

ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΘΕΜΑΤΑ II

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: Ε. ΡΩΜΑ, Ι. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ

Έφηβοι και αυτοτραυματισμοί

Α. ΚΛΗΜΕΝΤΟΠΟΥΛΟΥ

Αυξημένη CRK ως τυχαίο εύρημα

Α.Δ. ΓΚΙΚΑ

Το γόνατο που πονάει

Ρ. ΣΜΕΡΛΑ

Θεραπευτικά Γάλατα: Από το σύμπτωμα στη θεραπεία

Α. ΖΕΛΛΟΥ

ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ

Α. Κλημεντοπούλου: Γενικά-Ορισμός

Οι έφηβοι νιώθουν πίεση και άγχος που πηγάζουν από το γεγονός πως έχουν να αντιμετωπίσουν ταχείες αλλαγές στο σώμα τους, στον ψυχισμό τους, στην κοινωνικοποίησή τους καθώς και στη σεξουαλικότητά τους. Από το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον αναμένεται να αντιμετωπίσει ο έφηβος όλες αυτές τις προκλήσεις με υπευθυνότητα, έτσι ώστε να κατακτήσει ακόμη περισσότερη αυτονομία.

Ένα φαινόμενο που φαίνεται να λαμβάνει όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις στην τρικυμιώδη και ευαίσθητη ηλικία της εφηβείας, που ενδεχομένως έχει ανακουφιστικό χαρακτήρα στις δυσκολίες που συναντούν καθημερινά οι έφηβοι, είναι οι αυτοτραυματισμοί.

Με τον όρο «αυτοτραυματισμός» αναφερόμαστε συνοπτικά σε όλες εκείνες τις επιθετικές συμπεριφορές που εκδηλώνει ένα άτομο, όχι προς άλλους, αλλά προς τον ίδιο τον εαυτό του και δεν έχει σκοπό την αυτοκτονία. Έτσι μπορούμε να ορίσουμε τον μη-αυτοκτονικό αυτοτραυματισμό ως οποιαδήποτε εκούσια συμπεριφορά που στρέφεται κατά του εαυτού του και προκαλεί την καταστροφή ανθρωπίνων ιστών. Αυτοί οι αυτοτραυματισμοί δεν συμπεριλαμβάνουν πράξεις, που είναι πολιτιστικά και κοινωνικά αποδεκτές όπως η δερματοστιξία (τατουάζ), το τρύπημα διαφόρων θέσεων του

ανθρωπίνου σώματος (body piercing). Ο όρος δεν συμπεριλαμβάνει πράξεις που είναι καθιερωμένες σε διάφορους πολιτισμούς ως θεραπευτικές ή θρησκευτικές ιεροτελεστίες. Ακόμη, δεν συμπεριλαμβάνει πράξεις όπως ονυχοφαγία και τριχοτιλλομανία. Η εν λόγω συμπεριφορά δεν πρέπει να λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια ψυχωσικού επεισοδίου, παραληρήματος ή χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, ούτε να συνυπάρχει νοητική υστέρηση ή συμπεριφορικός φαινότυπος διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής, οπότε ο αυτοτραυματισμός σε αυτή την περίπτωση αποτελεί κάποιο είδος στερεοτυπίας του ασθενούς.

Οι έφηβοι που αυτοτραυματίζονται δεν επιθυμούν να τιμωρήσουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα, να τραβήξουν την προσοχή ή να δηλώσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα.

Η πλειοψηφία αυτών των εφήβων υποφέρει βουβιά και αυτοτραυματίζεται κρυφά.

Αυτή η συμπεριφορά μπορεί να εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους, όπως λήψη φαρμάκων, χαράκωμα δέρματος και υποκείμενων ιστών, κάψιμο, βαθιές εκδορές, τοιμητήματα ή χτυπήματα, κατάποση ακατάλληλων αντικειμένων. Τελευταία, διαπιστώνεται και ένα άλλο είδος αυτοτραυματισμού, όπου οι έφηβοι ενταφιάζουν μεταλλικά, γυάλινα και πλαστικά αντικείμενα στον υποδόριο ιστό ή και βαθύτερα (self-embedding). Σε αντίθεση με το χαράκωμα και τα εγκαύματα, ο ενταφιασμός

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΠΟΙΟΙ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΖΟΝΤΑΙ;

- 1 στους 10 εφήβους και νέους ανθρώπους αυτοτραυματίστηκαν τουλάχιστον μία φορά
- Οι έφηβες και νεαρές γυναίκες πιο συχνά από τους άνδρες
- Ομάδες που είναι σε συνθήκες περιορισμού ή εγκλεισμού (φυλακισμένοι, στρατιώτες, τρόφιμοι ψυχιατρείων)
- Άνδρες και γυναίκες παρεκκλίνουσας σεξουαλικής προτίμησης
- Ομάδες υποκοουλτούρας της εφηβικής ηλικίας (“goth”)
- Έφηβοι που έχουν υποστεί κάποιο είδος κακοποίησης στην παιδική ηλικία

αντικειμένων στο υποδόριο είναι πιο δύσκολο να διαγνωστεί και συνήθως διαπιστώνεται -τις περισσότερες φορές τυχαία- από ακτινοδιαγνώστες. Οι αυτοτραυματισμοί μπορεί να εκδηλώνονται και με πιο σοβαρούς τραυματισμούς όπως κατάγματα οστών και σπανιότατα αυτοακρωτηριασμό ή εξόρυξη οφθαλμού. Μία άλλη διάσταση στο φαινόμενο φαίνεται να δίνει η χρήση του διαδικτύου από τους εφήβους, αφού υπάρχουν διαδικτυακοί τόποι όπως το YouTube, όπου αναρτούνται βίντεο με τέτοιο περιεχόμενο. Σε μια πολύ πρόσφατη μελέτη αναφέρεται πως οι έφηβοι που επισκέπτονται τέτοιους διαδικτυακούς τόπους, έλκονται από ή ταυτίζονται με πράξεις αυτοτραυματισμού. Οι επαναλαμβανόμενοι αυτοτραυματισμοί συσχετίζονται με μια ποικιλία προβλημάτων υγείας, σωματικής και ψυχικής και ενίοτε επεισόδια επιπολής αυτοτραυματισμού μπορεί να έχουν σοβαρές σωματικές επιπλοκές.

Επισημαίνεται πως ο αυτοτραυματισμός απαντάται στην αγγλική βιβλιογραφία με μια πληθώρα όρων όπως: non-suicidal self-injury, non-suicidal self-mutilation, intentional self-inflicted injury, self-harm, self-injurious behavior, deliberate self-harm, self-cutting. Δεν αποτελεί νόσημα αλλά σύμπτωμα και δεν συμπεριλαμβάνεται στη διεθνή κατάταξη νοσημάτων DSM-IV-TR. Παρ’όλα αυτά, έχει προταθεί από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatric Association) στο DSM-V να αποτελεί ξεχωριστό νόσημα επιγραφόμενο ως “non-suicidal self-injury” .

Η σύγχρονη βιβλιογραφία καταδεικνύει μια τάση αύξησης του επιπολασμού των μη αυτοκτονικών αυτοτραυματισμών κυρίως στην ηλικιακή ομάδα των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων. Αυτή η παρατηρούμενη αύξηση στον επιπολασμό των αυτοτραυματισμών επιτάσσει

την ενημέρωση και επαγρύπνηση των λειτουργών πρωτοβάθμιας υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των παιδιάτρων-εφηβιάτρων.

Επιδημιολογία

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα δεδομένα στις ΗΠΑ, 1-4% των ενηλίκων έχουν ένα τουλάχιστον επεισόδιο αυτοτραυματισμού, με 1% των ενηλίκων να παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενα και σοβαρά επεισόδια αυτοτραυματισμού. Οι έφηβοι είναι μια ηλικιακή ομάδα με αυξημένο κίνδυνο για αυτοτραυματισμούς, με περίπου 10%-15% των εφήβων να αναφέρουν κάποιο είδος αυτοτραυματισμού. Καταγράφονται υψηλότερα ποσοστά εκούσιων αυτοτραυματισμών (64%) σε κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια (36%) στην εφηβεία. Τα αγόρια πιο συχνά καταφεύγουν σε εγκαύματα και χτυπήματα ενώ τα κορίτσια σε χαράκωμα και εγκαύματα. Ο συχνότερος τρόπος αυτοτραυματισμού, στο σύνολό τους, είναι το χαράκωμα. Οι ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι έφηβοι και ενήλικες αυτοτραυματίζονται πιο συχνά σε σχέση με τους ετεροφυλόφιλους. Σε εφήβους, παρατηρούνται ομαδικά επεισόδια αυτοτραυματισμού, ιδιαίτερα αν ανήκουν σε ομάδες “goth”. Οι έφηβοι που αυτοτραυματίζονται είναι πιθανό να έχουν βίωση, σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία (πίνακας 1).

Ψυχιατρικές διαταραχές και αυτοτραυματισμοί

Η παρουσία ψυχοπαθολογίας αυξάνει την πιθανότητα συμπεριφοράς και σκέψεων αυτοτραυματισμού, ενώ από την άλλη οι αυτοτραυματισμοί συσχετίζονται με περισσότερα συμπτώματα και μεγαλύτερης βαρύτητας ψυχοπαθολογία και σε άνδρες και σε γυναίκες. Συνολικά, περίπου

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ
ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥΣ

- Μετ αιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας
- Διασχιστική διαταραχή προσωπικότητας
- Διαταραχές της όρεξης
- Μειζων καταθλιπτική διαταραχή

2-20% πληθυσμών με ψυχιατρικά προβλήματα αναφέρουν επεισόδια αυτοτραυματισμού. Για λόγους που δεν είναι καλά αποσαφηνισμένοι οι έφηβοι ψυχιατρικοί ασθενείς έχουν πολύ υψηλή πιθανότητα να αυτοτραυματιστούν με ποσοστά που κυμαίνονται από 40-80%. Παρ' όλο που οι ψυχιατρικοί ασθενείς είναι πολύ πιθανό να αυτοτραυματιστούν, αυτό ποικίλει ανάλογα με το είδος και τη βαρύτητα της διαταραχής τους. Υπάρχουν συγκεκριμένες ψυχιατρικές οντότητες που σχετίζονται με υψηλά ποσοστά ή σοβαρό κίνδυνο για αυτοτραυματισμούς (πίνακας 2).

Μετ αιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας

Περίπου 70 -75% των ανθρώπων με μετ αιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας παρουσιάζουν επεισόδια αυτοτραυματισμού. Ο αυτοτραυματισμός είναι ένα από τα 9 κριτήρια αυτής της ψυχιατρικής διαταραχής. Αποτελεί, μάλιστα, τη μοναδική ψυχιατρική διαταραχή της οποίας ο αυτοτραυματισμός αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο. Φαίνεται πως το γεγονός του αυτοτραυματισμού βοηθά τα άτομα με μετ αιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους.

Ασθενείς με αυτή τη διαταραχή αναφέρουν ανακούφιση από δυσάρεστα συναισθήματα σε ποσοστό έως και 96%.

Διασχιστική διαταραχή προσωπικότητας (Διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας)

Σε αυτή τη διαταραχή παρατηρείται το κλινικό φαινόμενο, όπου ο ασθενής έχει την υποκειμενική αντίληψη πως ψυχολογικά και σε μερικές περιπτώσεις και σωματικά, αποσυνδέεται από την πραγματικότητα. Τέτοιου είδους συμπτώματα είναι συνήθη και στη μετ αιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας καθώς και στη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Φαίνεται πως ασθενείς

με αυτή τη διαταραχή παρουσιάζουν επεισόδια αυτοτραυματισμού σε ποσοστό ως και 69%.

Διαταραχές της όρεξης

Το φαινόμενο του αυτοτραυματισμού μπορεί να συνδυάζεται με διαταραχές της όρεξης, σε ποσοστά που κυμαίνονται από 13-61%, ανάλογα με το είδος της διαταραχής.

Μειζων καταθλιπτική διαταραχή

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι έφηβοι ασθενείς που νοσηλεύονται για αυτοτραυματισμό, πληρούν κριτήρια για μειζωνα καταθλιπτική διαταραχή, σε ποσοστό 41,6%. Παρόμοια ποσοστά (42%) παρατηρούνται και σε μεγαλύτερο ηλικιακό εύρος (15-54 ετών), ενώ στην ίδια μελέτη 15,4% των ασθενών πληρούσαν κριτήρια για δυσθυμική διαταραχή. Από την άλλη, φαίνεται πως έφηβοι ασθενείς που διαγιγνώσκονται με μειζωνα καταθλιπτική διαταραχή ή άλλη διαταραχή του συναισθήματος έχουν θετικό ατομικό ιστορικό για επεισόδια αυτοτραυματισμού.

Συσχετισμός μεταξύ αυτοτραυματισμών και αυτοκτονικής συμπεριφοράς

Ο συσχετισμός ανάμεσα στους αυτοτραυματισμούς και την αυτοκτονία είναι πολύπλοκος. Φαίνεται να υπάρχει ισχυρή συσχέτιση του αυτοκτονικού ιδεασμού και των αυτοτραυματισμών. Υποστηρίζεται πως έως και 40% των ατόμων που προκαλούν τραυματισμούς στον εαυτό τους, κάνουν σκέψεις για αυτοκτονία, ενώ 50%-85% των ανθρώπων που αυτοτραυματίζονται αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους.

Οι αυτοτραυματισμοί και η αυτοκτονική συμπεριφορά διακρίνονται κυρίως από την πρόθεση, τον τρόπο και τον ψυχολογικό αντίκτυπο (psychological impact). Όσον αφορά στην πρόθεση, οι έφηβοι που αυτοτραυματίζονται αναφέρουν συχνά, πως η βασική πρόθεση είναι να ανακουφιστούν από δυσάρεστα συναισθήματα και όχι να προκαλέσουν θάνατο. Ακόμη, οι ίδιοι οι έφηβοι που αυτοτραυματίζονται διακρίνουν αυτή τη συμπεριφορά τους από μια απόπειρα αυτοκτονίας. Επιπλέον, η πλειοψηφία των εφήβων που αυτοτραυματίζονται δεν έχουν αυτοκτονική σκέψη, ούτε έχουν πρόθεση, η πράξη τους αυτή να έχει ως έκβαση το θάνατο. Η εμπειρία έχει δείξει πως οι τρόποι που επιχειρεί κανείς ν' αποπειραθεί να αυτοκτονήσει ή που εν τέλει αυτοκτονεί, είναι περιορισμένοι και συγκεκριμένοι. Πυροβολισμός από όπλο, απαγο-

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΦΗΒΩΝ ΠΟΥ
ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗ
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΠΡΟΘΕΣΗ

- Αυτοτραυματίζονται απομονωμένοι
- Απουσία συγγενών και φίλων κατά τη διάρκεια του επεισοδίου
- Προφυλάξεις να μην ανακαλυφθεί
- «Προετοιμασίες» πριν το θάνατο (π.χ. σημείωμα δίκην διαθήκης)
- Εκμυστήρευση αυτοκτονικών σκέψεων σε τρίτους
- Σχεδιασμός της πράξης ώρες ή μέρες πριν το γεγονός
- Δεν ειδοποιεί κανέναν κατά τη διάρκεια ή μετά τον αυτοτραυματισμό

νισμός, λήψη φαρμάκων και δηλητηρίων, πτώση από μεγάλο ύψος είναι η πλειονότητα των τρόπων που καταλήγουν σε θάνατο (90%) σε ανθρώπους που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, ενώ από την άλλη, μόλις 1-2% αυτών των θανάτων αποδίδονται σε κόψιμο (μεγάλων αγγείων π.χ.). Ο πιο συχνός τρόπος εκούσιου αυτοτραυματισμού που δεν καταλήγει σε αυτοκτονία είναι η λήψη μεγάλων δόσεων φαρμάκων (68%-86%) και ο δεύτερος πιο συχνός τρόπος είναι το κόψιμο μεγάλων αγγείων-χαράκωμα (9%-23%). Από την άλλη, το χαράκωμα είναι ο πιο συχνός τρόπος μη αυτοκτονικού αυτοτραυματισμού. Πιο συγκεκριμένα 70% των εφήβων που αυτραυματίζονται, χαρακώνονται.

Οι τρόποι που επιλέγει ο καθένας για να προκαλέσει αυτοτραυματισμό συνήθως ποικίλουν. Πολλοί από τους εφήβους που αυτοτραυματίζονται χρησιμοποιούν περισσότερους από ένα τρόπο. Εκτός από το χαράκωμα άλλοι τρόποι, όπως προαναφέρθηκαν, είναι το κάψιμο, οι βαθιές δερματικές εκδορές, το δάγκωμα και ο ενταφιασμός αιχμηρών αντικειμένων στο υποδόριο (self-embedding). Αυτή η ποικιλία μπορεί να οφείλεται σε διάφορες παραμέτρους, όπως ψυχοκοινωνικές συγκυρίες (διαβίωση σε ίδρυμα ή διαβίωση στο σπίτι με την οικογένεια), πρόσβαση στον προτιμώμενο τρόπο αυτοτραυματισμού, εξοικείωση στον πόνο που προκαλεί κάθε προηγούμενος τρόπος αυτοτραυματισμού ή και προσωπική προτίμηση.

Ο ψυχολογικός αντίκτυπος του αυτοτραυματι-

σμού τον διαφοροποιεί και τον ξεχωρίζει από τις μη θανατηφόρες απόπειρες αυτοκτονίας. Ο αυτοτραυματισμός, τυπικά, συνδυάζεται με ανακούφιση από δυσάρεστα συναισθήματα και ενίσχυση των θετικών συναισθημάτων.

Αντίστροφα, μια μη θανατηφόρα απόπειρα αυτοκτονίας μπορεί να ακολουθείται από επιδεινούμενο καταθλιπτικό συναίσθημα και περαιτέρω αυτοκτονική συμπεριφορά εξ' αιτίας της μη επίτευξης θανατηφόρου αποτελέσματος. Σύμφωνα με έρευνες, 69% των ατόμων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν, έχουν αποπειραθεί στο παρελθόν. Ακόμη, οι μη αυτοκτονικοί αυτοτραυματισμοί είναι πολλές φορές επαναλαμβανόμενο, χρόνιο φαινόμενο.

Τέλος, το σημαντικό είναι να διακρίνει κανείς πότε ένας μη αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός ενέχει κίνδυνο για αυτοκτονία. Υπάρχουν λίγα βιβλιογραφικά δεδομένα, αλλά φαίνεται πως έφηβοι που αυτοτραυματίζονται και έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αποπειραθούν ν' αυτοκτονήσουν, έχουν τα εξής χαρακτηριστικά: προσπαθούν να μην το αντιληφθεί ο οικογενειακός και φιλικός περίγυρος, αναφέρουν πως τους απωθεί η ζωή, τους ελκύει ο θάνατος, δεν φοβούνται την αυτοκτονία ή το θάνατο, έχουν σοβαρές σκέψεις αυτο-μομφής σε χρόνο έδαφος, έχουν συναισθηματική επιπέδωση ή έχουν αδύναμες οικογενειακές σχέσεις (πίνακας 3). Οι χαλαροί, αδύναμοι οικογενειακοί δεσμοί, μάλιστα, που συνοδεύονται από επικριτικούς γονείς φαίνεται να αποτελούν προγνωστικό παράγοντα στην εφηβική και αργότερα στην ενήλικη ζωή για αυτοτραυματισμούς, αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρες αυτοκτονίας. Οπότε, πρέπει να αποσαφηνίζεται σε κάθε τέτοιο επεισόδιο ποια είναι η προοπτική του ασθενούς: να πεθάνει ή να μείνει ζωντανός; Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα είναι καθοριστικής σημασίας για να επισημαίνονται έφηβοι υψηλού κινδύνου για απόπειρες αυτοκτονίας.

Αυτοτραυματισμός: φυσική πορεία , παράγοντες κινδύνου, πρόγνωση

Η φυσική πορεία των αυτοτραυματισμών έχει μελετηθεί επαρκώς. Η ηλικία εμφάνισης είναι μεταξύ 14 και 24 ετών, παρουσιάζει δε, μια δικόρυφη αιχμή στις ηλικίες 12-14 ετών και 18-19 ετών.

Οι έφηβοι που αυτοτραυματίζονται έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά με τους εφήβους που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν. Έναν παράγοντα κινδύνου μπορεί να αποτελεί η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση. Πρόσφατα, αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο η σημασία της κατάθλιψης, που

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.**ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΥΝ ΣΕ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ**

- Χαρακιές και εγκαύματα (πρόσφατα ή παλαιά) σε χέρια, πόδια, κοιλιά κ.λπ.
- Ανέρευση αιχμηρών αντικειμένων π.χ. ξυράφια, μαχαίρια, βελόνες, πινέζες στα υπάρχοντα του εφήβου
- Συνομήλικοι και φίλοι που αυτοτραυματίζονται
- Ένδυση ακατάλληλη για την εποχή του χρόνου (π.χ. μακρυμάνικα ρούχα το καλοκαίρι)
- Κηλίδες από αίμα στα ρούχα
- Συχνά αποσύρεται, απομονώνεται όταν πιέζεται συναισθηματικά ή έχει καταθλιπτικό συναίσθημα

μπορεί να συνυπάρχει σε εφήβους που αυτοτραυματίζονται ή σε εφήβους που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν. Η παράνομη χρήση ουσιών είναι συνηθισμένη, αν και η σημασία της χρήσης καπνού και αλκοόλ που μπορεί να σχετίζεται αιτιολογικά με εφήβους που είτε αυτοτραυματίζονται είτε επιχειρούν να αυτοκτονήσουν, δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί. Η συναναστροφή με εφήβους που αυτοτραυματίζονται αποτελεί έναν άλλο σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Παρουσιάζει ενδιαφέρον το γεγονός πως έως και 30% των εφήβων που αυτοτραυματίζονται, αναφέρουν παρόμοια επεισόδια και στο παρελθόν. Πολλά από αυτά τα επεισόδια έχουν διαλάβει της προσοχής του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος των εφήβων και κατ'επέκταση και των σχετικών λειτουργιών υγείας. Τουλάχιστον 10% των εφήβων θα επαναλάβουν μια φορά τέτοια πράξη, κυρίως τον πρώτο χρόνο που ακολουθεί το πρώτο επεισόδιο, με τα περισσότερα επεισόδια να συρρέουν το πρώτο τρίμηνο. Οι έφηβοι ασθενείς με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας αναφέρουν μεγαλύτερο αριθμό επεισοδίων αυτοτραυματισμού σε ένα ηλικιακό φάσμα από την όψιμη παιδική ηλικία μέχρι την πρώτη ενήλικη ζωή. Ακόμη, επισημαίνεται πως μια υποκατηγορία εφήβων που έχουν πολλά επεισόδια αυτοτραυματισμού και με διαφορετικούς τρόπους στο παρελθόν, είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν σοβαρή σωματική βλάβη, ακόμη και θάνατο. Παράγοντες που συσχετίζονται με υποτροπιάζοντα επεισόδια αυτοτραυματισμών είναι προηγούμενο παρόμοιο γεγονός, διαταραχή προσωπικότητας, κατάθλιψη, κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών, χρόνια ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμπεριφοράς, χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, εξάρτηση από το αλκοόλ σε άλλα άτομα της οικογένειας, κοινωνική απομόνωση και χαμηλή

σχολική απόδοση.

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας που ακολουθεί ένα επεισόδιο αυτοτραυματισμού διακυμαίνεται από 0,245% έως 4,30%. Είναι σχετικά περιορισμένη η γνώση μας για τους παράγοντες κινδύνου και επ' ουδενί κάποιοι παράγοντες κινδύνου υποκαθιστούν την προσεκτική ατομική αξιολόγηση κάθε εφήβου ξεχωριστά. Φαίνεται πως υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν έφηβο σε κίνδυνο για αυτοκτονία, όπως:

- Έφηβος άρρενος φύλου και μεγάλης ηλικίας (όψιμη εφηβεία)
- Βίαιος τρόπος αυτοτραυματισμού
- Πολλαπλά πρότερα επεισόδια αυτοτραυματισμού
- Συναισθηματική επιπέδωση, αίσθημα απελπισίας, αϋπνία
- Χρήση παράνομων ουσιών
- Εισαγωγή σε ψυχιατρική μονάδα στο παρελθόν.

Πρόληψη

Είναι πολύ δύσκολο να εντοπιστούν οι έφηβοι που είναι υποψήφιοι για αυτοτραυματισμό, παρ'όλο που πολλές φορές οι μεγαλύτεροι έφηβοι αναζητούν συμβουλή από το γιατρό τους, προφασιζόμενοι άλλα γεγονότα. Ακόμη, ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι σχετικά συχνός στους εφήβους. Τα γεγονότα που μπορεί να προηγούνται τέτοιων επεισοδίων είναι μη ειδικά και καθόλου χαρακτηριστικά. Τα επεισόδια αυτοτραυματισμού είναι πολύ συχνά μια εξαιρετικά παρορμητική πράξη, αφού πολλοί έφηβοι αναφέρουν πως σκέφτηκαν να κάνουν κάτι τέτοιο λίγα λεπτά της ώρας πριν πραγματοποιήσουν την πράξη αυτή. Τέλος, είναι συχνή η απόκρυψη και η άρνηση τέτοιων πράξεων από τους εφήβους. Υπάρχουν όμως κάποια προειδοποιητικά σημεία που μπορεί να κινητοποιήσουν

το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον αυτών των εφήβων (πίνακας 4). Όλα τα ανωτέρω αποτελούν αντικειμενικές δυσκολίες για να καταστρώσει κανείς ένα σχέδιο πρόληψης. Εύκολα διαπιστώνει κανείς πως οι έφηβοι με διαγνωσμένα ψυχικά νοσήματα αποτελούν μια ομάδα κινδύνου που χρειάζεται διαρκώς αξιολόγηση για αυτοτραυματισμούς και αυτοκτονικό ιδεασμό.

Αξιολόγηση του εφήβου μετά επεισόδιο αυτοτραυματισμού

Όλοι οι έφηβοι που έχουν επιχειρήσει να αυτοτραυματιστούν, πρέπει να αξιολογηθούν από αρμόδιους λειτουργούς υγείας όπως παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο ή ψυχοθεραπευτή. Χρειάζεται οπωσδήποτε και ιατρική-σωματική εξέταση από παιδίατρο-εφηβίατρο προκειμένου να αποκλειστεί οργανικό νόσημα που προβάλλει με αυτό το σύμπτωμα.

Προβλήματα που διαπιστώνονται συχνά ή ε-κλαμβάνονται ως σοβαρά προβλήματα από τους εφήβους κατά την αξιολόγηση είναι: δύσκολες σχέσεις με τους γονείς, αντιπαραθέσεις, λογομαχίες, προβλήματα στο σχολείο ή στη δουλειά, δυσκολίες με τον ερωτικό φίλο/φίλη, αντιπαραθέσεις με τα αδέρφια, σωματική νόσος, δυσκολίες στις σχέσεις με τους συνομηλίκους, κατάθλιψη, σχολικός εκφοβισμός, χαμηλή αυτοεκτίμηση, προβλήματα σεξουαλικής υγείας, χρήση αλκοόλ και φαρμακευτικών ουσιών και τέλος αίσθημα ντροπής όταν ο αυτοτραυματισμός γίνεται αντιληπτός από τους φίλους ή την οικογένεια.

Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης είναι πρωταρχικής σημασίας να διερευνηθεί κανείς την πρόθεση για αυτοκτονία. Ο κανόνας είναι οι έφηβοι που αυτοτραυματίζονται, να αρνούνται πρόθεση για αυτοκτονία. Παρ'όλα αυτά, έμμεσα, ο λειτουργός υγείας μπορεί να ρωτήσει για χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν αυτοκτονική πρόθεση. Αυτά είναι κοινωνική απόσυρση - απομόνωση, η χρονική στιγμή που έγινε το συμβάν να είναι τέτοια που να μην μπορεί να παρέμβει κανείς (π.χ. όταν οι γονείς λείπουν για πολλές ώρες από το σπίτι), πολλές προφυλάξεις για να μην ανακαλυφθεί, «προετοιμασίες» για τον επερχόμενο θάνατο (π.χ. γραπτό σημείωμα για το που αφήνει τα υπάρχοντά του), εκμυστήρευση αυτοκτονικών σκέψεων στο παρελθόν, προγραμματισμός της πράξης ώρες ή μέρες πριν και τέλος αν ο έφηβος δεν κινητοποιήσει άλλους ανθρώπους κατά τη διάρκεια ή μετά το επεισόδιο

αυτοτραυματισμού.

Στην αξιολόγηση-συνέντευξη ο έφηβος πρέπει να ερωτηθεί για την αντίληψη που έχει για το θάνατο («τι περιμένεις να συμβεί μετά;» ή «νομίζεις ότι μετά θα ήσουν ακόμη παρών να δεις τι επιπτώσεις θα είχε αυτή σου η πράξη;»). Η αυτοκτονική πρόθεση συσχετίζεται με κατάθλιψη και αίσθημα απελπισίας.

Επισημαίνεται πως η σοβαρότητα της προκालόμενης βλάβης από τον αυτραυματισμό δεν είναι ενδεικτική αυτοκτονικής πρόθεσης, διότι οι έφηβοι συχνά δεν γνωρίζουν ή δεν αντιλαμβάνονται την ενδεχόμενη τοξικότητα «αθών» φαρμακευτικών ουσιών, όπως π.χ. της παρακεταμόλης.

Αυτοτραυματισμοί και ο ρόλος του παιδίατρο

Οι παιδίατροι αποτελούν μια ιδιαίτερη ομάδα γιατρών, αφού πολύ συχνά έχουν μια δυνατή σχέση εμπιστοσύνης με την οικογένεια και τον έφηβο. Αυτή η σχέση εμπιστοσύνης που έχει δομηθεί μέσα από τα χρόνια, είναι δύσκολο να επιτευχθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα, από ένα λειτουργό ψυχικής υγείας, άγνωστο στον έφηβο και στην οικογένεια. Έτσι, ο παιδίατρος στην κοινότητα βρίσκεται στη μοναδική θέση να εντοπίσει, να συμβουλευσει και να παραπέμψει τον έφηβο και την οικογένειά του στις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας.

Οι έφηβοι που αυτοτραυματίζονται, συνήθως αποκαλύπτουν το γεγονός στην οικογένεια και στους φίλους και μάλιστα πολύ συχνά στις δι-αδικτυακές τους γνωριμίες και συναναστροφές. Εφόσον ο έφηβος επισκεφθεί τον παιδίατρό του, αυτός κατά πάσα πιθανότητα θα είναι το επόμενο πρόσωπο που θα εκμυστηρευθεί ο έφηβος πως αυτοτραυματίζεται. Πολλές φορές, ο έφηβος προφασίζεται κάποιο σύμπτωμα υγείας που είναι συναφές με το αποτέλεσμα του αυτοτραυματισμού, για να εξεταστεί από το γιατρό του. Παρατηρείται ότι υπάρχουν έφηβοι που αναζητούν ιατρική «βοήθεια» και πριν τα επεισόδια αυτοταυ-ματισμού, ενώ η πλειοψηφία την αναζητεί μετά. Είναι προφανές πως ο παιδίατρος της κοινότητας, δεν έχει ούτε την εκπαίδευση ούτε τη χρονική πολυτέλεια να πάρει ένα στοιχειώδες ιστορικό από τον έφηβο. Παρ'όλα αυτά, η ενημέρωση και κατανόηση του φαινομένου από τον παιδίατρο, ενισχύει την υπάρχουσα σχέση εμπιστοσύνης. Σε αυτή την επίσκεψη, το αληθινό ενδιαφέρον του

παιδιάτρου, οι άμεσες συστάσεις με εναλλακτικές λύσεις «αυτραυματισμού» όπως η φυσική άσκηση, καθώς και η παραίνεση για αξιολόγηση από ένα λειτουργό ψυχικής υγείας, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση και ενδεχόμενα στην απώτερη πρόγνωση της ψυχικής υγείας του εφήβου. Ένα σύντομο ερωτηματολόγιο γι αυτή την περίπτωση είναι το παρακάτω:

- Τι αντίκτυπο έχει αυτή η πράξη στη ζωή σου;
- Φαίνεται πως ο αυτοτραυματισμός εξυπηρετεί κάποιο σκοπό για σένα. Μπορείς να εντοπίσεις, να σκεφτείς αρνητικές επιπτώσεις και κινδύνους εφόσον συνεχίσεις να το κάνεις αυτό στον εαυτό σου;
- Υπάρχει κάτι που σε προτρέπει άμεσα να σταματήσεις να αυτοτραυματίζεσαι;
- Μοιάζει να σου είναι δύσκολο να χειριστείς το άγχος στη ζωή σου δίχως ν'αυτοτραυματίζεσαι. Πως θα άλλαζε η ζωή σου, αν σταματούσες τώρα να αυτοτραυματίζεσαι;
- Υπάρχουν αρκετές επιλογές για να ζητήσουμε βοήθεια για αυτό το πρόβλημα. Τι πιστεύεις ότι θα σε βοηθούσε να σταματήσεις να αυτοτραυματίζεσαι;

Με αυτό το ερωτηματολόγιο φαίνεται ο παιδίατρος α) να κατανοεί το πρόβλημα με την οπτική γωνία του εφήβου, β) να επιχειρεί να αξιολογήσει τον κίνδυνο για τον έφηβο και γ) να παροτρύνει τον έφηβο να αναζητήσει βοήθεια για το πρόβλημά του.

Αντιμετώπιση και θεραπεία

Η εφαρμογή αποτελεσματικής αντιμετώπισης/θεραπείας στους εφήβους που αυτοτραυματίζονται είναι αρκετά περίπλοκη και αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αφού αυτή η συμπεριφορά μπορεί να ενισχύει θετικά συναισθήματα ή και να καταργεί επώδυνα συναισθήματα για τον έφηβο. Παρ'όλα αυτά υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες, οι οποίες αναφέρονται επιγραμματικά αφού άπτονται του ειδικού αντικείμενου των λειτουργών ψυχικής υγείας και όχι του παιδίατρου-εφηβίατρου. Είναι προφανές πως η σωστή αξιολόγηση του εφήβου και η ανίχνευση σοβαρής ψυχοπαθολογίας επιφέρει τη σωστή αντιμετώπιση και θεραπεία.

Δοκιμασμένες ψυχοθεραπείες, σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα είτε ατομικές είτε ομαδικές, είναι η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία, η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, η ψυχοδυναμική ψυχο-

θεραπεία με διάφορες προσεγγίσεις σύμφωνα με τους ιδρυτές της εκάστοτε θεραπευτικής μεθόδου. Ως φαρμακευτική αγωγή, σε εφήβους που αυτοτραυματίζονται, έχουν δοκιμαστεί η τοπιραμάτη, η κλοζαπίνη και η ναλτρεξόνη. Η φαρμακευτική αγωγή σε εφήβους δοκιμάστηκε όταν οι άλλες προσεγγίσεις είχαν αποτύχει. Σε κάθε περίπτωση απαιτούνται τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες, προκειμένου να χορηγηθούν φάρμακα σε εφήβους που αυτοτραυματίζονται.

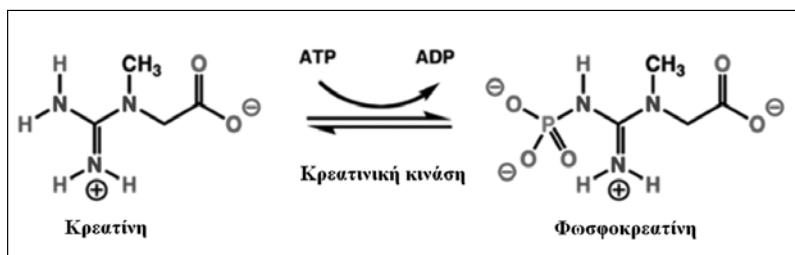
Συμπέρασμα

Οι έφηβοι που αυτοτραυματίζονται φαίνεται να αποτελούν ένα φαινόμενο με αυξανόμενη επίπτωση. Το γεγονός αυτό αυξάνει την πιθανότητα ο παιδίατρος-εφηβίατρος να συναντήσει και να συμβουλευτεί σωστά έναν έφηβο με αυτό το πρόβλημα και τέλος να τον παραπέμψει στις κατάλληλες δομές ψυχικής υγείας.

ΑΥΞΗΜΕΝΗ CPK ΩΣ ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ

Α.Δ. Γκίκα: Η κρεατινική κινάση (CK) ή κρεατινική φωσφοκινάση (CPK) είναι μεταξύ των εργαστηριακών εξετάσεων που περιλαμβάνονται συχνά στον εργαστηριακό έλεγχο ρουτίνας που ζητείται από το γενικό παιδίατρο. Επιπρόσθετα CPK ζητείται συχνά στα πλαίσια διερεύνησης μη ειδικών συμπτωμάτων που παρατηρούνται στα παιδιά, όπως μυϊκά ή οστικά άλγη, βάδισμα στις μύτες των ποδιών, εύκολη κόπωση, συχνές πτώσεις ή και προσβολών ιογενούς αιτιολογίας που συνοδεύονται από αίσθημα κακουχίας, αδυναμία, μυϊκά άλγη ή μυϊκή ευαισθησία. Δεν είναι σπάνιο, λοιπόν, για το γενικό παιδίατρο να βρεθεί αντιμέτωπος με το σενάριο της αυξημένης CPK σε ένα ασυμπτωματικό ή ολιγοσυμπτωματικό παιδί. Στο παρελθόν είχε χρησιμοποιηθεί ο όρος «ιδιοπαθής υπερ-CK-αιμία» για να περιγράψει την κατάσταση της χρόνιας αύξησης της CPK σε ασθενείς χωρίς συμπτώματα και με φυσιολογική νευρολογική εξέταση. Σήμερα είναι γνωστό ότι σε ορισμένα νοσήματα, κυρίως νευρομυϊκά και μεταβολικά, η αύξηση της CPK μπορεί να προηγηθεί της εμφάνισης κλινικών συμπτωμάτων.

Η CPK είναι διμερές ένζυμο που αποτελείται από 2 υπομονάδες (M, B) και καταλύει τη μετατροπή της κρεατίνης σε φωσφοκρεατίνη κατά την οποία καταλώνεται ένα ATP (εικόνα 1). Η αντίδραση αυτή είναι αναστρέψιμη έτσι ώστε ATP μπορεί να παραχθεί από φωσφοκρεατίνη και ADP. Συνεπώς, σε ιστούς με μεγάλες ενεργειακές απαιτήσεις, όπως είναι οι



ΕΙΚΟΝΑ 1. Ενζυματική δράση κρεατινικής κινάσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

ΒΑΣΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΑ/ΟΛΙΓΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΗ CPK

- Γενική αίματος
- Ηλεκτρολύτες, ουρία, κρεατινίνη
- Ασβέστιο, φώσφορος, μαγνήσιο
- Ηπατικά ένζυμα
- T3, T4, TSH
- Αυτοαντισώματα
- Γαλακτικό οξύ
- Προφίλ ακυλοκαρνιτίνης / ελεύθερης καρνιτίνης
- Αμινοξέα πλάσματος
- Οργανικά οξέα ούρων
- Καρδιολογικός και οφθαλμολογικός έλεγχος

σκελετικοί αλλά και οι λείοι μύες και ο εγκέφαλος, η φωσφοκρεατίνη χρησιμεύει ως αποθήκη ενέργειας από την οποία μπορεί γρήγορα και ανάλογα με τις ανάγκες του ιστού να παραχθεί ATP με τη βοήθεια της CPK. Υπάρχουν τουλάχιστον 5 διαφορετικές ισομορφές της CPK: τρία κυτταροπλασματικά ισοένζυμα (CK-MM, CK-BB και CK-MB), τα οποία προκύπτουν από διαφορετικούς συνδυασμούς των δύο υπομονάδων του ενζύμου και δύο μιτοχονδριακά ισοένζυμα, τα οποία είναι οκταμερείς μορφές, προκύπτουν από πολυμερισμό των διμερών μορφών και λόγω του μεγάλου μεγέθους τους είναι γνωστά ως μάκρο-CK. Η έκφραση των κυτταροπλασματικών ισοενζύμων ποικίλλει στους διάφορους ιστούς κι έτσι η ανίχνευσή τους στην κυκλοφορία παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τον ιστό προέλευσης. Συγκεκριμένα στους σκελετικούς μύες εκφράζεται κυρίως το ισοένζυμο CK-MM (98%) ενώ στο μυοκάρδιο το ισοένζυμο CK-MM σε ποσοστό 70% και το CK-MB σε ποσοστό 25-30%. Το ισοένζυμο CK-BB εκφράζεται σε χαμηλά ποσοστά σε όλους τους ιστούς και έχει μικρή κλινική σημασία.

Η CPK του ορού είναι δείκτης της λειτουργικής κατάστασης των μυϊκών κυττάρων και αυξάνει σε οποιαδήποτε κατάσταση συνοδεύεται από μυϊκή βλάβη. Ο όρος ραβδομύωση αναφέρεται στη νέκρωση των μυϊκών ινών λόγω βλάβης της κυτταροπλασματικής μεμβράνης με επακόλουθη απελευθέρωση του περιεχομένου των μυϊκών κυττάρων στην κυκλοφορία. Η μυοσφαιρίνη του ορού αυξάνει αμέσως μετά τη μυϊκή βλάβη και οι τιμές της επανέρχονται στο φυσιολογικό σε διάστημα 1 έως 6 ωρών καθώς αποβάλλεται ταχέως στα ούρα, όπου και μπορεί να ανιχνευθεί. Η CPK αρχίζει να αυξάνεται 2-12 ώρες μετά από αιφνίδια προσβολή, οι τιμές φθάνουν στο μέγιστο στις 24-72 ώρες και στη συνέχεια μειώνονται περίπου κατά 50% κάθε 48 ώρες. Είναι προφανές ότι εάν ο παράγοντας που προκαλεί τη μυϊκή βλάβη είναι χρόνιος, οι τιμές της CPK παραμένουν αυξημένες. Η εμφάνιση συμπτωμάτων κατά τη ραβδομύωση (αδυναμία, μυαλγία) καθώς και ο αποχρωματισμός των ούρων (κόκκινο-καφέ χρώμα) λόγω της παρουσίας μυοσφαιρίνης είναι συνάρτηση της μυϊκής μάζας που έχει προσβληθεί. Είναι συχνό στην κλινική πράξη να ανιχνεύεται επίμονη αύξηση της CPK χωρίς αποχρωματισμό ούρων, ανίχνευση μυοσφαιρίνης ή κλινικά συμπτώματα ραβδομύωσης. Υπενθυμίζεται στο σημείο αυτό ότι η CPK και ιδιαίτερα το ισοένζυμο CK-MB χρησιμοποιείται στους ενήλικες ως δείκτης νέκρωσης των κυττάρων του μυοκαρδίου. Άλλοι ορολογικοί δείκτες βλάβης των μυϊκών κυττάρων είναι η LDH, η αλδολάση και η ασπάρτική αμινοτρανσφεράση (AST).

Η κατανομή των τιμών της CPK στο γενικό πληθυσμό δεν είναι κανονική. Συγκεκριμένα ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού έχει τιμές CPK μεγαλύτερες της μέσης τιμής πιθανότατα ως αποτέλεσμα άγνωστων γενετικών παραγόντων. Οι ανώτερες φυσιολογικές τιμές ποικίλλουν ανάλογα με το εργαστήριο, κυμαίνονται όμως γενικά στο επίπεδο των 170IU/l για τους άντρες και 150IU/l για τις γυναίκες. Υπάρχουν φυσιολογικές καταστάσεις,

οι οποίες είναι γνωστό ότι χαρακτηρίζονται από τιμές CPK υψηλότερες των φυσιολογικών. Άτομα της μαύρης φυλής έχουν τιμές υψηλότερες από τα άτομα της λευκής φυλής και συχνά έως και λίγες εκατοντάδες υψηλότερες των φυσιολογικών. Τα φυσιολογικά νεογνά και ιδιαίτερα αυτά που έχουν γεννηθεί με φυσιολογικό τοκετό έχουν τιμές CPK 3 έως 10 φορές υψηλότερες από τις τιμές των ενηλίκων, οι οποίες επανέρχονται στο φυσιολογικό κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας της ζωής. Η άσκηση, επίσης, είναι γνωστό ότι συνδέεται με αυξημένες τιμές CPK ακόμα και σε φυσιολογικά άτομα ως αποτέλεσμα τραυματισμού μυϊκών ινών. Η αύξηση της CPK παρατηρείται συνήθως 24-48 ώρες μετά από έντονη άσκηση και μπορεί να επιμείνει έως και 7 ημέρες μετά. Επιπρόσθετα, παιδιά ή ενήλικες που ασκούνται τακτικά μπορεί να παρουσιάζουν μια χρόνια, ήπια υπερ-CK-αιμία (περίπου x1.5 του φυσιολογικού).

Εκτός από τις φυσιολογικές αυτές καταστάσεις, συστηματικά και ενδοκρινολογικά νοσήματα, τραύμα ή φάρμακα μπορεί, επίσης, να σχετίζονται με αύξηση της CPK. Είναι γνωστό ότι διάφοροι ιοί (ιοί γρίπης, ECHO, Coxsackie, αδενοϊοί, ερπητοϊοί) μπορεί να προκαλέσουν συμπτωματική ή και ασυμπτωματική μυοσίτιδα με επακόλουθη αύξηση της CPK, η οποία επανέρχεται στο φυσιολογικό μετά την πάροδο της ιογενούς λοίμωξης. Εξάλλου, νοσήματα του συνδετικού ιστού, κοιλιοκάκη και ηλεκτρολυτικές διαταραχές μπορεί να συνοδεύονται από αύξηση της CPK (Selimoglu et al). Αύξηση της τιμής της CPK παρατηρείται σε ασθενείς με υποθυρεοειδισμό, ιδιαίτερα αυτούς με μυοπάθεια και έχει αναφερθεί σε ασθενείς με υποπαραθυρεοειδισμό (Beyer et al, Ishikawa et al). Οποιοσδήποτε τραυματισμός των μυών μπορεί, επίσης να έχει ως αποτέλεσμα αύξηση της τιμής της CPK. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται καταστάσεις όπως πυρετός με ρίγος, σπασμοί και δυστονίες/δυσκινησίες καθώς και ιατρογενείς τραυματισμοί, όπως ενδομυϊκές ενέσεις και εμβόλια. Φαρμακογενής αύξηση της CPK έχει επίσης παρατηρηθεί με κύριο παράδειγμα τις στατίνες καθώς και άλλα φάρμακα (αντικαταθλιπτικά, αντιρετροϊκά, ρετινοϊκό οξύ), τα οποία, όμως, δεν χρησιμοποιούνται ευρέως στα παιδιά.

Παρόλα αυτά, το εύρημα της αυξημένης CPK ορού εγείρει πρωτίστως την υποψία νευρομυϊκού νοσήματος. Βιβλιογραφικές σειρές ασυμπτωματικών παιδιών και ενηλίκων με αυξημένη CPK δείχνουν ότι περίπου 50% των ασθενών έχουν είτε συγκεκριμένο νευρομυϊκό νόσημα είτε παθολογική

βιοψία μυός ή/και νευροφυσιολογικό έλεγχο χωρίς όμως συγκεκριμένη διάγνωση (Dabby et al, D-Adda et al, Prella et al). Το συχνότερο νευρομυϊκό νόσημα που συνδέεται με σημαντική αύξηση της CPK του ορού είναι οι φυλοσύνδετες δυστροφιοπάθειες (Duchenne, Becker). Στην περίπτωση των δυστροφιοπαθειών, αύξηση της CPK ως τυχαίο εύρημα αφορά σε κορίτσια φορείς της νόσου αλλά και σε προσυμπτωματικά ή ολιγοσυμπτωματικά αγόρια. Τονίζεται στο σημείο αυτό ότι αγόρια σε πρώιμα στάδια της νόσου μπορεί να παρουσιάζουν μη ειδικά συμπτώματα όπως καθυστέρηση βάδισης ή/και λόγου, συχνές πτώσεις ή βάδιση στις μύτες των ποδιών. Η έγκαιρη διάγνωση στις περιπτώσεις αυτές είναι ιδιαίτερα σημαντική κυρίως λόγω των επιπτώσεων για μελλοντικά παιδιά της οικογένειας. Τονίζεται, επίσης, ότι σε ορισμένες περιπτώσεις το πρώτο εργαστηριακό εύρημα στα παιδιά αυτά είναι η ανίχνευση επίμονης αύξησης αμινοτρανσφερασών, η οποία θα πρέπει να συμπληρώνεται με προσδιορισμό της CPK του ορού.

Άλλα σπανιότερα νευρομυϊκά νοσήματα που συνοδεύονται από αύξηση της CPK του ορού σε ασυμπτωματικά ή ολιγοσυμπτωματικά στάδια, είναι μυϊκές δυστροφίες εκτός των Duchenne και Becker (μεταλλάξεις δυσφερλίνης, καβεολίνης), συγγενείς μυοπάθειες (μεταλλάξεις στον υποδοχέα της ρυανοδίνης) καθώς και μεταβολικές μυοπάθειες. Η κακοήθης υπερθερμία είναι κληρονομικό νόσημα που μεταβιβάζεται κυρίως με αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα και χαρακτηρίζεται από εμφάνιση αυξημένης θερμοκρασίας σώματος, υπερμεταβολισμού και ραβδομυόλυσης κατά τη χορήγηση γενικής αναισθησίας (πτητικών αναισθητικών ή μυοχαλαρωτικών) (Litman et al). Άτομα με γενετική προδιάθεση για την εμφάνιση κακοήθους υπερθερμίας έχουν συχνά αυξημένη CPK χωρίς κανένα άλλο σύμπτωμα. Νευρομυϊκά νοσήματα που συνδέονται με γενετική προδιάθεση για την εμφάνιση κακοήθους υπερθερμίας είναι κάποιες συγγενείς μυοπάθειες, ιδιαίτερα αυτές που οφείλονται σε μεταλλάξεις του υποδοχέα της ρυανοδίνης καθώς και οι δυστροφιοπάθειες. Περιπτώσεις κακοήθους υπερθερμίας θα πρέπει να αναζητούνται ενεργά στο οικογενειακό ιστορικό παιδιών με αυξημένη CPK. Επίσης ασυμπτωματικά παιδιά με αυξημένη CPK θα πρέπει να θεωρούνται δυνητικά σε κίνδυνο για την εμφάνιση κακοήθους υπερθερμίας. Καθώς τα παιδιά αυτά συχνά υποβάλλονται σε γενική αναισθησία για τη λήψη βιοψίας μυός, είναι σημαντικό να ενημερώνεται ο αναισθησιολόγος

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ
ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΑ/ΟΛΙΓΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΑ
ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΗ CPK

- MLPA για Duchenne/Becker
- Μαγνητική τομογραφία μυός
- Δοκιμασία ισχαιμής περιόδου
- Βιοψία μυός
- Μοριακός έλεγχος

ώστε να προγραμματίσει τη χρήση κατάλληλων αναισθητικών φαρμάκων.

Αντίθετα με τις καταστάσεις που ήδη αναφέρθηκαν και οι οποίες συνοδεύονται από χρόνια αύξηση της CPK του ορού, οι μεταβολικές μυοπάθειες χαρακτηρίζονται συνήθως από διαλείπουσα υπερ-CK-αιμία, επαναλαμβανόμενα, δηλαδή, επεισόδια αύξησης της CPK και επάνοδο των τιμών στο φυσιολογικό ή σχεδόν στο φυσιολογικό μεταξύ των επεισοδίων. Τέτοιες μεταβολικές μυοπάθειες παρατηρούνται κυρίως στα πλαίσια διαταραχών του μεταβολισμού των υδατανθράκων (γλυκογονιώσεις όπως οι νόσοι McArdle και Pompe), των λιπιδίων (carnitine palmitoyltransferase deficiency, διαταραχές β-οξειδωσης των λιπαρών οξέων, όπως MCAD, VLCAD κ.λπ.) και της αναπνευστικής αλυσίδας (μιτοχονδριακά νοσήματα). Τα νοσήματα αυτά μπορεί να εκδηλωθούν με μυαλγίες και χαμηλή ανοχή στην άσκηση καθώς και με επεισόδια ραβδομύλωσης. Όπως, ήδη, αναφέρθηκε η εμφάνιση συμπτωμάτων και μυοσφαιρινουρίας κατά τα επεισόδια ραβδομύλωσης είναι συνάρτηση της μυϊκής μάζας που προσβάλλεται και συχνά η αύξηση της CPK του ορού μπορεί να είναι η μόνη εκδήλωση. Υπενθυμίζεται, επίσης, ότι ιδιαίτερα στις διαταραχές μεταβολισμού των λιπιδίων, τα επεισόδια ραβδομύλωσης συμβαίνουν συχνά στα πλαίσια λοιμώξεων και καταστάσεων σχετικής νηστείας. Επιπρόσθετα, τα τελευταία χρόνια έχουν αναγνωριστεί μεταλλάξεις στο γονίδιο LPIN1 (OMIM *605518), το οποίο κωδικοποιεί ένα βασικό ένζυμο της βιοσύνθεσης των τριγλυκεριδίων και φωσφολιπιδίων της μεμβράνης των μυϊκών ινών, ως σημαντικό αίτιο επαναλαμβανόμενων επεισοδίων ραβδομύλωσης κατά τη διάρκεια εμπυρέτων στην πρώιμη παιδική ηλικία (Zeharia et al). Οι μυοσίτιδες στα πλαίσια ιογενών/εμπύρετων λοιμώξεων

στα παιδιά δεν είναι σπάνιες. Παρόλα αυτά, στις περιπτώσεις που τέτοια επεισόδια επαναλαμβάνονται ή χαρακτηρίζονται από άτυπη πορεία και καθυστέρηση στην πτώση των τιμών της CPK, θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο υποκείμενου μεταβολικού νοσήματος.

Στη διερεύνηση των νευρομυϊκών νοσημάτων και συγκεκριμένα των ασυμπτωματικών ή ολιγοσυμπτωματικών παιδιών με αυξημένη CPK, κυρίαρχη θέση κατέχει η βιοψία μυός. Στα παιδιά προτιμάται συνήθως η ανοιχτή βιοψία. Το δείγμα μυός που λαμβάνεται υποβάλλεται σε ιστολογική εξέταση, ανοσοϊστοχημικό προσδιορισμό πρωτεϊνών και προσδιορισμό ενζύμων, μεταξύ των οποίων και αυτά της αναπνευστικής αλυσίδας. Σε προηγούμενα χρόνια, βιοψία μυός ήταν απαραίτητη για τη διάγνωση των δυστροφιοπαθειών. Ως αποτέλεσμα της προόδου στη μοριακή γενετική στην εποχή μας, το πρώτο βήμα στη διάγνωση ασθενών και φορέων με νόσους Duchenne και Becker είναι ο γενετικός έλεγχος. Ελλείμματα και διπλασιασμοί, τα οποία ευθύνονται για περίπου 70% των μεταλλάξεων στο γονίδιο της δυστροφίνης, ανιχνεύονται εύκολα με τη μέθοδο MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification). Το υπόλοιπο 30% αφορά σε σημειακές μεταλλάξεις, η ανίχνευση των οποίων είναι χρονοβόρα λόγω του μεγάλου μεγέθους του γονιδίου της δυστροφίνης και για το λόγο αυτό συνήθως γίνεται αφού προηγηθεί επιβεβαίωση της διάγνωσης με βιοψία μυός. Μοριακός έλεγχος είναι επίσης δυνατός για πολλά από τα νευρομυϊκά και μεταβολικά νοσήματα που συνδέονται με αυμπτωματική αύξηση της CPK και αποτελεί σήμερα τη μέθοδο εκλογής για την επιβεβαίωση της διάγνωσης (RYR1, γονίδια καβεολίνης, δυσφερλίνης, CPTII, LIPIN1, μυοφωσφορυλάση κ.λπ.). Η βιοψία μυός είναι συνήθως απαραίτητη πριν τη διενέργεια του μοριακού ελέγχου έτσι ώστε να κατευθυνθεί ο έλεγχος προς συγκεκριμένο γονίδιο. Στην προσπάθεια αποφυγής της βιοψίας μυός, η οποία αποτελεί εύκολη αλλά επεμβατική μέθοδο για τα παιδιά, χρησιμοποιείται σε πολλά κέντρα η μαγνητική τομογραφία μυών. Η μαγνητική τομογραφία μυών είναι σύντομη τεχνική, χωρίς ακτινοβολία και διενεργείται στα περισσότερα παιδιά χωρίς γενική αναισθησία. Λαμβάνονται τομές από το μηρό και τη γαστροκνημία και οι εικόνες που προκύπτουν στις διάφορες ακολουθίες επιτρέπουν την ανίχνευση ιστολογικών φαινομένων όπως η αύξηση του λίπους και του συνδετικού ιστού στις διάφορες μυϊκές ομάδες. Είναι γνωστό ότι ορισμένα

νευρομυϊκά νοσήματα όπως οι δυστροφινοπάθειες και άλλες μυϊκές δυστροφίες, οι συγγενείς μυοπάθειες καθώς και οι φλεγμονώδεις και μεταβολικές μυοπάθειες χαρακτηρίζονται από εκλεκτική προσβολή ορισμένων μυϊκών ομάδων (Mercuri et al). Η ανίχνευση κάποιου συγκεκριμένου τύπου (pattern) προσβολής μυϊκών ομάδων μπορεί να κατευθύνει το μοριακό έλεγχο χωρίς την ανάγκη βιοψίας μυός. Εξάλλου, η δοκιμασία ίσχειμης περιόδου κατά την οποία επιτυγχάνεται κόπωση των μυών σε συνθήκες σχετικής ισχαιμίας είναι χρήσιμη δοκιμασία στη διάγνωση της νόσου McArdle αλλά και άλλων μεταβολικών μυοπαθειών και μπορεί επίσης να κατευθύνει τη μοριακή διάγνωση χωρίς την ανάγκη βιοψίας μυός.

Στην Α΄ Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών εφαρμόζουμε ένα πρωτόκολλο διερεύνησης για ασυμπτωματικά ή oligοσυμπτωματικά παιδιά με αυξημένη CPK. Οι βασικές εργαστηριακές εξετάσεις του πρωτοκόλλου είναι κοινές για όλα τα παιδιά, ενώ όσον αφορά στις πιο εξειδικευμένες διαχωρίζονται σε κάποιο βαθμό δύο ομάδες: παιδιά με χρόνια, επίμονη αύξηση και παιδιά με διαλείπουσα αύξηση της CPK του ορού. Όταν βρεθούμε αντιμέτωποι με ένα ασυμπτωματικό παιδί με αυξημένη CPK, το πρώτο βήμα στη διερεύνηση σχετίζεται με αποκλεισμό αιτίων αύξησης που σχετίζονται με τις συνθήκες λήψης. Εάν η μέτρηση της CPK έγινε μετά από έντονη άσκηση, συστήνεται η επανάληψη της μέτρησης μετά από 15 ημέρες. Επίσης θα πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητα συσχέτισης με παράγοντες όπως πρόσφατο τραύμα, πυρετός με ρίγος, σπασμοί, δυστονίες/δυσκινησίες ή και πρόσφατοι εμβολιασμοί. Από το ατομικό αναμνηστικό του παιδιού αλλά και από το οικογενειακό ιστορικό θα πρέπει να αναζητηθούν στοιχεία όπως κράμπες, μυαλγίες, συχνές πτώσεις, καθυστέρηση στην κινητική ανάπτυξη, χαμηλή ανοχή στην άσκηση, επεισόδια μωσφοαιρινουρίας, αντιδράσεις κατά τη λήψη γενικής αναισθησίας, λήψη φαρμάκων, προσβολή άλλων συστημάτων κ.λπ. Στις περιπτώσεις που η αύξηση της CPK είναι διαλείπουσα, θα πρέπει να αναζητηθούν συγκεκριμένοι εκλυτικοί παράγοντες, όπως άσκηση, νηστεία, πυρετός κ.λπ. Είναι ευνόητο πως είναι απαραίτητη η λεπτομερής κλινική εξέταση του παιδιού. Στη συνέχεια διενεργείται βασικός αιματολογικός, βιοχημικός και μεταβολικός έλεγχος με σκοπό τον αποκλεισμό συστηματικών νοσημάτων που πιθανόν σχετίζονται με την αύξηση της CPK και τον προσανατολισμό προς συγκεκριμένα μετα-

βολικά νοσήματα (Πίνακας 1). Στις περισσότερες περιπτώσεις διενεργείται επίσης καρδιολογικός και οφθαλμολογικός έλεγχος.

Στις περιπτώσεις που ο βασικός έλεγχος είναι φυσιολογικός, το ερώτημα που συνήθως τίθεται είναι κατά πόσον υπάρχει κάποιο επίπεδο αύξησης της CPK, πάνω από το οποίο είναι δικαιολογημένη η διενέργεια πιο εξειδικευμένων εξετάσεων. Αδρά η αύξηση της CPK διακρίνεται σε: ήπια (τιμές < X2 ανώτερης φυσιολογικής), μέτρια (τιμές > X2 και < X4 ανώτερης φυσιολογικής) και μεγάλη (τιμές > X4 ανώτερης φυσιολογικής). Σε περιπτώσεις μέτριας και μεγάλης αύξησης της CPK, συνήθως προχωρούμε στις πιο εξειδικευμένες εξετάσεις του πρωτοκόλλου ενώ οι περιπτώσεις ήπιας αύξησης κρίνονται ανάλογα με το περιστατικό. Στον Πίνακα 2 αναγράφονται οι πιο εξειδικευμένες εξετάσεις που περιλαμβάνονται στο πρωτόκολλο. Όπως ήδη αναφέρθηκε, ο ουδός για τη διενέργεια μοριακού ελέγχου για δυστροφινοπάθειες είναι γενικά χαμηλός λόγω της σχετικά μεγάλης συχνότητας των νοσημάτων αυτών αλλά και της σημασίας της ανίχνευσης πασχόντων αγοριών και κοριτσιών φορέων για την παροχή γενετικής συμβουλής στην οικογένεια.

Η εμπειρία στην Κλινική μας αλλά και βιβλιογραφικά είναι ότι παρά τον εκτεταμένο έλεγχο, σημαντικός αριθμός των παιδιών αυτών παραμένουν χωρίς συγκεκριμένη διάγνωση (Dabby et al, D-Adda et al, Prella et al). Στις περιπτώσεις αυτές, είναι σημαντική η μακροχρόνια παρακολούθηση των παιδιών για την πιθανότητα εκδήλωσης συμπτωμάτων στο μέλλον.

Συμπερασματικά, η ανεύρεση αυξημένης CPK σε ασυμπτωματικά παιδιά είναι αρκετά συχνή. Η αύξηση αυτή μπορεί να είναι ήπια, μέτρια ή μεγάλη καθώς και χρόνια ή διαλείπουσα. Νευρομυϊκά και μεταβολικά νοσήματα μπορεί να εκδηλωθούν με αύξηση της CPK σε ασυμπτωματικά παιδιά. Η επίτευξη συγκεκριμένης διάγνωσης στα παιδιά αυτά είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί επιτρέπει την καλύτερη αντιμετώπιση τους, την πρόληψη επιπλοκών αλλά και την παροχή γενετικής συμβουλής στην οικογένεια. Σημαντική είναι, επίσης, η μακροχρόνια παρακολούθηση των παιδιών που παραμένουν αδιάγνωστα. Μεταβολικά νοσήματα μπορεί να εκδηλωθούν με αύξηση της CPK κατά τη διάρκεια εμπτυρέτων, γεγονός που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε περιπτώσεις θεωρούμενων ιογενών μωσσιτίδων με άτυπη πορεία. Επίσης, παιδιά με αυξημένη CPK είναι δυνητικά σε κίνδυνο για

εμφάνιση συμπτωμάτων κακοήθους υπερπυρεξίας κατά τη διάρκεια γενικής αναισθησίας, κίνδυνος για τον οποίο θα πρέπει να προειδοποιούνται οι γονείς. Τέλος, τονίζεται η σημασία της συνεργασίας διαφόρων ειδικοτήτων (παιδιάτροι, παιδονευρολόγοι, γενετιστές, ακτινολόγοι, εργαστηριακοί γιατροί) για την καλύτερη διερεύνηση και αντιμετώπιση των παιδιών αυτών.

ΤΟ ΓΟΝΑΤΟ ΠΟΥ ΠΟΝΑΕΙ

Ρ.Γ. Σμέρλα: Η μικρή Σοφία, 5 ετών, παραπέμπεται από την παιδιάτρό της στα εξωτερικά ιατρεία παιδιατρικού νοσοκομείου λόγω διόγκωσης και άλγους δεξιού γόνατος «από ημερών». Δεν αναφέρεται ιστορικό πτώσης ή τραυματισμού ενώ προηγήθηκε ήπια λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού. Το οικογενειακό ιστορικό ήταν ελεύθερο.

Κατά την αντικειμενική εξέταση παρατηρήθηκε δυσχέρεια βάδισης, διόγκωση του γόνατος, ήπια θερμότητα, περιορισμός της κινητικότητας και πόνος. Η θερμοκρασία της ήταν 37,5°C. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα και η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σωματομετρικών χαρακτηριστικών μέσα στις φυσιολογικές εκατοστιαίες θέσεις.

Η Σοφία εισάγεται στην κλινική για διερεύνηση αρθρίτιδας πιθανόν λοιμώδους αιτιολογίας. Η διάγνωση της σηπτικής αρθρίτιδας φαίνεται απομακρυσμένη λόγω της καλής γενικής κατάστασης της ασθενούς και των εργαστηριακών ευρημάτων (WBC=7.570*10⁹ /l, Hb=10,3 gr/dl, PLTS=444.000*10⁹ /l, TKE=20mmHg, CRP< 8 mgr/l (Φ.Τ: 0-8). Στην ακτινογραφία του γόνατος παρατηρείται οίδημα μαλακών μορίων. Στο διάστημα της νοσηλείας του παιδιού η μητέρα θυμήθηκε ένα επεισόδιο πιθανού μικρού τραυματισμού περίπου πριν δύο εβδομάδες. Έτσι, στη διαφορική διάγνωση συμπεριλαμβάνεται και η τραυματική αρθρίτιδα οπότε συστήνεται ανάπαυση και επανεκτίμηση σε δύο εβδομάδες. Η ασθενής προσήλθε τρεις εβδομάδες αργότερα με την ίδια κλινική εικόνα. Συστήνεται από ορθοπαιδικό χορήγηση αντιφλεγμονώδους αγωγής, ιβουπροφαίνης, επί πόνου και επανεκτίμηση σε άλλες δύο εβδομάδες. Στην επόμενη εκτίμηση που δεν παρουσιάζεται ιδιαίτερη βελτίωση συστήνεται μαγνητική τομογραφία, η οποία έγινε χωρίς σκιαγραφικό και έδειξε συλλογή υγρού χωρίς βλάβη του αρθρικού χόνδρου και των συνδέσμων. Στη συνέχεια η μικρή ασθενής υποβλήθηκε σε αρθροσκόπηση όπου διαπιστώθηκε έντονη υμενίτιδα και πάρθηκαν βιοψίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟ ΓΟΝΑΤΟ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Μηχανικά αίτια /Ορθοπαιδικά αίτια

- Osgood-Schlatter
- Οστεοειδές οστέωμα
- «Πόνος ανάπτυξης»
- Μηχανικοί τραυματισμοί-Τραυματική αρθρίτιδα
- Ρήξη συνδέσμων/μηνίσκου-Κάταγμα

Σύνδρομο υπερχρησίας

- Οστεοχονδρίτιδα του Dissecans
- Χονδρομαλακία επιγονατίδας

Λοιμώξεις

Αυτοάνοσα-Αυτοφλεγμονώδη Νοσήματα
Κακοήθεια-Όγκοι οστών

Διάφορες Καταστάσεις

- Αιμοφιλία
 - Λαχνοζώδης Υμενίτιδα
 - Μεταβολικά Νοσήματα
 - Δρεπανοκυτταρική αναιμία
 - Καλόηθες σύνδρομο υπερεκτασιμότητας
-

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Λοιμώξεις πεπτικού (80% στα παιδιά)

- Campylobacter
- Salmonella
- Singella

Λοιμώξεις αναπνευστικού

- Mycoplasma Pneumoniae
- Chlamydia Pneumoniae

Λοιμώξεις ουροποιογεννητικού

- Chlamydia Trachomatis
-

Εν αναμονή των αποτελεσμάτων παραπονιέται για πόνο και στο αριστερό γόνατο καθώς και στην αριστερή πηχεοκαρπική άρθρωση. Η μητέρα της αναφέρει ότι παρατηρεί ήπια «κωφρότητα» στο πρωινό της βάδιση και δεκατική πυρετική κίνηση. Η Σοφία εισάγεται σε παιδιατρική κλινική όπου διαπιστώνεται και διόγκωση των μικρών αρθρώσεων

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.

ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
(ILAR EDMONTON 2001)

**Συστηματική
Ολιγαρθρίτιδα**

Εμμένουσα

Επεκταθείσα

Πολυαρθρίτιδα

Οροαρνητική RF(-)

Οροθετική RF(+)

Νεανική ψωριασική αρθρίτιδα

Αρθρίτιδα με ενθεσίτιδα

Αδιαφοροποίητη αρθρίτιδα

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ

**Τροποποιητικά φάρμακα
Βιολογικοί παράγοντες**

Τροποποιητικά φάρμακα

- Μεθοτρεξάτη
- Λεφλουναμίδη
- Σουλφασαλαζίνη
- Κυκλοσπορίνη
- Υδροξυχλωροκίνη

Βιολογικοί παράγοντες

- Etanercept (διαλυτός υποδοχέας p75 TNF)
- Adalimumab (ανθρώπινο μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι TNF)
- Infliximab (εξανθρωποποιημένο μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι TNF)
- Anakinra (αναστολέας υποδοχέα IL-1)
- Anti-CD20 (Rituximab)
- Anti-IL-6 receptor

στο δεξί άνω άκρο, θέση στην οποία η ασθενής είχε παραπονεθεί για πόνο και στο παρελθόν. Ο εργαστηριακός έλεγχος δείχνει ήπια αύξηση των δεικτών φλεγμονής, αρνητικό ρευματοειδή παράγοντα και αρνητικά αντιπυρηνικά αντισώματα. Η μικρή ασθενής παραπέμπεται σε παιδορευματολογικό ιατρείο όπου αντιμετωπίζεται και παρακολουθείται με τη διάγνωση της Νεανικής Ιδιοπαθούς Αρθρίτιδας.

Εκτιμώντας ένα παιδί με πόνο στο γόνατο είναι σημαντικό να διευκρινιστεί αρχικά αν πρόκειται

για πόνο που οφείλεται σε μηχανικά αίτια ή για πόνο που οφείλεται σε λοίμωξη ή φλεγμονή.

Τα παιδιά με μηχανικά προβλήματα τυπικά πονούν κατά τη δραστηριότητα και βελτιώνονται με τη διακοπή της, ενώ ο πόνος ξαναεμφανίζεται με την επανέναρξη της δραστηριότητας.

Εάν υπάρχει κάταγμα ή λοίμωξη ο πόνος είναι διαρκής. Στη ρήξη συνδέσμου ή μηνίσκου ο πόνος είναι διακοπτόμενος και επιτείνεται με τη δραστηριότητα. Αρκετά συχνά ο πόνος φαίνεται να είναι αποτέλεσμα τραυματισμού.

Σημαντική είναι η διευκρίνιση ότι άλγος στην περιοχή της άρθρωσης δεν είναι κλινικά συνώνυμο της αρθρίτιδας.

Με τον όρο αρθραλγία εννοούμε άλγος στην ίδια την άρθρωση ή γύρω από την περιοχή της άρθρωσης. Η αρθραλγία μπορεί να οφείλεται σε τραυματισμό, μηχανική καταπόνηση των ιστών της περιοχής της άρθρωσης ή προβλήματα των παρακείμενων μαλακών μοριών.

Μιλώντας για αρθρίτιδα πρέπει να συνυπάρχει διόγκωση της άρθρωσης λόγω αύξησης του αρθρικού υγρού και φλεγμονής του αρθρικού υμένα. Η άρθρωση με αρθρίτιδα εμφανίζει δυσκαμψία και περιορισμό του εύρους των κινήσεων στον οποίο συνεισφέρει και το άλγος.

Όταν λοιπόν ένα παιδί παραπονιέται ότι πονάει στο γόνατο θα πρέπει να διευκρινιστούν κάποιες χρήσιμες ερωτήσεις.

- Ο πόνος εμφανίστηκε αμέσως μετά από κάποιον τραυματισμό;
- Το γόνατο πονά συνεχώς;
- Εμφανίζεται όταν το παιδί παίζει;
- Το ξύπνημα κατά τη διάρκεια της νύκτας. Το πρωινό μετά το ξύπνημα, το παιδί αισθάνεται καλύτερα ή χειρότερα;
- Είναι το πόδι «δύσκαμπτο» το πρωί και βελτιώνεται με τη δραστηριότητα;
- Έχει ποτέ εμφανίσει πρήξιμο ή διόγκωση;
- Είχε προηγηθεί εμπύρετο, διάρροια ή ιογενής λοίμωξη;

Από τις απαντήσεις αυτών των ερωτήσεων προκύπτουν τα πιθανά αίτια που μπορεί να σχετίζονται με τον πόνο και φαίνονται στον πίνακα 1.

Μηχανικά αίτια/ορθοπαιδικά αίτια

Νόσος Osgood-Sclatter

Πρόκειται για οστεοχονδρίτιδα. Το τμήμα του επιγονατιδικού συνδέσμου που καταφύεται στο κνημιαίο κύρτωμα είναι επιρρεπές σε κατάγματα



ΕΙΚΟΝΑ 1. Οστεοχονδρίτιδα Dissecans.



ΕΙΚΟΝΑ 2. Λοίμωξη από παρβοϊό B19.

του χόνδρου κατά την όψιμη παιδική και εφηβική ηλικία. Αφορά κυρίως σε αγόρια και έχει καλοήγη πορεία, ενώ μπορεί να παραμείνει ως κατάλοιπο διόγκωση του κνημιαίου κυρτώματος.

Οστεοειδές οστέωμα

Πρόκειται για καλοήγη όγκο των οστών που εντοπίζεται κυρίως στο ισχίο αλλά μπορεί να προσβάλει και την περιοχή εκατέρωθεν του γόνατος. Συχνά δεν προκαλεί ενόχληση αλλά ενδέχεται να προκαλέσει πόνο που ξυπνά το παιδί κατά τη διάρκεια της νύχτας. Διαγιγνώσκεται με απλή ακτινογραφία ενώ σε μερικές περιπτώσεις απαιτείται αξονική τομογραφία. Ο πόνος υποχωρεί με αναλγητικό ή αντιφλεγμονώδες. Σε αντίθετη περίπτωση απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και εκτίμηση από έμπειρο ορθοπαιδικό

«Πόνοι ανάπτυξης»

Αφορούν σε παιδιά ηλικίας 3-8 ετών σε περίοδο γρήγορης ανάπτυξης ή έντονης σωματικής δραστηριότητας. Τα παιδιά με «πόνους ανάπτυξης» παραπονιούνται το βράδυ αλλά ποτέ κατά τη διάρκεια της μέρας και το επόμενο πρωινό είναι πάντα καλά! Ο εργαστηριακός τους έλεγχος είναι φυσιολογικός. Αξίζει να σημειωθεί ότι στα παιδιά με τυπική κλινική εικόνα δεν απαιτείται εργαστηριακός έλεγχος. Κάθε παιδί όμως με πόνο, χλωρότητα ή αδυναμία το πρωί και μη τυπική

εικόνα χρειάζεται πλήρη διερεύνηση.

Σύνδρομο υπερχρησίας

Οστεοχονδρίτιδα Dissecans

Χαρακτηρίζεται από ιδιοπαθή νέκρωση του υποχόνδριου οστού με επακόλουθο την προσβολή του υπερκείμενου αρθρικού χόνδρου που οδηγεί σε μερική ή ολική απόσπασση τμήματος του αρθρικού χόνδρου και του υποχόνδριου οστού. Παρατηρείται κυρίως σε εφήβους και κυρίως στα αγόρια σε αναλογία 3:1 και μπορεί να σχετίζεται με οξείες ή χρόνιες κακώσεις. Περιγράφεται πόνος στην περιοχή του γόνατος, ο οποίος επιδεινώνεται προοδευτικά, ιδιαίτερα κατά την κάμψη του γόνατος και συνήθως στο ανέβασμα και κατέβασμα σκάλας που υποχωρεί με την ανάπαυση. Ψηλαφητικά διαπιστώνεται αντιληπτό «κλικ» κατά την παθητική κάμψη του γόνατος.

Στην απλή ακτινογραφία φαίνεται αλλοίωση που μοιάζει με κρατήρα στο μηριαίο κόνδυλο. Το οστεοχόνδρινο τμήμα που έχει αποσπαστεί από τον υποκείμενο κόνδυλο διαχωρίζεται με λεπτή ακτινοδιαγνωστική γραμμή (εικόνα 1). Η μαγνητική τομογραφία αποτελεί μέθοδο εκλογής για τη διάγνωση.

Λοιμώξεις

Συχνά αίτια αρθρίτιδας στο γόνατο αποτελούν οι λοιμώξεις. Μείζονος σημασίας δε, που απαιτεί



ΕΙΚΟΝΑ 3. Ολιγοαρθρική μορφή.



ΕΙΚΟΝΑ 4. Πολυαρθρική μορφή.



ΕΙΚΟΝΑ 5. Αίμαρθρο.

και άμεση αντιμετώπιση, είναι η σηπτική αρθρίτιδα. Το γόνατο και το ισχίο είναι οι αρθρώσεις που προσβάλλονται συχνότερα από σηπτική αρθρίτιδα και οι συχνότερες ηλικίες είναι τα βρέφη και τα παιδιά ηλικίας 3-6 ετών.

Η αιτιολογία της σηπτικής αρθρίτιδας εξαρτάται από την ηλικία και την επάρκεια του ανοσολογικού συστήματος. Σήμερα σε όλες τις ηλικίες συχνότερο αίτιο είναι ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος. Στα νεογνά δεύτερος σε σειρά συχνότητας είναι ο στρεπτόκοκκος της ομάδας Β. Συχνά είναι και τα Gram (-) μικρόβια όπως κολοβακτηρίδια, ψευδομονάδα, κλεμπσιέλλα και μετά χορήγηση αντιβίωσης η candida. Ο αιμόφιλος τύπου β συχνότερο αίτιο παλιότερα στα παιδιά ηλικίας 1-4 χρόνων τείνει σήμερα να εξαφανισθεί μετά την εφαρμογή του εμβολίου.

Το ενδεχόμενο της σηπτικής αρθρίτιδας πρέπει πάντα να εξετάζεται σε κάθε παιδί με πόνο στο γόνατο, εξαιτίας της δυνατότητας να προκαλέσει γρήγορη και ανεπανόρθωτη βλάβη στην άρθρωση. Η διάγνωση συνήθως στηρίζεται στο συνδυασμό κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων.

Ο μικρός ασθενής παρουσιάζει κακουχία και πυρετό. Η άρθρωση είναι διογκωμένη και επώδυνη που μπορεί να καθιστά την εξέταση δυσχερή. Υπάρχει μεγάλος περιορισμός στις ενεργητικές και παθητικές κινήσεις, ενώ αρκετές φορές παρατηρείται ερυθρότητα και θερμότητα.

Συνήθως συνυπάρχουν λευκοκυττάρωση και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Η παρακέντηση της άρθρωσης για προσδιορισμό των στοιχείων του αρθρικού υγρού, άμεση χρώση κατά Gram και καλλιέργεια του αρθρικού υγρού κρίνεται απαραίτητη σε κάθε υποψία σηπτικής αρθρίτιδας.

Χρήσιμη κρίνεται η επισήμανση πως η μοναρθρίτιδα αποτελεί το συχνότερο λόγο προσφυγής σε αρθροκέντηση για εξέταση και καλλιέργεια του αρθρικού υγρού. Στο σημείο αυτό θυμίζουμε και την οστεομυελίτιδα. Ενώ η σηπτική αρθρίτιδα αφορά σε λοίμωξη της άρθρωσης η οστεομυελίτιδα αφορά σε λοίμωξη δηλαδή του ίδιου του οστού.

Ιογενείς αρθρίτιδες

Οι ιοί που συχνότερα προκαλούν αρθρίτιδα είναι ο ιός της ηπατίτιδας Β, και C, ο ιός της ερυθράς, ο ιός HIV και ο παρβοϊός B19.

Οι ιογενείς αρθρίτιδες αν και παίρνουν συνήθως την μορφή οξείας συμμετρικής πολυαρθρίτιδας δεν παρουσιάζουν τυπική εικόνα. Η λοίμωξη από

παρβοϊό, με το χαρακτηριστικό εξάνθημα στο πρόσωπο (εικόνα 2) μπορεί να προκαλέσει στα παιδιά ασύμμετρη ολιγαρθρίτιδα κυρίως γονάτων με διάρκεια ακόμη και εβδομάδες. Ανήκει στις αρθρίτιδες που θα διαφοροδιαγνωστούν από την ολιγαρθρική μορφή της Νεανικής Ιδιοπαθούς Αρθρίτιδας.

Αντιδραστική αρθρίτιδα

Η αντιδραστική αρθρίτιδα εμφανίζεται συνήθως ως οξεία ασύμμετρη ολιγαρθρίτιδα, κυρίως των κάτω άκρων. Εμφανίζεται συνήθως 1-4 εβδομάδες μετά από λοίμωξη αναπνευστικού ή διάρροια ή ουρηθρίτιδα. Τα συνήθη αίτια φαίνονται στον πίνακα 2.

Σπανιότερα νοσήματα όπως η φυματίωση, ο ρευματικός πυρετός και η νόσος του Lyme συνιστάται να συμπεριλαμβάνονται στη διαγνωστική μας σκέψη.

Αυτοάνοσα νοσήματα

Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα (ΝΙΑ)

Η Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα (ΝΙΑ) αποτελεί μια «ομπρέλα» νοσημάτων που αφορά σε παιδιά ηλικίας μέχρι και 16 ετών και προϋποθέτει η διάρκεια της αρθρίτιδας να είναι ίση ή μεγαλύτερη των 6 εβδομάδων. Ανάλογα με τον αριθμό των αρθρώσεων που έχουν προσβληθεί μπορούμε να διακρίνουμε την αρθρική προσβολή σε μοναρθρίτιδα, όταν αφορά σε μία μόνο άρθρωση, ολιγαρθρίτιδα, όταν προσβάλλει μέχρι τέσσερις αρθρώσεις και πολυαρθρίτιδα όταν προσβάλλει περισσότερες από τέσσερις αρθρώσεις.

Η ταξινόμηση της ΝΙΑ φαίνεται στον πίνακα 3.

Διακρίνεται στη συστηματική μορφή, την ολιγαρθρική μορφή (όταν προσβάλλονται μέχρι τέσσερις αρθρώσεις στο πρώτο εξάμηνο της νόσου) και την πολυαρθρική μορφή. Στην (ΝΙΑ) ανήκουν επίσης η ψωριασική αρθρίτιδα, η αρθρίτιδα που σχετίζεται με ενθεσίτιδα (ενθέσεις ονομάζονται τα σημεία πρόσφυσης των τενόντων, των μυών και των συνδέσμων) και η αδιαφοροποίητη αρθρίτιδα, όταν η νόσος δεν ταξινομείται σε κάποια από τις πιο πάνω κατηγορίες.

Η Συστηματική μορφή αποτελεί το 10-20% της Νεανικής Ιδιοπαθούς Αρθρίτιδας και προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα. Φαίνεται ότι πρωτεύοντα ρόλο παίζει η IL-6 και συνοδεύεται από συστηματικές εκδηλώσεις. Χαρακτηρίζεται από καθημερινό πυρετό $\Theta > 39^{\circ}\text{C}$, διαλείποντα,

δικόρυφο, κυρίως τις βραδινές ώρες, αρθρίτιδα που εμφανίζεται ταυτόχρονα με τον πυρετό ή αργότερα και εξάνθημα. Συνυπάρχουν επίσης γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, ηπατοσπληνομεγαλία και πιθανόν ορογονίτιδα.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο προκύπτουν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής ενώ τα αντιπυρηνικά αντισώματα και ο ρευματοειδής παράγοντας είναι αρνητικά. Η συστηματική μορφή αναμένεται να αποκοπεί πρώτη από τη Νεανική Ιδιοπαθή Αρθρίτιδα ως ανεξάρτητη νοσολογική οντότητα.

Η ολιγαρθρική μορφή αντιπροσωπεύει περίπου το 50% της νόσου. Προσβάλλει μέχρι τέσσερις αρθρώσεις και διακρίνεται σε εμμένουσα ή επεκταθείσα αναλόγως αν η προσβολή παραμείνει στις 4 αρθρώσεις μετά το πρώτο εξάμηνο της νόσου ή αν επεκταθεί σε περισσότερες.

Είναι νόσημα της παιδικής ηλικίας και απαντάται πιο συχνά στα κορίτσια. Προσβάλλονται κυρίως ασύμμετρα οι μεγάλες αρθρώσεις των κάτω άκρων, συνήθως το γόνατο (εικόνα 3) και η ποδοκνημική, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος είναι σχεδόν φυσιολογικός. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημάνουμε ότι τα παιδιά με ολιγαρθρική μορφή συνήθως δεν παραπονιούνται για πόνο και για το λόγο αυτό συχνά καθυστερεί η διάγνωση. Μπορεί, όμως, να εμφανίσουν ευαισθησία κατά την αντικειμενική εξέταση.

Στη μορφή αυτή χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή διότι συχνά προσβάλλονται τα μάτια. 20% περίπου των παιδιών εμφανίζει ιριδοκυκλίτιδα η οποία στο 50% συμπίπτει με την αρθρίτιδα αλλά σε ένα ποσοστό 10% περίπου μπορεί να προηγείται η οφθαλμική προσβολή. Αυξημένο κίνδυνο ιριδοκυκλίτιδας έχουν τα παιδιά με θετικά αντιπυρηνικά αντισώματα (ANA). Σημαντική επίσης επιπλοκή της νόσου αποτελεί η ανισοσκελία η οποία απαιτεί έγκαιρη και κατάλληλη αντιμετώπιση.

Η πολυαρθρική μορφή προσβάλλει πέντε ή περισσότερες αρθρώσεις. Αντιπροσωπεύει το 30-40% των περιστατικών με ΝΙΑ. Προσβάλλονται συχνότερα τα κορίτσια ηλικίας 2-5 και 10-15 ετών (εικόνα 4).

Ανάλογα με την παρουσία ή όχι του ρευματοειδούς παράγοντα (Rheumatoid Factor) διακρίνεται σε RF(-) και RF(+). Προσβάλλονται συχνά οι μικρές αρθρώσεις αλλά και τα γόνατα, οι καρποί και οι ποδοκνημικές. Μπορεί να συνυπάρχουν ήπιες συστηματικές εκδηλώσεις με αίσθημα κόπωσης και χαμηλή πυρετική κίνηση.

Ψωριασική Αρθρίτιδα - Αρθρίτιδα που σχετίζεται με ενθεσίτιδα

Το γόνατο στα παιδιά συχνά προσβάλλεται στην ψωριασική αρθρίτιδα και στην αρθρίτιδα που σχετίζεται με ενθεσίτιδα.

Ψωριασική αρθρίτιδα

Ως νεανική ψωριασική αρθρίτιδα ορίζεται η χρόνια αρθρίτιδα ασθενών, ηλικίας μικρότερης των 16 χρόνων, με ψωρίαση ή ψωριασικά στίγματα δηλαδή δακτυλίτιδα, ψωριασικού τύπου ανωμαλίες των νυχιών (ονυχόλυση ή ονυχικά βοθρία) ή/και θετικό οικογενειακό ιστορικό ψωρίασης. Στα παιδιά με ψωριασική αρθρίτιδα, η δερματική προσβολή είναι συνήθως ήπια και περιλαμβάνει μικρές βλάβες στο τριχωτό της κεφαλής, τον ομφαλό, τις εκτατικές επιφάνειες των άκρων, την περιγεννητική περιοχή και τα νύχια. Η έξαρση αλλά και η βαρύτητα της δερματικής νόσου δεν είναι πάντα παράλληλη εκείνης της αρθρικής. Στους μισούς περίπου ασθενείς η αρθρίτιδα προηγείται της ψωρίασης, μερικές φορές πολλά (συνήθως δύο) χρόνια. Η ψωρίαση εμφανίζεται συνήθως ανάμεσα στα 9-13 χρόνια, τα χρονικά όρια όμως είναι ευρύτερα.

Αρθρίτιδα που σχετίζεται με ενθεσίτιδα

Η αρθρίτιδα που σχετίζεται με ενθεσίτιδα αποτελεί υποκατηγορία της Νεανικής Ιδιοπαθούς Αρθρίτιδας. Αφορά σε ετερογενή ομάδα διαφόρων σπονδυλοαρθροπαθειών που εμφανίζονται σε παιδιά και εφήβους πριν την ηλικία των δεκαέξι χρόνων και χαρακτηρίζονται από την παρουσία ενθεσίτιδας, τενοντοελυτρίτιδας και περιφερικής αρθρίτιδας, συνήθως ασύμμετρης των κάτω άκρων.

Υπενθυμίζεται ότι η ενθεσίτιδα είναι φλεγμονή στην περιοχή πρόσφυσης στα οστά τενόντων, περιτονιών, συνδέσμων ή αρθρικών υμένων.

Ιδιαίτερη επαγρύπνηση απαιτείται και για τη διάγνωση των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου με συμμετοχή των αρθρώσεων. Ιστορικό απώλειας βάρους, αιμορραγικών κενώσεων, μεταβολής της σύστασης των κοπράνων καθώς και εργαστηριακός έλεγχος με αναιμία και αυξημένους δείκτες προσβολής επιβάλλουν τη διερεύνηση προς αυτή την κατεύθυνση.

Θεραπεία Νεανικής Ιδιοπαθούς Αρθρίτιδας

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, κορτιζόνη και ενδοαρθρικές εγχύσεις έχουν χρησιμοποιηθεί πολλά χρόνια για την αντιμετώπιση της Νεανικής Ιδιοπαθούς Αρθρίτιδας. Την τελευταία ιδιαίτερα

δεκαετία σημαντική θέση στη θεραπεία της νόσου κατέχουν τα τροποποιητικά φάρμακα και οι βιολογικοί παράγοντες (πίνακας 4).

Συστηματικός Ερυθρηματώδης Λύκος

Η αρθρίτιδα στο Συστηματικό Ερυθρηματώδη Λύκο μπορεί να είναι επώδυνη, συμμετρική πολυαρθρίτιδα μικρών και μεγάλων αρθρώσεων.

Δερματομυοσίτιδα

Στη δερματομυοσίτιδα μερικά παιδιά παρουσιάζουν αρθραλγία ή ήπια αρθρίτιδα που είναι παροδική και μη παραμορφωτική. Συγκάμψεις σε γόνατα, γοφούς, ώμους και αγκώνες οφείλονται σε μυοπεριτοναϊκή φλεγμονή παρά σε υμενίτιδα.

Αγγειίτιδες

N.Kawasaki

Το 1/3 των μικρών ασθενών με νόσο Kawasaki θα παρουσιάσουν αρθρίτιδα που αρχικά προβάλλει ως πολυαρθρίτιδα των μικρών αρθρώσεων αλλά στη φάση της ανάρρωσης παίρνει τη μορφή ολιγαρθρίτιδας μεγάλων αρθρώσεων.

Τα αυτοφλεγμονώδη νοσήματα με κύριο εκπρόσωπο το μεσογειακό πυρετό καθώς και η σαρκοειδωση μπορούν επίσης να προσβάλλουν το γόνατο.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημάνουμε ότι τα παιδιά με αυτοάνοση αρθρίτιδα πονάνε εντυπωσιακά λιγότερο από ότι οι ενήλικοι με ανάλογη προσβολή. Αντίθετα εξαιρετικά επώδυνες είναι η σηπτική αρθρίτιδα, η αρθρίτιδα του ρευματικού πυρετού και η αρθρίτιδα με κακοήθεια.

Αρθρίτιδα με κακοήθεια

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται για τον αποκλεισμό της κακοήθειας. Η λευχαιμία αλλά και πρωτοπαθείς όγκοι των οστών, όπως το σάρκωμα Ewing μπορεί να προσβάλλουν με προσβολή του γόνατος. Στη λευχαιμία ο πόνος και οι συστηματικές εκδηλώσεις με πυρετό και αυξημένους δείκτες φλεγμονής αποτελούν συχνά αλλά όχι απόλυτα ευρήματα. Ο χαρακτήρας επίσης του πόνου είναι σταθερός, δεν υποχωρεί με την κατάκλιση και παραμένει και την νύχτα.

Αιμοφιλία

Πόνος και διόγκωση του γόνατος, συνήθως μετά από πτώση, μπορεί να οφείλεται σε αιμοφιλία. (εικόνα 5).

Διαγιγνώσκεται κυρίως σε μικρές ηλικίες. Στη

διαγνωστική παρακέντηση του γόνατος η σύριγγα θα γεμίσει με ζωηρό κόκκινο αίμα, σε αντίθεση με τη λαχνοοζώδη υμενίτιδα, η οποία θα πρέπει να συμπεριληφθεί στη διαφορική διάγνωση.

Λαχνοοζώδης υμενίτιδα

Η λαχνοοζώδης υμενίτιδα ανήκει στις νεοπλασίες. Εντοπίζεται κυρίως στο γόνατο (80%) και προβάλλει με πόνο και διόγκωση προοδευτικά επιδεινούμενα. Πολύτιμη διαγνωστικά είναι η MRI που αναδεικνύει υπερπλαστικό αρθρικό υμένα, ύδραρθρο, οστικές διαβρώσεις και εναπόθεση αιμοσιδριίνης (ειδική λήψη). Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με βιοψία.

Άλλες καταστάσεις

Καταστάσεις με συμπτωματολογία από το γόνατο μπορεί να είναι επίσης η δρεπανοκυτταρική αναιμία, μεταβολικά νοσήματα, τα λυσοσωμιακά νοσήματα και το καλόηθες σύνδρομο υπερεκτασιμότητας.

Συμπερασματικά λοιπόν φαίνεται ότι ο πόνος στο γόνατο μπορεί να περιορίζεται σε βλάβη που αφορά στο ίδιο το γόνατο αλλά μπορεί να αποτελεί τμήμα μιας γενικότερης διεργασίας και να αντανakλά πληθώρα άλλων καταστάσεων που χρειάζεται να διερευνηθούν με προσοχή και μεθοδικότητα.

Η παιδορευματολογική εκτίμηση του παιδιού με συμπτωματολογία από τις αρθρώσεις, όταν αυτή δεν φαίνεται να οφείλεται σε τραυματικά ή λοιμώδη αίτια, αποβαίνει μόνο προς όφελος.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΓΑΛΑΤΑ: ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

A. Ζέλλου: Τα ειδικά θεραπευτικά γάλατα έχουν παρασκευαστεί σύμφωνα με τις οδηγίες της Επιτροπής διατροφής της Αμερικανικής Παιδιατρικής Εταιρείας Infant Formula Act 1980 (revised in 1986), και της ESPGHAN για να συμπληρώνουν ή να αντικαθιστούν το μητρικό θηλασμό στα βρέφη και να συμπληρώνουν τις διατροφικές ανάγκες των μεγαλύτερων παιδιών όταν υπάρχει τέτοια κλινική ένδειξη.

Όπως στα γάλατα για τα φυσιολογικά παιδιά, έτσι και εδώ, υπάρχουν σαφείς οδηγίες για τη σύσταση των διαιτητικών σκευασμάτων ως εξής: πρωτεΐνη 1.5-4.0 gm/dL και λίπη 3.0 gm/dL (Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία). Η προτεινόμενη πρωτεϊνική σύσταση είναι 2.2 g/kg για βρέφη κάτω των 3 μηνών, και το λιγότερο 1.8g/dl για βρέφη άνω των 3 μηνών. Επιπλέον,

προτείνεται η παρακάτω θερμιδική σύσταση ανά 100 kcal για τα βρέφη: 7-16% από πρωτεΐνη, 30-55% από λίπη και 65% από υδατάνθρακες. Αυξημένη λήψη υδατανθράκων > 65% ανά 100 kcal προκαλεί οσμωτική διάρροια, ενώ κατανάλωση > 60% από τις θερμίδες σε λίπη προκαλεί κέτωση. Διαιτητικά σκευάσματα που περιέχουν < 6% πρωτεΐνη προκαλούν έλλειψη πρωτεΐνης, ενώ > 16% σε συνδυασμό με μειωμένη πρόσληψη νερού προκαλούν ουραιμία και αφυδάτωση. Υπολογίζεται ότι η λήψη 1000-1100 ml την ημέρα πληρεί τις καθημερινές ανάγκες του παιδιού ηλικίας 1-11 ετών. Στους εφήβους, ενώ τα θεραπευτικά γάλατα πληρούν τις καθημερινές ανάγκες σε πρωτεΐνες, υδατάνθρακες και λίπη, απαιτούνται συμπληρώματα ασβεστίου και σιδήρου.

Επιπλέον, υπάρχουν συστάσεις για την ωσμωτικότητα και το νεφρικό φορτίο των ειδικών σκευασμάτων ανάλογα με την ηλικία. Τα γάλατα που προορίζονται για βρέφη περιέχουν μικρότερο νεφρικό φορτίο από εκείνα που προορίζονται για παιδιά > 1 έτους. Τα γάλατα για βρέφη και νήπια πρέπει να έχουν ωσμωτικότητα < 460 mOsm/kg και για παιδιά > 4 ετών μέχρι και 600 mOsm/kg. Τα βρεφικά γάλατα που δίδονται σε κανονική διάλυση 0.67kcal/ml, έχουν ωσμωτικότητα 150-380 mOsm/kg. Εάν πρέπει να χορηγηθεί γάλα θερμιδικής συγκέντρωσης 1 kcal/ml σε βρέφος, τότε χρειάζεται διάλυση 2/3 με νερό (Cox JH. Nutrition manual for at Risk infants and toddlers. Chicago, IL: Precept Press, 1997).

Τα ειδικά θεραπευτικά γάλατα έχουν ως κοινό στόχο την προαγωγή της απορρόφησης των υδατανθράκων, πρωτεϊνών και λιπιδίων από το έντερο σε ασθενείς με δυσλειτουργία του εντέρου, του ήπατος, του παγκρέατος, των νεφρών ή σε ασθενείς με μεταβολικά νοσήματα. Από τις παρακάτω κατηγορίες ειδικών γαλάτων θα αναφερθούν κυρίως οι κατηγορίες εντερικών παρασκευασμάτων με κλινικά παραδείγματα περιπτώσεων που αφορούν τον παιδίατρο στην καθημερινή του πράξη όπως τα:

- 1) γάλατα για μετά την έξοδο του βρέφους από το μαιευτήριο (Post-Discharge)
- 2) γάλατα χωρίς λακτόζη
- 3) γάλατα σόγιας
- 4) αντιαναγωγικά γάλατα με χαρουπάλευρο, πατάτα ή αμυλοπεκτίνη, άμυλο καλαμποκιού
- 5) υποαλλεργικά γάλατα μερικής υδρόλυσης

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

ΣΥΣΤΑΣΗ ΓΑΛΑΤΩΝ 1ης ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ, POST-DISCHARGE ΚΑΙ ΓΑΛΑΤΟΣ PREMATURE

	Γάλα 1ης βρεφικής Ηλικίας	Post discharge γάλα	Γάλα Premature
Πρωτεΐνη (g/100 mL)	1.4-1.5	1.8-1.9	2.2-2.3
Θερμίδες (kcal/100 mL)	67	72-74	80-90
Calcium (mg/100 mL)	35-54	70-80	100-108
Πρωτεΐνη (g/100 kcal)	2.2	2.5	2.8

(γάλατα HA)

- 6) υποαλλεργικά γάλατα με πρωτεΐνη εκτεταμένης υδρόλυσης, περιέχοντα αμινοξέα με ή χωρίς MCT (Almiron Pepti, Althera, Alfare, Alitraq, Frisolac AC, MCT peptide, Peptide 1 +, MCT peptide 1+)
- 7) στοιχειακά παρασκευάσματα περιέχοντα αμινοξέα (Neocate, Neocate Advance, Vivonex pediatric, Elemental 028)
- 8) υπερθερμιδικά εντερικά διαλύματα
 - α) ολικής πρωτεΐνης: Intantrini, Pediasure, Ensure, Nutrison, Tetrini, Febrini, Pulmocare, Nutren junior
 - β) μερικής υδρόλυσης: Peptcumen junior

Περίπτωση 1: Βρέφος τελειόμηνο φεύγει από το μαιευτήριο με βάρος κανονικό για την ηλικία του.

Βρέφη με βάρος γέννησης και βάρος εξόδου κανονικό για την ηλικία κύησης (AGA), όπως και βρέφη SGA με βάρος εξόδου κανονικό για την ηλικία κύησης (early postnatal catch-up growth) πρέπει να λαμβάνουν μητρικό γάλα ή γάλα 1ης βρεφικής ηλικίας.

Περίπτωση 2: Βρέφος πρόωρο εξέρχεται από το μαιευτήριο με βάρος σώματος κάτω από το αντίστοιχο για την ηλικία κύησης.

Βρέφη AGA στη γέννηση με βάρος εξόδου κάτω από το αντίστοιχο για την ηλικία κύησης (postnatal growth restriction) και βρέφη SGA στη γέννηση με βάρος εξόδου κάτω από το αντίστοιχο για την ηλικία κύησης (IUGR) πρέπει να λαμβάνουν μητρικό γάλα εμπλουτισμένο με human milk fortifier (HMF) ή γάλα post discharge και να συνεχίζουν εάν υπάρχει ανάγκη μέχρι τον 3ο μήνα ζωής. Οι διαφορές στη σύσταση των γαλάτων 1ης βρεφικής ηλικίας, post-discharge και γαλατος Premature συνοψίζονται στον πίνακα 1.

Περίπτωση 3. Βρέφος με οικογενειακό ιστορικό ατοπίας και τροφικής αλλεργίας φεύγει από το μαιευτήριο.

Γάλατα μερικής υδρόλυσης HA

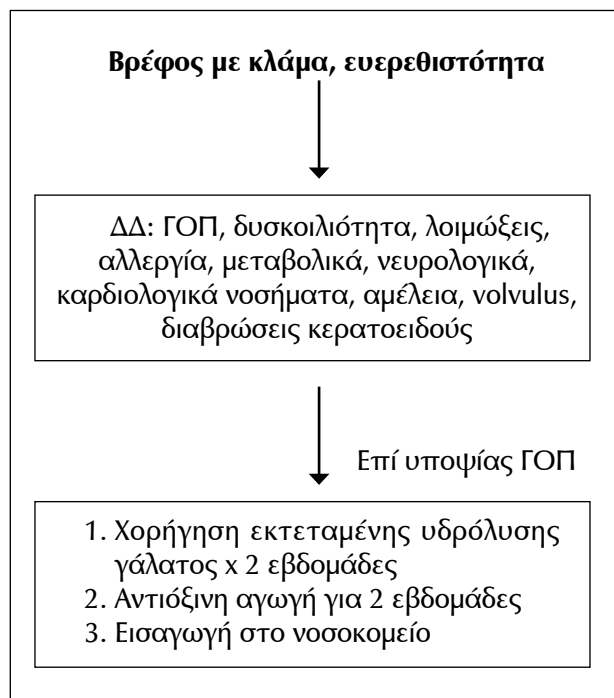
Τα γάλατα αυτά παρασκευάστηκαν αρχικά για την αντιμετώπιση της αλλεργίας στο γάλα αγελάδας αλλά δεν ήταν αποτελεσματικά. Σύμφωνα με καινούργιες μελέτες, είναι χρήσιμα για την πρόληψη της ατοπίας σε βρέφη υψηλού κινδύνου δηλαδή θετικό ιστορικό ατοπίας. Το βρέφος υψηλού κινδύνου για ατοπία θα πρέπει να εντοπίζεται με λήψη ιστορικού από το μαιευτήρα, τη μαία και τον παιδίατρο και να αντιμετωπίζεται από το μαιευτήριο. Δεν υπάρχει ρόλος για τη χρήση αυτών των σκευασμάτων σε βρέφη με τροφική αλλεργία, εφόσον τα πεπτιδία μακράς αλύσου είναι επίσης αλλεργιογόνα.

Περίπτωση 4. Βρέφος 6 μηνών με παρατεταμένη διάρροια μετά από ιογενή γαστρεντερίτιδα.

Γάλατα χωρίς λακτόζη

Η φλεγμονή του εντέρου μετά από λοιμώξεις, ΙΦΝΕ και η εκτομή του λεπτού εντέρου οδηγούν σε απώλεια των λαχνών του βλεννογόνου και παράλληλη απώλεια των επιφανειακών ενζύμων του, με συχνότερη την απώλεια της λακτάσης. Έτσι, μετά από οξεία γαστρεντερίτιδα, 30% των ασθενών παρουσιάζουν δυσανεξία στη λακτόζη που εκδηλώνεται κλινικά με διάρροια, κοιλιακό άλγος και κοιλιακή διάταση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, χρειάζεται ειδικό γάλα χωρίς λακτόζη έως ότου αποκατασταθεί ο βλεννογόνος σε περίπου διάστημα 3-4 εβδομάδων.

Τα γάλατα ελεύθερα λακτόζης συνήθως πε-



ΣΧΗΜΑ 1. Αλγόριθμος αντιμετώπισης βρέφους με κλάμα μετά τα γεύματα και ευερεθιστότητα.

ριέχουν μαλτοδεξτρίνη. Η σύσταση τους δεν διαφέρει με άλλα βρεφικά γάλατα 1ης και 2ης βρεφικής ηλικίας.

Η ένδειξη της σουκράσης από τον εντερικό βλεννογόνο ιδιαίτερα σε πρόωρα βρέφη μπορεί να δημιουργήσει παράταση της διάρροιας μετά από γαστρεντερίτιδα. Αποφεύγεται η χρήση τους για μεγάλο χρονικό διάστημα, διότι η λακτόζη βοηθά στην απορρόφηση του ασβεστίου. Δεν χρησιμοποιείται σε ασθενείς με αλλεργία στην πρωτεΐνη του γάλατος της αγελάδας.

Γάλατα σόγιας

Εναλλακτικά γάλατα μπορεί να χρησιμοποιηθούν και γάλατα σόγιας διότι δεν περιέχουν λακτόζη. Τα γάλατα σόγιας έχουν κριθεί από την Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία ως ασφαλή υποκατάστατα του γάλατος αγελάδας σε βρέφη που: 1) οι γονείς τους θέλουν να ακολουθήσουν δίαιτα φυτοφάγων και 2) σε βρέφη που πάσχουν από γαλακτοζαιμία ή ένδειξη λακτάσης. Τα γάλατα σόγιας περιέχουν σουκρόζη και σιρόπι καλαμποκιού αντί για λακτόζη, ενώ έχει προστεθεί και μεθειονίνη λόγω της μειωμένης

περιεκτικότητας του στην πρωτεΐνη της σόγιας. Τελευταία έχουν συμπληρωθεί με ταυρίνη και καρνιτίνη. Μεγαλύτερη ποσότητα σε σίδηρο, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία προστίθενται λόγω της δέσμευσής τους από τις φυτικές πρωτεΐνες της σόγιας.

Τα γάλατα σόγιας δεν ενδείκνυνται για χρήση σε: 1) πρόωρα βρέφη με βάρος < 1800g, 2) βρέφη για την πρόληψη των κολικών ή της αλλεργίας, 3) βρέφη με αλλεργία στο γάλα της αγελάδας.

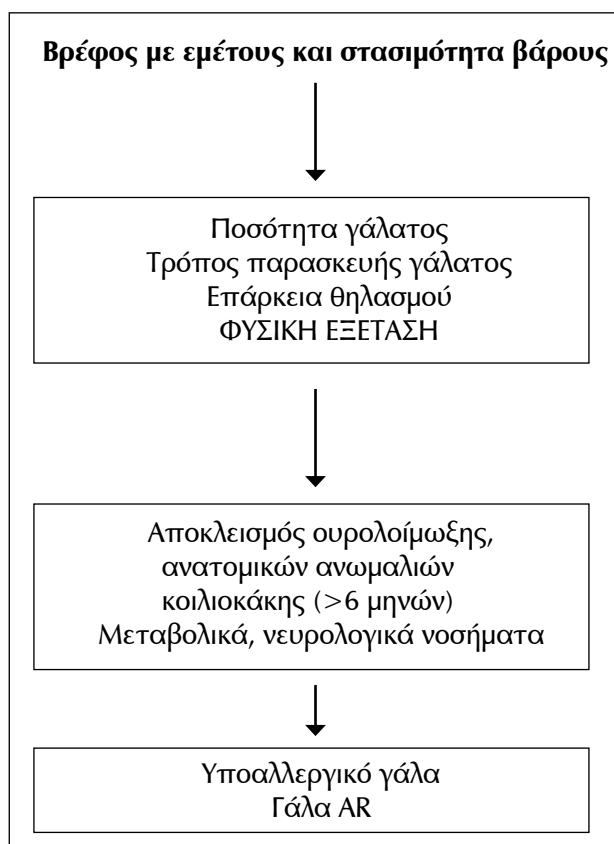
Περίπτωση 5: Βρέφος 2 μηνών προσέρχεται στο ιατρείο για βλεννοαιματηρές κενώσεις και με αρνητικές καλλιέργειες κοπράνων.

Υποαλλεργικά γάλατα με πρωτεΐνη εκτεταμένης υδρόλυσης, περιέχοντα αμινοξέα με ή χωρίς MCT

Τα γάλατα αυτά είναι προϊόντα τελευταίας τεχνολογίας, αποτελούν σημαντική πρόοδο στην παιδογαστρεντερολογία και έχουν αλλάξει ουσιαστικά την αντιμετώπιση των σοβαρών προβλημάτων από το πεπτικό. Χρησιμοποιούνται αντί παρεντερικής σίτισης, αποφεύγοντας το κόστος αλλά και τις παρενέργειες της και την παρατεταμένη νοσοκομειακή περίθαλψη των ασθενών. Χρησιμοποιούνται είτε συμπληρωματικά είτε αποκλειστικά από το στόμα ή μέσω καθετήρα σίτισης.

Η σύστασή τους είναι πρωτεΐνη γάλατος είτε σε μορφή ορολευκωματίνης είτε καζεΐνης που έχει υποστεί διάσπαση με θερμότητα και ενζυματική υδρόλυση σε ολιγοπεπτίδια με αλύσους διαφορετικού μήκους και ελεύθερα αμινοξέα συνολικού μέσου μεγέθους < 5.000 Da. Επιπλέον προστίθενται ελεύθερα αμινοξέα για να αναπληρώσουν την απώλεια τους κατά την επεξεργασία της ολικής πρωτεΐνης. Όσο πιο εκτεταμένη είναι η υδρόλυση, τόσο λιγότερο αλλεργιογόνο είναι το γάλα, χειρότερη είναι η γεύση, μεγαλύτερο το κόστος, και αυξημένη η ωσμωτικότητα. Δεν υπάρχουν in vitro τεστ που να ελέγχει απόλυτα την υποαλλεργική ιδιότητα του γάλακτος. Η αποτελεσματικότητά τους ελέγχεται κυρίως με τη χρήση τους σε κλινικές μελέτες.

Τα γάλατα κατά κανόνα δεν περιέχουν λακτόζη, αλλά σε μερικά υπάρχει μικρή ποσότητα. Πολλές εταιρείες χρησιμοποιούν σουκρόζη, άμυλο ταπιόκας, άμυλο αραβοσίτου σε διαφορετικές συγκε-



ΣΧΗΜΑ 2. Αλγόριθμος αντιμετώπισης βρέφους με εμέτους και στασιμότητα βάρους.

ντρώσεις. Τα λιπίδια είναι ένα μείγμα από λιπίδια μεσαίας αλύσου (MCT) και μακράς αλυσου (LCT). Τα MCT απορροφούνται απευθείας από την πυλαία φλέβα διαμέσου του εντερικού βλεννογόνου αφού δεν απαιτείται ο σχηματισμός μηκιλλίων για την απορρόφησή τους. Για να αποφευχθεί η έλλειψη απαραίτητων λιπαρών οξέων, συχνά οι εταιρείες προσθέτουν μη κορεσμένα φυτικά έλαια (καλαμποκέλαιο κ.λπ.). Όλα τα προϊόντα είναι ελεύθερα γλουτένης.

Ενδείξεις

Τα γάλατα με πρωτεΐνη εκτεταμένης υδρόλυσης, περιέχοντα αμινοξέα με ή χωρίς MCT είναι γάλατα πρώτης επιλογής σε ασθενείς με: 1) αλλεργία στο γάλα αγελάδας ή σόγιας 2) ηωσινοφιλική εντεροκολίτιδα και ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα, ηωσινοφιλική γαστρίτιδα, 3) δυσαπορρόφηση εντέρου λόγω: φλεγμονής (ΙΦΝΕ), εντερεκτομής-σύνδρομο βραχέος εντέρου, εντερίτιδας μετά από ακτινο-

βολία, χημειοθεραπεία, 4) δυσαπορρόφηση λόγω παγκρεατικής ανεπάρκειας-στεατόρροια, κυστική ίνωση, (μειωμένη παραγωγή αμυλάσης, λιπάσης, πρωτεϊνών), 5) δυσαπορρόφηση λόγω ηπατικής ανεπάρκειας-ατρησία χοληφόρων (απώλεια χολικών αλάτων).

Αντενδείξεις

1) Βαρεία αλλεργία στο γάλα αγελάδας, αλλεργία μέσω IgE, και κνίδωση.

Προβλήματα

- 1) Άσχημη γεύση, που δυσκολεύει την παρατεταμένη χρήση.
- 2) Αυξημένη ωσμωτικότητα, που προκαλεί διάρροια, μειωμένη κένωση του στομάχου, έμετο, dumping syndrome και απαιτείται αραιότερη διάλυση.
- 3) Αποκλειστική παρατεταμένη διατροφή μπορεί να προκαλέσει έλλειψη βασικών λιπαρών οξέων,
 - α) Μειωμένη απορρόφηση ασβεστίου λόγω παρατεταμένης χορήγησης δίαιτας χωρίς λακτόζη.
 - β) Αυξημένο κόστος που απαιτεί αυστηρή επιλογή των ασθενών.

Περίπτωση 6: Το ίδιο βρέφος με βλεννοαιματηρές κενώσεις δεν βελτιώνεται μετά από 2-3 εβδομάδες με γάλα εκτεταμένης υδρόλυσης.

Στοιχειακά παρασκευάσματα περιέχοντα αμινοξέα

Γάλατα πιο προηγμένης τεχνολογίας με 100% ελεύθερα αμινοξέα, MCT/LCT, πολυμερή γλυκόζης για μέγιστη απορρόφηση. Είναι ελεύθερα γλουτένης, λακτόζης, σουκρόζης.

Ενδείξεις

- 1) Βαρεία αλλεργία στο γάλα αγελάδας, αλλεργία μέσω IgE
- 2) Μη ανταπόκριση του αλλεργικού βρέφους σε γάλα εκτεταμένης υδρόλυσης
- 3) Κνίδωση
- 4) Σύνδρομο βραχέος εντέρου
- 5) Νόσος Crohn με εκτεταμένες βλάβες λεπτού εντέρου

Προβλήματα

- 1) Άσχημη γεύση, που δυσκολεύει την παρατεταμένη χρήση.
- 2) Αυξημένη ωσμωτικότητα, που προκαλεί διάρροια, μειωμένη κένωση του στομάχου, έμετο, dumping

syndrome όπου απαιτείται αραιότερη διάλυση.

- 3) Η απορρόφηση των αμινοξέων είναι δυσκολότερη από αυτή των ολιγοπεπτιδίων και δίνει μικρότερο nitrogen balance.
- 4) Ακριβότερα γάλατα, που απαιτούν αυστηρή επιλογή των ασθενών.
- 5) Αποκλειστική παρατεταμένη διατροφή μπορεί να προκαλέσει.
 - α. Ελλειψη απαραίτητων λιπαρών οξέων.
 - β. μειωμένη απορρόφηση ασβεστίου, λόγω παρατεταμένης χορήγησης δίαιτας χωρίς λακτόζη.

Περίπτωση 7: Βρέφος 3 μηνών με κλάμα μετά τα γεύματα και ευερεθιστότητα.

Η αντιμετώπιση συνοψίζεται στο Σχήμα 1.

Περίπτωση 8: Βρέφος 4 μηνών με εμέτους και στασιμότητα βάρους.

Η αντιμετώπιση συνοψίζεται στο Σχήμα 2.

Αντιαναγωγικά γάλατα

Αντιαναγωγικά γάλατα με χαρουπάλευρο ή αμυλοπεκτίνη, άμυλο καλαμποκιού έχουν κυκλοφορήσει στην Ευρωπαϊκή αγορά τα τελευταία χρόνια. Μετά από τη διακοπή στη χρήση της σισαπρίδης έχουν αρχίσει να χορηγούνται ευρέως από τους παιδίατρος. Σύμφωνα όμως με τελευταίες έρευνες σε πειραματόζωα, πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή γιατί αναφέρεται δυσσαπορρόφηση ιχνοστοιχείων, σιδήρου και ασβεστίου με την παρατεταμένη χρήση. Επιπλέον, μειώνουν την κένωση του στομάχου, ενώ το χαρουπάλευρο προκαλεί και διάρροια σε μερικά βρέφη (αποτελώντας και θεραπεία δυσκοιλιότητας).

Ενδείξεις

ΓΟΠ με πολλαπλούς εμέτους, απώλεια βάρους.

Αντενδείξεις

Οισοφαγίτιδα, βήχας.

Περίπτωση 9: Βρέφος με εμέτους χωρίς άλλα συμπτώματα και καλή πρόσληψη βάρους.

Εφόσον το βρέφος παίρνει καλό βάρος και από το ιστορικό και τη φυσική εξέταση δεν προκύπτουν άλλα προβλήματα, καθησυχάζουμε τους γονείς και συνιστούμε να αποφεύγουν τον υπερσιτισμό. Σε περίπτωση που οι εμετοί επιμένουν θα μπορούσαμε να χορηγήσουμε αντιαναγωγικό γάλα (AR).

Περίπτωση 10: Βρέφος κάτω των 2 μηνών με άπνοια.

Εφόσον το βρέφος είναι τελειόμηνο θα πρέπει να αποκλεισθεί αποφρακτικού τύπου άπνοια. Τα επεισόδια άπνοιας είναι συνδυασμός άπνοιας, κυάνωσης, υποτονίας-υπερτονίας σώματος ή πνιγμονής και μπορεί να συμβαίνουν μεταγευματικά, και να συνδυάζονται με αναγωγές. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει προωρότητα, λοίμωξη, απόφραξη αεραγωγού, καρδιακό ή νευρολογικό νόσημα και κακοποίηση.

Επί υποψίας ΓΟΠ γίνεται 24ωρη πεχαμετρία οισοφάγου ± πολυπνοιογραφία και διάβαση ανώτερου πεπτικού για να αποκλεισθούν ανατομικές ανωμαλίες του ανώτερου πεπτικού. Θεραπευτικά χορηγείται γάλα AR, μικρότερα γεύματα και αντιόξινη αγωγή. Σε βαρεία περιστατικά, συνιστάται χειρουργική επέμβαση, θολοπλαστική κατά Nissen.

Περιστατικό 11: Βρέφος 4 μηνών με συγγενή καρδιοπάθεια και στασιμότητα βάρους.

Υπερθερμιδικά εντερικά διαλύματα για βρέφη και παιδιά

Αυτά προσφέρουν 1.0-2.0 kcal/ml, είναι ελεύθερα λακτόζης, και είτε έχουν ολική πρωτεΐνη είτε υδρολυμένη πρωτεΐνη και MCT για καλύτερη απορρόφηση και ανεκτικότητα. Λόγω της αυξημένης ωσμωτικότητας, όταν χρησιμοποιούνται για αποκλειστική διατροφή στα παιδιά θα πρέπει να προστίθεται επιπλέον ποσότητα νερού στην διατροφή τους. Δεν συνιστώνται για διαπυλωρική σίτιση.

Ενδείξεις

Αυξημένες μεταβολικές ανάγκες και ανάγκη για περιορισμό υγρών σε παιδιά με: συγγενείς καρδιοπάθειες, χρόνια πνευμονοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια, κυστική ίωση, δυστροφία, καρκίνο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. ΚΛΗΜΕΝΤΟΠΟΥΛΟΥ

Young AS, Shiels WE 2nd, Mukarami JW, Coley BD, Hogan MJ.

Self-embedding behavior: radiologic management of self-inserted soft tissue foreign bodies. *Radiology* 2010; 257(1):233-239.

Favazza AR. Bodies under siege: self mutilation and body modification in culture and psychiatry, 2 ed. London: Johns Hopkins;1996.

Lewis SP, Heath NL, St Denis JM, Noble R. The scope of non-suicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics*

- 2011; 127:e552-e557;originally published online Feb 21, 2011.
<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=443>.
- Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Schaffer D. National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *AM J Psychiatry* 2005; 162:1328-1335.
- Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics* 2006; 117:1939-48.
- Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68:609-620.
- Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1501-1508.
- Hawton K, Rodham K, Evans E. *By their own young hand: deliberate self harm and suicidal ideas in adolescents*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2006.
- Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the "whats" and the "whys" of self-harm. *J Youth Adolesc* 2005; 34:447-457.
- Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med* 2007; 37:1183-1192.
- Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in nonsuicidal self-injury. *Arch Suicide Res* 2007; 11:69-82.
- Plener P, Libal G, Keller F, Fegert JM, Muehlenkamp JJ. An international comparison of adolescent nonsuicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med* 2009; 39:1549-1558.
- Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-injury in female versus male psychiatric patients: a comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Pers Individ Dif* 2007; 42:511-621.
- Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 56:617-626.
- Favazza AR. The coming age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186:259-268.
- Hurry J. Deliberate self-harm in children and adults. *Int Rev Psychiatry* 2000; 12:31-36
- Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol* 2005; 114:140-146.
- Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. Reasons for suicide attempts and non-suicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 2002; 111: 198-202.
- Kemperman I, Russ MJ, Shearin E. Self-injurious behavior in borderline patients. *J Pers Disord* 1997; 11:146-157.
- Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Eating disordered patients with and without self-injurious behaviors: a comparison of psychopathological features. *Eur Eat Disord Rev* 2003; 11:379-396.
- Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO. Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2002; 159:408-411.
- Favaro A, Santonastaso P. Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188:537-542.
- Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res* 2006; 144:65-72.
- Nock MK, Kessler RC. Prevalence and risk factors for suicide attempts versus suicides gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol* 2006; 115:616-623.
- Jacobson CN, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner B. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Adolesc Psychol* 2008; 37:363-375.
- Klonsky ED, Olinio TM. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76:22-27.
- Whitlock J, Knox KL. The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161:634-640.
- Muehlenkamp JJ. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiatry* 2005; 75:1-10.
- Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 2007; 27:226-239.
- Hawton K, James A. Suicide and deliberate self-harm in young people. *BMJ* 2005; 330:891-894.
- Greydanus DE, Shek D. Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *Keio J Med* 2009; 58:144-151.
- Kerr PL, Muehenkamp JJ, Turner JM. Non-suicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians *J Am B*

- Fam Med 2010; 23:240-259.
- Spicer R, Miller T. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. Am J Public Health 2000; 90:1885-1891.
- Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. J Abnorm Psychol 2005; 114:140-146.
- Haw C, Houston K, Townsend E, Hawton K. Deliberate self harm patients with depressive disorders: treatment and outcome. J Affect Disord 2002; 70:57-65.
- Whitlock J, Muehlenkamp JJ, Eckenrode J. Variation in non-suicidal self-injury: identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. J Clin Child Adolesc Psychol 2008; 37:725-735.
- Muehlenkamp JJ, Gutierrez P. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. Suicide Life Threat Behav 2004; 34:12-23.
- Wedig M, Nock MK. Parental expressed emotion and adolescent self-injury. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46:1171-1178) (Skegg K. Self-harm. Lancet 2005; 366:1471-1483.
- Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. Can Med Assoc J 2008; 178:306-312.
- Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. J Youth Adolesc 2002; 31:66-77.
- Sansone RA, Gaither GA, Songer DA. Self-harm behaviors across the life cycle: a pilot study of inpatients with borderline personality disorder. Compr Psychiatry 2002; 43:215-218.
- Gould M, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past ten years. J Am Acad Adolesc Psychiatry 2003; 42:386-405.
- Whitlock JL, Powers JP, Eckenrode JE. The virtual cutting edge: Adolescent self-injury and the Internet. Dev Psychol 2006; 42:407-417.
- Fortune S, Sinclair J, Hawton K. Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. BMC Public Health 2008; 8:369-381.
- A.Δ. ΓΚΙΚΑ**
- Beyer IW, Karmali R, Demeester-Mirkine N, et al. Serum creatine kinase levels in overt and subclinical hypothyroidism. Thyroid 1998; 8:1029-1031.
- Dabby R, Sadeh M, Herma O, et al. Asymptomatic or minimally symptomatic hyperCKemia: histopathologic correlates. IMAJ 2006; 8:110-113.
- D'Adda E, Sciacco M, Fruguglietti ME, et al. Follow-up of a large population of asymptomatic/oligosymptomatic hyperckemic subjects. J Neurol 2006; 253:1399-1403.
- Ishikawa T, Inagaki H, Kanayama M, et al. Hypocalcemic hyper-CK-emia in hypoparathyroidism. Brain Dev 1990; 12:249-252.
- Litman RS, Rosenberg H. Malignant hyperthermia update on susceptibility testing. JAMA 2005; 293:2918-2924.
- Mercuri E, Jungbuth H, Muntoni F. Muscle imaging in clinical practice: diagnostic value of muscle magnetic resonance imaging in inherited neuromuscular disorders. Curr Opin Neurol 2005; 18:526-537.
- Prelle A, Tancredi L, Sciacco M, et al. retrospective study of a large population of patients with asymptomatic or minimally symptomatic raised serum creatine kinase levels. J Neurol 2002; 249:305-311.
- Selimoglu MA, Ertekin V, Altikaynak S. Hyper-CK-emia in pediatric celiac disease: prevalence and clinical importance. J Clin Gastroenterol 2007; 41:667-670.
- Zeharia A, Shaag A, Hootkooper RH, et al. Mutation in LPIN1 cause recurrent acute myoglobinuria in childhood. Am J Hum Genet 2008; 83:489-494.
- P.Γ. ΣΜΕΡΛΑ**
- Brough R, Cleary G. "When does a knee 'need' a joint assessment?" Arch Dis Child Educ Pract Ed 2007; 92:44-49.
- Petty RT, Cassidy JT. Chronic Arthritis in Childhood In Cassidy, Petty, Laxer, Lindsley ed. Textbook of Pediatric Rheumatology, Elsevier Saunders, Sixth Edition 2011; 211-236.
- Petty RE, Southwood TR, Manners P, et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001, J Rheumatol 2004; 31:390-392.
- Ravelli A, Felicini E, Magni-Manzoni S, et al., Patients with antinuclear antibody-positive juvenile-idiopathic arthritis constitute a homogenous subgroup irrespective of the course of joint disease, Arthritis Rheum 2005; 52:826-832.
- Haskes PJ, Laxer RM. Medical treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis. JAMA 2005; 294:1671-1684.
- De Benedetti Martini F. Targeting the interleukin-6 receptor: a new treatment for systemic juvenile idiopathic arthritis? Arthritis Rheum 2005; 52:687-693.
- Lequerre T, Quartier P, Rosellini D, et al. Interleukin-1

- receptor antagonist (anakinra) treatment in patients with systemic-onset juvenile idiopathic arthritis or adult onset Still disease: preliminary experience in France. *Ann Rheum Dis* 2008;67:302-308.
- Woo P, Southwood TR, Prieur AM, et al. Randomized, placebo-controlled, crossover trial of low-dose oral methotrexate in children with extended oligoarticular or systemic arthritis. *Arthritis Rheum* 2000; 43:1849-1857.
- Rosenberg AM, Oen KG In Cassidy, Petty, Laxer, Lindsley ed. *Textbook of Pediatric Rheumatology*, Elsevier Saunders, Sixth Edition 2011; 211-236.
- Φ.Α. Ψύχου. Νεανική ιδιοπαθής αρθρίτιδα. Στο Μουτσόπουλος Χ., Ντούνης Ε., Το Ρευματοειδές Πόδι, Εκδόσεις Παρισιάνου 2006; 112-137.
- Balint PV, Kane D, Wilson H et al. Ultrasonography of enthesal insertions in lower limb in spondyloarthropathy. *Ann Rheum Dis* 2002; 61:905-910.
- Guillaume S, Prieur AM, Coste J, et al. Long-term outcome and prognosis in oligoarticular-onset juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum* 2000;43:1858-1865
- Horneff G, Schmelting H, Biedermann T, et al. The German etanercept registry for treatment of juvenile idiopathic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2004; 63:1638-1644.
- Burgos-Vargas R, Pacheco-Tena C, Vazquez-Mellado J. Juvenile-onset spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am* 1997; 23:569-598.
- Tse SM, Laxer RM, Babyn PS, et al. Radiological improvement of juvenile idiopathic arthritis-enthesitis-related arthritis following anti-tumor necrosis factor alpha blockade with etanercept. *J Rheumatol* 2006; 33:1186-1188
- Woo P, Laxer RM, Sherry DD, *Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA)*. In Woo P, Laxer RM, Sherry DD, ed. *Pediatric Rheumatology in Clinical Practice*, Springer 2007; 23-46.
- Benseler S, Silverman ED. Systemic lupus erythematosus. *Pediatr Clin North Am* 2005; 52:443-467.
- Pillington C. Clinical assessment in juvenile idiopathic inflammatory myopathies and the development of disease activity and damage tools. *Curr Opin Rheumatol* 2004; 16(6):673-677.
- Cassidy J, Kavlin J, Lindsley C, Nocton J. Ophthalmologic examination In children with juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatrics* 2006; 117:1843-1845.
- Narasimban N, Marks M, Osteomyelitis and Septic Arthritis In Nelson WE, Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM ed. *Textbook of Pediatrics*, W.B. Saunders Company, 15th Edition 1996; 725-733.
- Al-Matar MJ, Cabral DA, Petty RE. Isolated tuberculous monoarthritis mimicking oligoarticular juvenile rheumatoid arthritis. *J Rheum* 2000; 27:204-206.
- A. ΖΕΛΛΟΥ
- Vandenplas Y, Colin DR. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009; 49:498-547.
- Szajewska H, Horvath A. Meta-analysis of the evidence for a partially hydrolyzed 100% whey formula for the prevention of allergic diseases. *Current Medical Research & Opinion* 2010; 26(2):423-437.
- Vandenplas Y. Infant Formula With Partial Protein Hydrolysates: Evidence and Remaining Questions. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010; 50(4):356-358.
- Aggett PJ, Agostoni C, Axelsson I, De Curtis M, Goulet O, Hernell O, Koletzko O, Lafeber O, Michaelsen KF, Puntis JWL, Rigo J, Shamir R, Szajewska H, Turck D, Weaver LT. Medical Position Paper: Feeding Preterm Infants After Hospital Discharge. A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 42:596-603.