

ΟΡΓΑΝΩΣΗ



Ελληνική Ομάδα Μελέτης  
Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών  
Νόσων του Εντέρου  
(ΕΟΜΙΦΝΕ)

# 17<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου

**18 - 20 Μαΐου 2018**

Μέγαρο Μουσικής

**Θεσσαλονίκη**

Χορηγούνται **18 μόρια**  
Συνεχιζόμενης Ιατρικής  
Εκπαίδευσης (CME- CPD credits)  
από τον Πανελλήνιο  
Ιατρικό Σύλλογο

[www.ifne2018.gr](http://www.ifne2018.gr)



**Βιβλίο  
Περιλήψεων**



# 17<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου

18 - 20 Μαΐου 2018 Μέγαρο Μουσικής Θεσσαλονίκη

ΟΡΓΑΝΩΣΗ



Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου  
(EOMIFNE)

## Χαιρετισμός

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Βρίσκομαι στην ευχάριστη θέση να σας καλωσορίσω, από τη θέση της Προέδρου της Οργανωτικής Επιτροπής, στο 17<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου, που θα πραγματοποιηθεί στις 18 - 20 Μαΐου 2018, στο Μέγαρο Μουσικής, στη Θεσσαλονίκη.

Το Συνέδριο αυτό έχει στόχο την συνεχιζόμενη εκπαίδευση και την προβολή των νεότερων δεδομένων στην έρευνα και στη διαχείριση ασθενών στον τομέα των ΙΦΝΕ.

Καταξιωμένοι Έλληνες και ξένοι επιστήμονες καλούνται να μεταφέρουν τις γνώσεις και την εμπειρία τους μέσα από ενδιαφέρουσες διαλέξεις, ποικιλόμορφα στρογγυλά τραπέζια, αντιπαραθέσεις και παρουσιάσεις περιπτώσεων, δίνοντας έναυσμα για δημιουργικό διάλογο σε επίκαιρα θέματα.

Η εμπειρία των επιτυχημένων προηγούμενων συνεδρίων της Ελληνικής Ομάδας Μελέτης των Ιδιοπαθών Νόσων του Εντέρου (EOMIFNE) μας δημιουργεί αυξημένο αίσθημα ευθύνης, αλλά και αισιοδοξία για μία ακόμη επιτυχημένη επιστημονική εκδήλωση.

Με τις σκέψεις αυτές, σας καλωσορίζω στο 17<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο της EOMIFNE.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

**Όλγα Γιουλεμέ**

Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής

# Περιεχόμενα

<b>ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ</b>	5-9
ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 1	6
ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 2	7
ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 3	8
ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 4	9
<hr/>	
<b>ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ</b>	11-68
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ (ΕΡ1-ΕΡ10)	12-21
ΔΙΑΤΡΟΦΗ (ΕΡ11-ΕΡ13)	22-24
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ (ΕΡ14-ΕΡ31)	25-42
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ (ΕΡ32-ΕΡ55)	43-66
ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ (ΕΡ56-ΕΡ57)	67-68
<hr/>	
<b>ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ</b>	69-74
<hr/>	







Ελληνική Ομάδα Μελέτης  
Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου  
(ΕΟΜΙΦΝΕ)

# 17<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



## ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 1

### ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΤΩΝ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΩΝ ΣΕ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥΣ ΥΠΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΥΣ ΜΥΟΪΝΟΒΛΑΣΤΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ

**Ε. Φιλίδου<sup>1</sup>, Ι. Δρυγιαννάκης<sup>2</sup>, Κ. Αρβανιτίδης<sup>1</sup>, Σ. Βραδέλης<sup>3</sup>, Γ. Κουκλάκης<sup>4</sup>,  
Ι. Κουτρομπάκης<sup>2</sup>, Γ. Μπάμιας<sup>5</sup>, Γ. Κολιός<sup>1</sup>, Β. Βαλάτας<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

<sup>2</sup>Εργαστήριο Γαστρεντερολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

<sup>3</sup>Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

<sup>4</sup>Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

<sup>5</sup>Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Σωτηρία», Τμήμα Ιατρικής, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

**Σκοπός:** Οι εντερικοί υποεπιθηλιακοί μυοϊνοβλάστες (ΕΥΜ) συμμετέχουν ενεργά στην εντερική ίνωση, αλλά και σε φλεγμονώδεις διεργασίες. Μελετήσαμε την έκφραση υποδοχέων ιντερλευκινών σε ΕΥΜ φυσιολογικών μαρτύρων και ασθενών με Νόσο Crohn (NC) και Ελκώδη Κολίτιδα (ΕΚ).

**Υλικά και Μέθοδοι:** ΕΥΜ απομονώθηκαν από ενδοσκοπικές βιοψίες παχέος εντέρου φυσιολογικών μαρτύρων και ασθενών με NC (5) και ΕΚ (3), καλλιεργήθηκαν και μελετήθηκε η έκφραση των υποδοχέων ιντερλευκινών με real-time ποσοτική PCR.

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκε βασική έκφραση των περισσότερων υποδοχέων στους ΕΥΜ, όλων των υπό μελέτη ομάδων. ΕΥΜ από ασθενείς με NC παρουσίαζαν μειωμένη έκφραση των υποδοχέων της έμφυτης ανοσίας (IL1R1: 0.49 fold,  $\pm 0.12$ ,  $p < 0.05$ , TNFRSF1A: 0.43 fold,  $\pm 0.04$ ,  $p < 0.01$ ), της Treg (IL10RA: 0.43 fold,  $\pm 0.06$ , IL10RB: 0.52 fold,  $\pm 0.05$ ,  $p < 0.05$ ), της Th17 (IL17RA: 0.63 fold,  $\pm 0.07$ ,  $p < 0.05$ , IL23R: 0.36 fold,  $\pm 0.03$ ,  $p < 0.01$ ) και της Th1 ανοσοαπόκρισης (IL12RB2: 0.55 fold,  $\pm 0.03$ ,  $p < 0.01$ ). ΕΥΜ από ασθενείς με ΕΚ παρουσίαζαν μειωμένα επίπεδα έκφρασης των υποδοχέων της έμφυτης ανοσίας (IL1R1: 0.15 fold,  $\pm 0.01$ , TNFRSF1A: 0.27 fold,  $\pm 0.01$ ,  $p < 0.01$ ), της Treg (IL10RB: 0.54 fold,  $\pm 0.04$ , TGFBR2: 0.48 fold,  $\pm 0.14$ ,  $p < 0.05$ ), της Th17 (IL23R: 0.58 fold,  $\pm 0.01$ ,  $p < 0.01$ ) και της Th2 ανοσοαπόκρισης (IL4R: 0.23 fold,  $\pm 0.01$ ,  $p < 0.01$ , IL13RA2: 0.13 fold,  $\pm 0.06$ ,  $p < 0.05$ ) και αυξημένα της Th1 (IL12RB2: 1.44 fold,  $\pm 0.07$ ,  $p < 0.01$ ).

**Συμπεράσματα:** Η μειωμένη έκφραση των υποδοχέων της Th1 και Th17 ανοσοαπόκρισης στους ΕΥΜ ασθενών με NC και η μειωμένη έκφραση των υποδοχέων της Th2 στους ΕΥΜ ασθενών με ΕΚ, πιθανώς να οφείλεται στην αυξημένη παραγωγή των αντίστοιχων κυτταροκινών στον εντερικό βλεννογόνο και να αποτελεί μία προσπάθεια αποκατάστασης της εντερικής ομοιόστασης.



## ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 2

### ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

**Κ. Βασιλάκη<sup>1</sup>, Ι. Ξυνιάς<sup>2</sup>, Η. Τούλια<sup>2</sup>, Α. Μαυρούδη<sup>2</sup>, Π. Καράνικα<sup>2</sup>, Δ. Μουσελίμης<sup>2</sup>, Α. Τσαρούχας<sup>2</sup>, Ο. Γιουλεμέ<sup>3</sup>**

*<sup>1</sup>Γ' Παιδιατρική Κλινική, Μονάδα Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, & Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη*

*<sup>2</sup>Γ' Παιδιατρική Κλινική, Μονάδα Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη*

*<sup>3</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ως μετάβαση ορίστηκε η σκόπιμη προγραμματισμένη μετακίνηση εφήβων και νεαρών ενηλίκων με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (ΙΦΝΕ) από την παιδιατρική φροντίδα σε αυτή των ενηλίκων. Η επιτυχής μετάβαση προϋποθέτει αφενός τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο ο έφηβος θα νιώθει άνετα να θέτει ερωτήματα, να ενημερώνεται για το νόσημά του, τη θεραπεία του, τις παρενέργειες των φαρμάκων σε συνάρτηση πάντοτε με την ωριμότητά του, αφετέρου τη δημιουργία μιας ασφαλούς προοπτικής για αυτόν και τον γονιό του. Σκοπός της προοπτικής αυτής μελέτης είναι να εκτιμήσει 1) την ετοιμότητα των εφήβων για τη μετάβαση 2) την αποτελεσματικότητα της διαδικασίας μετάβασης 3) την ικανοποίηση εφήβου και γονέα σε σχέση με τη διαδικασία.

**Υλικό και Μέθοδος:** Παιδιά >12χρ με ΙΦΝΕ που παρακολουθούνται στο παιδογαστρεντερολογικό ιατρείο, κλήθηκαν να συμπληρώσουν δύο φορές ετησίως ένα ερωτηματολόγιο όσον αφορά τη γνώση του ιατρικού τους ιστορικού, της θεραπευτικής αντιμετώπισης και των παρενεργειών της, αλλά και την ικανότητα αντιμετώπισης υποτροπών της νόσου ανάλογα με την ηλικία τους. Επίσης ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της διαδικασίας μετάβασης συμπληρώθηκε από τους ίδιους και τους γονείς τους.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 10 παιδιά 7 κορίτσια και 3 αγόρια με ΙΦΝΕ, 4/10 είχαν ελκώδη κολίτιδα ενώ τα υπόλοιπα νόσο Crohn. Η μέση ηλικία ήταν 15,5χρ. Το 71% των ασθενών παρουσίαζε έλλειμμα ικανοτήτων αντίστοιχο της ηλικιακής ωριμότητάς τους ενώ κατά την επανεκτίμηση πάνω από 50% κατέκτησαν τις συγκεκριμένες ικανότητες, Το 33% των ασθενών δεν γνώριζε πλήρως το ιστορικό του, το 66% δεν γνώριζε ποιες εξετάσεις κάνει και γιατί, ενώ το 50% δεν γνώριζε τις παρενέργειες των φαρμάκων που ελάμβανε. Όλοι οι γονείς ήταν ικανοποιημένοι από την όλη διαδικασία μετάβασης όπως και οι ασθενείς.

**Συμπεράσματα:** Η προγραμματισμένη διαδικασία μετάβασης δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας σε εφήβους και γονείς και προετοιμάζει τον έφηβο με τις απαραίτητες γνώσεις για ομαλή μετάβαση στην ιατρική παρακολούθηση από τον γαστρεντερολόγο ενηλίκων.



## ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 3

### ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ CLOSTRIDIUM DIFFICILE ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

**Ν. Βιάζης<sup>1</sup>, Χ. Πόντας<sup>1</sup>, Κ. Καρμίρης<sup>2</sup>, Ι. Δήμας<sup>2</sup>, Μ. Φραγκάκη<sup>2</sup>, Ι. Δρυγιαννάκης<sup>3</sup>,  
Ι. Κουτρομπάκης<sup>3</sup>, Δ. Μόσχοβης<sup>4</sup>, Μ. Τζουβαλά<sup>4</sup>, Γ. Θεοχάρης<sup>5</sup>, Χ. Τσολιάς<sup>5</sup>,  
Κ. Θωμόπουλος<sup>5</sup>, Ε. Ζαμπέλη<sup>6</sup>, Γ. Αξιάρης<sup>6</sup>, Σ. Μιχόπουλος<sup>6</sup>, Γ. Μάντζαρης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

<sup>2</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης «Βενιζέλειο», Κρήτη

<sup>3</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, Κρήτη

<sup>4</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Αθηνών, Αθήνα

<sup>5</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας, Πάτρα

<sup>6</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** να καθορίσουμε τη συχνότητα της λοίμωξης από Clostridium Difficile (CDI) στους νοσηλευόμενους ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου (ΙΦΝΕ) σε μεγάλα τριτοβάθμια νοσοκομεία στην Ελλάδα.

**Μέθοδος:** Αναδρομική ανάλυση δεδομένων των εξετάσεων κοπράνων, από ασθενείς που νοσηλεύονταν για διερεύνηση διάρροιας από 01/01 έως 31/12 του 2016. Μια ταχεία ανοσοενζυματική μέθοδος χρησιμοποιήθηκε για τη ανίχνευση αντιγόνου Γλουταμινικής Αφυδρογονάσης (GDH), ενώ τη συνέχεια, οι τοξίνες Α και Β αναζητήθηκαν στα θετικά δείγματα, προκειμένου να επιβεβαιωθεί η CDI. Τέλος, ο επιπολασμός του CDI σε ασθενείς με ΙΦΝΕ συγκρίθηκε με ασθενείς χωρίς ΙΦΝΕ.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά μελετήθηκαν 6932 νοσηλευόμενοι ασθενείς για CDI, 894 βρέθηκαν θετικοί για GDH (12,89%) και 339 βρέθηκαν θετικοί για τοξίνη (4,89%) - επιπολασμός CDI = 1.6/1000 ασθενο-ημέρες. Μεταξύ αυτών, υπήρχαν 401 ασθενείς με ΙΦΝΕ, από τους οποίους 62 βρέθηκαν θετικοί για GDH (15,46%) και 30 θετικοί για τοξίνη (7,48%) - επιπολασμός CDI = 2.5/1000 ασθενο-ημέρες [ $p = 0.013$ ]. Από τους ασθενείς με ΙΦΝΕ (14 άνδρες, μέση ηλικία 46 έτη), 18 είχαν ελκώδη κολίτιδα (E1 = 2, E2 = 3, E3 = 13) και 12 νόσο Crohn (A2L1B1 = 3, A2L2B1 = 3, A2L3B1 = 3, A3L1B1 = 2, A3L3B3 = 1). Έξι από αυτούς ελάμβαναν βιολογικούς παράγοντες, 3 κορτικοστεροειδή (ένας με Αζαθειοπρίνη και ένας με 5-ASA), 9 ήταν σε μονοθεραπεία με Αζαθειοπρίνη και 12 σε μονοθεραπεία 5-ASA. Όλοι αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με αγωγή με μετρονιδαζόλη και/ή βανκομυκίνη.

**Συμπέρασμα:** Ο επιπολασμός του CDI είναι υψηλότερος στους νοσηλευόμενους ασθενείς με ΙΦΝΕ από αυτούς χωρίς.





## ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 4

### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΙΦΝΕ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΦΕΣΗ

**N. Καφαλής<sup>1</sup>, K. Φασούλας<sup>1</sup>, A. Κατσούλας<sup>2</sup>, N. Δημητριάδης<sup>2</sup>, O. Γιουλεμέ<sup>2</sup>, K. Σουφλέρης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, «Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης  
<sup>2</sup>Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, «Ιπποκράτειο» Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Στην εποχή που ιδανικός θεραπευτικός στόχος στη διαχείριση ασθενών με ΙΦΝΕ είναι η φυσιολογική ζωή, δεν έχει μελετηθεί αρκετά η επίδραση στην παραγωγικότητα στην εργασία και στην ποιότητα ζωής. Σκοπός της μελέτης να εκτιμηθούν οι παραπάνω ποιοτικοί δείκτες σε ασθενείς με ΙΦΝΕ σε κλινική ύφεση.

**Μέθοδοι:** Με την μέθοδο της τηλεφωνικής συνέντευξης καταγράφηκαν δεδομένα από 201 ασθενείς με ΙΦΝΕ: 116 με CD, μέση ηλικία 42,2 (39,7-45) έτη, Α/Θ: 58/58, 85 με UC, 45,6 (41,7-47,5) έτη Α/Θ: 45/40, μέσο HBI score 2,66 (2,27-3,04) και μέσο Partial Mayo Score 1,14 (0,42-1,45). Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια EQ-5D και WPAI για ποιότητα ζωής και παραγωγικότητα στην εργασία αντίστοιχα. Αντλήθηκαν επίσης δεδομένα από 38 υγιείς μάρτυρες ανάλογης ηλικίας και φύλου.

**Αποτελέσματα:** Εργαζόμενοι δήλωσαν 109 ασθενείς (54,2%). Καταγράφηκαν: Absenteeism-απουσία από εργασία λόγω νόσου (n=10) 31.2% (9.4-53), Presenteeism-μειωμένη παραγωγικότητα στην εργασία (n=38) 30.5% (24-37.1), Συνολική Ελαττωμένη Παραγωγικότητα (n=42) 32% (24.2-39.7) και Μειωμένη Δραστηριότητα (n=201) 13.5% (10.8-16.2). Βρέθηκε στατιστική συσχέτιση μεταξύ παραγωγικότητας και δεικτών ενεργότητας. Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στο Presenteeism μεταξύ ασθενών και υγιών μαρτύρων (p<0,001). Το EQ-5D Index για την CD ήταν 0,84 (0,81 – 0,87) και για την UC 0,88 (0,86-0,92). Αντίστοιχα ο Health State Index για CD ήταν 76 (73-79) και για UC 79 (76-83). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση ο δείκτης Health State συσχετίστηκε αρνητικά με HBI, Partial Mayo Score (p<0,001), ηλικία και εξωντερικές εκδηλώσεις.

**Συμπεράσματα:** Εργαζόμενοι ασθενείς με ΙΦΝΕ σε κλινική ύφεση εμφανίζουν μειωμένη παραγωγικότητα στην εργασία τους με ουσιαστικές συνέπειες σε ποιότητα ζωής και οικονομία. Αναδεικνύεται ένα νέο θεραπευτικό κενό που πρέπει να αντιμετωπιστεί.





Ελληνική Ομάδα Μελέτης  
Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου  
(ΕΟΜΙΦΝΕ)

# 17<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου

E-POSTERS

**ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΑΚΑΜΨΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΘΕΙΟΠΟΥΡΙΝΕΣ**

**Γ. Μάντζαρης<sup>1</sup>, Χ. Χατζηευαγγελινού<sup>1</sup>, Π. Ζουμπούλης<sup>2</sup>, Γ. Φιλιππίδης<sup>1</sup>, Φ. Γκέρος<sup>1</sup>,  
Ι. Τζιωρτζιώτης<sup>1</sup>, Μ. Βράκα<sup>1</sup>, Α. Χρηστίδου<sup>1</sup>, Μ. Μελά<sup>1</sup>, Ν. Βιάζης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

<sup>2</sup> Ακτινολόγος

**Εισαγωγή.** Η μετεγχειρητική χορήγηση αζαθειοπρίνης σε ασθενείς με νόσο του Crohn (NC) σε άνδρες μπορεί να προκαλέσει οζώδη αναγεννητική υπερπλασία και πυλαία υπέρταση ή σποραδικά ηπατική ίνωση. Στη μελέτη μας διερευνήσαμε αν η αζαθειοπρίνη προκαλεί ηπατική ίνωση σε ασθενείς με NC ή ελκώδη κολίτιδα (EK).

**Ασθενείς.** Διαδοχικοί ασθενείς με EK και NC υπό αζαθειοπρίνη για  $\geq 3$  έτη, χωρίς ηπατοπάθεια, χολολιθίαση, επέμβαση στα χοληφόρα, κατάχρηση αλκοόλ και  $>90\%$  ικανοποιητικές μετρήσεις ηπατικής ακαμψίας (KPa) σε Shear Wave SW Study/Ελαστογραφία. Ο KPa υπολογίστηκε ως ο μέσος όρος (εύρος) τουλάχιστο 10 μετρήσεων/συνεδρία (ΦΤ  $<7.0$ ). Σε ασθενείς με KPa  $>7$  η εξέταση επαναλήφθηκε μετά 1 έτος.

**Αποτελέσματα.** Εξετάσθηκαν 36 ασθενείς (20 θήλεις, μέση ηλικία 38.5 έτη, 25 NC, ουδείς πότης, 15 καπνιστές). Η μέση διάρκεια λήψης αζαθειοπρίνης ήταν 6.8 (3.5-17.0) έτη και η μέση τιμή (εύρος) BMI ήταν 22.94 (17.1-30.0). Πέντε ασθενείς (όλοι με NC) είχαν λιπώδη διήθηση ήπατος με φυσιολογικές ηπατικές εξετάσεις. Συνολικά, 16 ασθενείς με NC είχαν υποβληθεί σε δεξιά ημικολεκτομή πριν (13) ή μετά (3) τη θεραπεία αζαθειοπρίνης. Η μέση τιμή (εύρος) KPa ήταν 5.7 (2.7-8.1). Η δοκιμασία επαναλήφθηκε χωρίς αξιόλογες διαφορές σε 16 ασθενείς μετά 1 έτος και σε 4 μετά 2 έτη. Ουδείς εμφάνισε διαταραχές της ηπατικής βιοχημείας. Όμως, 3/27 ασθενείς με NC, λιπώδες ήπαρ και BMI  $>27$ , εμφάνισαν παθολογικές τιμές KPa για 2 συνεχόμενα έτη (7.4/7.8, 7.6/7.5 και 8.0/8.1, αντίστοιχα).

**Συμπέρασμα.** Η μακρά θεραπεία με αζαθειοπρίνη δεν προκαλεί ηπατική ίνωση, αλλά ασθενείς με λιπώδη διήθηση και παθολογικές τιμές BMI χρήζουν στενής παρακολούθησης ακόμη και όταν έχουν φυσιολογική ηπατική βιοχημεία.

### ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΙΦΝΕ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ GLS (Global Longitudinal Strain)

**Δ. Μόσχοβης<sup>1</sup>, Α. Παπασπυρόπουλος<sup>2</sup>, Ε. Ζαχαροπούλου<sup>1</sup>, Ι. Ιντέρνος<sup>1</sup>, Γ. Κεχαγιάς<sup>1</sup>, Χ. Βεΐμου<sup>1</sup>, Γ. Μιχαλόπουλος<sup>3</sup>, Β. Βαμβακούσης<sup>1</sup>, Μ. Τζουβαλά<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα

<sup>2</sup> Β' Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα

<sup>3</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζανείο», Αθήνα

**Σκοπός:** Σε ασθενείς με ΙΦΝΕ τα καρδιαγγειακά συμβάμματα είναι αυξημένα. Ο κίνδυνος καρδιακής ισχαιμικής νόσου φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με την εντερική φλεγμονή και λιγότερο με παράγοντες κινδύνου του μεταβολικού συνδρόμου προκαλώντας υπερπηκτικότητα του αίματος και ενδοθηλιακές βλάβες οδηγώντας στο σχηματισμό αθηρωματικών πλακών. Λίγες μελέτες συσχετίζουν την εντερική φλεγμονή με την λειτουργία του καρδιακού μυός. Μια σύγχρονη μέθοδος «ποσοτικοποίησης» της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας σε μικροσκοπικό επίπεδο είναι το Global Longitudinal Strain (GLS) που αξιολογεί τον ρυθμό μεταβολής βράχυνσης και επιμήκυνσης των τοιχωμάτων της αριστερής κοιλίας αποτελώντας έμμεσο δείκτη ίνωσης του μυοκαρδίου.

**Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 29 ασθενείς με ΙΦΝΕ εκ των οποίων 14(48,2%) με ελκώδη κολίτιδα (UC) ηλικιών 23-80ετών (μο:48.5) και διάρκεια νόσου 3-24χρ (μο:14.07) καθώς και 15(51,8%) με ν. Crohn (CD) ηλικιών 18-58ετών (μο:38.35) και διάρκεια νόσου 3-20χρ (μο:6.14).

**Αποτελέσματα:** Στην αρχική αξιολόγηση οι ασθενείς με UC και CD είχαν GLS(-15)-(-22) [μο:-19.65] και (-15)-(-22) [μο:-18,14] αντίστοιχα. Μετά από ένα χρόνο 4 ασθενείς με UC είχαν GLS (-14)-(-19.5) και 1 ασθενής με CD -18.

**Συμπεράσματα:** Η καρδιοτοξικότητα δεν έχει μελετηθεί επαρκώς στους ασθενείς με ΙΦΝΕ. Εντούτοις, απαιτούνται μεγάλοι μεγέθους σχετικές μελέτες για την τεκμηρίωση των υποθέσεων αυτών.

	No	Ηλικία (μο έτη)	Διάρκεια Νόσου (μο έτη)	GLS
UC	14	48.5	14.07	-19.65
CD	15	38.35	6.14	-18.14

## ΧΡΗΣΗ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΓΙΑ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ INFLIXIMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ

**Ε. Θεοδωράκη<sup>1</sup>, Ε. Ορφανουδάκη<sup>1</sup>, Κ. Φωτεινογιαννοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Λεγάκη<sup>2</sup>,  
Μ. Γαζούλη<sup>2</sup>, Ι. Κουτρομπάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

<sup>2</sup> Τομέας Βασικών Ιατρικών Επιστημών, Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

**Σκοπός** Η χρήση βιοχημικών δεικτών είναι πολύτιμη στην παρακολούθηση των ασθενών με ΙΦΝΕ. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να ερευνησουμε τον ρόλο των βιοχημικών δεικτών στην πρόγνωση της απώλειας της ανταπόκρισης σε ασθενείς που λαμβάνουν infliximab (IFX).

**Υλικά & Μέθοδος** Μελετήθηκαν αναδρομικά ασθενείς με ΙΦΝΕ υπό IFX, για τους οποίους είχαμε στη διάθεσή μας επίπεδα φαρμάκου στον ορό (trough levels, IFX-TL), γενική αίματος και βιοχημικούς δείκτες ορού. Συγκρίθηκαν ασθενείς σε ύφεση που συνέχισαν στην ίδια θεραπεία και ασθενείς που έχασαν την ανταπόκρισή τους σε αυτήν σε διάστημα 2 ετών.

**Αποτελέσματα** Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 55 ασθενείς με ΙΦΝΕ υπό IFX που συνέχισαν στην ίδια θεραπεία [40 με νόσο Crohn (NC), 15 με ελκώδη κολίτιδα (EK), 37 (67%) άνδρες, μέση ηλικία 43 έτη] και 26 ασθενείς υπό IFX που εντατικοποίησαν τη θεραπεία τους, άλλαξαν φάρμακο ή χειρουργήθηκαν για τη νόσο [20NC, 6EK, 15 (58%) άνδρες, μέση ηλικία 41 έτη]. Η διάμεση τιμή των IFX-TL της πρώτης ομάδας ήταν 7.85 (IQR 3.26-12.97) μg/ml, ενώ της δεύτερης 1.59 (0.95-4.24) μg/ml,  $p=0.0008$ . Η διάμεση CRP ήταν 0.33 (0.32-0.33) mg/dl έναντι 0.54 (0.33-1.88) mg/dl,  $p=0.026$ , η διάμεση ΤΚΕ (1<sup>η</sup> ώρα) ήταν 17 (11-28) έναντι 20 (14-42),  $p=0.043$  και η διάμεση τιμή αιμοπεταλίων (K/ml) 244 (214-285) έναντι 303 (252-346) ( $p=0.009$ ). Δεν ανευρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις 2 ομάδες στα αντισώματα έναντι του φαρμάκου, λευκά αιμοσφαίρια, μονοκύτταρα, ηωσινόφιλα, αιμοσφαιρίνη, λευκωματίνη, μέσο όγκο αιμοπεταλίων και λόγου Ουδετεροφίλων/Λεμφοκυττάρων (σε όλα  $p>0.05$ ).

**Συμπεράσματα** Τα χαμηλά IFX-TL, καθώς και υψηλές τιμές CRP, ΤΚΕ και αιμοπεταλίων αποτελούν προγνωστικούς δείκτες πιθανής απώλειας ανταπόκρισης στο IFX.

**ΟΡΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΓΙΑ ΗΒV ΛΟΙΜΩΞΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ: ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

**Σ. Σιακαβέλλας<sup>1</sup>, Δ. Καλογερά<sup>1</sup>, Ε. Ζαμπέλη<sup>2</sup>, Ε. Τσιρώνη<sup>3</sup>, Μ. Τζουβαλά<sup>4</sup>, Δ. Μόσχοβης<sup>4</sup>, Α. Κώστας<sup>1</sup>, Γ. Αξιάρης<sup>2</sup>, Η. Κουρκουτάς<sup>2</sup>, Α. Φιλιππάκου<sup>3</sup>, Ι. Βλαχογιαννάκος<sup>1</sup>, Σ. Μιχόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Παπαθεοδωρίδης<sup>1</sup>, Γ. Μπάμιας<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα», Αθήνα

<sup>3</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Μεταξά», Πειραιάς

<sup>4</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας, «Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς

<sup>5</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Σωτηρία», Αθήνα

**Σκοπός της εργασίας:** Να εκτιμηθεί α) το ποσοστό των Ελλήνων ασθενών με ΙΦΝΕ με προστατευτικά επίπεδα anti-HBs, β) η ανταπόκριση τους στον εμβολιασμό.

**Υλικό και Μέθοδος:** Ανατρέξαμε στους φακέλους όλων των ασθενών με ΙΦΝΕ με τακτική παρακολούθηση σε 4 τριτοβάθμια νοσοκομεία των Αθηνών. Όλοι οι ασθενείς ελέγχθηκαν με ορολογικές εξετάσεις για ηπατίτιδα Β (HBsAg, anti-HBs και anti-HBc). Διαχειριστήκαμε τους ασθενείς κάτω των 65 ετών με αρνητικά HBsAg και anti-HBc ως εξής: α) (-) anti-HBs χωρίς γνωστό εμβολιασμό: εμβολιασμός σε 3 δόσεις (0, 1, 6 μήνες) με 20 μg, β) ιστορικό εμβολιασμού: επίπεδα anti-HBs >100iu/l: ετήσια παρακολούθηση με επίπεδα anti-HBs, επίπεδα anti-HBs 10-100iu/l, 1-3 δόσεις των 20 μg με μέτρηση anti-HBs μετά από κάθε δόση, μη ανιχνεύσιμο anti-HBs 1-3 δόσεις των 40 μg με anti-HBs μέτρηση anti-HBs μετά από κάθε δόση. Ο εμβολιασμός θεωρείτο επιτυχημένος όταν anti-HBs >100iu/l. Σε ασθενείς με αποτυχημένο αρχικό εμβολιασμό γινόταν επαναληπτική διπλή δόση (40 μg).

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 686 ασθενείς (NC=409, EK=272, Ενδιάμεση Κολίτιδα=5, Άρρενες=353, Ηλικία: 42,0 ± 15,2, 14-89 έτη). Από τους 575 ασθενείς με πρόσφατο ορολογικό έλεγχο για ΗΒV, υπήρχαν 8 με χρόνια ηπατίτιδα Β (HBsAg+) και 38 με παλαιά έκθεση στον ιό (HBsAg-, anti-HBc+). Ανοσία λόγω προηγούμενου εμβολιασμού (HBsAg-, anti-HBc-, anti-HBs+ >100iu/L) είχε το in 22,9% (n=140). Επίπεδα anti-HBs κάτω του ορίου είχε το 12% (n=70). Η πλειοψηφία των ασθενών είχε όλους τους δείκτες αρνητικούς (HBsAg, anti-HBc, and anti-HBs), (n=319, 55,5%). Υπήρχε σημαντική αντίστροφη συσχέτιση (p<0.001) μεταξύ της ηλικίας και της παρουσίας ανοσίας, πιθανώς λόγω του υποχρεωτικού εμβολιασμού σε παιδική ηλικία στις τελευταίες δύο δεκαετίες. Ξεκινήσαμε εμβολιασμούς σε 243 άτομα μέχρι στιγμής, με 206 να έχουν ολοκληρώσει το σχήμα. Η ανταπόκριση ελέγχθηκε σε 177 ασθενείς με 106 (59,8%) να επιτυγχάνουν ανοσία. Από αυτούς που απέτυχαν 39 έχουν λάβει επαναληπτικό εμβολιασμό και 22 πέτυχαν αυτή τη φορά ανοσία.

**Συμπεράσματα:** Σημαντικό ποσοστό ασθενών με ΙΦΝΕ στην Ελλάδα δεν έχει ανοσία έναντι του ΗΒV. Το κλασικό σχήμα εμβολιασμού συχνά αποτυγχάνει να παράγει anti-HBs αντισώματα. Αυξημένη επαγρύπνηση, εντατικά σχήματα εμβολιασμού και συχνή παρακολούθηση της ορολογικής εικόνας είναι ιδιαίτερα σημαντικά σε αυτό τον πληθυσμό.

**Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΨΟΥΛΑΣ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN**

**Ν. Βιάζης, Γ. Καραμπέκος, Χ. Χατζηευαγγελινού, Μ. Γαλανόπουλος, Θ. Τσιγαρίδας, Γ. Φιλιππίδης, Ι. Τζιωρτζιώτης, Φ. Γκέρος, Μ. Βράκα, Γ. Μάντζαρης**

*Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Η μετεγχειρητική ενδοσκοπική υποτροπή της νόσου του Crohn (NC) είναι συχνή και για το λόγο αυτό διενεργείται κολονοσκόπηση 6-12 μήνες μετά το χειρουργείο. Σκοπός να καθοριστεί η διαγνωστική ακρίβεια της κάψουλας λεπτού εντέρου σε αυτούς τους ασθενείς.

**Μέθοδος:** Αναδρομική ανάλυση 5471 ασθενών που υπεβλήθησαν σε κάψουλα στο Τμήμα μας (Μάρτιος 2003 – Μάρτιος 2017, άντρες/γυναίκες: 2693/2778, μέση ηλικία:  $50.8 \pm 28.4$  έτη). Από τους ασθενείς αυτούς 677 είχαν γνωστή NC, εκ των οποίων 41 υποβλήθηκαν στην εξέταση 6 – 12 μήνες μετά την ειλεοκολική εκτομή. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε ειλεοκολονοσκόπηση την ίδια χρονική περίοδο όπου η μετεγχειρητική υποτροπή ορίστηκε ως Rutgeerts score  $\leq 1$ , οπότε τα ευρήματα των δύο μεθόδων συγκρίθηκαν για να διαπιστωθεί εάν η κάψουλα μπορεί να ανιχνεύσει περισσότερες εγγύτερες βλάβες.

**Αποτελέσματα:** Μετεγχειρητική υποτροπή ανιχνεύθηκε σε 16/41 (39%) ασθενείς με ειλεοκολονοσκόπηση. Η κάψουλα ανίχνευσε βλάβες στον νεοτελικό ειλέο σε 15 από τους 16 ασθενείς (ολική συχνότητα 36.6%), καθώς σε ένα ασθενή η κάψουλα δεν έφτασε στον νεοτελικό ειλέο εντός της διάρκειας ζωής της μπαταρίας της. Συνυπάρχουσες βλάβες στον νεοτελικό ειλέο και εγγύτερα ανιχνεύτηκαν με την κάψουλα λεπτού εντέρου σε 9/15 ασθενείς, παρόλα αυτά, 2 ασθενείς με ενδοσκοπικό Rutgeerts score 0 είχαν και άλλες βλάβες εγγύτερα στον έλεγχο με την κάψουλα.

**Συμπεράσματα:** Η κάψουλα λεπτού εντέρου δεν είναι οικονομικά συμφέρουσα και δεν μπορεί να συστηθεί σαν επικουρική μέθοδος της ειλεοκολονοσκόπησης μετεγχειρητικά σε ασθενείς με NC. Μπορεί όμως να αντικαταστήσει την ειλεοκολονοσκόπηση, αν ληφθούν σαν δεδομένα η διαθεσιμότητα της μεθόδου, τα χαρακτηριστικά της νόσου και η προτίμηση του ασθενούς.



**ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΑΠΟΦΥΓΟΥΜΕ ΚΑΙ ΠΩΣ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΟΥΜΕ ΤΗΝ  
ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΗΣ ΚΑΨΟΥΛΑΣ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ  
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN**

**N. Βιάζης, E. Τσουκάλη, M. Γαλανόπουλος, X. Πόντας, Θ. Τσιγαρίδας, Γ. Καραμπέκος,  
E. Αρχαύλης, K. Μάρκογλου, E. Βιέννα, Γ. Μάντζαρης**

*Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Σκοπός να προσδιοριστεί ο κίνδυνος κατακράτησης της κάψουλας του λεπτού εντέρου σε ασθενείς με πιθανή ή γνωστή νόσο Crohn.

**Μέθοδοι:** Αναδρομική ανάλυση δεδομένων 5471 ασθενών που έλαβαν κάψουλα λεπτού εντέρου στο Τμήμα μας (Μάρτιος 2003 - Μάρτιος 2017, άντρες/γυναίκες 2693/2778, μέσης ηλικίας  $50.8 \pm 28.4$ ), λόγω i) αιμορραγίας πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας (n=3467), ii) πιθανής νόσου Crohn (n=968), iii) γνωστής νόσου Crohn (n=677), iv) διάφορες ενδείξεις (n=359). Οι ασθενείς με πιθανή ή γνωστή νόσο Crohn υποβάλλονταν στη δοκιμασία μόνο όταν δεν υπήρχαν ενδείξεις εντερικής απόφραξης. Στους υπόλοιπους γινόταν πρώτα διάβαση λεπτού εντέρου, εντερόκλυση ή κάψουλα βατότητας.

**Αποτελέσματα:** Νόσος Crohn διαγνώσθηκε σε 519 από 3467 (14.9%) ασθενείς με αιμορραγία πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας και σε 371 από 968 (38.3%) με πιθανή νόσο Crohn. Σε ασθενείς με γνωστή νόσο Crohn, συμμετοχή του λεπτού εντέρου διαπιστώθηκε σε 229 (33.8%). Συνολικά, κατακράτηση της κάψουλας παρατηρήθηκε σε 9 από τους 1567 (0.6%) ασθενείς με γνωστή ή πρόσφατα διαγνωσθείσα νόσο Crohn. Σε 6 ασθενείς από αυτούς η κάψουλα αποβλήθηκε μετά από θεραπεία με κορτικοστεροειδή, σε έναν ασθενή ανασύρθηκε με εντεροσκόπηση, ενώ οι υπόλοιποι 2 υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση.

**Συμπεράσματα:** Η κάψουλα του λεπτού εντέρου σε ασθενείς με πιθανή ή γνωστή νόσο Crohn αποτελεί μια ασφαλή εξέταση, καθότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων η κλινική εικόνα και οι απεικονιστικές μέθοδοι μπορούν να αναδείξουν τους ασθενείς με στενωτική νόσο, οι οποίοι πρέπει να αποκλειστούν από τη δοκιμασία. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις, το ποσοστό κατακράτησης της κάψουλας στο γαστρεντερικό σωλήνα είναι πολύ μικρό και τις περισσότερες φορές μπορεί να επιλυθεί συντηρητικά.

## ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΙΦΝΕ ΑΠΟ ΤΑ 80'S ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ

Π. Γιαννέλης, Γ. Μιχαλόπουλος, Κ. Μακρής, Χ. Καπιζιώνη, Π. Κουρκούλης,  
Κ. Μηλιώνη, Γ. Κουτουφάρης, Σ. Βρακάς, Β. Ντούλη, Β. Ξουργιάς

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Αθήνα

**Σκοπός:** Με την πάροδο των ετών φαίνεται ότι τα ΙΦΝΕ (N. Crohn-CD και Ελκώδης κολίτιδα-UC) διαγιγνώσκονται όλο και συχνότερα. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η διερεύνηση της πιθανής μείωσης του χρονικού διαστήματος από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι την διάγνωση με την πάροδο των δεκαετιών.

**Υλικό και μέθοδος:** Συγκεντρώθηκαν οι φάκελοι των ασθενών του εξωτερικού Ιατρείου ΙΦΝΕ του «Τζανείου» Νοσοκομείου Πειραιά από τη χρονική περίοδο που ξεκίνησε η καταγραφή των ασθενών μέχρι και σήμερα και χωρίστηκαν σε 4 χρονικές περιόδους (1980-1989, 1990-1999, 2000-2009 και 2010 μέχρι και 2018). Χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα που αφορούσαν την έναρξη των συμπτωμάτων καθώς και της διάγνωσης της νόσου, ενώ αποκλείστηκαν από τη μελέτη οι ασθενείς με ελλιπή δεδομένα.

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν συνολικά 483 ασθενείς (UC=240, CD=243). Τα αποτελέσματα της καθυστέρησης από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι την διάγνωση αποτυπώνονται στο παρακάτω πίνακα

Δεκαετία	1980-1989	1990-1999	2000-2009	2010-2017	P-value
Καθυστέρηση (μήνες)	8.55±14.7	11.2±21.2	9.3±15.1	9.1±15.9	0.74
UC	10.8±19.1	6.3±12.4	7.7±12.7	6.7±14.3	0.61
CD	5.6±4.9	17.6±27.9	10.5±16.7	11.8±17.3	0.1

**Συμπεράσματα:** Φαίνεται ότι παρά το αυξημένο ενδιαφέρον για τα ΙΦΝΕ η καθυστέρηση από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι τη διάγνωση φαίνεται να μη διαφοροποιείται κατά τις δεκαετίες που μελετήθηκαν, ενώ το ίδιο αποτέλεσμα παραμένει και στην επιμέρους ανάλυση των ασθενών με UC και CD.

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΙΦΝΕ

Π. Γιαννέλης, Γ. Μιχαλόπουλος, Κ. Μακρής, Χ. Καπιζιώνη, Π. Κουρκούλης,  
Κ. Μηλιώνη, Γ. Κουτουφάρης, Σ. Βρακάς, Β. Ντούλη, Β. Ξουργιάς

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Αθήνα

**Σκοπός:** Πλέον θεωρείται ζωτικής σημασίας στην αντιμετώπιση των ΙΦΝΕ η έγκαιρη διάγνωση και έναρξη θεραπείας. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τη καθυστέρηση της διάγνωσης.

**Υλικό και μέθοδος:** Συγκεντρώθηκαν οι φάκελοι των ασθενών του εξωτερικού Ιατρείου ΙΦΝΕ του «Τζανείου» Νοσοκομείου Πειραιά από τη χρονική περίοδο που ξεκίνησε η καταγραφή των ασθενών μέχρι σήμερα. Χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα που αφορούσαν την έναρξη των συμπτωμάτων, την ημερομηνία διάγνωσης και επιδημιολογικών παραγόντων: ηλικία (βάση ταξινόμησης Montreal), φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης ενώ αποκλείστηκαν οι ασθενείς με ελλιπή στοιχεία.

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν συνολικά 483 ασθενείς (UC=240, CD=243). Τα αποτελέσματα όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ της καθυστέρησης της διάγνωσης και των υπολοίπων παραγόντων φαίνονται στο παρακάτω πίνακα.

	Καθυστέρηση (μήνες)	p-value
Άνδρες vs Γυναίκες	7.8±14.9 vs 12±18.8	0.021
UC vs CD	7.3±13.6 vs 11.8±19.1	0.003
Εκπαίδευση (1βάθμια vs 2βάθμια vs 3βάθμια)	8.6±16.1 vs 9±14.6 vs 12.3±24.1	0.31
Ηλικία (≤16 vs 17-40 vs ≥41)	7.8±13.4 vs 10±17 vs 9.1±17.2	0.71

**Συμπεράσματα:** Φαίνεται ότι στους άνδρες και στους ασθενείς με UC η διάγνωση τίθεται νωρίτερα σε σχέση με τις γυναίκες και τους ασθενείς με CD ενώ φαίνεται ότι η ηλικία κατά τη διάγνωση και το επίπεδο εκπαίδευσης δεν σχετίζονται με τη καθυστέρηση μέχρι τη διάγνωση.

## ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΒΛΑΒΗΣ ΠΕΠΤΙΚΗΣ ΟΔΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN

**Χ. Νάκα<sup>2</sup>, Α. Σκαμνέλος<sup>1</sup>, Π. Κώστα<sup>3</sup>, Κ. Κατσάνος<sup>1</sup>, Μ. Αργυροπούλου<sup>3</sup>,  
Δ. Χριστοδούλου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>2</sup> Ακτινολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>3</sup> Ακτινολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**Σκοπός:** η εκτίμηση της βαρύτητας βλάβης πεπτικής οδού και η σύγκριση κλινικών, ενδοσκοπικών και απεικονιστικών ευρημάτων σε ασθενείς με Νόσο Crohn (NC)

**Μέθοδος:** μελετήθηκαν προοπτικά η κλινική συμπτωματολογία, τα ενδοσκοπικά ευρήματα και τα απεικονιστικά ευρήματα σε δέκα (10) ασθενείς με νόσο Crohn. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ειλεοκολοσκόπηση και μαγνητική εντερογραφία (MRI) με σύγχρονη κλινική εκτίμηση. Η μαγνητική εντερογραφία πραγματοποιήθηκε σε μαγνητικό πεδίο (3T) με την εφαρμογή του κατάλληλου πρωτόκολλου (από του στόματος χορήγηση διαλύματος μανιτόλης, iv χορήγηση Buscoran και οι ακολουθίες: βαριά T2, T2fatsat, T1 πριν και μετά iv Gd). Η αξιολόγηση περιλάμβανε την παρουσία φλεγμονής, στένωσης, συρίγγιου και αποστήματος. Σε έναν (1) ασθενή η νόσος εντοπιζόταν στο ανώτερο πεπτικό (L4 κατά Montreal), σε τρεις (3) ασθενείς στο λεπτό έντερο (L1), σε τρεις (3) ασθενείς σε λεπτό και παχύ έντερο (L3) και τρεις (3) είχαν συριγγοποιοί νόσο (B3).

**Αποτελέσματα:** έξι (6) ασθενείς ήταν σε κλινική έξαρση (CDAI score > 150). Σε τρεις (3) ασθενείς αναδείχθηκαν παθολογικά ευρήματα συμβατά με ενεργό νόσο κατά την ειλεοκολοσκόπηση. Η MRI ανέδειξε παθολογικά ευρήματα σε επτά (7) ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών με ενδοσκοπικά ενεργή νόσο, με απεικονίσεις υψηλής διαγνωστικής αξίας σε μαγνητικό πεδίο 3 Tesla.

**Συμπέρασμα:** η MRI είναι εύκολη, μη επεμβατική μέθοδος και μπορεί να θεωρηθεί εξέταση πρώτης γραμμής για την αξιολόγηση της βαρύτητας της νόσου και τη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών κατά τη διάγνωση αλλά και την κλινική πορεία της νόσου

## ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΒΑΡΙΑΣ ΕΛΚΩΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ

**Θ. Εμμανουήλ<sup>1</sup>, Σ. Γαβριήλ<sup>2</sup>, Π. Αλεπάς<sup>2</sup>, Α. Τσάπαλος<sup>2</sup>, Ε. Πατσέα<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική-Ηπατολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιασώ», Αθήνα  
<sup>2</sup> Χειρουργική Κλινική Παχέος Εντέρου-Ορθού, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιασώ», Αθήνα  
<sup>3</sup> Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιασώ», Αθήνα

**Σκοπός:** Η παρουσία βαθέων ελκών στην ενδοσκόπηση ασθενών με ΙΦΝΕ αποτελεί συχνό και δυσεπίλυτο πρόβλημα καθώς εγείρει ερωτηματικά σχετικά με την αιτιολογία του, ενώ αποτελεί επείγουσα κατάσταση καθώς συνήθως συνυπάρχει με βαρεία κλινική εικόνα.

**Υλικό και μέθοδος:** Παρουσιάζουμε τρεις περιπτώσεις ασθενών με διαγνωσμένη ΙΦΝΕ που υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπικό έλεγχο λόγω διαφόρων συμπτωμάτων και οι οποίοι εμφάνισαν εικόνα βαθέων ελκών στον πεπτικό σωλήνα. Ο πρώτος ασθενής με ελκώδη κολίτιδα και ολική κολεκτομή με νεολήκυθο δε λαμβάνει αγωγή και εμφάνισε αυξημένη συχνότητα διαρροϊκών κενώσεων. Η δεύτερη ασθενής με νόσο Crohn υπό στεροειδή και θειοπουρίνες εμφάνισε επιγαστραλγία και εμέτους και ο τρίτος ασθενής με ελκώδη κολίτιδα υπό βιολογικό παράγοντα και θειοπουρίνες εμφάνισε επίμονο κοιλιακό άλγος και αιμορραγικές κενώσεις. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κατάλληλο ενδοσκοπικό, ιστολογικό, μικροβιολογικό και εξειδικευμένο μοριακό έλεγχο και αντιμετωπίστηκαν ανάλογα βάσει ευρημάτων.

**Αποτελέσματα:** Ο πρώτος ασθενής διαγνώστηκε με ανθεκτική ληκυθίτιδα και αντιμετωπίστηκε ικανοποιητικά με ενδοσκοπική διαστολή και τοπική θεραπεία με βουδεσονίδη. Η δεύτερη διαγνώστηκε με σοβαρή CMV συστηματική λοίμωξη και αντιμετωπίστηκε με εξειδικευμένη αντιική θεραπεία. Ο τρίτος διαγνώστηκε με ανθεκτική κολίτιδα οφειλόμενη σε CMV επιλοίμωξη και ανέστειλε για μικρό χρονικό διάστημα τη θεραπεία με βιολογικό παράγοντα.

**Συμπεράσματα:** Η ανεύρεση βαθέων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ αποτελεί δύσκολο και επείγον διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα, απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και αναγκαία θεωρείται η στενή συνεργασία με άλλες ειδικότητες προς όφελος του ασθενούς.

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ****Χ. Κατέρη, Κ. Οικονόμου, Β. Λώτης, Α. Καλτσά, Α. Καψωριτάκης, Σ. Ποταμιάνος***Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα*

**Σκοπός της εργασίας:** Η μελέτη της επίδρασης της παχυσαρκίας στη νοσηρότητα της διαγνωσμένης Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους Νόσου του Εντέρου (ΙΦΝΕ)

**Μέθοδος:** Χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο, συλλέχθηκαν στοιχεία για τη νόσο και τη σωματική διάπλαση από 103 ασθενείς με Νόσο Crohn (NC) ή Ελκώδη Κολίτιδα (ΕΚ). Χρησιμοποιήθηκαν ως δείκτες παχυσαρκίας ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) και ο λόγος περιμέτρου μέσης προς περίμετρο ισχίων («σπλαγγνική παχυσαρκία»). Βαριά νόσος χαρακτηρίστηκε η εκτεταμένη νόσος, το προηγηθέν χειρουργείο, οι συχνές επισκέψεις στα επείγοντα ή εξωτερικά ιατρεία (ΤΕΠ/ΕΙ), η νοσηλεία, η διάρκεια νόσου μεγαλύτερη της διάμεσης τιμής (6 χρόνια) και ανάγκη για χρήση 3 ή περισσότερων κατηγοριών φαρμάκων ή/και κορτικοστεροειδών.

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με το BMI παχύσαρκοι ήταν 11.7% και υπέρβαροι 34%. Οι ασθενείς με ΕΚ ήταν πιο συχνά σπλαγγνικά παχύσαρκοι (50 και 27.3% αντίστοιχα για NC,  $p=0.049$ ), αλλά είχαν σπανιότερα βαριά νόσο (6.6 και 30.1% αντίστοιχα,  $p=0.01$ ). Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση της βαρύτητας της νόσου με την παχυσαρκία σε καμία από τις δύο νόσους. Το 86% των νορμοβαρών με NC χρειάστηκαν εντατικοποίηση της θεραπείας συγκριτικά με το 65% των υπολοίπων ομάδων βάρους ( $p=0.067$ ). Από τους παχύσαρκους με NC, 33% επισκέπτονταν τα ΤΕΠ/ ΕΙ συχνά έναντι 66% των υπολοίπων ομάδων βάρους ( $p=0.078$ ), ενώ στην ΕΚ από τους 3 παχύσαρκους ασθενείς κανείς δεν επισκεπτόταν συχνά τα ΤΕΠ/ ΕΙ έναντι 59% των υπολοίπων ομάδων βάρους ( $p=0.09$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με ΕΚ πάσχουν συχνότερα από σπλαγγνική παχυσαρκία. Οι παχύσαρκοι τείνουν να επισκέπτονται σπανιότερα τα ΤΕΠ/ΕΙ, ενώ οι νορμοβαρείς με NC τείνουν να έχουν μεγαλύτερη ανάγκη εντατικής θεραπείας σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες BMI.

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΕΡΣΙΤΙΣΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

**A. Μπασχαλή<sup>1</sup>, M. Σαραντίδου<sup>1</sup>, Δ. Καραγιάννης<sup>1</sup>, A. Αλμπέρτη<sup>1</sup>, Γ. Μάντζαρης<sup>2</sup>, K. Gerasimidis<sup>3</sup>, P. P. Sarathy<sup>4</sup>, D. Gaya<sup>5</sup>, M. Lomer<sup>6</sup>, O. Cahill<sup>7</sup>, Δ. Χριστοδούλου<sup>8</sup>, K. Κατσάνος<sup>8</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

<sup>3</sup> School of Medicine, College of MVLS, University of Glasgow, Glasgow, Scotland

<sup>4</sup> Department of Nutrition and Dietetics, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

<sup>5</sup> Department of Gastroenterology, Glasgow Royal Infirmary, Glasgow, Scotland

<sup>6</sup> Diabetes and Nutritional Sciences Division, King's College London, Department of Nutrition and Dietetics, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

<sup>7</sup> Diabetes and Nutritional Sciences Division, King's College London, London, UK

<sup>8</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**Εισαγωγή:** Ο επιπολασμός της δυσθρεψίας σε εξωτερικούς ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (ΙΦΝΕ) αγγίζει το 46%. Λόγω αυξανόμενης επίπτωσης του υπερσιτισμού, η ανίχνευση διατροφικού κινδύνου στους ασθενείς με ΙΦΝΕ θεωρείται απαραίτητη. Ωστόσο, η διαδικασία αυτή δεν συμπεριλαμβάνεται στην καθημερινή κλινική πρακτική, με αποτέλεσμα την ανεπαρκή καταγραφή και αντιμετώπιση του προβλήματος.

**Σκοπός:** Να προσδιοριστεί ο επιπολασμός του υπερσιτισμού σε ενήλικες ασθενείς με ΙΦΝΕ, η συχνότητα της διαδικασίας ανίχνευσης του κινδύνου υπερσιτισμού και το ποσοστό των ασθενών που παραπέμπεται για διαιτολογική εκτίμηση.

**Υλικό:** Ενήλικες ασθενείς με ΙΦΝΕ τακτικών εξωτερικών ιατρείων 4 νοσοκομείων στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ελλάδα.

**Μέθοδος:** Συλλέχθηκαν πληροφορίες σχετικά με τα ανθρωπομετρικά και δημογραφικά στοιχεία, τη νόσο και τη θεραπεία.

**Αποτελέσματα:** Συμμετείχαν 390 ασθενείς (29% υπέρβαροι, 18% παχύσαρκοι, 49% υγιούς βάρους και 4% ελλιποβαρείς). Ο αριθμός των ασθενών που σημείωσαν αύξηση βάρους μεγαλύτερη από 5% συγκριτικά με την τελευταία καταγραφή/αναφορά του βάρους τους ανήλθε στο 14%. Ασθενείς σε υψηλό κίνδυνο για παχυσαρκία αναφέρθηκαν σε ποσοστό 5%. Δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκίας ή κινδύνου παχυσαρκίας και συζήτησης κατά τη διάρκεια της συνάντησης με το θεράποντα ιατρό σχετικά με την απώλεια βάρους, τη διαίτα ή την όρεξη. Σημειώθηκε ασθενής θετική συσχέτιση μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος και της αύξησης βάρους ( $r=0.15$ ,  $p=0.003$ ). Δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ της ενεργότητας της νόσου και της παχυσαρκίας ή του κινδύνου εμφάνισής της.

**Συμπεράσματα:** Η συχνότητα με την οποία πραγματοποιείται ανίχνευση διατροφικού κινδύνου σε ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι μειωμένη. Ένα μικρό ποσοστό ασθενών με παχυσαρκία/αυξημένο κίνδυνο για παχυσαρκία παραπέμφθηκαν για διαιτολογική εκτίμηση.

**ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΠΟΥ ΥΠΕΒΛΗΘΗ ΣΕ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΑΕΕ ΩΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ****Σ. Λαμπρινού<sup>1,2</sup>, Α. Καστή<sup>1</sup>, Λ. Κοντοπούλου<sup>2</sup>**<sup>1</sup> Τμήμα Διατροφής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών, Αθήνα<sup>2</sup> Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, ΤΕΙ Θεσσαλίας, Καρδίτσα**Σκοπός εργασίας:** Περιεγχειρητική διατροφική υποστήριξη ασθενούς με νόσο Crohn.**Υλικό & Μέθοδος:****Περιστατικό:** Άρρεν ετών 38 με νόσο Crohn από 15ετίας με συχνές εξάρσεις εισήχθη στο Π.Γ.Ν. "Αττικών" με εμπύρετο, έντονα κοιλιακά άλγη και διάρροιες. Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε στενωτική νόσο ειλεού και ανάγκη χειρουργικής παρέμβασης μετά την ύφεση της κρίσης.Εργαστηριακές εξετάσεις: αιματοκρίτης 24%, CRP 219mg/L, αλβουμίνη ορού 2.6g/dL, σιδηροπενική αναιμία, έλλειψη βιταμίνης B<sub>12</sub>.

Φαρμακευτική αγωγή: κορτιζόνη, αζαθειοπρίνη.

Εργαλείο διατροφικής αξιολόγησης: MUST. Score: υψηλός κίνδυνος υποθρεψίας.

**Παρέμβαση:** Διατροφική υποστήριξη με υδαρείς τροφές και σταδιακή μετάβαση σε στερεές. Ο ασθενής πήρε εξιτήριο μετά από 10 ημέρες, αφού αντιμετωπίστηκε η οξεία φάση, και διατροφικές οδηγίες. Κατά τον επανέλεγχο, η αλβουμίνη παρουσίασε σημαντική βελτίωση (3.1g/dl), έτσι πραγματοποιήθηκε το χειρουργείο.

Κατά την 3η μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής υπέστη Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ), άρα παρέμεινε άσιτος. Μετά από δύο 24ωρα ξεκίνησε η σταδιακή χορήγηση ενέργειας προς αποφυγή συνδρόμου επανασίτισης, αρχικά με περιφερική παρεντερική σίτιση και στη συνέχεια με συνδυασμό παρεντερικής και per os. Τελικός στόχος ήταν η κάλυψη των ενεργειακών αναγκών μέσω αποκλειστικής σίτισης per os.

**Αποτελέσματα - Συμπεράσματα:** Η διατροφική παρέμβαση πέτυχε τους στόχους της αντιμετώπισης της υπαλβουμιναιμίας, ώστε να πραγματοποιηθεί άμεσα η επέμβαση, και της αντιμετώπισης της επιπλοκής του ΑΕΕ, παρακάμπτοντας το ΓΕΣ και σιτίζοντας παρεντερικά.**Θεραπευτικό δίλημμα:** Ο ασθενής λόγω υποθρεψίας καθυστέρησε να χειρουργηθεί αφού σε πρώτη φάση η βελτίωση των δεικτών θρέψης επήλθε με συντηρητική -per os- διατροφική παρέμβαση. Θα μπορούσε να επιτευχθεί ταχύτερη διαδικασία μέσω στοχευμένης εξαρχής περιφερικής παρεντερικής σίτισης γλυτώνοντας για τον ασθενή χρόνο αναμονής και κόστος;



**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ BAFF, APRIL, BAFF-R ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ INFLIXIMAB ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN****M. Γαζούλη<sup>1</sup>, Γ. Καραμανώλης<sup>2</sup>, L. Sechi<sup>3</sup>**<sup>1</sup> Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα<sup>2</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Β' Χειρουργική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αρεταίειο», Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα<sup>3</sup> Department of Biomedical Sciences, Section of Microbiology and Virology, University of Sassari, Italy

**Σκοπός:** Ενδείξεις δείχνουν συσχέτιση της λειτουργίας του παράγοντα ενεργοποίησης των Β-λεμφοκυττάρων (BAFF) με τις ΙΦΝΕ. Επίσης η θετική θεραπευτική έκβαση ως προς το Infliximab (IFX) εκτιμάται μέσω της επαναφοράς στα φυσιολογικά επίπεδα των αυξημένων κυκλοφορούντων Β-κυττάρων. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της έκφρασης των γονιδίων BAFF, APRIL και BAFF-R σε ασθενείς που δεν είχαν λάβει θεραπεία για νόσο του Crohn (CD) και η εκτίμηση των επιπέδων έκφρασης τους σε συνάρτηση με την απόκριση στη θεραπεία με IFX.

**Υλικό και Μέθοδος:** Διερευνήθηκαν τα επίπεδα έκφρασης των γονιδίων σε δείγματα βιοψιών από 26 ασθενείς με CD και από 12 υγιή άτομα (δείγματα ελέγχου). Η ποσοτικοποίηση των επιπέδων των γονιδίων έγινε με τη real time PCR. Για την εκτίμηση της απόκρισης ή μη στο IFX χρησιμοποιήθηκαν κλινικά/ενδοσκοπικά κριτήρια.

**Αποτελέσματα:** Η έκφραση των γονιδίων BAFF, APRIL και BAFF-R αυξήθηκε σημαντικά ( $1,13 \pm 0,48$ ,  $3,34 \pm 1,24$  και  $2,16 \pm 0,67$ ) στα δείγματα των CD ασθενών σε σύγκριση με τα δείγματα ελέγχου. Μετά τη θεραπεία τα επίπεδα του BAFF μειώθηκαν κατά 3 φορές στους μη-αποκρίνοντες σε σχέση με τους αποκρίνοντες. Όμως τα επίπεδα του γονιδίου APRIL αυξήθηκαν σημαντικά στους μη-αποκρίνοντες. Τα επίπεδα του γονιδίου BAFF-R βρέθηκαν επίσης αυξημένα στους μη-αποκρίνοντες σε σχέση με τους αποκρίνοντες.

**Συμπέρασμα:** Τα υψηλά επίπεδα των BAFF, APRIL και BAFF-R που ανιχνεύτηκαν στο έντερο υποδηλώνουν τον πιθανό τους ρόλο στην παθογένεια της CD. Το IFX φαίνεται ότι επηρεάζει τα επίπεδα του BAFF μέσω της αντι-αποπτωτικής δράσης του. Τα επίπεδα των APRIL και BAFF-R ενδέχεται να έχουν προγνωστικό ρόλο ως προς την απόκριση των ασθενών στη θεραπεία με IFX.

## ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΙΛΕΟΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΟΣΟΥ CROHN

**Γ. Θεοδωρόπουλος, Ι. Μανουράς, Λ. Ρεντίφης, Γ. Ζωγράφος**

*Μονάδα Παχέος Εντέρου, Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα*

**Σκοπός:** Η ανάλυση της εμπειρίας μας και η παρουσίαση της τεχνικής της λαπαροσκοπικής ειλεοκολεκτομής για φαρμακο-ανθεκτικούς και επιπλεγμένους τύπους νόσου Crohn.

**Υλικό και μέθοδος:** Κατά το χρονικό διάστημα 2012-2017 εφαρμόστηκε λαπαροσκοπική προσπέλαση στους 21 (13 γυναίκες, μέση ηλικία:  $37 \pm 15,5$  έτη) από τους 35 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ειλεο-τυφλε(κολε)κτομές για νόσο Crohn (10 με ινοστενωτική, 7 με φλεγμονώδη, διαιτιτραίνουσα νόσο και 4 με εντεροδερματικά συρίγγια). Χρησιμοποιήθηκαν 3-4 trocars (υπερ-ομφάλια και στην αριστερή πλάγια κοιλιακή χώρα). Η κινητοποίηση του δεξιού κόλου και του τελικού ειλεού έγινε από πλάγια-προς-μέσα (10 ασθενείς) ή από μέσα-προς-πλάγια (11 ασθενείς) και από το φυσιολογικό προς το φλεγμονώδη ιστό. Η εκτομή έγινε εξωσωματικά μετά από περιορισμένη περι-ομφαλική επέκταση της μέσης τομής και η πλαγιοπλάγια αναστόμωση (με συρραπτικά ή με Κοπο-S συρραφή σε 2 περιπτώσεις) διενεργήθηκε σε πρώτο χρόνο. Η επέμβαση μετατράπηκε σε «ανοικτή» σε μία ασθενή (4,7%). Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια του χειρουργείου ήταν  $170' \pm 50$ ). Η διάρκεια νοσηλείας ήταν  $10 \pm 5$  ημέρες. Επανεπέμβαση για αναστομωτική διαφυγή απαιτήθηκε σε 2 ασθενείς (9,5%). Σε μετεγχειρητική παρακολούθηση 6-60 μήνες μία ασθενής χρειάστηκε χειρουργείο για υποτροπή της νόσου ή για συμφυτικό ειλεό.

**Συμπεράσματα:** Η λαπαροσκοπική προσέγγιση είναι τεχνικά εφικτή, με ανεκτή νοσηρότητα και μπορεί να πλεονεκτεί σε δεδομένες παραμέτρους έναντι της «ανοικτής» (μικρότερη πιθανότητα συμφύσεων και επανεπεμβάσεων).

**ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ CROHN: ΠΡΩΙΜΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟ ΕΙΛΕΟΥΤΥΦΛΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΟ-ΤΕΛΙΚΗ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ****A. Γκλαβάς, M. Καραγεώργου, H. Σωτήροβα, Γ. Έξαρχος, I. Παπακωνσταντίνου**

*B' Χειρουργική Κλινική, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Αθηνών «Αρεταίειο», Αθήνα*

**Σκοπός:** Περίπου το 80% των ασθενών με νόσο Crohn θα χρειαστεί να υποβληθεί κατά τη διάρκεια της ζωής του σε επέμβαση εντερεκτομής, ενώ ο κίνδυνος μετεγχειρητικής υποτροπής παραμένει υψηλός. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίπτωσης της ενδοσκοπικής υποτροπής (ΕΥ) τον πρώτο χρόνο έπειτα από ειλεοτυφλεκτομή και τελικο-τελική αναστόμωση, καθώς και η ανάδειξη παραγόντων κινδύνου.

**Υλικό & Μεθοδος:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη παρατήρησης 138 ασθενών που υπεβλήθησαν στο νοσοκομείο μας σε επέμβαση ειλεοτυφλεκτομής με τελικο-τελική αναστόμωση κατά το χρονικό διάστημα 2010-2016. Όλοι οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε κολονοσκόπηση εντός ενός έτους από τη διενέργεια της ειλεοτυφλεκτομής συμπεριελήφθησαν. Καταγράφηκε το ποσοστό ενδοσκοπικής υποτροπής και έγινε αναζήτηση προγνωστικών παραγόντων με μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 94 ασθενείς (68%), με μέση ηλικία τα  $37.9 \pm 12.5$  έτη υπεβλήθησαν σε κολονοσκόπηση τον πρώτο μετεγχειρητικό χρόνο. Οι 34 (36.2%) παρουσίασαν ΕΥ (Rutgeert's score  $\geq i2$ ). Η μονοπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε ότι οι καπνιστές (63.2% vs 17.9%,  $p < 0.0001$ ), οι ασθενείς που διεγνώσθησαν σε ηλικία  $> 40$  ετών ( $< 17$ : 16.7%, 17-40: 36.9%,  $> 40$ : 63.6%,  $p = 0.038$ ), που εμφάνισαν αναστομωτική διαφυγή (75.0% vs 32.6%,  $p = 0.024$ ) και που δεν ελάμβαναν άμεσα προεγχειρητικά αζαθειοπρίνη (45.7% vs 8.3%,  $p = 0.001$ ) είχαν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό πρώιμης ΕΥ. Η πολυπαραγοντική ανάλυση (μοντέλο λογαριθμικής παλινδρόμησης) ανέδειξε το κάπνισμα (OR 5.92; 95%CI 1.98-17.75;  $p = 0.001$ ) και τη μη χρήση αζαθειοπρίνης (OR 9.69; 95%CI 1.71-54.9;  $p = 0.01$ ) ως ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου.

**Συμπεράσματα:** Τα ποσοστά μετεγχειρητικής υποτροπής παραμένουν υψηλά. Η παρούσα μελέτη ανέδειξε πιθανή ευεργετική δράση της προεγχειρητικής χορήγησης αζαθειοπρίνης, όπως επίσης και τον επιβαρυντικό ρόλο του καπνίσματος.

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΡΙΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΚΤΥΟΥ****Π. Πάσχος<sup>1</sup>, Α. Κατσούλα<sup>2</sup>, Ο. Γιουλεμέ<sup>3</sup>, Α. Τσαπάς<sup>2</sup>**<sup>1</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη<sup>2</sup> Μονάδα Κλινικής Έρευνας και Τεκμηριωμένης Ιατρικής, Β' Παθολογική κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη<sup>3</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός της εργασίας:** Πραγματοποιήσαμε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση δικτύου για την επίδραση των παρεμβάσεων στην ποιότητα ζωής των ασθενών με μέτρια και σοβαρή ελκώδη κολίτιδα.

**Υλικό & Μέθοδος:** Αναζητήσαμε σε Medline, Embase, Cochrane Library και στη γκρίζα βιβλιογραφία τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές που σύγκριναν toinfliximab, το adalimumab, το golimumab, το vedolizumab και το tofacitinib μεταξύ τους ή με εικονικό φάρμακο. Οι εκβάσεις συμπεριλάμβαναν την μέση μεταβολή στις κλίμακες αξιολόγησης της ποιότητα ζωής και τη μεταβολή στο ποσοστό των ασθενών με βελτίωση στις κλίμακες της ποιότητας ζωής. Πραγματοποιήσαμε ανα ζεύγη μετα-ανάλυση και μετα-ανάλυση δικτύου τυχαίων επιδράσεων. Αξιολογήσαμε την ποιότητα των στοιχείων με GRADE κριτήρια.

**Αποτελέσματα:** 14 κλινικές δοκιμές (4728 ασθενείς) αξιολόγησαν την ποιότητα ζωής με τις κλίμακες: Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) (14 μελέτες), Short Form questionnaire-36 (SF-36) (8 μελέτες) και European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D) (3 μελέτες). Κατά τη φάση επίτευξης της ύφεσης (11 μελέτες), μέτριας ποιότητας στοιχεία έδειξαν ότι όλοι οι παράγοντες βελτιώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής συγκρινόμενοι με εικονικό φάρμακο. Μόνο το infliximab (MD 18.58; 95%CI 13.19 έως 23.97) και το vedolizumab (MD 18.00; 95%CI 11.08 έως 24.92) έδειξαν κλινικά σημαντική βελτίωση στην κλίμακα IBDQ. Οι διαφορές μεταξύ των παρεμβάσεων δεν ήταν ακριβείς. Κατά τη φάση συντήρησης της ύφεσης (4 μελέτες), πολύ χαμηλής ποιότητας στοιχεία υποδεικνύουν ότι το vedolizumab, το tofacitinib και το adalimumab διατήρησαν την βελτίωση στην ποιότητα ζωής.

**Συμπεράσματα:** Η βραχυχρόνια θεραπεία με οποιοδήποτε παράγοντα βελτιώνει την ποιότητα ζωής συγκρινόμενοι με εικονικό φάρμακο. Τα στοιχεία που αφορούν την μακροχρόνια χρήση είναι περιορισμένα.

#### Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙ-ΤΝΦΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ INFLIXIMAB ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ) ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

**Ε. Κοτζαγιαννίδου, Μ. Θ. Κουτρουμπή, Α. Καρλάφτης, Δ. Γκαραγκάνης, Κ. Ρώσιου, Ε. Στρατηγάκος, Α. Στρίκη, Ι. Καρούμπαλης, Α. Κωνσταντινίδης, Β. Ντελής**

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

**Σκοπός:** Η καταγραφή τυχόν επιδράσεων του Infliximab στην κύηση, τον τοκετό και στα νεογνά.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν οι γυναίκες με ΙΦΝΕ, που ελάμβαναν Infliximab και κατά τη διάρκεια της κύησης. Εκτιμήθηκε η ενεργότητα της νόσου προ και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και αμέσως πριν την επανέναρξη του Infliximab. Στα νεογνά, εκτιμήθηκε η εμφάνιση καθυστέρησης ενδομήτριας ανάπτυξης (IUGR), συγγενών ανωμαλιών, χαμηλού βάρους γέννησης και προωρότητας. Επίσης καταγράφηκαν τυχόν επιπλοκές στον τοκετό.

**Αποτελέσματα:** Από τις 37 γυναίκες που ελάμβαναν Infliximab στην κλινική μας, οι 6 (4 με ν. Crohn και 2 με ελκώδη κολίτιδα) είχαν 8 εγκυμοσύνες εκ των οποίων η μία ήταν δίδυμος κύηση. Ο μέσος όρος ηλικίας εγκυμοσύνης είναι τα 32,2 έτη (30-35). Σε όλες τις περιπτώσεις έγινε διακοπή του Infliximab στο τρίτο τρίμηνο της κύησης και επανέναρξή του 2 μήνες μετά τον τοκετό. Σε όλες η νόσος ήταν σε κλινική και εργαστηριακή ύφεση στην έναρξη της κύησης και παρέμεινε έτσι μέχρι και την επανέναρξη του παράγοντα χωρίς την ανάγκη χορήγησης κορτιζόνης. Όλοι οι τοκετοί έγιναν με καισαρική τομή στις 35-38 εβδομάδες. Δεν υπήρξε περιστατικό προωρότητας, IUGR ή συγγενών ανωμαλιών. Τα νεογνά είχαν μέσο βάρος γέννησης 2758kg (2300-3150kg).

**Συμπεράσματα:** Η συνέχιση της χορήγησης Infliximab στα 2 πρώτα τρίμηνα της κύησης και η επανέναρξή του 2 μήνες μετά τον τοκετό δε συνοδεύτηκε με έξαρση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, με επιπλοκές κύησης και τοκετού ούτε και με δυσμενείς επιδράσεις στα νεογνά.

**ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ INFLIXIMAB ΣΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ  
ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ)**

**Κ. Αναστασιάδου, Μ. Τουλουμτζή, Σ. Αναστασιάδης, Ι. Φλουδάρας, Χ. Γκάτσης,  
Α. Κατσούλα, Κ. Γκένοσ, Π. Κατσινέλοσ, Ι. Κουντουράσ**

*Γαστρεντερολογικό Εργαστήριο, Β΄ Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο  
Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη*

**Σκοπός:** Μεγάλεσ μελέτεσ έχουν αποκαλύψει αυξημένο κίνδυνο σοβαρών λοιμώξεων σε ασθενείσ που λαμβάνουν αντι-TNF παράγοντεσ συμπεριλαμβανομένου του infliximab. Σκοπός τησ παρούσησ μελέτησ είναι η έρευνα ασφαλείασ τησ μακροχρόνιασ χορήγησησ του infliximab σε ασθενείσ με ΙΦΝΕ

**Υλικό και Μέθοδοσ:** Μελετήθηκαν επιλεκτικά οι φάκελοι 36 ασθενών με ΙΦΝΕ, που παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία τησ Β΄ Παθολογικήσ Κλινικήσ του ΑΠΘ και λαμβάνουν infliximab άνω των 5 ετών. Ειδικότερα, 16 ασθενείσ είχαν ελκώδη κολίτιδα ( 9 θήλεις και 7 άρρενεσ) και οι υπόλοιποι 20 νόσο Crohn's (12 θήλεις και 8 άρρενεσ). Ο μέσοσ όροσ ηλικίασ ήταν 41 και 54 έτη για την νόσο Crohn's και ελκώδη κολίτιδα, αντίστοιχα. Η διάρκεια χορήγησησ του infliximab κυμαινόταν από 6 εωσ 15 έτη.

**Αποτελέσματα:** Σοβαρέσ ευκαιριακέσ λοιμώξεισ δεν ανέπτυξε το σύνολο των ασθενών. Καταγράφηκε μόνο ένα περιστατικό με έρπητα ζωστήρα σε ασθενή με ελκώδη κολίτιδα και ένα περιστατικό οξείασ χολοκυστίτιδασ σε ασθενή με ελκώδη κολίτιδα. Επιπλέον, στα πλαίσια τησ νόσου, ανεπιθύμητα συμβάντα καταγράφηκαν σε δύο περιπτώσεισ ασθενών που παρουσίασαν αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.

**Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά, η μακροχρόνια χρήση του infliximab στην ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου φαίνεται να είναι ασφαλήσ αλλά απαιτούνται σχετικέσ μελέτεσ σε μεγάλο δείγμα ασθενών για την διαλεύκανση των αναφερόμενων ευρημάτων εισ βάθοσ.

**Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ VEDOLIZUMAB ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ  
ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΕΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΕΣ ΣΕ ΑΝΤΙ-TNFA**

**Ν. Βιάζης, Μ. Γαλανόπουλος, Α. Χρηστίδου, Ε. Τσουκάλη, Χ. Πόντας, Θ. Τσιγαρίδας,  
Γ. Καραμπέκος, Ε. Αρχαύλης, Ε. Βιέννα, Γ. Μάντζαρης**

*Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Σκοπός η αξιολόγηση της κλινικής ανταπόκρισης την εβδομάδα 14, της θεραπείας εφόδου με Vedolizumab σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη εντεροπάθεια (ΙΦΝΕ) που είχαν αποτύχει στους αντί-TNF παραγόντες.

**Μέθοδοι:** Ασθενείς με ΕΚ και ΝΚ οι οποίοι δεν εμφάνισαν πρωτογενή ανταπόκριση ή ανταποκρίθηκαν αρχικώς, αλλά έχασαν την ανταπόκριση τους (δευτερογενής μη ανταπόκριση) σε infliximab, adalimumab ή golimumab προγραμματίστηκαν να λάβουν vedolizumab 300mg στις εβδομάδες 0, 2, 6 and 14. Η κλινική ανταπόκριση την εβδομάδα 14 ορίστηκε ως η μείωση του δείκτη Harvey-Bradshaw  $\geq 3$  όσον αφορά στη ΝΚ και μείωση του συνολικού Mayo σκορ τουλάχιστον 3 μονάδες και τουλάχιστον 30% από την τιμή αναφοράς στους ασθενείς με ΕΚ.

**Αποτελέσματα:** Από το Σεπτέμβριο 2015 έως τον Ιούλιο 2017, 10 ασθενείς με ΕΚ (E1=1, E2=5, E3=4) και 8 με ΝΚ (A1L1B1=2, A1L2B1=2, A1L3B1=2, A2L1B1=2) (γυναίκες=10, μέση ηλικία  $41 \pm 14.9$  χρόνια, μέση διάρκεια νόσου  $11.9 \pm 9.2$  χρόνια), συμμετείχαν στη μελέτη. Δέκα ασθενείς έλαβαν vedolizumab λόγω πρωτογενούς μη ανταπόκρισης (n=2) ή δευτερογενούς μη ανταπόκρισης (n=8) σε ένα βιολογικό παράγοντα (infliximab=7, adalimumab=2, golimumab=1), ενώ 8 ασθενείς έλαβαν vedolizumab λόγω πρωτογενούς μη ανταπόκρισης (n=1) ή δευτερογενούς μη ανταπόκρισης (n=7) σε 2 βιολογικούς παράγοντες (adalimumab+infliximab=6, golimumab+infliximab=2). Κλινική ανταπόκριση παρατηρήθηκε σε 6 ασθενείς με ΕΚ (60.0%) και 3 με ΝΚ (37.5%) την εβδομάδα 14. Δεν παρατηρήθηκε κάποια σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια από τη χορήγηση του vedolizumab στους ασθενείς της μελέτης.

**Συμπέρασμα:** Το vedolizumab είναι καλά ανεκτό και αποτελεσματικό σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, ιδιαίτερα σε αυτούς με ΕΚ, οι οποίοι έχουν αποτύχει ή έχασαν την ανταπόκριση στους αντι-TNFa παράγοντες.

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΥΦΕΣΗΣ ΧΩΡΙΣ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΜΕΤΡΙΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΚΤΥΟΥ****Π. Πάσχος<sup>1</sup>, Α. Κάτσουλα<sup>2</sup>, Ο. Γιουλεμέ<sup>2</sup>, Α. Τσαπάς<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Μονάδα Κλινικής Έρευνας και Τεκμηριωμένης Ιατρικής, Β' Παθολογική κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός της εργασίας:** Πραγματοποιήσαμε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση δικτύου για να εκτιμήσουμε την αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών παραγόντων για τη μέτρια και σοβαρή ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) στην επίτευξη ύφεσης χωρίς κορτικοστεροειδή.

**Υλικό & Μέθοδος:** Αναζητήσαμε σε Medline, Embase, CENTRAL, και γκρίζα βιβλιογραφία τυχαιοποιημένες μελέτες που συγκρίναν το infliximab, το adalimumab, το golimumab, το vedolizumab και το tofacitinib μεταξύ τους ή με εικονικό φάρμακο. Συνδυάσαμε άμεσα και-έμμεσα στοιχεία με πολυπαραγοντική μετα-ανάλυση δικτύου τυχαίων επιδράσεων. Επίσης υπολογίσαμε τα προγνωστικά διαστήματα (PrI) τα οποία αντικατοπτρίζουν την προσδοκώμενη αβεβαιότητα σε μελλοντικές μελέτες. Πραγματοποιήσαμε ανάλυση υποομάδων με βάση την προηγούμενη έκθεση σε anti-TNF παράγοντα.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλάβαμε 9 μελέτες (3 infliximab, 2 adalimumab, 2 golimumab, 1 vedolizumab and 1 tofacitinib). Όλες οι παρεμβάσεις εκτός από το golimumab ήταν καλύτερες από το εικονικό φάρμακο στην επίτευξη ύφεσης χωρίς κορτικοστεροειδή. Ωστόσο, τα προγνωστικά διαστήματα για το adalimumab και το vedolizumab περνούσαν τη γραμμή του «μηδενικού αποτελέσματος» υποδηλώνοντας αβεβαιότητα για την υπεροχή των παρεμβάσεων σε μελλοντικές μελέτες. Συγκρινόμενες μεταξύ τους δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά. Δεν υπήρχαν δεδομένα του tofacitinib για την ανάλυση υποομάδων. Σε ασθενείς με προηγούμενη έκθεση σε anti-TNF παράγοντα κανένα φάρμακο δεν ήταν ανώτερο από το εικονικό φάρμακο. Η ποιότητα όλων των αποτελεσμάτων ήταν πολύ χαμηλή λόγω έλλειψης ακρίβειας και υψηλού κινδύνου συστηματικού σφάλματος στις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν.

**Συμπεράσματα:** Πολύ χαμηλής ποιότητας στοιχεία υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα όλων των παρεμβάσεων εκτός από το golimumab στην επίτευξη ύφεσης χωρίς κορτικοστεροειδή. Σε ασθενείς με προηγούμενη έκθεση σε anti-TNF, δεν φαίνεται να υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία.



**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ INFlixIMAB (INFLECTRA) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN**

**Γ. Κοκκώνης, Κ. Ζουριδάκης, Μ. Χριστοφόρου, Δ. Καπετάνος, Α. Αυγερινός, Φ. Δημουλιός, Θ. Μάρης, Α. Ηλίας**

*Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη*

**Εισαγωγή:** Η χορήγηση του Infliximab είναι μια αναγνωρισμένη θεραπεία της νόσου του Crohn. Τα βιοομοειδή καταλαμβάνουν την θέση τους στην θεραπεία της νόσου.

**Σκοπός:** Η εκτίμηση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας του INFLECTRA σε ασθενείς με νόσο Crohn.

**Ασθενείς και μέθοδοι:** Τριάντα ένας [Α:20, Γ: 11, ΜΗ: 37, φάσμα 16-76,] με νόσο Crohn έλαβαν αγωγή με INFLECTRA. Η τοπογραφία της νόσου ήταν: ειλεοκολίτις: 22, τελική ειλεΐτις: 6 και Crohn κολίτις: 3 ασθενείς. Συριγγοποιητική περιπρωκτική νόσο είχαν 14 ασθενείς. Όλοι οι ασθενείς είχαν λάβει κορτικοειδή και 8 από αυτούς αζαθειοπρίνη και 5-ASA σε συμμετοχή του παχέος εντέρου. Το φάρμακο χορηγήθηκε σε δόση 5mg / kg ΒΣ στην εβδομάδα 0, 2,6 και στη συνέχεια κάθε 8 εβδομάδες. Η ανταπόκριση στη θεραπεία χαρακτηρίζονταν ως ύφεση (εξαφάνιση της συμπτωματολογίας ή/και της εκροής των συριγγίων), η ως απάντηση (ελάττωση των συμπτωμάτων και/ή μείωση της εκροής των συριγγίων).

**Αποτελέσματα:** Ο συνολικός αριθμός των εγχύσεων ανήλθε σε 249 (Μ.Ο. 8,7 εγχύσεις / ασθενή, φάσμα 2 – 24). Μέσος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών ήταν 14,9 μήνες (φάσμα 2- 48). Τρεις ασθενείς διέκοψαν αυτοβούλως την θεραπεία. Από τους 28 υπόλοιπους ασθενείς, οι 20 παρουσίασαν ύφεση, 5 παρουσίασαν απάντηση στην αγωγή, ενώ σε 3 ασθενείς χρειάστηκε να χειρουργηθούν. Τρεις ασθενείς διέκοψαν την αγωγή λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών ενώ ένας ασθενής παρουσίασε μερική απάντηση στην αγωγή, χειρουργήθηκε αλλά συνεχίζει την αγωγή. Ειδικότερα από τους 14 ασθενείς με συριγγοποιητική νόσο 9 εμφάνισαν ύφεση, 2 απάντηση, ένας ασθενής χειρουργήθηκε λόγω μη ανταπόκρισης και 2 ασθενείς διέκοψαν λόγω παρενεργειών.

**Συμπέρασμα:** Η περιοδική έγχυση του INFLECTRA σε ασθενείς με νόσο του Crohn είναι αποτελεσματική και απόλυτα ασφαλής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ VEDOLIZUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ**

**Μ. Φραγκάκη, Μ. Βελεγράκη, Ι. Δήμας, Α. Θεοδωροπούλου,  
Γ. Πασπάτης, Κ. Καρμίρης**

*Γαστρεντερολογική Κλινική, «Βενιζελείο» Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη*

**Εισαγωγή & Σκοπός:** Το vedolizumab (VDZ) αποτελεί τον πρώτο μη anti-TNFα βιολογικό παράγοντα που έλαβε έγκριση για τη θεραπεία των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου (ΙΦΝΕ). Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας του VDZ σε ασθενείς με ΙΦΝΕ ενός κέντρου αναφοράς.

**Υλικά & Μέθοδοι:** αναδρομική μελέτη ασθενών με ΙΦΝΕ που έλαβαν τουλάχιστον μία έγχυση VDZ στο κέντρο μας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από ηλεκτρονική πλατφόρμα καταγραφής.

**Αποτελέσματα:** 15 ασθενείς (άνδρες: 46.7%, νόσος Crohn [NC]: 46.7%) έλαβαν VDZ, οι 14 ως θεραπεία 2ης γραμμής. Διάρκεια διάρκειας νόσου κατά την έναρξη της αγωγής 8.5 έτη (IQR: 8.6, εύρος:1.7-27.6). Έντεκα ασθενείς (73.3%, 5 NC) το έλαβαν ως μονοθεραπεία και όλοι παρουσίασαν μερική κλινική ανταπόκριση σε 4.2 εβδομάδες (IQR: 10.1, εύρος:2-21.8), ενώ 4 το έλαβαν ως συνδυαστική θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά εκ των οποίων οι τρεις παρουσίασαν μερική κλινική ανταπόκριση σε 27.9 εβδομάδες (εύρος:2-45.6). Όλοι οι ασθενείς που λάμβαναν κορτιζόνη (11/15) τη διέκοψαν σε 1.5 εβδομάδες (IQR: 2.2, εύρος:0.7-3.9). Εντατικοποίηση του σχήματος πραγματοποιήθηκε σε 7 ασθενείς (46.7%, 4 NC) εκ των οποίων 3 δεν ανταποκρίθηκαν, 2 παρουσίασαν μερική και 2 πλήρη κλινική ανταπόκριση. Οκτώ ασθενείς (53.3%) διέκοψαν την αγωγή σε 14.4 μήνες (IQR: 22.4, εύρος:0.9-26.2), έξι λόγω απώλειας της ανταπόκρισης, ένας λόγω πρωτογενούς μη ανταπόκρισης και ένας λόγω μηνιγγίτιδας.

**Συμπεράσματα:** Το 90% περίπου των ασθενών του κέντρου μας που έλαβαν VDZ παρουσίασαν κλινική ανταπόκριση, αν και η σειρά είναι μικρή. Εντατικοποίηση απαιτήθηκε στους μισούς ασθενείς (κυρίως αυτούς με NC), ενώ σε παρόμοιο ποσοστό απαιτήθηκε διακοπή της αγωγής κυρίως λόγω απώλειας της κλινικής ανταπόκρισης.

**ΕΧΕΙ ΘΕΣΗ Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΒΙΟΟΜΟΕΙΔΟΥΣ INFLIXIMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ) ΜΕ ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΣ INFLIXIMAB;**

**Ε. Ορφανουδάκη<sup>1</sup>, Ι. Δρυγιαννάκης<sup>1</sup>, Α. Σκαμνέλος<sup>2</sup>, Μ. Μυλωνάκη<sup>1</sup>,  
Κ. Φωτεινογιαννοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Θεοδωράκη<sup>1</sup>, Δ. Χριστοδούλου<sup>2</sup>, Ι. Κουτρομπάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Αρκετοί ασθενείς με ΙΦΝΕ που ανταποκρίνονται στη θεραπεία με πρωτογενές infliximab (π-IFX, Remicade) παρουσιάζουν προοδευτική απώλεια αποτελεσματικότητας ή αλλεργία και χρειάζονται εντατικοποίηση ή αλλαγή της αγωγής. Δεν υπάρχουν δεδομένα για την αποτελεσματικότητα του βιοομοειδούς infliximab (β-IFX, Inflectra) στους ασθενείς αυτούς.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά ασθενείς με ΙΦΝΕ που έλαβαν θεραπεία με β-IFX, έχοντας αποτύχει στο π-IFX μετά από αρχική ανταπόκριση. Καταγράφηκαν και αναλύθηκαν τα δημογραφικά, κλινικά, βιοχημικά και ενδοσκοπικά δεδομένα αυτών.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριελήφθησαν 14 (8 άνδρες) ασθενείς με ΙΦΝΕ με ενεργό νόσο [9 με νόσο Crohn (NC), 5 με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ)] με διάμεση ηλικία 31.5 (IQR 22.3) έτη και μέση διάρκεια νόσου 9.3 (SE 1.4) έτη. Όλοι είχαν αποτύχει σε 1-4 βιολογικούς παράγοντες και υπήρχε συγχορήγηση ανοσοτροποποιητικών σε 7 (50%). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν δόσεις εφόδου β-IFX και στη συνέχεια 5 mg/kg/8 εβδομάδες με ανάγκη εντατικοποίησης της δόσης σε 5 (36%). Οκτώ (57%) παρουσίασαν κλινική ανταπόκριση (ελάττωση HBI ή SCAI > 2). Στους ανταποκριθέντες (διάμεση χορήγηση 14 μηνών) η διάμεση τιμή HBI ή SCAI μειώθηκε από 8 σε 3.5 ( $p < 0.05$ ), η μέση CRP από 10.3 σε 2.3 mg/dl ( $p < 0.05$ ) και ΤΚΕ από 51 σε 42 mm/h ( $p=0.19$ ). Ενδοσκοπικά δεδομένα ήταν διαθέσιμα σε 4 ασθενείς, 3 από τους οποίους ήταν ανταποκριθέντες, δείχνοντας βελτίωση σε 2 και βλεννογονική επούλωση σε 1.

**Συμπεράσματα:** Η θεραπεία με β-IFX φαίνεται να είναι μια αποτελεσματική επιλογή σε ασθενείς με ΙΦΝΕ που παρουσίασαν αλλεργία ή απώλεια της αποτελεσματικότητας στο π-IFX. Πάνω από τους μισούς ασθενείς ανέκτησαν την ανταπόκριση στον anti-TNF.

## ΠΡΟΣΕΓΓΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΝΕΟΛΗΚΥΘΟΥ

Σ. Γαβριήλ<sup>1</sup>, Π. Αλεπάς<sup>1</sup>, Θ. Εμμανουήλ<sup>2</sup>, Κ. Σταυρόπουλος<sup>3</sup>, Χ. Οικονόμου<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Χειρουργική Κλινική Παχέος Εντέρου-Ορθού, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιασώ», Αθήνα

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογική-Ηπατολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιασώ», Αθήνα

<sup>3</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιασώ», Αθήνα

**Σκοπός:** Η ειλεοληκθοπρωκτική αναστόμωση με νεολήκυθο λεπτού εντέρου (IPAA) αποτελεί την επέμβαση εκλογής στη χειρουργική αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας.

Η αποτυχία της νεοληκύθου αναφέρεται διεθνώς σε ποσοστό 6-10%, με συχνότερα αίτια τις σηπτικές επιπλοκές (40-50%), τη νόσο Crohn (40%) και το περινεϊκό τραύμα (5-10%).

**Υλικό και Μέθοδος:** Παρουσιάζουμε έξι περιπτώσεις ασθενών που υποβλήθηκαν σε εκτομή της νεοληκύθου λόγω προΐερού αποστήματος με συνοδό οστεομυελίτιδα του ιερού οστού, λόγω περιεδρικών συριγγίων ανθεκτικών στη συντηρητική-χειρουργική αντιμετώπιση απουσία νόσου Crohn και λόγω εκτεταμένης ουλοποίησης-ανεπάρκειας του πρωκτικού σφιγκτηριακού μηχανισμού.

**Αποτελέσματα:** πέντε ασθενείς υποβλήθηκαν σε εκτομή της νεοληκύθου και τελική ειλεοστομία και ένας σε «επιδιόρθωση της νεοληκύθου». Όλοι αναφέρουν σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους άμεσα μετά το χειρουργείο.

**Συμπεράσματα:** Μερικοί ασθενείς με IPAA που παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα λειτουργικότητας της νεοληκύθου μπορούν να αντιμετωπιστούν χειρουργικά με καλά αποτελέσματα σε ότι αφορά στην ποιότητα ζωής. Ο προβληματισμός μας αφορά στις γενεσιουργές αιτίες και τους τρόπους πρόληψης αυτών των επιπλοκών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ INFlixIMAB (INFLECTRA) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ**

**Ε. Στεφανίδης<sup>1</sup>, Χ. Μακαρονάς<sup>1</sup>, Α. Παυλής<sup>1</sup>, Δ. Καπετάνος<sup>1</sup>, Α. Αυγερινός<sup>1</sup>, Φ. Δημουλιός<sup>1</sup>, Θ. Μάρης<sup>1</sup>, Α. Ηλίας<sup>1</sup>**

*Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη*

**Εισαγωγή:** Η χορήγηση του Infliximab είναι μια αναγνωρισμένη θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας (ΕΚ). Τα βιοομοειδή καταλαμβάνουν την θέση τους στην θεραπεία της νόσου.

**Σκοπός:** Η εκτίμηση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας του INFLECTRA σε ασθενείς με ΕΚ.

**Ασθενείς και μέθοδοι:** Δέκα τέσσερις ασθενείς με ΕΚ [Α:8, Γ: 8, ΜΗ: 36, φάσμα 17-75,] με ΕΚ έλαβαν αγωγή με INFLECTRA. Η τοπογραφία της νόσου ήταν: πανκολίτιδα: 9, Αριστερά κολίτις: 5 ασθενείς. Όλοι οι ασθενείς είχαν λάβει κορτικοειδή και 5-ASA και 4 από αυτούς αζαθειοπρίνη. Όσον αφορά την βαρύτητα της νόσου κατά Trulove/Witts οι 9 ασθενείς με πανκολίτιδα είχαν βαρεία νόσο και οι υπόλοιποι μέσης βαρύτητας. Το φάρμακο χορηγήθηκε σε δόση 5mg / kg ΒΣ στην εβδομάδα 0, 2,6 και στη συνέχεια κάθε 8 εβδομάδες. Η ανταπόκριση στη θεραπεία χαρακτηρίζονταν ως ύφεση (εξαφάνιση της συμπτωματολογίας, εργαστηριακή ανταπόκριση) ή ως ανταπόκριση (ελάττωση των συμπτωμάτων, βελτίωση των εργαστηριακών).

**Αποτελέσματα:** Ο συνολικός αριθμός των εγχύσεων ανήλθε σε 92 (Μ.Ο. 7,8 εγχύσεις / ασθενή, φάσμα 3 – 20). Μέσος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών ήταν 15 μήνες (φάσμα 3- 46). Δυο ασθενείς (14%) διέκοψαν αυτοβούλως την θεραπεία. Από τους 12 υπόλοιπους ασθενείς, 8 (67%) παρουσίασαν ύφεση, 2 (33%) ανταπόκριση. Δυο ασθενείς (16%) διέκοψαν την αγωγή λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών.

**Συμπέρασμα:** Η περιοδική έγχυση του INFLECTRA σε ασθενείς ΕΚ είναι ασφαλής και αποτελεσματική.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ INFLECTRA® ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ**

**Ι. Δήμας, Μ. Φραγκάκη, Μ. Βελεγράκη, Α. Θεοδωροπούλου, Γ. Πασπάτης, Κ. Καρμίρης**

*Γαστρεντερολογική Κλινική, «Βενιζέλειο» Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη*

**Εισαγωγή & σκοπός:** Το Inflectra® αποτελεί τον πρώτο βιο-ομοειδή anti-TNFα παράγοντα για τη θεραπεία των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου (ΙΦΝΕ). Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας του Inflectra® σε ασθενείς με ΙΦΝΕ ενός κέντρου αναφοράς.

**Υλικά & μέθοδοι:** αναδρομική μελέτη ασθενών με ΙΦΝΕ που έλαβαν τουλάχιστον μία έγχυση Inflectra® στο κέντρο μας. Έγινε συλλογή δεδομένων των ασθενών αλλά και της θεραπείας από ηλεκτρονική πλατφόρμα καταγραφής.

**Αποτελέσματα:** 18 ασθενείς (άνδρες: 66.7%, Νόσος Crohn [NC]: 77.8%) έλαβαν Inflectra®, οι 10 εκ των οποίων ως θεραπεία 1<sup>ης</sup> γραμμής (55.6%, 7 με NC). Δεκαπέντε (83.3%, 11 με NC) το έλαβαν ως μονοθεραπεία εκ των οποίων 12 (80%, 9 με NC) παρουσίασαν μερική κλινική ανταπόκριση σε διάμεσο διάστημα 2.1 εβδομάδων (IQR: 3.25, εύρος: 1.3-18.6). Τρεις ασθενείς με NC έλαβαν το Inflectra συνδυαστικά με ανοσοκατασταλτικό. 2/3 παρουσίασαν μερική κλινική ανταπόκριση. Έξι ασθενείς λάμβαναν κορτικοστεροειδή, οι 5 εκ των οποίων τα διέκοψαν μετά από 0.5 μήνες (IQR: 1.8, εύρος: 0.4-3.3). Επτά ασθενείς (38.9%, όλοι με NC) χρειάστηκαν εντατικοποίηση και οι 5 παρουσίασαν πλήρη κλινική ανταπόκριση σε 31.2 εβδομάδες (IQR: 42.45, εύρος: 4.0-61.1). Τέσσερις ασθενείς (22.2%, όλοι με NC) διέκοψαν την αγωγή μετά από 10.4 εβδομάδες λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών (ηωσινοφιλική περιτονίτιδα άνω άκρων και κορμού, επίμονη ξηροδερμία-ρινική συμφόρηση-καταρροή-κόπωση και δύο λόγω αλλεργικής αντίδρασης κατά την έγχυση).

**Συμπεράσματα:** Το Inflectra® οδήγησε σε κλινική ανταπόκριση στα 2/3 περίπου των ασθενών του κέντρου μας αν και η σειρά είναι μικρή. Εντατικοποίηση χρειάστηκε ένας στους τρεις ενώ ένας στους πέντε διέκοψε την αγωγή λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών.

## ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕΤΑ ΙΡΑΑ

**Σ. Γαβριήλ<sup>1</sup>, Π. Αλεπάς<sup>1</sup>, Θ. Εμμανουήλ<sup>2</sup>, Κ. Κατσάνος<sup>3</sup>, Δ. Χριστοδούλου<sup>3</sup>,  
Α. Τσάπαλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργική Κλινική Παχέος Εντέρου-Ορθού, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιασώ», Αθήνα

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογική-Ηπατολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιασώ», Αθήνα

<sup>3</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**Σκοπός:** Οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ΙΡΑΑ για ελκώδη κολίτιδα παρουσιάζουν αποφρακτικό ειλεό ως τη συχνότερη επιπλοκή σε ποσοστό περίπου 20%.

**Υλικό και μέθοδος:** Παρουσιάζουμε δύο περιπτώσεις ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αντιμετώπιση απόφραξης της προσαγωγού έλικας της νεοληκύθου (rouch), α) εγκυμονούσα ασθενής με επεισόδια ατελούς ειλεού από την 25η εβδομάδα της κύησης, β) ασθενής με έντονο κοιλιακό άλγος και εμέτους υπεβλήθη σε απεικονιστικό έλεγχο που ανέδειξε πλήρη απόφραξη της προσαγωγού έλικας και ακολούθως χειρουργήθηκε εκτάκτως.

**Αποτελέσματα:** Η πρώτη ασθενής αντιμετωπίστηκε αρχικά με ολική παρεντερική διατροφή και καισαρική τομή και συμφυσιόλυση την 35η εβδομάδα. Λόγω εμμένουσας συμπτωματολογίας υποβλήθηκε σε απεικονιστικό έλεγχο, όπου διαπιστώθηκε συστροφή της προσαγωγού έλικας της νεοληκύθου. Στη χειρουργική επέμβαση επιβεβαιώθηκε συστροφή οφειλόμενη σε συμφύσεις της εν λόγω έλικας με τη σάλπιγγα-ωοθήκη λόγω αυξανόμενου μεγέθους μήτρας. Στη δεύτερη ασθενή χειρουργικά διαπιστώθηκε πλήρης συστροφή της προσαγωγού έλικας επί του άξονα των μεσεντερικών αγγείων με βαρύτερες ισχαιμικές αλλοιώσεις. Μετά την ανάταξη της συστροφής κρίθηκε ικανοποιητική η επαναιμάτωση του εντέρου και δεν απαιτήθηκε διενέργεια εντερεκτομής.

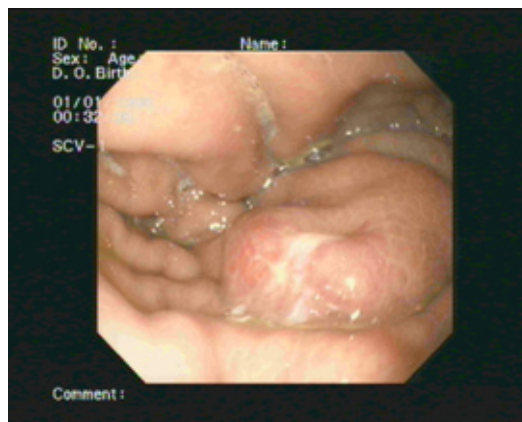
**Συμπεράσματα:** η συστροφή του λεπτού εντέρου αποτελεί αιτία ειλεού σε ασθενείς μετά ΙΡΑΑ. Ο υψηλός δείκτης υποψίας, η συμβατή κλινική εικόνα και οι κατάλληλες απεικονιστικές μέθοδοι μας οδηγούν στην ορθή διάγνωση. Η έγκαιρη χειρουργική επέμβαση είναι δυνατόν να αποτρέψει μια δυνητικά καταστροφική κατάσταση.

**ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΑΣΤΡΟΚΟΛΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ INFLIXIMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN****N. Κυριάκος, X. Λιάτσος, M. Γιακουμής, E. Καλαφάτης***Γαστρεντερολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα*

**Σκοπός εργασίας:** Η ανάδειξη του ρόλου του Infliximab σε περιπτώσεις σοβαρής διαιτηραίνουσας νόσου Crohn, καθιστώντας μη αναγκαία την χειρουργική επέμβαση.

**Υλικό-Μέθοδος:** Το περιστατικό αφορά άντρα 36 ετών, ο οποίος προσήλθε στο Νοσοκομείο λόγω καταβολής, απώλειας βάρους, κοιλιακού άλγους και εμπυρέτου από μηνός. Ο απεικονιστικός, ενδοσκοπικός και ιστολογικός έλεγχος ανέδειξε βαριά νόσο Crohn παχέος εντέρου με διατοιχωματική φλεγμονή και παρουσία γαστροκολικού συριγγίου (στόμιο στο σώμα του στομάχου με εκροή πύου). Ο ασθενής ετέθη σε ενδοφλέβια αντιβίωση και ενυδάτωση, παρεντερική διατροφή και μετά τον απαραίτητο έλεγχο σε έναρξη αντι-TNFα (Remicade 5mg/kg ΒΣ σε 0,2 και 6 εβδομάδες). Δύο μήνες μετά την έναρξη του βιολογικού παράγοντα, έγινε εργαστηριακή, ενδοσκοπική και απεικονιστική επανεκτίμηση της νόσου. Η CRP ήταν εντός φυσιολογικών ορίων, κατά τη γαστροσκόπηση δεν ανευρέθη βλεννογονική βλάβη στο στομάχο ενώ η αξονική τομογραφία κοιλίας ανέδειξε εντυπωσιακή υποχώρηση της φλεγμονής. Ο ασθενής συνεχίζει να λαμβάνει Infliximab ανά 8 εβδομάδες και βρίσκεται σε κλινικοεργαστηριακή ύφεση.

**Συμπέρασμα:** Η περιγραφή του περιστατικού καθιστά σαφές το γεγονός ότι, αν και η πλειοψηφία των περιστατικών με ενδοκοιλιακά και άλλα συρίγγια σε ασθενείς με νόσο Crohn απαιτεί χειρουργική αντιμετώπιση, είναι δυνατή η πλήρης σύγκλιση αυτών με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή και τη λήψη βιολογικού παράγοντα χωρίς την παρέμβαση του χειρουργού.





## ΟΞΕΙΑ ΜΥΟΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΜΕΣΑΛΑΜΙΝΗ

**Ν. Β. Χρύσανθος<sup>1</sup>, Α. Χαλκιαδάκη<sup>2</sup>, Ι. Κονταξάκης<sup>2</sup>, Ε. Λαμπράκης<sup>3</sup>, Ι. Ανδριώτης<sup>3</sup>,  
Σ. Μανουσάκης<sup>3</sup>, Η. Ζαρέας<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Ενδοσκοπική Μονάδα Πεπτικού Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου, Κρήτη

<sup>2</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου, Κρήτη

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου, Κρήτη

**Εισαγωγή :** Η ελκώδης κολίτιδα παρουσιάζει αυξανόμενη επίπτωση ενώ πρόοδος έχει καταγραφεί και στον τομέα της θεραπείας. Η μεσαλαμίνη θεωρείται γενικώς ένα ασφαλές φάρμακο αν και δεν στερείται παρενεργειών.

**Αναφέρουμε** σπάνια περίπτωση γυναίκας ασθενούς 52 ετών η οποία εισήχθη στο Νοσοκομείο με αιφνίδιο θωρακικό άλγος, ανασπάσεις στο ηλεκτροκαρδιογράφημα και ενζυματική κίνηση. Η ασθενής είχε προ μηνός υποβληθεί σε κολονοσκόπηση λόγω εμφάνισης αιμορραγικών διαρροϊκών κενώσεων όπου ετέθη ισχυρή υποψία ελκώδους πανκολίτιδας και έλαβε οδηγίες για έναρξη θεραπείας με μεσαλαμίνη σε δόση 4γρ. ημερησίως. Κλινικά η ασθενής ήταν καταβεβλημένη, αφυδατωμένη, ανέφερε 2-3 πολτώδεις κενώσεις χωρίς πρόσμειξη αίματος, δεκατική πυρετική κίνηση, ανορεξία, αφυδάτωση και αύξηση δεικτών φλεγμονής (λευκά: 12.700, CRP 14,3). Ο έλεγχος για υποκείμενη λοίμωξη, ενδοκοιλιακή συλλογή ή απόστημα ήταν αρνητικός. Χορηγήθηκε κορτιζόνη σε δόση 1mg/kg και διεκόπη η μεσαλαμίνη. Η ασθενής ανταποκρίθηκε κλινικά, υπερηχογραφικά και εργαστηριακά. Η ασθενής είτε εμφάνισε μια σπάνια εξωεντερική εκδήλωση όπως είναι η οξεία μυοπερικαρδίτιδα ή αυτή η εικόνα ήταν αποτέλεσμα της δράσης της μεσαλαμίνης. Δυστυχώς ο μόνος τρόπος να αποδειχτεί είναι η επανέκθεση στο φάρμακο. Η ασθενής δεν μπορεί να λάβει συντηρητική αγωγή με μεσαλαμίνη, εμφάνισε ηπατική διαταραχή σε χορήγηση αζαθειοπρίνης και τελικά λαμβάνει βιολογική θεραπεία και βρίσκεται σε κλινική και εργαστηριακή ύφεση.

**Συμπέρασμα:** Η οξεία μυοπερικαρδίτιδα μπορεί να εμφανιστεί σπάνια σε ασθενή με ελκώδη κολίτιδα ως αποτέλεσμα φαρμακευτικής αγωγής με μεσαλαμίνη ή ως εξωεντερική εκδήλωση γεγονός που μπορεί να δυσκολέψει σημαντικά την λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.

## ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ ΝΟΣΟΣ CROHN

**Γ. Καραμπέκος, Χ. Πόντας, Ι. Τζιωρτζιώτης, Χ. Χατζευαγγελινού, Μ. Γαλανόπουλος, Φ. Γκέρος, Θ. Τσιγαρίδας, Α. Τσατσά, Γ. Φιλιππίδης, Μ. Βράκα, Ε. Τσουκάλη, Ν. Βιάζης, Ε. Αρχαύλης, Γ. Μάντζαρης**

*Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα*

Αιτία εισόδου: Άνδρας ασθενής ηλικίας 45 ετών εισήχθη στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα για ειλεό

Ατομικό και οικογενειακό αναμνηστικό: Χειρουργηθείσα κύστη κόκκυγος πριν 27 έτη.

Καταθλιπτική συνδρομή (σε θεραπεία με Lamictal 50mg 1x2, Zyprexa 10 mg, 1x1).

Μία αδελφή με ετερόζυγη μετάλλαξη για τον παράγοντα V Leiden.

Παρούσα νόσος: Το ιστορικό του ασθενούς αρχίζει πριν 10 μήνες με αδυναμία, καταβολή, κολλοειδή κοιλιακά άλγη, απώλεια βάρους και διαρροϊκές κενώσεις. Αρνήθηκε να υποβληθεί σε ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις και έλαβε συμπτωματική αγωγή με υοσκίνη, παρακεταμόλη και ρανιτιδίνη χωρίς ιδιαίτερη ανταπόκριση.

Τον τελευταίο μήνα πριν την εισαγωγή του εμφάνισε επίταση των κοιλιακών αλγών, μετεωρισμό, ανορεξία και εμέτους. Η αντικειμενική εξέταση στο ΤΕΠ έδειξε αφυδατωμένο σχετικά ασθενή, με μετεωρισμό, περιφερικά οιδήματα, αυξημένη κοιλιακή ευαισθησία, υπόταση, ταχυαρρυθμία και άτυπες ΗΚΓ μεταβολές. Κοιλιακό US στα επείγοντα έδειξε δύο θρόμβους στην κοιλιακή αορτή και ο καρδιακός έλεγχος αύξηση της τροπονίνης. Λοιπές εξετάσεις: WBC:6.54, Hb:10.7, Hct:31.1, PLT:191, RDW-CV: 14.2, Ur: 56mg/dL, Creat: 0.984mg/dL, K: 3.8 mmol/L, Na: 132 mmol/L, AST: 15 I.U/L, ALT: 22 I.U/L, ALP: 109 I.U/L, Tbil: 0.22mg/L, Alb: 1.4g/dL, TProt: 3.4g/dL, Ca: 6.4mg/dL, INR: 1.13, CRP: 6.0mg/dL (ΦΤ <0.5), C.Diff τοξίνη:(-).

CT θωρακικής και κοιλιακής αορτής: δύο ευμεγέθεις τοιχωματικοί θρόμβοι κοιλιακής αορτής υπονεφρικά, ο ένας με επέκταση στη δεξιά κοινή λαγόνια αρτηρία. Χωρίς σαφή ελλείμματα πλήρωσης στους κλάδους των πνευμονικών αρτηριών. Παρουσία σκιαγραφικού ελλείμματος πλήρωσης διαμέτρου 4.5x3.7εκ εντός της αριστερής κοιλίας σε σχέση με το τοίχωμα αυτής. Μικρές πλευριτικές συλλογές άμφω. Λίγες μικρές κύστες ήπατος και νεφρού αριστερά. Ασκιτική συλλογή. Πάχυνση τοιχώματος στομάχου, λεπτού και παχέος εντέρου, ιδιαίτερα του ειλεού με θολερότητα του πέριξ κυτταρολιπώδους ιστού και τμηματικές στενώσεις και διαστάσεις αυλού.

Ο ασθενής έλαβε αγωγή με γαστρική παροχέτευση, TPN, αντιβιοτική αγωγή (Cipro/flagyl), ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους. Περαιτέρω συστηματικός έλεγχος με αξονική αγγειογραφία, US και MRI καρδιάς ανέδειξαν εκτεταμένες θρομβώσεις στην αριστερή κοιλία και την κοιλιακή αορτή, τις οπίσθιες κνημιαίες φλέβες του δεξιού κάτω άκρου. Μετά τη σταθεροποίησή του υποβλήθηκε σε κολοσκόπηση που ανέδειξε επιπολής εξελκώσεις και εστιακό πλακόστρωτο στο σιγμοειδές, οίδημα και ουλώδη στένωση του τελικού ειλεού που δεν επέτρεψε την περαιτέρω προώθηση του οργάνου. Με το πέρας της κολοσκόπησης ο ασθενής εμφάνισε ταχυαρρυθμία, ΗΚΓ αλλοιώσει ύποπτες για OEM και εισήχθη στη Μονάδα Εμφραγμάτων.

Η περίπτωση παρουσιάζεται ως κλινικό και θεραπευτικό δίλημμα

**ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕ ΤΟ DASS21****Γ. Λυράκος<sup>1</sup>, Ε. Ζαχαροπούλου<sup>2</sup>, Δ. Μόσχοβης<sup>2</sup>, Μ. Τζουβαλά<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη & Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια, Πειραιάς

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια, Πειραιάς

**Σκοπός:** της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση των επιπέδων άγχους στρες και κατάθλιψης σε ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους εντέρου με τη χρήση του σταθμισμένου στην ελληνική γλώσσα ερωτηματολογίου μέτρησης κατάθλιψης, άγχους και στρες DASS21.

**Υλικό & μέθοδος:** στη μελέτη συμμετείχαν 43 ασθενείς, 21 άνδρες και 22 γυναίκες με μέση ηλικία 37,2(±13,4) που λαμβάνουν θεραπεία στη γαστρεντερολογική κλινική του Γ.Ν.Ν. «Αγ. Παντελεήμων». Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν την κλίμακα άγχους, κατάθλιψης και στρες 21 ερωτήσεων (DASS21). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS23,

**Αποτελέσματα:** Από την ανάλυση προέκυψε ότι ο μέσος όρος στην κλίμακα του στρες ήταν 16,7(±9,4), στην κλίμακα του άγχους 10,4 (±9,3) και στην κλίμακα της κατάθλιψης 11,3(±12,1). Το φύλο δεν φάνηκε να επηρεάζει τα επίπεδα της συναισθηματικής κατάστασης, καθώς  $t_{στρες} = -0,827$   $p = NS$ ,  $t_{άγχος} = -0,609$   $p = NS$  και  $t_{κατάθλιψη} = -0,385$   $p = NS$ , ούτε και η οικογενειακή κατάσταση καθώς  $t_{στρες} = -0,942$   $p = NS$ ,  $t_{άγχος} = -1,515$   $p = NS$  και  $t_{κατάθλιψη} = -1,114$   $p = NS$ . Αντίθετα βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την ηλικία τόσο στο στρες  $r = 0,446$   $p = 0,001$ , όσο και στο άγχος  $r = 0,477$   $p = 0,001$  και την κατάθλιψη  $r = 0,443$   $p = 0,001$ . από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το 41,9% έχει πολύ υψηλά επίπεδα στρες, το 32,6% κατάθλιψης και το 46,5% άγχους.

**Συμπεράσματα:** Αυτή η μελέτη προκύπτει ότι ένα πολύ σημαντικό ποσοστό ασθενών με ΙΦΝΕ εμφανίζουν συμπτώματα συναισθηματικών διαταραχών γεγονός που κάνει επιτακτική τόσο την ψυχολογική αξιολόγηση όσο και ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών αυτών σε τακτική βάση με στόχο την ολιστική αντιμετώπιση και βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

**Η ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΟΥ ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΑΖΩΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΕΝΔΕΙΞΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΤΩΝ ΜΙΚΡΩΝ ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ**

**A. Πρωτοπαπάς<sup>1</sup>, Σ. Βραδέλης<sup>2</sup>, Θ. Καραμπιτσάκος<sup>1</sup>, Α. Χατζημιχαήλ<sup>1</sup>,  
Ε. Παρασκάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

<sup>2</sup> Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

**Εισαγωγή:** Το εκπνεόμενο μονοξείδιο του αζώτου (eNO) αποτελεί έναν ευρέως χρησιμοποιούμενο βιοδείκτη, με πολλαπλές κλινικές εφαρμογές σε νοσήματα του αναπνευστικού. Ο ρόλος του όσον αφορά την εκτίμηση της φλεγμονή του πνευμονικού παρεγχύματος, το καθιστά κατάλληλο εργαλείο για την εκτίμηση των πνευμονικών εκδηλώσεων των ΙΦΝΕ.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Το κλασματικό εκπνεόμενο μονοξείδιο του αζώτου (FeNO) μετρήθηκε σε πολλαπλές ροές και με τη χρήση κατάλληλου μαθηματικού μοντέλου, έγινε υπολογισμός των κυψελιδικών ( $C_A$ NO) και βρογχικών (JawNO) συγκεντρώσεων του μονοξειδίου του αζώτου σε 27 ασθενείς με ΙΦΝΕ (17 με νόσο του Crohn και 10 με ελκώδη κολίτιδα) και 39 υγιείς μάρτυρες. Ιδιαίτερη σημασία δόθηκε στον αποκλεισμό από την μελέτη ατόμων με πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες, σχετιζόμενους με επίδραση στις μετρήσεις eNO. Η ενεργότητα της νόσου υπολογίστηκε στη νόσο του Crohn μέσω του δείκτη CDAI και στην ελκώδη κολίτιδα μέσω του Partial Mayo Score.

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκαν σημαντικά αυξημένα επίπεδα  $C_A$ NO στους ασθενείς με ΙΦΝΕ, σε σχέση με την ομάδα των υγιών εθελοντών ( $p < 0.0001$ ). Τα επίπεδα FeNO ήταν αυξημένα στους ασθενείς με ΙΦΝΕ ( $p = 0.023$ ), ενώ δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τα επίπεδα  $J_{aw}$ NO μεταξύ των ασθενών και των υγιών εθελοντών ( $p = 0.106$ ). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τιμών οποιασδήποτε από τις μεταβλητές του eNO και δεικτών ενεργότητας της νόσου.

**Συμπεράσματα:** Τα κυψελιδικά επίπεδα του μονοξειδίου του αζώτου είναι αυξημένα σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, ανεξαρτήτως ενεργότητας της νόσου. Η αύξηση αυτή πιθανόν να σχετίζεται με παρουσία υποκλινικής φλεγμονής των μικρών αεραγωγών σε άτομα με ΙΦΝΕ, ακόμα και σε αυτά με ήπια ή ανενεργή νόσο.

**ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ**

**Ε. Τσουκάλη<sup>1</sup>, Α. Μάντακα<sup>2</sup>, Ε. Ορφανουδάκη<sup>2</sup>, Ν. Βιάζης<sup>1</sup>, Γ. Μάντζαρης<sup>1</sup>,  
Ι. Κουτρομπάκης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός - Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική», Αθήνα

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

**Σκοπός:** Υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με ΙΦΝΕ παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να εκτιμηθεί ο 10ετής καρδιαγγειακός κίνδυνος (ΚΚ) σε Έλληνες ασθενείς με ΙΦΝΕ και να συσχετιστεί με τα χαρακτηριστικά της νόσου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Συμπεριλήφθηκαν 188 ασθενείς με ΙΦΝΕ που παρακολουθούνται σε δύο κέντρα αναφοράς [82 άνδρες, 109 νόσος Crohn (NC), 79 Ελκώδης κολίτιδα (ΕΚ)], ηλικίας 30-74 ετών, μέσης ηλικίας κατά τη διάγνωση  $36.7 \pm 12.5$  έτη, 38 με ιστορικό χειρουργείου για ΙΦΝΕ, χωρίς ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου. Υπολογίστηκε ο ΚΚ την επόμενη δεκαετία με βάση το Framingham General CVD Risk Score (FRS) και συσχετίστηκε με τον τύπο, τα κλινικά χαρακτηριστικά και τη βαρύτητα της νόσου.

**Αποτελέσματα:** Η μέση τιμή FRS ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες ασθενείς με ΙΦΝΕ ( $10.3 \pm 8.3$  vs  $5 \pm 4.3$ ,  $p < 0.001$ ). Η μέση τιμή FRS ήταν  $8.1 \pm 7.6$  και  $7.8 \pm 7.1$  σε ασθενείς με NC με ΕΚ αντίστοιχα. Σε 21 (26.6%) ασθενείς με ΕΚ και 30 (27.5%) με NC βρέθηκε μέτριος ή υψηλός ΚΚ στη 10ετία ( $FRS > 10\%$ ). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις του εκτιμώμενου ΚΚ με τη διάγνωση (NC ή ΕΚ), τα χαρακτηριστικά της νόσου (επιπλεγμένη NC, εκτεταμένη ΕΚ) και τη βαρύτητα νόσου (δείκτες ενεργότητας, νοσηλείες και χειρουργεία).

**Συμπεράσματα:** Από τα πρόδρομα αποτελέσματα προοπτικής μελέτης εκτίμησης του ΚΚ σε ασθενείς με ΙΦΝΕ βρέθηκε  $>25\%$  ασθενών με  $FRS > 10\%$ . Μεγαλύτερες προοπτικές μελέτες καταγραφής και σύγκρισης με υγιείς μάρτυρες είναι απαραίτητες για τον περαιτέρω καθορισμό των παραγόντων που σχετίζονται με τον κίνδυνο αυτό.

**ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΝ ΣΤΟΝ ΕΝΤΕΡΙΚΟ ΙΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN**

**Σ. Σιακαβέλλας<sup>1</sup>, Ε. Κουρέτα<sup>1</sup>, Ν. Περλεπέ<sup>2</sup>, Ι. Δελλαδέτσιμα<sup>3</sup>, Μ. Περδίκη<sup>3</sup>,  
Γ. Παπαθεοδωρίδης<sup>1</sup>, Γ. Μπάμιας<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Σωτηρία», Αθήνα

<sup>3</sup> Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

**Σκοπός:** Να αξιολογηθεί εάν η ανεύρεση κοκκιωμάτων σε βιοψίες εντέρου ασθενών με νόσο Crohn (NC) σχετίζεται με διακριτά χαρακτηριστικά των ασθενών ή/και τη φυσική ιστορία της νόσου.

**Μέθοδοι:** Συλλέχθηκαν αναδρομικά όλες οι ιστολογικές εξετάσεις της τελευταίας 8ετίας ασθενών με NC με επαρκή παρακολούθηση στα εξειδικευμένα ιατρεία ΙΦΝΕ της Πανεπιστημιακής Γαστρεντερολογικής Κλινικής του Γ.Ν.Α. «Λαϊκό» και της Γ' Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής του Γ.Ν.Ν.Θ «Σωτηρία». Η ύπαρξη ή όχι κοκκιωμάτων σε μικροσκοπικό επίπεδο συσχετίστηκε με διάφορα κλινικοεργαστηριακά δεδομένα από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Ανευρέθησαν ιστολογικές εξετάσεις από 220 ασθενείς με NC [άρρenes=95, ηλικία  $40,5 \pm 14,8$ , 17-76 (μέση τιμή  $\pm$  SD, εύρος σε έτη)]. Κοκκιώματα στη βιοψία του εντερικού ιστού ανευρέθησαν σε 71 ασθενείς (32,3%). Ασθενείς με κοκκιώματα στη βιοψία εμφάνισαν διακριτά χαρακτηριστικά (σε σχέση με ασθενείς χωρίς κοκκιώματα): α) μικρότερη ηλικία εμφάνισης της νόσου ( $37,2 \pm 13,1$  έτη vs  $42,2 \pm 15,3$   $P=0,015$ ); β) συχνότερη προσβολή π. εντέρου (L2, L3) ( $P=0,097$ ); γ) ενεργό κάπνισμα ( $P=0,032$ ); δ) συχνότερη εμφάνιση της νόσου κατά τη διάγνωση με απώλεια βάρους ( $P=0,001$ ) και αιματηρές κενώσεις ( $P=0,012$ ); και ε) αυξημένο αριθμό υποτροπών κατά την παρακολούθηση ( $0,6 \pm 0,5$  vs  $0,5 \pm 0,4$  υποτροπές ανά χρόνο παρακολούθησης,  $P=0,071$ ).

**Συμπεράσματα:** Η παρουσία κοκκιωμάτων στον εντερικό ιστό ασθενών με NC σχετίζεται με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της νόσου, εύρημα το οποίο πρέπει να διερευνηθεί ως προς την κλινική και προγνωστική του αξία.

**ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΜΕ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΕΝΤΕΡΟΥ****Γ. Λυράκος<sup>1</sup>, Μ. Τζουβαλά<sup>2</sup>, Γ. Κεχαγιάς<sup>2</sup>, Μ. Τσιρώνη<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη & Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια, Πειραιάς

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια, Πειραιάς

<sup>3</sup> Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας παρέμβασης ήταν η ανίχνευση της μείωσης των επιπέδων στρες με την εφαρμογή ψυχοεκπαίδευσης και χρήση ασκήσεων διαφραγματικής αναπνοής ως μέθοδος χαλάρωσης στα πλαίσια μεταδιδασκτορικής έρευνας του Παν. Πελοποννήσου.

**Υλικό & μέθοδος:** Στην παρέμβαση συμμετείχαν 37 ασθενείς, 19 άνδρες και 18 γυναίκες με μέση ηλικία 37,16(±13,4) μετά από την υπογραφή γραπτής συναίνεσης, που παρακολουθούνται από την στη γαστρεντερολογική κλινική του Γ.Ν.Ν. «Αγ. Παντελεήμων». Οι συμμετέχοντες συμμετείχαν σε ατομικές συνεδρίες που περιέλαβαν ψυχοεκπαίδευση για το στρες και τις αιτίες που το προκαλούν και πρακτική άσκηση και εφαρμογή στις ασκήσεις διαφραγματικής αναπνοής. Η μέτρηση της επιτυχίας της παρέμβασης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της κλίμακας στρες του DASS και αναλογικές κλίμακες αξιολόγησης του στρες πριν και μετά την παρέμβαση. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS23,

**Αποτελέσματα:** Το στρες πριν την παρέμβαση στην κλίμακα DASS ήταν  $M=16,7\pm 9,4$  και στην αναλογική κλίμακα  $M=4,6\pm 2,4$ . Η συσχέτιση των δύο κλιμάκων ήταν πολύ καλή  $r=0,651$   $p=0,001$  με αποτέλεσμα να χρησιμοποιηθούν οι αναλογικές κλίμακες μετά την εφαρμογή της παρέμβασης. Η μέση τιμή μετά την παρέμβαση έπεσε στο  $M=3,29\pm 2,4$  διαφορά στατιστικά σημαντική  $\text{pairsamplecorrelation}=0,805$   $p=0,001$ ,  $t=5,623$   $p=0,001$ .

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της παρέμβασης δείχνουν πως η εφαρμογή μιας ψυχοεκπαίδευσης για την κατανόηση του μηχανισμού του στρες με εκμάθηση ασκήσεων αναπνευστικής χαλάρωσης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ μπορεί να είναι αποτελεσματική για τη μείωση των επιπέδων στρες στους ασθενείς αυτούς μέσω της εφαρμογής μεθόδων αυτοδιαχείρισης των επιπέδων του στρες.

**ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ:  
ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΤΗΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ**

**Ι. Ξυνιάς<sup>1</sup>, Δ. Μουσελίμης<sup>1</sup>, Α. Τσαρούχας<sup>1</sup>, Α. Μαυρούδη<sup>1</sup>, Κ. Βασιλάκη<sup>1</sup>,  
Χ. Αγακίδης<sup>2</sup>, Ι. Ροηλίδης<sup>1</sup>, Π. Καράνικα<sup>1</sup>, Ο. Γιουλεμέ<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Γ' Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Α' Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,  
Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** τα Φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) αποτελούν αιτίες σοβαρής νοσηρότητας στα παιδιά. Η πλειονότητα χρήζει εισαγωγής σε ειδικό τμήμα, για διάγνωση και αντιμετώπιση.

**Σκοπός:** καταγραφή στοιχείων που αφορούν τη διάγνωση, την παρακολούθηση και τη θεραπεία της ΙΦΝΕ στα παιδιά.

**Υλικό και μέθοδοι:** 52 παιδιά με ΙΦΝΕ.

**Αποτελέσματα:** ελκώδης κολίτιδα (ΕΚ) διαγνώστηκε στο 46,2%(n=24), νόσος Crohn στο 34,5%(n=18), αταξινόμητη κολίτιδα 19,3%(n=10). Μέσος χρόνος διάγνωσης από την εκδήλωση των συμπτωμάτων στη Crohn ήταν 119 ημέρες και μέση παρακολούθηση 3,3 έτη. Συμπτώματα κατά τη διάγνωση: διάρροιες (48%,n=25), βλεννοαιματηρές κένωσεις (28%,n=14), κοιλιακά άλγη (26%,n=13), στασιμότητα βάρους (23%,n=12, έμετοι (14%,n=7) πυρετός (14%,n=7). Εξωεντερικές εκδηλώσεις 8%(n=4). Μ.Ο. υποτροπών σε Crohn=0,63 υποτροπές/έτος και 0,59/έτος σε ΕΚ. Δε βρέθηκε συσχέτιση της βαρύτητας της ΙΦΝΕ με ηλικία έναρξης/ φύλο. Η CRP κατά τη διάγνωση συσχετίστηκε με τη βαρύτητα της ΕΚ. Η εκδήλωση της Crohn με κοιλιακό άλγος σχετίζεται ελαφρά με αυξημένες υποτροπές. Ποσοστό 42,3%(n=22) έλαβε αγωγή με βιολογικό παράγοντα (anti-TNF), (4 ανθρώπινο). Στην ΕΚ η CRP, σχετίζεται ελαφρά με ανάγκη χορήγησης anti-TNF. Χειρουργική παρέμβαση χρειάστηκαν 3 παιδιά με Crohn. Δεν καταγράφηκαν κακοήθειες ή θάνατος.

**Συμπεράσματα:** τα ΦΝΕ στα παιδιά εκδηλώνονται συχνότερα με διάρροιες, βλεννοαιματηρές κένωσεις, κοιλιακά άλγη, στασιμότητα βάρους. Η CRP κατά τη διάγνωση, σχετίζεται με τη βαρύτητα της ΕΚ. Ο Μ.Ο. υποτροπών/έτος είναι σχετικά χαμηλός. Τα κοιλιακά άλγη ως σύμπτωμα σε Crohn, ίσως σχετίζονται με κάπως αυξημένο αριθμό υποτροπών. Η χρήση anti-TNF φαίνεται αναγκαία στο ήμισυ περίπου των περιπτώσεων (16% ανθρώπινος). Μικρό ποσοστό με Crohn θα χρειαστεί χειρουργική παρέμβαση. Ο κίνδυνος θανατηφόρων συμβαμάτων ή κακοήθειας είναι μικρός.



**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ****A. Μάντακα<sup>1</sup>, E. Τσουκάλη<sup>2</sup>, M. Φραγκάκη<sup>3</sup>, K. Καρμύρης<sup>3</sup>, N. Βιάζης<sup>2</sup>, Γ. Μάντζαρης<sup>2</sup>, I. Κουτρομπάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη  
<sup>2</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός - Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική», Αθήνα

<sup>3</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

**Σκοπός της εργασίας:** Να εκτιμηθεί η βαρύτητα των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου (ΙΦΝΕ) σε ασθενείς με συνυπάρχουσα καρδιαγγειακή νόσο (KAN).

**Υλικό & Μέθοδος:** Αναδρομική μελέτη καταγραφής (από βάσεις δεδομένων 3 Κέντρων Αναφοράς ΙΦΝΕ) και σύγκρισης των δεδομένων ασθενών με ΙΦΝΕ και ή χωρίς συνυπάρχουσα ΚΑΝ. Μελετήθηκαν δημογραφικά, κλινικά χαρακτηριστικά, δείκτες ενεργότητας (HBI ή SCCAI), ShortIBDQ, νοσηλείες και χειρουργεία για τη νόσο, η φαρμακευτική αγωγή και εργαστηριακά ευρήματα.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθηκαν 205 ασθενείς με ΙΦΝΕ [103 με νόσο Crohn (NC), 102 με Ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ), 132 άνδρες, μέσης ηλικίας 58 έτη (IQR 47–69), μέσης διάρκειας παρακολούθησης  $13 \pm 10.54$  έτη] από τους οποίους 76 είχαν ιστορικό ΚΑΝ [49 (64.5 %) στεφανιαία νόσο, 18 (23.7 %) αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, 7 (9.2 %) καρδιακή ανεπάρκεια και 2 (2.6 %) περιφερική αρτηριακή νόσο]. Οι ασθενείς με ΚΑΝ ήταν συχνότερα ενεργοί καπνιστές ( $p < 0.001$ ), υπέρτασικοί ( $p < 0.001$ ), με μεγαλύτερο BMI ( $p = 0.017$ ), μεγαλύτερη μέση ηλικία διάγνωσης των ΙΦΝΕ ( $p < 0.001$ ), υψηλότερες τιμές γλυκόζης ( $p < 0.001$ ) και χαμηλότερες τιμές αιμοπεταλίων ( $p = 0.003$ ) και ολικής χοληστερόλης ορού ( $p = 0.004$ ). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα κλινικά χαρακτηριστικά νόσου, ενεργότητα νόσου, χρήση 5-ASA ή anti-TNF, νοσηλείες και χειρουργεία για τη νόσο ανάμεσα στις 2 ομάδες (σε όλα  $p < 0.05$ ). Αντίθετα, η χρήση ανοσοτροποποιητικών και στεροειδών διαχρονικά ήταν συχνότερη στους ασθενείς χωρίς ΚΑΝ ( $p = 0.003$  και  $p = 0.012$ , αντίστοιχα).

**Συμπέρασμα:** Αντίθετα από το αναμενόμενο οι ασθενείς με ΙΦΝΕ και συνυπάρχουσα ΚΑΝ δεν έχουν αυξημένη βαρύτητα νόσου.

**ΤΡΙΑΕΤΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕ CLOSTRIDIUM DIFFICILE ΣΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΩΝ**

**Ν. Καραβασίλη<sup>1</sup>, Μ. Κοσμίδου<sup>2</sup>, Κ. Γκαρτζονίκα<sup>3</sup>, Α. Καββαδίας<sup>4</sup>, Α. Σκαμνέλος<sup>4</sup>, Β. Θεόπιστος<sup>4</sup>, Κ. Κατσάνος<sup>4</sup>, Α. Μπατιστάτου<sup>5</sup>, Π. Βεζυράκη<sup>6</sup>, Δ. Χριστοδούλου<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>2</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>3</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>4</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>5</sup> Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>6</sup> Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**Σκοπός:** Καταγραφή συχνότητας και επιπλοκών λοίμωξης με *Clostridium difficile* (*C. difficile*) και συλλοίμωξης με Κυτταρομεγαλοϊό (CMV) στους ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο των Εντέρων (ΙΦΝΕ).

**Υλικό και Μέθοδος:** Έγινε καταγραφή όλων των επιβεβαιωμένων περιστατικών λοίμωξης με *C. difficile*, τα οποία νοσηλεύτηκαν στο ΠΓΝΙ για τα έτη 2015-2017.

**Αποτελέσματα:** Στο σύνολο των **170.365** νοσηλευθέντων στο ΠΓΝΙ καταγράφηκαν για τρία έτη 125 περιπτώσεις επιβεβαιωμένης λοίμωξης με *C. difficile* μεταξύ των οποίων, 15 (12%) ασθενείς έπασχαν από ΙΦΝΕ [13 ασθενείς με Ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) και 2 ασθενείς με νόσο του Crohn (NC)] ανάμεσα σε **1.614** υπό παρακολούθηση ασθενείς με ΙΦΝΕ στη Β.Δ. Ελλάδα. Οι ασθενείς με ΕΚ (πλην ενός) ελέγχθησαν επίσης για CMV IgG και IgM αντισώματα (μέθοδος χημειοφωταύγειας CMIA-ABBOTT) και σε 9 (75%) από τους 12 ανιχνεύτηκαν CMV IgG αντισώματα.

Επιπρόσθετα σε 1 (8%) ασθενή (με υποτροπή) αποκλείστηκε πρόσφατη CMV λοίμωξη λόγω υψηλής avidity CMV IgG. Σε 2 (17%) ασθενείς ανιχνεύθηκαν CMV IgM αντισώματα με υψηλή avidity CMV IgG ενώ ανευρέθηκαν αρνητικές βιοψίες για CMV στο σύνολο των ασθενών. Η κλινική πορεία των 3 (25%) ασθενών παρά την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή για την ΙΦΝΕ (μεσαλαζίνη, κορτικοστεροειδή, βιολογικοί παράγοντες πλην ενός) και για την αντιμετώπιση της λοίμωξης με *C. difficile* (μετρονιδαζόλη και βανκομυκίνη ή φινταξομυκίνη) έβαινε επιδεινούμενη οδηγώντας σε χειρουργική επέμβαση σε διάστημα ενός μηνός από τη διάγνωση.

**Συμπεράσματα:** Στους ασθενείς με ΙΦΝΕ, λόγω αυξημένου κινδύνου και σοβαρών επιπλοκών της λοίμωξης με *C. difficile* είτε και συλλοίμωξης με CMV, συστήνεται αναζήτηση λοιμώξεων στην αρχική διερεύνηση κάθε έξαρσης της νόσου με στόχο έγκαιρη χορήγηση κατάλληλης θεραπείας.

**ΑΙΤΙΕΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ANTI-TNFα ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ - Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**

**M. Κατσαρός, A. Κατούλα, N. Δημητριάδης, K. Τζιόγκας, Σ. Καραμπάτσου, N. Γραμματικός, A. Τσιμπερίδης, K. Σουφλήρης, O. Γιουλεμέ**

*Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη*

**Σκοπός:** η καταγραφή των αιτιών αλλαγής anti-TNFα παράγοντα σε ασθενείς με ΙΦΝΕ

**Υλικό και μέθοδος:** συμπεριλήφθηκαν 85 ασθενείς, 40 άνδρες και 45 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 38.56 έτη. Πρόκειται για 64 ασθενείς με N.Crohn, 27 με L1, 6 με L2, 30 με L3 και 1 με L4 και μέση διάρκεια νόσου τα 10.22 έτη. Η μέση διάρκεια χορήγησης παράγοντα ήταν τα 6.36 έτη, με 40 ασθενείς να λαμβάνουν αρχικά infliximab και 24 adalimumab. Στους 21 ασθενείς με ΕΚ, 13 με πανκολίτιδα και 8 με ΑΡ κολίτιδα, η μέση διάρκεια νόσου ήταν τα 13.36 έτη. Η μέση διάρκεια χορήγησης παράγοντα ήταν τα 4.63 έτη με 12 ασθενείς να λαμβάνουν αρχικά infliximab, 6 adalimumab και 3 golimumab.

**Αποτελέσματα:** συνολικά καταγράφηκαν 31 περιπτώσεις αλλαγής παράγοντα και συγκεκριμένα 18 με infliximab (58%), 11 με adalimumab (35.55%) και 2 με golimumab (6.45%). Αίτια αλλαγής ήταν η μη ανταπόκριση σε 13 ασθενείς (42%), η αλλεργική αντίδραση σε 11 ασθενείς (35.5%), η απώλεια ανταπόκρισης σε 6 ασθενείς (19%) και το ψωριασικό εξάνθημα σε 1 ασθενή (3.5). Το συχνότερο αίτιο αλλαγής στους ασθενείς με infliximab ήταν η αλλεργική αντίδραση(55.5%), ακολουθούμενο από την απώλεια ανταπόκρισης (28%), τη μη ανταπόκριση (11%) και το ψωριασικό εξάνθημα (5,5%). Στους ασθενείς υπό adalimumab το συχνότερο αίτιο ήταν η μη ανταπόκριση (82%) ακολουθούμενο από την απώλεια ανταπόκρισης (9%) και την αλλεργία (9%). Τέλος η μη ανταπόκριση ήταν το μοναδικό αίτιο στην ομάδα του golimumab

**Συμπεράσματα:** Η αλλαγή anti-TNFα παράγοντα σε ασθενείς με ΙΦΝΕ οφείλεται συνηθέστερα στη μη ανταπόκριση και στην εμφάνιση αλλεργικών αντιδράσεων.

**ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΕΚΠΤΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕ ΤΟ ΜΟCΑ****Γ. Λυράκος<sup>1</sup>, Ε. Ζαχαροπούλου<sup>2</sup>, Ι. Ιντέρνος<sup>2</sup>, Β. Σπίναρης<sup>3</sup>, Μ. Τζουβαλά<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Ανθρώπινης Κίνησης Και Ποιότητας Ζωής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη & Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια, Πειραιάς

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια, Πειραιάς

<sup>3</sup> Ψυχιατρικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια, Πειραιάς

**Σκοπός:** της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της γνωστικής έκπτωσης σε ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους εντέρου με τη χρήση του σταθμισμένου στην ελληνική γλώσσα ερωτηματολογίου μέτρησης γνωστικής έκπτωσης Montreal Cognitive Assessment MoCA.

**Υλικό & μέθοδος:** στη μελέτη συμμετείχαν 43 ασθενείς, 21 άνδρες και 22 γυναίκες με μέση ηλικία 37,2(±13,4) και 45,5% απόφοιτοι λυκείου, που παρακολουθούνται από την στη γαστρεντερολογική κλινική του Γ.Ν.Ν. «Αγ. Παντελεήμων». Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν την κλίμακα μέτρησης γνωστικής έκπτωσης Montreal Cognitive Assessment MoCA.. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS23,

**Αποτελέσματα:** Από την ανάλυση προέκυψε, ότι ο μέσος όρος στην κλίμακα με την οποία μετριέται η γνωστική έκπτωση ήταν MO=25,2 με TA=3,1. Το φύλο δεν φάνηκε να επηρεάζει τα επίπεδα της γνωστικής έκπτωσης ανάμεσα στους άνδρες (MO=25,5±3,1) και τις γυναίκες (MO=24,9±3,1), καθώς  $t= 0,674$   $p=NS$ , αντίθετα με την οικογενειακή κατάσταση που έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε ελεύθερους και παντρεμένους  $t=2,375$   $p=0,022$  διαφορά που φαίνεται να σχετίζεται με την υψηλή αρνητική συσχέτιση που βρέθηκε ανάμεσα στην γνωστική έκπτωση με την ηλικία  $r=-0.533$ . Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το 6,8% του δείγματος βρέθηκε να σκοράρει στα επίπεδα ήπιας άνοιας, το 29,5% στα επίπεδα ήπιας γνωστικής διαταραχής και το 63,6% σε φυσιολογικά επίπεδα.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης φανερώνουν πως όσο μεγαλώνουν οι ασθενείς με ΙΦΝΕ τόσο αυξάνει και το ποσοστό γνωστικής έκπτωσης κάτι που είναι πολύ σημαντικό για την ύπαρξη ανάγκης έγκαιρης ανίχνευσης των επιπέδων της έκπτωσης αυτής ώστε να μπορέσει να αντιμετωπιστεί κατάλληλα.

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN

**A. Κατσούλα, N. Δημητριάδης, K. Τζιόγκας, M. Κατσαρός, N. Γραμματικός,  
A. Τσιμπερίδης, K. Σουφλέρης, O. Γιουλεμέ**

*Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Β Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη*

**Σκοπός:** η αξιολόγηση παραγόντων κινδύνου (ηλικία διάγνωσης νόσου, φύλο, πρώιμη χρήση στεροειδών, κάπνισμα, εξωεντερικές εκδηλώσεις, έκταση και συμπεριφορά νόσου) για δυσμενή έκβαση της Ν. Crohn με καταληκτικό σημείο τη χειρουργική επέμβαση.

**Υλικό και μέθοδος:** πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης 99 ασθενών (49 άνδρες και 50 γυναίκες), 31 εκ των οποίων οδηγήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση σχετιζόμενη με τη Ν. Crohn. Κατά τη διάγνωση, 79 ασθενείς ήταν κάτω των 40 ετών και 20 άνω των 40 ετών. Η ομάδα μελέτης περιελάμβανε 44 ασθενείς με L1, 9 με L2 και 46 με L3, εκ των οποίων 17 είχαν περιπρωκτική νόσο. Από τους 99 ασθενείς στους 57 η συμπεριφορά της νόσου ήταν B1, σε 30 B2 και σε 12 B3. Κατά τη στιγμή της διάγνωσης 43 ασθενείς ήταν καπνιστές, 13 είχαν διακόψει το κάπνισμα τουλάχιστον 6 μήνες πριν τη διάγνωση και 43 δεν ήταν καπνιστές, ενώ 38 από τους 99 συνολικά είχαν τουλάχιστον μία εξωεντερική εκδήλωση. Τέλος 26 από τους 99 ασθενείς έλαβαν στεροειδή έως και 3 μήνες μετά τη διάγνωση ή κατά την πρώτη υποτροπή.

**Αποτελέσματα:** δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ χειρουργείου και φύλου ( $p=0,7$ ), ηλικία διάγνωσης νόσου ( $p=0,5$ ), κατανομής νόσου ( $p=0,3$ ), καπνίσματος ( $p=0,6$ ), περιπρωκτικής νόσου ( $p=0,3$ ) και εξωεντερικών εκδηλώσεων ( $p=0,07$ ). Αντιθέτως παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ χειρουργείου και συμπεριφοράς νόσου ( $p<0,05$ , 48% των χειρουργημένων ασθενών B2 και 29% B3) και χρήσης στεροειδών ( $p<0,05$ , 68% των χειρουργημένων έλαβαν στεροειδή)

**Συμπεράσματα:** η στενωτική και διεισδυτική συμπεριφορά της νόσου καθώς και η πρώιμη χρήση στεροειδών αποτελούν παράγοντα κινδύνου για χειρουργική επέμβαση.

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΟΠΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN****Α. Σκαμνέλος<sup>1</sup>, Π. Ζαφειρόπουλος<sup>2</sup>, Χ. Κωλέττης<sup>2</sup>, Α. Καββαδίας<sup>1</sup>, Κ. Κατσάνος<sup>1</sup>, Ι. Ασπρούδης<sup>2</sup>, Δ. Χριστοδούλου<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα<sup>2</sup> Οφθαλμολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**Σκοπός:** Μελέτη λειτουργίας του οπτικού νεύρου με χρήση συμβατικών προκλητών δυναμικών ινιακού λοβού (ΔΙΛ) και πολυεστιακών δυναμικών ινιακού λοβού (πΔΙΛ) σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn χωρίς γνωστή οφθαλμολογική νόσο.

**Μέθοδος:** 13 ασθενείς με νόσο Crohn ή ελκώδη κολίτιδα και φυσιολογική οπτική οξύτητα και 18 υγιείς, υποβλήθηκαν σε ΔΙΛ και πΔΙΛ και στους δύο οφθαλμούς. Μελετήθηκαν το δυναμικό και ο λανθάνων χρόνος του κύματος P100 των ΔΙΛ και η μέγιστη πυκνότητα δυναμικού (δυναμικό) και ο λανθάνων χρόνος των τριών πιο κεντρικών δακτύλιων των πΔΙΛ καθώς οι συνολικές τιμές τους. 12 ασθενείς λάμβαναν θεραπεία με βιολογικό παράγοντα.

**Αποτελέσματα:** Στους δεξιούς οφθαλμούς (ΔΟ). Στα ΔΙΛ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Στα πΔΙΛ στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ασθενών και μαρτύρων βρέθηκε στην μέση τιμή του δυναμικού στον δακτύλιο 1 ( $p=0,019$ ) με τιμή  $228,77 \pm 138,67$  nV/deg<sup>2</sup> και 3 ( $p=0,016$ ) με τιμή  $12,08 \pm 8,50$  nV/deg<sup>2</sup> καθώς και στον λανθάνοντα χρόνο στον δακτύλιο 3 ( $p=0,017$ ) με τιμή  $180,80 \pm 58,63$  msec. Επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε στο συνολικό δυναμικό της εξέτασης ( $p=0,021$ ) με τιμή  $140,88 \mu V$ . Στους αριστερούς οφθαλμούς (ΑΟ). Στα ΔΙΛ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Στα πΔΙΛ στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ασθενών και μαρτύρων βρέθηκε στην μέση τιμή του λανθάνοντα χρόνου ( $p=0,038$ ) και τιμή  $166,07 \pm 38,41$  msec και το δυναμικό στο δακτύλιο 2 στο όριο στατιστικής σημαντικότητας ( $p=0,053$ ).

**Συμπέρασμα:** Με την μέθοδο των πΔΙΛ αναδεικνύονται διαταραχές στην λειτουργία του οπτικού νεύρου σε οφθαλμολογικά ασυμπτωματικούς ασθενείς, με νόσο Crohn ή ελκώδη κολίτιδα. Οι λειτουργικές αυτές διαταραχές πιθανόν να σχετίζονται με την νόσο και την θεραπευτική τους αγωγή.

## ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΕΝΤΕΡΟΥ Ή ΟΡΟΑΡΝΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ TNF- $\alpha$ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ

**Κ. Ρώσιου<sup>1</sup>, Ε. Μολέ<sup>2</sup>, Δ. Γκαραγκάνης<sup>1</sup>, Α. Καρλάφτης<sup>3</sup>, Ε. Στρατηγάκος<sup>1</sup>, Μ. Θ. Κουτρουπή<sup>1</sup>, Ε. Κοτζαγιαννίδου<sup>1</sup>, Χ. Κοσμίδης<sup>1</sup>, Σ. Γαζή<sup>2</sup>, Β. Ντελής<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>2</sup> Ρευματολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΑΤ», Αθήνα

<sup>3</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

**Σκοπός:** Οι anti-TNF παράγοντες είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί στη θεραπεία ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων εντέρου (ΙΦΝΕ) ή οροαρνητικής σπονδυλοαρθροπάθειας (ΣΠΑ), ωστόσο υπάρχει ανησυχία για την αύξηση κινδύνου εμφάνισης λεμφώματος. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή ασθενών με ΙΦΝΕ ή οροαρνητική ΣΠΑ υπό θεραπεία με anti-TNF $\alpha$  παράγοντες που ανέπτυξαν λέμφωμα.

**Υλικό και μέθοδος:** Περιγράφονται έξι περιπτώσεις ασθενών πασχόντων από νόσο Crohn (CD) ή οροαρνητική ΣΠΑ - Αγκυλοποιητική Σπονδυλοαρθρίτιδα (ΑΣ) ή Ψωριασική Αρθρίτιδα (ΨΑ), ηλικίας  $51,3 \pm 13,3$  ετών, που ανέπτυξαν λέμφωμα, τέσσερις non-Hodgkin's (NHL) και δύο Hodgkin's λέμφωμα (HL). Το αρχικό κλινικό εύρημα που οδήγησε στη διάγνωση του λεμφώματος ήταν περιφερική λεμφαδενοπάθεια.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα: Ο μέσος χρόνος λήψης anti-TNF ως την εμφάνιση του λεμφώματος ήταν  $7,3 \pm 4,45$  έτη. Σε όλους τους ασθενείς η θεραπεία διεκόπη και ακολούθησε αγωγή υπό την οδηγία αιματολόγου.

**Συμπεράσματα:** Τα δεδομένα που εστιάζουν στην εκτίμηση κινδύνου για ανάπτυξη λεμφώματος σε ασθενείς με ΙΦΝΕ ή οροαρνητική ΣΠΑ είναι περιορισμένα. Η μονοθεραπεία με anti-TNF $\alpha$  παράγοντες φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης λεμφώματος. Η ιατρική κοινότητα πρέπει να είναι ευαίσθητοποιημένη για να επιτυγχάνεται η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Η λεπτομερής κλινική εξέταση είναι σημαντικότερη.

Ασθενείς	1	2	3	4	5	6
Φύλο	Θ	Θ	Α	Α	Α	Θ
Ηλικία(έτη)	35	41	58	41	73	60
Νόσος/ Διάρκεια(έτη)	CD/11	CD/16	CD/14	ΑΣ/12	ΑΣ/10	ΨΑ/17
Anti-TNF/ Διάρκεια(έτη)	Infliximab/10	Infliximab/7	Infliximab/4 Adalimumab/8	Infliximab/4 Adalimumab/2 Golimumab/5	Infliximab/2	Infliximab/2
Παρελθούσα ανοσοθεραπεία	AZA Διακοπή προ 5ετίας	AZA Διακοπή προ 6ετίας	AZA Διακοπή προ 12ετίας	-	MTX Διακοπή προ 2ετίας	-
Λέμφωμα/ Διάγνωση(έτος)	NHL/2017	NHL/2017	HL/2016	HL/2017	NHL/2010	NHL/2008
EBV IgG	+	+	+	+	+	+

**ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΤΑΚΟΤΣΥΒΟ ΣΥΝΔΥΑΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ**

**Κ. Ρώσιου<sup>1</sup>, Κ. Κυριακουλέα<sup>2</sup>, Α. Καρλάφτης<sup>1</sup>, Δ. Γκαραγκάνης<sup>1</sup>, Ε. Στρατηγάκος<sup>1</sup>,  
Ε. Κοτζαγιαννίδου<sup>1</sup>, Α. Στρίκη<sup>1</sup>, Σ. Πεδιωτίδης<sup>3</sup>, Α. Περπινιά<sup>3</sup>, Β. Ντελής<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>2</sup> Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ασθενούς με βαριά ελκώδη κολίτιδα συνδυαζόμενη με μυοκαρδιοπάθεια Takotsubo.

**Υλικό & Μέθοδος:** Άντρας, 47 ετών, με ελεύθερο καρδιολογικό ιστορικό και προσφάτως διαγνωσθείσα βαριά ελκώδη κολίτιδα υπό κορτιζόνη p.o., διεκομίσθη στο τμήμα επειγόντων του νοσοκομείου λόγω λιποθυμικού επεισοδίου. Ύστερα από αρνητική καρδιολογική εκτίμηση εισήχθη στη γαστρεντερολογική κλινική για αντιμετώπιση. Ο ασθενής είχε κλινική και ενδοσκοπική εικόνα βαριάς ελκώδους κολίτιδας με αιμοδυναμική αστάθεια, ενώ στην αξονική τομογραφία θώρακος εικόνα πνευμονικής εμβολής. Τέθηκε σε ενδοφλέβια ενυδάτωση, αγγειοσυσπαστικά, αντιβιοτική θεραπεία και ενδοφλέβια κορτιζονοθεραπεία. Την τρίτη ημέρα νοσηλείας εμφάνισε προκάρδιο άλγος με συνοδές ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις, αύξηση στις τιμές της τροπονίνης και διεκομίσθη στην καρδιολογική μονάδα. Στο υπερηχογράφημα καρδιάς αναδείχθηκε EFLV 35% με διάχυτη υποκινησία, ενώ η στεφανιογραφία δεν ανέδειξε στενώσεις. Προοδευτικά, ο ασθενής παρουσίασε πτωτική πορεία μυοκαρδιακών ενζύμων, σταθεροποιήθηκε αιμοδυναμικά και στο επαναληπτικό υπερηχογράφημα αναδείχθηκε EFLV 45-50%, ακινησία αληθούς κορυφής και υποκινησία κατώτερου τοιχώματος.

**Αποτελέσματα:** Στον ασθενή τέθηκε η διάγνωση της μυοκαρδιοπάθειας Takotsubo και διεκομίσθη εκ νέου στη γαστρεντερολογική κλινική για αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας. Αποφασίστηκε η χορήγηση infliximab λόγω μη ανταπόκρισης στην κορτιζονοθεραπεία. Ο ασθενής υποβλήθηκε στην 1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> έγχυση του φαρμάκου κατά τη νοσηλεία του. Εξήλθε κλινικοεργαστηριακά και ενδοσκοπικά βελτιωμένος με EFLV 55% κατά την έξοδό του και >60% μετά από πεντάμηνο.

**Συμπεράσματα:** Η βαριά ελκώδης κολίτιδα αποτελεί στρεσογόνο κατάσταση που μπορεί να αποτελέσει εκλυτικό παράγοντα για μυοκαρδιοπάθεια από stress (Takotsubo). Το χαμηλό EFLV, εφόσον τεκμηριωθεί ότι οφείλεται στο stress, δεν πρέπει να αποτελεί αντένδειξη για τη χορήγηση infliximab αν αυτή απαιτείται για την αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας.



**ΣΥΝΔΡΟΜΟ PLUMMER-VINSON ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN****N. Κυριάκος, X. Λιάτσος, M. Γιακουμής, E. Καλαφάτης***Γαστρεντερολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα*

**Σκοπός εργασίας:** Η περιγραφή του σπάνιου συνδρόμου Plummer-Vinson, που περιλαμβάνει την κλασική τριάδα: 1. σιδηροπενική αναιμία, 2. φαρυγγική δυσφαγία και 3. οισοφαγικό διάφραγμα και η πιθανή συσχέτισή του με τη νόσο Crohn

**Υλικό-Μέθοδος:** Το περιστατικό αφορά σε γυναίκα 38 ετών, με γνωστό ιστορικό συριγγοποιού νόσου Crohn μη ανταποκρινόμενης ικανοποιητικά στη φαρμακευτική θεραπεία (ανοσοτροποιοτικά και αντι-TNFα). Η ασθενής έπασχε επίσης στα πλαίσια της νόσου από σιδηροπενική αναιμία, χωρίς ωστόσο να μπορεί να λάβει ενδοφλέβια σίδηρο λόγω σοβαρής αλλεργικής αντίδρασης. Σταδιακά ανέφερε σοβαρή δυσφαγία στον ανώτερο οισοφάγο και για αυτό το λόγο υπεβλήθη σε οισοφαγογασκόπηση, η οποία ανέδειξε στένωση του αυλού αμέσως μετά τον Ανώτερο Οισοφαγικό Σφιγκτήρα (ΑΟΣ), μέσω της οποίας ήταν αδύνατη η δίοδος του γαστροσκοπίου. Ακολούθησε οισοφαγογράφημα με βάριο, το οποίο αποκάλυψε την ύπαρξη υποφαρυγγικού διαφράγματος (web). Κατόπιν των ανωτέρω, τέθηκε η διάγνωση του συνδρόμου Plummer-Vinson και ακολούθησε επιτυχημένη διαστολή με κηρία Savary-Guiliard έως διαμέτρου 12mm, με πλήρη ύφεση της συμπτωματολογίας, η οποία διατηρείται έως και σήμερα.

**Συμπέρασμα:** Το σύνδρομο Plummer-Vinson αποτελείται από τη χαρακτηριστική τριάδα σιδηροπενική αναιμία-φαρυγγική δυσφαγία-οισοφαγικό διάφραγμα και είναι συχνό σε γυναίκες μέσης ηλικίας. Σε ασθενείς με νόσο Crohn είναι σπανιότατο, μιας και έχει περιγραφεί μόνο 1 περιστατικό στη διεθνή βιβλιογραφία. Καθίσταται σαφές πόσο σημαντική είναι η διαιτητική υποστήριξη στους ασθενείς αυτούς και η αποκατάσταση της σιδηροπενίας.

**ΠΕΡΙΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ**

**Κ. Ρώσιου<sup>1</sup>, Δ. Γκαραγκάνης<sup>1</sup>, Α. Καρλάφτης<sup>1</sup>, Μ. Θ. Κουτρομπή<sup>1</sup>, Ε. Στρατηγάκος<sup>1</sup>,  
Γ. Ανδριανάκου<sup>1</sup>, Χ. Κοσμίδης<sup>1</sup>, Ι. Καρούμπαλης<sup>1</sup>, Γ. Αλβανός<sup>2</sup>, Β. Ντελής<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>2</sup> Β' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ασθενούς με περιγεγραμμένη διάτρηση/απόστημα σιγμοειδούς επί εδάφους ελκώδους κολίτιδας που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με τμηματική σιγμοειδεκτομή.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ασθενής, 27 ετών, με ιστορικό ελκώδους κολίτιδας, ατελώς θεραπευόμενης με 5-ASA, προσήλθε στα επείγοντα λόγω κοιλιακού άλγους και μείωσης του αριθμού των κενώσεων χωρίς πυρετό. Από τον έλεγχο με αξονική τέθηκε η υπόνοια περιχαρακωμένης ρήξης μεταξύ σιγμοειδούς και αριστερού παραμητρίου. Εισήχθη στη γαστρεντερολογική κλινική και τέθηκε σε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή. Στη γυναικολογική εκτίμηση διαγνώστηκε μόνο λειτουργική κύστη αριστερής ωθήκης. Στην ορθοσιγμοειδοσκόπηση αναδείχθηκαν έλκη με εξίδρωμα και προκλητή ευθρυπτότητα από τα 12 εκατοστά από τον δακτύλιο και στα 17 εκατοστά έντονο οίδημα και καθήλωση του εντέρου, καθιστώντας αδύνατη την περαιτέρω προώθηση του ενδοσκοπίου. Ύστερα από χειρουργική εκτίμηση συναποφασίστηκε η συντηρητική αντιμετώπιση και τέθηκε υπό αμφισβήτηση η διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας. Προσδευτικά, η ασθενής παρουσίασε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση και έλαβε εξιτήριο με αγωγή 5-ASA και βουδεσονίδη και ραντεβού για επανεκτίμηση μετά από 15 ημέρες.

**Αποτελέσματα:** Επτά ημέρες μετά το εξιτήριο, η ασθενής προσήλθε εκτάκτως στα επείγοντα με κοιλιακό άλγος, εμπύρετο, σημεία περιτοναϊσμού και από την αξονική απόστημα σιγμοειδούς. Οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου υπεβλήθη σε σιγμοειδεκτομή. Η ιστολογική του χειρουργικού παρασκευάσματος κατέδειξε αλλοιώσεις ενεργού κολίτιδας του τύπου της ελκώδους κολίτιδας. Μετεγχειρητικά, δεν παρουσίασε επιπλοκές. Στην ολική κολonosκόπηση διαπιστώθηκε πανκολίτιδα (Mayo Score 3) και πλέον η ασθενής είναι σε ύφεση υπό infliximab και αζαθειοπρίνη.

**Συμπεράσματα:** Παρά το γεγονός ότι η ελκώδης κολίτιδα δεν προκαλεί διατοιχωματική φλεγμονή, μπορεί σε σπάνιες περιπτώσεις να οδηγήσει σε συγκεκριμένη διάτρηση/απόστημα. Η τμηματική κολεκτομή είναι εφικτή σε επιλεγμένα περιστατικά.

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ N.CROHN ΜΕ USTEKINUMAB ΓΙΑ ΨΩΡΙΑΣΙΟΜΟΡΦΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΠΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΑΝΤΙ-TNFA ΚΑΙ ΑΝΕΠΑΡΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ****Α. Καββαδίας, Κ. Κατσάνος, Α. Σκαμνέλος, Δ. Μπαλωμένος, Δ. Χριστοδούλου***Ηπατογαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα*

Γυναίκα 75 ετών με N. Crohn τελικού ειλεού και ειλεοτυφλικής βαλβίδας. Από το 1990, έως και το 1996 η ασθενής έλαβε αγωγή με Sulfasalazine και περιστασιακά κορτικοειδή. Το 1996 λόγω έξαρσης της νόσου προστέθηκε στην αγωγή της μεθοτρεξάτη και διακόπηκε το 1997 λόγω ανεπαρκούς ανταπόκρισης. Λίγο αργότερα, η ασθενής ξεκίνησε αγωγή με infliximab, στο οποίο παρουσίασε οξεία αλλεργική αντίδραση κατά τη χορήγηση της δεύτερης δόσης του φαρμάκου. Έτσι μόλις το adalimumab έγινε διαθέσιμο, έγινε αλλαγή του βιολογικού παράγοντα σε adalimumab με καλή ανταπόκριση.

Εντούτοις μερικά χρόνια αργότερα η ασθενής ανέφερε ότι παρουσιάζει ψωριασιόμορφες δερματικές εμφανίσεις σε κορμό, άνω και κάτω άκρα οι οποίες εμφανίζονταν μερικές ώρες μετά την χορήγηση του φαρμάκου και άρχιζαν να μειώνονται σε έκταση και ένταση συμπτωμάτων 10-12 ημέρες μετά. Για το λόγω αυτό και λόγω μερικού μόνο ελέγχου της εντερικής νόσου αποφασίστηκε η διακοπή του adalimumab και η έναρξη θεραπείας με ustekinumab (πρώτη χορήγηση ενδοφλεβίως σύμφωνα με το σωματικό βάρος του ασθενούς, ενώ όλες οι επόμενες υποδόριες). Η ασθενής κατά την πρώτη ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου, δεν ανέφερε καμία έξαρση των δερματικών βλαβών, ενώ κατά τη δεύτερη υποδόρια χορήγηση οι ψωριασιόμορφες βλάβες είχαν υποχωρήσει σχεδόν ολοκληρωτικά. Παράλληλα παρουσίασε και βελτίωση των συμπτωμάτων της εντερικής της νόσου.



**ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΟΥ CROHN ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΣΘΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟ ΜΕ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ ΣΕ ΝΗΠΙΑΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ,ΚΑΘΩΣ ΚΙ Η ΑΝΑΓΚΗ ΑΥΤΟΛΟΓΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ (ΑΒΜΤ)**

**Μ. Σταφυλίδου<sup>1</sup>, Α. Γκάγκαλης<sup>1</sup>, Π. Πάσχος<sup>1</sup>, Κ. Βασιλείου<sup>2</sup>, Μ. Φωτουλάκη<sup>3</sup>,  
Ε. Μάντσου<sup>4</sup>, Γ. Τζατζαγού<sup>4</sup>, Α. Καλαμπάκας<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Παιδογαστρεντερολογικό Τμήμα, Δ΄ Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**Υλικό :** Νεαρός άντρας 27 ετών ,με ατομικό ιστορικό κοιλιοκάκης από την ηλικία των 5 ετών, πλήρη συμμόρφωση σε δίαιτα ελεύθερης γλουτένης, επισκέπτεται γαστρεντερολογικό ιατρείο αιτιώμενος κοιλιακό άλγος, διαρροϊκό σύνδρομο και απώλεια βάρους 10 κιλών. Η μέτρηση των αντι-tTG δεν τεκμηριώνει υποτροπή της κοιλιοκάκης.

**Αποτελέσματα:** Υποβάλλεται σε CT κοιλίας με ανάδειξη οιδήματος λεπτού εντέρου και περιφερικού τμήματος παχέος εντέρου. Ακολουθεί ενδοσκόπηση ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού με ανάδειξη ελκών σε νήστιδα, τελικό ειλεό και σιγμοειδές, ενώ οι βιοψίες πιστοποιούν νόσο Crohn. Ο ασθενής λαμβάνει αρχικά ΚΣ και Μεσαλαζίνη κι εν συνεχεία αντικατάσταση των ΚΣ με Βουδεσονίδη. Μετά 5 έτη εμφανίζει χολαγγειίτιδα και υποβάλλεται σε ERCP και λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή, ενώ μετά 2 έτη εμφανίζει υποτροπή της Crohn και τίθεται σε anti-TNF θεραπεία. Τα συμπτώματα υποχωρούν και 1 έτος μετά επισκέπτεται γαστρεντερολογικό ιατρείο λόγω εμπύρετου, κνησμού και μυαλγιών. Η CT κοιλίας που ακολουθεί αναδεικνύει λεμφαδενοπάθεια, ενώ η βιοψία λεμφαδένα τεκμηριώνει Non-Hodgkin λέμφωμα T-κυτταρικής σειράς. Συστήνεται χημειοθεραπεία με CHOEP, και 1 έτος μετά υποβάλλεται σε ΑΒΜΤ και θεραπεία διάσωσης με DICE. Παρακολουθείται από αιματολόγο και βρίσκεται σε πλήρη ύφεση.

**Συμπεράσματα:** Παρά το γεγονός ότι το διαρροϊκό σύνδρομο χαρακτηρίζει την κοιλιοκάκη, υπάρχουν περιπτώσεις δύο νοσήματα να εμφανίζουν αλληλεπικάλυψη. Στο συγκεκριμένο ασθενή τεκμηριώνεται η αναμφίβολα σπάνια περίπτωση αυτοάνοσης διαταραχής με προσβολή του συγκεκριμένου συστήματος. Επιπρόσθετα ,διαγιγνώσκεται σπανίως η ανάπτυξη T-NHL σε μόλις 1 έτος, μετά την έναρξη μονοθεραπείας με anti-TNF παράγοντα, αν φυσικά τεκμηριώνεται συσχέτιση.

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΙΛΕΟΚΟΛΙΤΙΔΑ, ΧΕΙΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΦΘΩΔΗ ΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΑΣ**

**Γ. Κεχαγιάς, Ε. Ζαχαροπούλου, Ι. Ιντέρνος, Δ. Μόσχοβης, Χ. Βεΐμου,  
Β. Βαμβακούσης, Μ. Τζουβαλά**

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

Θήλυ 36 ετών προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο για εκτίμηση νόσου Crohn, μετά από διετή απουσία παρακολούθησης και χωρίς κλινικές εντερικές εκδηλώσεις. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται ουδετεροπενία από 16ετίας άνευ αγωγής, αφθώδη στοματίτιδα και χειλίτιδα από ετών. Η παρούσα νόσος της ασθενούς άρχεται από 7ετίας, όπου παρουσίασε εμπύρετο έως 39° C με συνοδές διαρροϊκές κενώσεις (έως 10ημερησίως). Νοσηλεύτηκε και υπεβλήθη σε κολonosκόπηση, που ανέδειξε ειλεοκολίτιδα, με τη βιοψία να αναφέρει πιθανή λοιμώδη εντεροκολίτιδα.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθησαν θετικά IgG και IgA για *Yersinia* και έλαβε αγωγή με σιπροφλοξασίνη και μετρονιδαζόλη, με ύφεση των συμπτωμάτων. Πέντε χρόνια μετά παρουσιάζει έντονο κοιλιακό άλγος με μαλακές κενώσεις και εισάγεται σε νοσοκομείο, όπου υποβάλλεται σε MRE και νέα κολonosκόπηση, με εικόνα φλεγμονής ΔΕ κόλου και ειλεοτυφλική βαλβίδα εξελκωμένη με στένωση, ενώ η βιοψία περιγράφει εικόνα ενεργού n.Crohn. Λαμβάνει βουδεσονίδη για 9μήνες με ύφεση των συμπτωμάτων, αρνείται να λάβει αντί-TNF όπως της συστήθηκε και έκτοτε είναι χωρίς παρακολούθηση. Κατά την κλινική εξέταση στα EI δεν ανευρέθησαν παθολογικά σημεία πέραν της αφθώδους στοματίτιδας και οιδήματος κάτω χείλους. Από τον εργαστηριακό έλεγχο Hgb=11,8 gr/dl, neut: 1000/μL, CRP:5.8 (ΦΤ<3mg/L). Συνεστήθη ενδοσκόπηση πεπτικού, αλλά η ασθενής αρνήθηκε. Υπεβλήθη σε MRE με εικόνα τελικής ειλεΐτιδας και ετέθη σε βουδεσονίδη.

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ, ΟΞΕΙΑ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ C DIFFICILE, ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗ CMV****Ε. Ζαχαροπούλου<sup>1</sup>, Ι. Ιντέρνος<sup>1</sup>, Π. Παντούλα<sup>2</sup>, Χ. Βεΐμου<sup>1</sup>, Δ. Μόσχοβης<sup>1</sup>, Γ. Κεχαγιάς<sup>1</sup>, Ι. Γιώτης<sup>1</sup>, Β. Βαμβακούσης<sup>1</sup>, Μ. Τζουβαλά<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΝΠ Άγιος Παντελεήμων - ΓΝΔΑ Η Αγία Βαρβάρα<sup>2</sup> Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝΝΠ Άγιος Παντελεήμων - ΓΝΔΑ Η Αγία Βαρβάρα

**Περιγραφή:** Ασθενής, άρρεν, 22 ετών, Πακιστανικής καταγωγής, προσήλθε στο ΤΕΠ με εμπύρετο έως 39C και υπόταση. Ανέφερε 15 αιματηρές κενώσεις/ημέρα από 10 ημέρου. Παρακολουθείται αλλαχού δια ελκώδη πανκολίτιδα προσφατης έναρξης υπό αγωγή με Πρεδνιζολόνη 25mg per os και Infliximab 5mg/kg (έναρξη ως θεραπεία διάσωσης, τελευταία έγχυση επαγωγής ύφεσης προ 15ημέρου). Κατά τη διάγνωση είχε λάβει Gancyclovir λόγω επιλοίμωξης από CMV. Στο ΤΕΠ: WBC 2000, Hb 8,1g/dL, PLT 470000, CRP 200mg/L, Αλβουμίνη 1,5g/dL, Na 122mmol/L, έλεγχος κοπράνων για C. difficile θετικός και CT κοιλίας με πάχυνση του τοιχώματος του παχέος εντέρου. Έλαβε Metronidazole 500x3 IV, vancomycin 500x4 per os, ετέθη σε TPN και υπεβλήθη σε εύκαμπτη ορθοσιγμοειδοσκόπηση που ανέδειξε πολυάριθμους ψευδοπολύποδες, γεφυρώσεις και βαθειά κυκλωτερή έλκη. Κατά τη νοσηλεία διαπιστώθηκε βακτηριαιμία από Enterococcus faecium και έλαβε κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή ενώ, λόγω μη ανταπόκρισης, η θεραπεία για C. difficile αντικαταστάθηκε με Fidaxomycin. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή μείωση του αριθμού των αιμορραγικών διαρροιών (έως 5/ημέρα). Ο έλεγχος των βιοψιών εντέρου ανέδειξε έγκλειστα CMV (5-9κοπ) και νέα ενδοσκόπηση ανέδειξε ευμεγέθη έλκη και ψευδοπολύποδες. Ο ασθενής αρνήθηκε το ενδεχόμενο χειρουργείου και διαπραγματεύτηκε με την οικεία πρεσβεία την επιστροφή στην πατρίδα του.

**Δίλημμα:** Ασθενής με σοβαρή ελκώδη πανκολίτιδα υπό ανοσοκαταστολή, σοβαρή επιπλεγμένη επιλοίμωξη με C. difficile και CMV και βακτηριαιμία. Πότε και αν ενδείκνυται το χειρουργείο; Πως θα συνεχίσει το βιολογικό παράγοντα; Τι αγωγή ενδείκνυται για το CMV σε υποτροπή;

## ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΚΑΙ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΔΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ

**Α. Μπουσμπουκέα<sup>1</sup>, Σ. Λαμπρινάκος<sup>1</sup>, Σ. Μπουτσικάκης<sup>2</sup>, Λ. Πετράκη<sup>3</sup>,  
Α. Γραμματόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Πατρίκος<sup>4</sup>, Γ. Σαρόγλου<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική Metropolitan Hospital, Αθήνα

<sup>2</sup> Λοιμοξιολογικό Τμήμα Metropolitan Hospital, Αθήνα

<sup>3</sup> Παθολογοανατομικό Τμήμα Metropolitan Hospital, Αθήνα

<sup>4</sup> Ρευματολογικό Τμήμα Metropolitan Hospital, Αθήνα

Ασθενής θήλυ 38 ετών με νόσο Crohn, διαγνωσμένη προ 15-ετίας, υπό αγωγή με anti-TNF παράγοντα (infliximab) τα τελευταία 10 έτη, προσήλθε στην κλινική μας με υψηλό πυρετό, κεφαλαγία, μαστοειδίτιδα και εκκριτική ωτίτιδα δεξιά.

Ο αιματολογικός έλεγχος ανέδειξε εικόνα φλεγμονής και μικροσκοπική αιματοουρία - κυλινδρουρία.

Οι καλλιέργειες αίματος, εκκρίματων και ούρων δεν ανέδειξαν παθογόνο μικροοργανισμό, πλην της μεθοδολογίας PCR από το ωτικό έκκριμα, όπου απομονώθηκε *Pseudomonas aeruginosa*.

Ο απεικονιστικός έλεγχος κατέδειξε σημεία μέσης ωτίτιδας και μαστοειδίτιδας καθώς και συρρέοντα κυψελιδικά διηθήματα δίκην θαμβής υάλου σε αμφοτέρους τους κάτω λοβούς. Οι βιοψιες που εληφθησαν από το ανώτερο αναπνευστικό ανέδειξαν κοκκιώματα.

Η ασθενής ετέθη σε iv αντιβιοτική αγωγή χωρίς κλινική βελτίωση, αντίθετα παρουσίασε αμφοτερόπλευρη μαστοειδίτιδα, οξεία μέση ωτίτιδα με συνοδό ρήξη τυμπάνου, επίταση του βήχα με επιδείνωση των πνευμονικών διηθημάτων αμφοτεροπλευρώς και υπερπυρεξία.

Η ταυτόχρονη προσβολή ανωτέρου-κατωτέρου αναπνευστικού και ουροποιητικού συστήματος καθώς και της δεδομένης διαρκούς κλινικής επιδείνωσης της ασθενούς, θεωρήθηκε ότι η ασθενής νόσησε από κοκκιωματώδη αγγειίτιδα (Wegener), σύμφωνα με τα κριτήρια ACR και EMA

Χορηγήθηκε ανοσοκατασταλτική αγωγή (κορτιζόνη και κυκλοφωσφαμίδη) σε συνδυασμό με αντιμικροβιακή θεραπεία.

Παρουσίασε θεαματική κλινική και απεικονιστική βελτίωση και εξήλθε από το κέντρο μας. Η σπάνια αυτή συνύπαρξη των δυο νοσημάτων εγείρει διαγνωστικούς και θεραπευτικούς προβληματισμούς σχετικά με την περαιτέρω παρακολούθηση και αντιμετώπιση της ασθενούς.

**ΑΝΔΡΑΣ ΑΣΘΕΝΗΣ 45 ΕΤΩΝ, ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ****Α. Σκαμνέλος, Α. Καββαδίας, Κ. Κατσάνος, Δ. Μπαλωμένος, Δ. Χριστοδούλου***Ηπατογαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα*

Εντόπιση (AP) κολίτιδα - διαγεγνωσμένη περίπου προ 30ετίας (1990 ιστολογική επιβεβαίωση). Αντιμετωπίστηκε αρχικά με χορήγηση σουλφασαλαζίνης και κορτικοστεροειδών με επαγωγή της ύφεσης.

Προ 20ετίας (1998), παρουσίασε επεισόδιο έξαρσης και αντιμετωπίστηκε με κορτικοστεροειδή. Ακολούθησε πλήρης ύφεση των συμπτωμάτων και ο ασθενής αποφάσισε αυτοβούλως τη διακοπή κάθε φαρμακευτικής αγωγής.

Παρέμεινε χωρίς ενοχλήματα για δεκαεννέα (19) έτη.

Τον Νοέμβριο του 2016 επισκέπτεται τον θεράποντα ιατρό λόγω νέας έξαρσης της νόσου. Αναφέρει επεισόδια διαρροϊκών κενώσεων (7-8 ημερησίως) με πρόσμιξη αίματος και βλέννης. Τίθεται σε αγωγή με μεσαλαζίνη από του στόματος και σε υποκλυσμούς, με ικανοποιητική ανταπόκριση.

Τον Αύγουστο του 2017, μετά από χρονικό διάστημα δυσκοιλιότητας, εμφανίζει υποτροπή της νόσου η οποία χαρακτηρίζεται από αιμορραγικές διαρροϊκές κενώσεις και πρωκτικό άλγος. Αναγνωρίζεται περιπρωκτικό απόστημα. Ακολουθεί χειρουργική αντιμετώπιση με διάνοιξη/παροχέτευση και αναδεικνύεται η παρουσία περιπρωκτικού συριγγίου. Εισάγεται για περαιτέρω αντιμετώπιση στη Γαστρεντερολογική Κλινική. Χορηγούνται ενδοφλεβίως αντιβιοτικά (μετρονιδαζόλη/σιπροφλοξασίνη). Στον ενδοσκοπικό έλεγχο (σιγμοειδοσκόπηση), αναδεικνύονται εξελκώσεις από τα 15 έως τα 30εκ από τον πρωκτικό δακτύλιο και εστιακή στένωση του αυλού (βιοψίες). Η ιστολογική εξέταση περιγράφει ενεργό φλεγμονή με παρουσία κοκκιωματώδους ιστού, εικόνα συμβατή με ΙΦΝΕ – χωρίς να είναι δυνατή η διαφοροδιάγνωση μεταξύ Ελκώδους Κολίτιδας και Νόσου Crohn. Λόγω των συχνών υποτροπών και της παρουσίας συριγγίου χορηγείται βιολογικός παράγοντας (Infliximab).

Πλέον, έξι (6) μήνες μετά, η νόσος παραμένει σε μερική έξαρση και το συρίγγιο ανοιχτό, συνεχίζοντας να παροχετεύει. Διενεργείται νέα ειλεοκολοσκόπηση με βιοψίες και εγείρονται προβληματισμοί για την περαιτέρω αντιμετώπιση.



**ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ****Α. Μπιτούλη, Μ. Βελεγράκη, Ι. Δήμας, Ε. Βάρδας, Γ. Πασπάτης, Α. Θεοδωροπούλου***Γαστρεντερολογική Κλινική Βενιζελείου Νοσοκομείου Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη*

**Περίληψη περιστατικού:** Άνδρας 39 ετών εισήχθη λόγω χρόνιου διαρροϊκού συνδρόμου με βλεννοαιματήρη πρόσμιξη. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος ανέδειξε εκτεταμένη κολίτιδα και η ιστολογική εξέταση διέγνωσε αλλοιώσεις ελκώδους κολίτιδας. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ορθόχρωμη-ορθοκυτταρική αναιμία και ΤΚΕ:80 mm/h. Τέθηκε σε πρεδνιζολόνη και μεσαλαζίνη με σημαντική ανταπόκριση. Κατά την μείωση της πρεδνιζολόνης εισήχθη λόγω επανεμφάνισης των συμπτωμάτων, ηπιότερης συχνότητας. Από τον έλεγχο σημειώθηκε επιδείνωση της αναιμίας, άνοδος της ΤΚΕ (104 mm/h) και μικρολευκωματινουρία. Στο πλαίσιο διερεύνησης εστάλη ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων και ανοσοκαθήλωση ορού/ούρων όπου διεπιστώθη μονοκλωνικό κλάσμα ορού και πρωτεΐνη Bence-Jones στα ούρα. Η οστεομυελική βιοψία έδειξε εναπόθεση αμυλοειδούς και παρουσία 3-5% πολυκλωνικών πλασματοκυττάρων. Η ιστοχημική χρώση Congo-red ήταν αρνητική στις βιοψίες του λεπτού και παχέος εντέρου. CT κοιλίας και υπερηχοκαρδιογράφημα: χωρίς ευρήματα. Η απουσία μονοκλωνικότητας στον λεμφοκυτταρικό και πλασματοκυτταρικό πληθυσμό κατήθυνε την διάγνωση προς την ΑΑ αμυλοείδωση.

Η ΑΑ αμυλοείδωση αποτελεί σπάνια εκδήλωση ανάμεσα σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (0.07%) και πιθανά υποδιαγιγνώσκεται. Συχνότερα προσβάλλονται οι νεφροί και οι ασθενείς με ΙΦΝΕ θα πρέπει να υποβάλλονται συστηματικά σε έλεγχο για λευκωματουρία. Είναι σημαντικό όταν συνυπάρχει αναιμία και αύξηση των δεικτών φλεγμονής που δεν «συμβαδίζει» με την σοβαρότητα της κλινικής εικόνας του ασθενούς να πραγματοποιείται περαιτέρω διαγνωστικός έλεγχος.

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΟΥΣ ΟΓΚΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΤΥΧΑΙΩΝ ΒΙΟΨΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ N. CROHN**

**Μ. Βελεγράκη, Α. Μπιτούλη, Μ. Φραγκάκη, Ε. Βάρδας, Γ. Πασπάτης,  
Α. Θεοδωροπούλου**

*Γαστρεντερολογική Κλινική Βενιζελείου Νοσοκομείου Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη*

**Περίληψη περιστατικού:** Γυναίκα 20 ετών διεγνώσθη με N.Crohn (ειλείτις και εστιακή κολίτιδα) προ 4ετίας στο πλαίσιο διερεύνησης σιδηροπενικής αναιμίας και παραμένει σε κλινική ύφεση άνευ αγωγής από έτους. Κατά το παρελθόν είχε λάβει μεσαλαζίνη και αζαθειοπρίνη εμφανίζοντας δυσανεξία. Στον τακτικό ενδοσκοπικό έλεγχο, η ιστολογική εξέταση από τυχαίες βιοψίες που ελήφθησαν από τον τελικό ειλεό (χωρίς ορατές μακροσκοπικά βλάβες) ανέδειξαν στο τοίχωμα αυτού εστία καλά διαφοροποιημένου νευροενδοκρινικού όγκου – G1 (καρκινοειδούς-CaT). Ο ορμονολογικός έλεγχος και ο προσδιορισμός χρωμογρανίνης Α ορού δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Διενεργήθηκε έλεγχος με ενδοσκοπική κάψουλα και σπινθηρογράφημα υποδοχέων σωματοστατίνης χωρίς σημαντικά ευρήματα. Συνεστήθη ΔΕ ημικολεκτομή στην οποία η ασθενής θα υποβληθεί στο προσεχές μέλλον.

Οι ασθενείς με N. Crohn φαίνεται να εμφανίζουν 15 φορές πολλαπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν CaT αν και δεν υπάρχουν ακριβή επιδημιολογικά δεδομένα που να συσχετίζουν τις δύο νόσους. Η πλειοψηφία των ασθενών διαγιγνώσκονται τυχαία κατά την διάρκεια χειρουργείου σχετιζόμενου με τη νόσο. Στην περιγραφείσα περίπτωση ενδιαφέρον προκάλεσε το γεγονός πως η ασθενής ήταν ασυμπτωματική και ενδοσκοπικά δεν διεπιστώθησαν ορατές βλάβες στην πάσχουσα περιοχή. Όταν οι όγκοι είναι συμπτωματικοί συχνά «μιμούνται» υποτροπή της νόσου. Σε κάθε περίπτωση, είναι σημαντικό να αξιολογούνται συμπτώματα σχετιζόμενα με την παραγωγή αγγειοδραστικών αμινών (ερύθημα, οίδημα) προκειμένου να τεθεί έγκαιρα η διάγνωση.

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΝΤΙΝΗΣ (OPN) ΣΤΗΝ  
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΛΕΜΦΟΕΙΔΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΕΜΦΥΤΗΣ ΑΝΟΣΙΑΣ (ILCS) ΣΕ  
ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ**

**E. Κουρεπίνη, N. Πασχαλίδης, M. Αθανασόπουλος,  
B. Πανουσακοπούλου**

*Εργαστήριο Κυτταρικής Ανοσολογίας, Κέντρο Βασικής Έρευνας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών  
Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, Αθήνα*

Η οστεοποντίνη (Opn) όπου παράγεται σε μεγάλες ποσότητες από τα κύτταρα της έμφυτης ανοσίας είναι προ-φλεγμονώδης κυτταροκίνη για τις ΙΦΝΕ. Πρόσφατα ανακαλύφθηκαν τα λεμφοειδή κύτταρα έμφυτης ανοσίας (ILCs), τα οποία επίσης είναι αναπόσπαστοι παράγοντες για την εντερική φλεγμονή. Τα ILCs και η Opn συμβάλλουν στην έναρξη και την ανάπτυξη της φλεγμονής σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, καθώς επίσης και σε μύες με πειραματική κολίτιδα. Τα τύπου 3 ILCs (ILC3s), ένας κυτταρικός υπότυπος με έντονη προ-φλεγμονώδη δράση, εκτός από την έκκριση συγκεκριμένων κυτταροκινών, εκφράζουν υποδοχείς όπως η α4β7 ιντεγκρίνη που είναι και ένας από τους κυτταρικούς υποδοχείς της Opn. Ωστόσο, οι πιθανές επιδράσεις της Opn στα ILCs παρέμεναν άγνωστες. Έτσι, μελετήσαμε τις επιδράσεις της Opn στην λειτουργία των ILCs στο πειραματικό μοντέλο χρόνιας κολίτιδας που προσομοιάζει την ανθρώπινη κατάσταση (έλλειψη ή μη λειτουργικότητα T ρυθμιστικών κυττάρων σε κάποιους ασθενείς). Η Opn είχε επίδραση στην προ-φλεγμονώδη λειτουργία του υποπληθυσμού natural cytotoxicity receptor (NCR) ILC3s, προκαλώντας ενίσχυση του φλεγμονώδους φαινοτύπου και του αριθμού τους στους μεσεντέριους λεμφαδένες μετά την ολοκλήρωση της επαγωγής χρόνιας κολίτιδας, στιγμή όπου δεν είχε διερευνηθεί καν ο ρόλος τους, διότι υπήρχε η αντίληψη ότι δρουν μόνο στα αρχικά στάδια ασθένειας. Παρόμοια δράση είχε η Opn στα NCR ILC3s και στο μοντέλο οξείας dextran sulfate sodium (DSS)-επαγόμενης κολίτιδας. Ακόμη, δείξαμε ότι τα προ-φλεγμονώδη ILCs εκφράζουν αυξημένα επίπεδα Opn στην πειραματική κολίτιδα. Τα ευρήματα αυτά θα βοηθήσουν στην διαλεύκανση σημαντικών κυτταρικών μηχανισμών που οδηγούν την παθογένεια των ΙΦΝΕ και θα μπορούσαν να αποτελέσουν στόχους εξατομικευμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων.

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΠΑΘΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΩΝ ΣΤΗ ΒΔ ΕΛΛΑΔΑ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 1982-2015**

**Α. Καββαδίας<sup>1</sup>, Κ. Κατσάνος<sup>1</sup>, Δ. Μπαλωμένος<sup>1</sup>, Α. Σκαμνέλος<sup>1</sup>, Δ. Χριστοδούλου<sup>1</sup>, Α. Δ. Μπακάσης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Ηπατογαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα*

<sup>2</sup> *Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα*

**Σκοπός:** Η επιδημιολογική μελέτη της Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους Πάθησης των Εντέρων (ΙΦΠΕ) στη Βορειοδυτική(ΒΔ) Ελλάδα για τα έτη 1981-2015.

**Μέθοδος:** Η επιδημιολογική μελέτη διεξήχθη στην Ήπειρο στην Κέρκυρα και τη Λευκάδα. Η μελέτη διεξήχθη σε δύο χρονικά διαστήματα, 1982-2002 και 2003-2015 και αφορούσε στη διάγνωση των ασθενών με IBD στην υπό μελέτη περιοχή. Στη μελέτη καταγράφηκαν όλοι οι ασθενείς που προσήλθαν για εξέταση και τέθηκε η διάγνωση IBD (ελκώδης κολίτιδα ή νόσος του Crohn).

**Αποτελέσματα:** Κατά το χρονικό διάστημα 1982-2002 ο ανδρικός πληθυσμός της περιοχής ήταν 166.830 (49%) και ο γυναικείος 172.898 (51%). Συνολικά διαγνώστηκε με τη νόσο το 0,13% (n=466) του υπό μελέτη πληθυσμού, εκ των οποίων το 62% (n=290) ήταν άνδρες και το 38% (n=176) γυναίκες. Από το συνολικό πληθυσμό CD παρουσίασε το 0,023% (n=79), UC το 0,10% (n=370) και IBDU το 0,005% (n=17). Οι άνδρες εμφάνισαν επίσης μεγαλύτερη συχνότητα τόσο στη CD (59,4%) όσο και στην UC (62,6%) .

Κατά το χρονικό διάστημα 2003-2015 ο ανδρικός πληθυσμός της περιοχής ήταν 165.775 (49%) και ο γυναικείος 171.081 (51%). Συνολικά διαγνώστηκε με τη νόσο το 0,11% (n=373) του υπό μελέτη πληθυσμού, εκ των οποίων το 64% (n=240) ήταν άνδρες και το 36% (n=133) γυναίκες. Οι άνδρες εμφάνισαν επίσης μεγαλύτερη συχνότητα τόσο στη CD (66%) όσο και στην UC(66%).

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με IBD νόσο και κυρίως η CD, αναμένεται αυξηθούν τα επόμενα χρόνια. Η συστηματική και έγκαιρη παρακολούθηση αυτών των ασθενών θα προσδώσει καλύτερο επίπεδο ποιότητας στην καθημερινή τους ζωή και μείωση των επιπλοκών της νόσου.



# 17<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου

18 - 20 Μαΐου 2018 Μέγαρο Μουσικής Θεσσαλονίκη

ΟΡΓΑΝΩΣΗ



Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου  
(ESIBD)

## Ευρετήριο Συγγραφέων

### C

Cahill O. .... 23

### G

Gaya D. .... 23

Gerasimidis K. .... 23

### L

Lomer M. .... 23

### S

Sarathy P. P. .... 23

Sechi L. .... 25

### Greek

### A

Αγακίδης Χ. .... 48

Αθανασόπουλος Μ. .... 67

Αλβανός Γ. .... 58

Αλεπάς Π. .... 21, 36, 39

Αλμπέρτη Α. .... 23

Αναστασιάδης Σ. .... 30

Αναστασιάδου Κ. .... 30

Ανδριανάκου Γ. .... 58

Ανδριώτης Ι. .... 41

Αξιάρης Γ. .... 8, 15

Αρβανιτίδης Κ. .... 6

Αργυροπούλου Μ. .... 20

Αρχαύλης Ε. .... 17, 31, 42

Ασπρούδης Ι. .... 54

Αυγερινός Α. .... 33, 37

### B

Βαλάτας Β. .... 6

Βαμβακούσης Β. .... 13, 61, 62

Βάρδας Ε. .... 65, 66

Βασιλάκη Κ. .... 7, 48

Βασιλείου Κ. .... 60

Βεζυράκη Π. .... 50

Βεΐμου Χ. .... 13, 61, 62

Βελεγράκη Μ. .... 34, 38, 65,  
66

Βιάζης Ν. .... 8, 12, 16,  
17, 31, 42, 45, 49

Βιέννα Ε. .... 17, 31

Βλαχογιαννάκος Ι. .... 15

Βραδέλης Σ. .... 6, 44

Βράκα Μ. .... 12, 16, 42

Βρακάς Σ. .... 18, 19



# 17<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου

18 - 20 Μαΐου 2018 Μέγαρο Μουσικής Θεσσαλονίκη

ΟΡΓΑΝΩΣΗ



Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου  
(ESIBD)

<b>Γ</b>	Δημουλιός Φ. ....	33, 37
Γαβριήλ Σ. ....	Δρυγιαννάκης Ι. ....	6, 8, 35
Γαζή Σ. ....	<b>Ε</b>	
Γαζούλη Μ. ....	Εμμανουήλ Θ. ....	21, 36, 39
Γαλανόπουλος Μ. ....	Έξαρχος Γ. ....	27
Γιακουμής Μ. ....	<b>Ζ</b>	
Γιαννέλης Π. ....	Ζαμπέλη Ε. ....	8, 15
Γιουλεμέ Ο. ....	Ζαρέας Η. ....	41
Γιώτης Ι. ....	Ζαφειρόπουλος Π. ....	54
Γκάγκαλης Α. ....	Ζαχαροπούλου Ε. ....	13, 43, 52, 61, 62
Γκαραγκάνης Δ. ....	Ζουμπούλης Π. ....	12
Γκαρτζονίκα Κ. ....	Ζουριδάκης Κ. ....	33
Γκάτσης Χ. ....	Ζωγράφος Γ. ....	26
Γκένοσ Κ. ....	<b>Η</b>	
Γκέρος Φ. ....	Ηλίας Α. ....	33, 37
Γκλαβιάς Α. ....	<b>Θ</b>	
Γραμματικός Ν. ....	Θεοδωράκη Ε. ....	14, 35
Γραμματόπουλος Α. ....	Θεοδωρόπουλος Γ. ....	26
<b>Δ</b>	Θεοδωροπούλου Α. ....	34, 38, 65, 66
Δελλαδέτσιμα Ι. ....	Θεόπιστος Β. ....	50
Δήμας Ι. ....	Θεοχάρης Γ. ....	8
Δημητριάδης Ν. ....	Θωμόπουλος Κ. ....	8



# 17<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου

18 - 20 Μαΐου 2018 Μέγαρο Μουσικής Θεσσαλονίκη

ΟΡΓΑΝΩΣΗ



Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου  
(ESIBD)

	Καστή Α. ....	24	
Ιντέρνος Ι. ....	13, 52, 61, 62	22	
Κ	Κατσάνος Κ. ....	20, 23, 39, 50, 54, 59, 64, 68	
Καββαδίας Α. ....	50, 54, 59, 64, 68	51, 53	
Καλαμπάκας Α. ....	60	30	
Καλαφάτης Ε. ....	40, 57	Κατσούλα Α. ....	9, 28, 30, 51, 53
Καλογερά Δ. ....	15	Κάτσουλα Α. ....	32
Καλτσά Α. ....	22	Καφαλής Ν. ....	9
Καπετάνος Δ. ....	33, 37	Καψωριτάκης Α. ....	22
Καπιζιώνη Χ. ....	18, 19	Κεχαγιάς Γ. ....	13, 47, 61, 62
Καραβασίλη Ν. ....	50	Κοκκώνης Γ. ....	33
Καραγεώργου Μ. ....	27	Κολιός Γ. ....	6
Καραγιάννης Δ. ....	23	Κονταξάκης Ι. ....	41
Καραμανώλης Γ. ....	25	Κοντοπούλου Λ. ....	24
Καραμπάτσου Σ. ....	51	Κοσμίδης Χ. ....	55, 58
Καραμπέκος Γ. ....	16, 17, 31, 42	Κοσμίδου Μ. ....	50
Καραμπιτσάκος Θ. ....	44	Κοτζαγιαννίδου Ε. ....	29, 55, 56
Καράνικα Π. ....	7, 48	Κουκλάκης Γ. ....	6
Καρλάφτης Α. ....	29, 55, 56, 58	Κουντουράς Ι. ....	30
Καρμίρης Κ. ....	8, 34, 38, 49	Κουρεπίνη Ε. ....	67
Καρούμπαλης Ι. ....	58	Κουρέτα Ε. ....	46
		Κουρκούλης Π. ....	18, 19
		Κουρκουτάς Η. ....	15



# 17<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου

18 - 20 Μαΐου 2018 Μέγαρο Μουσικής Θεσσαλονίκη

ΟΡΓΑΝΩΣΗ



Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου  
(ESIBD)

Κουτουφάρης Γ. ....	18, 19	Μάντζαρης Γ. ....	8, 12, 16, 17, 23, 31, 42, 45, 49
Κουτρομπάκης Ι. ....	6, 8, 14, 35, 45, 49	Μάντσου Ε. ....	60
Κουτρομπή Μ. Θ. ....	29, 55, 58	Μάρης Θ. ....	33, 37
Κυριάκος Ν. ....	40, 57	Μάρκογλου Κ. ....	17
Κυριακουλέα Κ. ....	56	Μαυρούδη Α. ....	7, 48
Κωλέττης Χ. ....	54	Μελά Μ. ....	12
Κωνσταντινίδης Α. ....	29	Μηλιώνη Κ. ....	18, 19
Κώστα Π. ....	20	Μιχαλόπουλος Γ. ....	13, 18, 19
Κώστας Α. ....	15	Μιχόπουλος Σ. ....	8, 15
<hr/>		Μολέ Ε. ....	55
Λαμπράκης Ε. ....	41	Μόσχοβης Δ. ....	8, 13, 15, 43, 61, 62
Λαμπρινάκος Σ. ....	63	Μουσελίμης Δ. ....	7, 48
Λαμπρινού Σ. ....	24	Μπακάσης Α. Δ. ....	68
Λεγάκη Ε. ....	14	Μπαλωμένος Δ. ....	59, 64, 68
Λιάτσος Χ. ....	40, 57	Μπάμιας Γ. ....	6, 15, 46
Λυράκος Γ. ....	43, 47, 52	Μπασχαλή Α. ....	23
Λώτης Β. ....	22	Μπατιστάτου Α. ....	50
<hr/>		Μπιτούλη Α. ....	65, 66
Μακαρονάς Χ. ....	37	Μπουσμπουκέα Α. ....	63
Μακρής Κ. ....	18, 19	Μπουτσικάκης Σ. ....	63
Μανουράς Ι. ....	26	Μυλωνάκη Μ. ....	35
Μανουσάκης Σ. ....	41	<hr/>	
Μάντακα Α. ....	45, 49	Νάκα Χ. ....	20





# 17<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου

18 - 20 Μαΐου 2018 Μέγαρο Μουσικής Θεσσαλονίκη

ΟΡΓΑΝΩΣΗ



Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου  
(ESGE)

Ντελής Β. ....	29, 55, 56, 58	Πεδιωτίδης Σ. ....	56
Ντούλη Β. ....	18, 19	Περδίκη Μ. ....	46
≡		Περλεπέ Ν. ....	46
Ξουργιάς Β. ....	18, 19	Περπινιά Α. ....	56
Ξυνιάς Ι. ....	7, 48	Πετράκη Λ. ....	63
Ο		Πόντας Χ. ....	8, 17, 31, 42
Οικονόμου Κ. ....	22	Ποταμιάνος Σ. ....	22
Οικονόμου Χ. ....	36	Πρωτοπαπάς Α. ....	44
Ορφανουδάκη Ε. ....	14, 35, 45	Ρ	
Π		Ρεντίφης Λ. ....	26
Πανουτσακοπούλου Β. ....	67	Ροηλίδης Ι. ....	48
Παντούλα Π. ....	62	Ρώσιου Κ. ....	29, 55, 56, 58
Παπαθεοδωρίδης Γ. ....	15, 46	Σ	
Παπακωνσταντίνου Ι. ....	27	Σαραντίδου Μ. ....	23
Παπασπυρόπουλος Α. ....	13	Σαρόγλου Γ. ....	63
Παρασκάκης Ε. ....	44	Σιακαβέλλας Σ. ....	15, 46
Πασπάτης Γ. ....	34, 38, 65, 66	Σκαμνέλος Α. ....	20, 35, 50, 54, 59, 64, 68
Πασχαλίδης Ν. ....	67	Σουφλέρης Κ. ....	9, 51, 53
Πάσχος Π. ....	28, 32, 60	Σπίναρης Β. ....	52
Πατρίκος Δ. ....	63	Σταυρόπουλος Κ. ....	36
Πατσέα Ε. ....	21	Σταφυλίδου Μ. ....	60
Παυλής Α. ....	37	Στεφανίδης Ε. ....	37



# 17<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου

18 - 20 Μαΐου 2018 Μέγαρο Μουσικής Θεσσαλονίκη

ΟΡΓΑΝΩΣΗ



Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου  
(ESIBD)

Στρατηγάκος Ε. .... 29, 55, 56,  
58

Στρίκη Α. .... 29, 56

Σωτήροβα Η. .... 27

## Τ

Τζατζαγού Γ. .... 60

Τζιόγκας Κ. .... 51, 53

Τζιωρτζιώτης Ι. .... 12, 16, 42

Τζουβαλά Μ. .... 8, 13, 15,  
43, 47, 52, 61, 62

Τούλια Η. .... 7

Τουλουμτζή Μ. .... 30

Τσάπαλος Α. .... 21, 39

Τσαπάς Α. .... 28, 32

Τσαρούχας Α. .... 7, 48

Τσατσά Α. .... 42

Τσιγαρίδας Θ. .... 16, 17, 31,  
42

Τσιμπερίδης Α. .... 51, 53

Τσιρώνη Ε. .... 15

Τσιρώνη Μ. .... 47

Τσολιάς Χ. .... 8

Τσουκάλη Ε. .... 17, 31, 42,  
45, 49

## Φ

Φασούλας Κ. .... 9

Φιλίδου Ε. .... 6

Φιλιππάκου Α. .... 15

Φιλιππίδης Γ. .... 12, 16, 42

Φλουδάρας Ι. .... 30

Φραγκάκη Μ. .... 8, 34, 38,  
49, 66

Φωτεινογιαννοπούλου Κ. .... 14, 35

Φωτουλάκη Μ. .... 60

## Χ

Χαλκιαδάκη Α. .... 41

Χατζευαγγελινού Χ. .... 12, 16, 42

Χατζημιχαήλ Α. .... 44

Χρηστίδου Α. .... 12, 31

Χριστοδούλου Δ. .... 20, 23, 35,  
39, 50, 54, 59, 64, 68

Χριστοφόρου Μ. .... 33

Χρυσάνθος Ν. Β. .... 41



