

# 60

ΕΛΛΗΝΙΚΗ  
ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
ΠΑΙΔΙΚΗΣ  
& ΕΦΗΒΙΚΗΣ  
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ



HELLENIC  
SOCIETY  
OF PEDIATRIC  
& ADOLESCENT  
OBESITY

Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών «Αγ. Κυριακού»

## ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ Επιστημονικό Συμπόσιο της Ελληνικής Εταιρείας Παιδικής & Εφηβικής Παχυσαρκίας

Συμμετοχή δια ζώσης  
και διαδικτυακά



22-23/10/2021

Ξενοδοχείο Titania Hotel, Αθήνα

Τελικό Πρόγραμμα &  
Βιβλίο Περιλήψεων Εργασιών



## Ενδοκρiνολογικά Προβλήματα του Παιδιού και του Εφήβου

Υπό την Αιγίδα





# **Genotropin<sup>®</sup>**

**somatropin (rbe)**

Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευθείτε  
την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από την εταιρεία.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και  
Αναφέρετε  
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για  
ΟΛΑ τα φάρμακα  
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



**PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε.**

Λεωφ. Μεσογείων 243, 15451, Ν. Ψυχικό,

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 210 6785800

Αρ.Γ.Ε.ΜΗ. 000242901000

website: [www.pfizer.gr](http://www.pfizer.gr)

22-23/10/2021  
Ξενοδοχείο Titania Hotel, Αθήνα



Ενδοκρινολογικά Προβλήματα  
του Παιδιού και του Εφήβου

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Χαιρετισμός	5
Φορείς Διοργάνωσης	6
Επιτροπές	7
Επιστημονικό Πρόγραμμα	8
Δορυφορικά Συμπόσια - Διαλέξεις	17
Γενικές Πληροφορίες	19
Πληροφορίες Επιστημονικού Προγράμματος	23
Κατάλογος Ομιλητών – Προέδρων	24
Χορηγοί	28
Βιβλίο Περιλήψεων Εργασιών	29
Ελεύθερες Ανακοινώσεις	30
Ευρετήριο Συγγραφέων	48



Πανελλήνιο Επιστημονικό Συμπόσιο  
της Ελληνικής Εταιρείας  
Παιδικής & Εφηβικής Παχυσαρκίας



Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδων - Αγ. Κυριακού



**22-23/10/2021**  
Ξενοδοχείο Titania Hotel, Αθήνα



**Ενδοκρινολογικά Προβλήματα  
του Παιδιού και του Εφήβου**

## **ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ**

Αγαπητοί συνάδελφοι

Είναι ιδιαίτερη τιμή και χαρά να σας υποδεχτούμε στο 6ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συμπόσιο της Ελληνικής Εταιρείας Παιδικής και Εφηβικής Παχυσαρκίας με θέμα «Ενδοκρινολογικά Προβλήματα του Παιδιού και του Εφήβου», το οποίο πραγματοποιείται στις 22-23 Οκτωβρίου 2021 στο Ξενοδοχείο Titania, στην Αθήνα.

Το 6ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συμπόσιο θα διεξαχθεί με υβριδική μορφή για άλλη μία χρονιά, τηρώντας όλα τα μέτρα ασφαλείας και τις επίσημες οδηγίες και συστάσεις όλων των αρμόδιων αρχών, που θα ισχύουν για την περίοδο διεξαγωγής του Συμποσίου, με μέριμνα τη διασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας όλων των εμπλεκομένων.

Οι σύνεδροι μπορούν να παρακολουθήσουν το επιστημονικό πρόγραμμα είτε με φυσική παρουσία είτε μέσω διαδικτυακής πλατφόρμας. Στην επιστημονική αυτή εκδήλωση θα συμμετέχουν έγκριτοι Έλληνες επιστήμονες, οι οποίοι θα αναφερθούν στις τελευταίες εξελίξεις στην Παιδική Παχυσαρκία και στην Παιδοενδοκρινολογία.

Καλωσορίζουμε για άλλη μία χρονιά και προσβλέπουμε στην ενεργό και παραγωγική συμμετοχή όλων των συναδέλφων Παιδιάτρων, Ενδοκρινολόγων & Παιδο-Ενδοκρινολόγων.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Ο Πρόεδρος  
της Ελληνικής Εταιρείας Παιδικής  
& Εφηβικής Παχυσαρκίας

**Στέφανος Μιχαλάκος**

Η Γεν. Γραμματέας  
της Ελληνικής Εταιρείας Παιδικής  
& Εφηβικής Παχυσαρκίας

**Ελπίδα-Αθηνά Βλαχοπαπαδοπούλου**



Πανελλήνιο Επιστημονικό Συμπόσιο  
της Ελληνικής Εταιρείας  
Παιδικής & Εφηβικής Παχυσαρκίας



Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών «Αγ. Κυριακού»

**ΦΟΡΕΙΣ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ**

**Επιστημονικός Φορέας Οργάνωσης Συμποσίου**



Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών «Αγ. Κυριακού»

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ & ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

Θηβών & Λεβαδειάς 3  
11527 Αθήνα

**Υπό την Αιγίδα**



**Εταιρεία Οργάνωσης Συμποσίου**



Λυκαβηττού 39-41, 10672 Αθήνα  
Τηλ: 210 3668892 / Fax: 210 3643511  
Email: congress@afea.gr  
Web: www.afea.gr



## ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

### Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος: Ελπίδα-Αθηνά Βλαχοπαπαδοπούλου

Μέλη:

Στέφανος Μιχαλάκος

Ειρήνη Καλουμένου

Βασίλειος Πέτρου

Κωνσταντίνος Τσουμάκας

Ιωάννης Παναγιωτόπουλος

### Επιστημονική Επιτροπή

Πρόεδρος: Στέφανος Μιχαλάκος

Μέλη:

Ελπίδα-Αθηνά Βλαχοπαπαδοπούλου

Ανδρομάχη Βρυωνίδου-Μπομποτά

Ειρήνη Δικαιάκου

Ειρήνη Καλουμένου

Χριστίνα Κανακά-Gantenbein

Ιωάννα Κωστέρια

Σοφία Λέκα-Εμίρη

Γεώργιος Μαστοράκος

Λίνα Μιχαλά

Λεωνίδας Λαναράς

Ιωάννης Παναγιωτόπουλος

Ιωάννα Παυλοπούλου

Βασίλειος Πέτρου

Άρτεμις Τσίτσικα

Κωνσταντίνος Τσουμάκας

Ευαγγελία Χαρμανδάρη

Εριφύλη Χατζηπαγγελάκη



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 22/10/2021

13:30-14:00 **ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ-ΕΓΓΡΑΦΕΣ**

14:00-16:00 **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ**

Προεδρείο: **Λ. Σταμογιάννου**

Ομιλητές: Η επίδραση της Βιταμίνης D στην ομοιοστασία του Ασβεστίου, **Ε. Κάσση**

Υπασβεσταιμία - Διάγνωση αντιμετώπιση, **Ε. Δικαϊάκου**

Υποπαραθυρεοειδισμός, **Σ. Τουρνής**

Η χρήση των διφωσφονικών στη θεραπεία της οστεοπόρωσης στα παιδιά, **Α. Δουλγεράκη**

16:00-16:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ**

16:30-17:30 **ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ**

Προεδρείο: **Α. Βρωονίδου-Μπομποτά**


Ομιλητές: Διατήρηση γονιμότητας μετά γοναδοτοξικές θεραπείες, **Λ. Μιχαλά**

Αντισύλληψη στην εφηβική ηλικία, **Α. Τσίτσικα**

17:30-18:00 **ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ - ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**


18:00-18:30 **Δορυφορική Διάλεξη**

Αναλυτικό πρόγραμμα σελ. 17

Με την ευγενική χορηγία  **Lilly**  
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΑ

18:30-19:00 **Δορυφορική Διάλεξη**

Αναλυτικό πρόγραμμα σελ. 17

Με την ευγενική χορηγία  **Novo Nordisk**



22-23/10/2021  
Ξενοδοχείο Titania Hotel, Αθήνα



Ενδοκρινολογικά Προβλήματα  
του Παιδιού και του Εφήβου

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 22/10/2021

19:00-21:00 **Στρογγυλό Τραπέζι:**  
**ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ**

*Προεδρείο:* **E.-A. Βλαχοπαπαδοπούλου - Λ. Λαναράς**

*Ομιλητές:* Childhood obesity: New perspectives, the role of ECOG, **D. Weghuber**

Παχυσαρκία και COVID-19, **A. Κόκκινος**

Νεώτερα Δεδομένα από τη μελέτη COSI, **M. Χασαπίδου**

Λιπώδης διήθηση στα παιδιά με παχυσαρκία, **A. Κονιδάρη**

Νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπιση της σοβαρής παχυσαρκίας,

**E. Χαρμανδάρη**



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 23/10/2021

08:00-10:00 **Ελεύθερες Ανακοινώσεις**

Προεδρείο: **Ε. Δικαιάκου - Σ. Λέκα-Εμίρη**

### **ΕΑ01 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ. ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.**

**Ε. Φερεντίνου<sup>1</sup>, Χ. Νταφογιάννη<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>RN, MSc, PhD(C) Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ΓΝΑ Παιδων «Η Αγία Σοφία»

<sup>2</sup>RN, MSc, PhD Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

### **ΕΑ02 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΑΠΟ COVID-19 ΣΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ 2 ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΜΕΛΕΤΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΚΟΣΜΟΥ**

**Λ.-Μ. Ντάφλα<sup>1,2</sup>, Κ.-Α. Πούλια<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>MBA Health, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>2</sup>Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας – ΕΟΠΥΥ

<sup>3</sup>Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Διαιτολογίας, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

### **ΕΑ03 ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

**Α. Καλαμπαλίκης<sup>1</sup>, Σ. Μιχαλά<sup>1</sup>, Θ. Δουληγέρης<sup>1</sup>, Α. Τσιτούρα<sup>1</sup>, Κ. Μίγκλη<sup>1</sup>, Γ. Ντάλη<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>2</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, Ελλάδα



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 23/10/2021

### ΕΑ04 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

Π. Δικαϊάκου<sup>1</sup>, Ε. Δικαϊάκου<sup>2</sup>, Ε.-Α Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>2</sup>, Ι. Κωστέρια<sup>2</sup>,  
Φ. Αθανασούλη<sup>2</sup>, Σ. Μιχαλάκος<sup>2</sup>, Γ. Αλεξιάς<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Π.Μ.Σ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα,

<sup>2</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα-Αύξησης και Ανάπτυξης, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών Π. και Α. Κυριακού

### ΕΑ05 ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΜΣ $\geq 2,5$ SDS, ΟΧΙ ΟΜΩΣ ΜΕ ΔΜΣ $< 2,5$ SDS Ο ΔΕΙΚΤΗΣ HOMA-IR ΔΙΑΦΕΡΕΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Σ. Λέκα-Εμίρη<sup>1</sup>, Μ. Δίκου<sup>1</sup>, Χ. Ευαγγελοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Καφετζή<sup>3</sup>, Β. Πέτρου<sup>1</sup>,  
Ε.-Α. Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Μιχαλάκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Ενδοκρινολογίας-Αύξησης και Ανάπτυξης Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>2</sup>Βιοχημικό - Ορμονολογικό τμήμα Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

### ΕΑ06 ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΜΣ $\geq 2,5$ SDs ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΠΑΡΟΜΟΙΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΜΣ $< 2,5$ SDs ΕΙΤΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΩΜΑΤΟΣ.

Σ. Λέκα-Εμίρη<sup>1</sup>, Μ. Δίκου<sup>1</sup>, Χ. Ευαγγελοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Καφετζή<sup>3</sup>, Β. Πέτρου<sup>1</sup>,  
Ε.-Α. Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>, Στ. Μιχαλάκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Ενδοκρινολογίας-Αύξησης και Ανάπτυξης Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>2</sup>Βιοχημικό- Ορμονολογικό τμήμα Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 23/10/2021

### ΕΑ07 ΚΡΑΝΙΟΦΑΡΥΓΓΙΩΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΝΗΠΙΑΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ:ΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

**Ε. Δικαϊάκου<sup>1</sup>, Α. Κονιδάρης<sup>1</sup>, Γ. Μαρκογιαννάκης<sup>2</sup>, Μ. Καφετζή<sup>3</sup>,  
Σ. Φακιολός<sup>3</sup>, Ε. Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Μιχαλάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Αύξησης και Ανάπτυξης - Ενδοκρινολογικό, Νοσ. Παιδων «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>2</sup>Νευροχειρουργική, Νοσ. Παιδων «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>3</sup>Βιοχημικό - Ορμονολογικό τμήμα, Νοσ. Παιδων «Π. & Α. Κυριακού»

### ΕΑ08 ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΑΠΟΙΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

**Β. Μελικόκη<sup>1</sup>, Ε.-Α. Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>, Α. Κονιδάρης<sup>1</sup>, Ε. Δικαϊάκου<sup>1</sup>,  
Σ. Πάρχα<sup>2</sup>, Σ. Μιχαλάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Παιδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>2</sup>Ιδιωτικό ιατρείο

### ΕΑ09 ΙΝ VIVO ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΦΑΣΜΑΤΟΣΚΟΠΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΠΡΩΙΜΗ ΗΒΗ

**Ι. Κωστέρια<sup>1</sup>, Μ. Γαβρά<sup>2</sup>, Ε.Α. Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>, Δ.Α. Βεργανελάκης<sup>3</sup>,  
Ε. Δικαϊάκου<sup>1</sup>, Γ. Βάρτζελης<sup>4</sup>, Σ. Μιχαλάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Ενδοκρινολογικό-Αύξησης & Ανάπτυξης, Γ.Ν.Π. «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα.

<sup>2</sup>Τμήμα Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων Αξονική – Μαγνητική Τομογραφία

<sup>3</sup>Μονάδα Πυρηνικής Ιατρικής, Τμήμα Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων Αξονική – Μαγνητική Τομογραφία-Ογκολογική κλινική «Μαριάννα Β. Βαρδινογιάννης - Ελπίδα» Γ.Ν.Π. «Αγία Σοφία», Αθήνα

<sup>4</sup>Β' Παιδιατρική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Π. «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 23/10/2021

**ΕΑ10 ΑΔΕΛΦΕΣ ΜΕ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΕΜΜΗΝΑΡΧΗ, ΠΑΡΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΥΠΟΠΛΑΣΤΙΚΩΝ ΓΟΝΑΔΩΝ ΚΑΙ ΥΠΕΡΓΟΝΑΔΟΤΡΟΦΙΚΟΥ ΥΠΟΓΟΝΑΔΙΣΜΟΥ, ΛΟΓΩ ΕΛΛΕΙΜΑΤΟΣ ΤΟΥ Χ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΟ ΔΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΤΟΥ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΟΣ 20.**

**Ε. Δικαιάκου<sup>1</sup>, Ε.Α Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>, Φ. Αθανασούλη<sup>1</sup>, Ι. Παπουλίδης<sup>2</sup>, Ε. Μανωλάκος<sup>2</sup>, Μ. Βακάκη<sup>3</sup>, Σ. Μιχαλάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα-Αύξησης και Ανάπτυξης, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>2</sup>ATG Labs Εργαστήριο γενετικών αναλύσεων, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>3</sup>Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

**ΕΑ11 ΕΦΗΒΗ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΟΛΥΕΤΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΣΟΥ ADDISON**

**Μ. Μπονατάκη<sup>1</sup>, Ε. Α. Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>, Π. Αναστασοπούλου<sup>2</sup>, Ε. Δικαιάκου<sup>1</sup>, Φ. Αθανασούλη<sup>1</sup>, Σ. Φακιολάς<sup>3</sup>, Μ. Καφετζή<sup>3</sup>, Σ. Μιχαλάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

<sup>2</sup>Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας, Αθήνα

<sup>3</sup>Ορμονολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

**ΕΑ12 ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ ΣΕ ΕΦΗΒΗ ΜΕ ΜΑΚΡΟΠΡΟΛΑΚΤΙΝΩΜΑ**

**Κ. Πετσάνης, Ε.-Α. Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Μαρκογιαννάκης<sup>2</sup>, Σ. Λέκα<sup>1</sup>, Μ. Καφετζή<sup>2</sup>, Σ. Φακιολάς<sup>3</sup>, Σ. Μιχαλάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Ενδοκρινολογικό -Αύξησης και Ανάπτυξης, Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>2</sup>Νευροχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>3</sup>Βιοχημικό - Ορμονολογικό τμήμα, Νοσ. Παιδών «Π. & Α. Κυριακού»

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 23/10/2021

### ΕΑ13 ΣΥΝΔΡΟΜΟ SWYER: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΥΠΟΨΙΑ ΓΟΝΑΔΟΒΛΑΣΤΩΜΑΤΟΣ-ΔΥΣΓΕΡΜΙΝΩΜΑΤΟΣ

**Α. Καλαμπαλίκης<sup>1</sup>, Σ. Μιχαλά<sup>1</sup>, Μ. Διακοσάββας<sup>1</sup>, Κ. Μίγκλη<sup>1</sup>, Γ. Ντάλη<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>2</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, Ελλάδα

### ΕΑ14 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΝΗΠΙΟ ΘΗΛΥ 3 ΕΤΩΝ

**Β. Μούγιου<sup>1</sup>, Σ. Λέκα-Εμίρη<sup>2</sup>, Α. Κονιδάρη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Β΄ Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν.Παιδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>2</sup>Τμήμα Ενδοκρινολογίας-Αύξησης και Ανάπτυξης Γ.Ν.Παιδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

### ΕΑ15 ΚΟΛΠΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ ΜΕ ΤΡΙΣΩΜΙΑ 21. ΣΥΝΔΡΟΜΟ VAN WYK-GRUMBACH

**Ε. Δικαϊάκου<sup>1</sup>, Ε.-Α Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>, Ι. Κωστέρια<sup>1</sup>, Κ. Πετσάνης<sup>1</sup>,  
Α. Πάνος<sup>2</sup>, Ε. Δέδε<sup>2</sup>, Ε. Κουτροβέλη<sup>3</sup>, Σ. Μιχαλάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα-Αύξησης και Ανάπτυξης, Γ.Ν.Π.Α «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>2</sup>Β Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Π.Α «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>3</sup>Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Π.Α «Π. & Α. Κυριακού»

22-23/10/2021  
Ξενοδοχείο Titania Hotel, Αθήνα



Ενδοκρινολογικά Προβλήματα  
του Παιδιού και του Εφήβου

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 23/10/2021

- 10:00-12:15 **Στρογγυλό Τραπέζι:**  
**ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1**  
*Προεδρείο:* **Ε. Χατζηαγγελάκη, Ι. Ντούπης**  
*Ομιλητές:* Επιπτώσεις της πανδημίας στους ασθενείς με ΣΔ1, **Χ. Κανακά-Gantenbein**  
Συνεχής καταγραφή γλυκόζης. Αξιολόγηση, **Ε. Κωστέρια**  
Η σημασία της εκπαίδευσης στη διαχείριση του ΣΔ1, **Α. Χριστοφορίδης**  
Πρώιμη διάγνωση της περιφερικής νευροπάθειας στους εφήβους,  
**Ν. Τεντολούρης**
- 12:15-12:45 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ**
- 12:45-13:30 **Ομιλία: ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΟΥ ΓΙΓΑΝΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕΓΑΛΑΚΡΙΑΣ**  
*Προεδρείο:* **Σ. Μιχαλάκος**  
*Ομιλητής:* **Κ. Στρατάκης**
- 13:30-15:00 **Στρογγυλό Τραπέζι:**  
**ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΘΕΜΑΤΑ**  
*Προεδρείο:* **Β. Πέτρου, Α. Μητσιώνη**  
*Ομιλητές:* Κρανιοφαρυγγίωμα καλοήθους νόσου με κακοήθη πορεία, **Β. Παπαδάκης**  
Προκλήσεις μετά τη μεταμόσχευση νεφρού στα παιδιά, **Α. Μητσιώνη**  
Πρωρότητα στο νεογνό: Επιπτώσεις στην αύξηση και στο μεταβολισμό,  
**Θ. Μπούτσικου**
- 15:00-15:30 **Δορυφορική Διάλεξη**  
*Αναλυτικό πρόγραμμα σελ. 17* *Με την ευγενική χορηγία* **MERCK**
- 15:30-16:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ**



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 23/10/2021


16:30-17:00 **Δορυφορική Διάλεξη**

Αναλυτικό πρόγραμμα σελ. 18

Με την ευγενική χορηγία **SANDOZ** A Novartis Division

17:00-17:30 **Δορυφορική Διάλεξη**

Αναλυτικό πρόγραμμα σελ. 18

Με την ευγενική χορηγία  **novo nordisk®**

17:30-19:30 **Στρογγυλό Τραπέζι:**  
**ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΥΞΗΣΗ**

Προεδρείο: **Γ. Μαστοράκος - Ε. Χαρμανδάρη**

Ομιλητές: Ψηλό ανάστημα, **Σ. Λέκα-Εμίρη**

Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών στην Εφηβεία, **Γ. Μαστοράκος**

Εβδομαδιαία αυξητική ορμόνη, **Ε.-Α. Βλαχοπαπαδοπούλου**

Διατροφικές διαταραχές: Πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες. Από την σκοπιά του Παιδιάτρου. **Ε. Καλούμενου**

19:30-21:00 **ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ**

Προεδρείο: **Ε. Καλούμενου - Ι. Παναγιωτόπουλος**

Ομιλητές: Νεογνο με κρυφορχία και βουβωνοκκλη, **Α. Φωτιάδου**

Έφηβη με εξάντληση, εμέτους και ανορεξία, **Μ. Μπονατάκη**



22-23/10/2021  
Ξενοδοχείο Titania Hotel, Αθήνα



Ενδοκρινολογικά Προβλήματα  
του Παιδιού και του Εφήβου


## ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΟΣΙΑ - ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

### ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ, 22 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2021

18:00-18:30 Δορυφορική Διάλεξη:  
**ΓΙΟΡΤΑΖΟΝΤΑΣ 100 ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ**

Προεδρείο: **Χ. Κανακά-Gantenbein**


Ομιλήτρια: **Ι. Κωστέρια**

Με την ευγενική χορηγία  **Lilly**  
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΑ

18:30-19:00 Δορυφορική Διάλεξη:  
**ΚΛΙΝΙΚΑ ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΛΙΡΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ 3.0MG ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ  
ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ**

Προεδρείο: **Σ. Μιχαλάκος**

Ομιλήτρια: **Ε. Χαρμανδάρη**

Με την ευγενική χορηγία  **Novo Nordisk**

### ΣΑΒΒΑΤΟ, 23 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2021

15:00-15:30 Δορυφορική Διάλεξη:  
**Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΥΞΗΤΙΚΗ ΟΡΜΟΝΗ:  
ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ**

Προεδρείο: **Σ. Μιχαλάκος**

Ομιλήτρια: **Ε.-Α. Βλαχοπαπαδοπούλου**

Με την ευγενική χορηγία  **MERCK**



## ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΟΣΙΑ - ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ, 23 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2021

16:30-17:00 Δορυφορική Διάλεξη:  
**ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΤΗΣ  
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ - ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Προεδρείο: **Ε.-Α. Βλαχοπαπαδοπούλου**


Ομιλήτρια: **Ε. Δικαιάκου**

Με την ευγενική χορηγία **SANDOZ** A Novartis  
Division

17:00-17:30 Δορυφορική Διάλεξη:  
**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ ΣΤΗ  
ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ  
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Προεδρείο **Ε.-Α. Βλαχοπαπαδοπούλου**

Ομιλητής: **Α. Χριστοφορίδης**

Με την ευγενική χορηγία  **novo nordisk**

22-23/10/2021  
Ξενοδοχείο Titania Hotel, Αθήνα



Ενδοκρινολογικά Προβλήματα  
του Παιδιού και του Εφήβου

## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### Ημέρες και Ώρες Διεξαγωγής Συμποσίου

Παρασκευή, 22 Οκτωβρίου 2021	14:00 – 21:00
Σάββατο, 23 Οκτωβρίου 2021	08:00 – 21:00

### Ξενοδοχείο Titania, Αθήνα

Διεύθυνση: Πανεπιστημίου 52, Αθήνα 106 78

Τηλέφωνο: 21 0332 6000

<http://www.titania.gr/el>

Κύρια Συνεδριακή Αίθουσα: Απόλλων / Αθηνά (ημιώροφος)

Χώρος παράθεσης διαλείμματος καφέ & ελαφρού γεύματος: Βεργίνα (ημιώροφος)

### Ώρες Λειτουργίας Γραμματείας

Παρασκευή, 22 Οκτωβρίου 2021	13:30 – 21:00
Σάββατο, 23 Οκτωβρίου 2021	07:30 – 21:00

### Κάρτες Συνέδρων

Για την πρόσβαση στις επιστημονικές συνεδρίες και στο χώρο της έκθεσης απαιτείται η επίδειξη της κάρτας συνέδρων (badge), η οποία θα φέρει γραμμωτό κώδικα (barcode), προκειμένου να ελέγχεται ο χρόνος παρακολούθησης του επιστημονικού προγράμματος. Παρακαλούνται οι συνέδροι να φορούν την κάρτα τους καθ' όλη τη διάρκεια του Συμποσίου σε εμφανές σημείο και να την επιδεικνύουν στο εξουσιοδοτημένο προσωπικό στην είσοδο της αίθουσας.

### Πιστοποιητικά Παρακολούθησης

Τα πιστοποιητικά παρακολούθησης θα αποσταλούν ηλεκτρονικά από τη Γραμματεία του Συμποσίου μετά το πέρας του Συμποσίου. Παράλληλα, στα πιστοποιητικά παρακολούθησης θα αναγράφονται και τα Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME Credits). Δικαίωμα παραλαβής πιστοποιητικού παρακολούθησης έχουν μόνο όσοι έχουν παρακολουθήσει το 60% του Επιστημονικού προγράμματος.



## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### Διαδικτυακή Παρακολούθηση

Το πρόγραμμα θα μεταδίδεται διαδικτυακά μέσω ειδικής πλατφόρμας. Όλοι οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι έχουν λάβει σχετικό ενημερωτικό e-mail με οδηγίες σύνδεσης στην πλατφόρμα. Οι σύνεδροι μπορούν να απευθύνουν τις ερωτήσεις τους προς Ομιλητές/Εισηγητές μέσω ειδικού chatbox που θα είναι διαθέσιμο στην πλατφόρμα καθόλη τη διάρκεια του Συμποσίου. Για οποιοδήποτε κώλυμα παρακαλούμε όπως επικοινωνήσετε με την Εταιρεία Οργάνωσης Συμποσίου στο τηλέφωνο: 210-3668892 και email: congress@afea.gr.

### Αξιολόγηση Συμποσίου

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αξιολόγησης είναι υποχρεωτική για τη χορήγηση του πιστοποιητικού παρακολούθησης και των μορίων. Παρακαλούνται οι σύνεδροι όπως συμπληρώσουν το σχετικό ερωτηματολόγιο που θα τους διατεθεί ηλεκτρονικά μετά τη λήξη του Συμποσίου.

### Μοριοδότηση Συμποσίου

Σύμφωνα με τα κριτήρια της EACCME-UEMS έχουν χορηγηθεί 13 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD credits) στο επιστημονικό πρόγραμμα του 6<sup>ου</sup> Επιστημονικού Συμποσίου με θέμα «Ενδοκρινολογικά Προβλήματα του Παιδιού και του Εφήβου». Η χορήγηση των μορίων γίνεται βάσει των ωρών παρακολούθησης. Επισημαίνεται ότι κάθε (1) μόριο Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης αντιστοιχεί σε μία πλήρη ώρα παρακολούθησης του επιστημονικού προγράμματος.

### Οπτικοακουστικός Εξοπλισμός

Οι συνεδριακή αίθουσα είναι εξοπλισμένη με τον απαραίτητο για την προβολή των παρουσιάσεων οπτικοακουστικό εξοπλισμό (laptop, data video projector, οθόνη και laser pointer). Διαφανοσκόπια ή προβολείς slides δε θα είναι διαθέσιμα.

Όλοι οι Ομιλητές, παρακαλούνται να έχουν διαθέσιμες τις παρουσιάσεις τους σε ηλεκτρονική μορφή (USB stick ή CDROM). Υλικό σε δισκέτες δε θα γίνεται δεκτό. Όλοι οι τύποι MS PowerPoint είναι αποδεκτοί εκτός από Mac.

Η χρήση προσωπικών υπολογιστών και ipads δεν επιτρέπεται.

**22-23/10/2021**  
Ξενοδοχείο Titania Hotel, Αθήνα



**Ενδοκρινολογικά Προβλήματα  
του Παιδιού και του Εφήβου**

## **ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

### **Γραφείο Εξυπηρέτησης Ομιλητών**

Όλες οι παρουσιάσεις θα πρέπει να παραδίδονται στο εξουσιοδοτημένο προσωπικό, που θα βρίσκεται καθ' όλη τη διάρκεια του Συμποσίου στο Συνεδριακό χώρο, τουλάχιστον μία (1) ώρα πριν την έναρξη της ομιλίας τους, δηλώνοντας το όνομά τους και τη συνεδρία στην οποία συμμετέχουν.

### **Πολιτική Καπνίσματος**

Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, το κάπνισμα απαγορεύεται σε όλους ανεξαιρέτως τους εσωτερικούς χώρους του Συνεδριακού Ξενοδοχείου. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την κατανόησή σας.

### **Κινητά Τηλέφωνα**

Για την ομαλή διεξαγωγή του επιστημονικού προγράμματος, παρακαλούμε, όπως έχετε τα κινητά σας τηλέφωνα απενεργοποιημένα εντός της συνεδριακής αίθουσας κατά την ώρα διεξαγωγής των συνεδριάσεων.

### **Επίσημη Γλώσσα Συμποσίου**

Η επίσημη γλώσσα του Συμποσίου είναι η Ελληνική.

### **Ασφάλεια**

Η Ελληνική Εταιρεία Παιδικής και Εφηβικής Παχυσαρκίας και η Εταιρεία Οργάνωσης του Συμποσίου δε φέρουν καμιά ευθύνη για προσωπική φθορά, απώλεια ή ζημιά σε προσωπικά αντικείμενα των συμμετεχόντων, καθώς και για απρόβλεπτα έξοδα, που πιθανά να προκύψουν κατά τη διάρκεια του Συμποσίου, ή λόγω καθυστερήσεων, απεργιών ή άλλων ειδικών συνθηκών κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους. Παρακαλούνται οι συμμετέχοντες, όπως φροντίσουν για τις ανάγκες τους σε ταξιδιωτική και υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη.

### **Απολεσθέντα Αντικείμενα**

Σε περίπτωση απώλειας προσωπικών αντικειμένων, παρακαλούμε όπως απευθυνθείτε στη Γραμματεία του Συμποσίου.



## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### COVID-19

Η Οργανωτική Επιτροπή του Συμποσίου και η Εταιρεία Οργάνωσης, AFEA Travel & Congress Services, παρακολουθούν στενά τις εξελίξεις, που σχετίζονται με την πανδημία COVID-19 τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο και δηλώνουν ότι όλα τα μέτρα ασφαλείας και οι επίσημες οδηγίες και συστάσεις όλων των αρμόδιων αρχών, που θα ισχύουν για την περίοδο διεξαγωγής του Συμποσίου, θα εφαρμοστούν στο ακέραιο, για τη διασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας όλων των εμπλεκομένων.

**Σύμφωνα με την τελευταία ΚΥΑ, η είσοδος στους συνεδριακούς χώρους επιτρέπεται αποκλειστικά και μόνο σε όσους επιδεικνύουν:**

- πιστοποιητικό εμβολιασμού ή
  - πιστοποιητικό νόσησης που εκδίδεται τριάντα (30) ημέρες μετά από τον πρώτο θετικό έλεγχο και η ισχύς του διαρκεί έως εκατόν ογδόντα (180) ημέρες μετά από αυτόν
-

**22-23/10/2021**  
Ξενοδοχείο Titania Hotel, Αθήνα



**Ενδοκρινολογικά Προβλήματα  
του Παιδιού και του Εφήβου**

## **ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

### **Συνεδρίες Επιστημονικού Προγράμματος**

Για την ομαλή ροή του επιστημονικού προγράμματος, παρακαλούνται:

- Οι Ομιλητές να περιορίζουν την ομιλία τους εντός του χρονικού πλαισίου που τους έχει κοινοποιηθεί.
- Τα Προεδρεία να τηρούν τα χρονικά πλαίσια της συνεδρίας στην οποία προεδρεύουν, αφήνοντας τον απαραίτητο χρόνο για συζήτηση και ενθαρρύνοντας ερωτήσεις από το ακροατήριο.





## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΠΡΟΕΔΡΩΝ

**Weghuber Daniel**

*Professor of Pediatrics at Paracelsus Medical School (PMU) in Salzburg, Austria & President European Childhood Obesity Group*

**Βλαχοπαπαδοπούλου  
Ελπίς-Αθηνά**

*Παιδιάτрос-Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια, Ενδοκρινολογικό-Αύξησης & Ανάπτυξης Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»*

**Βρυωνίδου-Μπομποτά  
Ανδρομάχη**

*Ενδοκρινολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια, Τμήμα Ενδοκρινολογίας & Μεταβολισμού - Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο»*

**Δικαϊάκου Ειρήνη**

*Παιδιάτрос-Παιδοενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια Α, Ενδοκρινολογικό-Αύξησης & Ανάπτυξης Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»*

**Δουλγεράκη Άρτεμις**

*Παιδιάτрос, MD, PhD, MRCPCH, FRCPC, Διευθύντρια του Τομέα Νοσημάτων Μεταβολισμού Οστών και Μετάλλων, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού*

**Καλουμένου Ειρήνη**

*MD, PhD, Παιδιάτрос, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιστ. Συνεργάτης, Ενδοκρινολογικό - Αύξησης & Ανάπτυξης Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»*

**Κανακά-Gantenbein  
Χριστίνα**

*PhD, FMH(CH) Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας Διευθύντρια Α' Παιδιατρικής Κλινικής και Χωρεμείου Ερευνητικού Εργαστηρίου Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»*

**Κάσση Εύα**

*Ενδοκρινολογος, Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής, ΕΚΠΑ*

**Κόκκινος Αλέξανδρος**

*Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ «Λαϊκό»*





## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΠΡΟΕΔΡΩΝ

### Κονιδάρη Αναστασία

MD, FRCPCH, PhD, CCT(PGHAN), Παιδίατρος με εξειδίκευση στην Γαστρεντερολογία, ηπατολογία και διατροφή, Επιμελήτρια Α, Β Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

### Κωστέρια Ιωάννα

Παιδίατρος, Επιμελήτρια Β, Τμήμα Ενδοκρινολογικό-Αύξησης & Ανάπτυξης, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

### Λαναράς Λεωνίδας

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Συντονιστής - Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου, Γ.Ν. Λαμίας, Γενικός Γραμματέας της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας

### Λέκα – Εμίρη Σοφία

MD, MSc, PhD, DIU Paris VI University, Επιμελήτρια Α', Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

### Μαστοράκος Γεώργιος

Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Μονάδα Ενδοκρινολογίας, Σακχαρώδη Διαβήτη και Μεταβολισμού, ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΝ Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

### Μπισιώνη Ανδρομάχη

Παιδίατρος -Παιδονεφρολόγος, Διευθύντρια Νεφρολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

### Μιχαλά Λίνα

Επίκουρη Καθηγήτρια Μαιευτικής Γυναικολογίας / Παιδική και Εφηβική Γυναικολογία, Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα»

### Μιχαλάκος Στέφανος

Παιδίατρος, Συντονιστής Διευθυντής, Τμήμα Ενδοκρινολογικό-Αύξησης & Ανάπτυξης, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

### Μπονατάκη Μυρτώ

Παιδίατρος, Επικουρική Ιατρός, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΠΡΟΕΔΡΩΝ

### Μπούτσικου Θεοδώρα

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Νεογνολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Νεογνολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο

### Ντουπής Ιωάννης

Παθολογος – Διαβητολογος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντης Ναυτικού Νοσοκομείου Σαλαμίνας και υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου

### Παναγιωτόπουλος Ιωάννης

MD, MSc, Παιδίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Ενδοκρινολογικού-Αύξησης & Ανάπτυξης Τμήματος, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

### Παπαδάκης Βασίλειος

Παιδίατρος και Αιματολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Τμήμα Παιδιατρικής Αιματολογίας- Ογκολογίας, Ογκολογική Μονάδα «Μαριάννα Β Βαρδινογιάννη- ΕΛΠΙΔΑ», Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

### Πέτρου Βασίλειος

Ενδοκρινολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Τμήμα Ενδοκρινολογικό - Αύξησης και Ανάπτυξης, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

### Σταμογιάννου Λέλα

Παιδίατρος Παιδοενδοκρινολογος, Υπευθυνη Ειδικής Μονάδας Αύξησης Παιδιών και Εφήβων, Ιασω Παίδων

### Στρατάκης Κωνσταντίνος

Καθηγητής Παιδιατρικής, Ενδοκρινολογίας κ' Γενετικής Παν/μια Georgetown, McGill, Eur. Univ. Cyprus & Διευθύνων Επιστημονικός Σύμβουλος ΕΛΠΕΝ Α.Ε. & Δ/ντής Ινστιτούτου Έρευνας & Καινοτομίας Αθηνών & Δ/ντής Έρευνας Γενετικής του Ανθρώπου & Ιατρικής Ακριβείας, ΙΤΕ, ΙΜΒΒ, Ηράκλειο, Κρήτη

### Τεντολούρης Νικόλαος

Καθηγητής Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών και Διευθυντής του Διαβητολογικού Κέντρου του ΓΝΑ «Λαϊκό»

22-23/10/2021  
Ξενοδοχείο Titania Hotel, Αθήνα



**Ενδοκρινολογικά Προβλήματα  
του Παιδιού και του Εφήβου**

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΠΡΟΕΔΡΩΝ**

**Τουρνής Συμεών**

*Ενδοκρινολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Εργαστήριο Έρευνας Παθήσεων Μυοσκελετικού Συστήματος ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο ΚΑΤ*

**Τσίτσικα Άρτεμις**

*Αναπλ. Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Εφηβικής Ιατρικής ΕΚΠΑ, Επιστ. Υπεύθυνος Μονάδας Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ), Β' Παιδιατρική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων «Π. & Α. Κυριακού» & Διευθύντρια ΠΜΣ «Στρ. Αναπτυξιακής και Εφηβικής Υγείας» & Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Εφηβικής Ιατρικής (Ε.Ε.Ε.Ι.)*

**Φωτιάδου Ανατολή**

*Παιδίατρος σε αναμονή συμμετοχής στις εξετάσεις ειδικότητας, Υποψήφια Διαπανεπιστημιακού Διπλώματος Εξειδίκευσης στην Παιδιατρική Ενδοκρινολογία, Université d' Aix- Marseille*

**Χαρμανδάρη Ευαγγελία**

*MD, MSc, PhD, MRCP(UK), CCT(UK), Καθηγήτρια Παιδιατρικής - Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών*

**Χασαπίδου Μαρία**

*Καθηγήτρια Διατροφής και Διαιτολογίας, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος(ΔΙΠΑΕ)*

**Χατζηπαγγελάκη Εριφύλη**

*Καθηγήτρια Παθολογίας - Μεταβολικών Νοσημάτων, Β' Προπ. Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο του Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. «Αττικόν»*

**Χριστοφορίδης Αθανάσιος**

*Αναπληρωτής Καθηγητής Α.Π.Θ., Α' Παιδιατρική Κλινική*

6<sup>ο</sup>

Πανελλήνιο Επιστημονικό Συμπόσιο  
της Ελληνικής Εταιρείας  
Παιδικής & Εφηβικής Παχυσαρκίας



Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών - Αγ. Κυριακού

ΧΟΡΗΓΟΙ

**MERCK**



**SANDOZ** A Novartis  
Division



**Vita Longa**  
PHARMACEUTICAL COMPANY

**UNI-PHARMA**  
Pharmaceutical Laboratories S.A.  
[www.uni-pharma.gr](http://www.uni-pharma.gr)

# ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ





## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΕΑ01

#### Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ. ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.

**Ε. Φερεντίνου<sup>1</sup>, Χ. Νταφογιάννη<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>RN, MSc, PhD(C) Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ΓΝΑ Παιδών «Η Αγία Σοφία»

<sup>2</sup>RN, MSc, PhD Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

**Εισαγωγή:** Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα δημόσιας υγείας του 21ου αιώνα. Το 2019, παγκόσμια καταγράφηκαν 38 εκατομμύρια παιδιά, κάτω των πέντε ετών, με παχυσαρκία και υπερβαρότητα.

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να περιγράψει τη συσχέτιση της παιδικής παχυσαρκίας με τις συνήθειες ύπνου των παιδιών.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση της βιβλιογραφίας στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed με συγκεκριμένες λέξεις κλειδιά για το χρονικό διάστημα της τελευταίας πενταετίας.

**Αποτελέσματα:** Μετα τη διεξοδική αξιολόγηση των ερευνητικών μελετών που εντοπίστηκαν, 17 άρθρα συμπεριελήφθησαν. Το σημαντικότερο εύρημα είναι η θετική συσχέτιση μεταξύ μικρής διάρκειας ύπνου και παιδικής παχυσαρκίας και η τάση των παιδιών που έχουν ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, να έχουν διαταραχές ύπνου.

**Συμπεράσματα:** Η εκπαίδευση των παιδιών και της οικογένειας σε επίπεδο κοινότητας σχετικά με την εκπαίδευση ύπνου, ρουτίνας ύπνου και καθοδήγηση για την κατάλληλη για την ηλικία διάρκεια ύπνου αποτελεί πρωταρχική μέριμνα προκειμένου να επιτευχθεί, τόσο η πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας, όσο και η αγωγή υγείας για την υγιή γνωστική, σωματική, συναισθηματική και συμπεριφορική ανάπτυξη των παιδιών.



## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΕΑ02

#### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΑΠΟ COVID-19 ΣΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ 2 ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΜΕΛΕΤΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

**Λ.-Μ. Ντάφλα<sup>1,2</sup>, Κ.-Α. Πούλια<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>MBA Health, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>2</sup>Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας – ΕΟΠΥΥ

<sup>3</sup>Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Διαιτολογίας, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης είναι η αποτύπωση του επιπολασμού του Σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) στα παιδιά και τους νέους έως 24 ετών στην Ελλάδα καθώς και η διερεύνηση της επίπτωσης των αλλαγών στον τρόπο ζωής λόγω της πανδημίας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Εξετάστηκαν τα δεδομένα από το Μητρώο των Διαβητικών Ασθενών του ΕΟΠΥΥ και συγκεκριμένα για το διάστημα Ιανουάριος 2019-2020 και 2020- 2021. Εξετάστηκαν οι ηλικίες από 0 έως 24 ετών, ανά φύλλο, ανά ηλικιακή ομάδα και ανά Νομό της Ελλάδας. Συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα μεταξύ των δυο χρονικών περιόδων, προκειμένου να ανιχνευθούν διαφοροποιήσεις λόγω πανδημίας.

**Αποτέλεσμα:** Για ασθενείς με ΣΔ1 ο επιπολασμός στις ηλικίες από 0 έως 24 ετών για τα έτη 2019 – 2020 και 2020-2021 βρέθηκε να μην έχει σημαντική διαφορά και να είναι 118 ασθενείς/ 100.000 πληθυσμό (120 θήλεις/100.000 θήλεις vs 117 άρρενες/100.000 αρρένων). Για ασθενείς με ΣΔ2 στις ίδιες ηλικίες ο επιπολασμός για το έτος 2020-2021 είναι 28 ασθενείς/ 100.000 πληθυσμό, εμφανίζοντας υπερδιπλασιασμό σε σχέση με το έτος 2019-2021 (13 ασθενείς/100.000 πληθυσμό). Η θήλεις εμφανίζουν μεγαλύτερο επιπολασμό από τους άρρενες (25 ασθενείς /100.000 θήλεις vs 16 ασθενών / 100.000 αρρένων). Στην ομάδα 15-24 ετών ο επιπολασμός είναι 43 πάσχοντες ανά 100.000 άτομα (57/100.000 θήλεις vs 31/ 100.000 άρρενες).

**Συμπεράσματα:** Η επίπτωση του ΣΔ1 σε παιδιά και νέους δεν παρουσιάζει διαφορά μεταξύ των ετών 2019-2020 και 2020-2021. Ο υπερδιπλασιασμός των ατόμων με ΣΔ2 το 2020-2021 αποτελεί ένα ιδιαίτερα ανησυχητικό αποτέλεσμα, που πιθανώς αντανακλά τις αλλαγές στον τρόπο ζωής και διατροφής λόγω των περιορισμών της πανδημίας.



## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΕΑ03

#### ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

**Α. Καλαμπαλίκης<sup>1</sup>, Σ. Μιχαλά<sup>1</sup>, Θ. Δουληγέρης<sup>1</sup>, Α. Τσιτούρα<sup>1</sup>, Κ. Μίγκλη<sup>1</sup>, Γ. Ντάλη<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>2</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, Ελλάδα

**Σκοπός:** Η συγγενής υπερπλασία των επινεφριδίων (ΣΥΕ) είναι μια αυτοσωματική υπολειπόμενη μεταβολική διαταραχή με συχνότητα 1 στις 14.000-18.000 γεννήσεις. Οι ασθενείς παράγουν ανεπαρκείς ποσότητες κορτιζόλης και αλατοκορτικοειδών και υπερπαράγουν αντιρροπιστικά ανδρογόνα.

**Σκοπός:** η παρουσίαση περιστατικού με αδιάγνωστη ΣΥΕ σε προχωρημένη ηλικία.

**Υλικό και Μέθοδος:** Ασθενής 24 ετών επισκέφθηκε την κλινική μας αιτιώμενη δυσκολίες κατά τη σεξουαλική επαφή. Ανέφερε εμμηναρχή σε ηλικία 13 ετών και σταθερό καταμμήνιο κύκλο 45 ημερών. Ήταν καπνίστρια (ένα πακέτο/ημέρα), είχε BMI 24,5 και ανέφερε σκωληκοειδεκτομή σε ηλικία 16 ετών, χωρίς επιπλοκές. Κατά την κλινική εξέταση, παρατηρήθηκε κλειτοριδομεγαλία και κοινός ουρογεννητικός κόλπος. Εστάλη πλήρης ορμονικός έλεγχος και ετέθη η διάγνωση της ΣΥΕ.

**Αποτέλεσμα:** Η ασθενής ξεκίνησε θεραπεία με υδροκορτιζόνη και αργότερα υποβλήθηκε σε διάνοιξη του κοινού ουρογεννητικού κόλπου. Η μετεχειρητική πορεία ήταν ανεπιπλεκτη. Η ασθενής ξεκίνησε κολπικές διαστολές και δύο μήνες αργότερα ανέφερε επιτυχή κολπική επαφή, ενώ τρεις μήνες πιο μετά έμεινε έγκυος, ωστόσο το κύημα παλινδρόμησε.

**Συμπέρασμα:** Η ΣΥΕ είναι μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Οι περισσότερες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται κατά τη βρεφική ηλικία. Καθυστερημένη διάγνωση της ΣΥΕ μπορεί να συμβεί σε άρρενα άτομα, σε ασθενείς με μερική ανεπάρκεια του ενζύμου ή σε γυναίκες με τον μη κλασικό τύπο της νόσου. Το παρόν περιστατικό αποτελεί ιδιαίτερη περίπτωση, καθώς έπαυσε από σοβαρής μορφής ΣΥΕ, για την οποία δεν είχε λάβει αγωγή κατά την παιδική ηλικία. Η καθυστερημένη χειρουργική επέμβαση εναρμονίζεται με την πιο πρόσφατη τάση για συναίνεση στις επεμβάσεις θηλεοποίησης. Η αντιμετώπιση κατά την εφηβεία ή και αργότερα διαφυλάσσει το δικαίωμα των ατόμων αυτών για αυτοδιάθεση.





## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΕΑ04

#### ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

Π. Δικαϊάκου<sup>1</sup>, Ε. Δικαϊάκου<sup>2</sup>, Ε.Α Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>2</sup>, Ι. Κωστήρια<sup>2</sup>, Φ. Αθανασούλη<sup>2</sup>, Σ.Μιχαλάκος<sup>2</sup>, Γ. Αλεξιάς<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Π.Μ.Σ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα  
<sup>2</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα-Αύξησης και Ανάπτυξης, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των παιδιών και εφήβων, ηλικίας 8-16 ετών, με αυξημένο σωματικό βάρος σε σύγκριση με εκείνη παιδιών και εφήβων, αντίστοιχης ηλικιακής ομάδας, που έχουν φυσιολογικό βάρος σώματος.

**Μέθοδοι:** Συνολικά συμμετείχαν 106 παιδιά και έφηβοι, ηλικίας 8-16 ετών, καθώς και οι γονείς τους, τα οποία εξετάστηκαν κατά το διάστημα Ιανουαρίου-Μαΐου του 2021 στο Ενδοκρινολογικό - Αύξησης και Ανάπτυξης τμήμα του Γ.Ν.Π.Α «Π. & Α. Κυριακού». Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω του σταθμισμένου ερωτηματολογίου KIDSCREEN-27, έκδοση για παιδιά / εφήβους και γονείς.

**Αποτελέσματα:** Το 57,5% των συμμετεχόντων είχαν αυξημένο σωματικό βάρος και το 42,5% αυτών ήταν φυσιολογικού βάρους. Στην κλίμακα του ερωτηματολογίου που αφορά στις Σωματικές Δραστηριότητες και Υγεία, τα παιδιά με φυσιολογικό βάρος παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο σκορ ( $51,50 \pm 8,91$ ) σε σχέση με τα παιδιά αυξημένου σωματικού βάρους ( $46,38 \pm 8,66$ ) ( $p=0,004$ ). Στην ίδια κλίμακα βρέθηκαν αντίστοιχες διαφορές και στην έκδοση των γονέων ( $p<0,001$ ). Επιπλέον, τα παιδιά με αυξημένο σωματικό βάρος που δεν έχουν στο δωμάτιο τους ηλεκτρονικό υπολογιστή/τάμπλετ/κινητό, κατέγραψαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα σκορ σε σχέση με τα παιδιά που έχουν, στις κλίμακες Σωματικές Δραστηριότητες και Υγεία ( $p=0,007$ ), Γενική Διάθεση και Συναισθήματα ( $p=0,001$ ) και Σχολείο και Μάθηση ( $p=0,021$ ). Ίδιο μοτίβο, με τις ίδιες κλίμακες επαναλήφθηκε και για την έκδοση των γονέων. Τέλος, οι ερωτώμενοι φυσιολογικού βάρους ήταν κατά στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποιημένοι για το βάρος τους σε σχέση με τα αυξημένου σωματικού βάρους παιδιά. ( $p<0,001$ ).

**Συμπεράσματα:** Η ποιότητα ζωής των παιδιών/εφήβων με αυξημένο σωματικό βάρος φαίνεται ότι επηρεάζεται αρνητικά τόσο στις παραμέτρους σωματικής δραστηριότητας και υγείας όσο και στην εικόνα που έχουν τα ίδια τα παιδιά σχετικά με το σωματικό τους βάρος. Η ύπαρξη οθονών μέσα στο δωμάτιό τους φαίνεται επίσης ότι επηρεάζει δυσμενώς την σωματική τους δραστηριότητα και υγεία, την συναισθηματική τους ευεξία και τις μαθησιακές τους επιδόσεις.



## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΕΑ05

#### ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΜΣ $\geq 2,5SDS$ , ΟΧΙ ΟΜΩΣ ΜΕ ΔΜΣ $< 2,5SDS$ Ο ΔΕΙΚΤΗΣ HOMA-IR ΔΙΑΦΕΡΕΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Σ. Λέκα-Εμίρη<sup>1</sup>, Μ. Δίκου<sup>1</sup>, Χ. Ευαγγελοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Καφετζή<sup>3</sup>, Β. Πέτρου<sup>1</sup>,  
Ε.-Α Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Μιχαλάκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Ενδοκρινολογίας-Αύξησης και Ανάπτυξης Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>2</sup>Βιοχημικό- Ορμονολογικό τμήμα Γ.Ν.Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

**Σκοπός:** Η σύγκριση του HOMA-IR μεταξύ φυσιολογικού βάρους και παχύσαρκων παιδιών.

**Μέθοδος:** 292 παιδιά (156 κορίτσια), ΔΜΣ ( $\geq OSD$ ), στάδιο κατά Tanner 1/ $>2$ : 163/129, διαχωρίστηκαν σε τέσσερις ομάδες (Ομάδα 1:  $OSD \leq BMI < 2SD$ , Ομάδα 2:  $2SD \leq BMI < 2,25SD$ , Ομάδα 3:  $2,25SD \leq BMI < 2,5SD$ , Ομάδα 4:  $BMI \geq 2,5SD$ ) μελετήθηκαν αναδρομικά. Η ηλικία, το φύλο, τα επίπεδα γλυκόζης και ινσουλίνης αίματος καθώς και ο δείκτης homeostasis model assessment of insulin resistance (HOMA-IR) [(fasting glucose-mmol/l $\times$ fasting insulin mIU/l)/22,5] καταγράφηκαν και η ινσουλινοαντίσταση ορίστηκε ως  $HOMA-IR \geq 3.4$ . Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS και η σύγκριση μεταξύ των τεσσάρων ομάδων με τη μέθοδο One-Way και Two-Way Analysis of variance (ANOVA),  $p < 0.05$ .

**Αποτελέσματα:** Οι μέσοι όροι ηλικίας ήταν 9,5 έτη (SD, 3.07), ΔΜΣ: 2.28 (SD, 0.59), HOMA-IR: 3,88 (SD, 3.6), γλυκόζης: 87,3 (SD, 8,3) mg/dl, ινσουλίνης: 17,9 (SD, 16) mIU/l. Τα κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά συνοψίζονται στον Πίνακα 1. Ο δείκτης HOMA-IR ήταν σημαντικά υψηλότερος μόνο στην ομάδα 4 σε αντίθεση με την ομάδα 1 ( $p: 0.02$ ) όχι όμως με τις ομάδες 2 ή 3. Τα προεφηβικά αγόρια στις ομάδες 2, 3, 4 είχαν υψηλότερο HOMA-IR σε σχέση με τα κορίτσια (4,1/3,5, αγόρια/κορίτσια), με τη σχέση αυτή να αντιστρέφεται κατά την εφηβεία (3,6/4,4 αγόρια/κορίτσια). Επιπλέον, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων όσων αφορά το φύλο και την εφηβεία.



## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

**Πίνακας 1.** Κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά, Mean (SD).

	Ομάδα 1 (n=55)	Ομάδα 2 (n=78)	Ομάδα 3 (n=70)	Ομάδα 4 (n=89)	p
Ηλικία (έτη)	10,9 (2,4)	9,7 (2,2)	9,5 (2,8)	7,6 (3,6)	*
Φύλο (αγόρια/κορίτσια)	20/35	37/41	32/38	47/42	
Στάδιο Tanner I/II-IV	20/35	47/31	36/34	60/29	*
BMI z-score	1,7 (0,27)	2,1 (0,06)	2,4 (0,08)	2,9 (0,65)	*
HOMA IR	3,1 (1,0)	3,6 (3,0)	3,9 (2,7)	4,6 (5,1)	*
< 3.4	69%	62%	52%	52%	
≥ 3.4	31%	38%	48%	48%	
Γλυκόζη (mg/dl)	89 (8,6)	87 (8,3)	87 (7,8)	86 (8,2)	*
Ινσουλίνη (mIU/lt)	14 (8)	17 (14)	18 (11)	21 (23)	*

**Συμπέρασμα:** Τα παχύσαρκα παιδιά με  $\Delta\text{M}\Sigma \geq 2,5\text{SDS}$  και όχι  $\Delta\text{M}\Sigma < 2,5\text{SDS}$ , παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο HOMA-IR σε αντίθεση με τα φυσιολογικού βάρους παιδιά, ανεξάρτητα από το φύλο και το στάδιο κατά Tanner.



## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΕΑ06

#### ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΜΣ $\geq 2,5$ SDs ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΠΑΡΟΜΟΙΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΜΣ $< 2,5$ SDs ΕΙΤΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΩΜΑΤΟΣ.

Σ. Λέκα-Εμίρη<sup>1</sup>, Μ. Δίκου<sup>1</sup>, Χ. Ευαγγελοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Καφετζή<sup>3</sup>, Β. Πέτρου<sup>1</sup>,  
Ε.-Α Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>, Στ. Μιχαλάκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Ενδοκρινολογίας-Αύξησης και Ανάπτυξης Γ.Ν.Παιδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>2</sup>Βιοχημικό- Ορμονολογικό τμήμα Γ.Ν.Παιδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

**Σκοπός:** Η σύγκριση των επιπέδων των τιμών τριγλυκεριδίων, ολικής χοληστερόλης, HDL και LDL μεταξύ παχύσαρκων και φυσιολογικού βάρους παιδιών.

**Μέθοδος:** 547 παιδιά (286 κορίτσια) με ΔΜΣ ( $\geq 0SD$ ) διαχωρίστηκαν σε τέσσερις ομάδες (Ομάδα 1:  $0SD \leq \Delta M \Sigma < 2SD$ , Ομάδα 2:  $2SD \leq \Delta M \Sigma < 2,25SD$ , Ομάδα 3:  $2,25SD \leq \Delta M \Sigma < 2,5SD$ , Ομάδα 4:  $\Delta M \Sigma \geq 2,5SD$ ) και μελετήθηκαν αναδρομικά. Καταγράφηκαν η ηλικία, το φύλο, το ΔΜΣ z-score, τα επίπεδα τριγλυκεριδίων, ολικής χοληστερόλης, HDL και LDL (mg/dl). Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη μέθοδο One-Way Analysis of variance (ANOVA) και x2 test ( $p < 0.05$ ) υπολογίστηκε ανάμεσα στις ομάδες με το πρόγραμμα SPSS.

**Αποτελέσματα:** Οι μέσες τιμές ηλικίας ήταν 9.5 έτη (SD, 3,07), ΔΜΣ: 2,28(SD 0,59), ολικής χοληστερόλης: 166,9 (SD 32,7), τριγλυκεριδίων: 81,5 (SD 46,2), HDL: 52,3 (SD 13,0), LDL: 99,5 (SD 27,3). Οι κλινικές και εργαστηριακές παράμετροι παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσων αφορά το λιπιδαιμικό προφίλ μεταξύ των δύο φύλων ανάμεσα στις τέσσερις ομάδες. Η ομάδα με τα πιο παχύσαρκα παιδιά αφορά τη μικρότερη ηλικιακή ομάδα. ( $p < 0,05$ )



## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

**Πίνακας 1.** Κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά, Mean (SD).

	<b>Ομάδα 1</b> (n=157)	<b>Ομάδα 2</b> (n=130)	<b>Ομάδα 3</b> (n=124)	<b>Ομάδα 4</b> (n=136)	<b>p</b>
Ηλικία (έτη)	10,9 (2,4)	9,7 (2,2)	95 (2,8)	7,6 (3,6)	*
Φύλο (άρρυνα/θήλεα)	67/90	63/67	60/ 64	71/65	NS
Tanner 1/>2	43%/57%	65%/35%	64%/36%	76%/24%	**
BMI z-score	1,7 (0,27)	2,1 (0,06)	2,4 (0,08)	2,9 (0,65)	*
<b>Ολική Χοληστερόλη (mg/dl)</b>	<b>164,5 (34.1)</b>	<b>171 (35)</b>	<b>160,7 (28.9)</b>	<b>169,5 (31,7)</b>	<b>NS</b>
<200	86%	79%	89%	86%	
≥200	14%	21%	11%	14%	
<b>Τριγλυκερίδια (mg/dl)</b>	<b>75,9 (39,4)</b>	<b>85,8 (44,3)</b>	<b>81,7 (59,1)</b>	<b>83,6 (41,3)</b>	<b>NS</b>
<100	82%	73%	76%	76%	
≥100	18%	27%	24%	24%	
<b>HDL (mg/dl)</b>	<b>53,6 (13.4)</b>	<b>52,5 (12)</b>	<b>52,3 (12.8)</b>	<b>50,4 (13,6)</b>	<b>NS</b>
≥40	91%	89%	81%	87%	
<40	9%	11%	19%	13%	
<b>LDL (mg/dl)</b>	<b>100 (26)</b>	<b>101,8 (30)</b>	<b>93,2 (24,5)</b>	<b>102,5 (27,9)</b>	<b>NS</b>
<130	88%	82%	94%	82%	
≥130	12%	18%	6%	18%	

\*One-Way Analysis of variance (ANOVA),  $p < 0.05$ .

\*\* $\chi^2$ test,  $p < 0.05$ .

**Συμπεράσματα:** Τα παχύσαρκα παιδιά με  $\Delta\text{M}\Sigma \geq 2,5\text{SDS}$  δεν παρουσιάζουν δυσλιπιδαιμία και έχουν παρόμοιο λιπιδαιμικό προφίλ με αυτά με  $\Delta\text{M}\Sigma < 2,5\text{SDS}$  ή με τα φυσιολογικού βάρους παιδιά.

## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΕΑ07

#### ΚΡΑΝΙΟΦΑΡΥΓΓΙΩΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΝΗΠΙΑΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ: ΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

**Ε. Δικαϊάκου<sup>1</sup>, Α. Κονιδάρης<sup>1</sup>, Γ. Μαρκογιαννάκης<sup>2</sup>, Μ. Καφετζή<sup>3</sup>, Σ. Φακιολάς<sup>3</sup>, Ε.-Α Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Μιχαλάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Αύξησης και Ανάπτυξης - Ενδοκρινολογικό, Νοσ. Παιδών «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>2</sup>Νευροχειρουργική, Νοσ. Παιδών «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>3</sup>Βιοχημικό - Ορμονολογικό τμήμα, Νοσ. Παιδών «Π. & Α. Κυριακού»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση ασθενούς με κρανιοφαρυγγίωμα.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Ασθενής 24/12 χρόνων προσήλθε στο παιδιατρικό εξωτερικό ιατρείο για εμβολιασμό. Από την κλινική εξέταση ΥΣ 92cm (50n -75n ΕΘ), ΒΣ 14,8 Kg (75n ΕΘ), με φυσιολογικά έξω γεννητικά όργανα άρρενος, προεφηβικός κατά Tanner. Κατά την παιδιατρική εξέταση διαπιστώθηκε διαταραχή προσανατολισμού στον χώρο και μειωμένη όραση, αναφερόμενη από έτους, χωρίς να έχει αξιολογηθεί από τους γονείς.

Ακολούθησε πλήρης νευρολογική και οφθαλμολογική εξέταση, η οποία ανέδειξε ατροφία του οπτικού νεύρου κατά την βυθοσκόπηση και οδήγησε σε επείγουσα απεικόνιση με CT εγκεφάλου και κατόπιν MRI εγκεφάλου. Ακολούθησε ενδοκρινολογική εκτίμηση και πλήρης έλεγχος του υποθαλαμουποφυσιακού άξονα. Η απεικόνιση του εγκεφάλου ανέδειξε κυστικόμορφη χωροκατακτητική εξεργασία με επασβεστώσεις η οποία καταλαμβάνει τον εφιπιακό χώρο και επεκτείνεται υπερεφιπιακά μέχρι το έδαφος της τρίτης κοιλίας διαστάσεων 3,1 x 2,8 x 3,7 cm, έχοντας ακτινολογικούς χαρακτήρες κρανιοφαρυγγιώματος, ενώ το οπτικό χίασμα ήταν δυσδιάκριτο. Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε χαμηλή κορτιζόλη και εικόνα κεντρικού υποθυρεοειδισμού (κορτιζόλη : 3,8 μg/dl, TSH : 1,17 μIU/ml, FT4 : 0,91 ng/dl). Ο λοιπός έλεγχος ήταν εντός φυσιολογικών ορίων (FSH : 0,85 mIU/ml, LH<0,10 mIU/ml, testo<0,025 ng/ml, PRL : 428,6 μIU/ml). Η γενική εξέταση ούρων ήταν επίσης φυσιολογική. Λόγω των ανωτέρω, ο ασθενής ετέθη σε αγωγή υποκατάστασης με υδροκορτιζόνη και λεβοθυροξίνη. Ακολούθησε χειρουργική παροχέτευση, ενώ δεν ήταν εφικτή η πλήρης εξαίρεση του όγκου. Παθολογοανατομικά επιβεβαιώθηκε η διάγνωση του κρανιοφαρυγγιώματος. Ετέθη σε συστηματική παρακολούθηση από ομάδα ειδικών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς 24/12 χρόνων με κρανιοφαρυγγίωμα, ενός καλοήθους όγκου, με συχνά κακοήθη πορεία, λόγω της εντόπισής του πλησίον ευαίσθητων εγκεφαλικών δομών και πολλαπλών υποτροπών. Η αντιμετώπισή του, όπως και των επιπλοκών της θεραπείας του, απαιτεί χρόνια παρακολούθηση από επιστημονική ομάδα με εμπειρία στο αντικείμενο.



## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΕΑ08

#### ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΑΠΟΙΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

**Β. Μελικόκη<sup>1</sup>, Ε.-Α. Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>, Α. Κονιδάρης<sup>1</sup>, Ε. Δικαϊάκου<sup>1</sup>, Σ. Πάρχα<sup>2</sup>,  
Σ. Μιχαλάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Παιδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>2</sup>Ιδιωτικό Ιατρείο

**Εισαγωγή- Σκοπός:** Ο άποιος διαβήτης χαρακτηρίζεται από την αποβολή μεγάλης ποσότητας αραιών ούρων. Είναι σπάνια νόσος με τον επιπολασμό της να υπολογίζεται σε 1:25000. Μπορεί να φείλεται σε ανεπάρκεια αντιδιουρητικής ορμόνης (κεντρικός άποιος διαβήτης) ή σε αντίσταση στην αντιδιουρητική (νεφρογενής άποιος διαβήτης) και πρέπει να διαφοροδιαγνωσκειται από την υπερβολική πρόσληψη ύδατος (πρωτοπαθής πολυδιψία). Στα παιδιά τα συνθεότερα επίκτητα αίτια που προκαλούν άποιο διαβήτη είναι το κρανιοφαρυγγίωμα, το δυσγερμίνωμα και η ιστιοκυττάρωση Χ. Η κλινική και εργαστηριακή διάγνωση τίθεται με βάση τη δοκιμασία στέρσης ύδατος και τη δοκιμασία χορήγησης δεσμοπρεσσίνης.

**Υλικό-Μέθοδος:** Καταγραφή και παρουσίαση κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων από φάκελο ασθενούς από το Τμήμα Ανάπτυξης και Αύξησης με τήρηση της ανωνυμίας.

**Αποτελέσματα:** Περιγράφεται περίπτωση αγοριού ηλικίας 9 8/12 χρόνων που προσήλθε στο Ενδοκρινολογικό Ιατρείο για διερεύνηση πρόσφατης έναρξης πολυουρίας και πολυδιψίας. Η αντικειμενική εξέταση και ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Λόγω της συμπτωματολογίας διενεργήθηκε δοκιμασία στέρσης ύδατος για την διάγνωση του άποιου διαβήτη και στη συνέχεια έγινε δοκιμασία χορήγησης δεσμοπρεσσίνης για την διαφοροδιάγνωση του κεντρικού από τον νεφρογενή άποιο διαβήτη. Η διάγνωση του κεντρικού άποιου διαβήτη επιβεβαιώθηκε από τα ευρήματα της μαγνητικής τομογραφίας. Η έλλειψη του έντονου σήματος της οπίσθιας υπόφυσης στη μαγνητική τομογραφία είναι το παθογνωμονικό σημείο της νόσου. Με την επιβεβαίωση της διάγνωσης, αποφασίστηκε η έναρξη χορήγησης δεσμοπρεσσίνης που οδήγησε στην πλήρη υποχώρηση της συμπτωματολογίας.

**Συμπεράσματα:** Η πολυουρία και η πολυδιψία αποτελούν συμπτώματα συμβατά με την ύπαρξη άποιου διαβήτη που πρέπει να αναγνωρίσει ο Παιδίατρος. Βασική θέση στη διαφοροδιάγνωση της νόσου κατέχει το ιστορικό, η στοχευμένη λήψη του οποίου, μπορεί να καταλήξει στην έγκαιρη αναγνώριση και αποκλεισμό σοβαρών υποκείμενων αιτιών.

**Λέξεις-κλειδιά:** πολυουρία, πολυδιψία, άποιος διαβήτης, κεντρικός άποιος διαβήτης

## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΕΑ09

#### IN VIVO ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΦΑΣΜΑΤΟΣΚΟΠΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΠΡΩΙΜΗ ΗΒΗ

**Ι. Κωστήρια<sup>1</sup>, Μ. Γαβρά<sup>2</sup>, Ε.-Α. Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>, Δ.Α. Βεργανελάκης<sup>3</sup>,  
Ε. Δικαϊάκου<sup>1</sup>, Γ. Βάρτζελης<sup>4</sup>, Σ. Μιχαλάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Ενδοκρινολογικό-Αύξησης & Ανάπτυξης, Γ.Ν.Π. «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

<sup>2</sup>Τμήμα Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων Αξονική – Μαγνητική Τομογραφία

<sup>3</sup>Μονάδα Πυρηνικής Ιατρικής, Τμήμα Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων Αξονική – Μαγνητική Τομογραφία-Ογκολογική κλινική «Μαριάννα Β. Βαρδινογιάννης - Ελπίδα» Γ.Ν.Π. «Αγία Σοφία», Αθήνα

<sup>4</sup>Β' Παιδιατρική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Π. «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

**Σκοπός:** Σκοπός του περιστατικού είναι η ανάδειξη της *in-vivo* μαγνητικής φασματοσκοπίας (MRS) για τη μη επεμβατική διαφορική διάγνωση χωροκατακτητικής εξεργασίας (ΧΚΕ) στην περιοχή του υποθαλάμου σε αγόρι 4 ετών με πρώιμη ήβη.

**Υλικό & Μέθοδος:** Αγόρι 4 ετών προσκομίστηκε λόγω επαναλαμβανόμενων επεισοδίων εστιακών σπασμών από 10μέρου. Οι γονείς ανέφεραν από έτους επεισόδια απρόσφορου γέλωτα («γελαστικές κρίσεις»). Το παιδί παραπέμφθηκε στο Τμήμα μας λόγω σημείων πρώιμης ήβης (Στάδια Tanner: Εφήβαιο Ι, Μασχάλες Ι, ΕΓΟ: ΙΙ – όγκος όρχεων 4-5 ml αμφοτερόπλευρα, μήκος πέους 7.5 cm). Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν ενδεικτικός πρώιμης ήβης (FSH:2.2 mIU/ml, LH: 1.65 mIU/ml, testo: 1.65 ng/ml). Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου-υποθαλάμου-υποφύσεως ανέδειξε, στην περιοχή του υποθαλάμου, με επέκταση προς το τοίχωμα της 3ης κοιλίας, λοβωτή ΧΚΕ διαστάσεων 2.82\*2.42\*2.4 cm, με ήπια ανομοιογένεια, ένταση σήματος ανάλογη της φαιάς ουσίας, χωρίς σκιαγραφικό εμπλουτισμό. Για την περαιτέρω διερεύνηση της ΧΚΕ διενεργήθηκε MRS.

**Αποτέλεσμα:** Οι μεταβολίτες που ανιχνεύθηκαν ήταν το Ν-ακετυλικό ασπαρτικό (NAA), η κρεατίνη (Cr), η χολίνη (Cho), η μυοϊνσοσιτόλη (MI) και λιπίδια/μακρομόρια. Συγκρίνοντας τα φασματοσκοπικά ευρήματα της ΧΚΕ με αυτά μαρτύρων, το πηλίκo NAA/Cr ήταν χαμηλό, το πηλίκo Cho/Cr φυσιολογικό και το πηλίκo MI/Cr ελαφρώς αυξημένο. Τα ευρήματα αυτά, σε συνδυασμό με συμβατική MRI, ήταν συμβατά με τη διάγνωση υποθαλαμικού αμαρτώματος.

**Συμπεράσματα:** Τα υποθαλαμικά αμαρτώματα αποτελούν το συχνότερο όγκο του ΚΝΣ που προκαλεί κεντρική πρώιμη ήβη, ενώ συχνά συσχετίζονται με γελαστικές κρίσεις. Η MRS είναι μια πρωτοποριακή, μη επεμβατική, μέθοδος, η οποία, σε συνδυασμό με την κλινική αξιολόγηση, μπορεί να προσφέρει ταυτοποίηση ΧΚΕ περιορίζοντας την ανάγκη διενέργειας επεμβατικών βιοψιών.





## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### EA10

#### ΑΔΕΛΦΕΣ ΜΕ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΕΜΜΗΝΑΡΧΗ, ΠΑΡΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΥΠΟΠΛΑΣΤΙΚΩΝ ΓΟΝΑΔΩΝ ΚΑΙ ΥΠΕΡΓΟΝΑΔΟΤΡΟΦΙΚΟΥ ΥΠΟΓΟΝΑΔΙΣΜΟΥ, ΛΟΓΩ ΕΛΛΕΙΜΑΤΟΣ ΤΟΥ Χ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΟ ΔΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΤΟΥ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΟΣ 20.

**Ε. Δικαιάκου<sup>1</sup>, Ε.-Α Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>, Φ. Αθανασούλη<sup>1</sup>, Ι. Παπουλίδης<sup>2</sup>,  
Ε. Μανωλάκος<sup>2</sup>, Μ. Βακάκη<sup>3</sup>, Σ. Μιχαλάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα-Αύξησης και Ανάπτυξης, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>2</sup>ATG Labs Εργαστήριο γενετικών αναλύσεων, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>3</sup>Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

**Σκοπός:** Η παρουσίαση δυο κοριτσιών αδελφών με φυσιολογικό νοητικό επίπεδο, εικόνα υπεργοναδοτροφικού υπογοναδισμού και υποπλαστικών γονάδων.

**Κλινική περίπτωση:** Διερευνήθηκαν δύο αδελφές, Ελληνικής καταγωγής. Η μεγαλύτερη παραπέμφθηκε για διερεύνηση χαμηλού αναστήματος, σε ηλικία 9 και 5/12 ετών. Από την κλινική εξέταση δεν παρουσίαζε δυσμορφικά χαρακτηριστικά και ήταν προεφηβική κατά Tanner . Διαγνώσθηκε ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης και λαμβάνει μέχρι και σήμερα αγωγή υποκατάστασης, στην οποία ανταποκρίνεται καλά με επιτάχυνση του ρυθμού αύξησης. Σε ηλικία 11 ετών παρουσίασε κλινικά σημεία έναρξης της εφηβείας. Ωστόσο στον εργαστηριακό έλεγχο παρουσίαζε εικόνα υπεργοναδοτροφικού υπογοναδισμού. Ο καρυότυπος ήταν θήλεος 46, X, der(X)t(X;20)(q21.32;p12.3). Εξετάστηκε και η αδελφή της, η οποία σε ηλικία 10 ετών είχε φυσιολογικό ανάστημα και ήταν προεφηβική. Αναδείχθηκε το ίδιο έλλειμμα και υπεργοναδοτροφικός υπογοναδισμός επίσης. Ο έλεγχος με υπερηχογράφημα και μαγνητική τομογραφία μήτρας, ωοθηκών και στις δυο αδελφές ανέδειξε παρόμοια εικόνα. Η δεξιά ωοθήκη απεικονίζεται στην ανατομική της θέση με κυστικό μόρφωμα όγκου 0,91 κ.εκ ως επί παρουσίας άτρητου ωοθυλακίου, ενώ αριστερά απεικονίζεται ιστός, στην ανατομική θέση της ωοθήκης, ως επί παρουσίας αριστερής ωοθήκης (0,16 κ.εκ.). Στην μικρότερη αδελφή η αριστερή ωοθήκη δεν απεικονίζεται. Ακολούθησε έλεγχος ανάλυσης array-CGH. Η ανάλυση του γενετικού υλικού έδειξε γενομικό πρότυπο φύλου θήλεος και την παρουσία: Α) ενός διπλασιασμού μεγέθους ~8 μεγαβάσεων της χρωμοσωματικής περιοχής 20p13p12.3 (chr20:60,747\_8,117,942) που περιλαμβάνει, σύμφωνα με τη βάση δεδομένων OMIM 76 γονίδια. Β) ενός ελλείμματος μεγέθους ~61,5 μεγαβάσεων της χρωμοσωματικής περιοχής Xq21.33q28(chrX:93,622,826\_155,226,073) που περιλαμβάνει, σύμφωνα με τη βάση δεδομένων OMIM, 102 γονίδια. Και οι αδελφές παρουσίασαν αυτόματα εμμηναρχή παρα τις δυσπλαστικές γονάδες και τα γενετικά ευρήματα.

**Συμπέρασμα:** Περιγράφουμε δυο αδελφές με υποπλαστικές γονάδες, υπεργοναδοτροφικό



## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

υπογοναδισμό, φυσιολογικό νοπτικό επίπεδο και γενομικό πρότυπο φύλου θήλεος  $arr[hg19]20p13p12.3(20:60,747_8,117,942) \times 3$ ,  $Χq21.33q28(93,622,826_155,226,073) \times 1$ . Στη διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχουν αναφορές ατόμων που να φέρουν ταυτόχρονα και τα δύο ευρήματα. Απαιτείται τακτική παρακολούθηση των ασθενών προκειμένου να κατανοηθεί καλύτερα η εξέλιξη του φαινοτύπου.



## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### EA11

#### ΕΦΗΒΗ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΟΛΥΕΤΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΣΟΥ ADDISON

**Μ. Μπονατάκη<sup>1</sup>, Ε.-Α. Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>, Π. Αναστασοπούλου<sup>2</sup>, Ε. Δικαϊάκου<sup>1</sup>, Φ. Αθανασούλη<sup>1</sup>, Σ. Φακιολάς<sup>3</sup>, Μ. Καφετζή<sup>3</sup>, Σ. Μιχαλάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Παιδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

<sup>2</sup>Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας, Αθήνα

<sup>3</sup>Ορμονολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

**Εισαγωγή:** Η νόσος του Addison χαρακτηρίζεται από ανεπάρκεια των ορμονών του φλοιού των επινεφριδίων. Η αυτοάνοση νόσος ευθύνεται για το 70-90% των περιπτώσεων, με το υπόλοιπο ποσοστό να οφείλεται σε λοιμώξεις, μεταστατικό καρκίνο ή λέμφωμα, αιμορραγία, έμφρακτο των επινεφριδίων ή φάρμακα.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περίπτωσης κοριτσιού με πολυετή συμπτώματα επινεφριδιακής ανεπάρκειας και καθυστέρηση στη διάγνωση.

**Παρουσίαση περίπτωσης:** Κορίτσι εφηβικής ηλικίας παραπέμπεται από παιδίατρο λόγω σοβαρής εξάντλησης, επεισοδίων εμέτων και κοιλιακού άλγους, ανορεξία και έντονη επιθυμία για αλάτι. Στο ατομικό ιστορικό, σε ηλικία 5 ετών αναφέρεται νοσηλεία λόγω εμέτων, κατά την οποία διαπιστώθηκε χαμηλό σωματικό βάρος < 3η Ε.Θ., ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υπονατρίαμια, υπερκαλιαιμία και υπογλυκαιμία. Με την υποψία επινεφριδιακής ανεπάρκειας, η ασθενής παραπέμφθηκε τότε για περαιτέρω έλεγχο σε παιδοενδοκρινολογικό ιατρείο, στο οποίο δεν προσήλθε. Κατά την εισαγωγή της σε ηλικία 11 ετών, παρουσίαζε εικόνα απίσχνασης με ΔΜΣ 11,88 kg/m<sup>2</sup> (< 3η Ε.Θ.), υπόταση, φυσιολογικά έξω γεννητικά όργανα θήλεος και έντονη μελάγχρωση δέρματος και βλεννογόνων. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε ιδιαίτερα χαμηλή κορτιζόλη αίματος, με πολύ υψηλή τιμή κορτικοτρόπου ορμόνης, ευρήματα συμβατά με πρωτοπαθή επινεφριδιακή ανεπάρκεια, καθώς και ανεπάρκεια αλατοκορτικοειδών. Η διάγνωση της αυτοάνοσης επινεφριδιακής ανεπάρκειας επιβεβαιώθηκε με θετικά επινεφριδιακά αντισώματα. Επιπλέον, διεγνώσθη αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα Hashimoto και κοιλιοκάκη, επομένως τίθεται η υποψία αυτοάνοσου πολυαδενικού συνδρόμου τύπου ΙΙ. Ετέθη σε θεραπεία με υδροκορτιζόνη και φθοριοϋδροκορτιζόνη, καθώς και σε δίαιτα ελεύθερη γλουτένης και παρακολουθείται τακτικά.

**Συμπέρασμα:** Η νόσος Addison χαρακτηρίζεται από βαθμιαία ανεπάρκεια του φλοιού των επινεφριδίων. Οι ασθενείς συχνά υποτιμούν τα συμπτώματα, με κίνδυνο καθυστέρησης διάγνωσης και επινεφριδιακής κρίσης.



## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### EA12

#### ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ ΣΕ ΕΦΗΒΗ ΜΕ ΜΑΚΡΟΠΡΟΛΑΚΤΙΝΩΜΑ

**Κ. Πετσάνης**, **Ε.-Α Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>**, **Γ.Μαρκογιαννάκης<sup>2</sup>**, **Σ. Λέκα<sup>1</sup>**, **Μ Καφετζή<sup>2</sup>**,  
**Σ. Φακιολάς<sup>3</sup>**, **Σ. Μιχαλάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Ενδοκρινολογικό -Αύξησης και Ανάπτυξης, Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>2</sup>Νευροχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>3</sup>Βιοχημικό - Ορμονολογικό τμήμα, Νοσ. Παιδών «Π. & Α. Κυριακού»

**Εισαγωγή:** Τα αδενώματα της υπόφυσης είναι η πιο συχνή αιτία υπερπρολακτιναιμίας, ωστόσο αποτελούν μια σπάνια νόσο στην παιδική και εφηβική ηλικία.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης κοριτσιού με μακροπρολακτινώμα

**Παρουσίαση περίπτωσης:** Κορίτσι 14,5 ετών λόγω πρωτοπαθούς αμηνόρροιας. Στην αντικειμενική εξέταση Βάρος σώματος:79,5 Kg (>95n Εθ), Ύψος σώματος: 169,8 cm (>95n Εθ). Στάδιο ενήβωσης κατά Tanner: μαστοί IV, τρίχωση μασχάλης IV και εφηβίου IV. Ο εργαστηριακός έλεγχος αποκάλυψε σημαντική προλακτιναιμία με PRL >1000,0 ng/ml (2.8-29) με μετρήσιμες FSH (7,7mIU/ml), LH (2,4mIU/ml), E2 (38pg/ml) και φυσιολογικά επίπεδα TSH (3,233mIU/ml), FT4 (12,7 pmol/l) και κορτιζόλης (πρωινή 11,7μg/dl). Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε την παρουσία μακροπρολακτινώματος με επέκταση υπερεφιπιακά και πίεση του οπτικού χιάσματος. Ο έλεγχος των οπτικών πεδίων ανέδειξε μη ειδικού τύπου περιφερικό περιμετρικό οπτικό έλλειμμα σε ένα τεταρτημόριο και στους δυο οφθαλμούς. Η οπτική τομογραφία συνοχής επί της κεφαλής του οπτικού νεύρου ανέδειξε την παρουσία ήπιας λέπτυνσης στο ρινικό τεταρτημόριο της κεφαλής του οπτικού νεύρου αριστερά. Μετά και την νευροχειρουργική εκτίμηση αποφασίστηκε η συντηρητική θεραπεία με αγωνιστή ντοπαμίνης, συγκεκριμένα καβεργολίνη, με σταδιακή αύξηση της δόσης. Με δόση 0,5mg 2 φορές την εβδομάδα μειώθηκαν τα επίπεδα προλακτίνης (920ng/ml) και ένα μήνα μετά ανέφερε εμμηναρχή. Ο επαναληπτικός έλεγχος των οπτικών πεδίων και οπτική τομογραφία συνοχής μετά από έναν μήνα δεν ανέδειξαν μεταβολές.

**Συμπέρασμα:** Υποψία για ύπαρξη προλακτινώματος πρέπει να τίθεται σε κορίτσια με αμηνόρροια και/ή γαλακτόρροια. Η διάγνωση τους ωστόσο είναι σχετικά απλή με τον προσδιορισμό των τιμών προλακτίνης και ακολούθως την MRI υποφύσεως-τουρκικού εφιπίου. Η θεραπεία πρώτης γραμμής είναι οι αγωνιστές ντοπαμίνης. Η έγκαιρη αναγνώριση οδηγεί σε καλύτερη πρόγνωση και λιγότερες επιπλοκές.



## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### EA13

#### ΣΥΝΔΡΟΜΟ SWYER: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΥΠΟΨΙΑ ΓΟΝΑΔΟΒΛΑΣΤΩΜΑΤΟΣ-ΔΥΣΓΕΡΜΙΝΩΜΑΤΟΣ

**Α. Καλαμπαλίκης<sup>1</sup>, Σ. Μιχαλά<sup>1</sup>, Μ. Διακοσάββας<sup>1</sup>, Κ. Μίγκλη<sup>1</sup>, Γ. Ντάλη<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>2</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, Ελλάδα

**Σκοπός:** Το σύνδρομο Swyer είναι μια πάθηση, που οφείλεται σε μεταλλάξεις των γονιδίων, που εμπλέκονται στη διαφοροποίηση του όρχι. Η πιο συχνή μετάλλαξη αφορά στον ορχεοκαθοριστικό παράγοντα (SRY) του Y χρωμοσώματος. Η πάθηση εμφανίζεται με συχνότητα 1/20.000-80.000 γεννήσεις. Οι ασθενείς έχουν καρυότυπο XY και δυσγενετική γονάδα. Χαρακτηρίζονται από απουσία παραγωγής αντιμυλλέριου ορμόνης και ανδρογόνων, έχουν φαινότυπο θήλεος, εμμένοντες πόρους του Muller και απουσία πόρων του Wolff.

Σκοπός: η παρουσίαση περιστατικού με σύνδρομο Swyer και υποψία ύπαρξης γοναδοβλαστώματος-δυσγερμινώματος.

**Υλικό και Μέθοδος:** Ασθενής 18 ετών επισκέφθηκε τα εξωτερικά ιατρεία του τμήματος Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας λόγω πρωτοπαθούς αμηνόρροιας. Κατά την εξέταση διαπιστώθηκε καθυστέρηση ήβης (στάδια Tanner B1, P4, A2), ενώ ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υψηλή τιμή FSH. Διενεργήθηκε καρυότυπος (46,XY), και μαγνητική τομογραφία κάτω κοιλίας, η οποία ανέδειξε υποπλαστική μήτρα, απουσία ωοθηκών και μόρφωμα στο αριστερό παραμήτριο, ως επί πιθανού λεμφαδένα.

**Αποτέλεσμα:** Αποφασίστηκε πρόκληση ήβης, αρχικά με διαδερμικό οιστρογόνο, και προγραμματίστηκε διαγνωστική λαπαροσκόπηση. Κατά την επέμβαση διαπιστώθηκε η παρουσία παιδόμορφης μήτρας, ταινιοειδούς γονάδας δεξιά και ελαφρά διογκωμένης γονάδας αριστερά. Έγινε εξαίρεση των γονάδων και των σύστοιχων σαλπίνγων άμφω και χειρουργική σταδιοποίηση για την πιθανότητα ύπαρξης κακοήθειας. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ανεπίπλεκτη.

**Συμπέρασμα:** Το σύνδρομο Swyer αποτελεί ένα από τα αίτια καθυστέρησης ήβης. Σε πολλές περιπτώσεις η διάγνωση καθυστερεί να τεθεί, ωστόσο η όσο το δυνατόν πρωιμότερη αναγνώριση της πάθησης είναι σημαντική για την έγκαιρη έναρξη θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης. Παράλληλα, επιβάλλεται το νωρίτερο δυνατόν η εξαίρεση των γονάδων, καθώς ο κίνδυνος κακοήθειας στις περιπτώσεις αυτές είναι ιδιαίτερα αυξημένος και μπορεί να φτάσει το 10%.



## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### EA14

#### ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΝΗΠΙΟ ΘΗΛΥ 3 ΕΤΩΝ

**Β. Μούγιου<sup>1</sup>, Σ. Λέκα-Εμρή<sup>2</sup>, Α. Κονιδάρη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Β' Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν.Παιδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>2</sup>Τμήμα Ενδοκρινολογίας-Αύξησης και Ανάπτυξης Γ.Ν. Παιδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

**Εισαγωγή:** Η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα είναι μια χρόνια ηπατοπάθεια που χαρακτηρίζεται από προοδευτική χολόσταση, φλεγμονή και ίνωση των ενδοηπατικών και εξωηπατικών χοληφόρων, πιθανώς ιδιοπαθούς αιτιολογίας.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση του περιστατικού τονίζει την αναγκαιότητα διεύρυνσης του ελέγχου σε εμμένουσα υπερτρανσαμινασαιμία.

**Υλικό-Μέθοδος:** Πρόκειται για νήπιο θήλυ που παραπέμφθηκε προς διερεύνηση επιμένουσας υπερτρανσαμινασαιμίας μετά την αποδρομή EBV λοίμωξης. Από το λοιπό έλεγχο βρέθηκαν οριακά αυξημένη γGT, λιπώδης διήθηση του ήπατος με ολιγάριθμους λεμφαδένες στην πύλη του ήπατος και πύριξη της κεφαλής του παγκρέατος, οριακή σπληνομεγαλία, χωρίς διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας.

**Αποτελέσματα:** Διενεργήθηκε εκτενής έλεγχος για λοιμώδη, αποφρακτικά, μεταβολικά και γενετικά νοσήματα του ήπατος και των χοληφόρων (WES). Ο ανωτέρω έλεγχος ήταν αρνητικός πλην θετικών αντιθυρεοειδικών και ANA αντισωμάτων. Από την βιοψία ήπατος προέκυψε εικόνα ενδεικτική διαβρωτικής και ενδοηπατικής ηπατίτιδας, πιθανώς συνδυαζόμενης με πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα, χωρίς να τεκμηριώνεται εικόνα αυτοάνοσης/interface ηπατίτιδας. Η ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματική. Παρουσίασε προοδευτική αυτόματη βελτίωση των τιμών των τρανσαμινασών.

**Συμπεράσματα:** Η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα είναι μια ύπουλη νόσος, συχνά ασυμπτωματική με αμβληχρά σημεία όπως ηπατοσπληνομεγαλία, ίκτερο, κόπωση και λόγω αυτών διαγιγνώσκεται συνήθως στην ενήλικη ζωή. Συχνά συνυπάρχει με ΙΦΝΕ (70-80%) ή άλλα αυτοάνοσα νοσήματα και συσχετίζεται με γενετικούς (HLAA1, B8, DR3 γονότυποι), ανοσολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η διάγνωση τίθεται με τη χαρακτηριστική εικόνα στενώσεων και διατάσεων των χοληφόρων στην MRCP/ERCP και επί υποψίας αυτοάνοσης ηπατίτιδας συμπληρώνεται με βιοψία ήπατος. Θεραπευτικά χρησιμοποιούνται κατά περίπτωση ουρσοδεσοξυχολικό οξύ και κορτικοειδή/άνοσοκατασταλτική θεραπεία για περιορισμό της φλεγμονής με τελική θεραπεία τη μεταμόσχευση ήπατος.



## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### EA15

#### ΚΟΛΠΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ ΜΕ ΤΡΙΣΩΜΙΑ 21. ΣΥΝΔΡΟΜΟ VAN WYK-GRUMBACH

**Ε. Δικαϊάκου<sup>1</sup>, Ε.-Α Βλαχοπαπαδοπούλου<sup>1</sup>, Ι. Κωστήρια<sup>1</sup>, Κ. Πετσάνης<sup>1</sup>, Α. Πάνος<sup>2</sup>,  
Ε. Δέδε<sup>2</sup>, Ε. Κουτρουβέλη<sup>3</sup>, Σ.Μιχαλάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα-Αύξησης και Ανάπτυξης, Γ.Ν.Π.Α «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>2</sup>Β Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδοστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Π.Α «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>3</sup>Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Π.Α «Π. & Α. Κυριακού»

**Εισαγωγή:** Το VWGS χαρακτηρίζεται από περιφερική πρώιμη ήβη, μακροχρόνιο βαρύ υποθυρεοειδισμό και ευμεγέθεις ωθήκες με πολλαπλές κύστεις.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης κοριτσιού με τρισωμία 21 και VWGS.

**Παρουσίαση περίπτωσης:** Κορίτσι 8 ετών με τρισωμία 21, προσκομίστηκε λόγω υποτροπιάζουσας κολπικής αιμορραγίας από 3ημέρου προ της εισαγωγής. Στην αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε βραδυκαρδία, απάθεια, νωθρότητα, ξηροδερμία και οίδημα βλεφάρων υποδηλώνοντας σοβαρό υποθυρεοειδισμό. Η ασθενής ήταν προεφηβική κατά Tanner. Εν αναμονή εργαστηριακής επιβεβαίωσης, εξαιρέθηκαν αιτίες κολπικής αιμορραγίας όπως τραύμα, πιθανή κακοποίηση, εισαγωγή ξένου σώματος και πρόπτωση ουρήθρας. Ο εργαστηριακός έλεγχος αποκάλυψε TSH > 1000 μIU/ml, T4 0,65 μg/dl, FSH 9,22 m IU/ml (<3,80), LH <0,1 m IU/ml, E2 256,00 pg/ml, B-hCG <0,1mU /ml, PRL 1832 μIU /ml (58-471), επιβεβαιώνοντας σοβαρό υποθυρεοειδισμό. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν επίσης ενδεικτικός περιφερικής πρώιμης ήβης, που επαληθεύτηκε με υπερηχογράφημα μήτρας ωοθηκών, στο οποίο ανευρέθησαν αμφότερες οι ωθήκες διογκωμένες λόγω παρουσίας ευμεγεθών κυστικών μορφωμάτων, άνηχου περιεχομένου. Ετέθη σε θεραπεία με LT4. Λόγω της συνεχούς αιμορραγίας, προστέθηκε λετροζόλη στη θεραπεία για 2 εβδομάδες. Η ασθενής παρουσίασε πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων και υποχώρηση των κύστεων των ωοθηκών ένα μήνα μετά την έναρξη της θεραπείας.

**Συμπέρασμα:** Το VWGS αποτελεί σπάνια διάγνωση που πρέπει να τίθεται σε υποψία σε παιδιά με εικόνα υποθυρεοειδισμού και πρώιμης ήβης. Η θεραπεία της πρώιμης ήβης με υποθυρεοειδισμό, στο VWGS, συνίσταται σε ορμονική υποκατάσταση με θυροξίνη. Η έγκαιρη αναγνώριση οδηγεί σε αποφυγή περιττών χειρουργικών επεμβάσεων για αφαίρεση κύστεων ωοθηκών. Τα παιδιά με σύνδρομο Down έχουν μεγάλη πιθανότητα να εμφανίσουν υποθυρεοειδισμό, για αυτό συστήνεται ετήσιος έλεγχος.



## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Αθανασούλη Φ. ....	EA04,EA10,EA11	Λέκα-Εμίρη Σ. ....	EA05,EA06,EA12, EA14
Αλεξιάς Γ. ....	EA04	Μανωλάκος Ε. ....	EA10
Αναστασοπούλου Π. ....	EA11	Μαρκογιαννάκης Γ. ....	EA07,EA12
Βακάκη Μ. ....	EA10	Μελικόκη Β. ....	EA08
Βάρτζελης Γ. ....	EA09	Μίγκλη Κ. ....	EA03,EA13
Βεργανελάκης Δ.Α. ....	EA09	Μιχαλά Σ. ....	EA03,EA13
Βλαχοπαπαδοπούλου Ε.-Α. ....	EA04,EA05, EA06,EA07,EA08,EA09, EA10,EA11,EA12,EA15	Μιχαλάκος Σ. ....	EA04,EA05,EA06,EA07, EA08,EA09,EA10,EA11, EA12,EA15
Γαβρά Μ. ....	EA09	Μούγιου Β. ....	EA14
Δέδε Ε. ....	EA15	Μποντάκη Μ. ....	EA11
Διακοσάββας Μ. ....	EA13	Ντάλη Γ. ....	EA03,EA13
Δικαϊάκου Π. ....	EA04	Ντάφλα Λ.-Μ. ....	EA02
Δικαϊάκου Ε. ....	EA04,EA07,EA08,EA09, EA10,EA11,EA15	Νταφογιάννη Χ. ....	EA01
Δίκου Μ. ....	EA05,EA06	Πάνος Α. ....	EA15
Δουληγέρης Θ. ....	EA03	Παπουλίδης Ι. ....	EA10
Ευαγγελοπούλου Χ. ....	EA05,EA06	Πάρχα Σ. ....	EA08
Καλαμπαλίκης Α. ....	EA03,EA13	Πέτρου Β. ....	EA05,EA06
Καφετζή Μ. ....	EA05,EA06,EA07, EA11,EA12	Πετσάνης Κ. ....	EA12
Κονιδάρης Α. ....	EA07,EA08,	Πετσάνης Κ. ....	EA15
Κονιδάρη Α. ....	EA14	Πούλια Κ.-Α. ....	EA02
Κουτροβέλη Ε. ....	EA15	Τσιτούρα Α. ....	EA03
Κωστήρια Ι. ....	EA04,EA09,EA15	Φακιολάς Σ. ....	EA07,EA11,EA12
		Φερεντίνου Ε. ....	EA01







# Η εμπειρία ετών... συμπυκνωμένη σε σταγόνες!

# T4<sup>®</sup> drops νατριούχος λεβοθυροξίνη 100 µg/ml



5µg / σταγόνα



#### ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ (Σ Ρ C)

1. **ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:** T4\* Πόσιμες σταγόνες, διάλυμα, 100 µg/ml

2. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε σταγόνα περιέχει 5 µg νατριούχου λεβοθυροξίνης. **Έκδοχα** **με νωστή δράση:** Νάτριο.

3. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Πόσιμες σταγόνες, διάλυμα.

4. **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:** **Θεραπευτικές ενδείξεις:** 1) Θεραπεία της απλής μη ενδημικής βρογχίτιδας και της χρόνιας λεγμονοκυτταρικής φουρσεόλης (πρωτεύουσας στις οποίες απαιτείται ανατολή της θυροειδοτρόφου ορμόνης (TSH)). 2) Θεραπεία υποκατάστασης σε υποθυρεοειδισμό οποιαδήποτε αιτιολογίας. 3) Ταυτόχρονη συμπληρωματική αγωγή κατά τη διάρκεια θεραπείας υπερθυρεοειδισμού με αντιθυρεοειδικά φάρμακα. 4) Διαγνωστική χρήση για έλεγχο της καταστάσεως του θυρεοειδούς. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** Η έναρξη της θεραπείας γίνεται συνήθως με μικρές δόσεις που αυξάνονται προοδευτικά μέχρι εξουδεύσεως της τελικής δόσης συντηρήσεως. **Σημάδια χορήγησης:** Ως μια εφάπαξ ημερήσια δόση το πρωί με άδειο στομάχι, μισή ώρα πριν από το πρόγευμα. Οι σταγόνες μπορεί να λαμβάνονται αυτοίσιες ή αραιωμένες σε λίγο νερό. Τα βράφια λαμβάνουν αλόκληρη τη δόση σε μία χορήγηση τουλάχιστον 30 λεπτά πριν από τη λήξη του πρώτου γεύματος της ημέρας. Ασθενείς που μεταβαίνουν από το πόσιμο διάλυμα στη μορφή δισκίου ή από τη μορφή δισκίου στο πόσιμο διάλυμα πρέπει να παρακολουθούν στενά. **Αντενδείξεις:** 1) Επινεφριδικά ανεπάρκεια που δεν έχει υποβληθεί σε θεραπεία, υποφυσιακή ανεπάρκεια που δεν έχει υποβληθεί σε θεραπεία, μη ανισταθμιζόμενη νεφρική ανεπάρκεια και θυρεοειδίκωση που δεν έχει υποβληθεί σε θεραπεία. 2) Δε θα πρέπει να ξεκινά θεραπεία σε περίπτωση οξείας εμφράγματος του μυοκαρδίου, οξείας μυοκαρδίτιδας και οξείας πανκρεατίτιδας. 3) Δεν ενδείκνυται η συνδυασμένη θεραπευτική αγωγή της λεβοθυροξίνης με κάποιον αντιθυρεοειδικό παράγοντα για την αντιμετώπιση του υπερθυρεοειδισμού κατά τη διάρκεια της κύησης. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Πριν από την έναρξη της θεραπευτικής αγωγής με θυρεοειδικές ορμόνες ή πριν από τη διεξαγωγή δοκιμίας καταστάσεως θυρεοειδούς, θα πρέπει να αποκλείεται η ύπαρξη των παρακάτω νόσων ή παθολογικών καταστάσεων ή αυτές να έχουν πρώτα αντιμετωπισθεί θεραπευτικά: στεφανιαία ανεπάρκεια, στηθάγχη, αρτηριοσκλήρυνση, υπέρταση, υποφυσιακή ανεπάρκεια και επινεφριδική ανεπάρκεια. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Καρδιακές αρρυθμίες (π.χ. κοιλική μαρμαρυγή και έκτακτες συστολές), ταχυκαρδία, αίσθημα πόνου, παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με στηθάγχη, κεφαλαλγία, μιλιά αδυναμία και επώδυνες μυϊκές συσπάσεις, έσση, πυρετός, εμετός, διαταραχές εμμηνο ρύθσεως, καλοήγη ενδοκράνια υπέρταση (pseudotumor cerebri), τρόμος, ανιστάση, αιμινία, υπεριδρωσία, απώλεια βάρους, διάρροια, άγχος, ευνεκρωσία, διέγερση, ρίγη, κνήμες, εφίδρωση και επιδείνωση τυχόν προϋπαρχόντων καρδιοπάθειων. Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να μειώνεται η ημερήσια δόση ή να διακόπτεται η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής για κάποιες ημέρες. ΑΤ: 11,51 Ε.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και  
Αναφέρετε ΟΜΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα.  
Συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ".



Λυκαβηττού 39-41, 10672 Αθήνα  
Τηλ: 210 3668892 / Fax: 210 3643511  
Email: [congress@afea.gr](mailto:congress@afea.gr)  
Web: [www.afea.gr](http://www.afea.gr)