

ΕΟΜΙΦΝΕ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΙΔΙΟΠΑΘΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ
ΝΟΣΩΝ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

21^ο Πανελλήνιο
Συνέδριο

Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου

25-28 Μαΐου

2023

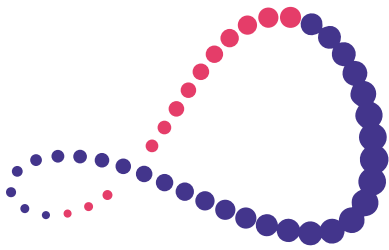
ΒΟΛΟΣ

www.ifne2023.gr

#IFNE2023

**ΒΙΒΛΙΟ
ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**

ΟΡΓΑΝΩΣΗ:



ΕΟΜΙΦΝΕ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΙΔΙΟΠΑΘΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ
ΝΟΣΩΝ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

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

www.ifne2023.gr

Διοικητικό Συμβούλιο ΕΟΜΙΦΝΕ

Πρόεδρος: Γ. Μπάμιας
Μεταβατικός Πρόεδρος: Ι. Κουτρομπάκης
Αντιπρόεδρος: Ν. Βιάζης
Γεν. Γραμματέας: Ε. Ζαμπέλη
Ταμίας: Ι. Παπακωνσταντίνου
Εκπαιδευτικά Υπεύθυνη: Μ. Τζουβαλά
Επιστημονικά Υπεύθυνος: Κ. Καρμίρης
Επίτιμος Πρόεδρος: Ε. Β. Τσιάνος

Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος: Α. Καψωριτάκης
Αντιπρόεδρος: Ν. Βιάζης
Γενικός Γραμματέας: Α. Μανωλάκης
Ειδικός Γραμματέας: Κ. Αργυρίου
Ταμίας: Ι. Παπακωνσταντίνου
Μέλη: Α. Καητσά
Γ. Καραμπέκος
Κ. Οικονόμου
Β. Παπαδόπουλος
Α. Παπασευθίου

Τοπική Οργανωτική Επιτροπή

Ι. Αποστολόπουλος
Φ. Γεροβασίλης
Ν. Καπετανάκης
Μ. Καρδάση
Κ. Κουητσίδας
Α. Μαντίδης
Α. Μπαλιδιμτσής
Π. Θ. Παντσάς
Ε. Παπαδημητρίου
Σ. Πουρνάρας
Κ. Πώποτας

Επιστημονική Επιτροπή

| | | | |
|------------------|-----------------|----------------|-----------------|
| Ο. Γουλιεμέ | Δ. Καραγιάννης | Κ. Μιμίδης | Κ. Σουφλήρης |
| Ε. Ζαμπέλη | Κ. Καρμίρης | Γ. Μπάμιας | Μ. Τζουβαλά |
| Α. Θεοδοροπούλου | Κ. Κατσάνος | Μ. Οικονόμου | Δ. Χριστοδούλου |
| Γ. Θεοχάρης | Ι. Κουτρομπάκης | Κ. Παρασκευά | |
| Κ. Θωμόπουλος | Χ. Λιάτσος | Α. Πρωτοπαπιάς | |

Προφορικές Ανακοινώσεις



ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 1

Η ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΕΚΦΡΑΣΗ TISSUE FACTOR ΣΤΑ ΜΕΣΕΓΧΥΜΑΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΚΑΙ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ, ΧΩΡΙΣ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΤΟFACITINIB

**Ι. Δρυγιαννάκης¹, Ν. Τζενάκη¹, Ε. Αρχοντουλάκη², Ε. Φιλίδου³, Λ. Κανδηλογιαννάκης³,
Ν. Δόβρολης³, Γ. Κεφαλογιάννης⁴, Β. Βαλάτας¹, Γ. Κολιός³, Ι. Κουτρομπάκης¹**

¹ Ερευνητικό Εργαστήριο Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Κρήτη

² Τμήμα Μοριακής Βιολογίας και Γενετικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

³ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

⁴ Ανοσολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

Σκοπός: Ο tissue factor (TF) είναι σημαντικός στην πήξη. Τα θρομβοεμβολικά επεισόδια είναι συχνά στην ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ). Το tofacitinib ίσως αυξάνει περαιτέρω τον κίνδυνο.

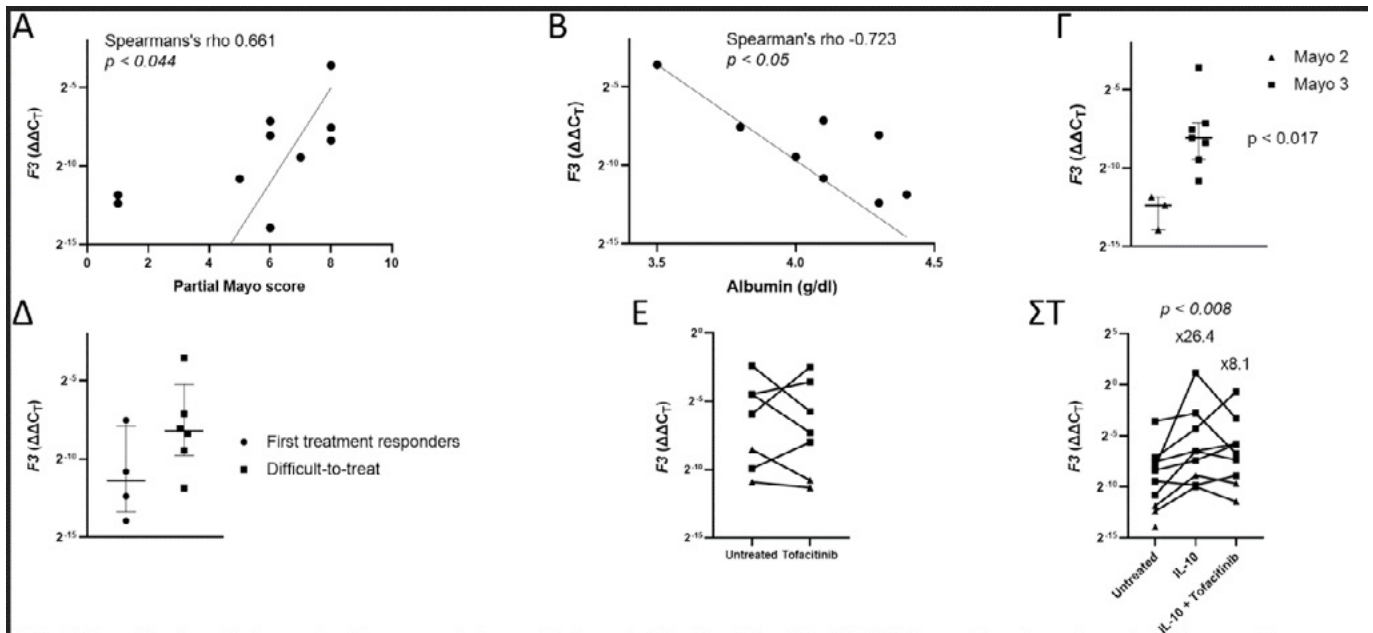
Σκοπός ήταν η διασαφήνιση της παθοφυσιολογίας της θρόμβωσης σε αυτό το κλινικό σενάριο, συσχετίζοντας και με εργαστηριακά και κλινικά δεδομένα.

Υλικό-Μέθοδοι: Απομονώθηκαν πρωτογενή ανθρώπινα κολονικά μεσεγχυματικά κύτταρα (ΠΑΚΜΚ) από ενδοσκοπικές βιοψίες φλεγμάνοντος βλεννογόνου 10 ασθενών με ενεργό ΕΚ (ενδοσκοπικό Mayo ≥ 2). Ετέθησαν υπό την επίδραση καθμίας από τις μείζονες κυτταροκίνες των T helper (Th)1 (TNF- α , IFN- γ), Th2 (IL-4, IL-13) ή T regulatory (Treg- TGF- β , IL-10) λεμφοκυττάρων, με ή χωρίς tofacitinib. Ποσοτικοποιήθηκαν TF (*F3*) και *RPL4* (γονίδιο αναφοράς) mRNA ως κύκλος C_T με ποσοτική PCR. Συγκρίθηκαν τα *TF* $\Delta\Delta C_T$ κατά ζεύγη ή ομάδες αντίστοιχα με Wilcoxon και Mann-Whitney U tests και συσχετίστηκαν με κλινικές και εργαστηριακές μεταβλητές με Spearman's rho.

Αποτελέσματα: Η αυξημένη έκφραση *F3* mRNA σε ΠΑΚΜΚ ασθενών με ΕΚ συσχετίστηκε με αυξημένο μερικό Mayo score (Spearman's rho 0,661, $p < 0,044$; **Εικόνα 1Α**) και μειωμένη αλβουμίνη (Spearman's rho -0,723, $p < 0,05$; **Εικόνα 1Β**). ΠΑΚΜΚ από ασθενείς με ενδοσκοπικό Mayo 3 εξέφραζαν 20 φορές περισσότερο *F3* από Mayo 2 ($p < 0,017$; **Εικόνα 1Γ**). ΠΑΚΜΚ από ασθενείς με νόσο ανθεκτική στη θεραπεία (>1 βιολογικοί) εξέφραζαν 9 φορές περισσότερο *F3* (**Εικόνα 1Δ**).

Το tofacitinib δεν αύξανε τον *F3* (**Εικόνα 1Ε**). Αντίθετα, όλες οι μείζονες Th1, Th2, Treg κυτταροκίνες τον αύξαναν κατά 2.4-26.4 φορές ($p < 0,035$). Η IL-10 είχε τη μέγιστη επίδραση (**Εικόνα 1ΣΤ**). Όταν το tofacitinib προστέθηκε μαζί με τις κυτταροκίνες, δεν αύξησε περαιτέρω τον *F3*. Αντίθετα, έτεινε να περιορίσει την αύξηση που αυτές προκαλούσαν, πχ κατά 60% στην περίπτωση της IL-10 (**Εικόνα 1ΣΤ**).

Συμπεράσματα: Η έκφραση του TF στην ενεργό ΕΚ συσχετίζεται με κλινικά και ενδοσκοπικά σοβαρή νόσο και με αντίσταση στη θεραπεία. Το tofacitinib *per se* δεν αυξάνει τον TF. Αντίθετα, ίσως περιορίζει την αύξηση που προκαλούν οι φλεγμονώδεις κυτταροκίνες.



Εικόνα 1. Ο tissue factor είναι αυξημένος σε κολονικά μεσεγχυματικά κύτταρα ασθενών με σοβαρή ελκώδη κολίτιδα, αλλά το tofacitinib δεν τον αυξάνει μόνο του ή περαιτέρω επί της επαγωγής που προκαλούν προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες. Σε πρωτογενή ανθρώπινα κολονικά μεσεγχυματικά κύτταρα ασθενών με ενδοσκοπικά μέτρια (ενδοσκοπικό Mayo score 2) ή σοβαρή (3) ελκώδη κολίτιδα μετρήθηκαν με real time, reverse-transcription PCR οι κύκλοι C_T των tissue factor (F3) και RPL4 (housekeeping) cDNA. Προς κανονικοποίηση ως προς διαφορές στο ολικό ποσό cDNA κάθε δείγματος υπολογίσθηκαν οι $\Delta\Delta C_T$. Απεικονίζονται σημειογράμματα με προσαρμοσμένες ημιλογαριθμικές καμπύλες (A, B), διάμεσες τιμές και διατεταρτημοριακά εύρη κατά ομάδες (Γ, Δ) ή κατά ζεύγη (E - F). Αυξημένος F3 συσχετίστηκε με αυξημένη κλινική δραστηριότητα νόσου (A: partial Mayo score - Spearman's rho 0,661, $p < 0,044$), μειωμένη αλβουμίνη (B: Spearman's rho 0,723, $p < 0,05$), πιο σοβαρές ενδοσκοπικές βλάβες (Γ: $p < 0,017$ με Mann-Whitney U test) και νόσο που απαιτούσε > 1 βιολογικούς παράγοντες (Δ). Το tofacitinib (100ng/ml) επί 6 ώρες δεν είχε επίδραση (E), ενώ η IL-10 (50ng/ml) αύξησε τον F3 κατά 26,4 φορές κατά μέσο όρο ($p < 0,008$ με Wilcoxon test) με την ουσία tofacitinib να τείνει να περιορίζει την επαγωγή αυτή (ΣΤ).

ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 2

ΤΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΕΝΤΕΡΟΥ ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Μ. Κατσαρός, Μ. Καλογήρου, Α. Κατσούλα, Θ. Τσιώνης, Π. Παπαγιαννάκης, Α. Τσιμπερίδης, Ο. Γιουλεμέ

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

Σκοπός: Η αξιολόγηση της θεραπευτικής ανταπόκρισης στους ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) βασίζεται συχνά σε κλινικούς δείκτες [Harvey Bradshaw index (HBI), Partial Mayo score (PMS)] και βιοδείκτες (CRP). Το υπερηχογράφημα εντέρου (IUS), έχει προταθεί ως μια μέθοδος ικανή να εκτιμήσει αντικειμενικά τη θεραπευτική ανταπόκριση^{1,2}. Μελετήσαμε τη χρήση του IUS ως εργαλείο αξιολόγησης της θεραπευτικής ανταπόκρισης, καθώς και τη συσχέτιση του με HBI, PMS και CRP.

Υλικό και Μέθοδοι: Συμπεριλάβαμε ασθενείς με τεκμηριωμένη διάγνωση ΙΦΝΕ στους οποίους πραγματοποιήθηκε έναρξη χορήγησης βιολογικού παράγοντα (infliximab, adalimumab, ustekinumab, vedolizumab) ή Tofacitinib. Ως ενεργή νόσος στο IUS ορίστηκε η αύξηση του πάχους τοιχώματος του εντέρου >3 mm στο πιο προσβεβλημένο τμήμα, ενώ αξιολογήθηκε και η παρουσία σήματος Doppler (CDS) σε αυτό. Η θεραπευτική ανταπόκριση στο IUS ορίστηκε σύμφωνα με τα κριτήρια του International Bowel Ultrasound Group (IBUS): μείωση πάχους τοιχώματος του εντέρου (σε συνεχείς μετρήσεις) >25% ή >2.0 mm ή >1.0 mm με συνοδό μείωση του CDS κατά 1 μονάδα την εβδομάδα 14 ± 2 από την έναρξη της θεραπείας³.

Αποτελέσματα: Συνολικά 19 ασθενείς [11 άνδρες, 11 με Νόσο Crohn, διάμεση ηλικία 41 έτη (IQR 28-56)] υποβλήθηκαν σε IUS την εβδομάδα 0 και την εβδομάδα 14 ± 2, ενώ υπολογίστηκαν στα ίδια χρονικά στιγμιότυπα CRP, HBI και PMS. Έξι ασθενείς δεν είχαν λάβει ποτέ βιολογική θεραπεία, έξι είχαν λάβει 1 βιολογικό παράγοντα, πέντε ασθενείς 2 και δύο ασθενείς 3. Κατά την έναρξη, 84.2% των ασθενών είχε κλινική ενεργότητα (HBI ≥5, PMS ≥2), διάμεση τιμή CRP 24.7 mg/L (IQR 18.6-42.8) και διάμεση τιμή BWT 7.1mm (IQR 6.5-7.6). Την εβδομάδα 14 ± 2, 42.1% των ασθενών είχε κλινική ενεργότητα, διάμεση τιμή CRP 6.8 mg/L (IQR 4.6-20.7) και διάμεση τιμή BWT 5.2 mm (IQR 4.6- 6.4). Σε 10/19 ασθενείς διαπιστώθηκε θεραπευτική ανταπόκριση στο IUS. Κλινική ύφεση είχαν 8/10 ασθενείς που παρουσίασαν θεραπευτική ανταπόκριση στο IUS και 3/9 ασθενείς που δεν παρουσίασαν θεραπευτική ανταπόκριση στο IUS (p=0.07). Φυσιολογική τιμή CRP (<6mg/L) είχαν 8/10 ασθενείς που παρουσίασαν θεραπευτική ανταπόκριση στο IUS και κανένας εκ των ασθενών που δεν παρουσίασε (p<0.001). Τέλος, η διάμεση τιμή της CRP ήταν 4,9mg/L (IQR 2,6-6,2) στους ανταποκρινόμενους στη θεραπεία στο IUS και 20,7 mg/L (IQR 10,5-28,5) στους μη ανταποκρινόμενους στη θεραπεία στο IUS (p<0.001), με τη διάμεση τιμή του BWT να ανευρίσκεται 4,7mm (IQR 3,3-5,1) και 6,4mm (IQR 6,1-6,9) αντίστοιχα (p<0.001)

Συμπεράσματα: Το IUS αποτελεί ένα αντικειμενικό εργαλείο αξιολόγησης της θεραπευτικής ανταπόκρισης στους ασθενείς με ΙΦΝΕ, το οποίο παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με τη CRP αλλά όχι με κλινικούς δείκτες ενεργότητας.

References:

- 1 - C. Maaser et al. Gut. 2020, 1629-1636
- 2 - F de Voogd et al. J Crohns Colitis. 2022, 1598-1608
- 3 - J. F. K. F. Ilvemark et al. J Crohns Colitis, 2022, 554-580

ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 3

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ, ΤΗΝ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΝΟΣΟΥ, ΤΗΝ ΚΟΠΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN (NC)

**Α. Καραχάλιου¹, Μ. Μπλέτσα², Γ. Μάντζαρης³, Γ. Καραμπέκος³, Μ. Τζουβαλά⁴,
Ε. Ζαχαροπούλου⁴, Γ. Μπάμιας⁵, Μ. Κοντογιάννη¹**

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

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

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

⁴ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων» - Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα», Πειραιάς

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

Σκοπός: Ο επιπολασμός παχυσαρκίας κυμαίνεται στο 15-40% στη NC. Ωστόσο, η συσχέτιση αυτής με την ενεργότητα και την εντόπιση της νόσου, την κόπωση και την ποιότητα ζωής δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Σκοπός της παρούσας συγχρονικής αξιολόγησης ήταν η διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ της παχυσαρκίας και της ενεργότητας, εντόπισης νόσου, ποιότητας ζωής και κόπωσης σε ασθενείς με NC.

Υλικό-Μέθοδοι: Συλλέχθηκαν πληροφορίες για κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Η παρουσία παχυσαρκίας αξιολογήθηκε μέσω του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) βάσει των κατωφλικών τιμών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΔΜΣ ≥ 30 kg/m²). Η ενεργότητα της νόσου εκτιμήθηκε ενδοσκοπικά και μέσω του δείκτη Harvey-Bradshaw Index (HBI) και η εντόπιση της νόσου μέσω της ταξινόμησης κατά Montreal. Η κόπωση αξιολογήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου Fatigue Severity Scale (FSS) (FSS-score ≥ 5 υποδηλώνει την παρουσία κόπωσης), η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥ-ΠΖ) μέσω του ερωτηματολογίου Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (SIBDQ) (εύρος τιμών 10-70, υψηλότερες τιμές αντανακλούν καλύτερη ΣΥ-ΠΖ) και η σχετιζόμενη με τη δίαιτα ποιότητα ζωής (ΣΔ-ΠΖ) μέσω του ερωτηματολογίου Food Related Quality of Life (FR-QoL) (εύρος τιμών 0-145, υψηλότερες τιμές αντανακλούν καλύτερη ΣΔ-ΠΖ).

Αποτελέσματα: Αξιολογήθηκαν 250 ενήλικοι ασθενείς [54,8% άνδρες, μέση ηλικία 41,2±14,1 έτη, 37,2% ενεργή νόσος]. Ο επιπολασμός παχυσαρκίας ήταν 26,9%. Το 28% των ασθενών με παχυσαρκία είχε ενεργή νόσο, το 52,9% είχε ειλεϊκή ή ειλεοκολική νόσο, το 31,2% μη στενωτική/μη συριγγοποιό νόσο και το 31,9% εμφάνιζε κόπωση. Οι ασθενείς με παχυσαρκία είχαν χαμηλότερη βαθμολογία SIBDQ (43,8±11,5 vs. 48,2±12,6, p=0,011) και χαμηλότερη βαθμολογία FR-QoL (76,9±21,6 vs. 83,3±23,1, p=0,048) σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς παχυσαρκία, ανακλώντας μια μέτρια ΣΥ-ΠΖ και ΣΔ-ΠΖ, αντίστοιχα. Η παρουσία παχυσαρκίας συσχετίστηκε με μειωμένη πιθανότητα καλής ΣΔ-ΠΖ όπως ανακλάται από το FR-QoL [Σχετικός λόγος (ΣΛ):0,98, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (ΔΕ):0,97-0,99, p=0,05] και καλής ΣΥ-ΠΖ όπως ανακλάται από το SIBDQ (ΣΛ:0,97, 95% ΔΕ:0,95-0,99, p=0,03), μετά από διόρθωση για ηλικία, φύλο, εντόπιση και ενεργότητα νόσου. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ παχυσαρκίας και ενεργότητας, εντόπισης της νόσου και κόπωσης.

Συμπεράσματα: Ο επιπολασμός παχυσαρκίας ήταν 26,9% στο παρόν δείγμα ασθενών με NC. Η παρουσία παχυσαρκίας συσχετίστηκε με μειωμένη ΣΥ-ΠΖ και ΣΔ-ΠΖ, ενώ δεν παρατηρήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ παχυσαρκίας και ενεργότητας ή εντόπισης νόσου και παρουσίας κόπωσης.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 4

Η ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΟ USTEKINUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΣΕ REAL-WORLD ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Γ. Κοκκότης, Κ. Χαλακατεβάκη, Αικ. Γάκη, Β. Κίτσου, Ν. Κιούλος, Μ. Γκίζης, Ε. Λαούδη, Σ.Λ. Χατζηνικολάου, Ι. Κουτσούνας, Γ. Μπάμιας

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

Σκοπός: Το ustekinumab είναι ένα μονοκλωνικό αντίσωμα που στοχεύει στην p-40 υπο-μονάδα των ιντερλευκινών IL-12 και IL-23 και χρησιμοποιείται για την θεραπεία της μέτριας και σοβαρής v. Crohn. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην αποτύπωση της εμπειρίας ενός τριτοβάθμιου κέντρου σχετικά με τη χρήση του ustekinumab σε ασθενείς με v. Crohn σε συνθήκες κλινικής πρακτικής [real-world].

Υλικό-Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη κοορτής. Συλλέξαμε τα δημογραφικά και τα κλινικά στοιχεία των ασθενών την ημέρα της έναρξης του ustekinumab. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν η παραμονή στην θεραπεία στο τέλος του δεύτερου έτους χωρίς τη χορήγηση κορτικοειδών (cs-free). Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η παραμονή στην θεραπεία στο τέλος του πρώτου, δεύτερου και τέταρτου έτους με και χωρίς την ανάγκη για λήψη κορτικοειδών. Το στατιστικό πρόγραμμα SPSS-23 χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 99 ασθενείς έχουν συμπεριληφθεί στην έως τώρα καταγραφή [γυναίκες, 52.5%; μέση ηλικία 42 έτη, SD=16; διάμεση διάρκεια νόσου 6 έτη IQR=1.5-11; A1/A2/A3, 6.1/65.7/28.3%; L1/L2/L3/L4, 58.6/7.1/34.3/12.1%; B1/B2/B3, 51.5/30.3/18.2%; περιπρωκτική νόσος 26%]. Μεταξύ των συμμετεχόντων στη μελέτη, σε ποσοστό 68.7% αναφέρεται ιστορικό λήψης άλλου βιολογικού παράγοντα και σε 35.4% χειρουργείο λόγω της v. Crohn. Κατά την έναρξη χορήγησης του ustekinumab 6.1% ελάμβανε αζαθειοπρίνη, 4% μεθοτρεξατή και 32.3% κορτικοστεροειδή. Το 75.8% (75/99) των ασθενών συνεχίζει την θεραπεία με διάμεση διάρκεια λήψης 14.5 μήνες (εύρος=0.5-66). Cs-free διαιτηής παραμονή παρατηρήθηκε στο 59.2% (29/49), cs-free μονοετής στο 70.1% (54/77) και cs-free τετραετής στο 45% (9/20). Ασθενείς με cs-free παραμονή μετά το πρώτο έτος θεραπείας είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να συνεχίζουν θεραπεία με ustekinumab στο τέλος του 2^{ου} και 4^{ου} έτους έναντι εκείνων που χρειάστηκαν κορτικοειδή εντός του πρώτου έτους ($P<0.001$). Οι ασθενείς με ιστορικό χειρουργείου επιτυγχάνουν μεγαλύτερα ποσοστά παραμονής στην θεραπεία ($p<0.05$). Επτά ασθενείς (9.3%) έλαβαν ενταντικοποιημένο σχήμα με βράχυνση του μεσοδιαστήματος και ένας (1.3%) έλαβε εκ νέου ενδοφλέβια δόση. Δεν έχουν παρατηρηθεί σοβαρές λοιμώξεις ή κακοήθειες.

Συμπέρασμα: Η ανάλυση των δεδομένων των ασθενών που παρακολουθούνται στο τμήμα μας επιβεβαιώνει το γεγονός ότι οι ασθενείς με v. Crohn επιτυγχάνουν υψηλά ποσοστά παραμονής στο ustekinumab χωρίς ανάγκη για λήψη κορτικοειδών έως και 4 έτη μετά την έναρξη της θεραπείας. Η μακροχρόνια χορήγηση ustekinumab δεν σχετίζεται με ανησυχητικά θέματα ασφαλείας.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 5

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΡΙΚΗΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΣΕ ΥΦΕΣΗ: ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Σ. Ζουγανέλη¹, Ν. Παρασκευής¹, Μ.Ε. Γιαννακοπούλου¹, Α. Κούρτη², Σ. Φεσσάτου²

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

² Μονάδα Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής, Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

Εισαγωγή: Η αποκλειστική εντερική διατροφή (ΑΕΔ) αποτελεί θεραπεία εκλογής σε νεοδιαγνωσθέντες παιδιατρικούς ασθενείς με νόσο Crohn. Η μερική εντερική διατροφή (ΜΕΔ) σε ποσοστό 50% της συνολικής ενέργειας (Ε) συμβάλει στη διατήρηση της ύφεσης μετά την ολοκλήρωση της ΑΕΔ ή σε περιπτώσεις έξαρσης της νόσου και χρησιμοποιείται υποστηρικτικά μέχρι την πλήρη δράσης της φαρμακευτικής αγωγής.

Σκοπός: Η παρούσα πιλοτική μελέτη παρατήρησης σκοπό έχει να καταγράψει τη συμμόρφωση στην προτεινόμενη ΜΕΔ (50%Ε) και την επίδρασή της στους δείκτες φλεγμονής σε εφήβους με νόσο Crohn σε ύφεση.

Υλικό-μέθοδοι: Σε ΜΕΔ 50%Ε εντάχθηκαν 8 ασθενείς (7 αγόρια, 1 κορίτσι) μέσης ηλικίας 14.5 ετών, για τους οποίους συστήθηκαν εξατομικευμένα διαιτολόγια. Οι ασθενείς ήταν όλοι σε φάση ύφεσης υπό φαρμακευτική αγωγή με αζαθειοπρίνη, κορτιζόνη και βιολογικό παράγοντα (ή συνδυασμό τους), μετά από περίοδο ΑΕΔ. Καταγράφηκαν ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, ανοσολογικοί δείκτες (CRP, ΤΚΕ, WBC) και η ενεργότητα της νόσου (σκορ PCDAI) πριν και 3 και 6 μήνες μετά την έναρξη της ΜΕΔ, η οποία αρχικά προτάθηκε με προοπτική 3μηνιαίας εφαρμογής.

Αποτελέσματα: Οι 7 στους 8 ασθενείς συμμορφώθηκαν στη ΜΕΔ το πρώτο 3μηνο. Ένας ασθενής δεν συμμορφώθηκε, κατάφερε όμως να βελτιώσει το βάρος του. Η συμμόρφωση μειώθηκε μετά το πρώτο 3μηνο σε 2 από τους 7 ασθενείς, με μείωση λήψης του συμπληρώματος διατροφής σε ποσοστό 33%Ε. Η κλινική εικόνα βελτιώθηκε σε όλους τους ασθενείς με βελτίωση των κενώσεων και του BMI. Το σκορ PCDAI παρέμεινε γενικά χαμηλά σταθερό. Χαμηλά παρέμειναν και οι ΤΚΕ, CRP και WBC.

Συμπεράσματα: Η μεγάλη συμμόρφωση (87.5%) των ασθενών στη ΜΕΔ συνοδεύτηκε από βελτίωση της κλινικής εικόνας και διατήρηση της ύφεσης της νόσου.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 6

ΕΝΤΑΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΑΝΤΙ-TNF ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ.

Κ. Κουστένης, Κ. Μουσουράκης, Αικ. Μουντάκη, Χ. Βερετάνος, Ε. Μπέκα, Φ. Αλμπάνη, Τ. Γεωργιάδη, Α. Τσατσά, Κ. Αρβανίτης, Δ. Κοζομπόλη, Ι. Μυλωνάς, Ν. Παπαρίζου, Λ. Καραούζας, Γ. Καλόγηρος, Μ. Πάτση, Γ. Νούσιας¹, Έ. Αδάμου, Χ. Χατζηευαγγελινού, Κ. Κατωπόδη, Β. Παπαστεργίου, Κ. Βαρυτιμιάδης, Α. Χριστίδου, Μ. Μελά, Ε. Αρχαύλης, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική Αθηνών», Αθήνα

Σκοπός: Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας με αντι-TNF παράγοντες σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) έχει αποδειχθεί σε πολλές τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες. Ωστόσο, ορισμένοι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στη συνήθη δόση και η θεραπεία θα πρέπει να εντατικοποιηθεί. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να αξιολογήσουμε πόσο συχνά σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn που έλαβαν θεραπεία με infliximab ή adalimumab (πρωτότυπο ή βιο-ομοειδές) στο νοσοκομείο μας που θεωρείται τριτοβάθμιο νοσοκομείο αναφοράς, χρειάστηκε εντατικοποίηση της δόσης των παραγόντων αυτών.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση δεδομένων που συλλέχθηκαν προοπτικά, από ασθενείς που ξεκίνησαν θεραπεία με αντι-TNF παράγοντες στο κέντρο μας. Η πορεία της θεραπείας εκτιμήθηκε κάθε 2 μήνες, ενώ η συνήθης δόση του infliximab ήταν αυτή των 5mg/Kg χορηγούμενη κάθε 2 μήνες και του adalimumab 40mg χορηγούμενη κάθε 2 εβδομάδες. Στους ασθενείς που αρχικά ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία, όμως στη συνέχεια έχασαν την ανταπόκριση (επανεμφάνιση συμπτωμάτων, αύξηση της CRP) σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή μετά τις πρώτες 14 εβδομάδες θεραπείας, έγινε εντατικοποίηση της δόσης του αντι-TNF παράγοντα που λάμβαναν οι ασθενείς.

Αποτελέσματα: Με βάση τα δεδομένα από το Τμήμα μας, συνολικά 461 ασθενείς με ΙΦΝΕ ξεκίνησαν infliximab (n=196) ή adalimumab (n=265) (CD=333, UC=128) την τελευταία 10ετία. Από αυτούς τους ασθενείς, οι 82 (17.8%) δεν ανταποκρίθηκαν στην αντι-TNF θεραπεία. Από τους υπόλοιπους 379 ασθενείς (CD=303, UC=76, infliximab=207, adalimumab=172), 102 (26.9%) χρειάστηκαν εντατικοποίηση της δόσης για τη διατήρηση της ύφεσης της νόσου (CD=81, UC=21, infliximab=69, adalimumab=33), κατά τη διάρκεια ενός μέσου χρονικού διαστήματος παρακολούθησης 36 months (range 2-52 months). Η εντατικοποίηση της δόσης έγινε με τη χορήγηση infliximab 10mg/Kg κάθε 8 εβδομάδες (n=36), infliximab 5mg/Kg κάθε 4 εβδομάδες (n=24), infliximab 10mg/Kg κάθε 4 εβδομάδες (n=9), adalimumab 40mg κάθε εβδομάδα (n=33). Η εντατικοποίηση της δόσης οδήγησε στην επίτευξη της ύφεσης της νόσου σε 71 ασθενείς (69.6%).

Συμπέρασμα: Το ένα τέταρτο των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία με αντι-TNF θα χρειαστεί εντατικοποίηση της δόσης, η οποία θα οδηγήσει σε ύφεση της νόσου σε ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών αυτών.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 7

ΟΙ ΥΠΟΔΟΧΕΙΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΤΩΝ ΤΗΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΜΙΚΡΟΧΛΩΡΙΔΑΣ ΩΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΕΣ ΤΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΚΑΙ ΙΝΩΤΙΚΩΝ ΔΙΕΡΓΑΣΙΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ· ΜΙΑ ΒΙΟΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Μ. Σπαθάκης^{1,2}, Ν. Δόβρολης^{1,2}, Γ. Ταραπατζή^{1,2}, Ε. Φιλίδου^{1,2}, Λ. Κανδηλογιαννάκης^{1,2}, Β. Βαλάτας^{2,3}, Ι. Δρυγιαννάκης³, Γ. Κολιός^{1,2}, Κ. Αρβανιτίδης^{1,2}, Ε. Μανωλόπουλος^{1,2}, Σ. Βραδέλης⁴

¹ Κέντρο Αριστείας Φαρμακολογικών Μελετών και Ιατρικής Ακριβείας (IMPreS), Αλεξανδρούπολη

² Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

³ Εργαστήριο Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

⁴ Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Σκοπός: Η δυσβιωτική εντερική χλωρίδα στις Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου (ΙΦΝΕ) αλληλεπιδρά με τον ξενιστή και μέσω της παραγωγής μεταβολιτών. Διερευνήσαμε τη γονιδιακή έκφραση στο βλεννογόνο του ξενιστή υποδοχέων τέτοιων μεταβολιτών σε υγιείς και ασθενείς με ΙΦΝΕ, καθώς και την πιθανή συμμετοχής τους σε φλεγμονώδη και ινωτικά μονοπάτια.

Υλικά - Μέθοδοι: Δημοσίως διαθέσιμα δεδομένα αλληλούχησης mRNA από 1405 βιοψίες εντερικού βλεννογόνου από 643 ασθενείς με νόσο του Crohn (CD), 467 με Ελκώδη Κολίτιδα (UC) και 295 υγιή άτομα συλλέχθηκαν από το Sequence Read Archive και η έκφραση των γονιδίων των υποδοχέων ελέγχθηκε μέσω της διαδικτυακής πλατφόρμας RaNA-seq, η οποία ανάγει απόλυτους αριθμούς σε συχνότητα επί του συνολικού αριθμού αλληλουχιών ανά δείγμα, τις στοιχίζει στο γονιδίωμα και αναλύει τη διαφορική τους έκφραση. Επιπλέον, συσχετίστηκε η έκφραση των υποδοχέων με αυτή γονιδίων φλεγμονής και ομοιόστασης της εξωκυττάριας ουσίας με αλγόριθμο βασισμένο στην R.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκε η έκφραση 54 γονιδίων υποδοχέων που ενεργοποιούνται από μεταβολίτες χολικών οξέων, λιπαρών οξέων βραχείας αλύσου και μεταβολίτες της τρυπτοφάνης. Οι υποδοχείς υδροξυκαρβοξυλικών οξέων 2 και 3 (*HCAR2*, *HCAR3*) εμφανίζουν αυξημένη έκφραση σε CD και UC, ενώ ο υποδοχέας κανναβινοειδών 1 (*CNR1*) εμφανίζει μειωμένη στη CD. Ο υποδοχέας ελεύθερων λιπαρών οξέων 4 (*FFAR4*) εμφανίζει αυξημένη έκφραση στην UC, ενώ ο υποδοχέας φαρνεσοειδών X (*NR1H4*) και ο μουσκαρινικός υποδοχέας ακετυλοχολίνης 4 (*CHRM4*) μειωμένη. Η ανάλυση συσχετίσεων έκφρασης υποδοχέων μεταβολιτών με γονίδια φλεγμονής και ίνωσης ανέδειξε εκτεταμένα δίκτυα συνέκφρασης μεταξύ των δύο ομάδων γονιδίων.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ΙΦΝΕ και υγιείς αναδείχθηκαν διαφορές στην έκφραση γονιδίων υποδοχέων μικροβιακών μεταβολιτών που διαμεσολαβούν την αλληλεπίδραση μικροβίου - ξενιστή και τεκμηριώθηκε συσχέτιση της έκφρασης τους με γονίδια φλεγμονής και ομοιόστασης της εξωκυττάριας ουσίας, που εμπλέκονται στην παθογένεια των νόσων αυτών.

Χρηματοδότηση: Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε από το ερευνητικό πρόγραμμα: Ε.Π. «Ανταγωνιστικότητα, Επιχειρηματικότητα, Καινοτομία», υποστήριξη της ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ, στο πλαίσιο υλοποίησης του Έργου IMPReS - «Δημιουργία Κέντρου Αριστείας Φαρμακολογικών Μελετών και Ιατρικής Ακριβείας» (MIS: 5047189).

ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 8

ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ USTEKINUMAB: ΑΡΧΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ 16 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ

Κ. Χαλακατεβάκη¹, Γ. Κοκκότης¹, Μ.Λ. Χατζηνικολάου¹, Ε. Αναγνωστοπούλου², Κ. Αργυρίου³, Ν. Βιάζης⁴, Μ. Γαλανόπουλος⁵, Γ. Γερασιμάτος⁶, Ο. Γιουλεμέ⁷, Ε. Ζαμπέλη⁸, Ε. Ζαχαροπούλου⁹, Α. Θεοδωροπούλου¹¹, Μ.Στ. Καλογήρου⁷, Π. Καρατζάς¹⁰, Κ. Καρμίρης¹¹, Α.Ν. Καψωριτάκης³, Κ. Κουστένης⁴, Ι. Κουτρομπάκης¹², Ν. Κυριάκος⁵, Δ. Λάζου¹³, Χ. Λιάτσος⁵, Αικ. Μάντακα², Γ. Μάντζαρης⁴, Γ. Μιχαλόπουλος⁶, Σπ. Μιχόπουλος⁸, Α. Ορφανίδου¹⁰, Ε. Παπαθανασίου⁸, Δ. Πολύμερος¹⁴, Σπ. Ποταμιάνος³, Κ. Σουφλέρης¹³, Μ. Τζουβαλά⁹, Κ. Φωτεινογιαννοπούλου¹², Ε. Τσιρώνη¹⁵, Α. Χατζηδάκης¹⁴, Α. Ψιστάκης¹¹, Γ. Μπάμιας¹

¹ Γαστρεντερολογική Μονάδα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα

² Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Άγιος Γεώργιος», Χανιά, Κρήτη

³ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

⁴ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική Αθηνών», Αθήνα

⁵ Γαστρεντερολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

⁶ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

⁷ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

⁸ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα», Αθήνα

⁹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαια-Πειραιάς, «Άγιος Παντελεήμων», Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής «Αγία Βαρβάρα», Πειραιάς

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

¹¹ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

¹² Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

¹³ Γαστρεντερολογική Κλινική, «Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

¹⁴ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

¹⁵ Γαστρεντερολογική Κλινική, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά», Πειραιάς

Σκοπός: Το ustekinumab (UST) δρα αδρανοποιώντας τις εντερελευκίνες IL-23 και IL-12 και χορηγείται για την θεραπεία της μέτριας έως βαρείας ελκώδους κολίτιδας (ΕΚ). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του UST την 16^η εβδομάδα, μετά τη χορήγηση της ενδοφλέβιας και της πρώτης υποδόριας δόσης.

Μέθοδοι: Αναλύθηκαν δεδομένα από την Πανελλαδική καταγραφή των ασθενών με ΕΚ που ξεκίνησαν θεραπεία με UST στα 15 συμμετέχοντα νοσοκομεία. Ως κλινική ανταπόκριση την 16^η εβδομάδα θεραπείας ορίστηκε η μείωση κατά 50% στις τιμές των UC-PRO2 [rectal bleeding + bowel frequency] συγκριτικά με τις τιμές πριν την έναρξη της θεραπείας.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 89 ασθενείς [άνδρες, 65.2%, μέσης ηλικίας 50.9 έτη (SD=17.7), έκταση νόσου κατά Montreal E1 4%, E2 43%, E3 53%] έχουν συμπεριληφθεί μέχρι σήμερα στη καταγραφή. Ιστορικό λήψης άλλου βιολογικού παράγοντα αναφέρεται σε 68 ασθενείς (76%), μεταξύ των οποίων οι 37 (41.6%) είχαν λάβει τουλάχιστον 2 βιολογικούς παράγοντες στο παρελθόν. (Πίνακας 1) Παράλληλη χρήση κορτικοστεροειδών ήταν απαιτούμενη σε 6 ασθενείς. Την 16^η εβδομάδα θεραπείας έχουν ολοκληρώσει 69 ασθενείς με διαθέσιμα κλινικά δεδομένα σε 54. Η αγωγή διεκόπη σε 4 ασθενείς λόγω μη ανταπόκρισης.

Από τους 48 ασθενείς με κλινικά ενεργή νόσο στην έναρξη της θεραπείας οι 35 (72.9%) παρουσίαζαν κλινική ανταπόκριση ενώ από τους 54, ασχέτως ενεργότητας στην έναρξη, κλινική ύφεση παρουσίαζαν οι 25 (46.3%). Η πιθανότητα κλινικής ανταπόκρισης βρέθηκε να αυξάνεται με την συγχορήγηση μεσαλαζίνης ($P=0.020$). Αυξημένη πιθανότητα κλινικής ανταπόκρισης παρατηρήθηκε σε ασθενείς με τιμή αλβουμίνης ≥ 4.1 mg/dl ($P=0.051$), ενώ μειωμένη σε ασθενείς ηλικίας >60 ετών ($P=0.060$). Οι ασθενείς με τιμή UCEIS <5 επιτυγχάνουν μεγαλύτερα ποσοστά κλινικής ανταπόκρισης (14/14 [100%] vs 18/26 [69.2%], $P=0.034$).

Συμπεράσματα: Στην κλινική πράξη το UST χρησιμοποιείται περισσότερο ως 2^{ης} ή 3^{ης} γραμμής θεραπεία για την μέτρια έως βαρεία ελκώδη κολίτιδα. Το ποσοστό πρωτογενούς ανταπόκρισης [16^η εβδομάδα θεραπείας] στη μελέτη μας ήταν 70%, συνήθως χωρίς ανάγκη παράλληλης αγωγής με κορτικοστεροειδή. Η σύγχρονη χορήγηση μεσαλαζίνης, τιμή <5 στον ενδοσκοπικό δείκτη βαρύτητας UCEIS και η αλβουμίνη >4.0 σχετίστηκαν θετικά με την κλινική ανταπόκριση στο UST.

Πρωτόκολλο χρηματοδοτούμενο από την ΕΟΜΙΦΝΕ [2022ΕΟΜΙΦΝΕmp1]

| Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά ασθενών με μέτρια-βαριά UC που έλαβαν UST [N=89] | | | |
|--|------------------------------|--------------|---------|
| Φύλο [n (%)] | Male 58 (65) | | |
| Ηλικία [mean (SD)] | 50.9 years (17.7) | | |
| Διάρκεια νόσου [median (εύρος)] | 7 years (0.5-39) | | |
| Montreal Classification [n=81 (%)] | E1 | 3 (4) | |
| | E2 | 35 (43) | |
| | E3 | 43 (53) | |
| Οικογενειακό ιστορικό ΙΦΝΕ [n (%)] | 8 (9) | | |
| Εξωεντερικές εκδηλώσεις [n (%)] | 29 (33) | | |
| | Μυοσκελετικό | 20 (22) | |
| | Δέρμα | 9 (10) | |
| | Ήπαρ | 4 (4) | |
| | Οφθαλμοί | 1 (1) | |
| | Στόμα | 2 (2) | |
| | Άλλο | 2 (2) | |
| Ένδειξη για UST [n (%)] | Ενεργή κατά την έναρξη | 13 (14) | |
| | Ενεργή παρά την θεραπεία | 62 (70) | |
| | Δυσανεξία σε άλλη θεραπεία | 30 (34) | |
| | Αντένδειξη για άλλη θεραπεία | 8 (9) | |
| | Κορτικοεξαρτώμενη νόσος | 15 (17) | |
| Προηγούμενες θεραπείες [n (%)] | Κορτικοστεροειδή | 75 (84) | |
| | SASA | 85 (95) | |
| | AZA/MP | 32 (36) | |
| | Μεθοτρεξάτη | 1 (1) | |
| | Βιολογικοί παράγοντες | 68 (76) | |
| | Anti-TNF | 50 (56) | |
| | VDZ | 46 (52) | |
| | Tofacitinib | 9 (10) | |
| | 1 | 32 (36) | |
| | | VDZ | 18 (20) |
| | | IFX | 8 (9) |
| | | ADA | 4 (4) |
| | | GOL/Tofa | 1 (1) |
| | 2 | 27 (30) | |
| | | IFX-VDZ | 16 (18) |
| | | IFX-Tofa | 3 (3) |
| | | IFX-GOL | 3 (3) |
| | | IFX-ADA | 2 (2) |
| | | ADA-VDZ | 2 (2) |
| | | ADA-GOL | 1 (1) |
| | 3 | 8 (9) | |
| | | IFX-VDZ-Tofa | 4 (4) |
| | | IFX-ADA-VDZ | 4 (4) |
| | 4 | 2 (2) | |
| Σύγχρονη θεραπεία [n (%)] | SASA | 57 (64) | |
| | AZA | 9 (10) | |
| | Κορτικοστεροειδή | 43 (48) | |
| pMAYO score [mean (SD)] | 4.6 (2.4) | | |
| Endo-MAYO score [n=82, (%)] | 0 | 1 (1) | |
| | 1 | 7 (9) | |
| | 2 | 33 (40) | |
| | 3 | 41 (50) | |
| Full MAYO score [n=80, mean (SD)] | 7.2 (2.6) | | |
| UCEIS [n=67, mean (SD)] | 5.1 (1.6) | | |

AZA/MP=azathioprine/mercaptopurine, UST=ustekinumab, VDZ=vedolizumab, IFX=infliximab, ADA=adalimumab, GOL=golimumab, Tofa=tofacitinib, pMAYO=partial MAYO, endo-MAYO=endoscopic MAYO, UCEIS=ulcerative colitis endoscopic index of severity

ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 9

Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ IBD - DISK ΜΕ ΤΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

**Μ. Κατσαρός¹, Μ. Καλογήρου¹, Α. Κατσούλα¹, Π. Πάσχος², Θ. Τσιώνης¹, Σ. Καραμπάτσου¹,
Ν. Γραμματικός¹, Ο. Γιουλεμέ¹**

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

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

Σκοπός: Το IBD-DISK αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο το οποίο διευκολύνει σε πραγματικό χρόνο, την αξιολόγηση του επίπεδου ανικανότητας και την καθημερινή επιβάρυνση στην ποιότητα ζωής σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ)^{1,2}. Το υπερηχογράφημα εντέρου (IUS) αποτελεί ένα εργαλείο ικανό να προσδιορίσει με ακρίβεια την ενεργότητα της νόσου σε ασθενείς με ΙΦΝΕ. Διερευνήσαμε τη συσχέτιση μεταξύ IBD-Disk και IUS σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.

Υλικό-Μέθοδοι: Πραγματοποιήσαμε μια μελέτη χρονικής στιγμής στην οποία συμπεριλάβαμε ασθενείς με τεκμηριωμένη διάγνωση ΙΦΝΕ που υποβλήθηκαν σε IUS και συμπλήρωσαν το IBD-Disk. Ως ενεργή νόσος στο IUS ορίστηκε η αύξηση του πάχους του τοιχώματος του εντέρου (BWT) >3 mm στο πιο προσβεβλημένο τμήμα. Η συνολική βαθμολογία του IBD-Disk υπολογίστηκε ως το άθροισμα των 10 παραμέτρων του (καλύτερη βαθμολογία: 0, χειρότερη βαθμολογία: 100). Διερευνήσαμε τη συσχέτιση μεταξύ του IBD-Disk και της καθημερινής επιβάρυνσης οφειλόμενης στα ΙΦΝΕ με το IUS. (Συνολική βαθμολογία IBD-Disk > 40: υψηλή καθημερινή επιβάρυνση σχετιζόμενη με τα ΙΦΝΕ²).

Αποτελέσματα: Συμπεριλάβαμε 69 ασθενείς (30 άνδρες, 42 με Νόσο Crohn) οι οποίοι υποβλήθηκαν σε IUS, 39 για παρακολούθηση νόσου και 30 λόγω συμπτωματολογίας που θα μπορούσε να αποδοθεί σε υποτροπή. Η διάμεση τιμή του IBD-Disk στο σύνολο των ασθενών ήταν 48 (IQR 19-56.5) με τη διάμεση τιμή αυτού να ανευρίσκεται 52 (IQR 47-58.5) σε ασθενείς με ενεργή νόσο στο IUS έναντι 16 (IQR 6-23) σε ασθενείς με ύφεση στο IUS ($p < 0.001$). Η περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC του IBD-Disk στην πρόβλεψη της ενεργής νόσου στο IUS ήταν 0.909 (95% CI: 0.819-1.00, $p < 0.001$). Συνολική βαθμολογία IBD-Disk > 33 προέβλεψε τη δραστηριότητα της νόσου στο IUS με 93.5% ευαισθησία και 91.3% ειδικότητα. Διαπιστώθηκε μέτρια συσχέτιση μεταξύ IBD-Disk και BWT ($\rho : 0.554$, $p < 0.001$) και IBD-Disk και CRP ($\rho = 0.686$, $p < 0.001$). 7/10 παραμέτρους του IBD-DISK παρουσίασαν μέτρια συσχέτιση με το BWT. Συνολική βαθμολογία IBD-Disk > 40 βρέθηκε σε 40/46 (87 %) των IUS ενεργών ασθενών και 2/23 (8.7 %) των IUS ανενεργών ασθενών, ενώ συνολική βαθμολογία IBD-Disk \leq 40 βρέθηκε σε 6/46 (13%) των IUS ενεργών και 21/23 (91.3 %) των ανενεργών ασθενών στο IUS αντίστοιχα ($p < 0.001$). Η διάμεση τιμή του BWT ήταν 2.1 mm (IQR 1.6-2.9) σε ασθενείς με βαθμολογία IBD-Disk \leq 40 και 6 mm (IQR 4.8-6.8) σε ασθενείς με βαθμολογία IBD-Disk > 40 ($p < 0.001$).

Συμπεράσματα: Το IBD-Disk σχετίζεται σημαντικά με την ενεργότητα στο IUS στους ασθενείς με ΙΦΝΕ. Η ενεργή νόσος στο IUS συσχετίστηκε σημαντικά με υψηλή καθημερινή επιβάρυνση σχετιζόμενη με τα ΙΦΝΕ.

References:

- 1 - S. Ghosh et al. Inflamm Bowel Dis. 2017, 333-340
- 2 - S. Tadbiri et al. Journal Crohns Colitis, 2021, 766-773.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 10

ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΑΣ ΚΑΙ ΔΥΣΘΡΕΨΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN ΣΕ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΛΗΡΗ ΥΨΕΣΗ

**Δ. Λάζου¹, Κ. Παπαδημητρίου², Ε. Αθανασιάδου¹, Γ. Βουλγαρίδου³, Μ. Σπανουδάκη³,
Π. Ντετοπούλου⁴, Ι.Π. Χατζηπροδρομίου⁵, Σ.Κ. Παπαδοπούλου³, Κ. Σουφλέρης¹**

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, «Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Σχολή Επιστημών Υγείας και Αποκατάστασης, Μητροπολιτικό κολλέγιο, Πανεπιστήμιο του Ανατολικού Λονδίνου, Camrus Θεσσαλονίκης

³ Τμήμα Επιστημών Διατροφής και Διαιτολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

⁴ Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο Κοργιαλένιο-Μπενάκειο, Αθήνα, Ελλάδα

⁵ Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η μελέτη της επίπτωσης δυσθρεψίας και σαρκοπενίας σε ασθενείς με μέτρια-σοβαρή νόσο του Crohn σε κλινική, βιολογική και ενδοσκοπική ύφεση.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 53 ασθενείς με νόσο του Crohn σε θεραπεία με infliximab ή vedolizumab (26 γυναίκες, 27 άνδρες, μέση ηλικία 39 έτη, μέση διάρκεια νόσου 5,5 έτη). Διενεργήθηκαν ανθρωπομετρήσεις, χειροδυναμομέτρηση και ανάλυση σύστασης σώματος με τη μέθοδο της βιοηλεκτρικής εμπέδησης. Η κατάσταση θρέψης αξιολογήθηκε με το εργαλείο GLIM χρησιμοποιώντας αιτιολογικά κριτήρια και τρία διαφορετικά φαινοτυπικά κριτήρια: χαμηλός ΔΜΣ, χαμηλή περιφέρεια γαστροκνημίας και χαμηλός δείκτης άλιπης μάζας σώματος. Για την αξιολόγηση της σαρκοπενίας χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP2) και συγκεκριμένα η δύναμη χειρός και η περιφερική άλιπη μάζα σώματος. Επιπλέον, αξιολογήθηκε η ποιότητα της δίαιτας με τους δείκτες Med Diet Score και DASH score με τη συμπλήρωση κατάλληλων ερωτηματολογίων συχνότητας κατανάλωσης ομάδων τροφίμων.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς έφεραν σε μεγάλο βαθμό χαρακτηριστικά που έχουν συσχετιστεί με αυξημένη βαρύτητα: 50% με στενωτική ή/και συριγγοποιό νόσο, 33% με εκτεταμένη προσβολή λεπτού εντέρου, 25% με εντερεκτομή, 17% με περιπρωκτική νόσο, 33% σε 2^η/3^η γραμμή βιολογικής θεραπείας, 40% σε εντατικοποιημένα σχήματα. Η περιφέρεια μέσης, μέσου βραχίονα και CC ήταν 96,4±16,87, 33,5±3,9 και 35,2±4,1 cm, αντίστοιχα. Ο FFMI ήταν 16,8±2,2 και 20,8±1,9 σε άνδρες και γυναίκες, αντίστοιχα ($p<0.001$). Τα ποσοστά δυσθρεψίας ήταν 11,1% με βάση το χαμηλό FFMI ($n=6$), 7,4 % με βάση τη χαμηλή CC και 5,5% με βάση το χαμηλό ΔΜΣ. Η διάμεση μέγιστη δύναμη χειρός ήταν 22,3 Kg για τις γυναίκες και 41,0 για τους άνδρες αντίστοιχα ($p<0.001$). Η ALM ήταν 15,6±2,4 και 23,4±1,8 στις γυναίκες και τους άνδρες αντίστοιχα ($p<0.001$) και η διάμεση τιμή της γωνίας φάσης ήταν 5,7. Συνολικά 4 ασθενείς είχαν χαμηλή δύναμη χειρός και 8 ασθενείς είχαν χαμηλή ALM. Σε μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης η περιφερική άλιπη μάζα σώματος ερμηνευόταν από το φύλο και την ηλικία, ο FFMI από το φύλο, η γωνία φάσης ερμηνεύτηκε από το βαθμό συμμόρφωσης με τη δίαιτα DASH ($B=0.040$, $SE=0.013$, $p=0.04$). Κανένας ασθενής δε βρέθηκε να πάσχει από σαρκοπενία.

Συμπεράσματα: Ασθενείς με μέτρια-σοβαρή νόσο του Crohn σε βιολογική θεραπεία και πλήρη έλεγχο της νόσου έχουν χαμηλά ποσοστά δυσθρεψίας και καθόλου σαρκοπενία. Η απουσία σαρκοπενίας και δυσθρεψίας δεν εξηγεί τα σημαντικά ποσοστά κόπωσης που εμφανίζουν οι ασθενείς με νόσο του Crohn σε ύφεση.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 11

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΑΓΩΓΗΣ ΥΦΕΣΗΣ ΜΕ ΤΟΦΑΣΙΤΙΝΙΜΠΗ 10MG ΔΙΣ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ ΓΙΑ 16 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

**Μ. Τζουβαλά¹, Ε. Ζαχαροπούλου¹, Ν. Βιάζης², Α. Ψιστάκης³, Α. Θεοδωροπούλου³,
Ι. Δρυγιαννάκης⁴, Κ. Καρμίρης⁵, Ι. Κουτρομπάκης⁴, Π. Κεβρεκίδου⁵, Κ. Σουφλήρης⁵,
Μ. Κατσαρός⁶, Ο. Γιουλεμέ⁶, Φ. Φουσέκης⁷, Δ. Χριστοδούλου⁷, Κ. Κατσάνος⁷, Α. Γάκη⁸,
Γ. Μπάμιας⁸, Ε. Παπαθανασίου⁹, Ε. Ζαμπέλη⁹, Σ. Μιχόπουλος⁹, Ν. Κυριάκος¹⁰, Χ. Λιάτσος¹⁰,
Χ. Βερετάνος², Γ. Τριμπόνιας¹, Γ. Μάντζαρης²**

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΝΠ «Αγ. Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Η Αγ. Βαρβάρα», Νίκαια

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

³ Γαστρεντερολογική Κλινική, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

⁴ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο Κρήτης

⁵ Γαστρεντερολογική Κλινική, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη

⁶ 2η Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

⁷ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

⁸ 3η Πανεπιστημιακή Κλινική Εσωτερικής Παθολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Σωτηρία

⁹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα», Αθήνα

¹⁰ Γαστρεντερολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Η τοφασιτινίμη ενδείκνυται για τη θεραπεία ενηλίκων ασθενών με μέτρια έως σοβαρή ενεργή ελκώδη κολίτιδα (UC) με συνιστώμενο σχήμα επαγωγής 10 mg δις ημερησίως (BID) για 8 ή 16 εβδομάδες (παρατεταμένο σχήμα). Δεν είναι γνωστό εάν οι ασθενείς που χρειάζονται παρατεταμένο σχήμα εφόδου έχουν ανάγκη εντατικοποιημένης θεραπείας συντήρησης. Η μελέτη μας είχε ως στόχο να αξιολογήσει αυτήν την ανάγκη.

Υλικό-Μέθοδοι: Αυτή ήταν μια αναδρομική, πολυκεντρική μελέτη παρατήρησης στην οποία συμμετείχαν ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή UC, οι οποίοι έλαβαν θεραπεία εφόδου με Tofacitinib 10mg BID για περίοδο 16 εβδομάδων. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από Ιούλιο 2018 έως και Νοέμβριο 2022. Καταγράψαμε και αναλύσαμε τα δημογραφικά στοιχεία και τα χαρακτηριστικά των ασθενών.

Αποτελέσματα: Εντοπίστηκαν 28 ασθενείς, από 10 κέντρα ΙΦΝΕ [άνδρες: 53,6%, μέση ηλικία κατά την έναρξη: 40,5 έτη, διάμεση διάρκεια νόσου: 7 έτη]. Τέσσερις ασθενείς (14,3%) διέκοψαν τη θεραπεία πριν από την εβδομάδα 24, λόγω ανεπαρκούς ανταπόκρισης. Η αποκλιμάκωση της δοσολογίας συντήρησης επιχειρήθηκε σε 12 από τους 24 ασθενείς (50%) και ήταν επιτυχής σε 6 ασθενείς (25%) που διατήρησαν την κλινική ανταπόκριση μέχρι την εβδομάδα 24 της μελέτης. Από τους υπόλοιπους 6 ασθενείς, οι 5 έλαβαν και πάλι την υψηλότερη δόση (10 mg bid) και ανέκτησαν την ανταπόκριση και μόνο ένας ασθενής διέκοψε τη θεραπεία. Το 83,3% και το 63,2% των ασθενών που λάμβαναν 5 και 10 mg τοφασιτινίμης την εβδομάδα 24 αντίστοιχα, είχε προηγουμένως λάβει >1 βιολογικούς παράγοντες (P=0,367). Την εβδομάδα 24, η μερική βαθμολογία Mayo ήταν διαθέσιμη σε 22 ασθενείς. 12 ασθενείς βρισκόνταν σε κλινική ύφεση χωρίς στεροειδή (pMayo <2), 10 είχαν ήπια ενεργή νόσο (pMayo 2-4), και μόνο 2 από τους τελευταίους δεν είχαν διακόψει τα στεροειδή. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου παρατήρησης.

Συμπεράσματα: Σε πραγματικό περιβάλλον, οι ασθενείς που χρειάστηκαν επαγωγή 16 εβδομάδων με τοφασιτινίμη 10mg BID, μπορούν να συνεχίσουν αυτή τη δόση έως και 24 εβδομάδες, χωρίς σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Η αποκλιμάκωση της δόσης αξίζει να δοκιμαστεί και μπορεί να είναι επιτυχής στο 25% των ασθενών. Μελλοντικά παρακολουθούμε την κοόρτη μας για να διερευνήσουμε εάν αυτά τα προκαταρκτικά αποτελέσματα θα επιβεβαιωθούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 12

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΣΤΕΑΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΙΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ

Αικ. Μάντακα, Ε. Ορφανουδάκη, Σ. Πατσαβέλα, Ε. Αναγνωστοπούλου

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, Χανιά, Κρήτη

Σκοπός: Η αυξημένη επίπτωση της μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος (ΜΑΛΝΗ) στους ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου (ΙΦΝΕ) πιθανά σχετίζεται με την χρόνια φλεγμονή, την εντερική δυσβίωση και την μακροχρόνια χρήση φαρμάκων. Σε πρόσφατη μετανάλυση βρέθηκε ΜΑΛΝΗ στο 27.5% των ασθενών με ΙΦΝΕ με παράγοντες κινδύνου την μεγαλύτερη ηλικία, το μεταβολικό σύνδρομο, το ιστορικό χειρουργείου για τη νόσο και τη μεγαλύτερη διάρκεια νόσου. Σκοπός της μελέτης είναι να εκτιμηθεί η συχνότητα εμφάνισης ΜΑΛΝΗ σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, να υπολογιστεί ο βαθμός ηπατικής ίνωσης με FIB-4 και NFS και να ανιχνευθούν πιθανές συσχετίσεις με τα χαρακτηριστικά της νόσου.

Υλικό - Μέθοδοι: Καταγράφηκαν ασθενείς με ΙΦΝΕ ηλικίας 35-65 έτη σε σύνολο 200 ασθενών οι οποίοι παρακολουθούνται στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων και είχαν τουλάχιστον έναν υπέρηχο άνω κοιλίας από 1/1/2022 έως 31/12/2023. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν: α) ιστορικό πρωτοπαθούς ηπατικής νόσου (ΑΙΗ, ΡΒC, ΡSС, αιμοχρωμάτωση, νWilson, Α1ΑΤ), μεταβολικού νοσήματος ή θετικό ΗΒSΑg ή anti-HCV, β) ιστορικό κίρρωσης, ηπατοκυτταρικού καρκίνου, μεταμόσχευσης ήπατος, γ) ημερήσια κατανάλωση αλκοόλ >20g στις γυναίκες, >30g στους άνδρες και δ) φαρμακευτική τοξικότητα ή διαταραχές θρέψης. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση SPSS 24 (SPSS Inc.Chicago, IL, USA)

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 65 ασθενείς [54.4%(36) με νόσο Crohn], διάμεσης ηλικίας 53έτη (35-65), μέσης διάρκειας νόσου 13.76 ± 10.08 έτη, 56.9% με ιστορικό λήψης βιολογικού παράγοντα, κανείς με πρόσφατη χρήση κορτικοειδών και 0.06% με ιστορικό χειρουργείου για τη νόσο. Από τους κλασσικούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου 23.1% ΑΥ, 9.2% ΣΔ, 12.3 % ΔΛΔ, ιστορικό καπνίσματος 61.5%, 15.4% με BMI>30 . Υπερηχογραφικά ευρήματα στεάτωσης βρέθηκαν σε 20% των ασθενών με ΙΦΝΕ, εκ των οποίων μετρίου σοβαρού βαθμού στεάτωση είχαν 3 ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο. Ενδιάμεσου κινδύνου για ίνωση με FIB-4 1.3-2.67 βρέθηκε στο 10.8% και NFS -1.455-0.675 στο 24.6% των ασθενών με ΙΦΝΕ. Η στεάτωση δεν βρέθηκε να σχετίζεται με τη μορφή, τη διάρκεια της νόσου, το ιστορικό λήψης βιολογικού παράγοντα, το ιστορικό χειρουργείου, τη μέση τιμή της CRP.

Συμπεράσματα: Η ΜΑΛΝΗ συνυπάρχει στο 1/5 των ασθενών μας με ΙΦΝΕ, ποσοστό αντίστοιχο με τη διεθνή βιβλιογραφία. Μεγαλύτερες μελέτες απαιτούνται για να εκτιμηθεί η πιθανή αλληλεπίδραση των δύο νοσημάτων και να ανιχνευθούν τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ΙΦΝΕ με κίνδυνο για εμφάνιση ηπατικής ίνωσης και προχωρημένης ηπατικής νόσου.

**Συζήτηση ενδιαφερουσών
κλινικών περιπτώσεων ΙΦΝΕ**



ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1

ΔΙΑΙΤΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΜΕΡΙΚΗ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΣΩΣΗΣ

**Χ. Λιάβα¹, Δ. Χουρμούζη², Α. Καρπίνης³, Χ. Ναβροζίδου³, Γ. Κουστιάνη³, Γ. Ζαχαριουδάκης⁴,
Ε. Ακριβιάδης³**

¹ Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

² Ακτινολογικό Τμήμα, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

³ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

⁴ Ε' Χειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Παρουσίαση ασθενούς με βαριά επιπλεγμένη νόσο Crohn και έντονη απίσχναση, στην οποία χορηγήθηκε Δίαιτα Αποκλεισμού (Crohn's Disease Exclusion Diet, CDED) σε συνδυασμό με Μερική Εντερική Διατροφή (Partial Enteral Nutrition, PEN) κατά την προεγχειρητική διαχείριση υπολειμματικής στενωτικής νόσου παρά την προηγηθείσα χειρουργική εντερεκτομή.

Υλικό-Μέθοδοι: Γυναίκα ασθενής ηλικίας 72 ετών εμφάνισε υποτροπιάζοντα επεισόδια ατελούς ειλεού. Η ασθενής έπασχε από βαριά επιπλεγμένη νόσο του Crohn, η διάγνωση της οποίας ετέθη το 1999. Το 2020 υποβλήθηκε σε δεξιά ημικολεκτομή λόγω στένωσης στην περιοχή της ειλεοσυφλικής βαλβίδας. Στο παρελθόν εμφάνισε επιπλοκές από το ουροποιητικό (νεφρολιθίαση) καθώς και το καρδιαγγειακό σύστημα (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο). Ελάμβανε αγωγή με κλοπιδογρέλη, θυροξίνη, βιταμίνη D, σύμπλεγμα βιταμινών B και συνδυασμό Infliximab, κορτικοστεροειδών και μεσαλαμίνης.

Αποτελέσματα: Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν έντονη απίσχναση (BMI 15,6), δυσχέρεια βάδισης και σημαντική διάταση της κοιλίας. Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, σημαντική έλλειψη βιταμινών και θρομβοκυττάρωση. Σε μαγνητική εντερογραφία ανεδείχθη εκτεταμένη στένωση στην περιοχή του λεπτού εντέρου. Χορηγήθηκε μερική εντερική διατροφή (PEN, σκεύασμα Modulen® 1200kcal ημερησίως) σε συνδυασμό με δίαιτα αποκλεισμού (CDED), με ικανοποιητική ανοχή στο διατροφικό σχήμα, πρόσκτηση βάρους 6 κιλών, βελτίωση της περιφερικής νευροπάθειας και της ικανότητας βάδισης. Μετά από 6 μήνες ακολούθησε εντερεκτομή τμήματος του λεπτού εντέρου. Μετεγχειρητικά συνεχίστηκε το διατροφικό σχήμα CDED+PEN με περαιτέρω βελτίωση της κατάστασης θρέψης (BMI 20,3). Ακολούθησε αγωγή με Vedolizumab. Κατά τη μετεγχειρητική περίοδο οι τιμές καλπροτεκτίνης κοπράνων σημείωσαν σημαντική πτώση (<100 ng/g), όπως και οι δείκτες φλεγμονής. Επιπλέον, 12 μήνες μετά την επέμβαση παρατηρείται πλήρης κλινική και εργαστηριακή ύφεση της νόσου. Η ενδοσκόπηση δεν ανέδειξε μετεγχειρητική υποτροπή.

Συμπεράσματα: Το διατροφικό σχήμα CDED+PEN δύναται να χρησιμοποιηθεί ως θεραπεία διάσωσης και σε ενήλικες ασθενείς με φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Επιπλέον, όπως έχει αναδειχθεί και από κλινικές μελέτες σε παιδιά, η χρήση εντερικής στοιχειακής διαίτας φαίνεται να διαδραματίζει ευεργετικό ρόλο και στη μείωση του φορτίου της εντερικής φλεγμονής.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2

ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ. ΠΡΟΦΑΝΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΕΝΩΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ; Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

Π. Νικολάου, Α. Θεοδωροπούλου

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν. Βενιζέλειο, Ηράκλειο Κρήτης

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 41 ετών με ατομικό αναμνηστικό νόσου Crohn ειλεοκολίτιδας φλεγμονώδους συμπεριφοράς διαγνωσθείσας προ 9ετίας. Σε αγωγή με Infliximab (IFX) 5mg/kg/8wks από της διαγνώσεως της νόσου, αρχικά σε συνδυασμό με αζαθειοπρίνη. Παροδική διακοπή το 2018 και 2020 αντίστοιχα, ενώ βρισκόταν σε κλινική ύφεση κατόπιν δικής της επιθυμίας λόγω κύησης. Τον 11ο/2021 μετά την δεύτερη εγκυμοσύνη, προσήλθε με συμπτωματολογία συμβατή με ήπια έξαρση της νόσου. Ελάμβανε ήδη αντικαταθλιπτική αγωγή λόγω επιλόχειου κατάθλιψης με σημαντική απώλεια βάρους. Από τον ενδοσκοπικό έλεγχο διαπιστώθηκαν αραιά αφθώδη έλκη στον τελικό ειλεό. Αποφασίστηκε επανέναρξη του Infliximab, χωρίς ωστόσο η ασθενής να παρουσιάσει σημαντική βελτίωση της συμπτωματολογίας. Τον 7ο/2022 εισήχθη στην κλινική μας λόγω έντονου κοιλιακού άλγους με εντόπιση κυρίως στο ΔΕ λαγόνιο, διαταραχής κενώσεων και απώλειας βάρους καθώς και ήπια αύξηση φλεγμονωδών δεικτών. Κατά την νοσηλεία της πραγματοποιήθηκε μαγνητική εντερογραφία η οποία ανέδειξε αλλοιώσεις συμβατές με νόσο του Crohn σε μήκος περίπου 30εκ στον τελικό ειλεό, με φλεγμονώδη και αρχόμενα ήπια στενωτικά στοιχεία. Τέθηκε σε σχήμα πρεδνιζολόνης παρουσιάζοντας βελτίωση της συμπτωματολογίας. Ωστόσο ένα μήνα αργότερα και ενώ βρισκόταν σε μείωση των κορτικοστεροειδών επανήλθε με εικόνα ειλεού. Κατά την νοσηλεία της πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας, όπου διαπιστώθηκε περιοχή στένωσης με προστενωτική διάταση στον τελικό ειλεό. Λόγω μη λύσης του ειλεού με συντηρητικά μέσα και επιδείνωσης της κλινικής εικόνας, η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο, όπου πραγματοποιήθηκε δεξιά κολεκτομή. Το ιστολογικό παρασκεύασμα ανέδειξε χαμηλής διαφοροποίησεως αδενοκαρκίνωμα λεπτού εντέρου (pT4N2R1). Κατόπιν απόφασης του ογκολογικού συμβουλίου ξεκίνησε χημειοθεραπεία και παρακολουθείται από το ογκολογικό τμήμα.

Συμπέρασμα: Το λεπτό έντερο αποτελεί σπάνια εντόπιση αδενοκαρκινώματος. Παρουσιάζεται ωστόσο με αυξημένη επίπτωση στους ασθενείς με νόσο Crohn.

Σε ασθενείς με νόσο Crohn στενωτικής συμπεριφοράς, θα πρέπει να αποκλείεται η ύπαρξη κακοήθειας λαμβάνοντας υπόψιν την κλινική εικόνα και ανταπόκριση του ασθενούς στην θεραπεία.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 3

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ IGA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟ INFLIXIMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN

Χ. Σωτηρόπουλος, Γ. Θεοχάρης, Χ. Τριάντος, Κ. Θωμόπουλος

*Γαστρεντερολογική Κλινική, Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών,
Πάτρα*

Σκοπός: Η νόσος του Crohn έχει πολυάριθμες εξωεντερικές επιπλοκές, ενώ συνδέεται στενά και με την εμφάνιση IgA νεφροπάθειας. Οι ανταγωνιστές του TNFa (ενδεδειγμένη θεραπεία CD) έχουν συνδεθεί με ανοσογονικότητα και λίγες αναφορές περιπτώσεων έχουν περιγράψει την έναρξη IgAN.

Υλικό-Μέθοδοι: Αναφέρουμε την περίπτωση ασθενούς με CD που ανέπτυξε μια επαγόμενη από το Infliximab IgA νεφροπάθεια.

Αποτελέσματα: Αναφέρουμε άνδρα ηλικίας 16 ετών που εμφάνισε περιεδρικό απόστημα και υποβλήθηκε σε ειλεοκολonosκόπηση (λόγω κοιλιακού άλγους) που αποκάλυψε ειλεοκολίτιδα με ιστολογικά ευρήματα ενδεικτικά της νόσου του Crohn. Ο ασθενής αρχικά έλαβε θεραπεία με Mesalamine και Prednisolone (με tapering) για 6 μήνες, ωστόσο είχε κακή ανταπόκριση (επιδείνωση της περιπρωκτικής νόσου) γι' αυτό του χορηγήθηκε συνδυαστική θεραπεία με Infliximab και Azathioprine. Ένα χρόνο αργότερα, η αζαθειοπρίνη διακόπηκε, ο ασθενής βρισκόταν σε ύφεση για μερικά χρόνια και τέσσερα χρόνια έπειτα εκδήλωσε εντεροπαθητική σπονδυλαρθρίτιδα, οπότε έλαβε ενέσεις Methotrexate (για ένα χρόνο) σε συνδυασμό με Infliximab. Έξι χρόνια μετά (παραμένοντας σε ύφεση) σε εργαστηριακό έλεγχο ρουτίνας εμφάνισε υπολευκωματιναιμία (Alb: 2,8 gr/dL), πρωτεϊνουρία και αιματουρία (αιμοσφαιρίνη +3 και πρωτεΐνη +4 και πολλά ερυθροκύτταρα σε γενική ούρων). Οι υπόλοιπες εργαστηριακές τιμές έδειξαν αναιμία (Hct: 31,50%, Hb: 11 g/dL) και φυσιολογική νεφρική λειτουργία (Urea: 48 mg/dL, Cre: 1,2 mg/dL). Η κλινική εξέταση ήταν φυσιολογική, χωρίς οίδημα ή αγγειιτιδικό εξάνθημα. Η συλλογή ούρων 24ώρου έδειξε απώλεια 1 g πρωτεΐνης την ημέρα, ενώ ο υπέρηχος αποκάλυψε νεφρούς κανονικού μεγέθους και ηχογένειας. Τελικά, ο ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία νεφρού με ευρήματα συμβατά με IgA νεφροπάθεια. Μετά την επιβεβαίωση της διάγνωσης, το Infliximab, ως δυνητικός επαγωγέας της IgAN διακόπηκε και η χορήγηση κορτικοστεροειδών οδήγησε σε αξιοσημείωτη ανταπόκριση.

Συμπεράσματα: Στην προαναφερθείσα περίπτωση, ο ασθενής βρισκόταν σε βαθιά ύφεση νόσου για χρόνια, επομένως, η νόσος του Crohn από μόνη της πιθανώς δεν ήταν η αιτία της IgAN. Έτσι, ο βιολογικός παράγοντας ενοχοποιήθηκε ως η πιθανή αιτία για την IgAN.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 4

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ IGG4 ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ. ΔΥΟ ΞΕΧΩΡΙΣΤΕΣ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΟΝΤΟΤΗΤΕΣ;

Π. Νικολάου, Κ. Καρμίρης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν. Βενιζέλειο, Ηράκλειο Κρήτης

Παρουσίαση Περιστατικού

Θήλυ ασθενής 88 ετών με ατομικό αναμνηστικό στεφανιαίας νόσου, κολπικής μαρμαρυγής, υποθυρεοειδισμού και νόσου του Crohn (NC, A3L3L4B1, εμμένουσα τελική ειλείτις & φλεγμονώδεις πολύποδες σε 5 κολονοσκόπησεις 2007-2020 με ιστολογική επιβεβαίωση από 3 Παθολογοανατομικά εργαστήρια) άνευ παρακολούθησης (χορήγηση το 2020 βραχέος σχήματος βουδεζονίδης με προσωρινή κλινική ανταπόκριση). Νοσηλεία στο Νοσοκομείο μας προ 2 ετών λόγω σιδηροπενικής αναιμίας, εργαστηριακού φλεγμονώδους συνδρόμου, αδυναμίας και κοιλιακού άλγους που αποδόθηκαν στη NC. Χορηγήθηκε πρεδνιζολόνη iv με κλινική και εργαστηριακή ανταπόκριση. Υποτροπή του κοιλιακού άλγους 2 μήνες μετά την ολοκλήρωση του σχήματος (κορτικοεξάρτηση); Έναρξη ustekinumab (UST). Μείωση των κενώσεων και σημαντική βελτίωση του φλεγμονώδους συνδρόμου αλλά εμμένων κοιλιακό άλγος. MRI οπισθοπεριτοναϊκού χώρου (1/11/2021): οιδηματώδης απεικόνιση στο τοίχωμα του ειλεού θεωρείται ότι σχετίζεται με τη NC καθώς και φλεγμονώδους αιτιολογίας οίδημα και πρόσληψη σκιαγραφικής ουσίας στο μεσεντέριο πέριξ αγγειακών κλάδων της άνω μεσεντερίου αρτηρίας (αγγειίτιδα;). CT άνω-κάτω κοιλίας/αγγειογραφία: κυστικός σχηματισμός στην αγκιστροειδή απόφυση του παγκρέατος (δ≈3.6X1.5εκ) ως επί πιθανού IPMN και έντονα ενισχυόμενη ενδοαυλικά προβάλλουσα αλλοίωση σε έλικα λεπτού εντέρου (ειλεού) χαμηλά υπομφαλικά (δ≈4.9X1.6εκ), η οποία προκαλεί στένωση του αυλού χωρίς προστενωτική διάταση. Συνυπάρχει βαθμός υπεραϊμίας/προβολής των ευθέων μεσεντερίων αγγείων καθώς και θολερότητα του λίπους που συνεχίζει σε κεντρικότερους μεσεντερίους κλάδους ως υπόπυκνος ιστός, ο οποίος περιχειρίζει τα αγγεία χωρίς να προκαλεί αξιοσημείωτη στένωση του αυλού τους ούτε απόφραξη (δεσμοπλαστική αντίδραση στο μεσεντέριο σε έδαφος νευροενδοκρινούς νεοοπλάσματος του τύπου του καρκινοειδούς;). Διακοπή UST (έλαβε 4 δόσεις, το κοιλιακό άλγος είχε υποχωρήσει). Ακολούθως, η ασθενής υποβλήθηκε σε δεξιά ημικολεκτομή (19/5/2022), αφαιρέθηκαν 70εκ λεπτού εντέρου συμπεριλαμβανομένης και της ειλεοτυφλικής βαλβίδας. Ιστολογική εξέταση χειρουργικού παρασκευάσματος: μακροσκοπικά διάμετρος λεπτού εντέρου ≈2εκ & μεσεντερίου ≈10εκ, σκληρυντική μεσεντερίτιδα πιθανά στα πλαίσια IgG4 συνδρόμου, ενώ δεν διαπιστώθηκαν αλλοιώσεις συμβατές με NC. Έλαβε σχήμα ριφαξιμίνης και δισκία πρεδνιζολόνης (δόση εφόδου: 30mg) μετεγχειρητικά με καλή κλινική ανταπόκριση. Τρέχουσα αγωγή: 15mg πρεδνιζολόνης ημερησίως. Εκκρεμεί προσδιορισμός IgG4 στον ορό.

Συνυπάρχει NC ή η εικόνα αφορούσε εξαρχής IgG4 σύνδρομο με συμμετοχή σκληρυντικής μεσεντερίτιδας; Πόσο σημαντική μπορεί να είναι η συμβολή συνυπάρχουσας μεσεντερίτιδας σε ασθενείς με NC;

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 5

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΙΘΑΝΟ ΑΙΤΙΟ ΕΞΑΡΣΗΣ ΝΟΣΟΥ CROHN ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΦΛΕΒΟΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΤΙ-TNFA

Γ. Βογιατζή, Ε. Βλάχου, Π. Τάτση, Φ. Τσιόπουλος, Γ. Καραμπέκος, Α. Ψύχος, Θ. Κουκουράτος

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με εκδήλωση N.Crohn ενώ ελάμβανε Secukinumab για αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα και ανάπτυξη πλακώδους καρκινώματος γλώσσας μετά από θεραπεία με anti-TNFα.

Παρουσίαση περιστατικού

- Άρρεν 39 ετών
- Ατομικό ιστορικό
 - Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα υπό αγωγή με Secukinumab από έτους
 - Καπνιστής (>15 pack-years)
- Παρούσα νόσος
 - - Αιματοχεσία από 12ώρου
 - - Άλγος, ερύθημα δεξιού κάτω άκρου από εβδομάδος
- Κλινική εξέταση
 - Αιμοδυναμικά σταθερός, δακτυλική θετική για αίμα
 - Επώδυνη σκληρία δεξιάς γαστροκνημίας
- Εργαστηριακός - Απεικονιστικός έλεγχος
 - Ήπια αύξηση δεικτών φλεγμονής
 - Α/α θώρακος: κ.φ, Mantoux - Quantiferon : Αρνητικά
 - Ιολογικός, ανοσολογικός, έλεγχος για θρομβοφιλία - αρνητικά
- Triplex : Θρόμβωση στο εν τω βάθει φλεβικό δίκτυο του δεξιού κάτω άκρου
- CT ΑΟΚ - Οιδηματώδης απεικόνιση τυφλού, ανιόντος και εγκάρσιου κόλου
- Ενδοσκοπικός έλεγχος
 - Κολοσκόπηση - Βαθεία επιμήκη έλκη δεξιού κόλου (Ιστολογική - υπόνοια N.Crohn)
 - Γαστροσκόπηση - χωρίς ευρήματα
 - CT Εντερογραφία - χωρίς ευρήματα από το λεπτό έντερο
- Πορεία νόσου - Αντιμετώπιση
 - Ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους, Διακοπή Secukinumab
 - Έναρξη Infliximab → Πλήρης ύφεση συμπτωμάτων από το πεπτικό → Εμφάνιση αλλεργικής αντίδρασης (~6μήνες χορήγησης)
 - Switch σε Adalimumab → Διατήρηση κλινικής ύφεσης
 - Άλγος γλώσσας → διάγνωση πλακώδους καρκινώματος γλώσσας (~ 9μήνες χορήγηση Adalimumab)
 - Διακοπή Adalimumab και χειρουργική αντιμετώπιση → Ιστολογική: ca εκ πλακώδους επιθηλίου καλής διαφοροποίησης.
 - Ογκολογικό συμβούλιο: Διακοπή Adalimumab - στενή παρακολούθηση

Συμπεράσματα: Οι βιολογικές θεραπείες παρά τη σημαντική θεραπευτική πρόοδο έχουν συσχετιστεί με διάφορες ανεπιθύμητες ενέργειες. Το Secukinumab, ένα μονοκλωνικό αντίσωμα εκλεκτικό για την ιντερλευκίνη-17A, έχει συσχετιστεί με περιπτώσεις νεοεμφανιζόμενης νόσου ή εξάρσεων της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου.

Οι anti-TNFα πιθανώς αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης κακοήθειας.

Περιπτώσεις πλακώδους καρκινώματος στοματικής κοιλότητας σε ασθενείς υπό αγωγή με anti-TNFα έχουν αναφερθεί ακόμα και χωρίς άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες. Ο ενδεδειγμένος έλεγχος προ της έναρξης θεραπείας με anti-TNFα για προκαρκινικές βλάβες της στοματικής κοιλότητας είναι σημαντικός.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 6

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ (ΕΚ) ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΒΑΡΙΑΣ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑΣ ΥΠΟ INFLIXIMAB

**Ε. Κουρέτα, Α. Αργυρού, Δ. Τσουνής, Ν. Μάγειρας, Α. Οικονομάκης, Α. Παυλίδου, Α. Ζήνωνος,
Α. Πολύζος, Α. Κουγιουμτζιάν**

Γαστρεντερολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

Περιγραφή περιστατικού: Πρόκειται για άνδρα 37 ετών με ατομικό αναμνηστικό αριστερόπλευρης ΕΚ από έτος, οικογενούς υπερχοληστερολαιμίας και στεφανιαίας νόσου από διαιτίας υπό αγωγή με ακετυλοσαλικυλικό οξύ. Ο ασθενής αρχικά έλαβε αγωγή με μεσαλαζίνη (ρος και ένεμα). Ένα έτος μετά, εμφάνισε βαριά έξαρση ΕΚ στην οποία χορηγήθηκε θεραπεία διάσωσης με Infliximab σε συνδυασμό με αζαθειοπρίνη. Μία εβδομάδα μετά την χορήγηση, και ενώ ο ασθενής είχε 3 πολτώδεις μη αιμορραγικές κενώσεις ημερησίως, εμφάνισε εμέτους με πρόσμιξη αίματος και βαριά θρομβοπενία (PLT= 32.000/mm³). Έγινε Αιματολογική εκτίμηση και σύσταση για διακοπή του βιολογικού παράγοντα και της αζαθειοπρίνης, με πιθανότερο αίτιο της θρομβοπενίας το Infliximab. Εστάλη, επιπλέον, έλεγχος των μεταβολιτών της αζαθειοπρίνης, ο οποίος ανέδειξε χαμηλά επίπεδα. Από την γαστροσκόπηση προέκυψε αιμορραγική γαστρίτιδα. Ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή κλινικοεργαστηριακή βελτίωση και μετά από ένα μήνα έλαβε αγωγή με Ustekinumab, ενώ στο μεσοδιάστημα ανέφερε λοίμωξη από SARS-COV-2. Είκοσι ημέρες μετά την έγχυση εισήχθη εκτάκτως στο νοσοκομείο με ~11 αιμορραγικές κενώσεις /ημέρα, αυξημένους δείκτες φλεγμονής και αναιμία. Εστάλη έλεγχος κοπράνων [*Cl.Difficile* τοξίνη(+)] και χορηγήθηκε ενδοφλέβια μετρονιδαζόλη και από του στόματος βανκομυκίνη. Επιπλέον, ανευρέθηκαν αυξημένες τιμές *anti-CMV IgM ορού*. Ο ασθενής, τέσσερις ημέρες μετά, παρουσίασε αιμοδυναμική αστάθεια με εμμένουσες πολλαπλές αιμορραγικές κενώσεις και περαιτέρω πτώση της τιμής του αιματοκρίτη, για την οποία έλαβε 5 μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών. Υπεβλήθη σε κολονοσκόπηση (πανκολίτιδα -*Μαγο3*) με λήψη βιοψιών για ανοσοϊστοχημικό έλεγχο και *CMV PCR*. Εν αναμονή των αποτελεσμάτων ελέγχου για *CMV* στον ιστό (εν τέλει αρνητικά). λόγω βαριάς κλινικής εικόνας, ετέθη σε ενδοφλέβια γκανσικλοβίρη, ενώ την 10^η ημέρα της νοσηλείας έλαβε υποδόρια έγχυση Ustekinumab. Λόγω μη ικανοποιητικής ανταπόκρισης στη χορηγούμενη αγωγή με επιπλέον ανάγκης μεταγγίσεων, ο ασθενής υποβλήθηκε σε κολεκτομή με ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

Συμπέρασμα: Η σοβαρή θρομβοπενία αποτελεί σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια του Infliximab που σε βαριά έξαρση ελκώδους κολίτιδας περιορίζει σε μεγάλο βαθμό τις θεραπευτικές επιλογές. Άλλοι παράγοντες του ιστορικού του ασθενούς μπορεί να καταστήσουν την κολεκτομή τη μόνη θεραπευτική λύση.

Ηλεκτρονικά Αναρτημένες Ανακοινώσεις / e-Posters



COVID - 19

eP01

ΑΛΛΑΞΕ Η ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19 ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ;

Α. Βαδαρλής, Φ. Μουαλλήμογλου, Χ. Ευταξίας, Ε. Γιοβάνης, Χ. Τόλης, Κ. Τσαρούχης, Γ. Τίκος, Κ. Βασιλείου, Α. Παυλής, Α. Κοντονικόλα, Μ. Μπρούβαλης, Δ. Καπετάνος, Α. Αυγερινός, Φ. Δημουλιός, Θ. Μάρης

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

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει κατ'όσον η πανδημία COVID-19 άλλαξε την θεραπεία και την παρακολούθηση ασθενών με ΙΦΝΕ.

Μέθοδοι: Εξετάστηκαν αναδρομικά οι φάκελοι ασθενών με ελκώδη κολίτιδα (UC), νόσο του Crohn (CD) και μη ταξινομημένη-IBD (IBD-U), από τον Μάρτιο του 2020 έως τον Ιανουάριο 2022. Μελετήθηκαν τυχόν αλλαγές στη θεραπεία και διαχείριση των ασθενών αυτών ουσιαστικά μέχρι το τέλος της πανδημίας.

Αποτελέσματα: Διακόσιοι ένας ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη [125 (62%) ΕΚ, 69 (34%) ΝΚ και 7 (3%) IBD-U]. Οι ασθενείς με ΕΚ υποβλήθηκαν σε θεραπεία συντήρησης με 5-αμινοσαλικυλικό οξύ [(5-ASA), 89], infliximab [(IFX), 21], συνδυαστική θεραπεία με 5-ASA και αζαθειοπρίνη (AZA), (11) και adalimumab [(ADA), 4]. Οι ασθενείς με 5-ASA και η όχι αζαθειοπρίνη συνέχισαν κανονικά τη θεραπεία τους. Δύο ασθενείς με IFX (10%) προτίμησαν υποδόριες εγχύσεις στο σπίτι με ADA και σε 8 που έλαβαν θεραπεία με IFX (38%), τα μεσοδιαστήματα έγχυσης αυξήθηκαν σε δέκα εβδομάδες (drug holiday). Δεν παρατηρήθηκαν υποτροπές. Οι ασθενείς με ΝΚ υποβλήθηκαν σε θεραπεία με IFX (39), ADA (12), vedolizumab (8), AZA (4) και ustekinumab (6). Για να αποφευχθεί το νοσοκομειακό περιβάλλον, δύο ασθενείς με IFX (5%) επέλεξαν τις υποδόριες εγχύσεις με ADA και σε 12 ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με IFX (30%), τα μεσοδιαστήματα έγχυσης αυξήθηκαν σε δέκα εβδομάδες. Ένας ασθενής σε κλινική ύφεση διέκοψε την IFX και έλαβε AZA. Οι υπόλοιποι ασθενείς συνέχισαν κανονικά τη θεραπεία τους. Όσον αφορά τα εξωτερικά ιατρεία ο αριθμός επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία σχεδόν μηδενίσθηκε. Οι ενδοσκοπικές εξετάσεις/επανελέγχοι και προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις αναβλήθηκαν. Δύο ασθενείς με ΝΚ (IFX) που χρειάστηκαν επείγουσα χειρουργική επέμβαση χειρουργήθηκαν χωρίς καθυστέρηση. Η παρακολούθηση των ασθενών διενεργήθηκε συμπληρωματικά μέσω συχνής τηλεφωνικής επικοινωνίας, κοινωνικών δικτύων (απομακρυσμένη παρακολούθηση) και με την χρήση άυλης συνταγογράφησης/παραπεμπτικών.

Συμπέρασμα: Η ρύθμιση αυτής της κρίσιμης και άνευ προηγουμένου κατάστασης οδήγησε σε αλλαγές στη διαχείριση της ΙΦΝΕ. Οι ασθενείς με συμβατικές θεραπείες (5-ASA, αζαθειοπρίνη) συνέχισαν κανονικά την αγωγή τους, Η πλειονότητα των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες δεν διέκοψαν τη θεραπεία. Η αύξηση των διαστημάτων ενδοφλέβιας έγχυσης και μετατροπή σε υποδόρια έγχυση ήταν οι εναλλακτικές λύσεις με βάση και τις προτιμήσεις των ασθενών. Η χειρουργική θεραπεία περιορίστηκε στις επείγουσες περιπτώσεις.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΗΣΗΣ ΑΠΟ COVID-19 ΜΕΤΑ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΗ ΔΟΣΗ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΠΛΕΟΝ ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Π. Νικολάου, Α. Ψιστάκης, Δ.Ε. Αρνά, Α. Θεοδωροπούλου, Κ. Καρμίρης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο, Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή - Σκοπός: Η διενέργεια αναμνηστικών δόσεων εμβολίου έναντι SARS-CoV-2 προτάθηκε σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) που λαμβάνουν ανοσοτροποποιητική αγωγή. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση τυχόν διαφορών στην πρώτη νόσηση από COVID-19 ασθενών με ΙΦΝΕ που έλαβαν > 3 δόσεων του εμβολίου.

Υλικά - Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη με καταγραφή δεδομένων σχετιζόμενων με τον ασθενή (δημογραφικά χαρακτηριστικά, έτερα υποκείμενα νοσήματα σχετιζόμενα με την έκβαση της COVID-19), την ΙΦΝΕ (διάρκεια, χειρουργικές επεμβάσεις, εξωεντερικές εκδηλώσεις, φαρμακευτική αγωγή) και τη νόσηση από SARS-CoV-2 (συμπτώματα, ανάγκη νοσηλείας/αγωγής, έκβαση) σε προκαθορισμένη βάση. Οι ασθενείς της ομάδας μελέτης είχαν λάβει πριν τη νόσηση 4 ή 5 δόσεις ενώ της ομάδας ελέγχου 3 δόσεις του εμβολίου.

Αποτελέσματα: Συνολικά 156 ασθενείς συμπεριελήφθησαν στην μελέτη. Η ομάδα μελέτης περιέλαβε 23 ασθενείς [νόσος του Crohn: 47.8%, άνδρες: 69.6%, κάπνισμα: 30.3%, μέσος (±SD) δείκτης μάζας σώματος: 27.3 (±5.3) kg/m², ηλικία: 60.6 (±15.4) έτη, διάρκεια ΙΦΝΕ: 16.7 (±10.9) έτη, έτερα υποκείμενα νοσήματα: 65.2%, αγωγή με ανοσοκατασταλτικά στη διάγνωση COVID-19: 17.4% και με βιολογικό παράγοντα: 69.6%, εκ των οποίων 56.3% anti-TNFα και 18.9% συνδυασμό anti-TNFα+ανοσοκατασταλτικού]. Κύρια συμπτώματα: πυρετός (39.1%), δύσπνοια (4.3%), κόπωση (34.8%), διάρροιες (13%). Δύο ασθενείς εκτιμήθηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, εκ των οποίων ο ένας ηλικίας 91 ετών υπό vedolizumab νοσηλεύθηκε και κατέληξε ενώ το 13% έλαβε αγωγή για την COVID-19. Η ομάδα ελέγχου περιέλαβε 133 ασθενείς [νόσος του Crohn: 55.6%, άνδρες: 58.6%, κάπνισμα: 29.3%, δείκτης μάζας σώματος: 27.9 (±4.9) kg/m², ηλικία: 48.7 (±14.5) έτη, διάρκεια ΙΦΝΕ: 12.2 (±7.8) έτη, έτερα υποκείμενα νοσήματα: 45.9%, αγωγή με ανοσοκατασταλτικά στη διάγνωση COVID-19: 22.6% και με βιολογικό παράγοντα: 46.6%, εκ των οποίων 75.8% anti-TNFα]. Κύρια συμπτώματα: πυρετός (60%), δύσπνοια (3.8%), κόπωση (51%), διάρροιες (9%). Δεν απαιτήθηκε επίσκεψη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ή νοσηλεία, το 5.3% έλαβε αγωγή σχετική με την COVID-19 ενώ δεν αναφέρθηκε θάνατος.

Συμπεράσματα: Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στα χαρακτηριστικά νόσησης και στην έκβαση της COVID-19 μεταξύ ασθενών με ΙΦΝΕ που είχαν λάβει τρεις ή πλέον των τριών δόσεων εμβολίου.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

eP03

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΥΠΟΤΡΟΦΗΣ ΜΕ IUS ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΔΕΞΙΑ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΚΟΝΟ-S ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ

**Ε. Ζαχαροπούλου¹, Π. Δικαιάκος², Γ. Μπέλλου¹, Σπ. Βρακάς³, Β. Ντούλη³, Γ. Τριμπόνιας¹,
Ι. Ιντέρνος¹, Γ. Πενέσης¹, Μ. Τζουβαλά¹**

¹ Γαστρεντερολογική κλινική, ΓΝΝΠ «Αγ. Παντελεήμων»- ΓΝΔΑ «Η Αγ. Βαρβάρα», Νίκαια

² Α' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς

³ Γαστρεντερολογική κλινική, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς

Σκοπός: Η κολονοσκόπηση παραμένει η μέθοδος εκλογής ελέγχου της μετεγχειρητικής υποτροπής σε ασθενείς με νοσο Crohn και δεξιά κολεκτομή και ενδεχομενως το υπερηχογράφημα εντέρου (IUS) να αποτελεί μια εναλλακτική μη επεμβατική εξέταση. Η αναστόμωση Κονο-S είναι μια καινοτόμος αντιμεσητερική λειτουργική τελικο-τελική αναστόμωση. Σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσει την εμπειρία ενός ελληνικού κέντρου στον έλεγχο της υποτροπής με IUS σε ασθενείς που υποβλήθηκαν στη νέα αυτή χειρουργική τεχνική

Υλικό - Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 6 ασθενείς με νόσο Crohn, οι οποίοι υποβλήθηκαν την περίοδο 01/01/2022 έως 01/01/2023 σε λαπαροσκοπική περιορισμένη δεξιά κολεκτομή και αναστόμωση Κονο-S. Τα IUS πραγματοποιήθηκαν με μηχανήματα SonoScape E2[®] με τη χρήση microsonex κεφαλής με συχνότητα 8-10MHz σε B-Mode και Doppler. Καταγράφηκαν οι εξής υπερηχογραφικοί παράμετροι: πάχος εντερικού τοιχώματος (BWT), αγγείωση εντερικού τοιχώματος (BWF) με ημιποσοτικό τροποποιημένο Limberg σκορ, παρουσία λεμφαδένων, ελεύθερου υγρού ή επιπλοκών.

Αποτελέσματα: Από τους 6 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε IUS, επιτυχής ήταν η απεικόνιση της αναστόμωσης στους 4 (λόγω σωματοδομής). Στους 4 αυτούς ασθενείς, ο μέσος όρος της χρονικής απόστασης από το χειρουργείο ήταν 3 μήνες ($\pm 1,6$). Οι 3 ασθενείς είχαν ξεκινήσει ήδη μετεγχειρητικά προφυλακτική θεραπεία με αντι-TNF. Σε έναν από αυτούς τους ασθενείς έχει επιβεβαιωθεί η ενδοσκοπική ύφεση 6 μήνες μετά το χειρουργείο. Τρεις ασθενείς είχαν BWT<3χιλ και και BWF=0. Ένας ασθενής, που λαμβάνει ήδη anti-TNF από τριμήνου, είχε BWT 4.3χιλ, BWF=2 και λεμφαδένες βραχείας διαμέτρου ~7χιλ. Ένας ασθενής παρουσίασε ως μετεγχειρητική επιπλοκή υποδόριο αιμάτωμα και ένας ασθενής μικρή αποστηματική συλλογή σε θέση ραμμάτων στο κοιλιακό τοίχωμα. Με το διακοιλιακό υπερηχογράφημα κατέστη δυνατή η τακτική παρακολούθηση των συλλογών.

Συμπεράσματα: Παρουσιάσαμε τα προκαταρκτικά αποτελέσματα της πρώτης μετεγχειρητικής παρακολούθησης με IUS ασθενών με ν Crohn, δεξιά κολεκτομή και Κονο-S αναστόμωση. Με το IUS είναι δυνατή η απεικόνιση της αναστόμωσης, η πρώιμη καταγραφή παραμέτρων φλεγμονής και η συστηματική παρακολούθηση μετεγχειρητικών επιπλοκών. Χρειάζονται μακροπρόθεσμα δεδομένα για την τεκμηρίωση του ρόλου του IUS στη μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών με νόσο Crohn.

ΧΡΗΣΗ ΑΠΛΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΥΦΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN

Α. Πρωτοπαπάς, Ν. Πρωτοπαπά, Α. Φιλιππίδης, Β. Κυρίτση, Χ. Σαββόπουλος, Α. Πρωτοπαπάς

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η ενδοσκοπική ύφεση αποτελεί τον τελικό στόχο στην θεραπεία ασθενών με νόσο Crohn, αποτελώντας το κλειδί για την επίτευξη μιας πορείας χωρίς κλινικές εξάρσεις και φυσιολογικής ποιότητας ζωής. Η δυνατότητα προσδιορισμού της με χρήση απλών εργαστηριακών δεικτών, χωρίς τη διενέργεια κολονοσκόπησης, θα απλοποιούσε σημαντικά τη διαχείριση και παρακολούθηση των ασθενών αυτών.

Υλικό-Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με νόσο Crohn, που υπεβλήθησαν σε πλήρη κολονοσκόπηση και εργαστηριακό έλεγχο. Ακολούθως, διερευνήθηκε η συσχέτιση μεταξύ εργαστηριακών δεικτών και των ενδοσκοπικών δεικτών Crohn's disease endoscopic index of severity (CDEIS) και SES-CD (Simple Endoscopic Score for Crohn Disease). Οι εργαστηριακοί δείκτες περιλάμβαναν τους red cell distribution width (RDW), mean platelet volume (MPV), plateletcrit (PCIT), C-reactive protein, ταχύτητα καθίζησης ερυθρών, neutrophil to lymphocyte ratio (NLR), lymphocyte to monocyte ratio (LMR), RDW to platelets ratio (RPR).

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 76 ασθενείς υπό θεραπεία, με μέση ηλικία 38.4 έτη. Με βάση τους δείκτες CDEIS και SES-CD, 44 και 36 ασθενείς βρίσκονταν σε ενδοσκοπική ύφεση αντίστοιχα. Το ενδοσκοπικό στάδιο της νόσου βάσει CDEIS, εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τους δείκτες MPV ($p=0.01$), PCIT ($p=0.036$) και NLR ($p=0.022$), ενώ το στάδιο βάσει SES-CD, εμφάνισε σημαντική συσχέτιση με τον δείκτη MPV ($p=0.016$). Αντίστοιχα η ύπαρξη ενδοσκοπικής ύφεσης βάσει CDEIS εμφάνισε συσχέτιση με τους δείκτες MPV ($p=0.008$) και NLR ($p=0.037$), ενώ βάσει SES-CD δεν εμφάνισε συσχέτιση με κάποιον δείκτη.

Συμπεράσματα: Οι δείκτες NLR και MPV εμφανίζουν συσχέτιση με την ενδοσκοπική εικόνα της νόσου Crohn και θα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω η χρήση τους σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

ΒΑΡΙΑ ΚΟΛΛΑΓΟΝΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΜΙΜΕΙΤΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΑ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

**Ν. Τζαμπούρας¹, Φ. Φουσέκης¹, Μ. Μουτζούκης¹, Ε. Λάμπρη², Κ. Κατσάνος¹, Σ. Σακελλαρίου³,
Δ. Χριστοδούλου¹**

¹ Γαστρεντερολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Παθολογοανατομικό εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

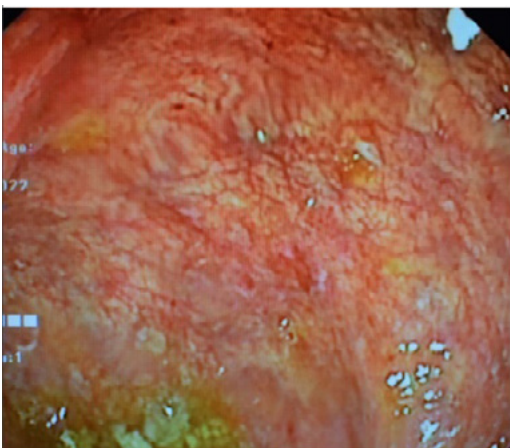
³ Παθολογοανατομικό εργαστήριο, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

Σκοπός: Εξέλιξη κολλαγονώδους κολίτιδας σε ελκώδη κολίτιδα ή συνύπαρξη ελκώδους κολίτιδας με κολλαγονώδη έχουν σπανίως καταγραφεί.

Μέθοδοι: Γυναίκα 36 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό χωρίς να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή προσήλθε για προγραμματισμένη κολonosκόπηση στα πλαίσια διερεύνησης χρονίου διαρροϊκού συνδρόμου και αυξημένη καλπροτεκτίνη.

Αποτελέσματα: Η ενδοσκόπηση ανέδειξε κοκκίωση του βλεννογόνου σε όλο το μήκος του παχέος εντέρου με παρουσία κατά τόπους μικρών εξελκώσεων εικόνα ενδεικτικής ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, περισσότερο συμβατής με ελκώδη κολίτιδα. Στο πυθμένα του τυφλού παρατηρήθηκαν γραμμοειδείς διαβρώσεις (cat scratch). Οι ιστολογικές εξετάσεις ανέδειξαν πάχυνση της υποεπιθηλιακής στιβάδας κολλαγόνου (275μm) και ολιγάριθμα κρυπτικά αποστήματα χωρίς παρουσία βλενοπενίας και χωρίς διήθηση από πλασματοκύτταρα. Η εικόνα ήταν συμβατή με κολλαγονώδη κολίτιδα. Επιπλέον διενεργήθηκε μαγνητική εντερογραφία η οποία ήταν αρνητική. Η ασθενής έλαβε αγωγή με βουδεσονίδη 9mg για 3 μήνες με κλινική ανταπόκριση, ενώ η καλπροτεκτίνη επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα.

Συμπέρασμα: Η κολλαγονώδης κολίτιδα αποτελεί αίτιο χρονίου διαρροϊκού συνδρόμου και βαριά κολλαγονώδης κολίτιδα μπορεί να μιμηθεί ενδοσκοπικά ελκώδους κολίτιδας.



ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Δ.Ε. Αρνά, Π. Νικολάου, Α. Ψιστάκης, Κ. Καρμίρης, Α. Θεοδωροπούλου

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο, Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή - Σκοπός: Ο ιός των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (HPV) έχει ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το εμβόλιο κατά του HPV (διαθέσιμο στην Ελλάδα από το 2007) απευθύνεται σε όλες τις γυναίκες ηλικίας 9-15 ετών και όσες δεν έχουν προσβληθεί από τον ιό ηλικίας 15-26 ετών. Οι ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο νόσησης είτε λόγω εγγενών ανοσολογικών διαταραχών είτε λόγω επίκτητης φαρμακοεπαγόμενης ανοσοτροποποίησης. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή των χαρακτηριστικών του εμβολιασμού κατά του HPV σε νεαρές γυναίκες με ΙΦΝΕ.

Υλικά - Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη γυναικών ασθενών με ΙΦΝΕ ενός κέντρου. Ως κριτήρια εισόδου καθορίστηκαν η ηλικία 17-30 ετών κατά την συλλογή των δεδομένων και η διάγνωση ΙΦΝΕ την περίοδο 2013-2022. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή δεδομένων σχετιζόμενων με την ασθενή (δημογραφικά χαρακτηριστικά), τη νόσο (διάρκεια και φαρμακευτική αγωγή με εστίαση στη χορήγηση ανοσοκατασταλτικών - αζαθειοπρίνης ή μεθοτρεξάτης - και βιολογικών παραγόντων) και τον εμβολιασμό κατά του ιού HPV (συμμόρφωση, ανεπιθύμητες ενέργειες). Οι ασθενείς έλαβαν το εμβόλιο σε σχήμα 2 ή 3 δόσεων ανάλογα με την οδηγία του θεράποντος Γυναικολόγου.

Αποτελέσματα: Συνολικά 67 ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου συμπεριελήφθησαν στη μελέτη [NC: 32/67 47.8%), μέση διάρκεια νόσου κατά τον εμβολιασμό: 3,01 (\pm 1,87 SD) έτη, μέση ηλικία: 24 (\pm 4,19 SD) έτη, αγωγή με ανοσοκατασταλτικά: 7/67 (10,4%) και αγωγή με βιολογικούς παράγοντες: 34/67 (50,74%) κατά την περίοδο εμβολιασμού]. Συνολικά, 46/67 (68.6%) ασθενείς ανέφεραν εμβολιασμό κατά του HPV. Εξ' αυτών, 5/46 (7,46 %) εμβολιάστηκαν αφού είχαν νοσήσει με HPV. Σε ότι αφορά τη συσχέτιση με την αγωγή για την ΙΦΝΕ, 4/7 (57%) που λάμβαναν ανοσοκατασταλτικά, 24/34 (70%) που λάμβαναν βιολογικό παράγοντα και 18/26(69,2%) που δε λάμβαναν ανοσοτροποποιητική αγωγή αναφέρουν εμβολιασμό. Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες και 2/46(4,34%) ασθενείς ανέφερε συμπτωματολογία συμβατή με υποτροπή της νόσου κατά τη διάρκεια διενέργειας του εμβολιασμού.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ του κέντρου μας παρουσιάζουν μέτρια συμμόρφωση στον εμβολιασμό κατά του HPV. Δε διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στη συμμόρφωση μεταξύ των ασθενών υπό ανοσοτροποποιητική αγωγή και αυτών χωρίς τέτοια αγωγή. Τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν το σημαντικό περιθώριο βελτίωσης που υπάρχει στη συμμόρφωση, όπου σημαντικό ρόλο θα παίξει η συμβουλευτική καθοδήγηση από το θεράποντα ενώ η λήψη προχωρημένων θεραπειών δε φαίνεται να ευαισθητοποιεί τις ασθενείς στο θέμα αυτό.

ΤΕΛΙΚΗ ΕΙΛΕΪΤΙΔΑ ΩΣ ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μ. Τσαφαρίδου, Ε. Θεοδωράκη, Ι. Δρυγιαννάκης, Ε. Ορφανουδάκη, Κ. Φωτεινογιαννοπούλου, Ι. Κουτρομπάκης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η εξέταση της συχνότητας παρουσίας φλεγμονής στον τελικό ειλεό, ως τυχαίο εύρημα κολonosκόπησης σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, καθώς και της φυσικής πορείας των ασθενών αυτών.

Υλικά και Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη, με αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση (με προοπτική καταγραφή) δεδομένων της Γαστρεντερολογικής κλινικής του ΠΑΓΝΗ, του όρου “έλκη στον τελικό ειλεό”, όλοι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κολonosκόπηση με ένδειξη: προσυμπτωματικός έλεγχος, επανενδοσκόπηση μετά από πολυπεκτομή, προμεταμοσχευτικός έλεγχος, από το 2012 ως το 2022. Αποκλείστηκαν από τη μελέτη ασθενείς με ήδη γνωστή διάγνωση νόσου Crohn (NC) καθώς και όσοι δεν προσήλθαν για τακτικό επανέλεγχο. Έγινε καταγραφή δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και παραγόντων που έχουν συσχετιστεί βιβλιογραφικά με φλεγμονή στον τελικό ειλεό [κάπνισμα, λήψη μη-στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ)]. Έγινε μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση των δεδομένων με λογισμικό SpSS v22 και ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας χρησιμοποιήθηκε το όριο 0.05.

Αποτελέσματα: Η αναζήτηση ανέδειξε 443 ασθενείς με έλκη στον τελικό ειλεό, από τους οποίους οι 192 είχαν ήδη διαγνωσμένη NC. Από τους υπόλοιπους, 175 υποβλήθηκαν σε κολonosκόπηση με ένδειξη κάποιο σύμπτωμα (διάρροια, κοιλιακό άλγος, αναιμία κ.ά.) και αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Από τους 66 ασθενείς που ήταν ασυμπτωματικοί, 22 δεν προσήλθαν για επανέλεγχο και 54 ασθενείς με πλήρη δεδομένα αποτέλεσαν τελικά τον πληθυσμό μελέτης (44% γυναίκες, μέσος όρος ηλικίας 57 έτη, μέση παρακολούθηση .. έτη. Από αυτούς 37 (68.5%) υποβλήθηκαν σε επαναληπτική κολonosκόπηση και σε 13 (24%) η ειλεΐτιδα είχε υφεθεί ενώ οι υπόλοιποι είχαν ενδοσκοπικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά μη ειδικής ειλεΐτιδας, από τους οποίους 3 έλαβαν αγωγή με βουδεζονίνη, αλλά δεν εμφάνισαν συμπτώματα κατά την παρακολούθηση και η αγωγή διεκόπη. Τεκμηρίωση διάγνωσης NC έγινε σε 12 (22%), οι μισοί από αυτούς εκδήλωσαν συμπτωματολογία κατά την παρακολούθηση, 6 έλαβαν κάποια αγωγή και οι 5 (9%) προχωρημένη ειδική θεραπεία με κλασικά ανοσοκατασταλτικά ή βιολογικό παράγοντα. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση των αποτελεσμάτων, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη διάγνωση μη-ειδικής ειλεΐτιδας και την εκδήλωση συμπτωματολογίας, την επιμονή της ενδοσκοπικής εικόνας σε επαναληπτική κολonosκόπηση, τη λήψη ΜΣΑΦ ή το κάπνισμα.

Συμπεράσματα: Η φλεγμονή στον τελικό ειλεό αποτελεί σχετικά συχνό εύρημα σε προσυμπτωματικές ενδοσκοπήσεις. Η πλειοψηφία των ασθενών διαδράμουν ασυμπτωματικοί μόνο ένας στους 10 θα χρειαστεί μακροχρόνια ειδική θεραπεία. Η τακτική παρακολούθηση των ασθενών είναι η ενδεικνυόμενη προσέγγιση για την εκλογή όσων θα χρειαστούν φαρμακευτική αντιμετώπιση. Για την διερεύνηση προδιαθεσικών παραγόντων και της φυσικής πορείας της μη ειδικής τελικής ειλεΐτιδας απαιτούνται περισσότερες μελέτες.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

eP08

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Α. Μανιάτη¹, Α. Μανωλάκης², Κ. Αργυρίου², Κ. Βαμβακάρης¹, Χ. Κατέρη³, Α. Καψωριτάκης²

¹ Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

² Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

³ Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Σκοπός: Η ανάδειξη της δίαιτας αποκλεισμού τροφών υψηλής αντιγονικότητας ως αποτελεσματική παρέμβαση στην καταπολέμηση των λειτουργικών γαστρεντερικών ενοχλημάτων, καθώς και ως μέσο βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ).

Υλικό - Μέθοδος: Η μελέτη διεξήχθη από τον Μάιο έως τον Αύγουστο του 2022 και οι συμμετέχοντες ήταν ενήλικοι άνδρες και γυναίκες ελληνικής υπηκοότητας, που πάσχουν από νόσο Crohn ή Ελκώδη Κολίτιδα σε ύφεση υπό βιολογικούς παράγοντες. Για την συλλογή δεδομένων από τους συμμετέχοντες χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών, το ερωτηματολόγιο Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (SIBDQ) και το ερωτηματολόγιο της αίθουσας αναμονής του Πανεπιστημίου της Leuven που περιέχει ερωτήσεις σχετικά με τα λειτουργικά ενοχλήματα βασισμένες στα κριτήρια Ρώμης, ενώ λήφθηκαν και αιματολογικές - βιοχημικές εξετάσεις ρουτίνας π.χ. γενική αίματος, ταχύτητα καθίζησης ερυθρών, CRP κλπ. Η παρέμβαση που χρησιμοποιήθηκε ήταν η δίαιτα αποκλεισμού γαλακτοκομικών (πλην τυριού), οστρακόδερμων, μαλακίων, ξηρών καρπών και σόγιας. Ως περίοδος εφαρμογής της δίαιτας ορίστηκαν οι 6 εβδομάδες και τα παραπάνω δεδομένα συλλέχθηκαν πριν και μετά το διάστημα αυτό.

Αποτελέσματα: Από το τελικό δείγμα 37 ασθενών [μέση ηλικία 41,2 έτη, 15 (40,5%) γυναίκες] προέκυψε ότι τα κύρια λειτουργικά ενοχλήματα των ασθενών ήταν ο μεταγευματικός μετεωρισμός (32,4% πριν vs 27% μετά την παρέμβαση, $p < 0.05$) και το υπομφάλιο άλγος (27% πριν vs 29,7% μετά, $p > 0.05$). Η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΙΦΝΕ ήταν καλή και με την παρέμβαση βελτιώθηκε ακόμα περισσότερο, καθώς παρουσιάστηκαν καλύτερες τιμές στο συνολικό score (διάμεση τιμή 54,6 πριν vs 57 μετά, $p < 0.001$) και στις επιμέρους κλίμακες του ερωτηματολογίου SIBDQ [διάμεση τιμή 4,5 πριν vs 5 μετά, $p < 0.008$ (Συναισθήματα)/ 5,9 πριν vs 6,1 μετά, $p < 0.001$ (Κοινωνικότητα)/, 6 πριν vs 6,4 μετά, $p < 0.002$ (Γενική Υγεία)]. Οι αιματολογικές- βιοχημικές εξετάσεις δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική βελτίωση.

Συμπεράσματα: Μια μη αυστηρή δίαιτα αποκλεισμού τροφών υψηλής αντιγονικότητας φαίνεται πως βελτίωσε την ποιότητα ζωής και ορισμένα λειτουργικά ενοχλήματα των ασθενών με ΙΦΝΕ.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΜΕ ΔΥΣΜΕΝΕΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN

Α. Καραχάλιου¹, Β. Λεκάκης², Μ. Μπλέτσα³, Γ. Μάντζαρης⁴, Μ. Τζουβαλά⁵, Ε. Ζαχαροπούλου⁵, Γ. Μπάμιας⁶, Μ. Κοντογιάννη¹

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

² Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

³ Τμήμα Διαιτολογίας-Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Αθήνα

⁴ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική Αθηνών», Αθήνα

⁵ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων» - Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα», Πειραιάς

⁶ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Ο επιπολασμός υπέρβαρου και παχυσαρκίας κυμαίνεται στο 35-60% σε ασθενείς με νόσο Crohn (NC). Ωστόσο, η συσχέτιση αυτών με την πορεία της νόσου δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ της παρουσίας υπέρβαρου και παχυσαρκίας και της πορείας της νόσου σε ένα δείγμα ασθενών με NC.

Υλικό-Μέθοδοι: Η παρουσία υπέρβαρου και παχυσαρκίας αξιολογήθηκε μέσω του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) με βάση τις κατωφλικές τιμές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΔΜΣ \geq 25 kg/m²). Η ενεργότητα της νόσου εκτιμήθηκε ενδοσκοπικά και μέσω του δείκτη Harvey-Bradshaw Index (HBI). Πραγματοποιήθηκε επανεκτίμηση των ασθενών στους 6 και 12 μήνες από την αρχική αξιολόγηση και καταγράφηκαν δεδομένα κλινικής έκβασης (νοσηλεία λόγω υποτροπής, εντατικοποίηση ή αλλαγή βιολογικού παράγοντα, χορήγηση κορτικοστεροειδών ή αντιβιοτικών, χειρουργική επέμβαση, ενεργότητα νόσου).

Αποτελέσματα: Αξιολογήθηκαν 231 ενήλικοι ασθενείς [55% άνδρες, μέση ηλικία 41,7 \pm 14,1 έτη, 37,2% ενεργή νόσος]. Η παρουσία υπέρβαρου και παχυσαρκίας παρατηρήθηκε στο 62,8% (34,5% υπέρβαρο, 28,3% παχυσαρκία) των ασθενών με NC, ενώ δεν παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ ενεργούς νόσου και ύφεσης. Πιθανές συσχετίσεις μεταξύ των κλινικών εκβάσεων και της παρουσίας υπέρβαρου και παχυσαρκίας ελέγχθηκαν μονοπαραγοντικά. Για τις παραμέτρους που συσχετίστηκαν σημαντικά πραγματοποιήθηκαν μοντέλα πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τον εκάστοτε παράγοντα έκβασης. Στους 6 μήνες, η παρουσία υπέρβαρου και παχυσαρκίας συσχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα διενέργειας χειρουργικής επέμβασης [Σχετικός Λόγος (ΣΛ):3,87, 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης (ΔΕ):1,07-13,94, p-value:0,039], μετά από διόρθωση για την ηλικία, το φύλο, την εντόπιση, τη διάρκεια και την ενεργότητα νόσου. Επιπλέον, η παρουσία υπέρβαρου και παχυσαρκίας συσχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα χορήγησης κορτικοστεροειδών στην αξιολόγηση των 12 μηνών (ΣΛ:8,73, 95% ΔΕ:1,05-72,31, p-value:0,045), μετά από διόρθωση για την ηλικία, το φύλο, την εντόπιση, τη διάρκεια και την ενεργότητα της νόσου. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της παρουσίας υπέρβαρου και παχυσαρκίας και των λοιπών κλινικών εκβάσεων (νοσηλεία, εντατικοποίηση ή αλλαγή βιολογικού παράγοντα, χορήγηση αντιβιοτικών, ενεργότητα νόσου) στα πολυπαραγοντικά μοντέλα στους 6 και 12 μήνες.

Συμπεράσματα: Η παρουσία υπέρβαρου και παχυσαρκίας παρατηρήθηκε στην πλειονότητα (62,8%) των ασθενών με NC, χωρίς διαφοροποίηση με βάση την ενεργότητα της νόσου και συσχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα διενέργειας χειρουργικής επέμβασης στους 6 μήνες και με αυξημένη πιθανότητα χορήγησης κορτικοστεροειδών στους 12 μήνες.

Η ΔΙΑΙΤΑ CD-TREAT ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΥΦΕΣΗ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN

V. Svolos¹, R. Hansen², R.K. Russell³, D.R. Gaya⁴, J.P. Seenan⁵, J. Macdonald⁵, S. Shields⁵, B. Nichols¹, U.Z. Ijaz⁶, S. Milling⁷, D. Wilson³, M. Logan¹, R. Papadopoulou¹, S. Mckirdy¹, P. Henderson³, L. Gervais², S. Din⁸, G.T. Ho⁸, K. Gerasimidis¹

¹ Human Nutrition, School of Medicine, Dentistry & Nursing, College of Medical, Veterinary and Life Sciences, University of Glasgow, Glasgow Royal Infirmary, Glasgow, United Kingdom

² Department of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Royal Hospital for Children, Glasgow, United Kingdom

³ Department of Paediatric Gastroenterology, Royal Hospital for Sick Children, Edinburgh, United Kingdom

⁴ Department of Gastroenterology, Glasgow Royal Infirmary, Glasgow, United Kingdom

⁵ Department of Gastroenterology, Queen Elizabeth University Hospital, Glasgow, United Kingdom

⁶ School of Engineering, University of Glasgow, Glasgow, United Kingdom

⁷ Institute of Infection, Immunity and Inflammation, College of Medical, Veterinary and Life Sciences, University of Glasgow, Glasgow, United Kingdom

⁸ Department of Gastroenterology, Western General Hospital, Edinburgh, United Kingdom

Σκοπός: Η αποκλειστική εντερική διατροφή (ΑΕΔ) αποτελεί καθιερωμένη θεραπεία για την ενεργό νόσο του Crohn (vC) με προτεινόμενο μηχανισμό δράσης που εμπλέκει το εντερικό μικροβίωμα. Έχουμε δείξει προηγουμένως πως η CD-TREAT, μια δίαιτα βασισμένη σε τρόφιμα με παρόμοιο διατροφικό προφίλ με την ΑΕΔ, βελτιώνει την ειλεΐτιδα σε ζωικά μοντέλα vC και μιμείται τις αλλαγές της ΑΕΔ στο μικροβίωμα υγιών εθελοντών και ζωικών μοντέλων. Σκόπος της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσουμε την αποτελεσματικότητα της CD-TREAT ως θεραπεία ένταξης στην ενεργό vC.

Μέθοδοι: Η μελέτη προς παρουσίαση είναι μια ανοιχτή μελέτη σε παιδιά (wPCDAI \geq 12,5) και ενήλικες (HBI \geq 5) με ενεργό vC. Η πρωτογενής έκβαση ήταν η κλινική ανταπόκριση (πτώση wPCDAI \geq 17,5 & HBI \geq 3) ή κλινική ύφεση (wPCDAI $<$ 12,5 & HBI $<$ 5) μετά από διατροφική θεραπεία 8 εβδομάδων. Δευτερεύουσα έκβαση αποτέλεσε η βελτίωση της ποιότητας ζωής (IMPACT-III & sIBDq) και η μείωση των επιπέδων καλπροτεκτίνης κοπράνων (FC). Δεδομένου ότι η δίαιτα CD-TREAT είναι ελεύθερη γλουτένης, η συμμόρφωση στη θεραπεία αξιολογήθηκε μέσω ανίχνευσης του ανοσογονικού πεπτιδίου γλουτένης (GIP) στα κόπρανα. Τα δεδομένα παρουσιάζονται με διάμεσο (IQR).

Αποτελέσματα: 25 παιδιά, [ηλικία, 14,4 (12,5,15,7) ετών] και 32 ενήλικες, [ηλικία, 32,6 (24,2,43,9) ετών] υποβλήθηκαν σε θεραπεία. N=7(12%) απέτυχαν στη θεραπεία και N=10(18%) την εγκατέλειψαν κατά τις πρώτες 2 εβδομάδες λόγω μη αποδοχής της δίαιτας. Σε ασθενείς που συμπλήρωσαν 8 εβδομάδες θεραπείας (N=40), το 85% και το 78% πέτυχαν κλινική ανταπόκριση και ύφεση, αντίστοιχα. Η CD-TREAT βελτίωσε σημαντικά την ποιότητα ζωής τόσο στα παιδιά (p $<$ 0,01) όσο και στους ενήλικες (p $<$ 0,001). Το GIP μειώθηκε σημαντικά κατά τη θεραπεία δείχνοντας συμμόρφωση με τη δίαιτα CD-TREAT. Ωστόσο, το 33% και το 40% των ασθενών είχαν ανιχνεύσιμο GIP κοπράνων στις 4 και 8 εβδομάδες, αντίστοιχα, υποδεικνύοντας μερική μη συμμόρφωση. Το 30% των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη CD-TREAT (n=12/40) παρουσίασαν >50% FC μείωση, ενώ Τα επίπεδα FC μειώθηκαν σημαντικά στην ομάδα ασθενών (n=22) που είχαν μη ανιχνεύσιμο GIP [mg/kgFC, έναρξη: 1190(361.1129), 8 εβδομάδες: 534(92,1230), p $<$ 0,01].

Συμπεράσματα: Η δίαιτα CD-TREAT βελτίωσε την ενεργότητα της νόσου και την ποιότητα ζωής στην πλειονότητα των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία και μείωσε την FC σε εκείνους με υψηλή συμμόρφωση. Μια τυχαίοποιημένη μελέτη θα πρέπει να στοχεύσει στη σύγκριση της CD-TREAT με άλλες θεραπείες.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

eP11

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ

Ε. Γιοβάνης, Α. Βαδαρλής, Φ. Μουαλλήμογλου, Χ. Ευταξίας, Χ. Τόλης, Κ. Τσαρούχης, Γ. Τίκος, Α. Παυλής, Α. Κοντονικόλα, Μ. Μπρούβαλης, Δ. Καπετάνος, Α. Αυγερινός, Φ. Δημουλιός, Κ. Βασιλείου, Θ. Μάρης

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

Εισαγωγή: Η σιδηροπενική αναιμία των ΙΦΝΕ είναι πολυπαραγοντική επιπλοκή που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η χορήγηση σιδήρου από το στόμα συχνά δεν είναι αποτελεσματική και συνοδεύεται από παρενέργειες.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της χορήγησης IV καρβοξυμαλτοζικού σιδήρου στην θεραπεία της σιδηροπενικής αναιμίας ασθενών με ΙΦΝΕ

Ασθενείς και μέθοδοι: Το διάστημα Απρίλιος 2021-Δεκέμβριος 2022 μελετήθηκαν 70 με ΙΦΝΕ (44 με νόσο CROHN) και σιδηροπενική αναιμία (Α:39, Γ:31 άνδρες), ΜΗ 40 ετών (εύρος: 16-75) χορηγήθηκαν χορηγήθηκε ενδοφλέβια καρβοξυμαλτοζικό σίδηρο (500mg), μία δόση και μια δεύτερη σε 2 εβδομάδες. Δέκα εννέα ασθενείς είχαν λάβει σίδηρο από το στόμα χωρίς ανταπόκριση ενώ 3/19 διέκοψαν λόγω εμφάνισης διάρροιας. Κανείς ασθενής δεν έλαβε επί πλέον ερυθροποιητίνη ή μετάγγιση ερυθρών. Το αποτέλεσμα αξιολογήθηκε σε 4 εβδομάδες από την πρώτη δόση.

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή αιμοσφαιρίνης πριν από την πρώτη δόση ήταν 9,4 g/dL, Hct:30,8%, Ferritin: 63,4ng/mL, Fe:36μg/dl, MCV 75,4fl Τέσσερις εβδομάδες μετά από την δεύτερη δόση η μέση τιμή της Hb αυξήθηκε σε 12,9g/dL, του Hct σε 35,1% Ferritin: 167,1ng/mL, Fe:87μg/dl, MCV 86,3,5fl. Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν υποκειμενική βελτίωση του αισθήματος εύκολης κόπωσης και αδυναμίας. Δεν παρατηρήθηκε καμία παρενέργεια.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση ενδοφλέβιου καρβοξυμαλτοζικού σιδήρου είναι αποτελεσματική και ασφαλής θεραπεία της σιδηροπενικής αναιμίας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.

eP12

**ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ (REINDUCTION)
ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΛΕΥΚΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΛΟΓΩ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ
ΑΡΧΙΚΗ ΛΕΥΚΑΦΑΙΡΕΣΗ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ**

Χ. Λιάτσος, Μ. Γιακουμής, Μ. Παπαδομιχελάκης, Μ. Γαλανόπουλος, Ν. Κυριάκος

Γαστρεντερολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Η ανάδειξη για 1^η φορά στην Ελλάδα της επιλογής της επανάληψης του πρωτοκόλλου λευκαφαίρεσης (GMA)(Reinduction) σε ασθενή με βαριά ελκώδη κολίτιδα και δευτεροπαθή απώλεια της ανταπόκρισης στην αρχική λευκαφαίρεση υπό αγωγή με βιολογικό παράγοντα.

Περιγραφή περιστατικού: Άνδρας, 75 ετών, με ατομικό ιστορικό ελκώδους κολίτιδας από 32ετών είχε τεθεί σε κλινική-εργαστηριακή-ενδοσκοπική ύφεση με συνδυασμό αγωγής με anti-TNFa (Infliximab 5mg/kg ΣΒ ανά 8 εβδομάδες) και με το αρχικό διεθνώς αποδεκτό σχήμα λευκαφαίρεσης διάσωσης τον 6^ο/2021 (2 συνεδρίες /εβδομάδα x 3 εβδομάδες & έπειτα: 1 εβδομαδιαία x άλλες 4 εβδομάδες) με πλήρη ενδοσκοπική [Μayo 0: Δεξιό + εγκάρσιο κόλον / Mayo 1: κατιόν / Mayo 2: Σιγμοειδές (βαθέα αραιά έλκη με φυσιολογικό ενδιάμεσο βλεννογόνο)], ιστολογική (ανενεργός νόσος κεντρικότερα της δεξιάς κολικής καμπής - ήπια ενεργός νόσος κατιόν - μέτρια φλεγμονώδης δραστηριότητα ορθοσιγμοειδούς) και εργαστηριακή ύφεση (CRP:<0.5mg/dL, καλπροτεκτίνη κοπράνων:150μg/gr). Εν συνεχεία ετέθη σε θεραπεία συντήρησης με 2 συνεδρίες/μήνα GMA x 12 μήνες/60min + συνέχιση anti-TNFa (Infliximab). Στο παρελθόν είχε λάβει για τη νόσο Golimumab, Vedolizumab, Ustekinumab. Στους 8 μήνες του συνδυασμού Tx (anti-TNFa+GMA), ο ασθενής παρουσίασε υποτροπή κλινικοεργαστηριακή+ενδοσκοπική οπότε διεκόπη ο anti-TNFa και ετέθη σε Ustekinumab (6 mg/kg ΕΦ αρχικά + εν συνεχεία 90mg ΥΔ κάθε 8 εβδομάδες). Τον 9^ο/2022 λόγω δευτεροπαθούς απώλειας της ανταπόκρισης στον συνδυασμό USTE+GMA συντήρησης αποφασίσθηκε λόγω ηλικίας και συμπαρομαρτούντων νοσημάτων να δοκιμασθεί επανάληψη του πρωτοκόλλου λευκαφαίρεσης-GMA (Reinduction) με το κλασικό σχήμα διάσωσης (2 συνεδρίες /εβδομάδα x 3 εβδομάδες & έπειτα: 1 εβδομαδιαία x άλλες 4 εβδομάδες) υπό αγωγή με USTE 90mg ΥΔ κάθε 8 εβδομάδες. Ο ασθενής τέθηκε σε κλινικοεργαστηριακή & ενδοσκοπική ανταπόκριση 2 μήνες μετά. Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες. Στην παρούσα φάση εξακολουθεί να λαμβάνει Ustekinumab 90 mg ανά 8 εβδομάδες και πραγματοποιεί 2 συνεδρίες/μήνα GMA x άλλους 6 μήνες/60min ως θεραπεία συντήρησης.

Συμπέρασμα: Το περιστατικό μας είναι το 1ο στη διεθνή βιβλιογραφία που περιγράφει ανάκτηση της κλινικοεργαστηριακής και ενδοσκοπικής ανταπόκρισης στη λευκαφαίρεση-GMA κατόπιν δευτεροπαθούς απώλειας ανταπόκρισης σε αυτή, σε ασθενή με βαρεία ελκώδη κολίτιδα σε συνδυασμό με βιολογικό παράγοντα μετά από επαναληπτικό σχήμα διάσωσης συνεδριών λευκαφαίρεσης (GMA Reinduction) και σε μακροχρόνια θεραπεία συντήρησης (Maintenance therapy).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΕ ΑΝΤΙ-TNF α ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Α. Ορφανίδου^{1,2}, Κ. Κατσάνος¹, Π. Καρατζάς², Μ. Κωνσταντή³, Γ. Παπαθεοδωρίδης², Δ. Χριστοδούλου¹

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

³ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Σκοπός: Η εκτίμηση της κλινικοεργαστηριακής και ενδοσκοπικής ανταπόκρισης ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) που λαμβάνουν αγωγή με αντι-TNF α παράγοντες.

Υλικό - Μέθοδοι: Μελετήθηκαν προοπτικά ασθενείς, που παρακολουθούνται στο εξωτερικό ιατρείο ΙΦΝΕ του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Λαϊκό» και λαμβάνουν αγωγή με αντι-TNF α παράγοντα. Καταγράφηκαν βασικά επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και εκτιμήθηκε η κλινικοεργαστηριακή, ενδοσκοπική και ιστολογική ανταπόκριση.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 111 ασθενείς (Α/Γ: 63/48), μέσης ηλικίας 41 \pm 16,4 έτη(18-86), υπό αγωγή με infliximab ενδοφλέβια ή adalimumab υποδόρια. Τριάντα οκτώ ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (24%), 69 ασθενείς με νόσο Crohn (62%) και 4 ασθενείς με αδιευκρίνιστη κολίτιδα (4%). Σε 2 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα(5%) η εντόπιση είναι ορθική, σε 16 ασθενείς(42%) αριστερόπλευρη και σε 20 (53%) πανκολίτιδα. Σε 24 ασθενείς με νόσο Crohn (35%) η εντόπιση είναι ειλεικική, σε 11 κολική (16%), σε 34 ειλεοκολική(49%), ενώ σε 8 ασθενείς(11.6%) συνυπάρχει νόσος του ανωτέρου πεπτικού. Δεκαοκτώ ασθενείς έχουν στενωτική νόσο (26%), 4 (6%) συριγγοποιό, 15 ασθενείς στενωτική και συριγγοποιό (22%), ενώ 26 περιπρωκτική νόσο (38%).

Από το σύνολο των ασθενών, 81 λαμβάνουν infliximab (73%) και 30 adalimumab (27%). Το 77% των ασθενών δεν είχε εκτεθεί σε άλλο βιολογικό παράγοντα. Σε 11% των ασθενών υπό infliximab η διάρκεια θεραπείας ήταν \leq 14 εβδομάδες, σε 10% \leq 1 έτος, σε 19% \leq 2 έτη, σε 20% \leq 5 έτη, ενώ σε 38% \geq 5 έτη. Σε 7% των ασθενών υπό adalimumab η διάρκεια θεραπείας ήταν \leq 8 εβδομάδες, σε 23% \leq 1 έτος, σε 13% \leq 2 έτη, σε 33% \leq 5 έτη, ενώ σε 23% \geq 5 έτη. Εντατικοποίηση θεραπείας χρειάστηκε 41% των ασθενών, ενώ συνδυαστική θεραπεία με ανοσοτροποποιητικά έλαβε το 23% των ασθενών.

Κλινικά, 84 ασθενείς παρουσίαζαν ύφεση (76%), 12 μερική ανταπόκριση (11%), ενώ 15 έξαρση νόσου (18%). Από τους 33 ασθενείς με πρόσφατη κολονοσκόπηση, 61% είχαν κλινικοεργαστηριακή, ενδοσκοπική και ιστολογική ύφεση, 27% είχαν κλινικοεργαστηριακή, ενδοσκοπική και ιστολογική έξαρση, 6% είχαν κλινική ύφεση με εργαστηριακή, ενδοσκοπική και ιστολογική έξαρση και 6% είχαν κλινικοεργαστηριακή ύφεση με ενδοσκοπικά και ιστολογικά ήπια νόσο.

Συμπεράσματα: Οι αντι-TNF παράγοντες εξακολουθούν να αποτελούν μια αποτελεσματική θεραπεία σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, με καλή μακροχρόνια κλινική αλλά και ενδοσκοπική ανταπόκριση των ασθενών.

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ VEDOLIZUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Δ.Ε. Αρνά, Α. Ψιστάκης, Π. Νικολάου, Α. Θεοδωροπούλου, Κ. Καρμίρης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο, Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της θεραπείας με vedolizumab (VDZ) στη μέτρια-σοβαρή νόσο του Crohn (NC) και στην ελκώδη κολίτιδα (EK) έχει αποδειχθεί από πολλές μελέτες. Ωστόσο, λιγότερα είναι τα μακροχρόνια δεδομένα σχετικά με τη χρήση του. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των δεδομένων αποτελεσματικότητας και ασφάλειας του vedolizumab σε διάστημα παρακολούθησης > 5 ετών.

Υλικά-Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη με καταγραφή δεδομένων σχετιζόμενων με τον ασθενή (δημογραφικά χαρακτηριστικά), τη νόσο (διάρκεια, ταξινόμηση κατά Montreal, σχετιζόμενες χειρουργικές επεμβάσεις, παρελθούσες φαρμακευτικές αγωγές με εστίαση στη χορήγηση άλλων βιολογικών παραγόντων) και τη χορήγηση vedolizumab (διάρκεια παραμονής στη θεραπεία, αίτια διακοπής, ανεπιθύμητες ενέργειες) σε προκαθορισμένη βάση ασθενών με NC και EK που έχουν λάβει VDZ στο κέντρο μας τη χρονική περίοδο 2015-2022. Η κλινική ανταπόκριση στη θεραπεία αξιολογήθηκε από το θεράποντα και η ενδοσκοπική ανταπόκριση με το Mayo endoscopic score (MES) στην EK και με την αξιολόγηση από τον ενδοσκόπο στη NC. Ως εντατικοποίηση ορίστηκε η βράχυνση του μεσοδιαστήματος έγχυσης στις 4 εβδομάδες.

Αποτελέσματα: Συνολικά 54 ασθενείς συμπεριελήφθησαν στη μελέτη [άνδρες: 55.5%, NC: 37%, μέση (\pm SD) διάρκεια νόσου: 13,3 (\pm 7,15)έτη, μέση ηλικία κατά την έναρξη VDZ: 53.4 (\pm 18,7) έτη, μέση διάρκεια παραμονής στη θεραπεία: 26,1 (\pm 17,8) μήνες]. Σε ότι αφορά τους 20 ασθενείς με NC, L1: 6/20 (30%), L2: 1/20 (5%), L3: 13/20 (65%), B1: 14/20 (70%), B2: 4/20 (20%), B3: 2/20 (10%) ενώ το 50% αυτών έλαβαν το VDZ ως πρώτο βιολογικό παράγοντα. Στο σχήμα επαγωγής (0,2,6 εβδομάδες) ανταποκρίθηκαν 14/20 (70%) ενώ παραμένουν στη θεραπεία με το πέρας της περιόδου παρακολούθησης επιδεικνύοντας κλινικό όφελος οι 9/20 (45%). Εντατικοποίηση της θεραπείας επιχειρήθηκε σε 9/20 (45%) και οι 5 εξ' αυτών ανταποκρίθηκαν. Η κολonosκόπηση ελέγχου σε 20(\pm 15,2) μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας ανέδειξε, ύφεση σε 5/9 και στους υπόλοιπους αλλοιώσεις ήπιας (1/9), μέτριας (2/9) και σοβαρής (1/9) βαρύτητας. Σε ότι αφορά τους 34 ασθενείς με EK, E1: 1/34 (3%), E2: 9/34 (26.5%), E3: 24/34 (70.5%) ενώ το 58.8% αυτών έλαβαν το VDZ ως πρώτο βιολογικό παράγοντα. Στο σχήμα επαγωγής (0,2,6 εβδομάδες) ανταποκρίθηκαν 20/34 (58,8%) ενώ παραμένουν στη θεραπεία με το πέρας της περιόδου παρακολούθησης επιδεικνύοντας κλινικό όφελος οι 13/34 (38.2%). Εντατικοποίηση της θεραπείας επιχειρήθηκε σε 10/34 (29,4%) και οι 9 εξ' αυτών ανταποκρίθηκαν. Η κολonosκόπηση ελέγχου σε 12(\pm 9,2) μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας ανέδειξε, MES 0: 5/13, MES 1: 5/13, MES 2: 2/13, MES 3: 1/13. Διακοπή του VDZ απαιτήθηκε σε 32/54 (59.2%) ασθενείς και συγκεκριμένα σε 28/32 (87.5%) λόγω δευτερογενούς απώλειας της ανταπόκρισης (κλινικής ή/και ενδοσκοπικής), σε 2/32 (6.2%) λόγω αλλεργικής αντίδρασης και σε 2 άντρες ασθενείς >75 ετών λόγω θανάτου από άλλα αίτια(μηνιγγίτιδα και καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια). Εξ' αυτών 25/32 έλαβαν άλλη φαρμακευτική θεραπεία και 5/32 χειρουργήθηκαν. Επίσης, 2/54 2/32 εμφάνισαν de novo μυοσκελετικές εκδηλώσεις και 3/54 3/32 δερματικές βλάβες, και ήταν αιτίες διακοπής του φαρμάκου ενώ ένας παρουσίασε λοίμωξη από Clostridium difficile, ο οποίος έπειτα συνέχισε την αγωγή με VDZ με καλή ανταπόκριση.

Συμπεράσματα: Το 45% των ασθενών μας με NC και το 38.2% αυτών με EK παρέμειναν στη θεραπεία με VDZ μετά πάροδο 26,1 (\pm 17,8) μηνών ενώ πλέον των 2/3 αυτών επέδειξαν και ενδοσκοπική ανταπόκριση. Δεν αναδείχθηκαν νέα σήματα κινδύνου.

ΕΠΑΝΑΧΟΡΗΣΗ INFLIXIMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΗ ΝΟΣΟ CROHN ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΑΠΟΤΥΧΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Κ. Μουσουράκης, Χ. Βερετάνος, Κ. Κουστένης, Αικ. Μουντάκη, Α. Τσατσά, Ε. Μπέκα, Γ. Νούσιος, Φ. Αλμπάνη, Κ. Αρβανίτης, Τ. Γεωργιάδη, Λ. Καραούζας, Δ. Κοζομπόλη, Ι. Μυλωνάς, Ν. Παπαρίζου, Μ. Πάτση, Γ. Καλόγηρος, Ε. Βιέννα, Χ. Χατζηευαγγελινού, Κ. Κατωπόδη, Β. Παπαστεργίου, Κ. Βαρυτιμιάδης, Α. Χριστίδου, Μ. Μελά, Ε. Αρχαύλης, Ν. Βιάζης
Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική Αθηνών», Αθήνα

Σκοπός: Το infliximab (IFX) είναι αποτελεσματικό στη θεραπεία των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ), ειδικά σε εκείνους με περιεδρική νόσο. Ωστόσο, τα ποσοστά πρωτογενούς μη ανταπόκρισης και δευτερογενούς απώλειας ανταπόκρισης φτάνουν έως και 30-40% ενώ σε κάποιους ασθενείς μπορεί να εμφανιστούν αλλεργικές αντιδράσεις με συνέπεια την αλλαγή θεραπείας. Δυστυχώς, όμως παρότι έχουμε στη διάθεση μας νέα μόρια, ορισμένοι ασθενείς παραμένουν ανθεκτικοί σε όλες τις διαθέσιμες επιλογές. Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσει αν είναι αποτελεσματική η επαναχορήγηση IFX σε μια κοόρτη ασθενών με εξαιρετικά ανθεκτική νόσο Crohn με περιεδρική συμμετοχή.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση δεδομένων που συλλέγησαν προοπτικά από ασθενείς με νόσο Crohn (CD) και περιεδρική συμμετοχή, οι οποίοι παρότι υποβλήθηκαν σε θεραπεία με infliximab αναγκάστηκαν να αλλάξουν θεραπεία είτε λόγω πρωτοπαθούς μη ανταπόκρισης, είτε λόγω απώλειας της ανταπόκρισης είτε λόγω εμφάνισης αλλεργικής αντίδρασης. Στη συνέχεια εμφάνισαν ανθεκτικότητα και στις υπόλοιπες θεραπείες που δοκιμάστηκαν, με συνέπεια να χορηγηθεί εκ νέου IFX. Αξιολογήθηκε η κλινική ανταπόκριση στην αντιμετώπιση των συριγγίων (Perianal Disease Activity Index PDAI \leq 4), καθώς και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των ασθενών αυτών.

Αποτελέσματα: Συνολικά στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 7 ασθενείς (4 γυναίκες), με μέση ηλικία (SD) τα 38.2 (9.5) έτη. Σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Μόντρεαλ οι ασθενείς είχαν L1 (n=1), L2 (n=1) και L3 (n=5) νόσο. Μετά την αρχική αποτυχία του IFX, οι ασθενείς έλαβαν vedolizumab, ustekinumab και adalimumab χωρίς όμως ανταπόκριση ή με δευτερογενή απώλεια της ανταπόκρισης. Για το λόγο αυτό αποφασίστηκε η εκ νέου χορήγηση infliximab με παράλληλη χορήγηση αζαθειοπρίνης. Μετά από 1 έτος παρακολούθησης κλινική ανταπόκριση (PDAI \leq 4) εμφάνισαν 2 ασθενείς (28.5%). Η χορήγηση IFX στάματσε σε 1 ασθενή μετά την αρχική δόση λόγω σοβαρής αλλεργικής αντίδρασης, όμως οι υπόλοιποι ασθενείς δεν εμφάνισαν σημαντικές παρενέργειες.

Συμπέρασμα: Η επαναχορήγηση IFX μπορεί να βοηθήσει ένα μικρό ποσοστό ανθεκτικών στη θεραπεία ασθενών με περιεδρική νόσο Crohn.

ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ): ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΩΝ ΙΦΝΕ

Ε. Παπαθανασίου¹, Γ. Κοκκότης², Γ. Αξιάρης¹, Θ. Αργυρόπουλος³, Ν. Βιάζης⁴, Ο. Γιουλεμέ⁵, Κ. Γκούμας³, Ε. Ζαχαροπούλου⁶, Α. Θεοδούλου⁷, Α. Θεοδωροπούλου⁸, Γ. Θεοχάρης⁹, Κ. Θωμόπουλος⁹, Μ. Καλογήρου⁵, Π. Καρατζάς¹⁰, Κ. Καρμίρης⁸, Κ. Κατσάνος¹¹, Χ. Λιάτσος¹², Ν. Μάθου¹³, Αικ. Μάντακα¹⁴, Γ. Μάντζαρης⁴, Γ. Μιχαλόπουλος¹⁵, Γ. Μπέλλου⁶, Π. Νικολάου⁸, Μ. Οικονόμου¹⁶, Γ. Παπαθεοδωρίδης¹⁰, Ι. Παπακωνσταντίνου¹⁷, Δ. Πολύμερος¹⁸, Δ. Πολίτης¹⁷, Κ. Σουφλέρης¹⁹, Ε. Σκουλούδης¹⁵, Ε. Στεργίου¹⁹, Μ. Τζουβαλά⁶, Κ. Τριανταφύλλου¹⁸, Α. Τρίκολα⁴, Γ. Τριμπόνιας⁶, Στ. Τσαφαράκη¹⁶, Ε. Τσιρώνη⁷, Κ. Χαλακατεβάκη², Δ. Χριστοδούλου¹¹, Α. Χρηστίδου⁴, Ν. Ψύχος¹¹, Γ. Μπάμιας², Σπ. Μιχόπουλος¹, Ε. Ζαμπέλη¹

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Αλεξάνδρα, Αθήνα

² Γαστρεντερολογική Μονάδα Γ Πανεπιστημιακής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία», Αθήνα

³ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., Αθήνα

⁴ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική», Αθήνα

⁵ Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιπποκράτειο - Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

⁶ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»- Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα», Αθήνα

⁷ Γαστρεντερολογική Κλινική, «Μεταξά» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά, Πειραιάς

⁸ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Βενιζέλιο Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο Κρήτης

⁹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

¹⁰ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

¹¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

¹² Γαστρεντερολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

¹³ Γαστρεντερολογική Κλινική, «Κωνσταντοπούλειο- Πατησίων» Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας, Αθήνα

¹⁴ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος», Χανιά, Κρήτη

¹⁵ Γαστρεντερολογική Κλινική, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά, Πειραιάς

¹⁶ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Ευρωκλινική Αθηνών, Αθήνα

¹⁷ Χειρουργική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

¹⁸ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

¹⁹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) διαγιγνώσκονται συνήθως πριν και κατά την διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας. Η παραμονή της νόσου σε ύφεση από την σύλληψη μέχρι τον τοκετό είναι η κρισιμότερη παράμετρος αίσιας έκβασης της κύησης.

Σκοπός και μέθοδοι: Προοπτική μελέτη παρακολούθησης κυήσεων ασθενών με ΙΦΝΕ σε 19 κέντρα στην Ελλάδα. Τα στοιχεία που καταγράφηκαν αφορούν την ασθενή (δημογραφικά), τη νόσο, (διάρκεια, ταξινόμηση κατά Montreal, εγχειρήσεις, εξωεντερικές εκδηλώσεις, φαρμακευτική αγωγή), την αλληλουχία σύλληψης/ κύησης/τοκετού/θηλασμού (δραστηριότητα και συμπεριφορά της νόσου, φαρμακευτική αγωγή, επιπλοκές, έκβαση) και την υγεία των απογόνων.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 80 κυήσεις, σε 79 ασθενείς την περίοδο 1/2020-3/2023 [νόσος του Crohn: 41 (51.2%), μέση (±SD) ηλικία διάγνωσης ΙΦΝΕ 33.3 (±5.0) έτη, διάρκεια νόσου 8.4 (±5.4) έτη, κάπνισμα: 28.9%]. Εξ' αυτών 46 ασθενείς (57.5%) κυοφόρησαν για πρώτη φορά. Ιστορικό αποβολής καταγράφηκε σε 10 (11%). Η κύηση επιτεύχθηκε με εξωσωματική γονιμοποίηση σε 5 περιπτώσεις (6.3%). Κατά την έναρξη της κύησης 67 ασθενείς (83.8%) ήταν υπό αγωγή: 28 (35%) με anti-TNFα παράγοντα,

11 (13.8%) με ανοσοκατασταλτικά, 11 με vedolizumab (13.8%), 2 με ustekinumab (2.5%), 29 (36.3%) με 5-ASA και 5 (6.3%) με χαμηλή δόση κορτικοστεροειδών. 8 ασθενείς (10%) διέκοψαν τη φαρμακευτική αγωγή κατά την έναρξη της κύησης. Έξαρση της ΙΦΝΕ εκδηλώθηκε σε 15 (18.7%) κυήσεις [νόσος του Crohn: 8 (53.3%)]. Σε 9 (60%) περιπτώσεις χορηγήθηκαν κορτικοστεροειδή, σε 4 (26.7%) anti-TNFα και σε 5 (33.3%) 5-ASA. Σε 46 (60.5%) περιπτώσεις διενεργήθηκε καισαρική τομή. Το 76/80 (95%) των κυήσεων οδηγήθηκε σε ανεπίπλεκτο τοκετό ενώ σε 4 καταγράφηκαν οι εξής επιπλοκές: 2 (2.6%) συγγενείς ανωμαλίες, μία παλίνδρομη κύηση και μία περίπτωση χρωμοσωμικής ανωμαλίας λόγω της οποίας διακόπηκε η κύηση. Μετά τον τοκετό, το 71% των ασθενών επέλεξαν τον θηλασμό.

Συμπεράσματα: Οι περισσότερες ασθενείς με ΙΦΝΕ συνεχίζουν την ίδια φαρμακευτική αγωγή κατά την διάρκεια της κύησης. Έξαρση της ΙΦΝΕ παρατηρήθηκε στο 1/5 περίπου των ασθενών και αντιμετωπίστηκε κυρίως με κορτικοστεροειδή, ενώ η καισαρική είναι η επικρατούσα επιλογή τοκετού. Η έκβαση της κύησης ήταν ευνοϊκή στο 95% των περιπτώσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ CERTOLIZUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Α. Μπιτούλη, Ν. Κούγκας, Γ. Κοκκώνης, Π. Αγοραστό, Ι. Γουλής

Δ' Παθολογική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο - Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Σκοπός και εισαγωγή: Το certolizumab regol είναι ένα μονοκλωνικό αντίσωμα που εξουδετερώνει τον διαλυτό, συνδεόμενο με τη μεμβράνη, ανθρώπινο TNFα. Είναι εγκεκριμένη θεραπεία της Ρευματοειδούς(ΡΑ), της Αγκυλοποιητικής(ΑΣ) και της Ψωριασικής αρθρίτιδας(ΨΑ) ενώ στις Η.Π.Α. έχει εγκριθεί και για τη θεραπεία της νόσου Crohn (NC). Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας του Certolizumab σε ασθενείς με ΑΣ και NC σε ένα ελληνικό τριτοβάθμιο κέντρο αναφοράς.

Υλικά και μέθοδοι: αναδρομική μελέτη καταγραφής ασθενών με ΑΣ και NC που έλαβαν τουλάχιστον μία δόση certolizumab. Πρωτόκολλο χορήγησης: 400mg(2 υποδόριες ενέσεις) τη βδομάδα 0,2,4 και κατόπιν 200mg (1 υποδόρια ένεση) κάθε 2 βδομάδες. Δημογραφικά δεδομένα των ασθενών (ηλικία, φύλο, κάπνισμα) αλλά και της νόσου (μέση ηλικία διάγνωσης και διάρκεια νόσου, ταξινόμηση κατά Montreal, χειρουργικές επεμβάσεις σχετιζόμενες με τη NC και την ΑΣ) καταγράφηκαν σε προκαθορισμένη βάση καταγραφής.

Αποτελέσματα: 5 ασθενείς με ΑΣ και NC [γυναίκες: 60%, μέση ηλικία διάγνωσης της NC (\pm 5.2): 29.8 και μέση διάρκεια νόσου (\pm 5.5):10.4 έτη], έλαβαν certolizumab κατά μέσο όρο για (\pm 26.5):43.8 μήνες . 3 ασθενείς (60%) είχαν ειλείτιδα και 2(40%) ειλεοκολίτιδα. Οι 3 ασθενείς(60%) διαγνώστηκαν πρώτα με ΑΣ, ενώ οι άλλοι 2(40%) πρώτα με NC. Το certolizumab χρησιμοποιήθηκε ως 2^{ης} γραμμής βιολογική θεραπεία σε 2 ασθενείς (40%), ως 3^{ης} γραμμής σε άλλους 2(40%) και ως 4^{ης} σε 1(10%). Πριν την έναρξη του certolizumab, 4 ασθενείς (80%) είχαν από ήπιας ως μέσης βαρύτητας ενδοσκοπικά και κλινικά ευρήματα και 1(20%) ήταν σε ύφεση. Σε επαναληπτική κολονοσκόπηση (τουλάχιστον 1 έτος μετά) υποβλήθηκαν 4(80%) εκ των οποίων όλοι εμφάνισαν βλεννογονική ύφεση. Κανένας ασθενής δεν εμφάνισε ανεπιθύμητη ενέργεια και κανείς δε διέκοψε τη θεραπεία.Σε ότι αφορά την υποκείμενη ΑΣ, κατά την τελευταία κλινική εξέταση, 2 ασθενείς είχαν ανενεργή νόσο (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score-ASDAS < 1,3) και 3 χαμηλή ενεργότητα νόσου (ASDAS <2,1).

Συμπεράσματα: Το certolizumab οδήγησε σε κλινική ανταπόκριση και ενδοσκοπική ύφεση σε όλους τους ασθενείς με NC ήπιας-μέτριας βαρύτητας με συνοδό ΑΣ στους οποίους χορηγήθηκε.Επιπλέον,είναι μια ασφαλής επιλογή που πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν σε ασθενείς με αρθρίτιδα.

ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΤΟ USTEKINUMAB ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΛΗΚΥΘΙΤΙΔΑ; ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ ΑΠΟ 2 ΚΕΝΤΡΑ

Κ. Χαλακατεβάκη¹, Ε. Παπαθανασίου², Γ. Κοκκότης¹, Μ.Λ. Χατζηνικολάου¹, Ε. Ζαμπέλη², Σπ. Μιχόπουλος², Γ. Μπάμιας¹

¹ Γαστρεντερολογική Μονάδα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα

² Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα», Αθήνα

Εισαγωγή: Η χρόνια ληκυθίτιδα αποτελεί την πιο συχνή επιπλοκή της ολικής πρωκτοκολεκτομής με δημιουργία νεοληκύθου (IPAA). Πρώτης γραμμής θεραπεία αποτελούν τα αντιβιοτικά, ενώ σε ανθεκτικούς ασθενείς έχουν ένδειξη οι αντί-TNF παράγοντες και η αντι-α4β7-ιντεγκρίνη vedolizumab. Το ustekinumab είναι ενδεδειγμένο για την θεραπεία των ΙΦΝΕ.

Σκοπός και Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης ασθενών με χρόνια ληκυθίτιδα που έλαβαν αγωγή με ustekinumab με στόχο την αξιολόγηση της κλινικής ανταπόκρισης στην θεραπεία κατά την 16^η εβδομάδα. Ως κλινική ανταπόκριση ορίστηκε οποιαδήποτε βελτίωση στον αριθμό των κενώσεων, στην παρουσία αίματος στις κενώσεις και στον πόνο ή έπειξη προς αφόδευση.

Αποτελέσματα: Συνολικά εντάχθηκαν έξι ασθενείς από 2 κέντρα. Τα χαρακτηριστικά τους παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Αξίζει να σημειωθεί ότι όλοι οι ασθενείς είχαν ανθεκτική νόσο στα αντιβιοτικά, όλοι είχαν λάβει κορτικοστεροειδή και οι μισοί είχαν έκθεση σε βιολογικούς παράγοντες προ της IPAA. Κατά την 16^η εβδομάδα όλοι οι ασθενείς συνέχιζαν να λαμβάνουν θεραπεία με UST, ενώ ένας διέκοψε την παρακολούθηση και δεν θα αναλυθεί περαιτέρω. Από τους 5 ασθενείς, κλινική ανταπόκριση παρουσίαζαν οι 4 στην 16^η εβδομάδα, ενώ 2 είχαν την ανάγκη για χρήση σχήματος αντιβιοτικών. Ενδοσκόπηση πραγματοποιήθηκε σε έναν ασθενή στην 16^η εβδομάδα που ανέδειξε ήπια βελτίωση της ενδοσκοπικής του εικόνας συγκριτικά με την αρχική ενδοσκόπηση προ της έναρξης ustekinumab. Κατά την διάρκεια των 16 εβδομάδων παρουσιάστηκαν δύο νοσήσεις από Sars COV-2, μία λοίμωξη ουροποιητικού και ένα περιπρωκτικό συρίγγιο.

Συμπεράσματα: Σε μία μικρή σειρά ασθενών με χρόνια ληκυθίτιδα που έλαβαν αγωγή με ustekinumab, η πλειοψηφία τους παρουσίασε κλινική βελτίωση την 16^η εβδομάδα, ωστόσο με ικανό αριθμό ασθενών να χρειάζονται συγχορήγηση αντιβιοτικής αγωγής. Υπάρχει ανάγκη για περισσότερα δεδομένα.

| Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά ασθενών με χρόνια ληκυθίτιδα που έλαβαν αγωγή με Ustekinumab [n=6] | | | | |
|---|-------------------------------|-----|---|--|
| Φύλο [n] | Άρρενες 2 | | | |
| Ηλικία [Μ.Ο. (εύρος)] | 48 (19-76) | | | |
| Διάρκεια νόσου έως ΙΡΑΑ [Μ.Ο.(εύρος)] | 8,7 έτη (0,2-20) | | | |
| Montreal classification [n] | E1 | 0 | | |
| | E2 | 2 | | |
| | E3 | 4 | | |
| Οικογενειακό ιστορικό ΙΦΝΕ [n] | 2 | | | |
| Εξωεντερικές εκδηλώσεις [n] | 3 | | | |
| | Μυοσκελετικό | 3 | | |
| | Δέρμα (ψωρίαση) | 2 | | |
| | Ενεργή | 2 | | |
| Λόγος για ΙΡΑΑ [n(%)] | Νόσος ανθεκτική στην θεραπεία | 4 | | |
| | Οξεία βαριά UC | 1 | | |
| | Δυσπλασία/Καρκίνος | 1 | | |
| Ληκυθίτιδα ανθεκτική στα αντιβιοτικά [n] | 6 | | | |
| Προηγούμενες θεραπείες [n] | 5 ASA | 5 | | |
| | Κορτικοστεροειδή | 6 | | |
| | AZA/MP | 4 | | |
| | Βιολογικοί παράγοντες | 3 | | |
| | | IFX | 2 | |
| | | ADA | 2 | |
| | | VDZ | 1 | |
| | Αντιβιοτικά | 6 | | |
| Σύγχρονη θεραπεία [n] | 5 ASA | 1 | | |
| | Αντιβιοτικά | 1 | | |
| | Κορτικοστεροειδή | 3 | | |

ΙΡΡΑ= ολικής πρωκτοκολεκτομής με δημιουργία νεοληκύθου, ΙΦΝΕ=ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου, AZA/MP=azathioprine/mertacaptopurine, IFX=infliximab, ADA=adalimumab, VDZ=vedolizumab

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ ΚΑΙ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΑΝΤΙ-TNF ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

Δ. Κόγιας, Ε. Γαβριηλίδης, Ν. Καφαλής, Π. Σκένδρος, Γ. Κουκλάκης

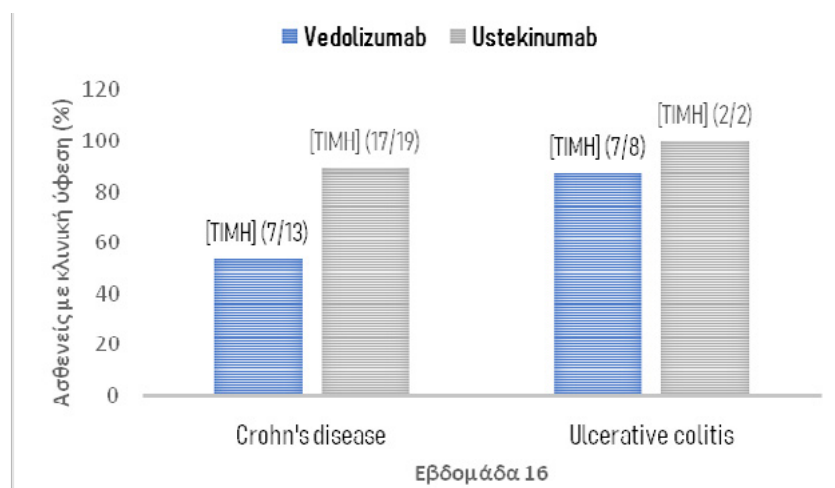
Α Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Σκοπός: Οι θεραπευτικές επιλογές για τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) έχουν αυξηθεί από την εισαγωγή των anti-TNF παραγόντων πριν από μερικές δεκαετίες. Ωστόσο, δεν υπάρχουν άμεσες συγκρίσεις της αποτελεσματικότητας των βιολογικών παραγόντων δεύτερης γραμμής σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) και νόσο του Crohn (NC).

Υλικό-Μέθοδοι: Ασθενείς με ΕΚ ή NC που παρουσίασαν αποτυχία της θεραπείας με anti-TNF και στη συνέχεια έλαβαν vedolizumab ή ustekinumab ως φάρμακο δεύτερης γραμμής επιστρατεύτηκαν αναδρομικά. Εκτιμήθηκε η ανταπόκριση στην θεραπεία στις 16 εβδομάδες και το αθροιστικό ποσοστό υποτροπής 52 εβδομάδες μετά τη λήψη θεραπείας επαγωγής.

Αποτελέσματα: Συνολικά 42 (NC: 32, ΕΚ:10) ασθενείς με μέση ηλικία 50 ± 16.6 και μέση ηλικία έναρξης της νόσου τα 35 ± 16.6 έτη παρουσίασαν αποτυχία στην θεραπεία με anti-TNF και έλαβαν vedolizumab (NC:13, ΕΚ:8) ή ustekinumab (NC:19, ΕΚ:2). Τα ποσοστά κλινικής ύφεσης στις 16 εβδομάδες θεραπείας δεν διέφεραν σημαντικά ($p=1.000$) μεταξύ των ασθενών που έλαβαν vedolizumab ή ustekinumab και έπασχαν από ΕΚ (7/8 ασθενείς, 87.5% έναντι 2/2, 100%). Σε ασθενείς με NC, παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0.022$) μεταξύ των ομάδων vedolizumab και ustekinumab στο ποσοστό κλινικής ύφεσης της νόσου στις 16 εβδομάδες (7/13 ασθενείς, 53.8% έναντι 17/19 ασθενείς, 89.5%). Όλοι οι ασθενείς που πέτυχαν ύφεση της νόσου στις 16 εβδομάδες θεραπείας διατήρησαν την ύφεση έως τις 52 εβδομάδες. Τα προφίλ ασφαλείας ήταν παρόμοια μεταξύ των ομάδων θεραπείας και στις δύο ομάδες ασθενών με NC και ΕΚ.

Συμπεράσματα: Μετά από προηγούμενη αποτυχία της θεραπείας με anti-TNF, το ustekinumab πέτυχε στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ύφεσης και διατήρηση αυτής σε σύγκριση με το vedolizumab, όταν αυτά χορηγήθηκαν ως θεραπεία δεύτερης γραμμής σε ασθενείς με NC ($p=0.022$). Κρίνεται αναγκαία η πραγματοποίηση περισσότερων μελετών στο μέλλον ώστε να διερευνηθεί περαιτέρω η συγκριτική αποτελεσματικότητα του vedolizumab και ustekinumab ως θεραπείες δεύτερης γραμμής μετά από αποτυχία της anti-TNF θεραπείας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.



Γράφημα 1. Σύγκριση επαγωγής κλινικής ύφεσης μεταξύ των φαρμάκων δεύτερης γραμμής.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΚΩΝ ΓΟΝΙΔΙΑΚΩΝ ΠΡΟΦΙΛ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΦΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ USTEKINUMAB

Κ.Ρ. Κουστένης¹, Μ. Γαζούλη², Γ. Καραμανώλης³, Χ. Βερετάνος¹, Κ. Αρβανίτης¹, Α. Ιωάννου⁴,
Ε. Ζαμπέλη⁴, Κ. Χαλακατεβάκη⁵, Γ. Μπάμιας⁵, Α. Χρηστίδου¹, Ε. Αρχαύλης¹, Γ. Μάντζαρης¹,
Ν. Βιάζης¹

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

² Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

³ Γαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Αθήνα

⁴ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

⁵ Γαστρεντερολογική Μονάδα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα

Σκοπός: Η ανεύρεση προγνωστικών δεικτών ανταπόκρισης στους επιμέρους βιολογικούς παράγοντες αποτελεί ιδεατό στόχο για ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ). Πρόσφατα δεδομένα που αφορούν τους anti-TNFα παράγοντες και το vedolizumab δείχνουν ότι τα πρότυπα βλεννογονικής φλεγμονής διαφέρουν μεταξύ των ασθενών που ανταποκρίνονται και όσων δεν ανταποκρίνονται στη βιολογική θεραπεία. Σκοπός της μελέτης ήταν να αναδείξει διαφορές των βλεννογονικών γονιδιακών προφίλ μεταξύ των ασθενών με ΕΚ με κριτήριο την επίτευξη ή μη κλινικής ύφεσης στη θεραπεία με ustekinumab.

Υλικό - Μέθοδοι: Πρόκειται για προοπτική μελέτη στην οποία συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ενεργό ΕΚ που έλαβαν θεραπεία με ustekinumab. Έγινε ποσοτικός προσδιορισμός της έκφρασης 84 γονιδίων του βλεννογόνου από βιοψίες παχέος εντέρου προ της έναρξης ustekinumab με απομόνωση του συνολικού RNA και αξιοποιώντας την τεχνική των μικροσυστοιχιών (PCR Array Human Inflammatory Response and Autoimmunity, PAHS-077Z, Qiagen), ενώ πραγματοποιήθηκε σύγκριση με βάση την επίτευξη ή μη κλινικής ύφεσης. Ως κλινική ύφεση ορίστηκε η επίτευξη Mayo score ≤ 2 με κανένα επιμέρους score > 1 .

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη 8 ασθενείς με ενεργό ΕΚ στους οποίους έγινε έναρξη αγωγής με ustekinumab στο διάστημα μεταξύ 1/6/2022-31/8/2022. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 48 έτη ($\pm 17,6$), naïve σε προηγούμενες βιολογικές θεραπείες ήταν 2/8 ασθενείς (25%), ενώ η διάμεση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 26 εβδομάδες (24-30). Στο διάστημα αυτό κλινική ύφεση παρατηρήθηκε σε 4/8 ασθενείς (50%). Από τη γονιδιακή ανάλυση διαπιστώθηκε υπερέκφραση σε 62 επιμέρους γονίδια στην ομάδα των ασθενών που δεν πέτυχαν κλινική ύφεση με ustekinumab έναντι της ομάδας που πέτυχαν. Τα γονίδια αυτά σχετίζονταν με επιμέρους μονοπάτια της φλεγμονής, συμπεριλαμβανομένων των υποδοχέων TNF και της οδού των ιντερλευκινών.

Συμπεράσματα: Η επίτευξη κλινικής ύφεσης σε ασθενείς με ΕΚ υπό θεραπεία με ustekinumab σχετίζεται με συγκεκριμένα βλεννογονικά γονιδιακά προφίλ προ της θεραπείας και η επικύρωσή τους θα μπορούσε να βοηθήσει στη βέλτιστη επιλογή όσων θα λάβουν ustekinumab.

Πρωτόκολλο χρηματοδοτούμενο από την ΕΟΜΙΦΝΕ [2022ΕΟΜΙΦΝΕp1]

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΤΟFACITINIB ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΣΟΒΑΡΗ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Φ. Φουσέκης, Κ. Μπακογιάννης, Ν. Ψύχος, Κ. Κατσάνος, Δ. Χριστοδούλου

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Δεδομένα: Παρόλο την ανάπτυξη θεραπειών διάσωσης, η οξεία σοβαρή ελκώδη κολίτιδα (ASUC) συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο κολεκτομής και οι θεραπευτικές επιλογές παραμένουν περιορισμένες. Το Tofacitinib, ένας γρήγορος δρών Janus Kinase (JAK) αναστολέας, θα μπορούσε να αποτελέσει θεραπευτική επιλογή για τη πρόληψη κολεκτομής στους ασθενείς με ASUC.

Μέθοδοι: Διενέργεια συστηματικής ανασκόπησης των βάσεων δεδομένων PubMed και Embase για την ανεύρεση μελετών σχετικά με ενήλικες ασθενείς με ASUC, οι οποίοι έλαβαν tofacitinib ως θεραπεία διάσωσης.

Αποτελέσματα: Συνολικά, δύο μελέτες παρατήρησης, επτά σειρές περιστατικών και πέντε περιστατικά με συνολικά 134 ασθενείς ανευρέθηκαν. Η περίοδος παρακολούθησης κυμαίνονταν από 30 ημέρες έως 14 μήνες. Συνολικά, 23.9% των ασθενών (32/134) υπεβλήθησαν σε κολεκτομή. Η αθροιστική 90-ημερών and 6-μηνών colectomy free rate ήταν 79.9% (95% CI 73.1-86.7) και 71.6% (95% CI 64-79.2), αντιστοίχως. Από τους ασθενείς που δεν υπεβλήθησαν σε κολεκτομή, 80.2% (81/101) συνέχισαν να λαμβάνουν tofacitinib κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, ενώ το 19.8% (20/101) των ασθενών το διέκοψαν. Το πιο συχνό ανεπιθύμητο γεγονός κατά τη παρακολούθηση των ασθενών ήταν η λοίμωξη από *C. Difficile*.

Συμπέρασμα: Το Tofacitinib εμφανίζεται να είναι μια υποσχόμενη επιλογή για τη θεραπεία της ASUC. Ωστόσο, τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές απαιτούνται για την περαιτέρω αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, ασφάλειας και καθορισμό της δόσης του tofacitinib ως θεραπεία διάσωσης για ASUC.

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΔΕΞΙΑ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΟΛΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ ΚΟΝΟ-S ΓΙΑ ΕΙΛΕΟΥΤΥΦΛΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΑΠΟ ΝΟΣΟ CROHN. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Π. Δικαιάκος¹, Χ. Θεοδωρόπουλος¹, Λ. Κουρτίδης¹, Σπ. Βρακάς², Ε. Ζαχαροπούλου³,
Γ. Αγιομαμίτης¹

¹ Α Χειρουργική Κλινική, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς

² Γαστρεντερολογική Κλινική, «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά, Πειραιάς

³ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια, Πειραιάς

Σκοπός: Η συχνότερη μακροχρόνια επιπλοκή μετά από περιορισμένη δεξιά κολεκτομή για νόσο Crohn παραμένει η υποτροπή στην περιοχή της αναστόμωσης και ακολούθως η στένωση αυτής, εγείροντας το ερώτημα αν η χειρουργική τεχνική μπορεί να επηρεάσει τον ρυθμό υποτροπής. Η αναστόμωση Κονο-S είναι μια αντιμεσεντερική λειτουργική τελικο-τελική αναστόμωση η οποία παρέχει ευρύ αυλό και έχει φανεί να μειώνει την ενδοσκοπική και κυρίως την χειρουργική υποτροπή. Η ολική εκτομή του μεσεντερίου επίσης έχει φανεί να μειώνει τον κίνδυνο υποτροπής σε μικρές μελέτες και ο συνδυασμός των δύο τεχνικών μελετάται. Ο σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσει την αρχική μας εμπειρία με την τεχνική αυτή.

Υλικά- Μέθοδοι: Μελετήθηκαν έξι ασθενείς με νόσο Crohn, οι οποίοι υποβλήθηκαν την περίοδο 01/01/2022 έως 01/01/2023 σε περιορισμένη δεξιά κολεκτομή με ολική εκτομή του μεσεντερίου/μεσοκόλου και αναστόμωση Κονο-S στο Τζάνειο Νοσοκομείο.

Αποτελέσματα: Στους ασθενείς που χειρουργήθηκαν για νόσο Crohn του τελικού ειλεού, στο τμήμα μας, πραγματοποιήθηκε λαπαροσκοπική περιορισμένη δεξιά κολεκτομή με ολική εκτομή του πάσχοντος μεσεντερίου και μεσοκόλου και εξωσωματική αναστόμωση Κονο-S. Όλοι οι ασθενείς ήταν υπό βιολογικό παράγοντα, που είχε διακοπεί δύο εβδομάδες προεγχειρητικά. Ακολουθήσαμε πρωτόκολλο Enhanced recovery (ERAS). Μετεγχειρητικές επιπλοκές ≤ 2 κατά Clavien-Dindo παρουσιάστηκαν σε τρεις ασθενείς. Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε σημεία αναστομωτικής διαφυγής. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 6,3 ημέρες (4-8 ημέρες). Ο χρόνος χειρουργείου ήταν σημαντικά αυξημένος (ΜΟ: 4 ώρες) ο οποίος όμως προοδευτικά μειώθηκε σε λιγότερο από τρεις ώρες. Τρεις ασθενείς έχουν πραγματοποιήσει μέχρι τώρα κολονοσκόπηση έξι μήνες μετεγχειρητικά και τα Rutgeert's σκορ είναι i1, i0 και i0, χωρίς να παρατηρηθεί ενδοσκοπική υποτροπή.

Συμπεράσματα: Η παρούσα τεχνική σχετίζεται με αποδεκτά βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, επιπλοκές και υποτροπή νόσου τα οποία επιβεβαιώνονται και από διεθνείς μελέτες. Μεγαλύτεροι χειρουργικοί χρόνοι έχουν παρατηρηθεί αλλά οι λίγες μελέτες που συγκρίνουν τα μακροχρόνια αποτελέσματα είναι υποσχόμενες.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΔΕΞΙΑ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN

Π. Δικαϊάκος¹, Ι. Παπαζαχαρίας¹, Αικ. Νεοκλέους¹, Σπ. Βρακάς², Μ. Τζουβαλά³, Γ. Αγιομαμίτης¹

¹ Α Χειρουργική Κλινική, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

² Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς

³ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια, Πειραιάς

Σκοπός: Η ενεργός νόσος Crohn έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Σκοπός της μελέτης είναι η σύγκριση της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής ποιότητας ζωής μετά από περιορισμένη δεξιά κολεκτομή.

Υλικό- Μέθοδοι: Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 14 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε περιορισμένη δεξιά κολεκτομή για νόσο Crohn στο Τζάνειο νοσοκομείο Πειραιά είτε με ανοιχτή ή λαπαροσκοπική μέθοδο από τον Αύγουστο 2020. Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής δόθηκε το short-IBDQ, 3 και 12 μήνες μετεγχειρητικά. Επιπλέον έγινε η ερώτηση αν θα υποβάλλονταν στο χειρουργείο ξανά αν υπήρχε ανάγκη.

Αποτελέσματα: Τόσο στους τρεις όσο και στους δώδεκα μήνες μετεγχειρητικά παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της ποιότητας ζωής των ασθενών σε σύγκριση με την ποιότητα ζωής πριν το χειρουργείο (27 ± 9.6 vs 61 ± 4.3 , $p < 0.001$ και 27 ± 9.6 vs 62 ± 7 , $p < 0.001$, αντίστοιχα). Όλοι οι ασθενείς δήλωσαν ότι θα υποβάλλονταν ξανά στην χειρουργική επέμβαση, δεδομένης της βελτιωμένης ποιότητας ζωής μετά το χειρουργείο. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ των δυο φύλων 3 και 12 μηνες μετεγχειρητικά. Επίσης, δεν φάνηκε διαφορά μεταξύ ανοιχτής και λαπαροσκοπικής εκτομής.

Συμπεράσματα: Αν και το δείγμα των ασθενών είναι μικρό, η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί μια καλή εναλλακτική στην αντιμετώπιση της τελικής ειλεΐτιδας στην νόσο του Crohn προσφέροντας σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής. Η επιβάρυνση του χειρουργείου δεν φαίνεται να είναι σημαντική, μιας και όλοι οι ασθενείς θα υποβάλλονταν στην χειρουργική επέμβαση εκ νέου.

eP24

ΌΦΕΛΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΛΕΥΚΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Ε. Παπαθανασίου¹, Ε. Τσιρώνη², Ε. Ζαμπέλη¹, Π. Μαρκόπουλος², Γ. Λεωνιδάκης¹, Α. Ιωάννου¹, Γ. Μπάμιας³, Σπ. Μιχόπουλος¹

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

² Γαστρεντερολογική Κλινική, «Μεταξά» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά, Πειραιά

³ Γαστρεντερολογική Μονάδα Γ' Πανεπιστημιακής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία», Αθήνα

Εισαγωγή: Η αφαίρεση κοκκιοκυττάρων/μονοκυττάρων (λευκαφαίρεση) είναι μη φαρμακευτική παρέμβαση για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα. Η εφαρμογή της μπορεί να ωφελήσει σε περιπτώσεις πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς μη ανταπόκρισης σε βιολογικούς παράγοντες.

Σκοπός και μέθοδοι: Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της λευκαφαίρεσης στα πλαίσια παρακολούθησης κοόρτης ασθενών. Το σχήμα εφόδου περιελάμβανε μία ή δύο συνεδρίες ανά εβδομάδα για τουλάχιστο 3 εβδομάδες, ενώ το σχήμα συντήρησης περιελάμβανε εβδομαδιαίες συνεδρίες για τους τρεις πρώτους μήνες και ακολούθως μηνιαίες συνεδρίες.

Αποτελέσματα: Πέντε ασθενείς (4 άνδρες) με εκτεταμένη (E3), μέτρια ελκώδη κολίτιδα υποβλήθηκαν σε λευκαφαίρεση. Μέση ηλικία 38,6 έτη (εύρος 32-52). Όλοι είχαν αποτύχει σε έναν και 3/5 ασθενείς σε δύο βιολογικούς παράγοντες. Υποβλήθηκαν σε λευκαφαίρεση σε συνδυασμό με ανοσοτροποποιητική αγωγή: 2 με vedolizumab, δύο με εντατικοποιημένο σχήμα ustekinumab και ένας με υψηλή δόση tofacitinib. Η μέση διάρκεια θεραπείας ήταν 7 μήνες (εύρος 2 έως 12 μήνες), ενώ ο μέσος αριθμός συνεδριών ήταν 20,8 (εύρος 8-45). Σε μία περίπτωση επιτεύχθηκε κλινική και ενδοσκοπική ύφεση της νόσου (20%). Δύο ασθενείς υποβλήθηκαν τελικά σε κολεκτομή, ενώ δύο βελτιώθηκαν κλινικά βραχυπρόθεσμα. Δεν διαπιστώθηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Συμπεράσματα: Σε μια μικρή σειρά ανθεκτικών ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, ο συνδυασμός λευκαφαίρεσης με βιολογική θεραπεία οδήγησε σε ύφεση 20% των ασθενών.

| Ασθενείς | Ηλικία | Φύλο | Έκταση Νόσου | Προηγούμενη θεραπεία | Τρέχουσα θεραπεία | Σύνολο συνεδριών | Διάρκεια Θεραπείας | Έκβαση |
|----------|--------|------|--------------|---|---------------------------|------------------|--------------------|------------------|
| 1 | 32 | ♂ | E3 | Steroids, infliximab | vedolizumab | 19 | 12 μήνες | αλλαγή θεραπείας |
| 2 | 42 | ♀ | E3 | Steroids, AZA, infliximab, vedolizumab | tofacitinib | 22 | 9 μήνες | ύφεση |
| 3 | 52 | ♂ | E3 | Steroids, adalimumab, infliximab, AZA MTX | ustekinumab | 10 | 3 μήνες | αλλαγή θεραπείας |
| 4 | 32 | ♂ | E3 | Steroids, infliximab, vedolizumab | CS, steroids, ustekinumab | 45 | 9 μήνες | κολεκτομή |
| 5 | 35 | ♂ | E3 | Steroids, infliximab | vedolizumab | 8 | 2 μήνες | κολεκτομή |

ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΦΕΣΗ ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΣΟΥ CROHN. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

**Χ. Βερετάνος, Κ. Κουστένης, Γ. Νούσιας, Κ. Μουσουράκης, Αικ. Μουντάκη, Α. Τσατσά,
Φ. Αλμπάνη, Κ. Αρβανίτης, Τ. Γεωργιάδη, Λ. Καραούζας, Δ. Κοζομπόλη, Ι. Μυλωνάς,
Ν. Παπαρίζου, Μ. Πάτση, Γ. Καλόγηρος, Έ. Αδάμου, Χ. Χατζευαγγελινού, Κ. Κατωπόδη,
Β. Παπαστεργίου, Κ. Βαρυτιμιάδης, Α. Χρηστίδου, Μ. Μελά, Ε. Αρχαύλης, Ν. Βιάζης**

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική Αθηνών», Αθήνα

Σκοπός: Υπάρχουν λίγα δεδομένα στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την αποτελεσματικότητα των νέων στρατηγικών θεραπειών για νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με νόσο του Crohn (CD), που αναδεικνύουν ποσοστά ύφεσης 30-40% μετά από 1 έτος θεραπείας. Στόχος μας ήταν να αξιολογήσουμε τα ποσοστά ύφεσης μεταξύ των νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με CD στο Τμήμα μας, το οποίο θεωρείται κέντρο αναφοράς για τις Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου (ΙΦΝΕ).

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση δεδομένων που συλλέγησαν προοπτικά από νεο-διαγνωσθέντες ασθενείς με νόσο Crohn που παρακολούθηθηκαν στο Τμήμα μας την τελευταία 3ετία. Η ενεργότητα της νόσου καθορίστηκε με βάση τον δείκτη ενεργότητας της νόσου Crohn (Crohn's disease activity index - CDAI). Ως κλινική ύφεση μετά από 1 χρόνο παρακολούθησης ορίστηκε ο CDAI < 150, η απουσία περιεδρικής νόσου και η απουσία λήψης στεροειδών > 3 μήνες. Ως βιοχημική ύφεση ορίστηκε τιμή CRP < 1mg/dl και τιμή fecal calprotectin (FC) < 150 ug/g (εφόσον η μέτρησης της ήταν εφικτή) σε συνδυασμό με φυσιολογικές τιμές αλβουμίνης. Ως ενδοσκοπική ύφεση ορίστηκε η τιμή SES-CD < 3. Ως βαθιά ύφεση ορίστηκε ο συνδυασμός κλινικής, βιοχημικής και ενδοσκοπικής ύφεσης.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριελήφθηκαν 101 ασθενείς (50.42% γυναίκες, μέση ηλικία 34 έτη), οι οποίοι παρακολούθηθηκαν για τουλάχιστον 1 έτος. Από τους ασθενείς αυτούς 72 είχαν φλεγμονώδη φαινότυπο (71.28%), 21 στενωτική νόσο (20.79%) και 8 διατιτραίνουσα νόσο (7.92%). Εικοσιπέντε ασθενείς (24.75%) είχαν περιεδρική νόσο, 28 είχαν και εξω-εντερικές εκδηλώσεις (27.72%), ενώ 59 ασθενείς (58.41%) είχαν μέτρια-σοβαρή νόσο (CDAI > 220). Κατά τον πρώτο χρόνο από τη διάγνωση, 62 ασθενείς έλαβαν βιολογικό παράγοντα (61.38%) και πιο συγκεκριμένα αντι-TNF (n=38, 61.29%), vedolizumab (n=11, 17.74%) και ustekinumab (n=13, 20.96%). Μετά από 1 έτος παρακολούθησης 67 ασθενείς εμφάνισαν κλινική ύφεση (66.33%), 53 ασθενείς εμφάνισαν βιοχημική ύφεση (52.47%) ενώ 8 ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση (7.92%). Από τους 101 ασθενείς της μελέτης, στο 1 έτος ενδοσκοπήθηκαν οι 59 και βαθιά ύφεση παρατηρήθηκε στους 15 από αυτούς (25.42%).

Συμπεράσματα: Σε πρωτοδιαγνωσμένους ασθενείς με νόσο Crohn η σωστή χρήση του θεραπευτικού αλγορίθμου οδηγεί σε υψηλά ποσοστά κλινικής ύφεσης (>60%) μετά από 1 χρόνο θεραπείας.

Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΡΙΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΤΟ 2022 ΜΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ

**Ν. Βιάζης¹, Κ. Μουσουράκης¹, Ε. Ζαμπέλη², Ι. Παπακωνσταντίνου³, Κ. Καρμίρης⁴, Μ. Τζουβαλά⁵,
Ι. Κουτρομπάκης⁶, Γ. Μπάμιας⁷**

¹ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

² Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα

³ Β Χειρουργική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

⁴ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Η. Βενιζέλιο-Πανάνιο, Ηράκλειο Κρήτης

⁵ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς

⁶ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο Κρήτης

⁷ Γαστρεντερολογική Μονάδα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα

Εισαγωγή - Σκοπός: Οι υποδόριοι βιολογικοί παράγοντες χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο στους ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ). Σκοπός της μελέτης που εκπονήθηκε από την ΕΟΜΙΦΝΕ ήταν να καταγράψει το ποσοστό των ασθενών με ΙΦΝΕ που λαμβάνουν υποδορίως βιολογικούς παράγοντες.

Μέθοδοι: Έγινε καταγραφή μέσω των δεδομένων που μας χορήγησε η ΗΔΙΚΑ του συνολικού αριθμού ασθενών με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) και νόσο Crohn (NC) που είναι καταχωρημένοι στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με κωδικούς K51 και K50 αντίστοιχα. Στη συνέχεια καταγράψαμε πόσοι από τους ασθενείς αυτούς έλαβαν, μέσα στο 2022, υποδορίως αντι-TNF παράγοντες και συγκεκριμένα golimumab και adalimumab (φάρμακο αναφοράς και βιο-ομοειδή), καθώς και πόσοι ασθενείς έλαβαν για την ίδια χρονική περίοδο ustekinumab.

Αποτελέσματα: Συνολικά στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι καταχωρημένοι 23.713 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και 10.874 ασθενείς με νόσο του Crohn. Από τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα adalimumab έλαβαν συνολικά 895 ασθενείς (3.77%), golimumab 71 ασθενείς (0.29%) και ustekinumab 270 ασθενείς (1.13%). Από τους ασθενείς με νόσο Crohn adalimumab έλαβαν συνολικά 3091 ασθενείς (28.42%) και ustekinumab 1423 ασθενείς (13.08%). Από τους 895 ασθενείς με ΕΚ που έλαβαν adalimumab, οι 500 έλαβαν φάρμακο αναφοράς (55.86%) και οι υπόλοιποι 395 βιο-ομοειδές (44.13%), επίσης 670 ήταν σε συσκευασία πέννας (74.86%) και 225 σε συσκευασία σύριγγας (25.13%)

Από τους 3091 ασθενείς με NC που έλαβαν adalimumab, οι 1992 έλαβαν φάρμακο αναφοράς (64.44%) και οι υπόλοιποι 1099 βιο-ομοειδές (35.55%), ενώ 2185 ήταν σε συσκευασία πέννας (70.68%) και 906 σε συσκευασία σύριγγας (29.31%).

Συμπέρασμα: Ένας σημαντικός αριθμός ασθενών με νόσο Crohn λαμβάνει βιολογικούς παράγοντες υποδορίως. Ο αριθμός των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα που λαμβάνει βιολογικούς παράγοντες υποδορίως είναι σαφώς μικρότερος.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΜΕ USTEKINUMAB ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ε. Ορφανουδάκη, Γ. Χλωράκης, Κ. Φωτεινογιαννοπούλου, Ε. Θεοδωράκη, Ι. Δρυγιαννάκης, Μ. Τσαφαρίδου, Ι. Κουτρομπάκης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

Σκοπός: Αρκετοί ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ) σταματούν τη θεραπεία με την πάροδο του χρόνου είτε λόγω απώλειας ανταπόκρισης είτε λόγω εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καταγραφεί η διάρκεια παραμονής στο ustekinumab σε ασθενείς με ΙΦΝΕ καθώς και πιθανοί παράγοντες που σχετίζονται με αυτή.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά διαδοχικοί ασθενείς με ΙΦΝΕ, οι οποίοι ξεκίνησαν αγωγή με ustekinumab και είχαν τουλάχιστον 1 έτος παρακολούθησης. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους χρησιμοποιώντας δεδομένα από την υπάρχουσα βάση καταγραφής ΙΦΝΕ του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Υπολογίστηκε η επιβίωση της θεραπείας του ustekinumab στο 1 και στα 3 έτη από την έναρξη της θεραπείας αντίστοιχα και έγινε συσχέτιση με τα καταγεγραμμένα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά.

Αποτελέσματα: Από τους 41 ασθενείς που έχουν ξεκινήσει αγωγή με ustekinumab στο κέντρο μας, οι 31 με τουλάχιστον 1 έτος παρακολούθησης συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Οι ασθενείς είχαν κυρίως διάγνωση νόσου Crohn 90% (28/31), ήταν 58% (18/31) άνδρες, μέσης ηλικίας (\pm SD) 52.25 ± 15.64 έτη, με μέση διάρκεια νόσου 18.13 ± 10.7 έτη, 42% (13/31) είχαν υποβληθεί σε τουλάχιστον ένα χειρουργείο για τη νόσο. Το 74% (23/31) είχε προηγούμενη έκθεση σε τουλάχιστον έναν βιολογικό παράγοντα στο παρελθόν (12 σε έναν, 8 σε δύο και 3 σε >δύο παράγοντες), σε 5 (16%) γινόταν συγχορήγηση με ανοσοκατασταλτικό για τουλάχιστον 3 μήνες και σε 3 (10%) είχε εντατικοποιηθεί το σχήμα σε 90mg ανά 4 εβδομάδες. Ένα έτος μετά την έναρξη της αγωγής 74% (23/31) συνέχιζε να λαμβάνει τον παράγοντα. Σε 24 ασθενείς που υπήρχαν δεδομένα παρακολούθησης για τουλάχιστον 3 έτη, 58% (14/24) παρέμεινε στη θεραπεία. Δεν βρέθηκε συσχέτιση δημογραφικών ή κλινικών χαρακτηριστικών νόσου με την παραμονή στην θεραπεία.

Συμπέρασμα: Σε ένα δύσκολο πληθυσμό ΙΦΝΕ με 74% αποτυχία σε έναν τουλάχιστον βιολογικό παράγοντα τα τρία τέταρτα αυτών που έλαβαν ustekinumab συνεχίζουν την αγωγή για άνω από ένα έτος ενώ πάνω από τους μισούς ασθενείς (58%) συνεχίζουν να το λαμβάνουν 3 έτη μετά την έναρξη του.

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΎΦΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΟΥ INFLIXIMAB ΚΑΙ VEDOLIZUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΕ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΚΑΙ ΔΕΞΙ ΕΝΤΕΡΟ;

Δ. Λάζου, Π. Κεβρεκίδου, Κ. Σουφλήρης, Σ. Καλλινικίδης, Ν. Δημητριάδης, Μ. Σταφυλίδου, Ε. Χατζόπουλος, Γ. Λαζαράκη, Δ. Τζιλβές

Γαστρεντερολογική Κλινική, «Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Έχουν πρόσφατα επισημανθεί διαφορές στην ενδοσκοπική αποτελεσματικότητα των βιολογικών θεραπειών μεταξύ νόσου του Crohn σε ειλεό και παχύ έντερο. Αντίθετα δεν έχουν αποδειχθεί αντίστοιχες διαφορές στην ενδοσκοπική ανταπόκριση του ορθοσιγμοειδούς και του υπόλοιπου παχέος εντέρου στην Ελκώδη Κολίτιδα. Σκοπός η σύγκριση της ενδοσκοπικής ύφεσης σε ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα που έλαβαν ενδοφλέβια βιολογική θεραπεία με infliximab και vedolizumab σε σχέση με την εντόπιση της νόσου.

Μεθοδολογία: Μελετήθηκαν αναδρομικά τα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία από ασθενείς με μέτρια-σοβαρή Ελκώδη Κολίτιδα που έλαβαν θεραπεία με infliximab ή vedolizumab και είχαν διαθέσιμη ενδοσκοπική εκτίμηση της θεραπείας σε 3 με 12 μήνες. Διενεργήθηκε ανάλυση των δεδομένων (IBM SPSS) με μόνο καταληκτικό σημείο την ενδοσκοπική ύφεση (Mayo Endoscopic Score, MES 0-1) και τις συσχετίσεις μεταξύ ενδοφλέβιας βιολογικής θεραπείας και εντόπισης νόσου.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 92 ασθενείς: 53 άνδρες, μέση ηλικία 47 έτη, μέση διάρκεια νόσου 9 έτη. Έλαβαν infliximab 55 και vedolizumab 37. Σε ότι αφορά τη βαρύτητα της νόσου, σημειώνεται ότι το 42% είχε νοσηλευτεί για οξεία σοβαρή Ελκώδη Κολίτιδα, το 85% έλαβε αρχικά στεροειδή, το 43,5% με προηγούμενη βιολογική θεραπεία, το 63% είχαν MES 3, 10% υπολευκωματιναιμία, 4% αναιμία, εντατικοποιημένο infliximab 74,5%, εντατικοποιημένο vedolizumab 30,6%, και 21% οδηγήθηκαν τελικά σε κολεκτομή. Φαινοτυπικά αριστερόπλευρη κολίτιδα είχαν 22,8% των ασθενών και πανκολίτιδα 77,2%. Συνολικά ενδοσκοπική ύφεση παρατηρήθηκε σε 56 ασθενείς (60,9%). Ενδοσκοπική ύφεση παρατηρήθηκε στο ορθοσιγμοειδές σε 64,1% και στο υπόλοιπο παχύ έντερο σε 77,2%. Σε ασθενείς με πανκολίτιδα υπήρξαν 4/72 ασθενείς με ανταπόκριση δεξιά αλλά όχι αριστερά, και 5/72 ασθενείς με απουσία ανταπόκρισης στο ορθοσιγμοειδές που ανταποκρίθηκαν σε εντατικοποίηση (όλοι σε infliximab). Κάθε ασθενής με ανταπόκριση αριστερά είχε ανταπόκριση και δεξιά. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ vedolizumab και infliximab, αλλά υπήρξαν στατιστικά σημαντικά περισσότεροι ασθενείς σε infliximab με οξεία σοβαρή κολίτιδα, μικρότερη ηλικία, μικρότερη διάρκεια νόσου, υψηλότερη αρχική CRP και συγχορήγηση ανοσοκατασταλτικών. Στατιστικά χειρότερη ανταπόκριση εμφάνισαν οι πρώην καπνιστές με βαριά ενδοσκοπική (MES 3) προσβολή του ορθοσιγμοειδούς, και συνεπακόλουθα αυξημένη χρήση εντατικοποιημένου infliximab.

Συμπεράσματα: Παρατηρήθηκε ισάξια υψηλή ενδοσκοπική ύφεση μεταξύ ενδοφλέβιου infliximab και vedolizumab: οι ασθενείς σε infliximab είχαν εμφανώς μεγαλύτερη βαρύτητα νόσου. Η αναδρομική μελέτη διαφορικής ανταπόκρισης αριστερού και δεξιού εντέρου ασθενών με Ελκώδη Κολίτιδα παρουσιάζει δυσκολίες, αλλά υπαινίσσεται μικρότερη ανταπόκριση του ορθοσιγμοειδούς, για άγνωστους λόγους, που αξίζει να μελετηθεί προοπτικά ή/και σε μεγαλύτερες βάσεις δεδομένων. Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση είναι το ίδιο αξιόπιστη με την κολonosκόπηση για την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN

Π. Νικολάου, Α. Ψιστάκης, Δ.Ε. Αρνά, Κ. Καρμίρης, Γ. Πασπάτης, Α. Θεοδωροπούλου

Γαστρεντερολογικό Τμήμα Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο, Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα ενδοκοιλιακά αποστήματα αποτελούν εκδήλωση με δυνητικά σοβαρές συνέπειες στους ασθενείς με διατρητικό φαινότυπο νόσου του Crohn (NC). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των ασθενών με NC που παρουσίασαν ενδοκοιλιακά αποστήματα και η θεραπευτική τους αντιμετώπιση.

Υλικά-Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη ασθενών με NC στο κέντρο μας με καταγραφή δεδομένων σχετιζόμενων με τον ασθενή (δημογραφικά χαρακτηριστικά), τη νόσο (διάρκεια, χειρουργικές επεμβάσεις, φαρμακευτική αγωγή) και τα αποστήματα (μέγεθος, σχέση με χειρουργικές επεμβάσεις, αντιμετώπιση, έκβαση) σε προκαθορισμένη βάση τη χρονική περίοδο 2005-2023. Ο χαρακτηρισμός ως απόστημα βασίστηκε στην περιγραφή στην αξονική τομογραφία.

Αποτελέσματα: Συνολικά μελετήθηκαν 716 ασθενείς με NC [άνδρες: 55%, καπνιστές: 54.5%, μέση (\pm SD) ηλικία: 39.0 (\pm 12.6) έτη, διάρκεια νόσου: 16.5 (\pm 8.8)]. Ενδοκοιλιακό απόστημα διαγνώστηκε σε 11/716 (1.5%), σε 3/11 μετεγχειρητικά. Σε έναν ασθενή το ενδοκοιλιακό απόστημα διαπιστώθηκε κατά την διάγνωση της NC. Σε 4/11 (36.4%) το απόστημα ήταν > 3εκ. Όλοι οι ασθενείς χρειάστηκαν νοσηλεία για 19.6 (\pm 8.8) ημέρες και αρχικά έλαβαν συνδυασμό σιπροφλοξασίνης και μετρονιδαζόλης (8/11) ή κεφαλοσπορίνης και μετρονιδαζόλης. Οι 7/11 ανταποκρίθηκαν στο πρώτο σχήμα ενώ σε 3/11 χρειάστηκε αλλαγή σε μεροπενέμη. Οι 6/11 ανταποκρίθηκαν στην συντηρητική αγωγή, σε έναν έγινε ακτινολογικά καθοδηγούμενη παροχέτευση ενώ σε 4/11 χειρουργική παρέμβαση (3 δεξιά ημικολεκτομή, 1 χειρουργική παροχέτευση). Σε δύο ασθενείς απομονώθηκε παθογόνο από το απόστημα (*E.coli* & *Streptococcus oralis*). Συνδυαστική θεραπεία με αντι - TNFα και αζαθειοπρίνη λάμβαναν 3/11, μονοθεραπεία με anti-TNFα 2/11, αζαθειοπρίνη 3/11, και από ένας vedolizumab και ustekinumab κατά την εντόπιση του αποστήματος. Οι 2/3 ασθενείς που ελάμβαναν anti - TNFα και αζαθειοπρίνη αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά. Αλλαγή της σχετιζόμενης με τη NC αγωγής αποφασίστηκε σε 8/11 ασθενείς μετά την επιτυχή αντιμετώπιση του αποστήματος. Κανείς ασθενής δεν παρουσίασε σοβαρές επιπλοκές ή θανατηφόρα έκβαση.

Συμπεράσματα: Το 1.5% των ασθενών με NC που παρακολουθούνται στο τμήμα μας παρουσίασαν ενδοκοιλιακό απόστημα, με τα 2/3 αυτών να αντιμετωπίζονται επιτυχώς συντηρητικά. Δε διαπιστώθηκε κάποια συσχέτιση του βαθμού ανοσοτροποποίησης των ασθενών με την ανάγκη διενέργειας χειρουργικής αντιμετώπισης αν και η σειρά των περιστατικών είναι μικρή για να εξαχθούν ασφαλή αποτελέσματα.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Κ. Αργυρίου, Στ. Κυριακίδης, Τ. Μπέκτσης, Χ. Κατέρη, Α. Μανωλάκης, Β. Παπαδόπουλος, Α. Καλτσά, Κ. Πατέρας, Φ. Φυτσιλής, Δ. Χούγιας, Ι. Χατζούδης, Ε. Δεληγιάννη, Γ. Τζελάς, Α. Καψωριτάκης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αναδρομική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας των βιολογικών θεραπειών σε μια σειρά ασθενών από ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) ηλικίας που υπερέβαινε τα 60 έτη σε σύγκριση με νεότερους ασθενείς.

Υλικό-Μέθοδος: Στην παρούσα συγκριτική μελέτη συμμετείχε σειρά ασθενών με ΙΦΝΕ από το κέντρο μας που έλαβαν βιολογικές θεραπείες από το 2010 έως το 2020. Τα δεδομένα που αναλύθηκαν προήλθαν από το ηλεκτρονικό αρχείο της γαστρεντερολογικής κλινικής και αφορούσαν κοινωνικο - δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού. Για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας αναλύθηκαν τα κλινικοεργαστηριακά δεδομένα και οι ενδοσκοπήσεις των συμμετεχόντων όπου αυτές διατίθονταν καθώς και η βιωσιμότητα των εφαρμοζόμενων θεραπειών. Ταυτόχρονα, καταγράφηκαν στοιχεία για ανεπιθύμητες ενέργειες (ΑΕ) ή σοβαρές ΑΕ μέχρι τη διακοπή των βιολογικών θεραπειών.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν συνολικά 187 ασθενείς με ΙΦΝΕ που έλαβαν θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες κατά την περίοδο της μελέτης. 65% των ασθενών έπασχε από νόσο Crohn (NK) ενώ το υπόλοιπο από ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ). Στο σύνολο των ασθενών, το 47.8% έλαβε ινφλιξιμάμπη (IFX), το 18% ανταλιμουμάμπη (ADA), το 18% βεντολιζουμάμπη (VEDO) και το 16% ουστεκινουμάμπη (UST). Η διαμέση διάρκεια της βιολογικής αγωγής ήταν 10 έτη. Η αποτελεσματικότητα των βιολογικών θεραπειών δεν διέφερε σημαντικά ανάμεσα σε ασθενείς ηλικίας > 60 ετών και σε νεότερους ασθενείς. Οι πιο συχνές ΑΕ που οδήγησαν στη διακοπή του φαρμάκου ήταν η απώλεια ανταπόκρισης και οι τοπικές αντιδράσεις στο σημείο της έγχυσης. Δεν καταγράφηκαν σημαντικές διαφορές ως προς την βιωσιμότητα και την ανάγκη κλιμάκωσης θεραπείας μεταξύ ηλικιωμένων και νεότερων ασθενών ($p > 0.05$)

Συμπέρασμα: Οι διαθέσιμες βιολογικές θεραπείες χαρακτηρίζονται από ανάλογη αποτελεσματικότητα, βιωσιμότητα και ασφάλεια μεταξύ ηλικιωμένων και νεότερων ασθενών. σειρά αλληλουχίας μεταξύ των βιολογικών.

Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΗΝ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ 2018-2022

Αικ. Γάκη, Γ. Κοκκότης, Κ. Χαλακατεβάκη, Ν. Κιούλος, Μ. Γκίζης, Π. Πράπα, Γ. Μπάμιας

Γαστρεντερολογικό τμήμα Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα, ΕΚΠΑ, Αθήνα

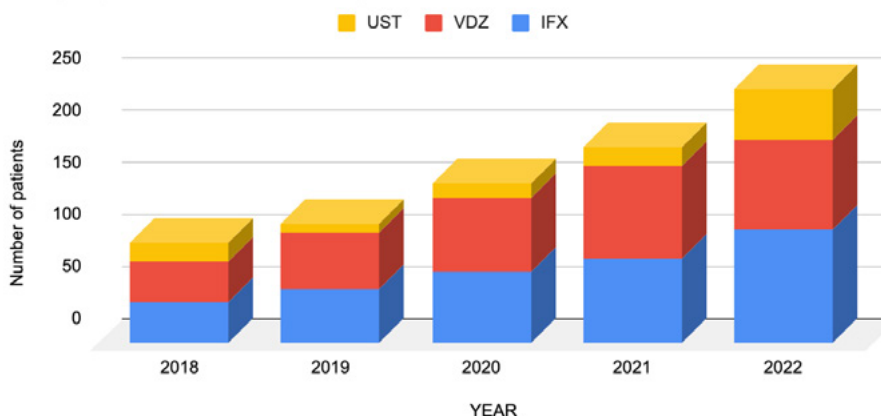
Σκοπός: Οι βιολογικές θεραπείες αποτελούν σημαντικό κομμάτι της θεραπείας των ΙΦΝΕ, τόσο ως θεραπεία εφόδου όσο και ως θεραπεία συντήρησης. Η χρήση τους έχει οδηγήσει σε βελτίωση της φυσικής ιστορίας των ΙΦΝΕ, όπως αποτυπώνεται στο μικρότερο αριθμό εισαγωγών στο νοσοκομείο και χειρουργικών επεμβάσεων και μείωση της ανάγκης για μακροχρόνια χορήγηση στεροειδών. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσει τη διαχρονική τάση χορήγησης ενδοφλέβιων βιολογικών παραγόντων σε ένα τριτοβάθμιο κέντρο διαχείρισης ασθενών με ΙΦΝΕ.

Υλικό-Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης των ασθενών με ΙΦΝΕ που έλαβαν τουλάχιστον μια ενδοφλέβια έγχυση βιολογικού παράγοντα μεταξύ Ιανουαρίου 2018 και Δεκεμβρίου 2022 σε κέντρο αναφοράς για ΙΦΝΕ. Συλλέχθηκαν στοιχεία για τα κάτωθι χαρακτηριστικά των ασθενών: ηλικία στην διάγνωση, διάρκεια νόσησης, τύπος ΙΦΝΕ, προηγούμενες θεραπείες με βιολογικούς παράγοντες.

Αποτελέσματα: Στο διάστημα της μελέτης χορηγήθηκαν ενδοφλέβιοι βιολογικοί παράγοντες σε 335 ασθενείς [διάμεση ηλικία: 39 έτη (17-87), άνδρες: 51,3%, Ελκώδης κολίτιδα: 48,9%, διάμεση διάρκεια νόσου: 8 έτη (1-43)]. Ο αριθμός των ασθενών που έλαβαν ενδοφλέβια βιολογικά παράγοντα αυξήθηκε από 96 το 2018 σε 244 το 2022 [αύξηση 38,5% ανά έτος, Γράφημα 1]. Το 2022 σε ασθενείς με Ελκώδη κολίτιδα το VDZ αντιπροσωπεύει το 40,9% των ενδοφλέβιων θεραπειών, το IFX το 42,3% και το UST το 16,8%. Αντίστοιχα στη Ν. Crohn, το VDZ αντιπροσωπεύει 29% των ενδοφλέβιων θεραπειών, το IFX το 48% και το UST το 23%. Μεταξύ ασθενών που ξεκίνησαν θεραπεία με VDZ τη πενταετία 2018-2022, 76% ήταν bio-naïve, 18% είχαν λάβει 1 βιολογικό παράγοντα πριν και 6% >1 βιολογικούς παράγοντες. Τα αντίστοιχα ποσοστά για το UST ήταν 30%/51%/18%, ενώ για το IFX 57%/34%/10%.

Συμπεράσματα: Την τελευταία πενταετία παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση του αριθμού ασθενών με ΙΦΝΕ που έλαβαν ενδοφλέβια θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες. Οι νεώτεροι βιολογικοί παράγοντες, όπως το Ustekinumab ενσωματώνονται γρήγορα στους θεραπευτικούς αλγόριθμους των ΙΦΝΕ. Το vedolizumab χρησιμοποιείται κυρίως σαν 1^η γραμμής θεραπείας τόσο στην Ελκώδη κολίτιδα όσο και στη Ν. Crohn ενώ το ustekinumab ως 2^η ή 3^η γραμμής.

Patients receiving at least one intravenous infusion of biologic agent during the period 2018-2022 in a tertiary IBD centre



ΔΙΑΛΥΤΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΜΕΣΕΓΧΥΜΑΤΙΚΑ ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ΜΕΙΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΩΤΕΪΝΙΚΗ ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΧΗΜΕΙΟΚΙΝΩΝ ΣΕ EX VIVO ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΝΘΡΩΠΕΙΩΝ ΚΟΛΟΝΟΕΙΔΩΝ

Λ. Κανδηλογιαννάκης^{1,2}, Ε. Φιλίδου^{1,2}, Μ. Σπαθάκης^{1,2}, Γ. Ταραπατζή^{1,2}, Ν. Δόβρολης^{1,2},
Κ. Αρβανιτίδης^{1,2}, Β. Βαλάτας^{1,3}, Ι. Δρυγιαννάκης³, Σ. Βραδέλης⁴, Ε. Μανωλόπουλος^{1,2},
Β. Πασπαλιάρης⁵, Γ. Κολιός^{1,2}

¹ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

² Κέντρο Αριστείας Φαρμακολογικών Μελετών και Ιατρικής Ακριβείας (IMPreS), Αλεξανδρούπολη

³ Εργαστήριο Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Κρήτη

⁴ Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης,

Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

⁵ Tithon Biotech Inc

Σκοπός: Σε *in vitro* και *in vivo* πειραματικά μοντέλα Ιδιοπαθούς Πνευμονικής Ίνωσης τα Καλλιεργητικά Υπερκείμενα Μεσεγχυματικών Βλαστοκυττάρων (ΚΥΜΒ) έχουν αντιφλεγμονώδεις και αντι-ινωτικές ιδιότητες. Στην συγκεκριμένη μελέτη, διερευνήσαμε την επίδραση των ΚΥΜΒ στη χημειοκινική έκφραση των κολοנוειδών από ανθρώπιες επιθηλιακές κρύπτες, τα οποία διεγέρθηκαν με προ-φλεγμονώδεις κυτταροκίνες.

Υλικό-Μέθοδοι: Ανθρώπιες επιθηλιακές κρύπτες απομονώθηκαν από ενδοσκοπικές βιοψίες τριών υγιών ατόμων, χωρίς ενδοσκοπική παθολογία. Διαφοροποιήθηκαν σε κολοנוειδή χρησιμοποιώντας εμπορικά διαθέσιμο kit και κατόπιν διεγέρθηκαν για 12 ή 24 ώρες με τις προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες IL-1α (5ng/ml) και TNF-α (50ng/ml) (2C) με ή χωρίς ΚΥΜΒ. Ελέγχθηκε με RTq-PCR η mRNA και με ELISA η πρωτεϊνική έκφραση των χημειοκινών CXCL10, CXCL11 και CCL20 στα αντίστοιχα χρονικά σημεία.

Αποτελέσματα: Τα αδιέγερτα κολοנוειδή δεν εξέφραζαν καμία από τις υπό μελέτη χημειοκίνες. Η διέγερση με 2C επί 12 ώρες οδήγησε σε αύξηση όλων των υπό μελέτη χημειοκινών σε επίπεδο mRNA (CXCL10: 6.05±0.91-fold, p<0.01; CXCL11: 14.63±1.32-fold, p<0.05; CCL20: 116±37-fold, p<0.05). Ομοίως, η διέγερση επί 24 ώρες προκάλεσε επαγωγή της έκκρισης των αντίστοιχων πρωτεϊνών (CXCL10: 98.28±14.06pg/ml, p<0.0001; CXCL11: 80.27±10,24pg/ml, p<0.0001; CCL20: 5,014±214pg/ml, p<0.0001). Η χορήγηση ΚΥΜΒ επί της διέγερσης με 2C οδήγησε σε στατιστικά σημαντική μείωση των mRNA επιπέδων της CXCL10 (9.63±1,77-fold, p<0,05), αλλά όχι των CXCL11 και CCL20. Παρόλα ταύτα, σε πρωτεϊνικό επίπεδο, η χορήγηση ΚΥΜΒ, είχε σαν αποτέλεσμα τη στατιστικώς σημαντική μείωση όλων των υπό μελέτη χημειοκινών (CXCL10: 63.12±8.27pg/ml, p<0.05; CXCL11: 36.01± 1.59pg/ml, p<0.001; CCL20: 3,574±482pg/ml, p<0.01).

Συμπεράσματα: Εκκρινόμενοι παράγοντες από μεσεγχυματικά βλαστοκύτταρα έχουν αντιφλεγμονώδη δράση και επί των επιθηλιακών κυττάρων του παχέος εντέρου, καθώς μειώνουν δραστικά την επαγωγή των χημειοκινών CXCL10, CXCL11 και CCL20, οι οποίες παίζουν κεντρικό ρόλο στην προσέλκυση ανοσοκυττάρων κατά την εντερική φλεγμονή. Περαιτέρω χαρακτηρισμός του πρωτεομικού προφίλ του ΚΥΜΒ αποτελεί το επόμενο βήμα προς τη λεπτομερέστερη διερεύνηση των μηχανισμών δράσης των μεσεγχυματικών βλαστοκυττάρων.

Χρηματοδότηση: Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε από το ερευνητικό πρόγραμμα: Ε.Π. «Ανταγωνιστικότητα, Επιχειρηματικότητα, Καινοτομία», υποστήριξη της ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ, στο πλαίσιο υλοποίησης του Έργου IMPReS - «Δημιουργία Κέντρου Αριστείας Φαρμακολογικών Μελετών και Ιατρικής Ακριβείας» (MIS: 5047189)

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΝΕΚΡΩΣΗΣ ΟΓΚΩΝ Α (TNF-A) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN

Κ. Αργυρίου, Στ. Κυριακίδης, Τ. Μπέκτσης, Α. Μανωλάκης, Α. Καλτσά, Χ. Κατέρη, Β. Παπαδόπουλος, Κ. Πατέρας, Φ. Φυτσιλής, Δ. Χούγιας, Ι. Χατζούδης, Ε.Α. Δεληγιάννη, Γ. Τζελάς, Α. Καψωριτάκης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της βιωσιμότητας των anti-TNF σε σειρά ασθενών με νόσο Crohn από την κεντρική Ελλάδα και ο προσδιορισμός των παραγόντων που σχετίζονταν με αυξημένη επιβίωση της εν λόγω θεραπευτικής αγωγής.

Υλικό-Μέθοδος: Σε παρούσα μελέτη, εξετάστηκαν αναδρομικά οι ηλεκτρονικοί φάκελοι σειράς ενήλικων ασθενών με ΝΚ από το κέντρο μας που έλαβε θεραπεία με infliximab (IFX) ή adalimumab (ADA) κατά την περίοδο 2012-2022. Τα δεδομένα που αναλύθηκαν αφορούσαν κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού, καθώς και στοιχεία αναφορικά με την βιωσιμότητα και την ανάγκη βελτιστοποίησης της εφαρμοζόμενης θεραπείας.

Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός της μελέτης ανήλθε στα 113 άτομα εκ των οποίων το 72.6% είχε λάβει θεραπεία με IFX. Κατά την περίοδο παρακολούθησης, το 68% και 71% των ασθενών που έλαβαν IFX και ADA αντίστοιχα χρειάστηκε κλιμάκωση θεραπείας. Τον 1ο χρόνο, το ποσοστό βιωσιμότητας για το IFX και ADA ήταν >75% ενώ ελαττώθηκε σημαντικά τον 5ο χρόνο στο 23% και στο 35% αντίστοιχα. Από το σύνολο των κοινωνικοδημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών που εξετάστηκαν, η αυξημένη διάρκεια της νόσου ήταν ο μόνος παράγοντας που σχετίζονταν θετικά με την βιωσιμότητα και στους δυο anti-TNF ([standardized beta: .545, t: 3.690, p: < .001 95,0% Confidence Interval : 1.580-5.511 για τοADA], [standardized beta: .479, t: 5.119, p: <.001 95,0% Confidence Interval : 1.738-3.952 για το IFX]), ενώ η ανάπτυξη αντισωμάτων (standardized beta: .247, t: 2.639, p: < .01 95,0% Confidence Interval: 3.682-26.312) και η μη κλιμάκωση θεραπείας (standardized beta: .203, t: 2.128, p: < .037 95,0% Confidence Interval: 1.373-41.358) ήταν οι μόνιμοι παράγοντες που σχετίζονταν με μειωμένη βιωσιμότητα στο IFX.

Συμπέρασμα: Τα ποσοστά βιωσιμότητας της θεραπείας με anti-TNF στους ασθενείς με ΝΚ μειώνονται σημαντικά μετά τον 1ο χρόνο. Οι ασθενείς με αυξημένη διάρκεια νόσου κατά την στιγμή της έναρξης της θεραπείας με anti-TNF παρουσιάζουν μεγαλύτερη βιωσιμότητα της θεραπείας, ενώ η κλιμάκωση της δόσης του IFX βελτιώνει περαιτέρω την επίταση της βιωσιμότητας του. Αντίθετα, η κλιμάκωση της δόσης του ADA δεν βρέθηκε να επηρεάζει σημαντικά την βιωσιμότητα του εν λόγω φαρμάκου.

ΠΑΡΑΔΟΞΗ ΨΩΡΙΑΣΗ ΣΕ ΕΦΗΒΗ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΑΔΑΛΙΜΟΥΜΑΜΠΗ

Μ. Ντουμπάρα¹, Ε. Βούξινου¹, Χ. Κεμανετζή², Ε. Μιγγιάνη², Γ. Ιωαννίδου¹, Φ. Σωτηριάδου¹,
Θ. Δελαπόρτα¹, Μ. Φωτουλάκη¹

¹ Δ' Παιδιατρική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

² Β' Δερματολογική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Οι αναστολείς του παράγοντα νέκρωσης όγκου α (αντι-TNFα) διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (ΙΦΝΕ) στα παιδιά. Με την αύξηση της χρήσης τους περιγράφονται επιπλοκές από διάφορα συστήματα. Σκοπός της παρουσίασης είναι η περιγραφή έφηβης με εκζεματώδεις και ψωριασικές βλάβες από το δέρμα, ως παρενέργεια αγωγής με αδαλιμουμάμπη (ADA) για την αντιμετώπιση ελκώδους κολίτιδας.

Υλικό - Μέθοδοι: Έφηβη με ελκώδη κολίτιδα με ψωριασικές δερματικές βλάβες κατά τη διάρκεια θεραπείας της με ADA.

Αποτελέσματα: Έφηβη 16 ετών με γνωστό ιστορικό ελκώδους κολίτιδας από 9ετίας υπό αγωγή με ADA το προηγούμενο έτος λόγω υποτροπής (κοιλιακό άλγος, διαρροϊκές κενώσεις με πρόσμιξη αίματος, κι επιδείνωση ενδοσκοπικής και ιστολογικής εικόνας) παρουσίασε υποτροπιάζουσες δερματικές βλάβες με ψωριασικό εξάνθημα άνω και κάτω άκρων-ονύχων-τριχωτού κεφαλής και διαφυητική ιδρωταδενίτιδα με σταδιακή επιδείνωση 11 μήνες μετά την έναρξη αγωγής με ADA. Οι βλάβες επιδεινώθηκαν με την αύξηση της δόσης ADA, η οποία θεωρήθηκε αγωγή εκλογής για τις ψωριασικές βλάβες, κατόπιν δερματολογικής εκτίμησης, παράλληλα με τοπικό κορτικοστεροειδές. Λόγω ισχυρής υπόνοιας παράδοξης ψωρίασης κι αναγκαιότητας θεραπείας συντήρησης για την ελκώδη κολίτιδα έγινε έναρξη ουστεκινουμάμπης από τριμήνου. Η ασθενής παρουσιάζει σημαντική βελτίωση δερματικών βλαβών με ύφεση των συμπτωμάτων του πεπτικού.

Συμπεράσματα: Η παράδοξη ψωρίαση αποτελεί παρενέργεια σχετιζόμενη με βιολογικούς παράγοντες, ιδιαίτερα την αντι-TNFα αγωγή. Σε περίπτωση εμφάνισης ψωριασικών βλαβών, είναι υποχρεωτική η δερματολογική αξιολόγηση με ενδεχόμενη βιοψία. Με την επιβεβαίωση της διάγνωσης, ενδείκνυται τοπικές θεραπείες και σε μη ανταπόκριση, αλλαγή του βιολογικού παράγοντα.



ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

eP35

**ΙΦΝΕ ΚΑΙ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ Η ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗΣ
ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ**

Μ. Τοουλιά¹, Χ. Θάνος², Σπ. Βρακάς¹, Γ. Μιχαλόπουλος², Ι. Βουγαδιώτης¹, Β. Ντελής²

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς

² Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

Σκοπός: Από μελέτες έχει αποδειχθεί ότι η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα μπορεί να συνυπάρχουν με τις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου. Σκοπός ήταν να μελετηθεί η τροποποίηση της αγωγής και η έκβαση των ασθενών μετά τη διάγνωση του δεύτερου αυτοάνοσου νοσήματος.

Υλικό-Μέθοδοι: Η μελέτη αφορά σε ασθενείς διαγνωσμένους με ΙΦΝΕ οι οποίοι λόγω αρθραλγιών παραπέμφθηκαν για ρευματολογική εκτίμηση και ασθενείς υπό ρευματολογική παρακολούθηση οι οποίοι παραπέμφθηκαν λόγω συμπτωματολογίας πεπτικού και τέθηκε η διάγνωση ΙΦΝΕ. Η στατιστική ανάλυση που χρησιμοποιήθηκε ήταν το χ^2 και το t-test.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 42 ασθενείς, 21 είχαν αρχική διάγνωση ΙΦΝΕ (ομάδα Α) και 21 ασθενείς ρευματοειδή αρθρίτιδα ή αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα (ομάδα Β). Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην ηλικία διάγνωσης μεταξύ των δυο ομάδων (57.7 ± 14 vs 54.7 ± 12.6 , $p > 0.05$). Οι ασθενείς με νόσο Crohn ήταν περισσότεροι στην ομάδα Β (95.2% vs 57.1% , $p = 0.003$). Μετά τη διάγνωση του δεύτερου αυτοάνοσου νοσήματος, το ποσοστό μεταβολής της θεραπείας στην ομάδα Α ήταν 66.6% και 76.2% στην ομάδα Β. Η συχνότερη μεταβολή θεραπείας στην ομάδα Α ήταν η προσθήκη μεθοτρεξάτης (33.3%), ενώ η έναρξη βιολογικού παράγοντα (28.5%) και η αλλαγή βιολογικού παράγοντα (23.8%) ήταν οι επόμενες επιλογές. Στην ομάδα Β η πιο συχνή μεταβολή θεραπείας ήταν η αλλαγή βιολογικού παράγοντα (50%).

Ένα χρόνο μετά τη διάγνωση του 2^{ου} αυτοάνοσου νοσήματος δεν παρατηρήθηκε διαφορά σε βαθμό στατιστικά σημαντικό στα ποσοστά κλινικής υποτροπής, βλεννογονικής επούλωσης, νοσηλείας και χειρουργικής επέμβασης μεταξύ των δυο ομάδων.

Συμπεράσματα: Η τροποποίηση της θεραπείας κατά τη συνύπαρξη των δύο νοσημάτων αποτελεί συνηθισμένη θεραπευτική επιλογή, χωρίς όμως να επηρεάζεται βραχυπρόθεσμα η έκβαση του φλεγμονώδους νοσήματος του εντέρου.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΙΦΝΕ ΣΤΗΝ «ΕΙΚΟΝΑ ΕΑΥΤΟΥ» ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ε. Ζαχαροπούλου¹, Γ. Λυράκος², Γ. Μπέλλου¹, Μ. Παλατιανού¹, Ν. Λεοντίδης¹, Ι. Ιντέρνος¹,
Γ. Πενέσης¹, Γ. Τριμπόνιας¹, Β. Βαμβακούσης¹, Μ. Τζουβαλά¹

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΝΠ «Αγ. Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Η Αγ. Βαρβάρα», Νίκαια

² Τμήμα Ψυχολογίας, ΓΝΝΠ «Αγ. Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Η Αγ. Βαρβάρα», Νίκαια

Σκοπός: Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι εντέρου (ΙΦΝΕ) είναι γνωστό ότι επηρεάζουν τις σωματικές, ψυχολογικές, οικογενειακές και κοινωνικές διαστάσεις της ζωής. Σκοπός της μελέτης είναι η συλλογή δεδομένων σχετικά με την επίδραση της ΙΦΝΕ στην εικόνα εαυτού των ασθενών και στους παράγοντες της σωματικής δυσαρέσκειας, της αυτοαποτελεσματικότητας (η πίστη στην ικανότητα κάποιου να ολοκληρώσει τα καθήκοντά του και να επιτύχει στόχους) και της αυτοεκτίμησης σε σχέση με την υγεία τους.

Υλικό-Μέθοδος: Από 15/02/2023 έως 15/03/2023, στους ασθενείς που προσήλθαν στο τακτικό ιατρείο ΙΦΝΕ χορηγήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο για αυτοσυμπλήρωση που περιελάμβανε τυποποιημένα για χρόνια νοσήματα ερωτηματολόγια: Ερωτηματολόγιο σωματικής δυσαρέσκειας (BDQ), Ερωτηματολόγιο εικόνας σώματος (BDIQ), Ερωτηματολόγιο αποδοχής χρόνιου νοσήματος (CPAQ), Κλίμακα καταστροφποίησης του πόνου (PCS), Κλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας στη νόσο. Καταγράφηκαν επίσης τα δημογραφικά δεδομένα των ασθενών (ηλικία, φύλο, διάρκεια και είδος της ΙΦΝΕ, δείκτης μάζας σώματος (BMI και λήψη βιολογικών παραγόντων).

Αποτελέσματα: Συνολικά 77 ασθενείς συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια [άνδρες: 51,9%, μέση ηλικία κατά την ένταξη: 43,9 έτη ($\pm 14,1$), ελκώδης κολίτιδα 61% νόσος Crohn 39%, διάμεση διάρκεια νόσου 8 έτη]. Το 71,4% λαμβάνει βιολογικό παράγοντα και σχεδόν 78% θεωρούν ότι βρίσκονται σε ύφεση. Ο μέσος όρος στο BDQ (μέγιστο σκορ 156) ήταν 45,8 ($\pm 14,4$). Ο αυξημένος BMI ($P=0,01$), η λήψη βιολογικών παραγόντων ($P=0,03$) και το γυναικείο φύλο ($P=0,04$) συσχετίστηκαν με υψηλότερο βαθμό σωματικής δυσαρέσκειας. Σχετικά με το BDIQ (μέγιστο σκορ 175), ο συνολικός μέσος όρος ήταν 111 ($\pm 24,9$). Μόνο ο BMI συσχετίστηκε με χειρότερο βαθμό αποδοχής σώματος ($P=0,01$). Στην CPAQ (μέγιστο σκορ 120) και στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας (μέγιστο σκορ 60) οι μέσοι όροι ήταν 58,23 (± 16) και 35,4 ($\pm 14,3$) αντίστοιχα, και δε βρέθηκε συσχέτιση με τους παράγοντες που μελετήθηκαν. Τέλος, ο μέσος όρος της PCS (μέγιστο σκορ 52) ήταν 20,6 ($\pm 15,2$) και ομοίως δε βρέθηκε κάποια συσχέτιση.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ κατά μέσο όρο έχουν αρκετά καλή εικόνα για το σώμα τους και τείνουν να μην καταστροφοποιούν τον πόνο. Οι ασθενείς με αυξημένο BMI, όσοι λαμβάνουν βιολογικούς παράγοντες και οι γυναίκες είναι περισσότεροι δυσαρεστημένοι με το σώμα τους. Η ΙΦΝΕ φαίνεται να επηρεάζει την πεποίθηση του ασθενούς ότι μπορεί «να τα καταφέρει», να είναι δηλαδή αποτελεσματικός στην προσωπική, εργασιακή και κοινωνική ζωή.

ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΑΠΟ ΝΟΣΟ CROHN ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΝΣΦΗΝΩΣΗ ΒΛΩΜΟΥ ΤΡΟΦΗΣ

Ι. Μητσέλος, Φ. Φουσέκης, Κ. Κατσάνος, Δ. Χριστοδούλου

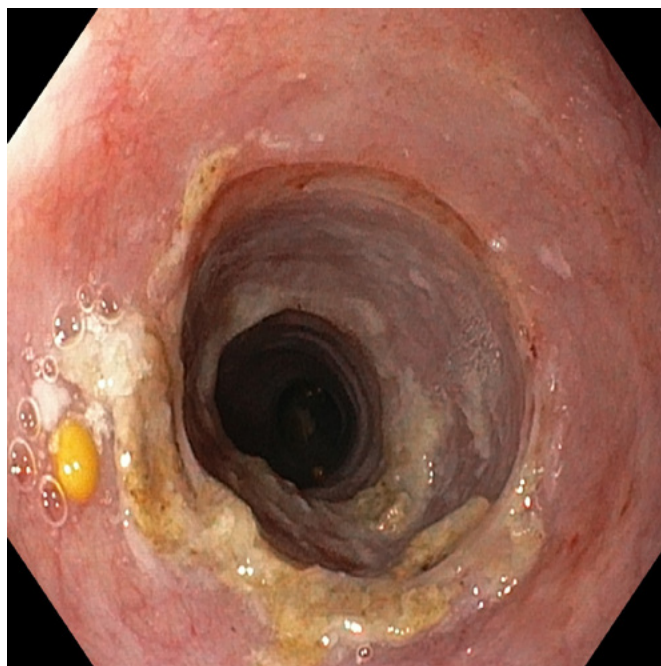
Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Σκοπός: Η νόσος Crohn μπορεί να προσβάλει οποιοδήποτε τμήμα του πεπτικού σωλήνα και ο επιπολασμός της προσβολής του οισοφάγου κυμαίνεται από 0.2%-10%.

Υλικό-Μέθοδοι: Γυναίκα ασθενής 71 ετών με ιστορικό νόσου Crohn από 12 ετίας με αναφερόμενη εντόπιση στο λεπτό έντερο σε φάση ύφεσης και μη διατηρητική μη στενωτική νόσος, χωρίς γνωστή προσβολή του ανώτερου πεπτικού υπό adalimumab 40mg ανά δύο εβδομάδες, προσήλθε στα επείγοντα του νοσοκομείου λόγω ενσφένωσης βλωμού τροφής. Η ασθενής δεν αναφέρει προηγούμενη συμπτωματολογία από το ανώτερο πεπτικό.

Αποτελέσματα: Η ενδοσκόπηση ανέδειξε ενσφένωση βλωμού τροφής στη μεσότητα του οισοφάγου το οποίο προωθήθηκε στο στόμαχο με τη βοήθεια του ενδοσκοπίου. Στα 25 cm από τους τομείς των οδόντων (μέσο προς άνω τριτημόριο) αναγνωρίστηκε κυκλωτικής ουλής. Σε όλη του την έκταση του οισοφάγου ο βλεννογόνος εμφάνιζε ευθρυπτότητα και ουλοποίηση με ήπιες συγκεντρικές στενώσεις του αυλού από τις οποίες διερχόταν με ευχέρεια το γαστροσκόπιο. Οι ιστολογικές εξετάσεις ανέδειξαν διήθηση του βλεννογόνου από πολυμορφοπύρρηνα κυρίως πλασματοκύτταρα, καθώς και παρουσία μικροαποστημάτων, ενώ τα ηωσινόφιλα ήταν σπάνια (<10/HPF). Η ασθενής έλαβε αγωγή με υψηλή δόση αναστολέων αντλίας πρωτονίων (PPI) καθώς και συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών για 2 μήνες με συνοδό κλινική ανταπόκριση της νόσου και συστήθηκε αλλαγή του adalimumab σε ustekinumab.

Συμπέρασμα: Η νόσος Crohn μπορεί να προκαλέσει σημαντική στένωση του οισοφάγου ενώ μπορεί να διαδράμει ασυμπτωματικά προτού εκδηλωθεί κλινικά. Η ενδοσκόπηση και η λήψη βιοψιών είναι απαραίτητα για την επιβεβαίωση της οισοφαγικής προσβολής της νόσου του Crohn, ενώ η χρήση PPI και κορτικοστεροειδών έχουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της οισοφαγικής προσβολής.



ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Ε. Ταμπουρατζή¹, Α. Μέλλος², Π. Δικαιάκος³, Ι. Κατσαντώνης¹, Σπ. Βρακάς²

¹ Δερματολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς

² Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς

³ Α' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς

Σκοπός: Είναι γνωστό ότι ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου μπορεί να εμφανίσουν δερματολογικές εκδηλώσεις. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των δερματολογικών εκδηλώσεων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.

Υλικό-μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη καταγραφής των δερματολογικών εκδηλώσεων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ την περίοδο 2019-2022. Έγινε καταγραφή των ασθενών στο τακτικό δερματολογικό ιατρείο σε συνεργασία με το ιατρείο ΙΦΝΕ του Τζάνειου νοσοκομείου.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθησαν 52 ασθενείς με μέση ηλικία 44±13 έτη. Από τους ασθενείς 32 (61.5%) ήταν άνδρες και 20 (38.5%) γυναίκες, ενώ 47 (90.4%) ασθενείς είχαν διαγνωστεί με νόσο Crohn και 5 (9.6%) με ελκώδη κολίτιδα. Η πλειοψηφία των ασθενών (36 ασθενείς, 69%) λάμβανε βιολογικό παράγοντα, εκ των οποίων οι περισσότεροι ασθενείς (88.9%) anti-TNF παράγοντα. Συχνότερη δερματολογική εκδήλωση ήταν το ψωριασιόμορφο εξάνθημα (32 ασθενείς, 61.5%), 9 (17.3%) ασθενείς εμφάνισαν δερματικές λοιμώξεις, 4 (7.6%) ασθενείς πυώδη ιδρωταδενίτιδα, 3 (5.7%) ασθενείς οζώδες ερύθημα. Σε 2 (3.8%) ασθενείς παρουσιάστηκε γαγγραινώδες πυόδερμα, ενώ δυο (3.8%) εμφάνισαν αλλεργική αντίδραση. Από τους ασθενείς που εμφάνισαν ψωριασιόμορφο εξάνθημα το 100% λάμβανε anti-TNF παράγοντα. Οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με τοπική θεραπεία και 3 (9.3%) χρειάστηκε να αλλάξουν βιολογικό παράγοντα. Από τους ασθενείς που εμφάνισαν δερματικές λοιμώξεις το σύνολο των ασθενών λάμβανε βιολογικό παράγοντα.

Συμπεράσματα: Συχνότερες δερματολογικές εκδηλώσεις σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου ήταν το ψωριασιόμορφο εξάνθημα και οι δερματικές λοιμώξεις. Μικρό ποσοστό των ασθενών με ψωριασιόμορφο εξάνθημα χρειάστηκε να διακόψει τον anti-TNF παράγοντα.

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ, ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ, ΣΠΛΑΧΝΙΚΗΣ ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ, ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΦΑΣΗ ΒΑΘΙΑΣ ΥΦΕΣΗΣ

A. Τρίκολα¹, Κ. Μουσουράκης², Γ. Καραμανώλης³, Ν. Βιάζης²

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

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

³ Γαστρεντερολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Οι ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου (ΙΦΝΕ) εμφανίζουν συχνά συμπτώματα από το γαστρεντερικό, παρά την κλινική και βιοχημική ύφεση της νόσου. Παθήσεις του άξονα εγκεφάλου- εντέρου, συχνά συνυπάρχουν, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και η αδυναμία αναγνώρισης τους μπορεί να οδηγήσει σε μη αναγκαία εντατικοποίηση της λαμβανόμενης αγωγής των ασθενών. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αναζήτηση συμπτωμάτων που συνοδεύουν διαταραχές του άξονα εγκεφάλου-εντέρου σε ασθενείς με ΙΦΝΕ σε βαθιά ύφεση νόσου.

Υλικό-Μέθοδοι: Στη μελέτη εντάχθηκαν ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και νόσο Crohn θεραπευόμενοι με βιολογικό παράγοντα και ενώ βρίσκονται σε βαθιά κλινική, ενδοσκοπική και βιοχημική ύφεση για διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών. Συλλέχθηκαν δημογραφικά δεδομένα, χαρακτηριστικά νόσου και αναζητήθηκαν συμπτώματα από το γαστρεντερικό. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με την παρουσία συμπτωμάτων (Patients' assessment of gastrointestinal disorders-PAGI-SYM), ποιότητας ζωής (Patient assessment of gastrointestinal disorders-Quality of life- PAGI-QoL), δείκτη σπλαχνικής υπερευαισθησίας (Visceral Sensitivity Index) και παρουσίας άγχους και κατάθλιψης (hospital anxiety and depression score-HADS).

Αποτελέσματα: Συνολικά 25 ασθενείς εντάχθηκαν στη μελέτη (13 ασθενείς με νόσο Crohn και 12 με ελκώδη κολίτιδα), μέσης ηλικίας 46,2 έτη (19-72 ετών, ±17). Τα ερωτηματολόγια PAGI-SYM, PAGI-QoL, VSI και HADS εμφάνισαν υψηλούς συντελεστές αξιοπιστίας (Cronbach's alpha 0,913, 0,969, 0,923 και 0,828 αντίστοιχα). Οι ασθενείς εμφάνισαν αυξημένη παρουσία συμπτωμάτων (μέσος όρος PAGI-SYM=7,6, PAGI-QoL=27,8, VSI=63,4 και HADS(D)=4,5 και HADS (A)=6,44. Το 36% των ασθενών εμφάνισε οριακά ή παθολογικά επίπεδα άγχους και το 24% οριακά ή παθολογικά επίπεδα κατάθλιψης, παρά την παρουσία ύφεσης.

Τόσο οι ασθενείς με νόσο Crohn όσο και οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα εμφάνισαν παρόμοια επίπεδα παρουσίας συμπτωμάτων ($p=0.54$), ποιότητας ζωής ($p=0.49$), σπλαχνικής ευαισθησίας ($p=0.96$) και επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ($p=0.53$)

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα συμπτωμάτων, χειρότερη ποιότητα ζωής, αυξημένο δείκτη σπλαχνικής υπερευαισθησίας, άγχους και κατάθλιψης, παρά την επίτευξη ύφεσης της νόσου. Η αναζήτηση τους και σε περιόδους βαθιάς ύφεσης της νόσου είναι σημαντική για την ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών.

ΕΛΚΩΔΗΣ ΟΡΘΙΤΙΔΑ. ΠΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

Γ. Νούσιας, Α. Τσατσά, Αικ. Τσατσά, Κ. Κουστένης, Φ. Αλμπάνη, Ε. Μπέκα, Χ. Βερετάνος, Κ. Αρβανίτης, Τ. Γεωργιάδη, Λ. Καραούζας, Δ. Κοζομπόλη, Ι. Μυλωνάς, Ν. Παπαρίζου, Μ. Πάτση, Γ. Καλόγηρος, Κ. Μουσουράκης, Ε. Βιέννα, Χ. Χατζηευαγγελινού, Κ. Κατωπόδη, Β. Παπαστεργίου, Κ. Βαρυτιμιάδης, Α. Μελά, Μ. Μελά, Ε. Αρχαύλης, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική Αθηνών», Αθήνα

Σκοπός: Η Ελκώδης ορθίτιδα συνήθως έχει ήπια και λιγότερο επιθετική πορεία από τις υπόλοιπες μορφές ελκώδους κολίτιδας. Σκοπός της μελέτης ήταν να καταγράψει την πορεία των ασθενών με ελκώδη ορθίτιδα στην πορεία του χρόνου.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση δεδομένων που συλλέγησαν προοπτικά από ασθενείς με ελκώδη ορθίτιδα διεγνωσμένη ενδοσκοπικά και επιβεβαιωμένη ιστολογικά που παρακολουθούνται στο Τμήμα μας. Καταγράφηκε η θεραπεία που έλαβαν αυτοί οι ασθενείς στη διάρκεια του χρόνου.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριελήφθηκαν στη μελέτη 71 ασθενείς με ελκώδη ορθίτιδα. Η μέση ηλικία ήταν 53 ± 15 έτη και η μέση διάρκεια νόσου ήταν 12 ± 9 έτη και η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 52 (11-72) μήνες. Από τους ασθενείς αυτούς 39 (54.9%) έλαβαν 5-ASA per os, και 63 (88.7%) έλαβαν 5-ASA per rectum. Εικοσιέξι ασθενείς έλαβαν συνδυασμό 5-ASA per os και per rectum (36.6%). Συνολικά 8 ασθενείς (11.2%) ήταν ανθεκτικοί στη θεραπεία με 5-ASA και έλαβαν κορτικοστεροειδή per os (n=5, 7.0%), infliximab (n=2, 2.8%) και ένας ασθενής χειρουργήθηκε (1.4%).

Συμπεράσματα: Τα δεδομένα της μελέτης μας επιβεβαιώνουν την καλή κλινική πορεία της ελκώδους ορθίτιδας στους ασθενείς που παρακολουθούνται στο Τμήμα μας.

ΗΠΑΤΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ - ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΕΝΤΡΟΥ 4^ο ΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Α. Κούρτη¹, Ι. Καναβάκη¹, Χ. Κοσμέρη¹, Αικ. Χήρα¹, Π. Φούκας², Δ. Πολύμερος³, Ν. Κούνα⁴, Σ. Φεσσάτου¹

¹ Μονάδα Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής, Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

² Β' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

³ Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Κέντρο Διαβήτη, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

⁴ Β' Κλινική Αναισθησιολογίας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (ΙΦΝΕ) σχετίζεται συχνά με ηπατική παθολογία που εκδηλώνεται ως παροδική αύξηση των ηπατικών ενζύμων ή καθορισμένες ηπατικές ασθένειες. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση του επιπολασμού και του τύπου της ηπατικής παθολογίας σε παιδιά με ΙΦΝΕ.

Υλικό-Μέθοδοι: Πρόκειται για μια αναδρομική ανάλυση της ηπατικής παθολογίας παιδιατρικών ασθενών με ΙΦΝΕ που παρακολουθούνται στο παιδογαστρεντερολογικό μας τμήμα τα τελευταία πέντε χρόνια. Η ηπατική παθολογία ορίστηκε ως η αυξημένη δραστηριότητα των ηπατικών ενζύμων στον ορό και/ή ως παθολογικές αλλαγές του οργάνου σε απεικονιστικές εξετάσεις ή στην ιστολογία του ήπατος που πραγματοποιήθηκαν όταν ενδείκνυται.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 70 ασθενείς με ΙΦΝΕ, ηλικίας 5-17ετών(μέση ηλικία 14,6έτη). Το 48,6% ήταν άνδρες και το 51,4% γυναίκες, το 68,5% είχε νόσο του Crohn(CD),το 27,1% ελκώδη κολίτιδα(UC) και το 4,3% απροσδιόριστη κολίτιδα(IC). Ηπατική παθολογία ανιχνεύθηκε σε 14 ασθενείς(20%),συμπεριλαμβανομένων 4 με CD,5 με UC και 1 με IC. Συγκεκριμένη διάγνωση για ηπατική ανωμαλία βρέθηκε σε 9 από τα 14 παιδιά(64,2%), συμπεριλαμβανομένης της πρωτοπαθούς σκληρυντικής χολαγγειίτιδας(2/9), της αυτοάνοσης ηπατίτιδας (2/9), του συνδρόμου επικάλυψης (2/9) και της ηπατικής νόσου που προκαλείται από φάρμακα(3/9).Οι άλλοι 5 ασθενείς βρίσκονται υπό έρευνα. Οι περισσότεροι ασθενείς εμφάνισαν ήπια νόσο ή βρίσκονταν σε κλινική ύφεση τη στιγμή της διάγνωσης της ηπατικής παθολογίας. Η πλειοψηφία των ασθενών με ηπατική νόσο διαγνώστηκε μετά τη διάγνωση της ΙΦΝΕ. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι σταθεροί και ένας υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση ήπατος.

Συμπεράσματα: Ηπατική παθολογία παρατηρήθηκε σε σημαντικό ποσοστό παιδιών με ΙΦΝΕ στη μελέτη μας. Η πλειονότητα των περιπτώσεων ηπατοχολικών ανωμαλιών ανιχνεύθηκε μετά τη διάγνωση της ΙΦΝΕ. Επομένως, τα παιδιά με ΙΦΝΕ θα πρέπει να υποβάλλονται σε τακτική παρακολούθηση των ηπατικών ενζύμων και απεικόνιση από την οποία αντλούνται χρήσιμες πληροφορίες.

ΧΡΟΝΙΑ ΠΟΛΥΕΣΤΙΑΚΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ « ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ - Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ 4ο ΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

**Α. Κούρτη¹, Αικ. Χήρα¹, Χ. Κοσμέρη¹, Ι. Καναβάκη¹, Ε. Αλεξοπούλου², Δ. Πολύμερος³, Ν. Κούνα⁴,
Λ. Φώτης¹, Σ. Φεσσάτου¹**

¹ Μονάδα Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής, Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

² Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

³ Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Κέντρο Διαβήτη, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

⁴ Β' Κλινική Αναισθησιολογίας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (ΙΦΝΕ) σχετίζεται με διάφορες εξωεντερικές εκδηλώσεις. Μεταξύ αυτών, οι μυοσκελετικές εκδηλώσεις είναι από τις πιο συχνές, με επιπολασμό από 6% έως 46%. Η χρόνια υποτροπιάζουσα πολυεστιακή οστεομυελίτιδα (CRMO) είναι μια σπάνια, στείρα φλεγμονώδης διαταραχή των οστών, που εμφανίζεται σε πολλαπλές σκελετικές θέσεις. Η CRMO έχει αναφερθεί ότι μπορεί να συσχετίζεται με την ΙΦΝΕ σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες.

Υλικό-Μέθοδοι: Πρόκειται για μια αναδρομική ανάλυση των μυοσκελετικών εκδηλώσεων παιδιατρικών ασθενών με ΙΦΝΕ που παρακολουθούνται στο παιδογαστρεντερολογικό μας τμήμα τα τελευταία πέντε χρόνια.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 70 ασθενείς με ΙΦΝΕ, ηλικίας 5-17 ετών (μέση ηλικία 14,6 έτη). Το 48,6% ήταν άνδρες και το 51,4% γυναίκες, το 68,5% είχε νόσο του Crohn (CD), το 27,1% ελκώδη κολίτιδα (UC) και το 4,3% απροσδιόριστη κολίτιδα (IC). Από αυτούς τους ασθενείς με ΙΦΝΕ, μυοσκελετική συμμετοχή παρατηρήθηκε σε 12 ασθενείς (17,1%), 9 ασθενείς με CD, 2 με UC και 1 με IC. Αρθραλγία παρατηρήθηκε σε 9 ασθενείς. Οι αρθρώσεις που προσβάλλονται συχνότερα είναι τα γόνατα, οι ποδοκνημικές, οι καρποί και η οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Ένας ασθενής με UC είχε αρθρίτιδα στο 2ο δεξιό δάχτυλο του ποδιού. Τέλος, 2 ασθενείς με CD διαγνώστηκαν με CRMO, καθώς είχαν πολλές παθολογικές βλάβες σε μαγνητική τομογραφία όλου του σώματος (2,8% όλων των ασθενών με IBD - πίνακας 1).

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, η CRMO που σχετίζεται με ΙΦΝΕ είναι σχετικά σπάνια, ωστόσο οι γιατροί θα πρέπει να γνωρίζουν αυτήν την πιθανότητα όταν αντιμετωπίζουν ανεξήγητα συμπτώματα που σχετίζονται με τα οστά σε ασθενείς με ΙΦΝΕ και να εξετάζουν ακτινογραφίες ή εντοπισμένη ή ολική μαγνητική τομογραφία.

| Πίνακας 1. Δημογραφικά και στοιχεία νόσου ασθενών με ΙΦΝΕ και CRMO | | | | | | | | |
|---|-------------|------------------------------------|---|------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|---|--------------------------|
| No | Φύλο | Ηλικία διάγνωσης CD | Paris classification νόσου | Θεραπεία CD | Ηλικία διάγνωσης CRMO | Συμπτώματα ασθενών | Ευρήματα MRI | Θεραπεία CRMO |
| 1 | A | 10 | A1L3B1G0 | Infliximab | 15 | Άλγος σε γόνατα και ΠΔΚ άμφω | Διμερής άπω μηριαία μετάφυση, διμερής εγγύς κνημιαία μετάφυση | NSAIDs |
| 2 | Θ | 9 | A1L1B2G0 | Vedolizu mab | 13 | Άλγος σε καρπούς άμφω | Οίδημα μυελού, αμφοτερόπλευρα σε καρπούς και δεξιά κερκίδα | NSAIDs |

**ΠΕΡΙΠΡΩΚΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ(ΙΦΝΕ).
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝΤΕΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ
ΝΟΜΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

**Ι. Τριανταφυλλάκης¹, Ε. Αλμπάνη², Μ. Σαρίδη³, Φ. Φουσέκης¹, Α. Σκαμνέλος, Κ. Κατσάνος¹,
Δ. Χριστοδούλου¹**

¹ Γαστρεντερολογική κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

³ Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Σκοπός: Η μελέτη της συχνότητας των περιστατικών ΙΦΝΕ σε χειρουργηθέντες γαστρεντερολογικούς ασθενείς και η καταγραφή των χαρακτηριστικών της νόσου και της θεραπείας.

Υλικό-μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε έρευνα στα αρχεία των γαστρεντερολογικών κλινικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα». Εξετάστηκαν όλες οι περιπτώσεις χειρουργηθέντων ασθενών από το 1981 έως το 2022. Η διάρκεια της μελέτης ήταν 10 μήνες. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με το πρόγραμμα SPSS, v.28.

Αποτελέσματα: Το συνολικό δείγμα αποτελούνταν από 1464 ασθενείς (n=1464). Η πλειοψηφία τους (915-62,5%) προέρχονταν από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, ενώ οι υπόλοιποι (549-37,5 %) προέρχονταν από το νοσοκομείο ΓΝΙ «Γ. Χατζηκώστα». Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 47 έτη ((M=47,26, SD=17,34, Min=<1 μηνών, Max=95 έτη). Από το συνολικό δείγμα οι 58 ασθενείς (4%) έπασχαν από ΙΦΝΕ και η πλειοψηφία τους ήταν άνδρες (42-72,41%). Η μέση ηλικία τους ήταν περίπου 50 έτη (M=49,63, SD=16,48, Min=25 έτη, Max=77 έτη, range=52 έτη) και οι περισσότεροι ανήκαν στις ηλικιακές ομάδες 31-40 ετών (11 ασθενείς-19,6%) και 21-30 ετών και 61-70 ετών (10 ασθενείς-17,9%). Περιεδρική νόσο είχε το 43,1% (25 ασθενείς). Ο συχνότερος τύπος επέμβασης ήταν η εκτομή συριγγίου, περίδεση, απόξεση-βιοψία (24,1%) και η διάνοιξη-παροχέτευση (22,4%-13 ασθενείς) και ο συχνότερος τύπος αναισθησίας η γενική αναισθησία (93,1%-54 ασθενείς).

Συμπεράσματα: Από το συνολικό δείγμα των χειρουργηθέντων ασθενών με γαστρεντερολογικά προβλήματα, το 4% είχε ΙΦΝΕ. Από αυτούς περίπου οι μισοί είχαν περιεδρική νόσο και ο συχνότερος τύπος επέμβασης ήταν η εκτομή συριγγίου και η διάνοιξη - παροχέτευση.

ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΚΑΙ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ

Χ. Ευταξίας, Ε. Γιοβάνης, Α. Βαδαρλής, Χ. Τόλης, Κ. Τσαρούχης, Φ. Μουαλλήμογλου, Γ. Τίκος, Κ. Βασιλείου, Α. Παυλής, Α. Κοντονικόλα, Μ. Μπρούβαλης, Δ. Καπετάνος, Α. Αυγερινός, Φ. Δημουλιός, Θ. Μάρης

Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΘ Γ Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η αναδρομική καταγραφή της συχνότητας των νεοπλασιών και της δυσπλασίας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Ασθενείς/Μέθοδοι: Διακοσίοι ένας ασθενείς, 125 (62,2%) με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) 69 (34,3%) με Crohn's (CD) and 7 (3,5%) με απροσδιόριστη κολίτιδα που εξετάστηκαν από την κλινική την δεκαετία 2012/2022.

Αποτελέσματα: Από την μελέτη των ηλεκτρονικών φακέλλων καρκίνος παχέος εντέρου (ΚΠΕ) βρέθηκε σε έναν ασθενή πάσχοντα απο συριγγοποιητική νόσο του Crohn, οποίος υποβλήθηκε σε κολεκτομή και χημειοθεραπεία. Βαρεία δυσπλασία (ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία-in situ) ανιχνεύθηκε σε 2 ασθενείς, ο ένας με CD που υποβλήθηκε σε κολεκτομή και σε έναν ασθενή με ΕΚ ο οποίος αρνήθηκε να χειρουργηθεί λόγω συνοδών παθήσεων και αντιμετωπίστηκε με ενδοσκοπική βλεννογονεκτομή (EMR) και παρακολούθηση. Όλοι οι ασθενείς είχαν ιστορικό πάνω από 10 έτη, ο ασθενής με τον ΚΠΕ ελάμβανε βιολογικό παράγοντα και οι ασθενείς με την δυσπλασία η μία αζαθειοπρίνη και ο δεύτερος 5 ΑΣΑ. Κανείς ασθενής δε είχε σκληρυντική χολαγγειίτιδα η οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου ή συνδρόμου Lurch I. Εξωεντερικά νεοπλάσματα αναπτύχθηκαν σε 6 ασθενείς 4 με ΕΚ και 2 με CD. Πιο αναλυτικά 1 ασθενής ανέπτυξε στομάχου, 1 με Hodgkin λέμφωμα, μία μήτρας, μία ωοθηκών, μία πνεύμονος και 1 μαστός. Καταγράφηκε ένας θάνατος από νεόπλασμα. Πέντε από τα εξωεντερικά νεοπλάσματα ελάμβαναν βιολογικό παράγοντα -αντι TNF εκτός της ασθενούς πνεύμονος που ελάμβανε αζαθειοπρίνη.

Συμπέρασμα: Η εμφάνιση δυσπλασίας και νεοπλασίας εντέρου η όχι κατά την 10ετή διάρκεια της παρακολούθησης ήταν εξαιρετικά χαμηλή (~4%), και η πρόγνωση καλή.

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

eP45

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΥΝΑΜΙΚΗΣ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΙΦΝΕ; ΚΑΤΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ

Ν. Δόβρολης¹, Α. Μοσχοβίτη², Σ. Φεσσάτου³, Γ. Καραμανώλης⁴, Γ. Κολιός⁵, Μ. Γαζούλη⁶

¹ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρικής Σχολής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

² 3η Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικό», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

³ 3η Παιδιατρική Κλινική, Αττικόν Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

⁴ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, 2η Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

⁵ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

⁶ Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

Σκοπός: Οι ΙΦΝΕ είναι χρόνιες φλεγμονώδης νόσος του εντέρου που επηρεάζουν τόσο τα παιδιά όσο και τους εφήβους. Τα συμπτώματα μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την ανάπτυξη και την ποιότητα ζωής του παιδιού, καθιστώντας την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική διαχείριση ζωτικής σημασίας. Αυτή η μελέτη εστιάζει σε παιδιατρικούς ασθενείς με ΙΦΝΕ που δεν έχουν λάβει θεραπεία και στις άμεσες οικογένειές τους για να προσδιορίσει το ρόλο του μικροβιώματος στην εμφάνιση της νόσου.

Υλικό - Μέθοδοι: Αναλύθηκαν εννέα οικογένειες που είχαν ένα παιδί με νεοδιαγνωσθείσα ΙΦΝΕ. Συγκεκριμένα επτά ασθενείς με νόσο του Crohn (CD), και δύο ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (UC), καθώς και 24 υγιή αδέρφια και γονείς. Συλλέχθηκαν δείγματα κοπράνων, από όπου έγινε η απομόνωση γενετικού υλικού. Στη συνέχεια ακολούθησε αλληλούχιση του γονιδίου 16S ριβοσωμικού RNA και ανάλυση βιοπληροφορικής.

Αποτελέσματα: Προσδιορίσαμε μοτίβα δυσβίωσης και χαρακτηριστικών μικροβιακών ταξινομικών κατηγοριών μεταξύ ασθενών που μοιράζονταν συνήθειες και διατροφικά χαρακτηριστικά με τις οικογένειές τους. Η συνολική σχετική αφθονία μικροβιακών γενών κατά τη σύγκριση δειγμάτων υγιεινών μελών της οικογένειας και παιδιών με ΙΦΝΕ παρουσιάζει αύξηση των Bacteroidetes (αύξηση 10%) και των Πρωτεοβακτηρίων (7% αύξηση) στους ασθενείς ενώ τα Firmicutes μειώνονται (μείωση 16%). Αναλύοντας κάθε οικογένεια ξεχωριστά, μπορέσαμε να αναγνωρίσουμε πρότυπα συμπεριφοράς μικροχλωρίδας κατά τη διάρκεια της ΙΦΝΕ στους παιδιατρικούς ασθενείς και να βεβαιωθούμε ότι το μικροβίωμα επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τη νόσο σε άτομα που μοιράζονται τον τρόπο ζωής με τους υγιείς (γονείς και αδέρφια). Επιπλέον, εξετάσαμε τον αντίκτυπο της νόσου σε συγκεκριμένες μικροβιακές ταξινομικές ομάδες και πώς αυτές θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν ως πιθανοί βιοδείκτες για έγκαιρη ανίχνευση της νόσου.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματά μας υποδηλώνουν έναν πιθανό ρόλο των μητρικών παραγόντων στη δημιουργία και τη ρύθμιση του μικροβιώματος κατά την πρώιμη ζωή, και αυτό μπορεί να έχει επιπτώσεις στην κατανόηση της αιτιολογίας και της εξέλιξης των ΙΦΝΕ.

ΝΕΑ ΠΕΠΤΙΔΙΑ ΕΞΟΚΥΤΤΑΡΙΟΥ ΣΤΡΩΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΕΝΤΕΡΙΚΟ ΙΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΝΟΣΤΕΝΩΤΙΚΗ ΝΟΣΟ CROHN ΕΠΑΓΟΥΝ ΠΟΛΛΑΠΛΑΣΙΑΜΟ, ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥΣ ΜΥΟΪΝΟΒΛΑΣΤΕΣ IN VITRO.

M. Παπαθεοδωρίδη¹, P. Giuffrida¹, D. Canetti², Y. Yasui³, A.D. Sabatino⁴, H. Johnston⁵, G. Verona², N. Rendell², W.A. Akkad¹, L. Frenguelli¹, A. Hall¹, T. Luong¹, G. Sampietro⁶, M. Pinzani¹, K. Rombouts¹, V. Belloti², G. Mazza¹

¹ Institute for Liver and Digestive Health,, University College London, Royal Free Hospital, London, UK

² Wolfson Drug Discovery Unit, Centre for Amyloidosis and Acute Phase Proteins,, Division of Medicine, University College London, London, UK

³ Department of Hepatology, Graduate School of Medicine, Osaka City University, Osaka, Japan

⁴ First Department of Internal Medicine, San Matteo Hospital Foundation, University of Pavia, Pavia, Italy

⁵ Cancer Proteomics, Women's Cancer,, UCL EGA Institute for Women's Health, Faculty of Pop Health Sciences, London, UK

⁶ Unit of IBD Surgery, Luigi Sacco University Hospital, Milan, Italy

Υπόβαθρο: Η αλληλεπίδραση μεταξύ εντερικών μυοϊνοβλαστών (εMIB) και εξωκυττάριου στρώματος (ΕΣΜ) συμβάλλει στην ανάπτυξη ίνωσης στη νόσο Crohn (NC), αλλά οι ακριβείς μηχανισμοί δεν έχουν αποσαφηνισθεί. Πρόσφατα, ταυτοποιήσαμε νέα πεπτίδια (matrikines) από το ΕΣΜ εντερικού ιστού ασθενών με ινοστενωτική NC. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει τον βιολογικό ρόλο 9 τέτοιων πεπτιδίων σε εMIB in vitro.

Μέθοδοι: Ανθρώπινοι εMIB (500K/mL, Novabiosis) καλλιεργήθηκαν και επωάστηκαν καθένα από τα 9 πεπτίδια (M1-M9) σε δόσεις 10, 50, 100 µg/mL για 24 ώρες, ή με αρνητικό μάρτυρα (serum-free medium, SFM), θετικό μάρτυρα (+10% fetal bovine serum) ή PDGF-bb 10ng/mL. Μεταβολές στον κυτταρικό πολλαπλασιασμό, ζωτικότητα και μετανάστευση των εMIB μετρήθηκαν με BRDU, Prestobblue και Transwellδοκιμασίες, αντίστοιχα, ενώ το ολικό μεταγράφημα αναλύθηκε με λογισμικό GSEA.

Αποτελέσματα: Στατιστικά σημαντική αύξηση του κυτταρικού πολλαπλασιασμού των εMIB παρατηρήθηκε με καθένα από τα 9 πεπτίδια, 7 εκ των οποίων είχαν ανάστροφη δοσοεξαρτώμενη συσχέτιση με μειωμένη ζωτικότητα στα 100µg/mL, υποδεικνύοντας κυτταροτοξικότητα. Τα M1, M4, M7, M8, M9 επήγαν υπερδιπλάσια αύξηση σε σύγκριση με τον αρνητικό μάρτυρα στα 10µg/mL και επιλέχθηκαν για τα επόμενα πειράματα. Η δοκιμασία μετανάστευσης ανέδειξε στατιστικά σημαντική μετανάστευση με τα M1, M4, M8. Η ανάλυση του μεταγραφώματος έδειξε ενεργοποίηση μονοπατιών/γονιδιακών ομάδων σχετιζόμενων με συστολή λείων μυών, παράγοντα ανάπτυξης ινοβλαστών, σχηματισμού κολλαγόνου/ελαστίνης και οργάνωσης ΕΣΜ από τα 5 πεπτίδια, αλλά και από τους θετικούς μάρτυρες. Ωστόσο, μονοπάτια σχετιζόμενα με προϊνωτικούς-προφλεγμονώδεις διαμεσολάβητες και αγγειακή διαπερατότητα φάνηκαν ενεργοποιημένα μόνο με 4 και 2 από τα 5 πεπτίδια, αντίστοιχα, και κανέναν από τους θετικούς μάρτυρες.

Συμπέρασμα: Προσφάτως ταυτοποιημένα πεπτίδια ΕΣΜ εντερικού ιστού ασθενών με ινοστενωτική NC φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεση της ίνωσης στη NC και συνεπώς να αποτελούν πιθανούς βιοδείκτες για την εξέλιξη της νόσου, αφού προάγουν τον πολλαπλασιασμό και την ενεργοποίηση εMIB in vitro, αλλά και παθολογικές διαδικασίες σχετιζόμενες με ίνωση, φλεγμονή και ενδοθηλιακές αλλαγές.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΑΠΕΛΙΝΗΣ ΟΡΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΙΦΝΕ, ΤΟ ΑΡΡΕΝ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΙΣ ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Αικ. Μάντακα¹, Κ. Καλυβιανάκη², Ό. Καστρίτση³, Μ. Καμπά², Ι. Κουτρομπάκης³

¹ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος», Χανιά, Κρήτη

² Εργαστήριο Εργαστηριακής Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Κρήτη

³ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

Εισαγωγή: Η απελίνη έχει ρυθμιστικό ρόλο σε αρκετά νοσήματα σχετιζόμενα με δυσλειτουργία του ενδοθηλίου. Χαμηλά επίπεδα απελίνης έχουν βρεθεί στον ορό ασθενών με παχυσαρκία, υπέρταση, καρδιαγγειακή νόσο και ρευματοειδή αρθρίτιδα, ενώ υψηλότερα επίπεδα απελίνης ορού έχουν βρεθεί σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου. Στους ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου (ΙΦΝΕ) ο ρόλος της απελίνης δεν έχει ξεκαθαριστεί. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μετρηθούν τα επίπεδα απελίνης ορού σε ασθενείς με ΙΦΝΕ και να διερευνηθούν πιθανές συσχετίσεις με χαρακτηριστικά της νόσου.

Υλικό και μέθοδος: Μετρήθηκαν επίπεδα απελίνης ορού σε 104 ασθενείς με ΙΦΝΕ [74 άνδρες, 59ΝC, διάμεσης ηλικίας 56έτη(29-81έτη), μέσης (\pm SD) ηλικίας διάγνωσης 42.3 ± 14.2 έτη, μέσης διάρκειας παρακολούθησης 15.3 ± 10.1 έτη] και σε 104 υγιείς μάρτυρες (ΥΜ) αντίστοιχης ηλικίας και φύλου.

Έγινε συσχέτιση με τα χαρακτηριστικά των ΙΦΝΕ, τις παραμέτρους βαρύτητας νόσου, την ενδοσκοπική ενεργότητα και τους κλασσικούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Η απελίνη μετρήθηκε με τη μέθοδο ELISA (Wuhan Fine Biological Technology Co., Ltd).

Αποτελέσματα: Υψηλότερα επίπεδα απελίνης ορού βρέθηκαν στους 104 ασθενείς με ΙΦΝΕ συγκριτικά με τους ΥΜ (1996.29 ± 1592.96 pg/ml vs 1552.99 ± 809.64 pg/ml, $p=0.012$) και στους άνδρες ασθενείς (2015.25 ± 1571.94 pg/ml vs 1560.61 ± 775.25 pg/ml, $p=0.027$).

Υποανάλυση ανέδειξε αυξημένα επίπεδα απελίνης ορού σε ασθενείς με εκτεταμένη Ελκώδη Κολίτιδα (ΕΚ) χωρίς καρδιαγγειακή νόσο (ΚΑΝ) (2539.69 ± 1969.29 pg/ml vs 1164.45 ± 818.89 pg/ml, $p=0.044$) και σε ασθενείς χωρίς ΚΑΝ και χρήση ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων (2317.69 ± 1867.99 pg/ml vs 1451.40 ± 1024.20 pg/ml, $p=0.043$). Χαμηλότερα επίπεδα απελίνης ορού βρέθηκαν στους ασθενείς χωρίς ΚΑΝ και εξωεντερικές εκδηλώσεις από το μυοσκελετικό (1392.09 ± 1054.99 pg/ml vs 2340.58 ± 1850.16 pg/ml, $p=0.027$).

Συμπεράσματα: Τα αυξημένα επίπεδα απελίνης ορού συσχετίστηκαν με τις ΙΦΝΕ, την εκτεταμένη ΕΚ χωρίς ΚΑΝ και το άρρεν φύλλο, ενώ τα χαμηλότερα με εξωεντερικές εκδηλώσεις από τις αρθρώσεις. Για να καθοριστεί ο ακριβής ρόλος της απελίνης στην χρόνια φλεγμονή των ΙΦΝΕ απαιτούνται περισσότερες μελέτες.

ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΟ ΧΡΟΝΙΟ ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΣΤΟ ΟΞΥ STRESS

Ε. Λαούδη¹, Δ. Παπαλουκά², Γ. Κοκκότης¹, Α. Μάντζου³, Μ. Γκίζης¹, Σ.Λ. Χατζηνικολάου¹,
Γ. Λυράκος⁴, Ι. Βλαχογιαννάκος⁵, Ι. Παπακωνσταντίνου², Γ. Μπάμιας¹

¹ Γαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α.«Η Σωτηρία», Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α, Αθήνα

² Β Χειρουργική Κλινική, Αρεταίειον Γ.Ν.Α., Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α, Αθήνα

³ Τμήμα ενδοκρινολογίας, 1η κλινική Παιδιατρικής, Μεταβολισμού και Διαβήτη, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

⁴ Ψυχιατρικό Τμήμα, Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων» - Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα», Αθήνα

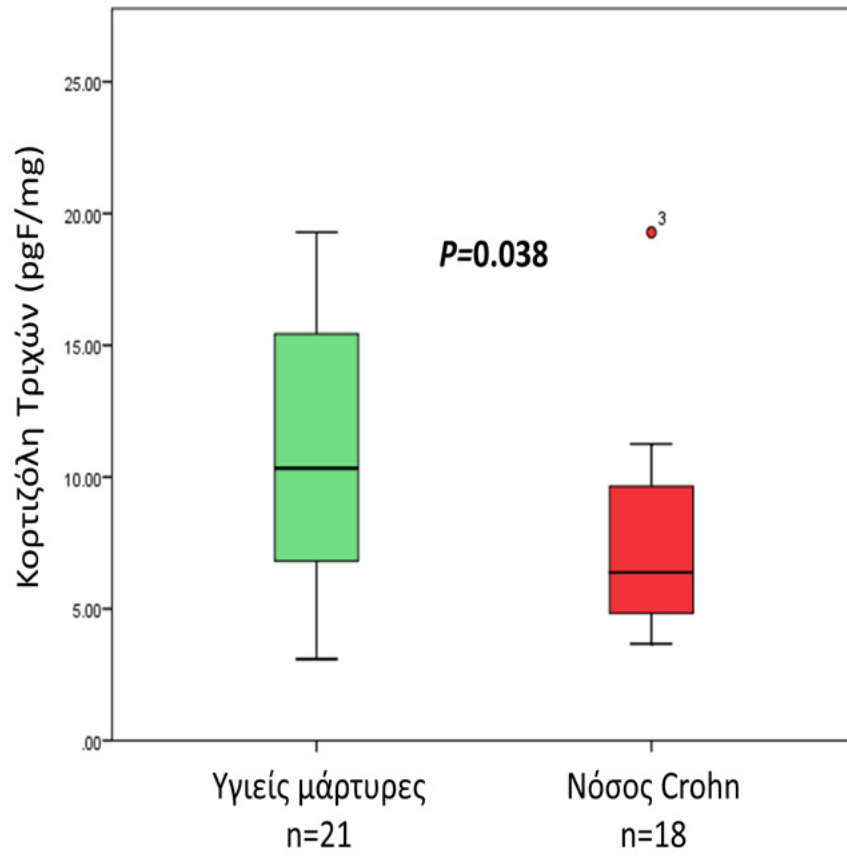
⁵ Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό» Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α, Αθήνα

Σκοπός: Ασθενείς με χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, παρουσιάζουν μειωμένη ανταπόκριση στο χρόνιο στρες σχετιζόμενη με μειωμένη παραγωγή ενδογενούς κορτιζόλης. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της ανταπόκρισης στους ασθενείς με νόσο Crohn (NC) στο χρόνο και οξύ στρες.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργείο λόγω επιπλοκών της NC ή για άλλες χειρουργικές ενδείξεις (ομάδα ελέγχου). Κριτήρια αποκλεισμού ήταν η λήψη κορτιζόνης τους τελευταίους 3 μήνες και ιστορικό άλλου αυτοάνοσου νόσηματος. Μετρήθηκε η κορτιζόλη τριχών σε 17 ασθενείς της ομάδας NC και 20 από την ομάδα ελέγχου [3 cm τρίχας εγγύτερα στην κεφαλή αντιστοιχούν στην συγκέντρωση κορτιζόλης των 3 τελευταίων μηνών - προσδιορισμός χρόνιου] στρες. Μετρήθηκε επίσης η έκκριση κορτιζόλης στο σίελο τη 2^η μετεγχειρητική μέρα σε ημερήσια διακύμανση [6 διαδοχικές μετρήσεις 24ωρου - προσδιορισμός απάντησης στο οξύ στρες] σε 21 ασθενείς από την ομάδα NC και 27 από την ομάδα ελέγχου. Η κορτιζόλη μετρήθηκε με τη μέθοδο της χημειοφωταύγειας. Το στατιστικό πρόγραμμα SPSS23 χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι οι ασθενείς με NC είχαν χαμηλότερες τιμές κορτιζόλης τρίχας (διάμεση τιμή=6.375pgF/mg, IQR=4.821-9.949) σε σύγκριση με την ομάδα μαρτύρων (διάμεση τιμή=9.643pgF/mg, IQR=6.602-14.637) (Mann-Whitney U-test P= 0.034). Αντίθετα, στην μετεγχειρητική διακύμανση της κορτιζόλης σιέλου (μg/dl), δηλαδή στο οξύ στρες δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες (1^η μέτρηση 0.261vs0.203, 2^η μέτρηση 0.378vs0.191, 3^η μέτρηση 0.259vs0.188, 4^η μέτρηση 0.220vs0.173, 5^η μέτρηση 0.289vs0.178, 6^η μέτρηση 0.222vs0.173). Επίσης δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση της κορτιζόλης τρίχας και σιέλου με τις τιμές βαθμονόμησης των ερωτηματολογίων DASS (σταθμισμένη ελληνική έκδοση).

Συμπέρασμα: Όπως σε άλλες αντίστοιχες νοσολογικές οντότητες, έτσι διαφαίνεται και στη νόσο Crohn η επίδραση στον άξονα υποθαλάμου υπόφυσης επινεφριδίων, επιφέροντας μειωμένη ανταπόκριση στο χρόνιο στρες. Η παρατήρηση αυτή μπορεί να έχει εφαρμογή στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας αλλά και στη θεραπευτική προσέγγιση της νόσου του Crohn.



ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥΣ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΣΗΜΕΙΩΝ ΕΛΕΓΧΟΥ (ANTI-CTLA-4 /ANTI-PD1)

Σ. Σακελλαρίου¹, Ε. Παπαθανασίου², Μ. Περδίκη³, Μ. Σωτηροπούλου⁴, Ε. Ζαμπέλη²,
Σπ. Μιχόπουλος², Γ. Μπάμιας⁵, Ι. Δελλαδέτσιμα¹

¹ Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα

² Γαστρεντερολογικό τμήμα, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», Αθήνα

³ Department of Pathology, Linköping University, Linköping, Sweden

⁴ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», Αθήνα

⁵ Γαστρεντερολογική μονάδα, 3η Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα

Σκοπός: Την τελευταία δεκαετία, οι αναστολείς σημείων ελέγχων του ανοσοποιητικού συστήματος έχουν εξελιχθεί σε θεραπεία πρώτης γραμμής σε καρκινώματα προχωρημένου σταδίου. Περίπου τα 2/3 των ασθενών παρουσιάζουν ανοσοεξαρτώμενες παρενέργειες με συχνή προσβολή του Γαστρεντερικού συστήματος, ενώ μία από τις κύριες ιστολογικές εκδηλώσεις είναι η κολίτιδα τύπου ΙΦΝΕ. Σκοπός της εργασίας είναι η συγκριτική μελέτη της anti-CTLA4 και anti-PD1-σχετιζόμενης κολίτιδας τύπου ΙΦΝΕ ως προς τις διαφορές στη συχνότητα, τον ιστολογικό φαινότυπο, τον ανοσοφαινότυπο και τις παθογενετικές ενδείξεις.

Υλικό και Μέθοδοι: Το υλικό αφορά σε βιοψίες 9 ασθενών με διαρροϊκό σύνδρομο υπό θεραπεία με anti-CTLA4 (Ipilimumab) και 9 με anti-PD1 (Nivolumab, Cemiplimab, Pembrolizumab) παράγοντες. Πραγματοποιήθηκε συγκριτική μελέτη των ιστολογικών ευρημάτων και του ανοσοφαινότυπου των υποπληθυσμών Τ λεμφοκυττάρων (CD4/CD8).

Αποτελέσματα: Οι βλάβες σχετιζόμενες με anti-CTLA4 ήταν και στις 9 περιπτώσεις τύπου ΙΦΝΕ (100%) [3 τύπου ελκώδους κολίτιδας (ΕΚ), 3 τύπου νόσου Crohn και 3 τύπου ακαθόριστης κολίτιδας]. Η anti-PD1-κολίτιδα ήταν ενδοσκοπικά και ιστολογικά ηπιότερη (ήπια έως μέτρια). Αναγνωρίστηκαν 4 διαφορετικά ιστολογικά πρότυπα με σχεδόν παρόμοια συχνότητα. Δύο περιπτώσεις ήταν τύπου νόσου μοσχεύματος έναντι ξενιστή (graft versus host disease), 2 τύπου κολλαγονώδους κολίτιδας, 2 τύπου ΕΚ, ενώ 2 παρουσίαζαν μικτά χαρακτηριστικά ΕΚ και μικροσκοπικής κολίτιδας. Συχνά ευρήματα αποτελούσαν σε όλους τους υποτύπους η αυξημένη απόπτωση, η πάχυνση της υποεπιθηλιακής στιβάδας του κολλαγόνου και η μερική αποκόλληση του επιφανειακού επιθηλίου. Επίσης στην anti-PD1-κολίτιδα παρατηρήθηκε υπεροχή των CD8+ Τ-λεμφοκυττάρων, ενώ αντίθετα τα CD4+ Τ-λεμφοκύτταρα υπερερούσαν στην anti-CTLA4 κολίτιδα.

Συμπεράσματα: Η κολίτιδα τύπου ΙΦΝΕ είναι ο κύριος ιστολογικός τύπος της anti-CTLA4 κολίτιδας. Στην anti-PD1 κολίτιδα ο τύπος της ΕΚ εμφανίζεται με μικρότερη συχνότητα και διαφοροποιά χαρακτηριστικά με διαγνωστική σημασία, ενώ ένας «σύνθετος» ειδικός τύπος κολίτιδας αναδύεται. Οι διαπιστωθείσες διαφορές είναι ενδεικτικές διαφορετικών ανοσο-παθογενετικών μηχανισμών, οι δε ιδιαίτερες βλεννογονικές αλλοιώσεις στα πλαίσια της anti-PD1 θεραπείας καταδεικνύουν βλάβες του εντερικού φραγμού ως συνεργικού παράγοντα.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΥΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Α. Ψιστάκης, Δ.Ε. Αρνά, Π. Νικολάου, Κ. Καρμίρης, Γ. Πασπάτης, Α. Θεοδωροπούλου

Γαστρεντερολογική κλινική, «Βενιζελείο» Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ εμφανίζουν συχνά παθολογικά ευρήματα στη γενική ούρων. Η σημασία των ευρημάτων αυτών δεν έχει μελετηθεί επαρκώς

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή της παρουσίας παθολογικής γενικής ούρων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ και η σχέση της με τη λαμβανομένη αγωγή.

Υλικά-Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη ασθενών με ΙΦΝΕ που παρακολουθούνται στο κέντρο μας. Καταγράφηκαν δεδομένα σχετιζόμενα με τον ασθενή (δημογραφικά χαρακτηριστικά), τη νόσο (διάρκεια, εντόπιση, φαρμακευτική αγωγή) και την γενική ούρων (αιματοουρία, λευκωματουρία, πυουρία) σε προκαθορισμένη βάση. Η καταγραφή των γενικών ούρων έγινε κατόπιν τυχαίας δειγματοληψίας συνεχόμενων ασθενών που επισκέφθηκαν το κέντρο μας το διάστημα 01/11/22 έως 28/02/23.

Αποτελέσματα: 109 ασθενείς συμπεριελήφθησαν στη μελέτη [NC: 56/109, 51%, UC: 53/109, 49%]. Εξ'αυτών το 49% ήταν άνδρες και 51% ήταν γυναίκες. Παθολογικές γενικές ούρων βρέθηκαν σε 27 [25% του συνόλου των γενικών ούρων). 15 ασθενείς [55%] είχαν UC και 12 ασθενείς [45%] είχαν NC. Όσον αφορά στην εντόπιση της νόσου, 6 ασθενείς είχαν NC στον ειλεό, 5 ασθενείς είχαν ειλεοκολίτιδα και ένας ασθενής νόσο ειλεού, παχέος εντέρου και ανώτερου πεπτικού. Από τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, 9 ασθενείς είχαν εκτεταμένη νόσο, 3 ασθενείς αριστερή ελκώδη κολίτιδα και 3 ορθίτιδα. Αναφορικά με την λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή, 11 ασθενείς βρίσκονταν σε αγωγή με anti-TNFα παράγοντα, 8 ασθενείς λάμβαναν μεσαλαμίνη, 6 θειοπουρίνες και 2 ασθενείς JAK-inhibitors. Σχετικά με τα ευρήματα της γενικής ούρων στους παραπάνω ασθενείς, οι 9 εμφάνιζαν μικροσκοπική αιματοουρία, 6 ασθενείς εμφάνισαν πυουρία με θετική καλλιέργεια ούρων και τέλος λευκωματουρία (>300mg/l) είχαν 12 ασθενείς. Μεταξύ των ασθενών με πρωτεϊνουρία, 7 παραπέμφθηκαν σε νεφρολόγο με τους 3 από αυτούς να υποβάλλονται σε βιοψία νεφρού (ο ένας ασθενής διαγνώστηκε με IgA νεφροπάθεια, ο 2ος νόσο λεπτών μεμβρανών και ο τρίτος οξεία σωληναριακή βλάβη).

Συμπεράσματα: Παθολογική γενική ούρων παρατηρήθηκε στο ένα τέταρτο των ασθενών με ΙΦΝΕ που μελετήθηκε και οι μισοί από αυτούς ελάμβαναν βιολογικό παράγοντα ή μικρό μόριο. Σημαντικό εύρημα αποτελεί το υψηλό ποσοστό πρωτεϊνουρίας (10%) που αναδεικνύει την ύπαρξη νεφρικής παρεγχυματικής νόσου και απαιτεί νεφρολογική εκτίμηση.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

eP51

ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΣΟΒΑΡΗ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ CLOSTRIDIUM DIFFICILE ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ CMV

Ν. Κυριάκος, Μ. Γιακουμής, Μ. Παπαδομιχελάκης, Μ. Γαλανόπουλος, Χ. Λιάτσος

Γαστρεντερολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Η ανάδειξη μίας ενδιαφέρουσας περίπτωσης οξείας σοβαρής ελκώδους κολίτιδας, που πυροδοτήθηκε από C.Difficile λοίμωξη και ταυτόχρονης επιλοίμωξης με CMV.

Υλικό-μέθοδοι: Γυναίκα 50 ετών, με ιστορικό ελκώδους κολίτιδας σε κλινική ύφεση εδώ και πολλά έτη εμφάνισε διαρροϊκή συνδρομή μετά από λήψη κεφαλοσπορίνης β' γενεάς. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε θετικές τοξίνες A, B C. difficile στα κόπρανα. Ετέθη σε αγωγή με βανκομυκίνη από το στόμα 125 mg x4. Η ασθενής σταδιακά εμφάνισε σοβαρή επιδείνωση της κλινικής της εικόνας και ο εκ νέου ενδοσκοπικός έλεγχος φανέρωσε εικόνα μέτριας προς σοβαρής ελκώδους κολίτιδας (mayo score II) και ετέθη σε κορτιζόνη αρχικά από το στόμα και ύστερα λόγω μη ανταπόκρισης σε ενδοφλέβια (methylprednisolone 0.8mg/kg ΒΣ) κατόπιν εισαγωγής στο νοσοκομείο. Λόγω κλινικής και ενδοσκοπικής επιδείνωσης (Mayo III με βαθιές εξελκώσεις και εικόνα «λιθόστρωτου») ετέθη σε αγωγή με Infliximab 10 mg/kg ΒΣ. Εντωμεταξύ ο έλεγχος με ανοσοϊστοχημεία των βιοψιών ανέδειξε παρουσία ενδοπυρηνικών έγκλειστων CMV με ταυτόχρονη αυξημένη ιαιμία (PCR : 4500 copies/ml). Για αυτό το λόγο ετέθη σε αγωγή με ganciclovir 5mg/kg σε 2 δόσεις. Η δεύτερη έγχυση Infliximab έγινε 10 ημέρες μετά την 1^η πάλι σε δόση 10 mg/kg ΒΣ, με βάση τα trough levels του φαρμάκου, τα οποία ήταν χαμηλά 7 ημέρες μετά την 1^η δόση (8 mg/ml).

Αποτελέσματα : Η ασθενής ανταποκρίθηκε ικανοποιητικά στα θεραπευτικά σχήματα με σταδιακή βελτίωση της κλινικής και ενδοσκοπικής εικόνας και συνέχισε το Infliximab στην προβλεπόμενες δόσεις.

Συμπεράσματα: Από την περιγραφή της ανωτέρω περίπτωσης συνάγονται τα εξής: α) Ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να υποψιάζεται την πιθανότητα έξαρσης ελκώδους κολίτιδας σε ασθενή που βρίσκεται σε χρόνια ύφεση μετά από λοίμωξη από Clostridium difficile, β) Να υπάρχει αυξημένη ευαισθησία στον έλεγχο παρουσίας CMV λοίμωξης σε ασθενή με σοβαρή ελκώδη κολίτιδα υπό κορτιζόνη και γ) Η ταυτόχρονη θεραπεία τόσο της ελκώδους κολίτιδας όσο και της CMV λοίμωξης θα πρέπει να ξεκινά χωρίς χρονικές καθυστερήσεις.

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΛΟΓΩ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Αικ. Παππά¹, Φ. Φυτσιλής², Χ. Κατέρη², Κ. Αργυρίου², Α. Μανωλάκης², Α. Καψωριτάκης²

¹ Υπότροφος της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας (ΕΓΕ), Department of Gastroenterology & Gastrointestinal Endoscopy, Ustredni Vojenska Nemocnice (UVN), Prague, Czech Republic

² Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Σκοπός: Γυναίκα, 35 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, νοσηλεύτηκε λόγω εμπύρετου έως 38,7°C, διάχυτου κοιλιακού άλγους, τεινεσμού και αιμορραγικών διαρροϊκών κενώσεων >15/ημέρα με συνοδό πρόσμιξη βλέννης από 10ημέρου.

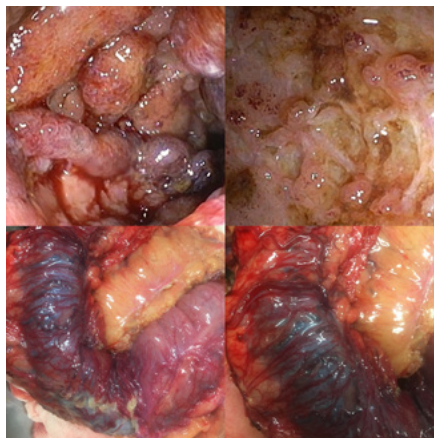
Υλικό-Μέθοδοι: Έπειτα από τον εργαστηριακό, απεικονιστικό και ενδοσκοπικό έλεγχο, διαπιστώθηκαν: αναιμία (HGB: 9,2 g/dL), λευκοκυττάρωση (WBC: 28,8 K/uL), θρομβοκυττάρωση (PLT: 512 K/uL), CRP: 24,57 mg/dl (Φ.Τ. <0,5) και ενδοσκοπική εικόνα συμβατή με ελκώδη κολίτιδα σε έξαρση, Mayo 3, που επιβεβαιώθηκε και ιστολογικά.

Από την καλλιέργεια κοπράνων προέκυψε C.Difficile με θετικό αντιγόνο και αρνητική τοξίνη. Η ασθενής τέθηκε άμεσα σε νηστεία, ενυδάτωση, ros βανκομυκίνη 250mg x4 και iv μετρονιδαζόλη x3 με σταδιακή βελτίωση των κλινικοεργαστηριακών δεικτών φλεγμονής, μείωση των αιμορραγικών διαρροϊκών κενώσεων <5/24ωρο και απύρετη από 48ωρου. Την 7η ημέρα νοσηλείας, με 3 αιμορραγικές κενώσεις/24ωρο, τέθηκε σε ros πρεδνιζολόνη 60mg/ημέρα.

Αποτέλεσμα: Εντός 72 ωρών από την έναρξη της πρεδνιζολόνης παρουσίαζε σταδιακή αύξηση των αιμορραγικών διαρροϊκών κενώσεων >6/24ωρο και ήπιο κοιλιακό άλγος. Πραγματοποιήθηκε CT εντερογραφία που ανέδειξε εικόνα φλεγμονής κατά μήκος όλου του παχέος εντέρου, χωρίς συνοδά ευρήματα.

Η ασθενής έλαβε infliximab 5mg/kg και εντός 24ώρου από την έγχυση, παρουσίασε υποογκαιμική αιμορραγική καταπληξία με >25 αιμορραγικές κενώσεις. Οδηγήθηκε επείγοντως στο χειρουργείο, όπου και διενεργήθηκε κολεκτομή με προφυλακτική ειλεοστομία, με αποτέλεσμα τον επιτυχή έλεγχο της αιμορραγίας.

Συμπεράσματα: Η σοβαρή ή η μαζική αιμορραγία κατώτερου πεπτικού που οφείλεται σε έξαρση βαριάς ελκώδους πανκολίτιδας, αποτελεί μία σχετικά σπάνια (3%), αλλά απειλητική για τη ζωή, επιπλοκή της νόσου. Χρήζει άμεσης χειρουργικής αντιμετώπισης με κολεκτομή και αποτελεί ως ένδειξη, το 10% των επείγουσων κολεκτομών στην ελκώδη κολίτιδα.



ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΗ ΟΞΕΙΑ ΣΟΒΑΡΗ ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΝΟΣΗΣΗ ΜΕ SARS COV19 ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΘΗΚΕ ΕΠΙΤΥΧΩΣ ΜΕ ΕΝΤΑΤΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΣΧΗΜΑ INFLIXIMAB (IFX)

Π. Μαρκόπουλος, Α. Θεοδούλου, Δ. Αραχωβίτη, Μ. Α. Μαλαματένιος, Φ. Παυλίδου, Αικ. Φιλιππάκου, Ε. Τελάκης, Ε. Τσιρώνη

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΑΝΠ Μεταξά, Πειραιάς

Άνδρας 55 ετών με πρόσφατο OEM, υπό διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και διακοπή καπνίσματος, εμφάνισε ολιγοσυμπτωματική covid με ταχεία ανάρρωση. Λίγες ημέρες μετά, παρουσίασε βλεννοαιματηρές διάρροιες (>15/ημέρα) και εμπύρετο έως 39°C. Ιδιώτης γαστρεντερολόγος χορήγησε αντιβίωση per os. Λόγω θρομβοκυττάρωσης προσήλθε στην αιματολογική κλινική και ζητήθηκε η συνδρομή μας. Εργαστηριακά εμφάνιζε αναιμία, θρομβοκυττάρωση, υποαλβουμιναιμία (1.8) και υψηλή CRP (>200), ενώ η CT ανέδειξε εκτεταμένη κολίτιδα. Στην ορθοσκόπηση αναδείχθηκε εικόνα συμβατή με UC, με βαθέα έλκη - Mayo III/UCEIS 7. Ο έλεγχος κοπράνων για παθογόνα (και C. Difficile) και PCR CMV ιστού ήταν αρνητικός.

Έλαβε IV στεροειδή, αντιβίωση, LMWH, συνολικά 4 ΜΣΕ, και κατόπιν καρδιολογικής εκτίμησης, κρίθηκε σκόπιμη η διατήρηση της διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής λόγω πρόσφατου stent στεφανιαίων. Λόγω αυξημένου κινδύνου αστοχίας των στεροειδών (πιθανότητα αστοχίας 100% με βάση το 4 point model¹) και υψηλού χειρουργικού κινδύνου λόγω της συνεχιζόμενης αντιαιμοπεταλιακής αγωγής, αποφασίσθηκε η χορήγηση πρώιμης θεραπείας διάσωσης τη 2^η ημέρα με Infliximab 10 mg/kg. Μετά 48 ώρες, παρουσιάστηκε εμπύρετος μικροβιαίμια με ανάπτυξη VRE στην αιμοκαλλιέργεια, αλλά χωρίς επιπλοκές σε νέα CT, που απαίτησε τροποποίηση της αντιβίωσης. Στις επόμενες ημέρες υπήρχε σταδιακή πτώση CRP και βελτίωση της κλινικής εικόνας (4 αιματηρές κενώσεις/24h). Μετρήθηκαν επίπεδα IFX την 4^η ημέρα από την έναρξη (>19μg/ml) και αποφασίσθηκε η παρακολούθηση, με την 2^η δόση IFX (10 mg/kg) να χορηγείται τελικά τη 12^η ημέρα.

Ο ασθενής εξήλθε την 14 η ημέρα σε κλινικοεργαστηριακή ύφεση με tapering στεροειδών, ενώ προστέθηκε αζαθειοπρίνη. Τέσσερις εβδομάδες μετά και σε πλήρη κλινική και εργαστηριακή ύφεση, η ορθοσκόπηση ανέδειξε σημαντική βελτίωση της εικόνας (UCEIS 3) και χορηγήθηκε 3^η δόση IFX 10mg/kg. Βρίσκεται υπό παρακολούθηση με προγραμματισμό μέτρησης επιπέδων IFX σε 4 εβδομάδες.

Βιβλιογραφία

1. Early management of acute severe UC in the biologics era: development and international validation of a prognostic clinical index to predict steroid response. A. Adams et al. Gut 2023.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ *CL. DIFFICILE* ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΑΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

Ξ. Τσαμακίδης, Μ.Α. Ουντάτ, Α. Κοντός, Ι. Πατάκος, Γ. Σαχτούρης, Β. Γιαννακόπουλος,
Φ. Παπακωνσταντίνου, Ε. Μανθοπούλου, Ε. Μιχαλοπούλου, Ν. Σαριμπεγιόγλου, Ι. Μαράκης,
Σ. Σταυρινίδης, Ι. Τζιωρτζιώτης, Δ. Κυπραίος, Δ. Δημητρούλοπουλος

Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

Σκοπός: Παρουσίαση κλινικής περίπτωσης ασθενούς με πρωτοδιαγνωσθείσα σοβαρή ελκώδη κολίτιδα (UC) και επιλοίμωξη από *Cl. Difficile* (CDI) η οποία αντιμετωπίστηκε με χορήγηση μεσαλαζίνης και βουδεσονίδης MMX.

Υλικό - Μέθοδοι: Ανασκοπήθηκε ο ιατρικός φάκελος του ασθενούς.

Αποτελέσματα: Άντρας 27 ετών, νοσοκομειακός ιατρός, με ελεύθερο ιστορικό, προσήλθε λόγω 8 βλεννοαιματηρών διαρροιών ημερησίως και δεκατικής πυρετικής κίνησης από 14ημέρου. Προσκόμισε καλλιέργεια, παρασιτολογική, έλεγχο κοπράνων για *Cl. Difficile* αρνητικά, γενική κοπράνων με άφθονα πυοσφαίρια και καλπροτεκτίνη 1.100 µg/g κοπράνων. Την ημέρα προσέλευσης είχε υποβληθεί σε ορθοσιγμοειδοσκόπηση αλλαχού όπου διαπιστώθηκαν οίδημα, ερυθρότητα, βλεννοπυώδες εξίδρωμα, προκλητή ευθρυπτότητα του βλεννογονου και ελήφθησαν βιοψίες. Ο ασθενής εισήχθη στην κλινική και υπεβλήθη σε εργαστηριακό έλεγχο ο οποίος ανέδειξε WBC=16.200/µL, CRP 12.3 mg/dl και TKE=92 mm/h ενώ εστάλη νέος έλεγχος για *Cl.difficile*. Χορηγήθηκε αγωγή με iv σιπροφλοξασίνη - μετρονιδαζόλη και per os βανκομυκίνη ενώ προστέθηκε μεσαλαζίνη τοπικά και per os λόγω ισχυρής υπόνοι-ας για UC. Το 3ο 24ωρο ο ασθενής εμφάνισε ελάττωση των διαρροιών και απυρεξία ενώ η ιστολογική ανέδειξε ευρήματα συνηγορητικά υπέρ ελκώδους κολίτιδας. Επιπρόσθετα, ο νέος έλεγχος κοπράνων ήταν θετικός για τοξινογόνο στέλεχος *Cl. Difficile*. Ο ασθενής υπεβλήθη σε ειλεοκολonosκόπηση όπου διαπιστώθηκε πανκολίτιδα ενδοσκοπικής βαρύτητας Mayo 2. Με την οριστική διάγνωση της επιπλεγ-μένης από CDI ελκώδους πανκολίτιδας, έγινε διακοπή της σιπροφλοξασίνης. Ο ασθενής βελτιώθηκε κλινικοεργαστηριακά και εξήχθη το 7ο 24ωρο με οδηγία για έναρξη βουδεσονίδης MMX. Επανήλθε 2 μήνες αργότερα προκειμένου να υποβληθεί σε προγραμματισμένη κολonosκόπηση η οποία ανέδειξε ενδοσκοπική ύφεση.

Συμπεράσματα: Δεν υπάρχουν ισχυρά δεδομένα μέχρι τώρα για την βέλτιστη αντιμετώπιση των επι-πλεγμένων με CDI ΙΦΝΕ ενώ τα αποτελέσματα της κλιμάκωσης της ανοσοκαταστολής στην έκβαση των περιστατικών αυτών είναι αντικρουόμενα. Σε περιπτώσεις επιπλεγμένης από *Cl. Difficile* σοβαρής ελκώ-δους κολίτιδας όπου ο ασθενής εμφανίζει ραγδαία κλινική βελτίωση με την αντιβιοτική αγωγή, φαίνεται ότι η χορήγηση βουδεσονίδης MMX αποτελεί ασφαλή και αξιόπιστη εναλλακτική αγωγή έναντι των κλασικών συστηματικών κορτικοστεροειδών.

ΟΞΕΙΑ ΣΟΒΑΡΗ ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΟΞΕΙΑΣ ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗΣ.

**Β. Λεκάκης, Σ. Παπαδάκος, Α. Ορφανίδου, Α. Κουτσούμπας, Γ. Παπαθεοδωρίδης,
Ι. Βλαχογιαννάκος**

Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

Σκοπός: Η περιγραφή περίπτωσης οξείας σοβαρής ελκώδους κολίτιδας σε έδαφος οξείας βρουκέλλωσης, σε ασθενή που τραυματίστηκε με βελόνη εμβολίου που περιείχε στέλεχος βρουκέλλας.

Υλικό-Μέθοδοι: Περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με οξεία σοβαρή ελκώδη κολίτιδα που νοσηλεύθηκε στην Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική του Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ».

Αποτελέσματα: Πρόκειται για άρρενα ασθενή 55 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, ο οποίος εμφάνισε εμπύρετο έως 39,5°C, 24 ώρες μετά από ατυχηματικό νυγμό από βελόνη εμβολίου που περιείχε το στέλεχος Rev-1 της βρουκέλλας. Ο ασθενής αρχικά νοσηλεύτηκε για δέκα ημέρες στο Γ.Ν. «Λαμίας» και αντιμετωπίστηκε ως οξεία βρουκέλλωση (θετικός ορολογικός έλεγχος), με σημαντική κλινική βελτίωση. Οκτώ ημέρες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, εμφάνισε διαρροϊκές κενώσεις με πρόσμιξη αίματος και βλέννης, για τις οποίες έλαβε αγωγή ως επί κλωστηριδικής κολίτιδας χωρίς ωστόσο να έχει αποδειχθεί η λοίμωξη από τις εξετάσεις κοπράνων και χωρίς κλινική ανταπόκριση. Λόγω περαιτέρω επιδείνωσης, διεκομίσθη στο Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ». Κατά την εισαγωγή του εμφάνιζε πλέον 8-10 υδαρείς κενώσεις/ ημέρα με πρόσμιξη αίματος και βλέννης, εμπύρετο (έως 38,5 °C, 3-4 κύματα/ημέρα), hgb=9,5gr/dl και CRP=201,02 mg/L. Υποβλήθηκε σε ορθοσιγμοειδοσκόπηση η οποία ανέδειξε κατά συνέχεια οίδημα και υπεραιμία του βλεννογόνου με παρουσία βαθέων ελκών. Οι βιοψίες που ελήφθησαν για καλλιέργεια ιστού και PCR για βρουκέλλα ήταν αρνητικές, ενώ από την μικροσκοπική εξέταση του δείγματος παρατηρήθηκαν αλλοιώσεις κρυπτίτιδας και κρυπτικών αποστημάτων, με σοβαρή διαταραχή της αρχιτεκτονικής των κρυπτών και βασική πλασματοκυττάρωση, απουσία κοκκιωμάτων. Βάσει των παραπάνω, τέθηκε σε ενδοφλέβια κορτικοειδή ως επί οξείας σοβαρής ελκώδους κολίτιδας, με σημαντική κλινικοεργαστηριακή ανταπόκριση ήδη από την 3^η ημέρα χορήγησης. Δέκα ημέρες αργότερα εξήλθε σε κλινική ύφεση και πλέον βρίσκεται σε ενδοσκοπική (Εικόνα 1) και ιστολογική ύφεση με ros και per rectum αμυνοσαλικυλικά.

Συμπεράσματα: Πρόκειται για περίπτωση εκδήλωσης ελκώδους πανκολίτιδας σε έδαφος οξείας βρουκέλλωσης, πιθανά μέσω κάποιου ανοσομεσολαβούμενου μηχανισμού. Στην διεθνή βιβλιογραφία περιγράφονται σπάνιες περιπτώσεις κολίτιδας σε οξεία βρουκέλλωση λόγω προσβολής του παχέος εντέρου από το μικρόβιο και μία μόνο περίπτωση UC-like κολίτιδας.



ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΞΑΡΣΗ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ, ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΡΠΗΤΑ ΖΩΣΤΗΡΑ ΚΑΙ ΘΕΤΙΚΟ ΟΡΟΛΟΓΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΙΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ CMV-IGM

Α. Παγώνη, Στ. Ευσταθίου, Σ. Καλελής, Σ. Λάμπρου, Σ. Ρέλλου, Α. Σπυράντης, Θ. Σδόνας, Α. Τασοβασίλη

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ασθενή με έξαρση ελκώδους κολίτιδας, εκδήλωση έρπητα ζωστήρα και θετικό ορολογικό έλεγχο για αντισώματα CMV-IgM.

Περιγραφή Περιστατικού: Ασθενής 65 ετών με ιστορικό ελκώδους πανκολίτιδας από διαιτίας υπό θεραπεία με μεσαλαζίνη παραπέμφθηκε για νοσηλεία λόγω έξαρσης με >8 αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις/ημέρα και μη ανταπόκριση στα p.os. κορτικοστεροειδή, με παράλληλη εμφάνιση ερπητικού εξανθήματος δεξιού άνω άκρου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρουσίαζε θετικά αντισώματα CMV-IgM, με RT-PCR CMV ορού αρνητική και αρνητική ιστολογική εξέταση για έγκλειστα κυτταρομεγαλοϊού. Συνεκτιμώντας τα αποτελέσματα και την κλινική εικόνα, ο θετικός ορολογικός έλεγχος για IgM-CMV θεωρήθηκε πιθανώς αποτέλεσμα διασταυρούμενης αντίδρασης των ερπητοϊών CMV&VZV και η ασθενής αντιμετωπίστηκε με κορτικοστεροειδή ενδοφλεβίως και μεσαλαζίνη από του στόματος και τοπικά, ενώ τέθηκε σε αγωγή με βαλακυκλοβίρη. Μετά από σταδιακή μείωση των κορτικοστεροειδών και ολοκλήρωση της αντιϊκής αγωγής έγινε έναρξη θεραπείας με ustekinumab. Έξι εβδομάδες μετά η ασθενής εμφάνισε νέα κλινική έξαρση με 4 αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις/ημέρα και κοιλιακό άλγος. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε θετικά CMV-IgM αντισώματα, με αρνητική ιστολογική εξέταση για έγκλειστα κυτταρομεγαλοϊού, ενώ η RT-PCR CMV στον ιστό απέβη θετική. Κατόπιν τούτων έλαβε αγωγή με γκανσυκλοβίρη για 14 ημέρες. Μετά το πέρας της θεραπείας εστάλη νέο δείγμα ιστού για RT-PCR, με ανίχνευση CMV στα όρια της μεθόδου. Αποφασίστηκε συνέχιση θεραπείας με ustekinumab. Έξι μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας η ασθενής συνέχιζε να αναφέρει παρουσία μικρής ποσότητας αίματος στις κενώσεις. Διενεργήθηκε ενδοσκόπηση με εικόνα πανκολίτιδας (MAYOIII), ενώ η ιστολογική εξέταση ήταν αρνητική για έγκλειστα κυτταρομεγαλοϊού και η RT-PCR CMV στον ιστό ήταν επίσης αρνητική. Ως εκ τούτου αποφασίστηκε αλλαγή βιολογικού παράγοντα.

Συμπεράσματα: Οι ιογενείς λοιμώξεις επιπλέκουν συχνά ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς με ΙΦΝΕ προσομοιάζοντας έξαρση της νόσου. Σε κάθε περίπτωση επιμονής κλινικών συμπτωμάτων ή μη ανταπόκρισης στη θεραπεία θα πρέπει να τίθενται εντός της διαφοροδιαγνωστικής προσέγγισης προκειμένου είτε να χορηγηθεί η κατάλληλη αιτιολογική θεραπεία, είτε να τροποποιηθεί η θεραπεία του υποκείμενου νοσήματος.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΙΦΝΕ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

eP57

ΣΤΕΝΩΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΕΝΕΡΓΟΣ CROHN ΕΙΛΕΟΚΟΛΙΤΙΔΑ

**Σ. Λάμπρου, Σ. Καλελής, Α. Σπυράντης, Σ. Ρέλλου, Στ. Ευσταθίου, Α. Παγώνη, Θ. Σδόνας,
Α. Τασοβασίλη**

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Σκοπός: Παρουσίαση ασθενούς με βαρεία στενωτικού τύπου ενεργό Crohn ειλεοκολίτιδα με συνοδό σημαντικό βαθμού βράχυνση του παχέος εντέρου.

Υλικό-Μέθοδοι: Ασθενής 38 ετών με ιστορικό στενωτικού τύπου Crohn ειλεοκολίτιδας με περιεδρική συμμετοχή (A2L3pB2), διαγνωσθείσα προ 20ετίας παρακολουθείται στο ιατρείο μας από διαιτίας. Συνοπτικά από την έναρξη της νόσου έχει λάβει πολλαπλά σχήματα κορτικοστεροειδών iv και per os, μεσαλαζίνη per os και τοπικά, συνδυασμό infliximab - αζαθειοπρίνης (2008-2015), μεθοτρεξάτη και συνδυασμό ustekinumab - αζαθειοπρίνης (2019 ως τον 9ο/2021).

Αποτελέσματα: Κατά την αρχική επίσκεψη ο ασθενής προσκομίζει ενδοσκοπήσεις από 2016 - 2021 με βαθμό προοδευτικής επιδείνωσης των στενώσεων που εντοπίζονται στα όρια τυφλού - ανιόντος, στο άπω εγκάρσιο, στο σιγμοειδές και το άπω ορθό η προσπέλαση των οποίων κατέστη εφικτή με τη χρήση γαστροσκοπίου στην πρώτη ενδοσκόπηση στο τμήμα μας τον 10ο/2021. Ο ασθενής δεν είχε υποβληθεί ποτέ σε MRE η οποία διενεργήθηκε τον 11ο /2021 και ανέδειξε συνοπτικά εκσεσημασμένη νόσο παχέος εντέρου με στενώσεις σε ορθό, σιγμοειδές, άπω εγκάρσιο και στο πλέον περιφερικό τμήμα του τελικού ειλεού μήκους 2εκ. με βαθμό προστενωτικής διάτασης. Οι περιγραφείσες στενώσεις παρουσιάζουν τοιχωματική υπερενίσχυση, περιορισμό της διάχυσης και μεσεντέρια υπεραϊμία, συνηγορώντας υπέρ μικτής ινωτικής-ενεργού φλεγμονώδους νόσου. Επιπλέον ανεδείχθη περιεδρικό συρίγγιο, κατά το πλείστον επιθηλιοποιημένο, στον άξονα της 9ης ώρας το περιφερικό άκρο του οποίου καταλήγει στη μεσογλουτιαία σχισμή.

Ως εκ τούτου αποφασίσθηκε εντατικοποίηση χορήγησης του ustekinumab ανά 4 εβδομάδες (12/2021 - 11/2022). Λόγω μη ανταπόκρισης στη θεραπεία, με συνεχώς αυξανόμενη Fcalpro

(FC: 2457 mg/kg από 970 mg/kg) και περαιτέρω ενδοσκοπική επιδείνωση σε ενδοσκόπηση επανελέγχου (9ος/2022) κατά την οποία δεν κατέστη δυνατή η είσοδος του ενδοσκοπίου (γαστροσκόπιο) εντός του παχέος εντέρου αποφασίσθηκε αλλαγή θεραπείας σε adalimumab 40mg ανά εβδομάδα το οποίο και λαμβάνει ως σήμερα.

Ο ασθενής παρουσιάζει κλινικοεργαστηριακή βελτίωση με πτώση δεικτών φλεγμονής (CRP: 2,60 mg/L από 16,60 mg/L - RR: <5) και σημαντική μείωση Fcalpro (FC: 365 mg/kg) ενώ αναμένεται νέα ενδοσκόπηση και MRE.

Ο ασθενής έχει υποβληθεί σε χειρουργική εκτίμηση και αναμένεται σχεδιασμός περαιτέρω θεραπείας.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με νόσο Crohn συχνά αναπτύσσουν ινωτικές στενώσεις συνεπεία της χρόνιας φλεγμονής. Παρά τις σημαντικές εξελίξεις στον τομέα των αντιφλεγμονωδών θεραπειών, δεν υπάρχουν επί του παρόντος θεραπείες που να προλαμβάνουν ή να θεραπεύουν τις ινωτικές στενώσεις δημιουργώντας σημαντικό κενό στη διαχείριση αυτών των ασθενών με ανθεκτικές στη θεραπεία στενώσεις.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΟΥ CROHN

eP58

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΚΑΙ ΒΑΡΙΑ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΥΠΟΚΑΛΙΑΙΜΙΑ

Ι. Παπατζέλου, Σ. Παναγιώτου, Β. Βαλάτας, Ι. Κουτρομπάκης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

Σκοπός: Η περιγραφή περίπτωσης με χρόνια εμμένουσα βαριά υποκαλιαιμία σε ασθενή με νόσο Crohn και υποθρεψία.

Υλικό-μέθοδοι: Πρόκειται για γυναίκα ασθενή 54 ετών με από 5ετίας διαγνωσμένη νόσο Crohn (A3 L1 B2) και πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα. Η νόσος ήταν επιπελεγμένη από τη διάγνωση (τμηματικές στενώσεις σε έκταση περίπου 45εκ. στον τελικό ειλεό με συνοδές προστενωτικές διατάσεις).

Η ασθενής τέθηκε αρχικά σε αγωγή με infliximab 5mg/kg/0,2,6ε8w. Παρουσίασε συχνά επεισόδια ατελούς ειλεού και σημαντική απώλεια βάρους στα πλαίσια σιτοφοβίας και έλαβε σύσταση για χειρουργική αντιμετώπιση, την οποία αρνήθηκε. Παρουσίασε επίσης συχνά επεισόδια βαριάς υποκαλιαιμίας (Κ από 2.2 έως 3.6) με συνοδό υπομαγνησισαιμία (Μg από 1.1 έως 2.0) και ανάγκη για τακτικές ενδοφλέβιες φορτίσεις. Αρχικά υπήρξε η σκέψη ότι πρόκειται για σωληναριοπάθεια Gitelman.

Αποφασίστηκε η εντατικοποίηση του σχήματος infliximab στα 5mg/kg/4w, με την οποία η ασθενής εμφάνισε βελτίωση τόσο κλινική (υποχώρηση συμπτωμάτων, σταθεροποίηση σωματικού βάρους) όσο και εργαστηριακή (υποχώρηση φλεγμονώδους συνδρόμου και ηλεκτρολυτικών διαταραχών). Η επαναληπτική κολονοσκόπηση ανέδειξε τελικό ειλεό χωρίς βλεννογονικές αλλοιώσεις με στένωση οριακά βατή από το όργανο, ενώ τα απεικονιστικά ευρήματα παρέμειναν σταθερά.

Μετά από περίπου 3 έτη παρουσίασε εκ νέου επιδείνωση με επεισόδια ατελούς ειλεού, αποφυγή σίτισης, απώλεια βάρους (BMI 18) και βαριά υποκαλιαιμία και υπομαγνησισαιμία. Νοσηλεύτηκε στη Νεφρολογική κλινική λόγω σοβαρών ηλεκτρολυτικών διαταραχών, με εικόνα περιφερικών οιδημάτων και ραβδομύλυση (Κ 2.3, Μg 1.1, Αλβ 1.9, CPK 5500). Μετά από έλεγχο η υποκαλιαιμία αποδόθηκε στην υπομαγνησισαιμία στα πλαίσια σοβαρής υποθρεψίας και δυσαπορρόφησης.

Αποτελέσματα: Η ασθενής χειρουργήθηκε (εκτομή 60 εκ.τελικού ειλεού) μετά από ενίσχυση θρέψης με λήψη ολικής παρεντερικής διατροφής. Είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και στον επανέλεγχο ήταν ασυμπτωματική, είχε ανακτήσει σωματικό βάρος και είχε φυσιολογικές τιμές καλίου και μαγνησίου.

Συμπεράσματα: Η βαριά παραμελημένη νόσος Crohn μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές διαταραχές θρέψης με επακόλουθες απειλητικές για τη ζωή ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN

**Σ. Ρέλλου, Στ. Ευσταθίου, Σ. Καλελής, Σ. Λάμπρου, Α. Παγώνη, Α. Σπυράντης, Θ. Σδόνας,
Α. Τασοβασίλη**

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ασθενή με νόσο του Crohn και θρόμβωση πυλαίας φλέβας και η εξέλιξη της.

Περιγραφή Περιστατικού: Ασθενής 37 ετών καπνιστής, με ιστορικό νόσου Crohn εντοπισμένη στον ειλεό και στο δεξί κόλον και περιεδρικής νόσου με τοποθέτηση seton προ διμήνου, υπό infliximab, εισήχθη στην κλινική μας λόγω άλγους στο επιγάστριο από 4ημέρου. Πραγματοποιήθηκε υπέρηχος κοιλίας και αξονική άνω κάτω κοιλίας τα οποία ανέδειξαν θρόμβωση αριστερού κλάδου πυλαίας φλέβας, οπότε και έγινε άμεση έναρξη αντιπηκτικών. Εστάλη έλεγχος θρομβοφιλίας ο οποίος ανέδειξε ότι ο ασθενής είναι ετεροζυγώτης για τις μεταλλάξεις FV Leiden και MTHFR, ενώ ο έλεγχος για JAK2 απέβη αρνητικός. Εξήλθε από την κλινική μας άπυρετος, αιμοδυναμικά σταθερός με ύφεση του κοιλιακού άλγους και οδηγία για έναρξη φονταπαρινόξης 7,5mg x 1. Σε επανέλεγχο με αξονική τομογραφία 6 μήνες μετά ελέγχεται πλήρης επανασηραγγοποίηση της πυλαίας φλέβας και κατόπιν οδηγιών ειδικού ιατρού διαταραχών αιμόστασης έγινε αλλαγή αγωγής σε rivaroxaban 10mg S:1x1, το οποίο και συνεχίζει.

Συμπεράσματα: Η εμφάνιση θρομβώσεων μπορεί να εμφανιστεί ως επιπλοκή σε ασθενείς με νόσο του Crohn. Ειδικότερα η θρόμβωση της πυλαίας φλέβας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ συνδέεται με καταστάσεις υπερπηκτικότητας όπως είναι το κάπνισμα, το πρόσφατο χειρουργείο, όπως στη συγκεκριμένη περίπτωση, και η ετεροζυγωτία για τη μετάλλαξη FV Leiden. Παρά τη σπάνια εμφάνιση της συγκεκριμένης επιπλοκής πρέπει να τίθεται στη διαφοροδιάγνωση του κοιλιακού άλγους στους ασθενείς αυτούς. Η άμεση έναρξη αντιπηκτικών (εντός 5 ημερών από την εμφάνιση συμπτωμάτων) μπορεί να οδηγήσει σε υψηλά ποσοστά επανασηραγγοποίησης του αγγείου καθώς και σε μείωση των επιπλοκών (ασκίτης ή εντερική ισχαιμία) και της θνητότητας.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΑΣ ΝΗΣΤΙΔΟΕΙΛΕΪΚΗΣ ΝΟΣΟΥ CROHN

Αικ. Λεβέντη¹, Αικ. Σαράφη¹, Κ.Χ. Αμπντιν¹, Ε. Παπαντώνη¹, Μ.Α. Ουντάτ², Γ. Μπάμιας³

¹ Χειρουργική Ογκολογική Κλινική, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

² Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

³ Γαστρεντερολογική Μονάδα, Γ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Σωτηρία, Αθήνα

Σκοπός: Η νόσος Crohn προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού, με 20% των περιπτώσεων μόνη εντόπιση στο λεπτό έντερο, ενώ ακόμη σπανιότερα εντοπίζεται νηστιδοειλεϊκά (L4 Montreal). Αυτό καθιστά τη διάγνωση ιδιαίτερα δύσκολη λόγω αδυναμίας ενδοσκοπικής προσέγγισης της βλάβης. Εδώ παρουσιάζουμε μια περίπτωση νεοδιαγνωσθείσας νηστιδοειλεϊκής v.Crohn, που επιβεβαιώθηκε ιστολογικά ύστερα από χειρουργική επέμβαση

Υλικό-Μέθοδος: Ασθενής 72 ετών παρουσίασε αιφνιδίως επεισόδια ατελούς ειλεού λεπτού εντέρου. Αντιμετώπιστηκε συντηρητικά αλλά σταδιακά επιδεινώθηκε με πολλαπλές διαρροϊκές κενώσεις, κοιλιακά άλγη και απώλεια βάρους. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε πάχυνση στον τελικό ειλεό και υπεραιμία μεσεντερίου αλλά η κολονοσκόπηση δεν είχε ευρήματα συμβατά με v. Crohn. Η μαγνητική εντερογραφία ανέδειξε στένωση στη νηστιδοειλεϊκή μετάπτωση με τοιχωματική πάχυνση έκτασης 15 εκ. Λόγω της συνεχούς κλινικής επιδείνωσης εισήχθη σε εξειδικευμένο γαστρεντερολογικό τμήμα αλλά πριν την ολοκλήρωση του ελέγχου παρουσίασε οξεία κοιλία. Οδηγήθηκε επείγοντως στο χειρουργείο όπου διαπιστώθηκε πυώδης περιτονίτιδα από ρήξη χοληδόχου κύστης και έγινε ανοιχτή χολοκυστεκτομή χωρίς διερεύνηση του λεπτού εντέρου. Στη συνέχεια ο ασθενής παραπέμφθηκε στο νοσοκομείο μας για περαιτέρω χειρουργική αντιμετώπιση. Στο σημείο αυτό παρουσίαζε σοβαρή καχεξία με ΔΜΣ 15.7, υπολευκωματιναιμία, αναιμία και αδυναμία σίτισης. Προσπάθεια σταδιακής επανασίτισης με ολική παρεντερική διατροφή διεκόπη από επεισόδιο πνευμονικού οιδήματος και κακοήθους υπέρτασής. Αφού σταθεροποιήθηκε διερευνήθηκε επιπλέον και για νευροενδοκρινή όγκο λεπτού εντέρου με αμφίρροπα αποτελέσματα. Η άμεση χειρουργική αντιμετώπιση μετατέθηκε μετά από διάστημα ενδυνάμωσης και σίτισης με εντερική στοιχειακή διατροφή. Εν τέλει μετά την βελτίωση του ΔΜΣ, της λευκωματίνης και της μυϊκής μάζας και με κατάλληλους ορμονικούς χειρισμούς οδηγήθηκε σε λαπαροτομία και εντερεκτομή λεπτού εντέρου.

Αποτελέσματα: Η ιστολογική ανέδειξε ευρήματα συμβατά με νόσο Crohn σε ενεργό φάση. Η μετεγχειρητική του πορεία ήταν άριστη και παραπέμφθηκε σε γαστρεντερολογικό κέντρο για έναρξη αγωγής.

Συμπεράσματα: Η νηστιδοειλεϊκή v.Crohn παρουσιάζεται με άτυπα συμπτώματα και συχνά η διάγνωση γίνεται χειρουργικά μια και η ιστολογική επιβεβαίωση είναι απαραίτητη για την έναρξη θεραπείας. Ωστόσο σημαντικός παράγοντας για την έκβαση του χειρουργείου είναι η επιλογή του κατάλληλου χρόνου παρέμβασης και η σωστή προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΤΟΜΗ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Π. Κατερίνης^{1,3}, Chr. Barthel¹, C. Ulmer², W. Steurer², E.F. Stange¹

¹ Gastroenterology department, Robert Bosch Krankenhaus, Stuttgart, Germany

² Department of Surgery, Robert Bosch Krankenhaus, Stuttgart, Germany

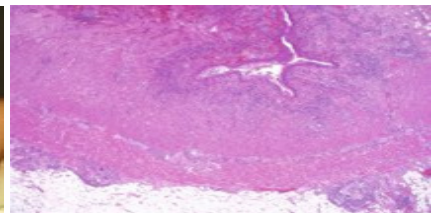
³ Gastroenterology department, General Hospital of Katerini, Greece

Εισαγωγή: Αναφέρουμε μια περίπτωση γυναίκας 24 ετών με νόσο του Crohn που διαγνώστηκε το 2009 (με προσβολή λεπτού εντέρου, οζώδες ερύθημα, αρθραλγία, σιδηροπενική αναιμία και υποκαλιαιμία). Ξεκινήσαμε θεραπεία με αζαθειοπρίνη και στη συνέχεια προσθέσαμε infliximab, αλλάξαμε σε αζαθειοπρίνη συν στεροειδή, μετά adalimumab και τέλος κυκλοφωσφαμίδη, τα οποία τελικά δεν είχαν κανένα αποτέλεσμα.

Αναφορά περιστατικού: Το 2010 η ασθενής εισήχθη με κοιλιακό άλγος, σημαντική διάρροια (5-6/ημέρα), καυστικό πόνο και εκκρίσεις περιπρωκτικά. Η διάγνωση ήταν διασφιγκτηριακό συρίγγιο μεταξύ 6ης-9ης ώρας με ορθικό απόστημα, με μερική καταστροφή του σφιγκτήρα λόγω της νόσου του Crohn. Διαπιστώθηκε ανεπαρκής σφιγκτήρας μεταξύ 3ης και 9ης ώρας, με σοβαρή πρωκτίτιδα. Το απόστημα παροχετεύτηκε και ξεκίνησε αγωγή peros με σιπροφλοξασίνη/μετρονιδαζόλη. Πήρε εξιτήριο χωρίς συμπτώματα για περαιτέρω θεραπεία με infliximab και καθημερινό καθαρισμό πληγών. Ωστόσο, σύντομα παραπονέθηκε για επίμονες μολύνσεις τραύματος και περιπρωκτικό συρίγγιο. Ως εκ τούτου, η ασθενής υποβλήθηκε σε υφολική πρωκτοκολεκτομή το 2012, αφήνοντας ένα κατάλοιπο του ορθού με μόνιμη ειλεοστομία. Το 2013 η κατάσταση απαιτούσε λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενη κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του υπολείμματος του ορθού. Αυτή η διαδικασία άφησε μια μεγάλη περινεϊκή κοιλότητα πληγής η οποία δεν επουλώθηκε για 1 ½ χρόνο. Στη συνέχεια, ανέπτυξε επίσης ένα κολπικό συρίγγιο και επιχειρήθηκε χειρουργική αποκατάσταση με παρεμβολή μυϊκού ιστού αλλά και αυτή η προσέγγιση απέτυχε και η μεγάλη ανοιχτή πληγή παρέμεινε.

Τον Αύγουστο του 2014 η ασθενής ξεκίνησε θεραπεία με adalimumab (40mg sc ανά 15/μερο) συν αζαθειοπρίνη (100mg), επειδή μέχρι τότε μια βιοψία από τα όρια του τραύματος είχε αποκαλύψει κοκκιωματώδη φλεγμονή, δηλαδή μεταστατική νόσο του Crohn. Ήταν επίσης σε εκτεταμένη αναλγητική θεραπεία (οξυκωδόνη, Fentanyl TTS).

Συμπέρασμα: Τέλος, το κολπικό συρίγγιο έκλεισε και το μεγάλο τραύμα επουλώθηκε σταδιακά όπως ήταν εμφανές κατά τη διάρκεια των τακτικών αλλαγών επιδέσμων των πληγών υπό αναισθησία με προποφόλη. Αυτή τη στιγμή έχει κινητοποιηθεί με επιτυχία και νιώθει καλά. Δεν υπήρχαν ενδείξεις κοκκιωμάτων ή κακοήθειας στην τρέχουσα ιστολογική αναφορά.



ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΥΠΟΨΙΑ ΝΟΣΟΥ CROHN ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ

Δ.Ε. Αρνά, Α. Θεοδωροπούλου

Γαστρεντερολογική Κλινική, Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

Ασθενής 65 ετών με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης. Προ 2ετίας νοσηλεύτηκε στη Παθολογική κλινική του νοσοκομείου μας στα πλαίσια διερεύνησης κοιλιακού άλγους και απώλειας βάρους 18 κιλών σε 6 μήνες. Από αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας είχε φανεί πάχυνση του τοιχώματος του τελικού ειλεού και του ανιόντος κόλου καθώς και θολερότητα του μεσεντέριου λίπους. Από κολονοσκόπηση τότε και την ιστολογική από τελικό ειλεού και παχύ έντερο δεν είχαν αναδειχθεί παθολογικά ευρήματα. Λόγω επιμονής του άλγους σε υπογάστριο και οσφυϊκή χωρά, διενεργήθηκε περαιτέρω διερεύνηση με μαγνητική εντερογραφία τον 09/22, όπου ανεδείχθη πάσχον ο ειλεός περί τα 55εκ με κυκλωτερή συμμετρική πάχυνση του τοιχώματος και ανεδείχθη παθολογικός ιστός πέριξ του ειλεού στο μεσεντήριο διαμέτρου περί τα 3 εκ. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε και μαγνητική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας(12/22), όπου ανεδείχθη εντός του μεσεντέριου δεξιά της μέσης γραμμής ασαφών ορίων ιστός έως 5 εκ., σε επαφή με έλικες του τελικού ειλεού, που περιχειρίζει αγγειακές δομές (δδ σκληρυντική μεσεντερίτιδα?, καρκινοειδής?). Ο ασθενής στη συνέχεια έλαβε και ενδοσκοπική κάψουλα, όπου ανεδείχθησαν πολλαπλά έλκη στο λεπτό έντερο. Έγινε εκ νέου εισαγωγή του ασθενή τον 02/23 για περαιτέρω διερεύνηση. Διενεργήθηκε γαστροσκόπηση και κολονοσκόπηση, όπου ανεδείχθησαν έλκη δωδεκαδακτύλου, τμηματική ειλεΐτιδα και κολίτιδα και από την ιστολογική απάντηση φάνηκε εικόνα τμηματικής ενεργού ειλεΐτιδας και δωδεκαδακτυλίτιδας, που θα μπορούσε να αφορά σε αλλοιώσεις νόσου crohn. Στη συνέχεια διενεργήθηκε χειρουργικά λαπαροσκόπηση και λήψη βιοψιών από τον παθολογικό ιστό στο μεσεντήριο, όπου η ιστολογική ανέδειξε:εικόνα ατρακτοκυτταρικής μεσεκχυματικής εξεργασίας, με ανοσομορφικούς χαρακτήρες που συνηγορούν περισσότερο υπέρ δεσμοειδούς ινωματώσεως.

Υπάρχουν πολύ λίγα περιστατικά στη βιβλιογραφία που να αναφέρουν συσχέτιση μεταξύ της νόσου crohn και όγκους μεσεντέριου. Αρά στη περίπτωση μας τίθεται το ερώτημα εαν η μεσεκχυματική εξεργασία σχετίζεται με τη νόσο crohn του ασθενή ή αποτελεί ξεχωριστή οντότητα.

ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΨΩΡΙΑΣΙΟΜΟΡΦΟΥ ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΕΛΑΜΒΑΝΕ ΑΝΤΙ-TNF. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ν. Παπαντωνίου, Κ. Μουσουράκης, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική Αθηνών», Αθήνα

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα ασθενής με νόσο Crohn ηλικίας 29 ετών λαμβάνει από 2ετίας περίπου αγωγή με infliximab (βιο-ομοειδές). Η νόσος Crohn έχει διαγνωσθεί από 2ετίας με εντόπιση στον τελικό ειλεό και φλεγμονώδη φαινότυπο, όμως υπήρχε και περιεδρική νόσος για αυτό και αποφασίστηκε η χορήγηση infliximab στη συνήθη δόση (5mg/Kg ανά 8 εβδομάδες). Η ασθενής παρουσίασε αρχικά ανταπόκριση, όμως μετά από 20 μήνες χορήγησης του φαρμάκου εμφάνισε απώλεια ανταπόκρισης και για το λόγο αυτό αποφασίστηκε η εντατικοποίηση της χορήγησης infliximab σε 10mg/Kg ανά 8 εβδομάδες. Δύο μήνες μετά τη χορήγηση της διπλής δόσης η ασθενής εμφανίζει ψωριασιόμορφο εξάνθημα στις παλάμες και τα πέλματα. Ο δερματολόγος χορηγεί τοπική θεραπεία, χωρίς όμως αποτέλεσμα. Η ασθενής λαμβάνει μία ακόμα δόση infliximab (10mg/Kg), όμως το εξάνθημα επιδεινώνεται και αποφασίζεται η διακοπή της θεραπείας. Στη συνέχεια χορηγήθηκε ustekinumab με καλή ανταπόκριση.

Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας: Παρότι οι αντι-TNF παράγοντες ενδείκνυνται για τη θεραπεία τόσο των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου (ΙΦΝΕ), όσο και της ψωρίασης, πολλοί ασθενείς με ΙΦΝΕ που λαμβάνουν αγωγή με τους παράγοντες αυτούς εμφανίζουν de novo ψωρίαση ή ψωριασιόμορφο εξάνθημα. Η παθογένεια του ψωριασιόμορφου εξανθήματος φαίνεται να σχετίζεται με αύξηση της interferon-α (IFN-α), απότοκη των μειωμένων επιπέδων του TNF που κυκλοφορεί στο αίμα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι συνηθέστερες θέσεις εντόπισης του εξανθήματος αυτού είναι ο κορμός (40%) και οι παλάμες ή τα πέλματα (23%). Στο 79% η εμφάνιση του εξανθήματος σχετίζεται με τη χορήγηση infliximab, στο 17% με τη χορήγηση adalimumab και στο 4% με τη χορήγηση certolizumab pegol. Ένα ποσοστό που φτάνει στο 37% των ασθενών λαμβάνει συνδυασμένη θεραπεία με αντι-TNF και κλασικά ανοσοκατασταλτικά όταν εμφάνισε το εξάνθημα. Η θεραπεία έγκειται στη χορήγηση τοπικών σκευασμάτων (κυρίως κορτιζόνης), με συνέπεια τον έλεγχο του εξανθήματος, όμως η διακοπή του αντι-TNF παράγοντα φαίνεται ότι απαιτείται στο ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων.

ΕΠΑΓΩΓΗ ΜΑΚΡΑΣ ΥΦΕΣΗΣ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΝΟΣΟΥ CROHN ΜΕ ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΜΕΡΙΚΗ ΑΡΧΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΕ IFX/AZA ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΣΧΗΜΑΤΟΣ ΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ

**Μ. Α. Μαλαματένιος, Αικ. Φιλιππάκου, Α. Στεφανόπουλος, Ι. Γκόλφου, Π. Μαρκόπουλος,
Ε. Τελάκης, Ε. Τσιρώνη**

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΑΝΠ Μεταξά, Πειραιάς

Η χορήγηση anti-TNF παράγοντα, κυρίως infliximab, με ή χωρίς συγχορήγηση αζαθειοπρίνης, συστήνεται ως η θεραπεία 1ης γραμμής σε ασθενείς με συριγγοποιό/περιεδρική νόσο Crohn. Άλλης κατηγορίας βιολογικοί παράγοντες παρά τα πρώιμα ενθαρρυντικά αποτελέσματα δεν μπορούν επί του παρόντος να θεωρηθούν ισάξιες θεραπευτικές επιλογές. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με A2L3-4B2p νόσο που ετέθη σε ύφεση με την προσθήκη σχήματος στεροειδών μετά από μερική ανταπόκριση στην combo θεραπεία.

Ασθενής 28 ετών παραπέμφθηκε στο τμήμα μας λόγω υποτροπιάζοντος περιπρωκτικού αποστήματος (με αυτόματη παροχέτευση μετά τη λήψη αντιβιοτικών), διαταραχών κενώσεων και απώλειας βάρους. Ο εργαστηριακός και ενδοσκοπικός έλεγχος ανέδειξε εκτεταμένη νόσο Crohn λεπτού και παχέος εντέρου, με συμμετοχή και του ανωτέρου πεπτικού. Η MRI περινέου ανέδειξε δύο διασφιγκτηριακά συρίγγια. Ο ασθενής τέθηκε σε θεραπεία με Infliximab και αζαθειοπρίνη, η οποία διακόπηκε σύντομα λόγω εμφάνισης υψηλού πυρετού και αρθραλγιών χωρίς ανεύρεση αιτίας, θέτοντας υπόνοια ορονοσίας. Λόγω όμως της εκτεταμένης νόσου και της κλινικής επιδείνωσης, αποφασίστηκε η επανέναρξη της combo θεραπείας με βραδεία τιτλοποίηση της αζαθειοπρίνης ανεπίπλεκτα.

Ο ασθενής εμφάνισε υποχώρηση της περιεδρικής νόσου κλινικά και ενδοσκοπικά, με φυσιολογική CRP αλλά με αυξομειώσεις της καλπροτεκτίνης και βελτίωση αλλά όχι ενδοσκοπική επούλωση της βλεννογονικής νόσου. Εστάλησαν trough levels (9,5μg/ml) και τίτλος αντισωμάτων (αρνητικός). Με βάση την κλινική πορεία του ασθενούς και με δεδομένο της μερικής ανταπόκρισης, αποφασίστηκε να χορηγηθεί σχήμα στεροειδών επί πλέον της θεραπείας, με σκοπό να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα του χορηγούμενου σχήματος, παρά να γίνει αλλαγή σε άλλης τάξης βιολογικό παράγοντα που δεν συγκεντρώνει ικανοποιητικά δεδομένα στη περιεδρική νόσο. Ο ασθενής μετά από το σχήμα στεροειδών εμφάνισε κλινική ύφεση και πτώση των δεικτών φλεγμονής (CRP, καλπροτεκτίνη). Η ύφεση αυτή διατηρήθηκε έκτοτε με τη χορήγηση combo θεραπείας, ενώ ο ενδοσκοπικός έλεγχος ένα έτος μετά επιβεβαίωσε περαιτέρω ενδοσκοπική βελτίωση με αραιά αφθώδη έλκη. Σχεδόν 3 έτη μετά τη χορήγηση στεροειδών, ο ασθενής παραμένει σε κλινική και εργαστηριακή ύφεση.

eP65

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΩΡΙΑΣΙΟΜΟΡΦΟΥ ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΥΠΟ
INFLIXIMAB ΜΕ ΑΛΛΑΓΗ ΣΕ ΙΔΙΑΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΛΟΓΩ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗΣ
ΣΗΜΑΝΤΙΚΗΣ ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ**

Α. Στεφανόπουλος, Ε. Τελάκης, Α. Θεοδούλου, Π. Μαρκόπουλος, Αικ. Φιλιππάκου, Ε. Τσιρώνη

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΑΝΠ Μεταξά, Πειραιάς

Εισαγωγή: Η ευρεία χρήση των anti-TNFα παραγόντων στα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση ψωριασιόμορφων αλλοιώσεων σε ένα ποσοστό 0.6%-5% στους ασθενείς με νόσο Crohn. Παρουσιάζουμε μια περίπτωση ψωρίασης κατά πλάκας σε ασθενή με νόσο Crohn υπό Infliximab που λόγω συνοδών αρθρικών εκδηλώσεων αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με αλλαγή σε adalimumab και δεν απαιτήθηκε άλλης κατηγορίας βιολογικός παράγοντας.

Κλινική πορεία: Γυναίκα 53 ετών με νόσο Crohn λεπτού εντέρου και σοβαρή εντεροπαθητική αρθρίτιδα ξεκίνησε να παρακολουθείται στο τμήμα μας λαμβάνουσα ήδη από δεκαετίας μονοθεραπεία με αζαθειοπρίνη. Λόγω κλινικής και ενδοσκοπικής έξαρσης αποφασίστηκε η προσθήκη infliximab, αρχικά σε δόση 5 mg/kg ανά 8 εβδομάδες. Λόγω εμμονής της αρθροπάθειας, και κατόπιν ρευματολογικής εκτίμησης βραχύνθηκε το μεσοδιάστημα στις 4 εβδομάδες και αντικαταστάθηκε η αζαθειοπρίνη από μεθοτρεξάτη. Τέσσερα έτη μετά την έναρξη του infliximab και ενώ η ασθενής βρισκόταν σε ύφεση της νόσου Crohn, ανέπτυξε εκτεταμένη ψωρίαση κατά πλάκας σε αμφότερες τις παλάμες, γεγονός που αποδόθηκε κατόπιν δερματολογικής εκτίμησης, στη χρήση του Infliximab. Αποφασίστηκε η αντικατάστασή του σε adalimumab (40 mg/2 εβδομάδες) με διατήρηση της μεθοτρεξάτης, κατόπιν συνεννόησης και με το ρευματολόγο, λόγω των συνεχιζόμενων αρθρικών εκδηλώσεων. Ένα έτος μετά την αλλαγή αυτή, η ασθενής βρίσκεται σε ύφεση της εντερικής νόσου Crohn, με βελτίωση της αρθροπάθειας και υποχώρηση του εξανθήματος.

Συμπεράσματα: Οι anti-TNFα παράγοντες έχουν συσχετιστεί με εμφάνιση ψωριασιόμορφων βλαβών με συγκρίσιμα ποσοστά για το infliximab και το adalimumab. Η ψωρίαση κατά πλάκας αποτελεί το 15.8 - 50% των περιπτώσεων, με μέσο χρόνο εμφάνισης το 1 έτος από την έναρξη της θεραπείας. Σε ήπιες βλάβες συνιστάται τοπική αγωγή και συνέχιση του anti-TNFα. Σε μέτριες προς σοβαρές βλάβες συνήθως απαιτείται η αλλαγή τάξης βιολογικού παράγοντα, σε περίπτωση όμως που η υποκείμενη ΙΦΝΕ είναι σε ύφεση μπορεί να επιχειρηθεί η αλλαγή σε άλλον anti-TNFα, όπως έγινε στην περίπτωση αυτή.



ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΝΟΣΟΥ CROHN ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Α. Μπιτούλη, Λ. Σιδεράς, Γ. Κοκκώνης, Π. Αγοραστό, Ι. Γουλής

Δ Παθολογική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο - Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Γυναίκα 18 ετών από μηνός εμφάνισε αφθώδη στοματίτιδα, οδυνοφαγία και φαρυγγοδυνία. Αφού έλαβε τοπική θεραπεία και, εμπειρικά, ακυκλοβίρη χωρίς βελτίωση, υποβλήθηκε σε γαστροσκόπηση όπου επισκοπήθηκαν αφθώδη έλκη σε φάρυγγα και οισοφάγο χωρίς όμως οι βιοψίες να αναδείξουν ειδικές βλάβες. Δυο βδομάδες αργότερα ακολούθησε βιοψία βλεννογόνου στόματος, με μη ειδικά ευρήματα. Σταδιακά εμφάνισε διαρροϊκές κενώσεις, δεκατική πυρετική κίνηση και αυξημένους δείκτες φλεγμονής. 3 μήνες μετά τα αρχικά συμπτώματα υποβλήθηκε σε κολonosκόπηση με ανάδειξη φυσιολογικού βλεννογόνου τόσο στον τελικό ειλεό όσο και στο παχύ έντερο με φυσιολογικές βιοψίες. Στα πλαίσια διερεύνησης πιθανής νόσου Αδαμαντιάδη- Behcet, διαπιστώθηκε απουσία αφθών στα γεννητικά όργανα και χαρακτηριστικών εξανθημάτων ενώ και το αντιγόνο HLA-B51 ήταν αρνητικό. Ακολούθησε μαγνητική εντερογραφία που ανέδειξε οίδηματώδη πάχυνση του βλεννογόνου του τελικού ειλεού στα 25εκ από την ειλεοτυφλική βαλβίδα. 1 μήνα μετά την αρχική κολonosκόπηση και καθώς επέμενε η συμπτωματολογία, υποβλήθηκε σε νέο ενδοσκοπικό έλεγχο ανώτερου και κατώτερου πεπτικού με ανάδειξη μικρών ελκών σε φάρυγγα και οισοφάγο καθώς και μεγάλα, βαθιά έλκη σε μήκος 30cm εντός του τελικού ειλεού και διάσπαρτα αφθώδη έλκη στο παχύ έντερο. Οι βιοψίες ανέδειξαν κοκκιώματα σε οισοφάγο, στόμαχο, ειλεό και παχύ έντερο και η ιστολογική εικόνα επιβεβαίωσε τη διάγνωση της v.Crohn. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με αζαθειοπρίνη και infliximab εμφανίζοντας άμεση ανταπόκριση. Συνοψίζοντας, η ασθενής εμφάνισε συμπτώματα v.Crohn στον οισοφάγο 4 μήνες νωρίτερα από την προσβολή του κατώτερου πεπτικού.

Όπως είναι γνωστό η οισοφαγική εντόπιση της v.Crohn είναι σπάνια (0,3-5%), ενώ οισοφαγική εντόπιση ως πρώτη εκδήλωση, όπως στη συγκεκριμένη ασθενή, αναφέρεται σε ελάχιστες περιπτώσεις στη βιβλιογραφία. Τέλος αξίζει να αναφερθεί πως σε πολυκεντρική μελέτη της ECCO του 2022 καταγράφηκαν μόλις 40 ασθενείς με οισοφαγική εντόπιση, με συχνότερα συμπτώματα την οδυνοφαγία -δυσφαγία, ενώ μόλις στο 20% βρέθηκαν κοκκιώματα στη βιοψία.

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΟΘΡΕΨΙΑ

Κ. Μουσουράκης, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική Αθηνών», Αθήνα

Άνδρας 30 ετών με ιστορικό νόσου Crohn παραπέμπεται σε εμάς για σοβαρή υποθρεψία που περιορίζει τη δραστηριότητα του. Ο ασθενής έχει διαγνωστεί με Crohn ειλεοκολίτιδα με συμμετοχή και του ανώτερου πεπτικού πριν από 11 έτη. Έχει υποβληθεί σε δεξιά ημικολεκτομή πριν από 9 έτη εξαιτίας επιμήκους, φλεγμονώδους στένωσης του τελικού ειλεού, η οποία ήταν ανθεκτική στη θεραπεία με infliximab στη συνηθισμένη αλλά και στην αυξημένη δόση. Μετεγχειρητικά ο ασθενής δε λάμβανε θεραπεία συντήρησης και αντιμετωπιζόταν με στεροειδή από το στόμα σε εξάρσεις της νόσου. Πριν από 6 έτη, μετά από χειρουργικό καθαρισμό περιπρωκτικού αποστήματος και τοποθέτηση seton λόγω παρουσίας περιπρωκτικών συριγγίων, έγινε έναρξη θεραπείας εκ νέου με infliximab 5 mg/kg κάθε 4 εβδομάδες, χωρίς όμως ικανοποιητική ανταπόκριση, για αυτό και μετά από 12 μήνες του χορηγήθηκε ustekinumab κάθε 8 εβδομάδες. Παρά τη θεραπεία με ustekinumab που λαμβάνει από τότε, η νόσος του είναι κλινικά ενεργή, ενώ υπάρχει επίσης εκτεταμένη εντερική φλεγμονή στη νήστιδα και στον ειλέο. Η διαιτητική πρόσληψη του ασθενή είναι πτωχή λόγω σχετιζόμενης δυσπεψίας και μετεωρισμού. Ως μέρος της κλινικής εξέτασης, εκτιμήσαμε εμφανή απώλεια υποδόριου λίπους και μυϊκής μάζας, που αντικατοπτρίζονται στον Δείκτη Μάζας Σώματος, τον οποίο υπολογίσαμε ίσο με 15 kg/m², ενώ ο ασθενής παρουσιάζει και περιφερικά οίδημα. Από την εργαστηριακή εκτίμηση προκύπτει αναιμία, λευκοπενία, αυξημένοι δείκτες φλεγμονής, σοβαρή υποαλβουμιναιμία και ανεπάρκεια σιδήρου, βιταμίνης D και φυλλικού οξέος. Συμβουλευτήκαμε διαιτολόγο για να επιλέξουμε, με βάση τις θερμιδικές και πρωτεϊνικές ανάγκες του ασθενή, εντερική δίαιτα χαμηλού υπολείμματος συμπληρωμένη από ημι-στερεή πολυμερική φόρμουλα. Χορηγήθηκε ακόμα παρεντερική διατροφή, καθώς η από του στόματος πρόσληψη δεν ανταποκρινόταν στις ημερήσιες ανάγκες. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να γίνει συζήτηση για τον περαιτέρω χειρισμό του ασθενούς.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΗ ΣΕ ΜΗΚΟΣ ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΕΛΙΚΟΥ ΕΙΛΕΟΥ ΜΕ USTEKINUMAB

Χ. Λιάτσος, Μ. Γιακουμής, Μ. Παπαδομιχελάκης, Μ. Γαλανόπουλος, Ν. Κυριάκος

Γαστρεντερολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Η ανάδειξη ενός ενδιαφέροντος περιστατικού σοβαρής στένωσης τελικού ειλεού σε έδαφος νόσου Crohn, το οποίο αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με χορήγηση βιολογικού παράγοντα (Ustekinumab).

Υλικο-μέθοδοι: Άνδρας 53 ετών, με ιστορικό νόσου Crohn τελικού ειλεού από 30ετία, προσέρχεται αιτιώμενος διαρροϊκή συνδρομή και επεισόδια οξέος κοιλιακού άλγους από 4μήνου. Η κολονοσκόπηση κατέδειξε στένωση του στομίου της ειλεοτυφλικής βαλβίδος με μικρό έλκος επ'αυτής και αδυναμία διάδου του ενδοσκοπίου εντός αυτής. Ο απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική εντερογραφία - MRE ανέδειξε στένωση τελικού ειλεού μήκους 30εκ (πάχυνση τοιχώματος, πάχος προσβεβλημένου τμήματος έως 1εκ με προστενωτική διάταση 3.7εκ, οίδημα του βλεννογόνου με περιορισμό της διάχυσης και διάχυτη πρόσληψη του ΕΦ σκιαγραφικού), CRP: 3.5mg/dL και καλπροτεκτίνη κοπράνων >1000μg/gr (Εικόνα 1). Ο ασθενής στο παρελθόν είχε λάβει αγωγή με μεσαλαμίνη 8gr/d και περιστασιακά κορτιζόνη per os. Λόγω της άρνησης του ασθενούς να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση αλλά και λόγω του φλεγμονώδους χαρακτήρα της νόσου βάσει της κλινικοεργαστηριακής-απεικονιστικής εικόνας, αποφασίστηκε η χορήγηση Ustekinumab στο κλασσικό δοσολογικό σχήμα (390 mg iv άπαξ και κατόπιν 90mg ΥΔ ανά 8 εβδομάδες).

Αποτελέσματα : Μετά και την δεύτερη ΥΔ ένεση, ο ασθενής εμφάνισε βελτίωση των συμπτωμάτων με πλήρη ύφεση των διαρροιών και υποχώρηση του κοιλιακού άλγους. Νέα MRE 8 μήνες μετά, ανέδειξε βελτίωση της ακτινολογικής εικόνας (συνολικά ηπιότερη) (εικόνα 2), ενώ ταυτόχρονα παρατηρήθηκε σημαντική πτώση της καλπροτεκτίνης κοπράνων:120μg/gr.

Συμπέρασμα: Αν και η χειρουργική επέμβαση αποτελεί την προφανή θεραπεία εκλογής σε σοβαρές στενώσεις του τελικού ειλεού λόγω νόσου Crohn, είναι αποδεκτή και η χορήγηση βιολογικού παράγοντα (είτε ως bridging είτε σε περιπτώσεις άρνησης των ασθενών να αντιμετωπισθούν χειρουργικά) όταν υπάρχει και φλεγμονώδες στοιχείο (αύξηση δεικτών φλεγμονής, σκιαγραφική ενίσχυση του τοιχώματος του τελικού ειλεού κ.α) στην κλινικοεργαστηριακή-ακτινολογική εικόνα των εν λόγω ασθενών.



ΣΤΕΝΩΤΙΚΗ Ν. CROHN ΤΕΛΙΚΟΥ ΕΙΛΕΟΥ Η ΜΗΠΩΣ ΟΧΙ;

Π. Τάτση, Ε. Βλάχου, Γ. Βογιατζή, Θ. Κουκουράτος, Ε. Παπαδημητρίου, Α. Ψύχος, Φ. Τσιόπουλος,
Γ. Καραμπέκος

Γαστρεντερολογική, ΓΝ Λάρισας, Λάρισα

Σκοπός: Ασθενής με αρχική διάγνωση ν.Crohn (A2L1B2) που μετά από γονιδιακό έλεγχο αποδείχθηκε ότι πρόκειται για σύνδρομο MNGIE.

Παρουσίαση περιστατικού

- Άνδρας, 19 ετών
- Ατομικό ιστορικό
 - επεισόδια εμέτων από 5 ετίας → Γαστροσκόπηση: αρνητική
 - σιδηροπενία από τριετίας
 - στίγμα β-θαλασσαιμίας
 - Λόγω υπαισθησίας άνω άκρων → MRI εγκεφάλου → εστίες λευκοεγκεφαλοπάθειας
- Παρούσα νόσος
 - Διαρροϊκές κενώσεις από μηνός - χολώδεις έμετοι
- Κλινική εξέταση
 - Ωχρότητα δέρματος και επιπεφυκώτων, δακτυλική εξέταση: αρνητική
 - Απίσχυση (BMI= 15.5kg/m²)
- Εργαστηριακός έλεγχος
 - Υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία, Υπολευκωματιναιμία, Χαμηλή Β12, Φυλλικό: κφ
 - α/α θώρακος: κ.φ, Mantoux - Quantiferon : Αρνητικά
 - Ιολογικός - Ανοσολογικός έλεγχος: Αρνητικοί
- Ενδοσκοπικός έλεγχος
 - Κολονοσκόπηση: **κυκλωτερής στένωση του αυλού του τελικού ειλεού σε απόσταση 10εκ. από την ειλεοτυφλική βαλβίδα**
 - Γαστροσκόπηση: Ερυθρηματώδης γαστροπάθεια - Διάταση του αυλού του 12/λου
- Ιστολογική εξέταση: χρόνια ειλείτιδα και χρόνια ενεργός κολίτιδα - αρνητικός έλεγχος για κοιλιοκάκη, ν.Whipple
- Απεικονιστικός έλεγχος
 - MRI εντερογραφία: **Στένωση στον τελικό ειλεό σε μήκος ~7εκ. μέχρι και την ειλεοτυφλική βαλβίδα, με πάχυνση του τοιχώματος - Ευρήματα υπέρ φλεγμονής με πιθανό ενδεχόμενο τη ν.Crohn**
- Πορεία νόσου - Αντιμετώπιση
 - Έναρξη Infliximab + Azathioprine για ένα έτος → Χωρίς κλινική και απεικονιστική ανταπόκριση
 - Νοσηλεία λόγω ειλεού → Δεξιά κολεκτομή και ειλοκολική αναστόμωση
 - Μετεγχειρητικά: Flagyl 20mg/kg → Αιμωδίες κάτω άκρων → διακοπή και έναρξη Infliximab → χωρίς κλινική ανταπόκριση → TDM: χαμηλά επίπεδα φαρμάκου - υψηλά αντισώματα → Switch σε Ustekinumab
 - Αιμωδίες κάτω άκρων και έκπτωση ακοής → MRI εγκεφάλου: εστίες λευκοεγκεφαλοπάθειας → Γονιδιακός έλεγχος → ομόζυγος στη μετάλλαξη του γονιδίου TYMP →

Διάγνωση: Σύνδρομο MNGIE (Μιτοχονδριακή Νευρογαστρεντερική Εγκεφαλοπάθεια)

Αυτοσωμική υπολειπόμενη νόσος των μιτοχονδρίων - Εκδηλώνεται με προοδευτική μείωση γαστρεντερικής κινητικότητας, καχεξία, οφθαλμοπληγία, βλεφαρόπτωση, συμμετρική πολυνευροπάθεια, αδυναμία άκρων και ασυμπτωματική λευκοεγκεφαλοπάθεια.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΛΛΗΛΕΠΙΚΑΛΥΨΗΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗΣ ΧΟΛΑΓΓΕΙΙΤΙΔΟΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΟΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN

Χ. Σωτηρόπουλος, Χ. Κωνσταντάκης, Γ. Διαμαντοπούλου, Ο. Αμπαζής, Γ. Θεοχάρης, Χ. Τριάντος, Κ. Θωμόπουλος

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

Σκοπός: Η PSC συνδέεται στενά με την IBD και επηρεάζει έως και το 3,6% των ασθενών με νόσο του Crohn, ενώ η AIH είναι επίσης πιο διαδεδομένη σε ασθενείς με IBD σε έως και 16% των ασθενών.¹⁻⁴

Υλικό-Μέθοδοι: Αναφορά περίπτωσης συνδρόμου αλληλεπικάλυσης Πρωτοπαθούς Σκληρυντικής Χολαγγειίτιδος και Αυτοάνοσης Ηπατίτιδος σχετιζόμενο με νόσο του Crohn.

Αποτελέσματα: Πρόκειται για γυναίκα ασθενή που σε ηλικία 14 ετών παρουσίασε άλγος δεξιού υποχονδρίου και διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας (SGOT: 44 U/l, SGPT: 145 U/l, γ-GT: 300 U/l, ALP: 421 U/l, TBL: 1 mg/dl).

MRCP (Εικόνα Α): Τοπικές στενώσεις με προστενωτική διάταση τόσο στα ενδοηπατικά όσο και στα εξωηπατικά χοληφόρα. [PSC]

Ένα χρόνο αργότερα η ασθενής παρουσίασε έντονο άλγος δεξιάς κοιλιακής χώρας και αιμορραγικές διάρροιες. Από τη διενέργεια ειλεοκολonosκόπησης ανεδείχθησαν τελική ειλειίτις (Εικόνα Β) και τμηματική κολίτις.

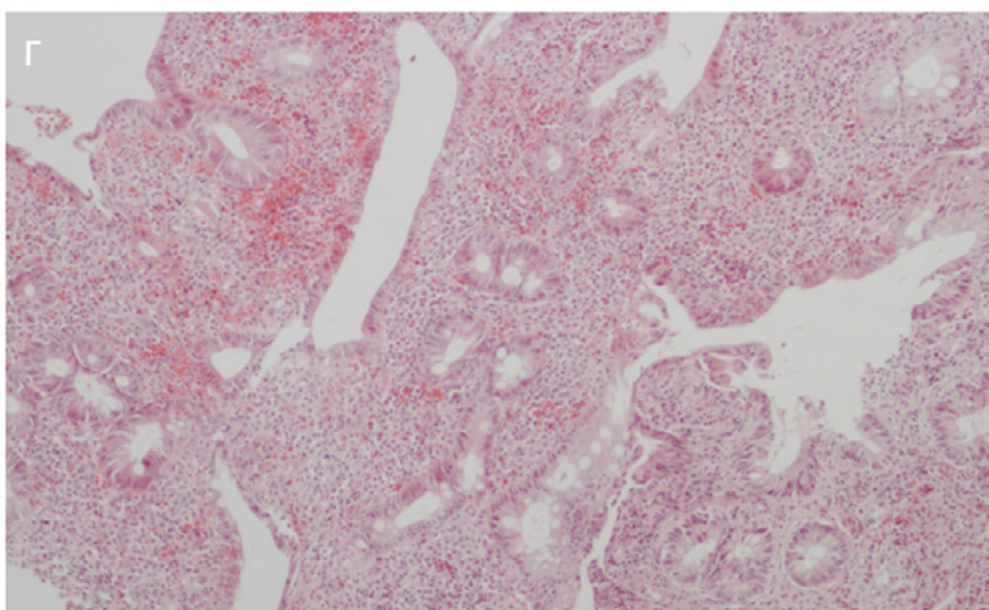
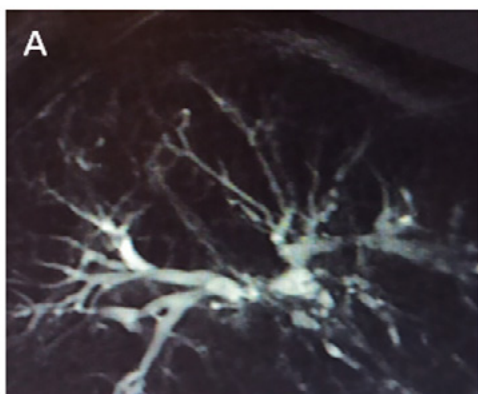
Ιστολογική (Εικόνα Γ): Διαταραχή της αρχιτεκτονικής, εστιακές διαβρώσεις του επιθηλίου, ήπια βλεννοπενία, φλεγμονώδες διήθημα στο χόριο, θέσεις κρυπτίτιδας και εστιακός σχηματισμός κρυπτικών αποστημάτων με επέκταση της φλεγμονής στη βλεννογόνια μυϊκή. [CD]

Δύο χρόνια μετά σε τακτικό εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθησαν: SGOT: 211 U/l, SGPT: 603 U/l, γ-GT: 54 U/l, ALP: 105 U/l, TBL: 0,9 mg/dl. Από τον ανοσολογικό έλεγχο ανευρέθησαν ANA (+) 1/80, AMA (-), SMA (+) 1/160, + F-actin, anti-LKM (-), anti-LC (-), anti-LM (-), PCA (-), p ANCA (+) 1/80 και η ασθενής υποβλήθηκε σε διαδερμική βιοψία ήπατος.

Βιοψία ήπατος: Πυλαία διαστήματα με παρουσία μακροφάγων που περιέχουν κηροειδές, λεπτά ινώδη διαφραγμάτια, παρέγχυμα με κεντρολοβιακές νεκρώσεις με αθροίσεις φλεγμονωδών κυττάρων και μακροφάγων με κηροειδές. [AIH]

Η ασθενής βρίσκεται σε κλινική ύφεση υπό αγωγή με Ursodeoxycholic acid, Ustekinumab, Mycophenolate Mofetil.

Συμπεράσματα: Η συσχέτιση της IBD με τα σύνδρομα PSC, AIH και επικάλυψης είναι πλέον γνωστή, ωστόσο η πολυπλοκότητα των παθήσεων αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό γιατρό και την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας.



Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ, ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN

Ν.Δ. Γκόγκου¹, Ι. Μιγδάνης^{1,3}, Κ. Οικονόμου¹, Χ. Βαλάρης², Α. Μιγδάνης^{1,3}, Ε. Αρμένη³,
Σπ. Ποταμιάνος¹, Α. Καψωριτάκης¹

¹ Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Ιατρική σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

² Τμήμα Φαρμακευτικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

³ Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα

Σκοπός: Μια συγκεκριμένη διατροφική παρέμβαση θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την διαχείριση των συμπτωμάτων και την εξέλιξη της νόσου Crohn. Η Μεσογειακή Διατροφή (ΜΔ) αποτελεί μια διατροφική παρέμβαση, η οποία χάρη στις ευεργετικές ιδιότητές της θα μπορούσε να προσφέρει πολλαπλά οφέλη στους ασθενείς με νόσο Crohn. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης της προσκόλλησης στη ΜΔ, με τον βαθμό ενεργότητας της νόσου, καθώς και με την ποιότητα ζωής των ασθενών με νόσο Crohn.

Υλικό - Μέθοδοι: Στη παρούσα μελέτη συμμετείχαν ασθενείς με διαγνωσμένη νόσο Crohn (από Μάιο 2021 μέχρι Δεκέμβριο 2021). Η ενεργότητα της νόσου αξιολογήθηκε με τη χρήση του δείκτη Harvey & Bradshaw Index (HBI). Ο βαθμός προσκόλλησης στη ΜΔ αξιολογήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου Med Diet Score. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου νόσου Crohn και Ελκώδους κολίτιδας [Crohn's and Ulcerative Colitis Questionnaire (CUCQ-8)]. Τέλος αξιολογήθηκε η πιθανή συσχέτιση μεταξύ της προσκόλλησης στη ΜΔ, της ενεργότητας της νόσου και της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Αποτελέσματα: Συνολικά αξιολογήθηκαν 60 ασθενείς (63,3% γυναίκες) με διάμεση ηλικία 36,5 (εύρος 27-46,8) έτη. Σύμφωνα με τη βαθμολογία του HBI, 28 ασθενείς (46,7%) είχαν ενεργή νόσο ($5 \leq \text{HBI} \leq 14$) ενώ 32 ασθενείς (53,3%) ήταν σε ύφεση ($\text{HBI} \leq 4$). Συγκρίνοντας τους ασθενείς σε φάση ύφεσης με τους ασθενείς με ενεργή νόσο, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς σε ύφεση ήταν περισσότερο προσκολλημένοι στην ΜΔ σε σύγκριση με τους ασθενείς με ενεργή νόσο, οι οποίοι ήταν λιγότερο προσκολλημένοι στη ΜΔ ($p = 0,02$). Επιπλέον, οι ασθενείς με αυξημένη προσκόλληση στην ΜΔ (βαθμολογία MedDiet Score 28-55) είχαν υψηλότερη βαθμολογία όσον αφορά την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (CUCQ-8) σε σύγκριση με ασθενείς με χαμηλότερο βαθμό συμμόρφωσης στην ΜΔ (βαθμολογία MedDiet Score 0-27) ($p = 0,05$).

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, η προσκόλληση στη ΜΔ έχει ευεργετική δράση στην κλινική εικόνα ασθενών με νόσο Crohn, καθώς συσχετίστηκε με μειωμένη δραστηριότητα της νόσου καθώς και με καλύτερη ποιότητα ζωής.

Ευρετήριο Συγγραφέων



| | | | |
|----------------|----|-----------------|----|
| A | | M | |
| Akkad W.A. | 76 | Macdonald J. | 37 |
| B | | Mazza G. | 76 |
| Barthel Chr. | 92 | Mckirdy S. | 37 |
| Belloti V. | 76 | Milling S. | 37 |
| C | | N | |
| Canetti D. | 76 | Nichols B. | 37 |
| D | | P | |
| Din S. | 37 | Papadopoulou R. | 37 |
| F | | Pinzani M. | 76 |
| Frenguelli L. | 76 | R | |
| G | | Rendell N. | 76 |
| Gaya D.R. | 37 | Rombouts K. | 76 |
| Gerasimidis K. | 37 | Russell R.K. | 37 |
| Gervais L. | 37 | S | |
| Giuffrida P. | 76 | Sabatino A.D. | 76 |
| H | | Sampietro G. | 76 |
| Hall A. | 76 | Seenan J.P. | 37 |
| Hansen R. | 37 | Shields S. | 37 |
| Henderson P. | 37 | Stange E.F. | 92 |
| Ho G.T. | 37 | Steurer W. | 92 |
| I | | Svolos V. | 37 |
| Ijaz U.Z. | 37 | U | |
| J | | Ulmer C. | 92 |
| Johnston H. | 76 | V | |
| L | | Verona G. | 76 |
| Logan M. | 37 | W | |
| Luong T. | 76 | Wilson D. | 37 |
| | | Y | |
| | | Yasui Y. | 76 |

| | | | |
|--------------------|--|---------------------|--------------------------------|
| A | | Βούξινου Ε. | 63 |
| Αγιομαμίτης Γ. | 51, 52 | Βραδέλης Σ. | 11, 61 |
| Αγοραστού Π. | 45, 97 | Βρακάς Σπ. | 30, 51, 52, 64, 67 |
| Αδάμου Έ. | 10, 54 | Γ | |
| Αθανασιάδου Ε. | 15 | Γαβριηλίδης Ε. | 48 |
| Ακριβιάδης Ε. | 20 | Γαζούλη Μ. | 49, 75 |
| Αλεξοπούλου Ε. | 71 | Γάκη Α. | 16 |
| Αλμπάνη Ε. | 73 | Γάκη Αικ. | 8, 60 |
| Αλμπάνη Φ. | 10, 42, 54, 69 | Γαλανόπουλος Μ. | 12, 39, 82 |
| Αμπαζής Ο. | 101 | Γερασιμάτος Γ. | 12 |
| Αμπντιν Κ.Χ. | 91 | Γεωργιάδη Τ. | 10, 42, 54, 69 |
| Αναγνωστοπούλου Ε. | 12, 18 | Γιακουμής Μ. | 39, 82, 99 |
| Αξιάρης Γ. | 43 | Γιαννακόπουλος Β. | 85 |
| Αραχωβίτη Δ. | 84 | Γιαννακοπούλου Μ.Ε. | 9 |
| Αρβανίτης Κ. | 10, 42, 49, 54, 69 | Γιοβάνης Ε. | 28, 38, 74 |
| Αρβανιτίδης Κ. | 11, 61 | Γιουλεμέ Ο. | 6, 12, 14, 16, 43 |
| Αργυρίου Κ. | 12, 35, 59, 62, 83 | Γκίζης Μ. | 8, 60, 78 |
| Αργυρόπουλος Θ. | 43 | Γκόγκου Ν.Δ. | 103 |
| Αργυρού Α. | 26 | Γκόλφου Ι. | 95 |
| Αρμένη Ε. | 103 | Γκούμας Κ. | 43 |
| Αρνά Δ.Ε. | 29, 33, 41, 58, 81, 93 | Γουλής Ι. | 45, 97 |
| Αρχαύλης Ε. | 10, 42, 49, 54, 69 | Γραμματικός Ν. | 14 |
| Αρχοντουλάκη Ε. | 4 | Δ | |
| Αυγερινός Α. | 28, 38, 74 | Δελαπόρτα Θ. | 63 |
| B | | Δεληγιάννη Ε.Α. | 59, 62 |
| Βαδαρλής Α. | 28, 38, 74 | Δελλαδέτσιμα Ι. | 80 |
| Βαλάρης Χ. | 103 | Δημητριάδης Ν. | 57 |
| Βαλάτας Β. | 4, 11, 61, 89 | Δημητρουλόπουλος Δ. | 85 |
| Βαμβακάρης Κ. | 35 | Δημουλιός Φ. | 28, 38, 74 |
| Βαμβακούσης Β. | 65 | Διαμαντοπούλου Γ. | 101 |
| Βαρυτιμιάδης Κ. | 10, 42, 54, 69 | Δικαιάκος Π. | 30, 51, 52, 67 |
| Βασιλείου Κ. | 28, 38, 74 | Δόβρολης Ν. | 4, 11, 61, 75 |
| Βερετάνος Χ. | 10, 16, 42, 49, 54, 69 | Δρυγιαννάκης Ι. | 4, 11, 16, 34, 56, 61 |
| Βιάζης Ν. | 10, 12, 16, 42, 43, 49, 54, 55, 68, 69, 94, 98 | Ε | |
| Βιέννα Ε. | 42, 69 | Ευσταθίου Στ. | 87, 88, 90 |
| Βλαχογιαννάκος Ι. | 78, 86 | Ευταξίας Χ. | 28, 38, 74 |
| Βλάχου Ε. | 24, 100 | Z | |
| Βογιατζή Γ. | 24, 100 | Ζαμπέλη Ε. | 12, 16, 43, 46, 49, 53, 55, 80 |
| Βουγαδιώτης Ι. | 64 | Ζαχαριουδάκης Γ. | 20 |
| Βουλγαρίδου Γ. | 15 | | |

| | | | |
|---------------------|--|------------------|-------------------------------|
| Ζαχαροπούλου Ε. | 7, 12, 16, 30, 36, 43, 51, 65 | Κατσαρός Μ. | 6, 14, 16 |
| Ζήνωνος Α. | 26 | Κατσούλα Α. | 6, 14 |
| Ζουγανέλη Σ. | 9 | Κατωπόδη Κ. | 10, 42, 54, 69 |
| ⊖ | | Καφαλής Ν. | 48 |
| Θάνος Χ. | 64 | Καψωριτάκης Α. | 12, 35, 59, 62, 83, 103 |
| Θεοδούλου Α. | 43, 84, 96 | Κεβρεκίδου Π. | 16, 57 |
| Θεοδωράκη Ε. | 34, 56 | Κεμανετζή Χ. | 63 |
| Θεοδωρόπουλος Χ. | 51 | Κεφαλογιάννης Γ. | 4 |
| Θεοδωροπούλου Α. | 12, 16, 21, 29, 33, 41, 43, 58, 81, 93 | Κιούλος Ν. | 8, 60 |
| Θεοχάρης Γ. | 22, 43, 101 | Κίτσου Β. | 8 |
| Θωμόπουλος Κ. | 22, 43, 101 | Κόγιας Δ. | 48 |
| | | Κοζομπόλη Δ. | 10, 42, 54, 69 |
| Ιντέρνος Ι. | 30, 65 | Κοκκότης Γ. | 8, 12, 43, 46, 60, 78 |
| Ιωαννίδου Γ. | 63 | Κοκκώνης Γ. | 45, 97 |
| Ιωάννου Α. | 49, 53 | Κολιός Γ. | 4, 11, 61, 75 |
| Κ | | Κοντογιάννη Μ. | 7, 36 |
| Καλελής Σ. | 87, 88, 90 | Κοντονικόλα Α. | 28, 38, 74 |
| Καλλινικίδης Σ. | 57 | Κοντός Α. | 85 |
| Καλόγηρος Γ. | 10, 42, 54, 69 | Κοσμέρη Χ. | 70, 71 |
| Καλογήρου Μ.Στ. | 6, 12, 14, 43 | Κουγιουμτζιάν Α. | 26 |
| Καλτσά Α. | 59, 62 | Κούγκας Ν. | 45 |
| Καλυβιανάκη Κ. | 77 | Κουκλάκης Γ. | 48 |
| Καμπά Μ. | 77 | Κουκουράτος Θ. | 24, 100 |
| Καναβάκη Ι. | 70, 71 | Κούνα Ν. | 70, 71 |
| Κανδηλογιαννάκης Λ. | 4, 11, 61 | Κουρέτα Ε. | 26 |
| Καπετάνος Δ. | 28, 38, 74 | Κούρτη Α. | 9, 70, 71 |
| Καραμανώλης Γ. | 49, 68, 75 | Κουρτίδης Λ. | 51 |
| Καραμπάτσου Σ. | 14 | Κουστένης Κ. | 10, 12, 42, 49, 54, 69 |
| Καραμπέκος Γ. | 7, 24, 100 | Κουσιάνη Γ. | 20 |
| Καραούζας Λ. | 10, 42, 54, 69 | Κουτρομπάκης Ι. | 4, 12, 16, 34, 55, 56, 77, 89 |
| Καρατζάς Π. | 12, 40, 43 | Κουτσούμπας Α. | 86 |
| Καραχάλιου Α. | 7, 36 | Κουτσουνάς Ι. | 8 |
| Καρμίρης Κ. | 12, 16, 23, 29, 33, 41, 43, 55, 58, 81 | Κυπραίος Δ. | 85 |
| Καρπίνης Α. | 20 | Κυριακίδης Στ. | 59, 62 |
| Καστρίτση Ό. | 77 | Κυριάκος Ν. | 12, 16, 39, 82, 99 |
| Κατέρη Χ. | 35, 59, 62, 83 | Κυρίτση Β. | 31 |
| Κατερίνης Π. | 92 | Κωνσταντάκης Χ. | 101 |
| Κατσάνος Κ. | 16, 32, 40, 43, 50, 66, 73 | Κωνσταντή Μ. | 40 |
| Κατσαντώνης Ι. | 67 | Λ | |
| | | Λαζαράκη Γ. | 57 |
| | | Λάζου Δ. | 12, 15, 57 |

| | | | |
|--------------------|--------------------------------|--------------------|--|
| Λάμπρη Ε. | 32 | Μπάμιας Γ. | 7, 8, 12, 16, 36, 43, 46, 49, 53, 55, 60, 78, 80, 91 |
| Λάμπρου Σ. | 87, 88, 90 | Μπέκα Ε. | 10, 42, 69 |
| Λαούδη Ε. | 8, 78 | Μπέκτοσης Τ. | 59, 62 |
| Λεβέντη Αικ. | 91 | Μπέλλου Γ. | 30, 43, 65 |
| Λεκάκης Β. | 36, 86 | Μπιτούλη Α. | 45, 97 |
| Λεοντίδης Ν. | 65 | Μπλέτσα Μ. | 7, 36 |
| Λεωνιδάκης Γ. | 53 | Μπρούβαλης Μ. | 28, 38, 74 |
| Λιάβα Χ. | 20 | Μυλωνάς Ι. | 10, 42, 54, 69 |
| Λιάτσος Χ. | 12, 16, 39, 43, 82, 99 | N | |
| Λυράκος Γ. | 65, 78 | Ναβροζίδου Χ. | 20 |
| M | | Νεοκλέους Αικ. | 52 |
| Μάγειρας Ν. | 26 | Νικολάου Π. | 21, 23, 29, 33, 41, 43, 58, 81 |
| Μάθου Ν. | 43 | Νούσιας Γ. | 10, 42, 54, 69 |
| Μαλαματένιος Μ. Α. | 84, 95 | Ντελής Β. | 64 |
| Μανθοπούλου Ε. | 85 | Ντετοπούλου Π. | 15 |
| Μανιάτη Α. | 35 | Ντούλη Β. | 30 |
| Μάντακα Αικ. | 12, 18, 43, 77 | Ντουμπάρα Μ. | 63 |
| Μάντζαρης Γ. | 7, 12, 36, 43, 49 | O | |
| Μάντζου Α. | 78 | Οικονομάκης Α. | 26 |
| Μανωλάκης Α. | 35, 59, 62, 83 | Οικονόμου Κ. | 103 |
| Μανωλόπουλος Ε. | 11, 61 | Οικονόμου Μ. | 43 |
| Μαράκης Ι. | 85 | Ορφανίδου Α. | 12, 40, 86 |
| Μάρης Θ. | 28, 38, 74 | Ορφανουδάκη Ε. | 18, 34, 56 |
| Μαρκόπουλος Π. | 53, 84, 95, 96 | Ουντάτ Μ.Α. | 85, 91 |
| Μάτζαρης Γ. | 16 | Π | |
| Μελά Α. | 69 | Παγώνη Α. | 87, 88, 90 |
| Μελά Μ. | 10, 42, 54, 69 | Παλατιανού Μ. | 65 |
| Μέλλος Α. | 67 | Παναγιώτου Σ. | 89 |
| Μητσέλος Ι. | 66 | Παπαγιαννάκης Π. | 6 |
| Μιγγιάνη Ε. | 63 | Παπαδάκος Σ. | 86 |
| Μιγδάνης Α. | 103 | Παπαδημητρίου Ε. | 100 |
| Μιγδάνης Ι. | 103 | Παπαδημητρίου Κ. | 15 |
| Μιχαλόπουλος Γ. | 12, 43, 64 | Παπαδομιχελάκης Μ. | 39, 82, 99 |
| Μιχαλοπούλου Ε. | 85 | Παπαδόπουλος Β. | 59, 62 |
| Μιχόπουλος Σπ. | 12, 16, 43, 46, 53, 80 | Παπαδοπούλου Σ.Κ. | 15 |
| Μοσχοβίτη Α. | 75 | Παπαζαχαρίας Ι. | 52 |
| Μουαλλήμογλου Φ. | 28, 38, 74 | Παπαθανασίου Ε. | 12, 16, 43, 46, 53, 80 |
| Μουντάκη Αικ. | 10, 42, 54 | Παπαθεοδωρίδη Μ. | 76 |
| Μουσουράκης Κ. | 10, 42, 54, 55, 68, 69, 94, 98 | Παπαθεοδωρίδης Γ. | 40, 43, 86 |
| Μουτζούκης Μ. | 32 | | |
| Μπακογιάννης Κ. | 50 | | |

| | | | |
|---------------------|----------------|--------------------|-----------------------------------|
| Παπακωνσταντίνου Ι. | 43, 55, 78 | Σκαμνέλος Α. | 73 |
| Παπακωνσταντίνου Φ. | 85 | Σκένδρος Π. | 48 |
| Παπαλουκά Δ. | 78 | Σκουλούδης Ε. | 43 |
| Παπαντώνη Ε. | 91 | Σουφλήρης Κ. | 12, 15, 16, 43, 57 |
| Παπαντωνίου Ν. | 94 | Σπαθάκης Μ. | 11, 61 |
| Παπαρίζου Ν. | 10, 42, 54, 69 | Σπανουδάκη Μ. | 15 |
| Παπαστεργίου Β. | 10, 42, 54, 69 | Σπυράντης Α. | 87, 88, 90 |
| Παπατζέλου Ι. | 89 | Σταυρινίδης Σ. | 85 |
| Παππά Αικ. | 83 | Σταφυλίδου Μ. | 57 |
| Παρασκευής Ν. | 9 | Στεργίου Ε. | 43 |
| Πασπαλιάρης Β. | 61 | Στεφανόπουλος Α. | 95, 96 |
| Πασπάτης Γ. | 58, 81 | Σωτηριάδου Φ. | 63 |
| Πάσχος Π. | 14 | Σωτηρόπουλος Χ. | 22, 101 |
| Πατάκος Ι. | 85 | Σωτηροπούλου Μ. | 80 |
| Πατέρας Κ. | 59, 62 | | |
| Πατσαβέλα Σ. | 18 | Τ | |
| Πάτση Μ. | 10, 42, 54, 69 | Ταμπουρατζή Ε. | 67 |
| Παυλής Α. | 28, 38, 74 | Ταραπατζή Γ. | 11, 61 |
| Παυλίδου Α. | 26 | Τασοβασίλη Α. | 87, 88, 90 |
| Παυλίδου Φ. | 84 | Τάτση Π. | 24, 100 |
| Πενέσης Γ. | 30, 65 | Τελάκης Ε. | 84, 95, 96 |
| Περδίκη Μ. | 80 | Τζαμπούρας Ν. | 32 |
| Πολίτης Δ. | 43 | Τζελάς Γ. | 59, 62 |
| Πολύζος Α. | 26 | Τζενάκη Ν. | 4 |
| Πολύμερος Δ. | 12, 43, 70, 71 | Τζιλβές Δ. | 57 |
| Ποταμιάνος Σπ. | 12, 103 | Τζιωρτζιώτης Ι. | 85 |
| Πράπα Π. | 60 | Τζουβαλά Μ. | 7, 12, 16, 30, 36, 43, 52, 55, 65 |
| Πρωτοπαπά Ν. | 31 | Τίκος Γ. | 28, 38, 74 |
| Πρωτοπαπάς Α. | 31 | Τόλης Χ. | 28, 38, 74 |
| | | Τουλιά Μ. | 64 |
| Ρ | | Τριανταφυλλάκης Ι. | 73 |
| Ρέλλου Σ. | 87, 88, 90 | Τριανταφύλλου Κ. | 43 |
| | | Τριάντος Χ. | 22, 101 |
| Σ | | Τρικόλα Α. | 43, 68 |
| Σαββόπουλος Χ. | 31 | Τριμπόνιας Γ. | 16, 30, 43, 65 |
| Σακελλαρίου Σ. | 32, 80 | Τσαμακίδης Ξ. | 85 |
| Σαράφη Αικ. | 91 | Τσαρούχης Κ. | 28, 38, 74 |
| Σαρίδη Μ. | 73 | Τσατσά Α. | 10, 42, 54, 69 |
| Σαριμπεγιόγλου Ν. | 85 | Τσατσά Αικ. | 69 |
| Σαχτούρης Γ. | 85 | Τσαφαράκη Στ. | 43 |
| Σδόνας Θ. | 87, 88, 90 | Τσαφαρίδου Μ. | 34, 56 |
| Σιδεράς Λ. | 97 | Τσιμπερίδης Α. | 6 |

| | | | |
|------------------------|------------------------|----------------------|----------------------------|
| Τσιόπουλος Φ. | 24, 100 | Χατζευαγγελινού Χ. | 10, 42, 54, 69 |
| Τσιρώνη Ε. | 12, 43, 53, 84, 95, 96 | Χατζηνικολάου Μ.Λ. | 8, 12, 46, 78 |
| Τσιώνης Θ. | 6, 14 | Χατζηπροδρομίου Ι.Π. | 15 |
| Τσουνής Δ. | 26 | Χατζόπουλος Ε. | 57 |
| Φ | | Χατζούδης Ι. | 59, 62 |
| Φεσσάτου Σ. | 9, 70, 71, 75 | Χήρα Αικ. | 70, 71 |
| Φιλίδου Ε. | 4, 11, 61 | Χλωράκης Γ. | 56 |
| Φιλιππάκου Αικ. | 84, 95, 96 | Χούγιας Δ. | 59, 62 |
| Φιλιππίδης Α. | 31 | Χουρμούζη Δ. | 20 |
| Φούκας Π. | 70 | Χρηστίδου Α. | 43, 49, 54 |
| Φουσέκης Φ. | 16, 32, 50, 66, 73 | Χριστίδου Α. | 10, 42 |
| Φυτσιλής Φ. | 59, 62, 83 | Χριστοδούλου Δ. | 16, 32, 40, 43, 50, 66, 73 |
| Φωτεινογιαννοπούλου Κ. | 12, 34, 56 | Ψ | |
| Φώτης Λ. | 71 | Ψιστάκης Α. | 12, 16, 29, 33, 41, 58, 81 |
| Φωτουλάκη Μ. | 63 | Ψύχος Α. | 24, 100 |
| Χ | | Ψύχος Ν. | 43, 50 |
| Χαλακατεβάκη Κ. | 8, 12, 43, 46, 49, 60 | | |
| Χατζηδάκης Α. | 12 | | |

Download the App



Με την ευγενική χορηγία της  **MSD**
INVENTING FOR LIFE