



11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο

Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

www.ifne2012.gr

8-10

Ιουνίου 2012

AKS Porto Heli Conference Centre, Πόρτο Χέλι

Τελικό Πρόγραμμα & Βιβλίο Περιλήψεων

**μία φορά την ημέρα
για την Ελκώδη
Κολίτιδα (ΕΚ)¹**

στην κλινική
και ενδοσκοπική ύφεση²

A diagram of the human digestive system. The mouth is at the top, leading to the esophagus, which connects to the stomach. The stomach is a large, sac-like organ. Below the stomach are the small and large intestines, which are coiled and colored in shades of yellow and orange. A red arrow points to the large intestine.



 Για φάρμακα την ημέρα

mezavant

 μεσαλαζίνη

ΠΙΝΑΚΑΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΑΚΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ Μεζαντών 1200 mg, αντιπαρανεφρική δόση παρατεταμένης απορρόφησης, **ΠΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΩΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ** 1200 mg (αυτόκλητο περιεχόμενο 1200 mg μεζαντόνη) (mesazoline), **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ** Γαστροανθεκτικό δισκίο παρατεταμένης απορρόφησης, Κατασκευαστής, Ελεγχόμενες επιδόσεις/μετρήσεις με λεπτό υμένιο διακρί, που βέρει χρώματι από ένα φάνι με την ένδειξη 5476, **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ** **Οριστικός ενδείξεις** Για την επεξεργασία χρόνιας και ενδοφασικής υπερτασικής σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια, ενεργή χρόνιας σκλήρωσης. Για τη διατήρηση της υγιούς, **Αντενδείξεις** Ιστορικό υπέρτασης/μετρώσεως σε ασθενείς (συμπεριλαμβανομένης της μελατονίνης) σε κώπιο από το 2ο έτος της Μεζαντών, Σύνδρομο υπερτασικής (GFR < 30 ml/min/73m²) κακή καρδιακή ικανότητα ανεπάρκεια, **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις** κατόχ τη χρήση μεζαντόνης υπάρχει αυξημένη συμπεριλαμβανομένης της νεφροτοξικής αλληλεπίδρασης, **Αλληλεπιδράσεις** με οξεία / χρόνια διαβήτη/ νεφρική νόσο συσχετίζεται με παροδικά μετρώσεως που περιέχουν μεζαντόνη, και προφύλαξη της μελατονίνης, Το Μεζαντόνη πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με αυξημένη ήπια έως μέτρια νεφρική ανεπάρκεια, Συνιστάται να γίνεται αποφυγή της νεφρικής λειτουργίας σε όλους τους ασθενείς που την ενεργή, τη θεραπεία καθώς και τουλάχιστον της νεφρικής τους νόσου κατά τη διάρκεια της θεραπείας, **Αλληλεπιδράσεις** με χρόνια ανεπάρκεια πνευμονικής λειτουργίας, είναι με οξεία, **Κατασκευαστής** να ενοχλούνται ανεπαρκώς υπέρτασης/μετρώσεως και πρέπει να παρακολουθούνται στενά, **Ενός** αναστρέφει στασιμότητα οφθαλμικής διακρίσεως του αμακίου μετά από θεραπεία με μεζαντόνη, **Ενός** ο ασθενής παροδικά συσχετίζεται οφθαλμική μείωση, μείωση, παροδικά, οξεία, μείωση ή κίνηση, **Δοσολογία** να χορηγείται 1200 mg ημερησίως, **Αντενδείξεις** είναι υπέρταση, υπέρταση διακρίσεως οφθαλμική, η θεραπεία θα πρέπει να τελεσθεί, [Βλέπε παράγραφο 4.3] Παράλληλα, είναι κατόχ τη μεζαντόνη καρδιακές συνδρομές υπέρτασης/μετρώσεως μείωση/μετρώσεως και περιφερική έχουν αναστρέφει οξεία με Μεζαντόνη με μία παρατεταμένης που περιέχουν μεζαντόνη, **Δοσολογία** να πρέπει να δοθεί προσοχή στη διευκρίνιση/απόφαση του φαρμάκου σε ασθενείς με προσέδεται ανάπτυξη μείωση/μετρώσεως ή περιφερική, **Ενός** υπέρταση υπέρταση για αντιστροφή συσχετίζεται αυτής της μείωσης, δεν πρέπει να δοθούν εάν ακολουθούν που περιέχουν μεζαντόνη, **Η μεζαντόνη** έχει συσχετιστεί με ένα σύνδρομο οξείας διακρίσεως που μπορεί να είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί από οξυαντιστροφή της αλβουμινουρίας ασθενούς των εντέρων, **Αν** η οξεία συσχετίζεται εμφανώς δεν έχει καθοριστεί, **Ενός** παροδικά στην 3% των ασθενών με ελεγχόμενα κλινικά δοκιμές με μεζαντόνη η οξεία/οξεία (subhazaleme) Το συμπτωτικό περιλαμβανομένης κώπιοι, εάν ακολουθεί σύνδρομο οξείας διακρίσεως, κάποιος φορές μπορεί, κεφαλαλγία και εμετός, **Ενός** υπέρταση: υπέρταση οξείας διακρίσεως/μετρώσεως στασιμότητα οφθαλμική διακρίσεως τη θεραπεία και δεν πρέπει να δοθούν, **Ενός** ακολουθούν που περιέχουν μεζαντόνη, **Ενός** αναστρέφει αυξημένη επιμέλεια πτυχών ενζύμων σε ασθενείς που λαμβάνουν παροδικά μετρώσεως που περιέχουν μεζαντόνη, **Συνιστάται** προσοχή κατόχ τη χορήγηση του Μεζαντόνη σε ασθενείς με πτυχική ανεπάρκεια, **Δοσολογία** να πρέπει να δοθεί προσοχή κατόχ τη θεραπεία ασθενών που έχουν αλλεργία στη σουλφοναμίδια λόγω της ενδεχόμενης ανώδυνη διαταραχόμενης συνδρομής ευαισθησίας μεταξύ της σουλφοναμίδιας και της μεζαντόνης, **Ενός** λειτουργική αποφυγή στην δεν να ενοχλούνται από ενδεχόμενα να καθυστερήσει την ενεργή της δράσης του προϊόντος

[illegible]

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Γράμμα του Προέδρου της Ο.Ε	2
Επιτροπές	3
Ευχαριστίες	5
Γενικές Πληροφορίες	7
Επιστημονικό Πρόγραμμα	10
Αναρτημένες Ανακοινώσεις	16
Ευρετήριο Ομιλητών Προέδρων	19
Περίληψεις Αναρτημένων Ανακοινώσεων	21
Ευρετήριο Συγγραφέων	31

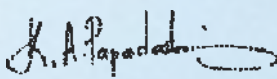
Αγαπητοί συνάδελφοι,

Τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (Ι.Φ.Ν.Ε.) πλέον αποτελούν την «αιχμή του δόρατος» στη Σύγχρονη Γαστρεντερολογία. Παρότι οι εξελίξεις τα τελευταία χρόνια στη βασική και κλινική έρευνα των Ι.Φ.Ν.Ε. είναι καταγιστικές, εντούτοις η παθογένεια των νοσημάτων αυτών παραμένει αδιευκρίνιστη και η θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με Ι.Φ.Ν.Ε. χαρακτηρίζεται συχνά από προκλήσεις και δилήμματα. Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι οι σημαντικές πρόοδοι που έχουν συντελεστεί στη διαγνωστική και θεραπευτική των Ι.Φ.Ν.Ε. και, κυρίως, με την εισαγωγή των βιολογικών θεραπειών έχουν συμβάλει καθοριστικά στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών αυτών. Είναι μεγάλη τιμή για μένα η ανάθεση της διοργάνωσης του 11ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ι.Φ.Ν.Ε. από το Δ.Σ. της Ε.Ο.Μ.Ι.Φ.Ν.Ε. Κύριος σκοπός του 11ου Συνεδρίου, συνεχίζοντας την παράδοση των επιτυχημένων προηγούμενων Συνεδρίων, θα είναι η παρουσίαση των νεότερων επιστημονικών δεδομένων στην επιδημιολογία, παθογένεια, φυσική πορεία και θεραπευτική προσέγγιση των Ι.Φ.Ν.Ε. από καταξιωμένους αλλά και νεώτερους γαστρεντερολόγους από την Ελλάδα και το Εξωτερικό. Πέραν της κλασσικής θεματολογίας του Συνεδρίου έχει δοθεί έμφαση και σε θέματα που σχετίζονται με τη θρέψη των ασθενών με Ι.Φ.Ν.Ε., τη βελτιστοποίηση της παρακολούθησης και της επικοινωνίας γιατρού και ασθενή και, τέλος, με τις ιδιαιτερότητες των Ι.Φ.Ν.Ε. στα παιδιά και στους εφήβους.

Η φετινή οργάνωση του Συνεδρίου των Ι.Φ.Ν.Ε. έχει επισκιαστεί από τον πρόωρο χαμό της εκλεκτής συναδέλφου Γαστρεντερολόγου, κ. Μαρίας Ρουσομουστακάκη, Διευθυντριάς Ε.Σ.Υ. της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Η συμβολή της υπήρξε καθοριστική στη μελέτη των Ι.Φ.Ν.Ε. στην Πανελλήνια και Διεθνή Γαστρεντερολογική κοινότητα και η απουσία της από τον χώρο των Ι.Φ.Ν.Ε. είναι ήδη πολύ αισθητή. Η Οργανωτική Επιτροπή θα ήθελε λοιπόν να αφιερώσει το φετινό Συνέδριο στη μνήμη της.

Με τις σκέψεις αυτές σας ευχαριστώ που συμμετείκατε ενεργά στο Συνέδριό μας στο Πόρτο Χέλι και ευελπιστώ ότι το 11^ο Συνέδριο των Ι.Φ.Ν.Ε. είναι αντίξιο των προσδοκιών σας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,



Κωνσταντίνος Α. Παπαδάκης
Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής
του 11ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ι.Φ.Ν.Ε

11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο

Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

Ε Π Ι Τ Ρ Ο Π Ε Σ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ

ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ της Ε.Ο.Μ.Ι.Φ.Ν.Ε.

Επίτιμοι Πρόεδροι:

Δημήτριος Γ. Καραμανώλης
Γεώργιος Κητής
Επαμεινώνδας Β. Τσιάνος

Πρόεδρος:

Αντιπρόεδρος: Ιωάννης Α. Καραγιάννης
Γ. Γραμματέας: Θεόδωρος Ροκκάς
Ταμίας: Αδάμ Αδαμόπουλος
Μέλη: Σπυρίδων Μιχόπουλος
Κωνσταντίνος Κατσάνος
Βασίλειος Ξουργιάς
Ελευθερία Ρώμα-Γιαννίκου

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος:

Κωνσταντίνος Α. Παπαδάκης

Μέλη:

Ευάγγελος Ακριβιάδης
Μαρία Γαζούλη
Ιωάννης Δανιηλίδης
Ιωάννης Α. Καραγιάννης
Γεώργιος Καραμανώλης
Δημήτριος Γ. Καραμανώλης
Κωνσταντίνος Κατσάνος
Γεώργιος Κητής
Γεώργιος Κολιός
Γεώργιος Κουκλάκης
Ιωάννης Κουντουράς
Ηλίας Κουρούμαλης
Γεράσιμος Μάντζαρης
Ιωάννης Μουζάς
Γεώργιος Μπάμιας
Μαρία Μυλωνάκη
Βασιλική Νικολοπούλου
Βασίλειος Ντελής
Εμμανουήλ Πανάγου
Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης
Γρηγόριος Πασπάτης
Σπυρίδων Ποταμιάνος
Θεόδωρος Ροκκάς
Ελευθερία Ρώμα-Γιαννίκου
Σταύρος Σουγιουλτζής
Δημήτριος Ταμπακόπουλος
Χαράλαμπος Τζάβας
Μαρία Τζαρδή
Ιωάννης Τριανταφυλλίδης
Κωνσταντίνος Τριανταφύλλου
Επαμεινώνδας Β. Τσιάνος

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επίτιμοι Πρόεδροι:

Δημήτριος Γ. Καραμανώλης
Γεώργιος Κητής
Επαμεινώνδας Β. Τσιάνος

Πρόεδρος:

Κωνσταντίνος Α. Παπαδάκης

Αντιπρόεδρος:

Ιωάννης Κουτρουμπάκης

Γενικός Γραμματέας:

Κωνσταντίνος Καρμύρης

Ειδικό Γραμματέα:

Αγγελική Θεοδοροπούλου
Μαρία Ρουσομουστακάκη

Ταμίας:

Σπυρίδων Μιχόπουλος

Μέλη:

Εύα Αναγνωστοπούλου
Εμμανουήλ Αρχαύλης
Βασίλειος Βαλάτας
Εμμανουήλ Βάρδας
Νικόλαος Βιάζης
Εύα Γιανναδάκη
Δημήτριος Καραγιάννης
Ανδρέας Καψωριτάκης
Αντώνιος Κογιεβίνας
Κωνσταντίνος Κωνσταντινίδης
Εμμανουήλ Μαραγκουδάκης
Θεοφάνης Μάρης
Κωνσταντίνος Μιμίδης
Βασίλειος Μπαλατσός
Χρυσουγή Μπαριτάκη
Ηλίας Μπουζάκης
Απόστολος Νταϊλιάνας
Ελένη Οικονομάκη
Μιχαήλ Οικονόμου
Δημήτριος Πολύμερος
Ηλίας Σκοτινιώτης
Στυλιανός Σπανοδάκης
Μαρία Τζουβαλά
Νικόλαος Φραγκιαδάκης
Μιχαήλ Ψιστάκης



Remicade[®]

INFLIXIMAB



Αθήνα: Αγ. Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος, Τηλ.: 210 9897300
Θεσ/νίκη: 9^ο χλμ. Θεσ/νίκης Θέρμης (Στ. Καζαντζίδη 47) 570 01 Πυλαία,
Τηλ.: 2310 863634, Fax: 2310 863687, www.merck.com

11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο Πρόεδρος και τα μέλη του 11ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου, ευχαριστούν θερμά τις κάτωθι εταιρείες για τη συμβολή τους στην επιτυχή διοργάνωση του Συνεδρίου:

ΧΡΥΣΟΙ ΧΟΡΗΓΟΙ



ΧΑΛΚΙΝΟΣ ΧΟΡΗΓΟΣ



ΧΟΡΗΓΟΙ



NYCOMED



ADRENALIN
Pharmaceuticals

γαστροανθεκτικά καψάκια
14 caps x 20 mg
28

PENRAZOL[®]

14 caps x 20 mg
28 caps x 20 mg

omeprazole

**ΕΠΩΝΥΜΟ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ
ΓΕΝΟΣΗΜΟ**



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ

Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής, Τηλ.: 210 6039326-9, Fax: 210 6039300

ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210 7488711, Fax: 210 7488731

Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 459920-1, Fax: 2310 459269

Για περαιτέρω συνταγογραφικές πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία **ELPEN Α.Ε.**

11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο

Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Τόπος Συνεδρίου:

AKS Porto Heli Conference Centre, Πόρτο Χέλι
www.akshotels.com / www.aksconference.com

Ημερομηνίες Διεξαγωγής Συνεδρίου

8 – 10 Ιουνίου 2012

Ιστοσελίδα Συνεδρίου

www.ifne2012.gr

Γλώσσα Συνεδρίου

Όλες οι ομιλίες θα παρουσιασθούν στα ελληνικά, εκτός από αυτές των ξένων Ομιλητών οι οποίες θα παρουσιασθούν στα αγγλικά (δεν θα υπάρχει ταυτόχρονη μετάφραση)

Έκθεση

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί Έκθεση φαρμακευτικών προϊόντων και περιπτέρου των ασθενών για ενημέρωση των συνέδρων στο lobby του Συνεδριακού Κέντρου.

Βεβαίωση Συμμετοχής

Οι βεβαιώσεις συμμετοχής, θα παραδίδονται από τη Γραμματεία του Συνεδρίου, σε όλους τους εγγεγραμμένους και οικονομικά τακτοποιημένους συνέδρους, την Κυριακή 10/6/2012, από 11.00 έως 14.00.

Κέντρο Παραλαβής Ομιλιών

Οι Ομιλητές παρακαλούνται όπως παραδίδουν την ομιλία τους, στον κατάλληλα εξοπλισμένο χώρο έγκαιρα, τουλάχιστον μισή ώρα πριν την έναρξη της ομιλίας τους. Η αίθουσα του Συνεδρίου παρέχει εξοπλισμό με Η/Υ για παρουσίαση Power Point. Η χρήση φορητών υπολογιστών (laptops) δεν επιτρέπεται.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις / P01 – P19 (posters)

Ανάρτηση: Παρασκευή 08/06/2012 μετά τις 15.00

Απομάκρυνση: Κυριακή 10/06/2012 έως 12.00

Η ανάρτηση καθώς και η απομάκρυνση των ανακοινώσεων, γίνεται με ευθύνη των συγγραφέων. Η Οργανωτική Επιτροπή και η Γραμματεία του Συνεδρίου δε φέρουν καμία ευθύνη για οποιαδήποτε φθορά ή απώλεια. Για την ανάρτηση των posters μπορείτε να λαμβάνετε υλικό (ταινία διπλής όψευς – ψαλίδια) από τη Γραμματεία του Συνεδρίου.

Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Επιμόρφωσης

Το συνέδριο αξιολογείται από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο με 14 μόρια (C.M.E. credits), αναγνωρισμένα από την Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών (U.E.M.S.) στο πλαίσιο της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης

Τελετή Έναρξης

- Παρασκευή 08/06/2012, Τελετή Έναρξης στο «Μουσείο Μπουμπουλίνας» στις Σπέτσες, προσφέρεται σε όλους τους εγγεγραμμένους συνέδρους, ακολουθεί Δεξίωση.
Αναχώρηση πλοιαρίου για Σπέτσες ώρα 19.45

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Δικαίωμα Συμμετοχής

Είδος Συμμετοχής	Επί τόπου εγγραφή
Ειδικευμένοι	180
Ειδικευόμενοι	120
*Νοσηλεύτες	Δωρεάν
*Φοιτητές	Δωρεάν
*Ασθενείς νόσου Crohn	Δωρεάν

Το Δικαίωμα Συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Για Ειδικευμένους — Ειδικευόμενους
- Παρακολούθηση Επιστημονικού προγράμματος
- Επίσκεψη στον εκθεσιακό χώρο
- Συνεδριακό Υλικό (Πρόγραμμα — Περίληψεις, Τσάντα Συνεδρίου, ταυτότητα εισόδου)
- Εναρκτήρια Τελετή & Δεξίωση Υποδοχής
- Διαλείμματα καφέ
- Ελαφρύ Γεύμα
- Βεβαίωση συμμετοχής

* Μόνο παρακολούθηση — Υλικό Συνεδρίου - Βεβαίωση Συμμετοχής

Διαμονή

Ημερήσιες τιμές δωματίων με αμερικάνικο πρωινό σε μπουφέ

Ημερήσιες τιμές δωματίων με αμερικάνικο πρωινό σε μπουφέ	Μονόκλινο	Δίκλινο	Τρίκλινο
Ξενοδοχείο AKS PORTO HELI			
Θέα κήπο	90 ☐	100 ☐	135 ☐
AKS PORTO HELI			
Θέα θάλασσα	100 ☐	110 ☐	145 ☐
AKS HINITSA BAY			
Θέα κήπο	90 ☐	100 ☐	135 ☐
AKS HINITSA BAY			
Θέα θάλασσα	100 ☐	110 ☐	145 ☐

Ώρες λειτουργίας Γραμματείας

Παρασκευή 08/06/2012 : 13.30 — 18.30

Σάββατο 09/06/2012 : 08.00 — 19.30

Κυριακή 10/06/2012 : 09.00 — 14.30

Γραμματεία Συνεδρίου

Triaena Tours & Congress A.E.

Λεωφ. Συγγρού 206, Τ.Κ. 176 72 Καλλιθέα, Αθήνα

Τηλ.: 210 — 7499300 / 331, Fax: 210 — 7705752

E-mail: ifne2012@triaenatours.gr

Web site: <http://www.triaenatours.gr> <http://www.ifne2012.gr>



Abbott
A Promise for Life

Ε Π Ι Σ Τ Η Μ Ο Ν Ι Κ Ο Π Ρ Ο Γ Ρ Α Μ Μ Α

Παρασκευή 8 Ιουνίου 2012

- 13:30-14:30** Προσέλευση - Εγγραφές
- 14:30-16:00** Στρογγύλη Τράπεζα
Παθογένεση των Ι.Φ.Ν.Ε.
Προεδρείο: Ι. Κουντουράς, Ι. Κουτρομπάκης
 Επιδημιολογία και Περιβαλλοντικοί Παράγοντες Κινδύνου - **Θ. Μάρης**
 Η Γενετική των Ι.Φ.Ν.Ε.: Πρόσφατες Εξελίξεις - **Μ. Γαζούλη**
 Ο Ρόλος της Μικροβιακής Χλωρίδας στην Έναρξη και Διατήρηση της Φλεγμονής - **Α. Χρηστίδου**
 Ανοσολογικές Διαταραχές στα Ι.Φ.Ν.Ε.: Πιθανοί Μελλοντικοί Θεραπευτικοί Στόχοι - **Β. Βαλάτας**
- 16:00-17:00** Στρογγύλη Τράπεζα
Προβλέποντας την Εξέλιξη των Ι.Φ.Ν.Ε.
Προεδρείο: Ι. Δανιηλίδης, Σ. Μιχόπουλος
 Σκιαγραφώντας τον Ασθενή με Νόσο Crohn με Δυσμενή Πρόγνωση κατά τη Διάγνωση - **Κ. Καρμίρης**
 Σκιαγραφώντας τον Ασθενή με ΕΚ με Δυσμενή Πρόγνωση κατά τη Διάγνωση - **Χ. Καλαντζής**
- 17:00-17:30 Διάλειμμα**
- 17:30-18:30** Δορυφορικό Συμπόσιο - M.S.D.
Επανεξετάζοντας τις αντιλήψεις για την Ελκώδη Κολίτιδα 6 χρόνια μετά....
Προεδρείο: Χ. Τζάθας
 Αντιλήψεις για την θεραπευτική αντιμετώπιση της Ελκώδους Κολίτιδας - **Ο. Γιουλεμέ**
 Μέτρια σοβαρή ΕΚ: Επιλογή κατάλληλου ασθενή για βιολογική θεραπεία - **S. Ghosh**
- 18:30-19:30** Δορυφορικό Συμπόσιο - Abbott Laboratories
Προεδρείο: Κ. Παπαδάκης
 Μύθοι και Αλήθειες στην ΕΚ - **Κ. Παπαδάκης**
 Νέες Προοπτικές στη Θεραπεία της ΕΚ - **J. F. Colombel**
 Νεότερα Δεδομένα από την Κλινική Εμπειρία στη Θεραπεία της ΕΚ - **Ι. Κουτρομπάκης**
- 20:00-22:00** Εναρκτήριος Τελετή στο Μουσείο της Μπουμπουλίνας (Σπέτσες)

Σάββατο 9 Ιουνίου 2012

- 08:00-09:00** Προσέλευση-Εγγραφές
- 09:00-10:30** Στρογγύλη Τράπεζα
Βελτιστοποίηση των Κλασικών Θεραπειών στα Ι.Φ.Ν.Ε.
Προεδρείο: Η. Κουρούμαλης, Β. Νικολοπούλου
 Αμινοσαλικυλικά - **Α. Μανωλάκης**
 Κορτικοστεροειδή - **Χ. Καρακίδης**
 Ανοσοτροποποιητικά - **Κ. Κατσάνος**
 Αντι - TNF Παράγοντες - **Α. Θεοδωροπούλου**
- 10:30-11:30** Στρογγύλη Τράπεζα
Θεραπευτική Προσέγγιση Ήπιας προς Μέτριας Βαρύτητας Ι.Φ.Ν.Ε.
Προεδρείο: Σ. Λαδάς, Γ. Κουκλάκης
 Τελική Ειλεΐτιδα ή Crohn Κολίτιδα - **Μ. Μυλωνάκη**
 Αριστερή Ελκώδη Κολίτιδα ή Ορθίτιδα - **Ε. Ζαμπέλη**
 Ήπιας Βαρύτητας Ι.Φ.Ν.Ε. με Σοβαρές Μυοσκελετικές Εκδηλώσεις - **Λ. Μπουρίκας**

11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο

Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

11:30-12:00 Διάλειμμα

12:00-12:30 Δορυφορική Ομιλία – Angelini Pharma Hellas

Προεδρείο: Γ. Μάντζαρης

Βελτιστοποίηση της Θεραπείας στην Ήπια προς Μέτρια ΕΚ – P. Gionchetti

12:30-13:00 Διάλεξη

Προεδρείο: Ι. Μανιός

Σύγχρονη Προσέγγιση στη Διατροφή και Θρέψη του Ασθενούς με Ι.Φ.Ν.Ε.

Μ. Κοντογιάννη

13:00-14:00 Δορυφορικό Συμπόσιο M.S.D.

Εξατομικεύοντας τις Θεραπευτικές Προσεγγίσεις στη Νόσο Crohn

Προεδρείο: Ε. Τσιάνος

Βελτιστοποιώντας τη Θεραπεία με Βιολογικό Παράγοντα στους Ασθενείς με Νόσο Crohn

Κ. Καρμύρης

Προσδιορίζοντας το προφίλ του μέτριου ασθενή κατάλληλου για βιολογική θεραπεία – S. Vermeire

14:00-15:30 Ελαφρύ Γεύμα – Επίσκεψη στις Αναρτημένες Ανακοινώσεις

(14:00-15:30) Συνάντηση με τον Ειδικό (κατόπιν πρόσκλησης)

Με την ευγενική χορηγία της Εταιρείας M.S.D.

Moving forward the IBD management

Συντονισμός: Γ. Μάντζαρης, S. Ghosh, S. Vermeire

15:30 -16:30 Στρογγύλη Τράπεζα

Ι.Φ.Ν.Ε. στα Παιδιά & τους Εφήβους

Προεδρείο: Ε. Ρώμα, Ι. Παναγιώτου

Κλινική Προβολή και Διαγνωστική Προσέγγιση – Α. Ζέλλου

Θεραπευτική Αντιμετώπιση – Γ. Χουλιάρης

Χειρουργική Αντιμετώπιση – Δ. Κεραμίδας

16:30 -18:00 Στρογγύλη Τράπεζα

Ι.Φ.Ν.Ε. & Ενδιαφέρουσες Κλινικές Περιπτώσεις

Προεδρείο: Ι. Μουζάς, Σ. Ποταμιάνος

Περιεδρική Νόσος Crohn: Συνδυαστική Προσέγγιση – Ε. Αρχαύλης

ΕΚ & Πρωτοπαθής Σκληρυντική Χολαγγειίτιδα – Α. Νταϊλιάνας

Νόσος Crohn & Κύηση: Προσέγγιση Ανάλογα με το Χρόνο Διάγνωσης – Μ. Τζουβαλά

Μετεγχειρητική Προσέγγιση Νόσου Crohn – Ι. Παχιαδόκης

18:00-18:30 Διάλειμμα

18:30-19:30 Δορυφορικό Συμπόσιο – Abbott Laboratories

Προεδρείο: Γ. Μάντζαρης

Νεότερες Προκλήσεις και Προσδοκίες στη Θεραπεία της Νόσου Crohn – Γ. Μάντζαρης

Μεγιστοποιώντας το Θεραπευτικό Όφελος στη Νόσο Crohn – Γ. Μπάμιας

Σύγχρονη Οπτική στη Θεραπεία της Νόσου Crohn – Ε. Louis

19:30-20:30 Γενική Συνέλευση ΕΟΜΙΦΝΕ

Κυριακή 10 Ιουνίου 2012

- 09:00-10:00** Προσκεκλημένες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: Γ. Κολιός, Ι. Τριανταφυλλίδης
- 09:00-09:10. Neutrophil gelatinase-associated lipocalin (NGAL) in inflammatory bowel disease: association with pathophysiology of inflammation, established markers and disease activity. Oikonomou K.A., Kapsoritakis A.N., Theodoridou C., Karangelis D., Germenis A., Stefanidis I., Potamianos S.P. (J Gastroenterol 2011, ahead of print)
 - 09:10-09:20. Circulating MicroRNA in inflammatory bowel disease. Paraskevi A., Theodoropoulos G., Papaconstantinou I., Mantzaris G., Nikiteas N., Gazouli M. (J Crohns Colitis 2012, ahead of print)
 - 09:20-09:30. Adalimumab for the prevention and/or treatment of post-operative recurrence of Crohn's disease: a prospective, two-year, single center, pilot study. Papamichael K., Archavlis E., Lariou C., Mantzaris G.J. (J Crohn's Colitis 2012, ahead of print)
 - 09:30-09:40. Differential expression of the TL1A/DcR3 system of TNF/TNFR-like proteins in large vs small intestinal Crohn's disease. Bamias G., Kaltsa G., Siakavellas S.I., Gizis M., Margantinis G., Zampeli E., Vafiadis-Zoumboulis I., Michopoulos S., Daikos G.L., Ladas S.D. (Dig Liver Dis 2012; 44: 30-36)
 - 09:40-09:50. Measurement of reticulocyte and red blood cell indices in the evaluation of anemia in inflammatory bowel disease. Oustamanolakis P., Koutroubakis I.E., Messaritakis I., Kefalogiannis G., Niniraki M., Kouroumalis E.A. (J Crohn's Colitis 2011; 5: 295-300)
 - 09:50-10:00. Recombinant human erythropoietin in patients with inflammatory bowel disease and refractory anemia: a 15-year single center experience. Katsanos K.H., Tatsioni A., Natsi D., Sigounas D., Christodoulou D.K., Tsianos E.V. (J Crohn's Colitis 2012; 6: 56-61)
- 10:00-11:00** Διεθνές Πρόγραμμα I.B.D. Connect
Αλλάζοντας την Επικοινωνία Γιατρού - Ασθενούς
Προεδρείο: Δ. Καρμανώλης
Εισηγητές: Ν. Βιάζης, Δ. Πολύμερος
- 11:00-12:00** Διεθνές Πρόγραμμα I.B.D. Ahead
Βελτιστοποίηση της Παρακολούθησης του Ασθενούς με Νόσο Crohn
Προεδρείο: Ε. Τσιάνος
Εισηγητές: Κ. Κατσάνος, Κ. Σουφλέρης
- 12:00-12:15** **Δ ι ά λ ε ι μ μ α**
- 12:15-13:00** Στρογγύλη Τράπεζα
Σύγχρονη Χειρουργική Προσέγγιση της Νόσου Crohn
Προεδρείο: Ε. Ακριβιάδης, Ι. Καραγιάννης
- Στενωτική ή/και Εκτεταμένη Νόσος Crohn Λεπού Εντέρου - Π. Αλεπιάς
 Επιλεγμένη Περιεδρική Νόσος Crohn - Ι. Παπακωνσταντίνου
- 13:00-14:30** Στρογγύλη Τράπεζα
Ειδικά θέματα στα Ι.Φ.Ν.Ε.
Προεδρείο: Α. Καψωριτάκης, Β. Ντελής
- Αναμία - Π. Ουσταμανωλάκης
 Οστεοπόρωση - Κ. Παπαμιχαήλ
 Νεφρικές & Πνευμονολογικές Εκδηλώσεις - Μ. Οικονόμου
 Ι.Φ.Ν.Ε. & Σύνδρομο Ευερεθίστου Εντέρου - Γ. Καρμανώλης
 Ι.Φ.Ν.Ε. & Εμβολιασμοί - Ε. Τσιρώνη
- 14:30** **Λήξη Εργασιών Συνεδρίου**

ASACOL®

mesalazine

Σύνθεση: Δισκία 800mg: 1 γαστροανθεκτικό δισκίο περιέχει: Mesalazine 800 mg. Έκδοχα: Lactose monohydrate, Sodium starch glycolate, Magnesium stearate, Talc, Povidone. **Επικάλυψη:** Methacrylic acid-methyl Methacrylate copolymer (1:2), Talc, Dibutyl phthalate, Iron oxide (Yellow) E172, CI 777892. **Iron oxide (Red) E172, CI 77891, Macrogol 6000** **Δισκία 400mg:** 1 γαστροανθεκτικό δισκίο περιέχει: Mesalazine 400 mg. Έκδοχα: Lactose monohydrate, Sodium starch glycolate, Magnesium stearate, Talc, Polyvinyl pyrrolidone (Kollid 25), **Επικάλυψη:** Methacrylic acid-copolymer type B (Eudragit S), Talc, Dibutylphthalate, Iron oxide CI 777492 (Yellow) E-172, Iron oxide CI 77491 (Red) E-172, Macrogol 6000. **Υποκλιμάριο:** Τα 100 ml διαλύματος για υποκλιμάριο περιέχουν: Δραστική ουσία: Mesalazine 4 g. Έκδοχα: Xanthan Gum, Sodium metabisulfite BP, Sodium benzoate, Water purified.

Υπόθετα: 1 υπόθετο περιέχει: Mesalazine 500 mg. Έκδοχα: Suprocire AML.

Ενδείξεις: Χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου (Ελκώδης κολίτις, Νόσος του Crohn), τόσο για την πρόληψη όσο και για τη διατήρηση της ύφεσης. **Δασολογία & Τρόπος Χορήγησης: Δισκία:** Για την πρόληψη της ύφεσης 2,4 gr που αν χρειάζεται μπορεί να φθάσουν έως 4 gr ημερησίως σε ίσες διαμερίσεις δόσεις. Για τη διατήρηση της ύφεσης 1,2 έως 2,4 gr ημερησίως. Τα δισκία πρέπει να καταπίνονται ολόκληρα και να μην μασούνται ή θραύονται. Για καλύτερα αποτελέσματα τα δισκία πρέπει να λαμβάνονται πριν από τα γεύματα. **Από το στέρεο:** Υποκλιμάριο: ένας υποκλιμάριος κάθε βράδυ για όσο διάστημα κρίνεται απαραίτητο σε σχέση με την ανταπόκριση. Υπόθετα: 2 gr ημερησίως σε ίσες διαμερίσεις δόσεις. **Αντενδείξεις:** Η mesalazine αντενδείκνυται σε ασθενείς που είναι ευαίσθητοι στα σαλικυλικά, την ίδια την mesalazine ή σε κάποιο από τα έκδοχα των σκευασμάτων. Βαρύ αλλεργικό ή ηπιαστικό ανεπάρκεια, ενεργό γαστρεντερικό έλκος, παιδιά ηλικίας κάτω των 10 ετών.

Ιδιαίτερες Προειδοποιήσεις & Προφυλάξεις Κατά την Χρήση: Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και παρακολούθηση όταν η mesalazine χορηγείται σε ασθενείς με επηρεασμένη ηπατική λειτουργία. Έχουν περιγραφεί περιπτώσεις εμφανίσεως νεφρωσικών συνδρόμων και διάμεσης νεφροπάθειας κατά την διάρκεια κλινικών μελετών. Από πειράματα σε διάφορα είδη ζώων φαίνεται ότι το κύριο όργανο τοξικής δράσης της mesalazine είναι οι νεφροί.

Αρκετοί με προπαρασκευασμένη νεφρική βλάβη, αυξημένη ουρία ή κρεατινίνη ορού ή πρωτεϊνουρία πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά. Η χρήση της mesalazine έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση ενός οξέως συνδρόμου (μη ανοχή) που είναι δύσκολο να διακριθεί από μια έξαρση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Η συχνότητα εμφανίσεως έχει υπολογιστεί στο 3% των ασθενών. Στα συμπτώματα του συνδρόμου περιλαμβάνονται κούραση, αλγία, αιμαραγικές κενώσεις, πυρετός, κεφαλαλγία και εξάνθημα. Η εμφάνιση του συνδρόμου απαιτεί την άμεση διακοπή της χορήγησης της mesalazine. Η τυχόν επανέκθεσή του ασθενούς στην mesalazine για να διαπιστωθεί η ύπαρξη της υπερευαίσθησης πρέπει να γίνεται μόνο εφόσον κρίνεται απαραίτητη η συνέχιση της χορήγησης της κάτω από στενή ιατρική παρακολούθηση εντός νοσοκομείου και με μικρή δόση. Σκευάσματα mesalazine (υποκλιμάριο, υπόθετα) που περιέχουν σουλφονικά έκδοχα μπορεί να προκαλέσουν κρίση άσθματος σε ευαίσθητους σ' αυτά ασθενείς. Επίσης ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται και σε ασθενείς με διαταραχές της ηπιαστικής τους αίματος. **Αλληλεπιδράσεις με Άλλα Φάρμακα:** Η σύγχρονη χορήγηση λοκαλιδόλης και γενικών φαρμάκων που μελώνουν το pH του εντερικού περιεχομένου ελαττώνουν την απορρόφηση της mesalazine από τα δια του στομάχου χορηγούμενα σκευάσματα. Η δράση των σουλφονυλουριών στην ελάττωση του σακχάρου του αίματος και των κοιμωτικών στην πηγή του αίματος ενισχύονται. Η τοξικότητα της μεθοτρεξάτης δύναται να αυξηθεί. Μπορεί να αυξηθεί την δράση της προφενερίνης, της σουλφοναμίδωσης, της σπειρονοκτόνης, της φουροσεμίδης και της ριβαρμετίνης. Μπορεί να ενισχύσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες των γλυκοκορτικοειδών στο στομάχι. **Κύηση και Γαλουχία:** Δεν υπάρχουν επαρκείς και καλά σχεδιασμένες μελέτες για την χρήση της mesalazine κατά την κύηση, ως εκ τούτου η χρήση της κατά την διάρκεια της κύησης επιτρέπεται μόνο εφόσον κρίνεται τελείως απαραίτητη. Η mesalazine και ο Ν-ακετυλομεταβολίτης της διέρχονται στο μητρικό γάλα. Η κλινική σημασία του γεγονότος αυτού δεν είναι γνωστή γι' αυτό συνιστάται ιδιαίτερη προσοχή όταν χορηγείται σε θηλάζουσες μητέρες. **Επίδραση στην Ικανότητα Οδήγησης & Χειρισμού Μηχανών:** Δεν έχει επίδραση. **Ανεπιθύμητες Ενέργειες:** Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που έχουν περιγραφεί κατά τις κλινικές δοκιμές των μεσοίων χορηγούμενων της mesalazine είναι κατά θάνατος σειρά εμφανίσεως οι ακόλουθες: κεφαλαλγία, κοιλιακό άλγος, διάρροια, ερυθρό, ναυτία, αλγία, φαρυγγίτις, καταρροή, ζάλη, πυρετός, εξάνθημα, ρινίτις, αρθραλγίες, έμετος, μετεωρισμός, δυσημεροπρία, δυσκαλιμία, αλγία, γρατσουνιές, ουδερόση, οίδημα. Σπάνιας έχουν εμφανιστεί περικαρδίτις, αγγειοδυσπλασία, μικροανία, ηπατίτις, πανκρεατίτις, γαστρίτις, χολοκυτίτις, γαστρικό έλκος, λευκοπενία, θρομβοπενία, απλαστική αναιμία, ηωσινοφιλία, λεμφαδενίτις, απλσία, κατά-

θλιψη, εκνευρισμός, σύγχυση, περιοριστική νευροπάθεια, σύνδρομο Guillain-Barre, παραρινοκολπίτιδες, διάμεση πνευμονίτις, ηωσινοφιλική πνευμονία, έξαρση ασθματικής βρογχίτιδας, αλμπενία, ψωρίαση, οξεία ερυθρότητα, κνίδωση, θάμβος οράσεως, διαταραχές, εμβόλες, διάμεση νεφροπάθεια, νεφρωσικό σύνδρομο, αιματοορρία, ηπατίτις, αύξηση επιπέδων των ηπατικών ενζύμων, της ουρίας και της κρεατινίνης. **Υπερδοσολογία:** Δεν υπάρχουν έως τώρα γνωστές περιπτώσεις υπερδοσολογίας. Η απορρόφηση της mesalazine από το έντερο είναι μικρή. Σαν σαλικυλικά αναμένεται ότι σε περίπτωση υπερδοσολογίας μπορεί να εμφανισθούν ανάλογα με την δηλητηρίαση από σαλικυλικά συμπτώματα. Η αντιμετώπιση τους θα είναι συμπτωματική, πρόκληση εμέτου, πλύση στομάχου, χορήγηση ενεργού άνθρακα. **Προκλινικά Στοιχεία για την Ασφάλεια:** Από τις προκλινικές μελέτες τοξικότητας έχει φανεί ότι ο κύριος στόχος της τοξικής δράσης της mesalazine είναι οι νεφροί. Η βαρύτητα των βλαβών είναι ανάλογη της χορηγούμενης δόσεως και της διάρκειας χορήγησης. Σε αρουρίες και ποντίκια έχουν παρατηρηθεί νεκρωτική θηλυν, πολυεστιακή σωληναριακή βλάβη και ελαχίστη επιθηλιακή βλάβη σωληναρίων, υαλινποίηση των βουκών μεμβρανών και της κόρας του Bowman και εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Ομοίως βλάβες έχουν παρατηρηθεί και σε σκύλους. Σε δόσεις που αντιστοιχούν στις συνήθεις θεραπευτικές δόσεις για τον άνθρωπο δεν έχουν παρατηρηθεί βλάβες. Σε σκύλους που έπαιρναν mesalazine σε δόση πάνω από 40 mg/kg ημερησίως για 12 μήνες προκλήθηκε έμμεση κερατοσπογγίωση. Στις μελέτες καρκινογένεσης δεν παρατηρήθηκε αύξηση της συχνότητας νεοπλασιών. Αρνητικές επίδραση έχουν αποβεί και οι μελέτες μεταλλατογένεσης καθώς και οι μελέτες επιδράσεως επί της γονιμότητας και αναπαραγωγής και τερατογένεσης. Η αλκοολογία και η στειρότητα που προκαλεί η σουλφασαλαζίνη στους ανθρώπους δεν έχει παρατηρηθεί με την mesalazine. **Υπερδοσολογία:** Δεν υπάρχουν έως τώρα γνωστές περιπτώσεις υπερδοσολογίας. Η απορρόφηση της mesalazine από το έντερο είναι μικρή. Σαν σαλικυλικά αναμένεται ότι σε περίπτωση υπερδοσολογίας μπορεί να εμφανισθούν ανάλογα με την δηλητηρίαση από σαλικυλικά συμπτώματα. Η αντιμετώπιση τους θα είναι συμπτωματική, πρόκληση εμέτου, πλύση στομάχου, χορήγηση ενεργού άνθρακα. **Τηλ. Κέντρο Δηλητηριάσεων:** 210.7793.777. **Ημερομηνία Λήξης του Προϊόντος:** Αναγράφεται στην εξωτερική και στην εσωτερική συσκευασία. Εάν η ημερομηνία αυτή έχει παρέλθει μη χρησιμοποιήσετε το φάρμακο. **Ιδιαίτερες Προφυλάξεις για τη Φύλαξη του Προϊόντος:** Να διατηρείται σε θερμοκρασία μικρότερη των 25° C, προστατευόμενο από το φως. **Πληροφορίες για την αρθρολόγική χρήση των φαρμάκων:** Το φάρμακο αυτό σας το γράφει ο γιατρός σας μόνο για το συγκεκριμένο ιατρικό σας πρόβλημα. Δεν θα πρέπει να το δίνετε σε άλλα άτομα ή να το χρησιμοποιείτε για κάποια άλλη πάθηση, χωρίς προηγούμενη να έχετε συμβουλευτεί το γιατρό σας. • Εάν κατά τη διάρκεια της θεραπείας εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα με το φάρμακο, ενημερώστε αμέσως το γιατρό σας, ή τον φαρμακοποιό σας. • Εάν έχετε οποιαδήποτε ερωτηματικά γύρω από τις πληροφορίες που αφορούν το φάρμακο που λαμβάνετε ή χρειάζεστε καλύτερη ενημέρωση για το ιατρικό σας πρόβλημα, μη διστάσετε να ζητήσετε τις πληροφορίες από το γιατρό σας, ή τον φαρμακοποιό σας. • Για να είναι αποτελεσματικό και ασφαλέστερο το φάρμακο που σας χορηγείται θα πρέπει να λαμβάνεται σύμφωνα με τις οδηγίες που σας δόθηκαν. • Για την ασφαλέστερη και την υγιεινή σας είναι απαραίτητο να διαβάσετε κάθε πληροφορία που αφορά το φάρμακο που σας χορηγείται. • Να μην διατηρείτε τα φάρμακα σε ερμάρια και λουτρώ, διότι η ζέση και η υγρασία μπορεί να αλλοιώσουν το φάρμακο και να το καταστήσουν επιβλαβές για την υγεία σας. • Να μην κρατάτε φάρμακα που δεν χρειάζεστε πλέον ή που έχουν ήδη λήξει. • Για μεγαλύτερη ασφάλεια κρατάτε όλα τα φάρμακα σε ασφαλέστερο μέρος μακριά από τα παιδιά.

Συσκευασία: **Δισκία 800mg:** Κουτί των 60 γαστροανθεκτικών δισκίων. **Δισκία 400mg:** Κουτί των 30 γαστροανθεκτικών δισκίων.

Υποκλιμάριο: Κουτί με 7 ειδικά φαλάδια των 100 ml διαλύματος με 4 g mesalazine.

Υπόθετα: Κουτί 20 υπόθετων των 500 mg.

Χορηγείται Άνετα με Ιατρική Συμπνοή. **Επιχορηγείται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία σε Ποσοστό 90%.** **Ημερ. Τελ. Αναθ.:** 23-4-2002.

Βοηθήστε να γνωρίσει το φάρμακό σας ασφαλή
• Συμμετέχετε στην
«Κίτρινη Κάρτα»
Αναρωτιέται:
• ΔΕΝ οι ανεπιθύμητες ενέργειες για το δικό σας φάρμακο
• Τη **ΙΣΤΟΡΙΑ** ανεπιθύμητων ενεργειών για να γίνει η ανάλυσή τους



ANGELINI PHARMA HELLAS A.B.E.E. ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ & ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΔΡΑ: ΑΧΑΪΑΣ & ΤΡΙΟΧΩΝΙΑΣ, Τ.Κ. 145 64, Ν. ΚΗΦΙΣΙΑ - ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ.: 210.6269.200 - FAX: 210.8071688
ΓΡΑΦΕΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ: 9ο χλμ. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ-ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ 57001 ΠΥΛΑΙΑ
ΤΗΛ.: 2310818064 - FAX: 2310 823695



Lormyx[®]
Rifaximin-a 200mg



ANGELINI

ASACOL[®]

mesalazine

εκεί που



χρειάζεται

Στοχευμένη εντερική
αποδέσμευση για τη θεραπεία
της Ελκώδους Κολίτιδας

Αναρτημένες Ανακοινώσεις / P01 – P19 (posters)

Ανάρτηση: Παρασκευή 08/06/2012 μετά τις 15.00

Απομάκρυνση: Κυριακή 10/06/2012 έως 12.00

P01

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΒΟΞΥΜΑΛΤΟΖΙΚΟΥ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Γ. Ναλμπαντίδης, Α. Αυγερινός, Δ. Καπετάνος, Ι. Αβραμίδης, Α. Γκάντος, Χ. Ταλουμτζής, Α. Γαρέφας, Θ. Μάρης, Α. Ηλίας
Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. "Γ. Παπανικολάου"

P02

Η ΚΑΛΠΟΤΕΚΤΙΝΗ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΑΛΛΑ ΟΧΙ Η CRP, ΠΡΟΒΛΕΠΕΙ ΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN

Κ. Παπαμιχαήλ, Ε. Αρκαύλης, Ν. Κυριάκος, Γ. Καλαντζής, Ι. Δρούγας, Π. Κωνσταντόπουλος, Δ. Τσιφονίκος, Ξ. Τζανετάκου, Ι. Ιντέρνος, Ι. Αναστασίου, Γ. Μάντζαρης
Α' Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο "Ευαγγελισμός"

P03

Η ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙ-ΤΝFα ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Π. Κωνσταντόπουλος, Κ. Παπαμιχαήλ, Ε. Αρκαύλης, Α. Σμυρνίδης, Ν. Κυριάκος, Γ. Αγάλος, Δ. Τσιφονίκος, Ξ. Τζανετάκου, Γ. Μάντζαρης
Α' Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο "Ευαγγελισμός"

P04

ΘΕΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΣΥΧΝΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΟΤΙ ΠΙΣΤΕΥΑΜΕ; ΠΟΙΑ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΣΗΜΑΣΙΑ;

Χ. Ζεγλίνης, Β. Ντούλη, Σ. Βρακάς, Γ. Βαρβαγιάννης, Χ. Τζάθας
Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"

P05

ΘΕΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN: ΣΥΧΝΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΟΤΙ ΠΙΣΤΕΥΑΜΕ; ΠΟΙΑ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΣΗΜΑΣΙΑ;

Χ. Ζεγλίνης, Σ. Χαραλαμπίδης, Σ. Λαμπρινάκος, Γ. Μιχαλόπουλος, Ε. Μυλωνάκου, Χ. Τζάθας
Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"

P06

ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΕΚΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ;

Χ. Ζεγλίνης, Γ. Βαρβαγιάννης, Β. Ξουργιάς, Χ. Τζάθας
Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"

P07

ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Χ. Ζεγλίνης, Ε. Μυλωνάκου, Β. Ξουργιάς, Χ. Τζάθας
Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"

11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο

Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

P08

ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΔΙΑΛΥΤΟΣ ΥΠΟΔΟΧΕΑΣ ΤΡΑΝΣΦΕΡΙΝΗΣ /LOG10 ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑ

Χ. Γεωργουσάκη, Π. Ουσταμανωλάκης, Η. Κουρούμαλης, Ι. Κουτρομπάκης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

P09

ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΚΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ (ΙΦΕΝ): ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΣΙΔΗΡΟ

Χ. Γεωργουσάκη, Π. Ουσταμανωλάκης, Η. Κουρούμαλης, Ι. Κουτρομπάκης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

P10

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΟΝ FRAX ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ ΣΕ ΚΡΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN

Σ. Τερζούδης, Χ. Ζαβός, Ι. Δαμιλάκης, Ι. Νερατζουλάκης, Δ. Α. Δημητριάδου, Η. Α. Κουρούμαλης, Ι. Ε. Κουτρομπάκης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

P11

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ

Ε. Βουδούκης, Κ. Καρμίρης, Ζ. Αρχοντάκης, Α. Χαριτάκης, Α. Θεοδωροπούλου, Α. Σφυριδάκη, Ι. Κουτρομπάκης,

Γ. Α. Πασπάτης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Τμήμα Εργαστηριακής Αιματολογίας, Τμήμα Αιμοδοσίας, Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου,

Γαστρεντερολογικό Τμήμα Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

P12

ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΟΣΩΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙ-ΤΝΦ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Ε. Τσιαούση¹, Χ. Ζεγκλίνης², Γ. Μιχαλόπουλος², Χ. Τζάβας², Γ. Κουκλάκης³, Α. Μπάμπαλη³, Σ. Πολύζος¹, Γ. Τσαρούχας¹, Χ. Στεργιόπουλος¹, Σ. Μιχαήλ¹, Κ. Αναστασιάδου¹, Ε. Γαβαλάς¹, Ι. Κουντουράς¹

Β¹ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.¹, Γαστρεντερολογική Κλινική Γ.Ν.Π. "Τζάνειο"², Γαστρεντερολογική Κλινική Δ.Π.Θ.³

P13

ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΣ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ CROHN – ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΕ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Α. Χρήστου⁽¹⁾, Ν. Μπαρμπαγιάννης⁽¹⁾, Ν. Τρουμπούκης⁽¹⁾, Χ. Μπαρμπατσάς⁽²⁾, Μ. Δαιμονάκου⁽³⁾, Π. Αντωνόπουλος⁽¹⁾

Τμήμα Υπολογιστικής – Μαγνητικής Τομογραφίας⁽¹⁾, Γαστρεντερολογικό Τμήμα⁽²⁾ Παθολογοανατομικό Τμήμα⁽³⁾, Σισμανόγλειο Γ.Ν.Α

P14

ΣΥΡΙΓΓΙΑ (FISTULAS) ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ CROHN – ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΕ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Α. Χρήστου⁽¹⁾, Ν. Μπαρμπαγιάννης⁽¹⁾, Σ. Ατσιδάυτης⁽¹⁾, Ν. Τρουμπούκης⁽¹⁾, Μ. Χόρτη⁽³⁾, Χ. Μπαρμπατσάς⁽²⁾,

Π. Αντωνόπουλος⁽¹⁾

Τμήμα Υπολογιστικής – Μαγνητικής Τομογραφίας⁽¹⁾, Γαστρεντερολογικό Τμήμα⁽²⁾ Παθολογοανατομικό Τμήμα⁽³⁾, Σισμανόγλειο Γ.Ν.Α.

P15

ΠΥΩΔΗΣ ΙΔΡΑΔΕΝΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN-ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Θ. Εμμανουήλ, Σ. Γαβριήλ, Ν. Κοντοράβδης, Ε. Νίκου, Σ. Μπαράτσος

ΙΑΣΩ General, Γενική Κλινική, Χολαργός

P16

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΣΥΡΙΓΓΩΠΟΙΟ ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΗ ΝΟΣΟ CROHN

Σ. Γαβριήλ, Θ. Εμμανουήλ, Ν. Κοντοράβδης, Ε. Νίκου, Σ. Μπαράτσος

ΙΑΣΩ General, Γενική Κλινική, Χολαργός

P17

ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΜΟΚΥΣΤΕΙΝΗΣ ΟΡΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΥΛΛΙΚΟΥ ΘΞΕΟΣ

Ε.Τσιαούση, Σ. Πολύζος, Γ. Τσαρούχας, Χ. Στεργιόπουλος, Σ. Μιχαήλ, Κ. Αναστασιάδου, Σ. Τρυγόνης, Ε. Γαβαλάς,

Π. Κατσινέλος, Ι. Κουντουράς

Β' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. "Ιπποκράτειο"

P18

ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΥΣΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ)

Ε. Τσιαούση, Σ. Πολύζος, Γ. Τσαρούχας, Χ. Στεργιόπουλος, Σ. Μιχαήλ, Κ. Αναστασιάδου, Σ. Τρυγόνης, Ε. Γαβαλάς,

Π. Κατσινέλος, Ι. Κουντουράς

Β' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. "Ιπποκράτειο"

P19

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ IP-1510, ΕΝΟΣ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΗ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΗΣ IL-1, ΣΤΟ ΕΠΑΓΟΜΕΝΟ ΜΕ DSS ΖΩΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

Β. Βαλάτσης⁽¹⁾, Β. Πασπαλιάρης⁽²⁾, Ειρ. Φιλίδου⁽³⁾, Σ. Ξενάκη⁽¹⁾, Κ. Αρβανιτίδης⁽³⁾, Γ. Κολιός⁽³⁾, Η. Κουρούμπαλης⁽¹⁾¹ Ερευνητικό Εργαστήριο Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, ² Itis Pharmaceuticals Pty Ltd, Μελβούρνη, Αυστραλία, ³ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης Αλεξανδρούπολη

11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο

Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΟΜΙΛΗΤΩΝ ΠΡΟΕΔΡΩΝ

Όνομα	Σελίδα	Όνομα	Σελίδα
Ghosh Subrata	10, 11	Λαδός Σπυρίδων	10
Colombel J.F.	10	Μανιός Ιωάννης	11
Gionchetti Paolo	11	Μάντζαρης Γεράσιμος	11
Vermeire S.	11	Μανωλάκης Αναστάσιος	10
Louis E.	11	Μάρης Θεοφάνης	10
Ακριβιάδης Ευάγγελος	12	Μιχόπουλος Σπυρίδων	10
Αλεπιάς Περικλής	12	Μουζάς Ιωάννης	11
Αρχαύλης Εμμανουήλ	11	Μπάμιας Γεώργιος	11
Βαλάτας Βασίλειος	10	Μπουρίκας Λεωνίδας	10
Βιάζης Νικόλαος	12	Μυλωνάκη Μαρία	10
Γαζούλη Μαρία	10	Νικολοπούλου Βασιλική	10
Γιουλεμέ Όλγα	10	Νταϊλιάνας Απόστολος	11
Δανηλίδης Ιωάννης	10	Ντελής Βασίλειος	12
Ζαμπέλη Ευανθία	10	Οικονόμου Μιχάλης	12
Ζέλλου Αίγλη	11	Ουσταμανωλάκης Παντελής	12
Θεοδωροπούλου Αγγελική	10	Παναγιώτου Ιωάννα	11
Καλαντζής Χρυσόστομος	10	Παπαδάκης Κωνσταντίνος	10
Καραγιάννης Ιωάννης	12	Παπακωνσταντίνου Ιωάννης	12
Καρακίδης Χρήστος	10	Παπαμικαήλ Κωνσταντίνος	12
Καραμανώλης Γεώργιος	12	Παχιαδάκης Ιωάννης	11
Καραμανώλης Δημήτριος	12	Πολύμερος Δημήτριος	12
Καρμίρης Κωνσταντίνος	10, 11	Ποταμάνος Σπυρίδων	11
Κατσάνος Κωνσταντίνος	10, 12	Ρώμα Ελευθερία	11
Καψωριτάκης Ανδρέας	12	Σουφλέρης Κωνσταντίνος	12
Κεραμίδας Δημήτρης	11	Τζάθας Χαράλαμπος	10
Κολιός Γεώργιος	12	Τζουβαλά Μαρία	11
Κουκλάκης Γεώργιος	10	Τριανταφυλλίδης Ιωάννης	12
Κοντογιάννη Μερόπη	11	Τσιάνος Επαμεινώνδας	11, 12
Κουντουράς Ιωάννης	10	Τσιφώνη Ευτυχία	12
Κουρούμπαλης Ηλίας	10	Χουλιάρας Γεώργιος	11
Κουτρομπάκης Ιωάννης	10	Χρηστίδου Αγγελική	10

11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο

Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

P01

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΒΟΞΥΜΑΛΤΟΖΙΚΟΥ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Γ. Ναλμπαντίδης, Α. Αυγερινός, Δ. Καπετάνος, Ι. Αβραμίδης, Α. Γκάντος, Χ. Ταλουμτζής, Α. Γαρέφας, Θ. Μάρης, Α. Ηλιάς
Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. "Γ. Παπανικολάου"

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση επίδρασης του ενδοφλέβιου καρβοξυμάλτοζικού σιδήρου (ΕΚΣ) στους δείκτες εκτίμησης της αναμίας ασθενών με νόσο Crohn (NC) ή ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ).

Ασθενείς και Μέθοδοι: Το διάστημα Ιανουάριος-Μάρτιος 2012 καταγράφηκαν προοπτικά τα δημογραφικά και εργαστηριακά δεδομένα 14 ασθενών με ΙΦΠΕ που έλαβαν τουλάχιστον μία δόση ΕΚΣ. Καταληκτικά σημεία αποτέλεσαν η μεταβολή στην αιμοσφαιρίνη 4 εβδομάδες μετά από τη χορήγηση 500mg ΕΚΣ σε 250mL διαλύματος χλωριούχου νατρίου 0,9% σε 15-30 λεπτά.

Αποτελέσματα: Από τους 14 ασθενείς οι 13 έπασχαν από NC και 1 με ΕΚ. Έξι ασθενείς ήταν άνδρες (42,86%) και 8 γυναίκες (57,14%). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 40,1 (SD 17,9) ετών και ο διάμεσος αριθμός συνεδριών έγχυσης ΕΚΣ 1 (εύρος 1-3). Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες ή σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες μετά από τη λήψη του ΕΚΣ σε 21 συνολικά συνεδρίες χορήγησης. Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν βελτίωση των συμπτωμάτων αναμίας. Η διάμεσος τιμή φερριτίνης ορού πριν από την πρώτη χορήγηση ήταν 6,15ng/mL και η αντίστοιχη τιμή αιμοσφαιρίνης 10,7g/dL. Η διάμεσος τιμή τιμή φερριτίνης ορού μετά 1 χορήγηση ήταν 12,0ng/mL ($P=0,317$) και η αντίστοιχη τιμή αιμοσφαιρίνης 11,85 (11,6-12,0)g/dL ($P=0,068$).
Συμπεράσματα: Η χορήγηση ΕΚΣ σε ασθενείς με ΙΦΠΕ είναι αποτελεσματική χωρίς σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες.

P02

Η ΚΑΛΠΡΟΤΕΚΤΙΝΗ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΑΛΛΑ ΟΧΙ Η CRP, ΠΡΟΒΛΕΠΕΙ ΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN

Κ. Παπαμιχαήλ, Ε. Αρχαύλης, Ν. Κυριάκος, Γ. Καλαντζής, Ι. Δρούγας, Π. Κωνσταντόπουλος, Δ. Τσιρονίκος, Ξ. Τζανετάκου, Ι. Ιντέρνος, Ι. Αναστασίου, Γ. Μάντζαρης
Α' Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο "Ευαγγελισμός"

Εισαγωγή: Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση του ρόλου των κλινικών, ορολογικών και δεικτών φλεγμονής των κοπράνων να προβλέψουν την μετεγχειρητική ενδοσκοπική υποτροπή (MEY) της νόσου του Crohn (NC), χρησιμοποιώντας την ενδοσκοπηση ως μέθοδο αναφοράς.

Μέθοδοι: Μονοκεντρική, προοπτική μελέτη όπου επιλέχθηκαν ασθενείς με ελαιο-κολική αναστόμωση για NC με υψηλό κίνδυνο για MEY. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για 2 χρόνια με επισκέψεις κάθε 2 μήνες που περιελάμβαναν κλινική εξέταση, ανασκόπηση του CDAI, πλήρη εργαστηριακό έλεγχο και καλπροτεκτίνη κοπράνων (KK, θετική τιμή >15 μg/g). Οι ασθενείς ενδοσκοπήθηκαν σε 6, 12 και 24 μήνες μετά το χειρουργείο. Το Rutgeerts score $\geq i2$ ($Rs \geq i2$) θεωρήθηκε ως MEY.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη 59 ασθενείς (39 με ελκώδη, 20 με ελαιο-κολίτιδα και 15 με περιφερική νόσο). Μετεγχειρητικά οι ασθενείς έλαβαν AZA ($n=44$) ή αντι-TNFα παράγοντες ($n=15$). Τα ποσοστά MEY ήταν 6,8% (4/59) στους 6 μήνες, 16,9% (10/59) σε 1 έτος και 25,4% (15/59) στα 2 έτη. Δέκα με MEY ήταν σε θεραπεία με AZA και 5 με αντι-TNFα παράγοντες ($p=0,5$). Η KK ήταν διαρκώς παθολογική (>60μg/g) και στους 15 ασθενείς με MEY πριν από την επιβεβαίωσή της, ανεξάρτητα από το Rs, σε σύγκριση με 8/15 (53,3%) με παθολογική CRP ($p=0,017$). Η CRP είχε μέτρια ($r=0,57$), αλλά η ΤΚΕ πολύ κακή συσχέτιση ($r=0,21$) με το Rs της MEY. Τα ποσοστά κλινικής υποτροπής (CDAI>150) ήταν 1,7%, 6,8%, και 11,6% σε 6, 12, και 24 μήνες αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Η KK αποδείχθηκε εξέταση με μεγαλύτερη ευαισθησία για την πρόβλεψη της MEY της NC σε σχέση με την ΤΚΕ, ή την CRP.

P03

Η ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙ-TNFα ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Π. Κωνσταντόπουλος, Κ. Παπαμιχαήλ, Ε. Αρχαύλης, Α. Σμυρνίδης, Ν. Κυριάκος, Γ. Αγάλος, Δ. Τσιρονίκος, Ξ. Τζανετάκου, Γ. Μάντζαρης
Α' Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο "Ευαγγελισμός"

Εισαγωγή: Η νόσος του Crohn (NC) και η ελκώδης κολίτιδα (ΕΚ), συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αθηροσκλήρωσης, ενώ ο TNF-

Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

α, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό του μεταβολικού προφίλ. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης της μακράς διάρκειας θεραπείας με infliximab (IFX) και adalimumab (ADA) στο λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών με ΙΦΝΕ.

Μέθοδοι: Σε 104 ασθενείς με ΙΦΝΕ (58 θήλυ, 79 NC) μελετήθηκαν προοπτικά τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης (TC), των τριγλυκεριδίων (TG), της HDL χοληστερόλης (HDL) και της LDL χοληστερόλης (LDL), κατά την έναρξη και μεταξύ 52-104 (μέσος όρος 71) εβδομάδες μετά από επιτυχή προγραμματισμένη θεραπεία συντήρησης με IFX (n=90) ή ADA (n=14). Πενήντα έξι υγιείς εθελοντές, χρησιμοποιήθηκαν ως μάρτυρες.

Αποτελέσματα: Πριν τη θεραπεία, μόνο τα επίπεδα της TC και μόνο σε ασθενείς με NC ήταν στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερα, σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Η θεραπεία συντήρησης με anti-TNFα παράγοντες είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του δείκτη μάζας σώματος (BMI) σε όλους τους ασθενείς με ΙΦΝΕ και αύξηση μόνο των επιπέδων της TC, σε σύγκριση με αυτά πριν τη θεραπεία, και μόνο σε ασθενείς με NC (177 vs 158 mg/dL, p=0.02).

Συμπεράσματα: Μόνο τα επίπεδα της TC και μόνο σε ασθενείς με NC, ήταν στατιστικώς σημαντικά αυξημένα σε σχέση με τα αρχικά πριν τη θεραπεία, μετά την επιτυχή μακροπρόθεσμη anti-TNFα θεραπεία. Άλλα στοιχεία του προφίλ των λιπιδίων (TG, HDL και LDL) δεν επηρεάστηκαν από τη θεραπεία, παρά την αύξηση του δείκτη BMI. Οι παθοφυσιολογικές και κλινικές επιπτώσεις αυτών των μεταβολών περιμένουν επιβεβαίωση από μεγαλύτερες σε κλίμακα μελέτες στο μέλλον.

P04

ΘΕΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΣΥΧΝΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΟΤΙ ΠΙΣΤΕΥΑΜΕ? ΠΟΙΑ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΣΗΜΑΣΙΑ?

Χ. Ζεγλίνης, Β. Ντούλη, Σ. Βρακάς, Γ. Βαρβαγιάννης, Χ. Τζάθας

Γαστρεντερολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"

Στη διεθνή βιβλιογραφία τα ποσοστά θετικού οικογενειακού ιστορικού (ΘΟΙ) σε ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα (ΕΚ) κυμαίνονται μεταξύ 5% - 14%, ενώ στην Ελλάδα οι αναφορές είναι ελάχιστες. Οι μελέτες αυτές στην πλειονότητα είναι αναδρομικές και το εύρος της διακύμανσης προφανώς αντανάκλα τη διαφορετική διαγνωστική προσέγγιση σε διαφορετικές περιοχές και χρονικές περιόδους.

Σκοπός της εργασίας είναι να προσδιορίσει τη συχνότητα ΘΟΙ των ασθενών με ΕΚ με βάση την ηλικία και τις χρονικές περιόδους διάγνωσης της νόσου.

Δευτερευόντως, μελετάται ο ρόλος του ΘΟΙ στην πορεία της ΕΚ και στην εμφάνιση εξωεντερικών εκδηλώσεων

Μέθοδος – Υλικό: Μελετήθηκαν αναδρομικά από το 1980 έως σήμερα οι φάκελοι 140 ασθενών ηλικίας έως 30 ετών κατά τη διάγνωση τους. Αυτοί ταξινομήθηκαν σε 2 ομάδες με βάση τη χρονολογία διάγνωσης (α) μεταξύ 1980-2000 (61 ασθενείς) (β) μετά το 2000 (79 ασθενείς).

Σε κάθε ομάδα υπολογίστηκε το ΘΟΙ (ΙΦΝΕ σε 1^{ου} βαθμού συγγενείς).

Επίσης υπολογίστηκε η συχνότητα εξωεντερικών εκδηλώσεων στους ασθενείς με ΘΟΙ σε σύγκριση με αυτή των σποραδικών ασθενών και η συχνότητα ΘΟΙ στους ασθενείς με επιθετικότερη νόσο και αγωγή με anti-TNF σε σχέση με αυτή των ασθενών σε συμβατική αγωγή. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση: χ^2 test – Yates's correction.

Αποτελέσματα:

Χρονολογία Διάγνωσης	Θετικό Οικογενειακό Ιστορικό
1980-2000	6,5 % (4/61)
2000-2012	14 % (11/79)

Εξωεντερικές εκδηλώσεις παρατηρήθηκαν στο 66,67% (10/15) των ασθενών ΕΚ με ΘΟΙ, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο (0,01>p>0,001) σε σχέση με των σποραδικών ασθενών 31,2% (39/125).

Εκ των ασθενών σε αγωγή με anti-TNF, ΘΟΙ έχει το 13,3% (2/15) ποσοστό που δε διαφέρει σημαντικά από αυτό των ασθενών υπό συμβατική αγωγή 14,05% (9/64).

Συμπεράσματα:

Υπάρχει αύξηση του ποσοστού ΘΟΙ (14%) τα τελευταία έτη.

Η αύξηση αυτή πιθανότατα αντικατοπτρίζει την διαχρονικά βελτιούμενη διαγνωστική προσέγγιση της νόσου.

Η ύπαρξη ΘΟΙ αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα εμφάνισης εξωεντερικών εκδηλώσεων.

Η ύπαρξη ΘΟΙ δεν σχετίζεται με επιθετικότερη νόσο και χρήση anti-TNF.

P05**ΘΕΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN: ΣΥΧΝΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΟΤΙ ΠΙΣΤΕΥΑΜΕ, ΠΟΙΑ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΣΗΜΑΣΙΑ;****Χ. Ζεγλίνης, Σ. Χαραλαμπίδης, Σ. Λαμπρινάκος, Γ. Μικαλόπουλος, Ε. Μυλωνάκου, Χ. Τζάθας***Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"*

Στη διεθνή βιβλιογραφία τα ποσοστά θετικού οικογενειακού ιστορικού (ΘΟΙ) σε ασθενείς με Νόσο του Crohn (C.D) κυμαίνονται μεταξύ 2% - 14%, ενώ στην Ελλάδα οι αναφορές είναι ελάχιστες. Οι μελέτες αυτές στην πλειονότητα είναι αναδρομικές και το εύρος της διακύμανσης προφανώς αντανάκλα τη διαφορετική διαγνωστική προσέγγιση σε διαφορετικές περιοχές και χρονικές περιόδους.

Σκοπός της εργασίας είναι να προσδιορίσει τη συχνότητα ΘΟΙ των ασθενών με CD με βάση την ηλικία και τις χρονικές περιόδους διάγνωσης της νόσου. Δευτερευόντως, μελετάται ο ρόλος του ΘΟΙ στην πορεία της CD και στην εμφάνιση εξωεντερικών εκδηλώσεων.

Μέθοδος – Υλικό: Μελετήθηκαν αναδρομικά από το 1980 έως σήμερα οι φάκελοι 150 ασθενών ηλικίας έως 30 ετών κατά τη διάγνωσή τους. Αυτοί ταξινομήθηκαν σε 2 ομάδες με βάση τη χρονολογία διάγνωσης (α) μεταξύ 1980-2000 (55 ασθενείς) (Β) μετά το 2000 (95 ασθενείς).

Σε κάθε ομάδα υπολογίστηκε το ΘΟΙ (ΙΦΝΕ σε 1^{ου} βαθμού συγγενείς).

Επίσης υπολογίστηκε η συχνότητα εξωεντερικών εκδηλώσεων στους ασθενείς με ΘΟΙ σε σύγκριση με αυτή των σποραδικών ασθενών και η συχνότητα ΘΟΙ στους ασθενείς με επιθετικότερη νόσο και αγωγή με anti-TNF σε σχέση με αυτή των ασθενών σε συμβατική αγωγή. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση: χ^2 test – Yates's correction.

Αποτελέσματα:

Χρονολογία Διάγνωσης	Θετικό Οικογενειακό Ιστορικό
1980-2000	3,64 % (2/55)
2000-2012	12,63 % (12/95)

Εξωεντερικές εκδηλώσεις παρατηρήθηκαν στο 64,3% (9/14) των ασθενών CD με ΘΟΙ, ποσοστό υψηλότερο ($0,1 > p > 0,05$) σε σχέση με των σποραδικών ασθενών 40,44% (55/136).

Εκ των ασθενών σε αγωγή με anti-TNF, ΘΟΙ έχει το 13,8%(4/29) ποσοστό που δε διαφέρει σημαντικά από αυτό των ασθενών υπό συμβατική αγωγή 12,12% (8/66).

Συμπεράσματα: Υπάρχει αύξηση του ποσοστού ΘΟΙ (12,63%) τα τελευταία έτη.

Η αύξηση αυτή πιθανότατα αντικατοπτρίζει την διαχρονικά βελτιούμενη διαγνωστική προσέγγιση της νόσου.

Η ύπαρξη ΘΟΙ αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα εμφάνισης εξωεντερικών εκδηλώσεων.

Η ύπαρξη ΘΟΙ δεν σχετίζεται με επιθετικότερη νόσο και χρήση anti-TNF.

P06**ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΕΚΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ;****Χ. Ζεγλίνης, Γ. Βαρβαγιάννης, Β. Ξουργιάς, Χ. Τζάθας***Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"*

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της έκτασης της φλεγμονής στην Ελκώδη Κολίτιδα και της εμφάνισης εξωεντερικών εκδηλώσεων.

Μέθοδος – Υλικό: Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης εξωεντερικών εκδηλώσεων σε πάσχοντες από Ελκώδη Κολίτιδα σε σχέση με την έκταση της νόσου.

Συνολικά 153 ασθενείς διαφύθηκαν σε πάσχοντες από ορθίτιδα (15), αριστερόπλευρη (70) και εκτεταμένη κολίτιδα (68). Σε κάθε ομάδα υπολογίστηκε η συχνότητα εμφάνισης εξωεντερικών εκδηλώσεων και το ποσοστό συμμετοχής της κάθε εξωεντερικής εκδήλωσης. Στατιστική ανάλυση: χ^2 test.

Αποτελέσματα:

Ελκώδης Κολίτιδα	Εκτεταμένη Κολίτιδα	Αριστερόπλευρη Κολίτιδα	Ορθίτιδα
Εξωεντερικές Εκδηλώσεις	42,6 % (29/68)	21,4 % (15/70)	20 % (3/15)

Οι πάσχοντες από Εκτεταμένη Κολίτιδα έχουν σημαντικά ($p < 0,001$) συχνότερη εμφάνιση εξωεντερικών εκδηλώσεων σε σχέση

11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο

Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

Εξωεντερικές Εκδηλώσεις	Εκτεταμένη Κολίτιδα	Αριστερόπλευρη Κολίτιδα	Ορθίτιδα
Αρθροπάθεια	50 %	44,4 %	100 %
Λφθες	38,9 %	50 %	-
Δερματικές Εκδηλώσεις	8,3 %	5,6 %	-
Σκληρυντική χολαγγειίτιδα	2,8 %	-	-

Συμπεράσματα: Στην Εκτεταμένη κολίτιδα εμφανίζονται σημαντικά συχνότερα εξωεντερικές εκδηλώσεις σε σχέση με την Αριστερόπλευρη κολίτιδα και την ορθίτιδα ή αντίστροφα η ύπαρξη εξωεντερικών εκδηλώσεων συσχετίζεται σημαντικά συχνότερα με φλεγμονή που εκτείνεται κεντρικότερα της σπληνικής καμπής.

P07

ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Χ. Ζεγλίνης, Ε. Μυλωνάκου, Β. Ξουργιάς, Χ. Τζάθας

Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της εντόπισης της φλεγμονής στην Νόσο του Crohn και της εμφάνισης εξωεντερικών εκδηλώσεων.

Μέθοδος – Υλικό: Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης εξωεντερικών εκδηλώσεων σε πάσχοντες από Νόσο Crohn σε σχέση με την εντόπιση της Νόσου στον γαστρεντερικό σωλήνα.

Συνολικά 157 ασθενείς διαφερίθηκαν σε πάσχοντες από Είλεοκολίτιδα, Ειλείτιδα και Κολίτιδα. Σε κάθε ομάδα υπολογίστηκε η

N. Crohn	Ειλείτιδα	Είλεοκολίτιδα	Κολίτιδα
Εξωεντερικές Εκδηλώσεις	22,2 % (4/18)	47,3 % (52/110)	27,5 % (8/29)
χ^2 test	0,05 > p > 0,02		0,05 > p > 0,02

Εξωεντερικές Εκδηλώσεις	Ειλείτιδα	Είλεοκολίτιδα	Κολίτιδα
Αρθρίτιδα	50 %	36 %	57 %
Λιθίαση	16,6 %	23,5 %	7,2 %
Αφθώδη έλκη στόματος	16,6 %	26,5 %	21,4 %
Δερματικές Εκδηλώσεις	16,6 %	12,5 %	7,2 %
Ιριδοκυκλίτιδα	-	1,5 %	-
Επισκληρίτιδα	-	-	7,2 %

Συμπεράσματα: Σε είλεοκολική εντόπιση της φλεγμονής στη Νόσο του Crohn εμφανίζονται σημαντικά συχνότερα εξωεντερικές εκδηλώσεις σε σχέση με την κολίτιδα και την ειλείτιδα.

Επισημαίνεται επίσης, ο υψηλός επιπολασμός της νεφρολιθίασης στην Crohn είλεοκολίτιδα, που δύναται να αποδοθεί στη δυσασπορόφηση των λιπαρών οξέων από τον κατά κανόνα προσβεβλημένο τελικό ειλεό.

Τέλος, υπογραμμίζεται η συχνότερη εμφάνιση αρθροπάθειας σε προσβολή του παχέος εντέρου.

P08

ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΔΙΑΛΥΤΟΣ ΥΠΟΔΟΧΕΑΣ ΤΡΑΝΣΦΕΡΡΙΝΗΣ /LOG10 ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑ

Χ. Γεωργουσάκη, Π. Ουσταμανωλάκης, Η. Κουρούμλης, Ι. Κουτρομπάκης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ενδοφλέβια (ΕΦ) χορήγηση σιδήρου αποτελεί μία ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία της αναιμίας σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη εντεροπάθεια (ΙΦΕΝ). Δεν υπάρχουν όμως αξιόπιστοι δείκτες ανταπόκρισης στην θεραπεία. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η αξιολόγηση του δείκτη διαλυτός υποδοχέας της τρανσφερίνης/log10 φερριτίνης (sTfR-F) σαν δείκτη ανταπόκρισης στην ΕΦ χορήγηση σιδήρου σε ασθενείς με ΙΦΕΝ.

Υλικό-Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 54 ασθενείς με ΙΦΕΝ (30 άνδρες, 22 με Ελκώδη Κολίτιδα (ΕΚ), 32 με Νόσο Crohn (NC),

μέση ηλικία 43.4 έτη]. Χορηγήθηκε καρβοξυμαλτοζικός σίδηρος σε 15 λεπτά, με όριο τα 15 mg/Kg ή 1000 mg. Αξιολογήθηκαν διάφορες κλινικές και εργαστηριακές παράμετροι περιλαμβανομένου του sTfR-F τις εβδομάδες 0 και 4.

Αποτελέσματα: Η μέση χορηγηθείσα δόση σιδήρου ήταν 1290 ± 329 mg. Αιμοποιητική απόκριση (αύξηση αιμοσφαιρίνης ≥ 2 g/dl) παρατηρήθηκε στο 66.7 % των ασθενών. Η μέση τιμή CRP και TKE δεν διέφερε στατιστικώς σημαντικά στις φάσεις της μελέτης. Δεν διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ CRP και sTfR-F. Η ΕΦ χορήγηση σιδήρου είχε ως αποτέλεσμα την σημαντική μείωση του sTfR-F κατά την εβδομάδα 4 σε σύγκριση με την εβδομάδα 0 ($P < 0.0001$). Οι ασθενείς που παρουσίασαν αιμοποιητική ανταπόκριση είχαν σημαντικά υψηλότερα αρχικά επίπεδα sTfR-F (5.2 ± 3.6) σε σύγκριση με αυτούς που δεν παρουσίασαν αιμοποιητική ανταπόκριση (1.5 ± 0.8) ($P = 0.003$). Αρχικά επίπεδα sTfR-F > 1.4 είχαν ευαισθησία 91.8% και ειδικότητα 94.4% για την πρόβλεψη της αιμοποιητικής ανταπόκρισης.

Συμπεράσματα: Ο sTfR-F αποτελεί αξιόπιστο δείκτη πρόβλεψης της ανταπόκρισης στην ενδοφλέβια χορήγηση καρβοξυμαλτοζικού σιδήρου σε ασθενείς με ΙΦΕΝ

P09

ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΚΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ (ΙΦΕΝ): ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΣΙΔΗΡΟ

Χ. Γεωργουσάκη, Π. Ουσταμανωλάκης, Η. Κουρούμλης, Ι. Κουτρομπάκης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι ασθενείς με ΙΦΕΝ παρουσιάζουν συχνά θρομβοκυττάρωση που θεωρείται ότι οφείλεται τόσο στην χρόνια φλεγμονή όσο και στην συνυπάρχουσα σιδηροπενική αναιμία. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της χορήγησης ενδοφλεβίου σιδήρου για διόρθωση της αναιμίας στον αριθμό των αιμοπεταλίων σε ασθενείς με ΙΦΕΝ

Υλικό-Μέθοδος: Συμμετείχαν 54 ασθενείς με ΙΦΕΝ από τους οποίους αναλύθηκαν οι 48 (21 με ελκώδη κολίτιδα και 27 με νόσο Crohn). Η μέση τιμή αιμοσφαιρίνης αυτών ήταν $Hb = 9.8$ g/dl, ενώ χορηγήθηκε καρβοξυμαλτοζικός σίδηρος με μέγιστη δοσολογία τα 15 mg/kg ή τα 1000 mg εντός 15 min ενδοφλεβίως. Η μέση τιμή καρβοξυμαλτοζικού σιδήρου που χορηγήθηκε ήταν 1290 ± 329 mg. Αναλύθηκαν διάφορες παράμετροι όπως Hb , Hct , PLT , TKE , CRP και μέσος όγκος αιμοπεταλίων (MPV) τόσο την εβδομάδα 0 όσο και την εβδομάδα 4 μετά την χορήγηση σιδήρου.

Αποτελέσματα: Αιμοποιητική απόκριση (αύξηση αιμοσφαιρίνης ≥ 2 g/dl) παρατηρήθηκε στο 66.7 % των ασθενών μετά την χορήγηση σιδήρου. Θρομβοκυττάρωση διαπιστώθηκε σε 8 ασθενείς (16 %) πριν και σε 1 ασθενή (2.0 %) μετά την χορήγηση σιδήρου ($P = 0.06$). Παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της τιμής των PLT ($PLT_0 = 372.5 \pm 164 \times 10^3$ vs $PLT_4 = 282.42 \pm 118 \times 10^3$, $P = < 0.0001$). Παράλληλα παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στην τιμή της MPV ($MPV_0 : 8.4 \pm 1.2$ vs $MPV_4 : 9.05 \pm 1.4$, $P = 0.0001$). Η μέση τιμή CRP και TKE δεν διέφερε στατιστικώς σημαντικά στις φάσεις της μελέτης και η συσχέτιση μεταξύ PLT η MPV και TKE ή CRP δεν ήταν στατιστικώς σημαντική.

Συμπεράσματα: Η θρομβοκυττάρωση σχετίζεται κυρίως με την σιδηροπενική αναιμία στους ασθενείς με ΙΦΕΝ, ενώ η σημασία της πτώσης των PLT και της αύξησης του MPV μετά την χορήγηση καρβοξυμαλτοζικού σιδήρου χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

P10

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΟΝ FRAX ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ ΣΕ ΚΡΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN

Σ. Τερζούλης, Χ. Ζαβός, Ι. Δαμιλάκης, Ι. Νερατζουλάκης, Δ. Α. Δημητριάδου, Η. Α. Κουρούμλης, Ι. Ε. Κουτρομπάκης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Εισαγωγή: Η μεταβολική νόσος των οστών και τα οστεοπορωτικά κατάγματα είναι συχνά σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη εντερική νόσο (ΙΦΕΝ). Πρόσφατα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πρότεινε το FRAX score που με βάση κλινικά κριτήρια και την οστική πυκνότητα υπολογίζει την πιθανότητα κατάγματος ισχίου ή μείζονος οστεοπορωτικού κατάγματος για διάστημα 10 ετών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση του κλινικού (χωρίς οστική πυκνότητα) FRAX score ως προς την πρόγνωση οστικών καταγμάτων σε ασθενείς με ΙΦΕΝ και η επιμέρους σύγκριση ασθενών με νόσο Crohn (NC) και ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ).

Μέθοδος: Το FRAX score υπολογίστηκε σε 134 ασθενείς με ΙΦΕΝ (68 NC, 66 ΕΚ) που υπεβλήθησαν σε DEXA αυχένος μηριαίου οστού κατά την περίοδο 2007-2012. Ο υπολογισμός του FRAX score έγινε βάσει αλγορίθμου (www.shef.ac.uk/FRAX) αρχικά χωρίς (κλινικό FRAX) και εν συνεχεία με την οστική πυκνότητα (πλήρες FRAX).

Αποτελέσματα: Η ενδιάμεση δεκαετής πιθανότητα για μείζον οστεοπορωτικό κάταγμα σε ασθενείς με ΙΦΕΝ βρέθηκε 7.1 % (κλινικό FRAX) και 6.2 % (πλήρες FRAX). Συγκριτικά υπήρξε υπερεκτίμηση της πιθανότητας κατάγματος βάσει του κλινικού FRAX score ($P = 0.01$). Η ενδιάμεση δεκαετής πιθανότητα για κάταγμα ισχίου αντίστοιχα ήταν 0.8% και 0.9%. Τόσο το κλινικό όσο και το πλήρες FRAX score βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερα σε ασθενείς με NC σε σύγκριση με τους ασθενείς με ΕΚ ($P = 0.02$ και $P = 0.005$ αντίστοιχα για μείζον οστεοπορωτικό κάταγμα και $P = 0.04$ για κάταγμα ισχίου).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με NC έχουν σημαντικά υψηλότερα FRAX scores και πιθανότητα κατάγματος σε σύγκριση με ασθενείς

11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο

Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

με ΕΚ. Το κλινικό FRAX score υπερεκτιμά την πιθανότητα οστεοπορωτικού κατάγματος στους ασθενείς με ΙΦΕΝ.

P11

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ

Ε. Βουδούκης, Κ. Καρμίρης, Ζ. Αρχοντάκης, Α. Χαριτάκης, Α. Θεοδοροπούλου,

Α. Σφυριδάκη, Ι. Κουτρουμπάκης, Γ. Α. Πασπάτης

Γαστρεντερολογική Τμήμα, Τμήμα Εργαστηριακής Αιματολογίας, Τμήμα Αιμοδοσίας, Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου,

Γαστρεντερολογικό Τμήμα Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Σκοπός της Εργασίας: Οι ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη εντερική νόσο (ΙΦΕΝ) εμφανίζουν συχνά αντιδραστική θρομβοκυττάρωση. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συχνότητας και των μηχανισμών ανάπτυξης θρομβοκυττάρωσης σε ασθενείς με ΙΦΕΝ.

Υλικά και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 96 διαδοχικοί ασθενείς με ΙΦΕΝ (άρρενες: 59.4%, νόσος Crohn (NC): 58.3%, καπνιστές: 44.8%, ηλικία διάγνωσης (IQR): 30.9 (22.6–44.7) έτη, διάρκεια νόσου: 5.4 (1.2–10.1) έτη, CDAI score: 34 (12–65), SCCAI score: 1 (1–5.5), CRP: 0.46 (0.17–1.5) mg/dl). Σε όλους τους ασθενείς εκτιμήθηκαν ο αριθμός και οι δείκτες των αιμοπεταλίων καθώς και δείκτες αναμίας [MCV, RDW, διαλυτό υποδοχέα τρανσφερίνης (sTfR) & sTfR-index, βιταμίνη B12, φυλλικό οξύ].

Αποτελέσματα: Θρομβοκυττάρωση παρατηρήθηκε σε 12 ασθενείς (12.5%). Η παρουσία θρομβοκυττάρωσης συσχετίστηκε μόνο με το MCV ($p=0.009$) αλλά όχι με τα RDW, sTfR, sTfR-index, βιταμίνη B12, φυλλικό οξύ, CRP, SCCAI & CDAI. Ωστόσο, στο σύνολο των ασθενών ο αριθμός των αιμοπεταλίων συσχετίστηκε με τους επιμέρους δείκτες αναμίας: MCV, RDW, sTfR, sTfR-index, φυλλικό οξύ ($p<0.0001$) & βιταμίνη B12 ($p=0.03$).

Συμπεράσματα: Στους ασθενείς με ΙΦΕΝ, φαίνεται να υπάρχει ένας μηχανισμός αλληλεπίδρασης μεταξύ της ερυθράς και της σειράς των θρομβοκυττάρων είτε στο μυελό των οστών είτε στην κυκλοφορία του αίματος. Ωστόσο όμως, η παρουσία θρομβοκυττάρωσης δε συσχετίστηκε με τους δείκτες αναμίας αλλά ούτε και με την ενεργότητα της νόσου, πιθανά λόγω του μικρού αριθμού ασθενών στην ομάδα αυτή. Μελέτες σε μεγαλύτερη σειρά ασθενών είναι πιθανό να αναδείξουν τη σχέση αναμίας – θρομβοκυττάρωσης στους ασθενείς με ΙΦΕΝ.

P12

ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΟΣΩΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙ-TNF ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Ε. Τσιωούση¹, Χ. Ζεγκλινάς², Γ. Μικαλόπουλος², Χ. Τζάθας², Γ. Κουκλάκης³, Α. Μπάμπαλη³, Σ. Πολύζος¹, Γ. Τσαρούχας¹,

Χ. Στεργίουπουλος¹, Σ. Μιχαήλ¹, Κ. Αναστασιάδου¹, Ε. Γαβαλάς¹, Ι. Κουντουράς¹

Β¹ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.¹, Γαστρεντερολογική Κλινική Γ.Ν.Π. “Τζάνειο”², Γαστρεντερολογική Κλινική Δ.Π.Θ.³

Σκοπός: Η διερεύνηση προτιμήσεων ασθενών με νόσο Crohn’s και Ελκώδη κολίτιδα σχετικά με το περιβάλλον (νοσοκομειακό ή κατ’ οίκον) χορήγησης βιολογικών ανοσοτροποποιητικών παραγόντων.

Μέθοδοι: Ασθενείς τακτικών ιατρικών ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων της Β¹ Παθολογικής Κλινικής του ΑΠΘ, της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του Δ.Π.Θ και της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του ΓΝΠ Τζάνειο κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτηματολόγιο επιλογής του τύπου (κατ’ οίκον ή στο νοσοκομείο) χορηγήσεως-ανοσοτροποποιητικής αγωγής με anti-TNF παράγοντες χωρίς να αναφέρονται σκευάσματα ή φαρμακευτικές ουσίες.

Αποτελέσματα: Στην πιλοτική αυτή μελέτη, το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν προς το παρόν 115 ασθενείς, 52 γυναίκες (45.2%) και 63 άνδρες (54.8%) με νόσο Crohn’s και Ελκώδη κολίτιδα. Συνολικά 76 άτομα (66.1%) εκδήλωσαν την επιθυμία τους να λαμβάνουν την ειδική αγωγή σε νοσοκομειακό περιβάλλον και 39 άτομα (33.9%) κατ’ οίκον. Υπήρξε απόκλιση μεταξύ των 3 κέντρων ($p=0.035$), με υπεροχή της αγωγής στο νοσοκομείο μεν και στα τρία κέντρα, αλλά με ποσοστό 80.0% στη Β¹ Π του ΑΠΘ, 53.3% στη Γαστρεντερολογική Κλινική του Δ.Π.Θ και 60.0% στη Γαστρεντερολογική Κλινική του ΓΝΠ Τζάνειο. Ασθενείς ηλικίας >35 ετών προτίμησαν την αγωγή στο νοσοκομείο με μέσο όρο 74.4%, ενώ άτομα 35 ετών με ποσοστό 54.0% ($p=0.016$). Άτομα πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης προτίμησαν το νοσοκομείο με ποσοστά 68.0%, 75.6% και 55.6% αντίστοιχα ($p=0.131$). Ασθενείς με Ελκώδη κολίτιδα προτίμησαν αγωγή στο νοσοκομείο με ποσοστό 83.3% ενώ ασθενείς με νόσο Crohn’s με ποσοστό 57.7% ($p=0.007$). Υπήρξε μια μη-στατιστικά σημαντική τάση υπεροχής ($p=0.067$) της νοσοκομειακής χορήγησης στις γυναίκες (75.0%) έναντι των αντρών (58.7%).

Συμπεράσματα: Παρατηρήθηκε σαφής προτίμηση των ασθενών με ΙΦΕΝ υπέρ της χορήγησης anti-TNF παραγόντων σε νοσοκομειακό περιβάλλον, ιδιαίτερα ασθενών >35 ετών, με ελκώδη κολίτιδα και με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Η προτίμηση των ασθενών όσον αφορά το είδος και το περιβάλλον χορήγησης της αγωγής με βιολογικούς παράγοντες πιθανόν να αποτελεί σημαντική παράμετρο αξιολογήσεως με τις δυνητικές σχετικές επιπτώσεις.

P13**ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΣ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ CROHN – ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΕ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ**

Α. Χρήστου⁽¹⁾, Ν. Μπαρμπαγιάννης⁽¹⁾, Ν. Τρουμπούκης⁽¹⁾, Χ. Μπαρμπατσάς⁽²⁾, Μ. Δαμονάκου⁽³⁾, Π. Αντωνόπουλος⁽¹⁾
*Τμήμα Υπολογιστικής – Μαγνητικής Τομογραφίας⁽¹⁾, Γαστρεντερολογικό Τμήμα⁽²⁾
 Παθολογοανατομικό Τμήμα⁽³⁾, Σισμανόγλειο Γ.Ν.Α.*

Σκοπός της μελέτης είναι να αποκαλύψει τη σημαντική συμβολή της μεθόδου της Υπολογιστικής Τομογραφίας (ΥΤ) στη διάγνωση και γενικότερα στην εκτίμηση των αποστημάτων της περιτοναϊκής κοιλότητας που δημιουργούνται ως επιπλοκή της νόσου Crohn. **Υλικό – Μέθοδος:** Παρουσιάζονται 9 ασθενείς, 5 γυναίκες και 4 άντρες, ηλικίας από 22 έως 54 χρόνων, που εξετάστηκαν με ΥΤ μετά από χορήγηση σκιαγραφικού διαλύματος από του στόματος καθώς επίσης και μετά από χορήγηση σκιαγραφικού διαλύματος ενδοφλεβίως. Η εξέταση έγινε με λεπτές εγκάρσιες τομές πάχους 3-5mm. Η τελική διάγνωση της νόσου Crohn τέθηκε με βάση τα κολονοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα ενώ σε 4 από αυτούς έγινε παρακέντηση με λεπτή βελόνη υπό την καθοδήγηση Αξονικού Τομογράφου που απέδωσε υλικό πύου.

Αποτελέσματα: Σε 5 ασθενείς βρέθηκε μονήρης απόστημα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο που λόγω της ηλικίας των ασθενών τέθηκε σε διαφορική διάγνωση και με το περισκωληκοειδικό απόστημα ως επιπλοκή οξείας σκωληκοειδίτιδας. Τα συνολικά ΥΤ ευρήματα με τη σημαντική πάχυνση του τοιχώματος του τελικού τμήματος του ειλεού ή και άλλων τμημάτων εντερικών ελίκων και κυρίως η απουσία διογκωμένης σκωληκοειδούς αποψύσεως συνέβαλαν στην ορθή διάγνωση. Σε 4 ασθενείς τα αποστήματα ήταν πολλαπλά (πάνω από 2) και σε μία από τις 4 προαναφερόμενες περιπτώσεις ήταν διάχυτα και συνοδεούντουσαν από σημεία περιτονίτιδας.

Συμπέρασμα: Η ΥΤ αποτελεί μια αξιόπιστη και αναίμακτη απεικονιστική μέθοδο με την οποία είναι δυνατόν να ανακαλυφθούν πιθανά αποστήματα που μπορούν να δημιουργηθούν ως επιπλοκή της νόσου Crohn, πολλά εκ των οποίων είναι δυνατόν να παροχετευθούν με την καθοδήγηση της ΥΤ.

P14**ΣΥΡΙΓΓΙΑ (FISTULAS) ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ CROHN – ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΕ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ**

Α. Χρήστου⁽¹⁾, Ν. Μπαρμπαγιάννης⁽¹⁾, Σ. Ατσιδάυτης⁽¹⁾, Ν. Τρουμπούκης⁽¹⁾, Μ. Χόρτη⁽³⁾, Χ. Μπαρμπατσάς⁽²⁾, Π. Αντωνόπουλος⁽¹⁾

*Τμήμα Υπολογιστικής – Μαγνητικής Τομογραφίας⁽¹⁾, Γαστρεντερολογικό Τμήμα⁽²⁾
 Παθολογοανατομικό Τμήμα⁽³⁾, Σισμανόγλειο Γ.Ν.Α.*

Σκοπός: Η ανάδειξη της συμβολής της Υπολογιστικής Τομογραφίας (ΥΤ) στην διερεύνηση και διάγνωση των συριγγίων που δημιουργούνται ως επιπλοκή της νόσου Crohn

Υλικό: Εξετάστηκαν με ΥΤ 18 ασθενείς πάσχοντες από νόσο Crohn, ηλικίας από 22 έως 67 χρόνων. Από τους οποίους 7 ήταν άνδρες και 11 γυναίκες. Η εξέταση έγινε μετά τη χορήγηση σκιαγραφικού διαλύματος από του στόματος με λεπτές εγκάρσιες τομές πάχους 3-5mm. Σε 9 ασθενείς έγινε επανέλεγχος με έγχυση σκιαγραφικού διαλύματος ενδοφλεβίως.

Αποτελέσματα: Σε εννέα (9) ασθενείς τέθηκε η διάγνωση εντερο-εντερικού συριγγίου, σε τρεις (3) ασθενείς εντερο-κολικού συριγγίου, σε δύο (2) ασθενείς εντερο-δερματικού συριγγίου, σε δύο (2) ασθενείς υπήρξε εικόνα τυφλού συριγγίου και σε δύο (2) διαπιστώθηκε εικόνα εντεροκυστικού συριγγίου. Πέντε (5) ασθενείς χειρουργήθηκαν και η διάγνωση επιβεβαιώθηκε και χειρουργικά.

Συμπέρασμα: Η ΥΤ αποτελεί μια σημαντικά αξιόπιστη μέθοδο με την οποία είναι δυνατόν να διερευνηθεί με ταχεία διαδικασία και αναίμακτα η ύπαρξη συριγγίων (fistulas) του εντέρου οι οποίες θεωρούνται σχετικά σπάνιες επιπλοκές, και συμβάλει με βάση τα απεικονιστικά ευρήματα και την κλινική και εργαστηριακή εικόνα στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας.

P15**ΠΥΩΔΗΣ ΙΔΡΑΔΕΝΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN-ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Θ. Εμμανουήλ, Σ. Γαβριήλ, Ν. Κοντοράβδης, Ε. Νίκου, Σ. Μπαράτσος
ΙΑΣΩ General, Γενική Κλινική, Χολαργός

Εισαγωγή: Η πυώδης ιδραδενίτιδα (HS) είναι υποτροπιάζουσα φλεγμονώδης δερματολογική νόσος που εκδηλώνεται με βλάβες στις μασχαλιαίες, βουβωνικές και την περινεϊκή χώρα με τη μορφή των οζιδίων, φυλκταινών, αποστημάτων και συριγγίων. Συχνά συνυπάρχει με νόσο Crohn που χαρακτηρίζεται από φλεγμονή του πεπτικού με την παρουσία επίσης συριγγίων. Και στις δύο οντότητες εμπλέκονται γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες και το κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου. Η θεραπεία στην HS είναι συντηρητική ή χειρουργική με σχάση και παροχέτευση των συλλογών. Η διαφοροδιάγνωση μεταξύ των 2 αυτών καταστάσεων είναι δύσκολη, ιδιαίτερα αν προσβάλλεται μόνο η πρωκτογεννητική χώρα.

Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

Παρουσιάζουμε την περίπτωση 4 ασθενών με διάγνωση νόσου Crohn με συνυπάρχουσα HS που παρουσίασαν ύφεση τόσο των δερματολογικών εκδηλώσεων όσο και αυτών από το πεπτικό μετά από συνδυασμό συντηρητικών και χειρουργικών παρεμβάσεων.

Παρουσίαση Περιπτώσεων: Σε ότι αφορά στις δερματολογικές εκδηλώσεις οι τρεις υπεβλήθησαν σε αποκατάσταση της περιοχής με δερματικά μοσχεύματα, ενώ ο τέταρτος έλαβε βιολογικό παράγοντα. Η διαφορική διάγνωση έγινε με μαγνητική τομογραφία πυέλου, όπου σε καμία περίπτωση HS δεν υπήρχε εντεροδερματικό συρίγγιο. Στους τρεις ασθενείς προϋπήρχε η διάγνωση της Crohn, ενώ στον τέταρτο λόγω της παρουσίας HS ετέθη υποψία Crohn και έτσι έγινε αλλαγή της αρχικής διάγνωσης (ΕΚ).

Συμπέρασμα: Η πυώδης ιδραδενίτιδα συνυπάρχει συχνά με νόσο Crohn και είναι δύσκολος ο διαχωρισμός μεταξύ τους, ιδιαίτερα αν προσβάλλεται η πρωκτογεννητική χώρα. Είναι προεξάρχουσας σημασίας η σωστή διάγνωση για τις θεραπευτικές αποφάσεις μιας και σήμερα διαθέτουμε αρκετά εργαλεία τόσο συντηρητικά όσο και χειρουργικά.

P16

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΣΥΡΙΓΓΟΠΟΙΟ ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΗ ΝΟΣΟ CROHN

Σ. Γαβριήλ, Θ. Εμμανουήλ, Ν. Κοντοράβδης, Ε. Νίκου, Σ. Μπαράτσας

ΙΑΣΩ General, Γενική Κλινική, Χολαργός

Εισαγωγή: Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες μέχρι και 50% των ασθενών με νόσο Crohn υποφέρει από την ύπαρξη συριγγίων. Τα συρίγγια, ιδιαίτερα τα περιεδρικά, έχουν σοβαρή επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών, μιας και μπορεί να επηρεάσουν τον έλεγχο των σφιγκτήρων και να οδηγήσουν σε καταστροφή του περινέου. Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στη θεραπεία των συριγγίων και η θέση της χειρουργικής παραμένει προεξάρχουσα. Συνίσταται σε παροχέτευση με ή χωρίς την τοποθέτηση seton, στην προσωρινή ειλεοστομία και σε σοβαρότερες καταστάσεις στην πρωκτεκτομή.

Υλικό-Μέθοδος: Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας από την αντιμετώπιση δύσκολων περιπτώσεων συριγγοποιοτικής νόσου Crohn της περιεδρικής χώρας.

Αποτελέσματα: Την τελευταία τετραετία αντιμετωπίσαμε 52 ασθενείς με συριγγοποίο περιεδρική νόσο Crohn. Σε 44 ασθενείς διενεργήθηκε τοποθέτηση seton με ή χωρίς ταυτόχρονη παροχέτευση αποστήματος, ενώ σε 8 ασθενείς αντιμετωπίστηκε ενδοκοιλιακή επιπλεγμένη νόσος με ταυτόχρονη αντιμετώπιση της συνυπάρχουσας περιεδρικής νόσου. Ειλεοστομία ή κολοστομία εκτροπής διενεργήθηκε σε 3 ασθενείς με βαριά περινεϊκή νόσο. Η πλειονότητα των ασθενών αυτών βρίσκεται σε φαρμακευτική αγωγή με βιολογικούς παράγοντες και παρουσιάζουν ικανοποιητική ανταπόκριση.

Συμπέρασμα: Η αντιμετώπιση της βαριάς συριγγοποιοτικής νόσου Crohn παραμένει ένα δυσεπίλυτο πρόβλημα. Η στενή συνεργασία έμπειρου χειρουργού και γαστρεντερολόγου μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα.

P17

ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΜΟΚΥΣΤΕΙΝΗΣ ΟΡΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΥΛΛΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ

Ε. Τσιαούση, Σ. Πολύζος, Γ. Τσαρούχας, Χ. Στεργιόπουλος, Σ. Μιχαήλ, Κ. Αναστασιάδου, Σ. Τρυγόνης, Ε. Γαβαλάς,

Π. Κατσινέλος, Ι. Κουντουράς

Β' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. "Ιπποκράτειο"

Σκοπός: Διερεύνηση επιπέδων ομοκυστεϊνής ορού σε ασθενείς με νόσο Crohn's (NC) και Ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) και θεραπευτική αντιμετώπιση υπερ-ομοκυστεϊναΐας με χορήγηση φυλλικού οξέος.

Υλικό-Μέθοδοι: Σε σύνολο 60 ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα (ΙΦΝΕ) εκτιμήθηκαν τα επίπεδα ομοκυστεϊνής ορού. Επί υψηλής ομοκυστεϊνής ορού ο ασθενής λάμβανε 15mg φυλλικού οξέος ημερησίως ≥ 2 μήνες.

Αποτελέσματα: Τελικά λήφθηκαν 52 αποτελέσματα. Αυξημένα επίπεδα ομοκυστεϊνής ορού παρατηρήθηκαν σε 25/52 ασθενείς (48,07%) με μέσο όρο (ΜΟ) επιπέδων ομοκυστεϊνής ορού 16,48μmol/l (φ. 3,7-13,9μmol/l) και εύρος 13,91-29,88μmol/l. Υπερ-ομοκυστεϊναΐα είχαν 12/25 (48%) ασθενείς με NC και 13/24 (52%) με ΕΚ με υπεροχή των ανδρών 18/25 (72%). Σε 21/25 ασθενείς με υπερ-ομοκυστεϊναΐα χορηγήθηκαν 15mg φυλλικού οξέος ημερησίως ≥ 2 μήνες. Νέα επίπεδα ομοκυστεϊνής ορού λήφθηκαν μετά τη συμπλήρωση 2 μηνών αγωγής σε 14/21 ασθενείς. Στην πλειοψηφία των ασθενών (12/14- 85,71%) παρατηρήθηκε μείωση των τιμών ομοκυστεϊνής ορού: στις φυσιολογικές τιμές σε 7/12 ασθενείς και κατώτερες των αρχικών αλλά άνωθεν των ανώτερων φυσιολογικών τιμών σε 5/12 (ΜΟ ομοκυστεϊνής ορού μετά τη θεραπεία 11,83μmol/l). Σε 2/14 ασθενείς που έλαβαν αγωγή παρατηρήθηκε αύξηση των τιμών ομοκυστεϊνής ορού.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ παρουσιάζουν συχνά (48,07%) υψηλά επίπεδα ομοκυστεϊνής ορού η οποία αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα θρομβοεμβολικών επεισοδίων και δυνητικής ογκογενέσεως παχέος εντέρου. Η χορήγηση φυλλικού οξέος τουλάχιστον επί 2 μήνες μειώνει τις τιμές ομοκυστεϊνής ορού σε μια αναλογία ασθενών και φαίνεται να δρα προστατευτικά. Εντούτοις, η σχετική επίπτωση μακροχρόνιας χορήγησης φυλλικού οξέος και διατήρησης χαμηλών τιμών ομοκυστεϊνής ορού δεν έχει διευκρινιστεί.

P18

ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΥΣΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ)

Ε. Τσιαούση, Σ. Πολύζος, Γ. Τσαρούχας, Χ. Στεργιόπουλος, Σ. Μιχαήλ, Κ. Αναστασιάδου, Σ. Τρυγόνης, Ε. Γαβαλάς,

Π. Κατσινέλος, Ι. Κουντουράς

Β' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. "Ιπποκράτειο"

Εισαγωγή: Επειδή ασθενείς με ΙΦΝΕ εμφανίζουν συχνά δυσαπορρόφηση βιταμινών, ιχνοστοιχείων και μετάλλων λόγω προσβολής του λεπτού/παχέος εντέρου, ο έλεγχος επιπέδων βιταμίνης Β12, φυλλικού οξέος και σιδήρου πιθανόν να αποτελέσει έμμεσο δείκτη ενεργότητας της νόσου.

Σκοπός: Συσχέτιση επιπέδων βιταμίνης Β12, φυλλικού οξέος και φερριτίνης ορού ασθενών με νόσο Crohn's (NC) και Ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) με δείκτες ενεργότητας νόσου (ταχύτητα καθίζησης ερυθρών (ΤΚΕ), C αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων (WBC) και δείκτες CDAI για NC και Mayo-score για ΕΚ.

Μέθοδοι: Σε 50 ασθενείς (30 με NC και 20 με ΕΚ) εκτιμήθηκαν τα ακόλουθα: βιταμίνη Β12, φυλλικό οξύ και φερριτίνη ορού, ΤΚΕ, CRP, WBC, CDAI για τη NC και Mayo-score για την ΕΚ.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκαν χαμηλά επίπεδα: α) Φυλλικού οξέος συνολικά σε 18/50 ασθενείς (36%, ΜΟ στους 18/50 3,82 ng/ml, διακύμανση τιμών 2,1-5,3 ng/ml, φτ>5,38 ng/ml): συγκεκριμένα σε 12/30 ασθενείς με NC (40%) και 6/20 ασθενείς με ΕΚ (30%). Συνολικά 6/18 (33,33%) ασθενείς με χαμηλά επίπεδα φυλλικού οξέος είχαν ≥ 1 δείκτη ενεργότητας νόσου αυξημένο ή παθολογικό score βαρύτητας νόσου και 12/32 (37,5%) ασθενείς με φυσιολογικές τιμές.

β) Βιταμίνης Β12 συνολικά σε 8/48 ασθενείς (16,66%, ΜΟ 197,28 pg/ml, διακύμανση 159-187 pg/ml, φτ 211-911 pg/ml): συγκεκριμένα σε 5/29 ασθενείς με NC (17,24%) και 3/19 ασθενείς με ΕΚ (15,28%). Αυξημένους δείκτες ενεργότητας νόσου ή score αξιολόγησης βαρύτητας νόσου είχαν 3/8 (37,5%) ασθενείς με χαμηλή Β12 και 16/40 (40%) με φυσιολογικές τιμές.

γ) Φερριτίνης σε 8/29 ασθενείς με NC (27,58%) και σε 2/19 ασθενείς με ΕΚ (10,5%). Από τους 10 ασθενείς με χαμηλή φερριτίνη οι 5 είχαν αυξημένους δείκτες ενεργότητας νόσου ή score αξιολόγησης βαρύτητας νόσου. Οι 8/10 ασθενείς με χαμηλή φερριτίνη ήταν γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.

Συμπεράσματα: Ενώ ένα εκτιμητό ποσοστό ασθενών με NC και ΕΚ παρουσιάζουν δυσαπορρόφηση βιταμίνης Β12, φυλλικού οξέος και χρήζουν αναπλήρωσης, εντούτοις φαίνεται ότι δεν υφίσταται σημαντική συσχέτισή τους με δείκτες δραστηριότητας της νόσου.

P19

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ IP-1510, ΕΝΟΣ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΗ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΗΣ IL-1, ΣΤΟ ΕΠΑΓΟΜΕΝΟ ΜΕ DSS ΖΩΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣΒ. Βαλάτση⁽¹⁾, Β. Πασπαλιάρη⁽²⁾, Ειρ. Φιλίδου⁽³⁾, Σ. Ξενάκη⁽¹⁾, Κ. Αρβανιτίδης⁽³⁾, Γ. Κολιός⁽³⁾, Η. Κουρούμαλης⁽¹⁾¹ Ερευνητικό Εργαστήριο Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, ² Itis Pharmaceuticals Pty Ltd, Μελβούρνη, Αυστραλία, ³ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Εισαγωγή: Το IP-1510 είναι ένα νέος συνθετικός πεπτιδικός ανταγωνιστής του υποδοχέα της IL-1. Δοκιμές φάσης I/II σε ασθενείς με προχωρημένη νεοπλασματική νόσο από συμπαγείς όγκους καταδεικνύουν ευεργετική δράση στην καχεξία. Αυξημένα επίπεδα IL-1α και διαταραχή των επιπέδων του φυσικού αναστολέα IL-1ra έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και πολυμορφισμοί του γονιδίου IL-1ra έχουν συσχετισθεί με την νόσο.

Σκοπός: Η μελέτη της επίδρασης του IP-1510 στην εξέλιξη της χημικής DSS κολίτιδος σε ποντίκια.

Υλικά και Μέθοδοι: Οξεία DSS κολίτιδα προκλήθηκε σε C57BL/6 θηλυκά ποντίκια, ηλικίας 6-8 εβδομάδων με χορήγηση από του στόματος Dextran Sodium Sulphate (DSS) 3,5% για 5 ημέρες. Τεκμηριώσαμε την εμφάνιση και παρακολούθησαμε την εξέλιξη της κολίτιδας με καθημερινό έλεγχο της μεταβολής του βάρους και μακροσκοπική και μικροσκοπική εκτίμηση της παθολογίας του εντέρου. Στην ομάδα της θεραπείας χορηγήθηκαν 2,5mg IP-1510 ενδοπεριτοναϊκά ανά 48ωρο.

Αποτελέσματα: Τεκμηριώθηκε σαφώς η εμφάνιση κολίτιδος στην ομάδα πειραματόζων που ελάμβανε εικονικό φάρμακο. Στην ομάδα αυτή παρατηρήθηκε η μεγαλύτερη απώλεια βάρους και η σοβαρότερη ιστολογική εικόνα στο τέλος της πειραματικής διαδικασίας. Στην ομάδα που ελάμβανε IP-1510 παρατηρήθηκε αρχικά οξεία μείωση του βάρους, αλλά σημαντική βελτίωση στο τέλος της πειραματικής διαδικασίας.

Συμπεράσματα: Τα προκαταρκτικά δεδομένα από την επίδραση του IP-1510 στην εξέλιξη της χημικής DSS κολίτιδος σε ποντίκια υποδεικνύουν τον διπλό ρόλο της IL-1α στην ανοσολογία του εντερικού βλεννογόνου. Δηλαδή, την ευεργετική της δράση στην προστασία του εντερικού επιθηλίου αλλά και την βλαπτική της επίδραση ως παράγοντα συστηματικής φλεγμονώδους απάντησης, γεγονός που συνάδει με την πιθανή ευεργετική δράση του IP-1510.

11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο

Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΟΝΟΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΟΝΟΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
Αρχαύλης Ε.	P02, P03	Κωνσταντόπουλος Π.	P02, P03
Αβραμίδης Ι.	P01	Λαμπρινάκος Σ.	P05
Αγάλος Γ.	P03	Μάντζαρης Γ.	P02, P03
Αναστασιάδου Κ.	P12, P17, P18	Μάρης Θ.	P01
Αναστασίου Ι.	P02	Μισαήλ Σ.	P12, P17, P18
Αντωνόπουλος Π.	P13, P14	Μισαλόπουλος Γ.	P05, P12
Αρβανιτίδης Κ.	P19	Μπάμπαλη Α.	P12
Αρχοντάκης Ζ.	P11	Μπαράτσας Σ.	P15, P16
Ατσιαδάκης Σ.	P14	Μπαρμπαγιάννης Ν.	P13, P14
Αυγερινός Α.	P01	Μπαρμπατσάς Χ.	P13, P14
Βαλάτας Β.	P19	Μυλωνάκου Ε.	P05, P07
Βαρβαγιάννης Γ.	P04, P06	Ναλμπαντίδης Γ.	P01
Βουδούκης Ε.	P11	Νερατζουλάκης Ι.	P10
Βρακάς Σ.	P04	Νίκου Ε.	P15, P16
Γαβαλάς Ε.	P12, P17, P18	Ντούλη Β.	P04
Γαβριήλ Σ.	P15, P16	Ξενάκη Σ.	P19
Γαρέφας Α.	P01	Ξουργιάς Β.	P06, P07
Γεωργουσάκη Χ.	P08, P09	Ουσταμανωλάκης Π.	P08, P09
Γκάντας Α.	P01	Παπαμιχαήλ Κ.	P02, P03
Δαιμονάκου Μ.	P13	Πασπαλιάρης Β.	P19
Δαμιλάκης Ι.	P10	Πασπάτης Γ.	P11
Δημητριάδου Δ. Α.	P10	Πολύζος Σ.	P17, P18
Δρούγας Ι.	P02	Σμυρνίδης Α.	P03
Εμμανουήλ Θ.	P15, P16	Στεργιόπουλος Χ.	P12, P17, P18
Ζαβός Χ.	P10	Σφυριδάκη Α.	P11
Ζεγλίνας Χ.	P04, P05, P06, P07, P12	Ταλουμτζής Χ.	P01
Ηλίας Α.	P01	Τερζούδης Σ.	P10
Θεοδωροπούλου Α.	P11	Τζάθας Χ.	P04, P05, P06, P07, P12
Ιντέρνος Ι.	P02	Τζανετάκου Ξ.	P02, P03
Καλαντζής Γ.	P02	Τρουμπούκης Ν.	P13, P14
Καπετάνος Δ.	P01	Τρυγόνης Σ.	P17, P18
Καρμίρης Κ.	P11	Τσαρουχάς Γ.	P12, P17, P18
Κατσινέλος Π.	P17, P18	Τσιαούση Ε.	P12, P17, P18
Κολιάς Γ.	P19	Τσιφονίκης Δ.	P02, P03
Κονταράβδης Ν.	P15, P16	Φιλίδου Ε.	P19
Κουκιάκης Γ.	P12	Χαραλαμπίδης Σ.	P05
Κουντουράς Ι.	P12, P17, P18	Χαριτάκης Α.	P11
Κουρούμαλης Η.	P08, P09, P10, P19	Χόρτη Μ.	P14
Κουτρομπάκης Ι.	P08, P09, P10, P11	Χρήστου Α.	P13, P14
Κυριάκος Ν.	P02, P03		



Η νέα διέξοδος από τη χρόνια δυσκοιλιότητα

Το Resolor ενδείκνυται για την συμπτωματική θεραπεία της χρόνιας δυσκοιλιότητας σε γυναίκες στις οποίες τα υπακτικά προϊόντα αδυνατούν να προσφέρουν επαρκή ανακούφιση¹

- Το Resolor είναι ένας προκινητικός παράγοντας^{2,4}, που βοηθάει στην αποκατάσταση της κινητικότητας του εντέρου¹
- Σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση στην ανακούφιση των πολυηπαλίων ενοχλητικών συμπτωμάτων της δυσκοιλιότητας^{1,5}
- Σημαντική βελτίωση στις παραμέτρους της Ποιότητας Ζωής, συμπεριλαμβανομένης και της ικανοποίησης από τη θεραπεία¹¹
- Ανεπιθύμητες ενέργειες παρουσιάστηκαν κυρίως στην αρχή της θεραπείας και συνήθως ήταν παροδικές. Οι περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν ήπιες ως μέτριες¹
- Συνταγογραφήστε το Resolor στους κατάλληλους ασθενείς
†έναντι εικονικού φαρμάκου στις αρχικές κλινικές μελέτες^{1,6,7}

Σημαντικές Πληροφορίες Ασφάλειας

Παρακαλώ συμβουλευτείτε την ΠΧΠ του Resolor πριν την συνταγογράφηση, ειδικά για θέματα σχετικά με υπερευαισθησία στα συστατικά, νεφρική δυσλειτουργία που απαιτεί αμοιεύωση, εντερική διατήρηση ή απόφραξη λόγω δομικής ή λειτουργικής διαταραχής του εντερικού τοιχώματος, αποφροκτικού ελίου, σοβαρών πνευμονικών καταστάσεων της εντερικής οδού και κλινικά μη σταθεροποιημένη συννοσηρότητα. Επανεξετάστε σε τακτά χρονικά διαστήματα το όφελος σε περίπτωση παρατεταμένης θεραπείας.

Η πληροφορία 4, Πρωτόκολλο Χρονιότητας/Τρόπων, Resolor, Z. Bouza EP, Camilleri M, Barlow TB, Thorpe KE, McQuinn T, Thompson WW, Sostorovich AP, Sostorovich AP, 2011, 120-154-60. 5, Brierly MB, Bousquet JP, Van Daele P et al., Eur J Pharmacol 2001; 425-71-81. 6, Tack J, van Daele P, Bousquet JP, Sostorovich AP, Sostorovich AP, 2011, 120-154-60. 7, Sostorovich AP, Sostorovich AP, 2011, 120-154-60. 8, Sostorovich AP, Sostorovich AP, 2011, 120-154-60. 9, Sostorovich AP, Sostorovich AP, 2011, 120-154-60. 10, Sostorovich AP, Sostorovich AP, 2011, 120-154-60. 11, Sostorovich AP, Sostorovich AP, 2011, 120-154-60.

Μία φορά την ημέρα

Shire

To be as brave as the people we help.

Για τις συνταγογραφικές πληροφορίες ανατρέξτε σε ειδική οδηγία ασθενών

GENESIS
pharma

Α. Καρακίος 274 - 152 32 Χαλάνδρι, Αθήνα, Τηλ.: 210 8771500, Fax: 210 6891918
e-mail: info@genesispharma.com, www.genesispharma.com

Salofalk[®] Granu-Stix 1000mg



ΠΡΙΝ ΤΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΑΦΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙΤΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ



Galenica a.e.

Ελευθερίας 4, 14564 Κηφισιά, Τηλ. 210 5281700 - Κουντουριώτου & Φασιανού 2, Θεσσαλονίκη, Τηλ. 2310 542685
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ: ΤΗΛ.: 210 52 82 731 - ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗΣ: ΤΗΛ.: 210 52 81 850