσηλείες. Σύμφωνα με το νόμο 3032, ο Επιθεωρητής ήταν επιφορτισμένος με το έργο του εντοπισμού, της παραπομπής και της απομόνωσης των λοιμογόνων εστιών στο εξειδικευμένο νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός» (Εικόνες 2,3). Το επάγγελμα φυσικά, που κυριαρχεί στις περιπτώσεις των κρουσμάτων σύφιλης, είναι αυτό των κοινών γυναικών, το οποίο αποτυπώνεται στις δηλώσεις των επαγγελμάτων κατά τις εισαγωγές στο Νοσοκομείο. Τα λοιπά δημογραφικά στοιχεία, που καταγράφονται, αφορούν την ηλικία, τον τόπο καταγωγής και την οικογενειακή κατάσταση.

Το ηλικιακό φάσμα των γυναικών με σύφιλη, που νοσηλεύονται υποχρεωτικά στο Νοσοκομείο, κυμαίνεται από 16 έως 40 ετών (Διάγραμμα 3). Εντύπωση προκαλεί η δεύτερη σε ποσοστό ηλικιακή πενταετία (16-20 έτη), που δείχνει ότι οι συνθήκες ζωής της εποχής που εξετάζεται, ανάγκαζαν ακόμα και ανήλικες κοπέλες να ασκούν το επάγγελμα της κοινής για να επιβιώσουν. Οι περιπτώσεις του ηλικιακού φάσματος κάτω των 15 ετών είναι ελάχιστες και προφανώς αφορούσαν κληρονομική σύφιλη. Οι γυναίκες, που είχαν ηλικία από 50 ετών και άνω, ήταν ασθενείς με μακροχρόνιο ιστορικό ασθένειας, καθώς το προσδόκιμο ζωής σε συφιλιδικό ασθενή, που ακολουθούσε θεραπεία, μπορούσε να αγγίξει τα 40 έτη, μετά την προσβολή του από τη σύφιλη.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των γυναικών, που νοσηλεύονταν με υπόδειξη του Επιθεωρητή, εί-



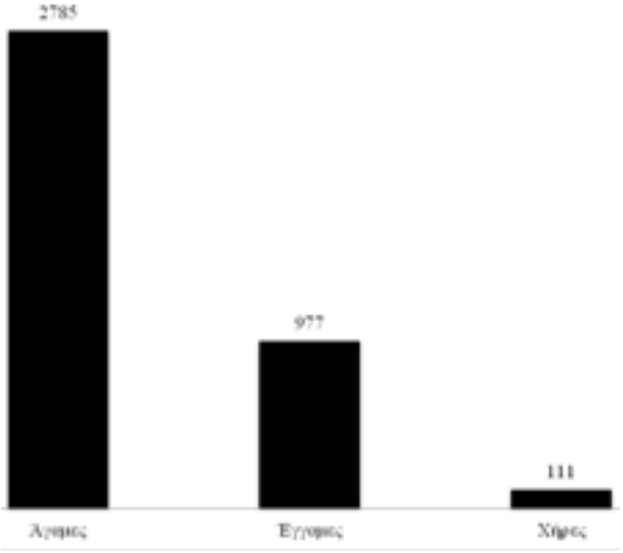
Διάγραμμα 3.
Ηλικίες νοσηλευομένων γυναικών με υπόδειξη του Επιθεωρητή.

Εικόνα 2.
Το Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός» (1911).

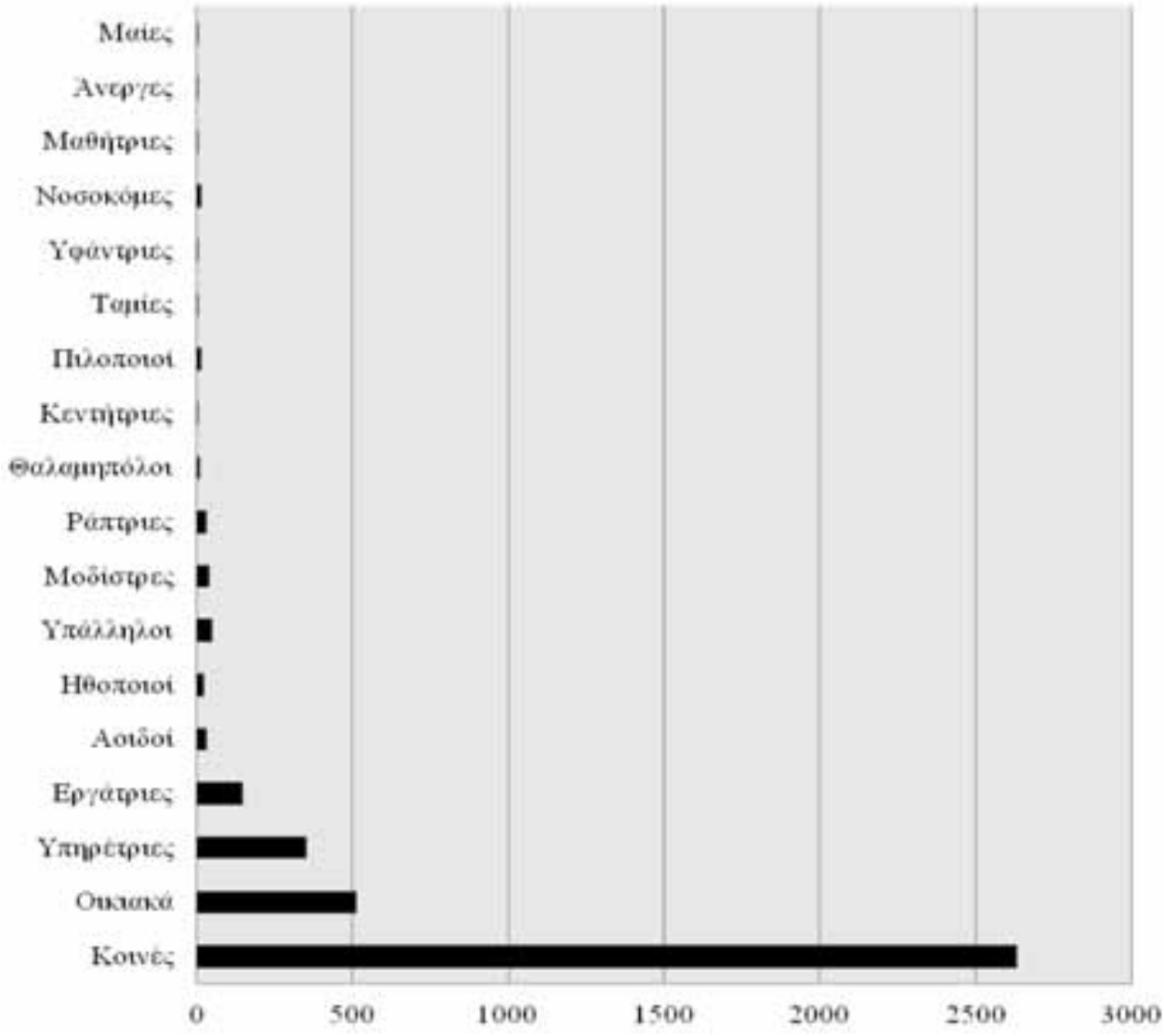
Εικόνα 3.
Θάλαμος νοσηλευομένων γυναικών Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» (1930).

ναι σαφές ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αφορούσε άγαμες γυναίκες (Διάγραμμα 4). Η φύση του επαγγέλματος της κοινής, αλλά και η μικρή ηλικία, που έχουν οι περισσότερες γυναίκες, ενισχύουν αυτό το ποσοστό. Οι έγγαμες γυναίκες θεωρείται ότι είναι οι ελεύθερες γυναίκες, που ασκούσαν το επάγγελμα είτε κρυφά, είτε ακόμα και με την ανοχή του συζύγου τους.[9] Για τις χήρες γυναίκες δεν είναι γνωστό, αν έπασχαν από σύφιλη πριν από το θάνατο του συζύγου τους ή προσβλήθηκαν μετά, γεγονός που θα οδηγούσε στο συμπέρασμα ότι απασχολήθηκαν στο επάγγελμα της κοινής για οικονομικούς λόγους.

Στη δήλωση των επαγγελμάτων, όπως ήταν φυσικό, κυριαρχούσαν οι ιερόδουλες (Διάγραμμα 5). Τα υπόλοιπα επαγγέλματα, που είναι καταγεγραμμένα, και ιδιαίτερα όσον αφορά τις γυναίκες, που είχαν δηλώσει εργάτριες, υπηρέτριες και οικιακά, θεωρείται ότι ασκούνταν από τις ελεύθερες γυναίκες, από αυτές δηλαδή που είτε εργάζονταν επικουρικά ως ιερόδουλες, είτε χρησιμοποιούσαν τις παραπάνω εργασίες ως κάλυψη για να μη γίνονται αντιληπτές από τους Επιθεωρητές. Σύμφωνα με



Διάγραμμα 4.
Οικογενειακή κατάσταση νοσηλευομένων γυναικών με υπόδειξη του Επιθεωρητή.



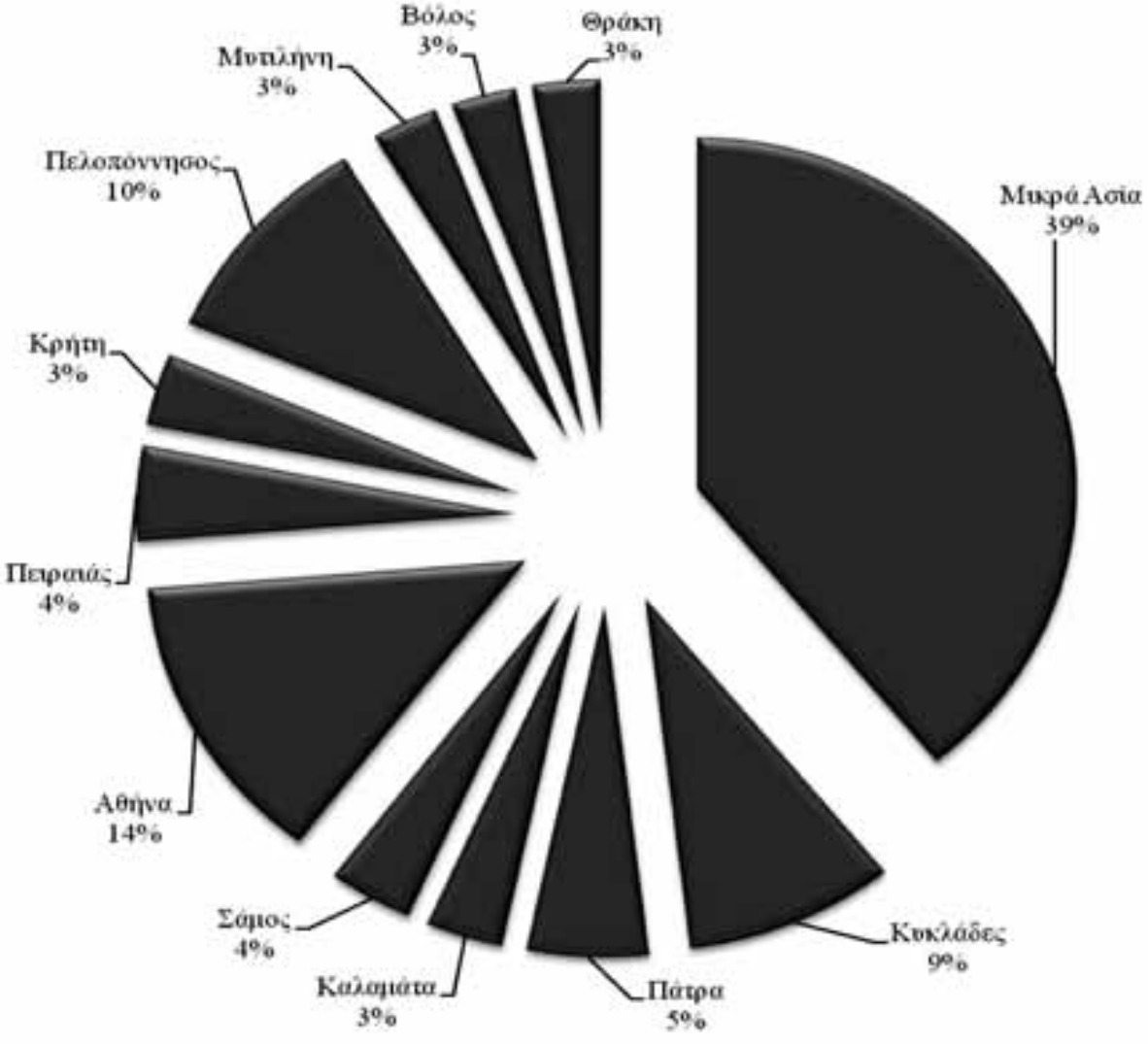
Διάγραμμα 5.
Επαγγέλματα νοσηλευομένων γυναικών με υπόδειξη του Επιθεωρητή.

τα αρχεία του Νοσοκομείου, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, που νοσηλεύτηκαν με ακούσια εισαγωγή, κατάγονται από τη Μικρά Ασία (Διάγραμμα 6). Το γεγονός αυτό οφείλεται στις δυσμενείς συνθήκες ζωής και διαβίωσης, που επικρατούσαν στην Ελλάδα την περίοδο εκείνη. Με την έλευση των προσφύγων η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται. Οι πρόσφυγες συνωστίζονται και ζουν σε όλες τις περιοχές της Αθήνας κάτω από άθλιες συνθήκες. Η εύρεση εργασίας είναι εξαιρετικά δύσκολη και φαίνεται ότι πολλές από τις γυναίκες, που προέρχονται από τη Μικρά Ασία, οδηγούνται στη λύση της πορνείας για οικονομικούς λόγους. Οι γυναίκες, που εισάγονται για νοσηλεία από Αθήνα, Κυκλάδες και Πελοπόννησο, βρίσκονται στις αμέσως επόμενες θέσεις.

Ιατρικά δεδομένα-Εκβάσεις ασθενών

΄Οπως αναφέρθηκε, η σύφιλη θεωρείται μια ιάσιμη πάθηση στο Μεσοπόλεμο, αλλά η θεραπεία της ήταν μακροχρόνια. Κατά την επικρατούσα ιατρική άποψη της εποχής, μπορεί η τετραετής φαρμακευτική αγωγή να πετύχαινε την πλήρη ίαση ή τη βελτίωση της εικόνας της υγείας του ασθενούς, όσον αφορά τη σύφιλη, επιβάρυνε όμως ιδιαίτερα τα όργανα και τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, λόγω της τοξικότητας των σκευασμάτων. Τα 50 γραμμάρια αρσενικού, οι 150-200 ενέσεις βισμούθιου και οι 240-260 ενέσεις υδραργύρου, μπορεί να αντιμετώπιζαν τη σύφιλη, προκαλούσαν όμως ταυτόχρονα ιδιαίτερα σημαντικές παρενέργειες, όπως ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια, εγκεφαλικό οίδημα, τύφλωση, στοματίτιδες κ.ά. Δυστυχώς στο αρχείο δεν είναι καταγεγραμμένη η γενική κλινική εικόνα των ασθενών.

Με βάση τη στατιστική των Αρχείων του Νοσοκομείου φαίνεται ότι το 82% των γυναικών, που εισάγονται ακούσια, λαμβάνει εξιτήριο, έχοντας ιαθεί πλήρως (Διάγραμμα 7). Αυτό το εύρημα βέβαια ελέγχεται, αφού στις 40 περίπου ημέρες, που ήταν ο μέσος χρόνος νοσηλείας



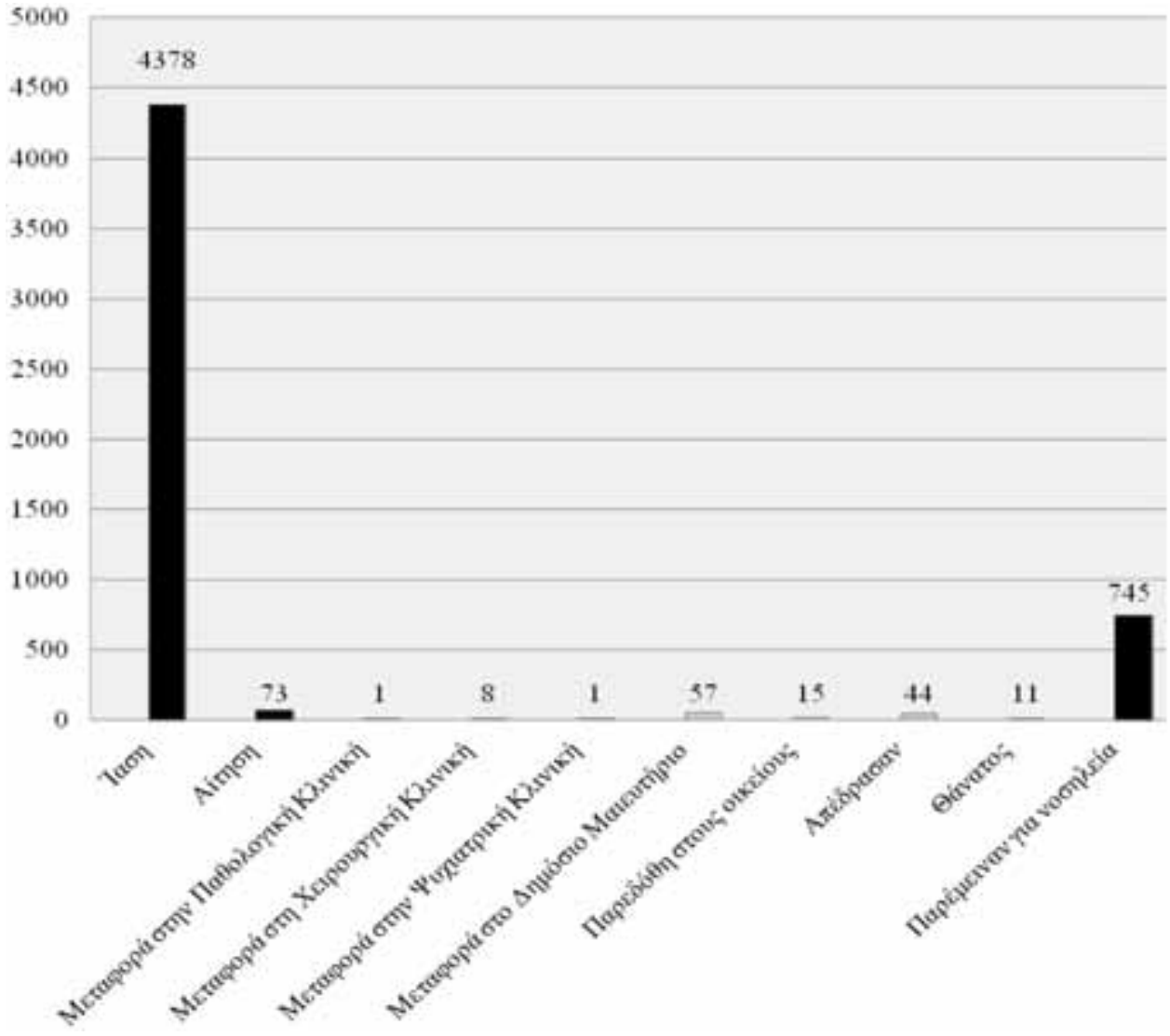
Εικόνα 6.
Καταγωγή νοσηλευομένων γυναικών με υπόδειξη του Επιθεωρητή.

και με την υπάρχουσα φαρμακευτική αγωγή, ήταν αδύνατο να θεωρούνται υγιείς. Αυτό που εικάζεται ότι συνέβαινε είναι ότι οι γυναίκες έπαιρναν εξιτήριο, όταν τα δερματικά συμπτώματα της σύφιλης άρχιζαν να υποχωρούν, κατόπιν της έναρξης του τετραετούς θεραπευτικού σχήματος του Νοσοκομείου. Το θεραπευτικό αυτό σχήμα οι γυναίκες ήταν υποχρεωμένες να το ακολουθήσουν με τη συνδρομή και την εποπτεία της Επιτροπής.

Οι θάνατοι, που έχουν καταγραφεί στις ακούσιες νοσηλείες, δεν έχουν προκληθεί από σύφιλη, αλλά από φυματίωση πνευμόνων, γεγονός που καταδεικνύει τις συνθήκες συνωστισμού και τη μη τήρηση των κανόνων υγιεινής. Η μεταφορά των ασθενών σε άλλες Κλινικές γίνεται για να αντιμετωπιστούν ιατρικά θέματα, που άπτονται άλλων ειδικοτήτων, εκτός της Δερματολογίας. Τέλος, στις ακούσιες εισαγωγές παρατηρούνται και αποδράσεις, καθώς οι γυναίκες είτε δεν δέχονταν τη νοσηλεία, είτε ήθελαν να ξαναγυρίσουν στην εργασία τους.

Η εκούσια προσέλευση συφιλιδικών γυναικών

Εκτός από τις γυναίκες, που εισάγονταν με εντολή του Επιθεωρητή, υπήρχαν φυσικά και ασθενείς πάσχουσες από σύφιλη, που προσέρχονταν αυτοβούλως. Αυτές κατέληγαν στο τμήμα νοσηλείας του «Ανδρέας Συγγρός», είτε από κάποιο συφιλιδικό σύμπτωμα, μετά από εξέταση στα Εξωτερικά Ιατρεία, είτε μετά από προληπτικό έλεγχο με αντίδραση κατά Wassermann. Οι γυναίκες, που δήλωναν ως επάγγελμα τα οικιακά, το πιθανότερο είναι ότι νόσησαν από σύφιλη λόγω εξωσυζυγικής σχέσης, δικής τους ή του συζύγου, ή ασκούσαν την πορνεία ως ελεύθερες. Υπάρχουν και κοινές γυναίκες που νοσηλεύονται με τη θέλησή τους, με τη συγκατάθεση της υπεύθυνης του οίκου ανοχής που εργάζονταν. Οι γυναίκες, που δήλωναν υπηρέτριες ως επάγγελμα, είναι πολύ πιθανό να γίνονταν αντικείμενο σεξουαλικής εκμετάλλευσης από τους εργοδότες τους. Οι ηλικίες των γυναικών, που νο-



Εικόνα 7.

Συγκεντρωτικό διάγραμμα έκβασης νοσηλευομένων γυναικών, με υπόδειξη του Επιθεωρητή επί συνόλου 5333 ασθενών.

σηλεύονται με εκούσια εισαγωγή και πάσχουν από σύφιλη, κυμαίνονται, κυρίως, από 21 έως 30 ετών. Η οικογενειακή κατάσταση των γυναικών, που προσέρχονται στο Νοσοκομείο με τη θέλησή τους και πάσχουν από την ίδια νόσο αφορά στο μεγαλύτερο ποσοστό είναι έγγαμες γυναίκες, και έπονται με μικρή διαφορά οι άγαμες. ΄Οσο για τον τόπο καταγωγής πάλι οι γυναίκες της Μικράς Ασίας εμφανίζουν τα περισσότερα κρούσματα, ακολουθούμενες από εκείνες, που δήλωσαν ως τόπο καταγωγής την Πελοπόννησο, την Αθήνα και τις Κυκλάδες.

Συμπεράσματα

Το Νοσοκομείο Αφροδισίων Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», ως επιστημονική μονάδα, συμμετείχε ενεργά στα ιατρικά δρώμενα της εποχής, ενώ ταυτόχρονα προσπάθησε να συμβάλλει και στο επίπεδο της πρόληψης και της διαφώτισης του κοινού για τους κινδύνους των αφροδισίων νοσημάτων. Σε μία δύσκολη εποχή για την επιστήμη της Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου κατέβαλε σοβαρές προσπάθειες για την πρόληψη και την θεραπεία των αφροδισίων νόσων, με βάση την επιστημονική γνώση της περιόδου που εξετάζεται.

Το ηλικιακό φάσμα των ασθενών κυμαίνεται από τα 16 έως τα 50 έτη, ηλικίες που χαρακτηρίζονται από σεξουαλική δραστηριότητα. Τα παιδιά που έχουν ηλικία μέχρι 10 ετών θεωρείται ότι προέρχονται από συφιλιδικούς γονείς και πάσχουν από κληρονομική σύφιλη. Οι έγγαμες ασθενείς νοσούσαν από το σύζυγο, που είχε εξωσυζυγική σχέση ή από δική τους ανάλογη σχέση ή εκδίδονταν ως ελεύθερες.

Η λανθάνουσα σύφιλη, με τα συνυπάρχοντα νοσήματα, κυριαρχεί στη σταδιοποίηση της νόσου, εξαιτίας της απουσίας συμπτωμάτων και της έλλειψης προληπτικών ελέγχων. Η έκβαση της θεραπείας της σύφιλης στη στατιστική του Νοσοκομείου παρουσιάζεται ως επιτυχημένη, με υψηλά ποσοστά ίασης - βελτίωσης. Η βαθύτερη μελέτη της θεραπευτικής αγωγής, που χορηγούνταν, καταδεικνύει ότι οι ασθενείς αντιμετώπιζαν σοβαρότατες παρενέργειες από την τοξικότητα των φαρμάκων. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς παρουσίαζαν μία αναστολή των δερματικών κυρίως εκδηλώσεων της νόσου, αλλά η γενική κλινική τους εικόνα ήταν σίγουρα επιβαρυμένη. Η εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή της εποχής κρίνεται ως επικίνδυνη και αναποτελεσματική.

Σύμφωνα με τα δεδομένα, που αναλύθηκαν στην παρούσα εργασία, η Πολιτεία δεν μπόρεσε να περιορίσει τη μεταδοτικότητα των αφροδισίων νόσων και ιδιαίτερα της σύφιλης, ακόμα και με τη θέσπιση νόμου για την καταπολέμησή τους. Ο έλεγχος των κοινών γυναικών κρίνεται ανεπαρκής, καθώς οι περισσότερες εργάζονταν ως ελεύθερες με την κάλυψη άλλων επαγγελμάτων, ενώ ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι δήλωναν ως απασχόληση τα οικιακά. Τα υπόλοιπα επαγγέλματα, σχεδόν στο σύνολό τους, μαρτυρούν ένα χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το οποίο, σε συνδυασμό με την άγνοια και την έλλειψη ενημέρωσης, που επικρατούσε την εποχή εκείνη, αποτελούσε έναν ιδιαίτερα επιβαρυντικό παράγοντα για την εξάπλωση της σύφιλης.

Η θλιβερή πρωτιά των γυναικών της Μικράς Ασίας (39%) και το ηλικιακό τους φάσμα (21- 25 ετών) αποτελούν πραγματικά μία δεύτερη τραγωδία, που βίωναν οι πρόσφυγες στο Μεσοπόλεμο. Με εξαιρετικά δύσκολη την εύρεση εργασίας και με άθλιες συνθήκες διαβίωσης, πιο ορθά επιβίωσης, η πορνεία φάνταζε ως μια εύκολη και παροδική λύση, όπως αφελώς πολλές κοπέλες υπέθεταν. Αξίζει να σημειωθεί πως δεν είναι σαφές από τη στατιστική του Νοσοκομείου ποιες από αυτές είχαν ήδη σύφιλη, πριν έρθουν ως πρόσφυγες στην Ελλάδα. Η έλλειψη ενημέρωσης από την πλευρά του κράτους για τα αφροδίσια νοσήματα και την προφύλαξη από αυτά καταδεικνύει την αδυναμία στήριξης και ενσωμάτωσης των προσφύγων στην Ελληνική κοινωνία.

Η έλλειψη ενημέρωσης και η άγνοια για τα αφροδίσια νοσήματα φαίνεται ότι υποβοήθησαν την εξάπλωσή τους. Αν και έγιναν κάποιες μεμονωμένες προσπάθειες για την πληροφόρηση του κοινού από τον καθηγητή της Δερματολογίας-Αφροδιολογίας και Διευθυντή του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός», Γεώργιο Φωτεινό, εντούτοις αποδείχθηκαν ανεπαρκείς να αντιστρέψουν την υπάρχουσα κατάσταση. Η έλευση του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου, της Κατοχής και του Εμφυλίου εγκαινίασαν τη νέα εποχή του επιπολασμού της σύφιλης, και μόλις στις αρχές του 1950 θα αρχίσει να εμφανίζεται η ουσιαστική μείωση του αριθμού των θετικών αντιδράσεων Wassermann και εν γένει των κρουσμάτων[10]. Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της Κατοχής σημαντικός αριθμός Ιταλών και Γερμανών στρατιωτών ασθένησαν από σύφιλη. Τότε ο καθηγητής Γεώργιος Φωτεινός «φιλοξενήθηκε» στα κρατητήρια της Γκεστάπο με την κατηγορία της δολιοφθοράς κατά των Γερμανικών δυνάμεων δια μέσου της διασποράς της νόσου! Απλά, η έλλειψη τροφίμων στο νοσοκομείο είχε οδηγήσει τις έγκλειστες ασθενείς ιερόδουλες να δραπετεύουν κατά δεκάδες, προκειμένου να μεταβούν στους οίκους ανοχής των Ιταλών και Γερμανών στρατιωτών, εξασφαλίζοντας έτσι τη σίτισή τους.

Summary

Medical, demographical and social aspects of the syphilis: the case of the infected sex workers in Greece during Interwar.

Running title: Syphilis and sex workers in Greece

Pagkratis N.[1], Tsiamis C[1,2]., Mandyla M.[1], Anoyatis- Pelé D.[1]

[1]. Postgraduate Program Historical Demography, Faculty of History, Ionian University of Corfu, Greece
[2]. Athens Medical School, University of Athens, Greece

The object of this research is to present syphilis among women that were classified as "Obscene", as recorded in the archives of the Hospital «Andreas Syngros" during a period of five years, from 1931 to 1935. During the interwar period in Greece, the criminal ignorance, the lack of information about STDs and the inadequate control of joint health of women, led to a syphilis outbreak and thousands of patients turned out to Clinics and outpatient hospital services. The state could not limit the transmissibility of sexually transmitted diseases, particularly syphilis, even after the adoption of Law 3032/1923. The study of the treatment administered demonstrates that, although there had been an inhibition of the cutaneous manifestations of the disease, patients were facing serious side effects from drug toxicity.

Keywords: venereal diseases, Demography, Public Health, Epidemiology, prostitutes, Wars, Syphilis

Βιβλιογραφία

1. Κοπανάρης Φ. Η Δημόσια Υγεία εν Ελλάδι. Αθήνα 1933:253-258.
2. Φωτεινός Π. Δύο διεθνή συνέδρια σχετικά με τα αφροδίσια νοσήματα και την πορνείαν, Αρχεία Νοσοκομείου Α. Συγγρός, Αθήνα, 1953:28
3. Μέγα Λεξικόν της Ιατρικής, τ.Δ΄. Εκδ. Κ. Οικονομίδης, Αθήνα, 1929:2125.
4. Φωτεινός Γ. Σωθήτε από τα αφροδίσια πάθη, εκδ. Εθνικό Τυπογραφείο, Υπουργείον Εσωτερικών- Διεύθυνσις Δημοσίας Υγείας και Δημοσίας Αντιλήψεως, Αθήνα, 1921:41.
5. ΄Αννινος Ι. Ν., Προφύλαξις και θεραπεία των Αφροδισίων νόσων, εκδ. Δημ. Ν. Τζάκα- Σ. Δελαγραμμάτικα και Σία, Αθήνα, 1926:24.
6. Φωτεινός Γ. Ο αντιαφροδισιακός αγών εν Ελλάδι, εκδ. Ι.Λ. Αλευρόπουλος και Σία, Αθήνα, 1939:37.
7. Καπετανάκης Ι. Δερματολογία- Αφροδισιολογία, εκδ. Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 1971:359-361.
8. Φωτεινός Γ. Το ημέτερον θεραπευτικόν σύστημα κατά της συφίλιδος, εκδ. Ι.Λ. Αλευρόπουλος και Σία, Αθήνα, 1938:19.
9. Δρακαλίδης Μ. Ν. Η σύφιλις εις την οικογένειαν. Τα κοινωνικά νοσήματα, βιβλιοθήκη κοινωνικής υγιεινής, 1932;1:30.
10. Μπραζιώτης Κ. Υπάρχει αύξησις των αφροδισίων νοσημάτων εις την Ελλάδα; Επίσημα στατιστικά δεδομένα. Δελτίον Πρακτικών Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών 1954;1:2230-238.

Ιστορικό σημείωμα

Φροντίδα Υγείας του Παιδικού Πληθυσμού στην Αθήνα της Οθωνικής Εποχής (1834-1862)

΄Εφη Πουλάκου-Ρεμπελάκου[1]
Κων/νος Τσιάμης[1]
Λεωνίδας Ρεμπελάκος[1]
Μαρία Μάνδυλα-Κουσουνή[2]

[1] Ιστορία της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
[2] Ιατροχειρουργική Εταιρεία Κέρκυρας

Περίληψη:
Σκοπός: Η ανάλυση και μελέτη στοιχείων νοσηρότητας, θνησιμότητας και φροντίδας της υγείας του παιδικού πληθυσμού της Αθήνας κατά τη διάρκεια της βασιλείας του ΄Οθωνα. [Εικόνα 1]
Υλικό και μέθοδοι: Η αποδελτίωση των έργων ξένων περιηγητών, που επισκέφθηκαν ή παρέμειναν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στη νέα πρωτεύουσα, η μελέτη των ιστορικών πηγών της εποχής και η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.
Αποτελέσματα: Τα παιδιά των κατοίκων της Αθήνας, γηγενών και αλλοδαπών (κυρίως Βαυαρών, αλλά και άλλων Ευρωπαίων), αμέσως μετά τη σύσταση του Νεοελληνικού κράτους και την εγκατάσταση του βασιλιά ΄Οθωνα, αντιμετώπισαν πολλαπλά προβλήματα σε μία πόλη χωρίς υποδομές και υγειονομική οργάνωση, με πλημμελή δημόσια υγιεινή, μικρό αριθμό ιατρών, ελάχιστα μέτρα πρόληψης και τοκετούς στα χέρια των πρακτικών μαιών. Ακόμη και τα προνομιούχα παιδιά της νεοσχηματισθείσας άρχουσας τάξης της χώρας και των επιφανών ξένων, που πλαισίωναν τον κρατικό μηχανισμό, αρκούνταν στη φροντίδα των Βαυαρών ιατρών των ανακτόρων και των καθηγητών της Ιατρικής Σχολής του νεοσύστατου Πανεπιστημίου, επιφανών μεν και πεπειραμένων, αλλά όχι ειδικών στην Παιδιατρική, και συχνά ακολουθούσαν τη μοίρα των λιγότερο τυχερών συνομηλίκων τους στην αρρώστια και το θάνατο. Ανάμεσα στους περιηγητές και μόνιμους επισκέπτες, που σχολιάζουν την αθηναϊκή καθημερινότητα σε όλες τις εκφάνσεις της, περιλαμβάνονται οι Christianne Lüth, Hans Christian Andersen, Fredrika Bremer, Edmond About, Bayard Taylor, Ernst Anton Quitzmann, Ludwig August Frankl.

Εισαγωγή

΄Οποιος δεν έζησε αυτή την περίοδο, δεν μπορεί να τη φανταστεί, σε μια χώρα, όπου, ύστερα από βαρβαρότητα αιώνων και έναν δεκάχρονο εθνικοαπελευθερωτικό πόλεμο, αρχίζει να γίνεται η πρώτη αρχή ν'αποκατασταθεί μία ρυθμισμένη διοίκηση, γράφει ο αρχαιολόγος και ένας από τους πρώτους καθηγητές του Πανεπιστημίου Αθηνών, Ludwig Ross [Εικόνα 2α] σχετικά με την εποχή, που επονομάσθηκε Οθωνική από τον πρώτο βασιλιά του νεοελληνικού κράτους, τον Βαυαρό Οθωνα.[1] Στη μικρή Αθήνα του 1834 με τον πληθυσμό των 4000 κατοίκων, ο χαρακτηρισμός της ως «ευρωπαϊκή πρωτεύουσα» με δυσκολία μπορούσε να γίνει αποδεκτός. Η μετάβαση της πόλης από το προεπαναστατικό παρελθόν της στη θέση ενός οικονομικού, διοικητικού, πολιτιστικού και πολιτικού κέντρου ήταν επίπονη και ταραχώδης, καθώς θα αναδειχθεί τόπος συνάντησης ετερογενών στοιχείων. Η νέα κοινωνία, που θα προκύψει, θα χαρακτηρίζεται από βαθιά πολιτισμική ρήξη από ό,τι είχε προϋπάρξει.

Εικόνα 1.
Ελληνόπουλο της Οθωνικής εποχής

Ενδεικτικά, παρά τις προσπάθειες του κρατικού μηχανισμού και της Βαυαρικής διοίκησης, δεν έγινε δυνατόν, πριν από την παρέλευση αρκετών δεκαετιών, να περιορισθεί η νοσηρότητα του παιδικού πληθυσμού, να βελτιωθούν οι συνθήκες των τοκετών, η περίθαλψη των ανηλίκων και η υγειονομική κατάσταση της πόλης. Η μείωση της βρεφικής και της παιδικής θνησιμότητας καθυστέρησε σημαντικά, με αποτέλεσμα κάθε οικογένεια Ελλήνων ή Βαυαρών της Αθήνας αδιακρίτως να θρηνεί την απώλεια ενός ή περισσοτέρων από τα νεότερα μέλη της. Αντλώντας πληροφορίες από τις ιστορικές πηγές, αλλά και από ποικίλα κείμενα, που απεικονίζουν την καθημερινότητα, σχηματίζεται το μωσαϊκό μιας δύσκολης για την παιδική ηλικία εικόνας και για τα σημερινά δεδομένα μιας ανερμήνευτης στάσης των γονέων, συχνά μοιρολατρικής.

Ο περιηγητής Edmond About [Εικόνα 2β] καταγράφει τις εντυπώσεις του από το ταξίδι, που πραγματοποίησε το 1852, αναφέροντας μεταξύ άλλων και τα εξής: Η άμιλλα των μανάδων θα έπρεπε να είχε διπλασιάσει σε είκοσι χρόνια τον πληθυσμό του βασιλείου, αλλά οι πυρετοί έβαλαν τάξη στα πράγματα. Το καλοκαίρι τα παιδιά πεθαίνουν σαν τις μύγες. Εκείνα που επιζούν συνήθως έχουν αδύνατα ποδαράκια και την κοιλιά φουσκωτή ως τα 13-14 χρόνια τους. Οι γονείς γλυτώνουν όσα μπορούν[2]. Πράγματι, η οριστική αντιμετώπιση της ελονοσίας (την οποία παραστατικά περιγράφει ο E. About), χρειάσθηκε χρόνο και κόπο: εφαρμογή μέτρων σε γενική και τοπική κλίμακα με τη σύσταση «περιπατητικών ή μεταβατικών ιατρείων μετά ιατρού, χειρουργού και φαρμα-

Εικόνα 2α .
Ludwig Ross

κοποιού».[3] Επιβεβαιώνεται και η παρατήρησή του για τη θερινή θνησιμότητα: ''ήταν πολύ διαδεδομένη η αντίληψη ότι το καλοκαίρι απειλεί την επιβίωση των βρεφών.'' Ο Α. Γούδας (πρώτος απόφοιτος της Ιατρικής Σχολής Αθηνών) στις πρώτες στατιστικές και υγιεινολογικές μελέτες, που έγιναν στη χώρα, θεωρεί το κλίμα της πρωτεύουσας «βρεφοκτόνον», λόγω της υψηλής θνησιμότητας από γαστρεντερίτιδες κατά το θέρος.[4]

Εικόνα 2β .
Edmond About

Εικόνα 2γ .
Hans Christian Andersen

Οι παρατηρήσεις των ξένων περιηγητών

Διάσημα ονόματα της Ευρωπαϊκής διανόησης (και ελάχιστα της Αμερικανικής, διότι είναι κατανοητές οι δυσκολίες ενός τόσο χρονοβόρου και κοπιαστικού ταξιδιού) περιλαμβάνονται στον κατάλογο των περιηγητών (Πίνακας 1), που επισκέφθηκαν την Αθήνα κατά το διάστημα της βασιλείας του ΄Οθωνα (1834-1862). Ανάμεσά τους εκείνα των συγγραφέων Hans Christian Andersen,[5] (Εικόνα 2γ) Gustave Flaubert,[6] Antoine Proust,[7] Fredrika Bremer.[8] (Εικόνα 2δ). Επιπλέον είχαν εγκατασταθεί σε αυτήν ξένοι επιστήμονες πολλών ειδικοτήτων, που στελέχωσαν τον κρατικό μηχανισμό (νομικοί, αρχαιολόγοι, αρχιτέκτονες, ιατροί) και τη Βασιλική Αυλή, καθώς και στρατιωτικοί και απλοί υπάλληλοι, οι περισσότεροι Βαυαροί, κοινής καταγωγής με το νέο βασιλιά.[9] Χωρίς να μπορούν να χαρακτηρισθούν «περιηγητές» με τη στενή ερμηνεία του όρου, συντηρούν ωστόσο την παράδοση της περιηγητικής φιλολογίας, κρατώντας ημερολόγια και σημειώσεις, αποστέλλοντας επιστολές και εκδίδοντας απομνημονεύματα. Οι τελευταίοι διέμειναν μικρότερο ή μεγαλύτερο διάστημα στην καινούργια πρωτεύουσα, σχηματίζοντας ολιγάριθμες κοινότητες, συμμετέχοντας στην καθημερινότητα και υφιστάμενοι οι ίδιοι και τα παιδιά τους τη μοίρα των πρώτων κατοίκων της.[10]

Οι δημοσιευμένες ταξιδιωτικές εντυπώσεις αποτελούν πολύτιμη πηγή πληροφοριών για κάθε πτυχή και για κάθε περίοδο του νεοελληνικού βίου. Οι ιατρικές πληροφορίες είναι ιδιαίτερα αξιόπιστες, όταν προέρχονται από περιηγητές-ιατρούς και συχνή είναι η ενασχόλησή τους με τη φροντίδα υγείας του ανήλικου πληθυσμού της χώρας και ειδικά της Αθήνας. Αλλά και οι μη ιατροί προσφέρουν πλήθος παρατηρήσεων σχετικά με την έλλειψη

Χρονολογικός πίνακας των αναφερόμενων περιηγητών στην Αθήνα (1833-1862)

΄Ονομα	Χρονολογία Ταξιδίου
1. Pouqueville F. C. H. L.	1799-1800
2. Hobhouse John	1809-1810
3. Ross Ludwig	1832-3
4. Tietz Friedrich	1834
5. Lüth Christianne	1839-1852
6. Andersen Hans-christian	1841
7. Quitzmann Ernst Anton	1843
8. Flaubert Gustave	1850-1
9. About Edmond	1852
10. Ow Joseph, Baron Von	1854
11. Frankl Ludwig August	1856

Πίνακας 1.

Εικόνα 2δ .
Fredrika Bremer

υποδομών και υγειονομικής οργάνωσης, την πλημμελή δημόσια υγιεινή, την έλλειψη εκπαιδευμένων ιατρών, τους τοκετούς στα χέρια των πρακτικών μαιών, τα ελάχιστα μέσα πρόληψης, που έχουν όλα άμεσες επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών. Συχνές είναι και οι αναφορές σε θέματα έμμεσα σχετιζόμενα με την ψυχική ευεξία τους,[11] την εκπαίδευσή τους, την ανέχεια και την επαιτεία, την παιδική εργασία και την εκμετάλλευσή της, τα έθιμα της Ορθοδοξίας (αυστηρές νηστείες, τρόπος βάπτισης), τις δεισιδαιμονίες και τη λαϊκή θεραπευτική. Οι πιο θλιβερές αναφορές αφορούν στον ασυνήθιστα μεγάλο αριθμό παιδικών κηδειών, ανεξαρτήτως της κοινωνικής τάξης στην οποία ανήκουν.

Η Οθωνική Αθήνα και η υγειονομική της κατάσταση

Αντιπροσωπεύει τις τρεις πρώτες και δυσκολότερες δεκαετίες της πρωτεύουσας του νεοσύστατου κράτους. Το 1834, όταν μεταφέρεται η έδρα της Κυβέρνησης από το Ναύπλιο, δεν αποτελεί παρά ένα ασήμαντο χωριό με σημαντικότατο παρελθόν και αποτυπωμένες τις ταλαιπωρίες του 10χρονου Αγώνα για την απελευθέρωση. Το κλασικιστικό πνεύμα, που επικρατούσε στη Βαυαρική Αυλή του Λουδοβίκου του Α΄, πατέρα του ΄Οθωνα, υλοποιήθηκε με τα σχέδια του Κλεάνθους (και τις τροποποιήσεις του Von Klenze) και βαθμιαία διαμόρφωσε τα δημόσια κτίρια, τις δενδροφυτεύσεις, τον κήπο της βασίλισσας, τους δρόμους (που αποτελούσαν μικρογραφία ευρωπαϊκής μεγαλούπολης). Δύο μόνο νοσοκομεία για το 19ο αιώνα, πλήθος ορφανών από τον Αγώνα και τη χολέρα του 1854,[12] χωματόδρομοι (σκόνη και λάσπη), προβλήματα ύδρευσης και αποχέτευσης, θέρμανσης, εντόμων, έλλειψης ποιότητας και ποικιλίας τροφίμων. ΄Ολα αποτυπώνονται με ακρίβεια φακού φωτογραφικής μηχανής από τους περιηγητές, αποδίδοντας μία αξιόπιστη εικόνα της πόλης και της εποχής. (Εικόνες 3α, 3β, 3γ).

Είναι γνωστό ότι οι διασημότεροι πολιτικοί της εποχής ανήκαν στην τάξη των ιατρών: ο Ιωάννης Καποδίστριας (που δεν πρόλαβε να δει την Αθήνα πρωτεύουσα), ο πρωθυπουργός Ιωάννης Κωλέττης (ιδρυτής του Ιατροσυνεδρίου), ο Κωνσταντίνος Ζωγράφος και ο Γεώργιος Γλαράκης, που διετέλεσαν υπουργοί και πρεσβευτές. ΄Ομως, επιστημονικά καταρτισμένοι ιατροί (που αναγκαστικά είχαν αποφοιτήσει από ευρωπαϊκά πανεπιστήμια) ήταν σπάνιο φαινόμενο και φυσικό επακόλουθο ήταν να τους εμπιστεύονται οι περισσότεροι, καθώς και τους Βαυαρούς ιατρούς της Αθήνας. Ωστόσο το μεγαλύτερο μέρος του θεραπευτικού προσωπικού το αποτελούσαν οι αποκαλούμενοι εμπειρικοί. Ο περιηγητής και ιατρός Ernst Anton Quitzmann, που επισκέφθηκε την Αθήνα τους πρώτους χρόνους της απελευθέρωσης, κατέγραψε τις εντυπώσεις και τις πληροφορίες του[13] ΄Ηδη επί Καποδίστρια είχαν καταβάλει προσπάθειες, ειδικότερα οι ξένοι ιατροί Zukkarini, Bormann και Treiber να βάλουν κάποια τάξη. Η άδεια εξάσκησης του ιατρικού επαγγέλματος επρόκειτο να εξαρτηθεί από εξετάσεις μπροστά σε κρατική επιτροπή για να εξαφανισθούν σιγά-σιγά οι αγύρτες ψευτογιατροί.

Ο Quitzmann συνεχίζει την καταγραφή των εντυπώσεων και των συναντήσεων με ιατρούς της Αθήνας: ‘‘Συνάντησα τον προσωπικό ιατρό της Αυτού Μεγαλειότητος δόκτορα Röser, που τον είχα γνωρίσει πριν από δέκα χρόνια στο Μόναχο και ο οποίος μου έκανε την τιμή να με εισαγάγει στους κύκλους του Ιατρικού Συλλόγου. ΄Επειτα γνώρισα τον βετεράνο των φιλελλήνων, τον αρχίατρο του επιτελείου δόκτορα Treiber, έναν από τους πρώτους Γερμανούς, που αφιέρωσαν τις δυνάμεις τους στην αναγεννημένη Ελλάδα. Κατόπιν τον δόκτορα Lindermayer, που έχει γεννηθεί στη Βαυαρία και υπηρέτησε ως ιατρός του συντάγματος στον ελληνικό στρατό, από τις 15 Σεπτεμβρίου όμως (σημ. Εννοεί μετά το κίνημα της 3ης Σεπτεμβρίου 1843) εργάζεται μόνο ως ιδιωτικός ιατρός με πολύ ευρείς κύκλους πελατείας ιδιαίτερα στις ανώτερες τάξεις της κοινωνίας των Αθηνών και ασκεί το επάγγελμά του με μεγάλη επιτυχία. Εκτός από αυτούς είμαι υποχρεωμένος να αναφέρω και τους αυλικούς φαρμακοποιούς Landerer, Sartori και von Sprunner. ...Αν και οι Γερμανοί ιατροί με τους άλλους συμπατριώτες μας έχουν απολυθεί μετά την Επανάσταση του Σεπτεμβρίου από τις δημόσιες θέσεις τους, ωστόσο η απομάκρυνσή τους δεν τους εμπόδισε να παραμείνουν οι πιο δημοφιλείς ιατροί

Εικόνα 3α.
Τοπία της Αθήνας των δεκαετιών 1840-1850

Εικόνα 3β.
Τοπία της Αθήνας των δεκαετιών 1840-1850

Εικόνα 3γ.
Τοπία της Αθήνας των δεκαετιών 1840-1850

στους οποίους προσφεύγουν Ελληνες και ξένοι με πλήρη εμπιστοσύνη. ''

''Από έναν σωρό ερειπίων, έχει γίνει ένας κατοικίσιμος τόπος, από ένα κατεστραμμένο χωριό, ένας ευχάριστος την όψη τόπος, από ένα τουρκικό επαρχιακό κατοικημένο μέρος, η πρωτεύουσα και η έδρα της Διοίκησης ενός νεαρού, γεμάτου σφρίγους βασιλείου.'' Ετσι διατυπώνει την άποψή του για την Αθήνα ο Ludwig Ross, που τη γνώρισε το 1832, πριν να ανακηρυχθεί πρωτεύουσα και το 1836 στα πρώτα της βήματα.[1] Τα προβλήματά της στον τομέα της δημόσιας υγείας γίνονται αμέσως αντιληπτά από τους περιηγητές. Υπάρχουν αναφορές για το καλοκαίρι με την αφόρητη για τους Ευρωπαίους ζέστη, τα κουνούπια και τα άλλα έντομα, τη σκόνη, το κλίμα, που ευνοούσε τη βρεφική θνησιμότητα από τους Edmond About[2] και Baron Joseph von Ow[14] και για το χειμώνα με τη λάσπη, το κρύο, τα σπίτια χωρίς θέρμανση, με μοναδικό μέσο το μαγκάλι, χωρίς τζάμια (ειδικές τιμές για τα σπίτια που νοικιάζονταν με τζάμια) από τους Bayard Taylor,[15] Antoine Proust,[7] Ludwig Ross[1] και για την έλλειψη πρασίνου, το άδεντρο τοπίο με μοναδική όαση το Βασιλικό Κήπο, που δημιούργησε η Βασίλισσα Αμαλία, από τους Friedrich Tietz[16] και Edmond About.[2]

Τοκετός και βρεφικός θηλασμός

Πριν από τη δημιουργία του νεοελληνικού κράτους, ο τοκετός ήταν γυναικεία υπόθεση και πρωταγωνιστούσε η μαμή. Οι περιηγητές, που παρακολουθούν τοκετό (από μακριά), διαμαρτύρονται για τις πρωτόγονες συνθήκες μέσα στις οποίες διεξάγεται. Ο Pouqueville, ιατρός και ο ίδιος, ερμηνεύει με το δικό του τρόπο: *Αυτή που σε ένα λεπτό θα γίνει μητέρα δεν θα δεχθεί καμιά από τις βοήθειες εκείνες, με τις οποίες η τεχνική διευκολύνει τη φύση που καμιά φορά δεν είναι σταθερή στην πορεία της. Μια Ελληνίδα θα προτιμούσε χίλιες φορές το θάνατο από τις φροντίδες ενός άνδρα, που το ταλέντο του θα μπορούσε να περιορίσει τους πόνους της ή κι ακόμη να τη σώσει σε περίπτωση κινδύνου.*[17] Επιστρέφει στο θέμα για να σχολιάσει την έλλειψη ικανοτήτων από τους κομπογιαννίτες (καλογιατρούς): *Και ομολογώ, πως εκείνοι που εμφανίζονται ως μαιευτήρες, είναι πιο επικίνδυνοι από τις πολύ σπάνιες κακοτυχίες του τοκετού, γιατί αυτός ο τομέας της ιατρικής, αν και πολύ απλός, δεν μπορεί να ασκείται καλά από τους καλογιατρούς.*[17] Στην Αθήνα οι τοκετοί είναι ασφαλέστεροι, στις δύσκολες περιπτώσεις επεμβαίνουν οι επιστήμονες ιατροί, όπως στη γέννηση τριδύμων το 1847. *Γυνή τις εις Αθήνας κατά την ενορίαν της Αγίας Μαύρης γέννησε πριν λίγες ημέρες αρσενικά που έχαιραν άκρας υγείας.*[18] *Ο πατέρας των τριδύμων διαμαρτυρόμενος για το πενιχρό βοήθημα των 20 δραχμών που έλαβε από το κράτος έλεγε δημοσίως ότι θα ευχόταν αυτά τα τρίδυμα να τα είχε κάνει η βασίλισσα και όχι η*

γυναίκα του.[19] Η ατεκνία της βασίλισσας Αμαλίας απασχολούσε το λαό, που επιθυμούσε να δει τον διάδοχο. Οι προσπάθειες των γυναικολόγων στην Αθήνα και στην Ευρώπη, στους οποίους κατέφυγε το βασιλικό ζεύγος, δεν καρποφόρησαν ποτέ.[20]

Ο Hobhouse επισκέπτεται την πέτρα «Κυλίστρα» της Αθήνας (στην Πνύκα), που φημολογείται ότι χαρίζει ευτεκνία στις άτεκνες, αν κυλιστούν πάνω της. Ο ίδιος πληροφορείται ότι το νερό της πηγής της Καισαριανής κατασιγάζει τους πόνους της γέννας, για πόση ή και για λούσιμο.[21] Οι μαίες στην Αθήνα, που σύντομα αποκτούν επιστημονικές γνώσεις αποφοιτώντας από τη Σχολή Μαιών, διεξάγουν τους περισσότερους τοκετούς στην πόλη. Υπάρχουν βέβαια μαρτυρίες και για αλλοδαπές μαίες: *...απόκτησα ένα γιο. Η ιταλίδα μαμή δεν μπορούσε να έρθει και πήρα μια γερμανίδα κυρία....*[19]

Ο θεσμός της τροφού (παραμάνας) καθιερώνεται στη μετεπαναστατική Ελλάδα και αναπτύσσεται κυρίως στα εύπορα στρώματα της αθηναϊκής κοινωνίας. Ιδιαίτερα καλοί πελάτες αποδεικνύονται οι κυρίες της Βαυαρικής παροικίας, που σύντομα μαθαίνουν ότι οι περιζήτητες παραμάνες προέρχονται από τα νησιά ΄Ανδρο, Τήνο και Τζια. *Η παραμάνα των Ζαΐμη παραπονιόταν που έφευγαν οι Βαυαροί από την Ελλάδα, γιατί πλήρωναν καλά τις παραμάνες, κι όσο έμεναν εδώ, αυτές είχαν πάντα δουλειά. Τώρα ήταν δύσκολο να βρουν δουλειά κι αυτή κακοπληρωμένη.*

Στους αιώνες της Οθωμανικής κυριαρχίας είναι σπάνιες οι περιπτώσεις πρόσληψης τροφού και ο Pouqueville μακαρίζει τα ελληνόπουλα, που τρέφονται από την ίδια τη μητέρα τους: *Καλότυχα παιδιά! Καμιά ξένη γυναίκα δεν θα αναλάβει επί πληρωμή τη φροντίδα για τη διατροφή σας και δεν θα είναι αυτή που θα δεχθεί το πρώτο σας χαμόγελο.*[17]

Στην Οθωνική Αθήνα η Christianne Lüth (που γέννησε 4 παιδιά κατά την παραμονή της στην πόλη) καταγράφει τις πολλαπλές εμπειρίες της: *Δυσκολευτήκαμε να βρούμε μια παραμάνα, γιατί τα κορίτσια παντρεύονται νωρίς κι έτσι δε χρειάζεται να δουλέψουν για να ζήσουν ... Τελικά βρήκαμε μια Ελληνίδα που ο άντρας της ήταν υπηρέτης του ρώσου πρέσβη. Ηθελε 40 δραχμές το μήνα. Το μισθό της τον πλήρωνε η βασίλισσα* (σημ. Ο Lüth ήταν ο προσωπικός ιερέας της Αμαλίας) *και μαζί το δώρο που θα 'παιρνε κάθε φορά που το παιδί έβγαζε δόντι, στο διάστημα που θα το περιποιότανε.*

Η παραμάνα προβάλλει την απαίτηση να φιλοξενούν και τον άνδρα της και αποφασίζεται αλλαγή παραμάνας. *Βρήκαμε τότε μια γυναίκα από τη Τζια*. Τη μνημονεύει και ο συμπατριώτης της Lüth, Δανός Hans Christian Andersen, που τους επισκέφθηκε: *Η παραμάνα του σπιτιού, μια πεντάμορφη Ελληνίδα από τη Τζια*. Νέα προβλήματα προκύπτουν όμως, όπως τα καταγράφει η Lüth: *Η βασίλισσα ζήτησε να δει το μωρό. Πήγα μαζί με την παραμάνα που την κρατούσε αγκαλιά. Η παραμάνα δεν μπήκε στη σάλα, πράγμα που την προσέβαλε πολύ*. Δεν είναι όμως μόνο οι κοινωνικές διακρίσεις, αλλά και το ύψος της αμοιβής, η διατροφή της και η διαμονή της στην οικογένεια και άλλα προβλήματα που προκύπτουν από το συγχρωτισμό. Ο μάγειρας έκανε μόνο το φαϊ που άρεσε της παραμάνας. *Τη Μεγάλη Εβδομάδα η παραμάνα έτρεχε συνέχεια στην εκκλησία και στην Ανάσταση, πήρε το παιδί μαζί της χωρίς να το ξέρουμε και το θήλαζε στην εκκλησία.*[19]

Οι εμβολιασμοί

Το θέμα της προστασίας της παιδικής ηλικίας είχε προσελκύσει εξ αρχής την προσοχή του Κυβερνήτη Καποδίστρια. Οι Βαυαροί συνέχισαν τις προσπάθειες δημιουργίας κράτους πρόνοιας και υγιεινομική νομοθεσία, προσαρμόζοντας ευρωπαϊκά πρότυπα στα ελληνικά ήθη και προκαλώντας ενίοτε και αντιδράσεις. Είχε επιβληθεί υποχρεωτικός εμβολιασμός για την ευλογιά, αλλά η δυσπιστία και η αμάθεια οδηγούσαν πολλούς γονείς στην απόκρυψη των παιδιών τους, όταν έφθανε το συνεργείο εμβολιασμού. Στην πρωτεύουσα η κατάσταση εμφανίζεται καλύτερη. Πολλοί περιηγητές (Bremer, Lüth, Quitzmann) και ο Ludwig August Frankl (που έδωσε διάλεξη στους ιατρούς της Αθήνας με θέμα την επίδραση των κρατητηρίων στην υγεία των ανηλίκων παιδιών)[22] γνώρισαν τον Bernard Röser, τον ιατρό του ΄Οθωνα, και το έργο του: να εμβολιάζει μικρούς και μεγάλους στη Βασιλική Αυλή, να κάνει εξαγωγή δοντιών στα παιδιά, να αντιμετωπίζει τα παιδικά νοσήματα, να σχεδιάζει ταυτόχρονα την ίδρυση ενός Λεπροκομείου στην Αττική, να ξεναγεί τους επιφανείς επισκέπτες της πόλης, να ονειρεύεται την ίδρυση Ακαδημίας. Αναφορές υπάρχουν και για τους άλλους γιατρούς της Αθήνας, που χωρίς να είναι ειδικευμένοι, ωστόσο ασχολούνται με την προάσπιση της υγείας των παιδιών και την αντιμετώπιση των νόσων.

Είναι τόσο συχνές οι παιδικές αρρώστιες, που δεν ξεφεύγουν της προσοχής των περιηγητών και για τους ξένους, που παραμένουν περισσότερο χρόνο στη χώρα μας, αποτελούν συνεχή απειλή για την επιβίωση των δικών τους παιδιών. Η Bremer περιγράφει μία θανατηφόρο ιλαρά, ο About πολλά κρούσματα ελονοσίας, η Lüth κοκκύτη και ευλογιά καθώς και δαμαλισμό, που είχε γίνει στα δικά της παιδιά, στα δύο μεγαλύτερα το 1842 σε μια επιδημία, που απειλούσε την Αθήνα, τον πραγματοποίησε ο ίδιος ο Röser, προσωπικός ιατρός του ΄Οθωνα, στο μικρότερο ο ειδικός των εμβολιασμών ιατρός Alberti σε ανάλογο κίνδυνο το 1847.

Η Lüth παρατηρεί τις αντιδράσεις στο δαμαλισμό, που παρουσίασαν τα παιδιά της: ο μεγάλος της γιος παρουσίασε υψηλό πυρετό, έντονη ερυθρότητα και οίδημα στο βραχίονα, που σύντομα παρήλθαν. Ο μικρός της γιος παρουσίασε έντονη ανησυχία, κλάμα και την ίδια ερυθρότητα στο βραχίονα. Ο ιατρός Alberti καθησυχάζει

την οικογένεια και θεωρεί φυσιολογικές τις παρενέργειες του εμβολίου. Περιγράφεται και ο εμβολιασμός των ενηλίκων, όπως της ίδιας της βασίλισσας, το 1847, που είχε ξεσπάσει επιδημία ευλογιάς. Μαρτυρία των κατά καιρούς εμβολιασμών της Βασιλικής Αυλής διασώζει σε επιστολή της και η κυρία επί των τιμών της Αμαλίας, Julie von Nordenflycht[23].

Θάνατοι και κηδείες παιδιών

Η μαρτυρία της Δανέζας Christianne Lüth, που έζησε στην Αθήνα του Οθωνα μέσα στην αποικία των 850 Βαυαρών και των 50 Δανών, θεωρείται πολύτιμη διότι: **α)** η μακρόχρονη παραμονή της και η συνήθειά της να καταγράφει την καθημερινότητά της σε ημερολόγιο απο-

Εικόνα 4α.
Πορτρέτο της Christianne Lüth

Εικόνα 4β.
Η οικογένεια Lüth (το ζεύγος Lüth, ανάμεσά τους η αδελφή της Christianne, Hanne, και τα παιδιά τους Δάμαρις και Νικόλαος

τυπώνει μοναδικά την ατμόσφαιρα, αλλά και τις λεπτομέρειες του βίου της εποχής, **β)** η θέση της ως συζύγου του εφημερίου της βασίλισσας της δίνει τη δυνατότητα να γνωρίζει και να συναναστρέφεται την αλλοδαπή ιατρική κοινότητα της πρωτεύουσας (τους ιατρούς Röser, Treiber, Lindermayer, Petpendorfer, Wiber, Wentland, Alberti, Beg) και τους καθηγητές της Ιατρικής Σχολής του νεοσύστατου Πανεπιστημίου και **γ)** ήταν η ίδια μητέρα τεσσάρων παιδιών, τα οποία γέννησε στην Αθήνα, έχασε δε τα δύο σε βρεφική ηλικία και αγωνίσθηκε πολύ με τις αρρώστιες των άλλων δύο. (Εικόνες 4α, 4β, 4γ) Ταυτόχρονα παρακολουθούσε από κοντά τα νοσήματα των άλλων παιδιών της πόλης, καθώς και το θλιβερότερο θέαμα στους δρόμους, τις κηδείες βρεφών, μικρών παιδιών και νεαρών εφήβων. Ακόμη και οι λιγοστές επιφανείς οικογένειες έχουν θύματα:

-έγινε η κηδεία του μικρού γιου του Γλαράκη από «οξυτάτην νόσον κακοήθους πυρετού» (ο Γλαράκης ήταν ιατρός και υπουργός Εσωτερικών και Εξωτερικών). Είναι χαρακτηριστικό το φαινόμενο να υποκρύπτουν οι διαγνώσεις της εποχής διαφορετικές νοσολογικές οντότητες.

-έγινε η κηδεία της μικρούλας Σοφίας Lindermayer (ο Lindermayer ήταν ιατρός της Βασιλικής Αυλής)

-έγινε η κηδεία της κόρης του Ρενιέρη. Ηταν ένα κοριτσάκι πολύ χαριτωμένο που τραγουδούσε και στις συναυλίες. Κρυολόγησε πέρσι (εδώ η Λυτ μεταφέρει τις κρατούσες αντιλήψεις της εποχής), όταν γύριζε σπίτι μετά από ένα χορό ... και στη συνέχεια έπαθε φυματίωση (ο Ρενιέρης ήταν ιατρός και Πρόεδρος της Βουλής)

-οι Landerer έχασαν το μικρό τους Βασίλη από διφθερίτιδα (ο Landerer ήταν Καθηγητής Φαρμακολογίας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και Βασιλικός Φαρμακοποιός).

Η θλιβερή καταγραφή των θανάτων παιδιών, που δεν εστερούντο ιατρικής φροντίδας, ακόμη και παιδιών ιατρών, αποτελεί ένδειξη της απόλυτης αδυναμίας της ιατρικής της εποχής καταπολέμησης των συνήθων παιδικών νοσημάτων και των κοινών λοιμώξεων. Με λιτότητα περιγράφει και την προσωπική της τραγωδία. Ο ιατρός Lindermayer, που παρακολουθούσε τη μικρή Γιούττα, είχε δώσει μάχη για να τη σώσει, έστειλε την οικογένεια στους Αμπελοκήπους για να βοηθήσει το υγιεινό κλίμα τους την πορεία της αρρώστιας, έδινε όποια αγωγή φαρμακευτική πίστευε ότι απαιτείται, αλλά η μάχη ήταν άνιση:

-12.7.1844. Νωρίς το πρωί κατεβάσαμε το μικρό μας άγγελο στον τάφο. Ο τάφος της είναι μια μικρή μαρμάρινη πλάκα στο Νεκροταφείο των Προτεσταντών στην Αθήνα.

Υπάρχουν όμως και μεγαλύτερες τραγωδίες από τη δική της:

-η καημενούλα η Ζανέτ πέθανε μετά από 29 ημέρες αρρώστιας και η κηδεία έγινε χθες. Οι ταλαίπωροι γονείς της έχουν χάσει τόσα παιδιά![19]

Εικόνα 4γ.
Οι τάφοι των 2 άλλων παιδιών της οικογένειας Lüth, της Γιούττας και του Διονυσίου, στο Νεκροταφείο Προτεσταντών της Αθήνας

Μεγάλες επιδημίες και επιπτώσεις στον παιδικό πληθυσμό

Από το 1497 υπάρχουν στοιχεία για τις επιδημίες, που έπληξαν την Αθήνα, και οι καταγραφές γίνονται λεπτομερέστερες και ακριβέστερες με το πέρασμα των αιώνων. Η προφορική παράδοση κρατούσε ζωντανή ακόμη τη μνήμη τους, όπως αναφέρει ο Αθηναιογράφος Δ. Καμπούρογλου μέχρι και τα τέλη του 19ου αιώνα, κυρίως μέσα από τους θρήνους, που αναφέρονται σε επώνυμα και ανώνυμα θύματα των επιδημιών αυτών. Τα «θανατικά» αυτά, καταγραμμένα πολλές φορές σε χειρόγραφα της εποχής, διακρίνονται συχνά μεταξύ τους από το όνομα κάποιου σημαντικού κατοίκου της πόλης ή του πρώτου, που έτυχε να αποβιώσει στη διάρκεια της επιδημίας. Μετά τις μεγάλες επιδημίες του 1497 (θανατικόν του Τριαντάρη), του 1524 (θανατικόν του Ματζάκη) και του 1553 (που το έφερε ο υιός του Καρυδιά από την Πόλιν), ο μακρύς κατάλογος προσδιορίζει και το είδος της επιδημίας: 1667 (πανώλη), 1759 (πανώλη).[24] Το νεοελληνικό κράτος αντιμετωπίζει τη μεγάλη επιδημία χολέρας του 1854. Τα νοσοκομεία της πόλης, το Στρατιωτικό (Εικόνα 5) και το Πολιτικό[25], ήταν εντελώς ανεπαρκή να αντιμετωπίσουν το πλήθος των κρουσμάτων. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι σε ένα μόνο 24ωρο, στις 14-15 Νοεμβρίου 1854, σημειώθηκαν άνω των 200 θάνατοι στο Στρατιωτικό Νοσοκομείο.[26] Η μεγάλη φυγή προς τα χωριά της Αττικής, αλλά και ακόμη πιο μακρινούς προορισμούς ερήμωσε τη μικρή πρωτεύουσα: Η Ιερά Οδός, η οδός των Πατησίων, της Κηφισιάς, του Μαραθώνος, κάθε δρόμος, που έφερνε σ' ένα χωριό της Αττικής, ήτο γεμάτος από κάρα, αμάξια, φορτηγά ζώα, πεζούς ... (από τις 30000 έμειναν στην πόλη 8000). Οι δημόσιες υπηρεσίες μένουν χωρίς υπαλλήλους, μόνον ο ΄Οθων και η Αμαλία έμειναν πιστοί στη θέση τους να ελεούν και να παρηγορούν όσο μπορούσαν. Η έλλειψη συντονισμού των υγειονομικών υπηρεσιών, η κερδοσκοπία γιατρών, φαρμακοποιών, νεκροθαπτών, η απόκρυψη αγαθών, όπως το ρύζι, που εθεωρείτο προληπτικό της νόσου, επιδείνωναν την κατάσταση.

Εικόνα 5.
Το πρώτο Στρατιωτικό Νοσοκομείο της Αθήνας στην περιοχή Μακρυγιάννη.

Η επιδημία αυτή επρόκειτο να παίξει το ρόλο του καταλύτη στην ανάδειξη του ζητήματος των απόρων. Σταμάτησαν μεν οι απώλειες σε ανθρώπινες ζωές, παρέμειναν

Εικόνα 6.
Το Ορφανοτροφείο Αρρένων Χατζηκώνστα στην οδό Πειραιώς.

Εικόνα 7.
Το Βρεφοκομείο Αθηνών στην οδό Πειραιώς.

όμως οι συνέπειές τους ορατές για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα παιδιά, που είχαν χάσει τους γονείς τους κατά τη διάρκεια της μεγάλης χολέρας, περιπλανιόνταν στους δρόμους.[27] Είχαν ήδη προϋπάρξει έκθετα και εγκαταλελειμένα βρέφη και μεγαλύτερα παιδιά, που εντυπωσίασαν τον About κατά την επίσκεψή του το 1852: ΄΄Βρίσκεις στο παζάρι των Αθηνών να βράζει ένας ολόκληρος υπόκοσμος, που ζει με τη χάρη του Θεού, λίγο με ελεημοσύνες, λίγο με μικροκλοπές που γίνονται βιαστικά.[2] ΄΄ Το κενό της απουσίας κρατικής παρέμβασης στο χώρο της κοινωνικής πρόνοιας, αποπειράται να καλύψει η ιδιωτική πρωτοβουλία μέσω φιλανθρωπικών δραστηριοτήτων. Για την προστασία των παιδιών αποφασίσθηκε η δημιουργία δύο Ορφανοτροφείων, για τα κορίτσια το «Αμαλίειο» υπό την προστασία της βασίλισσας, που αναζήτησε πόρους στους εύπορους ομογενείς της διασποράς και για αγόρια το «Γεωργίου και Αικατερίνης Χατζηκώνστα» (Εικόνα 6) από το κληροδότημα του εγκατεστημένου στη Μόσχα Ηπειρώτη ομώνυμου εμπόρου, το 1855 και το 1856 αντίστοιχα. Το πρώτο στεγάστηκε αρχικά σε οικία της πλατείας Ελευθερίας (Κουμουνδούρου) και από το 1859 σε ιδιόκτητο κτήριο στην οδό Ηρώδου Αττικού, ενώ το δεύτερο στον Κεραμεικό. Χαρακτηριστική είναι η μαρτυρία του Ε. Λυκούδη: ΄΄Πολλά από τα έρημα τα γύρεψαν έπειτα συγγενείς και τα μάζωξαν, άλλα συνεκέντρωσε τη Μαρία Υψηλάντη (Σημ. γόνος της γνωστής από την Επανάσταση οικογένειας) και των άλλων ομοίων της η φιλανθρωπία εις το Αμαλίειον, το οποίον αυτά πρώτα περιέθαλψε[26]. Το Βρεφοκομείο (Εικόνα 7) θα ακολουθήσει το 1859 με πρωτοβουλία του Δημάρχου Γεωργίου Σκούφου με πρώτο Πρόεδρο τον Καθηγητή Παιδιατρικής Αναστάσιο Ζίννη. Στα πρώτα έξι χρόνια της λειτουργίας του δέχθηκε 675 βρέφη και το ποσοστό θνησιμότητας κυμάνθηκε από 30 μέχρι 40%.[28] Δύσκολες υπήρξαν και οι συνθήκες ανατροφής των βρεφών από εξωτερικές θηλάστριες. ΄Οταν δεν επαρκούσε το γάλα και για το δικό τους παιδί και για το έκθετο, κατέφευγαν στους χυλούς από ρύζι ή σιμιγδάλι, προκαλώντας διάρροιες συχνά θανατηφόρες. Η έλλειψη καθαριότητας και η διαβίωση εν οικήμασι καθύγροις και κακώς αεριζομένοις και φωτιζομένοις΄΄ συμπληρώνει μία εικόνα αθλιότητας, που συνοδεύει την παιδική ηλικία στην πόλη για πολλές δεκαετίες μετά το τέλος της Οθωνικής εποχής.[29] Τέλος, η επαφή των περιηγητών, αλλά και όσων κατοίκησαν για μικρότερο ή μεγαλύτερο διάστημα στη μικρή πρωτεύουσα, με τα παιδιά που γεννήθηκαν και μεγάλωσαν στα χρόνια του Οθωνα, υπήρξε απόλυτα θετική. Στα Ημερολόγια, τα Οδοιπορικά, τις Αναμνήσεις, όλοι οι ταξιδιώτες. που θεωρούν το ταξίδι ως αυτοσκοπό, δεν αδιαφορούν για τη διαβίωση των λαών που γνωρίζουν.[30,31] Εντυπωσιακά είναι τα συναισθήματα που γεννιώνται: τα περιγράφουν με αγάπη (Andersen), τα μακαρίζουν γιατί αναπνέουν τον αέρα της Αττικής (Proust), τα θαυμάζουν (Bremer), οργίζονται με την παιδική εργασία (Lüth και Bremer) και η άμεση αυτή επαφή συνετέλεσε στην αφύπνιση της Ευρωπαϊκής συνείδησης και στη δημιουργία ρεύματος Φιλελληνισμού όπως και πριν από την Επανάσταση.

Summary

Health care of children population in athens during the ottonian era (1834-1862)

E. Poulakou-Rebelakou[1], C. Tsiamis[1], L. Rebelakos[1], M. Mandyla-Kousouni[2]

[1] History of Medicine, Medical School, University of Athens
[2] Medical and Surgical Society of Corfu

Objective: The study and analysis of data on morbidity, mortality and health care of the children population of Athens during the reign of Otto. (Figure 1)

Material and Methods: Indexing of works by foreign travelers who visited or stayed in the new capital city for a longer period, research of historical sources from the particular period and review of relevant literature.

Results: The children of the residents of Athens, whether they were native or immigrants (mainly Bavarians as well as from other places of Europe), faced multiple problems immediately after the creation of the modern Greek state and the establishment of King Otto, living in a city with no infrastructure or organised healthcare system, with poor public hygiene, a small number of doctors and few prevention measures, and childbirths being taken care of by midwives. Even privileged children that belonged to the country's newly shaped ruling elite, or to the group of eminent foreigners who framed the state apparatus, were confined to the care offered by the Bavarian doctors of the palace and by the professors at the Medical School of the newly established university. Although experienced and skilled, these doctors were not specialised in Pediatrics and, as a result, children often

followed the fate of their less fortunate peers to illness and death. Among travelers and permanent visitors who have commented on the everyday life of Athens in all its manifestations, are Christianne Lüth, Hans Christian Andersen, Fredrika Bremer, Edmond About, Bayard Taylor, Ernst Anton Quitzmann and Ludwig August Frankl.

Conclusions: The limited contemporary sources are enriched by testimonies of people who visited Ottonian Athens, in their attempt to investigate the living conditions and the threatening nosologic map of the city. Moreover, these motivated people have contributed in the preservation of information on health monitoring and therapeutic methods for infants and children, thus supplementing the History of Pediatrics of an inadequately researched period.

Βιβλιογραφία

1. Ross L. Erinnerungen und Mittheilungen aus Griechenland. Verlag von Rudolph. Gaertner, Berlin, 1863. (Ελληνική μετάφραση: Αναμνήσεις και Ανταποκρίσεις από την Ελλάδα (1832-1833). Αφοί Τολίδη, Αθήνα, 1976, 97)
2. About E. La Grèce contemporaine. Hachette, Paris, 1855. (Ελληνική μετάφραση: Η Ελλάδα του Οθωνος, Αφοί Τολίδη, Αθήνα χχ, 140)
3. Mandyla M, Tsiamis C, Kousounis A, Petridou E. Pioneers in the anti-malaria battle in Greece (1900-1930). Gesnerus 2011; 68(2): 180-197
4. Γούδας ΑΝ. Ερευναι περί ιατρικής χωρογραφίας και κλίματος Αθηνών. Ιατρική Μέλισσα 1858; 6: 15-16
5. Andersen HC. En Digters Bazar. Topsoe-Jensen, Copenhagen, 1943. (Ελληνική μετάφραση: Οδοιπορικό στην Ελλάδα. Εστία, Αθήνα, χχ)
6. Flaubert G. Voyages. Vol. I-II. Les Belles Lettres, Paris, 1948. (Ελληνική μετάφραση: Το ταξίδι στην Ελλάδα, Δεκέμβριος 1850-Φεβρουάριος 1851. Ολκός, Αθήνα, 1989)
7. Proust A. Un hiver à Athènes. Le Tour du monde, Paris, 1860. (Ελληνική μετάφραση: Ενας χειμώνας στην Αθήνα του 1857. Ειρμός, Αθήνα, 1990)
8. Bremer F. Greece and the Greeks: the narrative of a winter residence and summer travel in Greece and its islands. Hurst & Blackett, London, 1863 (Ελληνική μετάφραση: Η Ελλάδα και οι Ελληνες την εποχή του Οθωνα. Μια χειμερινή παραμονή και μια καλοκαιρινή περιπλάνηση το 1859. Κάτοπτρο/Ιστορητής, Αθήνα, 2002, τόμοι 1-2 και Μια Σουηδέζα στην Ελλάδα του 19ου αιώνα (εκδ. Sture Linér) Προσκήνιο, Αθήνα, 1997)
9. Rüffer M. Otto's first years in Greece. In: From Athens to Bamberg. The life of the first couple, Otto and Amelia, after 1862. Editions of the Museum of the City of Athens Vourou-Eftaxia, Athens, 2005, 35-44
10. Seidl W. Bayern in Griechenland. Die Geburt des griechischen Nationalstaats und die Regierung König Ottos. Prestel-Verlag, München, 1981 (Ελληνική μετάφραση: Βαυαροί στην Ελλάδα. Ελληνική Ευρωεκδοτική, Αθήνα, 1984)
11. Δημαράς ΚΘ. Εισαγωγή Δ΄Τόμου Τόπος και Εικόνα. Ολκός, Αθήνα, 1982
12. Σουτζόγλου-Κοτταρίδη Π. Παιδί και Υγεία στα πρώτα χρόνια της ανεξάρτητης Ελλάδας 1830-1862. Δωδώνη, Αθήνα, 1991
13. Quitzmann EA. Reisebriefe aus Ungarn, dem Banat, Siebenbürgen, den Donaufürstentümern, der Europäischen Turkei und Griechenland. Müller, Stutgard, 1850. Στο: Ενεπεκίδης ΠΚ. Αθηναϊκά Αττικοβοιωτικά Δωδεκανησιακά (1815-1980). Ωκεανίδα, Αθήνα, 1991, 107-116
14. Von Ow J. Baron. Aufzeichnungen eines Junkers am Hofe zu Athen, Pest-Wien-Leipzig, 1834. Στο: Ενεπεκίδης ΠΚ οπ, 123-126
15. Bayard-Taylor J. Reisen in Griechenland; nebst einem Ausflug nach Kreta, von Bayard-Taylor, Leipzig, 1862 (Ελληνική μετάφραση: Ενας Αμερικανός συγγραφέας στην Αθήνα του 1857. Ιστορία Εικονογραφημένη 1997, τεύχος 347)
16. Tietz F. Ein Tagblatt für Kunde des geistigen und sittlichen Lebens der Völker. Das Ausland 1840; 189: 753-759. Στο Ενεπεκίδης ΠΚ. οπ, 26-41
17. Pouqueville FCHL. Voyage en Morée, à Constantinople, et en Albanie et dans plusieurs autres parties de l Empire Ottoman pendant les années 1798, 1799, 1800, et 1801. Paris, 1805 (Ελληνική μετάφραση: Ξένοι περιηγητές στον ελληνικό χώρο. Pouqueville Ταξίδι. Α΄ Τόμος Μακεδονία Θεσσαλία Β΄ Τόμος Στερεά Ελλάδα Αττική Κόρινθος Γ΄ Τόμος Πελοπόννησος, Τολίδης, Αθήνα, 1995)
18. Εφημερίς «Η Ταχύπτερος Φήμη», έτος ΙΑ΄ φύλλο 652, 27.5.1847
19. Lüth C. Fra Fredensberg af en Kvindes Liv. Gyldendalske, Copenhagen, 1926 (Ελληνική μετάφραση: Μια Δανέζα στην Αυλή του Οθωνα. Ερμής, Αθήνα, 1988 και Στην Αθήνα του 1847-1848. Ενα ανέκδοτο ημερολόγιο. Ερμής, Αθήνα, 1991)
20. Poulakou-Rebelakou E, Tsiamis C, Tompros N, Creatsas G. The lack of a child, the loss of a throne: the infertility of the first royal couple of Greece (1833-1862) J R Coll Physicians Edinb 2011; 41: 73-77
21. Hobhouse J. Cam Lord of Broughton. A journey through Albania and other provinces of Turkey in Europe and Asia to Constantinople during the years 1809 and 1810. London, 1813. Στο: Σιμόπουλος Κ. (εκδ.). Ξένοι ταξιδιώτες στην Ελλάδα 1810-1821, τόμος Γ΄2, Hobhouse, ο συνοδοιπόρος του Byron, Αθήνα, 1975, 66-113

22. Frankl LA. Nach Jerusalem. Baumgärtner, Leipzig, 1858. Στο: Ενεπεκίδης ΠΚ σ. 138-143
23. Julie von Nordenflycht: Επιστολαί κυρίας της τιμής εν Αθήναις προς φίλην της εν Γερμανία 1837-1842 (μετάφραση: Κ. Τσαουσόπουλος) Δελτίον Ιστορικής & Εθνολογικής Εταιρείας Η΄1922
24. Μιχελή Λ. Πλάκα. Δρώμενα, Αθήνα, 1988, 98-100
25. Αλιβιζάτος ΚΝ. Από την Ιστορία των Νοσοκομείων των Αθηνών. Αρχεία Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, Πρακτικά 3ου Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου, 824-826
26. Λυκούδης Ε. Η Ξένη του 1854. Στο: Διηγήματα 1920, επανέκδοση 1990, Νεφέλη, Αθήνα, 57-99
27. Καλλιγά Ε. Η Πρόνοια για το παιδί στην Ελλάδα του 19ου αιώνα. Δωδώνη, Αθήνα, 1990
28. Πουλάκου-Ρεμπελάκου Ε. Ιστορικές και λογοτεχνικές αναφορές του Βρεφοκομείου Αθηνών. Πρακτικά 1ης Ημερίδας Εταιρείας Ιστορίας της Παιδιατρικής. Βήτα, Αθήνα, 2007, 53-88
29. Κορασίδου Μ.Οι΄Αθλιοι των Αθηνών και οι θεραπευτές τους. Ιστορικό Αρχείο Ελληνικής Νεολαίας ΚΝΕ/ΕΙΕ, Αθήνα, 1995, 23-152
30. Gehrke HJ. Αναζητώντας τη χώρα των Ελλήνων. Επιστημονικά ταξίδια και η σημασία τους για την έρευνα και την αντιμετώπιση της αρχαιοελληνικής ιστορίας στον 19ο αιώνα. Στο: ΄Ενας κόσμος γεννιέται. Η εικόνα του ελληνικού πολιτισμού στη γερμανική επιστήμη κατά το 19ο αιώνα. Ε. Χρυσός (εκδ.) Ακρίτας, Αθήνα, 1996, 59-82
31. Eisner R. Travelers to an antique land. The History and Literature of Travel to Greece. The University of Michigan Press, Ann Arbor, 1993, 5-35

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

για το περιοδικό «Ιατρικά Χρονικά Β.Δ. Ελλάδος»

Τα «ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ Β.Δ. ΕΛΛΑΔΑΣ» είναι το επίσημο επιστημονικό όργανο της «Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας» και σκοπό έχει τη συνεχή και υπεύθυνη ενημέρωση των ιατρών της Β.Δ. Ελλάδας και των Επτανήσων σε θέματα που αφορούν το σύνολο των ιατρικών ειδικοτήτων. Για το σκοπό αυτό δέχεται άρθρα βασικής έρευνας, κλινικά, κλινικοεργαστηριακά. επιδημιολογικά ή άλλης φύσεως που αφορούν όλες τις ιατρικές ειδικότητες (κλινικές και εργαστηριακές). Τα άρθρα μπορούν να εμπίπτουν στις παρακάτω κατηγορίες:

Ενημερωτικά άρθρα: Αφορούν θέματα όπου υπάρχουν πρόσφατες εξελίξεις, ενεργό ερευνητικό ενδιαφέρον και πολλές φορές αντικρουόμενες απόψεις. Υποβάλλονται στο περιοδικό κατόπιν συνεννόησης ή πρόσκλησης από τη Συντακτική Επιτροπή. Η έκταση τους δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 5-10 δακτυλογραφημένες σελίδες και οι βιβλιογραφικές παραπομπές τις 20.

Ανασκοπήσεις: Γράφονται από έναν ή δύο συγγραφείς διαφορετικής όμως ειδικότητας που είναι ιδιαίτερα γνώστες του θέματος ώστε να προσφέρουν πλήρη υπεύθυνη και ουσιαστική ενημέρωση. Καλύπτουν το θέμα συνολικά και διαχρονικά με ιδιαίτερη βέβαια έμφαση στα νεότερα δεδομένα. Η έκταση δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 15 - 25 δακτυλογραφημένες σελίδες και οι βιβλιογραφικές παραπομπές τις 60.

Πρωτότυπες εργασίες: Εχουν πειραματικό, κλινικό, κλινικό - εργαστηριακό ή επιδημιολογικό χαρακτήρα. Η έκταση τους δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 12 δακτυλογραφημένες σελίδες και οι βιβλιογραφικές παραπομπές τις 30. Η δομή των πρωτότυπων εργασιών είναι η παρακάτω: Περίληψη αυτοτελής ως 200 λέξεις που περιλαμβάνει το σκοπό, τη μεθοδολογία, τα κυριότερα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα. Μια βραχεία Εισαγωγή που περιέχει τα τελευταία δεδομένα του θέματος και το σκεπτικό που οδήγησε στην περαιτέρω διερεύνηση. Το Υλικό και οι Μέθοδοι της μελέτης. Τα Αποτελέσματα και τη Συζήτηση όπου περιλαμβάνονται και τα συμπεράσματα της μελέτης.

Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις: Σ' αυτές περιγράφονται σπάνιες κλινικές εικόνες ή περιπτώσεις με ενδιαφέρον από άποψη εκδήλωσης, διαγνωστικής προσπέλασης ή αντιμετώπισης. Η έκταση τους δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 8 δακτυλογραφημένες σελίδες και οι βιβλιογραφικές παραπομπές τις 15. Η δομή τους περιλαμβάνει Περίληψη, σύντομη Εισαγωγή, Περιγραφή της Περίπτωσης και βραχεία Συζήτηση.

Γράμματα προς τον εκδότη: Περιλαμβάνουν σχόλια, κριτική ή απαντήσεις σε ήδη δημοσιευμένα άρθρα του περιοδικού ή πολύ βραχεία ανάλυση προκαταρκτικών αποτελεσμάτων με ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Η έκταση τους δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 3 - 4 δακτυλογραφημένες σελίδες συμπεριλαμβανομένων 3-4 βιβλιογραφικών παραπομπών.

Οδηγίες για τη σύνταξη των χειρογράφων: Τα άρθρα που υποβάλλονται για κρίση πρέπει να είναι γραμμένα στη νεοελληνική δημοτική με μονοτονικό σύστημα. Ο φιλόλογος διορθωτής του περιοδικού έχει το δικαίωμα για γλωσσικές τροποποιήσεις χωρίς να αλλοιώνει το ύφος του συγγραφέα. Οι εργασίες πρέπει να αποστέλλονται σε τρία αντίγραφα, δακτυλογραφημένα με διπλό διάστημα και περιθώρια στις δύο πλευρές.

Οι εξής ενότητες αρχίζουν σε καινούργια σελίδα. Η σελίδα τίτλου που περιλαμβάνει τον τίτλο της εργασίας, τα ονόματα των συγγραφέων στην ονομαστική, το ίδρυμα από που προέρχεται, την επιστημονική εκδήλωση που πιθανόν ανακοινώθηκε, το ίδρυμα ή οργανισμό απ' όπου πιθανόν χρηματοδοτήθηκε η σχετική έρευνα, το όνομα, την πλήρη διεύθυνση και τηλέφωνα του συγγραφέα με τον οποίο γίνεται η αλληλογραφία. Η σελίδα της περίληψης που συμπεριλαμβάνει 3 - 7 λέξεις κλειδιά. Το κείμενο της εργασίας. Η σελίδα της περίληψης στην αγγλική που περιλαμβάνει και τα ονόματα των συγγραφέων, το ίδρυμα απ' όπου προέρχεται η εργασία και τις λέξεις κλειδιά στην αγγλική. Η σελίδα με τις ευχαριστίες προς πρόσωπα, ιδρύματα κ.λ.π. Οι βιβλιογραφικές παραπομπές. Η σελίδα με τους υπότιτλους των εικόνων, οι πίνακες και οι εικόνες. Οι πίνακες αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς και έχουν βραχύ επεξηγηματικό τίτλο του περιεχομένου τους και τις συντμήσεις που τυχόν εμφανίζονται στο κάτω μέρος. Τα σχήματα πρέπει να είναι άριστης ποιότητας υπό μορφή φωτογραφιών ή πρωτοτύπων. Στην πίσω, επιφάνεια του σχήματος πρέπει να υπάρχει ο αριθμός, ένδειξη του πάνω μέρους και ένδειξη της εργασίας στην οποία ανήκει π.χ. το όνομα του πρώτου συγγραφέα. Πίνακες και σχήματα πρέπει να στέλλονται σε τριπλούν.

Βιβλιογραφικές παραπομπές: Ακολουθείται το σύστημα Vancouver. Στο κείμενο παρατίθενται υπό μορφή αριθμού με την σειρά που εμφανίζονται. Στην βιβλιογραφία εμφανίζονται όλες οι παραπομπές και μόνο αυτές με τον αριθμό που έχουν στο κείμενο. Στα αρχικά των συγγραφέων και στις συντμήσεις δεν μπαίνουν τελείες. Τα ονόματα των συγγραφέων χωρίζονται με κόμμα. Οι συντμήσεις των περιοδικών γίνονται με βάση το Index Medicus.

Παράδειγμα βιβλιογραφικών παραπομπών: Αρθρο δημοσιευμένο σε περιοδικό: Stewaret JF, Tattersall MH, Woods RL et. al. Unkown primary adenocarcinoma: incidence of overinvestigation and natural history. Br Med J 1979; 1Q 1530 - 1533.

Οι εργασίες που υποβάλλονται για κρίση προς δημοσίευση στα «Ιατρικά Χρονικά Β.Δ. Ελλάδος» συνοδεύονται από ένα γράμμα που δηλώνει ότι τα αποτελέσματα δεν έχουν δημοσιευθεί σε άλλο περιοδικό ή δεν βρίσκονται υπό κρίση για δημοσίευση σε άλλο περιοδικό και ότι όλοι οι συγγραφείς συμφωνούν για πιθανή δημοσίευση στα «Ιατρικά Χρονικά Β.Δ. Ελλάδος». Εφόσον η εργασία εκπληρώνει όλες τις παραπάνω οδηγίες, αποστέλλεται από τη Συντακτική Επιτροπή σε δύο από τους κριτές του περιοδικού. Ανάλογα με την κρίση, η εργασία απορρίπτεται ή γίνεται δεκτή χωρίς μεταβολές ή δεκτή με μεταβολές σύμφωνα με τις υποδείξεις των κριτών. Οταν η εργασία τυπωθεί αποστέλλεται δοκίμιο για διορθώσεις στους συγγραφείς. Διορθώσεις που επιτρέπονται αφορούν μόνο τυπογραφικά λάθη. Οποιαδήποτε άλλη διόρθωση δεν γίνεται δεκτή. Επίσης συμπληρώνεται από τους συγγραφείς έγγραφο παραγγελίας ανατύπων.

Οι εργασίες που δημοσιεύονται στα «Ιατρικά Χρονικά Β.Δ. Ελλάδος» αποτελούν πνευματική ιδιοκτησία του περιοδικού. Η αναδημοσίευση, μερική ή ολική, επιτρέπεται μόνο μετά από γραπτή άδεια της Συντακτικής Επιτροπής.