

24^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου

23-26 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2026

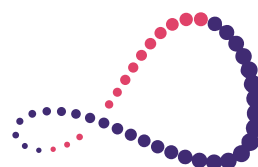
Rodos Palace, **ΡΟΔΟΣ**

www.ifne2026.gr



**ΒΙΒΛΙΟ
ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**

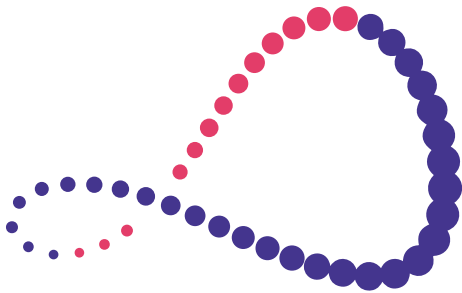
#IFNE2026



ΕΟΜΙΦΝΕ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΙΔΙΟΠΑΘΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ
ΝΟΣΩΝ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ:



ΕΟΜΙΦΝΕ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΙΔΙΟΠΑΘΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ
ΝΟΣΩΝ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΜΑΙΑΝΔΡΟΥ 15
ΑΘΗΝΑ, ΑΤΤΙΚΗ, Τ.Κ.: 115 28
Τηλέφωνο: +30 2107231332
Fax: +30 2107231332
E-mail: info@eomifne.gr

www.ifne2026.gr

Διοικητικό Συμβούλιο ΕΟΜΙΦΝΕ

Πρόεδρος: Ν. Βιάζης
Μεταβατικός Πρόεδρος: Γ. Μπάμιας
Αντιπρόεδρος: Ε. Ζαμπέλη
Γεν. Γραμματέας: Κ. Καρμίρης
Ταμίας: Χ. Λιάτσος
Εκπαιδευτικά Υπεύθυνη: Μ. Τζουβαλά
Επιστημονικά Υπεύθυνη: Ο. Γιουλεμέ
Επίτιμος Πρόεδρος: Ε.Β. Τσιάνος

Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος: Μ. Τζουβαλά
Αντιπρόεδροι: Χ. Λιάτσος - Ν. Βιάζης
Γεν. Γραμματέας: Ε. Ζαχαροπούλου
Ειδικός Γραμματέας: Γ. Καραμανώλης
Ταμίας: Ο. Γιουλεμέ
Μέλη: Μ. Γαζούλη
Μ. Κατσαρός
Σ. Μιχόπουλος
Ι. Παπακωνσταντίνου
Γ. Τριμπόνιας
Θ. Τσιώνης

Επιστημονική Επιτροπή

Α. Γατοπούλου	Π. Καρατζάς	Α. Λεβέντη	Ε. Ορφανουδάκη
Ι. Γιώτης	Κ. Καρμίρης	Δ. Μαγγανάς	Γ. Παπαθεοδωρίδης
Ι. Δρυγιαννάκης	Κ. Κατσάνος	Κ. Μάντακα	Β. Σβώλος
Θ. Εμμανουήλ	Α. Καψωριτάκης	Γ. Μάντζαρης	Κ. Σουφλέρης
Ε. Ζαμπέλη	Μ. Κοντογιάννη	Α. Μανωλάκης	Α. Τασοβασίλη
Α. Θεοδωροπούλου	Α. Κουρίκου	Γ. Μιχαλόπουλος	Ε. Τσιρώνη
Γ. Θεοχάρης	Ι. Κουτρομπάκης	Γ. Μπάμιας	Μ. Λ. Χατζηνικολάου
Κ. Θωμόπουλος	Α. Κουτσούμπας	Ν. Μπομπότση	Α. Χρηστίδου
Ι. Ιντέρνος	Ν. Κυριάκος	Μ. Οικονόμου	Δ. Χριστοδούλου

Τοπική Οργανωτική Επιτροπή

Σ. Καλαθένος	Ν. Παπαντωνίου	Ο. Τσαγκουρνής	Ν. Φρόνας
Σ. Λαζαράτος	Α. Παυλίδου	Ι. Φαμήλιας	

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



ΠΑ01

**ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ
ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

**Φ. Αλμπάνη¹, Ε. Μπαθρέλλου¹, Α. Καραχάλιου¹, Κ. Θωμόπουλος², Κ. Καρμίρης³, Γ. Μάντζαρης⁴,
Α. Καψωριτάκης⁵, Κ. Κατωπόδη⁶, Α. Παγώνη⁷, Ό. Γιουλεμέ⁸, Γ. Γκόλφου⁹, Κ. Κουτουλογένης¹,
Κ. Αργυρίου⁵, Ε.- Α. Δεληγιάννη⁵, Μ. Θεολόγη⁵, Ε. Τσιρώνη⁹, Μ. Τζουβαλά⁷, Μ. Κοντογιάννη¹**

¹ Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο
Πανεπιστήμιο, Αθήνα

² Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

³ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο Κρήτης

⁴ Διευθυντής Γαστρεντερολόγος, Νοσοκομείο Λευκός Σταυρός, Αθήνα

⁵ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

⁶ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς

⁷ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς

⁸ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

⁹ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά», Πειραιάς

Σκοπός: Η υιοθέτηση διατροφικών συνηθειών και πεποιθήσεων σχετικά με τη διατροφή που δεν στοιχειοθετούνται επιστημονικά, αναφέρεται συχνά στη βιβλιογραφία για άτομα με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αποτύπωση των σχετιζόμενων με τη διατροφή πεποιθήσεων και συνηθειών των ατόμων με (ΙΦΝΕ) στην Ελλάδα.

Υλικό-Μέθοδοι: Συγχρονική πολυκεντρική μελέτη παρατήρησης, που διενεργήθηκε σε έντεκα κέντρα αναφοράς τεταρτοβάθμιας φροντίδας και εξωτερικά ιατρεία σε πέντε αστικά κέντρα της Ελλάδας. Ενήλικες ασθενείς με διάγνωση ΙΦΝΕ τουλάχιστον από έτους, κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτηματολόγιο βασιζόμενο στη δημοσιευμένη διεθνή βιβλιογραφία. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε μέσω μέσων κοινωνικής δικτύωσης και επιστημονικών φορέων προς πάσχουσες/οντες από ΙΦΝΕ. Το πρωτόκολλο εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Χαροκοπέιου Πανεπιστημίου.

Αποτελέσματα: Το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν 436 άτομα (56.2% άνδρες, 42.4% με Ελκώδη Κολίτιδα), με διάμεση ηλικία 42 (32,52) έτη και διάρκεια νόσου 10 (5,17) έτη. Μόλις το 1.1% του δείγματος ήταν λιποβαρές και το 53.6% δήλωσε υπέρβαρο ή παχυσαρκία. Το 37.2% του συνόλου του δείγματος θεωρεί τη διατροφή αίτιο της νόσου, ποσοστό διπλάσιο από αυτούς που την θεωρούν αίτιο έξαρσης της νόσου (17.4%). Ωστόσο, η πλειονότητα (84.4%) θεωρεί ότι κάποια τρόφιμα επιδεινώνουν τα συμπτώματα στην έξαρση, με επικρατέστερες απαντήσεις τα καυτερά (70.9%), τα όσπρια (71.4%), το γάλα (54.5%) και το λίπος της δίαιτας (53.7%), με αποτέλεσμα το 53.8% να δηλώνει μόνιμες προληπτικές αλλαγές στη διαίτα από τη διάγνωση της νόσου. Το 45.6% του δείγματος πιστεύουν ότι οι διατροφικές επιλογές τους επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών τους, ενώ το 20.6% προτάσσει τη διαίτα ως σημαντικότερη από τη φαρμακοθεραπεία για τον έλεγχο της νόσου. Το 84.5% των ερωτηθέντων θεωρεί απαραίτητη τη λήψη διατροφικών συμβουλών, ωστόσο μόλις το 39.7% του δείγματος έχουν λάβει κατά τη διάρκεια της νόσου τους φροντίδα από διαιτολόγο, κυρίως έπειτα από προσωπική τους πρωτοβουλία (54.5%), κυρίως στον ιδιωτικό τομέα (59.1%).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη εξασφάλισης συνεχούς πρόσβασης σε διατροφική εκπαίδευση και φροντίδα για τους ασθενείς με ΙΦΝΕ με στόχο την αποφυγή αδικαιολόγητων περιορισμών και την υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών προτύπων.

ΕΠΙΤΑΚΤΙΚΗ ΚΕΝΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN: ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Σ. Μάμαλης, Α. Μπουντουρίδης², Γ. Αξιάρης, Μ. Μολλαγιουσσοφύγλου, Γ. Γεωργιάδου, Η. Βαχλιώτης, Γ. Λαζαράκη, Κ. Σουφλέρης, Δ. Τζιλβές

Γαστρεντερολογική Κλινική, Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν τη σημασία της επιτακτικής κένωσης στη Νόσο του Crohn, καθώς αποτελεί ένα συχνό σύμπτωμα με σοβαρό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης των προχωρημένων θεραπειών σε κλινικές και ψυχολογικές παραμέτρους της επιτακτικής κένωσης.

Υλικό - Μέθοδοι: Σε αυτή την προοπτική συγχρονική μελέτη παρατήρησης συμπεριλήφθηκαν ενήλικες ασθενείς με Νόσο του Crohn. Ως «πρώιμη» ορίστηκε η έναρξη θεραπείας εντός 2 ετών από τη διάγνωση. Για την αξιολόγηση της βαρύτητας της συμπτωματολογίας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Urgency Numeric Rating Scale (NRS). Το άγχος και η κατάθλιψη αξιολογήθηκαν με τα ερωτηματολόγια Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) και Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D).

Αποτελέσματα: Από τους 408 συμμετέχοντες, οι 325 συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση (49,5% άνδρες, μέση ηλικία 48 έτη). Το 83% των ασθενών λάμβανε προχωρημένες θεραπείες, ενώ το 21,3% είχε λάβει πρώιμη θεραπεία. Χειρουργείο προηγήθηκε στο 24.1% των ασθενών. Το 65.7% των ασθενών ήταν σε εργαστηριακή ύφεση και το 60.8% σε ενδοσκοπική ύφεση. Επιτακτικότητα αναφέρθηκε από το 35.8% των ασθενών, εκ των οποίων το 41.8% είχε NRS >/6. Κλινικά σημαντική αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή αναφέρθηκε από το 28.0% και 8.9% με βάση τα GAD-7 & HAM-D, αντιστοίχως. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση η επιτακτική κένωση συσχετίστηκε ισχυρά με αγχώδη διαταραχή ($p < 0.001$, OR=6.80). Η έναρξη βιολογικής θεραπείας τα πρώτα 2 χρόνια από τη διάγνωση μείωσε την πιθανότητα εμφάνισης επιτακτικής κένωσης κατά 60% ($p = 0.033$, OR= 0.40). Το 39% των ασθενών που δεν έλαβαν βιολογική θεραπεία ανέφεραν την εμφάνιση επιτακτικής κένωσης.

Συμπεράσματα: Στην παρούσα μελέτη καταγράφηκαν υψηλά ποσοστά επιτακτικής κένωσης σε ασθενείς με νόσο του Crohn με σημαντική συσχέτιση με αγχώδη διαταραχή. Η πρώιμη έναρξη προχωρημένης θεραπείας φαίνεται να μειώνει την επίπτωση της επιτακτικής κένωσης. Η επιτακτική κένωση θα πρέπει να εκτιμηθεί και να μελετηθεί παραπάνω στη Νόσο του Crohn.

ΠΑ03

ΣΤΕΑΤΩΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΉΠΑΤΟΣ ΣΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΠΡΩΙΜΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Π. Πάστρας, Μ. Μπαλή, Γ. Δεπούντης, Κ. Παπαντωνίου, Ε. Τσούνης, Σ. Καναλουπίτης, Ι. Αγγελετοπούλου, Γ. Γεραμούτσος, Χ. Σωτηρόπουλος, Κ. Ζησιμόπουλος, Κ. Θωμόπουλος, Γ. Θεοχάρης, Χ. Τριάντος

Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ρίο Αχαΐας

Σκοπός: Τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης στεατωτικής νόσου του ήπατος (SLD). Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε τον επιπολασμό των SLD υποτύπων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ και διερεύνησε τις συσχετίσεις τους με τα χαρακτηριστικά της νόσου.

Υλικό-Μέθοδοι: Πρόκειται για προοπτική μελέτη που περιέλαβε 178 ενήλικες ασθενείς που παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία ΙΦΝΕ του Γαστρεντερολογικού Τμήματος του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών. Μέχρι σήμερα, 139 ασθενείς έχουν ολοκληρώσει τον έλεγχο για την παρουσία SLD, ενώ σε 69 πραγματοποιήθηκε ελαστογραφία ήπατος.

Αποτελέσματα: Μεταξύ των 139 ασθενών που ολοκλήρωσαν τον έλεγχο, οι 85 (61.2%) έπασχαν από νόσο του Crohn (CD), 53 (38.1%) από ελκώδη κολίτιδα (UC) και 1 (0.7%) από αταξινόμητη κολίτιδα. Οι 85 (61.2%) ήταν άντρες, με μέση ηλικία 47 έτη (IQR: 36-62). 33 (23,7%) διαγνώστηκαν με μεταβολικά σχετιζόμενη στεατωτική νόσο του ήπατος (MASLD), 10 (7,2%) με ηπατική νόσο σχετιζόμενη με μεταβολική δυσλειτουργία και αλκοόλ (MetALD), 6 (4.3%) με λοιπούς υποτύπους SLD, ενώ 90 ασθενείς (64,7%) δεν είχαν SLD (non-SLD). Στην μονοπαραγοντική ανάλυση, οι ασθενείς με MASLD είχαν υψηλότερες τιμές ελαστογραφίας ήπατος ($p=0,032$), επιπέδων γ -GT ($p=0,014$), βάρους ($p=0,021$) και αυξημένη συχνότητα εξωεντερικών εκδηλώσεων ΙΦΝΕ ($p=0,009$) σε σύγκριση με τους non-SLD ασθενείς. Οι ασθενείς με met-ALD είχαν μεγαλύτερη ηλικία ($p=0,013$), ηλικία διάγνωσης ΙΦΝΕ ($p=0,016$), βάρος ($p=0,021$) και συχνότερες εξωεντερικές εκδηλώσεις ($p=0,029$) από τους non-SLD ασθενείς. Επίσης, οι ασθενείς με MASLD εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά εξωεντερικών εκδηλώσεων από τους ασθενείς με MetALD ($p<0,001$). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ ασθενών MASLD και non-SLD, οι τιμές ελαστογραφίας ($p=0,05$, OR=0,141, 95%CI.:0,02-0,999), το βάρος ($p=0,049$, OR=0,586, 95%CI.:0,344-0,998) και οι εξωεντερικές εκδηλώσεις ($p=0,03$, OR=0,019, 95%CI.:0,001-0,675) συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με την παρουσία MASLD.

Συμπεράσματα: Η SLD φαίνεται να είναι συχνή στους ΙΦΝΕ ασθενείς και η MASLD μπορεί να χρησιμεύσει ως πρώιμος δείκτης μεταβολικής δυσλειτουργίας, κινδύνου ηπατικής ίνωσης και εξωεντερικών εκδηλώσεων. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την επιβεβαίωση των ευρημάτων.

ΠΑ04

**Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ INFliximab ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ 2ΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΑΠΕΤΥΧΕ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ UPA DACITINIB**

**Δ. Κοζομπόλη, Δ. Προβή, Κ. Μουσουράκης, Ι. Λάππας, Γ. Καλόγηρος, Α. Παπαρίζου, Σ. Θέμελη,
Ε. Γεωργιλής, Δ. Σοφιανόπουλος, Μ. Ραλλάτου, Β. Παπαστεργίου, Κ. Βαρυτιμιάδης, Μ. Μελά,
Α. Χρηστίδου, Ε. Αρχαύλης, Π. Κανελλόπουλος, Ε. Βιέννα, Ν. Βιάζης**

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική», Αθήνα

Σκοπός: Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του Infliximab (IFX) ως δεύτερη γραμμή θεραπείας σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ), οι οποίοι έλαβαν ως πρώτης γραμμής θεραπεία Uradacitinib (UPA) και οι οποίοι είτε δεν ανταποκρίθηκαν είτε έχασαν την ανταπόκριση στη θεραπεία αυτή.

Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική ανάλυση δεδομένων ασθενών με μέτρια έως σοβαρή ΕΚ που παρακολούθησαν προοπτικά στο Τμήμα μας και οι οποίοι έλαβαν UPA την περίοδο 2023-2024 ως θεραπεία πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση της νόσου τους. Το Uradacitinib χορηγήθηκε σε δόση 45 mg άπαξ ημερησίως για 12 εβδομάδες και στη συνέχεια σε δόση 30 mg άπαξ ημερησίως. Σε ασθενείς που παρατηρήθηκε πρωτογενής μη ανταπόκριση (εβδομάδα 1-12) ή δευτερογενής απώλεια της ανταπόκρισης (μετά τη 12^η εβδομάδα), χορηγήθηκε IFX (Remσίμα) σε δόση 5mg/kg βάρους την εβδομάδα 0 και 2 και στη συνέχεια 120mg υποδορίως κάθε 14 ημέρες. Εκτιμήθηκε η κλινική ανταπόκριση την εβδομάδα 8 (μείωση του μερικού δείκτη Mayo κατά τουλάχιστον 2 μονάδες, χωρίς ταυτόχρονη χρήση οποιουδήποτε κορτικοστεροειδούς (βουδεσονίδη, πρεδνιζ(ο)λόνη ή μεθυλπρεδνιζολόνη), καθώς και η κλινική ύφεση (μερικός δείκτης Mayo ≤ 1 , χωρίς συγχορήγηση κορτικοστεροειδών), η βιοχημική ανταπόκριση (οποιαδήποτε μείωση της καλπροτεκτίνης κοπράνων ή/και της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης πλάσματος σε σύγκριση με τα επίπεδα βάσης) και η επούλωση του βλεννογόνου (ενδοσκοπικός δείκτης Mayo ≤ 1) την 26η εβδομάδα

Αποτελέσματα: Συνολικά, 26 ασθενείς (15 άνδρες), με μέση ηλικία (\pm SD) 31,9 (11,1) έτη και μέση διάρκεια νόσου (\pm SD) 5,8 (4,9) έτη έλαβαν UPA ως θεραπεία πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση της νόσου τους στο Τμήμα μας, από τον Ιανουάριο τους 2023 έως τον Αύγουστο του 2025. Η UC ήταν εκτεταμένη σε 17 ασθενείς και αριστερόπλευρη σε 9. Πρωτογενής μη ανταπόκριση εμφάνισαν 7 ασθενείς (26.9%) και δευτερογενή απώλεια ανταπόκρισης άλλοι 6 ασθενείς (23.1%). Επομένως 13 ασθενείς έλαβαν IFX ως θεραπεία 2^{ης} γραμμής για την αντιμετώπιση της νόσου τους. Κλινική ανταπόκριση την 8η εβδομάδα παρατηρήθηκε σε 10 ασθενείς (76.9%). Βιοχημική ανταπόκριση και κλινική ύφεση χωρίς κορτικοστεροειδή την 26η εβδομάδα επιτεύχθηκαν σε 9 (69.2%) και 8 (61.5%) ασθενείς αντίστοιχα, ενώ ενδοσκοπική επούλωση παρατηρήθηκε σε 5 από τους 7 ασθενείς που ενδοσκοπήθηκαν (71.4%).

Συμπεράσματα: Η χορήγηση IFX φαίνεται να είναι μια αποτελεσματική θεραπεία 2^{ης} γραμμής σε ασθενείς με μέτρια - σοβαρή ελκώδη κολίτιδα, οι οποίοι είτε δεν ανταποκρίθηκαν είτε έχασαν την ανταπόκριση στη θεραπεία 1^{ης} γραμμής με UPA.

ΠΑ05

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN: ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

**Α. Ιωάννου¹, Π. Παρδάλης¹, Γ. Λεωνιδάκης¹, Κ. Αργυρίου², Ε. Δεληγιάννη², Κ. Δημοπούλου³,
Ό. Γιουλεμέ⁴, Ν. Καλάκος⁵, Α. Καφωριτάκης², Ν. Κυριάκος⁶, Κ. Λευθεριώτης⁷, Χ. Λιάτσος⁶,
Γ. Μπάμιας⁷, Γ. Μιχαλόπουλος⁵, Κ. Μουσουράκης⁸, Α. Παγώνη⁹, Χ. Σκουλούδη¹⁰,
Α. Θεοδωροπούλου¹⁰, Γ. Τριμπόνιας³, Ε. Ζαχαροπούλου⁹, Μ. Τζουβαλά⁹, Α. Βάρκα⁴, Ν. Βιάζης⁸,
Σ. Μιχόπουλος¹, Ε. Ζαμπέλη¹**

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα», Αθήνα

² Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

³ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» - Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (Ε.Ε.Σ.), Αθήνα

⁴ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

⁵ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

⁶ Γαστρεντερολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

⁷ Γαστρεντερολογική Μονάδα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

⁸ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», Αθήνα

⁹ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα

¹⁰ Γαστρεντερολογική Κλινική, «Βενιζέλειο» Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

Σκοπός: Διερεύνηση συχνότητας και χαρακτηριστικών της συμμετοχής του ανώτερου πεπτικού στην νόσο του Crohn (NC), σε ενήλικους ασθενείς.

Υλικό - Μέθοδοι: Αναλύθηκαν προοπτικά, τα αναδρομικά δεδομένα ασθενών με NC, 10 τριτοβάθμιων κέντρων (2014-2025). Καταγράφηκαν δημογραφικά, κλινικά, ενδοσκοπικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά, καθώς και στοιχεία της νόσου και θεραπείας.

Αποτελέσματα: Από 3867 ασθενείς, 217(5,13%) διαγνώστηκαν με συμμετοχή του ανώτερου πεπτικού [μέση ηλικία 37,8±14,9 έτη(R7-84),122(56,2%) άνδρες]. 65(30%) ενεργοί και 46(21,2%) πρώην καπνιστές. Διάμεση διάρκεια νόσου κατά την διάγνωση της συμμετοχής ανώτερου πεπτικού ήταν τα 8 έτη(R1-36, IQR: 8). Μέσος Δείκτης Μάζας Σώματος 24,8 ±4,44(R17-40). Η εντόπιση της νόσου ήταν ειλεοκολική σε 118(54,4%), ειλεϊκή σε 83(38,2%) και στο κόλο σε 16(7,4%) ασθενείς. Η συμπεριφορά της νόσου ήταν φλεγμονώδης σε 173(79,7%), στενωτική σε 26(10,6%) και διατρητική σε 21(9,7%) ασθενείς, ενώ 56(25,8%) είχαν εξωεντερικές εκδηλώσεις. Ο μέσος δείκτης Harvey Bradshaw ήταν 1,94 ±3,15(R0-15) και ο μέσος SES CD 3,83 ±5,56(R0-26), ενώ διάμεση τιμή CRP ήταν 3 mg/L(R1-50, IQR:7) και η διάμεση τιμή καλπροτεκτίνης 137 μg/g(R13-4348, IQR:272)(Πίνακας 1). Ενδοσκοπικές βλάβες στον στόμαχο, δωδεκαδάκτυλο και οισοφάγο καταγράφηκαν σε 164(75,8%), 91(42,2%) και 29(13,7%) ασθενείς αντίστοιχα, ενώ ιστολογικές βρέθηκαν σε 178(82,2%), 85(39,5%) και 28(13,1%) ασθενείς αντίστοιχα. 164(75,5%) έλαβαν βιολογική θεραπεία: Ανταλιμουμάμπη 84(38,7%), ινφλιξιμάμπη 80(36,9%), ουστεκινουμάμπη 39(17,9%), βεντολιζουμάμπη 14(6,5%) και ουπατασιτινίμπη 9(4,1%). Χειρουργική επέμβαση για NC σε 27(12,4%) και τουλάχιστον μία νοσηλεία καταγράφηκε σε 54(24,9%) ασθενείς. Απλή δόση αναστολέων αντλίας πρωτονίων(ΑΑΠ) χορηγήθηκε σε 89(41,1%) και υψηλή δόση σε 29(13,8%) ασθενείς. Η μονοπαράγοντική ανάλυση έδειξε ότι οι οισοφαγικές βλάβες σχετίστηκαν με μικρότερη ηλικία (p=0,018) και έκθεση σε πολλαπλές βιολογικές θεραπείες (p=0,027)(Πίνακας 2).

Συμπεράσματα: 1. Η συχνότητα της συμμετοχής ανώτερου πεπτικού ήταν 5,13%, και αφορούσε κυρίως ασθενείς με φλεγμονώδη ειλεοκολική νόσο, μέτριας δραστηριότητας. 2. Οι βλάβες εντοπίζονταν κυρίως σε στόμαχο και δωδεκαδάκτυλο, ενώ η συμμετοχή του οισοφάγου φαίνεται να συνδέεται με εμπειρία βιολογικής αποτυχίας. 3. Η πλειονότητα των ασθενών έλαβαν ΑΑΠ και βιολογική θεραπεία.

Πίνακας 1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών με συμμετοχή ανώτερου πεπτικού

Χαρακτηριστικά	Τιμή
Ασθενείς με συμμετοχή ανώτερου πεπτικού, n (%)	217/3867 (5,13)
Ηλικία, έτη, μέση \pm SD (εύρος)	37,8 \pm 14,9 (7–84)
Άνδρες, n (%)	122 (56,2)
Ενεργοί καπνιστές, n (%)	65 (30,0)
Πρώην καπνιστές, n (%)	46 (21,2)
Διάρκεια νόσου κατά τη διάγνωση συμμετοχής ανώτερου πεπτικού, έτη, διάμεση (εύρος, IQR)	8 (1–36, IQR: 8)
Δείκτης Μάζας Σώματος, kg/m ² , μέση \pm SD (εύρος)	24,8 \pm 4,44 (17–40)
Εντόπιση νόσου, n (%)	
Ειλεοκολική	118 (54,4)
Ευείκη	83 (38,2)
Κολική	16 (7,4)
Συμπεριφορά νόσου, n (%)	
Φλεγμονώδης	173 (79,7)
Στενωτική	26 (10,6)
Διατρητική	21 (9,7)
Εξωεντερικές εκδηλώσεις, n (%)	
Δείκτης Hargrey-Bradshaw, μέση \pm SD (εύρος)	1,94 \pm 3,15 (0–15)
SFS-CD, μέση \pm SD (εύρος)	3,83 \pm 5,56 (0–26)
CRP, mg/L, διάμεση (εύρος, IQR)	3 (1–50, IQR: 7)
Καλπροτεκτίνη κοπράνων, μ g/g, διάμεση (εύρος, IQR)	137 (13–4348, IQR: 272)

Πίνακας 2. Ενδοσκοπικά, ιστολογικά ευρήματα και θεραπεία

Χαρακτηριστικά	n (%)
Ενδοσκοπικές βλάβες	
Στόμαχος	164 (75,8)
Δωδεκαδάκτυλο	91 (42,2)
Οισοφάγος	29 (13,7)
Ιστολογικές βλάβες	
Στόμαχος	178 (82,2)
Δωδεκαδάκτυλο	85 (39,5)
Οισοφάγος	28 (13,1)
Λήψη βιολογικής θεραπείας (οποιαδήποτε), n (%)	164 (75,5)
Ανταλμουνιάμπη	84 (38,7)
Ινφλιξιμάμπη	80 (36,9)
Ουστεκινουμάμπη	39 (17,9)
Βεντολιζουμάμπη	14 (6,5)
Ουπλατασινιμίμπη	9 (4,1)
Χειρουργική επέμβαση για νόσο Crohn, n (%)	27 (12,4)
≥ 1 νοσηλεία, n (%)	54 (24,9)
Αναστολείς αντλίας πρωτονίων – απλή δόση	89 (41,1)
Αναστολείς αντλίας πρωτονίων – υψηλή δόση	29 (13,8)
Μονοπαραγοντική ανάλυση	
Οισοφαγικές βλάβες και μικρότερη ηλικία	p = 0,018
Οισοφαγικές βλάβες και έκθεση σε πολλαπλές βιολογικές θεραπείες	p = 0,027

ΠΑ06

**ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΟΖΑΝΙΜΟΔΗΣ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ**

**Θ. Δελίδης¹, Π. Παρδάλης¹, Α. Ιωάννου¹, Κ. Δημητριάδης¹, Κ. Μπακογιάννης¹, Γ. Αξιάρης²,
Κ. Αργυρίου³, Α. Βάρκα⁴, Ν. Βιάζης⁵, Α. Γατοπούλου⁶, Ό. Γιουλεμέ⁴, Ε. Ζαχαροπούλου⁷,
Α. Θεοδωροπούλου⁸, Ν. Καλάκος⁹, Π. Καρατζάς¹⁰, Κ. Κατσάνος¹¹, Α. Καψωριτάκης³, Ε. Λαούδη¹²,
Π. Μαρκόπουλος¹³, Ν. Μαστορογιάννη¹¹, Κ. Μουσουράκης⁵, Γ. Μιχαλόπουλος⁹, Γ. Μπάμιας¹²,
Γ. Παπαθεοδωρίδης¹⁰, Κ. Σουφλέρης², Μ. Τζουβαλά⁷, Ε. Τσιρώνη¹³, Ι. Ψαρουδάκης⁸,
Γ. Λεωνιδάκης¹, Σ. Μιχόπουλος¹, Ε. Ζαμπέλη¹**

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα», Αθήνα

² Γαστρεντερολογική Κλινική, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη

³ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

⁴ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

⁵ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», Αθήνα

⁶ Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

⁷ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα

⁸ Γαστρεντερολογική Κλινική, «Βενιζέλειο» Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

⁹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

¹⁰ Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

¹¹ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

¹² Γαστρεντερολογική Μονάδα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

¹³ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΑΝΠ «Μεταξά», Πειραιάς

Η οζανιμόδη είναι αγωνιστής των υποδοχέων της φωσφορικής σφιγγοσίνης 1 (S1P).

Σκοπός: η αξιολόγηση αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της ως θεραπείας εφόδου.

Υλικό - Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση από 12 κέντρα. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο η κλινική ανταπόκριση την 12^η εβδομάδα, που ορίστηκε ως $\geq 30\%$ μείωση του modified Mayo score. Βιοχημική ανταπόκριση ως η αποκατάσταση της τιμής της CRP και ενδοσκοπική ανταπόκριση ≥ 1 μείωση ενδοσκοπικού Mayo score. Καταγράφηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν δεδομένα 63 ασθενών, με ελάχιστο χρόνο παρακολούθησης 12 εβδομάδες. 41/63 (65,1%) άντρες, μέση ηλικία 44.1 ± 15.1 έτη. 33/63 (52,4%) ασθενείς με αριστερόπλευρη κολίτιδα (E2) και 7/63 (11,1%) με πολλαπλή σκλήρυνση. 57/63 (90,5%) υπό μεσαλαζίνη από του στόματος και 54(85,7%) υπό τοπική αγωγή. 17/63 (26,9%) είχαν εκτεθεί σε ανοσοτροποιοτικά (AZA/MTX) και 20/63 (31,7%) σε βιολογική θεραπεία: 12 (19%) vedolizumab, 10 (15,9%) infliximab, 5 (7,9%) adalimumab, 4 (6,3%) ustekinumab, 3 (4,8%) golimumab, 2 (3,2%) tofacitinib και ένας (1,6%) upadacitinib. 32/63 (50,8%) έπαιρναν κορτικοειδή. Κατά την έναρξη, διάμεση τιμή modified Mayo score 5 (IQR 4-6), CRP 0.36 IQR (0,1 - 1,16) και καλπροτεκτίνης 1000 IQR (411 - 1945). Το modified Mayo μειώθηκε από 5 (IQR 4-6) σε 2 (IQR 1-3.98) την εβδομάδα 12 ($p < 0.001$). 70% των ασθενών ανταποκρίθηκαν και από αυτούς 35,7% είχαν εμπειρία βιολογικής θεραπείας. Από 24 (38%) ασθενείς με CRP>0,5, η διάμεση τιμή κατά την έναρξη και στις 12 εβδομάδες ήταν 1.12 (IQR 0.8 - 1.99) και 0.65 (IQR 0.26 - 1.07), αντίστοιχα ($p=0.002$). 16/29 (55,2%) των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση ανταποκρίθηκαν στο φάρμακο. 8/63 (12,7%) ασθενείς εκδήλωσαν ανεπιθύμητες ενέργειες με συνηθέστερες: Λεμφοπενία, τρανσαμινασαιμία και ερπητική λοίμωξη.

Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία των ασθενών ανταποκρίθηκαν την εβδομάδα 12. Οι περισσότεροι είχαν μέτριας δραστηριότητας ελκώδη κολίτιδα. Η οζανιμόδη είναι αποτελεσματική και ασφαλής σε επιλεγμένους ασθενείς.

ΠΑ07

Ο ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΣΕ ΣΕΙΡΑ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ: ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΝΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Γ. Μπέλλου¹, Α. Παγώνη¹, Κ. Τσοκάντα¹, Ε. Ζαχαροπούλου¹, Α. Νεοκλέους¹, Μ. Χριστουλάκης¹, Χ. Φαλιάκος¹, Χ. Παπανικολάου², Ι. Ιντέρνος¹, Γ. Πενέσης¹, Μ. Τζουβαλά¹

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς

² Α Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς

Σκοπός: Στη σύγχρονη εποχή, η αυξανόμενη διαθεσιμότητα βιολογικών παραγόντων δημιουργεί την ανάγκη προτεραιοποίησης των θεραπευτικών μας επιλογών στην αντιμετώπιση των ασθενών με ΙΦΝΕ, χωρίς όμως να διαθέτουμε δείκτες εξατομίκευσης της θεραπείας. Σκοπός μας είναι να συγκρίνουμε στην καθημερινή πρακτική, την αποτελεσματικότητα των βιολογικών παραγόντων 2^{ης} γραμμής σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.

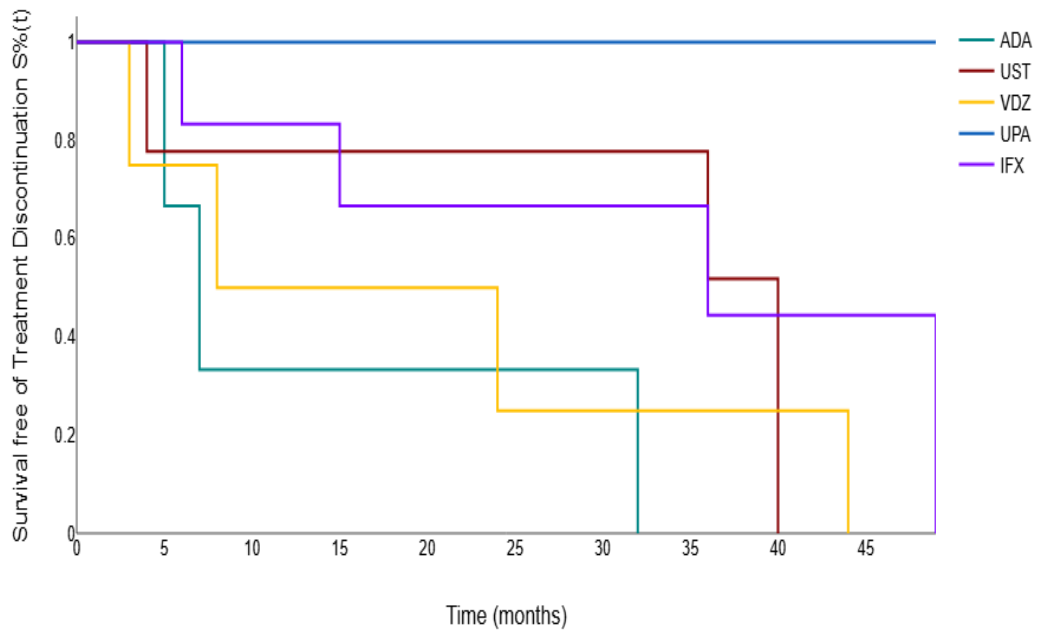
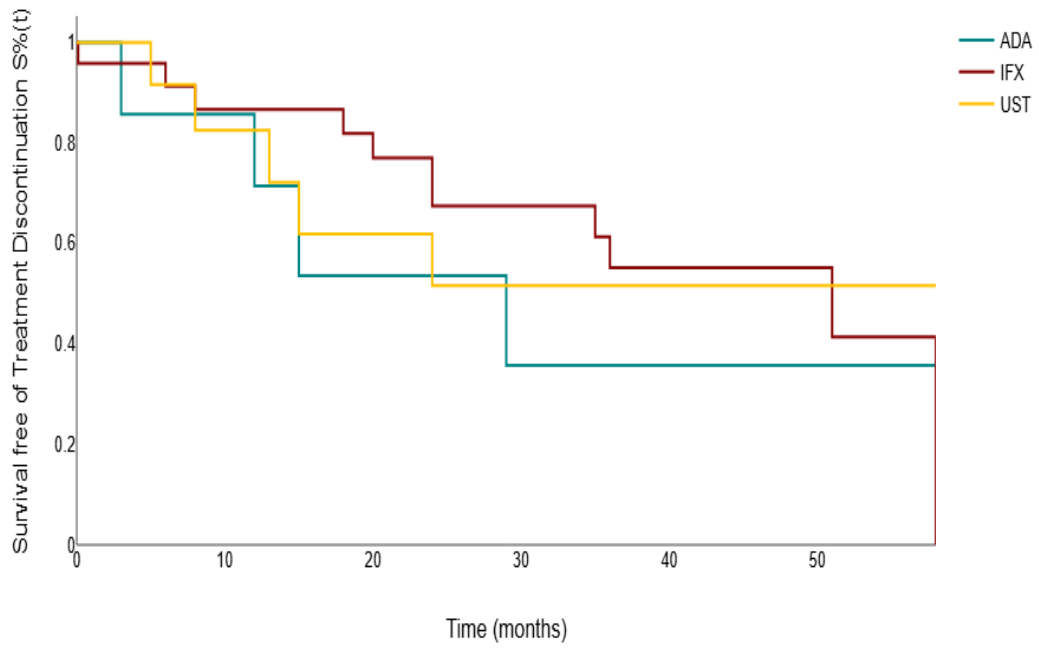
Υλικό-Μέθοδοι: Έγινε αναδρομική καταγραφή των πρώτων σε σειρά 114 ασθενών με Ελκώδη Κολίτιδα (ΕΚ) και νόσο Crohn (ν.Σ) που είναι σε ενεργή παρακολούθηση στο Νοσοκομείο μας και έχουν λάβει τουλάχιστον δύο βιολογικούς παράγοντες.

Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ο φαινότυπος νόσου, ο 1^{ος}, 2^{ος} και 3^{ος} βιολογικός παράγοντας, η αιτία διακοπής τους [πρωτογενής μη ανταπόκριση (PNR)- απώλεια ανταπόκρισης (LOR)], η διάρκεια παραμονής στον 2^ο βιολογικό, καθώς και οι παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, εξωεντερικές εκδηλώσεις - EIMs).

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 114 ασθενείς (45 ΕΚ/69 ν.Σ, 63 άρρενες) με διάμεση παρακολούθηση των ασθενών σε 2^ο βιολογικό τους 33,5 μήνες (IQR: 44,5). Το 79.8% ανταποκρίθηκε αρχικά στη 2^{ης} γραμμής θεραπεία και παρέμειναν στο φάρμακο για 36 μήνες και το 26,3% αυτών έχασε την ανταπόκριση στους 42 μήνες. Το 10.9% έχασε την ανταπόκριση λόγω ΑΕ/EIMs/συννοσηροτήτων στους 24 μήνες. Μακροπρόθεσμη ύφεση (>3 έτη) επετεύχθη στο 57.8%. Στους ασθενείς που είχαν λάβει anti-TNF ως 1^{ης} γραμμής, η επιλογή της 2^{ης} γραμμής (anti-TNF/ non anti-TNF) δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά την παραμονή τους στη θεραπεία. Το 50% των ασθενών με ΕΚ παρέμειναν στην 2^{ης} γραμμής θεραπεία. Την πιο μακροπρόθεσμη ανταπόκριση φάνηκε να έχουν το Uradacitinib και το Ustekinumab (Εικόνα 1., 2.).

Συμπεράσματα: Η διαθεσιμότητα των βιολογικών παραγόντων τη δεδομένη χρονική στιγμή επηρέασε την επιλογή του 2^{ου} βιολογικού.

Δεν αναδείχθηκε στατιστική σημαντικότητα λόγω του αριθμού του δείγματος (πρόδρομα αποτελέσματα), ωστόσο τα αποτελέσματα συνάδουν με τη βιβλιογραφία ως προς την αποτελεσματικότητα του Uradacitinib στη ΕΚ, καθώς και τη μειωμένη αποτελεσματικότητα του 2^{ου} anti-TNF μετά από PNR.



ΠΑ08

ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΠΟΛΥΠΟΔΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

**Χ. Σκουλούδη¹, Ι. Ψαρουδάκης¹, Ι. Φραγκιαδάκης¹, Μ. Φραγκάκη¹, Μ. Βελεγράκη¹,
Κ. Κουκούτση¹, Ε. Παντελάκης¹, Α. Θεοδωροπούλου¹**

Γαστρεντερολογικό τμήμα, Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης δυσπλαστικών και νεοπλασματικών αλλοιώσεων του παχέος εντέρου. Η ενδοσκοπική εκτομή, εφόσον δεν υπάρχουν ενδείξεις υποβλεννογονίας ή βαθύτερης διήθησης, αποτελεί αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή, περιορίζοντας την ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισης.

Σκοπός: Η διερεύνηση της επίπτωσης και των χαρακτηριστικών των νεοπλασματικών αλλοιώσεων σε ασθενείς με ΕΚ, καθώς και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της ενδοσκοπικής εκτομής.

Υλικό και Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη 86 ασθενών με ΕΚ που υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπική αφαίρεση πολύποδων την περίοδο 2010-2025. Καταγράφηκαν δημογραφικά δεδομένα, χαρακτηριστικά νόσου, φαρμακευτική αγωγή, ιστολογικά ευρήματα και εκβάσεις της ενδοσκοπικής θεραπείας.

Αποτελέσματα: Συνολικά ανευρέθηκαν 88 πολύποδες. Νεοπλασματικές αλλοιώσεις διαγνώστηκαν σε 39 ασθενείς, με πλειοψηφία ανδρών (66,6%) και εκτεταμένη κολίτιδα στο 77,2%. Η μέση ηλικία ήταν 57,7 έτη και η μέση διάρκεια νόσου 14,7 έτη. Κλινικά σημαντικοί πολύποδες ανευρέθηκαν στο 30,7%, ενώ το 23% εντοπίστηκε στο δεξιό κόλον. Η τεχνική EMR εφαρμόστηκε στο 79,4% των περιπτώσεων. Δύο ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση και ένας σε εκτομή με FTRD. Σύμφωνα με την ταξινόμηση της Vienna, το 23% των αλλοιώσεων παρουσίαζε χαμηλόβαθμη δυσπλασία, το 7.6% υψηλόβαθμη, το 15.3% δεν εμφάνιζε δυσπλασία, ενώ στο 5% διαπιστώθηκε υποβλεννογονία διήθησης. En bloc και R0 εκτομή επιτεύχθηκε στο 97%, με συνολική τεχνική επιτυχία 97,4%. Δεν παρατηρήθηκαν διάτρηση ή ενδοεπεμβατική αιμορραγία, ενώ καθυστερημένη αιμορραγία σημειώθηκε στο 2,5%. Κατά την παρακολούθηση έως 15 έτη δεν καταγράφηκαν υποτροπές.

Συμπεράσματα: Η ενδοσκοπική εκτομή νεοπλασματικών αλλοιώσεων σε ασθενείς με ΕΚ είναι ασφαλής και ιδιαίτερα αποτελεσματική, προσφέροντας μακροχρόνιο ογκολογικό έλεγχο και αποφυγή χειρουργικής αντιμετώπισης σε επιλεγμένες περιπτώσεις.

ΠΑ09

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ, Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΧΕΜΟΤΖΟΥΒΙΛΙΝΗΣ

**Κ. Φωτεινογιαννοπούλου¹, Ε. Ορφανουδάκη¹, Ε. Θεοδωράκη¹, Κ. Καλυβιανάκη¹,
Ε. Γκιαουράκη¹, Μ. Καμπά², Ι. Κουτρομπάκης¹**

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

² Εργαστήριο Ερευνητικής Ενδοκρινολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Σχολή Επιστημών Υγείας, Ηράκλειο

Σκοπός: Παρόλο που η αναιμία είναι συχνή εξωεντερική επιπλοκή στις Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου (ΙΦΝΕ), η διερεύνηση της έχει δυσκολίες. Σκοπός ήταν η ανάδειξη νέων δεικτών στην διερεύνηση της αναιμίας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.

Υλικό-Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν διαδοχικοί ασθενείς του ιατρείου ΙΦΝΕ του ΠαΓΝΗ. Καταγράφηκαν δημογραφικά, κλινικά χαρακτηριστικά από την βάση δεδομένων και συνήθη εργαστηριακά στοιχεία. Συλλέχθηκαν οροί και μετρήθηκαν: διαλυτός υποδοχέας τρανσφερίνης (sTFR), δείκτης sTFR, χεψιδίνη (Hpc) και χεμοτζουβιλίνη (Hjv).

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 152 ασθενείς [63 (41.5%) γυναίκες, 83 (54.6%) με νόσο Crohn (NC), 40 (26.3%) είχαν αναιμία και 112 (73.7%) όχι. Οι αναιμικοί είχαν σημαντικά μικρότερη ηλικία διάγνωσης της ΙΦΝΕ [29.5 (12-63) vs 37 (11-67) p=0.0184] περισσότερες νοσηλείες [7 (17.5) vs 4 (3.6) p=0.0039] και ενεργό νόσο [16 (41.0) vs 15 (13.9) p=0.0004]. Παράγοντες κινδύνου για αναιμία, στην πολυπαραγοντική ανάλυση, παρέμειναν μόνο η NC ειλεοκολίτιδα [4.49 (1.33-15.09) p=0.02] και η ΤΚΕ [1.03 (1.00-1.06) p=0.0476]. Από τους αναιμικούς (N=40), οι 23 είχαν σιδηροπενική αναιμία (ΣΠΑ) ενώ οι 17 μη ΣΠΑ [αναιμία χρόνιας νόσου και μικτή]. Οι ασθενείς με ΣΠΑ σε σύγκριση με τους μη-ΣΠΑ είχαν σημαντικά υψηλότερο sTFR και δείκτη sTFR, ενώ δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην Hpc ούτε στην Hjv (**Πίνακας 1**). Από την μελέτη συσχετίσεων μεταξύ όλων των μελετημένων παραμέτρων αναιμίας, η Hjv συσχετίστηκε αρνητικά μόνο με την Hpc στο σύνολο των ασθενών (N=152) και στους μη αναιμικούς (N=112), r=-0.25* και r=-0.29* p<0.05, αντίστοιχα. Ο sTFR >1.64 έχει ευαισθησία 73.9% & ειδικότητα 70.6% AUC=0.774 p<0.001, ο δείκτης sTFR >1.06 ευαισθησία 87% & ειδικότητα 76.5% AUC= 0.921 p<0.001 για τη διάγνωση της ΣΠΑ ενώ η Hjv AUC=0.598 p=0.293 και η Hpc AUC=0.531 p=0.750.

Συμπεράσματα: Ένας στους 5 ασθενείς με ΙΦΝΕ έχει αναιμία. Ο sTFR και ο δείκτης sTFR είναι χρήσιμοι για στην διάγνωση της ΣΠΑ παρουσία φλεγμονής, ενώ η Hjv και η Hpc όχι. Η Hjv συσχετίστηκε αρνητικά με την Hpc.

Πίνακας 1. Εργαστηριακή εκτίμηση ασθενών με ΣΠΑ και μη-ΣΠΑ

N=34	IDA (N=23)	Non-IDA (N=17)	P
Hgb (mg/dl)	11 (7.9-12.7)	11.6 (10-12.7)	0.20
Ferritin (μg/dl)	8 (2.3-27.1)	60.5 (33.5- 601)	< 0.0001
sTFR (mg/l)	2.3 (1.1- 6.3)	1.3 (0.9-3.2)	0.0034
Index sTFR	2.91 (0.78-15.16)	0.73 (0.37-1.66)	< 0.0001
Herc (pg/ml)	324767 (26735-51026)	35391 (30016- 45109)	0.80
Hemojuvelin (Hjv)	190.09 (133.26 - 438.48)	180.18 (122.27- 355.34)	0.32
Isat (%)	14.3 (9.6-16.1)	18 (13.9-19)	0.38
ESR (mm/hr)	25 (8-92)	28 (2-87)	0.54
CRP (mg/dl)	0.6 (0-3)	0.5 (0.1-5.5)	0.54

ΠΑ10

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΜΙΚΡΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΗΝ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΛΗΚΥΘΙΤΙΔΑΣ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΚΟΣΜΟΥ ΑΠΟ
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ**

**Ν. Βιάζης¹, Δ. Κοζομπόλη¹, Κ. Μουσουράκης¹, Π. Κανελλόπουλος¹, Δ. Προβή¹, Θ. Εμμανουήλ²,
Κ. Σουφλέρης³, Γ. Αξιάρης³, Α. Καψωριτάκης⁴, Κ. Αργυρίου⁴, S. Bronze⁵, Α. Θεοδωροπούλου⁶,
Χ. Σκουλούδη⁶, F. Lima⁷, M Cristiano⁷, Γ. Μιχαλόπουλος⁸, Δ. Πισκόπου⁸, Ε. Ζαμπέλη⁹, Θ. Δελίδης⁸,
Μ. Τζουβαλά¹⁰, Ε. Ζαχαροπούλου¹⁰, Β. Arroja¹¹, J. Camões Neves¹¹, Α. Χρηστίδου¹, Ό. Γιουλεμέ¹²,
Α. Βάρκα¹², Ι. Κουτρομπάκης¹³, Ι. Παπαντζέλου¹³, Χ. Λιάτσος¹⁴, Ν. Κυριάκος¹⁴, Ν. Μάθου¹⁵,
Β. Κίτσου¹⁶, Γ. Μπάμιας¹⁶, Γ. Τριμπόνιας¹⁷, Δ. Δημητριάδης¹⁷, Σ. Βράκας¹⁸, Κ. Κατοπώδη¹⁸,
D. Fernandes¹⁹, Γ. Τσιολακίδου²⁰, Χ. Λαμούρη²⁰, Χ. Τριάντος²¹, Π. Πάστρας²¹, A.R. Carreiro Silva²²,
Φ. Φουσέκης²³, Κ. Κατσάνος²³, Κ. Μάντακα²⁴, R. Gonçaves¹¹**

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική», Αθήνα

² Γαστρεντερολογική Κλινική, Metropolitan General, Αθήνα

³ Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη

⁴ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

⁵ Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Πορτογαλία

⁶ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Βενιζέλειο», Ηράκλειο

⁷ Unidade Local de Saúde de Coimbra, Πορτογαλία

⁸ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

⁹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

¹⁰ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα

¹¹ Unidade Local de Saúde de Braga, Πορτογαλία

¹² Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

¹³ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

¹⁴ Γαστρεντερολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

¹⁵ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κωνσταντοπούλειο, Αθήνα

¹⁶ Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Σωτηρία», Αθήνα

¹⁷ Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Ερυθρός Σταυρός», Αθήνα

¹⁸ Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο Τζάνειο, Πειραιάς

¹⁹ Unidade Local de Saúde do Algarve, Μονάδα Portimão - Πορτογαλία

²⁰ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Καβάλα

²¹ Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

²² Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, Πορτογαλία

²³ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

²⁴ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, Χανιά

Εισαγωγή: Η ολική πρωκτοκολεκτομή με ειλεο-ορθική αναστόμωση (ΙΡΑΑ) αποτελεί την καθιερωμένη χειρουργική προσέγγιση για ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα στους οποίους αποτυγχάνει η φαρμακευτική αγωγή. Η ληκυθίτιδα και/ή νόσος τύπου Crohn του νεο-τελικού ειλεού παραμένουν οι συχνότερες μακροχρόνιες επιπλοκές. Παρότι οι βιολογικοί παράγοντες και τα μικρά μόρια χρησιμοποιούνται ολοένα και περισσότερο για την αντιμετώπιση της χρόνιας ληκυθίτιδας, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την κλινική τους αποτελεσματικότητα.

Σκοπός: Η αξιολόγηση και σύγκριση της αποτελεσματικότητας των βιολογικών παραγόντων και των μικρών μορίων σε ασθενείς με χρόνια ληκυθίτιδα ή νόσο τύπου Crohn του νεο-τελικού ειλεού που παρακολοθήθηκαν σε Ελληνικά και Πορτογαλικά κέντρα.

Μέθοδοι: Πολυκεντρική, αναδρομική μελέτη που υπερίελαβε 136 ενήλικες ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε IPAA και στη συνέχεια ανέπτυξαν χρόνια ληκυθίτιδα, οριζόμενη ως τροποποιημένος δείκτης δραστηριότητας ληκυθίτιδας (mPDAI) ≥ 7 , με ενδοσκοπικό υποδείκτη ≥ 2 . Συλλέχθηκαν δημογραφικά στοιχεία, καθώς και στοιχεία από προηγούμενες θεραπείες και χειρουργικές παράμετροι. Η κλινική εικόνα αξιολογήθηκε κατά την έναρξη της θεραπείας και στους 6 μήνες. Ευνοϊκή έκβαση ορίστηκε ως mPDAI < 5 . Οι συγκρίσεις πραγματοποιήθηκαν με τη δοκιμασία χ^2 .

Αποτελέσματα: Από τους 136 ασθενείς (72 άνδρες, 64 γυναίκες, μέση ηλικία 46 έτη), οι 116 (85%) είχαν ληκυθίτιδα και οι 45 (33%) νόσο τύπου Crohn του νεο-τελικού ειλεού. Η μέση διάρκεια της νόσου ήταν $16,4 \pm 11,5$ έτη και το μέσο χρονικό διάστημα από τη χειρουργική επέμβαση έως την εμφάνιση ληκυθίτιδας ήταν $4,4 \pm 7,5$ έτη. Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι παράγοντες ήταν το vedolizumab (n=36, 26,5%), το infliximab (n=27, 19,9%), το adalimumab (n=27, 19,9%), το ustekinumab (n=20, 14,7%) και το tofacitinib (n=7, 5,1%). Προηγούμενη έκθεση σε 5-ASA, αζαθειοπρίνη και βιολογικούς παράγοντες καταγράφηκε σε 125 (91,9%), 52 (38,2%) και 94 (69,1%) ασθενείς αντίστοιχα. Συγχορήγηση αντιβιοτικών αναφέρθηκε σε 41 (30,1%) ασθενείς. Στους 6 μήνες, 84 ασθενείς (61,8%) πέτυχαν ευνοϊκή κλινική έκβαση (mPDAI < 5), ενώ 52 (38,2%) παρέμειναν ενεργοί (mPDAI ≥ 5). Τα ποσοστά ανταπόκρισης ανά θεραπεία ήταν: adalimumab 74,1% (20/27), vedolizumab 66,7% (24/36), ustekinumab 60,0% (12/20), infliximab 55,6% (15/27) και tofacitinib 42,9% (3/7). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των θεραπευτικών ομάδων (χ^2 , p=0,467).

Συμπεράσματα: Στην παρούσα πολυκεντρική μελέτη πραγματικού κόσμου, οι βιολογικές θεραπείες και τα μικρά μόρια πέτυχαν υψηλά ποσοστά κλινικής ύφεσης σε ασθενείς με χρόνια ληκυθίτιδα και νόσο τύπου Crohn του νεο-τελικού ειλεού, με συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα μεταξύ των παραγόντων.

ΠΑ11

ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ: REAL-WORLD ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Α. Παγώνη¹, Χ. Λιάτσος², Ε. Ζαχαροπούλου¹, Ν. Βιάζης³, Α.-Σ. Αραβαντινού-Κουτσούβη¹, Μ. Μπαλή⁴, Ι. Δελλαπόρτα⁴, Α. Ιωάννου⁵, Ο. Γιουλεμέ⁶, Ν. Κυριάκος², Σ. Μιχόπουλος⁵, Κ. Μουσουράκης³, Γ. Θεοχάρης⁴, Α. Βαρκά⁶, Ε. Ζαμπέλη⁵, Μ. Τζουβαλά¹

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια

² Γαστρεντερολογική Κλινική, 401 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Αθήνα

³ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός», Αθήνα

⁴ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

⁵ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα», Αθήνα

⁶ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κακοηθειών, είτε λόγω του φλεγμονώδους φορτίου είτε των θεραπευτικών σχημάτων.

Σκοπός: Η καταγραφή των περιπτώσεων νεοπλασίας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ στην Ελλάδα.

Μέθοδοι: Σε έξι τριτοβάθμια νοσοκομεία την τελευταία δεκαετία καταγράφηκαν αναδρομικά από τους φακέλους ασθενών με ΙΦΝΕ, τα δημογραφικά στοιχεία τους και τα χαρακτηριστικά της νόσου, το οικογενειακό ιστορικό νεοπλασίας, τα θεραπευτικά σχήματα και η έκβαση της νεοπλασίας. Στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με λογισμικό XLSTAT.

Αποτελέσματα: Σε 4.000 ασθενείς, εντοπίστηκαν 113 περιπτώσεις νεοπλασίας (2,8%) (54% με νόσο Crohn (NC), 55,8% άνδρες). Νεοπλασία διαγνώστηκε πριν ή ταυτόχρονα με την έναρξη της ΙΦΝΕ σε 19 [με υπεροχή των ενδοκρινικών νεοπλασιών (26,3%)] και 4 περιπτώσεις αντίστοιχα. Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά συνοψίζονται στον Πίνακα 1. Συχνότερες κακοήθειες: έντερο (15%), αναπνευστικό (14,2%), δέρμα (13,3%) και αναπαραγωγικό σύστημα (13,3%). Δεν αναδείχθηκε συσχέτιση μεταξύ της νεοπλασίας και του οικογενειακού ιστορικού, των εξωεντερικών εκδηλώσεων ή της ενεργότητας νόσου και ιστορικό καπνίσματος είχε το 65,4%. Τα θεραπευτικά σχήματα σε σχέση με τη διάγνωση της νεοπλασίας απεικονίζονται στο Σχήμα 1. Σε 619 ανθρωπο-έτη παρακολούθησης καταγράφηκαν έξι υποτροπές και 24 θάνατοι, οι 21/24 εντός έτους και θεωρήθηκαν σχετιζόμενοι. Υψηλότερη θνησιμότητα παρατηρήθηκε σε ασθενείς με κακοήθειες του αναπνευστικού και του εντέρου (33,3% και 23,9%). Οι περισσότεροι αποβιώσαντες ασθενείς είχαν NC, ήταν άνδρες, με ιστορικό καπνίσματος και ενεργό νόσο. Η μέση ηλικία και η διάρκεια της ΙΦΝΕ κατά τη διάγνωση της νεοπλασίας στους αποβιώσαντες ασθενείς ήταν 58(±21) και 15(±14) έτη, έναντι 51,5(±14) και 12,4(±8,2) ετών στους επιζώντες, αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Οι νεοπλασίες σε ασθενείς με ΙΦΝΕ εντοπίστηκαν κυρίως στο κόλον, το αναπνευστικό, το δέρμα και το αναπαραγωγικό σύστημα. Η NC, το ανδρικό φύλο και το κάπνισμα αποτελούν πιθανούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση νεοπλασίας και τη δυσμενή έκβαση. Απαιτούνται μεγαλύτερες σειρές ασθενών για την αναγνώριση σαφώς τεκμηριωμένων παραγόντων κινδύνου και την καθιέρωση προγραμμάτων ελέγχου.

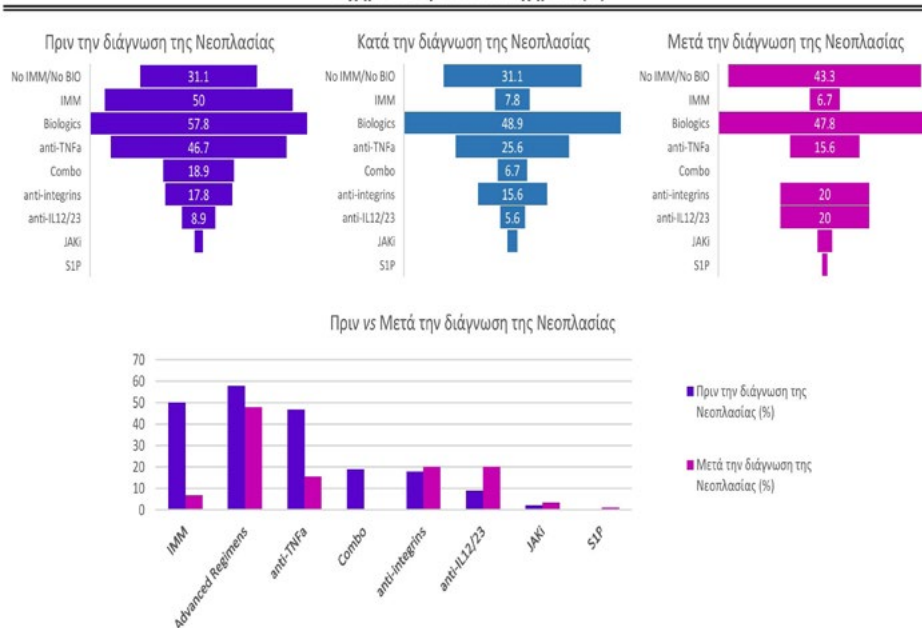
Πίνακας 1. Δημογραφικά και Κλινικά Χαρακτηριστικά (N=113)[†]

Ηλικία [έτη; median (IQR)]	58 (25)	
Νόσος [N (%)]	CD	61 (54)
	UC	52 (46)
Φύλο [N (%)]	Άρρεν	63 (55.8)
Κάπνισμα [N (%)]	Ποτέ	39 (34.5)
	Πρώην	31 (27.4)
	Ενεργός	43 (38)
BMI [mg/m ² ; median (IQR)]	24 (4)	
Ηλικία κατά την διάγνωση της νεοπλασίας (έτη; mean (±SD))	53.3 (±14.4)	
Διάρκεια νόσου κατά την διάγνωση της νεοπλασίας [έτη; median (IQR)]	13 (13)	
Οικογενειακό Ιστορικό νεοπλασίας [N (%)]	11 (9.7)	
Ατομικό Ιστορικό νεοπλασίας (πριν την διάγνωση ΙΦΝΕ) [N (%)]	19 (16.8)	
Προηγμένα θεραπευτικά σχήματα [N (%)] ² και Διάρκεια [μήνες, median(IQR) or mean (±SD)] [†]		
	CSs	62 (68.9) N/A
	5-ASA	66 (73.3) N/A
	IMM	45 (50) 24 (60)
	anti-TNFα	42 (46.7) 38 (84)
	anti-TNFα + IMM (combo)	17 (18.9) 27 (55)
	anti-integrin	16 (17.8) 42.6 (±33.9)
	anti-IL12/23	8 (8.9) 27.6 (±17.6)
	JAKi	2 (2.2) N/A
Αριθμός προηγούμενων βιολογικών παραγόντων [N (%)] ²		
	0	38 (42.2)
	1	28 (31.1)
	≥2	24 (26.7)
Θεραπευτικό σχήμα κατά την διάγνωση της νεοπλασίας [N (%)] ²		
	Nil	3 (3.3)
	CSs	14 (15.6)
	5-ASA	43 (47.8)
	IMM	7 (7.8)
	anti-TNFα	23 (25.6)
	anti-TNFα + IMM (combo)	6 (6.7)
	anti-integrin	14 (15.6)
	anti-IL12/23	5 (5.6)
	JAKi	2 (2.2)
Ενεργότητα νόσου κατά την διάγνωση της νεοπλασίας (HBI ≥5 / pMS ≥2) [N (%)] ³	18 (27.3)	

[†] Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως μέση τιμή (± SD) για μεταβλητές με κανονική κατανομή και ως διάμεση τιμή (IQR) για μεταβλητές με μη κανονική κατανομή. ² Η ανάλυση για τα προηγμένα θεραπευτικά σχήματα συμπεριέλαβε μόνο τους ασθενείς με διάγνωση ΙΦΝΕ προ της διάγνωσης της νεοπλασίας (N.ασθενών: 90). ³ Δεδομένα για την κλινική ενεργότητα ήταν διαθέσιμα για 66 ασθενείς.

Abbreviations: BMI, body mass index; CD, Crohn's disease; CSs, corticosteroids; HBI, Harvey-Bradshaw Index; IBD, inflammatory bowel disease; IQR, interquartile range; IL, interleukin; IMM, immunomodulator; JAKi, janus kinase inhibitor; N/A, not available; pMS, partial MAYO score; SD, standard deviation; TNFα, tumor necrosis factor-alpha; UC, ulcerative colitis; 5-ASA, 5-aminosalicylic acid.

Σχήμα 1. Θεραπευτικά Σχήματα (%)



Abbreviations: BIO, biologic; IL, interleukin; IMM, immunomodulator; JAKi, janus kinase inhibitor; S1P, sphingosine-1-phosphate; TNFα, tumor necrosis factor-alpha.

ΠΑ12

ΑΝΑΚΤΗΣΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΜΕ ΒΡΑΧΥΧΡΟΝΙΑ ΚΛΙΜΑΚΩΣΗ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ UPADACITINIBΣΤΑ 45mg, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ ΠΟΥ ΧΑΝΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ ΑΠΟ ΔΥΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ

**Χ. Λιάτσος¹, Ν. Κυριάκος¹, Δ. Κοζομπόλη², Δ. Προβή², Μ. Γιακουμής¹, Μ. Γαλανόπουλος¹,
Ι. Κανελλόπουλος², Ν. Βιάζης²**

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

² Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός -Πολυκλινική», Αθήνα

Εισαγωγή: Το upadacitinib αποτελεί εκλεκτικό αναστολέα JAK, εγκεκριμένο για την επαγωγή και διατήρηση ύφεσης σε μέτρια έως σοβαρή Ελκώδη Κολίτιδα (ΕΚ) και Νόσο Crohn (NC). Η απώλεια ανταπόκρισης κατά τη φάση συντήρησης αποτελεί συχνό και κλινικά απαιτητικό πρόβλημα στην καθημερινή πράξη. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της βραχυχρόνιας επαναχορήγησης δόσης εφόδου 45 mg (re-induction) σε ασθενείς με ΙΦΝΕ που έχασαν την ανταπόκριση.

Μέθοδοι: Πρόκειται για προοπτική, συνεχιζόμενη καταγραφή δεδομένων πραγματικής ζωής από δύο τριτοβάθμια νοσοκομεία της Αθήνας. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ΕΚ ή NC που ελάμβαναν θεραπεία συντήρησης με upadacitinib (15 ή 30 mg), παρουσίασαν απώλεια ανταπόκρισης και υποβλήθηκαν σε βραχυχρόνια επαναχορήγηση δόσης εφόδου 45 mg, 5:1X1/ημ, x2 μήνες στην ΕΚ και x 3 μήνες στη NC. Η ανάκτηση της κλινικής ανταπόκρισης ορίστηκε με βάση επικυρωμένους δείκτες δραστηριότητας της νόσου. Στους ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα, κλινική ανταπόκριση ορίστηκε ως μείωση του partialMayoscore κατά ≥ 2 μονάδες και $\geq 30\%$ από την έναρξη της επαναχορήγησης, με ταυτόχρονη μείωση του υποσκορ αιμορραγίας κατά τουλάχιστον 1 μονάδα ή επίτευξη τιμής 0-1. Στους ασθενείς με Νόσο Crohn, κλινική ανταπόκριση ορίστηκε ως μείωση του CDAI κατά ≥ 100 μονάδες. Παράλληλα, αξιολογήθηκε η μεταβολή βιοχημικών δεικτών φλεγμονής (CRP και/ή καλπροτεκτίνη κοπράνων) και όπου ήταν διαθέσιμο, ενδοσκοπική ή απεικονιστική βελτίωση. Η στατιστική ανάλυση ήταν περιγραφική και περιλάμβανε υπολογισμό μέσων όρων και εύρους τιμών (range), με χρήση του SPSS.

Αποτελέσματα: Συνολικά καταγράφηκαν 7 ασθενείς [5 ΕΚ (2:bio-exposed(1:IFX/1:ADA) / 3:bio-naïve), 2 NC (1:bio-exposed(IFX) / 1:bio-naïve)]. Η μέση ηλικία ήταν 41,6 έτη (εύρος 27-61) και το μέσο σωματικό βάρος 77,3 kg (58-90). Ο μέσος χρόνος μέχρι την απώλεια ανταπόκρισης στη δόση συντήρησης ήταν 8,3 μήνες (4-13). Μετά την επαναχορήγηση upadacitinib στη δόση των 45 mg, κλινική ανταπόκριση επιτεύχθηκε σε 5 (4 ασθενείς με ΕΚ και 1 με NC) από τους 7 ασθενείς (71.4%), μετά από ένα μέσο χρονικό διάστημα 3,6 εβδομάδων (2-8). Σε δύο ασθενείς (ΕΚ:1 bio-exposed, NC:1 bio-exposed) απαιτήθηκε αλλαγή θεραπείας σε άλλον βιολογικό παράγοντα ή μικρό μόριο, σε ένα μέσο χρονικό διάστημα 1,5 μήνα (1-2) μετά το re-induction. Δεν αναφέρθηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες σε κανέναν από τους ασθενείς της μελέτης.

Συμπεράσματα: Η βραχυχρόνια κλιμάκωση της δόσης upadacitinib στα 45 mg φαίνεται να αποτελεί αποτελεσματική και καλά ανεκτή στρατηγική ανάκτησης της ανταπόκρισης σε επιλεγμένους ασθενείς με ΕΚ και NC που χάνουν την ανταπόκριση στη θεραπεία συντήρησης, με ταχεία κλινική βελτίωση σε υψηλό ποσοστό ασθενών. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την επιβεβαίωση των ευρημάτων σε μεγαλύτερους πληθυσμούς.

ΠΑ13

**ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΒΟΗΘΗΜΑΤΟΣ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ
ΜΕΤΡΙΑΣ ΕΩΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ**

**Α. Κατσούλα¹, Π. Πάσχος², Κ. Μαλανδρή³, Μ. Τουμπαλίδου³, Α.-Μ. Χάιδιτς⁴,
Ό. Γιουλεμέ⁵, Α. Τσάπας³**

¹ Γαστρεντερολογικό τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική κλινική & Μονάδα Τεκμηριωμένης Ιατρικής και Κλινικής Έρευνας, Β' Παθολογική κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

² Α' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

³ Μονάδα Τεκμηριωμένης Ιατρικής και Κλινικής Έρευνας, Β Παθολογική κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

⁴ Τμήμα Ιατρικής Στατιστικής - Επιδημιολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

⁵ Γαστρεντερολογικό τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η ανάπτυξη ενός τεκμηριωμένου βοηθήματος λήψης αποφάσεων για την υποστήριξη της από κοινού λήψης θεραπευτικών αποφάσεων στη μέτρια έως σοβαρή ελκώδη κολίτιδα.

Μέθοδοι: Το βοήθημα αναπτύχθηκε μέσω μελέτης μεικτών μεθόδων. Αρχικά πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα, με ομάδες εστίασης και ημιδομημένες συνεντεύξεις ασθενών και γαστρεντερολόγων, για την καταγραφή των εκβάσεων και των χαρακτηριστικών των θεραπευτικών επιλογών που θεωρούνται σημαντικά στη διαχείριση της νόσου. Στη συνέχεια διενεργήθηκε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση δικτύου τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών, για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας όλων των εγκεκριμένων θεραπειών στις κλινικά σημαντικές αυτές εκβάσεις. Το ηλεκτρονικό βοήθημα σχεδιάστηκε σύμφωνα με τα κριτήρια της International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) και τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες.

Αποτελέσματα: Η ποιοτική ανάλυση ανέδειξε διαφοροποιήσεις μεταξύ ασθενών και γαστρεντερολόγων ως προς τις θεραπευτικές προτεραιότητες. Οι ασθενείς έδωσαν έμφαση στην ανακούφιση των συμπτωμάτων, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την ενεργό συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, ενώ οι γαστρεντερολόγοι επικεντρώθηκαν κυρίως στη μακροχρόνια αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια. Η μετα-ανάλυση δικτύου, βασισμένη σε δεδομένα από 44 κλινικές δοκιμές, ανέδειξε το upadacitinib ως τη θεραπεία με τη μεγαλύτερη και πιο συνεπή αποτελεσματικότητα σε πολλαπλές κλινικές εκβάσεις, ενώ το vedolizumab εμφάνισε το ευνοϊκότερο προφίλ ασφάλειας. Το τελικό, διαδραστικό ηλεκτρονικό βοήθημα ενσωματώνει τόσο τα επιστημονικά δεδομένα όσο και τις προτιμήσεις ασθενών και γαστρεντερολόγων, προσφέροντας ένα εύχρηστο εργαλείο για την υποστήριξη της κλινικής πρακτικής και την από κοινού λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, με άμεση δυνατότητα εφαρμογής στην καθημερινή κλινική πράξη.

Συμπεράσματα: Το αναπτυγμένο βοήθημα λήψης αποφάσεων αναδεικνύει τη σημασία της ενσωμάτωσης των προτιμήσεων των ασθενών στη θεραπευτική διαδικασία και ενισχύει την επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς, προάγοντας πιο εξατομικευμένη και συμμετοχική φροντίδα στην ελκώδη κολίτιδα.

Χρηματοδότηση: Το έργο χρηματοδοτήθηκε από την Ελληνική Ομάδα Μελέτης των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ)

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (e-Posters)



ΙΦΝΕ Η ΜΗΠΩΣ ΟΧΙ; ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΜΟΝΟΠΑΤΙΟΥ ΜΤΟR ΩΣ ΜΙΜΗΤΕΣ ΙΦΝΕ

Α. Κούρτη¹, Μ. Σπανού¹, Ι. Καναβάκη¹, Π. Μπριασούλης², Σ. Φεσσάτου¹

¹ Μονάδα Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής, Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

² Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Αναισθησιολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Η αιμορραγία κατώτερου πεπτικού στην παιδική ηλικία αποτελεί συχνό σύμπτωμα κατά την αρχική διερεύνηση Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου (ΙΦΝΕ). Σε παιδιά με πρώιμη έναρξη συμπτωμάτων και χρόνια ή υποτροπιάζουσα πορεία, η παρατεταμένη αντιμετώπιση με το σκεπτικό ΙΦΝΕ, χωρίς σαφή τεκμηρίωση ενεργού φλεγμονής ή κλινική ανταπόκριση, θα πρέπει να εγείρει υποψία μιμητών ΙΦΝΕ.

Σκοπός: Η ανάδειξη διαταραχών του μονοπατιού mTOR ως αιτίας αιμορραγίας κατώτερου πεπτικού που μιμείται ΙΦΝΕ, μέσω της παρουσίασης πέντε παιδιατρικών ασθενών με μακρόχρονη, αποτυχημένη διερεύνηση και θεραπεία ως ΙΦΝΕ πριν την παραπομπή στο κέντρο μας.

Μέθοδοι: Αναδρομικά μελετήθηκαν πέντε παιδιά ηλικίας 4-17,5 ετών που παραπέμφθηκαν στο κέντρο μας (2022-2025) λόγω επιμένουσας αιμορραγίας κατώτερου πεπτικού. Όλοι οι ασθενείς είχαν ιστορικό συμπτωμάτων από τη βρεφική ή πρώιμη παιδική ηλικία, είχαν υποβληθεί σε επανειλημμένους ενδοσκοπικούς ελέγχους όπου ανευρίσκονταν αφθώδεις βλάβες και είχαν αντιμετωπιστεί ως ΙΦΝΕ χωρίς κλινική ή εργαστηριακή ανταπόκριση. Κατά την επαναξιολόγηση πραγματοποιήθηκε εκ νέου πλήρης διερεύνηση IBD, συμπεριλαμβανομένων ενδοσκόπησης, απεικόνισης και στοχευμένου γενετικού ελέγχου σε περιπτώσεις άτυπης πορείας ή εξωεντερικών εκδηλώσεων.

Αποτελέσματα: Σε κανέναν ασθενή δεν τεκμηριώθηκε ιστολογική φλεγμονή συμβατή με ΙΦΝΕ, παρότι μακροσκοπικά είχαν αφθώδεις βλάβες που τελικά οφείλονταν σε ισχαιμία λόγω αγγειακών δυσπλασιών, λεμφαγγειεκτασιών ή αμαρτωματωδών αλλοιώσεων του εντέρου. Ο γενετικός έλεγχος ανέδειξε παθολόγους μεταλλάξεις στα γονίδια DEPDC5, CBL, PIK3CA και PTEN ή φαινότυπο υπερανάπτυξης σχετιζόμενο με το μονοπάτι mTOR. Η έναρξη στοχευμένης θεραπείας με sirolimus οδήγησε σε ταχεία και διατηρούμενη διακοπή της αιμορραγίας κατώτερου πεπτικού και βελτίωση της αναιμίας σε όλους τους ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η επιμένουσα αιμορραγία κατώτερου πεπτικού με αποτυχία ανταπόκρισης στη θεραπεία ΙΦΝΕ θα πρέπει να οδηγεί σε επαναξιολόγηση της διάγνωσης. Οι διαταραχές του μονοπατιού mTOR αποτελούν κλινικά σημαντικούς μιμητές ΙΦΝΕ και η έγκαιρη αναγνώρισή τους επιτρέπει αποτελεσματική, στοχευμένη θεραπεία.

Ασθενής	Ηλικία / Φύλο	Έναρξη συμπτωμάτων	Κλινική εικόνα	Προηγούμενη αντιμετώπιση ως ΙΦΝΕ	Κύρια διαγνωστικά ευρήματα	Γενετικό εύρημα	Στοχευμένη θεραπεία	Έκβαση
1	14,5 ετών / Θ	Νεογνική ηλικία	Χρόνια αιμορραγία κατώτερου πεπτικού	Μεσαλαζίνη	Ορθική αγγειοδυσπλασία υπερπλασία άκρου	mTOR-related overgrowth phenotype	Sirolimus (24 μήνες)	Πλήρης ύφεση
2	9 ετών / Θ	Πρώιμη παιδική ηλικία	Υποτροπιάζουσα αιμορραγία κατώτερου πεπτικού	Μεσαλαζίνη	Χωρίς σαφή δομική βλάβη	DEPDC5	Sirolimus (12 μήνες)	Ασυμπτωματική
3	16,5 ετών / Θ	Παιδική ηλικία	Διαλείπουσα αιμορραγία κατώτερου πεπτικού, Noonan-like φαινότυπος	Μεσαλαζίνη, Αζαθειοπρίνη (χωρίς ανταπόκριση)	Λευκοαγγειεκτασία λεπτού εντέρου	CBL	Sirolimus (24 μήνες)	Διακοπή αιμορραγίας
4	17,5 ετών / Α	Παιδική ηλικία	Χρόνια αιμορραγία	Μεσαλαζίνη, Αζαθειοπρίνη	Ορθική αγγειοδυσπλασία	PIK3CA	Sirolimus (6 μήνες)	Σημαντική βελτίωση

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μ. Κιούπη¹, Ι. Καναβάκη², Λ. Φώτης³, Σ. Φεσσάτου²

¹ Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Αθήνα

² Παιδογαστρεντερολογικό Ιατρείο, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

³ Μονάδα Παιδιατρικής Ρευματολογίας, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

Σκοπός: Η ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (ΙΦΝΕ), περιλαμβάνει τη νόσο Crohn και την ελκώδη κολίτιδα και αποτελεί μια χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο με αυξανόμενη επίπτωση στον παιδιατρικό πληθυσμό. Η έγκαιρη εκτίμηση της ενεργότητας της νόσου είναι καθοριστική για τη θεραπευτική αντιμετώπιση και τη βελτίωση της πρόγνωσης. Παρόλο που η ενδοσκόπηση αποτελεί τη μέθοδο εκλογής, είναι επεμβατική, κοστοβόρα και δύσκολα επαναλαμβανόμενη στα παιδιά, για αυτό υπάρχει ανάγκη για μη επεμβατικούς και αξιόπιστους δείκτες φλεγμονής. Σκοπός είναι η καταγραφή και η συσχέτιση δεικτών φλεγμονής με την ενεργότητα της νόσου σε παιδιά με ΙΦΝΕ. Δευτερεύων σκοπός είναι η αξιολόγηση της διαγνωστικής ακρίβειας των δεικτών και ο καθορισμός διαχωριστικού ορίου.

Υλικό-Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη κοορτής 61 παιδιατρικών ασθενών με ΙΦΝΕ (42 με ν.Crohn και 19 με ελκώδη κολίτιδα) που παρακολούθηθηκαν σε παιδογαστρεντερολογικό ιατρείο τριτοβάθμιου νοσοκομείου το διάστημα Ιανουάριος 2008 έως Μάιος 2023. Συλλέχθηκαν δημογραφικά δεδομένα και δείκτες φλεγμονής, συγκεκριμένα, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), ταχύτητα καθίζησης ερυθροκυττάρων (ESR), λευκά αιμοσφαίρια (WBC), ουδετερόφιλα (NEUT), αιμοπετάλια (PLTs), αλβουμίνη (ALB), καλπροτεκτίνη κοπράνων (FCAL) και λόγοι όπως CRP/ALB. Η ενεργότητα της νόσου εκτιμήθηκε με τους δείκτες PCDAI (Pediatric Crohn's Disease Activity Index) και PUCAI (Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index). Ακολούθησε στατιστική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά των μετρήσεων κατά την έξαρση και ύφεση και στα δύο νοσήματα. Συγκεκριμένα, στη νόσο Crohn η FCAL είχε σημαντικά μεγαλύτερη προγνωστική αξία από τους υπόλοιπους δείκτες, η οποία δε διέφερε σημαντικά από των δεικτών CRP και CRP/ALB. Στην ελκώδη κολίτιδα, η ESR και η FCAL είχαν σημαντικά μεγαλύτερη προγνωστική αξία συγκριτικά με του δείκτες CRP, CRP/ALB, WBC, PLTS, ALB και NEUT. Οι υπόλοιποι δείκτες δεν παρουσίασαν σημαντική διαφορά.

Συμπεράσματα: Η καλπροτεκτίνη κοπράνων, σε συνδυασμό με δείκτες όπως η CRP, η ESR και ο λόγος CRP/ALB, μπορούν να αποτελέσουν αξιόπιστο, μη επεμβατικό εργαλείο εκτίμησης της φλεγμονώδους δραστηριότητας, περιορίζοντας την ανάγκη για συχνές ενδοσκοπήσεις.

EP03

ΚΛΙΝΙΚΟ PROFILE ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΝΟΣΟ (ΙΦΕΝ) ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Ι. Τριανταφυλλίδης, Γ. Μαλαγαρινός, Σ. Καρακατσάνης, Χ. Σπυρόπουλος, Κ. Βαγιανός

Νοσοκομείο Metropolitan General, Χολαργός

Εισαγωγή: Real-world data σχετικά με την διαχείριση της ΙΦΕΝ σε περιβάλλον Ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης είναι ελάχιστα διεθνώς.

Σκοπός της μελέτης ήταν να περιγράψει τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, τους κλινικούς φαινοτύπους, τα πρότυπα θεραπείας και τα θεραπευτικά αποτελέσματα μιας μεγάλης ομάδας ασθενών με Νόσο του Crohn (CD), Ελκώδη Κολίτιδα (UC) και Μη Ταξινομούμενη ΙΦΕΝ (U-IBD), που διαγνώστηκαν και αντιμετωπίστηκαν τα τελευταία 12 χρόνια σε εξειδικευμένη μονάδα ιδιωτικού νοσοκομείου.

Ασθενείς - Μέθοδοι: Αναλύθηκαν αναδρομικά τα κλινικά, δημογραφικά και θεραπευτικά δεδομένα ομάδας 244 ασθενών με ΙΦΕΝ, 129 ασθενών με UC (52,9%), 99 ασθενών με CD (40,6%) και 16 ασθενών με U-IBD (6,6%). Τα δεδομένα συγκρίθηκαν χρησιμοποιώντας descriptive statistics, Chi-square test για κατηγορικές μεταβλητές, and ANOVA για συνεχείς μεταβλητές.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση ήταν $35,1 \pm 14,2$ έτη. Κατά την διάγνωση, οι ασθενείς με CD ήταν σημαντικά νεότεροι σε σύγκριση με τους ασθενείς με UC ($30,1 \pm 13,9$ έναντι $38,9 \pm 13,5$ έτη, $p < 0,001$). Οι ασθενείς με CD είχαν σημαντικά υψηλότερη αθροιστική χρήση βιολογικών παραγόντων (55,6% CD έναντι 23,3% των ασθενών με UC $p < 0,001$). Το ποσοστό χειρουργικών επεμβάσεων ήταν τέσσερις φορές μεγαλύτερο στην ομάδα των ασθενών με CD (32,3%) σε σύγκριση με την ομάδα της UC (8,5%, $p < 0,001$).

Συμπέρασμα: Αυτή η μεγάλη ομάδα ασθενών που παρακολουθείται σε ιδιωτική μονάδα ΙΦΕΝ στην Ελλάδα επιβεβαιώνει τις διεθνείς τάσεις για υψηλότερο νοσολογικό φορτίο, μεγαλύτερη ανάγκη για βιολογικούς παράγοντες και υψηλότερα χειρουργικά ποσοστά στη CD σε σύγκριση με την UC. Ο σημαντικός όγκος ασθενών παρέχει πολύτιμα σημεία αναφοράς σχετικά με τη διαχείριση των ασθενών με ΙΦΕΝ στον ελληνικό ιδιωτικό τομέα, υπογραμμίζοντας την εξειδικευμένη και πολύπλοκη φύση του πληθυσμού των ασθενών που αντιμετωπίζονται σε αυτό το νοσηλευτικό και θεραπευτικό περιβάλλον.

EP04

**ΕΠΙΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ GIARDIA LAMBLIA ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ (ΕΚ) ΥΠΟ
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΜΙΚΡΟΜΟΡΙΑΚΟΥΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ
ΠΡΟΚΛΗΣΗ**

Γ. Μαλγαρινός, Σ. Καρακατσάνης, Κ. Μαλγαρινός, Ι. Τριανταφυλλίδης

Νοσοκομείο Metropolitan General, Χολαργός

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Εντερική Νόσο (ΙΦΕΝ) υπό ανοσοτροποποιητική αγωγή παρουσιάζουν αυξημένη επιρρέπεια σε λοιμώξεις του πεπτικού. Η *Giardia lamblia* είναι πρωτόζωο που παρασιτεί τυπικά στο ανώτερο πεπτικό. Η εμφάνισή της σε ασθενείς με ΕΚ είναι σπάνια και μπορεί να υποδυθεί ή να πυροδοτήσει σοβαρή έξαρση της νόσου, καθιστώντας τη διαφορική διάγνωση επιτακτική.

Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας ασθενής, 28 ετών, με ιστορικό σοβαρής εκτεταμένης ΕΚ από 18μήνου, παρουσίασε νέα σοβαρή έξαρση της νόσου με >8 διαρροϊκές κενώσεις ημερησίως, τεινεσμό και διάχυτο κοιλιακό άλγος. Ο ασθενής είχε εμφανίσει τουλάχιστον δύο σοβαρές παροξύνσεις στο παρελθόν και βρισκόταν υπό αγωγή με από του στόματος μικρομοριακό παράγοντα Upadacitinib (JAK inhibitor). Ο εργαστηριακός έλεγχος κατέδειξε αύξηση των δεικτών φλεγμονής (CRP: 42 mg/L και καλπροτεκτίνη κοπράνων 1220 mg/g). Στο πλαίσιο του ελέγχου για λοιμώδη αίτια, ο παρασιτολογικός έλεγχος και η καλλιέργεια κοπράνων ανέδειξαν την παρουσία του πρωτοζώου *Giardia lamblia*. Στην αγωγή προστέθηκε μετρονιδαζόλη (500mg x3 για 10 ημέρες). Σημειώθηκε ταχεία και σημαντική βελτίωση της διαρροϊκής συνδρομής, επιτρέποντας την αποτελεσματικότερη διαχείριση της υποκείμενης φλεγμονώδους νόσου. Στον κατωτέρω πίνακα φαίνεται η μεταβολή των δεικτών φλεγμονής πριν και μετά την αντιπαρασιτική αγωγή.

Δείκτης	Προ Θεραπείας	Μετά τη Θεραπεία
Κενώσεις / 24ωρο	14 (διαρροϊκές)	2 (σχηματισμένες)
CRP (mg/L)	42	4.8
Καλπροτεκτίνη (mg/g)	920	280

Συμπέρασμα: Η παρούσα περίπτωση υπογραμμίζει την ανάγκη εγρήγορσης για σπάνιες παρασιτικές επιλοιμώξεις σε ασθενείς με ΙΦΕΝ υπό μικρομοριακούς παράγοντες. Η Giardiasis, αν και εντοπίζεται συνήθως στο ανώτερο πεπτικό, μπορεί να επηρεάσει την κλινική εικόνα ασθενών με ΕΚ. Η έγκαιρη ταυτοποίηση του παρασίτου αποτρέπει τη λανθασμένη απόδοση της συμπτωματολογίας αποκλειστικά στη νόσο και την άσκοπη έκθεση του ασθενούς σε επιθετικές θεραπείες.

EP05

ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΑ Η ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑΣ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΓΙΑ *CAMPYLOBACTER* ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΠΑΡΟΞΥΝΣΗ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΙΦΕΝ);

Ι. Τριανταφυλλίδης, Κ. Μαλγαρινός, Σ. Καρακατσάνης, Γ. Μαλγαρινός

Νοσοκομείο Metropolitan General, Χολαργός

Εισαγωγή: Η διαφορική διάγνωση μεταξύ έξαρσης ΙΦΕΝ και λοιμώδους κολίτιδας αποτελεί κλινική πρόκληση. Το *Campylobacter spp* είναι ένα από τα συχνότερα παθογόνα που μπορούν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν υποτροπή ΙΦΕΝ.

Σκοπός: Η περιγραφή 5 περιπτώσεων ασθενών με ΙΦΕΝ οι οποίες επεπλάκησαν με λοίμωξη από *Campylobacter spp*.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη αρχείου τεσσάρων ασθενών με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) και ενός ασθενούς με νόσο Crohn (CD), οι οποίοι νοσηλεύτηκαν με συμπτωματολογία σοβαρής έξαρσης (κριτήρια Truelove-Witts και CDAI αντίστοιχα). Η διάγνωση της επιλοίμωξης έγινε μέσω καλλιέργειας κοπράνων. Αποτελέσματα: Και οι 5 ασθενείς παρουσίασαν αιματηρές κενώσεις, κοιλιακό άλγος και αυξημένους δείκτες φλεγμονής (μέση τιμή CRP: 2.3 - 4.6mg/L n.v.<0.5). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν στοχευμένη αντιβιοτική αγωγή (κυρίως αζιθρομυκίνη) σε συνδυασμό με κορτικοστεροειδή. Παρά τη σοβαρότητα της εικόνας, όλοι οι ασθενείς εμφάνισαν κλινική ύφεση εντός 10 -23 ημερών, διατηρώντας τη χρήση βιολογικών παραγόντων κατά την οξεία φάση.

Συμπέρασμα: Σε σοβαρές κυρίως περιπτώσεις ΙΦΕΝ επιβάλλεται η διενέργεια καλλιέργειας κοπράνων ή/και έλεγχος με μοριακές μεθόδους (PCR) για την κατάδειξη συνυπαρχούσης λοίμωξης από *Campylobacter spp*, καθώς η έγκαιρη έναρξη αντιβιοτικής αγωγής βελτιώνει την έκβαση της έξαρσης.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΙΜΟΛΥΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Ι. Κ. Ταμίσογλου, Λ. Μπάρτζης, Ν. Μερτζανίδου, Σ. Γεωργιάδου, Ε. Τούλης

Παθολογική Κλινική, Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

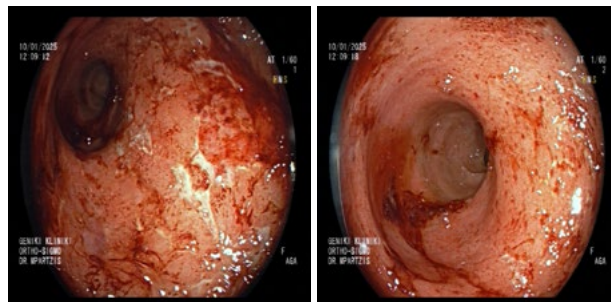
Εισαγωγή: Η ελκώδης κολίτιδα (U.C.) αποτελεί μία ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου με συχνές εξωεντερικές εκδηλώσεις. Η αναιμία αποτελεί το συνηθέστερο εύρημα και οφείλεται στη χρόνια φλεγμονή, τις μικροαιμορραγίες και τη δυσαπορρόφηση. Η αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία (A.A.A.) αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια εξωεντερική εκδήλωση με ποσοστό εμφάνισης 1% και συναντάται συχνότερα στη U.C. από την νόσο Crohn. Δεν παρατηρείται ηλικιακή κατανομή και προτίμηση σε φύλο. Δύναται να προηγείται της διάγνωσης της U.C. ή να σχετίζεται με την ενεργότητα της. Η παθοφυσιολογία της A.A.A. σε ασθενείς με U.C. δεν είναι σαφής, πιθανότατα όμως να σχετίζεται με διασταυρούμενη αντίδραση αυτο-αντισωμάτων που παράγονται από τα αντιγόνα στο κόλον και οδηγούν σε αυτοαντισώματα των αντιγόνων επιφανείας των ερυθροκυττάρων.

Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς 42 χρονών με U.C. που διαγνώστηκε με AAA.

Υλικό - Μέθοδος: Γυναίκα, 42 ετών, με ιστορικό UC διαγνωσθείσα από 7ετίας και υπό vedolizumab από 3ετίας, προσέρχεται λόγω νυγμώδους άλγους αριστερού ημιθωρακίου με συνοδά οιδήματα κάτω άκρων από ημερών προοδευτικά επιδεινούμενα. Αιτίαται δύσπνοια προσπαθείας και εύκολη κόπωση από μηνός άνευ εμπυρέτου. Αναφέρεται επεισόδιο έξαρσης της νόσου από 3μήνου με αύξηση της δοσολογίας του vedolizumab και κορτιζονοθεραπεία μέχρι την ύφεση της συμπτωματολογίας.

Αποτελέσματα: Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αναιμία με μακροκυττάρωση και υψηλά ΔΕΚ, υψηλή LDH, ολική/έμμεση χολερυθρίνη και θετική άμεση και έμμεση δοκιμασία Coombs. Η φερριτίνη, ο σίδηρος και η TSH/FT4 ήταν εντός φυσιολογικών ορίων, ενώ διαπιστώθηκαν χαμηλά επίπεδα αιμοσφαιρινών. Επίσης, ο ιολογικός έλεγχος με EBV/CMV/HIV/HBV απέβη αρνητικός για πρόσφατη λοίμωξη, όπως και ο ανοσολογικός έλεγχος/ανοσοκαθήλωση πρωτεϊνών. Εστάλη έλεγχος αντισωμάτων για mycoplasma pneumoniae που δεν ανέδειξε πρόσφατη λοίμωξη. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε μόνον σπληνομεγαλία. Η κλινικοεργαστηριακή εικόνα αποδόθηκε σε αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία. Τέθηκε σε μεθυλπρεδνιζολόνη, αρχικά ενδοφλεβίως και έπειτα p.o., και σε φυλλικό οξύ p.o.

Συμπεράσματα: Η ελκώδης κολίτιδα παρουσιάζει εκτεταμένες εξωεντερικές εκδηλώσεις με συχνότερη την αναιμία. Η AAA αποτελεί μία εξαιρετικά σπάνια κλινική εκδήλωση της νόσου που δύναται να εμφανίζεται ως πρώτη εκδήλωση ή να σχετίζεται με την ενεργότητα αυτής. Η σωστή κλινικοεργαστηριακή προσέγγιση του ασθενούς οδηγεί στην έγκαιρη διάγνωση και την άμεση αντιμετώπισή της.



EP07

ΠΙΘΑΝΗ ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΝΟΣΟΣ CROHN ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ SECUKINUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΔΡΩΤΟΑΔΕΝΙΤΙΔΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

I. Τριανταφυλλίδης, Σ. Καρακατσάνης

Νοσοκομείο «Metropolitan General» Χολαργός, Αθήνα

Εισαγωγή: Η ιδρωτοαδενίτιδα (Hidradenitis Suppurativa, HS) αποτελεί χρόνια φλεγμονώδη νόσο με σημαντική επίπτωση στην ποιότητα ζωής. Οι βιολογικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των αναστολέων της IL-17, χρησιμοποιούνται ολοένα και συχνότερα, ωστόσο έχουν αναφερθεί περιπτώσεις εμφάνισης ή απορρύθμισης φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (ΙΦΕΝ).

Παρουσίαση περίπτωσης: Άνδρας 36 ετών με ιδρωτοαδενίτιδα κυρίως βουβωνικής εντόπισης, διάρκειας εννεαετίας. Αρχικά αντιμετωπίστηκε με laser και ακολούθως με adalimumab για ένα έτος (έως Σεπτέμβριο 2024), με σταδιακή απώλεια αποτελεσματικότητας. Προ της αλλαγής βιολογικής θεραπείας, διενεργήθηκε κολονοσκόπηση με ειλεοσκόπηση, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Έγινε έναρξη θεραπείας με secukinumab. Δύο μήνες αργότερα, ο ασθενής παρουσίασε διαρροϊκές κενώσεις. Νέα κολονοσκόπηση ανέδειξε τελική ειλείτιδα μέτριας βαρύτητας, ενώ η ιστολογική εξέταση ήταν συμβατή με νόσο Crohn τελικού ειλεού. Με βάση τον σαφή χρονικό συσχετισμό, τον αποκλεισμό προϋπάρχουσας ΙΦΕΝ και τη γνωστή βιολογική δράση της IL-17 στο εντερικό επιθήλιο, τέθηκε η διάγνωση πιθανής φαρμακοεπαγόμενης νόσου Crohn. Το secukinumab διεκόπη και ο ασθενής παρουσίασε κλινική βελτίωση. Προγραμματίζεται επανεκτίμηση με νέα κολονοσκόπηση.

Συμπεράσματα: Η περίπτωση αναδεικνύει τον δυνητικό κίνδυνο εμφάνισης ΙΦΕΝ υπό αναστολείς IL-17 και την ανάγκη προσεκτικής επιλογής και παρακολούθησης των ασθενών.

Learning Points

- Οι αναστολείς IL-17 ενδέχεται να προκαλέσουν de novo εμφάνιση νόσου Crohn.
- Ο προθεραπευτικός ενδοσκοπικός έλεγχος δεν αποκλείει μελλοντική εμφάνιση ΙΦΕΝ.
- Η έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων και η διακοπή του υπεύθυνου παράγοντα μπορεί να οδηγήσει σε κλινική βελτίωση.
- Η στενή συνεργασία δερματολόγου και γαστρεντερολόγου είναι ουσιώδης σε ασθενείς με HS υπό βιολογική θεραπεία.

ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ (MORPHEA) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΙ USTEKINUMAB: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

**Π. Παρδάλης¹, Α. Ιωάννου¹, Θ. Δελίδης¹, Κ. Δημητριάδης¹, Κ. Μπακογιάννης¹, Ε. Παπαθανασίου¹,
Β. Παρδάλη¹, Π. Ψαθά², Μ. Παπουτσάκη³, Γ. Λεωνιδάκης¹, Σ. Μιχόπουλος¹, Ε. Ζαμπέλη¹**

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα», Αθήνα

² Γαστρεντερολόγος, Τρίπολη

³ Α' Πανεπιστημιακή Δερματολογική - Αφροδισιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»,
Αθήνα

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας, 54 ετών, με νόσο Crohn (Montreal A3L1B2) υπό θεραπεία με ustekinumab, εξετάστηκε στο ιατρείο λόγω εμπυρέτου και δερματικής βλάβης στην περιομφαλική χώρα. Επρόκειτο για ερυθματώδη, υπεργεμμένη πλάκα διαμέτρου περίπου 10 εκ., με ακανόνιστα όρια και τραχεία επιφάνεια. Από το ατομικό αναμνηστικό: παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, αρτηριακή υπέρταση και ΓΟΠΝ. Ο ασθενής είχε υποβληθεί σε ειλεοτυφλεκτομή λόγω στενωτικής νόσου και έλαβε μετεγχειρητικά adalimumab επί 2 έτη. Το φάρμακο διεκόπη μετά από δύο έτη λόγω απώλειας ανταπόκρισης και εκδήλωσης οζώδους ερυθήματος. Έλαβε ustekinumab επί ένα έτος μέχρι την εκδήλωση της ανωτέρω βλάβης.

Δεν υπήρχε χρονική συσχέτιση μεταξύ της δερματικής βλάβης και της υποδόριας χορήγησης του ustekinumab. Ο ασθενής ανέφερε παρόμοιο επεισόδιο και προ έτους. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ήπια αύξηση της CRP, ενώ η αξονική τομογραφία κοιλίας δεν ανέδειξε παθολογία. Χορηγήθηκε εμπειρικά σιπροφλοξασίνη και μετρονιδαζόλη, χωρίς ανταπόκριση. Ακολούθησε δερματολογική εκτίμηση και βιοψία δέρματος, η οποία ανέδειξε ιστολογική εικόνα συμβατή με εντοπισμένο σκληρόδερμα (morphea).

Το ustekinumab διεκόπη και χορηγήθηκε τοπική αγωγή με κορτικοστεροειδή. Κατά την επανεκτίμηση τρεις μήνες αργότερα και μετά την παράλειψη μίας δόσης, παρατηρήθηκε σημαντική υποχώρηση της βλάβης, με παραμονή υποχρωματικής, ελαφρώς υπεργεμμένης πλάκας με τοπική αλωπεκία. Αποφασίστηκε η έναρξη infliximab για τον έλεγχο της νόσου Crohn και προκειμένου να αποφευχθεί η υποτροπή της δερματικής βλάβης. Ο ασθενής δεν έχει εκδηλώσει σκληρόδερμα μετά την απόσυρση του ustekinumab.

Συζήτηση: Το εντοπισμένο σκληρόδερμα αποτελεί μία ανοσολογικά διαμεσολαβούμενη δερματική βλάβη. Υπάρχουν περιορισμένες αναφορές στη βιβλιογραφία που συσχετίζουν το ustekinumab με την εμφάνιση μορφέα. Η υποτροπή υπό αγωγή και η βελτίωση μετά τη διακοπή ενισχύουν την πιθανή συσχέτιση.

Συμπέρασμα: Η εμφάνιση ασυνήθιστων, άτυπων δερματικών βλαβών σε ασθενείς με ΙΦΝΕ υπό βιολογική θεραπεία απαιτεί έγκαιρη αναγνώριση και διεπιστημονική συνεργασία, καθότι οι παράδοξες ανοσολογικές αντιδράσεις δεν είναι σπάνιες σε ασθενείς με ΙΦΝΕ υπό βιολογική θεραπεία.



EP09

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ HIV-ΘΕΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ HIV-ΑΡΝΗΤΙΚΟΥΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ

Α. Αγορογιάννη, Δ. Προβή, Δ. Κοζομπόλη, Μ. Πάτση, Κ. Φιαγκουσάκης, Β. Καραμπάτσος, Ε. Βεργενάκη, Χ. Ζυγούρης, Ε. Γεωργιλής, Μ. Ραλλάτου, Κ. Μουσουράκης, Μ. Μελά, Α. Χρηστίδου, Ε. Αρχαύλης¹, Π. Κανελλόπουλος¹, Έ. Αδάμου¹, Ν. Βιάζης¹, Β. Παπαστεργίου

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική», Αθήνα

Σκοπός: Η λοίμωξη με τον ιό HIV μπορεί να συνυπάρχει σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ). Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει προβληματισμός για τη χορήγηση βιολογικών παραγόντων δεδομένης της πιθανής επιβάρυνσης που θα υπάρξει στους ήδη ανοσοκατεσταλμένους αυτούς ασθενείς. Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμήσει την ανάγκη χρήσης και την ασφάλεια των βιολογικών παραγόντων σε HIV-θετικούς ασθενείς, σε σύγκριση με αντίστοιχους HIV-αρνητικούς μάρτυρες με ΙΦΝΕ.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση ασθενών με ΙΦΝΕ, οι οποίοι είναι HIV-θετικοί και παρακολουθούνται στο Τμήμα μας. Καταγράφηκε η συχνότητα χορήγησης βιολογικών παραγόντων, αλλά και η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στην πάροδο του χρόνου. Προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα έγινε σύγκριση της ομάδας αυτής με πληθυσμό μαρτύρων με αντίστοιχη νόσο (ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn) και χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της νόσου, ταξινόμηση κατά Μόντρεαλ) που ήταν όμως HIV-αρνητικοί.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριελήφθησαν στη μελέτη 12 ασθενείς με νόσο Crohn (n=7) και ελκώδη κολίτιδα (n=5) οι οποίοι ήταν HIV-θετικοί. Οι ασθενείς ήταν όλοι άντρες, οι 8 (66%) ήταν HIV-θετικοί για >10 χρόνια, ο μέσος δείκτης CD4+ ήταν 512 κύτταρα/μL και το μέσο ιικό φορτίο ήταν 55 copies/mL; Όλοι οι ασθενείς (100%) ελάμβαναν αντιρετροϊκή αγωγή. Στους περισσότερους ασθενείς (n=9, 75%) η λοίμωξη με τον ιό HIV προουπήρχε της εμφάνισης ΙΦΝΕ. Από τους 12 ασθενείς, οι 3 (25%) χρειάστηκε να λάβουν βιολογικό παράγοντα για τον έλεγχο της νόσου τους, κατά τη διάρκεια ενός μέσου χρόνου παρακολούθησης 5 ετών. Στην αντίστοιχη ομάδα ελέγχου των 12 HIV-αρνητικών ασθενών, 5 ασθενείς (41.6%) χρειάστηκε να λάβουν βιολογικό παράγοντα στη διάρκεια του ίδιου χρόνου παρακολούθησης (p=0.38). Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε σημαντικές παρενέργειες από τη χρήση βιολογικών παραγόντων κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης.

Συμπέρασμα: Στη παρούσα μελέτη, η ανάγκη χρήσης βιολογικών παραγόντων και το προφίλ ασφαλείας δεν φάνηκε να διαφέρουν σημαντικά ανάμεσα σε HIV-θετικούς και -αρνητικούς ασθενείς με ΙΦΝΕ.

EP10

Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΣΕ ΥΠΟΔΟΡΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ INFLIXIMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΦΕΣΗ

Ν. Βιάζης¹, Α. Καραμανάκος², Κ. Μουσουράκης¹, Α. Χρηστίδου¹, Φ. Φουσέκης³, Κ. Μπακογιάννης³, Α. Κουκούδης³, Κ. Κατσάνος³, Δ. Χριστοδούλου³, Μ. Χείλα², Μ. Τζουβαλά⁴, Ε. Ζαχαροπούλου⁴, Μ. Παλατιανού⁴, Ό. Γιουλεμέ⁵, Α. Κατσούλα⁵, Χ. Λιάτσος⁶, Ν. Κυριάκος⁶, Ε. Ζαμπέλη⁷, Ε. Παπαθανασίου⁷, Α. Θεοδωροπούλου⁸, Κ. Καρμίρης⁸, Ι. Ψαρουδάκης⁸, Γ. Τριμπόνιας⁹, Π. Κανελλόπουλος¹, Σ. Γαζή¹⁰, Ε. Μελέ¹⁰, Α. Δημητρούλας¹¹, Χ. Κουτσιανός¹², Δ. Βασιλόπουλος¹², Γ. Φραγκούλης¹³, Ν. Μιχαλακέας¹³, Χ. Παπαγόρας¹⁴, Π. Παναγάκης¹⁵, Μ. Παπουτσάκης¹⁵, Β. Χασάπη¹⁵, Α. Στρατηγός¹⁵, Γ. Κατσίκας²

¹ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική», Αθήνα

² Ρευματολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική», Αθήνα

³ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

⁴ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς

⁵ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο»

⁶ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθηνών

⁷ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

⁸ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Βενιζέλειο», Ηράκλειο Κρήτης

⁹ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Ερυθρός Σταυρός», Αθήνα

¹⁰ Ρευματολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Αθήνα

¹¹ Ρευματολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

¹² Ρευματολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αθήνα

¹³ Ρευματολογικό Τμήμα, Κοινό Ακαδημαϊκό Ρευματολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

¹⁴ Α' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

¹⁵ Δερματολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

Σκοπός: Να διερευνηθεί κατά πόσο η παχυσαρκία επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της προγραμματισμένης μετάβασης από ενδοφλέβια (IV) σε υποδόρια (SC) χορήγηση Infliximab (IFX) σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα σε κλινική ύφεση.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση δεδομένων ασθενών με νόσο Crohn (CD), ελκώδη κολίτιδα (UC), σπονδυλαρθρίτιδα (SpA), ρευματοειδή αρθρίτιδα (RA), ψωριασική αρθρίτιδα (PsA) και χρόνια κατά πλάκας ψωρίαση (PsO), οι οποίοι ελάμβαναν IFX-IV για τη διατήρηση της ύφεσης της νόσου τους σε τριτοβάθμια κέντρα αναφοράς και στους οποίους χορηγήθηκε IFX-SC, σύμφωνα με την κρίση του θεράποντος ιατρού. Όλοι οι ασθενείς με γαστρεντερικά και δερματολογικά νοσήματα βρίσκονταν σε κλινική ύφεση, ενώ οι ασθενείς με μυοσκελετικά νοσήματα είχαν ανενεργό νόσο ή χαμηλή δραστηριότητα νόσου. Τα καταληκτικά σημεία της θεραπείας με IFX-SC, συμπεριλαμβανομένης της επιδείνωσης της νόσου βάσει ειδικών σύνθετων δεικτών, της εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών και των ποσοστών διακοπής της θεραπείας, συγκρίθηκαν μεταξύ ασθενών φυσιολογικού βάρους και υπέρβαρων (ΔΜΣ 25-29,9) ή παχύσαρκων (ΔΜΣ ≥30) κατά τον χρόνο της μετάβασης.

Αποτελέσματα: Μεταξύ Απριλίου 2023 και Απριλίου 2024, συνολικά 344 ασθενείς (CD=136, UC=62, SpA=52, PsA=38, RA=7, PsO=44, συνύπαρξη περισσότερων του ενός νοσημάτων=5) μετέβησαν από IFX-IV σε IFX-SC. Μετά από μέση περίοδο παρακολούθησης 8±4 μηνών, 12 ασθενείς (3,5%) διέκοψαν τη θεραπεία με IFX-SC. Πέντε (1,5%) λόγω επιδείνωσης της νόσου και οι υπόλοιποι επτά (2,0%) λόγω εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι υπόλοιποι 332 ασθενείς (96,5%) παρουσίασαν ευνοϊκή ανταπόκριση, χωρίς ανάγκη μη προγραμματισμένης επίσκεψης, χωρίς ανεπιθύμητα συμβάματα (κλινικά ή εργαστηρι-

ακά) και χωρίς ανάγκη εντατικοποίησης της θεραπείας. Στο δείγμα υπήρχαν 43 (12,5%) παχύσαρκοι και 81 (23,5%) υπέρβαροι ασθενείς. Τα ποσοστά επιδείνωσης της νόσου (2/124 έναντι 10/220, $p=0,15$) δεν διέφεραν μεταξύ υπέρβαρων ή παχύσαρκων ασθενών σε σύγκριση με ασθενείς φυσιολογικού βάρους.

Συμπεράσματα: Η προγραμματισμένη μετάβαση από IFX-IV σε IFX-SC φαίνεται να αποτελεί μια αποτελεσματική και ασφαλή προσέγγιση στην καθημερινή κλινική πράξη για τη διατήρηση της μακροχρόνιας κλινικής ύφεσης, της ανενεργού νόσου ή της χαμηλής δραστηριότητας της νόσου σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα και δεν επηρεάζεται από την παχυσαρκία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ UPADACITINIB ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΡΙΑ ΕΩΣ ΣΟΒΑΡΗ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

**Κ. Μουσουράκης¹, Π. Κανελλόπουλος¹, Δ. Κοζομπόλη¹, Γ. Καλόγηρος¹, Α. Αγορογιάννη¹,
Κ. Φιαγκουσάκης¹, Δ. Προβή¹, Β. Καραμπάτσος¹, Α. Μπουμπονάρης², Δ. Λάζου²,
Π. Καρατζάς³, Γ. Μιχαλόπουλος⁴, Α. Στρίκη⁴, Α. Γατοπούλου⁵, Δ. Δημητριάδης⁶, Γ. Τριμπόνιας⁶,
Α. Θεοδωροπούλου⁷, Ν. Βιάζης¹**

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική», Αθήνα

² Γαστρεντερολογική Κλινική, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

³ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

⁴ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

⁵ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

⁶ Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Ερυθρός Σταυρός», Αθήνα

⁷ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Βενιζέλειο», Ηράκλειο

Σκοπός: Η αξιολόγηση των ποσοστών κλινικής ανταπόκρισης την 8η εβδομάδα, της βιοχημικής ανταπόκρισης, της κλινικής ύφεσης χωρίς κορτικοστεροειδή και της ενδοσκοπικής επούλωσης την 26η εβδομάδα σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ), οι οποίοι έλαβαν θεραπεία πρώτης γραμμής με Upadacitinib (UPA).

Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική ανάλυση από δεδομένα ασθενών με μέτρια έως σοβαρή ΕΚ που δεν είχαν εκτεθεί σε βιολογικούς παράγοντες στο παρελθόν και οι οποίοι παρακολούθηθηκαν προοπτικά σε πέντε ελληνικά κέντρα ΙΦΝΕ. Μελετήθηκαν οι ασθενείς που έλαβαν Upadacitinib την περίοδο 2023-2024 ως θεραπεία πρώτης γραμμής για τη νόσο τους και είχαν παρακολουθήσει τουλάχιστον 26 εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας. Το UPA χορηγήθηκε σε δόση 45 mg άπαξ ημερησίως για 12 εβδομάδες και στη συνέχεια σε δόση συντήρησης 30 mg άπαξ ημερησίως. Κλινική ανταπόκριση την 8η εβδομάδα ορίστηκε η μείωση του μερικού δείκτη Mayo κατά τουλάχιστον 2 μονάδες, χωρίς ταυτόχρονη χρήση οποιουδήποτε κορτικοστεροειδούς (βουδεσονίδη, πρεδνιζ(ο)λόνη ή μεθυλπρεδνιζολόνη). Κλινική ύφεση χωρίς κορτικοστεροειδή την 26η εβδομάδα ορίστηκε ο μερικός δείκτης Mayo ≤ 1 , χωρίς συγχρόνηση κορτικοστεροειδών. Βιοχημική ανταπόκριση την 26η εβδομάδα ορίστηκε η οποιαδήποτε μείωση της καλπροτεκτίνης κοπράνων ή/και της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης πλάσματος σε σύγκριση με τα επίπεδα βάσης. Επούλωση του βλεννογόνου την 26η εβδομάδα ορίστηκε ο ενδοσκοπικός δείκτης Mayo ≤ 1 . Διακοπή της θεραπείας λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών θεωρήθηκε αποτυχία θεραπείας, ενώ οι ασθενείς που χρειάστηκαν εντατικοποίηση της δόσης συντήρησης θεωρήθηκαν επίσης μη ανταποκρίσιμοι.

Αποτελέσματα: Συνολικά, συμπεριλήφθηκαν 36 ασθενείς (21 άνδρες), με μέση ηλικία (\pm SD) 31,9 (11,1) έτη και μέση διάρκεια νόσου (\pm SD) 5,8 (4,9) έτη. Η UC ήταν εκτεταμένη σε 21 ασθενείς και αριστερόπλευρη σε 15. Κλινική ανταπόκριση την 8η εβδομάδα παρατηρήθηκε σε 22 ασθενείς (61,1%). Βιοχημική ανταπόκριση και κλινική ύφεση χωρίς κορτικοστεροειδή την 26η εβδομάδα επιτεύχθηκαν σε 25 ασθενείς (69,4%), ενώ ενδοσκοπική επούλωση σε 19 ασθενείς (52,8%). Ανεπιθύμητες ενέργειες που δεν οδήγησαν σε διακοπή της θεραπείας εμφανίστηκαν σε τρεις ασθενείς (υπερλιπιδαιμία n=1, αύξηση ηπατικών ενζύμων n=1, ακμή n=1).

Συμπεράσματα: Στην παρούσα μελέτη η θεραπεία πρώτης γραμμής με UPA οδήγησε σε κλινική ανταπόκριση την 8η εβδομάδα και κλινική ύφεση χωρίς κορτικοστεροειδή την 26η εβδομάδα σε ποσοστό άνω του 60% των ασθενών με μέτρια έως σοβαρή ελκώδη κολίτιδα.

EP12

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN

**A. Καραχάλιου¹, M. Μπλέτσα², Γ. Μάντζαρης³, M. Τζουβαλά⁴, E. Ζαχαροπούλου⁴, Γ. Μπάμιας⁵,
M. Κοντογιάννη¹**

¹ Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

² Τμήμα Διαιτολογίας-Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Αθήνα

³ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός- Πολυκλινική Αθηνών», Αθήνα

⁴ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς

⁵ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Στη νόσο Crohn (NC) περιορίζονται συχνά οι διατροφικές επιλογές και ακολουθούνται μακροχρονίως δίαιτες χαμηλής ποιότητας, επηρεάζοντας τελικά την ποιότητα ζωής. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η συσχέτιση της ποιότητας της διαίτας μέσω του βαθμού προσκόλλησης σε υγιεινά διατροφικά πρότυπα με την ποιότητα ζωής στη NC.

Υλικό-Μέθοδοι: Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥ-ΠΖ) αξιολογήθηκε με το Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (SIBDQ) (εύρος 10-70) και η σχετιζόμενη με τη διαίτα ΠΖ (ΣΔ-ΠΖ) με το Food Related Quality of Life (FR-QoL) (εύρος 29-145), υψηλότερες τιμές υποδεικνύουν καλύτερη ΣΥ-ΠΖ και ΣΔ-ΠΖ, αντίστοιχα. Η αξιολόγηση των διατροφικών συνηθειών πραγματοποιήθηκε μέσω ημιποσοτικού ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων από το οποίο υπολογίστηκαν οι δείκτες MedDietScore (εύρος 0-55), PURE (εύρος 0-6) και HEI-2020 (εύρος 0-100), υψηλότερες τιμές υποδεικνύουν υψηλότερη προσκόλληση στα υγιεινά πρότυπα.

Αποτελέσματα: Αξιολογήθηκαν 250 ενήλικες (54,8% άνδρες, μέση ηλικία 41,2±14,1 έτη, 37,2% ενεργή νόσος). Η διάμεση βαθμολογία των SIBDQ και FR-QoL ήταν 48 (38, 57) και 78 (65, 96). Η μέση βαθμολογία των MedDietScore, PURE και HEI-2020 ήταν 28,0±5,5, 3,2±1,5 και 46,3±7,7, αντίστοιχα, αντανακλώντας μέτρια προσκόλληση στα υγιεινά πρότυπα. Παράγοντες που συσχετίστηκαν σημαντικά με την ΣΥ-ΠΖ και τη ΣΔ-ΠΖ ελέγχθηκαν σε μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κατηγοριοποίηση με βάση τη διάμεσο FR-QoL (Μοντέλο-1) και SIBDQ (Μοντέλο-2). Στο Μοντέλο-1, ο υψηλότερος MedDietScore [β :0,62, 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης (ΔΕ):0,09-1,14, p-value:0,021], ο υψηλότερος PURE (β :2,14, 95% ΔΕ:0,26-4,03, p-value:0,026) και ο υψηλότερος HEI-2020 (β :0,38, 95% ΔΕ:0,01-0,76, p-value:0,046) συσχετίστηκαν με καλύτερη ΣΔ-ΠΖ, μετά από διόρθωση για ηλικία, φύλο, δείκτη μάζας σώματος, ενεργειακή πρόσληψη, επίπεδο εκπαίδευσης, ηλικία διάγνωσης, εντόπιση, φαινότυπο και ενεργότητα νόσου. Στο Μοντέλο-2, δεν υπήρξαν συσχετίσεις μεταξύ ποιότητας της διαίτας και ΣΥ-ΠΖ, μετά από διόρθωση για τους ίδιους παράγοντες.

Συμπεράσματα: Οι δείκτες ποιότητας της διαίτας συσχετίστηκαν μόνο με τη ΣΔ-ΠΖ, υποδεικνύοντας ότι οι διατροφικές συνήθειες επηρεάζουν συγκεκριμένες πτυχές και όχι τη συνολική ΣΥ-ΠΖ.

EP13

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΣΕ ΥΠΟΔΟΡΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΙΝΦΛΙΞΙΜΑΜΠΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ

Α. Καββαδίας, Χ. Παυλίδης

Ηπατογαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

Σκοπός: Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογήσει την κλινική, βιοχημική και ενδοσκοπική ανταπόκριση των ασθενών με ΙΦΝΕ κατά την μετάβαση από ενδοφλέβια σε υποδόρια χορήγηση της ινφλιξιμάμπης.

Υλικό - Μέθοδος: Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 30 ασθενείς, 21 με Ελκώδη Κολίτιδα, (εκ των οποίων οι 18 ήταν σε αγωγή με ενδοφλέβια ινφλιξιμάμπη σε δοσολογία 5mg/kg ανά 8 εβδομάδες και 3 ασθενείς με ενδοφλέβια ινφλιξιμάμπη σε δοσολογία 5mg/kg ανά 6 εβδομάδες), και 9 ασθενείς με N.Crohn, όλοι σε αγωγή με ενδοφλέβια ινφλιξιμάμπη σε δοσολογία 5mg/kg ανά 8 εβδομάδες. Όλοι οι ασθενείς βρίσκονταν σε κλινικοεργαστηριακή και ενδοσκοπική ύφεση σε διάστημα άνω των 3 ετών. Σε όλους τους ασθενείς έγινε αλλαγή στην υποδόρια μορφή ινφλιξιμάμπης σε δοσολογία 120 mg ανά 2 εβδομάδες.

Αποτελέσματα: Έγινε αξιολόγηση της κλινικής, βιοχημικής και ενδοσκοπικής ύφεσης των ασθενών 6 μήνες μετά την έναρξη της υποδόριας ινφλιξιμάμπης, σύμφωνα με τον Δείκτη Harvey-Bradshaw <5 για τη N.Crohn, τη βαθμολογία Mayo <3 για την ελκώδη κολίτιδα, τους δείκτες φλεγμονής C-αντιδρώσα πρωτεΐνη <10 mg/L, ΤΚΕ <15mm/1^η ώρα, και την καλπροτεκτίνη κοπράνων <50 μg/g. Όλοι οι ασθενείς είχαν διατήρηση της κλινικο-εργαστηριακής και ενδοσκοπικής ύφεσης.

Συμπέρασμα: Η αλλαγή οδού χορήγησης της ινφλιξιμάμπης από την κλασσική ενδοφλέβια στην υποδόρια μορφή φαίνεται να είναι μια ασφαλής και να διατηρεί την ύφεση των ασθενών με ΙΦΝΕ.

EP14

ΈΞΑΡΣΗ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Α. Καβαδίας, Χ. Παυλίδης

Ηπατογαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

Σκοπός: Η εισαγωγή της ανοσοθεραπείας (ICIs) έφερε επανάσταση στην διαχείριση των ασθενών με καρκίνο, όμως η χρήση της σε ασθενείς με προϋπάρχοντα αυτοάνοσα νοσήματα, όπως τα ΙΦΝΕ, αποτελεί μεγάλη πρόκληση λόγω των σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών. Σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα περίπου το 40% αυτών των ασθενών θα παρουσιάσει έξαρση.

Υλικό - Μέθοδος: Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε 2 περιστατικά ασθενών, με γνωστή Ελκώδη Κολίτιδα (αριστερόπλευρη) σε ύφεση υπό αγωγή με 3gr μεσαλαζίνης ημερησίως, που εμφάνισαν έξαρση της νόσου μετά από ανοσοθεραπεία.

Αποτελέσματα: Ο πρώτος ασθενής είναι άνδρας 70 ετών με μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα (SCLC), ο οποίος έλαβε συνδυασμό χήμειο-ανοσοθεραπείας (anti-PD-L1) και μετά τον 2^ο κύκλο εμφάνισε πολλαπλές διαρροϊκές κενώσεις με πρόσμιξη αίματος με ήπιο κοιλιακό άλγος αύξηση της ΤΚΕ > 20 mm/hr και πτώση του Hct κατά 2 μονάδες, έγινε ορθοσιμοειδοσκόπηση η οποία επιβεβαίωσε έξαρση της Ε.Κ κατά Mayo III. Ο δεύτερος ασθενής είναι άνδρας 76 ετών με καρκίνο νεφρού (RCC) που έλαβε αγωγή με anti-PD-1 παράγοντα και μετά από 3 μήνες παρουσίασε κοιλιακό άλγος και διαρροϊκές κενώσεις με παρουσία αίματος και βλέννης, αύξηση της ΤΚΕ > 20 mm/hr, καθώς και καλπροτεκτίνη κοπράνων >200μg/g,. Η ορθοσιμοειδοσκόπηση επιβεβαίωσε την έξαρση της Ε.Κ κατά Mayo III. Και στις δύο περιπτώσεις η ανοσοθεραπεία διεκόπη προσωρινά μετά από συνεννόηση με τον θεράποντα ογκολόγο. Έγινε ενδοφλέβια χορήγησης κορτικοστεροειδών (μεθυλπρεδνιζολόνης) με βάση το Σ.Β των ασθενών καθώς και αύξηση της μεσαλαζίνης στα 4gr ημερησίως. Η ανταπόκριση ήταν καλή, έγινε σταδιακή μείωση των κορτικοστεροειδών έως την ολική τους διακοπή, ενώ η μεσαλαζίνη παρέμεινε στα 4gr ημερησίως.

Συμπέρασμα: Η ανοσοθεραπεία ογκολογικών ασθενών με προϋπάρχουσα ΙΦΝΕ είναι εφικτή, αλλά απαιτεί στενή συνεργασία με τον θεράποντα ογκολόγο καθώς και στενή κλινικοεργαστηριακή παρακολούθηση των ασθενών για την άμεση αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών.

EP15

ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΕΠΑΝΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΕΙΛΕΪΚΟ W POUCH - ΕΠΑΝΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΤΟΥ POUCH INLET IN SITU ΓΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΣΤΕΝΩΣΗ. (VIDEO)

Γ. Στραβοδήμος¹, Γ. Γεώργιος², Yu Jin Lee¹, V. Celentano¹

¹ IBD and Ileoanal Pouch Surgery Centre, Chelsea and Westminster Hospital, NSH Trust, London

² Δ' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός - Πολυκλινική», Αθήνα

Σκοπός: Παρουσιάζεται μια σύνθετη ρομποτική επανεπέμβαση σε ειλεϊκό pouch σε ασθενή με W-pouch και συμπτωματική στένωση στην είσοδο του pouch. Στόχος είναι η ανάδειξη της χειρουργικής στρατηγικής και των τεχνικών βημάτων για τη διατήρηση της λειτουργικότητας του pouch.

Μέθοδοι: Η προεγχειρητική απεικόνιση ανέδειξε ινώδη στένωση 2,5 cm στην είσοδο του pouch με εγγύς διάταση, καθώς και δεύτερη στένωση 1 cm, 7 cm εγγύτερα. Παρά την προηγούμενη θεραπεία με πολλαπλούς βιολογικούς παράγοντες για πιθανή νόσο Crohn, δεν παρατηρήθηκε κλινική, ενδοσκοπική ή απεικονιστική ανταπόκριση. Ο ασθενής επιθυμούσε τη διατήρηση του pouch και την αποφυγή μόνιμης στομίας.

Αποτελέσματα: Στο πλαίσιο της ρομποτικής επανεπέμβασης πραγματοποιήθηκε εκτεταμένη συμφυσίωση και εκτομή 20 cm τελικού ειλεού με μακροσκοπικά χαρακτηριστικά τύπου Crohn. Η ενδοεγχειρητική pouchοσκόπηση βοήθησε στον εντοπισμό της στένωσης. Πραγματοποιήθηκε τομή στην είσοδο του pouch με ταυτόχρονη χρήση ενδοσκόπησης για ακριβή εντόπιση της θέσης και τελικοπλάγια αναστόμωση μεταξύ νεο-τελικού ειλεού και pouch. Η αιμάτωση επιβεβαιώθηκε με πράσινο της ινδοκυανίνης. Δημιουργήθηκε προστατευτική ειλεοστομία αγκύλης.

Συμπεράσματα: Η ρομποτική επανεπέμβαση επιτρέπει ακριβή παρασκευή και ανακατασκευή σε σύνθετα πεδία επανεπέμβασης. Η αναστόμωση με συρραφή με τη χρήση του ρομπότ παραμένει σημαντική όταν η συρραφή με αυτόματους κοπτοράπτες δεν είναι εφικτή. Το περιστατικό αναδεικνύει την πολυπλοκότητα της όψιμης δυσλειτουργίας pouch, ακόμη και απουσία σαφών ιστολογικών ευρημάτων νόσου Crohn.

ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΟΛΙΚΗ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΕΙΛΕΪΚΟ J-ROUCH. ΜΙΑ ΥΒΡΙΔΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ (VIDEO)

Γ. Στραβοδήμος¹, A. Kumar¹, T. Awad¹, P. Calabrese², V. Celentano¹

¹ IBD and Ileoanal Pouch Surgery Centre, Chelsea and Westminster Hospital, NSH Trust, London

² Department of General Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Federico II University Hospital, Naples, Italy

Σκοπός: Παρουσιάζουμε μια τυποποιημένη υβριδική ρομποτική-λαπαροσκοπική τεχνική για ολική κολεκτομή με ειλεϊκό J-rouch (IPAA), η οποία μεγιστοποιεί τα οφέλη της ρομποτικής, ενώ ταυτόχρονα βελτιώνει τη χειρουργική αποδοτικότητα, την ασφάλεια των ασθενών και τη χειρουργική εκπαίδευση.

Μέθοδοι: Η ρομποτική ολική κολεκτομή αποτελεί απαιτητική επέμβαση, κυρίως λόγω της ανάγκης εργασίας σε διαφορετικά τεταρτημόρια, του παρατεταμένου χειρουργικού χρόνου, της παρατεταμένης θέσης Trendelenburg και του κινδύνου επιπλοκών που σχετίζονται με τη θέση του ασθενούς. Η προσέγγιση περιλαμβάνει αρχικά μια ρομποτική πυελική φάση, ακολουθούμενη από μια λαπαροσκοπική κοιλιακή φάση.

Αποτελέσματα: Η ρομποτική πυελική παρασκευή ολοκληρώθηκε με συνολικό χρόνο κοσόλας 100 λεπτών, εκ των οποίων τα 70 λεπτά πραγματοποιήθηκαν από εξειδικευόμενο (senior fellow), χωρίς την ανάγκη πολλαπλών επανατοποθετήσεων (dockings). Η λαπαροσκοπική κολεκτομή ολοκληρώθηκε σε 120 λεπτά, με περίπου 80 λεπτά να εκτελούνται από εκπαιδευόμενους σε διαφορετικά στάδια εκπαίδευσης. Η έναρξη της λαπαροσκοπικής κολεκτομής από το εγκάρσιο κόλον επέτρεψε τη διακοπή της παρατεταμένης θέσης Trendelenburg.

Συμπέρασμα: Η υβριδική ρομποτική-λαπαροσκοπική προσέγγιση στην ολική κολεκτομή με IPAA αξιοποιεί τα πλεονεκτήματα της ρομποτικής για την πολύπλοκη πυελική παρασκευή, ενώ διατηρεί την αποδοτικότητα της λαπαροσκόπησης στις πολυτεταρτημοριακές επεμβάσεις. Περιορίζοντας την παρατεταμένη θέση Trendelenburg και τον συνολικό χειρουργικό χρόνο, η στρατηγική αυτή μπορεί να μειώσει τους κινδύνους που σχετίζονται με τη θέση του ασθενούς. Σημαντικό είναι ότι προσφέρει ένα αρθρωτό και αναπαραγώγιμο μοντέλο εκπαίδευσης, υποστηρίζοντας την ανάπτυξη τόσο ρομποτικών όσο και λαπαροσκοπικών δεξιοτήτων, ιδιαίτερα κατά τα πρώιμα στάδια της καμπύλης εκμάθησης της ρομποτικής χειρουργικής.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ ΕΙΛΕΪΚΟΥ J POUCH (Video)

Γ. Στραβοδήμος¹, Γ. Γιάννος², Υ. J. Lee¹, V. Celentano¹

¹IBD and Ileoanal Pouch Surgery Centre, Chelsea and Westminster Hospital, NSH Trust, London

² Δ Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός», Αθήνα

Σκοπός: Παρουσιάζουμε μια δομημένη χειρουργική προσέγγιση για τη διάγνωση και αντιμετώπιση μηχανικών επιπλοκών σε ασθενείς με ειλεϊκό J pouch.

Μέθοδοι: Ασθενής με ιστορικό πρόσφατης δημιουργίας pouch και στη συνέχεια σύγκλεισης ειλεοστομίας ανέπτυξε νέα συμπτώματα μετεωρισμού και ατελών κενώσεων. Υπεβλήθη σε μαγνητική εντερογραφία που ήταν φυσιολογική και pouchοσκόπηση που ανέδειξε μόνο ήπια αναστομωτική στένωση. Πραγματοποιήθηκε συστηματική αξιολόγηση με έμφαση στα τρία συχνότερα ανατομικά σημεία μηχανικών επιπλοκών—την ειλεοπρωκτική αναστόμωση, την είσοδο του pouch και το σημείο σύγκλεισης της ειλεοστομίας—καθώς και σε πιθανή συμφυτική αιτία. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ταυτόχρονη διαγνωστική λαπαροσκόπηση και pouchοσκόπηση.

Αποτελέσματα: Η λαπαροσκόπηση δεν ανέδειξε μακροσκοπικές στενώσεις ή διάταση του εντέρου, αλλά αποκάλυψε συμφύσεις μεταξύ λεπτού εντέρου και κοιλιακού τοιχώματος στο προηγούμενο σημείο της ειλεοστομίας. Η πλήρης διερεύνηση του λεπτού εντέρου εντόπισε μια εσωτερική κήλη στο σημείο της αναστόμωσης από τη σύγκλειση της ειλεοστομίας. Η pouchοσκόπηση ανέδειξε υγιές pouch με βατή αναστόμωση και εύκολη διασωλήνωση του τυφλού άκρου και της εισόδου του pouch. Αναγνωρίστηκε σημειακή («pinhole») στένωση στο σημείο σύγκλεισης της ειλεοστομίας, με εγγύς διάταση και αδυναμία προώθησης του ενδοσκοπίου. Πραγματοποιήθηκε επιτυχής διαστολή με μπαλόνι έως 10 mm υπό συνδυασμένη ενδοσκοπική και λαπαροσκοπική καθοδήγηση. Η δοκιμασία leak test ήταν αρνητική.

Συμπεράσματα: Το περιστατικό υπογραμμίζει τη σημασία μιας δομημένης, εντοπισμένης ανά ανατομικό σημείο προσέγγισης στη δυσλειτουργία του pouch, ακόμη και όταν οι αρχικές εξετάσεις είναι μη διαγνωστικές. Αναδεικνύει επίσης την αξία του συνδυασμού λαπαροσκοπικής και ενδοσκοπικής τεχνικής για τη διάγνωση και αντιμετώπιση μηχανικών προβλημάτων.

EP18

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΚΗ ΝΕΚΡΟΛΥΣΗ ΩΣ
ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΕ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ**

**Δ. Λάζου¹, Γ. Κωνσταντίνου², Ε. Ταβουλάρη¹, Α. Θεοχαρίδου¹, Χ. Ταλουμτζής¹,
Ν. Πρωτόγερος¹, Α. Νάκος¹, Α. Μπουμπονάρης¹**

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαιδύσεως, Θεσσαλονίκη

² Αλλεργιολογικό Τμήμα ΤΜΗΜΑ, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαιδύσεως, Θεσσαλονίκη

Πρόκειται για ασθενή 46 ετών με Crohn ειλεοκολίτιδα και διάγνωση προ 21 ετών (A2L3B1). Έλαβε για μεγάλο χρονικό διάστημα αμινοσαλικυλικά και αζαθειοπρίνη και courses κορτιζόνης μέχρι τον 10/23 όπου λόγω κλινικής και ενδοσκοπικής ενεργότητας τέθηκε σε βιολογική θεραπεία με adalimumab.

Η θεραπεία αυτή διήρκησε μέχρι τον 8/2025 όπου διαπιστώθηκε μέτρια τελική ειλειτίδα και βαριά φλεγμονή σε ορθό και περιπρωκτική νόσο, ενώ παράλληλα ήταν σε κλινική έξαρση. Έγινε αλλαγή σε infliximab 10 mg/kg, όμως στην τρίτη δόση του induction εμφάνισε αλλεργική αντίδραση με εφίδρωση και εξάνθημα προσώπου και κορμού και έτσι έγινε διακοπή της θεραπείας αυτής. Λίγες μέρες μετά ο ασθενής έλαβε ενδοφλέβια το σχήμα επαγωγής του ustekinumab χωρίς συμβάματα.

Μετά από 4 εβδομάδες προσήλθε στο ΤΕΠ με εικόνα σηπτικής καταπληξίας, υπόταση, πυρετό από 2ημερου, πολύ αυξημένους δείκτες φλεγμονής και ερυθρότητα- εξάνθημα κορμού και οιδήματα κάτω άκρων. Έγινε πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος για ανεύρεση εστίας λοίμωξης καθώς και απεικόνιση με αξονική θώρακος και κοιλίας, με αρνητικά αποτελέσματα. Επιπλέον αποκλείστηκε η λήψη οποιουδήποτε άλλου φαρμάκου ή τοξίνης τον τελευταίο μήνα. Το επόμενο 24ωρο άρχισε να εμφανίζει αποφολίδωση του δέρματος των άνω άκρων, μασχάλης και κορμού ως επί τοξικής επιδερμόλυσης ως συνέπεια καθυστερημένης αλλεργικής αντίδρασης (τύπου IV- T cell αρχής) πιθανά στο ustekinumab (και λιγότερο πιθανό στο infliximab). Έτσι, κατόπιν αλλεργιολογικής εκτίμησης τέθηκε σε πολύ υψηλή δόση κορτιζόνης (2gr μεθυλπρεδνιζολόνης για 2 ημέρες και έπειτα tapering), αντιβιοτική αγωγή, ενώ παράλληλα γινόταν περιποίηση των περιοχών επιδερμόλυσης. Ο ασθενής σταδιακά βελτιώθηκε κατά τη νοσηλεία του και πήρε εξιτήριο 15 ημέρες μετά.

Ένα μήνα μετά ήταν καλά κλινικά και είχαν αποκατασταθεί οι δερματικές βλάβες. Έγινε έναρξη upadacitinib για τη νόσο Crohn χωρίς συμβάματα μέχρι σήμερα.

Η τοξική επιδερμική νεκρόλυση καθώς και το Stevens- Johnson Σύνδρομο δυνητικά μπορούν να συσχετιστούν με οποιοδήποτε ανοσοτροποποιητικό φάρμακο. Ωστόσο, όσον αφορά τη βιβλιογραφία, στην παρούσα δεν υπάρχουν δημοσιευμένα case reports για τοξική επιδερμική νεκρόλυση από ustekinumab ή infliximab.



ΑΦΗΓΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΕΕ: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Β.-Σ. Κατσαφάδου

Διατροφής και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Καλαμάτα

Εισαγωγή-Σκοπός: Το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (ΣΕΕ) είναι μια χρόνια υποτροπιάζουσα γαστρεντερική διαταραχή με επίμονα συμπτώματα, όπως έντονο κοιλιακό άλγος και αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου τα οποία πρέπει να διαρκούν τουλάχιστον έξι μήνες. Συχνά το σύνδρομο συνοδεύεται από ψυχολογικές διαταραχές όπως κατάθλιψη και μειωμένη ποιότητα ζωής.

Οι ασθενείς με ΣΕΕ αναζητούν συχνά διατροφικές συμβουλές, αλλά δυστυχώς υπάρχουν ελάχιστες βιβλιογραφικά τεκμηριωμένες έρευνες. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν στραφεί και στην συμπληρωματική θεραπεία, που περιλαμβάνει την ανακούφιση των συμπτωμάτων με την βοήθεια συμπληρωματικής αγωγής, σε συνδυασμό με τις παραδοσιακές θεραπευτικές προσεγγίσεις, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των πασχόντων.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων με στόχο την μελέτη της επίδρασης διαφόρων συμπληρωμάτων διατροφής, στην ψυχολογική συμπτωματολογία ασθενών με ΣΕΕ. Η παρούσα εργασία επιχειρεί να παρουσιάσει μια ανασκόπηση των έως τώρα ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής με στόχο την ύφεση των ψυχολογικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΣΕΕ.

Αποτελέσματα: Παρά το γεγονός ότι αρκετά δεδομένα υποδηλώνουν την παρουσία ψυχολογικών συμπτωμάτων από ασθενείς με ΣΕΕ, λίγες θεραπείες έχουν αξιολογηθεί σχετικά. Μελέτες εξέτασαν την συμπληρωματική χορήγηση πρεβιοτικών και προβιοτικών σκευασμάτων με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων κατάθλιψης πασχόντων. Τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη χορήγηση πρεβιοτικών σκευασμάτων υποδηλώνουν διφορούμενα αποτελέσματα όσον αφορά την επίδρασή τους στην ψυχολογική συμπτωματολογία των ασθενών, σε αντίθεση με αποτελέσματα κλινικών δοκιμών λήψης σκευασμάτων προβιοτικών, υποστηρίζοντας τη δυνατότητα των προβιοτικών ως συμπληρωματική θεραπεία στην ολοκληρωμένη διαχείριση του ΣΕΕ. Διαφορετικές αποκρίσεις στην χορήγηση προβιοτικών υποδηλώνουν ότι διάφοροι παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η διατροφή, οι συνήθειες του εντερικού σωλήνα, η σύνθεση της μικροχλωρίδας και η παρουσία ψυχολογικών συννοσηροτήτων, θα μπορούσαν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα προβιοτικής παρέμβασης.

Συμπέρασμα: Η βιβλιογραφική ανασκόπηση της παρούσας μελέτης υποδεικνύει ότι η αποτελεσματική παρέμβαση στην ψυχολογική συμπτωματολογία των ατόμων με ΣΕΕ απαιτεί περαιτέρω έρευνα σχετικά με τη χρήση διατροφικών συμπληρωμάτων, τα οποία ενδέχεται να συμβάλλουν στην βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής.

ΣΠΑΝΙΑ ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΑΤΥΠΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΝΟΣΟΥ CROHN

**Γ. Θεοχάρης, Α. Γιάννης, Ι. Κανελλοπούλου, Μ. Αβδή, Γ. Κονδύλης, Ν. Σαμαρέντσης,
Π. Γκολφάκης, Ι. Παπανικολάου, Ε. Κουκουλιώτη**

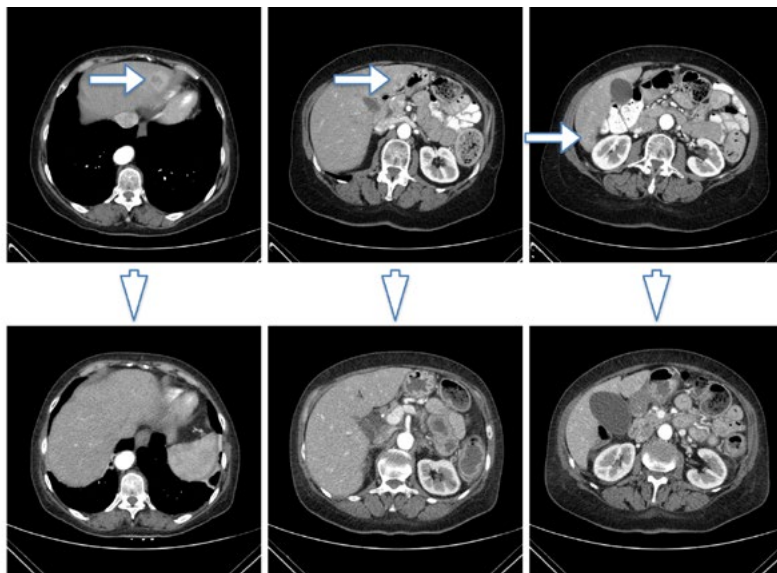
*Β' Γαστρεντερολογική κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα*

Η νόσος του Crohn αποτελεί φλεγμονώδες νόσημα που μπορεί να προσβάλει τον πεπτικό σωλήνα σε όλο το μήκος του. Ωστόσο μη τυπικές εκδηλώσεις της νόσου μπορεί να δυσκολέψουν τη διάγνωση και να καθυστερήσουν την έναρξη της θεραπείας.

Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας γυναίκας 63 ετών που προσήλθε λόγω χρόνιου διαρροϊκού συνδρόμου στο εξωτερικό ιατρείο.

Ο ενδοσκοπικός έλεγχος ανέδειξε αρχικά υπεργερμένη οιδηματώδη περιοχή με οζώδη διαμόρφωση στο ορθό. Στις βιοψίες από την περιοχή αυτή ανευρέθη σοβαρή χρόνια ενεργός κολίτιδα, πολυάριθμα και εστιακά συρρέοντα μη νεκρωτικά κοκκιώματα, απουσία μυκήτων ή άλλων άξιων λόγου ευρημάτων. Επιπλέον, στην αξονική τομογραφία κοιλίας ανεδείχθησαν πάχυνση του τοιχώματος του ορθού ως επί κακοήθειας και τρεις υπόπυκνες ηπατικές αλλοιώσεις ως επί πιθανών μεταστατικών εστιών. Η βιοψία μιας εξ' αυτών απέκλεισε το ενδεχόμενο, ανέδειξε όμως εστιακά συρρέοντα επιθηλιοειδή κοκκιώματα με συμμετοχή πολυπύρηνων γιγαντοκυττάρων. Ο επόμενος ενδοσκοπικός έλεγχος ανέδειξε ορθοσιγμοειδίτιδα με συνεχή προσβολή του βλεννογόνου, ενώ ιστολογικά επιβεβαιώθηκε η παρουσία μη νεκρωτικών κοκκιωμάτων. Η ασθενής υπεβλήθη σε εκτενή έλεγχο για αποκλεισμό άλλων κοκκιωματωδών νοσημάτων και αιτιών (σαρκοείδωση, αυτοάνοσα, λοιμώδη, φάρμακα) μετά από συμβουλευτική γνώμη και άλλων ειδικοτήτων. Παράλληλα έγινε χαρτογράφηση του πεπτικού για τυχόν προσβολή (γαστροσκόπηση, MRE). Λόγω κλινικής επιδείνωσης με εμφάνιση πυρετού και αυξημένων δεικτών φλεγμονής η ασθενής υπεβλήθη σε νέα αξονική τομογραφία κοιλίας προς περαιτέρω διερεύνηση, όπου δε διαπιστώθηκαν πλέον οι προηγουμένως περιγραφείσες αλλοιώσεις στο ήπαρ, εύρημα που επιβεβαιώθηκε και στη μαγνητική τομογραφία. Έγινε έναρξη αγωγής με κορτιζόνη για επαγωγή ύφεσης με άμεση κλινική και βιοχημική ανταπόκριση. Με την ολοκλήρωση του ελέγχου και του ενδεικνυόμενου εμβολιασμού και με διάγνωση εργασίας τη νόσο Crohn πλέον, έγινε έναρξη αγωγής με adalimumab για αγωγή συντήρησης.

Συμπερασματικά, άτυπες εκδηλώσεις της νόσου του Crohn, αν και σπάνιες, χρειάζονται αυξημένη επαγρύπνηση και διεπιστημονική προσέγγιση για την έγκαιρη διάγνωση και χορήγηση θεραπείας.



EP21

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ URADACITINIB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΛΗΘΙΝΟΥ ΚΟΣΜΟΥ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

N. Κυριάκος, M. Γιακουμής, M. Παπαδομιχελάκης, M. Γαλανόπουλος, X. Λιάτσος

Γαστρεντερολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Η χορήγηση upadacitinib, ενός εκλεκτικού αναστολέα της Janus kinase 1, έχει αποδειχθεί αποτελεσματική και ασφαλής σε κλινικές μελέτες ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ). Ωστόσο, τα δεδομένα πραγματικής κλινικής πράξης στον ελληνικό πληθυσμό παραμένουν περιορισμένα.

Υλικό-Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της χορήγησης upadacitinib σε ασθενείς που παρακολουθούνται από το Τμήμα μας με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) ή/και νόσο Crohn (NC) και οι οποίοι έλαβαν τη συγκεκριμένη αγωγή τα τελευταία 2 έτη. Ανασκοπήθηκαν τα επιδημιολογικά στοιχεία και το ιστορικό λήψης άλλων προηγούμενων θεραπειών (πίνακας), ενώ αξιολογήθηκε σε όλους η κλινική ανταπόκριση και ύφεση στους 6 μήνες χρησιμοποιώντας το Mayo score και το HBI (Harvey-Bradshaw Index) αντίστοιχα. Ως κλινική ανταπόκριση ορίστηκε η μείωση του Mayo score > 30% και > 3 βαθμούς και του HBI \geq 3 μονάδες αντίστοιχα ενώ ως κλινική ύφεση το συνολικό Mayo score \leq 2 (κανένα ενδιάμεσο σκορ >1) και HBI <3. Καταγράφηκαν επίσης οι περιπτώσεις όπου πραγματοποιήθηκε ενδοσκοπικός έλεγχος αλλά και οι ανεπιθύμητες ενέργειες (ΑΕ).

Αποτελέσματα: Συνολικά 38 ασθενείς > 18 ετών (14 NC, 24 ΕΚ, 26 άνδρες, 12 γυναίκες) με μέτρια προς σοβαρή νόσο έλαβαν την αγωγή. Στους έξι μήνες, κλινική ύφεση επιτεύχθηκε στο 71 % των ασθενών με ΕΚ και στο 55% των ασθενών με NC, ενώ τα ποσοστά κλινικής ανταπόκρισης ήταν 77% και 66% αντίστοιχα. Η προηγούμενη λήψη βιολογικών παραγόντων δε συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το κλινικό αποτέλεσμα, αν και το στατιστικό δείγμα είναι μικρό. Ενδοσκοπική ανταπόκριση επιτεύχθηκε στο 65% των ασθενών που ελέγχθηκαν (21/38). Ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίστηκαν στο 25% των ασθενών, ενώ απαιτήθηκε διακοπή της θεραπείας λόγω αυτών σε 3 περιπτώσεις (διάτρηση εντέρου, εμμένουσα υπερλιπιδαιμία, συστηματική σταφυλοκοκκική λοίμωξη).

Συμπέρασμα Η προοπτική αυτή καταγραφή αληθινού κόσμου κατέδειξε ότι το upadacitinib αποτελεί μία αποτελεσματική και ταυτόχρονα καλά ανεκτή και ασφαλή θεραπεία για τους ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή ΙΦΝΕ, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων με προηγούμενη έκθεση σε βιολογικούς παράγοντες. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν τη χρήση του στην καθημερινή κλινική πράξη τόσο σε bio-naïve όσο και σε bio-exposed ΙΦΝΕ ασθενείς.

	ΕΚ		NC	
Φύλο	Α: 16 Θ:8		Α: 10 Θ: 4	
Ηλικία	29 (19-49)		26 (22-33)	
Διάρκεια νόσου	12 (4-21)		7 (3-14)	
Ταξινόμηση νόσου n (%)	E1 ορθίτιδα	3 (12.5%)	L1 ειλ.εϊκή	5 (35.7%)
	E2 αριστερόπλευρη	15 (62.5%)	L2 παχέος εντέρου	2 (14.3%)
	E3 εκτεταμένη	6 (25%)	L3 ειλ.εοκολίτιδα	7 (50%)
Αριθμός προχωρημένων θεραπειών n (%)	0	9 (37.5%)	0	0 (0%)
	1	8 (33.3%)	1	7 (50%)
	2	5 (20.8%)	2	5 (35.7%)
	>2	2 (8.4%)	>2	2 (14.3%)

Πίνακας: Επιδημιολογικά στοιχεία ΙΦΝΕ ασθενών που έλαβαν Upadacitinib

EP22

COMBO ΘΕΡΑΠΕΙΑ USTEKINUMAB ΜΕ ΑΖΑΘΕΙΟΠΡΙΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ CROHN ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΕ ΑΝΤΙΤΝΦΑ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Δ. Λάζου, Ν. Πρωτόγερος, Κ. Τσαρούχης, Α. Θεοχαρίδου, Ε. Ταβουλάρη, Χ. Ταλουμτζής, Α. Νάκος, Α. Μπουμπονάρης

Γαστρεντερολογική Κλινική, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαιδεύσεως, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η απώλεια ανταπόκρισης στους αναστολείς του TNF-α αποτελεί συχνό πρόβλημα στη θεραπεία της νόσου Crohn. Η ουstekinumάμπη έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε ασθενείς με δευτεροπαθή απώλεια ανταπόκρισης στους anti-TNF, ωστόσο σε περιπτώσεις μη επαρκούς ανταπόκρισης ο ρόλος της συγχορήγησης ανοσοτροποποιητών, όπως η αζαθειοπρίνη, παραμένει ασαφής. Στην καθημερινή κλινική πράξη, ο συνδυασμός αυτός χρησιμοποιείται επιλεκτικά σε ασθενείς με ανθεκτική νόσο.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της συνδυαστικής θεραπείας ustekinumab με αζαθειοπρίνη σε ασθενείς με νόσο Crohn και δευτεροπαθή απώλεια ανταπόκρισης σε anti-TNF και οι οποίοι δεν είχαν πλήρη ανταπόκριση στην αγωγή με Ustekinumab σαν μονοθεραπεία.

Υλικό-Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν 8 (οκτώ) ενήλικες ασθενείς μέσης ηλικίας 48 έτη (εύρος 32-60) με το 62.5% να είναι άντρες (5/8) με νόσο Crohn. Οι ασθενείς είχαν τεκμηριωμένη δευτεροπαθή απώλεια ανταπόκρισης σε τουλάχιστον έναν anti-TNF παράγοντα με τους μισούς από αυτούς να έχουν λάβει >1 anti-TNF, οι οποίοι έλαβαν θεραπεία με ustekinumab παράλληλα με αζαθειοπρίνη λόγω μη επαρκούς ανταπόκρισης στη μονοθεραπεία με Ustekinumab (HBI >5, SES CD >4). Η μέση διάρκεια νόσου ήταν 5.2 έτη. Η εντόπιση της νόσου ήταν στον τελικό ειλεό στο 50%, μόνο στο παχύ έντερο στο 25% και ειλεοκολική στο 25%, με φλεγμονώδη ή στενωτική συμπεριφορά στο 75% και 25% αντίστοιχα. Ενεργός περιπρωκτική νόσος με συρίγγια / ραγάδες εμφάνιζε το 37.5% των ασθενών. Η δόση της αζαθειοπρίνης ήταν μεταξύ 2-2.5mg/Kg ΒΣ. Οι ασθενείς παρακολουθούνταν κλινικά, εργαστηριακά ανά 3μηνο και ενδοσκοπικά ανά 6μηνο.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για μ.ο 2.3 έτη (εύρος 6 μήνες-4 έτη). Σε περίπτωση μη ανταπόκρισης στην αγωγή μετά παρέλευση 6μήνου η θεραπεία διακοπτόταν. Ως ανταπόκριση στην αγωγή θεωρούνταν η μείωση στο HBI κατά >3 μονάδες, ελάττωση SES CD >40% σε σχέση με την αρχική, όχι ανάγκη για κορτικοστεροειδή και ανάγκη για χειρουργείο λόγω επιδείνωσης. Ένας ασθενής (12.5%) εμφάνισε κλινική και ενδοσκοπική ύφεση (HBI 3, SES CD 2), ένας ασθενής (12.5%) εμφάνισε κλινική και ενδοσκοπική βελτίωση χωρίς πλήρη ύφεση, ενώ από τους υπόλοιπους ασθενείς οι 4 (50%) δεν είχαν καμία μεταβολή των αρχικών κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων οπότε και άλλαξαν βιολογικό παράγοντα, 1 ασθενής (12.5%) χρειάστηκε χειρουργείο λόγω ειλεού από στένωση στην ειλεοτυφλική βαλβίδα και μία ασθενής (12.5%) εμφάνισε σηπτική επιπλοκή λόγω περιεδρικού αποστήματος που χρειάστηκε διάνοιξη με παροχέτευση και διέκοψε την αγωγή.

Συμπεράσματα: Η συνδυασμένη αγωγή με USTE + AZA σε ασθενείς με μη επαρκή ανταπόκριση σε μονοθεραπεία με Ustekinumab μπορεί να εμφανίσει μικρή αποτελεσματικότητα σε ασθενείς bio failure σε anti-TNF παράγοντες ιδίως όταν δεν υπάρχουν άλλες θεραπευτικές επιλογές (αντενδείξεις για άλλους παράγοντες, συνυπάρχοντα νοσήματα κλπ).

EP23

ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: UPADACITINIB ENANTION INFLIXIMAB ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΩΓΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΥΦΕΣΗΣ

A. Μπουντουρίδης, Η. Βαχλιώτης, Γ. Βουλγάρογλου, Μ. Μάμαλης, Γ. Αξιάρης, Κ. Σουφλέρης, Δ. Τζιλβές

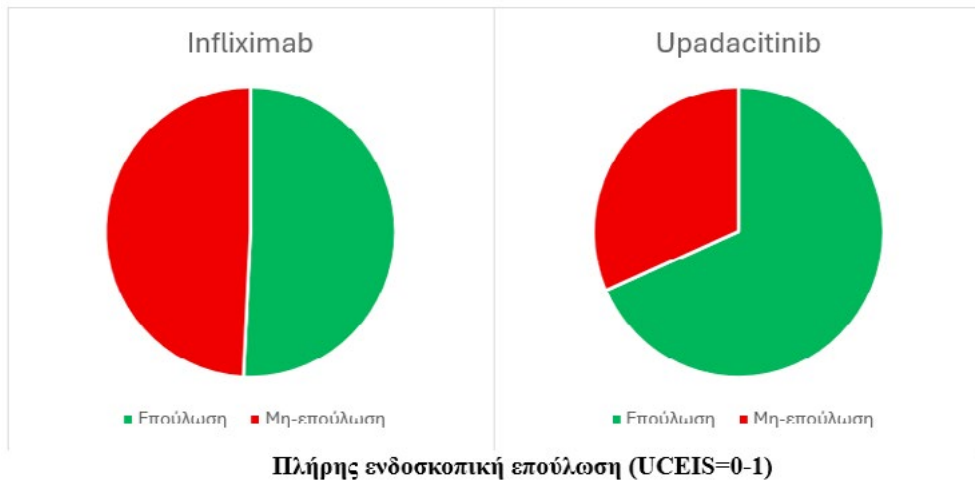
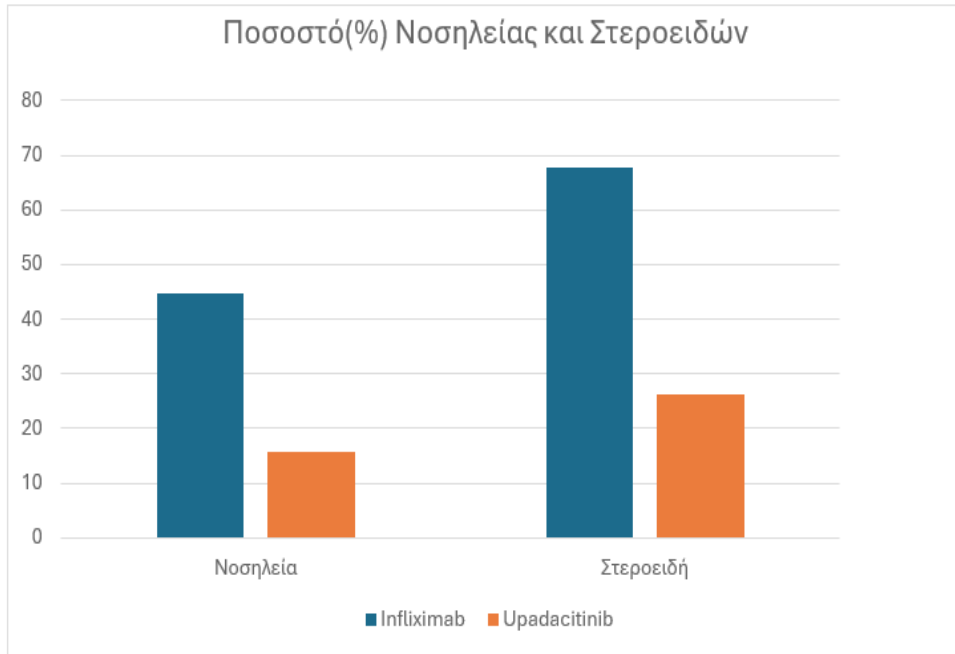
Γαστρεντερολογική Κλινική, Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Σκοπός : Upadacitinib (UPA) και Infliximab (IFX) συνιστούν με βάση μεταanalύσεις και κατευθυντήριες οδηγίες δύο από τις βέλτιστες θεραπευτικές επιλογές στην Ελκώδη Κολίτιδα. Σκοπός της μελέτης η σύγκριση τους μέσα από την καταγραφή των δεδομένων ενδοσκοπικής ύφεσης (συνολικά και ανά τμήμα) σε ασθενείς που ξεκίνησαν θεραπεία τα τελευταία 2 έτη.

Υλικό-Μέθοδοι : Μελετήθηκαν αναδρομικά ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα που ξεκίνησαν θεραπεία με IFX ή UPA από το 2023 έως σήμερα με ακριβή καταγραφή ενδοσκοπικής βαρύτητας πριν και μετά θεραπεία με τη χρήση του UCEIS. Καταγράφηκαν επίσης φύλο, ηλικία, κάπνισμα, εξωεντερικές εκδηλώσεις, βιολογικοί δείκτες φλεγμονής(C-RP), υπολευκωματιναιμία, ενδοσκοπική βαρύτητα (συνολικό και τμηματικό UCEIS) προ και μετά θεραπείας(> 6 μήνες). Επιπλέον μελετήθηκαν ανάγκη νοσηλείας και ανάγκη χορήγησης στεροειδών. Για τη σύγκριση χρησιμοποιήθηκαν το Chi-Square test και το Mann-Whitney U test. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση με λογισμικό SPSS.

Αποτελέσματα : Συμπεριλήφθηκαν τελικά 84 ασθενείς: 65 έλαβαν IFX (μέση ηλικία 48 έτη, άντρες 68%), 19 έλαβαν UPA (μέση ηλικία 45 έτη, άντρες 74%). Η ομάδα του IFX είχε συχνότερα αρχικά παθολογική C-RP (63% έναντι 37%), η ομάδα του UPA είχε περισσότερους ασθενείς με προηγούμενη έκθεση σε προωθημένη θεραπεία (89% έναντι 51%). Η ομάδα του IFX είχε μεγαλύτερη ανάγκη χορήγησης στεροειδών (68% έναντι 26%, $p=0.001$) και υψηλότερο ποσοστό νοσηλείας (45% έναντι 16%, $p=0.023$). Δεν έγινε στάθμιση των ομάδων με τη μέθοδο propensity score. Πλήρη ενδοσκοπική επούλωση (UCEIS=0-1) πέτυχε το 68% της ομάδας του UPA και το 51% της ομάδας του IFX. Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη μεταβολή των επιμέρους UCEIS (Δ-UCEIS) εκτός από το ορθό, όπου καταγράφηκε τάση για μεγαλύτερη μείωση του UCEIS στην ομάδα του UPA (UPA=-5, IFX=-3, $p\text{-value}=0.081$).

Συμπεράσματα : IFX και UPA πέτυχαν σημαντικά ποσοστά ενδοσκοπικής ύφεσης. Παρατηρήθηκε αριθμητική αλλά όχι στατιστικά σημαντική ενδοσκοπική υπεροχή του UPA, καθώς και μικρότερη ανάγκη νοσηλείας και χορήγησης στεροειδών. Η μελέτη παρέχει real life δεδομένα με τους γνωστούς περιορισμούς.



ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ): ΜΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

**Δ.-Ε. Στρογγυλού¹, Α. Βλάχου¹, Β. Σβώλος¹, Έ. Ζούπα¹, Α. Ντάνου², Β.-Ρ. Βακουφτή²,
Κ. Αργυρίου³, Α. Καψωριτάκης³, Φ. Μπονώτη⁴, Ο. Ανδρούτσος¹**

¹ Εργαστήριο Διατροφής και Κλινικής Διαιτολογίας (CND-lab), Τμήμα Διαιτολογίας & Διατροφολογίας, Σχολή Επιστήμης Φυσικής Αγωγής, Αθλητισμού και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

² HELLESCC, Σύλλογος Ατόμων με Νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Ελλάδα

³ Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

⁴ Τμήμα Διαιτολογίας & Διατροφολογίας, Σχολή Επιστήμης Φυσικής Αγωγής, Αθλητισμού και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Σκοπός: Τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) επηρεάζουν σημαντικά τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία. Παρόλο που η ψυχική υγεία και η διατροφή έχουν μελετηθεί ξεχωριστά σε σχέση με την πορεία της νόσου, η συνδυαστική τους επίδραση στην καθημερινή εμπειρία των ασθενών παραμένει ανεξερεύνητη. Η παρούσα μελέτη στόχευσε να διερευνήσει πώς τα άτομα με ΙΦΝΕ αντιλαμβάνονται την αλληλεπίδραση μεταξύ διατροφής, ψυχικής υγείας και ενεργότητας της νόσου.

Υλικό - Μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκε ποιοτική διατομική προσέγγιση. Συμμετείχαν 14 ενήλικες με ΙΦΝΕ που ζουν στην Ελλάδα (εννέα με νόσο Crohn και πέντε με ελκώδη κολίτιδα). Πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις διάρκειας περίπου μίας ώρας, οι οποίες ηχογραφήθηκαν και απομαγνητοφωνήθηκαν. Τα δεδομένα αναλύθηκαν θεματικά για την αναγνώριση κύριων θεμάτων σχετικά με την εμπειρία της νόσου, τους ψυχολογικούς παράγοντες και τις διατροφικές πρακτικές των συμμετεχόντων.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση ανέδειξε μια δυναμική τριάδα σχέσεων μεταξύ φάσης νόσου, ψυχικής υγείας και διατροφής. Τρία βασικά θέματα προέκυψαν: (1) Επίδραση της φάσης της νόσου στην ψυχική υγεία και τη διατροφή: οι υποτροπές συνδέθηκαν με περιορισμένη κοινωνική λειτουργικότητα, μειωμένη αυτοεκτίμηση, συναισθήματα λύπης και άγχους και ανάγκη άμεσων διατροφικών αλλαγών. (2) Επίδραση της ψυχικής υγείας στη διατροφή και στη νόσο: οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι το στρες και η αρνητική διάθεση σχετίζονται με επιδείνωση των συμπτωμάτων και επηρεάζουν τις διατροφικές επιλογές τους. (3) στρατηγικές αντιμετώπισης: οι συμμετέχοντες διαχειρίζονταν τη νόσο αξιοποιώντας εσωτερικούς ψυχολογικούς μηχανισμούς, όπως η αποδοχή της νόσου, πραγματοποιώντας παράλληλα αλλαγές στη διατροφή τους και λαμβάνοντας υποστήριξη από την οικογένεια, διαδικτυακές κοινότητες ασθενών και επαγγελματίες υγείας, όπως γαστρεντερολόγοι, διαιτολόγοι και ψυχολόγοι.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει τον αλληλένδετο ρόλο της διατροφής και της ψυχικής υγείας στην καθημερινή εμπειρία των ατόμων με ΙΦΝΕ. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για ολιστικές, πολυεπιστημονικές προσεγγίσεις φροντίδας που ενσωματώνουν ψυχολογική υποστήριξη και εξατομικευμένες διατροφικές οδηγίες, και στοχεύουν στην ενίσχυση της αυτονομίας και της ποιότητας ζωής των ατόμων με ΙΦΝΕ.

EP25

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΙΑΣ ΔΙΑΤΟΜΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Δ.-Ε. Στρογγυλού¹, Β. Σβώλος¹, Α. Ντάνου², Β.-Ρ. Βακουφτσή², Κ. Αργυρίου³, Α. Καψωριτάκης³, Φ. Μπονώτη⁴, Ο. Ανδρούτσος¹

¹ Εργαστήριο Διατροφής και Κλινικής Διαιτολογίας (CND-lab), Τμήμα Διαιτολογίας & Διατροφολογίας, Σχολή Επιστήμης Φυσικής Αγωγής, Αθλητισμού και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα

² HELLESCC, Σύλλογος Ατόμων με Νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Ελλάδα, Αθήνα

³ Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας - Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

⁴ Τμήμα Διαιτολογίας & Διατροφολογίας, Σχολή Επιστήμης Φυσικής Αγωγής, Αθλητισμού και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη στόχευσε στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ άγχους, διατροφικής συμπεριφοράς και φάσης της νόσου σε ενήλικες με ΙΦΝΕ στην Ελλάδα, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι ασθενείς με ΙΦΝΕ συχνά αντιμετωπίζουν αυξημένο άγχος και μεταβολές στις διατροφικές τους συνήθειες.

Υλικό - Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε διαδικτυακή διατομική έρευνα σε 274 ενήλικες με διάγνωση ΙΦΝΕ. Το άγχος αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο GAD-7 και η διατροφική συμπεριφορά με το εργαλείο EAT-26. Πραγματοποιήθηκαν περιγραφικές αναλύσεις για τα δημογραφικά και τις κύριες μεταβλητές, ενώ οι συσχετίσεις μεταξύ άγχους, διατροφικής συμπεριφοράς και κατάστασης νόσου εξετάστηκαν με δείκτη συσχέτισης Spearman.

Αποτελέσματα: Το 41,4% των συμμετεχόντων παρουσίασε μέτριο έως σοβαρό άγχος, ενώ το 26,6% βρέθηκε σε κίνδυνο διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς (EAT-26 πάνω από το όριο). Το 78,7% απέφευγε τρόφιμα που προκαλούν γαστρεντερικά ή στοματικά συμπτώματα και το 61,1% κατανάλωνε μικρότερες μερίδες για να αποφύγει δυσφορία. Η συσχέτιση Spearman έδειξε θετική σχέση μεταξύ άγχους και διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς ($p < 0,005$). Επιπλέον, συμμετέχοντες με αυτοαναφερόμενη υποτροπή της νόσου παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς σε σχέση με όσους ήταν σε ύφεση ($p = 0,009$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα ανάλυση καταδεικνύει τη σημαντική σχέση μεταξύ άγχους και διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς σε ενήλικες με ΙΦΝΕ, ανεξάρτητα από την ενεργότητα της νόσου. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη αξιολόγησης ψυχολογικών παραγόντων κατά τη διαχείριση της διατροφής και τονίζουν την αναγκαιότητα ανάπτυξης ολοκληρωμένων παρεμβάσεων, που να περιλαμβάνουν τόσο ψυχολογικά όσο και διατροφικά στοιχεία, για την υποστήριξη των ατόμων με ΙΦΝΕ και τη διαμόρφωση στοχευμένων προγραμμάτων παρέμβασης.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΔΥΟ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ

Α. Βάρκα¹, Μ.-Σ. Καλογήρου², Ε. Βλάχου², Η. Λαζαρίδης², Α. Κατσούλα², Μ. Κατσαρός², Ν. Γραμματικός², Ό. Γιουλεμέ²

¹ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

² Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ΙΦΝΕ συχνά απαιτεί εξατομικευμένες στρατηγικές και συνδυαστικές θεραπείες. Στο πλαίσιο αυτό, διερευνήσαμε την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της ταυτόχρονης χορήγησης δύο βιολογικών παραγόντων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.

Υλικό-Μέθοδοι: Πραγματοποιήσαμε μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης στην οποία συμπεριλάβαμε ασθενείς με τεκμηριωμένη διάγνωση ΙΦΝΕ, που έλαβαν ταυτόχρονη διπλή βιολογική θεραπεία. Υπολογίσαμε τον Harvey-Bradshaw Index (HBI) για τη νόσο Crohn και το Partial Mayo Score (PMS) για ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, πριν την έναρξη της διπλής αγωγής και 12 εβδομάδες μετά. Ως επίτευξη κλινικής ύφεσης ορίστηκε βαθμολογία HBI <5 ή PMS 0-1 αντίστοιχα, 12 εβδομάδες μετά την έναρξη της διπλής αγωγής. Αξιολογήθηκε, επίσης, η ασφάλεια της διπλής αγωγής, δηλαδή η εμφάνιση (ή μη) ανεπιθύμητων ενεργειών από τον κάθε βιολογικό παράγοντα ξεχωριστά.

Αποτελέσματα: Συμπεριλάβαμε τέσσερις γυναίκες ασθενείς με μέση ηλικία 29.5 έτη, που παρακολουθούνται στο Εξωτερικό Ιατρείο ΙΦΝΕ της Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής του ΓΝΘ Ιπποκρατείου (Πίνακας 1). Η χορήγηση διπλής βιολογικής θεραπείας αποφασίσθηκε λόγω μη ανταπόκρισής τους σε προηγούμενες μονοθεραπείες με βιολογικούς παράγοντες. Διαπιστώσαμε επίτευξη κλινικής ύφεσης σε 3 από τις 4 ασθενείς μετά από 12 εβδομάδες θεραπείας, και συγκεκριμένα στις ασθενείς που παρουσίαζαν μέτρια δραστηριότητα νόσου πριν την έναρξη της διπλής αγωγής. Όσον αφορά την ασφάλεια της διπλής βιολογικής θεραπείας, μία ασθενής εμφάνισε υποτροπιάζουσα ερπητική λοίμωξη γεννητικών οργάνων μετά την πάροδο των 12 εβδομάδων, που συσχετίσθηκε με ένα από τα φάρμακα που λάμβανε (Uradacitinib). Συνεπώς, έγινε αναγκαστική διακοπή του, παρότι στην συγκεκριμένη ασθενή είχε επιτευχθεί ύφεση.

Συμπεράσματα: Διαπιστώθηκε ότι η ταυτόχρονη χορήγηση δύο βιολογικών παραγόντων μπορεί να επιφέρει κλινική ύφεση των ΙΦΝΕ, πάντοτε με συνεχή επαγρύπνηση για την πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Τα παραπάνω υπογραμμίζουν την ανάγκη διεξαγωγής κλινικών μελετών σε μεγαλύτερα δείγματα ασθενών, με την προσδοκία να υπάρξουν στο μέλλον περισσότερες θεραπευτικές επιλογές για τα ΙΦΝΕ.

<u>Χαρακτηριστικά Ασθενών</u>		<u>Νόσος Crohn</u>	<u>Ελκώδης Κολίτιδα</u>
Αριθμός ασθενών (n)		1	3
Φύλο		Γυναίκα: 1	Γυναίκες: 3
Μέση ηλικία (έτη)		32	28.7 (22-40)
Μέση διάρκεια νόσου (έτη)		5	11 (10-12)
Εντόπιση νόσου (Ταξινόμηση Montreal)		L2: 1	E2: 2 E3: 1
Περιεδρική νόσος (για NC)		n=1	
Χειρουργικές επεμβάσεις εντέρου		n=0	n=0
Διπλή βιολογική θεραπεία		ADA+UST: 1	UPA+VEDO: 2 UPA+UST: 1
HBI	Πριν τη διπλή αγωγή	8-16: 1	
	Στις 12 εβδομάδες	<5: 1	
PMS	Πριν τη διπλή αγωγή		5-6: 2 7-9: 1
	Στις 12 εβδομάδες		0-1: 2 5-6: 1
Κλινική ύφεση στις 12 εβδομάδες		n=1	n=2
Ανεπιθύμητες ενέργειες		n=0	n=1
<p>Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά ασθενών - Αποτελέσματα. NC: Νόσος Crohn, ADA: Adalimumab, UST: Ustekinumab, UPA: Uradacitinib, VEDO: Vedolizumab. HBI: Harvey-Bradshaw Index (<5: ύφεση, 5-7: ήπια δραστηριότητα, 8-16: μέτρια δραστηριότητα, >16: σοβαρή δραστηριότητα). PMS: Partial Mayo Score (0-1: κλινική ύφεση, 2-4: ήπια δραστηριότητα, 5-6: μέτρια δραστηριότητα, 7-9: σοβαρή δραστηριότητα). Ταξινόμηση Montreal: για τη νόσο Crohn L1: τελικός ειλεός, L2: κόλον, L3: ευλεοκολική, L4: ανώτερο πεπτικό και για ελκώδη κολίτιδα E1: ορθίτιδα, E2: αριστερή κολίτιδα, E3: πανκολίτιδα.</p>			

EP27

ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ, ΕΜΠΟΔΙΑ, ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΤΗΣ ΜΕΡΙΚΗΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΙΤΑ CROHN'S DISEASE EXCLUSION DIET ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN

Β. Σβώλος, Γ. Χαρμαντζής, Δ. Καντά, Ε. Πόπκο, Χ. Αργυριάδης, Δ. Γρηγορίου, Δ.-Ε. Στρογγυλού, Ο. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Διατροφής και Κλινικής Διαιτολογίας (CND-Iab), Τμήμα Διαιτολογίας & Διατροφολογίας, Σχολή Επιστήμης Φυσικής Αγωγής, Αθλητισμού και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη διερευνά εμπόδια και διευκολυντές για την χρήση Μερικής Εντερικής Διατροφής (ΜΕΔ) σε συνδυασμό με τη δίαιτα Crohn's disease exclusion diet (CDED), σε ενήλικες με νόσο Crohn και προηγούμενη εμπειρία ΜΕΔ-CDED.

Υλικό - Μέθοδοι: Η μελέτη είναι διατμηματικού ερευνητικού σχεδιασμού και ακολουθεί την ποιοτική προσέγγιση. Δεκαπέντε συμμετέχοντες (6 άνδρες, 9 γυναίκες) συμμετείχαν σε ημιδομημένες συνεντεύξεις που ηχογραφήθηκαν, απομανητρωφωθήκαν και αναλύθηκαν θεματικά.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης ανέδειξαν τέσσερα κύρια θέματα (1) Αποδεκτότητα επανάληψης ΜΕΔ-CDED: Όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως θα επαναλάμβαναν την διατροφική θεραπεία σε επόμενη έξαρση, ενώ 86% θα ακολουθούσε αποκλειστική εντερική διατροφή μετά από οδηγία γαστρεντερολόγου/διαιτολόγου (2) Εμπόδια: Τα κυριότερα εμπόδια ήταν η δυσκολία επιλογής τροφίμων εκτός σπιτιού και η συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις με φαγητό/ποτό, (3) Διευκολυντές: Σχεδόν όλοι αναφέρθηκαν στην ολιστική βελτίωση της υγείας τους κάνοντας λόγο, μεταξύ άλλων, για βελτίωση των κενώσεων και υποχώρηση πόνων ως κύριους διευκολυντές ολοκλήρωσης της ΜΕΔ-CDED, (4) Εμπόδια και διευκολυντές: οι κυριότεροι παράγοντες που λειτούργησαν ως εμπόδια για μερικούς συμμετέχοντες αλλά ως διευκολυντές για άλλους αποτελεσαν η ποικιλία των τροφίμων που περιλαμβάνονται στο διατροφικό σχήμα και η υποστήριξη από το περιβάλλον συμπεριλαμβανομένης της καθοδήγησης των επαγγελματιών υγείας (π.χ. διαιτολόγοι, γαστρεντερολόγοι).

Συμπεράσματα: Η Μερική Εντερική Διατροφή με δίαιτα CDED είναι γενικά αποδεκτή από ενήλικες με νόσο Crohn, με υψηλή πρόθεση επανάληψης, ενώ κύρια εμπόδια είναι το κοινωνικό φαγητό και η κατανάλωση τροφίμων εκτός σπιτιού και βασικοί διευκολυντές η υποστήριξη του περιβάλλοντος και η αντιληπτή βελτίωση της υγείας. Μελλοντικές έρευνες και κλινικές παρεμβάσεις θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση στη ΜΕΔ-CDED, ώστε να υποστηρίζεται αποτελεσματικά η προσκόλληση των ατόμων με ΙΦΝΕ στην θεραπεία.

ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΩΝ ΙΦΝΕ: ΜΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Β. Σβώλος, Γ. Χαρμαντζής, Ι. Δέλκου, Μ. Μεταλληνού, Κ. Τσούκας, Έ. Ζούπα, Α. Βλάχου, Δ.-Ε. Στρογγυλού, Ο. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Διατροφής και Κλινικής Διαιτολογίας (CND-lab), Τμήμα Διαιτολογίας & Διατροφολογίας, Σχολή Επιστήμης Φυσικής Αγωγής, Αθλητισμού και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των διατροφικών πρακτικών και πεποιθήσεων για τον ρόλο της διατροφής στην εμφάνιση των ΙΦΝΕ σε οικογένειες με τουλάχιστον μια διάγνωση ΙΦΝΕ.

Υλικό-Μέθοδοι: Διεξήχθη ποιοτική μελέτη, διατμηματικού ερευνητικού σχεδιασμού. Συμμετείχαν 16 άτομα (7 άνδρες, 9 γυναίκες). Οι 8 (50%) ζουν με νόσο Crohn ή έχουν συγγενή πρώτου βαθμού με τη νόσο ενώ οι 8 (50%) ζουν με ελκώδη κολίτιδα ή έχουν συγγενή πρώτου βαθμού με τη νόσο. Πραγματοποιήθηκαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις διάρκειας περίπου 30-40 λεπτών οι οποίες ηχογραφήθηκαν και απομαγνητοφωνήθηκαν. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη μέθοδο της ανάλυσης θεωρητικού πλαισίου (Framework analysis) στο N-VIVO βάσει του θεωρητικού πλαισίου Health Belief Model.

Αποτελέσματα: Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είτε προβαίνουν σε διατροφικές τροποποιήσεις (αύξηση φρούτων και λαχανικών, μείωση υπερ-επεξεργασμένων τροφίμων, μετατόπιση προς μια μεσογειακή τύπου διατροφή) με στόχο την πρόληψη της νόσου ή προσαρμόζουν την οικογενειακή διατροφή τους με βάση τις ανεκτές τροφές του ασθενούς. Σύμφωνα με τους συνεντευξιαζόμενους, η αντιληπτή ευαλωτότητα για την εμφάνιση της νόσου, η αντιλαμβανόμενη σοβαρότητά της, οι αντιλήψεις σχετικά με τον ρόλο της διατροφής στην πρόληψη και τον έλεγχο της νόσου, οι πρακτικές δυσκολίες (όπως η έλλειψη χρόνου) και η καθοδήγηση από επαγγελματίες υγείας (γαστρεντερολόγοι, διαιτολόγοι) αποτελούν βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν την πιθανή υιοθέτηση διατροφικών αλλαγών.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη καταδεικνύει πως οι διατροφικές πρακτικές σε οικογένειες με τουλάχιστον μια διάγνωση ΙΦΝΕ διαμορφώνονται από συνδυασμό εσωτερικών παραγόντων, όπως η αντιληπτή ευαλωτότητα και η σοβαρότητα της νόσου, και εξωτερικών παραγόντων, όπως η καθοδήγηση από ειδικούς και οι πρακτικοί περιορισμοί. Έτσι, τα αποτελέσματα αυτά τονίζουν ότι η γνώση για τη νόσο από μόνη της δεν αρκεί για αλλαγές στη διατροφή. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να αναπτύξουν και να αξιολογήσουν παρεμβάσεις και κατευθυντήριες οδηγίες για συγγενείς ατόμων με ΙΦΝΕ, που συνδυάζουν ενημέρωση για τη διατροφή, πρακτική καθοδήγηση και υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΑΓΓΡΑΙΝΩΔΟΥΣ ΠΥΟΔΕΡΜΑΤΟΣ ΜΕ ΑΝΤΙ-TNFA ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 80 ΕΤΩΝ ΜΕ ΙΦΝΕ

**Σ. Πανάγαρης¹, Β. Μασίνα¹, Ε. Τσολάκος¹, Σ. Ρέλλου¹, Μ. Ευσταθίου¹, Σ. Λάμπρου¹, Δ. Μάνου¹,
Θ. Σδόνας¹, Μ. Κυριαζοπούλου², Α. Τασοβασίλη¹**

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΟΝΚ «Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

² Δερματολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Το γαγγραινώδες πυόδερμα αποτελεί μια σπάνια άλλα σοβαρή νεκρωτική, ουδετεροφιλική δερματοπάθεια, που εμφανίζεται ως εξωεντερική εκδήλωση των ΙΦΝΕ. Υπολογίζεται ότι εμφανίζεται σε ένα ποσοστό 0.5-5% του των ασθενών με φλεγμονώδη εντεροπάθεια, με σαφή υπεροχή στο γυναικείο φύλο. Η νόσος εγκαθίσταται ως μία ερυθματώδης φλύκταινα ή οζίδιο που εξαπλώνεται στο παρακείμενο δέρμα και προκαλεί ελκώτικες βλάβες με ερυθριώδες περίγραμμα με συνηθέστερη εντόπιση στην πρόσθια επιφάνεια των κάτω άκρων.

Υλικό - Μέθοδοι: Γυναίκα 80 ετών με ιστορικό αριστερόπλευρης ελκώδους κολίτιδας υπό 5ASA από 20ετίας και ιστορικό άτονου φλεβικού έλκους αριστερής κνήμης από 6μήνου για το οποίο είχε υποβληθεί σε χειρουργική θεραπεία με τοποθέτηση αυτόλογου δερματικού μοσχεύματος σε άλλο νοσοκομείο προσήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω εμπυρέτου στα πλαίσια επιμόλυνσης του μοσχεύματος. Αντιμετωπίστηκε αρχικά με αντιβιοτική αγωγή και θεραπεία αρνητικής πίεσης (VAC) αριστερού κάτω άκρου. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της, η ασθενής εμφάνισε αιματοχεσία και παραπέμφθηκε για ενδοσκοπικό έλεγχο. Διενεργήθηκε ορθοσιγμοειδοσκόπηση κατά την οποία διαπιστώθηκε επισκοπικά ευμεγέθης πρόπτωση πυελικού εδάφους ενώ τα ενδοσκοπικά ευρήματα ήταν συμβατά με τμηματική κολίτιδα του σιγμοειδούς, παρουσία εκκολπωμάτων και φυσιολογικό βλεννογόνο ορθού. Στο πλαίσιο της διαφορικής διάγνωσης και αποκλεισμού λοιμώξεων ελήφθησαν βιοψίες, με αρχική εκτίμηση υπέρ ισχαιμικής κολίτιδας. Παράλληλα, λόγω ισχυρής υποψίας συσχέτισης της δερματικής βλάβης με το υποκείμενο φλεγμονώδες νόσημα του εντέρου ζητήθηκε δερματολογική εκτίμηση και βιοψία δέρματος, η οποία ανέδειξε ευρήματα συμβατά με γαγγραινώδες πυόδερμα.

Αποτελέσματα: Παρά την ηλικία της ασθενούς και λόγω απουσίας σημαντικών συννοσηροτήτων αποφασίσθηκε η έναρξη χορήγησης κορτικοστεροειδών (60mg μεθυλπρεδνιζολόνης ημερησίως) παράλληλα με την έναρξη βιολογικής θεραπείας με anti-TNFα παράγοντα (Infliximab) ενδοφλεβίως. Κατά την φάση επαγωγής της ύφεσης η ασθενής παρουσίασε ταχεία κλινική ύφεση καθώς και σημαντική ανταπόκριση του δερματικού έλκους.

Συμπέρασμα: Η χρήση βιολογικής θεραπείας με anti-TNFα επέφερε ταχεία βελτίωση της κλινικής κατάστασης και σημαντική επούλωση του δερματικού έλκους, υπογραμμίζοντας τη σημασία της στοχευμένης αναστολής του TNF-α.



EP30

**ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΑΝΤΙ-TNF ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ BIOLOGIC-NAIVE ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ 30 ΑΣΘΕΝΩΝ**

**Η. Λαζαρίδης¹, Ε. Βλάχου¹, Η. Βαχλιώτης², Α. Κατσούλα¹, Μ. Καλογήρου¹,
Μ. Κατσαρός¹, Ό. Γιουλεμέ¹**

¹ Γαστρεντερολογικό - Ηπατολογικό τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Γαστρεντερολογικό - Ογκολογικό τμήμα, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»,
Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η διερεύνηση της ανταπόκρισης στην αντι-TNF θεραπεία σε biologic-naive ασθενείς με ΙΦΝΕ αποτελεί κρίσιμο βήμα για τη βελτιστοποίηση της θεραπευτικής στρατηγικής και την ανάπτυξη εξατομικευμένων προσεγγίσεων. Η παρούσα μελέτη αξιολογεί την ανταπόκριση ασθενών με ΙΦΝΕ σε αντι-TNF ως πρώτη θεραπεία.

Υλικό-Μέθοδοι: Συμπεριλήφθησαν 30 ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (Πίνακας 1), οι οποίοι έλαβαν αντι-TNF ως πρώτη βιολογική θεραπεία, έλαβαν τη φάση επαγωγής και παρακολουθήθηκαν για ένα έτος. Αξιολογήθηκαν εργαστηριακά (CRP), ενδοσκοπικά [SES-CD και Mayo score για νόσο Crohn (CD) και ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) αντίστοιχα] και κλινικά [Harvey-Bradshaw Index (HBI) / Partial Mayo (PMS)]. Η πρωτογενής μη ανταπόκριση (PNR) ή απώλειας ανταπόκρισης (LOR) αξιολογήθηκε με κλινικά scores (HBI/PMS), και ορίστηκε ως η ανάγκη εντατικοποίησης της θεραπείας, η χρήση κορτικοστεροειδών και η αλλαγή σε διαφορετικό βιολογικό παράγοντα.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των 21 ασθενών με CD, 61,9% εμφάνισαν κλινική ύφεση στο έτος, 38,1% LOR και 14,3% PNR. Από τους 9 ασθενείς με ΕΚ τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 44,4%, 55,6% και 14,3% (Πίνακας 2). Δεν ανευρέθησαν παράμετροι που να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο PNR. Αυξημένος κίνδυνος LOR παρατηρήθηκε σε ασθενείς με εκτεταμένη ΕΚ (E3), baseline SES-CD >6 και e-Mayo Score >1, χωρίς το αποτέλεσμα να είναι στατιστικά σημαντικό. Διαπιστώθηκε ότι όλοι οι ασθενείς με ΕΚ που είχαν παθολογική baseline CRP (5) εμφάνισαν LOR. Επιπρόσθετα 4 εκ των 5 ασθενών με e-Mayo Score >2 παρουσίασαν LOR.

Συμπεράσματα: Η υψηλή baseline CRP, και η σοβαρή ενδοσκοπική ενεργότητα στους bio-naive ασθενείς με ΕΚ που λαμβάνουν anti-TNF φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για LOR. Ωστόσο, απαιτούνται μελλοντικές μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα για επιβεβαίωση των ευρημάτων μας.



	N. Crohn	Ελκ. Κολίτιδα
Αριθμός ασθενών	21	9
Φύλο		
Άνδρες	7 (33,3%)	6 (66,7%)
Γυναίκες	14 (66,7%)	3 (33,3%)
Ηλικία (έτη), μέση τιμή (εύρος)	31 (16-72)	46 (20-81)
Φαινότυπος v. Crohn		
A1	17 (81%)	
A2	4 (19%)	
L1	10 (47,6%)	
L2	2 (9,5%)	
L3	9 (42,9%)	
B1	12 (57,1%)	
B2	6 (28,6%)	
B3	3 (14,3%)	
Φαινότυπος ελκ. κολίτιδας		
E2		5 (55,6%)
E3		4 (44,4%)
Baseline τιμή CRP (mg/L), διάμεση τιμή (εύρος)	3,1 (0,1-22) IQR Φ.Τ. <0,5 mg/L	4 (0,1-18) IQR Φ.Τ. <0,5 mg/L
Φυσιολογική	8 (38,1%)	4 (44,4%)
Ενδεικτική φλεγμονής	13 (61,9%)	5 (55,6%)
SES-CD		
Moderate (7-15)	14 (66,7%)	
Severe (>15)	7 (33,3%)	
e-Mayo score		
Moderate (II)		5 (55,6%)
Severe (III)		4 (44,4%)
Baseline Harvey-Bradshaw index, διάμεση τιμή (εύρος)	5 (3-10) IQR	
Baseline Partial Mayo score, διάμεση τιμή (εύρος)		4 (2-6) IQR

Πίνακας 1: Δημογραφικά, κλινικά, εργαστηριακά και ενδοσκοπικά στοιχεία ασθενών

	N. Crohn	Ελκ. Κολίτιδα
Έκβαση		
Υφεση (remission)	13 (61,9%)	4 (44,4%)
Απώλεια ανταπόκρισης (LOR)	8 (38,1%)	5 (55,6%)

Πίνακας 2: Αποτελέσματα

EP31

**ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN & ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ
ΑΝΤΙΣΤΙΧΟΙΣΜΕΝΟΥΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

**Ι. Κανελλοπούλου¹, Γ. Κονδύλης¹, Κ. Κατσάς², Σ. Γιοβάνης², Δ. Κλαδευτήρα³,
Ι. Κουτρομπάκης⁴, Α. Μαρκάκη³, Μ. Νικολάκη³**

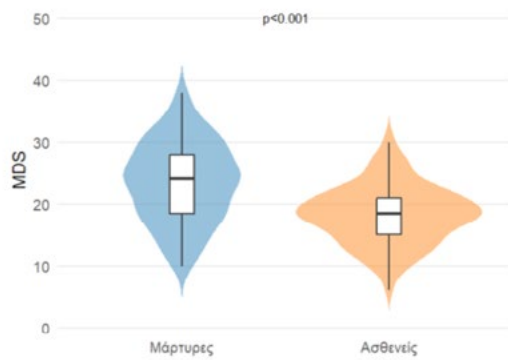
¹ Β' Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα
² Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα
³ Τμήμα Επιστημών Διατροφής και Διαιτολογίας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο
⁴ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

Σκοπός: Η Μεσογειακή Διατροφή (ΜΔ) έχει μελετηθεί διεξοδικά για τις αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες της και για τα πιθανά οφέλη της στα ΙΦΝΕ. Παρά τα πιθανά οφέλη, η συνολική προσκόλληση σε αυτήν των ατόμων με Νόσο Crohn (CD), έχει περιγραφεί ως ανεπαρκής, με ιδιαίτερα χαμηλή κατανάλωση τροφών που θεωρούνται ευεργετικές. Είναι αξιοσημείωτο ότι η χαμηλή προσκόλληση παρατηρήθηκε επίσης σε ασθενείς με CD σε κλινική ύφεση.

Υλικό-Μέθοδοι: Στην πολυκεντρική μελέτη ασθενών-μαρτύρων κατά ζεύγη συλλέχθηκαν δεδομένα από 3 νοσοκομεία (ΠΓΝ Αττικόν, ΠΑΓΝΗ, 251 ΓΝΑ). Συμμετείχαν 157 ζεύγη ασθενών με CD και μαρτύρων (μέση ηλικία 41±13 έτη, 56,1% άνδρες). Η αντιστοίχιση ήταν 1:1 και έγινε ως προς την ηλικία (±2 έτη) και το φύλο. Η εκτίμηση της ενεργειακής πρόσληψης αξιολογήθηκε μέσω ημιποσοτικού ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Η προσκόλληση στη ΜΔ εκτιμήθηκε σύμφωνα με το MedDietScore (MDS) και σταθμίστηκε για την ενεργειακή πρόσληψη των ασθενών.

Αποτελέσματα: Οι μάρτυρες ταξινομήθηκαν συχνότερα στην κατηγορία υψηλής MDS σε σύγκριση με τους ασθενείς σύμφωνα με τον Πίνακα 1 (63,5% έναντι 35,0%, ΣΛ=0,34, p<0,001), ενώ είχαν και σημαντικά υψηλότερο διάμεσο MDS σκορ (24 έναντι 18,5, p<0,001) (Γράφημα 1). Επιπλέον, τα αποτελέσματα συνάδουν με τα πολυπαραγοντικά μοντέλα (Πίνακας 1), βάσει των οποίων οι ασθενείς είχαν χαμηλότερη πιθανότητα να έχουν μια υψηλή προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή κατά 53% σε σύγκριση με τους μάρτυρες (ΣΛ=0,47, 95%ΔΕ:0,26-0,84), το οποίο αντανακλάται επίσης όταν το MDS μοντελοποιήθηκε ποσοτικά (ΣΛ=0,57, 95%ΔΕ=0,4-0,8). Όλα τα μοντέλα ήταν σταθμισμένα ως προς τις καπνιστικές συνήθειες, την εργασιακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και τον δείκτη μάζας σώματος.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς ήταν λιγότερο πιθανό να ακολουθούν μια διατροφή υψηλής προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή σε σύγκριση με τους μάρτυρες, το οποίο συνάδει με τις περιοριστικές διατροφικές συμπεριφορές τους, λόγω φόβου έξαρσης συμπτωμάτων.



Γράφημα 1. Κατανομή της προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή μεταξύ ασθενών και μαρτύρων. Οι τιμές p προέρχονται από τον έλεγχο Mann-Whitney U test.

Πίνακας 1. Σύγκριση προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή μεταξύ ασθενών με νόσο Crohn και υγιών μαρτύρων, ανά ζεύγη.

	Ζεύγη		Μάρτυρες		Σύνολο
	MDS	Υψηλό MDS	Χαμηλό MDS		
Ασθενείς	Υψηλό MDS	28	20		48
	Χαμηλό MDS	59	30		89
	Σύνολο	87	50		137
Μοντέλα παλινδρόμησης		ΣΛ	(95% ΔΕ)		
MDS (E-STDR)		0,57	0,40 – 0,80		
Υψηλό MDS (έναντι χαμηλό)		0,47	0,26 – 0,84		

McNemar's $\chi^2(1) = 19,25, p < 0,001$. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε ομάδες χαμηλής και υψηλής προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή (Mediterranean Diet Score, MDS) βάσει της διαμέσου των studentized (jackknifed) καταλοίπων, όπως αυτά προέκυψαν από στατιστικό μοντέλο 2 σταδίων ενεργειακής στάθμησης του MDS. Η επιλογή των πολυπαραγοντικών μοντέλων βασίστηκε στη μέθοδο Collett. Όλα τα μοντέλα προσαρμόστηκαν ως προς τις καπνιστικές συνήθειες, την εργασιακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και τον δείκτη μάζας σώματος. Συντομογραφίες: Βαθμολογία προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή (MDS), Ενεργειακά Σταθμισμένα Studentized (jackknifed) κατάλοιπα (E-STDR), Σχετικός Λόγος (ΣΛ), Διάστημα Εμπιστοσύνης (ΔΕ).

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Γ. Ψαράκης, Γ. Χλωράκης, Ε. Ορφανουδάκη, Ι. Δρυγιαννάκης, Κ. Φωτεινογιαννοπούλου, Ι. Κουτρομπάκης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, Ηράκλειο

Σκοπός: Η παχυσαρκία στους ασθενείς με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου (ΙΦΝΕ) εμφανίζει αυξανόμενη συχνότητα, καθώς 25-40% αυτών είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας στους ασθενείς με ΙΦΝΕ και η διερεύνηση της επίδρασής της στις κλινικές εκβάσεις της νόσου.

Υλικό - Μέθοδοι: Πρόκειται για μελέτη παρατήρησης, βασισμένη στο μητρώο (registry) ασθενών με ΙΦΝΕ του νοσοκομείου. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που είχαν λάβει τουλάχιστον μία προχωρημένη θεραπεία (βιολογικό παράγοντα ή μικρό μόριο) και διέθεταν καταγεγραμμένα δεδομένα ύψους και σωματικού βάρους. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν ως παχύσαρκοι βάσει Δείκτη Μάζας Σώματος ($\Delta\text{ΜΣ} \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Συλλέχθηκαν δημογραφικές και κλινικά δεδομένα. Πρωτεύουσα έκβαση ήταν η δύσκολα αντιμετωπίσιμη ΙΦΝΕ (difficult-to-treat IBD), σύμφωνα με τα κριτήρια του IOIBD. Δευτερεύουσες εκβάσεις ήταν η χειρουργική επέμβαση για τη νόσο, η αποτυχία σε βιολογικούς παράγοντες και η εμφάνιση περιεδρικής νόσου. Για όλες τις εκβάσεις πραγματοποιήθηκε μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν συνολικά 355 ασθενείς [Νόσο Crohn 232, Ελκώδη Κολίτιδα 123, γυναίκες 153 (43%), παχύσαρκοι 76 (21%)]. Οι παχύσαρκοι ασθενείς με νόσο Crohn εμφάνισαν συχνότερα εντόπιση νόσου στο παχύ έντερο (L2) (24% vs 8.2%) και περιεδρική νόσο (29% vs 15%) σε σύγκριση με τους μη παχύσαρκους ($p = 0.005$ και $p = 0.007$, αντίστοιχα). Όσο αφορά τις εκβάσεις, η παχυσαρκία δεν συσχετίστηκε με την δύσκολα αντιμετωπίσιμη ΙΦΝΕ ούτε με την αποτυχία σε βιολογικούς παράγοντες. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η παχυσαρκία συσχετίστηκε ανεξάρτητα ανεξάρτητα με

μειωμένη πιθανότητα χειρουργικής επέμβασης στη νόσο Crohn (aOR = 0.38, 95% CI: 0.15-0.87, $p = 0.028$) (Πίνακας 1) και με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης περιεδρικής νόσου (aOR = 3.00, 95% CI: 1.41-6.44, $p = 0.004$) (Πίνακας 2).

Συμπεράσματα: Η παχυσαρκία σε ΙΦΝΕ επηρεάζει σημαντικές εκβάσεις της νόσου Crohn, όπως η ανάγκη χειρουργικής επέμβασης και η περιεδρική νόσος, χωρίς να φαίνεται να επηρεάζει αντίστοιχα την ελκώδη κολίτιδα.

Πίνακας 1 Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση για χειρουργική επέμβαση σε Νόσο Crohn

Μεταβλητές	Μονοπαραγοντική ανάλυση			Πολυπαραγοντική ανάλυση		
	OR	95% CI	p-value	aOR	95% CI	p-value
Παχυσαρκία	0.43	0.18, 0.90	0.034	0.38	0.15, 0.87	0.028
Ηλικία διάγνωσης (ανά 1 έτος)	0.96	0.94, 0.98	<0.001	0.97	0.95, 0.99	0.029
Αποτυχία 2 τουλάχιστον διαφορετικών μηχανισμών δράσης	7.06	2.31, 26.3	0.001	7.94	2.29, 33.22	0.002
Σύνθετη περιεδρική νόσος	2.82	1.35, 5.92	0.006	2.96	1.28, 6.91	0.011
Χρονικό διάστημα από την διάγνωση μέχρι την πρώτη προχωρημένη θεραπεία (ανά 1 έτος)	1.05	1.02, 1.09	0.003	1.06	1.02, 1.10	0.004
Άρρεν φύλο	1.54	0.87, 2.73	0.14			
Κάπνισμα	1.38	0.75, 2.61	0.3			
Οικογενειακό ιστορικό ΙΦΝΕ	0.76	0.36, 1.51	0.4			
Διάρκεια νόσου (ανά 1 έτος)	1.06	1.03, 1.10	<0.001			
Εντόπιση νόσου						
I1 ειλεός	—	—				
I2 παχύ έντερο	0.57	0.18, 1.58	0.3			
I3 ειλεός και παχύ έντερο	1.30	0.72, 2.38	0.4			
Φαινότυπος νόσου						
B1 μη στενωτική μη διατρητική	—	—				
B2 στενωτική	19.9	8.32, 53.9	<0.001			
B3 διατρητική	36.8	14.6, 105	<0.001			
Περιεδρική νόσος	1.91	1.03, 3.53	0.039			
Εξωεντερικές εκδηλώσεις	0.84	0.48, 1.48	0.6			
Δύσκολα αντιμετωπίσιμη ΙΦΝΕ	5.06	2.64, 9.87	<0.001			

Πίνακας 2 Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση για περιεδρική εντόπιση σε Νόσο Crohn

Μεταβλητές	Μονοπαραγοντική ανάλυση			Πολυπαραγοντική ανάλυση		
	OR	95% CI	p-value	aOR	95% CI	p-value
Παχυσαρκία	2.41	1.24, 4.66	0.009	3.00	1.41, 6.44	0.004
Ηλικία διάγνωσης (ανά 1 έτος)	0.96	0.94, 0.99	0.002	0.97	0.94, 0.99	0.022
Εντόπιση νόσου						
I1 ειλεός	—	—				
I2 παχύ έντερο	5.17	2.02, 13.5	<0.001	3.99	1.42, 11.30	0.008
I3 ειλεός και παχύ έντερο	2.60	1.33, 5.35	0.007	2.08	0.99, 4.48	0.056
Χειρουργική επέμβαση για τη νόσο	1.91	1.03, 3.53	0.039	2.00	1.01, 4.01	0.048
Αποτυχία 2 τουλάχιστον διαφορετικών μηχανισμών δράσης	1.87	0.60, 5.42	0.3			
Χρονικό διάστημα από την διάγνωση μέχρι την πρώτη προχωρημένη θεραπεία (ανά 1 έτος)	1.01	0.97, 1.05	0.6			
Άρρεν φύλο	1.47	0.82, 2.66	0.2			
Κάπνισμα	0.89	0.48, 1.67	0.7			
Οικογενειακό ιστορικό ΙΦΝΕ	0.84	0.39, 1.70	0.6			
Διάρκεια νόσου (ανά 1 έτος)	1.04	1.02, 1.08	0.003			
Φαινότυπος νόσου						
B1 μη στενωτική μη διατρητική	—	—				
B2 στενωτική	1.47	0.71, 3.01	0.3			
B3 διατρητική	2.64	1.30, 5.36	0.007			
Εξωεντερικές εκδηλώσεις	0.80	0.45, 1.44	0.5			
Δύσκολα αντιμετωπίσιμη ΙΦΝΕ	20.6	9.96, 45.2	<0.001			

EP33

Ο ΠΡΟΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN & ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΙΧΟΙΣΜΕΝΟΥΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ : ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

**Α. Κανέλλου¹, Κ. Κατσάς¹, Β. Γεωργοπούλου¹, Β. Καμπέρη¹, Α. Παπαδοπούλου²,
Γ. Θεοχάρης³, Ι. Κουτρομπάκης⁴, Α. Μαρκάκη², Μ. Νικολάκη²**

¹ Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

² Τμήμα Επιστημών Διατροφής και Διαιτολογίας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

³ Β' Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

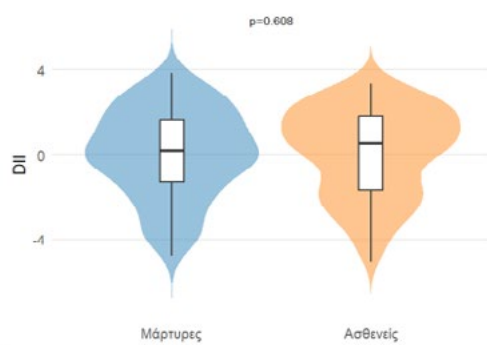
⁴ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

Σκοπός: Ο προφλεγμονώδης δείκτης διατροφής (DII) αποτελεί ένα εργαλείο αξιολόγησης που εστιάζει στο φλεγμονώδες δυναμικό της διατροφής. Ένα υψηλότερο σκορ DII σχετίζεται με μια πιο προφλεγμονώδη διατροφή. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης DII ανάμεσα σε υγιείς μάρτυρες και ασθενείς με νόσο Crohn (NC).

Υλικό-Μέθοδοι: Στην πολυκεντρική μελέτη ασθενών-μαρτύρων κατά ζεύγη συλλέχθηκαν δεδομένα από 3 νοσοκομεία (ΠΓΝ Αττικόν, ΠΑΓΝΗ, 251 ΓΝΑ). Συμμετείχαν 157 ζεύγη ασθενών με NC και μαρτύρων (μέση ηλικία 41±13 έτη, 56,1% άνδρες). Η αντιστοίχιση ήταν 1:1 και έγινε ως προς την ηλικία (±2 έτη) και το φύλο. Η διατροφική πρόσληψη αξιολογήθηκε με ημιποσοτικό ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, βάσει του οποίου υπολογίστηκε ο DII. Οι συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν σε υψηλό και χαμηλό DII βάσει της διαμέσου, ενώ για τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα υπό συνθήκη πολυπαραγοντικής λογιστικής παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Η ταξινόμηση σε χαμηλό και υψηλό DII δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ ασθενών μαρτύρων, (Πίνακας 1, $p=0,144$), ενώ η διάμεσος DII ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες (ασθενείς: 0,53 έναντι μάρτυρες: 0,19, $p=0,608$) (Γράφημα 1). Επιπλέον, τα αποτελέσματα συνάδουν με τα πολυπαραγοντικά μοντέλα (Πίνακας 1), βάσει των οποίων η πιθανότητα να έχουν υψηλό DII οι ασθενείς δεν διέφεραν σημαντικά από τους μάρτυρες ($\Sigma\Lambda=0,99$, 95%ΔΕ:0,87-2,59), το οποίο αντανακλάται επίσης όταν ο DII διαμορφώθηκε ως σκορ ($\Sigma\Lambda=1,52$, 95%ΔΕ=0,89-2,59). Όλα τα μοντέλα ήταν σταθμισμένα ως προς τις καπνιστικές συνήθειες, την εργασιακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και τον δείκτη μάζας σώματος (Πίνακας 1).

Συμπεράσματα: Ο δείκτης DII δεν διέφερε μεταξύ ασθενών και υγιών, γεγονός υποδεικνύει ότι η διατροφή ασθενών με NC ήταν της ίδιας ποιότητας με αυτήν των υγιών, πιθανόν λόγω συμμετοχής στο δείγμα μεγάλου ποσοστού ασθενών σε ύφεση.



Γράφημα 1. Κατανομή του βαθμού προφλεγμονώδους διατροφής μεταξύ ασθενών και μαρτύρων. Οι τιμές p προέρχονται από τον έλεγχο Mann-Whitney U test.

Πίνακας 1. Πίνακας συνάφειας για την εκτίμηση του βαθμού προφλεγμονώδους διατροφής ανά ζεύγος ασθενών με νόσο Crohn και υγιών μαρτύρων.

Ζεύγη		Μάρτυρες		
		Υψηλό DII	Χαμηλό DII	Σύνολο
Ασθενείς	Υψηλό DII	37	46	83
	Χαμηλό DII	33	37	70
	Σύνολο	70	83	153
Μοντέλα παλινδρόμησης		ΣΛ	(95% ΔΕ)	
DII (σκορ)		0,99	0,87 – 2,59	
Υψηλό DII (έναντι χαμηλό)		1,52	0,89 – 2,59	

McNemar's $\chi^2(1) = 2,14$, $p = 0,144$. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε ομάδες χαμηλού και υψηλού προφλεγμονώδη δείκτη διατροφής βάσει της διαμέσου του DII. Η επιλογή των πολυπαραγοντικών μοντέλων βασίστηκε στη μέθοδο Collett. Όλα τα μοντέλα προσαρμόστηκαν ως προς τις καπνιστικές συνήθειες, την εργασιακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και τον δείκτη μάζας σώματος. Συνομογραφίες: Προφλεγμονώδης δείκτης διατροφής (DII), Σχετικός Λόγος (ΣΛ), Διάστημα Εμπιστοσύνης (ΔΕ). *Μοντέλο υπό συνθήκη πολυπαραγοντικής λογιστικής παλινδρόμησης ασθενών μαρτύρων (conditional logistic regression).

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΕΡ-ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΜΕΝΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ CROHN

Κ. Νικολούδης¹, Κ. Κατσάς², Π. Τζωρτζάκης¹, Ν. Σαμαρέντσης³, Α. Καστή²,
Ι. Κουτρομπάκης⁴, Α. Μαρκάκη¹, Μ. Νικολάκη¹

¹ Τμήμα Επιστημών Διατροφής και Διαιτολογίας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

² Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικών», Αθήνα

³ Β' Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικών», Αθήνα

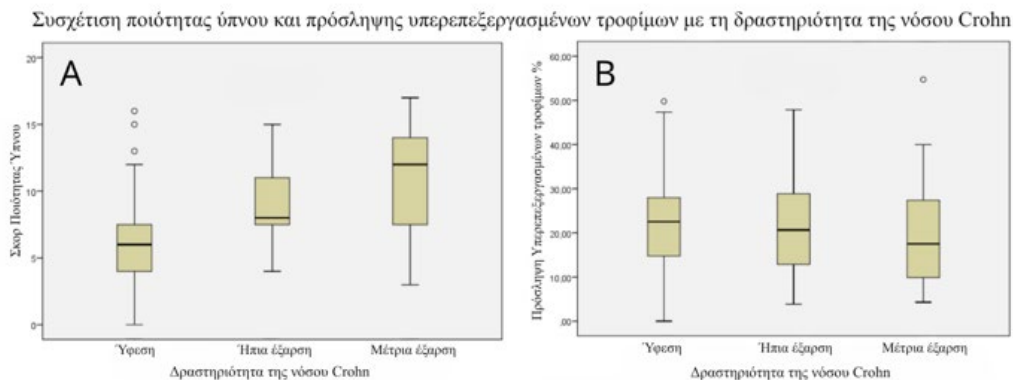
⁴ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

Σκοπός: Παράγοντες του τρόπου ζωής, όπως η κατανάλωση υπερεπεξεργασμένων τροφίμων (UPFs) και η ποιότητα ύπνου, έχουν αναδειχθεί ως πιθανοί τροποποιητικοί παράγοντες της ενεργότητας της νόσου Crohn (NC). Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης της κατανάλωσης UPFs και της ποιότητας ύπνου με την ενεργότητα της νόσου σε δείγμα Ελλήνων ασθενών.

Υλικό-Μέθοδοι: Πολυκεντρική συγχρονική μελέτη 123 ασθενών μέσης ηλικίας 39±14 έτη (63% άνδρες) από τα νοσοκομεία ΠΓΝ Αττικών, ΠΑΓΝΗ και 251 ΓΝΑ. Η δραστηριότητα της νόσου εκτιμήθηκε με τον δείκτη Harvey-Bradshaw (HBI). Η διατροφική πρόσληψη αξιολογήθηκε μέσω ενός ημιποσοτικού ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, μέσω του οποίου αξιολογήθηκε και η πρόσληψη UPF. Η ποιότητα ύπνου εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο Pittsburgh Sleep Quality Index.

Αποτελέσματα: Το 71,4% βρισκόταν σε ύφεση, το 18,1% σε ήπια έξαρση και το 10,5% σε μέτρια έξαρση. Η μέση πρόσληψη των UPF έφτανε το 21,8±11,7%, ενώ δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ ασθενών σε ύφεση, ήπια και μέτρια έξαρση (Σχήμα 1B, p=0,978). Αντίθετα, παρατηρήθηκε σημαντική σχέση μεταξύ σοβαρότητας νόσου και ποιότητας ύπνου, με τους ασθενείς σε υψηλότερη έξαρση να αναφέρουν χειρότερη ποιότητα ύπνου, όπως απεικονίζεται στο Σχήμα 1A (μέση τιμή σκορ ποιότητας ύπνου: ομάδα ύφεσης 5,96±3,2· ήπιας έξαρσης 9,11±3,1· μέτριας έξαρσης 10,82±4,7, p<0,001).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η ποιότητα ύπνου σχετίζεται σημαντικά με τη NC, αναδεικνύοντας τον ύπνο ως σημαντικό παράγοντα στην κλινική εικόνα των ασθενών και την διαχείριση της νόσου.



Σχήμα 1. Boxplots (A) της ποιότητας ύπνου και (B) της ποσοστιαίας ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης από υπερεπεξεργασμένα τρόφιμα (UPFs) ανά κατηγορία δραστηριότητας της νόσου Crohn.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΚΑΙ ΑΝΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΟΖΩΔΗ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ (NRH) ΗΠΑΤΟΣ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Β. Μασίνα, Σ. Παναγάρης, Σ. Ρέλλου, Ε. Τσολάκος, Σ. Ευσταθίου, Σ. Λάμπρου, Δ. Μάνου, Θ. Σδόνας, Α. Τασοβασίλη

Γαστρεντερολογική κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Σκοπός: Η αναγεννητική οζώδης αναγεννητική υπερπλασία (Nodular Regenerative Hyperplasia - NRH) του ήπατος είναι μια σπάνια, καλοήθης πάθηση, η οποία μπορεί να προκαλέσει πυλαία υπέρταση μη-κιρρωτικής αιτιολογίας. Η παθογένεια της νόσου είναι ασαφής αλλά συνδέεται με άλλες συστηματικές καταστάσεις όπως οι κοκκιωματώδεις νόσοι, η μεταμόσχευση οργάνων και η χρήση φαρμάκων.

Υλικά - Μέθοδοι: Ασθενής 84 ετών με ιστορικό Νόσου Crohn τελικού ειλεού από 20ετίας υπό anti-TNFα θεραπεία (adalimumab), πολυνευροπάθεια, ΧΝΑ, αναγεννητική οζώδη υπερπλασία ήπατος (διαγνωσθείσα με βιοψία ήπατος), κιρσοραγία και ασκίτη προσήλθε για διερεύνηση αναιμίας (Hgb 6,5g/dl) σε τυχαίο εργαστηριακό έλεγχο. Διενεργήθηκε γαστροσκόπηση που ανέδειξε πυλαία γαστροπάθεια και πολλαπλές αγγειεκτασίες άντρου (GAVE) και κολonosκόπηση χωρίς παθολογικά ευρήματα. Παράλληλα ο ενδοσκοπικός έλεγχος λεπτού εντέρου με ασύρματη κάψουλα ανέδειξε ενεργότητα της CD από τη μεσότητα του ειλεού έως και τον τελικό ειλεό ενώ η απεικόνιση με αξονική τομογραφία άνω κάτω κοιλίας ανέδειξε αύξηση του εύρους της πυλαίας με παρουσία θρόμβου εντός αυτής.

Αποτελέσματα: Αποφασίστηκε αλλαγή θεραπείας από adalimumab σε ustekinumab λόγω δευτερογενούς απώλειας της ανταπόκρισης. Επιπλέον της χορήγησης β-αναστολέων διενεργήθηκαν τρεις συνεδρίες θερμοκαυτηριασμού των αγγειεκτασιών του άντρου με APC που ήταν ανεπιτυχείς στον έλεγχο της αιμορραγίας και στη συνέχεια επιχειρήθηκε περίδεση με ελαστικούς δακτυλίους η οποία οδήγησε σε επιδείνωση της πυλαίας γαστροπάθειας. Στην παρακολούθηση 6 μηνών ο ασθενής συνεχίζει να χρειάζεται συχνές μεταγγίσεις. Ως εκ τούτου αποφασίστηκε θεραπεία διάσωσης με τοποθέτηση TIPS.

Συμπεράσματα: Η διαχείριση ασθενών με νόσο Crohn και πυλαία υπέρταση είναι πολύπλοκη καθώς η απουσία δεδομένων για την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων

βιολογικών παραγόντων σε αυτήν την ειδική πληθυσμιακή ομάδα δημιουργεί κενά στη θεραπευτική προσέγγιση. Η επιτυχής αντιμετώπιση της πυλαίας υπέρτασης απαιτεί συνδυασμό ενδοσκοπικών και διαδερμικών τεχνικών. Η σύγχρονη βιβλιογραφία, οι κατευθυντήριες οδηγίες και η κλινική εμπειρία σε ασθενείς με σύνθετα ηπατικά - γαστρεντερικά προβλήματα παραμένουν ελλιπείς.

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΥΠΕΡ-ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΜΕΝΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN & ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΙΧΟΙΣΜΕΝΟΥΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ : ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Κ. Κατσάς¹, Α. Κανέλλου¹, Α. Ξεϊνή¹, Α. Γιάννης², Ι. Παπαϊωάννου¹, Ι. Κουτρομπάκης³,
Α. Μαρκάκη⁴, Μ. Νικολάκη⁴

¹ Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

² Β' Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

³ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

⁴ Τμήμα Επιστημών Διατροφής και Διαιτολογίας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Σκοπός: Υπάρχουν διάφοροι μηχανισμοί μέσω των οποίων η κατανάλωση υπερ-επεξεργασμένων τροφίμων (UPF) μπορεί να επηρεάσει την εμφάνιση νόσου Crohn (NC). Αρχικά, η υψηλότερη κατανάλωση UPF μπορεί να σχετίζεται με αντικατάσταση των μη επεξεργασμένων, όπως εκείνων που είναι πλούσια σε φυτικές ίνες. Επιπλέον, σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης UPF ανάμεσα σε υγιείς μάρτυρες και ασθενείς με NC.

Υλικό-Μέθοδοι: Στην πολυκεντρική μελέτη ασθενών-μαρτύρων κατά ζεύγη συλλέχθηκαν δεδομένα από 3 νοσοκομεία (ΠΓΝ Αττικόν, ΠΑΓΝΗ, 251 ΓΝΑ). Συμμετείχαν 157 ζεύγη ασθενών με NC και μαρτύρων (μέση ηλικία 41±13 έτη, 56,1% άνδρες). Η αντιστοίχιση ήταν 1:1 και έγινε ως προς την ηλικία (±2 έτη) και το φύλο. Η διατροφική πρόσληψη αξιολογήθηκε με ημιποσοτικό ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, βάσει του οποίου υπολογίστηκε η πρόσληψη UPF ως % της ενεργειακής πρόσληψης. Οι συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν σε υψηλή και χαμηλή πρόσληψη UPF βάσει της διαμέσου, ενώ για τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα υπό συνθήκη πολυπαραγοντικής λογιστικής παλινδρόμησης.

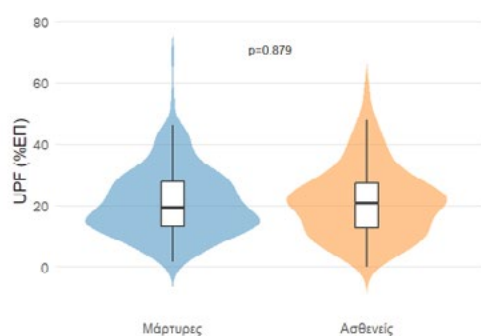
Αποτελέσματα: Η ταξινόμηση σε χαμηλή και υψηλή πρόσληψη UPF δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ ασθενών μαρτύρων, (Πίνακας 1, $p=0,323$), ενώ η διάμεση πρόσληψη UPF ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες (ασθενείς:20,9% έναντι μάρτυρες:19,4%, $p=0,879$) (Γράφημα 1). Επιπλέον, τα αποτελέσματα συνάδουν με τα πολυπαραγοντικά μοντέλα (Πίνακας 1), βάσει των οποίων οι πιθανότητες να έχουν υψηλή πρόσληψη UPF οι ασθενείς δεν διέφεραν σημαντικά από τους μάρτυρες ($\Sigma\Lambda=1,0$, 95%ΔΕ:0,98-1,03), το οποίο αντανάκλαται επίσης όταν η πρόσληψη UPF διαμορφώθηκε ποσοτικά (ως % της ενεργειακής πρόσληψης) ($\Sigma\Lambda=1,48$, 95%ΔΕ=0,87-2,53). Όλα τα μοντέλα ήταν σταθμισμένα ως προς τις καπνιστικές συνήθειες, την εργασιακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και τον δείκτη μάζας σώματος

Πίνακας 1. Πίνακας συνάφειας για την εκτίμηση της πρόσληψης υπερεπεξεργασμένων τροφίμων ανά ζεύγος ασθενών με νόσο Crohn και υγιών μαρτύρων.

	Ζεύγη		Μάρτυρες	
	UPF (%ΕΠ)	Υψηλό UPF	Χαμηλό UPF	Σύνολο
Ασθενείς	Υψηλό UPF	35	46	81
	Χαμηλό UPF	37	35	72
	Σύνολο	72	81	153
Μοντέλα παλινδρόμησης		ΣΛ	(95% ΔΕ)	
UPF (%ΕΠ)		1,0	0,98 – 1,03	
Υψηλό UPF (έναντι χαμηλό)		1,48	0,87 – 2,53	

¹ McNemar's $\chi^2(1) = 0,98$; $p = 0,323$; Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε ομάδα χαμηλής και υψηλής πρόσληψης UPF (ως % της συνολικής τους ενεργειακής πρόσληψης), βάσει της διάμεσης τιμής της πρόσληψης UPF (ως %ΕΠ). Η επιλογή των πολυπαραγοντικών μοντέλων βασίστηκε στη μέθοδο Colllett. Όλα τα μοντέλα προσαρμόστηκαν ως προς τις καπνιστικές συνήθειες, την εργασιακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και τον δείκτη μάζας σώματος. Συντομογραφίες: Υπερεπεξεργασμένα τρόφιμα (UPF), % της ενεργειακής πρόσληψης (%ΕΠ), Σχετικός Λόγος (ΣΛ), Διάστημα Εμπιστοσύνης (ΔΕ).

^ο Μοντέλο υπό συνθήκη πολυπαραγοντικής λογιστικής παλινδρόμησης ασθενών μαρτύρων (conditional logistic regression)



Γράφημα 1. Κατανομή της πρόσληψης υπερεπεξεργασμένων τροφίμων μεταξύ ασθενών και μαρτύρων. Οι τιμές p προέρχονται από τον έλεγχο Mann-Whitney U test.

Συμπεράσματα: Η κατανάλωση UPF δεν είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εμφάνιση της νόσου, γεγονός που συμβάλλει στην περαιτέρω διερεύνηση της παραπάνω σχέσης

EP37

ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ, ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Β. Σβώλος¹, Α. Βλάχου¹, Έ. Ζούπα¹, Μ. - Ν. Νάντη¹, Κ. Τσούκας¹, Π. Χατζηδάφνης², Π. Λυγίζου², Ζ. Μπάττη², Μ. Γαβριηλίδη², Γ. - Δ. Πλυτάς², Δ.-Ε. Στρογγυλού¹, Α. Καψωριτάκης², Κ. Αργυρίου²

¹ Εργαστήριο Διατροφής και Κλινικής Διαιτολογίας (CND-lab), Τμήμα Διαιτολογίας & Διατροφολογίας, Σχολή Επιστήμης Φυσικής Αγωγής, Αθλητισμού και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα

² Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και της αντίληψης των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) για το σωματικό τους βάρος, καθώς και η αξιολόγηση της πρόσβασής του σε διατροφική συμβουλευτική/παρακολούθηση.

Υλικό - Μέθοδοι: Διεξήχθη συγχρονική μελέτη ερωτηματολογίου σε ενήλικες που ζουν με ΙΦΝΕ. Συλλέχθηκαν αυτοαναφορές βάρους και ύψους και υπολογίστηκε ο ΔΜΣ, καθώς και αυτοαναφορές για την αντίληψη των συμμετεχόντων για τον ΔΜΣ, την προηγούμενη ή μελλοντική διατροφική υποστήριξη και συμβουλευτική από διαιτολόγο και την εφαρμογή διατροφικής θεραπείας για ΙΦΝΕ.

Αποτελέσματα: Συνολικά, συμμετείχαν 56 άτομα (29 άνδρες, 27 γυναίκες) με νόσο Crohn (53,6%) ή ελκώδη κολίτιδα (46,3%). Βάσει του υπολογισμού του ΔΜΣ, το 50,9% των συμμετεχόντων ζει με φυσιολογικό βάρος, το 31,6% με υπερβαρότητα, το 14,0% με παχυσαρκία και το 3,5% με χαμηλό σωματικό βάρος. Παρατηρήθηκε απόκλιση μεταξύ πραγματικού και αντιλαμβανόμενου ΔΜΣ με το 28,1% των συμμετεχόντων να υποεκτιμά το σωματικό του βάρος και το 8,8% να το υπερεκτιμά. Οι μισοί συμμετέχοντες (47%) δεν είχαν λάβει ποτέ διατροφική συμβουλευτική/παρακολούθηση από διαιτολόγο, ενώ το 30,4% είχε λάβει περιστασιακά και το 19,6% τακτικά. Από όσους δεν έλαβαν υποστήριξη, το 42,8% θα επιθυμούσε να λάβει στο μέλλον. Επιπλέον, το 47,3% δεν είχε ακολουθήσει κάποια διατροφική θεραπεία στο παρελθόν, ενώ κάποιοι ασθενείς είχαν εφαρμόσει δίαιτα χωρίς γαλακτοκομικά (23,2%), δίαιτα Low FODMAP (10,7%) ή δίαιτα αποκλεισμού για τη νόσο Crohn με μερική εντερική σίτιση (CDED) (9,0%).

Συμπεράσματα Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν την παρουσία αναντιστοιχίας μεταξύ πραγματικού και αντιλαμβανόμενου σωματικού βάρους σε αρκετά άτομα με ΙΦΝΕ, αλλά και την απουσία διατροφικής συμβουλευτικής/παρακολούθησης για σχεδόν μισούς από τους συμμετέχοντες. Υπογραμμίζεται η ανάγκη για συστηματική και εξατομικευμένη διατροφική καθοδήγηση, για τη βελτίωση της διατροφικής φροντίδας και ποιότητας ζωής των ατόμων με ΙΦΝΕ.

ΚΟΠΩΣΗ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ: ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Β. Σβώλος¹, Α. Βλάχου¹, Έ. Ζούπα¹, Μ. - Ν. Νάντη¹, Κ. Τσούκας¹, Π. Χατζηδάφνης², Π. Λυγίζου², Ζ. Μπάτη², Μ. Γαβριηλίδη², Γ. - Δ. Πλυτάς², Δ.-Ε. Στρογγυλού¹, Α. Καψωριτάκης², Κ. Αργυρίου²

¹ Εργαστήριο Διατροφής και Κλινικής Διαιτολογίας (CND-lab), Τμήμα Διαιτολογίας & Διατροφολογίας, Σχολή Επιστήμης Φυσικής Αγωγής, Αθλητισμού και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα

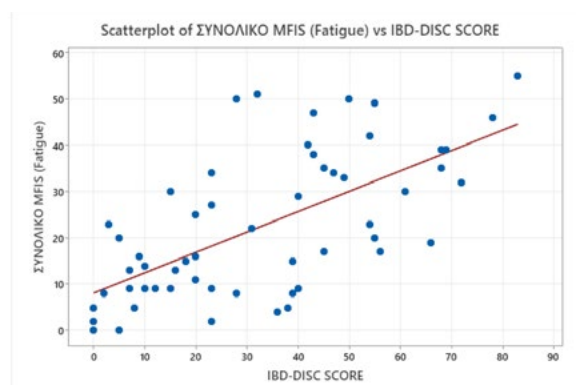
² Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) της σχέσης μεταξύ Δείκτη Μάζας Σώματος, αυτοαναφερόμενης επιβάρυνσης της νόσου, κόπωσης και προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή.

Υλικό - Μέθοδοι: Διεξήχθη συγχρονική μελέτη ερωτηματολογίου σε ενήλικες με ΙΦΝΕ. Αξιολογήθηκαν η λειτουργική επιβάρυνση της νόσου (Inflammatory Bowel Disease-Disk - IBD-Disk), η κόπωση (Modified Fatigue Impact Scale - MFIS) και η προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή (MedDiet FFQ). Συλλέχθηκαν αυτοαναφορές βάρους, ύψους και υπολογίστηκε ο ΔΜΣ. Πραγματοποιήθηκαν περιγραφικές αναλύσεις για τα δημογραφικά στοιχεία και τις κύριες μεταβλητές, ενώ με το δείκτη συσχέτισης Spearman εξετάστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ ΔΜΣ, λειτουργικής επιβάρυνσης της νόσου, κόπωσης και προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή.

Αποτελέσματα: Συμμετείχαν 56 άτομα (29 άνδρες, 27 γυναίκες) με νόσο Crohn (53,6%) ή ελκώδη κολίτιδα (46,3%). Το 71.4% εμφάνισε υψηλή προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή, το 52.6%, 33.9% και 12.3% υψηλά, μεσαία και χαμηλά επίπεδα κόπωσης, αντίστοιχα και το 44.7%, 41.0%, 14.3% χαμηλά επίπεδα λειτουργικής επιβάρυνσης της νόσου, το μεσαία και το υψηλά. Σημειώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων κόπωσης και της λειτουργικής επιβάρυνσης της νόσου ($p=0.658$, $p<0.001$). Παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση της λειτουργικής επιβάρυνσης της νόσου με την προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή ($p=-0.253$, $p=0.015$) και τάση αρνητικής συσχέτισης των επιπέδων κόπωσης με την προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή ($p=-0.237$, $p=0.079$). Ο ΔΜΣ δεν συσχετίστηκε με τις υπόλοιπες μεταβλητές.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα περιγράφουν τη συσχέτιση μεταξύ κόπωσης και λειτουργικής επιβάρυνσης στα ΙΦΝΕ. Επιπλέον, η αρνητική συσχέτιση της λειτουργικής επιβάρυνσης και η τάση αρνητικής συσχέτισης της κόπωσης με την προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή υπογραμμίζουν τον πιθανό ρόλο της διατροφής στη διαχείριση των συμπτωμάτων. Προκύπτει η ανάγκη για πολυδιάστατη προσέγγιση, συνδυάζοντας αξιολόγηση συμπτωμάτων και διατροφική καθοδήγηση με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ΙΦΝΕ.



Διάγραμμα 1: Συσχέτιση μεταξύ της λειτουργικής επιβάρυνσης της νόσου (IBD-Disk) και της κόπωσης (MFIS) σε άτομα με ΙΦΝΕ

Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ UPADACITINIB ΣΤΙΣ ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**A. Pujante, I. Στασινός, Φ. Λεβεντάκη, I. Κουϊμτσίδης, Χ. Χαχόπουλος, Ά. Σορώτου,
Α. Θεοφανοπούλου, Χ. Καλαντζής, Π. Τσιμπούρης, Π. Αποστολόπουλος**

Γαστρεντερολογική κλινική, 417 ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

Σκοπός: Οι οφθαλμικές εκδηλώσεις αποτελούν σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική για την όραση επιπλοκή σε ασθενείς με ΙΦΝΕ με περιορισμένες θεραπευτικές επιλογές. Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς με ελκώδη κολίτιδα και υποτροπιάζουσα οφθαλμική νόσο που ανταποκρίθηκε σε θεραπεία με εκλεκτικό αναστολέα JAK1 (upadacitinib).

Υλικό - Μέθοδοι: Άνδρας 62 ετών με ιστορικό λανθάνουσας φυματίωσης και ελκώδους πανκολίτιδας από 20ετία, υπό μεσαλαζίνη, ανέφερε υποτροπιάζοντα επεισόδια μη λοιμώδους φλεγμονής (σκληρίτιδα και ραγοειδίτιδα) αριστερού οφθαλμού, ανθεκτικών στη τοπική και συστηματική θεραπεία με κορτικοστεροειδή. Ο ενδοσκοπικός επανέλεγχος ανέδειξε μέτρια ενεργό πανκολίτιδα (UCEIS=5). Έλαβε προφυλακτική αντιφυματική αγωγή και έγινε κλιμάκωση της θεραπείας του κατά σειρά με τους ακόλουθους βιολογικούς παράγοντες 1) Infliximab IV με κλινική ανταπόκριση έως πλήρη ύφεση της ΕΚ και των οφθαλμικών εκδηλώσεων μετά από 10 εβδομάδες που όμως διεκόπη μετά από 12 εβδομάδες λόγω εκσεσημασμένης ουδετεροπενίας, 2) Ustekinumab με διατήρηση της ΕΚ σε ύφεση αλλά υποτροπή της ραγοειδίτιδας μετά από 6 μήνες και 3) Adalimumab με πλήρη ύφεση των οφθαλμικών εκδηλώσεων τη 12^η εβδομάδα θεραπείας χωρίς ουδετεροπενία, αλλά με δευτερογενή απώλεια ανταπόκρισης (οφειλόμενη σε ανοσογονικότητα) τον 6^ο μήνα που οδήγησε σε υποτροπή της ΕΚ και των οφθαλμικών εκδηλώσεων παρά την εντατικοποίηση του σχήματος.

Αποτελέσματα: Η έναρξη θεραπείας με upadacitinib οδήγησε σε ταχεία κλινική ανταπόκριση της ΕΚ και της οφθαλμικής νόσου εντός 2 εβδομάδων, με επίτευξη κλινικής και εργαστηριακής (CRP, FCALP) ύφεσης σε διάστημα 12 εβδομάδων. Παράλληλα, παρατηρήθηκε διατήρηση πλήρους ύφεσης των οφθαλμικών εκδηλώσεων χωρίς ανάγκη τοπικής θεραπείας για διάστημα 6 μηνών παρακολούθησης. Δεν καταγράφηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες.

Συμπέρασμα: Το παρόν περιστατικό αποτελεί καταγραφή μεμονωμένης περίπτωσης που αναδεικνύει το upadacitinib ως μία δυνητικά αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή σε ασθενή με ΕΚ και ανθεκτική οφθαλμική εκδήλωση, ιδίως μετά από προηγούμενη χορήγηση πολλαπλών βιολογικών παραγόντων. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την ανάγκη περαιτέρω μελετών για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των JAK αναστολέων στις εξωεντερικές εκδηλώσεις.

EP40

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΣΩΣΗΣ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ADA+MTX ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΑΡΙΑ CROHN ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΣΤΟ INFLIXIMAB

**Γ. Μπαρέτας, Γ. Γκόλφου, Π. Μαρκόπουλος, Δ. Στρουμπιώτης, Α. Φιλιππάκου,
Ε. Τελάκης, Ε. Τσιρώνη**

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά», Πειραιάς

Εισαγωγή: Οι anti-TNF παράγοντες κατέχουν παραδοσιακά θεμελιώδη θέση στη θεραπευτική των ΙΦΝΕ. Παρ' όλα αυτά, ένα ποσοστό έως 40% των ασθενών εμφανίζει πρωτογενή μη ανταπόκριση ή δευτερογενή απώλεια ανταπόκρισης λόγω ανοσογονικότητας, που εκτός από την απώλεια της ανταπόκρισης της εντερικής νόσου, μπορεί να οδηγήσει και σε (όψιμη) αλλεργική εκδήλωση.

Κλινική Περίπτωση: Γυναίκα 71 έτους με νόσο Crohn A3L2B1 διαγνωσθείσα τον 4^ο/2022 αλλαχού, ετέθη αρχικά σε αγωγή με ustekinumab /8w, που αντικαταστάθηκε μετά από 1.5 έτος από infliximab 5mg/kgq8w, ως μονοθεραπεία, λόγω ενεργού νόσου. Στους 6 μήνες εντατικοποιήθηκε το IFX εμπειρικά /4 εβδομάδες, λόγω μειωμένης ανταπόκρισης, παρά την αρχική βελτίωση. 6 μήνες μετά, (12^ο/2024) εμφάνισε σοβαρή αλλεργική αντίδραση και διεκόπη η θεραπεία. Εστάλη έλεγχος θρομβοφιλίας (θετικός), οπότε δεν επιχειρήθηκε έναρξη upadacitinib. Χορηγήθηκε σχήμα στεροειδών, με tapering στις 8 εβδομάδες. Σε εκείνο το χρόνο η ασθενής παρουσίασε σοβαρή έξαρση, με πολλαπλές κενώσεις (>10/24h), κοιλιακό άλγος, αδυναμία σίτισης και απώλεια βάρους, οπότε και αναζητήθηκε η συνδρομή μας. Διενεργήθηκε ο ενδεδειγμένος κλινικοεργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος (αρνητικός για λοίμωξη), ενώ η ενδοσκόπηση ανέδειξε σοβαρή ενεργότητα (SESCD 24) σε όλο το παχύ. Σημειωτέον, η ασθενής είχε παρουσιάσει φυματίωση σε νεανική ηλικία με ατελή θεραπεία. Άμεσα παραπέμφθηκε για έναρξη αντιφυματικής, έγιναν trough levels/Abs, που επιβεβαίωσαν την υψηλή ανοσογονικότητα και χορηγήθηκαν στεροειδή. Καθώς η ασθενής είχε αποτύχει ήδη σε 2 παράγοντες, το επόμενο βήμα περιελάμβανε είτε επαναχορήγηση anti-TNF (ADA+IM) ή anti-IL23 (διαδικασία χρονοβόρο εκείνη την εποχή). Εν αναμονή εγκρίσεως του anti-IL23, έγινε έναρξη ADA+ MTX και συνεχίστηκε το tapering των στεροειδών με σημαντική ανταπόκριση.

Αποτελέσματα: Ένα έτος μετά, η ασθενής βρίσκεται σε κλινικοεργαστηριακή ύφεση και ενδοσκοπική επούλωση, παραμένοντας σε combo ADA+MTX

Συμπέρασμα: Η όψιμη αλλεργική εκδήλωση στον anti-TNF, οφείλεται συχνά στην ανάπτυξη αντισωμάτων, ο έλεγχος των οποίων μπορεί να οδηγήσει στην επιτυχή αλλαγή φαρμάκου ίδιας κατηγορίας. Η θεραπεία διάσωσης με ADA+MTX στη συγκεκριμένη ασθενή είχε θεαματικά αποτελέσματα.

EP41

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ UC ΥΠΟ UPADACITINIB ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ARDS ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ**

**Γ. Γκόλφου, Π. Μαρκόπουλος, Α. Φιλιππάκου, Σ. Βόγκλη, Ν. Κωνσταντίνου,
Ε. Τελάκης, Ε. Τσιρώνη**

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά», Πειραιάς

Εισαγωγή: Το upadacitinib, ως εκλεκτικός JAK αναστολέας, αποτελεί φάρμακο επιλογής για θεραπεία σε ασθενείς με μέτρια προς βαριά ελκώδη κολίτιδα. Η αυξανόμενη ενσωμάτωσή του στο θεραπευτικό οπλοστάσιο, αυξάνει και την πιθανότητα εμφάνισης πιθανών ανεπιθύμητων συμβαμάτων, που καλείται να διαχειριστεί η ιατρική κοινότητα.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 61 έτους, με νοσογόνο παχυσαρκία, αρχόμενο ΣΔ, δυσλιπιδαιμία και ιστορικό εκτεταμένης ελκώδους κολίτιδας από το 1997, που είχε λάβει αμινοσαλικυλικά/αζαθειοπρίν/ anti-TNF, έλαβε vedolizumab, με άριστα αποτελέσματα για >7 έτη και ακολούθως ustekinumab λόγω έξαρσης. 4 μήνες μετά και μετά από βραχύ σχήμα tirzepatide (Munjaro), παρουσίασε για πρώτη φορά σοβαρή έξαρση της ελκώδους και νοσηλεύτηκε. Μετά την αρχική ανταπόκριση σε IV στεροειδή, η ασθενής έλαβε upadacitinib (τη μόνη εναπομείνασα άμεσα διαθέσιμη θεραπεία, τον αξιόλογο καρδιαγγειακό κίνδυνο). Στις οκτώ εβδομάδες λήψης του upadacitinib σε δόση 45 mg/24h, και ενώ είχε ολοκληρώσει το tapering στεροειδών, εμφάνισε ραγδαία επιδείνωση δύσπνοιας, με σοβαρή υποξυγοναιμία που χρειάστηκε εισαγωγή και συντόμως διασωλήνωση και διακομιδή σε ΜΕΘ. Ο απεικονιστικός έλεγχος ήταν αρνητικός για ΠΕ, ανέδειξε όμως εικόνα ARDS, πλευριτικές συλλογές, αλλοιώσεις δίκην θαμβής υάλου και κατά τόπους με διαμόρφωση «μελισσοκηρύθρας». Στο film array κατωτέρου αναπνευστικού διαπιστώθηκε non SARScoronavirus, ενώ από το BAL απομονώθηκε P.Aeruginosa. Έγινε διακοπή του upadacitinib και έναρξη αντιβιοτικής αγωγής με κορτιζονοθεραπεία ενδοφλεβίως. Η ασθενής αποσωληνώθηκε και έλαβε εξιτήριο, χωρίς πλήρη αποκατάσταση της αναπνευστικής της λειτουργίας. Η κλινική της εικόνα επεπλάκη ακολούθως από υποτροπιάζουσα λοίμωξη C. Dif, ώστε πλέον να λαμβάνει παρατεταμένο σχήμα po vancomycin (υποτροπή μετά από fidaxomicin). Λόγω υποτροπής της UC, τέθηκε σε Risankizumab, ευρισκόμενη σε στενή επιτήρηση.

Συμπέρασμα: Οι σοβαρές λοιμώξεις αναπνευστικού αποτελούν συχνή ΑΕ του upadacitinib, με διάμεσο χρόνο εμφάνισης τις 41 ημέρες (περίοδος που χορηγείται η δόση εφόδου). Είναι συχνότερες στις γυναίκες, ασθενείς > 60 ετών και σε ταυτόχρονη λήψη κορτικοστεροειδών. Απαιτείται επαγρύπνηση και σωστή ενημέρωση της θεραπευτικής ομάδας για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή τους.

EP42

ΠΑΡΑΔΟΞΗ ΨΩΡΙΑΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΑΖΑΘΕΙΟΠΡΙΝΗΣ (ΑΖΑ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ) ΥΠΟ COMBO ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ INFLIXIMAB (IFX)

Σ. Βόγκλη, Π. Μαρκόπουλος, Γ. Γκόλφου, Γ. Μπαρέτας, Δ. Στρουμπιώτης, Ε. Τελάκης, Α. Φιλιππάκου, Ε. Τσιρώνη

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά», Πειραιάς

Σκοπός: Η περιγραφική ανάλυση των κλινικών και θεραπευτικών χαρακτηριστικών ασθενών με (ΙΦΝΕ) που ανέπτυξαν παράδοξη ψωρίαση (PP) μετά τη διακοπή της ΑΖΑ, ενώ λαμβάναν συνδυαστική θεραπεία με IFX. Δίνεται έμφαση στη διερεύνηση της συσχέτισης με τη συγχορήγηση της ΑΖΑ.

Υλικό-Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη σειράς ασθενών ενός κέντρου, η οποία περιλαμβάνει ασθενείς με ΙΦΝΕ που ανέπτυξαν παράδοξη ψωρίαση κατά τη διάρκεια θεραπείας με IFX, διαγνωσμένη από δερματολόγο, από το 2021 έως σήμερα. Καταγράφηκαν δημογραφικά, κλινικά και θεραπευτικά δεδομένα και ακολούθησε περιγραφική ανάλυση.

Αποτελέσματα: 5 ασθενείς στο τμήμα μας, που λαμβάναν IFX εμφάνισαν παράδοξη ψωρίαση. Όλοι οι ασθενείς είχαν νόσο Crohn, στην πλειοψηφία τους θήλυ και 2/5 σε εντατικοποιημένο σχήμα χορήγησης. Κανείς δεν εμφάνισε παράδοξη ψωρίαση κατά τη διάρκεια λήψης combo θεραπείας. Η διάμεση ηλικία διάγνωσης του φλεγμονώδους νοσήματος ήταν τα 35 έτη (εύρος 18-45), με διάμεσο χρόνο από την διάγνωση έως την έναρξη θεραπείας με IFX τα 5,5 έτη. Η διάμεση διάρκεια λήψης IFX έως την εμφάνιση παράδοξης ψωρίασης ήταν 3,5 έτη. Στους 4 από τους 5 ασθενείς, η εμφάνιση σημειώθηκε 9-24 μήνες μετά τη διακοπή της ΑΖΑ (διάμεσος χρόνος 12 μήνες) με κύρια εντόπιση στις παλάμες και το τριχωτό της κεφαλής. Σε μια ασθενή παρατηρήθηκε καθυστερημένη εμφάνιση 5,5 έτη μετά την διακοπή της αζαθειοπρίνης και πιο εκτεταμένη δερματική προσβολή (τριχωτό κεφαλής, μηροβουβωνική, περιομφαλική και οπισθοωτιαία περιοχή). Τα χαρακτηριστικά των ασθενών φαίνονται στον Πίνακα.

Συμπεράσματα: Στην παρούσα σειρά ασθενών, η παράδοξη ψωρίαση σε ασθενείς με ΙΦΝΕ υπό IFX εμφανίστηκε μετά από μακρόχρονη έκθεση στον παράγοντα και μετά τη διακοπή της αζαθειοπρίνης. Ενδεχομένως η συγχορήγηση ΑΖΑ με IFX να δρα προστατευτικά στην εμφάνιση παράδοξης ψωρίασης, η συσχέτιση όμως χρήζει περαιτέρω διερεύνησης σε μεγαλύτερες μελέτες κοόρτης για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Πίνακας. Κλινικά χαρακτηριστικά και θεραπευτικό ιστορικό πέντε ασθενών με φλεγμονώδες νόσημα του εντέρου που ανέπτυξαν παράδοξη ψωρίαση υπό anti-TNF.					
	1	2	3	4	5
Φύλο	ΘΗΛΥ	ΘΗΛΥ	ΘΗΛΥ	ΘΗΛΥ	APPEN
Τύπος νόσου	CD	CD	CD	CD	CD
Ηλικία διάγνωσης (έτη)	35	41	18	45	23
Αγωγή προ anti-TNF	CS, AZA	CS, AZA/ 6MP	CS, AZA	CS	ADA, UST
Έτη λήψης anti-TNF έως εμφάνιση PP	3.5	5.5	2	7.5	3
Εντατικοποιημένη χορήγηση	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
Χορήγηση AZA+IFX (μήνες)	18	45	18	21	27
Μήνες εμφάνισης PP από την διακοπή AZA	24	12	9	65	12

CD: Crohn's Disease; CS: corticosteroids; AZA: azathioprine; 6-MP: mercaptopurine; ADA: adalimumab; UST: ustekinumab; IFX: infliximab

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΦΟΔΟΥ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ IL-23 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΠΟ ΔΥΟ ΚΕΝΤΡΑ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

**Π. Μαρκόπουλος¹, Α. Ιωάννου², Ε. Τελάκης¹, Ν. Κωνσταντίνου¹, Α. Φιλιππάκου¹, Σ. Μιχόπουλος²,
Ε. Ζαμπέλη², Ε. Τσιρώνη¹**

¹ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά», Πειραιάς

² Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή δεδομένων αποτελεσματικότητας και ασφάλειας από τη χορήγηση αναστολέων IL-23 (Risankizumab, guselkumab, mirikizumab), στη φάση επαγωγής (12^η εβδομάδα), σε bio-experienced ασθενείς με νόσο Crohn (Crohn's disease, CD).

Υλικό - Μέθοδοι: Μελετήθηκαν ασθενείς με CD, που ξεκίνησαν θεραπεία με αναστολέα IL-23, μέσω ΣΗΠ, λόγω ενεργού νόσου και αποτυχία σε προηγούμενους παράγοντες και παρακολούθηθηκαν για 12 εβδομάδες ως προς την κλινική, βιοχημική ή/και ενδοσκοπική ανταπόκριση. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η ταξινόμηση της νόσου, το ιστορικό θεραπειών, συμπεριλαμβανομένου χειρουργείου, δείκτες βιοχημικής (crp, καλπροτεκτίνη) ή ενδοσκοπικής βαρύτητας (SESCD score). Μελετήθηκε η κλινική ανταπόκριση τη 12^η εβδομάδα (μείωση του Harvey-Bradsaw score - HBI κατά 3 μονάδες), και η βιοχημική ανταπόκριση (CRP /καλπροτεκτίνη κοπράνων).

Αποτελέσματα: Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 9 ασθενείς, με διάμεση ηλικία τα 51.9 έτη και διάμεση ηλικία διάγνωσης τα 43 έτη. 4/9 ασθενείς (44%) έλαβαν Risankizumab, 4/9 guselkumab και 1/9 (12%) mirikizumab. 6/9 ασθενείς (66.6%) είχαν συμμετοχή παχέος εντέρου (L2/L3), 3/9 ασθενείς (33.3%) ανωτέρου πεπτικού, 4/9 ασθενείς (44%) στενωτική νόσο και 3 ασθενείς (33.3%) είχαν ιστορικό χειρουργείου σχετικό με την νόσο. Όλοι οι ασθενείς ήταν bio-experienced, 4/9 (44%) είχαν παρουσιάσει απώλεια ανταπόκρισης σε 2 παράγοντες 4/9 (44%) σε 3 παράγοντες, ενώ 8/9 (88%) είχαν λάβει προηγουμένως Ustekinumab. 8/9 ασθενείς παρουσίασαν κλινική ανταπόκριση στις 12 εβδομάδες, με διάμεση μεταβολή -3 μονάδων του Harvey-Bradsaw score ($p = 0,0039$) και με στατιστικά σημαντική μείωση της CRP (με διάμεση μεταβολή -0.35 mg/dl, $p = 0,011$), με 6/9 ασθενείς (66%) να είναι ελεύθεροι στεροειδών τη 12^η εβδομάδα.

Χαρακτηριστικά ασθενών	Αριθμός (ποσοστά)		
Συνολικός αριθμός (n)	9		
Ηλικία (27-77 έτη)(mean)	51.9		
L1	3 (33%)		
L2/L3	6 (66%)		
L4	4 (44%)		
Στενωτική νόσος	4 (44%)		
Συνολική κλινική ανταπόκριση	8/9 (88%)		
Διάμεση μεταβολή HBI	-3, p=0.039		
Διάμεση μεταβολή CRP	-0.35mg/dl, p=0.011		
IL-23		Μείωση HBI (κλινική ανταπόκριση)	Πτώση CRP (βιοχημική ανταπόκριση)
Risankizumab	4	4/4	2/2 (100%)
Guselkumab	4	3/4	2/3 (66%)
Mirikizumab	1	1/1	

Πίνακας 1: χαρακτηριστικά ασθενών της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε το Wilcoxon signed-rank test για τη σύγκριση των διάμεσων τιμών πριν και μετά την έναρξη θεραπείας (p < 0.05 θεωρήθηκε στατιστικά σημαντικό)

Συμπεράσματα: Η χορήγηση IL-23 αναστολέων συνοδεύτηκε από εντυπωσιακά ποσοστά κλινικής ανταπόκρισης μετά το σχήμα εφόδου σε μια μικρή σειρά «δύσκολων» ασθενών με CD και παρά την προγενέστερη χορήγηση ustekinumab σχεδόν σε όλους τους ασθενείς.

EP44

ΣΥΝΔΡΟΜΟ EVANS ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΒΑΡΙΑ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

**Α. Νεοκλέους, Α. Παγώνη, Ε. Ζαχαροπούλου, Γ. Μπέλλου, Κ. Τσοκάντα, Μ. Χριστουλάκης,
Χ. Παπανικολάου, Χ. Φαλιάκος, Ι. Ιντέρνος, Γ. Πενέσης, Μ. Τζουβαλά**

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια

Σύνδρομο Evans (ES): σπάνιο αυτοάνοσο αιματολογικό νόσημα που ορίζεται ως ο συνδυασμός αυτοάνοσης αιμολυτικής αναιμίας (ΑΙΗΑ) και θρομβοπενίας (ITP), με ή χωρίς συνοδό ουδετεροπενία. Η διάγνωση τίθεται στο 5% των ασθενών που εμφανίζουν ΑΙΗΑ ή ITP, με υπεροχή των γυναικών 3:2 και μέση ηλικία τα 52 έτη [1]. Θεωρείται ιδιοπαθές αν και έχει συσχετιστεί με τον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο, την κοινή ποικίλη ανοσοανεπάρκεια και άλλα αυτοάνοσα νοσήματα. Συνήθως εμφανίζεται με κόπωση, δύσπνοια, υπερσπληνισμό και πετέχειες. Η συσχέτιση του με την ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) θεωρείται σπάνια [2]. Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς με οξεία βαριά ΕΚ και εμφάνιση ES.

Περιγραφή Περιστατικού: Πρόκειται για άνδρα 66 ετών, με ιστορικό άσθματος, αιθυλισμού και ΕΚ από το 2019 υπό θεραπεία με μεσαλαζίνη, που εισήχθη λόγω αιματηρών διαρροικών κενώσεων και κοιλιακού άλγους. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε αναιμία, λευκοκυττάρωση χωρίς θρομβοπενία, LDH: 250IU/L, χολερυθρίνη 1.2mg/dL και CRP 78mg/dL. Η αξονική κοιλίας δεν ανέδειξε σπληνομεγαλία. Έλαβε μετάγγιση αίματος και υπεβλήθη σε ορθοσιγμοειδοσκόπηση μετά τον απαραίτητο λοιμωξιολογικό έλεγχο. Λόγω ενδοσκοπικής ενεργότητας ετέθη σε υψηλή δόση κορτιζόνης, αντιπηκτική και αντιβιοτική αγωγή. Κατά τη νοσηλεία, ο ασθενής εμφάνισε πετεχειώδες εξάνθημα άνω και κάτω άκρων, θρομβοπενία (plt: 98000), έμμεση χολερυθρίνη 0.8mg/dL, ινωδογόνο 153mg/dL και άμεση Coombs (+) με παρουσία σφαιροκυττάρων στο περιφέρικο επίχρισμα αίματος. Η βιοψία του εξανθήματος ανέδειξε διάχυτες αιμορραγικές διαποτίσεις με περιαγγειακή φλεγμονή. Ο ασθενής διαγνώστηκε με δευτεροπαθές ES επί εδάφους ΕΚ. Λόγω ταχείας επιδείνωσης της ΕΚ, υποβλήθηκε σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση, με δυσμενή μετεγχειρητική πορεία και τελική κατάληξη του.

Συμπεράσματα: Το ES θεωρείται σπάνια αιματολογική διαταραχή. Θεραπεία 1^{ης} γραμμής αποτελούν τα κορτικοστεροειδή και η ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη. Η συνύπαρξη του συνδρόμου και της ΕΚ είναι εξαιρετικά σπάνια. Υπεύθυνοι μηχανισμοί πιθανολογούνται η παραγωγή αυτοαντισωμάτων από μονοκύτταρα του βλεννογόνου του παχέος εντέρου των ασθενών έναντι των ερυθροκυττάρων, και η παραγωγή γλυκοπεπτιδίων από βακτήρια που παίζουν ρόλο στο σχηματισμό αντισωμάτων έναντι των αιμοπεταλίων [4,5].



EP45

ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΜΥΛΑΣΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Κ. Τσιτσιγιάννης¹, Ε. Γεωργίου¹, Ν. Καλάκος¹, Χ. Θάνος¹, Ν. Γεωργακοπούλου¹, Δ. Νταϊλιάνας¹, Δ. Πισκόπου¹, Μ. Τριανταφύλλου¹, Α. Στρίκη¹, Γ. Μιχαλόπουλος¹, Ι. Καρούμπαλης¹

Γαστρεντερολογική κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

Σκοπός: Στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ ασυμπτωματικής αμυλασαιμίας και δημογραφικών, κλινικών και θεραπευτικών χαρακτηριστικών σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ).

Υλικό - Μέθοδοι: Στη μελέτη εντάχθηκαν ασθενείς με ΙΦΝΕ που παρακολουθούνται στη Γαστρεντερολογική Κλινική του ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς». Καταγράφηκαν επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, όπως το είδος της νόσου (νόσος Crohn ή ελκώδης κολίτιδα), το φύλο, η ηλικία και η συνήθεια καπνίσματος, καθώς και κλινικά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένης της εντόπισης της νόσου (βάσει της κατάταξης Montreal), της χορήγησης βιολογικών παραγόντων και αζαθειοπρίνης, των χειρουργικών επεμβάσεων και της παρουσίας εξωεντερικών εκδηλώσεων (EIMs). Ως αμυλασαιμία ορίστηκε η καταγραφή τουλάχιστον μίας τιμής αμυλάσης >110 στο ιστορικό του ασθενούς. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το SPSS v.23.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 683 ασθενείς, 444 με νόσο Crohn και 239 με ελκώδη κολίτιδα (360 άνδρες, 52,7%). Ασυμπτωματική αμυλασαιμία παρατηρήθηκε σε 55 ασθενείς (8,1%), εκ των οποίων 42 έπασχαν από νόσο Crohn (αμυλασαιμία στο 9,5% των ασθενών με CD) και 13 από ελκώδη κολίτιδα (αμυλασαιμία στο 5,4% των ασθενών με UC). Αζαθειοπρίνη ελάμβανε το 16,4% των ασθενών με αμυλασαιμία. Στην πολυπαραγοντική λογιστική ανάλυση, η ασυμπτωματική αμυλασαιμία συσχετίστηκε θετικά με την ηλικία ($p=0,046$, $OR=1,02$, 95% CI 1,01-1,03), χωρίς στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υπόλοιπες μεταβλητές που αξιολογήθηκαν. Αντίστοιχες αναλύσεις τόσο στην ομάδα ασθενών με νόσο Crohn όσο και στην ομάδα με ελκώδη κολίτιδα δεν ανέδειξαν συσχέτιση μεταξύ εντόπισης της νόσου και αμυλασαιμίας ($p=0,862$, $[OR]=0.94$; 95% CI, 0.47-1.85) για την CD και ($p=0,578$, $[OR]=1.84$; 95% CI, 0.21-15,61) για την UC}.

Συμπεράσματα: Η ασυμπτωματική αμυλασαιμία στους ασθενείς με ΙΦΝΕ συσχετίστηκε ανεξάρτητα με την ηλικία, ενώ δεν σχετίστηκε με κλινικά ή θεραπευτικά χαρακτηριστικά της νόσου. Στις επιμέρους αναλύσεις σε ασθενείς με CD και UC δεν αναδείχθηκαν ανεξάρτητοι παράγοντες που να σχετίζονται με την παρουσία ασυμπτωματικής αμυλασαιμίας, υποδηλώνοντας ότι πρόκειται για εργαστηριακό εύρημα ήσσονος κλινικής σημασίας.

Πίνακας. Συσχέτιση ασυμπτωματικής αμυλασαιμίας με κλινικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά ασθενών με ΙΦΝΕ

	OR	95% (CI)	p-value
Φύλο	1,63	0.90 – 2.95	0.010
Κάπνισμα	1,37	0.76 – 2.46	0.295
Ηλικία	1,02	1.01– 1.04	0,046*
Χορήγηση βιολογικών	1.43	0.76 – 2.69	0.261
Χειρουργικές παρεμβάσεις	1.51	0.79 – 2.91	0.209
Εξωεντερικές εκδηλώσεις	0,63	0.28 – 1.40	0,259

* $p < 0.05$

EP46

**ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΥ ΣΤΙΣ 48ΩΡΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΑ
ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΣΟΒΑΡΗ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ**

**Α. Νεονάκη, Π. Καρατζάς, Α. Κουτσούμπας, Δ. Μουζιούρας, Κ. Παπαξοϊνης, Ι. Βλαχογιαννάκος,
Γ. Παπαθεοδωρίδης**

*Α' Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό
Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα*

Εισαγωγή: Ο εντερικός υπέρηχος (IBUS) αποτελεί μια μη επεμβατική και ευαίσθητη μέθοδο παρακολούθησης ασθενών με ελκώδη κολίτιδα¹. Τα δεδομένα, όμως, για το ρόλο του στην οξεία σοβαρή ελκώδη κολίτιδα (ASUC) είναι περιορισμένα. Το International Bowel Ultrasound Segmental Activity Score (IBUS-SAS), ένα σκορ που αρχικά επικυρώθηκε στη νόσο του Crohn, προτάθηκε προσφάτως ως σκορ αναφοράς στην ελκώδη κολίτιδα².

Σκοπός: Η μελέτη της μεταβολής των παραμέτρων του IBUS στις 48±24 ώρες από την έναρξη θεραπείας με ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή σε σχέση με την κλινικοεργαστηριακή απάντηση στη θεραπεία στην ASUC.

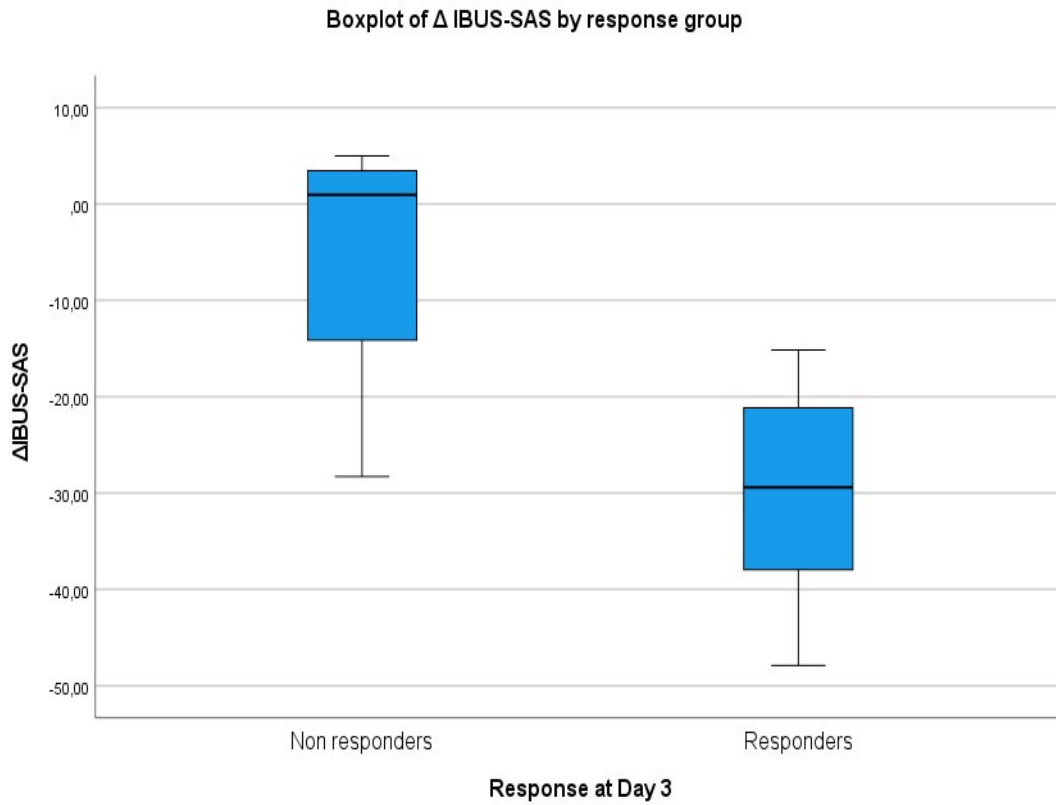
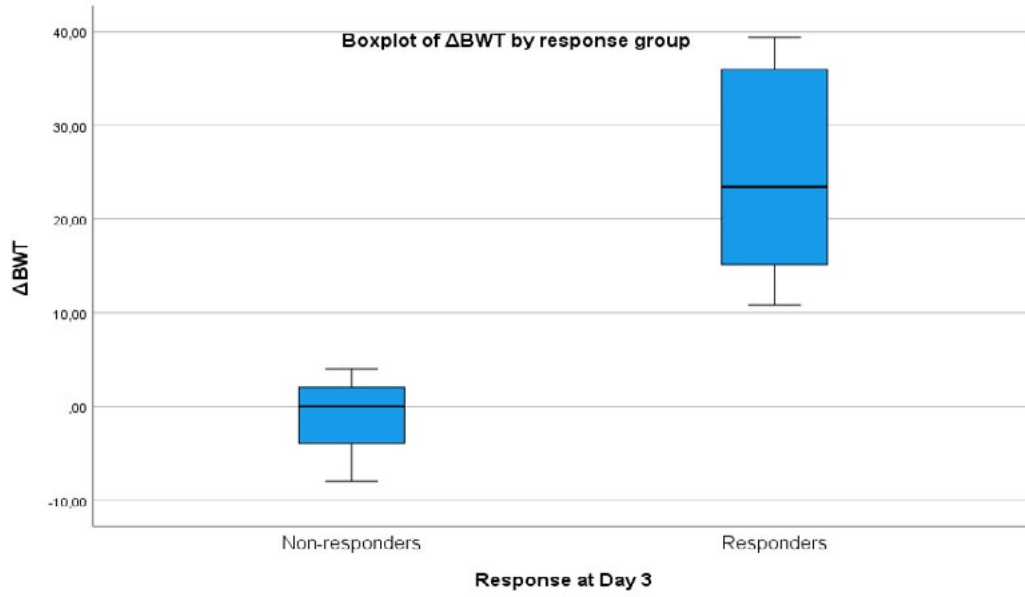
Μέθοδοι: Συμπεριλήφθησαν προοπτικά όλοι οι ασθενείς με ASUC (κατά Truelove and Watts) που εισήχθησαν στο κέντρο μας από τον 6/2024 έως 10/2025. Υπεβλήθησαν σε IBUS [μέτρηση μέγιστου πάχους τοιχώματος (BWTmax), IBUS-SAS] πριν την έναρξη θεραπείας, και στις 48±24 ώρες. Η απάντηση στη θεραπεία αξιολογήθηκε βάσει των κριτηρίων της Οξφόρδης ή την ανάγκη χορήγησης θεραπείας διάσωσης.

Αποτελέσματα: Συνολικά, εκτιμήθηκαν 14 ασθενείς. Το 57% απάντησε στη θεραπεία με ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή. Οι ασθενείς που απάντησαν στη θεραπεία (responders) δεν διέφεραν από αυτούς που δεν απάντησαν (non-responders) ως προς την ηλικία, τη διάρκεια της νόσου, τη θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες, τα επίπεδα αιμοπεταλίων, αιμοσφαιρίνης, ινωδογόνου, αλβουμίνης και CRP, αλλά και το UCEIS score κατά την εισαγωγή. Επιπλέον, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το BWTmax και IBUS-SAS κατά την εισαγωγή. Στις 48±24 ώρες, οι responders σε σχέση με τους non-responders είχαν σημαντικά χαμηλότερο διάμεσο BWTmax (3,65 vs 5,05 mm; p=0,01) και IBUS-SAS (35 vs 68,2, p=0,016), καθώς και μεγαλύτερη διάμεση ποσοστιαία μείωση του BWTmax (-23,5% vs 0%; p=0.004) και του IBUS-SAS (-29,4% vs 0,96%; p=0,028).

Συμπεράσματα: Οι μεταβολές στο BWTmax και IBUS-SAS τις 48±24 ώρες από την έναρξη ενδοφλεβίων κορτικοστεροειδών σε νοσηλευόμενους ασθενείς με ASUC σχετίζονται με την απάντηση στη θεραπεία με ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή, επιβεβαιώνοντας δεδομένα προηγούμενων μελετών³.

REFERENCES

1. de Voogd F, van Wassenaeer EA, Mookhoek A, et al. Intestinal Ultrasound Is Accurate to Determine Endoscopic Response and Remission in Patients With Moderate to Severe Ulcerative Colitis: A Longitudinal Prospective Cohort Study. *Gastroenterology*. 2022;163(6):1569-1581. doi:10.1053/j.gastro.2022.08.038
2. Innocenti T, Rocco C, Balena E, et al. The use of International Bowel Ultrasound Segmental Activity Score (IBUS-SAS) in patients with ulcerative colitis: applicability and comparison with other ultrasound scores. *J Crohns Colitis*. 2025;19(5):jjaf050. doi:10.1093/ecco-jcc/jjaf050
3. Ilvemark J, Wilkens R, Thielsen P, et al. Early Intestinal Ultrasound Predicts Intravenous Corticosteroid Response in Hospitalised Patients With Severe Ulcerative Colitis. *J Crohns Colitis*. Nov 23 2022;16(11):1725-1734. doi:10.1093/ecco-jcc/jjac083



ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ «ΓΕΦΥΡΑ» ΠΡΟΣ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΣΟΒΑΡΗ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΛΕΠΤΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ

**A. Νεονάκη¹, E. Μιχαηλίδου¹, Ν. Τρικούπης¹, Α. Αποστόλου², Χ. Χριστοδούλου³, Κ. Παπαξοΐνης¹,
Π. Καρατζάς¹, Γ. Παπαθεοδωρίδης¹**

¹ Α' Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

² Β' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική, Γ.Α.Ο.Ν.Α «Άγιος Σάββας», Αθήνα

³ Β' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική, Νοσοκομείο Metropolitan, Πειραιάς

Εισαγωγή - Σκοπός: Η διαχείριση ασθενών με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ) και ενεργό κακοήθεια είναι απαιτητική. Στην οξεία σοβαρή, μη ανταποκρινόμενη στα ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή, ελκώδη κολίτιδα (ASUC), η βιολογική θεραπεία διάσωσης μπορεί να αποτρέψει την κολεκτομή και να διατηρήσει τα ογκολογικά θεραπευτικά χρονοδιαγράμματα. Ωστόσο, η αθροιστική ανοσοκαταστολή από πρόσφατη χορήγηση υψηλών δόσεων κορτικοστεροειδών, βιολογικών παραγόντων και κυτταροτοξικής χημειοθεραπείας αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο ευκαιριακών λοιμώξεων. Κατά τη σύγχρονη θεραπεία ΙΦΝΕ-καρκίνου, οι κατευθυντήριες οδηγίες για πρωτογενή προφύλαξη από πνευμονία *Pneumocystis jirovecii* (PJP) παραμένουν ασαφείς.

Μέθοδοι-Αποτελέσματα: Γυναίκα, 58 ετών, με ελκώδη κολίτιδα σε μακροχρόνια ύφεση υπό μεσαλαζίνη, υποβλήθηκε σε παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή για τοπικά προχωρημένο αδενοκαρκίνωμα παγκρεατικού πόρου (PDAC κεφαλής παγκρέατος, παθολογικό στάδιο III, pT2N1). Μετεγχειρητικά εμφάνισε μη ανταποκρινόμενη στα ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή ASUC. Κατόπιν διεπιστημονικής αξιολόγησης, έλαβε θεραπεία διάσωσης με infliximab, με ταχεία κλινική ανταπόκριση, επιτρέποντας την έγκαιρη έναρξη επικουρικής τροποποιημένης θεραπείας με FOLFIRINOX. Τον τέταρτο μήνα συγχορήγησης anti-TNF και χημειοθεραπείας (7 κύκλοι), εμφάνισε PJP και πνευμονική ασπεργίλλωση, επιβεβαιωμένες με PCR σε βρογχοκυψελιδική έκπλυση (BAL), απαιτώντας νοσηλεία, στοχευμένη θεραπεία και προσωρινή διακοπή τόσο της χημειοθεραπείας όσο και της βιολογικής θεραπείας. Εν συνέχεια, αποφασίστηκε η τροποποίηση της θεραπείας σε vedolizumab ως εντεροεκλεκτική θεραπεία διατήρησης της ύφεσης. Στους 12 μήνες, η ασθενής παρέμεινε σε βαθιά ύφεση, ελεύθερη κορτικοστεροειδών (UCEIS:0, Nancy index:0, steroid-free deep remission) και χωρίς ογκολογική πρόοδο νόσου.

Συμπεράσματα: Η διαχείριση ασθενών με ΙΦΝΕ και ενεργό κακοήθεια απαιτεί διεπιστημονική συνεργασία. Η anti-TNF θεραπεία διάσωσης μπορεί να λειτουργήσει ως «γέφυρα» στην μη ανταποκρινόμενη στα ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή ASUC προς την έγκαιρη χορήγηση επικουρικής χημειοθεραπείας. Ωστόσο, η πρόσφατη χορήγηση υψηλής δόσης κορτικοστεροειδών, anti-TNF και κυτταροτοξικής χημειοθεραπείας σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ευκαιριακών λοιμώξεων. Η πρωτογενής προφύλαξη από PJP πρέπει να εξατομικεύεται βάσει του συνολικού ανοσοκατασταλτικού φορτίου. Η χορήγηση vedolizumab για τη διατήρηση της ύφεσης, διατήρησε βαθιά κλινική, ενδοσκοπική και ιστολογική ύφεση, ελαχιστοποιώντας τη συστηματική ανοσοκαταστολή.

<jarvis-extension style="position: relative; z-index: 2147483647;"></jarvis-extension><jarvis-injection></jarvis-injection><jarvis-injection style="position: absolute; left: 3px; top: 752.088px; z-index: 2147483647;"></jarvis-injection>

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN

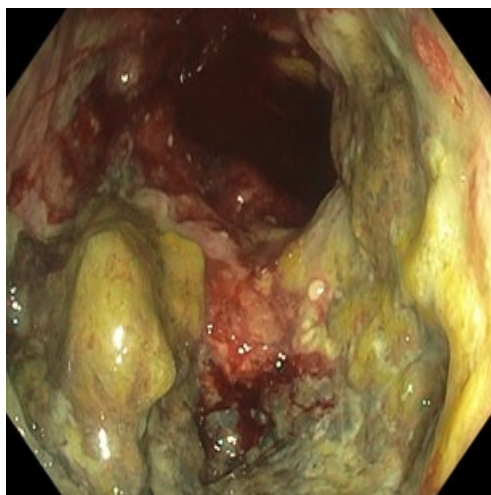
Γ. Κονδύλης, Μ. Αβδή, Α. Γιάννης, Ι. Κανελλοπούλου, Γ. Θεοχάρης, Ν. Σαμαρέντσης, Α. Στάμου, Μ. Νικολάκη, Ε. Κουκουλιώτη, Π. Γκολφάκης, Ι. Παπανικολάου

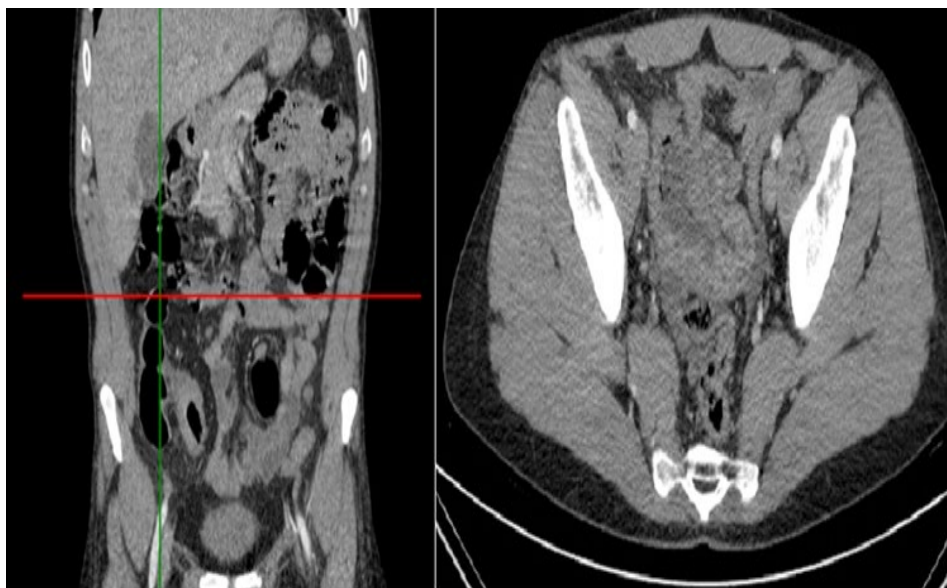
Β' Γαστρεντερολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης κακοήθειας γαστρεντερικού σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Ενώ οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν την ανάπτυξη ορθοκολικού καρκίνου, η κακοήθεια του λεπτού εντέρου μπορεί να αποτελέσει μια σπάνια επιπλοκή της νόσου.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 43 ετών, ναυτικός, με ατομικό αναμνηστικό νόσου Crohn από εικοσαετίας με πλημμελή παρακολούθηση υπό μακροχρόνια αγωγή αλλαχού με αζαθειοπρίνη από του στόματος, καθώς και HBV-HCV λοίμωξης, προσήλθε λόγω υπόχρωμης, μικροκυτταρικής αναιμίας. Η αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας ανέδειξε πολυάριθμες, υπόπυκνες οζόμορφες αλλοιώσεις στο ήπαρ, ως επί πιθανών ηπατικών μεταστάσεων κι εκτεταμένη κυκλοτερή πάχυνση του τοιχώματος του τελικού ειλεού, η οποία έθεσε την υπόνοια πιθανής νεοπλασματικής εξεργασίας, λόγω ασαφοποίησης του ορίου των ελίκων του τελικού ειλεού και του παρακείμενου τοιχώματος της ουροδόχου κύστεως (Εικόνα 1). Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ήπια αύξηση των δεικτών φλεγμονής και του δείκτη Ca19.9. Διενεργήθη ειλεοκολonosκόπηση, όπου σε βάθος 5 εκ στον τελικό διαπιστώθηκε ευμεγέθους ελκωτική εξεργασία (Εικόνα 2), της οποίας η ιστολογική εξέταση ανέδειξε κακόηθες επιθηλιακό νεόπλασμα με ανοσομορφολογικούς χαρακτήρες ενδεικτικούς αδενοκαρκινώματος εντέρου μη ειδικού τύπου (NOS) και μέτριας διαφοροποίησης. Ο ασθενής παραπέμφθηκε στην ογκολογική κλινική του νοσοκομείου κι ετέθη σε χημειοθεραπευτικό σχήμα με οξαλιπλάτινη και καπεσιταμπίνη. Εμφάνισε ταχύτατα πρόοδο νόσου, με νέο εύρημα την παρουσία περιτοναϊκών εμφυτεύσεων στον απεικονιστικό έλεγχο και δύο μήνες μετά τη διάγνωση υπεβλήθη σε επείγουσα κολεκτομή και Ισορ ειλεοστομία στα πλαίσια αποφρακτικού ειλεού κι εντερικής ρήξης.

Συμπεράσματα: Το αδενοκαρκίνωμα λεπτού εντέρου αποτελεί μια σπάνια, αλλά υπαρκτή οντότητα στους ασθενείς με νόσο Crohn και χαρακτηρίζεται από καθυστερημένη διάγνωση, μη ειδική συμπτωματολογία και πτωχή πρόγνωση. Προβλεπτικοί παράγοντες εμφάνισης του αποτελούν το ανδρικό φύλο, η μακροχρόνια νόσος, ιστορικό χειρουργικής παρέμβασης για τη νόσο, ο διαιτηραίων φαινότυπος, ενώ συχνότερη εντόπιση του είναι ο τελικός ειλεός.





Ο ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΠΟΥ ΔΙΑΤΗΡΟΥΝ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΥΦΕΣΗ ΜΕ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΜΙΝΟΣΑΛΙΚΥΛΙΚΩΝ (5ASA)

Σ. Παναγιώτου¹, Ε. Θεοδωράκη¹, Ε. Ορφανουδάκη², Ι. Κουτρομπάκης¹

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

² Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Άγιος Γεώργιος», Κρήτη

Σκοπός: Η αναγνώριση των χαρακτηριστικών των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα που διατηρούνται σε μακροχρόνια ύφεση με τη χρήση αμινοσαλικυλικών (5-ASA), χωρίς την ανάγκη για προωθημένες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Υλικό - Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη ασθενών με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ), οι οποίοι παρακολούθηθηκαν στο ιατρείο φλεγμονωδών νόσων του εντέρου του ΠαΓΝΗ κατά την περίοδο 2020-2025. Μελετήθηκαν οι ασθενείς που ελάμβαναν από του στόματος 5-ASA, χωρίς ανάγκη χορήγησης κορτικοστεροειδών, ανοσοτροποποιητών ή προωθημένη θεραπεία (βιολογικοί παράγοντες και μικρά μόρια). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά της νόσου τους συγκρίθηκαν με εκείνα των ασθενών που χρειάστηκαν προωθημένη θεραπεία ή νοσηλεία/χειρουργείο. Έγινε μονοπαραγοντική και ακολούθησε πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 170 ασθενείς, εκ των οποίων οι 88 (51.7%) ελάμβαναν μονοθεραπεία με 5-ASA. Στο δείγμα περιλήφθηκαν 70 (41%) γυναίκες, και η μέση ηλικία (\pm SD) κατά τη διάγνωση ήταν 37,8 (\pm 14,3) έτη (Πίνακας 1). Η έκταση της νόσου στο σύνολο των ασθενών κατά τη διάγνωση ήταν: 23 με ορθίτιδα (13%), 64 με αριστερόπλευρη ΕΚ (38%) και 74 με εκτεταμένη ΕΚ (43%). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες ως προς την ηλικία, την ηλικία διάγνωσης, τη διάρκεια νόσου, το δείκτη μάζας σώματος (BMI) και το κάπνισμα. Οι ασθενείς με αρχικά ηπιότερη ενδοσκοπική εικόνα (Ενδοσκοπικό Mayo I ή II) και με περιορισμένη σε έκταση νόσο (ορθίτιδα ή αριστερόπλευρη κολίτιδα) ήταν στατιστικά σημαντικά περισσότεροι στην ομάδα της μονοθεραπείας με 5-ASA, σε σύγκριση με τους ασθενείς υπό προωθημένη θεραπεία τόσο στην μονοπαραγοντική όσο και στην πολυπαραγοντική ανάλυση ($P=0.0004$ και $P=0.0001$ αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Η ήπια ενδοσκοπική βαρύτητα και η περιορισμένη σε έκταση νόσος φαίνεται να συσχετίζονται σημαντικά με τη διατήρηση μακροχρόνιας ύφεσης με μονοθεραπεία με 5-ASA σε ασθενείς με ΕΚ. Η αναγνώριση αυτής της υποομάδας ασθενών δύναται να συμβάλει στην αποφυγή της υπερθεραπείας και στη βελτιστοποίηση της μακροχρόνιας αντιμετώπισης. Για ασφαλέστερα συμπεράσματα απαιτούνται μεγαλύτερες και στοχευμένες μελέτες.

Πίνακας 1: Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου ασθενών με ελκώδη κολίτιδα (n=170) συνολικά και κατά ομάδα θεραπείας συντήρησης

	Σύνολο ασθενών (170 ασθενείς)	Μονοθεραπεία με 5ASA (88 ασθενείς)	Υπό προωθημένη θεραπεία (82 ασθενείς)
Γυναίκες (%)	70 (41)	35 (40)	35 (43)
Μέση ηλικία (±SD), έτη	53,2 (16,6)	53,6 (16,9)	52,8 (16)
Ηλικία διάγνωσης (±SD), έτη	37,8 (14,3)	38,3 (14,2)	37 (14,5)
Διάρκεια νόσου, διάμεσος (IQR), έτη	13 (6-21)	13,5 (6-21)	13(7,2-21)
Καπνιστές (%)	33 (19)	17 (19)	16 (19,5)
BMI (±SD)	26,8 (5)	26,7 (4,9)	27 (5,1)
Έκταση της νόσου (%)			
Εκτεταμένη κολίτιδα	74 (43)	14 (18)	60 (72)
Αριστερή κολίτιδα	64 (38)	45 (58)	19 (23)
Ορθίτιδα	23 (13)	19 (24)	4 (5)
Ενδοσκοπική βαρύτητα-0 (προ 5ετίας)			
Βαριά νόσος (Μαγο3)	30 (18)	3 (4)	27 (33)
Μέτριας βαρύτητας (Μαγο2)	70 (41)	40 (51)	30 (36)
Ήπια νόσος (Μαγο 0-1)	55 (32)	35 (45)	20 (24)
Ενδοσκοπική βαρύτητα σε πρόσφατη ενδοσκόπηση			
Βαριά νόσος (Μαγο3)	6 (3)	0	6 (6)
Μέτριας βαρύτητας (Μαγο2)	31 (18)	9 (11,5)	22 (27)
Ήπια νόσος (Μαγο 0-1)	83 (49)	61 (78)	22 (27)

ΓΕΦΥΡΩΝΟΝΤΑΣ ΤΗ ¹H-NMR ΜΕΤΑΒΟΛΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

**Ε. Αγγελάκη¹, Σ. Χασάπη¹, Κ. Μουσουράκης², Δ. Κοζομπόλη², Ν. Βιάζης², Κ. Χαλακατεβάκη³,
Γ. Μπάμιας³, Γ. Σπυρούλιας¹, Μ. Γαζούλη⁴**

¹ Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ρίο Αχαΐας

² Γαστρεντερικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός - Πολυκλινική», Αθήνα

³ Γαστερεντερολογικό Τμήμα, 3η Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Νοσοκομείο Σωτηρία,
Ιατρική Σχολή, Αθήνα

⁴ Τομέας Βασικών Ιατρικών Επιστημών, Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Η μελέτη εστίασε στον χαρακτηρισμό μεταβολομικών διαφορών μεταξύ ασθενών με ΙΦΝΕ και υγιών μαρτύρων καθώς και στην αξιολόγηση της χρησιμότητάς τους για την ανάπτυξη μοντέλων ταξινόμησης της νόσου. Επιπλέον, εξετάστηκε η προγνωστική αξία των μεταβολικών δεικτών όσον αφορά την ανταπόκριση στη λαμβανόμενη θεραπεία.

Ασθενείς & Μέθοδοι: Συλλέχθηκαν συνολικά 180 δείγματα ούρων από ασθενείς με ΙΦΝΕ και υγιείς μάρτυρες, εκ των οποίων 16 προέρχονταν από ασθενείς με νόσο Crohn (n=16), 81 από ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα (n=81) και 45 από υγιή άτομα (n=45). Από τους ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα, οι 48 έλαβαν θεραπεία με αναστολείς JAK, με διαθέσιμα δείγματα πριν την έναρξη της θεραπείας, και για 38 εξ αυτών, και μετά την έναρξη της, συνοδευόμενα από δεδομένα κλινικής ανταπόκρισης. Η ανάλυση των δειγμάτων πραγματοποιήθηκε στο Εργαστήριο Βιομοριακής Φασματοσκοπίας NMR του τμήματος Φαρμακευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών με χρήση φασματογράφου ¹H NMR υψηλού μαγνητικού πεδίου (700 MHz). Τα φασματικά δεδομένα υποβλήθηκαν σε κατάλληλη επεξεργασία και αναλύθηκαν με μονομεταβλητές και πολυμεταβλητές στατιστικές μεθόδους.

Αποτελέσματα: Η μεταβολομική ανάλυση ανέδειξε διακριτά μεταβολικά πρότυπα που διαφοροποιούν ασθενείς με ΙΦΝΕ από υγιή άτομα. Παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές στα επίπεδα του κιτρικού και ηλεκτρικού οξέος, καθώς και αξιολογήσιμες διαφοροποιήσεις στο εντερικό μικροβίωμα, οι οποίες αποτυπώνονται από μεταβολές σε λιπαρά οξέα βραχείας αλύσου και σε μεταβολίτες όπως το μυρμηκικό και το ιππουρικό οξύ. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε προσπάθεια ανάπτυξης μοντέλων κατηγοριοποίησης της νόσου. Επιπλέον, εντοπίστηκαν μεταβολικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ανταπόκριση στη θεραπεία με αναστολείς JAK σε ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα.

Συμπεράσματα: Οι μεταβολομικές μελέτες μέσω Φασματοσκοπίας NMR δύνανται να επιτρέψουν τη διαλεύκανση των μεταβολικών διαταραχών που σχετίζονται με τη παθογένεση της νόσου Crohn και Ελκώδους Κολίτιδας και να συμβάλλουν στην κατανόηση των μεταβολικών αλλαγών του ξενιστή, είτε εξαιτίας της παρέλευσης του χρόνου, είτε λόγω της θεραπευτικής παρέμβασης.

EP51

**ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΑΡΞΗ ΑΓΩΓΗΣ
ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ IL-17**

**Σ. Καρτσώλη, Α. Μέλλος, Γ. Φρόνας, Ε. Μαργαρίτης, Κ. Ζαχαρία, Θ. Τριβυζάκη, Κ. Αντωνιάδου,
Ε. Οικονόμου, Τ. Αργυράκης, Β. Ντούλη, Κ. Κατωπόδη, Ι. Βουγαδιώτης, Σ. Βρακάς**

Γαστρεντερολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς

Σκοπός: Η περιγραφή δύο περιπτώσεων πρώτης εκδήλωσης ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου των εντέρων σε ασθενείς υπό αγωγή με αναστολέα της IL-17.

Υλικό-Μέθοδοι: Περιστατικό 1^ο: Ασθενής 19ετών με ιστορικό καπνίσματος και ψωρίασης υπό αγωγή με Bimekizumab από 18μήνου προσήλθε λόγω αιματηρών διαρροϊκών κενώσεων και εμπύρετου από 15ημέρου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Υπεβλήθη σε κολonosκόπηση, η οποία ανέδειξε απουσία αγγειακού δικτύου, διαβρώσεις και ευθρυπτότητα κατά μήκος του παχέος εντέρου. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε διαταραχή αρχιτεκτονικής των κρυπτών, βλεννοπενία, κρυπτίτιδα και κρυπτικά αποστημάτια, ενώ ο έλεγχος για CMV έγκλειστα απέβη αρνητικός. Αφού αποκλείστηκαν τα λοιμώδη αίτια αποφασίστηκε η διακοπή του Bimekizumab και ο ασθενής ετέθη σε αγωγή με μεσαλαζίνη από του στόματος και τοπική θεραπεία, με αποτέλεσμα την ύφεση των συμπτωμάτων εντός 2 εβδομάδων. Ο ασθενής είναι σε κλινική, εργαστηριακή και ενδοσκοπική ύφεση και βρίσκεται σε παρακολούθηση στο τακτικό ιατρείο ΙΦΝΕ του νοσοκομείου.

Περιστατικό 2^ο: Γυναίκα 65 ετών με ιστορικό ψωριασικής αρθρίτιδας υπό αγωγή με Bimekizumab από 3μήνου προσήλθε λόγω διαρροϊκών κενώσεων και εμπύρετου από μηνός. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Ο έλεγχος για Cl. Difficile και λοιμώδη αίτια απέβη αρνητικός. Υπεβλήθη σε ειλεοκολonosκόπηση όπου στο παχύ έντερο παρατηρήθηκαν γραμμοειδή έλκη. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε διαταραχή αρχιτεκτονικής κρυπτών, κοκκιώματα, υπερπλασία γαγγλιακών κυττάρων και επέκταση φλεγμονής υποβλεννογονίως. Η ασθενής ετέθη σε αγωγή με infliximab 5mg/kg και βρίσκεται σε κλινική, εργαστηριακή και ενδοσκοπική ύφεση.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς παρουσίασαν κλινική, εργαστηριακή και ενδοσκοπική ανταπόκριση στην αγωγή που έλαβαν και παραμένουν σε αγωγή συντήρησης.

Συμπεράσματα: Παραμένει ασαφές αν οι αναστολείς της IL-17 μπορούν να οδηγήσουν σε de novo εκδήλωση ή σε ανάδειξη νόσου ομοιάζουσα με ΙΦΝΕ, ενώ η βέλτιστη αντιμετώπιση δεν έχει ακόμη καθοριστεί. Οι ιατροί που χορηγούν αναστολείς IL-17 οφείλουν να γνωρίζουν την εκδήλωση των νοσημάτων αυτών, έτσι ώστε η διάγνωση και η αντιμετώπιση τους να γίνεται έγκαιρα.

ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΒΑΡΙΑ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Σ. Καρτσώλη, Α. Μέλλος, Γ. Φρόνας, Ε. Μαργαρίτης, Κ. Ζαχαρία, Θ. Τριβυζάκη, Κ. Αντωνιάδου, Ε. Οικονόμου, Τ. Αργυράκης, Β. Ντούλη, Κ. Κατωπόδη, Ι. Βουγαδιώτης, Σ. Βρακάς

Γαστρεντερολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς

Σκοπός: Να εκτιμηθεί η συχνότητα κυτταρομεγαλοϊού (CMV) στους ασθενείς που εισήχθησαν με οξεία σοβαρή ελκώδη κολίτιδα στο κέντρο μας την τελευταία δετία και να καταγραφούν οι εκβάσεις.

Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη όλων των εισαγωγών με οξεία βαριά ελκώδη κολίτιδα βάση Truelove & Witts κριτηρίων από 01/01/2020-31/12/2025. Η διάγνωση CMV κολίτιδας/λοίμωξης τεκμηριώθηκε με ανοσοϊστοχημεία ή/και PCR (αίμα/ιστός). Καταληκτικά σημεία: 1) κολεκτομή (εντός 1^{ης} νοσηλείας και εντός 12 μηνών), 2) ανάγκη θεραπείας διάσωσης, 3) διάρκεια νοσηλείας, 4) ανάγκη επανεισαγωγής στους 3 και 12 μήνες.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 21 ασθενείς με οξεία βαριά ελκώδη κολίτιδα. Έλεγχος CMV πραγματοποιήθηκε σε όλους (21/21, 100%). Λοίμωξη με CMV τεκμηριώθηκε σε 3/21 (14,3%), ενώ ο έλεγχος για CMV ήταν αρνητικός σε 18/21 (85,7%). Από τους CMV θετικούς ασθενείς προέκυψαν τα εξής στοιχεία: μέση ηλικία=52 έτη, άνδρες n=2, εκτεταμένη κολίτιδα n=2; (μέση τιμή) CRP= 97,3mg/lit, λευκωματίνη=3 g/dl και Hb 12,4g/dl. Σοβαρή ενδοσκοπική βλάβη (Mayo 3) καταγράφηκε σε 2 ασθενείς. Η διάγνωση CMV βασίστηκε σε ανοσοϊστοχημεία σε n=1, PCR ιστού σε συνδυασμό με PCR αίματος σε 2 ασθενείς. Στο σύνολο της κοόρτης (n=21), όλοι έλαβαν ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή. Θεραπεία διάσωσης infliximab χορηγήθηκε σε 15/21 ασθενείς, εκ των οποίων 2/3 στους CMV+ και 13/18 στους CMV-. Αντικτική αγωγή χορηγήθηκε σε όλους τους CMV θετικούς ασθενείς. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 18 ημέρες στους CMV+ και 12 ημέρες στους CMV- ασθενείς. Κολεκτομή καταγράφηκε σε 1/3 CMV+ και σε 1/18 CMV- ασθενείς. Επανεισαγωγή εντός 3 μηνών παρατηρήθηκε σε 1/3 CMV+ και σε 6/18 CMV-, και εντός 12 μηνών σε 2/3 CMV+ και 7/18 CMV- ασθενείς.

Συμπεράσματα: Παρά το μικρό αριθμό της μελέτης οι θετικοί ασθενείς στον κυτταρομεγαλοϊό εμφάνισαν χειρότερη πορεία έκβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, υποστηρίζοντας τον έγκαιρο και τυποποιημένο έλεγχο του ιού.

ΟΡΘΙΚΟ ΚΟΛΩΒΩΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΦΟΛΙΚΗ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ, ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

O. Argyriou¹, I. Ghersin², Γ. Στραβοδήμος³, G. Worley⁴, P. Tozer¹, A. Hart², K. Sahnan¹

¹ Department of Colorectal Surgery, St Mark's the National Bowel Hospital and Academic Institute

² Department of Gastroenterology, St Mark's the National Bowel Hospital and Academic Institute

³ Department of Colorectal Surgery, Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust

⁴ Department of Colorectal Surgery, Royal London Hospital, Barts Health

Υπόβαθρο/Στόχοι: Η διαχείριση του ορθικού κολοβώματος κατά τη διάρκεια και μετά από υφολική κολεκτομή για ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) περιλαμβάνει κρίσιμα διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά σημεία λήψης αποφάσεων. Αυτά αφορούν τη θέση και τεχνική σύγκλεισης του κολοβώματος, την αντιμετώπιση της πρωκτίτιδας και την ενδοσκοπική επιτήρηση λόγω αυξημένου κινδύνου καρκίνου. Η παρούσα ανασκόπηση συνοψίζει όλα τα διαθέσιμα δεδομένα και κατευθυντήριες οδηγίες σε αυτά τα πεδία.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας μέσω Ovid Medline και Embase. Συμπεριλήφθηκαν μελέτες σε ενήλικες ασθενείς με ΕΚ, όπως μελέτες κοόρτης, ανασκοπήσεις και κατευθυντήριες οδηγίες. Τα δεδομένα ομαδοποιήθηκαν θεματικά.

Αποτελέσματα: Η ενδοπεριτοναϊκή σύγκλειση του ορθικού κολοβώματος σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά πυελικής σήψης (5-25%), ενώ η υποδόρια τοποθέτηση με αυξημένες λοιμώξεις τραύματος (έως 15%). Το βλεννώδες συρίγγιο παρουσιάζει το χαμηλότερο συνολικό ποσοστό επιπλοκών. Πρωκτίτιδα παρακάμψεως ανευρίσκεται ιστολογικά στο 71,4-100% των ασθενών, αλλά μόνο 30-40% εμφανίζει συμπτώματα. Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν τοπική μεσαλαμίνη, κορτικοστεροειδή και λιπαρά οξέα βραχείας αλύσου. Ο κίνδυνος νεοπλασίας του ορθικού κολοβώματος είναι χαμηλός (~0,7%), με κύριο παράγοντα κινδύνου το ιστορικό κολοορθικής νεοπλασίας. Δεν υπάρχουν καθολικά αποδεκτές οδηγίες επιτήρησης.

Συμπεράσματα: Η βέλτιστη διαχείριση του ορθικού κολοβώματος στην ΕΚ παραμένει ασαφής. Υπάρχει αβεβαιότητα ως προς τη βέλτιστη χειρουργική αντιμετώπιση του κολοβώματος, με διαφορετικά προφίλ επιπλοκών ανά στρατηγική. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της πρωκτίτιδα από παράκαμψη αποτελεί σημαντικό ανεκπλήρωτο πεδίο, καθώς δεν υπάρχουν τυχαίοποιημένες μελέτες που να το διερευνούν. Επιπλέον, δεν υφίστανται καθολικά αποδεκτές κατευθυντήριες οδηγίες για την ενδοσκοπική επιτήρηση του ορθικού κολοβώματος.

EP54

UPADACITINIB ΣΕ ΟΞΕΙΑ ΒΑΡΙΑ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΠΙΘΑΝΗ ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΔΙΑΣΩΣΗΣ

**Χ. Σαπουνάς¹, Σ. Σιακαβέλλας¹, Ν. Τσιαμπέρας¹, Α. Κουρίκου¹, Μ. Ταμπάκη¹, Χ. Κρανιδιώτη¹,
Γ. Κόντος¹, Γ. Καφίρη², Μ. Ντόιτς¹, Σ. Μανωλακόπουλος¹**

¹ Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αθήνα

² Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Η οξεία βαριά ελκώδης κολίτιδα (ΟΒΕΚ) είναι επείγουσα κατάσταση χρήζουσα νοσηλείας για χορήγηση ενδοφλεβίως στεροειδών και επί αποτυχίας αυτών αγωγής διάσωσης. Ο μόνος παράγων με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στην ΟΒΕΚ είναι το Infliximab. Καθώς όλο και περισσότεροι ασθενείς είναι anti-TNF experienced, η ανεύρεση επιπλέον εναλλακτικών επιλογών είναι σημαντική. Παρουσιάζουμε τρεις περιπτώσεις ΟΒΕΚ που ανταποκρίθηκαν σε χορήγηση Upadacitinib.

Παρουσίαση περιστατικών: Οι ασθενείς ήταν άνδρες, ηλικίας 48, 27 και 57 ετών, οι 2 με ελκώδη κολίτιδα (διάγνωση προ 4, 2 ετών και 1 μηνός αντίστοιχα). Και οι τρεις είχαν λάβει αρχικά αγωγή με αμινοσαλικυλικά και στη συνέχεια με Infliximab με μη καλά αποτελέσματα. Ο πρώτος ασθενής εμφάνισε secondary loss of response ενώ ο δεύτερος και ο τρίτος δεν ανταποκρίθηκαν ποτέ ικανοποιητικά (primary non-response).

Και οι τρεις νοσηλεύτηκαν λόγω ΟΒΕΚ με ενδοσκοπική εικόνα Mayo 2, 3 και 3 αντίστοιχα. Παρά τη χορήγηση ενδοφλεβίως κορτικοειδών και στην περίπτωση του τρίτου ασθενούς και Infliximab ως αγωγή διάσωσης δεν υπήρξε ικανή βελτίωση και δρομολογήθηκαν προς κολεκτομή. Εντούτοις προτάθηκε στους ασθενείς εναλλακτικά μία θεραπευτική δοκιμή με Upadacitinib. Μετά από συμφωνία τους έγινε έναρξη Upadacitinib 45mg ημερησίως. Ήδη από τη δεύτερη ημέρα χορήγησης παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση τους. Ο πρώτος ασθενής πήρε εξιτήριο την 5^η ημέρα, ο δεύτερος την 6^η ημέρα ενώ ο τρίτος τη 10^η μέρα της θεραπείας. Ο πρώτος ασθενής υπεβλήθη σε νέα ενδοσκόπηση 10 μέρες μετά, όπου ελέγχεται φυσιολογική διαγραφή των υποβλεννογονίων αγγείων με κατά τόπους εικόνα επούλωσης. Αντίθετα στο δεύτερο και τον τρίτο ασθενή παρατηρήθηκε ηπιότερη βελτίωση της ενδοσκοπικής εικόνας με εικόνα Mayo score 1 και κατά τόπους 2 σε σύγκριση πάντα με την αρχική Mayo 3. Κλινικά και οι τρεις ασθενείς παραμένουν σε άριστη κατάσταση και υπό αγωγή συντήρησης σε 30mg ημερησίως.

Συμπεράσματα: Το Upadacitinib μπορεί να αποτελέσει αξιόπιστη εναλλακτική επιλογή ως αγωγή διάσωσης σε ΟΒΕΚ ειδικά σε anti-TNF experienced ασθενείς.

URADACITINIB ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΤΗ ΝΟΣΟ CROHN: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Σ. Σιακαβέλλας, Ν. Τσιαμπέρας¹, Χ. Σαπουνάς, Α. Κουρίκου, Μ. Ταμπάκη, Σ. Μανωλακόπουλος

Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Οι JAK-αναστολείς αποτελούν μία καινούργια κατηγορία φαρμάκων για ασθενείς με ΙΦΝΕ. Για τη νόσο Crohn ο μοναδικός τέτοιος εγκεκριμένος παράγοντας είναι το Uradacitinib. Υπάρχει ακόμη αβεβαιότητα για το βέλτιστο positioning του φαρμάκου στο θεραπευτικό αλγόριθμο της νόσου Crohn, όπως φαίνεται και από τη διχογνωμία στις διεθνείς οδηγίες. Συνεπώς η εμπειρία από τη χρήση του φαρμάκου σε πραγματικές συνθήκες είναι ιδιαίτερα χρήσιμη.

Σκοπός - Μέθοδος: Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή της εμπειρίας από τη χρήση Uradacitinib στη νόσο Crohn σε ένα τριτοβάθμιο κέντρο σε βάθος δύο ετών. Κλινικοεργαστηριακά, δημογραφικά και ενδοσκοπικά δεδομένα αναζητήθηκαν από τα ιατρικά αρχεία. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν αρχικά καθ'όλη τη διάρκεια της θεραπείας.

Αποτελέσματα: 19 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη με τα χαρακτηριστικά της κοορτής αυτής να παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά ασθενών	
Άρρενες - n (%)	10 (53%)
Μέση ηλικία σε έτη	34,8
Μέση διάρκεια νόσου σε έτη	7,6
Εντόπιση νόσου	
L1	5
L2	4
L3	10
Συμπεριφορά νόσου	
B1	13
B2	2
B3	4
Περιεδρική νόσος - n (%)	4
Προηγούμενο χειρουργείο- n	4
Εξωεντερικές εκδηλώσεις - n	5
Naïve	4
Biologic experienced	15
1	3
2	7
>2	5
Διάρκεια θεραπείας με Ura σε μήνες	9,2
Ανταπόκριση θεραπείας σε Ura	
Ολική ύφεση	8
Μερική ανταπόκριση	7

SES-CD score προ θεραπείας	13,9
SES-CD score μετά θεραπείας (6-12 μήνες)	8,5
Διακοπή θεραπείας με Ura - n	4
Primary non-response	2
Secondary loss of response	2
Ανεπιθύμητες ενέργειες - n (%)	9 (47%)
Ακμή	7
Λοιμώξεις	2

Αν και τα νούμερα δεν είναι επαρκή για να εξαχθούν συμπεράσματα τα χαρακτηριστικά των ασθενών που φαίνονται να συνδέονται με μη ικανοποιητική ανταπόκριση ή/και απώλεια αυτής είναι η παρουσία περιεδρικής νόσου και η έκθεση σε μεγάλο αριθμό προηγούμενων βιολογικών παραγόντων.

Συμπέρασμα: Στον ελληνικό πληθυσμό ασθενών με νόσο Crohn, το Uradacitinib μπορεί να αποτελέσει μία σημαντική θεραπευτική επιλογή ακόμη και σε αρκετά δύσκολα περιστατικά.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ Ν. CROHN ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΟΞΕΩΣ ΔΙΑΡΡΟΪΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΥΠΟ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ

Μ. Θεολόγη, Ε.- Α. Δεληγιάννη, Π. Βασιλειάδου, Σ. Κυριακίδης, Τ. Μπέκτσης, Π. Ποταμιάνος, Ι. Χατζούδης, Δ. Χούγιας, Λ. Ψύχου-Δέρκα, Κ. Αργυρίου, Α. Καλτσά, Α. Μανωλάκης, Β. Παπαδόπουλος, Α. Παπαευθυμίου, Γ. Τζελάς, Φ. Φυτσιλής, Δ. Φώτης, Α. Καψωριτάκης

Γαστρεντερολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

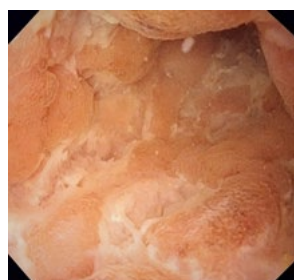
Εισαγωγή - Παρουσίαση περιστατικού: Άρρεν ασθενής 17 ετών, με ιστορικό νεφρωσικού συνδρόμου- εστιακής σπειραμοτοσκλήρυνσης υπό κυκλοσπορίνη, από νηπιακή ηλικία, προσήλθε στο ΤΕΠ του ΠΓΝ Λάρισας, λόγω εμπυρέτου έως 39.6 C από 15ημέρου, με συνοδά διαρροϊκές κενώσεις (~4-5 ημερησίως) και αυξημένους δείκτες φλεγμονής εκ του εργαστηριακού ελέγχου.

Αποφασίστηκε εισαγωγή του ασθενή και ακολούθησε απεικονιστικός και εκτενέστατος εργαστηριακός έλεγχος (έλεγχος για CMV και TB, καλλιέργειες αίματος, καλλιέργεια και παρασιτολογική κοπράνων, λοιπός ανοσολογικός και ιολογικός έλεγχος), ο οποίος απέβη αρνητικός για κάποιο λοιμώδη παράγοντα, ενώ η καλπροτεκτίνη κοπράνων ήταν αυξημένη (326mg/kg).

Ο ενδοσκοπικός έλεγχος ανέδειξε έλκη και οίδημα του βλεννογόνου στο σιγμοειδές και διαβρώσεις στο ορθό. Η ιστολογική εξέταση ήταν πρωτίστως συμβατή με εικόνα διαβρωτικής κολίτιδας λοιμώδους αιτιολογίας.

Ο ασθενής έπειτα από 31 ημέρες νοσηλείας δεν παρουσίασε σημεία βελτίωσης, αντιθέτως παρατηρήθηκαν καθημερινά πυρετικά κύματα (χωρίς άλλη σαφή εστία εμπυρέτου), εμμένουσες διαρροϊκές κενώσεις και πλέον σημαντική απώλεια σωματικού βάρους (ΒΣ: 50kg, BMI: 16.3kg/m²), ενώ νέος απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε πάχυνση και οίδημα του εντερικού τοιχώματος σε εγκάρσιο- κατιόν- σιγμοειδές. Λόγω της ισχυρής υπόνοιας ΙΦΕΝ έγινε νέα ενδοσκόπηση με όμοια επιδείνωση των ενδοσκοπικών ευρημάτων. Η ιστολογική εξέταση ήταν συμβατή με νόσο Crohn παχέος εντέρου και έγινε έναρξη αγωγής με μεθυλπρεδνιζολόνη σε δόση 40mg iv και μεσαλαζίνη per os. Παράλληλα, ο ασθενής έλαβε σκευάσματα εντερικής σίτισης (partial enteral nutrition) για υποστήριξη της θρέψης. Λόγω μερικής ανταπόκρισης στην αγωγή με κορτικοειδή αποφασίστηκε η έναρξη αγωγής με infliximab 5mg/kg εντός νοσηλείας. Ωστόσο, παρατηρήθηκε επιβάρυνση της ηπατικής βιοχημείας με μέγιστες τιμές SGOT/SGPT: 138/447. Εφόσον αποκλείστηκαν ιογενείς ηπατίτιδες, ηπατοτρόποι ιοί και αυτοάνοσα νοσήματα, με παράλληλη διακοπή πιθανών υπεύθυνων φαρμακευτικών και διατροφικών σκευασμάτων, η κατάσταση αποδόθηκε στην επανασίτιση. Οι εργαστηριακές παράμετροι βελτιώθηκαν σταδιακά. Ο ασθενής στην παρούσα είναι ασυμπτωματικός με φυσιολογικές κενώσεις, έχοντας ομαλοποιήσει τους δείκτες φλεγμονής.

Συμπεράσματα: Η ιστολογική διάγνωση πρώτης εμφάνισης ΙΦΝΕ συχνά παρουσιάζει δυσκολίες, ιδιαίτερα στις 2 πρώτες εβδομάδες από την έναρξη των συμπτωμάτων, ενώ στη διαφοροδιάγνωση περιλαμβάνονται λοιμώδη και φαρμακευτικά αίτια. Επί ισχυρής υποψίας ΙΦΝΕ βάση και των υπόλοιπων κλινικο-εργαστηριακών και απεικονιστικών ευρημάτων χρήσιμη είναι η διενέργεια εκ νέου ενδοσκόπησης και λήψης βιοψιών σε δεύτερο χρόνο.



ΑΥΤΟΑΝΟΣΕΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ι. Ψαρουδάκης, Χ. Σκουλούδη, Ι. Φραγκιαδάκης, Μ. Φραγκάκη, Μ. Βελεγράκη, Κ. Κουκούτση, Ε. Παντελάκης, Α. Θεοδοροπούλου

Γαστρεντερολογικό τμήμα, Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίπτωσης των συνοδών αυτοάνοσων και φλεγμονωδών νοσημάτων σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου (ΙΦΝΕ) και η εκτίμηση της επίδρασής τους στη θεραπευτική αγωγή.

Υλικό και Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη παρατήρησης ασθενών με ελκώδη κολίτιδα ή νόσο Crohn, οι οποίοι παρακολούθηθηκαν στο τμήμα μας την περίοδο 2010-2025. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από ηλεκτρονική βάση και περιελάμβαναν δημογραφικά χαρακτηριστικά, τύπο ΙΦΝΕ, φαρμακευτική αγωγή και αυτοάνοσες συννοσηρότητες. Ασθενείς με μεμονωμένη αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα εξαιρέθηκαν, ενώ συμπεριλήφθηκαν όσοι παρουσίαζαν αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα σε συνδυασμό με τουλάχιστον ένα επιπλέον αυτοάνοσο νόσημα. Οι σπονδυλαρθρίτιδες δεν συμπεριλήφθηκαν.

Αποτελέσματα: Συνολικά αναλύθηκαν 923 ασθενείς (51.2% με νόσο Crohn), εκ των οποίων 126 ασθενείς διαγνώστηκαν με ΙΦΝΕ και τουλάχιστον μία συνυπάρχουσα αυτοάνοση νόσο. Το δείγμα αποτελούνταν κυρίως από γυναίκες (73,0%), ενώ η νόσος Crohn ήταν η συχνότερη διάγνωση (66,7%). Η μέση ηλικία ήταν 42,6 έτη (SD ±15,8). Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, 37 ασθενείς (29,6%) ελάμβαναν αμινοσαλικυλικά, 28 (22,4%) ανοσοκατασταλτικά, 60 (48,0%) βιολογικό παράγοντα και 9 (7,2%) αναστολείς JAK, ενώ 14 ασθενείς (11,2%) λάμβαναν συνδυαστική θεραπεία. Πριν από τη διάγνωση της ΙΦΝΕ, 28 ασθενείς (22,2%) ελάμβαναν ήδη βιολογικό παράγοντα, ενώ 42 (33,3%) χρειάστηκαν αλλαγή θεραπείας. Η συχνότερη αυτοάνοση συννοσηρότητα ήταν η αρθρίτιδα (86 ασθενείς, 68,3%), ακολουθούμενη από την αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα σε συνδυασμό με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα (19 ασθενείς, 15,1%) και την ψωρίαση (16 ασθενείς, 12,7%). Σπανιότερα καταγράφηκαν πολλαπλή σκλήρυνση (6 ασθενείς, 4,8%), πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα και σακχαρώδης διαβήτης τύπου Ι (3 ασθενείς, 2,4% έκαστο), IgA νεφροπάθεια (2 ασθενείς, 1,5%), συστηματικός ερυθρεμάτωδης λύκος (2 ασθενείς, 1,5%), δερματικός λύκος (1 ασθενής, 0,75%) και ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα (2 ασθενείς, 1,5%). Σε μέρος των ασθενών παρατηρήθηκε συνύπαρξη περισσότερων του ενός αυτοάνοσων νοσημάτων.

Συμπεράσματα: Η νόσος Crohn συσχετίστηκε με υψηλότερη συχνότητα αυτοάνοσων συννοσηροτήτων και αυξημένη χρήση βιολογικών παραγόντων, αναδεικνύοντας την ανάγκη διεπιστημονικής προσέγγισης στη διαχείριση

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ



A		A	
Argyriou O.	90	Αβδή Μ.	44, 83
Arroja B.	15	Αγγελάκη Ε.	87
Awad T.	40	Αγγελετοπούλου Ι.	6
B		Αγορογιάννη Α.	32, 35
Bronze S.	15	Αδάμου Έ.	32
C		Αλμπάνη Φ.	4
Calabrese P.	40	Ανδρούτσος Ο.	50, 51, 54, 55
Celentano V.	39, 40, 41	Αντωνιάδου Κ.	88, 89
Cristiano M	15	Αξιάρης Γ.	5, 10, 15, 48
F		Αποστολόπουλος Π.	71
Fernandes D.	15	Αποστόλου Α.	82
G		Αραβαντινού-Κουτσούβη Α.-Σ.	17
Ghersin I.	90	Αργυράκης Τ.	88, 89
Gonçalves R.	15	Αργυριάδης Χ.	54
H		Αργυρίου Κ.	4, 8, 10, 15, 50, 51, 69, 70, 94
Hart A.	90	Αρχαύλης Ε.	7, 32
K		B	
Kumar A.	40	Βαγιανός Κ.	25
L		Βακουφτσή Β.-Ρ.	50, 51
Lee Y. J.	41	Βαρκά Α.	17
Lee Yu Jin	39	Βάρκα Α.	8, 10, 15, 52
Lima F.	15	Βαρυτιμιάδης Κ.	7
N		Βασιλειάδου Π.	94
Neves J. Camões	15	Βασιλόπουλος Δ.	33
P		Βαχλιώτης Η.	5, 48, 57
Pujante A.	71	Βελεγράκη Μ.	13, 95
S		Βεργενάκη Ε.	32
Sahnán K.	90	Βιάζης Ν.	7, 8, 10, 15, 17, 19, 32, 33, 35, 87
Silva A.R. Carreiro	15	Βιέννα Ε.	7
T		Βλαχογιαννάκος Ι.	80
Tozer P.	90	Βλάχου Α.	50, 55, 69, 70
W		Βλάχου Ε.	52, 57
Worley G.	90	Βόγκλη Σ.	73, 74
		Βουγαδιώτης Ι.	88, 89
		Βουλγάρογλου Γ.	48
		Βρακάς Σ.	88, 89
		Βράκας Σ.	15
		Γ	
		Γαβριηλίδη Μ.	69, 70

Γαζή Σ.	33	Ζαχαρία Κ.	88, 89
Γαζούλη Μ.	87	Ζαχαροπούλου Ε.	8, 10, 11, 15, 17, 33, 36, 78
Γαλανόπουλος Μ.	19, 45	Ζησιμόπουλος Κ.	6
Γατοπούλου Α.	10, 35	Ζούπα Έ.	50, 55, 69, 70
Γεραμούτσος Γ.	6	Ζυγούρης Χ.	32
Γεωργακοπούλου Ν.	79	⊖	
Γεωργιάδου Γ.	5	Θάνος Χ.	79
Γεωργιάδου Σ.	28	Θέμελη Σ.	7
Γεωργιλής Ε.	7, 32	Θεοδωράκη Ε.	14, 85
Γεώργιος Γ.	39	Θεοδωροπούλου Α.	8, 10, 13, 15, 33, 35, 95
Γεωργίου Ε.	79	Θεολόγη Μ.	4, 94
Γεωργοπούλου Β.	63	Θεοφανοπούλου Α.	71
Γιακουμής Μ.	19, 45	Θεοχάρης Γ.	6, 17, 44, 63, 83
Γιάννης Α.	44, 67, 83	Θεοχαρίδου Α.	42, 47
Γιάννος Γ.	41	Θωμόπουλος Κ.	4, 6
Γιοβάνης Σ.	59		
Γιουλεμέ Ό.	4, 8, 10, 15, 17, 20, 33, 52, 57	Ιντέρνος Ι.	11, 78
Γκιαουράκη Ε.	14	Ιωάννου Α.	8, 10, 17, 30, 76
Γκολφάκης Π.	44, 83	Κ	
Γκόλφου Γ.	4, 72, 73, 74	Καββαδίας Α.	37, 38
Γραμματικός Ν.	52	Καλάκος Ν.	8, 10, 79
Γρηγορίου Δ.	54	Καλαντζής Χ.	71
Δ		Καλόγηρος Γ.	7, 35
Δεληγιάννη Ε.	8	Καλογήρου Μ.	57
Δεληγιάννη Ε.- Α.	4, 94	Καλογήρου Μ.-Σ.	52
Δελίδης Θ.	10, 15, 30	Καλτσά Α.	94
Δέλκου Ι.	55	Καλυβιανάκη Κ.	14
Δελλαπόρτα Ι.	17	Καμπά Μ.	14
Δεπούντης Γ.	6	Καμπέρη Β.	63
Δημητριάδης Δ.	15, 35	Καναβάκη Ι.	22, 24
Δημητριάδης Κ.	10, 30	Καναλουπίτης Σ.	6
Δημητρούλας Α.	33	Κανελλόπουλος Ι.	19
Δημοπούλου Κ.	8	Κανελλόπουλος Π.	7, 15, 32, 33, 35
Δρυγιαννάκης Ι.	61	Κανελλοπούλου Ι.	44, 59, 83
Ε		Κανέλλου Α.	63, 67
Εμμανουήλ Θ.	15	Καντά Δ.	54
Ευσταθίου Μ.	56	Καρακατσάνης Σ.	25, 26, 27, 29
Ευσταθίου Σ.	66	Καραμανάκος Α.	33
Ζ		Καραμπάτσος Β.	32, 35
Ζαμπέλη Ε.	8, 10, 15, 17, 30, 33, 76	Καρατζάς Π.	10, 35, 80, 82

Καραχάλιου Α.	4, 36	Λάζου Δ.	35, 42, 47
Καρμίρης Κ.	4, 33	Λαμούρη Χ.	15
Καρούμπαλης Ι.	79	Λάμπρου Σ.	56, 66
Καρτσώλη Σ.	88, 89	Λαούδη Ε.	10
Καστή Α.	65	Λάμπας Ι.	7
Κατοπώδη Κ.	15	Λεβεντάκη Φ.	71
Κατσάνος Κ.	10, 15, 33	Λευθεριώτης Κ.	8
Κατσαρός Μ.	52, 57	Λεωνιδάκης Γ.	8, 10, 30
Κατσάς Κ.	59, 63, 65, 67	Λιάτσος Χ.	8, 15, 17, 19, 33, 45
Κατσαφάδου Β.-Σ.	43	Λυγίζου Π.	69, 70
Κατσίκας Γ.	33		
Κατσούλα Α.	20, 33, 52, 57	M	
Κατωπόδη Κ.	4, 88, 89	Μάθου Ν.	15
Καφίρη Γ.	91	Μαλανδρής Κ.	20
Καψωριτάκης Α.	4, 8, 10, 15, 50, 51, 69, 70, 94	Μαλγαρινός Γ.	25, 26, 27
Κιούπη Μ.	24	Μαλγαρινός Κ.	26, 27
Κίτσου Β.	15	Μάμαλης Μ.	48
Κλαδευτήρα Δ.	59	Μάμαλης Σ.	5
Κοζομπόλη Δ.	7, 15, 19, 32, 35, 87	Μάνου Δ.	56, 66
Κονδύλης Γ.	44, 59, 83	Μάντακα Κ.	15
Κοντογιάννη Μ.	4, 36	Μάντζαρης Γ.	4, 36
Κόντος Γ.	91	Μανωλάκης Α.	94
Κουϊμτσίδης Ι.	71	Μανωλακόπουλος Σ.	91, 92
Κουκούδης Α.	33	Μαργαρίτης Ε.	88, 89
Κουκουλιώτη Ε.	44, 83	Μαρκάκη Α.	59, 63, 65, 67
Κουκούτση Κ.	13, 95	Μαρκόπουλος Π.	10, 72, 73, 74, 76
Κουρίκου Α.	91, 92	Μασίνα Β.	56, 66
Κούρτη Α.	22	Μαστορογιάννη Ν.	10
Κουτουλογένης Κ.	4	Μελά Μ.	7, 32
Κουτρομπάκης Ι.	14, 15, 59, 61, 63, 65, 67, 85	Μελέ Ε.	33
Κουτσιανάς Χ.	33	Μέλλος Α.	88, 89
Κουτσούμπας Α.	80	Μερτζανίδου Ν.	28
Κρανιδιώτη Χ.	91	Μιχαηλίδου Ε.	82
Κυριαζοπούλου Μ.	56	Μιχαλακέας Ν.	33
Κυριακίδης Σ.	94	Μιχαλόπουλος Γ.	8, 10, 15, 35, 79
Κυριάκος Ν.	8, 15, 17, 19, 33, 45	Μιχόπουλος Σ.	8, 10, 17, 30, 76
Κωνσταντίνου Γ.	42	Μολλαγιουσσοφόγλου Μ.	5
Κωνσταντίνου Ν.	73, 76	Μουζιούρας Δ.	80
		Μουσουράκης Κ.	7, 8, 10, 15, 17, 32, 33, 35, 87
		Μπαθρέλλου Ε.	4
Λ		Μπακογιάννης Κ.	10, 30, 33
Λαζαράκη Γ.	5	Μπαλή Μ.	6, 17
Λαζαρίδης Η.	52, 57		

Στάμου Α.	83	Φιαγκουσάκης Κ.	32, 35
Στασινός Ι.	71	Φιλιππάκου Α.	72, 73, 74, 76
Στραβοδήμος Γ.	39, 40, 41, 90	Φουσέκης Φ.	15, 33
Στρατηγός Α.	33	Φραγκάκη Μ.	13, 95
Στρίκη Α.	35, 79	Φραγκιαδάκης Ι.	13, 95
Στρογγυλού Δ.-Ε.	50, 51, 54, 55, 69, 70	Φραγκούλης Γ.	33
Στρομπιώτης Δ.	72, 74	Φρόνας Γ.	88, 89
Σωτηρόπουλος Χ.	6	Φυτσιλής Φ.	94
		Φωτεινογιαννοπούλου Κ.	14, 61
Τ		Φώτης Δ.	94
Ταβουλάρη Ε.	42, 47	Φώτης Λ.	24
Ταλουμτζής Χ.	42, 47		
Ταμίσογλου Ι. Κ.	28	Χ	
Ταμπάκη Μ.	91, 92	Χάιδιτς Α.-Μ.	20
Τασοβασίλη Α.	56, 66	Χαλακατεβάκη Κ.	87
Τελάκης Ε.	72, 73, 74, 76	Χαρμαντζής Γ.	54, 55
Τζελάς Γ.	94	Χασάπη Β.	33
Τζιλβές Δ.	5, 48	Χασάπη Σ.	87
Τζουβαλά Μ.	4, 8, 10, 11, 15, 17, 33, 36, 78	Χατζηδάφνης Π.	69, 70
Τζωρτζάκης Π.	65	Χατζούδης Ι.	94
Τούλης Ε.	28	Χαχόπουλος Χ.	71
Τουμπαλίδου Μ.	20	Χείλα Μ.	33
Τριανταφυλλίδης Ι.	25, 26, 27, 29	Χλωράκης Γ.	61
Τριανταφύλλου Μ.	79	Χούγιας Δ.	94
Τριάντος Χ.	6, 15	Χρηστίδου Α.	7, 15, 32, 33
Τριβυζάκη Θ.	88, 89	Χριστοδούλου Δ.	33
Τρικούπης Ν.	82	Χριστοδούλου Χ.	82
Τριμπόνιας Γ.	8, 15, 33, 35	Χριστουλάκης Μ.	11, 78
Τσάπας Α.	20	Ψ	
Τσαρούχης Κ.	47	Ψαθά Π.	30
Τσιαμπέρας Ν.	91, 92	Ψαράκης Γ.	61
Τσιμπούρης Π.	71	Ψαρουδάκης Ι.	10, 13, 33, 95
Τσιολακίδου Γ.	15	Ψύχου-Δέρκα Λ.	94
Τσιρώνη Ε.	4, 10, 72, 73, 74, 76		
Τσιτσιγιάννης Κ.	79		
Τσοκάντα Κ.	11, 78		
Τσολάκος Ε.	56, 66		
Τσούκας Κ.	55, 69, 70		
Τσούνης Ε.	6		
Φ			
Φαλιάκος Χ.	11, 78		
Φεσσάτου Σ.	22, 24		

Κατεβάστε την εφαρμογή

