



14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο **Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου**



Χορηγούνται
18 Μόρια
Συνεχιζόμενης
Ιατρικής
Εκπαίδευσης
(C.M.E.
Credits)

Eretria Village Conference Center
Ερέτρια 5-7 Ιουνίου 2015



www.ifne2015.gr

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ & ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ



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

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από την εταιρεία κατόπιν αιτήσεως



Monumental Plaza, Κτίριο Γ
Λεωφόρος Κηφισίας 44, 151 25 Μαρούσι
Τηλ. κέντρο: 2106387800, Fax: 2106387801
Λ. Καραμανλή 60, 546 42 Θεσ/νίκη,
Τηλ.: 2310 87 04 80, Fax: 2310 87 04 79
www.takeda.gr

Π ε ρ ι ε χ ό μ ε ν α

Μήνυμα Προέδρου	σελ. 2
Επιτροπές	σελ. 3
Ευχαριστίες	σελ. 5
Γενικές Πληροφορίες	σελ. 6
Επιστημονικό Πρόγραμμα	σελ. 10
Κατάλογος Ομιλητών & Προέδρων	σελ. 18
Περίληψεις Ηλεκτρονικά Αναρτημένων Ανακοινώσεων	σελ. 23
Ευρετήριο Συγγραφέων	σελ. 46





Μήνυμα Προέδρου

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Το Δ.Σ. της Ελληνικής Ομάδας Μελέτης Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ) ανέλαβε να διοργανώσει το **14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ι.Φ.Ν.Ε.** και μου έκανε την τιμή να συντονίσω τη διοργάνωσή του από τη θέση του Προέδρου της Οργανωτικής Επιτροπής. Η τελική επιλογή της Ερέτριας έγινε μετά από δυσκολίες και αντιξοότητες που είχαν να κάνουν κυρίως με τις διαρκώς μεταβαλλόμενες διατάξεις (τουλάχιστον μέχρι την ημέρα που ελήφθη η τελική απόφαση) για τα κριτήρια που χρειάζονται ώστε ο τόπος διεξαγωγής ενός Συνεδρίου να είναι σύννομος. Η τελική επιλογή της Ερέτριας έχει πολλά θετικά στοιχεία, όπως η δυνατότητα σχετικά εύκολης πρόσβασης, η εμπειρία διοργάνωσης πολλών Συνεδρίων, ο περιβάλλων χώρος, και η εξασφάλιση μιας συνέχειας στον τρόπο διεξαγωγής των Συνεδρίων της ΕΟΜΙΦΝΕ.

Σκοπός του 14^{ου} Συνεδρίου είναι, όπως και στα προηγούμενα Συνέδρια, η παρουσίαση της επικαιροποιημένης γνώσης στον τομέα των Ι.Φ.Ν.Ε. και η προσπάθεια ισορροπημένης προσέγγισης όλων των τομέων από την παθοφυσιολογία, τη μοριακή βιολογία και τη γενετική έως τη διάγνωση και τη θεραπεία. Η Οργανωτική και η Επιστημονική Επιτροπή κατέβαλλαν κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε να εκπροσωπηθούν όλοι οι τομείς κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο και ιδιαίτερα αυτοί που εμφανίζουν ταχεία ανάπτυξη. Τις παρουσιάσεις και την ανάπτυξη των θεμάτων ανέλαβαν σημαντικοί επιστήμονες από την Ελλάδα και το Εξωτερικό.

Η οργάνωση και το πρόγραμμα είναι σημαντικοί παράγοντες για την επιτυχία ενός Συνεδρίου αλλά η τελική επιτυχία καθορίζεται από τους ίδιους τους συνέδρους. Γι' αυτό σας ευχαριστώ που ανταποκριθήκατε στην πρόσκληση να συμμετάσχετε ενεργά στο **14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ι.Φ.Ν.Ε.** όπου μέσω της παρουσίας του επιστημονικού σας έργου και της φυσικής σας παρουσίας θα βοηθήσετε στην επιτυχή ολοκλήρωση των εργασιών του.

Καλώς ήρθατε στην Ερέτρια!

Σπύρος Μιχόπουλος

Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής



Επιτροπές

Επίτιμοι Πρόεδροι ΕΟΜΙΦΝΕ

Δ.Γ. Καραμανώλης

Γ. Κητής

Ε.Β. Τσιάνος

Διοικητικό Συμβούλιο ΕΟΜΙΦΝΕ

Πρόεδρος: Γ. Μάντζαρης

Αντιπρόεδρος: Ι. Κουτρομπάκης

Γεν. Γραμματέας: Ν. Βιάζης

Ταμίας: Ι. Παπακωνσταντίνου

Μέλη: Κ. Κατσάνος

Γ. Μπάμιας

Χ. Τζάθας

Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος: Σ. Μιχόπουλος

Αντιπρόεδροι: Γ. Μάντζαρης

Χ. Τζάθας

Ι.Α. Καραγιάννης

Ειδικοί Γραμματείς: Γ. Μπάμιας

Δ. Πολύμερος

Ταμίας: Ι. Παπακωνσταντίνου

Μέλη:

Ε. Ζαμπέλη

Κ. Καρμύρης

Κ. Κατσάνος

Ι. Κουτρομπάκης

Μ. Οικονόμου

Κ. Σουφλέρης

Μ. Τζουβαλά

Ε. Τσιρώνη

Α. Χρηστίδου

Επιστημονική Επιτροπή

Πρόεδρος: Σ. Μιχόπουλος

Μέλη:

Ε. Ακριβιάδης

Ι. Μουζάς

Γ. Αναγνωστόπουλος

Π. Μπομπότση

Ε. Αρχαύλης

Η. Μπουζάκης

Ι. Βλαχογιαννάκος

Μ. Μυλωνάκη

Μ. Γαζούλη

Α. Νταϊλιάνας

Γ. Γερμανίδης

Ι. Παναγιώτου

Σ. Γεωργόπουλος

Ε. Πανάγου

Ι. Γουλής

Ε. Παπαβασιλείου

Ι. Δανιηλίδης

Γ. Παπαθεοδωρίδης

Α. Ηλίας

Κ. Παρασκευά

Α. Θεοδωροπούλου

Γ. Πασπάτης

Κ. Θωμόπουλος

Ι. Παχιαδάκης

Γ. Καλαντζής

Κ. Πετράκη

Χ. Καλαντζής

Π. Πολύζου

Δ. Καμπέρογλου

Α. Πρωτοπαπιάς

Π. Καρανάνος

Θ. Ροκκάς

Ι. Καρούμπαλης

Ε. Ρώμα

Α. Κογεβίνας

Μ. Σωτηροπούλου

Γ. Κολιός

Δ. Ταμπακόπουλος

Γ. Κουκλάκης

Δ. Τζιλβές

Ι. Κουντουράς

Δ. Τζουρμακλιώτης

Σ. Λαδάς

Ι. Τριανταφυλλίδης

Χ. Λιάτσος

Χ. Τριάντος

Ν. Μάθου

Π. Τσιμπούρης

Α. Μαντίδης

Δ. Χριστοδούλου





Για τις πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες
συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

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

Τοπικός Αντιπρόσωπος:



ΕΝΟΡΑΣΙΣ

ΕΝΟΡΑΣΙΣ Α.Ε.

ΑΘΗΝΑ: Τραπεζούντος 17 & Α. Παπανδρέου,
151 27 Μελίσσια, Τηλ.: 210 6136332, Φαξ: 210 8105298

ΘΕΣ/ΝΙΚΗ: Δελφών 17, 555 35 Πυλαία
Τηλ.: 2310 326136, Φαξ: 2310 306790


Hospira
Biologics

Biological Confidence

Ευχαριστίες

Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής του
14^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ι.Φ.Ν.Ε.
ευχαριστούν θερμά τις κάτωθι εταιρείες
για την πολύτιμη συμβολή τους:

ΠΛΑΤΙΝΕΝΙΟΣ ΧΟΡΗΓΟΣ



ΧΡΥΣΟΣ ΧΟΡΗΓΟΣ



ΑΡΓΥΡΟΣ ΧΟΡΗΓΟΣ

abbvie

ΧΟΡΗΓΟΙ





Γενικές Πληροφορίες

Τόπος Διεξαγωγής Συνεδρίου

Ξενοδοχείο Eretria Village Conference Center

Διεύθυνση: 5ο χλμ. Ερέτριας - Αλιβερίου

340 08 Ερέτρια

Τηλ: +30 2229041000

Web site: <http://www.eretriavillage.gr/el/>

Ημερομηνίες Διεξαγωγής Συνεδρίου

5 – 7 Ιουνίου 2015

Ιστοσελίδα Συνεδρίου

www.ifne2015.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 για ενημέρωση των συνέδρων σε κατάλληλα διαμορφωμένο χώρο.

Αξιολόγηση – Πιστοποιητικά Παρακολούθησης

Το Συνέδριο αξιολογείται από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο με 18 μόρια (C.M.E. credits), αναγνωρισμένα από την Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών (U.E.M.S.) στο πλαίσιο της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης

Η συμπλήρωση του εντύπου αξιολόγησης, το οποίο περιλαμβάνεται στο υλικό των εγγεγραμμένων συνέδρων, αποτελεί προϋπόθεση για την παραλαβή του πιστοποιητικού παρακολούθησης από την Οργανωτική Γραμματεία με το πέρας του Επιστημονικού προγράμματος την Κυριακή 7 Ιουνίου 2015.

Σημαντική Σημείωση: Βάσει της εγκυκλίου του ΕΟΦ, η παρακολούθηση ποσοστού 60% επί του επιστημονικού προγράμματος, αποτελεί προϋπόθεση για τη λήψη του πιστοποιητικού παρακολούθησης. Η καταγραφή των ωρών γίνεται με scanners στην είσοδο καθώς και στην έξοδο της αίθουσας, όπου οι συνέδροι επιδεικνύουν την κάρτα εισόδου με γραμμωτό κώδικα, την οποία παραλαμβάνουν κατά την εγγραφή τους.

Τί πρέπει να γνωρίζετε για τη σωστή καταμέτρηση των ωρών παρακολούθησης (barcodesystem):

- Η καταμέτρηση των ωρών παρακολούθησης είναι υποχρεωτική
- Οι ώρες έναρξης και λήξης των συνεδρίων αναφέρονται αναλυτικά στο έντυπο επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου
- Το σύστημα αρχίζει να “καταγράφει” από την ώρα έναρξης της κάθε συνεδρίας και αυτόματα “σταματά” με τη λήξη αυτής
- Δε καταμετρούνται οι ώρες αναμονής στις αίθουσες συνεδριάσεων, των διαλειμμάτων, γευμάτων, συνελεύσεων, συνεδρίων αναρτημένων ανακοινώσεων, τελετών έναρξης και λήξης του Συνεδρίου.

Δικαίωμα Συμμετοχής

Είδος Συμμετοχής	Επί τόπου εγγραφή
Ειδικευμένοι	180 ☐
Ειδικευόμενοι	120 ☐
Νοσηλευτές	Δωρεάν ☐
Φοιτητές	Δωρεάν ☐
Ασθενείς με ΙΦΝΕ	Δωρεάν ☐

Το δικαίωμα εγγραφής για τους συμμετέχοντες περιλαμβάνει:

- ✓ Παρακολούθηση Επιστημονικού Προγράμματος
- ✓ Επίσκεψη στον εκθεσιακό χώρο
- ✓ Συνεδριακό Υλικό (Έντυπο υλικό Συνεδρίου, Ταυτότητα Εισόδου)
- ✓ Συμμετοχή στην Τελετή Έναρξης
- ✓ Διαλείμματα καφέ
- ✓ Ελαφρύ Γεύμα
- ✓ Βεβαίωση Συμμετοχής

Οπτικοακουστικά μέσα

Στη διάθεση των Ομιλητών θα υπάρχουν:

- lap top
- Data video projector – οθόνι
- Αναλόγιο – μικρόφωνο – laser pointer

Κέντρο Παραλαβής Παραυσιάσεων

Οι ομιλητές παρακαλούνται να παραδίδουν τις ομιλίες τους μισή ώρα πριν την έναρξη της ομιλίας τους, στο γραφείο υποδοχής των ομιλητών. Προσωπικοί ηλεκτρονικοί υπολογιστές, δεν επιτρέπονται.

Διαμονή Συνέδρων

Για τη διαμονή των συμμετεχόντων έχουν προκρατηθεί δωμάτια στα κάτωθι ξενοδοχεία.

Κόστος:

Eretria Village	€ 110
Miramare	€ 100
Negroponte Resort	€ 105
Holidays in Evia	€ 80

Στις ανωτέρω τιμές περιλαμβάνεται το πρωινό, το μεσημβρινό γεύμα και όλοι οι νόμιμοι φόροι.

Σημείωση: Τα μεσημβρινά γεύματα των συνέδρων οι οποίοι διαμένουν στα ανωτέρω ξενοδοχεία, θα παρατεθούν στο Ξενοδοχείο **Eretria Village** κατά τη διάρκεια των μεσημβρινών διαλειμμάτων.



Περιήγηση / Αρχαιολογικοί Χώροι

Αξίζει να δείτε:

- Το εντυπωσιακό θέατρο (5ου αι. π.Χ.).
- Τους ναούς του Δαφνηφόρου Απόλλωνα, του Διονύσου, της Δήμητρας, της Ίσιδος κ.ά.
- Την «οικία των ψηφιδωτών» (370 π.Χ.) με μωσαϊκά δάπεδα του 4ου αι. π.Χ.
- Τον αρχαίο θόλο και τον μακεδονικό τάφο. Επίσης, ερείπια τειχών, οικιών, παλαίστρας, γυμναστηρίου, ακόμα και ρωμαϊκού βαφείου πορφύρας (2ου αι. μ.Χ.).
- Τη Δυτική Πύλη, που ήταν η κύρια πύλη της αρχαίας Ερέτριας.
- Το Αρχαιολογικό Μουσείο, με σημαντικά ευρήματα από την Ερέτρια, τη Μαγούλα, την Αμάρυνθο και το Λευκάντι.
- Τον πύργο με τα αγάλματα στην παραλία, που φέρει τη χαρακτηριστική επιγραφή «Αμαρυνθίας Αρτέμιδος» και ανήκει στην οικογένεια Κανάρη.
- Το Μουσείο Μοντέρνας Τέχνης Ειρήνης και Χαλκιδισμού. Περιλαμβάνει πίνακες του Έλληνα ζωγράφου Βασίλη Χαλκιδιώτη (ιατρού, αιματολόγου και καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Modena) και άλλων ζωγράφων.
- Το νεοκλασικό σπίτι (1847) της οικογένειας Κανάρη. Ο Ψαριανός πυρπολητής Κωνσταντίνος Κανάρης έζησε στην Ερέτρια από το 1847 ως το 1864.
- Το πευκόφυτο Πεζονήσι ή Νησί των Ονείρων, που συνδέεται με την Ερέτρια με γέφυρα.
- Τον Γέροντα, μικρό οικισμό στο όρος Όλυμπος.

Χρήσιμα Τηλέφωνα

Δήμος:22290-62.207

Αστυνομία:22290-64.888

Λιμεναρχείο:.....22290-62.201

Ταξί:22290-62.500

Αγροτικό Ιατρείο:.....22290-62.222

Αρχαιολογικό Μουσείο:22290-62.206

Ώρες Λειτουργίας Γραμματείας

Παρασκευή 5/6/2015 09.00-13.00 & 14.00-20.00

Σάββατο 6/6/2015 08.00-14.00 & 15.30-20.30

Κυριακή 7/6/2015 08.00-14.00

Γραμματεία Συνεδρίου



Triaena Tours & Congress A. E.

Λεωφ. Κηφισίας 16 Τ.Κ. 115 26 Αμελόκηποι

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

E-mail: epouli@triaenatours.gr; secretariat@ifne2015.gr

Web site: <http://www.triaenacongress.gr/>, <http://www.ifne2015.gr>



HUMIRA[®]

adalimumab

destination you[™]

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την πλήρη Περιληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.
Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία:

ABBVIE ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.
Μαρίνου Αντύπα 41-45, Νέο Ηράκλειο, 14121, Τηλ.: 214 4165555

abbvie



Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 5 ΙΟΥΝΙΟΥ 2015

08.00-08.30 Προσέλευση - Εγγραφές

08.30-10.30

Video Cases

Προεδρείο: Σωτήριος Γεωργόπουλος - Ευανθία Ζαμπέλη

Σοβαρή Αιμορραγία σε Ασθενή με Ελκώδη Κολίτιδα
Βασίλειος Ξουραφάς

Πολυποδεκτομή σε Crohn Κολίτιδα
Ηλίας Κουρκουτάς

Συρίγγιο σε Μετακτινική Κολίτιδα σε Ασθενή με Crohn
Ιορδάνης Κισουράς

Crohn Οισοφάγου
Μιχαήλ Μαύρος

10.30-11.00

Δ ι α λ ε ι μ μ α

11.00-12.15

Ανασκόπηση Συνεδρίου ECCO I

Προεδρείο: Παναγιώτης Κασαπίδης - Απόστολος Νταϊλιάνας

- Κωνσταντίνος Ζωγράφος
- Νικολέτα Μάθου

12.15-13.00

Ανασκόπηση Συνεδρίου ECCO II

Προεδρείο: Ευστάθιος Παπαβασιλείου

- Γεώργιος Καραμανώλης

13.00-14.00

Ε λ α φ ρ ύ γ ε ύ μ α

Αίθουσα "Ευρώπη"



ΠΡΟΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

- 14.00-14.15 Έναρξη Εργασιών Συνεδρίου - Εισαγωγή**
- Σπυρίδων Μιχόπουλος
Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής Συνεδρίου
 - Γεράσιμος Μάντζαρης
Πρόεδρος Ε.Ο.Μ.Ι.Φ.Ν.Ε.
- 14.15-15.15 1^η ΕΝΟΤΗΤΑ: Παθογένεια των Ι.Φ.Ν.Ε.**
Προεδρείο: Σπυρίδων Μιχόπουλος - Νικόλαος Βιάζης
- Τί Νεότερο από την Επιδημιολογία;
Κωνσταντίνος Κατσάνος
- Γενετική - Έχει Ξεκαθαρίσει το Τοπίο;
Μαρία Γαζούλη
- Μικροβίωμα: Ο Χαμένος Κρίκος της Αλυσίδας;
Βασίλειος Βαλάτας
- Συζήτηση*
- 15.15-16.00 2^η ΕΝΟΤΗΤΑ: Απεικόνιση στις Ι.Φ.Ν.Ε.**
Προεδρείο: Χαράλαμπος Τζάθας - Ιωάννης Παπακωνσταντίνου
- Κλασική Εντερόκλυση, έχει Ρόλο στην Ελλάδα Σήμερα;
Ιωάννης Καλογερόπουλος
- Πού Μπορεί να Βοηθήσει ο Υπερηχογραφικός Έλεγχος;
Σπάρτη Νταή
- Ενδείξεις και Ερμηνεία MRI Εντερογραφίας
Νικόλαος Οικονομόπουλος
- Κριτική Ανασκόπηση: Πώς θα Ενσωματώσουμε την Απεικόνιση στην Καθημερινή Ρουτίνα;
Σπυρίδων Μιχόπουλος
- 16.00-16.30 Δ ι α λ ε ι μ μ α**
- 16.30-17.30 3^η ΕΝΟΤΗΤΑ: Θεραπευτικοί Στόχοι και Φάρμακα στις Ι.Φ.Ν.Ε.**
Προεδρείο: Δημήτριος Γ. Καραμανώλης - Κωνσταντίνος Κατσάνος
- Από τη Βασική Έρευνα στην Κλινική Πράξη
Γεώργιος Μπάμιας, Νικόλαος Βιάζης
- Συμβουλές και Τεχνάσματα στη Θεραπεία:
Α. Θειοπουρίνες
Ευτυχία Τσιρώνη
- Β. Αντί-TNF
Κωνσταντίνος Σουφλέρης



17.30-18.30

**4^η ΕΝΟΤΗΤΑ: Συνδυασμένες Παρουσιάσεις επί Περιπτώσεων
Προεδρείο: Επαμεινώνδας Β. Τσιάνος - Γεώργιος Μπάμιας**

Α. Περιεδρική Νόσος του Crohn
Γεράσιμος Μάντζαρης, Ιωάννης Παπακωνσταντίνου

Β. Βαρεία Ελκώδης Κολίτιδα
Μαρία Τζουβαλά, Κωνσταντίνος Βαγιανός

18:30-19:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΟΜΙΛΙΑ – FERRING

Προεδρείο: Δημήτριος Χριστοδούλου

Βελτιωμένη Διαχείριση της Ελκώδους Κολίτιδας με μία Εξελεγμένη Μεσαλαζίνη
Γεράσιμος Μάντζαρης

19.00-20.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ – MSD

Εξελίσσεις και Προκλήσεις στην Αντιμετώπιση των Ι.Φ.Ν.Ε.

με τους αντί-TNFα Παράγοντες

Προεδρείο: Γεράσιμος Μάντζαρης

1999-2015 Εξελίσσοντας τον τρόπο που Αντιμετωπίζονται οι Ι.Φ.Ν.Ε.
Γεράσιμος Μάντζαρης

Εξελίσσεις στα Μονοκλωνικά Αντισώματα
Νικόλαος Βιάζης

Προκλήσεις με τη λήξη της Πατέντας των Βιολογικών Παραγόντων –
Τεχνολογία, Παραγωγή
Γεώργιος Μπάμιας

Προκλήσεις με τη λήξη της Πατέντας των Βιολογικών Παραγόντων –
Πολιτικές Υγείας
Πέτρος Σφηκάκης

Ερωτήσεις συζήτηση

20.15-21.15

Τ ε λ ε τ ή Έ ν α ρ ξ η ς

Χαιρετισμοί

Σπυρίδων Μιχόπουλος

Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής

Δημήτριος Γ. Καραμανώλης

Γεν. Γραμματέας του Δ.Σ. του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ

Παναγιώτης Κασαπίδης

Πρόεδρος της ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Απόστολος Μαντίδης

Πρόεδρος της Ε.Γ.Ε.

Γεράσιμος Μάντζαρης

Πρόεδρος της Ε.Ο.Μ.Ι.Φ.Ν.Ε.

Κήρυξη Έναρξης Εργασιών Συνεδρίου

Αμφιτρίτη Αλημπατέ

Δήμαρχος Δήμου Ερέτριας

Εναρκτήρια Ομιλία

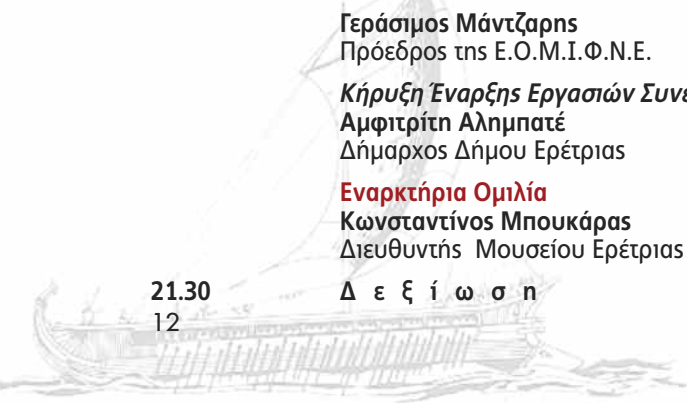
Κωνσταντίνος Μπουκάρας

Διευθυντής Μουσείου Ερέτριας

21.30

Δ ε ξ ί ω σ η

12



ΣΑΒΒΑΤΟ 6 ΙΟΥΝΙΟΥ 2015

- 08.00-08.30 **Εγγραφές**
Πρόγευμα με τον Ειδικό: Ανοσολογία & Ι.Φ.Ν.Ε.
Προεδρείο: Χαράλαμπος Τζάθας - Νικόλαος Βιάζης
- Σπυρίδων Γούλας
 - Αγγελική Χρηστίδου
- 08.30-09.00 **Διάλεξη**
Προεδρείο: Ιωάννης Κουντουράς
- Εναλλακτικές Θεραπείες στις Ι.Φ.Ν.Ε.
Ιωάννης Τριανταφυλλίδης
- 09.00-10.30 **Στρογγύλη Τράπεζα: Προκλήσεις στη Θεραπεία με Βιολογικούς Παράγοντες**
Προεδρείο: Γεώργιος Μπάμιας - Κωνσταντίνος Θωμόπουλος
- Πρωτογενής και Δευτερογενής μη Ανταπόκριση - Τί Σημαίνει -
Πώς Αντιμετωπίζεται
Κωνσταντίνος Παπαμικαήλ
- Αντί-ιντεγκρίνες
Εμμανουήλ Αρκαύλης
- Πότε μπορούμε να Διακόψουμε τη Θεραπεία - Στρατηγικές Εξόδου
Δημήτριος Πολύμερος
- Μετά από Αυτά Τί; Ουστεκινουμάμπη – Τοφαστινίμη - IL10
Χρήστος Καρακόϊδας
- 10.30-11.00 **Διάλεξη Ξένου Ομιλητή**
Προεδρείο: Ιωάννης Δανιηλίδης - Απόστολος Μαντίδης
- Is it Crohn's or is it Behcet's Disease?
Murat Toruner
- 11.00-11.30 **Δ ι ά λ ε ι μ μ α**
- 11.30-12.00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΟΜΙΛΙΑ - ANGELINI**
Chair: Gerassimos Mantzaris
- What's the Special Challenge for 9 out of 10 UC Patients?
Timothy Orchard



12.00-13.00

Session: Can we Create a Network of IBD Clubs in South-Eastern Europe?
Chairs: Spyridon Michopoulos - Gerassimos Mantzaris

The Hellenic IBD Club
 Gerassimos Mantzaris

The Turkish IBD Club
 Murat Toruner

The Romanian IBD Club
 Mihai Mircea Diculescu

13.00-13.30

Διάλεξη

Προεδρείο: Επαμεινώνδας Β. Τσιάνος - Εμμανουήλ Αρχαύλης

Χρειαζόμαστε την Ιστολογική Εξέταση;
 Καλλιόπη Πετράκη

13.30-14.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΟΜΙΛΙΑ - ΕΝΟΡΑΣΙΣ

Προεδρείο: Σπυρίδων Μιχόπουλος

Βιο-ομοειδή: Η νέα εποχή στη θεραπεία των Ι.Φ.Ν.Ε.
 Νικόλαος Βιάζης

14.00-15.30

Ε λ α φ ρ ύ Γ ε ύ μ α - Γ ε ν ι κ ή Σ υ ν έ λ ε υ σ η

14.00-15.00

Συζήτηση Ηλεκτρονικά Αναρτημένων Ανακοινώσεων (e-posters)

Προεδρείο: Γεώργιος Σ. Κουκλάκης - Εμμανουήλ Μερίκας

15.30-17.00

Στρογγύλη Τράπεζα: Εξωεντερικές Εκδηλώσεις Ι.Φ.Ν.Ε.

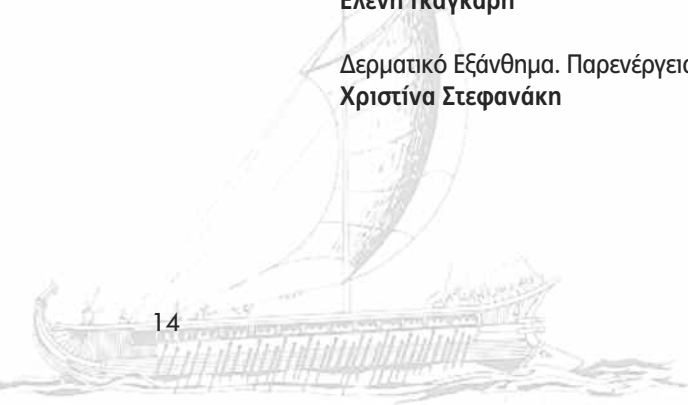
Σύγχρονη Αντιμετώπιση.

Προεδρείο: Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης - Δημήτριος Ταμπακόπουλος

Εξωεντερικές Εκδηλώσεις (καταγραφή στον Ελληνικό πληθυσμό)
 Κωνσταντίνος Καρμύρης

Εκδηλώσεις από το Στόμα
 Ελένη Γκάγκαρη

Δερματικό Εξάνθημα. Παρενέργεια της Θεραπείας ή Εξω-εντερική Εκδήλωση
 Χριστίνα Στεφανάκη



14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου



17.00-18.00 **Στρογγύλη Τράπεζα: Μετάβαση σε Μία Νέα Εποχή**
Προεδρείο: Ελευθερία Ρώμα - Σπυρίδων Λαδάς

Οργάνωση Κέντρων Ι.Φ.Ν.Ε.
Αγγελική Θεοδωροπούλου

Ι.Φ.Ν.Ε. στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - Δικτύωση με Κέντρα Ι.Φ.Ν.Ε.
Δημήτριος Δανδάκης

Παράμετροι Ποιότητας Ιατρικής Φροντίδας σε Ασθενείς με Ι.Φ.Ν.Ε.
Αντώνιος Νικολόπουλος

Θεραπευτικά Πρωτόκολλα
Δημήτριος Καραγιάννης

Αξιολόγηση (audit)
Δημήτριος Χριστοδούλου

18.00-18.30 **Δ ι ά λ ε ι μ μ α**

18.30-19.00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΟΜΙΛΙΑ - ABBVIE**
Προεδρείο: Χαράλαμπος Τζάθας

ΙΦΝΕ: Θεραπεύοντας την Ασθένεια ή τον Ασθενή;
Δημήτριος Πολύμερος

19.00-20.30 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ - TAKEDA**
IBD: Entering a New Era
Chair: Gerassimos Mantzaris

From TNF-a to Lymphocyte Trafficking
Georgios Bamias

Vedolizumab: Clinical Outcomes and RWD
Tanja Kühbacher

IBD Therapies: Safety Overview
Konstantinos Katsanos

Q & A

Αίθουσα "Ευρώπη"





ΚΥΡΙΑΚΗ 7 ΙΟΥΝΙΟΥ 2015

08.00-08.45 **Συζήτηση Ηλεκτρονικά Αναρτημένων Ανακοινώσεων 2 (e-posters)**
Προεδρείο: Αγγελική Χρηστίδου - Ευτυχία Τσιρώνη

08.45-09.30 **Συνεδρία: ΗΠΑΡ και Ι.Φ.Ν.Ε.**
Προεδρείο: Ιωάννης Κοσκίνης - Σπήλιος Μανωλακόπουλος

Μπορούμε να Αλλάξουμε τη Φυσική Ιστορία της ΕΚ όταν Συνυπάρχει και ΠΣΧ;
Στυλιανός Καραταπάνης

Πότε πρέπει να Μεταμοσχεύσουμε έναν Ασθενή με Ι.Φ.Ν.Ε. και ΠΣΧ;
Ιωάννης Γουλής

Ασθενής με Ι.Φ.Ν.Ε. υπό Ανοσοκατασταλτική Αγωγή που Εμφανίζει
Διαταραχή της Ηπατικής Βιοχημείας
Ιωάννης Βλαχογιαννάκος

09.30-10.00 **Βραχείες Ομιλίες: Ενδοσκόπηση και Ι.Φ.Ν.Ε.**
Προεδρείο: Βασιλική Νικολοπούλου - Χρήστος Τριάντος

Πολύποδας σε Ασθενή με Ι.Φ.Ν.Ε. Σποραδικό Αδένωμα ή DALM;
Περικλής Αποστολόπουλος

Νέο Σύστημα Ενδοσκοπικής Ταξινόμησης στην Ελκώδη Κολίτιδα
Αναστάσιος Ρούσσο

10.00-11.10 **Στρογγύλη Τράπεζα: Εναρμονίζοντας την Κλινική Πρακτική στην Ευρώπη**
Προεδρείο: Ιωάννης Α. Καραγιάννης - Ιωάννα Παναγιώτου

Πώς Διαμορφώνονται οι Κατευθυντήριες Οδηγίες
Κωνσταντίνος Κατσάνος

Αποτρέποντας τις Ευκαιριακές Λοιμώξεις
Χρυσόστομος Καλαντζής

Διαγιγνώσκοντας την Αναιμία
Παντελής Ουσταμανωλάκης

Παιδιατρικές Κατευθυντήριες Οδηγίες
Αίγλη Ζέλλου

11.10-11.30 **Παρουσίαση Προβλημάτων Ασθενών Ι.Φ.Ν.Ε. και Δραστηριοτήτων του Συλλόγου Ατόμων με Νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Ελλάδας**
Προεδρείο: Σπυρίδων Μιχόπουλος – Γεράσιμος Μάντζαρης

11.30-12.00 **Δ ι ά λ ε ι μ μ α**

14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου



12.00-13.00 **Στρογγύλη Τράπεζα: Παγίδες και Προκλήσεις στις Ι.Φ.Ν.Ε.**
Προεδρείο: Ιωάννης Μουζάς - Θεόδωρος Ροκκάς

Μικροσκοπική Κολίτιδα
Μαρία Σωτηροπούλου

Φυματίωση
Μιχαήλ Οικονόμου

Χρόνια Κοκκιωματώδης Νόσος
Σμαραγδή Φεσσάτου

Ορθίτιδα σε HIV Ασθενή
Γεώργιος Θεοχάρης

13.00-13.30 **Επιστημονικές Πρωτοβουλίες της Ε.Ο.Μ.Ι.Φ.Ν.Ε.**
Προεδρείο: Γεώργιος Κητής - Δημήτριος Χριστοδούλου

Ερευνητικά Πρωτόκολλα της Ε.Ο.Μ.Ι.Φ.Ν.Ε.
Ένταξη της Ε.Ο.Μ.Ι.Φ.Ν.Ε. στα Πρωτόκολλα της ECCO

13.30-14.00 **Δύσκολες Περιπτώσεις στις Ι.Φ.Ν.Ε.**
Προεδρείο: Βασίλειος Κομπορόζος - Δημήτριος Καραγιάννης

Το «Δύσκολο» Pouch
Θεόδωρος Εμμανουήλ

Ι.Φ.Ν.Ε. στην Τρίτη Ηλικία
Μαρία Μυλωνάκη

14.00-15.30 **Τί Νεότερο στις Ι.Φ.Ν.Ε.: Ερευνητικές Εργασίες Ελληνικών και Ευρωπαϊκών Κέντρων - Κριτική Ανάλυση Εργασιών (μέρος 1)**
Προεδρείο: Χαράλαμπος Τζάθας - Σπυρίδων Μιχόπουλος

Γεώργιος Μπάμιας
Δημήτριος Πολύμερος
Νικόλαος Βιάζης

15.30-17.00 **Τί Νεότερο στις Ι.Φ.Ν.Ε.: Ερευνητικές Εργασίες Ελλήνων και Ευρωπαϊκών Κέντρων - Κριτική Ανάλυση Εργασιών (μέρος 2)**
Προεδρείο: Δημήτριος Γ. Καραμανώλης - Γεράσιμος Μάντζαρης

Χρήστος Τριάντος
Ευανθία Ζαμπέλη
Ιωάννης Βλαχογιαννάκος

17.00-18.00 **Video Cases**
Προεδρείο: Κωνσταντίνα Παρασκευά – Νικολέττα Μάθου

18.00 **Λήξη Εργασιών Συνεδρίου**



Κατάλογος Ομιλητών και Προέδρων

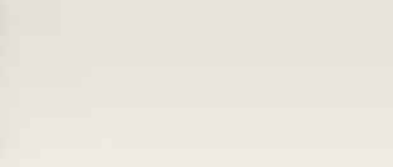
Diculescu	Mihai Mircea	Professor of Gastroenterology and Hepatology at the University of Medicine and Pharmacy in Bucharest, Romania
Kühbacher	Tanja	MD, PhD, Head, Department of Gastroenterology - Internal Medicine, Asklepios Westklinikum Rissen, Hamburg, Professor of Gastroenterology, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Germany
Orchard	Timothy	MA, MD, DM, FHEA, FRCP, Professor of Gastroenterology, St Mary's Hospital London, College Healthcare Imperial NHS Trust, U.K.
Toruner	Murat	Prof. Medicine & Gastroenterology, Ankara University School of Medicine, Ibni Sina Hospital, Gastroenterology Dept., Sihhiye – Ankara, Turkey
Αποστολόπουλος	Περικλής	Επιμελητής Α', Γαστρεντερολογική Κλινική, Ν.Ι.Μ.Τ.Σ., Αθήνα
Αρχαύλης	Εμμανουήλ	Επιμελητής Α', Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"
Βαγιανός	Κωνσταντίνος	Αν. Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ
Βαλάτας	Βασίλειος	Γαστρεντερολόγος, Επιμελητής Α', Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης
Βιάζης	Νικόλαος	Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής, Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"
Βλαχογιαννάκος	Ιωάννης	Επικ. Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. "Λαϊκό"
Γαζούλη	Μαρία	Επικ. Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
Γεωργόπουλος	Σωτήριος	Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, Νοσοκομείο Παλαιού Φαλήρου
Γιαννακόπουλος	Αθανάσιος	Επιμελητής Γαστρεντερολογικού Τμήματος "Κωνσταντοπούλειο-Πατισίων" Γ. Ν. Νέας Ιωνίας
Γκάγκαρη	Ελένη	Επικ. Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια Στοματολογικού Τμήματος, Νοσοκομείο "Ανδρέας Συγγρός"
Γούλας	Σπυρίδων	Γαστρεντερολόγος, Επιμελητής Α', Π.Γ.Ν. Μαιευτήριο "Ελενα"



14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου



Γουλής	Ιωάννης	Επικ. Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Δ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.
Δανδάκης	Δημήτριος	Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής Γαστρεντερολογικού Τμήματος, Doctors' Hospital
Δανιηλίδης	Ιωάννης	Γαστρεντερολόγος, αμ. Επικ. Καθηγητής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Α' Γαστρεντερολογικής Κλινικής Θεραπευτηρίου "Υγεία", Αθήνα
Εμμανουήλ	Θεόδωρος	Γαστρεντερολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών
Ζαμπέλη	Ευανθία	Γαστρεντερολόγος, Επιμελήτρια Α', Γ.Ν.Α. "Αλεξάνδρα"
Ζέλλου	Αίγλη	Παιδίατρος Γαστρεντερολόγος, Διευθύντρια Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας Μπτέρα Παίδων, Υπεύθυνη Ηπατολογικού Ιατρείου Α' Παιδιατρικής Κλινικής, Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία", Αθήνα
Ζωγράφος	Κωνσταντίνος	Γαστρεντερολόγος, Ιατρικό Παλαιού Φαλήρου
Θεοδοροπούλου	Αγγελική	Γαστρεντερολόγος, Επιμελήτρια Α', Νοσοκομείο "Βενιζέλειο", Ηράκλειο, Κρήτη
Θεοχάρης	Γεώργιος	Επιμελητής Α', Γαστρεντερολόγος, Π.Ν. Πατρών
Θωμόπουλος	Κωνσταντίνος	Αν. Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών
Καλαντζής	Χρυσόστομος	Γαστρεντερολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιμελητής Γαστρεντερολογικής Κλινικής, Ν.Ι.Μ.Τ.Σ., Αθήνα
Καλογερόπουλος	Ιωάννης	Διευθυντής ΕΣΥ Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"
Καραγιάννης Α.	Ιωάννης	Συντονιστής Διευθυντής, Γαστρεντερολογικό Τμήμα, "Κωνσταντοπούλειο" Νοσοκομείο, Αθήνα
Καραγιάννης	Δημήτριος	MD, PhD, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής Ιατρικού Αθηνών
Καρακόϊδας	Χρήστος	Γαστρεντερολόγος, Επιμελητής Γαστρεντερολογικής Κλινικής, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών
Καραμανώλης	Γ. Δημήτριος	Συντονιστής Διευθυντής, Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"
Καραμανώλης	Γεώργιος	Επικ. Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Ε.Κ.Π.Α., "Αρεταίειο" Νοσοκομείο, Αθήνα



Καραταπάνης	Στυλιανός	Παθολόγος - Ηπατολόγος, Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου
Καρμύρης	Κωνσταντίνος	Επιμελητής Β', Γαστρεντερολογική Κλινική, "Βενιζέλιο-Πανάνιο" Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη
Κασαπίδης	Παναγιώτης	MD, PhD, AGAF, Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής και Ενδοσκοπικού Τμήματος, Κεντρική Κλινική Αθηνών
Κατσάνος	Κωνσταντίνος	Επικ. Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Ιατρικού Τμήματος Σχολής Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Κητής	Γεώργιος	Τέως Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης "Γεώργιος Παπανικολάου"
Κισουράς	Ιορδάνης	Ειδικευόμενος Γαστρεντερολογίας, Γ.Ν.Α. "Αλεξάνδρα"
Κομπορόζος	Βασίλειος	Χειρουργός, Διευθυντής Γ' Χειρουργικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"
Κοσκίνης	Ιωάννης	Καθηγητής Παθολογίας-Ηπατολογίας, ΕΚΠΑ
Κουκλάκης	Σ. Γεώργιος	Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Δ.Π.Θ.
Κουντουράς	Ιωάννης	Ομότιμος Καθηγητής, Α.Π.Θ.
Κουρκουτάς	Ηλίας	Ειδικευόμενος Γαστρεντερολογίας, Γ.Ν.Α. "Αλεξάνδρα"
Λαδάς	Σπυρίδων	Καθηγητής Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας, Διευθυντής Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν.Α. "Λαϊκό"
Μάθου	Νικολέτα	Επιμελήτρια Α', Γαστρεντερολόγος, "Κωνσταντοπούλειο" Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας
Μάντζαρης	Γεράσιμος	Συντονιστής Διευθυντής Γαστρεντερολογίας, Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"
Μαντίδης	Απόστολος	Γαστρεντερολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών
Μανωλακόπουλος	Σπήλιος	Επικ. Καθηγητής Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών
Μαύρος	Μιχαήλ	Γαστρεντερολόγος, "Πράξις Υγείας"
Μερίκας	Εμμανουήλ	Επικ. Καθηγητής Γαστρεντερολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
Μιχόπουλος	Σπυρίδων	Συντονιστής Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. "Αλεξάνδρα"

14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου



Μουζάς	Ιωάννης	Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης
Μπάμιας	Γεώργιος	Επιμελητής Α', Γαστρεντερολόγος, Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. "Λαϊκό"
Μυλωνάκη	Μαρία	Γαστρεντερολόγος
Νικολόπουλος	Αντώνιος	MRCP, Γαστρεντερολόγος Υγείας
Νικολοπούλου	Βασιλική	Καθηγήτρια Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών
Νταή	Σπάρτη	Επιμελήτρια Β', Ακτινοδιαγνώστis, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. "Αλεξάνδρα"
Νταϊλιάνας	Απόστολος	Γαστρεντερολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο "Υγεία"
Ξουραφάς	Βασίλειος	Γαστρεντερολόγος, Γ.Ν.Α. "Αλεξάνδρα"
Οικονομόπουλος	Νικόλαος	Διευθυντής ΕΣΥ
Οικονόμου	Μιχαήλ	Γαστρεντερολόγος, Αθήνα
Ουσταμανωλάκης	Παντελής	Γαστρεντερολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης
Παναγιώτου	Ιωάννα	Παιδίατρος-Γαστρεντερολόγος, ΙΑΣΩ Παίδων
Παπαβασιλείου	Ευστάθιος	Γαστρεντερολόγος, τέως Συντονιστής Διευθυντής, Γαστρεντερολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Μελισσίων "Αμαλία Φλέμιγκ"
Παπαθεοδωρίδης	Γεώργιος	Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. "Λαϊκό"
Παπακωνσταντίνου	Ιωάννης	Επικ. Καθηγητής Γενικής Χειρουργικής, Β' Χειρουργική Κλινική, "Αρεταίειο" Νοσοκομείο, Αθήνα
Παπαμιχαήλ	Κωνσταντίνος	Department of Clinical and Experimental Medicine Targid - Translational Research Center for Gastrointestinal Disorders, IBD group, KU Leuven
Πετράκη	Καλλιόπη	Md, PhD, Διευθύντρια Παθολογοανατομικού Τμήματος, Θεραπευτηρίου "Metropolitan", Αθήνα
Πολύμερος	Δημήτριος	Γαστρεντερολόγος, Επιμελητής Α', Π.Γ.Ν. "Αττικόν"
Ροκκάς	Θεόδωρος	Επικ. Καθηγητής, Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο "Ερρίκος Ντυνάν"
Ρούσσος	Αναστάσιος	Γαστρεντερολόγος



Ρώμα	Ελευθερία	Παιδογαστρεντερολόγος, Ομότιμη Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Αθηνών
Σουφλέρης	Κωνσταντίνος	Γαστρεντερολόγος, Επιμελητής Α', "Θεαγένειο" Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
Στεφανάκη	Χριστίνα	Πανεπιστημιακός Υπότροφος, Πανεπιστημιακή Κλινική, Νοσοκομείο "Ανδρέας Συγγρός", Αθήνα
Σφηκάκης	Πέτρος	Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
Σωτηροπούλου	Μαρία	Διευθύντρια Παθολογοανατομικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. "Αλεξάνδρα"
Ταμπακόπουλος	Δημήτριος	Γαστρεντερολόγος, 401 Γ.Σ.Ν.Α.
Τζάθας	Χαράλαμπος	Συντονιστής Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Πειραιά "Τζάνειο"
Τζουβαλά	Μαρία	Διευθύντρια Γαστρεντερολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά, "Άγιος Παντελεήμων"
Τριανταφυλλίδης	Ιωάννης	Αν. Καθηγητής, IBD Unit IASO General Hospital, Αθήνα
Τριάντος	Χρήστος	Επιμελητής Α', Γαστρεντερολόγος, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών
Τσιάνος Β.	Επαμεινώνδας	Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Τσιρώνη	Ευτυχία	Επιμελήτρια Α', Γαστρεντερολόγος, Ε.Α.Ν.Π. "Μεταξά"
Φεσσάτου	Σμαραγδή	Παιδιάτρος-Παιδογαστρεντερολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. "Αττικόν"
Χρηστίδου	Αγγελική	Επιμελήτρια Α', Γ.Ν.Α. Πολυκλινική
Χριστοδούλου	Δημήτριος	Αν. Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων



Περίληψεις
Ηλεκτρονικά Αναρτημένων
Ανακοινώσεων





P01

ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ

Μακαρονάς Β., Κοκκώνης Γ., Ζουριδάκης Κ., Καπετάνος Δ., Αυγερινός Α.,
Μάρης Θ., Ηλίας Α.

Γ.Ν.Θ., Γ. Παπανικολάου, Γαστρεντερολογική Κλινική

Σκοπός: Η αναδρομική καταγραφή εμφάνισης νεοπλασίας και δυσπλασίας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ από ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν οι φάκελοι 201 ασθενών, 125 (62,2%) με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) 69 (34,3%) με Crohn's (CD) and 7 (3,5%) με απροσδιόριστη κολίτιδα που εξετάστηκαν από την κλινική την δεκαετία 2004/2014.

Αποτελέσματα: Από την μελέτη των φακέλων καρκίνος παχέος εντέρου (ΚΠΕ) βρέθηκε σε 1 ασθενή με συριγγοποιητική νόσο του Crohn, οποίος υποβλήθηκε σε κολεκτομή και Χημειοθεραπεία. Βαρεία δυσπλασία (ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία) ανιχνεύθηκε σε 2 ασθενείς, μία με CD που υποβλήθηκε σε κολεκτομή και έναν ασθενή με ΕΚ ο οποίος αρνήθηκε να χειρουργηθεί και αντιμετωπίστηκε ενδοσκοπικά με βλεννογονεκτομή και παρακολούθηση. Όλοι οι ασθενείς είχαν ιστορικό πάνω από 10 έτη, ο ασθενής με τον ΚΠΕ ελάμβανε βιολογικό παράγοντα και οι ασθενείς με την δυσπλασία η μία αζαθειοπρίνη και ο δεύτερος 5 ΑΣΑ. Κανείς ασθενής δε είχε σκληρυντική χολαγγειίτιδα η οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου. Εξωεντερικά νεοπλάσματα αναπτύχθηκαν 5 και συγκεκριμένα 1 με νέο στομάχου, 1 με Hodgkin λέμφωμα, 1 μήτρας, και 1 ωοθηκών και 1 μαστός. Κανείς θάνατος από το νεόπλασμα δεν αναφέρθηκε.

Συμπέρασμα: Η συχνότητα ανάπτυξης νεοπλασίας και δυσπλασίας κατά την διάρκεια της παρακολούθησης ήταν εξαιρετικά χαμηλή (~4%) και η πρόγνωση πολύ καλή.





P02

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΙΦΝΕ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ

Μπεκταρίδης Α., Παπαλαυρέντιος Λ., Abuisalaieh F., Καπετάνος Δ., Αυγερινός Α., Μάρνης Θ., Ηλίας Α.

Γ.Ν.Θ., Γ. Παπανικολάου, Γαστρεντερολογική Κλινική

Σκοπός: Η αναδρομική καταγραφή εγκυμοσύνης σε γυναίκες με ΙΦΝΕ από ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν οι φάκελοι 201 ασθενών, 125 (62,2%) με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) 69 (34,3%) με Crohn's (CD) and 7 (3,5%) με απροσδιόριστη κολίτιδα Α:129/Γ:72 που εξετάστηκαν από την κλινική την δεκαετία 2004/2014.

Αποτελέσματα: Από τις 72 γυναίκες οι 36 ήταν σε αναπαραγωγική ηλικία. Από αυτές εγκυμοσύνη καταγράφηκε σε 6 ασθενείς, 3 με ΕΚ και 3 με CD. Οι ασθενείς βρίσκονταν σε ύφεση της νόσου όπως είχε συσταθεί με πρόγραμμα αντισύλληψης. Οι ασθενείς με ΕΚ ελάμβαναν 5 ΑΣΑ και αυτές με NC οι 2 αζαθειοπρίνη και η μία βιολογικό παράγοντα. Μετά συζήτηση με τις ασθενείς συνεχίστηκε η θεραπεία συντήρησης σε όλες. Οι 5 ασθενείς που ελάμβαναν 5ΑΣΑ και αζαθειοπρίνη είχαν οι τέσσερις φυσιολογικό τοκετό και η μια ασθενής (με περιπρωκτική νόσο) καισαρική τομή. Όλα τα νεογνά ήταν υγιή. Η ασθενής με NC και βιολογικό παράγοντα διέκοψε την θεραπεία τον 5^ο μήνα, εμφάνισε έξαρση της νόσου η οποία δεν ανταποκρίθηκε σε ενδοφλέβια κορτικοειδή και η οποία οδήγησε σε διακοπή της κύησης. Η ίδια ασθενής υπό αγωγή με βιολογικό παράγοντα σε όλη τη διάρκεια της κύησης, είχε επιτυχή εγκυμοσύνη με φυσιολογικό τοκετό και υγιές νεογνό.

Συμπέρασμα: 1. Η πορεία της εγκυμοσύνης σε γυναίκες με ΙΦΝΕ σε ύφεση είναι γενικά καλή ιδιαίτερα σε φάση ύφεσης και 2. Διακοπή της αγωγής συντήρησης δεν συνιστάται για την πιθανότητα έξαρσης της νόσου.



P03

Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΥΡΟΥΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΟΥ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΤΩΝ ΕΡΥΘΡΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ - RDW - ΩΣ ΔΕΙΚΤΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΣΤΑ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Κατσάρος Μ., Σουφλήρης Κ., Γαβαλάς Ε., Ταραμπουλούς Δ., Γραμματικός Ν.,
Τσιμπερίδης Α., Γιουλεμέ Ο.
Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.,
Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Πρόσφατος αριθμός μελετών κατέδειξε συσχέτιση του RDW με καταστάσεις αυξημένου οξειδωτικού στρες και φλεγμονής. Η χρησιμότητά του ως δείκτη φλεγμονής στα ΙΦΝΕ δεν έχει μελετηθεί διεξοδικά.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί εάν το RDW μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης φλεγμονής στα ΙΦΝΕ.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν συνολικά 79 ασθενείς, 39 άνδρες και 40 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 41,5 έτη. Πρόκειται για 39 ασθενείς με CD, 19 με τελική ειλεΐτιδα και 20 με Crohn κολίτιδα, και 40 ασθενείς με UC, 21 με αριστερή κολίτιδα και 19 με πανκολίτιδα. Στους ασθενείς αυτούς υπολογίστηκαν η CRP, TKE, WBCs, Hb, RDW, CDAI και το 9-Partial Mayo score. Στην ομάδα μελέτης συμπεριλήφθηκαν 20 υγιείς εθελοντές σταθμισμένοι ως προς το φύλο και ηλικία, στους οποίους υπολογίστηκε το RDW, τα WBCs και η Hb.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε αύξηση του RDW σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στους ασθενείς με CD (15,92 +/- 3,57 vs 13,32 +/- 0,9, $p=0,003$) και στους ασθενείς με UC (14,98 +/- 1,59 vs 13,32 +/- 0,9, $p=0,003$), στα όρια της στατιστικής σημαντικότητας. Επιπλέον διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση στο σύνολο των ασθενών μεταξύ RDW και TKE ($r=0,127$, $p=0,347$). Θετική συσχέτιση προέκυψε στην ομάδα της CD μεταξύ RDW και CRP ($r=0,263$, $p=0,161$), RDW και WBCs ($r=0,274$, $p=0,147$) και RDW και CDAI ($r=0,279$, $p=0,139$). Στην ομάδα της UC διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ RDW και TKE ($r=0,588$, $p=0,001$), RDW και CRP ($r=0,597$, $p=0,001$) και θετική συσχέτιση RDW και Mayo score ($r=0,293$, $p=0,215$).

Συμπέρασμα: Το RDW αποτελεί ένα εύχρηστο και αξιόπιστο δείκτη ενεργότητας στα ΙΦΝΕ, ο οποίος χρήζει διεξοδικότερης μελέτης μελλοντικά.





P04

ΜΙΚΡΟΣΩΜΑΤΙΔΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Βουδούκνης Ε.¹, Βέτσικα Ε.Κ.², Γιαννακοπούλου Κ.¹, Καρμίρης Κ.¹, Θεοδωροπούλου Α.¹, Σφυριδάκη Α.³, Γεωργούλιας Β.², Πασπάτης Γ.¹, Κουτρουμπάκης Ι.⁴

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Βενιζέλειο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο, ²Τμήματα Βιολογίας Καρκίνου, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, ³Τράπεζα Αίματος, Βενιζέλειο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο, ⁴Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ηράκλειο, Κρήτη

Σκοπός της εργασίας: Τα κυκλοφορούντα ανεξίνη (+) ολικά (MPs) αλλά και τα προερχόμενα από τα αιμοπετάλια (PLT) MPs (PDMPs) είναι αυξημένα στο αίμα ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου (ΙΦΝΕ) και ιδίως εκείνων με ενεργό νόσο. Ο σκοπός της μελέτης μας ήταν η μέτρηση των MPs, καθώς και υπότυπων αυτών σύμφωνα με την κυτταρική τους προέλευση και της ικανότητας σύνδεσής τους με ανεξίνη V και η συσχέτιση τους με κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους.

Υλικό - Μέθοδος: Συμπεριλήφθησαν 46 ασθενείς [23 με ελκώδη κολίτιδα και 23 με νόσο Crohn] και 40 υγιείς μάρτυρες (HC). Η συγκέντρωση όλων των τύπων των MPs υπολογίστηκε μέσω κυτταρομετρίας ροής, βάσει της σύνδεσής με ανεξίνη V και σήμανσης με ειδικούς μεμβρανικούς υποδοχείς στο πλάσμα.

Αποτελέσματα: Τα ανεξίνη (-) PDMPs ($p=0.0004$), τα ολικά ($p=0.04$) αλλά και τα ανεξίνη (+) MPs από τα μονοκύτταρα ($p=0.02$) βρέθηκαν αυξημένα και τα ανεξίνη (-) ολικά MPs ($p=0.0007$) μειωμένα στους ασθενείς με ΙΦΝΕ σε σχέση με τους HC. Το πηλίκιο ανεξίνη (+)/(-) όλων των MPs και των υπότυπων τους ήταν σημαντικά αυξημένο στους ΙΦΝΕ ασθενείς σε σχέση με τους HC ($p<0.003$). Οι ασθενείς με ενεργό ΙΦΝΕ εμφάνισαν αυξημένα MPs (ολικά και PDMPs) συγκριτικά με τους ασθενείς σε ύφεση ($p<0,05$). Η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ ενεργών και μη ασθενών παρατηρήθηκε στα ανεξίνη (-) PDMPs ($p=0.0013$). Τα ολικά και τα ανεξίνη (-) PDMPs συσχετίστηκαν θετικά με τους περισσότερους δείκτες ενεργότητας της νόσου ($p<0.05$).

Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία των MPs και ιδίως τα ανεξίνη (-) PDMPs είναι αυξημένα στους ασθενείς με ενεργή ΙΦΝΕ. Το πηλίκιο ανεξίνη (+)/(-) αποδεικνύεται ο πιο αξιόπιστος διαφοροδιαγνωστικός δείκτης μεταξύ ΙΦΝΕ ασθενών και HC.



P05

Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΦΕΣΗΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN-ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Katsanos K.H.^{*1}, Kopylov U.^{*2}, Cvan der Woude C.J.³, Karmiris K.⁴, Hernandez V.⁵, Odes S.⁶, Papamichael K.⁷, I. Koutroubakis I.⁸, Bojic D.⁹, Kaimakliotis I.¹⁰, Papageorgiou N.¹, Mantzaris G.⁷, Paspatis G.⁴, Ben-Horin S.², Tsianos E.V.¹

*-ισότιμη συνεισφορά

¹Division of Gastroenterology, University of Ioannina, Greece, ²Department of Gastroenterology, Sheba Medical Center, Tel-Hashomer, Israel, ³Department of Gastroenterology and Hepatology, Erasmus MC, Rotterdam, The Netherlands, ⁴Department of Gastroenterology, Venizeleio General Hospital, Heraklion, Crete, Greece, ⁵Department of Gastroenterology Instituto de Investigacion Biomedica Ourense,-Pontevedra-Vigo, Xerencia Xestion Integrada de Vigo, Spain, ⁶Department of Gastroenterology and Hepatology, Ben-Gurion University of the Negev, Beer Sheva, Israel, ⁷First Department of Gastroenterology, Evangelismos Hospital, Athens, Greece, ⁸Department of Gastroenterology, University Hospital Heraklion, Crete, Greece, ⁹Department of Gastroenterology and Hepatology, Zvezdara University Clinical Centre and Medical faculty, University of Belgrade, Serbia, ¹⁰Central IBD clinic, Nicosia, Cyprus

Εισαγωγή - Σκοπός: Η μεθοτρεξάτη (MTX) αποτελεί αποδεκτή αγωγή στη νόσο του Crohn (CD). Σκοποί της παρούσας μελέτης ήταν (i) η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της MTX στη CD και (ii) ο προσδιορισμός παραγόντων σχετιζομένων με αποτυχία της MTX.

Υλικό - Μέθοδοι: Διαδοχικοί ασθενείς με CD από 10 κέντρα αναφοράς 5 χωρών της Ευρώπης και του Ισραήλ συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. Αποκλείστηκαν όσοι λάμβαναν συνδυασμό MTX με anti-TNFα. Ο πρωτεύων στόχος ήταν η διατήρηση κλινικής ύφεσης ελεύθερης κορτικοστεροειδών χωρίς την ανάγκη χορήγησης θειοπουρίνης ή anti-TNFα ή τέλεσης χειρουργικής επέμβασης σχετιζόμενης με τη CD.

Αποτελέσματα: 182 ασθενείς έλαβαν MTX (7/1992-1/2012). Ηλικία διάγνωσης: 33±14.6 έτη, άρρενες: 44.8%, διάρκεια νόσου προ έναρξης MTX: 7±8.7 έτη, καπνιστές: 19.3%, στενωτική/διατρητική νόσος: 24.3/25.2%, ιστορικό λήψης anti-TNFα: 43.1%. Για την επαγωγή της ύφεσης χρησιμοποιήθηκαν δισκία στο 34.6% και υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις στο 63.4% των ασθενών. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τη διατήρηση της ύφεσης ήταν 47.1% και 52.9%. Η μέση εβδομαδιαία δόση ήταν 22.1±5.6mg στην επαγωγή και 18.8±5.1mg στη διατήρηση της ύφεσης. Ύφεση επιτεύχθηκε σε 39/118 (33.1%) ασθενείς και διατηρήθηκε για 27±28.8 μήνες. Μέσος χρόνος επίτευξης της ύφεσης: 2.9±3.5 μήνες. Η από του στόματος χορήγηση στην επαγωγή (OR: 0.23, p=0.03) και η προηγηθείσα χορήγηση anti-TNFα (OR: 0.16, p=0.013) συσχετίστηκαν θετικά με τον κίνδυνο αποτυχίας ενώ η απουσία καπνίσματος (OR: 4.7, p=0.049) ήταν προστατευτική στην πολυπαραγοντική ανάλυση. Δεν υπήρξε συσχέτιση ούτε του εβδομαδιαίου σχήματος ούτε της οδού χορήγησης για τη διατήρηση της ύφεσης με την πιθανότητα να επιτευχθεί ύφεση.

Συμπεράσματα: Η MTX επιτυγχάνει παρατεταμένο κλινικό όφελος στο 1/3 των ασθενών με CD. Το κάπνισμα, η προηγηθείσα λήψη anti-TNFα και η από του στόματος χορήγηση στο σχήμα επαγωγής μειώνουν την πιθανότητα κλινικής ύφεσης.



P06

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΟΧΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗΣ ΣΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ-ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Katsanos K.H.^{*1}, Kopylov U.^{*2}, van der Woude C.J.³, Karmiris K.⁴, Hernandez V.⁵, Odes S.⁶, Papamichael, K.⁷, Koutroubakis I.⁸, Bojic D.⁹, Kaimakliotis I.¹⁰, Strongili K.², Mantzaris G.⁷, Paspatis G.⁴, Ben-Horin S.¹, Tsianos E.V.¹

^{*}-ισότιμη συνεισφορά

¹Division of Gastroenterology, University of Ioannina, Greece, ²Department of Gastroenterology, Sheba Medical Center, Tel-Hashomer, Israel, ³Department of Gastroenterology and Hepatology, Erasmus MC, Rotterdam, The Netherlands, ⁴Department of Gastroenterology, Venizeleio General Hospital, Heraklion, Crete, Greece, ⁵Department of Gastroenterology Instituto de Investigacion Biomedica Ourense,-Pontevedra-Vigo, Xerencia Xestion Integrada de Vigo, Spain, ⁶Department of Gastroenterology and Hepatology, Ben-Gurion University of the Negev, Beer Sheva, Israel, ⁷First Department of Gastroenterology, Evangelismos Hospital, Athens, Greece, ⁸Department of Gastroenterology, University Hospital Heraklion, Crete, Greece, ⁹Department of Gastroenterology and Hepatology, Zvezdara University Clinical Centre and Medical faculty, University of Belgrade, Serbia, ¹⁰Central IBD clinic, Nicosia, Cyprus

Εισαγωγή - Σκοπός: Η μεθοτρεξάτη (MTX) αποτελεί αποδεκτή αγωγή στη νόσο του Crohn (CD). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ασφάλειας και της ανοχής της MTX σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (ΙΦΝΕ).

Υλικό - Μέθοδοι: Διαδοχικοί ασθενείς με ΙΦΝΕ από 10 κέντρα αναφοράς 5 χωρών της Ευρώπης και του Ισραήλ συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. Ο πρωτεύων στόχος ήταν η μελέτη των ανεπιθύμητων ενεργειών, που οδήγησαν σε τροποποίηση της δόσης ή διακοπή της αγωγής.

Αποτελέσματα: 216 ασθενείς με ΙΦΝΕ [νόσος του Crohn: 182 (84.3%)] έλαβαν MTX (7/1992-1/2012). Ηλικία διάγνωσης: 33±14.6 έτη, άρρενες: 47.2%, διάρκεια νόσου προ έναρξης MTX: 7±8.1 έτη, καπνιστές: 23.9%. Για την επαγωγή της ύφεσης χρησιμοποιήθηκαν δισκία στο 38% και υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις στο 62% των ασθενών. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τη διατήρηση της ύφεσης ήταν 46.3% και 53.7%. Η μέση εβδομαδιαία δόση ήταν 21.1±6.1mg στην επαγωγή και 18.3±6.4mg στη διατήρηση της ύφεσης. Η μέση διάρκεια της αγωγής συντήρησης ήταν: 22.4±26.7 μήνες. Συνδυαστική αγωγή με anti-TNFalpha: 66 (30.6%) ασθενείς. Κορτικοστεροειδή απαιτήθηκαν τουλάχιστον μία φορά σε 95 (44%) ασθενείς. Τουλάχιστον μία ανεπιθύμητη ενέργεια παρουσιάστηκε σε 67 (31.1%) ασθενείς οδηγώντας σε ελάττωση της δόσης σε 30 (14%), προσωρινή διακοπή σε 6 (2.8%) και οριστική σε 38 (17.8%). Αιτίες τροποποίησης δόσης: δυσανεξία πεπτικού: 7.5%, ηπατοτοξικότητα: 7%, αιματολογικές διαταραχές: 1%. Νοσηλεία απαιτήθηκε σε 14 (6.5%). Λοιμώδεις επιπλοκές τεκμηριώθηκαν σε 34 (15.9%). Ναυτία αναφέρθηκε από 20 (9.4%) ασθενείς και απαιτήθηκε αγωγή (μετοκλοπραμίδα ή οντασετρόνη) σε 6. Κακοήθεια διαγνώστηκε σε 3 (1 καρκίνος ουροθλίου, 1 πεπτικού και 1 χολαγγειοκαρκίνωμα). Υπήρξαν δύο θάνατοι από μη σχετιζόμενες με τη MTX αιτίες (1 από καρκίνο ουροθλίου και 1 από νεφρική ανεπάρκεια και αρρυθμία).

Συμπεράσματα: Η MTX παρουσιάζει καλό μακροπρόθεσμο πορτρέτο ασφάλειας και ανοχής στους ασθενείς με ΙΦΝΕ.

P07

Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ:

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Κατσάρος Μ., Γαβαλάς Ε., Σουφλέρης Κ., Ταραμπουλούς Δ., Γραμματικός Ν.,
Τσιμπερίδης Α., Γιουλεμέ Ο.

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.
Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Ο επιπολασμός των εξωεντερικών εκδηλώσεων στους ασθενείς με ΙΦΝΕ κυμαίνεται μεταξύ 25 – 40%. Οι συχνότερες αυτών αφορούν το δέρμα, τους οφθαλμούς, το ήπαρ και τις αρθρώσεις.

Σκοπός: Η μελέτη της συχνότητας εμφάνισης εξωεντερικών εκδηλώσεων στους ασθενείς με ΙΦΝΕ που εντάχθηκαν στο ιατρείο μας κατά τα έτη 2013-2015.

Υλικό - Μέθοδοι: Μελετήθηκαν συνολικά 140 ασθενείς 65 άνδρες και 75 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 39,25 έτη και μέση διάρκεια νόσου τα 9,54 έτη. Από τους 92 ασθενείς με NC, 41 άνδρες και 51 γυναίκες, 40 εμφάνιζαν τελική ειλεΐτιδα, 13 κολίτιδα και 39 ειλεοκολίτιδα. Από τους 48 ασθενείς με UC, 24 άνδρες και 24 γυναίκες, 4 εμφάνιζαν ορθίτιδα, 28 αριστερή κολίτιδα και 16 πανκολίτιδα. Στους ασθενείς αυτούς καταγράφηκε επίσης και η χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο των ασθενών που μελετήθηκαν το 35% εμφάνισε εξωεντερικές εκδηλώσεις και πιο συγκεκριμένα το 37% των ασθενών με CD και το 31,3% των ασθενών με UC ($p=0,502$). Πιο αναλυτικά το 13,6% των ασθενών εμφάνισε οστεοπόρωση/οστεοπενία, το 12,9% αρθρίτιδα, το 3,6% αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα και το 5% των ασθενών εκδηλώσεις από το δέρμα, το ήπαρ και τους οφθαλμούς. Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της εμφάνισης εξωεντερικών εκδηλώσεων και της ηλικίας των ασθενών ($p=0,001$), καθώς και με τη λήψη βιολογικού παράγοντα ($p=0,038$). Δεν προέκυψε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με το φύλο ($p=0,072$), τη διάρκεια της νόσου ($p=0,46$), και την έκταση της νόσου, CD ($p=0,957$), και UC ($p=0,097$).

Συμπέρασμα: Στην παρούσα αναδρομική μελέτη παρατήρησης διαπιστώθηκε σημαντικό ποσοστό εμφάνισης εξωεντερικών εκδηλώσεων στους ασθενείς με ΙΦΝΕ και ειδικότερα, σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας καθώς και σε ασθενείς που ελάμβαναν βιολογικό παράγοντα.





P08

ΠΟΙΟΣ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΙΦΠΕ;

Κυριακίδη Κ.¹, Τσιάνος Β.¹, Καρβούνης Ε.¹, Κατσάνος Κ., Χριστοδούλου Δ., Τσιάνος Ε.¹

¹Ήπατο-Γαστρεντερολογικό Ερευνητικό Εργαστήριο, Γαστρεντερολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Σκοπός της Εργασίας: Ο σκοπός μας ήταν η βιβλιογραφική ανασκόπηση ορολογικών δεικτών οι οποίοι χρησιμεύουν ως διαγνωστικά και προγνωστικά εργαλεία με ειδικότητα και ευαισθησία σε άτομα με ΙΦΠΕ.

Μέθοδοι: Συστηματική ανασκόπηση στην Pubmed και PMC για αναζήτηση μελετών που αναφέρονται σε ορολογικούς δείκτες με προγνωστική αξία στην ΙΦΠΕ.

Αποτελέσματα: Σε συνολικά 12 άρθρα που αναλύθηκαν βρέθηκε συσχέτιση των ASCA με πιθανότητα εκδήλωσης επιπλοκών ακόμη και χειρουργικής επέμβασης σε άτομα που πάσχουν από νόσο του Crohn (NK). Ενώ, ο συνδυασμός ASCA/pANCA θεωρείται διαγνωστικός δείκτης για την διαφοροποίηση NK και ελκώδους κολίτιδας (ΕΚ). Χαρακτηριστικά, ασθενείς με αδιευκρίνιστη κολίτιδα ASCA(-)/pANCA(+) έχουν 19 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν ΕΚ, ενώ ασθενείς με ASCA(+)/pANCA(-) έχουν 16 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν NK. Σε μία παιδιατρική μελέτη παρουσιάζεται ισχυρή συσχέτιση των ALCA και anti-L με επιπλοκές στην NK. Αντικρουόμενα είναι τα αποτελέσματα για τα anti-GP2 στην NK. Ορισμένες μελέτες δείχνουν συσχέτιση των anti-GP2 με πρόωρη εκδήλωση νόσου (<16 έτη) και συριγγοποιό συμπεριφορά, ενώ άλλη μελέτη δεν υποδεικνύει συσχέτιση των anti-GP2 με τον φαινότυπο της NK. Παιδιατρική έρευνα έδειξε ότι το υψηλό άθροισμα 4 δεικτών (ASCA, anti-OMPC, anti-CBir1, anti-I2) σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης εσωτερικής διεισδυτικής και συριγγοποιού νόσου, ραγδαία εξέλιξη νόσου και ανάγκης για χειρουργείο σε ασθενείς με NK.

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός πολλών ορολογικών δεικτών μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικό εργαλείο. Περαιτέρω έρευνα, όμως, θα πρέπει να πραγματοποιηθεί ώστε να χρησιμοποιούνται ως εργαστηριακές εξετάσεις ρουτίνας για να οδηγούμαστε σε ασφαλή αποτελέσματα.



P09

ΜΥΟΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN: ΜΕΣΑΛΑΖΙΝΗ «ΚΑΙ ΟΙ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΙ ΕΣΟΝΤΑΙ ΠΡΩΤΟΙ»

Καρλάφτης Α., Καρούμπας Ι., Γκαργγκάνης Δ., Οικονομάκης Α., Μάγειρας Ν.,
Σεραφετινίδης Ι., Γκοτζαγιαννίδου Ε., Ντελής Β.

Γαστρεντερολογική Κλινική Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών Γ. Γεννηματάς

Ασθενής 21 ετών με προ μηνός πρωτοδιαγεγνωσμένη νόσο Crohn ανώτερου και κατωτέρου πεπτικού, υπό μεσαλαζίνη και πρεδνιζολόνη προσέρχεται στα επείγοντα λόγω μυαλγιών και αρθραλγιών. Στον κλινικό έλεγχο διαπιστώνεται δυσκινησία ενώ στον εργαστηριακό αναιμία (Ht=33%), αυξημένα PLT (506.000/μL), WBC (25.600/Ml) και CRP (54mg/L) ενώ εμφανίζει φυσιολογικά ζωτικά σημεία. Εισάγεται για περαιτέρω παρακολούθηση.

Ένα 24ωρο μετά αναφέρει προκάρδιο άλγος. Σε ΗΚΓ αναδεικνύονται κατασπάσεις του PR στις V1-V3 και εργαστηριακά αύξηση της τροπονίνης. Μετά από καρδιολογική εκτίμηση και υπερηχογράφημα καρδιάς διαγιγνώσκεται μυοπερικαρδίτιδα. Χορηγείται καρβεδιλόλη, περινδοπρίλη και αποστέλλεται έλεγχος για ηπατίτιδες, HIV, ανοσολογικά και θυροειδικά νοσήματα και λοιμογόνους παράγοντες. Επίσης, διακόπτεται και η μεσαλαζίνη λόγω της πιθανής καρδιοτοξικής της δράσης ενώ δίδεται αζαθειοπρίνη εν αναμονή των εργαστηριακών εξετάσεων. Μετά τη διακοπή της μεσαλαζίνης σταδιακά μειώνεται το προκάρδιο άλγος και την 5^η ημέρα υποχωρεί πλήρως ενώ η τροπονίνη εμφανίζει πτωτική πορεία και την 7^η ημέρα επανέρχεται στα φυσιολογικά όρια όπως και οι ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις. Σε επαναληπτικό υπέρηχο η καρδιακή λειτουργία έχει βελτίωση. Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων για πιθανά αίτια μυοπερικαρδίτιδας ήταν φυσιολογικά.

Η διάγνωση της μυοπερικαρδίτιδας οφειλόμενη στη μεσαλαζίνη αποτελεί μια διάγνωση εξ αποκλεισμού. Συνήθως εκδηλώνεται 2-4 εβδομάδες μετά την έναρξη της και υποχωρεί μια εβδομάδα μετά τη διακοπή της. Η κλινική εικόνα της ασθενούς μας είναι συμβατή με τα ως άνω δεδομένα και έτσι αποδόθηκε στη μεσαλαζίνη.

Συμπέρασμα: Σε ασθενείς με ΙΦΝΕ που λαμβάνουν μεσαλαζίνη και παρουσιάζουν διαταραχή της καρδιακής λειτουργίας η φαρμακευτική αντίδραση πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση, ιδιαίτερα όταν έχει γίνει πρόσφατη έναρξή της.





P10

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΠΟΥ ΜΟΙΑΖΕΙ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΙΡΑΑ

Εμμανουήλ Θ., Φαλίδας Ε., Κοντοράβδης Ν., Ευαγγελίδης Π., Μπαράτσος Σ.

Γενικό Νοσοκομείο ΙΑΣΩ GENERAL

Εισαγωγή: Σε 20% των περιπτώσεων νόσου Crohn (CD) προσβάλλεται μόνο το παχύ έντερο, που δυσχεραίνει τη διαφοροδιάγνωση μεταξύ ΕΚ και CD κολίτιδας, ακόμα και σε χειρουργικό παρασκευάσμα. Για την ανθεκτική ΕΚ θεραπεία εκλογής είναι η ολική πρωκτοκολεκτομή (ΙΡΑΑ), ενώ στην Crohn κολίτιδα που μοιάζει με ΕΚ (UC-like Crohn's colitis) ή στην αδιευκρίνιστη κολίτιδα η θεραπεία παραμένει ασαφής.

Σκοπός: Η αναγνώριση χαρακτηριστικών που σχετίζονται με UC-like Crohn κολίτιδα και η παρουσίαση θεραπευτικών επιλογών.

Υλικό- Μέθοδοι: Από 680 κολεκτομηθέντες ασθενείς με ΕΚ επιλέχθηκαν όσοι ακολούθως ανέπτυξαν CD λεπτού εντέρου. Σαν μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν κολεκτομηθέντες με «αληθή» ΕΚ. Ανασκοπήθηκαν τα ενδοσκοπικά/ιστολογικά ευρήματα προεγχειρητικά και συγκρίθηκαν με αυτά από το χειρουργικό παρασκευάσμα. Η αντιμετώπιση έγινε με βάση τα συμπτώματα και την έκταση της νόσου.

Αποτελέσματα: Βρέθηκαν έξι ασθενείς με "UC-like" CD κολίτιδα που ήταν 7 έτη νεώτεροι από εκείνους με «αληθή» ΕΚ ($P < 0.01$). Πιο σημαντική φλεγμονή παρατηρήθηκε στο κεντρικό παχύ έντερο και τον ειλεό σχεδόν σε όλους τους 6 "UC-like" CD ασθενείς και σε κανέναν με «αληθή» ΕΚ ($P < 0.05$). Στους πρώτους απαιτήθηκαν πολλές νοσηλείες για ειλεό ή συρίγγια. Σε κανέναν δεν βρέθηκαν κοκκιώματα ή διατοιχωματική φλεγμονή. Σε ένα ασθενή με σοβαρή στένωση έγινε εκτομή της στένωσης και αναστόμωση. Τρεις άλλοι αντιμετωπίστηκαν με seton και βιολογικούς παράγοντες και σε δύο έγινε τελική ειλεοστομία με/χωρίς αφαίρεση του pouch.

Συμπεράσματα: Ενεργός φλεγμονή στο ΔΕ κόλο με συμμετοχή τελικού ειλεού, απόφραξη και πρώιμη ανάπτυξη συριγγίων σχετίζονται με "UC-like" CD. Κάτω από ορισμένες συνθήκες αυτή η υποομάδα μπορεί να αντιμετωπιστεί συντηρητικά ακόμα και με διατήρηση της ληκύθου.



P11

Η ΗΛΙΚΙΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΕΙΛΕΟΠΡΩΚΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ

Εμμανουήλ Θ., Φαλίδας Ε., Χρήστου Χ., Κοντοράβδης Ν., Ευαγγελίδης Π., Μπαράτσος Σ.
Γενικό Νοσοκομείο ΙΑΣΩ GENERAL

Εισαγωγή: Η χειρουργική θεραπεία εκλογής στην ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) είναι η ολική πρωκτοκολεκτομή με νεολήκυθο (ΙΡΑΑ). Γίνεται είτε με τη χρήση διπλού συρραπτικού είτε μέσω βλεννογονεκτομής, όπου αφαιρείται ολόκληρο το τμήμα του κυλινδρικού επιθηλίου του ορθού και η λήκυθος λεπτού εντέρου αναστομώνεται με τον πρωκτό. Η ακράτεια αναφέρεται ως η συχνότερη επιπλοκή της ΙΡΑΑ και δημιουργεί προβληματισμό ειδικότερα σε νέα άτομα. Δεν είναι όμως ξεκάθαρο αν η ηλικία παίζει ρόλο στην ανάπτυξη αυτής της επιπλοκής.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να μελετήσουμε αν ο παράγοντας ηλικία παίζει ρόλο στην ανάπτυξη ακράτειας μετά από επέμβαση ΙΡΑΑ.

Υλικό - Μέθοδοι: Από σύνολο 326 περιστατικών που υπεβλήθησαν σε ΙΡΑΑ για ΕΚ ή FAP επιλέχτηκαν οι κολεκτομηθέντες για ΕΚ και μελετήθηκε η ακράτεια με βάση ερωτηματολόγιο σύμφωνα με το wexner score. Συγκεκριμένα, μελετήθηκαν ο αριθμός, η σύσταση των κενώσεων, η αίσθηση της αφόδευσης και η παρουσία περιεδρικού ερεθισμού. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε ηλικιακές ομάδες ανάλογα με το πότε υπεβλήθησαν στην επέμβαση και τα αποτελέσματα μελετήθηκαν με τη χρήση στατιστικής ανάλυσης.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς που ήταν κάτω από 55 ετών κατά την επέμβαση είχαν λιγότερα προβλήματα ακράτειας (wexner score <3,0), πράγμα αποδεκτό σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και είχαν καλή ποιότητα ζωής.

Συμπεράσματα: Άτομα νέας ηλικίας που υποβάλλονται σε επέμβαση ΙΡΑΑ με τη μέθοδο της βλεννογονεκτομής δεν παρουσιάζουν γενικά προβλήματα ακράτειας, ενώ ακράτεια εμφανίζεται συνήθως σε μεγάλες ηλικίες, που έτσι και αλλιώς θα αναπτύσσονταν και μάλλον δεν έχει σχέση με το είδος της επέμβασης.





P12

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΙΛΕΟΠΡΩΚΤΙΚΗ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΔΙΠΛΟΥ ΣΥΡΡΑΠΤΙΚΟΥ

Φαλίδας Ε., Κοντοράβδης Ν., Εμμανουήλ Θ., Ευαγγελίδης Π., Μπαράτσος Σ.

Γενικό Νοσοκομείο ΙΑΣΩ GENERAL

Εισαγωγή: Η ολική κολεκτομή με σχηματισμό νεοληκύθου (ΙΡΑΑ) θεωρείται ως η επέμβαση εκλογής σε ανθεκτική ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ). Η επέμβαση διενεργείται είτε με τη χρήση διπλού συρραπτικού (DS), είτε μέσω βλεννογονεκτομής. Κατά την πρώτη μέθοδο αφήνεται άθικτο τμήμα βλεννογόνου ορθού, μήκους μέχρι 2 εκ., όπου και αναστομώνεται η νεολήκυθος. Ενώ αναφέρεται ότι με αυτή τη μέθοδο υπάρχει μικρότερη συχνότητα νυχτερινής ακράτειας, πολλές φορές σε περίπτωση έντονης φλεγμονής του ορθικού κολοβώματος (cuffitis) μπορεί να προκύψουν σοβαρά προβλήματα στη συχνότητα των κενώσεων.

Σκοπός: Η παρουσίαση προβλημάτων σε ασθενείς με ολική κολεκτομή με χρήση διπλού συρραπτικού (DS).

Υλικό – Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε τρεις περιπτώσεις που υπεβλήθηκαν σε ΙΡΑΑ με τη μέθοδο DS που αμέσως μετά τη σύγκλειση της ειλεοστομίας ανέπτυξαν αυξημένες κενώσεις. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε απεικονιστικό, ενδοσκοπικό και ιστολογικό έλεγχο προς αποκλεισμό όλων των αιτιών που ενοχοποιούνται για αυξημένες κενώσεις.

Αποτελέσματα: Όλοι ασθενείς αμέσως μετά τη σύγκλειση της ειλεοστομίας εμφάνισαν μεγάλο αριθμό κενώσεων (>30 ημερησίως) με σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές και αποδόθηκε σε σοβαρή φλεγμονή του ορθού που είχε μήκος τουλάχιστον 5-6εκ. Σε όλες τις περιπτώσεις έγινε ανακατασκευή της ληκύθου, αφού προηγουμένως αποκλείστηκαν άλλα παθολογικά αίτια όπως η παρουσία ευκαιριακών λοιμώξεων (CMV, *Clostridium difficile*), άλλες ανατομικές βλάβες περιληκυθικά είτε η ανάπτυξη νόσου Crohn.

Συμπεράσματα: Η επέμβαση ΙΡΑΑ με τη χρήση διπλού συρραπτικού μπορεί να επιφέρει σοβαρά προβλήματα στη συχνότητα των κενώσεων που αποδίδεται σε φλεγμονή του παραμένοντος ορθικού βλεννογόνου. Η αντιμετώπιση μπορεί να γίνει είτε με ολική ανακατασκευή της ληκύθου είτε με αφαίρεση του cuff και προώθησή του περιφερικά χωρίς ανάγκη μόνιμης ειλεοστομίας.



P13

ΟΞΥ ΔΙΑΡΡΟΪΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΖΑΘΕΙΟΠΡΙΝΗ, ΥΠΟΤΡΟΠΗ Ή ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ;

Μιχαλόπουλος Γ., Βρακάς Σ., Μακρής Κ., Τζάθας Χ.

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά Τζάνειο

Σκοπός: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ασθενούς με ελκώδη κολίτιδα με σύνδρομο «οξείας γαστρεντερίτιδας» μετά χορήγηση αζαθειοπρίνης.

Μέθοδος: Ασθενής 56 ετών, με γνωστή ελκώδη κολίτιδα υπό μεσαλαζίνη προσήλθε με εικόνα βαριάς έξαρσης. Από τον ενδοσκοπικό έλεγχο ανεδείχθη εικόνα εκτεταμένης κολίτιδας Mayo III. Έγινε έναρξη ενδοφλέβιας αγωγής με πρεδνιζολόνη 50 mg/ημέρα και αζαθειοπρίνη 150 mg/ημέρα με σημαντική βελτίωση.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής σε κλινική και εργαστηριακή ύφεση έλαβε εξιτήριο με οδηγίες για σταδιακή μείωση της κορτιζόνης και συνέχιση της αζαθειοπρίνης. Δυο ημέρες μετά τη διακοπή της κορτιζόνης, λόγω έντονου διαρροϊκού συνδρόμου, >10 υδαρείς κενώσεις/ημέρα χωρίς πρόσμιξη αίματος και συνοδούς εμέτους 6-8/ημέρα, εισήχθη στην κλινική με όψη πάσχοντος, εικόνα αφυδάτωσης, ταχυκαρδία και υπόταση. Έγινε διακοπή της αζαθειοπρίνης και χορηγήθηκαν ενδοφλεβίως υγρά. Η κολονοσκόπηση ανέδειξε εικόνα Mayo I και η γαστροσκόπηση δεν ανέδειξε βλάβες. Ο εργαστηριακός και ο απεικονιστικός έλεγχος καθώς και ο έλεγχος κοπράνων δεν ανέδειξε παθολογία. Ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση και την τρίτη ημέρα της νοσηλείας του επαναχορηγήθηκε αζαθειοπρίνη. Δύο ώρες μετά τη λήψη αζαθειοπρίνης, παρουσίασε εκ νέου το προαναφερόμενο σύνδρομο. Χορηγήθηκαν άπαξ 125 mg solumedrol και διεκόπη πλήρως η αζαθειοπρίνη με αποτέλεσμα εντός 12 ωρών τη πλήρη κλινική ύφεση των συμπτωμάτων.

Συμπέρασμα: Το οξύ διαρροϊκό σύνδρομο αποτελεί σπάνια επιπλοκή της χορήγησης αζαθειοπρίνης. Στην παρούσα περίπτωση θεωρούμε ότι το επεισόδιο αυτό αποτελεί μια ιδιοσυγκρασιακού-αλλεργικού τύπου αντίδραση η οποία δεν είχε εκφραστεί εξ αρχής λόγω της συγχορήγησης κορτιζόνης, ενώ επανεμφανίστηκε άμεσα με την επαναχορήγηση της αζαθειοπρίνης.





P14

ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ GOLIMUMAB

Βιάζης Ν., Γιακουμής Μ., Κατωπόδη Κ., Χανιάς Μ., Βαρυτιμιάδης Λ., Αναστασιάδης Στ.,
Καρατζάς Π., Καραμανώλης Δ.Γ.

Γαστρεντερολογικό Τμήμα. Γ.Ν.Α. Ο Ευαγγελισμός

Εισαγωγή: Το golimumab, ένα πλήρως ανθρώπινο μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι του παράγοντα νέκρωσης όγκου (TNF)-α εγκρίθηκε πρόσφατα για τη θεραπεία των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Σκοπός μας ήταν να εκτιμήσουμε την αποτελεσματικότητα του golimumab στην αντιμετώπιση ασθενών με μέτρια – βαριά ελκώδη κολίτιδα.

Μέθοδοι: Επτά ασθενείς με μέτρια- σοβαρή ελκώδη κολίτιδα έλαβαν υποδορίως golimumab για την αντιμετώπιση της νόσου. Από τους 7 αυτούς ασθενείς, οι 6 δεν είχαν λάβει στο παρελθόν θεραπεία με βιολογικό παράγοντα, ενώ ο 1 είχε λάβει θεραπεία με adalimumab χωρίς ανταπόκριση. Το golimumab χορηγήθηκε σε δόση 200 mg την ημέρα 0, σε δόση 100 mg την ημέρα 15 και σε δόση 50 mg κάθε μήνα στη συνέχεια. Η ανταπόκριση στη θεραπεία εκτιμήθηκε την 6^η εβδομάδα από την έναρξη της θεραπείας.

Αποτελέσματα: Από τους 7 ασθενείς που έλαβαν τη θεραπεία με golimumab, οι 5 παρουσίασαν κλινική ανταπόκριση την 6^η εβδομάδα από την έναρξη της αγωγής (71.4%). Ο 2 ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν, δεν είχαν λάβει βιολογικό παράγοντα στο παρελθόν, έλαβαν στη συνέχεια θεραπεία με infliximab, ο ένας με επιτυχία και ο δεύτερος και πάλι χωρίς ανταπόκριση, με τελική συνέπεια να υποβληθεί σε κολεκτομή. Κατά τη διάρκεια των 6 πρώτων εβδομάδων παρακολούθησης κανένας από τους ασθενείς που έλαβαν golimumab δεν παρουσίασε ανεπιθύμητες ενέργειες.

Συμπέρασμα: Η υποδόρια χορήγηση golimumab επιφέρει κλινική ανταπόκριση σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με μέτρια – σοβαρή ελκώδη κολίτιδα.



P15

ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΡΟΣΒΟΛΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΥΝΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΝΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕ ΚΑΨΟΥΛΑ

Βιάζης Ν., Αναστασίου Γ., Τσιγαρίδας Θ., Γαλανόπουλος Μ., Τζιωρτζιώτης Γ.,
Τζαννετάκου Ξ., Ιντέρνος Ι., Καραμανώλης Δ.Γ.

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Ο Ευαγγελισμός

Εισαγωγή: Η εντεροσκόπηση με κάψουλα αποτελεί εξέταση εκλογής για τη διερεύνηση της έκτασης και βαρύτητας προσβολής του λεπτού εντέρου σε ασθενείς με διαγνωσμένη νόσο Crohn του παχέος εντέρου ή του τελικού ειλεού. Σκοπός της μελέτης ήταν να αναδείξει τη συχνότητα προσβολής αλλά και προγνωστικούς παράγοντες συμμετοχής του λεπτού εντέρου - εκτός του τελικού ειλεού - στη νόσο.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση των δεδομένων ασθενών με νόσο Crohn του παχέος εντέρου ή του τελικού ειλεού, διαγνωσμένη με ολική κολονοσκόπηση και επισκόπηση του τελικού ειλεού, οι οποίοι υποβλήθηκαν στη συνέχεια σε εντεροσκόπηση με κάψουλα.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της τελευταίας 10ετίας, 3450 ασθενείς υποβλήθηκαν σε εντεροσκόπηση με κάψουλα στο Τμήμα μας (Pillcam SB, Given Imaging) και από αυτούς οι 641 ήταν ασθενείς με διαγνωσμένη νόσο Crohn του παχέος εντέρου ή του τελικού ειλεού. Από τους ασθενείς αυτούς συμμετοχή του λεπτού εντέρου (εκτός του τελικού ειλεού) διαπιστώθηκε σε 269 άτομα (41.96%). Η στατιστική ανάλυση ανέδειξε ότι η ηλικία < 40 ετών (OR=1.13, 95% CI=1.04-1.23, p=0.04), καθώς και η προσβολή του ανωτέρου πεπτικού (OR=2.13, CI=1.18-4.77, p=0.010), αλλά και η παρουσία βλαβών στον τελικό ειλεό κατά την ειλεο-κολονοσκόπηση (OR=2.99, 95% CI=1.21-6.14, p=0.012) ήταν προγνωστικοί παράγοντες ανεύρεσης βλαβών σχετιζόμενων με τη νόσο στο λεπτό έντερο.

Συμπέρασμα: Η εντεροσκόπηση με κάψουλα αναδεικνύει συμμετοχή του λεπτού εντέρου σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με διαγνωσμένη νόσο Crohn του παχέος εντέρου ή του τελικού ειλεού. Η μικρή ηλικία, η προσβολή του ανωτέρου πεπτικού και η παρουσία βλαβών στον τελικό ειλεό αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες ανεύρεσης βλαβών στο λεπτό έντερο.





P16

ΑΣΥΝΗΘΕΙΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΦΕΝ ΩΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ INFliximab: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Καρακατσάνης Σ., Μαλγαρινός Γ., Παπαβασιλείου Ε., Γκοβόσδης Β., Καραγιάννη Β.,
Σπυρόπουλος Χ., Ρέντης Α., Βαγιανός Κ., Τριανταφυλλίδης Ι.Κ.
IBD Unit, IASO General Hospital, Athens

Εισαγωγή: Το Infliximab αποτελεί καθιερωμένη θεραπεία της ενεργού νόσου Crohn και ελκώδους κολίτιδος, αλλά ταυτόχρονα αποτελεσματική θεραπεία της ψωρίασεως μιάς δερματοπάθειας στην οποία εμπλέκεται παθογενετικά ο Tumor Necrosis Factor-α. Παραδόξως έχουν περιγραφεί περιπτώσεις νεοεμφανισθείσας ψωρίασεως ή ψωριασιομόρφου εξανθήματος σε ασθενείς με νόσο Crohn η ελκώδη κολίτιδα θεραπευόμενους με infliximab.

Σκοπός της αναφοράς αυτής είναι η περιγραφή τριών περιπτώσεων λίαν ασυνήθους εκτεταμένου ψωριασιόμορφου εξανθήματος καταλαμβάνοντος σχεδόν το 40% της επιφάνειας του σώματος στη διάρκεια θεραπείας με infliximab.

Περιγραφή περιπτώσεων: Πρόκειται για δύο άνδρες και μία γυναίκα τα κλινικοεπιδημιολογικά δεδομένα των οποίων φαίνονται στον πίνακα.

Νόσος	Ηλικία	Φύλο	Αριθμός έγχυσης	Θεραπεία	Αποτέλεσμα θεραπείας	Παρακολούθηση
N. Crohn		Θήλυ	6η (12 μήνες μετά την έναρξη)	Πρεδνιζολόνη peros	Βελτίωση	Συνέχιση θεραπείας με infliximab
N. Crohn		Άνδρας		Πρεδνιζολόνη peros	Βελτίωση	Συνέχιση θεραπείας με infliximab
Ανθεκτική ληκυθίτις		Άνδρας		Πρεδνιζολόνη peros	Βελτίωση	Συνέχιση θεραπείας με infliximab

Το δερματικό εξάνθημα κάλυπτε το 40% της συνολικής επιφάνειας του σώματος, συνοδευόταν από κνησμό και έδειχνε τάσεις επέκτασης σε σημεία επαφής μελών του σώματος (πχ εσωτερική επιφάνεια μηρών). Βιοψίες δέρματος απέτυχαν να τεκμηριώσουν σαφή διάγνωση, η οποία τέθηκε κλινικώς με βάση τις διεθνείς περιγραφές. Οι καλλιέργειες επιφανειακού υλικού των βλαβών έδειξαν σε μία περίπτωση δερματικό σταφυλόκοκκο. Οι τρεις αυτοί ασθενείς αποτελούν ποσοστό 15% (3/20) του συνολικού αριθμού των ασθενών με ΙΦΕΝ που υποβάλλονται σε θεραπεία με infliximab στη μονάδα μας. Η ανταπόκριση στη χορήγηση πρεδνιζολόνης για διάστημα 8 εβδομάδων υπήρξε λίαν ικανοποιητική.

Συμπέρασμα: Αν και το ψωριασιόμορφο εξάνθημα είναι σχετικώς συχνό στους ασθενείς με ΙΦΕΝ που υποβάλλονται σε θεραπεία με Infliximab εκτεταμένη προσβολή είναι σπάνια. Η θεραπεία με πρεδνιζολόνη είναι αποτελεσματική σε όλες τις περιπτώσεις.



P17

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΝΟΣΟ: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ PEROS ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ ΟΡΟΥ

Καραγιάννη Β., Γκίκας Α., Μαλγαρινός Γ., Παπαβασιλείου Ε., Γκοβόσδης Β., Τσερκέζου Μ., Καρακατσάνης Σ., Σπυρόπουλος Χ., Ρέντης Α., Βαγιανός Κ., Τριανταφυλλίδης Ι.Κ.
IBD Unit, IASO General Hospital, Αθήνα

Εισαγωγή: Συνεχώς αυξανόμενες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι η vitamin D παίζει σημαντικό ρόλο στην έμφυτη και επίκτητη ανοσία, στην ανοσο-παθογένεση της νόσου του Crohn, στην μείωση της ανάγκης για νοσοκομειακή νοσηλεία και χειρουργικές επεμβάσεις και στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Στη χώρα μας με την μεγάλη ετήσια περίοδο ηλιοφάνειας αναμένεται το ποσοστό των ασθενών με ΙΦΕΝ και ένδεια βιταμίνης D να είναι μικρό.

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν ο προσδιορισμός των επιπέδων της βιταμίνης D του ορού σε σειρά ασθενών με νόσο Crohn και ελκώδη κολίτιδα που παρακολουθούνται συστηματικώς στη μονάδα μας.

Ασθενείς-Μέθοδοι: 64 ασθενείς με νόσο Crohn και 48 με ελκώδη κολίτιδα (112 ασθενείς συνολικώς) υποβλήθηκαν σε προσδιορισμό των επιπέδων βιταμίνης D του ορού (serum 25-hydroxy-vitamin D (25(OH)D) με ELISA ο οποίος θεωρείται ως ο καλύτερος τρόπος προσδιορισμού της στον ορό. Στους ασθενείς με χαμηλά επίπεδα ή/και έλλειψη βιταμίνης D χορηγήθηκαν 0.5 mcg βιταμίνης D peros ημερησίως υπό μορφή δισκίου για διάστημα 12 εβδομάδων. Μετά το πέρας της θεραπείας τα επίπεδα της βιταμίνης D επαναπροσδιορίστηκαν.

Αποτελέσματα: 14% των ασθενών με νόσο Crohn και 8.6% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα παρουσίαζαν έλλειψη βιταμίνης D (<20 ng/mL). Επί πλέον 22% των ασθενών με νόσο Crohn και 16.7% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα παρουσίαζαν μειωμένα επίπεδα βιταμίνης D. Μετά θεραπεία τα μέσα επίπεδα της βιταμίνης D του ορού αυξήθηκαν από 19.3 σε 62.4 διαφορά η οποία ήταν στατιστικώς σημαντική (P<0.01).

Συμπέρασμα: Σημαντικό ποσοστό ασθενών με ΙΦΕΝ και στη χώρα μας παρουσιάζει έλλειψη ή χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D στον ορό. Η από του στόματος χορήγηση αποκαθιστά τα επίπεδα της στο φυσιολογικό. Χρειάζεται να γίνουν περισσότερες μελέτες σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, ώστε να εκτιμηθεί καλύτερα το αποτέλεσμα της από του στόματος χορήγησης της στους ασθενείς με ΙΦΕΝ.





P18

H. PYLORI ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Αναστασιάδου Κ., Γιωργάκης Ν., Κατσινέλος Π., Βενιζέλος Ι., Γκάτσος Χ., Κουντουράς Ι.
Γαστρεντερολογικό Εργαστήριο Β' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός της Εργασίας: Υφίστανται ορισμένα διφορούμενα σύγχρονα δεδομένα όσον αφορά τον αιτιολογικό ή προστατευτικό ρόλο της *H. pylori* λοίμωξης έναντι των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου (ΙΦΝΕ), Βασιζόμενα κυρίως σε *H. pylori*-σχετιζόμενο ορολογικό έλεγχο. Με βάση τον διαγνωστικό ιστολογικό έλεγχο παρουσίας ενεργού *H. pylori* λοίμωξης, ορισμένες μελέτες, κυρίως σε παιδιατρικό πληθυσμό, δείχνουν επιπολασμό της λοίμωξης στο 41,5% ασθενών με νόσο Crohn's. Σκοπός της παρούσης πιλοτικής μελέτης ήταν η έρευνα πιθανής συσχέτισης ενεργού *H. pylori* λοίμωξης και ΙΦΝΕ ενηλίκων ασθενών.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 12 ασθενείς με ΙΦΝΕ (7 γυναίκες και 5 άνδρες) οι οποίοι υπεβλήθησαν σε λεπτομερή ενδοσκοπικό και ιστολογικό έλεγχο ανώτερου και κατώτερου πεπτικού συστήματος κατά κύριο λόγο για έλεγχο παρουσίας ενεργού *H. pylori* λοίμωξης με χρήση χρώσης Crezyl fast violet.

Αποτελέσματα: Από τους πέντε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα οι τέσσερις (80%) είχαν θετική ιστολογική παρουσία *H. pylori* βακτηρίων στον γαστρικό βλεννογόνο με συνοδά ευρήματα γαστρίτιδας και στον βλεννογόνο και παχέος εντέρου με συνοδά ευρήματα της νόσου. Από τους έξι ασθενείς με νόσο Crohn's οι τρεις (50%) είχαν θετική ιστολογική παρουσία *H. pylori* βακτηρίων στον γαστρικό βλεννογόνο με συνοδά ευρήματα γαστρίτιδας και στον βλεννογόνο του παχέος εντέρου με συνοδά ευρήματα της νόσου.

Συμπεράσματα: Η *H. pylori* λοίμωξη πιθανόν να εμπλέκεται στην παθογένεση κατά κύριο λόγο της ελκώδους κολίτιδας και πιθανόν της νόσου Crohn's. Εντούτοις, απαιτούνται μελλοντικές σχετικές μελέτες σε μεγάλο αριθμό ασθενών για την επιβεβαίωση των ευρημάτων, συνεπάγοντας αντίστοιχες θεραπευτικές προσεγγίσεις των ΙΦΝΕ και των δυνητικών επιπλοκών τους.



P19

ΒΑΡΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΚΑΙ ΕΛΚΩΤΙΚΗ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ ΕΙΝΑΙ Η ΑΙΤΙΑ ΕΝΤΟΝΩΝ ΕΠΙΓΑΣΤΡΙΚΩΝ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΠΙΓΑΣΤΡΙΚΗ ΔΥΣΑΝΕΞΙΑ ΣΤΗΝ ΑΖΑΘΕΙΟΠΡΙΝΗ

Ε. Αρχαύλης, Ι. Ιντέρνος, Σ. Αναστασιάδης, Π. Καρατζάς, Κ. Παπαμιχαήλ, Ξ. Τζανετάκου, Ν. Κυριάκος, Α. Χρηστίδου, Μ. Γαλανόπουλος, Λ. Βαρυτιμιάδης, Ε. Βιέννα, Ε. Αδάμου, Γ. Μάντζαρης

ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η αζαθειοπρίνη (AZA) θεωρείται ως φάρμακο εκλογής για ασθενείς με εξαρτημένη από τα κορτικοειδή ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) και νόσο του Crohn (NC). Εν τούτοις, περί το 20-25% των ασθενών δεν ανέχονται ή εμφανίζουν ανεπιθύμητες ενέργειες στην AZA. Μεταξύ αυτών είναι και συμπτώματα από το ανώτερο πεπτικό (μεταλλική γεύση, ναυτία, επιγαστραλγία, έμετος, κά). Μολονότι τα συμπτώματα αυτά, όπως και τα συμπτώματα γριππώδους συνδρομής, θεωρούνται ήπια και ότι μπορεί να παρακαμφθούν με χορήγηση μερκαπτοπουρίνης, του μεταβολικού προϊόντος της AZA, μερικοί ασθενείς δεν ανέχονται και τη μερκαπτοπουρίνη.

Σκοπός: Να μελετηθεί η επίδραση της AZA στον γαστρικό βλεννογόνο ασθενών με έντονα επιγαστρικά συμπτώματα σύντομα μετά από τη χορήγηση AZA.

Ασθενείς και μέθοδος: Στη μελέτη περιελήφθησαν 9 συνεχόμενοι ασθενείς που εμφάνισαν έντονα επιγαστρικά συμπτώματα εντός του πρώτου μηνός από τη χορήγηση AZA. Οκτώ ασθενείς (6 άρρενες και 2 θήλεις) είχαν Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Εντεροπάθεια (ΙΦΝΕ, 5 NC και 3 ΕΚ) και ένας άρρην ασθενής είχε ΕΚ και αυτοάνοση χρόνια ενεργό ηπατίτιδα. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 24 (19-56) έτη, 3 ήταν ενεργοί και 2 πρώην καπνιστές. Οι ασθενείς ελάμβαναν σύγχρονα κορτικοειδή [μέση δόση πρεδνιζολόνης 20mg/ημέρα (15-30mg), 6/9 ελάμβαναν φυλικό οξύ (10mg/εβδομάδα), 2/9 αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (ΑΑΡ) και 1/9 δεσμευτές των H₂ υποδοχέων της ισταμίνης σε συνήθεις δόσεις. Τα συμπτώματα των ασθενών ήταν έντονη επιγαστραλγία (9/9), ναυτία (7/9), έμετος (6/9) χωρίς (5/6) ή με (1/6) αίμα, πυρετός με ρίγος (3/9) και κεφαλαγία (6/9).

Αποτελέσματα: Γαστροσκόπηση έγινε εντός 24 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων και τα ευρήματα ήταν τυπικά της βαρείας διάχυτης αιμορραγικής ή/και ελκωτικής γαστρίτιδας, με (5/9) ή χωρίς (4/9) μακροσκοπικό αίμα, νωπό και αλλοιωμένο, στον αυλό. Τα έλκη ήταν ποικιλλόμορφα, αφθώδη, επιφανειακά ή/και εσκαμμένα. Ο βολβός και η 2^η μοίρα του δωδεκαδακτύλου δεν είχαν βλάβες. Ιστολογικά, υπήρχε φλεγμονώδης διήθημα από κύτταρα οξείας και χρόνιας φλεγμονής χωρίς ανοσοϊστοχημική ένδειξη (PAS, Croccott's GIemsa, Gram AN, κά) για Ε. πυλωρού, CMV, HSV, ή άλλου λοιμώδους παράγοντα. Οι ενδοσκοπικές βλάβες αποκαταστάθηκαν σε διάστημα <7 ημερών με/ή χορήγηση ΑΑΡ.

Συμπέρασμα: Η έντονη επιγαστρική δυσανεξία στην AZA εμφανίζεται ταχέως μετά τη χορήγηση AZA, οφείλεται συνήθως σε βαρεία αιμορραγική ελκωτική γαστρίτιδα που αποκαθίσταται με τη διακοπή του φαρμάκου και ίσως χορήγηση ΑΑΡ. Η χορήγηση αντιεκκριτικών δεν φαίνεται να προφυλάσσει.



P20

ΤΙ ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΦΝΕ ΜΕ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ (ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ, ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ, ΚΥΗΣΗ, Κ.Α.)

Γ. Μάντζαρης, Π. Καρατζάς, Ξ. Τζαννετάκου, Ι. Ιντέρνος, Σ. Αναστασιάδης, Λ. Βαρυτιμιάδης, Α. Χρηστίδου, Ε. Αρχαύλης, Μ. Γαλανόπουλος, Ε. Κεμαλή, Ν. Κυριάκος
Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η διαπίστωση των γνώσεων για τις ΙΦΝΕ και θέματα αναπαραγωγής γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας που επισκέπτονται για πρώτη φορά Τριτοβάθμιο Κέντρο ΙΦΝΕ

Μέθοδος: Ερωτηματολόγιο ερωτήσεων για τις ΙΦΝΕ, τη συσχέτισή τους με τη γονιμότητα, στειρότητα, κύηση, επίδραση στο έμβρυο της νόσου και της θεραπείας και αντίστροφα, τους κινδύνους της θεραπείας στο αναπαραγωγικό σύστημα και προληπτικό εμβολιασμό σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Μτείχαν μετά από ενημέρωση/έγγραφο συγκατάθεση, γυναίκες ηλικίας >18 ετών μέχρι την εμμηνοπαυση, που προσήλθαν για πρώτη φορά στο ιατρείο ΙΦΝΕ έχοντας τεκμηριωμένη από δμήνου νόσο.

Αποτελέσματα: 55 γυναίκες μέσης ηλικίας 32 (18-52) ετών, με νόσο Crohn (v=31, 15 ειλεοκολίτιδα, 8 κολίτιδα και 8 ειλεΐτιδα) και ελκώδη κολίτιδα (v=24, 6 ορθίτιδα, 10 αρ. κολίτιδα και 8 εκτεταμένη κολίτιδα), διάρκειας 4 (0.8-9) ετών, 22 έγγαμες, 16 με τέκνασυμμετείχαν στη μελέτη. 39/55 είχαν ανώτατη ή ανώτερη παιδεία. 35/55 ήσαν σε θειοπουρίνες, αντ-TNF βιολογικά ή συνδυασμό και 20 σε αμινοσαλικυλικά. 5/31 ασθενείς με NC είχαν δ. Ημικολεκτομή και 4 είχαν περιεδρική νόσο. Πλήρη επίγνωση των ερωτήσεων είχαν μόλις 4/55 γυναίκες. Υπήρχε παντελής άγνοια αν χειρουργικές επεμβάσεις επιδρούν στη γονιμότητα. Μόλις 7/55 ανέφεραν ότι είχαν συζητήσει με γιατρό γυναικολογικά θέματα και ΙΦΝΕ. 10/55 δεν ήθελαν να παντρευτούν ή να μείνουν έγκυες λόγω της ΙΦΝΕ, 25 φοβούνταν την εγκυμοσύνη. Οι 12/16 μητέρες είχαν νόσο όταν έμειναν έγκυες και διέκοψαν τη θεραπεία στην κύηση και κατά το θηλασμό. Μόνο 7/32 ηλικίας <28 ετών είχαν εμβολιαστεί για HPV ενώ 10 δεν είχαν επίγνωση του εμβολίου και της χρησιμότητάς του. Όλες οι γυναίκες >24 ετών έκαναν περιοδικά Pap test. 15/55 γυναίκες ανέφεραν λοίμωξη από οξυτενή κονδυλώματα. 4/55 ελάμβαναν αντισυλληπτικά, 3 είχαν σπείραμα.

Συμπέρασμα: Ασθενείς εκτός Τριτοβάθμιων Κέντρων έχουν ελάχιστη γνώση γυναικολογικών θεμάτων που άπτονται της συνολικής φροντίδας των ΙΦΝΕ. Η πλήρης ενημέρωση είναι ευθύνη των φορέων που ασχολούνται με τις ΙΦΝΕ.



P21

ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN, ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΜΕ ΠΛΗΡΗ ΔΟΣΗ ΑΖΑΘΕΙΟΠΡΙΝΗΣ ΜΕΤΑ 2 ΕΤΗ ΒΑΘΕΙΑΣ ΥΦΕΣΗΣ;

Γ. Μάντζαρης, Ε. Αρχαύλης, Κ. Παπαμιχαήλ, Α. Χρηστίδου, Π. Καρατζάς, Σ. Αναστασιάδης, Ξ. Τζαννετάκου, Ι. Ιντέρνος, Ε. Βιέννα, Ν. Κυριάκος, Λ. Βαρυτιμιάδης, Π. Κωνσταντόπουλος, Ι. Δρούγας, Μ. Γαλανόπουλος

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Να ελεγχθεί αν χρειάζεται θεραπεία συντήρησης με πλήρη δόση αζαθειοπρίνης (AZA) σε ασθενείς με νόσο του Crohn (NC) σε βαθειά ύφεση.

Σχεδιασμός: Αναδρομική, μονοκεντρική μελέτη (2006-2015), βασισμένη σε προοπτικώς συλλεγθέν υλικό, τμήμα του οποίου δημοσιεύθηκε σε μελέτη συμμόρφωσης ασθενών με τη θεραπεία (Inflamm Bowel Dis. 2007;13:446-50).

Ασθενείς και μέθοδος: Ασθενείς με NC σε βαθειά ύφεση [κλινική (δείκτης Harvey-Bradshaw <4), ορολογική (CRP<0.5 mg/dl) και ενδοσκοπική (πλήρης απουσία ελκών)] για 2 τουλάχιστο χρόνια. Δεδομένα ανασύρθηκαν από φακέλλους ασθενών όπου η κλινική και ορολογική δραστηριότητα και οι ενδοσκοπήσεις καταγράφονταν προοπτικά ανά 3μηνο στις επισκέψεις Εξ. Ιατρείου ΙΦΝΕ. Η 1^η ενδοσκόπηση με πλήρη απουσία ελκών ήταν αφετηριακή ενδοσκόπηση (index colonoscopy, IC) και οι μετέπειτα ανά 1-2 έτη ενδοσκοπήσεις τεκμηριώναν τη διατήρηση της πλήρους ενδοσκοπικής ύφεσης ή ενδοσκοπική υποτροπή. Η συμμόρφωση με τη θεραπεία (λήψη >80% AZA/μήνα με σταθερή ημερήσια δόση 2.5mg/kg) ελέγχθηκε με ανώνυμα ερωτηματολόγια, ημερολόγιο, και εκτελεσμένες συνταγές. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για 4 έτη μετά την τεκμηρίωση βαθειάς ύφεσης και χωρίστηκαν σε 3 ομάδες αναλόγως της συμμόρφωσης με τη θεραπεία: Α (διακοπή θεραπείας με AZA ή αντικατάσταση με 5-ASA), Β (μη συμμόρφωση) και Γ (συμμόρφωση με τη θεραπεία).

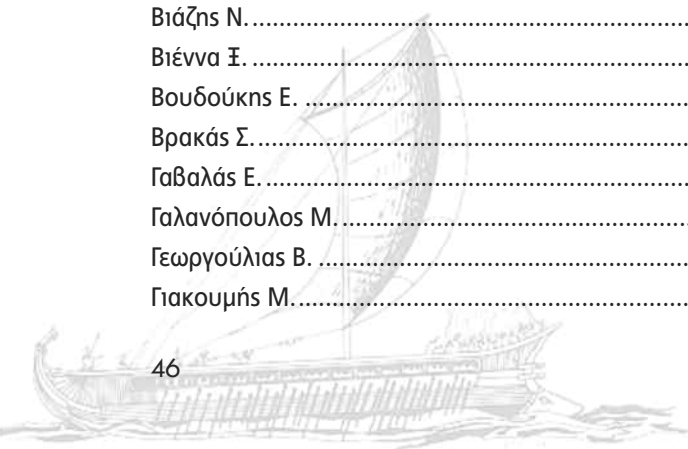
Αποτελέσματα: Στην ομάδες Α, Β και Γ μετείχαν αντίστοιχα 35, 28 και 24 ασθενείς, που παρακολουθήθηκαν για 4.5 (4.1-5.2) έτη μετά την επίτευξη βαθειά ύφεσης. Δεν υπήρχαν διαφορές στα δημογραφικά και νοσολογικά χαρακτηριστικά μεταξύ των 3 ομάδων (φύλο, ηλικία, κάπνισμα, διάρκεια, κατανομή NC, κοκ). Η μέση διάρκεια βαθειάς ύφεσης πριν τη μελέτη ήταν 3.2, 3.0 και 3.1 έτη στις ομάδες Α, Β και Γ ($p>0.05$). Μετά από μέση διάρκεια παρακολούθησης 4 ετών, 27/35 (77%) ασθενείς στην ομάδα Α υποτροπίασαν έναντι 8/28 (28.6%) στην ομάδα Β και 4/24 (16.7%) στην ομάδα Γ ($p<0.05$ μεταξύ ομάδων Β και Γ και Α, καμιά διαφορά μεταξύ των ομάδων Α και Β). Η μέση ημερήσια δόση στην ομάδα Β ήταν 1.1 mg/kg και στην ομάδα Γ 2.2mg/kg.

Συμπέρασμα: Ασθενείς NC σε βαθειά ύφεση με AZA για τουλάχιστο 2 έτη δεν χρειάζονται πιθανώς την πλήρη δόση συμβάλλοντας σε αυξημένη ασφάλεια και μικρότερο κόστος της θεραπείας. Εάν ανάλογο φαινόμενο συμβαίνει στη συνδυασμένη θεραπεία πιθανώς η δόση της AZA που προσφέρει συνέργεια ή/και ανοσογονική προστασία πρέπει να επανεξεταστεί.



Ευρετήριο Συγγραφέων (ανά εργασία)

Abuisalaieh F.	P02
Ben Horin S.	P05,P06
Bojic D.	P05,P06
Hernandez V.	P05,P06
Kaimakliotis I.	P05,P06
Karmiris K.	P05,P06
Katsanos K.	P05,P06
Kopylov U.	P05,P06
Koutroubakis I.	P05,P06
Mantzaris G.	P05,P06
Odes S.	P05,P06
Papageorgiou N.	P05,P06
Papamichael K.	P06
Paspatis G.	P05,P06
Strongili K.	P06
Tsianos E.	P05,P06
Van Der Woude J.	P05,P06
Αδάμου Ε.	P19
Αναστασιάδης Σ.	P14,P19,P20,P21
Αναστασιάδου Κ.	P18
Αναστασίου Γ.	P15
Αρχαύλης Ε.	P19,P20,P21
Αυγερινός Α.	P01,P02
Βαγιάνος Κ.	P16,P17
Βαρυτιμιάδης Λ.	P14,P19,P20,P21
Βενιζέλος Ι.	P18
Βέτσικα Ε. Κ.	P04
Βιάζης Ν.	P14,P15
Βιέννα Ξ.	P19,P21
Βουδούκης Ε.	P04
Βρακάς Σ.	P13
Γαβαλάς Ε.	P03,P07
Γαλανόπουλος Μ.	P15,P19,P20,P21
Γεωργούλιας Β.	P04
Γιακουμής Μ.	P14



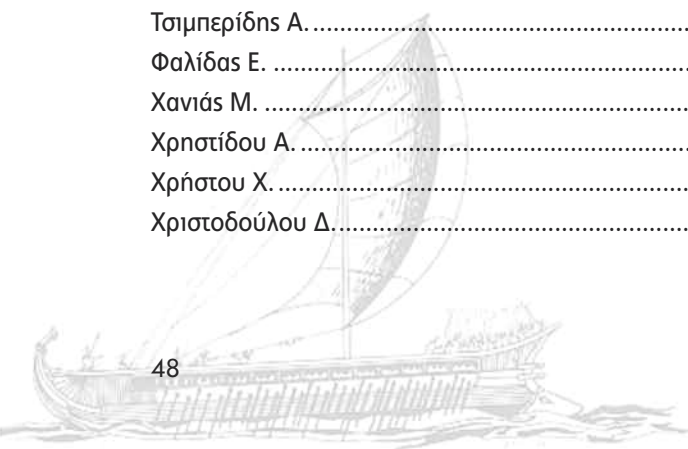
14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

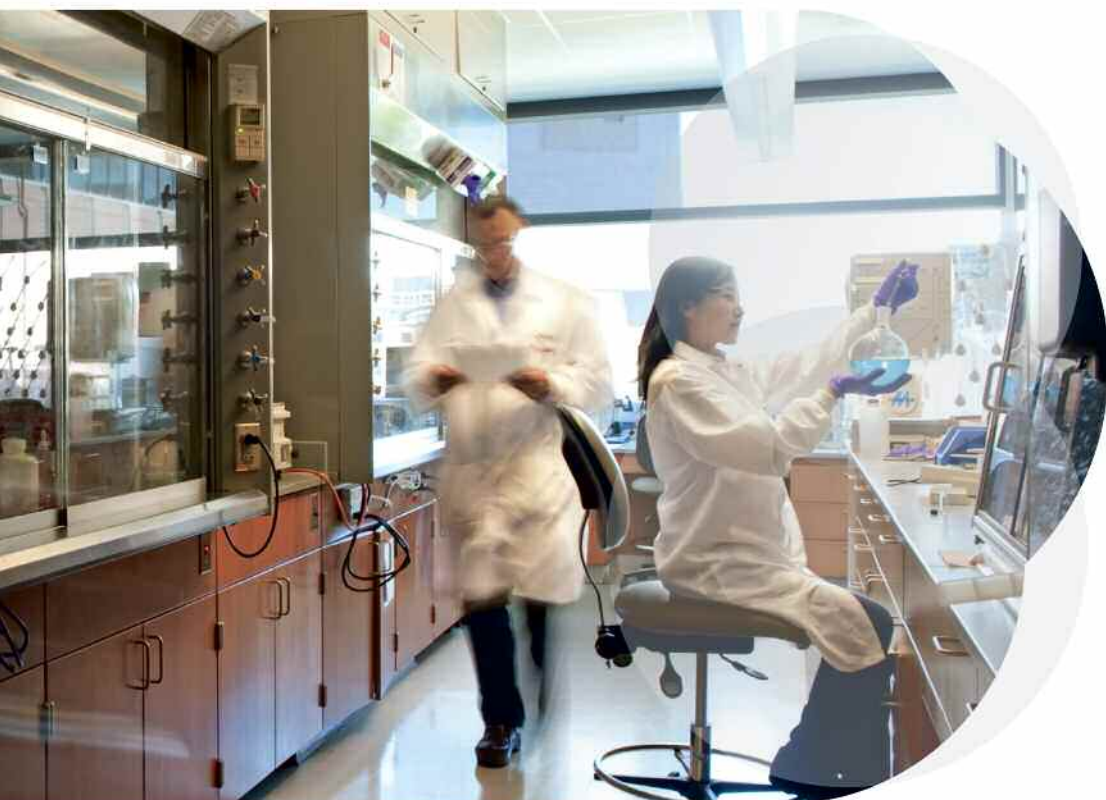


Γιαννακοπούλου Κ.....	P04
Γουλεμέ Ο.	P03,P07
Γωργάκης Ν.	P18
Γκαργκάνης Δ.	P09
Γκάτσος Χ.....	P18
Γκίκας Α.	P17
Γκοβόσδης Β.	P16,P17
Γκοτζαγιαννίδου Ε.....	P09
Γραμματικός Ν.....	P03,P07
Δρούγας Ι.....	P21
Εμμανουήλ Θ.	P10,P11,P12
Ευαγγελίδης Π.	P10,P11,P12
Ζουριδάκης Κ.	P01
Ηλίας Α.	P01,P02
Θεοδωροπούλου Α.	P04
Ιντέρνος Ι.....	P15,P19,P20,P21
Καπετάνος Δ.	P01,P02
Καραγιάννη Β.	P16,P17
Καρακατσάνης Σ.	P16,P17
Καραμανώλης Δ.....	P14,P15
Καρατζάς Π.	P14,P19,P20,P21
Καρβούνης Ε.	P08
Καρλάφτης Α.	P09
Καρμίρης Κ.....	P04
Καρούμπαλης Ι.....	P09
Κατσάνος Κ.....	P08
Κατσαρός Μ.....	P03,P07
Κατσινέλος Π.	P18
Κατωπόδη Κ.	P14
Κεμαλή Ε.....	P20
Κοκκώνης Γ.	P01
Κοντοράβδης Ν.....	P10,P11,P12
Κουντουράς Ι.	P18
Κουτρομπάκης Ι.	P04
Κυριακίδη Κ.	P08
Κυριάκος Ν.	P19,P20,P21
Κωνσταντόπουλος Π.....	P21



Μάγειρας Ν.	P09
Μακαρόνας Β.	P01
Μακρής Κ.	P13
Μαλγαρινός Γ.	P16,P17
Μάντζαρης Γ.	P19,P20,P21
Μάρης Θ.	P01,P02
Μιχαλόπουλος Γ.	P13
Μπαράτσας Σ.	P10,P11,P12
Μπεκιαρίδης Α.	P02
Ντελής Β.	P09
Οικονομάκης Α.	P09
Παπαβασιλείου Ε.	P16,P17
Παπαλαυρέντιος Λ.	P02
Παπαμιχαήλ Κ.	P19,P21
Πασπάτης Γ.	P04
Ρέντης Α.	P16,P17
Σεραφετινίδης Ι.	P09
Σουφλέρης Κ.	P03,P07
Σπυρόπουλος Χ.	P16,P17
Σφυριδάκη Α.	P04
Ταραμπουλούς Δ.	P03,P07
Τζάθας Χ.	P13
Τζαννετάκου Ξ.	P15,P19,P20,P21
Τζιωρτζιώτης Γ.	P15
Τριανταφυλλίδης Ι.	P16,P17
Τσερκέζου Μ.	P17
Τσιάνος Ε.	P08
Τσιάνος Β.	P08
Τσιγαρίδας Θ.	P15
Τσιμπερίδης Α.	P03,P07
Φαλίδας Ε.	P10,P11,P12
Χανιάς Μ.	P14
Χρηστίδου Α.	P19,P20,P21
Χρήστου Χ.	P11
Χριστοδούλου Δ.	P08





ΟΙ ΜΕΓΑΛΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΑΝΑΚΑΛΥΨΕΙΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΝΤΑΙ ΣΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΓΕΝΝΙΟΥΝΤΑΙ ΟΜΩΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΗ ΜΑΣ

Εδώ και 150 χρόνια, οι άνθρωποι της MSD μοιραζόμαστε το ίδιο πάθος. Στόχος μας είναι να αναπτύσσουμε καινοτόμα φαρμακευτικά και καταναλωτικά προϊόντα, εμβόλια και κτηνιατρικά φάρμακα που βελτιώνουν τις ζωές εκατομμυρίων ανθρώπων και ζώων.

Γνωρίζουμε πολύ καλά πως έχουμε ακόμα πολλά να προσφέρουμε. Εργαζόμαστε εντατικά, προσηλωμένοι στη μακροχρόνια δέσμευσή μας για συνεχή έρευνα και ανάπτυξη νέων προϊόντων.

Βασικό μας μέλημα είναι να επεκτείνουμε την πρόσβαση των ανθρώπων σε προϊόντα και υπηρεσίες υγείας και συνεργαζόμαστε στενά με όλους όσους μοιράζονται το πάθος μας για έναν υγιέστερο κόσμο. Μια πρόκληση που μαζί μπορούμε να επιτύχουμε. Με όλη μας την ψυχή.

Για να μάθετε περισσότερα για τις προσπάθειές μας, επισκεφτείτε το msd.gr

Στην Ελλάδα, η MSD έχει αναπτύξει τέσσερις πυλώνες Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης στους οποίους επενδύει υλοποιώντας σημαντικές δράσεις με επίκεντρο πάντα τον άνθρωπο. Οι δράσεις αυτές αφορούν στην ενίσχυση της καινοτομίας και της επιχειρηματικότητας, στην επίτευξη αριστείας στην έρευνα για νέες θεραπείες, στην κατάθεση προτάσεων και λύσεων στον τομέα υγειονομικής πολιτικής αλλά και στην ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης και πρόληψης για σοβαρές ασθένειες.

ASACOL[®]

mesalazine



ASAADVERT/05-2015

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον κάτοχο άδειας κυκλοφορίας
κατόπιν αιτήσεως ή περιλαμβάνονται στη συνοπτική περιγραφή
χαρακτηριστικών του προϊόντος και το φύλλο οδηγιών χρήσης.

ANGELINI PHARMA HELLAS A.B.E.E.

Αχαΐας και Τροιζηνίας 14564 Ν. Κηφισιά - Αθήνα

Τηλ.: 210 6269200, Fax: 210 8071688, www.angelinipharma.gr



ANGELINI