

Ηθική και επικοινωνία

1

Τα ηθικά ζητήματα αποτελούν σημαντικό μέρος της ιατρικής μέριμνας ιδιαίτερα όταν αφορούν σε αντικρουόμενα ζητήματα, όπως η ευθανασία, η δωρεά οργάνων και η γενετική τεχνολογία. Ένας γιατρός με κλινική υπευθυνότητα απέναντι στον ασθενή έχει τρεις σχετικές αρμοδιότητες:

- n *Προστασία ζωής και υγείας.* Οι ιατροί θα πρέπει να ασκούν υψηλού επιπέδου ιατρική με την εξάλειψη πόνου ή ταλαιπωρίας όταν αυτό είναι εφικτό. Η θεραπεία πρέπει να παρέχεται μόνο όταν πιστεύεται ότι είναι ωφέλιμη για τον ασθενή. Οι ασθενείς με ικανότητα λήψης αποφάσεων έχουν το δικαίωμα άρνησης της θεραπείας, ωστόσο αποφάσεις που αφορούν στη διατήρηση στη ζωή, πρέπει να λαμβάνονται μόνο μετά από συγκατάθεση που ακολουθεί μίας ξεκάθαρης ενημέρωσης σχετικά με τις συνέπειες της άρνησής τους.
- n *Σεβασμός αυτονομίας.* Ο ιατρός θα πρέπει να σέβονται την ανάγκη διατήρησης της αυτονομίας και την αποφασιστικότητα των ασθενών και κατά συνέπεια να αναγνωρίζουν ότι ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να εξετάζει, να σχεδιάζει και να κάνει επιλογές σχετικά με το μέλλον του. Όπου είναι δυνατό οι ασθενείς θα πρέπει να παραμένουν υπεύθυνοι για τον εαυτό τους. Η συγκατάθεση του ασθενούς μετά από ενημέρωσή του και η εμπιστευτικότητα είναι θεμελιώδη στοιχεία της καλής άσκησης της ιατρικής και σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Οι ιατρικές πληροφορίες ανήκουν στον ίδιο τον ασθενή και δε θα πρέπει να αποκαλύπτονται σε άλλους, συμπεριλαμβανομένων των συγγενών χωρίς την συγκατάθεσή του. Παρόλα αυτά το δικαίωμα στο απόρρητο της προσωπικής ζωής του ασθενούς δεν συνεπάγεται το να βλάπτονται άλλοι κατά την άσκηση του. Σε συγκεκριμένες μάλιστα περιπτώσεις οι ιατροί πρέπει να παραβιάζουν την εμπιστευτικότητα, π.χ. σε ασθενείς που πάσχουν από μεταδοτικό νόσημα και μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τους γύρω τους. Η παραβίαση της εμπιστευτικότητας σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιείται συνήθως μόνο μετά από σχετική πληροφόρηση του ασθενούς.
- n *Προστασία ζωής και υγείας και σεβασμός της αυτονομίας με εντιμότητα και δικαιοσύνη.* Όλοι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα για ίση μεταχείριση-αντιμετώπιση ανεξάρτητα από φυλή, σημαντική ικανότητα, κοινωνική κατάσταση, τάξη ή οποιαδήποτε άλλη αυθαίρετη προκατάληψη ή εύνοια.

Διάφορα ρυθμιστικά σώματα, το εθνικό δίκαιο και η Αρχή Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του 1998 ρυθμίζουν την άσκηση της ιατρικής και διασφαλίζουν ότι οι ιατροί αντιμετωπίζουν τα καθήκοντά τους με σοβαρότητα. Τα πρότυπα τα οποία αναμένουν από

τους επαγγελματίες υγείας τα ρυθμιστικά τους σώματα (περιλαμβανομένων των General Medical Council (GMC), Royal College of Physicians και της British Medical Association) μπορούν σε ορισμένες περιπτώσεις να είναι υψηλότερα από τα ελάχιστα πρότυπα τα οποία ορίζονται από το νόμο.

ΝΟΜΙΚΑ ΕΓΚΥΡΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Αποτελεί γενικότερη νομική και ηθική αρχή το γεγονός ότι πρέπει να λαμβάνεται έγκυρη συγκατάθεση του ασθενούς πριν την αρχή της θεραπείας του ή τη σωματική εξέταση ή την παροχή ιατρικής φροντίδας. Η αρχή αυτή αντικατοπτρίζει το δικαίωμα του ασθενούς να καθορίζει τι συμβαίνει στον δικό του οργανισμό. Για παράδειγμα το εθιμικό δίκαιο θέσπισε ότι , αγγίζοντας έναν ασθενή χωρίς έγκυρη συγκατάθεση, μπορεί να συστήσει το πολιτικό και κοινωνικό αδίκημα της χειροδικίας. Επιπλέον, η αποτυχία να αποκτηθεί επαρκής συγκατάθεση μπορεί να αποτελέσει παράγοντα υπέρ της αξιώσης αμέλειας του επαγγελματία υγείας ο οποίος εμπλέκεται, ειδικότερα αν ο ασθενής υποστεί βλάβη σαν αποτέλεσμα της θεραπείας.

Το εύρος των πληροφοριών που παρέχουν οι θεράποντες ιατροί στους ασθενείς τους εξαρτάται από παράγοντες, όπως είναι το είδος και η σοβαρότητα της νόσου, η πολυπλοκότητα της θεραπείας, οι κίνδυνοι που σχετίζονται με την θεραπεία ή την όλη θεραπευτική διαδικασία και από τις επιθυμίες του κάθε ασθενούς.

Κατά τη διαδικασία όπου λαμβάνεται η συγκατάθεση του ασθενούς, θα πρέπει να παρέχονται σε αυτόν αρκετές πληροφορίες, έτσι ώστε οι αποφάσεις που θα λάβει να είναι έγκυρες. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τη διαδικασία διαλόγου με τον ασθενή, καθώς και με τη βοήθεια ενημερωτικών φυλλαδίων. Όταν ο ασθενής δεν είναι γνώστης της τοπικής γλώσσας, η παραπάνω διαδικασία θα πρέπει να πραγματοποιείται με τη βοήθεια ενός ιατρικού συμβούλου. Στο είδος των πληροφοριών που παρέχονται περιλαμβάνονται τα εξής:

- n Ο σκοπός της διαγνωστικής προσέγγισης ή της θεραπείας
- n Οι λεπτομέρειες και οι αβεβαιότητες της διάγνωσης
- n Οι θεραπευτικές επιλογές στις οποίες περιλαμβάνεται και η επιλογή της μη χορήγησης θεραπείας.
- n Η ανάλυση των πιθανών ωφελειών και των πιθανοτήτων επιτυχίας της κάθε θεραπευτικής επιλογής.
- n Γνωστές πιθανές επιπλοκές: να αποφασιστεί ποιές πληροφορίες σχετικά με τις πιθανές επιπλοκές θα ήθελε να γνωρίζει ένα “φυσιολογικό άτομο” που βρίσκεται στη θέση του ασθενούς πριν δώσει τη συγκατάθεσή του για την έναρξη της θεραπείας.
- n Το όνομα του θεράποντα ιατρού ο οποίος θα έχει τη συνολική ευθύνη.
- n Μια υπενθύμιση ότι ο ασθενής είναι ελεύθερος να αλλάξει γνώμη ανά πάσα στιγμή.
- n Την ευκαιρία να ενημερωθεί ο ασθενής για τυχόν επιπλέον προβλήματα που μπορεί να προκύψουν κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας και τις πιθανές ενέργειες για την αντιμετώπισή τους.

Εξασφάλιση συγκατάθεσης

Η εγκυρότητα της συγκατάθεσης εξαρτάται από την οικειοθελή απόφαση του ασθενούς μετά από την απόκτηση αρκετών πληροφοριών σχετικά με τους κινδύνους της προτεινόμενης θεραπείας ή εξέτασης. Επιπλέον ο ασθενής πρέπει να έχει την ικανότητα να δώσει τη συγκατάθεση για την εν λόγω θεραπεία· π.χ. ο ασθενής πρέπει να μπορεί να καταλαβαίνει και να συγκρατεί πληροφορίες σχετικά με την θεραπεία και να χρησιμοποιεί τις πληροφορίες αυτές στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ο ιατρός ο οποίος πραγματοποιεί τη θεραπεία ή την εξέταση είναι υπεύθυνος να διασφαλίσει ότι ο ασθενής έχει δώσει έγκυρη συγκατάθεση πριν την έναρξη της θεραπείας του.

Ο θεράπων ιατρός ή ο ιατρός που διενεργεί την διαγνωστική διερεύνηση θα πρέπει να έχει λάβει την συγκατάθεση του ασθενούς πριν την έναρξη της θεραπείας. Η συγκατάθεση μπορεί να είναι προφορική (π.χ. στην περίπτωση της φλεβοπαρακέντησης) ή γραπτή (π.χ. πάντα σε περιπτώσεις χειρουργικής επέμβασης) και εξαρτάται από την προτεινόμενη θεραπεία ή παρέμβαση. Ωστόσο, θα πρέπει να υπενθυμιστεί ότι ένα υπογεγραμμένο έγγραφο δεν αποτελεί νομική ή επαγγελματική απόδειξη που να κατοχυρώνει το γεγονός ότι έχει ληφθεί η απαραίτητη συγκατάθεση. Το πρόσωπο που θα λάβει τη συγκατάθεση του ασθενούς θα πρέπει να είναι ο θεράπων ιατρός ή ο χειρουργός που πρόκειται να πραγματοποιήσει την επέμβαση ή κάποιος βοηθός, ο οποίος είναι ικανός να πραγματοποιήσει την επέμβαση και έτσι αντιλαμβάνεται τις πιθανές επιπλοκές. Δεν είναι αποδεκτή η συγκατάθεση όταν λαμβάνεται από κάποιον ειδικευόμενο ιατρό που δεν πραγματοποιεί ή δεν κατανοεί ο ίδιος την επέμβαση.

Ειδικές περιπτώσεις

Επείγοντα περιστατικά Θεραπεία χορηγείται νόμιμα αποκλειστικά και μόνο χωρίς την συγκατάθεση του ασθενούς όταν αυτός είναι παροδικά ή μόνιμα ανίκανος να την παραχωρήσει και η θεραπεία είναι απαραίτητη να σώσει την ζωή του ή να τον αποτρέψει από το να προκαλέσει σοβαρό και μόνιμο τραυματισμό.

Ενήλικα άτομα που αδυνατούν να δώσουν συγκατάθεση Σε περιπτώσεις όπου οι ενήλικοι ασθενείς δεν μπορούν να δώσουν συγκατάθεση εξαιτίας κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, ο θεράπων ιατρός θα αποφασίσει για τη θεραπεία για το καλύτερο συμφέρον του ασθενούς. Η θεραπεία θα πρέπει να γίνει γνωστή στους συγγενείς αλλά η συγκατάθεση δεν θα πρέπει να ληφθεί από αυτούς. Επίσης, θα πρέπει να διαπιστωθεί εάν ο ασθενής είχε εκφράσει στο παρελθόν τις απόψεις του σχετικά με κάποιες επεμβάσεις πιθανόν για θρησκευτικούς ή ηθικούς λόγους. Θα πρέπει να γίνει σεβαστή η επιθυμία αυτή. Μόνο σε περιπτώσεις όπου κινδυνεύει η ζωή του ασθενούς μπορεί να πραγματοποιηθεί η θεραπεία ή η επέμβαση χωρίς να ληφθούν υπόψη οι επιθυμίες και οι απόψεις του. Ωστόσο, εάν ο ασθενής έχει εκφράσει ξεκάθαρα και κατηγορηματικά την αντίθεσή του, τότε και μόνο ο θεράπων ιατρός δεν μπορεί να την αγνοήσει, όποιες και να είναι οι συνέπειες.

Κλινικές εκδηλώσεις

Τα τυπικά ευρήματα της κυτταρίτιδας είναι το ερύθημα της προσβεβλημένης περιοχής, τα ελάχιστα επηρμένα χείλη, το οίδημα, η αυξημένη θερμοκρασία και η ευαισθησία. Μπορεί να υπάρχει χαμηλός πυρετός. Στο ερυσίπελας, η προσβεβλημένη περιοχή είναι επηρμένη και ερυθηματώδης και διαχωρίζεται σαφώς από το υπόλοιπο φυσιολογικό δέρμα.

Διάγνωση

Η διάγνωση είναι κλινική. Οι ασθενείς θα πρέπει επίσης να αξιολογούνται για παράγοντες κινδύνου για την κυτταρίτιδα, όπως είναι το πόδι του αθλητή. Αν αυτοί οι παράγοντες αντιμετωπιστούν, μπορούν να προληφθούν οι υποτροπές. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, η καλλιέργεια αίματος ή υγρού από τις δερματικές βλάβες δεν αποκαλύπτει τον παθογόνο παράγοντα. Η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση αποτελεί την κύρια διαφορική διάγνωση.

Θεραπεία

Η θεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση βενζυλοπτιλίνης και φλουκλοφακιλίνης ενδοφλέβιας ή την μονοθεραπεία με κλινδαμυκίνη αν υπάρχει αλλεργία στην πενικιλίνη, με μετάβαση στην από του στόματος θεραπεία όταν τα δερματικά σημεία έχουν αρχίσει να υποχωρούν. Τα αντιβιοτικά συνεχίζονται για 10-14 ημέρες ή και περισσότερο όταν το ερύθημα επιμένει.

Νεκρωτική περιτονίτιδα

Πρόκειται για μία εν τω βάθει λοίμωξη του υποδόριου ιστού που καταλήγει σε προοδευτική διαταραχή της περιτονίας και του λίπους, αλλά μπορεί αρχικά να μην επηρεάσει το δέρμα. Χαρακτηρίζεται από κεραυνοβόλο προσβολή των ιστών και υψηλή θνησιμότητα. Υπάρχει σοβαρός πόνος στο σημείο της λοίμωξης, ο οποίος ακολουθείται από επεκτεινόμενο ερύθημα, υποκείμενο τριγμό λόγω της συλλογής αερίων και συστηματική τοξικότητα.

Υπάρχουν δύο τύποι:

- n Ο τύπος 1 προκαλείται από μικτή λοίμωξη από αερόβια και αναερόβια βακτήρια και παρατηρείται συνήθως μετά από χειρουργικές επεμβάσεις και σε ασθενείς με διαβήτη και περιφερική αγγειακή νόσο.
- n Ο τύπος 2 προκαλείται από στρεπτόκοκκους της ομάδας A και συμβαίνει σε προηγούμενως υγιείς ασθενείς μετά από διηθητικό τραύμα, γέννηση παιδιού ή χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών.

ΤΡΟΠΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Πυρετός του ταξιδιώτη

Ο πυρετός είναι ένα συνηθισμένο πρόβλημα σε ταξιδιώτες που επιστρέφουν από εξωτικές χώρες. Η ελονοσία είναι η πιο συνηθισμένη αιτία πυρετού σε ταξιδιώτες που επέστρεψαν πρόσφατα από εξωτικές χώρες. Η ελονοσία μπορεί να αποβεί άμεσα θανατηφόρα, οπότε η αξιολόγηση και η διαφορική διάγνωση του πυρετού σε αυτή την

ομάδα ασθενών είναι επείγουσα. Στο 25% των περιπτώσεων δεν ανευρίσκεται καμία συγκεκριμένη αιτία. Οι πιο συνήθεις αιτίες παρατίθενται με μεγαλύτερες λεπτομέρειες παρακάτω.

Προσέγγιση της διάγνωσης

Ένα ακριβές ιστορικό και η φυσική εξέταση μπορούν να βοηθήσουν στο να διαμορφωθεί η κατάλληλη διαφορική διάγνωση και να καθοδηγήσουν τις αρχικές εξετάσεις. Εκτός από ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό πρέπει να είναι γνωστές και πληροφορίες για την διαδρομή το ταξιδιωτικό ιστορικό όπως:

- n Οι χώρες προορισμού, οι ημερομηνίες αναχώρησης και άφιξης (για τον υπολογισμό της περιόδου επώασης· Πίνακας 2.3).
- n Ταξίδια σε αγροτικές (όπου η λοίμωξη είναι πιο συνηθισμένη) ή αστικές περιοχές.
- n Έκθεση σε οργανισμούς που μπορούν να είναι λοιμογόννοι όπως κουνούπια, ακάρεα, μύγες και νερό το οποίο μπορεί να είναι μολυσμένο με σαλιγκάρια τα οποία περιέχουν σχιστοσώματα.
- n Έκθεση σε βελόνες και αίμα, όπως π.χ. σε μεταγγίσεις αίματος, χειρουργεία, κοινή χρήση βελόνων, βελονισμός.
- n Εμβολιασμός και προφύλαξη. Πρόσφατος εμβολιασμός κατά του κίτρινου πυρετού και της ηπατίτιδας Α και Β είναι εξαιρετικά αποτελεσματικός. Η μόλυνση μετά τη μεσολάβηση όλων αυτών των παραγόντων δεν είναι πιθανή. Ο εμβολιασμός κατά του τυφοειδούς πυρετού είναι μερικώς αποτελεσματικός, οπότε υπάρχουν πιθανότητες λοιμώξεων. Η ελονοσία είναι πάντα μία πιθανότητα ακόμη και σε ασθενείς που έχουν λάβει χημειοπροφύλαξη.
- n Ιστορικό σεξουαλικής επαφής χωρίς προφύλαξη μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη λοίμωξη με τον ιό HIV ή της ηπατίτιδας Β.

21

Πίνακας 2.2 Αιτίες πυρετού μετά από ταξίδι σε τροπικές περιοχές

Ελονοσία Ιογενής ηπατίτιδα Εμπύρετη νόσος που δεν σχετίζεται με το ταξίδι Δάγκειος πυρετός Εντερικός πυρετός (τυφοειδείς και παρατυφοειδείς πυρετοί) Γαστρεντερίτιδα Ρικετσίαση Λεπτοσπειρίωση Σχιστοσωμίαση Ηπατικό Αμοιβαδικό απόστημα Φυματίωση Οξεία λοίμωξη από HIV Άλλες	80% των συγκεκριμένων λοιμώξεων*
--	----------------------------------

*Περιλαμβάνονται και οι λοιμώξεις του αναπνευστικού και ουροποιητικού συστήματος

Πίνακας 2.3 Τυπικοί τρόποι επώασης για τα τροπικά νοσήματα

Χρόνος επώασης	Λοίμωξη
Βραχεία (<10 ημέρες)	Λοιμώξεις από αρμποϊούς (συμπεριλαμβανομένου του Δάγκειου πυρετού), βακτηριακές εντερικές λοιμώξεις, παρατύφος, πανώλη, τύφος, αιμορραγικοί πυρετοί.
Μέση (10-21 ημέρες)	Ελονοσία (αν και μπορεί να είναι πολύ μεγαλύτερη) τυφοειδής πυρετός (σπάνια 3-60 ημέρες), πυρετός της λόχμης (Scrub typhus), πυρετός Lassa, Αφρικανική τρυπανοσωμίαση, βρουκέλωση, λεπτοσπείρωση
Μακρά (>21 ημέρες)	Ιογενής ηπατίτιδα, φυματίωση, HIV, σχιστοσωμίαση, ηπατικό αμοιβαδικό απόστημα, σπλαγχνική λεισμανίαση, φιλαρίαση

Εξετάσεις

22

Οι αρχικές εξετάσεις που πρέπει να πραγματοποιηθούν σε έναν ασθενή με πυρετό ο οποίος έχει ταξιδέψει σε τροπικά μέρη παρατίθενται πιο κάτω. Το αν θα γίνουν επιπλέον εξετάσεις εξαρτάται από την έκθεση του ασθενούς και άλλους παράγοντες.

- n Πλήρης αιματολογικός έλεγχος με τις σειρές των λευκών αιμοσφαιρίων καθώς και αιματολογικές ταινίες για την ελονοσία. Επανάληψη των εξετάσεων μετά από 12-24 ώρες, αν τα αρχικά αποτελέσματα είναι αρνητικά αλλά υπάρχουν υποψίες για ελονοσία.
- n Βιοχημικός έλεγχος του ήπατος- σε πολλές τροπικές λοιμώξεις ανευρίσκονται παθολογικά αποτελέσματα
- n Καλλιέργειες αίματος και κοπράνων.
- n Καλλιέργεια και μικροσκοπική εξέταση των ούρων.
- n Ακτινογραφία θώρακος
- n Ορός του αίματος για κατάψυξη και εντοπισμό των αντίστοιχων αντισωμάτων σε μεταγενέστερο στάδιο.

Ελονοσία

Το πλασμώδιο (παράσιτο) της ελονοσίας είναι ένα πρωτόζωο το οποίο είναι ευρέως διαδεδομένο στις τροπικές περιοχές (Εικ. 2.1). Κάθε χρόνο προσβάλλονται 500 εκατομμύρια άτομα με συντελεστή θνησιμότητας 0,2%. Στις ενδημικές περιοχές, η θνησιμότητα εμφανίζεται κυρίως στην παιδική ηλικία και όσο επιζούν και μετά την ενηλικίωση απαιτούν σημαντική ανοσία. Στις υπερενδημικές περιοχές μία υπερβολική ανοσοποιητική αντίσταση σε επαναλαμβανόμενες προσβολές από ελονοσία, οδηγεί σε βαριά σπληνομεγαλία, αναιμία και αυξημένα επίπεδα IgM (σύνδρομο τροπικής σπληνομεγαλίας). Τα παράσιτα της ελονοσίας είναι ελλιπή ή απόντα στο σύνδρομο αυτό και η ασθένεια απαντά σε παρατεταμένη θεραπεία με ανθελονοσιακά φάρμακα.

Αιτιολογία

Οι ταξιδιώτες στο εξωτερικό μολύνονται μετά από τσίμπημα ενός



Εικ. 2.1 Ελονοσία-Γεωγραφική κατανομή. (Από Baird 2005, Copyright: © Massachusetts Medical Society. All rights reserved.)

μολυσμένου θηλυκού κουνουπιού του γένους *Anopheles*. Σπάνια το παράσιτο μεταδίδεται με την μεταφορά μολυσμένων κουνουπιών μέσω αέρα (ελονοσία αεροδρομίου).

Τέσσερα είδη παρασίτων της ελονοσίας μπορούν να μολύνουν τον άνθρωπο. Το πιο επικίνδυνο με διαφορά είναι το *Plasmodium falciparum*, τα συμπτώματα από το οποίο μπορούν να εξελιχθούν ταχέως από έναν οξύ πυρετό με ρίγη σε σοβαρή ανεπάρκεια πολλαπλών οργάνων, κώμα και θάνατο. Αν αντιμετωπιστεί επιτυχώς, αυτή η μορφή δεν επιδεινώνεται. Τα άλλα παράσιτα της ελονοσίας

P. vivax, *P. ovale* και *P. malarie* προκαλούν ηπιότερη μορφή της νόσου. Παρόλα αυτά το *P. ovale* και το *P. vivax* μπορούν να επιδεινωθούν και το *P. malarie* να προκαλέσει χρόνια νόσο που να διαρκέσει μήνες ή και χρόνια.

Παθογένεια

Η λοιμώδης μορφή του παρασίτου (σποροζωίτες) περνούν μέσα από το δέρμα και μέσω της κυκλοφορίας του αίματος στο ήπαρ. Μετά από έναν αριθμό ημερών, ο οποίος ποικίλλει, εισέρχονται μέσα στα ερυθρά αιμοσφαίρια και εξελίσσονται διαρκώς προκαλώντας αιμόλυση. Η αιμόλυση συνεισφέρει στην αναιμία και την απελευθέρωση κυτοκινών που προκαλούν πυρετό. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια που μολύνονται με το *P. falciparum* προσκολλώνται στο ενδοθήλιο των μικρών αγγείων και το έμφρακτο των αγγείων προκαλεί σοβαρή βλάβη των οργάνων κυρίως στα νεφρά, το ήπαρ και τον εγκέφαλο. Το *P. ovale* και το *P. vivax* μπορούν να παραμείνουν ανενεργά στο ήπαρ και πιστεύεται ότι είναι υπεύθυνα για την επιδείνωση που μπορεί να παρατηρηθεί.

Κλινικά συμπτώματα

Η περίοδος επώασης ποικίλλει:

- n 10-14 ημέρες για τη λοίμωξη με *P. vivax*, *P. ovale* και *P. falciparum*.
- n 18 ημέρες με 6 εβδομάδες για τη λοίμωξη με *P. malariae*

Η έναρξη των συμπτωμάτων μπορεί να καθυστερήσει στους ασθενείς που έχουν μερική ανοσία ή μετά από προφύλαξη. Παρατηρείται μία απότομη έναρξη με πυρετό (> 40 βαθμούς), ταχυκαρδία και ρίγος, που ακολουθείται από ανεξέλεγκτη εφίδρωση μετά από μερικές ώρες, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από αναιμία και ηπατοσπληνομεγαλία.

Η ελονοσία από *P. falciparum* (Πίνακας 2.4) πρέπει να αντιμετω-

Πίνακας 2.4 Πιθανές εκδηλώσεις της ελονοσίας από *P. falciparum*

Κεντρικό νευρικό σύστημα	Διαταραχή της συνείδησης και σπασμοί
Νεφροί	Αιμοσφαιρινουρία (πυρετός μαύρου νερού-Blackwater fever)
	Ολιγουρία
	Ουραιμία (Οξεία σωληναριακή νέκρωση)
Αίμα	Αναιμία
	Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη
Αναπνευστικό	Σύνδρομο οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας/οξύ πνευμονικό τραύμα
Μεταβολισμός	Υπογλυκαιμία
	Μεταβολική οξείδωση
Γαστρεντερικό	Διάρροια
	Ίκτερος
	Ρήξη σπληνός
Άλλα	Υπερπυρεξία
	Καταπληξία

Ουρηθρίτιδα

Η ουρηθρίτιδα στους άνδρες εκδηλώνεται με έκκριση εκ της ουρήθρας και δυσουρικά ενοχλήματα. Στις γυναίκες είναι συχνά ασυμπτωματική.

Γονόρροια

Ο υπεύθυνος μικροοργανισμός είναι η *Neisseria gonorrhoeae* (γονόκοκκος), ένας Gram – αρνητικός ενδοκυττάριος διπλόκοκκος, ο οποίος προσβάλλει το επιθήλιο και πιο συγκεκριμένα αυτό του ουροποιογεννητικού συστήματος, του ορθού, του φάρυγγα καθώς και του επιπεφυκότα.

Κλινικές εκδηλώσεις

Η περίοδος επώασης ποικίλλει, από 2 έως 14 ημέρες. Στους άνδρες τα κύρια συμπτώματα είναι πυώδης έκκριση εκ της ουρήθρας και δυσουρικά ενοχλήματα. Στους ομοφυλόφιλους άρρενες προκαλείται πρωκτίτιδα με πόνο, έκκριση και κνησμό στην περιοχή της έδρας. Οι γυναίκες μπορεί να παραμείνουν ασυμπτωματικές ή να παραπονεθούν για την εκδήλωση κολπικής έκκρισης, δυσουρίας και κολπικής αιμορραγίας στο μεσοδιάστημα μεταξύ 2 διαδοχικών εμμήνων ρύσεων. Στις επιπλοκές περιλαμβάνονται σαλπινγίτιδα και φλεγμονή (αποσθηματοποίηση) των Βαρθολίνειων αδένων στις γυναίκες, επιδιδυμίτιδα και προστατίτιδα στους άνδρες και τέλος είναι δυνατή η συστηματική εξάπλωση της νόσου με εκδήλωση εξανθήματος και αρθρίτιδας. Νεογνά προσβεβλημένων μητέρων μπορεί να υποστούν βλάβη των οφθαλμών (νεογνική οφθαλμία).

Διάγνωση

Γίνεται ταυτοποίηση κατά Gram και καλλιέργεια εκκρίματος που λαμβάνεται με βαμβακοφόρο στείλει από την ουρήθρα στους άνδρες και από τον βλεννογόνο του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες.

Αντιμετώπιση

Εφάπαξ δόση σιπροφλοξασίνης (500 mg) χορηγούμενη από στόμα-τος είναι η θεραπεία εκλογής για ανεπίπλεκτες περιπτώσεις (απογενιτά). Για επιπλοκές Σ.Μ.Λ απαιτείται μακροχρόνια αγωγή. Οι καλλιέργειες πρέπει να επαναλαμβάνονται τουλάχιστον 72 ώρες μετά την ολοκλήρωση της θεραπευτικής αγωγής.

Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα

Η πιο κοινή αιτία είναι από *Chlamydia trachomatis* και στους άνδρες εκδηλώνεται με έκκριση εκ της ουρήθρας και δυσουρία. Στις γυναίκες η λοίμωξη μπορεί να διαδράμει ασυμπτωματικά και να αποκαλυφθεί κατά τη διάρκεια του εκτεταμένου ελέγχου για υπογονιμότητα/έλλειψη γονιμότητας (δευτεροπαθώς σε σαλπινγίτιδα και “μπλοκάρισμα” του φαλοππιανού πόρου). Η διάγνωση της ουρηθρίτιδας από χλαμύδια επιτυγχάνεται ευκολότερα με μεθόδους ταυτοποίησης του γενετικού υλικού, όπως είναι η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR). Τα νέα διαγνωστικά tests αφορούν πλέον στην εξέταση των ούρων και αποφεύγεται έτσι η δυσφορία που προκαλείται στον ασθενή, με

τη συλλογή εκκρίματος από την ουρήθρα. Η θεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση οξυτετρακυκλίνης ή ερυθρομυκίνης (κατά την κύηση). Άλλες αιτίες μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας είναι το *Ureaplasma urealyticum*, το *Bacteroides sp.* και το *Mycoplasma sp.*

Γεννητικά έλκη

Τα λοιμώδη αίτια πρόκλησης ελκών στη γεννητική χώρα, όσον αφορά στο Ηνωμένο Βασίλειο, περιλαμβάνουν τη σύφιλη, τον ιό του απλού έρπητα και του έρπητα ζωστήρα. Μη λοιμώδους αρχής αίτια, είναι η νόσος του Behcet, η τοξική επιδερμική νέκρωση, το καρκίνωμα και το τραύμα.

Σύφιλη

Ο υπεύθυνος μικροοργανισμός είναι το *Treponema pallidum*, μια ευκίνητη σπειροχαίτη που εισέρχεται δια του δέρματος μετά από στενή σεξουαλική επαφή και πρόκληση τριβής. Άλλη οδός μετάδοσης είναι διαμέσου του πλακούντα, από τη μητέρα στο κύημα.

Πρωτογενής λοίμωξη

Μετά από μία περίοδο επώασης διάρκειας 10-90 ημερών, αναπτύσσεται μία βλατίδα στο σημείο ενοφθαλμισμού. Αυτή στη συνέχεια ελκοποιείται, για να εξελιχθεί στο ανώδυνο τυπικό συφιλικό έλκος, το οποίο και υποχωρεί αυτομάτως εντός 2-3 εβδομάδων.

Δευτερογενής λοίμωξη

Εκδηλώνεται 4-10 εβδομάδες μετά την εμφάνιση της πρωτογενούς βλάβης. Μπορεί να υπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα: πυρετός, κυνάγχη, αρθραλγία, γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, εκτεταμένο δερματικό εξάνθημα (εξαιρείται η περιοχή του προσώπου), επιφανειακά έλκη του στόματος (δίκην πορείας σαλιγκαριού) και lata (οξυτενη;) κονδυλώματα (ακροχορδονώδεις περιπρωκτικές βλάβες). Στους περισσότερους ασθενείς τα συμπτώματα υποχωρούν εντός ενός έτους.

Τριτογενής λοίμωξη

Εκδηλώνεται μετά από μία λανθάνουσα περίοδο 2 ετών ή και περισσότερο. Η χαρακτηριστική βλάβη είναι το χαρακτηριστικό κομμώωμα (κοκκιωματώδης βλάβη), που απαντά στο δέρμα, τα οστά, το ήπαρ και τους όρχεις. Οι καρδιαγγειακές εκδηλώσεις της σύφιλης περιγράφονται στις σελ. 402 και 422 και η νευροσύφιλη στη σελ. 667.

Συγγενής σύφιλη

Συνήθως γίνεται εμφανής 2- 6 εβδομάδες μετά τη γέννηση, με πρώιμες εκδηλώσεις τη ρινική εκροή (συφιλιδική ρινίτιδα ή κόρυζα), μεμβρανικές βλάβες στο δέρμα και στους βλεννογόνους και υπολειπόμενη ανάπτυξη. Όψιμες εκδηλώσεις της νόσου εμφανίζονται μετά την ηλικία των 2 ετών, με χαρακτηριστικές ανωμαλίες των οστών και των οδόντων, αποτελέσματα προγενέστερης βλάβης.

Διάγνωση

n Μικροσκοπία σκοτεινού πεδίου με υγρό που λαμβάνεται από τις

βλάβες και που δείχνει τους μικροοργανισμούς στην πρωτογενή και δευτερογενή νόσο. Οι ορολογικές εξετάσεις μπορεί να είναι αρνητικές στην πρωτογενή νόσο.

- n **Ορολογικές.** Η αρχική εξέταση εκλογής είναι η ανοσοενζυμική μέθοδος (EIA). Το θετικό αποτέλεσμα στη συνέχεια επιβεβαιώνεται με τις εξετάσεις TPHA και VDRL. Το VDRL test είναι θετικό εντός 3-4 εβδομάδων από τη λοίμωξη, ενώ γίνεται αρνητικό σε θεραπευμένους ασθενείς και σε κάποιους μη θεραπευμένους ασθενείς με όψιμη τριτογενή σύφιλη. Άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως για παράδειγμα αυτοάνοσα νοσήματα και κακοήγη νοσήματα, μπορούν να δώσουν ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Οι ορολογικές εξετάσεις EIA και TPHA και η δοκιμασία φθορίζοντων τρεποννηματικών αντισωμάτων (FTA) είναι θετικές στην πλειοψηφία των ασθενών με πρωτογενή νόσο και παραμένουν θετικές ακόμη και σε περίπτωση θεραπείας. Δεν μπορεί ωστόσο να γίνει διάκριση μεταξύ σύφιλης και λοιπών νόσων προκαλούμενων από τρεπονήματα.

Αντιμετώπιση

Στην πρωτογενή και τη δευτερογενή σύφιλη χορηγείται ενδομυϊκά προκαϊνούχος βενζυλοπενικιλίνη (προκαϊνούχος πενικιλίνη) για 10 ημέρες. Στην τριτογενή σύφιλη η θεραπεία συνεχίζεται για 4 εβδομάδες. Η αντίδραση Jarisch – Herxheimer που χαρακτηρίζεται από αδιαθεσία, πυρετό και κεφαλαλγία, απαντά κυρίως στη δευτερογενή σύφιλη και οφείλεται στην απελευθέρωση των κυτοκινών TNF-α, IL-6 και IL-8 μετά τη θανάτωση των τρεποννημάτων από τα αντιβιοτικά.

43

ΙΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (H.I.V) ΚΑΙ AIDS

Η προσβολή από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) είναι η αιτία του συνδρόμου της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS). Για το 2002 υπολογίστηκε πως περίπου 34 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως είναι προσβεβλημένοι από τον ιό, με την Αφρικανική ήπειρο να υποφέρει περισσότερο από την εξάπλωση της νόσου (70%). Ο HIV είναι σήμερα η πρώτη αιτία θανάτου στους ενήλικες, έχοντας προκαλέσει 5 εκατομμύρια θανάτους το 2003 με περίπου 16.000 νέες μολύνσεις σε καθημερινή βάση, στην πλειοψηφία τους νεαροί ενήλικες.

Επιδημιολογία

Οδοί μετάδοσης:

- n **Σεξουαλική επαφή.** Σε παγκόσμιο επίπεδο, η μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων οφείλεται σε ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή. Στην Ευρώπη, τις Η.Π.Α και την Αυστραλία, η ομοφυλοφιλική σεξουαλική επαφή ευθύνεται για τα 2/3 περίπου των μολύνσεων.
- n **Από τη μητέρα στο παιδί.** Η μετάδοση μπορεί να γίνει ενδομητρίως, κατά τη διάρκεια της γέννησης καθώς και διαμέσου του μητρικού γάλακτος.
- n **Μολυσμένο αίμα, παράγωγα αίματος και δωρεές οργάνων.** Ο κίνδυνος σήμερα έχει περιοριστεί σημαντικά στις αναπτυγμένες χώ-

ρες, μετά την εισαγωγή του ελέγχου (screening) των προϊόντων αίματος από το 1985.

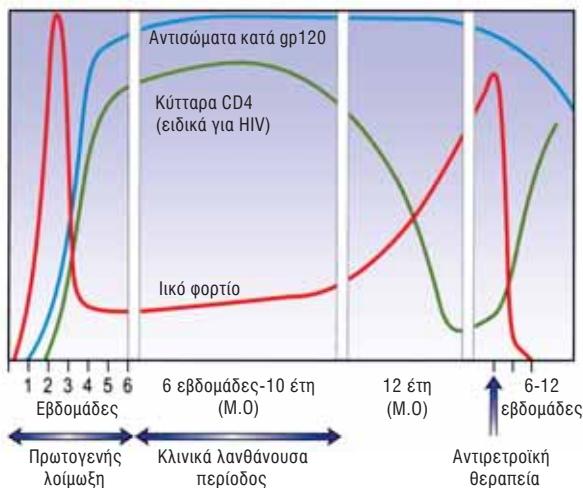
- n Μολυσμένες βελόνες. Αφορά στην ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών και τους τραυματισμούς από βελόνες στους επαγγελματίες υγείας.

Η μετάδοση του HIV δεν γίνεται με την κοινή κοινωνική ή ενδοοικογενειακή επαφή.

Παθογένεση της HIV λοίμωξης

Ο ιός (ρετροϊός) αποτελείται από έναν εξωτερικό φάκελο και έναν εσωτερικό πυρήνα. Ο πυρήνας περιέχει RNA και το ένζυμο ανάστροφη μεταγραφάση που επιτρέπει τη μεταγραφή του ιικού RNA σε DNA για να ακολουθήσει η ενσωμάτωση στο γονιδίωμα του κυττάρου – ξενιστή. Εξαιτίας της υψηλής συχνότητας μετάλλαξης του γονιδιώματος του ιού και της ανάστροφης μεταγραφάσης προκαλείται ταχεία δημιουργία “υποειδών” (στενά συνδεδεμένα με γενετικά διακριτές ποικιλίες). Αυτή η γενετική διαφοροποίηση έχει συνέπειες στην ανάπτυξη ανθεκτικότητας των στελεχών του ιού στα αντιικά φάρμακα.

Η γλυκοπρωτεΐνη gp120 του ιικού περιβλήματος συνδέεται με τον CD4 υποδοχέα των λεμφοκυττάρων του ξενιστή. Λοιπά κύτταρα που φέρουν τον CD4 υποδοχέα επίσης προσβάλλονται. Η αλληλεπίδραση μεταξύ CD4 και gp120 με τους συνυποδοχείς του ξενιστή CCR5 και CXCR4 οδηγεί στην είσοδο του HIV εντός των κυττάρων και την απελευθέρωση του ιικού RNA. Παρατηρείται μία προοδευ-



Εικ. 2.2 Σχηματική παράσταση της πορείας της λοίμωξης από HIV *in vivo*. Εμφανίζεται επίσης το αποτέλεσμα της αντιρετροϊκής θεραπείας.

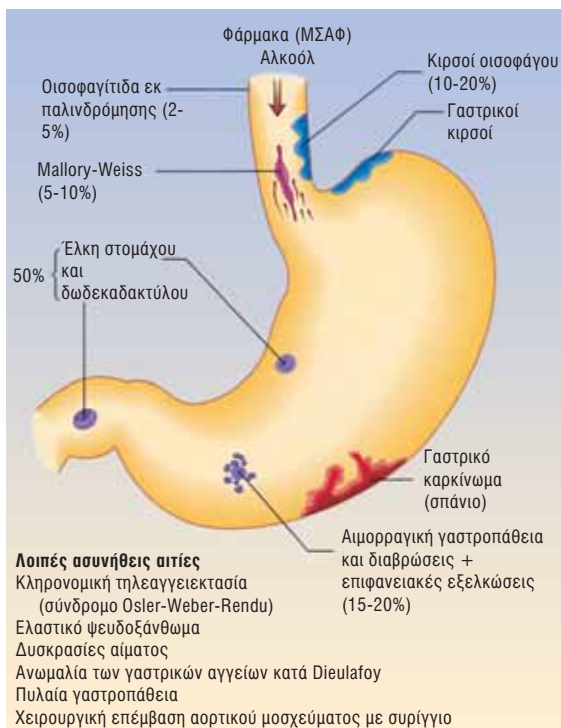
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ

Οξεία αιμορραγία ανώτερου γαστρεντερικού

Αιματέμεση είναι η εξέμεση αίματος. Μέλαινα κένωση είναι η δίοδος μαύρων δίκην πίσσας κοπράνων, γεγονός που είναι το αποτέλεσμα μεταβληθέντος αίματος από το ανώτερο γαστρεντερικό (50 mL ή περισσότερο απαιτείται για εκδήλωση μέλαινας).

Αιτιολογία

Το χρόνιο πεπτικό έλκος είναι η συχνότερη αιτία αιμορραγίας εκ του ανώτερου πεπτικού (Εικ. 3.1). Σχετικές καταστάσεις ποικίλλουν ανάλογα με τον πληθυσμό όπου ανήκει ο ασθενής. Ασπιρίνη και ΜΣΑΦ μπορούν να ευθύνονται για την αιμορραγία εξ ελκών τόσο του δωδεκαδακτύλου όσο και του στομάχου, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα. Κορτικοστεροειδή επίσης εμπλέκονται, αλλά στη συνήθη θεραπευτική δόση πιθανώς να μην υπάρχει συσχέτιση με την αιμορραγία εκ του γαστρεντερικού.



Εικ. 3.1 Αιτίες αιμορραγίας ανώτερου γαστρεντερικού

Αντιμετώπιση

Ένας ευρύαλος (16-gauge) ενδαγγειακός καθετήρας πρέπει να τοποθετηθεί σε περιφερική φλέβα και να ληφθεί αίμα για πλήρη γενική αίματος, ηπατικά ένζυμα, ουρία και ηλεκτρολύτες, έλεγχο πηκτικού μηχανισμού (dotting screen) και “group and save” διασταύρωση τουλάχιστον 2 μονάδων αίματος εάν υπάρχει ένδειξη μεγάλης/μαζικής αιμορραγίας (Α.Π.: <100 mmHg, σφύξεις >100 /λεπτό, δροσερά ή ψυχρά άκρα με βραδεία επαναπλήρωση των τριχοειδών, $H6 < 20$ g/dl). Η βαθμολογία Rockall (Πίνακας 3.3) αξιολογεί τον κίνδυνο θνησιμότητας σε ασθενείς που έχουν εισαχθεί στο νοσοκομείο με αιμορραγία στο ανώτερο γαστρεντερικό σωλήνα, που δεν σχετίζεται όμως με αιμορραγία από κισσούς. Είναι απλή στην χρήση της και συμβάλλει στην αναγνώριση αυτών με τον υψηλότερο κίνδυνο να πεθάνουν και οι οποίοι χρήζουν άμεσης και ενεργού αντιμετώπισης. Επίσης, εντοπίζει τους ασθενείς που είναι υποψήφιοι για ασφαλή και πρόωρη εξαγωγή από το

Πίνακας 3.3 Βαθμολογία Rockall για την αξιολόγηση της αιμορραγίας από το ανώτερο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα

		Βαθμολογία
Ηλικία	<60 ετών	0
	60-79 ετών	1
	>80 ετών	2
Καταπληξία	Όχι	0
	Σφύξεις >100 + Συστολική ΑΠ >100	1
	Συστολική ΑΠ >100	2
Συνυπάρχουσα νόσος	Όχι	0
	Καρδιακή ανεπάρκεια, ισχαιμική καρδιοπάθεια ή άλλη κύρια συνυπάρχουσα νόσος	2
	Νεφρική/ηπατική ανεπάρκεια ή διάχυτη καρκινωμάτωση	3
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ROCKALL ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ (μέγιστη 7)		
Ενδοσκοπική διάγνωση	Σχισμή Mallory-Weiss, δεν παρατηρείται βλάβη, δεν παρατηρούνται στίγματα από πρόσφατη αιμορραγία	0
	Όλες οι άλλες διαγνώσεις	1
	Κακοήθεια του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα	2
	Σοβαρά στίγματα από πρόσφατη αιμορραγία	
	Όχι ή μόνο σκουρόχρωμη κηλίδα	0
	Αιμορραγία στο ανώτερο γαστρεντερικό σωλήνα, προσκολλημένο πήγμα, εμφανές αγγείο ή αγγείο που εκτοξεύει αίμα	2
FINAL ROCKALL SCORE (max. score 11)		

Ασθενείς με μικρό κίνδυνο (βαθμολογία ≤ 2 μετά την ενδοσκόπηση), $<5\%$ κίνδυνο για επανεμφάνιση αιμορραγίας, 0% κίνδυνο για θάνατο.

Ασθενείς με μεγάλο κίνδυνο (βαθμολογία 5-11 μετά την ενδοσκόπηση), 11-41% κίνδυνο για θάνατο.

νοσοκομείο (βαθμολογία 0 πριν την ενδοσκόπηση, βαθμολογία ≥ 2 μετά την ενδοσκόπηση).

Ανάνηψη Σε πολλούς ασθενείς δεν απαιτείται ειδική θεραπεία ή η αιμορραγία σταματά αφ' εαυτής και ο ασθενής παραμένει καλά σταθεροποιημένος. Απαιτείται σε ασθενείς με μεγάλη αιμορραγία ή κλινικά σημεία καταπληξίας, επείγουσα μετάγγιση, ει δυνατόν με ολικό αίμα (σελ. 191). Η παρακολούθηση των σφύξεων και της φλεβικής πίεσης επιτρέπει την εκτίμηση των απαιτήσεων για τη μετάγγιση.

Προσδιορισμός της εστίας της αιμορραγίας είναι δυνατόν να αποκαλυφθεί από το ιστορικό, π.χ. αιμορραγία εκ πεπτικού έλκους πιθανολογείται σε ιστορικό λήψης ασπιρίνης ή ένεσης ΜΣΑΦ ή προηγούμενου πεπτικού έλκους. Το σύνδρομο Mallory-Weiss (αιματέμεση από ρήξη του οισοφάγου) πιθανολογείται από ένα ιστορικό εμέτων που προηγούνται της αιματέμεσης. Η ενδοσκόπηση θα πρέπει να πραγματοποιηθεί άμεσα, το προτιμότερο εντός 24 ωρών μετά την ανάνηψη. Πραγματοποιείται επείγουσα ενδοσκόπηση, όταν υπάρχει ισχυρή υποψία κισών βάσει του ιστορικού και της φυσικής εξέτασης. Η ενδοσκόπηση μπορεί να εντοπίσει την περιοχή της αιμορραγίας σε περισσότερο από 80% των περιπτώσεων.

Ειδική αντιμετώπιση Στον Πίνακα επειγόντων 3.1. απεικονίζεται μία σταδιακή προσέγγιση στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας του ανώτερου πεπτικού.

Με την ενδοσκόπηση οι κισσοί πρέπει να θεραπεύονται με σκληροθεραπεία ή απολίνωση. Έλκη που είναι ενεργώς αιμορραγούντα ή φέρουν στίγματα πρόσφατης αιμορραγίας (ορατό αγγείο ή υποκείμενος θρόμβος πρέπει να αντιμετωπίζονται με έγχυση διαλύματος αδρεναλίνης (επινεφρίνη) ή με πήξη του αγγείου με θερμικό καθετήρα ή με διπολικό καθετήρα. Οι σχισμές Mallory-Weiss συνήθως σταματούν να αιμορραγούν αυτόματα. Γενικά, στους νεαρούς σε ηλικία ασθενείς που παρουσιάζουν αιμορραγία πεπτικού έλκους, είναι σε άριστη αιμοδυναμική κατάσταση και που κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης δεν παρατηρούνται στίγματα πρόσφατης αιμορραγίας, μπορεί να δοθεί εξιτήριο από το νοσοκομείο εντός 24 ωρών (βαθμολογία Rockall < 2 μετά την ενδοσκόπηση). Χορηγούνται ενδοφλέβια αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (ομεπραζόλη 80 mg ενδοφλέβια εφάπαξ και 8 mg/ώρα στάγδην για 72 ώρες) μετά από ενδοσκόπηση που έχει πραγματοποιηθεί για την αντιμετώπιση της οξείας αιμορραγίας πεπτικού έλκους. Οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων μειώνουν τις περιπτώσεις υποτροπιάζουσας αιμορραγίας και την ανάγκη μεταγγίσεων.

Πρόγνωση

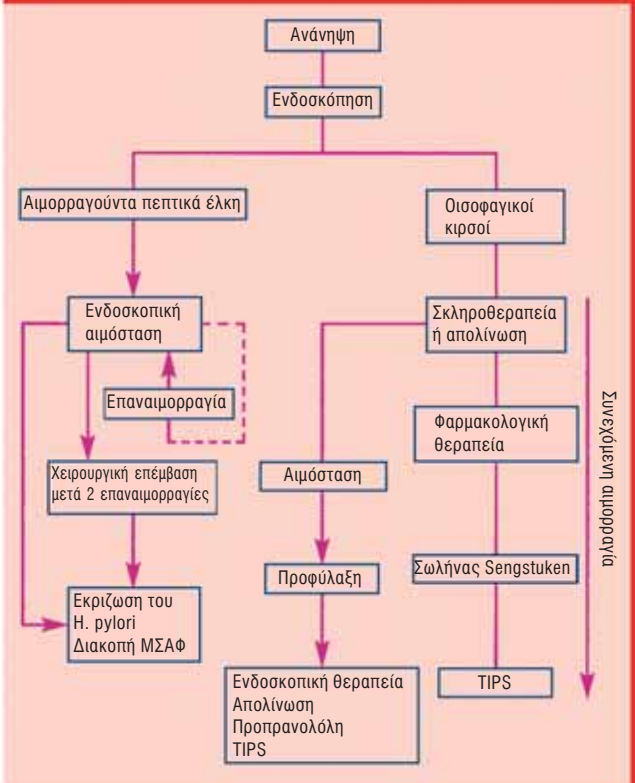
Η θνησιμότητα αυξάνεται όσο αυξάνεται και η βαθμολογία Rockall, ενώ η συνολική θνησιμότητα είναι 5-10%.

Αιμορραγία κατώτερου γαστρεντερικού

Μαζική αιμορραγία είναι σπάνια και συνήθως πρόκειται για αποτέλεσμα εκκολπωματώδους νόσου ή ισχαιμικής κολίτιδας. Μικρότερες αιμορραγίες από τις αιμορροΐδες είναι συχνές. Οι αιτίες αναφέρονται στον Πίνακα 3.4.

Πίνακας επειγόντων 3.1

Προσέγγιση αντιμετώπισης αιμορραγίας του πεπτικού (ΓΕΣ)



TIPS: διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική παράκαμψη
Οι αιμορραγούντες κίρσοι του οισοφάγου περιγράφονται στη σελ. 2436.

Αντιμετώπιση

Σε μεγάλες αιμορραγίες, ίσως απαιτηθούν ανάνηψη και παρεντερική χορήγηση υγρών/ ολικού αίματος. Η εστία της αιμορραγίας πρέπει μετά να διερευνηθεί με τα ακόλουθα:

- n Εξέταση του ορθού π.χ. καρκίνωμα
- n Πρωκτοσκόπηση, π.χ. αιμορροΐδες
- n Σιγμοειδοσκόπηση, π.χ. φλεγμονώδης νόσος του εντέρου
- n Κλύσμα/Υποκλυσμός με βάριο (βαριούχος υποκλυσμός) – οιαδήποτε βλάβη βλεννογόνου
- n Κολονοσκόπηση - διάγνωση και αφαίρεση πολυπόδων
- n Αγγειογραφία – ανωμαλία αγγείων π.χ. αγγειοδυσπλασία

Ειδική αντιμετώπιση Οι βλάβες πρέπει να θεραπεύονται αιτιολογικά.

Κλινικές εκδηλώσεις

Το κύριο σύμπτωμα είναι ο πόνος που επιδεινώνεται με την κίνηση και υφίεται με την ανάπαυση. Η δυσκαμψία παρατηρείται μετά την ανάπαυση και σε αντίθεση με τη φλεγμονώδη αρθρίτιδα υπάρχει μόνο παροδική (<30 λεπτά) πρωινή δυσκαμψία. Οι αρθρώσεις που προσβάλλονται κυρίως είναι οι άπω φαλαγγοφαλαγγικές (DIP) και η πρώτη καρπομετακάρπια των άκρων χειρών, η πρώτη μεταταρσιοφαλαγγική του ποδός και οι αρθρώσεις που στηρίζουν το σωματικό βάρος – σπόνδυλοι, ισχία, γόνατα. Οι αγκώνες, οι καρποί και οι ποδοκνημικές αρθρώσεις σπάνια επηρεάζονται. Στην εξέταση παρατηρείται παραμόρφωση και οστική διόγκωση στις αρθρώσεις, περιορισμός της κινητικότητας της άρθρωσης και μυϊκή αδυναμία των περιαρθρικών μυών. Ο κριγμός αποτελεί κοινό εύρημα και πιθανόν οφείλεται στη διακοπή των φυσιολογικά λείων αρθρικών επιφανειών των αρθρώσεων. Περιστασιακά μπορεί να υπάρχει συλλογή υγρού στις αρθρώσεις. Τα οζίδια του Heberden είναι οστικές διογκώσεις στις DIP. Τα οζίδια του Bouchard είναι παρόμοια αλλά απαντούν στις εγγύς φαλαγγοφαλαγγικές αρθρώσεις. Στην άρθρωση του γόνατος, η απώλεια χόνδρου λόγω ΟΑ μπορεί να οδηγήσει σε δυσμορφία με βλαιο-ή ραιβοποδία. Μία κλυδάνουσα διόγκωση κατά μήκος της πρόσθιας επιφάνειας του γόνατος, ιγνυακή ή κύστη του Baker, παρατηρείται σε ορισμένους ασθενείς με συλλογή υγρού στο γόνατο.

Διαφορική διάγνωση

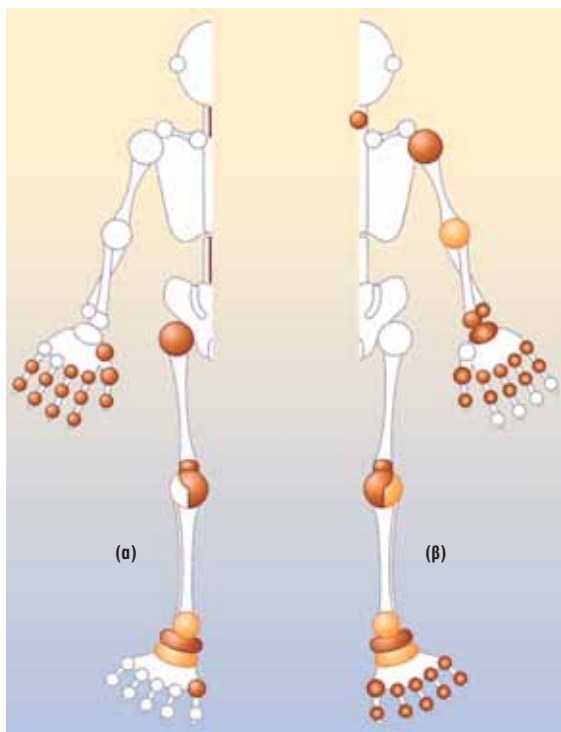
Η ΟΑ διαφοροδιαγιγνώσκεται από τη ρευματοειδή αρθρίτιδα από την κατανομή των προσβεβλημένων αρθρώσεων (Εικ. 6.1) και την απουσία των συστηματικών εκδηλώσεων οι οποίες απαντούν στη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η πυροφωσφορική αρθροπάθεια (σελ. 224) προσβάλλει παρόμοια ηλικιακή ομάδα με την ΟΑ αλλά εκεί εμπλέκεται συχνά ο καρπός. Η χρόνια τοφώδης ουρική αρθρίτιδα (σελ. 242) και η ψωριασική αρθρίτιδα που προσβάλλει τις DIP (σελ. 240), μπορούν επίσης να μιμηθούν την ΟΑ.

Διερεύνηση

- n Ο ρευματοειδής παράγοντας είναι αρνητικός, αλλά θετικοί χαμηλοί τίτλοι μπορούν να βρεθούν τυχαία σε ηλικιωμένα άτομα. Η ΤΚΕ ενίοτε φυσιολογική
- n Ο ακτινολογικός έλεγχος είναι παθολογικός μόνο σε προχωρημένη νόσο και δείχνει στένωση του μεσάρθριου διαστήματος (εξαιτίας της απώλειας του χονδρικού ιστού), οστεόφυτα, υποχόνδρια σκλήρυνση και σχηματισμό οστικών κύστεων.
- n Η MRI δείχνει πρώιμες αλλαγές του χόνδρου. Δεν είναι απαραίτητη για τους περισσότερους ασθενείς με ενδεικτικά συμπτώματα και τυπικά ευρήματα στις απλές ακτινογραφίες.
- n Η αρθροσκόπηση αποκαλύπτει πρώιμες σχισμές και επιφανειακή διάβρωση του χόνδρου, αλλά δεν είναι απαραίτητη για τη διάγνωση.

Αντιμετώπιση

Η αγωγή εστιάζεται στα συμπτώματα και την ανικανότητα και όχι



Εικ. 6.1 Η κατανομή των προσβεβλημένων αρθρώσεων στην ΟΑ σε σχέση με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η συμμετοχή των αρθρώσεων στην ΡΑ είναι συνήθως συμμετρική, ενώ στην ΟΑ είναι συχνά ασύμμετρη, ιδιαίτερα όσον αφορά στις μεγάλες αρθρώσεις.

στα ακτινολογικά ευρήματα. Υπάρχουν τρεις κύριες κατηγορίες θεραπειάς: φυσικά μέτρα, φάρμακα και εγχείρηση. Οι παχύσαρκοι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να χάσουν βάρος, ιδιαίτερα όταν προσβάλλονται οι αρθρώσεις που στηρίζουν το βάρος του σώματος.

- η** Η εκπαίδευση του ασθενούς και τα μη φαρμακευτικά μέτρα αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας για την ΟΑ. Η τοπική ενδυνάμωση και οι αερόβιες ασκήσεις (λίγες και συχνά βαθμιαία αυξανόμενες) διατηρούν τη μυϊκή δύναμη και βελτιώνουν την κινητικότητα των αρθρώσεων που επιβαρύνονται με το βάρος του σώματος. Εφαρμογή θερμότητας σε προσβεβλημένη άρθρωση μπορεί να ανακουφίσει τον πόνο. Η υδροθεραπεία μπορεί να είναι ωφέλιμη. Ένα μπαστούνι για τη βάδιση όταν χρησιμοποιείται σωστά ελαττώνει την επιβάρυνση του ισχίου μέχρι και 20%.

- n Φάρμακα. Παρακεταμόλη και ΜΣΑΦ (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη) π.χ. ιμπουπροφένη, χρησιμεύουν στον έλεγχο των συμπτωμάτων και πρέπει ιδανικά να χρησιμοποιούνται διακεκομμένα και όχι σε συνεχή βάση. Η κύρια δράση των ΜΣΑΦ είναι η αναστολή της κυκλοοξυγενάσης (COX, συνθετάση της προσταγλανδίνης) με συνέπεια τη βεβλαμμένη παραγωγή προσταγλανδινών, θρομβοξανθίνης και προστακυκλίνης. Τα ΜΣΑΦ αναστέλλουν και τις τρεις ισομορφές του ενζύμου, την COX-1 (απαντά στους περισσότερους ιστούς), την COX-2 (η έκφρασή της αυξάνει σε περιοχές φλεγμονής) και την COX-3 (εκφράζεται στον εγκέφαλο και είναι υπεύθυνη για την κεντρική διαμεσολάβηση του πόνου και της πυρεξίας). Η αναστολή της COX-1 στον γαστροδωδεκαδακτυλικό βλεννογόνο οδηγεί σε μειωμένη παραγωγή των προστατευτικών προσταγλανδινών και έτσι σε αυξημένη συχνότητα βλάβης του βλεννογόνου και πεπτικό έλκος. Οι εκλεκτικοί αναστολείς της COX-2, π.χ. βελεκοξίμπη, βαλτεκοξίμπη, παρουσιάζουν μειωμένη συχνότητα πεπτικού έλκους σε σχέση με τα μη εκλεκτικά ΜΣΑΦ. Άλλες παρενέργειες των ΜΣΑΦ περιλαμβάνουν την κατακράτηση υγρών και τη χρόνια διάμεση σωληναριακή νεφρίτιδα.
- n Ενδοαρθρικές εγχύσεις στεροειδών μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε παροξυσμούς της φλεγμονής, αλλά συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών δεν χρησιμοποιείται.
- n Η χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να εξετάζεται σε ασθενείς με σοβαρή φλεγμονώδη ΟΑ που αποτυγχάνουν να ανταποκριθούν σε φάρμακα και φυσικοθεραπεία. Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να περιλαμβάνει την επαναδιάταξη, την αρθρόδεση ή την αντικατάσταση των αρθρώσεων με προσθετικά εμφυτεύματα.

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

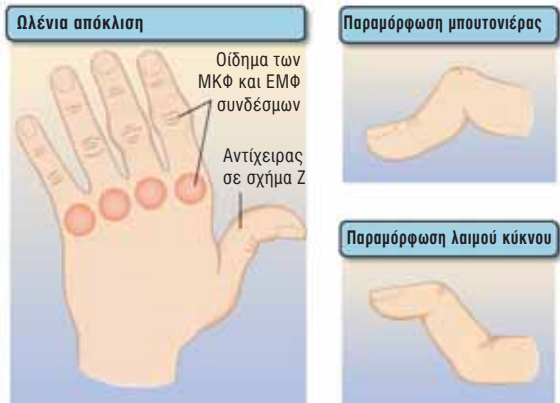
Η φλεγμονώδης αρθρίτιδα περιλαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό αρθρικών καταστάσεων στις οποίες το κυρίαρχο χαρακτηριστικό είναι η αρθρική φλεγμονή. Υπάρχει πόνος της άρθρωσης και δυσκαμψία μετά την ανάπαυση και το πρωί. Η πρωινή δυσκαμψία μπορεί να διαρκέσει αρκετές ώρες. Οι εξετάσεις αίματος συχνά αποκαλύπτουν μία ορθοχρωματική ορθοκυτταρική αναιμία και αυξημένους δείκτες φλεγμονής (ΤΚΕ και CRP).

Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Πρόκειται για χρόνια συμμετρική πολυαρθρίτιδα αγνώστου αιτιολογίας. Είναι συστηματική νόσος και σχετίζεται με εξωαρθρική συμμετοχή π.χ. των πνευμόνων και πολλών άλλων οργάνων.

Επιδημιολογία

Προσβάλλει το 0,5-3% του πληθυσμού παγκοσμίως, με μεγαλύτερη συχνότητα στις ηλικίες μεταξύ 30 και 50 ετών. Οι γυναίκες προσβάλλονται τρεις φορές συχνότερα σε σχέση με τους άνδρες. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για αυτούς με οικογενειακό ιστορικό ΡΑ. Το HLA-DR4 παρατηρείται στο 50-75% των ασθενών (20-25% του φυσιολογικού πληθυσμού) και σχετίζεται με την ανάπτυξη περισσότερων σοβαρής διαβρωτικής νόσου.



Εικ. 6.2 Χαρακτηριστικές παραμορφώσεις της άκρας χειρός στη ρευματοειδή αρθρίτιδα. ΜΚΦ: μετακαρποφαλαγγικές αρθρώσεις. ΕΜΦ: εγγύς μεσοφαλαγγικοί σύνδεσμοι.

της αυχενικής μοίρας της Σ.Σ., των γονάτων, του αστραγάλου και του ποδός. Η θωρακική και οσφυϊκή μοίρα της Σ.Σ. δεν προσβάλλονται. Αρθρική συλλογή και αδυναμία των μυών περί της προσβληθείσας άρθρωσης είναι πρώιμες εκδηλώσεις. Λιγότερο συχνές εκδηλώσεις είναι η “εκρηκτική” μορφή της νόσου (με αιφνίδια έναρξη εκτεταμένης αρθρίτιδας), η παλινδρομική (ή υποτροπιάζουσα) μορφή (υποτροπιάζουσα και διαλείπουσα μονοαρθρίτιδα διαφορετικών μεγάλων αρθρώσεων ή η μορφή συστηματικής νόσου με λίγες εκδηλώσεις από τις αρθρώσεις αρχικώς. Σε ασθενείς που εμφανίζουν δυσανάλογη συμμετοχή μεμονωμένης άρθρωσης πρέπει να αποκλείεται η σηπτική αρθρίτιδα (σελ. 245 στο αγγλικό) πριν τα συμπτώματα αποδοθούν σε επανάκαμψη της νόσου.

Εξωαρθρικές εκδηλώσεις

Περιαρθρικές εκδηλώσεις της ΡΑ περιλαμβάνουν ορογονοθυλακίτιδα, τενοντοορογονίδια, απίσχναση των μυών και σχηματισμό οζιδίων. Ρευματοειδή οζίδια απαντούν στο 20% των περιπτώσεων, συνήθως στην ωλένια επιφάνεια του πήχη/αντιβραχίου ακριβώς κάτω από τον αγκώνα. Οι ασθενείς με οζίδια είναι συνήθως οροθετικοί, δηλαδή έχουν στην κυκλοφορία τους RF.

Λοιπές εξωαρθρικές εκδηλώσεις της νόσου περιγράφονται στον Πίνακα 6.2. Οι συχνότερες εξ αυτών τονίζονται: κάποιες μπορεί να είναι παρούσες αλλά να προκαλούν λίγα συμπτώματα, π.χ. ατλαντοϊνιακό υπεξάρθρωμα που απαντά συχνά στον ακτινολογικό έλεγχο της αυχενικής μοίρας της Σ.Σ. αλλά πολύ λιγότερο συχνά προκαλεί προβλήματα. Οι ασθενείς με ΡΑ εμφανίζουν επίσης μεγαλύτερο κίνδυνο λοίμωξης, οστεοπόρωσης και καρδιαγγειακής νόσου. Η συστηματική λοίμωξη που χαρακτηρίζει τη ΡΑ μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην πλεονάζουσα αθηροσκλήρωση.