



ΕΟΜΙΦΝΕ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΙΔΙΟΠΑΘΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ
ΝΟΣΩΝ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Πανελλήνιο Συνέδριο

23^ο

ΙΔΙΟΠΑΘΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

12-15

Ιουνίου 2025

Elite City Hotel

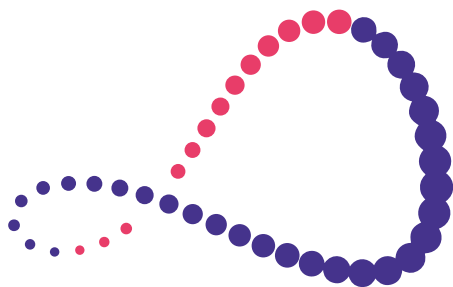
Καλαμάτα

www.ifne2025.gr

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.ifne2025.gr

Διοικητικό Συμβούλιο ΕΟΜΙΦΝΕ

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

Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος:	Ε. Ζαμπέλη
Αντιπρόεδρος:	Ν. Βιάζης
Γεν. Γραμματέας:	Γ. Μπάμιας
Ειδικός Γραμματέας:	Ι. Παπακωνσταντίνου
Ταμίας:	Σ. Μιχόπουλος
Μέλη:	Ε. Τσιρώνη Κ. Κατσάνος Α. Χρηστίδου Α. Θεοδοροπούλου

Επιστημονική Επιτροπή

Ν. Βιάζης
Α. Γατοπούλου
Ο. Γιουλεμέ
Θ. Εμμανουήλ
Ε. Ζαμπέλη
Γ. Θεοχάρης
Π. Καρατζάς
Κ. Καρμίρης
Α. Καψωριτάκης
Ι. Κουτρομπάκης
Α. Λεβέντη
Χ. Λιάτσος
Γ. Μάντζαρης
Α. Μανωλάκης
Γ. Μιχαλόπουλος
Ν. Μπομπότση
Μ. Οικονόμου
Κ. Σουφλέρης
Μ. Τζουβαλά
Δ. Χριστοδούλου

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



ΠΑ01

ΕΛΚΩΔΗΣ ΟΡΘΙΤΙΔΑ. ΠΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

Δ. Κοζομπόλη, Δ. Προβή, Γ. Καλόγηρος, Α. Αγορογιάννη, Κ. Φιαγκουσάκης, Ε. Γεωργιλής, Ι. Μυλωνάς, Ι. Λάππας, Στ. Θέμελη, Ε. Βεργενάκη, Χ. Βερετάνος, Α. Τσατσά, Α. Χρηστίδου, Α. Χρηστίδου, Ε. Αρχαύλης, Β. Παπαστεργίου, Μ. Μελά, Κ. Μουσουράκης,, Π. Κανελλόπουλος, Ε. Βιέννα, Ν. Βιάζης

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

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 102 ασθενείς με ελκώδη ορθίτιδα. Η μέση ηλικία ήταν 53 ± 15 έτη, η μέση διάρκεια νόσου ήταν 12 ± 9 έτη και η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 62 (11-92) μήνες. Από τους ασθενείς αυτούς 49 (48.1%) έλαβαν 5-ASA per os, και 93 (91.2%) έλαβαν 5-ASA per rectum. Τριάντα-έξι ασθενείς έλαβαν συνδυασμό 5-ASA per os και per rectum (35.3%). Συνολικά 14 ασθενείς (13.7%) ήταν ανθεκτικοί στη θεραπεία με 5-ASA και έλαβαν κορτικοστεροειδή per os (n=8, 7.8%), βιολογικό παράγοντα (n=5, 4.9%) ή χειρουργήθηκαν (n=1, 0.9%). Στην διάρκεια της παρακολούθησης, 14 ασθενείς (13.7%) εμφάνισαν επέκταση της νόσου σε αριστερόπλευρη κολίτιδα και άλλοι 7 ασθενείς (6.8%) σε πανκολίτιδα.

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

ΠΑ02

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΤΥΧΟΥΣ ΑΠΟ-ΕΝΤΑΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙ-TNF ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΕΝΤΑΤΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΔΟΣΗ.

N. Βιάζης¹, M. Toruner², B. Παπαστεργίου¹, K. Μουσουράκης¹, A. Χρηστίδου¹, M. Τζουβαλά³, E. Ζαχαροπούλου³, M. Παλατιανού³, Γ. Θεοχάρης⁴, Γ. Γεραμούτσος⁴, A. Θεοδωροπούλου⁵, K. Καρμίρης⁵, M. Βελεγράκη⁵, A. F. Çelik⁶, A. Akpınar⁶, E. Ζαμπέλη⁷, E. Παπαθανασίου⁷, N. G. Unal⁸, A. Καψωριτάκης⁹, K. Αργυρίου⁹, Δ. Χριστοδούλου¹⁰, K. Κατσάνος¹⁰, Φ. Φουσέκης¹⁰, T. Karakan¹¹, I. Κουτρομπάκης¹², I. Δρυγιαννάκης¹², Ό. Γιουλεμέ¹³, M. Καλογήρου¹³, E. Βλάχου¹³, Χ. Λιάτσος¹⁴, N. Κυριάκος¹⁴, E. Τσιρώνη¹⁵, Π. Μαρκόπουλος¹⁵, Γ. Μπάμιας¹⁶, K. Χαλακατεβάκη¹⁶, Γ. Τσιολακίδου¹⁷, Χ. Λαμούρη¹⁷, Γ. Τριμπόνιας¹⁸, K. Δημοπούλου¹⁸, Π. Κασαπίδης¹⁹, K. Παρασκευά²⁰, P. Telli²⁰, F. Akyuz²⁰

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

²Gastroenterology Department, Ankara University, Turkey

³Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαια Πειραιάς, "Άγιος Παντελεήμων", Αθήνα

⁴Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας, Πάτρα

⁵Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, Ηράκλειο

⁶Gastroenterology Department, University of Istanbul, Cerrahpasa, Turkey

⁷Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

⁸Gastroenterology Department, Ege University, Ismir, Turkey

⁹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

¹⁰Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

¹¹Gastroenterology Department, Gazi University, Ankara, Turkey

¹²Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, Ηράκλειο

¹³Γαστρεντερολογικό Τμήμα, 2η Προπαιδευτική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

¹⁴Γαστρεντερολογικό Τμήμα, 401 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Αθήνα

¹⁵Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Μεταξά, Αθήνα

¹⁶Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Σωτηρία, Αθήνα

¹⁷Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Καβάλα

¹⁸Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα

¹⁹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Λευκός Σταυρός, Αθήνα

²⁰ Gastroenterology Department, Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul University, Turkey

Σκοπός: Πολλοί ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) εμφανίζουν δευτερογενή απώλεια ανταπόκρισης στους αντι-TNF και για το λόγο αυτό απαιτείται εντατικοποίηση της δόσης. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να αναγνωρίσει τη συχνότητα και τους παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν ποιοί ασθενείς θα μπορέσουν να επιστρέψουν στη συνήθη δόση του φαρμάκου.

Μέθοδος: Αναδρομική ανάλυση δεδομένων που συλλέγησαν προοπτικά από διαδοχικούς ασθενείς με ΙΦΝΕ που παρακολουθούνται σε τριτοβάθμια νοσοκομεία στην Ελλάδα και την Τουρκία. Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν ασθενείς που χρειάστηκε να λάβουν εντατικοποιημένη δόση του αντι-TNF λόγω δευτερογενούς απώλειας της ανταπόκρισης. Η κλινική ύφεση, η ύφεση χωρίς στεροειδή, η βιοχημική ανταπόκριση και/ή η βλεννογονική επούλωση εκτιμήθηκαν 3 και 6 μήνες μετά την εντατικοποίηση της δόσης. Προβλεπτικοί παράγοντες επιτυχούς απο-εντατικοποίησης εκτιμήθηκαν με πολυπαραγοντική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Συνολικά 1129 ασθενείς (Νόσος Crohn=743, ελκώδης κολίτιδα=386, Infliximab=650, Adalimumab=471, Golimumab=8) συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. Η μέση χρονική διάρκεια (IQR) थे-

ραπείας με αντι-TNF πριν από την ανάγκη για εντατικοποίηση της δόσης ήταν 13.0 (6.0-36.0) μήνες. Μετά από μια μέση (IQR) περίοδο 16.0 (8.0-36.0) μηνών, 283 (25.1%) ασθενείς επανήλθαν επιτυχώς στη συνήθη αντι-TNF χορήγηση, ενώ 340 (30.1%) παρέμειναν σε εντατικοποιημένο σχήμα και 506 (44.8%) άλλαξαν θεραπεία είτε σε άλλον αντι-TNF (n=111, 21.9%) είτε σε παράγοντα με διαφορετικό μηχανισμό δράσης (n=395, 78.1%). Προγνωστικοί παράγοντες επιτυχούς απο-εντατικοποίησης της δόσης ήταν η παράλληλη χορήγηση στεροειδών και ο αντι-TNF παράγοντας που χρησιμοποιήθηκε (infliximab vs adalimumab ή golimumab), ενώ η παρουσία εξω-εντερικών εκδηλώσεων η προηγούμενη χορήγηση αντι-TNF (χρήση adalimumab πριν τη χορήγηση infliximab και αντίστροφα) καθώς και η μεγαλύτερη διάρκεια χορήγηση αντι-TNF πριν την εντατικοποίηση της δόσης επηρέασαν αρνητικά την προσπάθεια απο-εντατικοποίησης.

Συμπέρασμα: Ένα τέταρτο των ασθενών με ΙΦΝΕ που θα χρειαστούν εντατικοποίηση της χορήγησης αντι-TNF επέστρεψαν επιτυχώς στη συνήθη anti-TNF δόση, μετά από μια μέση (IQR) χρονική περίοδο 16.0 (8.0-36.0) μηνών.

ΠΑ03

**TREAT TO TARGET ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ CROHN ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕΤΑ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ:
ΠΕΤΥΧΑΙΝΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ, ΑΛΛΑΖΟΥΜΕ ΤΗ ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ**

**Σ. Μάμαλης, Σ. Καλλινικίδης, Κ. Σουφλέρης, Ε. Αθανασιάδου, Ε. Χατζόπουλος, Γ. Λαζαράκη,
Δ. Τζιλβές**

Γαστρεντερολογική Κλινική, Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η νόσος Crohn λεπτού εντέρου χρειάζεται συχνά χειρουργείο αλλά και υποτροπιάζει συχνά μετεγχειρητικά παρά τη χορήγηση προφυλακτικής βιολογικής θεραπείας. Αποτελεί ερώτημα κατά πόσο οι φιλόδοξοι θεραπευτικοί στόχοι της Treat to Target στρατηγικής που πιθανά σχετίζονται με αλλαγή στην φυσική πορεία της νόσου είναι εφικτοί σε αυτήν την κατηγορία ασθενών.

Υλικό-Μέθοδοι: Συμπεριελήφθησαν ασθενείς με νόσο Crohn λεπτού εντέρου και στενωτική ή/και συριγγοειδή συμπεριφορά, που υποβλήθηκαν σε εντερεκτομή και ακολούθως έλαβαν προφυλακτικά βιολογική θεραπεία. Καταγράφηκαν βασικά χαρακτηριστικά της νόσου, η έκθεση σε βιολογικό παράγοντα (και ιδιαίτερα infliximab ή anti TNF) προεγχειρητικά, το Rutgeertscore στον μετεγχειρητικό ενδοσκοπικό έλεγχο, η διατοιχωματική επούλωση στην μετεγχειρητική εντερογραφία, καθώς και η ανάγκη για δεύτερο χειρουργείο, νοσηλεία που σχετίζεται με τη νόσο και ενδοσκοπικές διαστολές.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν συνολικά 74 ασθενείς: 33 άντρες, 41 γυναίκες, με μέση ηλικία τα 49.31 έτη (εύρος 19-81 έτη), μέση διάρκεια της νόσου 11 έτη, καπνιστές 15%. Αμιγώς στενωτική νόσο είχε το 70%, ενώ στο 30% υπήρχε και συριγγοειδής συμπεριφορά. Το 51% των ασθενών δεν είχαν εκτεθεί σε βιολογική θεραπεία προεγχειρητικά. Το 43.24% είχε λάβει προεγχειρητικά anti TNF θεραπεία και το 24.3% είχε λάβει infliximab. Μετεγχειρητικά το 95.95% έλαβε βιολογική θεραπεία. Στην μετεγχειρητική ενδοσκόπηση εκτίμησης ανταπόκρισης στη θεραπεία πλήρη ενδοσκοπική επούλωση (i0) πέτυχε το 21.62%, i1 το 8%, i2 το 12%, i3 το 20% και i4 το 36%. Διατοιχωματική απεικονιστικά επούλωση επιτεύχθηκε στους 18 ασθενείς (24.3%). Επανεπέμβαση χρειάστηκαν 12 ασθενείς (16%), 5 (7%) χρειάστηκαν νοσηλεία, και 9 (12%) ασθενείς χρειάστηκαν διαστολές. Φαίνεται ότι οι bio-naïve ασθενείς που δεν είχαν εκτεθεί σε anti TNF προεγχειρητικά είχαν αυξημένη πιθανότητα για καλύτερα αποτελέσματα.

Συμπεράσματα : Η χειρουργημένη νόσος Crohn του λεπτού εντέρου συνιστά δύσκολα αντιμετωπίσιμη νόσο. Οι ασθενείς δύσκολα πετυχαίνουν τους πιο φιλόδοξους θεραπευτικούς στόχους (ενδοσκοπική και διατοιχωματική επούλωση) με τις σημερινές θεραπευτικές επιλογές. Η αλλαγή της φυσικής πορείας της νόσου είναι εφικτή σε μικρό αριθμό ασθενών με αυτόν τον φαινότυπο νόσου και την παρούσα θεραπευτική στρατηγική.

ΠΑ04

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΠΤΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ GLOBAL LEADERSHIP INITIATIVE ON MALNUTRITION (GLIM) ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN

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

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

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

³ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο 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: Τα άτομα με νόσο Crohn (NC) διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση δυσθρεψίας. Η ανίχνευση διατροφικού κινδύνου αποτελεί το πρώτο βήμα για τον εντοπισμό των ατόμων σε κίνδυνο δυσθρεψίας και προτείνεται να εφαρμόζεται από τις τρέχουσες κατευθυντήριες συστάσεις κατά την επίσκεψη σε δομή υγείας. Υπάρχουν διαθέσιμα διαφορετικά εργαλεία ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου που μπορούν να χρησιμοποιηθούν, εκ των οποίων μόνο ένα ειδικό για τη NC. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εφαρμογή και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας επτά διαφορετικών εργαλείων ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου έναντι των κριτηρίων Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) για τη διάγνωση της δυσθρεψίας στη NC.

Υλικό-Μέθοδοι: Η ενεργότητα της νόσου εκτιμήθηκε ενδοσκοπικά και μέσω του δείκτη Harvey-Bradshaw. Η ανίχνευση διατροφικού κινδύνου πραγματοποιήθηκε μέσω επτά διαφορετικών εργαλείων: Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Malnutrition Screening Tool (MST), Malnutrition Inflammation Risk Tool (MIRT), Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002), Birmingham Nutrition Risk score (BNR), Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) και Saskatchewan IBD-Nutrition Risk Tool (SaskIBD-NRT). Η διάγνωση της δυσθρεψίας βασίστηκε στα κριτήρια GLIM (απαιτούν την παρουσία τουλάχιστον ενός αιτιολογικού κριτηρίου και τουλάχιστον ενός φαινοτυπικού κριτηρίου, στην παρούσα μελέτη συνδυάστηκαν όλα τα φαινοτυπικά και αιτιολογικά κριτήρια για να προκύψει μια συνδυαστική εκδοχή).

Αποτελέσματα: Αξιολογήθηκαν 250 ενήλικες [54,8% άνδρες, μέση ηλικία 41,2±14,1 έτη, 37,2% ενεργή νόσος]. Ο επιπολασμός δυσθρεψίας ήταν 53,2% και ο επιπολασμός διατροφικού κινδύνου ήταν 6-41,8%, αναλόγως του εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε. Ο χαμηλότερος επιπολασμός καταγράφηκε με το εργαλείο MST και ο υψηλότερος με το SaskIBD-NRT. Ο επιπολασμός διατροφικού κινδύνου ήταν υψηλότερος στην ενεργή νόσο (NRS-2002: 17,4% vs. 0,7%, p<0,001, BNR: 25,8% vs. 1,3%, p<0,001, MIRT: 13,2% vs. 5,3%, p=0,032, SNAQ: 16,1% vs. 7,7%, p=0,038 και SaskIBD-NRT: 54,8% vs. 34,0%, p=0,001) έναντι της ύφεσης, ενώ δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ανά κατηγορία ενεργότητας νόσου με τα εργαλεία MUST και MST. Όλα τα εργαλεία εμφάνισαν χαμηλή ευαισθησία (<65%), μέτρια-υψηλή ειδικότητα (>65%) και τα περισσότερα εργαλεία παρουσίασαν μέτρια-καλή θετική (>60%) και χαμηλή αρνητική (<65%) προγνωστική αξία. Όλα τα εργαλεία παρουσίασαν χαμηλή συμφωνία με τα GLIM βάσει των συντελεστών kappa του Cohen (kappa= 0,045-0,182, p<0,05).

Συμπεράσματα: Ο επιπολασμός του διατροφικού κινδύνου παρουσίαζε μεγάλο εύρος (6,0-41,8%) και ήταν υψηλότερος στην ενεργή νόσο έναντι της ύφεσης. Κανένα εργαλείο δεν παρουσίασε καλή συμφωνία με τα κριτήρια GLIM, καταγράφοντας χαμηλή ευαισθησία.

ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕΣΩ ΦΑΣΜΑΤΟΣΚΟΠΙΑΣ NMR

Ε. Αγγελάκη⁴, Κ. Κουστένης², Σ. Χασάπη¹, Ν. Βιάζης², Κ. Χαλακατεβάκη³, Γ. Μπάμιας³,
Γ. Σπυρούλιας¹, Μ. Γαζούλη⁴

¹ Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

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

³ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, 3η Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Νοσοκομείο Σωτηρία, Ιατρική Σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

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

Σκοπός: Η αναγνώριση διαφοροποιούμενων μεταβολικών μοτίβων μεταξύ ασθενών με ΙΦΝΕ και υγιών ατόμων καθώς και ο σχεδιασμός μοντέλων κατηγοριοποίησης της νόσου. Επιπροσθέτως, ελέγχθηκε η ύπαρξη μεταβολικού αποτυπώματος ικανού να προβλέψει την απόκριση στη λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή με ουστεκινουμάμπη.

Ασθενείς & Μέθοδοι: Συλλέχθηκαν συνολικά 71 δείγματα ούρων, εκ των οποίων 16 προέρχονταν από ασθενείς διαγνωσμένους με νόσο Crohn (n=16), 33 από ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα (n=33) και 10 από ομάδα υγιών ατόμων (n=10). Ελήφθησαν 12 επιπλέον δείγματα από ασθενείς που διανύουν την 8η (n=9) και 16η (n=3) εβδομάδα θεραπείας με βιολογικό παράγοντα (ουστεκινουμάμπη). Στο εργαστήριο Βιομοριακής Φασματοσκοπίας NMR του τμήματος Φαρμακευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών διεξήχθη κατάλληλη επεξεργασία όλων των δειγμάτων και ακολούθως ανάλυση αυτών με τη χρήση φασματογράφου NMR υψηλού μαγνητικού πεδίου 700 MHz εφοδιασμένου με κρυογονικά ψυχόμενο υποδοχεία δειγμάτων. Την ανάκτηση των φασματικών δεδομένων διαδέχθηκε η ενδεδειγμένη επεξεργασία και ανάλυση αυτών. Τα πειραματικά δεδομένα υποβλήθηκαν σε μεθόδους πολυμεταβλητής και μονομεταβλητής στατιστικής ανάλυσης αξιοποιώντας τα στατιστικά εργαλεία MetaboAnalyst, τη γλώσσα προγραμματισμού R και το λογισμικό R Studio.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε σημαντικά διαφοροποιημένο μεταβολικό προφίλ μεταξύ ασθενών με ΙΦΝΕ και υγιών ατόμων. Παρατηρήθηκαν μεταβολές στα επίπεδα του κιτρικού και ηλεκτρικού οξέος, ενδιάμεσων προϊόντων του κύκλου Krebs, οι οποίες αντανακλούν τροποποιήσεις στον ενεργειακό μεταβολισμό. Αξιολογήσιμες οι διαφορές και στο εντερικό μικροβίωμα, οι οποίες επιβεβαιώνονται από τις μειωμένες συγκεντρώσεις των λιπαρών οξέων βραχείας αλύσου, του μυρμηκικού οξέος, του ιππουρικού οξέος και της τριγωνελλίνης. Ο διαχωρισμός μεταξύ των δύο υποομάδων ασθενών ήταν λιγότερο ισχυρός, πιθανώς λόγω της πολυπαραγοντικής φύσης των νοσημάτων. Η αύξηση του αριθμού των δειγμάτων αναμένεται να ενισχύσει τη στατιστική ισχύ και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

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

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

**Α. Κούρτη¹, Ε. Πασαλάρη¹, Γ. Τριανταφύλλου¹, Β. Ευσταθίου², Α. Χήρα¹, Χ. Κοσμέρη¹,
Ι. Καναβάκη¹, Σ. Φεσσάτου¹**

¹ Μονάδα Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής, Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών, Αθήνα

² Τμήμα Ψυχολογίας, Σχολή Φιλοσοφίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (IBD), συμπεριλαμβανομένης της νόσου Crohn (CrD) και της ελκώδους κολίτιδας (UC), είναι μια χρόνια ανοσολογικά-μεσολαβούμενη νόσος που επηρεάζει σημαντικά το γαστρεντερικό σύστημα. Έρευνες υποδεικνύουν αυξημένο κίνδυνο για ψυχικές διαταραχές σε άτομα με αυτές τις νόσους. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να εξετάσουμε τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σε παιδιά και εφήβους με διάγνωση IBD.

Μέθοδοι: Η έρευνα περιελάμβανε παιδιά και εφήβους ηλικίας 8-17 ετών με επιβεβαιωμένη διάγνωση IBD. Κάθε συμμετέχων συμπλήρωσε μια σειρά από έγκυρα ερωτηματολόγια που αξιολόγησαν την άγχος και την κατάθλιψη (Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης Παιδιών, RCADS), αυτόματες σκέψεις (Κλίμακα Αυτόματων Σκέψεων Παιδιών, CATS), ποιότητα ζωής (Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής Παιδιών, PedsQL) και Αλεξιθυμία (Κλίμακα Αλεξιθυμίας Τορόντο, ACQ).

Αποτελέσματα: Συνολικά, 64 παιδιά συμμετείχαν στη μελέτη, εκ των οποίων 33 αγόρια (51,6%) και 31 κορίτσια (48,4%). Η διαγνωστική κατανομή ήταν η εξής: 40 παιδιά (62,5%) με CrD και 24 (37,5%) με UC. Σε αυτό το δείγμα, 10 συμμετέχοντες (15,6%) ανέφεραν αυξημένα επίπεδα συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Κατά την ανάλυση, τα αυτοαναφερόμενα συμπτώματα άγχους—όπως το άγχος αποχωρισμού, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, το γενικευμένο άγχος, η κατάθλιψη, το κοινωνικό άγχος και η διαταραχή πανικού—ήταν θετικά συσχετισμένα σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($p > 0,05$) με τις αρνητικές αυτόματες σκέψεις. Επιπλέον, οι υποκλίμακες αλεξιθυμίας, συγκεκριμένα οι Δυσκολίες Αναγνώρισης Συναισθημάτων, Δυσκολίες Έκφρασης Συναισθημάτων και Εξωτερικά Προσανατολισμένη Σκέψη, παρουσίασαν επίσης θετικούς συσχετισμούς με τα συμπτώματα άγχους και τις αρνητικές αυτόματες σκέψεις. Παρατηρήθηκε αρνητικός συσχετισμός μεταξύ των συνολικών σκορ ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων άγχους, των αυτόματων σκέψεων και των σκορ αλεξιθυμίας. Η δοκιμή Kruskal-Wallis έδειξε ότι τα παιδιά με CrD παρουσίασαν υψηλότερους δείκτες άγχους και αυτόματων σκέψεων σε σύγκριση με εκείνα με UC.

Συμπεράσματα: Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με το άγχος και τις αρνητικές αυτόματες σκέψεις ήταν διαδεδομένοι και αλληλένδετοι σε παιδιά με IBD. Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα επίπεδα άγχους επηρεάζουν το κεντρικό νευρικό σύστημα και τον άξονα εντέρου-εγκεφάλου, προκαλώντας περαιτέρω διέγερση και επιδείνωση των συμπτωμάτων, οι ψυχολογικές θεραπείες θα μπορούσαν να εφαρμοστούν σε παιδιά με IBD και συννοσηρότητα άγχους/αρνητικών σκέψεων για τη μείωση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ UPADACITINIB ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΥΨΗΛΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΣΤΟ TOFACITINIB

**Β. Κίτσου¹, Γ. Κοκκότης¹, Α. Ιωάννου², Α. Στρίκη³, Δ. Λακιωτάκη⁴, Κ. Μουσουράκης⁵,
Ν. Κυριάκος⁶, Ε. Αθανασιάδου⁸, Φ. Φουσέκης⁷, Ε. Βλάχου⁹, Ν. Βιάζης⁵, Ε. Ζαμπέλη²,
Χ. Λιάτσος⁶, Γ. Μιχαλόπουλος³, Π. Καρατζάς⁴, Κ. Καρμίρης¹⁰, Α. Θεοδωροπούλου¹⁰,
Κ. Σουφλέρης⁸, Μ. Τζουβαλά¹², Ι. Κουτρουμπάκης¹¹, Κ. Κατσάνος⁷, Ό. Γιουλεμέ⁹, Γ. Μπάμιας¹**

¹ Γαστρεντερολογική Μονάδα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων
Θώρακος «Η Σωτηρία», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

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

³ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

⁴ Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

⁵ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική Αθηνών», Αθήνα

⁶ Γαστρεντερολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

⁷ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων,
Ιωάννινα

⁸ Γαστρεντερολογική Κλινική, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη

⁹ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

¹⁰ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

¹¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

¹² Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμονας», Αθήνα

Σκοπός : Το tofacitinib και το upadacitinib ανήκουν στην κατηγορία των αναστολέων των JAK κινασών και επομένως έχουν παρόμοιο μηχανισμό δράσης. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην καταγραφή της αποτελεσματικότητας του upadacitinib, ενός εκλεκτικού αναστολέα JAK-1, σε ασθενείς με ενεργό Ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) που είχαν λάβει στο παρελθόν tofacitinib.

Υλικό-Μέθοδοι : Πρόκειται για μια συνεχιζόμενη πολυκεντρική προοπτική μελέτη κοόρτης ασθενών στην Ελλάδα. Όλοι οι ασθενείς είχαν λάβει προηγουμένως θεραπεία με tofacitinib. Σε όλους τους συμμετέχοντες χορηγήθηκε θεραπεία εφόδου με upadacitinib (45 mg ημερησίως για 8 εβδομάδες). Στην παρούσα ανάλυση αναφέρουμε τα ποσοστά: α. κλινικής ύφεσης χωρίς κορτικοστεροειδή ($UC-PRO_2 \leq 1$ με σκορ απώλειας αίματος από το ορθό =0), και β. της κλινικής ανταπόκρισης (μείωση $\geq 50\%$ των PROs), στο τέλος της περιόδου επαγωγής και στις 24 εβδομάδες θεραπείας με upadacitinib.

Αποτελέσματα : Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 26 ασθενείς με ΕΚ (6 γυναίκες), εκ των οποίων 22 έχουν ολοκληρώσει 24 εβδομάδες θεραπείας με upadacitinib. Η μέση ηλικία των ασθενών κατά την έναρξη του upadacitinib ήταν 41 έτη (SD:12.2), με διάμεση διάρκεια νόσου 5 έτη (IQR: 4-10). Η διάμεση διάρκεια λήψης tofacitinib ήταν 10 μήνες (IQR:4-18). Οι κυριότεροι λόγοι διακοπής του tofacitinib ήταν: πρωτογενής μη ανταπόκριση (34.6%) και δευτερογενής απώλεια ανταπόκρισης (38.5%). Κλινική ύφεση χωρίς κορτικοστεροειδή παρατηρήθηκε σε 11/26 ασθενείς (42.3%) στο τέλος της περιόδου επαγωγής με upadacitinib και σε 10/21 (47.6%) κατά την 24^η εβδομάδα. Κλινική ανταπόκριση παρουσίασαν 20/26 (76.9%) στο τέλος της 8^{ης} εβδομάδας και 18/21 (85.7%) στις 24 εβδομάδες. Η κλινική ανταπόκριση κατά την 8^η εβδομάδα παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την ηλικία ($P=0.039$) και τη διάρκεια νόσου ($P=0.014$). Αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε για το Montreal-extent E3 ($P=0.037$) και τάση για αρνητική συσχέτιση με το ενδοσκοπικό Mayo score στο baseline ($P=0.066$). Η κλινική ύφεση στις 24 εβδομάδες παρουσι-

άζει αρνητική συσχέτιση με τη συγχορήγηση κορτικοστεροειδών στο baseline ($P=0.016$). Η πλειοψηφία των ασθενών λαμβάνει δόση συντήρησης 30 mg. Τρεις ασθενείς διέκοψαν τη θεραπεία, όλοι πριν την ολοκλήρωση της περιόδου επαγωγής.

Συμπεράσματα : Στη σειρά ασθενών μας με ΕΚ ανθεκτική σε πολλές στοχευμένες θεραπείες και στο tofacitinib, το upadacitinib συσχετίστηκε με υψηλά ποσοστά κλινικής ανταπόκρισης και ύφεσης, τόσο κατά το τέλος της περιόδου επαγωγής όσο και στις 24 εβδομάδες.

ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΥ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΣΟΒΑΡΗ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Α. Νεονάκη, Π. Καρατζάς, Α. Κουτσούμπας, Δ. Μουζιούρας, Γ. Παπαθεοδωρίδης

Α' Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο. Λαϊκό, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Ο εντερικός υπέρηχος αποτελεί μια μη επεμβατική και ευαίσθητη μέθοδο παρακολούθησης ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Τα δεδομένα, όμως, για το ρόλο του στην οξεία σοβαρή ελκώδη κολίτιδα (ASUC) είναι περιορισμένα. Μελετήσαμε αν η μεταβολή των παραμέτρων του εντερικού υπερήχου στις 72 ώρες από την έναρξη θεραπείας με ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή σχετίζεται με την κλινικοεργαστηριακή απάντηση στη θεραπεία σε νοσηλευόμενους ασθενείς με ASUC.

Μέθοδοι: Συμπεριλήφθησαν προοπτικά όλοι οι ασθενείς με ASUC (κατά Truelove and Witts) που εισήχθησαν στο κέντρο μας από τον 8/2024 έως 2/2025. Υπεβλήθησαν σε εντερικό υπέρηχο [μέτρηση μέγιστου πάχους τοιχώματος (BWTmax), Limberg score, υπερηχογραφικών κριτηρίων του Μιλάνου (MUC)] πριν την έναρξη θεραπείας, στις 72 ± 24 ώρες και, αναλόγως της κλινικής ανταπόκρισης, στις 6 ± 1 και 13 ± 1 ημέρες, αντίστοιχα. Η απάντηση στη θεραπεία αξιολογήθηκε βάσει των κριτηρίων της Οξφόρδης ή την ανάγκη χορήγησης θεραπείας διάσωσης.

Αποτελέσματα: Συνολικά εκτιμήθηκαν 8 ασθενείς [γυναίκες 62,5%, ηλικία: 31 (22-67) έτη]. Το 50% απάντησε στη θεραπεία με ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή. Οι ασθενείς που απάντησαν στη θεραπεία (responders) δε διέφεραν από αυτούς που δεν απάντησαν (non-responders) ως προς την ηλικία, τη διάρκεια της νόσου, τη θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες, αλλά και τα επίπεδα των αιμοπεταλίων, αιμοσφαιρίνης, ινωδογόνου, αλβουμίνης, CRP, αλλά και του UCEIS score κατά την εισαγωγή. Επιπλέον, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το BWTmax και MUC κατά την εισαγωγή. Στις 72 ώρες, οι responders διέφεραν σημαντικά σε σχέση με τους non-responders ως προς το BWTmax ($37,25 \pm 8,09$ vs $49,5 \pm 2,38$, $p=0,027$), το MUC ($53,65 \pm 13,11$ vs $74,3 \pm 4,55$, $p=0,025$), την ποσοστιαία μεταβολή του BWTmax ($-18,21\%$ vs $1,22\%$, $p=0,004$) και του MUC ($-18,27\%$ vs $-0,25\%$, $p=0,007$).

Συμπεράσματα: Οι μεταβολές στο BWTmax και MUC στις 72 ώρες από την έναρξη ενδοφλεβίων κορτικοστεροειδών σε νοσηλευόμενους ασθενείς με ASUC φαίνεται να σχετίζονται με την απάντηση στη θεραπεία με ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή, αποτελώντας πιθανό δείκτη για έγκαιρη χορήγηση θεραπείας διάσωσης.

TREAT-TO-TARGET ΣΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ: Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΦΕΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΦΟΔΟΥ ΚΑΙ Η ΠΛΗΡΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γ. Κοκκότης, Π. Κολοβού, Β. Κίτσου, Κ. Χαλακατεβάκη, Μ. Γκίζης, Μ.-Λ. Χατζηνικολάου, Ε. Λαούδη, Ι. Κουτσούνας, Γ. Μπάμιας

Γαστρεντερολογική μονάδα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Η Σωτηρία, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Έχει υπογραμμιστεί στο STRIDE-II η σημασία της επίτευξης καθορισμένων θεραπευτικών στόχων με σκοπό την μακροχρόνια διατήρηση ύφεσης υπό την εκάστοτε θεραπεία. Μεταξύ αυτών συμπεριλαμβάνονται η πρώιμη κλινική ανταπόκριση (Clin-Resp), η μεσοπρόθεσμη επίτευξη κλινικής ύφεσης (Clin-Rem) και πιο μακροχρόνια η ενδοσκοπική επούλωση. Σκοπός είναι η μελέτη επίτευξης και η αναγνώριση της σημασίας αυτών των στόχων σε συνθήκες καθημερινής κλινικής πρακτικής.

Υλικό-Μέθοδοι: Πρόκειται για μια προοπτική μελέτη παρελθόντος, ασθενών με ελκώδη κολίτιδα που παρακολουθούνται στο γαστρεντερολογικό τμήμα του ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία» και ξεκίνησαν θεραπεία με infliximab, vedolizumab ή ustekinumab. Συγκρίθηκαν οι ασθενείς με Clin-Rem (PRO2=0) με αυτούς με Clin-Resp (μείωση PRO2≥50%) στο τέλος του induction ως προς τα ποσοστά συνέχισης της θεραπείας, επίτευξης κλινικής ύφεσης με ή χωρίς κορτικοειδή στον 1 χρόνο θεραπείας και την επίτευξη ενδοσκοπικής επούλωσης. Επιπλέον συγκρίθηκαν οι ασθενείς με endo-MAYO 0 ή 1, 6-18 μήνες μετά την έναρξη θεραπείας ως προς την παραμονή τους στην θεραπεία 1/2/3/4 χρόνια μετά την ενδοσκόπηση. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS-23.

Αποτελέσματα : Συμπεριλήφθηκαν 145 ασθενείς [μέση ηλικία=41.6 ετών (SD=16.6), άνδρες, 50.3% (n=73)]. Στο τέλος του induction 90 ασθενείς (62.1%) είχαν Clin-Resp και 72 (49.7%) Clin-Rem. Ένα έτος μετά την έναρξη του φαρμάκου, υψηλότερα ποσοστά συνέχισης του φαρμάκου (94.4% vs 55.6%, $P<0.001$), κλινικής ύφεσης (87.5% vs 44.4%, $P<0.001$), κλινικής ύφεσης άνευ κορτικοειδών (85.9% vs 33.3%, $P<0.001$) και ενδοσκοπικής επούλωσης (57.6% vs 23.5%, $P=0.001$) καταγράφηκαν σε ασθενείς με Clin-Rem στο τέλος του induction έναντι εκείνων που είχαν μόνο Clin-Resp. Οι ασθενείς που στην πρώτη ενδοσκόπηση μετά την έναρξη του φαρμάκου είχαν endo-MAYO=0 είχαν μεγαλύτερα ποσοστά παραμονής στο φάρμακο 1 (100% vs 70.6%, log-rank $P=0.007$) και 2 έτη (86.4% vs 58.8%, log-rank $P=0.033$) μετά την ενδοσκόπηση σε σύγκριση με εκείνους που είχαν endo-MAYO=1. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην συνέχιση του φαρμάκου 3 και 4 έτη μετά την ενδοσκόπηση.

Συμπεράσματα: Στην θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας η επίτευξη κλινικής ύφεσης στο τέλος του induction αποτελεί καθοριστικό προγνωστικό παράγοντα για τη πρόβλεψη της μακροχρόνιας αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Ταυτόχρονα η ανάλυση μας δείχνει ότι όσο πιο πλήρης είναι η ενδοσκοπική ύφεση, τόσο πιο πιθανή είναι η μακροχρόνια παραμονή στο φάρμακο.

ΠΑ10

**ΑΛΛΑΓΗ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΟ ΣΕ ΥΠΟΔΟΡΙΟ INFLIXIMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΦΕΣΗ**

**Ν. Βιάζης¹, Α. Καραμανάκος², Κ. Μουσουράκης¹, Α. Χρηστίδου¹, Π. Κανελλόπουλος¹,
Φ. Φουσέκης³, Κ. Μπακογιάννης³, Α. Κουκούδης⁴, Κ. Κατσάνος³, Δ. Χριστοδούλου³, Μ. Χειλά²,
Μ. Τζουβαλά⁴, Ε. Ζαχαροπούλου⁴, Μ. Παλατιανού⁴, Ο. Γιουλεμέ⁵, Α. Κατσούλα⁵, Χ. Λιάτσος⁶,
Ν. Κυριάκος⁶, Ε. Ζαμπέλη⁷, Ε. Παπαθανασίου⁷, Α. Θεοδωροπούλου⁸, Κ. Καρμίρης⁸,
Ι. Ψαρουδάκης⁸, Γ. Τριμπόνιας⁹, Σ. Γαζή¹⁰, Ε. Μολέ¹⁰, Θ. Δημήτρουλας¹¹, Χ. Κουτσιανάς¹²,
Δ. Βασιλόπουλος¹², Γ. Φραγκούλης¹³, Ν. Μιχαλακέας¹³, Χ. Παπαγόρας¹⁴, Π. Παναγάκης¹⁵,
Μ. Παπουτσάκη¹⁵, Β. Χασάπη¹⁵, Α. Στρατηγός¹⁵, Γ. Κάτσικας²**

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

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

³Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

⁴Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια, Αθήνα

⁵Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

⁶Γαστρεντερολογικό Τμήμα, 401 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Αθήνα

⁷Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

⁸Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο, Ηράκλειο

⁹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Ερυθρός Σταυρός», Αθήνα

¹⁰Ρευματολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Αθήνα

¹¹Ρευματολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

¹²Ρευματολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αθήνα

¹³ Ρευματολογικό Τμήμα, Ακαδημαϊκό Ρευματολογικό κέντρο, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα

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

¹⁵ Δερματολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

Σκοπός: Να εκτιμήσουμε την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της εκλεκτικής αλλαγής από Infliximab (IFX) ενδοφλέβιο (IV) σε υποδόριο (SC) σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση δεδομένων που συλλέγησαν προοπτικά από ασθενείς με νόσο Crohn (CD), ελκώδη κολίτιδα (UC), σπονδυλοαρθρίτιδα (SpA), ρευματοειδή αρθρίτιδα (RA), ψωριασική αρθρίτιδα (PsA) και χρόνια ψωρίαση κατά πλάκας (PsO) οι οποίοι έλαβαν IFX-IV για τη διατήρηση της ύφεσης της νόσου και οι οποίοι άλλαξαν σε IFX-SC με βάση την εκτίμηση του γιατρού τους. Όλοι οι γαστρεντερολογικοί και δερματολογικοί ασθενείς ήταν σε κλινική ύφεση, ενώ όλοι οι ρευματολογικοί ασθενείς είχαν είτε ανενεργό νόσο ή νόσο χαμηλής ενεργότητας. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η επιδείνωση της νόσου, κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης, όπως αυτή εκτιμήθηκε με συγκεκριμένους δείκτες ενεργότητας.

Αποτελέσματα: Μεταξύ του Απριλίου 2023 και του Απριλίου 2024, συνολικά σε 344 ασθενείς (CD=136, UC=62, SpA=52, PsA=38, RA=7, PsO=44, συνδυασμός=5) έγινε αλλαγή από IFX-IV σε IFX-SC στα συμμετέχοντα κέντρα. Μετά από μια μέση (SD) περίοδο παρακολούθησης 8 (4) μηνών, 12 ασθενείς (3.5%) διέκοψαν τη θεραπεία τους με IFX-SC. Ο μέσος (SD) χρόνος για τη διακοπή της θεραπείας ήταν 11 (8) εβδομάδες. Πέντε από τους 12 αυτούς ασθενείς (1.5%) διέκοψαν τη θεραπεία εξαιτίας επιδείνωσης της νόσου και 7 (2.0%) εξαιτίας της εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Όλοι οι υπόλοιποι 332 ασθενείς (96.5%) έδειξαν εξαιρετική ανοχή στη θεραπεία και δεν χρειάστηκαν μη προγραμματισμένες επισκέψεις, ούτε ανέπτυξαν οποιαδήποτε ανεπιθύμητη ενέργεια (κλινική ή εργαστηριακή), ούτε χρειάστηκαν κλιμάκωση της θεραπείας.

Συμπέρασμα: Η εκλεκτική αλλαγή από IFX-IV σε IFX-SC είναι αποτελεσματική στη διατήρηση της μακροχρόνιας κλινικής ύφεσης σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα.

ΠΑ11

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Σ. Ρέλλου¹, C. Selinger², Κ. Ρώσιου²

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ», Αθήνα

² Gastroenterology Department, LEEDS TEACHING HOSPITALS NHS TRUST

Σκοπός: Παρουσίαση της εμπειρίας του ιατρείου παρακολούθησης εγκυμοσύνης σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) στο St James's University Hospital.

Υλικό - Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη των ηλεκτρονικών αρχείων των ασθενών που είχαν παρακολουθήση στο ιατρείο από τον Απρίλιο του 2014 έως τον Οκτώβριο του 2024. Στην μελέτη εντάχθηκαν ασθενείς με νόσο Crohn (CD), ελκώδη κολίτιδα (UC) και ΙΦΝΕ αταξινόμητης μορφής (IBD-U).

Αποτελέσματα: Το ιατρείο λειτουργεί μία φορά το μήνα, παρέχοντας εξέταση από κοινού από γαστρεντερολόγο και γυναικολόγο κατά το ίδιο ραντεβού. Συνολικά, καταγράφηκαν 582 εγκυμοσύνες, εκ των οποίων 266 αφορούσαν ασθενείς με CD, 288 με UC και 28 με IBD-U. Κατά μέσο όρο, οι ασθενείς είχαν 1,96 ραντεβού στο ιατρείο. Από τις ασθενείς, 118 είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση πριν την εγκυμοσύνη, εκ των οποίων 25 είχαν κολοστομία ή ειλεοστομία. Όσον αφορά την περιεδρική νόσο, 37 ασθενείς είχαν ιστορικό περιεδρικής νόσου σε ύφεση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ 18 παρουσίασαν ενεργή περιεδρική νόσο κατά την κύηση. Σχετικά με την ενεργότητα της νόσου -σύμφωνα με το Physician Global Assessment (PGA)- κατά την κύηση, 451 ασθενείς βρίσκονταν σε ύφεση (PGA=0), 71 παρουσίασαν ήπια νόσο (PGA=1), 52 είχαν μέτρια νόσο (PGA=2) και 8 εμφάνισαν σοβαρή νόσο (PGA=3). Όσον αφορά τις θεραπευτικές επιλογές, 260 ασθενείς έλαβαν αμινοσαλικυλικά (5-ASA), 167 έλαβαν θειοπυρίνες, 159 έλαβαν βιολογικό παράγοντα και 73 έλαβαν κορτικοστεροειδή. Συνολικά, 57 ασθενείς χρειάστηκαν νοσηλεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ 49 υπεβλήθησαν σε απεικονιστικό και 26 σε ενδοσκοπικό έλεγχο. Ο τοκετός σημειώθηκε κατά μέσο όρο στις 38,6 εβδομάδες κύησης, ενώ 190 γυναίκες γέννησαν με καισαρική τομή. Επιπλοκές όπως προεκλαμψία ή εκλαμψία καταγράφηκαν σε 14 ασθενείς, ενώ 37 ανέπτυξαν διαβήτη κύησης. Ο μέσος όρος βάρους γέννησης των νεογνών ήταν 3.278,81 γραμμάρια. Από τις 582 εγκυμοσύνες, 11 κατέληξαν σε αποβολή, τερματισμό κύησης ή ενδομήτριο θάνατο, ενώ 1 περίπτωση κατέληξε σε πρόωμο θάνατο νεογνού.

Συμπεράσματα: Η εγκυμοσύνη σε ασθενείς με ΙΦΝΕ αποτελεί μία κλινική πρόκληση. Οι σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές αποδεικνύονται σε μεγάλο βαθμό ασφαλείς τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο. Η στενή παρακολούθηση από εξειδικευμένα κέντρα αναφοράς είναι απαραίτητη, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος έξαρσης της νόσου και εμφάνισης επιπλοκών.

ΠΑ12

ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ OCCLUDIN ΚΑΙ CLAUDIN-1 ΣΤΟΝ ΕΝΤΕΡΙΚΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ : ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.

Ε. Τσούνης¹, Χ. Γεραμούτσου², Π. Μποσγανά³, Ι. Αγγελετοπούλου¹, Θ. Λουριδά¹, Π. Πάστρας¹, Γ. Θεοχάρης¹, Γ. Διαμαντοπούλου¹, Β. Ζολώτα³, Σ. Ασημακόπουλος⁴, Β. Μπράβου², Κ. Θωμόπουλος¹, Χ. Τριάντος¹

¹ Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

² Εργαστήριο Ανατομίας-Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

³ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

⁴ Τμήμα Λοιμωδών Νοσημάτων, Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

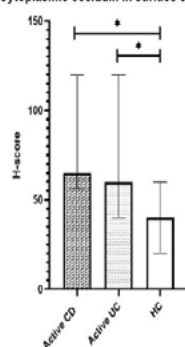
Σκοπός: Η παρούσα μελέτη διερευνά την έκφραση των πρωτεϊνών occludin και claudin-1 στον εντερικό βλεννογόνο σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ).

Υλικό-Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη σε ασθενείς με ΙΦΝΕ για τους οποίους ήταν διαθέσιμα κλινικοεργαστηριακά δεδομένα και βιοψίες. Η έκφραση των πρωτεϊνών εκτιμήθηκε με ανοσοϊστοχημεία (H-score).

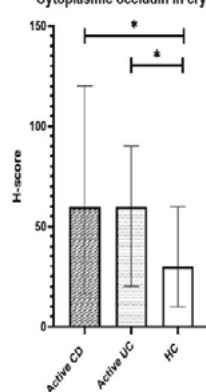
Αποτελέσματα: Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 192 ασθενείς με ΙΦΝΕ (CD/UC/IC: 92/97/3, διάμεση ηλικία: 40 έτη, follow-up: 51 μήνες, άνδρες: 58%) και 61 υγιείς μάρτυρες. Διαθέσιμα ζεύγη βιοψιών υπήρχαν σε 102 ασθενείς. Σε σύγκριση με τους μάρτυρες, οι ασθενείς με ενεργή UC (FMS>6) εμφάνισαν αυξημένη κυτταροπλασματική έκφραση της occludin τόσο στο επιθήλιο ($p=0.013$) όσο και στις κρύπτες ($p=0.046$). Αντίστοιχα, οι ασθενείς με ενεργή CD (CDAI>150) παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα κυτταροπλασματικής occludin στις κρύπτες ($p=0.045$) και στο επιθήλιο ($p=0.01$), καθώς και αυξημένη έκφραση της claudin-1 στο κυτταρόπλασμα των κρυπτών ($p=0.019$). Η έκφραση της occludin στο κυτταρόπλασμα των κρυπτών συσχετίστηκε θετικά με δείκτες συστηματικής φλεγμονής, όπως η CRP ($r=0.4$; $p=0.001$), με την ιστολογική ενεργότητα (δείκτης Nancy, $r=0.22$; $p=0.006$), καθώς και με δείκτες κλινικής ενεργότητας, όπως ο CDAI ($r=0.3$; $p=0.004$) και ο HBI ($r=0.31$; $p=0.02$) στην CD και ο δείκτης FMS ($r=0.42$; $p<0.001$) στην UC. Αντίστοιχα, η έκφραση της claudin-1 στις κρύπτες συσχετίστηκε με τον δείκτη HBI ($r=0.27$; $p=0.048$). Οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ΙΦΝΕ-σχετιζόμενο χειρουργείο κατά την παρακολούθηση, εμφάνισαν υψηλότερη αρχική έκφραση occludin στις κρύπτες ($p=0.036$). Στις follow-up βιοψίες παρατηρήθηκε μείωση των κυτταροπλασματικών επιπέδων της occludin κατά 18.1 ± 54.9 μονάδες ($p=0.001$) και της claudin-1 κατά 20.5 ± 66 μονάδες ($p=0.002$) στις κρύπτες. Η μείωση της occludin ήταν σημαντικότερη σε ασθενείς που έλαβαν βιολογικό παράγοντα (42.6 ± 72 vs. 14.2 ± 48 ; $p=0.04$).

Συμπεράσματα: Η διαταραχή στην έκφραση των occludin και claudin-1 σε ασθενείς με ΙΦΝΕ σχετίζεται με την ενεργότητα και τις επιπλοκές της νόσου, ενώ η επιτυχής θεραπεία επάγει την αποκατάστασή τους.

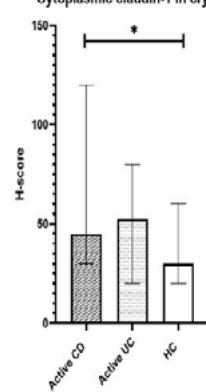
Cytoplasmic occludin in surface epithelium



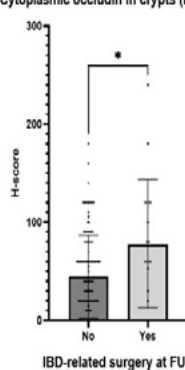
Cytoplasmic occludin in crypts



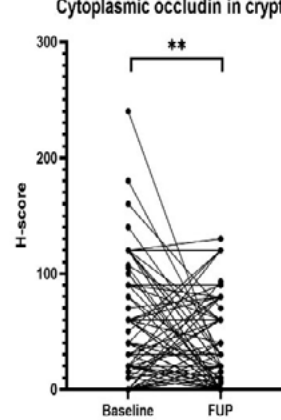
Cytoplasmic claudin-1 in crypts



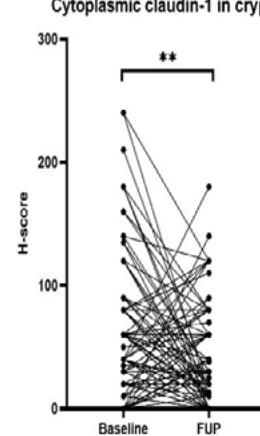
Cytoplasmic occludin in crypts (baseline)



Cytoplasmic occludin in crypts



Cytoplasmic claudin-1 in crypts



ΠΑ13

ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ CLOSTRIDIUM DIFFICILE (CDIF) ΚΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ): ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ

Ι. Ψαρουδάκης, Δ.-Ε Αρνά, Χ. Σκουλούδη, Α. Ψιστάκης, Μ. Φραγκάκη, Μ. Βελεγράκη, Κ. Κουκούτση, Κ. Καρμίρης, Α. Θεοδωροπούλου

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Βενιζέλιο Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, Ηράκλειο

Εισαγωγή: Η λοίμωξη από *Clostridium difficile* (CDif) αποτελεί μείζονα αιτία νοσοκομειακής διάρροιας, με αυξανόμενη επίπτωση τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα σε ασθενείς με ΙΦΝΕ. Η μελέτη μας στόχευσε στην καταγραφή των χαρακτηριστικών ασθενών που νοσηλεύτηκαν με ΙΦΝΕ και CDif, συγκρίνοντας δύο περιόδους: 2017-2020 (προ πανδημίας) και 2021-2024 (μετά την πανδημία COVID-19).

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση σε 59 ασθενείς με ΙΦΝΕ που νοσηλεύτηκαν για CDif. Τα δεδομένα αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία, χαρακτηριστικά νόσου, θεραπεία, διάρκεια νοσηλείας και έκβαση.

Αποτελέσματα: Σημαντική αύξηση των περιστατικών καταγράφηκε στη 2η περίοδο (49 vs. 10 ασθενείς). Δεν φάνηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στα χαρακτηριστικά της νόσου με μια τάση για προσβολή σε νεότερη ηλικία στη 2 η περίοδο.

Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άνδρες (64%), με μέση ηλικία 43 έτη. Το 75% είχαν ελκώδη κολίτιδα (UC). Σε 13 ασθενείς (19%) η διάγνωση της ΙΦΝΕ έγινε ταυτόχρονα με τη CDif λοίμωξη.

Η θεραπευτική αγωγή πριν τη λοίμωξη περιλάμβανε PPI (5), αντιβιοτικά (9), μεσαλαμίνη (23), κορτικοστεροειδή (10), ανοσοκατασταλτικά (11) και βιολογικούς παράγοντες (22 ασθενείς (37%)): αντι-TNF, αντι-ιντεγκρίνη, αντι-IL-12/23, JAK αναστολείς και συνδυασμούς αυτών.

Όλοι έλαβαν θεραπεία με βανκομυκίνη. Φιδαξομυκίνη χορηγήθηκε στο 44%, ενώ 5 ασθενείς έλαβαν επιπλέον τιγκεκυκλίνη. Συνδυασμοί χρησιμοποιήθηκαν στις σοβαρότερες περιπτώσεις. Κανένας ασθενής δεν υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση. Νέα εισαγωγή λόγω υποτροπής της CDif λοίμωξης παρατηρήθηκε σε 16 ασθενείς.

Η διάρκεια νοσηλείας ήταν κατά μέσο όρο 17 ημέρες, με μεγαλύτερη διάρκεια στους ασθενείς με UC σε σύγκριση με CD (p<0.05). Παράγοντες όπως φύλο, λήψη PPI, αντιβιοτικών ή ανοσοκατασταλτικών δεν επηρέασαν σημαντικά τη διάρκεια.

Αλλαγή θεραπείας για την ΙΦΝΕ μετά την κλωστηριδιακή λοίμωξη αποφασίστηκε σε 26 ασθενείς στους οποίους η διάρκεια συνολικής νοσηλείας ήταν σαφώς μεγαλύτερη (κατά 9.4 ημέρες) σημαντική στατιστικά (p=0.025).

Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η ηλικία και ο τύπος της ΙΦΝΕ αναδείχθηκαν ως οι μόνοι ανεξάρτητοι παράγοντες που σχετίζονταν με παρατεταμένη νοσηλεία.

Συμπεράσματα: Καταγράφηκε πενταπλάσια αύξηση των νοσηλειών για CDif σε ασθενείς με ΙΦΝΕ την περίοδο μετά την πανδημία. Αν και οι αιτιολογικοί μηχανισμοί παραμένουν υπό διερεύνηση, η συμβολή της πανδημίας και πιθανώς η αυξημένη χρήση αντιμικροβιακών να αποτέλεσαν καταλυτικούς παράγοντες. Η ελκώδης κολίτιδα και η προχωρημένη ηλικία φαίνεται να σχετίζονται με δυσμενέστερη πρόγνωση.

ΠΑ14

ΚΟΛΙΤΙΔΕΣ ΑΠΟ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Γ. Χλωράκης, Κ. Φωτεινογιαννοπούλου, Ι. Δρυγιαννάκης, Ι. Κουτρουμπάκης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

Σκοπός: Η παρουσίαση σειράς ασθενών με κλινική εκδήλωση κολίτιδας από ανοσοθεραπεία, τα χαρακτηριστικά τους και ο τρόπος αντιμετώπισης.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά τα χαρακτηριστικά 8 ογκολογικών ασθενών που είχαν λάβει τουλάχιστον 1 δόση ανοσοθεραπείας. Αναλύθηκαν οι θεραπείες που χορηγήθηκαν, οι συννοσηρότητες, τα ενδοσκοπικά ευρήματα και ο τρόπος αντιμετώπισης.

Αποτελέσματα: Συνολικά 3 στους 8 ασθενείς είχαν ιστορικό αυτοάνοσης πάθησης (Σακχαρώδη Διαβήτη και θυροειδίτιδα Hashimoto). Η πιο συχνή κακοήθεια ήταν το μη-μικροκυτταρικό καρκίνωμα πνεύμονα (N=3) και ακολούθησε το μελάνωμα δέρματος (N2). Ο μέσος αριθμός δόσεων που χορηγήθηκαν μέχρι την έναρξη της συμπτωματολογίας ήταν 5. Η ενδοσκοπική εικόνα στους 7 ασθενείς ήταν παρόμοια με ελκώδη κολίτιδα με συνεχείς βλάβες, κατά συνέχεια ιστού, με εντόπιση στο αριστερό κόλον (4 ασθενείς) ή σε όλη την έκταση του παχέος εντέρου (3 ασθενείς). Σε 1 ασθενή η εικόνα ήταν παρόμοια με νόσο Crohn με βλεννογονικές αλλοιώσεις στον τελικό ειλεό. Σε όλους τους ασθενείς διεκόπη η ανοσοθεραπεία και χορηγήθηκε κορτιζόνη, σε δόση 40 mg Μεθυλπρεδνιζολόνης. Σε 3 ασθενείς εδόθη θεραπεία συντήρησης με Σαλικυλικά από το στόμα. Ένας ασθενής υποτροπίασε κατά τη μείωση της κορτιζόνης και αντιμετωπίστηκε με εκ νέου αύξηση της δόσης και έπειτα πιο αργή μείωση. Η ανοσοθεραπεία επαναχορηγήθηκε στους 2 από τους 8 ασθενείς, χωρίς υποτροπή της κολίτιδας. Στους υπόλοιπους 6 ασθενείς έγινε αλλαγή σε διαφορετικό ογκολογικό σχήμα, με ύφεση της κολίτιδας.

Συμπεράσματα: Η κολίτιδα από ανοσοθεραπεία αποτελεί σημαντική επιπλοκή των ογκολογικών παθήσεων που λαμβάνουν αυτή την θεραπεία. Όταν εκδηλωθεί συχνά αποτελεί αίτιο διακοπής της θεραπείας και περιορισμού των θεραπευτικών επιλογών.

ΠΑ15

ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΔΥΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΤΤΙΚΗ

**Α. Παγώνη¹, Χ. Λιάτσος², Γ. Μπέλλου¹, Ε. Ζαχαροπούλου¹, Ν. Κυριάκος², Α. Νεοκλέους¹,
Κ. Τσοκάντα¹, Ι. Ιντέρνος¹, Μ. Γιακουμής², Μ. Τζουβαλά¹**

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων» - Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής «Αγία Βαρβάρα», Αθήνα

² Γαστρεντερολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Η καταγραφή των νεοπλασιών σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) την τελευταία 5ετία.

Υλικό - Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι όλων των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) και νόσο Crohn (NC) που παρακολουθούνται σε δύο τριτοβάθμια νοσοκομεία τα τελευταία 5 έτη. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το οικογενειακό ιστορικό νεοπλασίας, οι κλινικοί δείκτες ενεργότητας ΙΦΝΕ κατά τη διάγνωση της νεοπλασίας, τα θεραπευτικά σχήματα πριν, τη στιγμή και μετά τη διάγνωση της νεοπλασίας, καθώς και η έκβασή της.

Αποτελέσματα: Από τα αρχεία 820 ασθενών, εντοπίστηκαν 34 (4.1%) με ιστορικό νεοπλασίας (63.7% με NC, 60.6% άνδρες, μέση ηλικία κατά την διάγνωση της νεοπλασίας τα 52.7 (± 16.8) έτη). Οι ασθενείς που εκδήλωσαν τη νεοπλασία πριν και ταυτόχρονα με τη εκδήλωση ΙΦΝΕ (12.1% και 3% αντίστοιχα) είχαν όλοι ιστορικό καπνίσματος αλλά όχι οικογενειακό ιστορικό καρκίνου. Οι ασθενείς με γνωστή ΙΦΝΕ κατά τη διάγνωση της νεοπλασίας (μέση διάρκεια νόσου 13.1 (± 8.5) έτη, 24.1% κλινικά ενεργή) είχαν 68.9% ιστορικό καπνίσματος (ενεργοί ή πρώην καπνιστές) και 6.9% οικογενειακό ιστορικό καρκίνου. Οι πιο συχνές νεοπλασίες αφορούσαν το δέρμα (26.5%), το πεπτικό (14.7%), το αναπαραγωγικό (14.7%), το αναπνευστικό (14.7%), το ουροποιητικό (11.8%) και το αιμοποιητικό (5.9%) σύστημα. Πριν ή κατά την εκδήλωση της νεοπλασίας οι ασθενείς με διαγνωσμένη ΙΦΝΕ είχαν λάβει τις εξής θεραπείες: 62% των ασθενών είχε λάβει τουλάχιστον 1 anti-TNF α , 41.4% αζαθειοπρίνη, 17.2% συνδυασμένη θεραπεία (αζαθειοπρίνη και anti-TNF α), 27.6% anti-ιντεγκρίνη, 20.7% anti-IL12/23, 13.8% μεθοτρεξάτη και 3.4% JAKi. Το 10.3% των ασθενών δεν είχαν λάβει προηγουμένως θεραπεία με ανοσοτροποιοτικό ή βιολογικό παράγοντα. Το καπνισμα αναδείχτηκε ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Σε αλλαγή ή διακοπή της θεραπευτικής αγωγής οδηγήθηκε το 34.5% των ασθενών. Καταγράφηκαν 6 θάνατοι (17.6%), όλοι εντός ενός έτους από τη διάγνωση, ενώ οι νεοπλασίες με τη μεγαλύτερη θνητότητα αφορούσαν το αναπνευστικό σύστημα (3 θάνατοι).

Συμπεράσματα: Οι νεοπλασίες στους ασθενείς με ΙΦΝΕ φαίνεται να είναι πιο συχνές στη NC, το άρρεν φύλο και στους καπνιστές, ενώ 1/4 αφορά το δέρμα. Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς με ΙΦΝΕ έχουν αυξημένο κίνδυνο νεοπλασιών πεπτικού, χολαγγείων, αλλά και εξωεντερικών χωρίς να είναι σαφείς οι αιτίες. Απαιτούνται μεγαλύτερες καταγραφές ώστε να αναδειχθούν παράγοντες κινδύνου και να καθοριστούν προγράμματα ελέγχου.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (e-Posters)



ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

eP01

Η ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΥΟ ΕΠΙΚΥΡΩΜΕΝΩΝ SCORES ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ
ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Μ. Κατσαρός¹, Μ. Καλογήρου¹, Α. Κατσούλα¹, Ε. Βλάχου¹, Π. Πάσχος², Ό. 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 υπερηχογράφημα εντέρου (IUS) αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο για τη παρακολούθηση των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ). Σκοπός της μελέτης είναι η σύγκριση δυο επικυρωμένων υπερηχογραφικών scores ενεργότητας, με την ενδοσκοπική δραστηριότητα.

Υλικό - Μέθοδοι: Πραγματοποιήσαμε μια προοπτική μελέτη παρατήρησης, σε ασθενείς με τεκμηριωμένη διάγνωση ΕΚ που υποβλήθηκαν σε μερική ή πλήρη κολονοσκόπηση και IUS +/- 5 ημέρες από τη διενέργεια της ενδοσκόπησης. Ως ενδοσκοπική ενεργότητα ορίστηκε το endoscopic mayo score (EMS) > 0. Η ενεργότητα στο IUS υπολογίστηκε στο πιο προσβεβλημένο τμήμα του εντέρου χρησιμοποιώντας 2 διαφορετικά επικυρωμένα υπερηχογραφικά scores: το Milan Ultrasound Criteria (MUC) και το πιο λεπτομερές στην περιγραφή, αρχικά σχεδιασμένο και επικυρωμένο στη Νόσο Crohn, International Bowel Ultrasound Segmental Activity Score (IBUS-SAS), με περιορισμένο αριθμό μελετών του στην ΕΚ. Επιπρόσθετα καταγράφηκαν το partial mayo score (PMS) και η C-Reactive Protein (CRP).

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 52 ασθενείς (Πίνακας 1). Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ υπερηχογραφικής ενεργότητας [πάχος τοιχώματος εντέρου (BWT) >3mm] και ενδοσκοπικής δραστηριότητας [(p<0,001) Sensitivity: 91,1%, Specificity: 85,7%]. Παρατηρήθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ EMS, BWT (ρ: 0,755, p<0,001) και CDS (Colour Doppler Signal) (ρ: 0,756, p<0,001) και μέτρια συσχέτιση μεταξύ EMS απώλειας BWS (Bowel Wall Stratification) (ρ: 0,631, p<0,001) και i-fat (φλεγμονώδες λίπος) (ρ: 0,572, p<0,001). Τα IUS scores παρουσίασαν ισχυρή συσχέτιση με την ενδοσκοπική δραστηριότητα (MUC και EMS ρ: 0,757, p<0,001 / IBUS-SAS και EMS ρ: 0,789, p<0,001). Τόσο το MUC όσο και το IBUS-SAS παρουσίασαν υψηλή περιοχή κάτω από την καμπύλη (AUC) στην ανίχνευση EMS > 0 (MUC: 0,985, p<0,001, IBUS-SAS: 0,982, p<0,001). Τα βέλτιστα διαχωριστικά όρια για την ανίχνευση EMS>0 ήταν για το IBUS-SAS 14.4 (sensitivity: 94.3%, specificity: 85.7%) και για το MUC 4.48 (sensitivity: 94.1%, specificity: 86,7%).

Συμπεράσματα: Τόσο το MUC καθώς και το IBUS-SAS παρουσίασαν ισχυρή συσχέτιση με την ενδοσκοπική ενεργότητα. Μεταξύ των επιμέρους παραμέτρων στο IUS, την ισχυρότερη συσχέτιση με το EMS κατέδειξαν το BWT και το CDS.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ n= 52
ΦΥΛΟ	35 άνδρες / 17 γυναίκες
ΗΛΙΚΙΑ	37.5 [21.5-54] IQR
ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΝΟΣΟΥ	< 40 έτη: 38 / > 40 έτη : 14
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΝΟΣΟΥ Montreal Classification	E2:31 E3:21
ΚΛΙΝΙΚΟ SCORE	Partial Mayo Score: 5 [2-7] IQR
C-Reactive Protein	8.3 [4.4-16.8] IQR
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ SCORE	Endoscopic Mayo score 0:7 (13.4%) Endoscopic Mayo score 1:4 (7.7%) Endoscopic Mayo score 2:24 (46.1%) Endoscopic Mayo score 3:15 (32.7%)
ΠΑΧΟΣ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ Bowel Wall Thickness	5.1 mm [4.2-5.5] IQR
Milan Ultrasound Criteria	9 [5.88-9.63] IQR
IBUS-SAS	30.9 [16.4-52.6] IQR
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	IFX:21, VEDO:8, GOL:2, UPA:7 USTE:4, TOFA:2, 5-ASA:9, OZA:3 Systemic/Topical steroids:3

Πίνακας 1. IBUS-SAS (International Bowel Ultrasound-Segmental Activity Score)
IFX (Infliximab), GOL (Golimumab) UST (Ustekinumab), UPA (Upadacitinib)
VEDO (Vedolizumab), TOFA (Tofacitinib), OZA (Ozanimod), 5-ASA (5-Aminosalicylates)

ΟΜΑΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΛΛΑΓΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ: ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ 33 ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ε. Βλάχου, Χ. Μαδεμλής, Α. Κατσούλα, Μ. Καλογήρου, Η. Λαζαρίδης, Μ. Κατσαρός, Ό. Γιουλεμέ

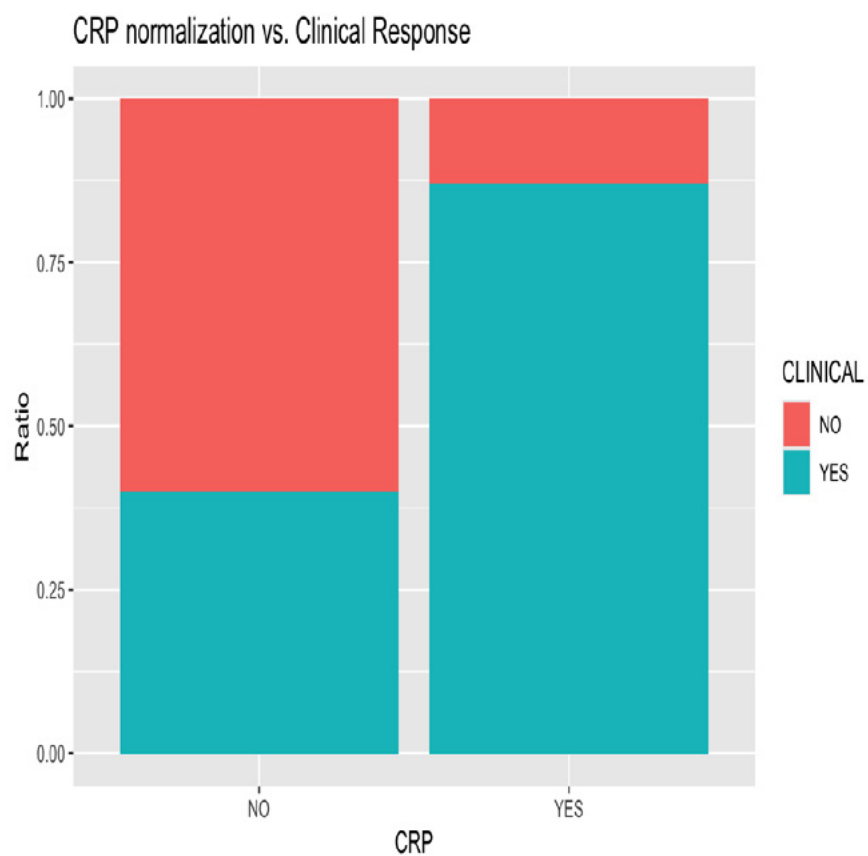
*Γαστρεντερολογικό - Ηπατολογικό τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο
Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη*

Σκοπός: Σύμφωνα με της κατευθυντήριες οδηγίες STRIDE-II (Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease) η ομαλοποίηση της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) αποτελεί στόχο στη θεραπεία ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα (ΙΦΝΕ). Η παρούσα μελέτη αξιολογεί την ομαλοποίηση της CRP μετά από αλλαγή βιολογικής θεραπείας λόγω κλινικής έξαρσης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.

Υλικό-Μέθοδοι: Η προοπτική μελέτη κοόρτης συμπεριέλαβε 33 ασθενείς με νόσο Crohn και ελκώδη κολίτιδα, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε αλλαγή βιολογικής θεραπείας λόγω κλινικής έξαρσης της νόσου, με βάση το **Harvey-Bradshaw Index** για τη νόσο Crohn και το **Mayo Clinical Score** για την ελκώδη κολίτιδα. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν μέχρι την επόμενη επίσκεψη τους με κλινική και βιοχημική αξιολόγηση. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η ομαλοποίηση της CRP ($<5\text{mg/L}$), ενώ ως δευτερεύον καταληκτικό σημείο αξιολογήθηκε η συσχέτιση της ομαλοποίησης της CRP με την κλινική ανταπόκριση. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το Fisher's exact test και η συσχέτιση ποσοτικοποιήθηκε με τον λόγο πιθανοτήτων (OR) και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης (CI).

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 33 ασθενείς: 16 (48,5%) ήταν άνδρες με μέση ηλικία 39,9 έτη. Η αρχική τιμή της CRP είχε μέση τιμή 29,5 mg/L και 21 ασθενείς (63,6%) λάμβαναν συγχορηγούμενη ανοσοτροποποιητική αγωγή. Με την αλλαγή της βιολογικής θεραπείας, 23 ασθενείς (69,7%) παρουσίασαν ομαλοποίηση της CRP ($<5\text{mg/L}$), υποδεικνύοντας βιοχημική ανταπόκριση στη νέα θεραπευτική στρατηγική. Η συσχέτιση της ομαλοποίησης της CRP με την κλινική ανταπόκριση ήταν στατιστικά σημαντική (OR = 9,1, 95% CI: 1,8-95, $p = 0,01$) καταδεικνύοντας ότι οι ασθενείς με CRP $<5\text{mg/L}$ είχαν σημαντικά αυξημένη πιθανότητα κλινικής ανταπόκρισης.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η αλλαγή της βιολογικής θεραπείας σε ασθενείς με έξαρση οδήγησε στην πλειοψηφία σε βιοχημική ανταπόκριση με ομαλοποίηση της CRP. Επιπλέον, η ομαλοποίηση της CRP συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την κλινική ανταπόκριση. Ωστόσο, απαιτούνται μελλοντικές μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα για την επιβεβαίωση της προγνωστικής αξίας της CRP και για την ενίσχυση της αξιοπιστίας των ευρημάτων μας.



ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΩΝ SCORES ΜΕ ΤΟ NANCY INDEX ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

**Λ. Στρατηγάκης¹, Δ. Λακιωτάκη¹, Β. Λεκάκης¹, Α. Ασλάνογλου¹, Δ. Μουζιούρας¹, Τ. Δρίβα²,
Α. Στόφας², Π. Καρατζάς¹, Σ. Σακελλαρίου², Γ. Παπαθεοδωρίδης¹, Α. Κουτσούμπας¹**

¹ Α' Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό, Αθήνα

² Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό, Αθήνα

Σκοπός: Το Nancy Index (NI) αποτελεί ένα επικυρωμένο σύστημα ταξινόμησης της ιστολογικής δραστηριότητας της ελκώδους κολίτιδας (ΕΚ). Παρά τη σχετική απλότητά του, η χρήση του δεν έχει ευρέως ενσωματωθεί, αν και οι κατευθυντήριες οδηγίες της European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) συστήνουν την εφαρμογή του στην καθημερινή κλινική πρακτική. Η ακριβής εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου είναι κρίσιμη για την παρακολούθηση της θεραπευτικής ανταπόκρισης και της συνολικής πορείας της νόσου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή δεδομένων ιστολογικής αξιολόγησης με χρήση του NI, στο πλαίσιο προσπάθειας ενσωμάτωσής του από το Παθολογοανατομικό Εργαστήριο του νοσοκομείου μας, καθώς και η συσχέτισή του με τα ενδοσκοπικά scores UCEIS και MES.

Υλικό-Μέθοδοι : Διενεργήθηκε προοπτική μελέτη κοόρτης (Ιούνιος 2022 - Μάρτιος 2025) σε όλους τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ολική κολονοσκόπηση ή ορθοσιγμοειδοσκόπηση το ανωτέρω διάστημα. Η εκτίμηση της ενδοσκοπικής βαρύτητας και η λήψη βιοψιών πραγματοποιήθηκαν από το πλέον προσβεβλημένο τμήμα του εντέρου. Η ενδοσκοπική έκθεση δεν ήταν διαθέσιμη στους παθολογοανατόμους που ανέλαβαν την ιστολογική αξιολόγηση. Χρησιμοποιήθηκαν τα ενδοσκοπικά skor MES και UCEIS. Η στατιστική ανάλυση βασίστηκε στον συντελεστή συσχέτισης του Spearman, με επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Συνολικά μελετήθηκαν 200 ενδοσκοπήσεις από 133 ασθενείς (διάμεση ηλικία: 54 έτη), οι οποίοι κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με την ένδειξη για την οποία υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση. Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα:

Συμπεράσματα : Διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των ενδοσκοπικών skor (και ιδιαίτερα του UCEIS) και του NI στο σύνολο των ασθενών, με καλύτερη συσχέτιση στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση για επιτήρηση ή αξιολόγηση βλεννογονικής επούλωσης. Η συνδυαστική χρήση ιστολογικών και ενδοσκοπικών δεικτών μπορεί να συμβάλει σε πληρέστερη εκτίμηση της ενεργότητας της ελκώδους κολίτιδας, καθώς και στην ορθότερη και πιο ολοκληρωμένη μακροπρόθεσμη διαχείρισή της.

Κλινικό σενάριο	Ασθενείς	Spearman UCEIS/NI (95% CI)	Spearman MES/NI (95% CI)
Διάγνωση	6 (3%)	0,85 (0,09–0,98)	0,44 (-0,58 to 0,93)
Έξαρση	124 (62%)	0,50 (0,38–0,82)*	0,43 (0,28–0,57)*
Έλεγχος βλεννογονικής επούλωσης	19 (9,5%)	0,80 (0,53–0,92)*	0,72 (0,40–0,90)*
Επιτήρηση	51 (25,5%)	0,70 (0,52–0,82)*	0,70 (0,70–0,83)*
Σύνολο	200 (100%)	0,77 (0,70–0,82)*	0,71 (0,63–0,78)*

ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΡΟΣΤΙΘΕΜΕΝΗ ΑΞΙΑ ΑΠΟ ΤΟ PROACTIVE THERAPEUTIC DRUG MONITORING (TDM) ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕ ΙΦΝΕ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΟ INFLIXIMAB; ΜΙΑ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ε. Αθανασιάδου¹, Γ. Αξιάρης¹, Κ. Σουφλήρης¹, Γ. Γεωργιάδου¹, Δ. Λάζου¹, Γ. Λαζαράκη¹,
Ι. Διαμαντή², Δ. Τζίλβες¹

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

² Βιοχημικό και Μικροβιολογικό Εργαστήριο, «Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η κλινική αξία της προληπτικής μέτρησης θεραπευτικών επιπέδων φαρμάκων (Therapeutic Drug Monitoring - TDM) για μονοκλωνικά αντισώματα, όπως το infliximab, στους ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) παραμένει αντικείμενο συζήτησης. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της χρήσης του TDM σε μη επιλεγμένο πληθυσμό ασθενών με ΙΦΝΕ υπό θεραπεία με ενδοφλέβιο infliximab (είτε σε φάση έναρξης, είτε συντήρησης), σε σύγκριση με τις θεραπευτικές επιλογές εξειδικευμένου γαστρεντερολόγου.

Υλικό-Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκαν 77 μετρήσεις επιπέδων infliximab και αντισωμάτων μέσω ELISA σε 55 ασθενείς (34 με Νόσο του Crohn, 21 με Ελκώδη Κολίτιδα). Επίπεδα >10 µg/mL θεωρήθηκαν θεραπευτικά. Οι θεραπευτικές αποφάσεις βάσει TDM συγκρίθηκαν με εκείνες ενός έμπειρου στη διαχείριση των ΙΦΝΕ γαστρεντερολόγου, ο οποίος ήταν τυφλός ως προς τα αποτελέσματα TDM, αλλά είχε πρόσβαση σε όλα τα υπόλοιπα κλινικά δεδομένα. Η διάμεση ηλικία ήταν 42 έτη και η διάμεση διάρκεια νόσου 8,5 έτη. Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν ήδη εκτεθεί σε βιολογικούς παράγοντες (58%) και ελάμβαναν εντατικοποιημένα σχήματα (90%). Οι ασθενείς με Νόσο του Crohn παρουσίαζαν κυρίως επιπλεγμένες μορφές (74%), ιστορικό χειρουργείου (44%), κάπνισμα (50%) και περιπρωκτική νόσο (20%). Η παρακολούθηση περιλάμβανε κλινική, βιοχημική και ενδοσκοπική αξιολόγηση, με ενδοσκοπικές πληροφορίες διαθέσιμες σε 39 περιπτώσεις.

Αποτελέσματα: Το 80% των ασθενών είχε θεραπευτικά επίπεδα, ενώ μόνο ένας ανέπτυξε αντισώματα. Μετά από τροποποίηση θεραπείας βάσει TDM, παρατηρήθηκε κλινική βελτίωση στο 80%, βιοχημική στο 89% και ενδοσκοπική στο 61%. Συμφωνία αποφάσεων μεταξύ TDM και του τυφλού ειδικού υπήρξε στο 58% των περιπτώσεων. Η θεραπεία διακόπηκε σε 11 περιπτώσεις (συμφωνία 3/11), διατηρήθηκε σε 53 (συμφωνία 36/53) και τροποποιήθηκε σε 13 (συμφωνία 6/13).

Συμπεράσματα: Σ' αυτόν τον πληθυσμό ασθενών με δύσκολα αντιμετωπίσιμη ΙΦΝΕ, η χρήση TDM συσχετίστηκε με εξαιρετικά κλινικά αποτελέσματα. Η εφαρμογή της φαίνεται να συνέβαλε στην αποφυγή υποθεραπείας ή αχρείαστης συνέχισης θεραπείας σε μικρό αλλά σημαντικό ποσοστό των ασθενών. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την πιθανή χρησιμότητα του TDM στη βελτιστοποίηση της θεραπείας, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις σοβαρής ή ανθεκτικής νόσου. Απαιτούνται μελλοντικές μελέτες για την εκτίμηση της αξίας της TDM σε διαφορετικά κλινικά σενάρια.

Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΚΑΨΟΥΛΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙ 11 ΕΤΩΝ.

Ι. Αργύρη¹, Ε. Καννά², Α. Σουλιά¹, Ε. Γερολεμίδου², Δ. Αχιλλέως², Μ. Τσολιά¹

¹ Β' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών «Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού», Αθήνα

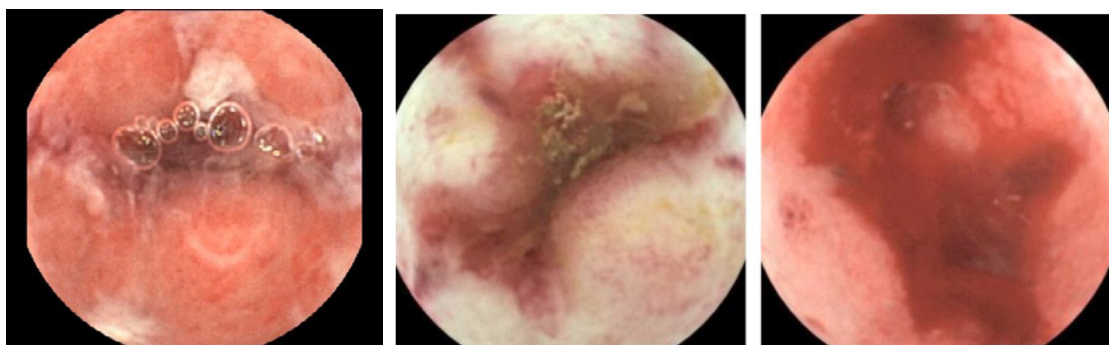
² Β' Παιδοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών «Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού», Αθήνα

Σκοπός: Περιγραφή περιστατικού νόσου του Crohn λεπτού εντέρου που η διάγνωση τέθηκε με τη χρήση ασύρματης ενδοσκοπικής κάψουλας.

Υλικό-Μέθοδοι: Αγόρι 11 ετών προσκομίζεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με κοιλιακό άλγος από 5ημέρου και πυρετό, μία διαρροϊκή κένωση και έναν έμετο από 24ώρου. Αναφέρεται ελεύθερο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε άλγος δεξιού λαγόνιου βόθρου και έγινε χειρουργική εκτίμηση.

Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υψηλούς δείκτες φλεγμονής (CRP 158 mg/L), αναιμία (Hb 9gr/dl) και υπολευκωματιναιμία (λευκωματίνες 2,4gr/dl). Κατά το υπερηχογράφημα κοιλίας ήταν αδύνατη η απεικόνιση της σκωληκοειδούς αλλά παρατηρήθηκε οίδημα τοιχώματος τελικού ειλεού. Διενεργήθηκε ερευνητική λαπαροτομία που ανέδειξε απόστημα σε επαφή με τις εντερικές έλικες του τελικού ειλεού και έγινε καθαρισμός. Την 10η μετεγχειρητική ημέρα και ενώ ήταν σε διπλή αντιβιοτική αγωγή (σιπροφλοξασίνη, μετρονιδαζόλη) παρουσίασε εκροή κοπρανώδους υγρού από τη τομή. Επαναληπτικό υπερηχογράφημα και MRE διέγνωσαν εντεροδερματικό συρίγγιο και η καλπροτεκτίνη κοπράνων ήταν αυξημένη (1500μg/gr). Ακολούθησε ενδοσκόπηση ανώτερου και κατώτερου πεπτικού με λήψη βιοψιών κατά την οποία παρατηρήθηκε οιδηματώδης ειλεοτυφλική βαλβίδα και αδυναμία διέλευσης του ενδοσκοπίου στον τελικό ειλέο. Επιπλέον, τοποθετήθηκε ασύρματη ενδοσκοπική κάψουλα στο 12δάκτυλο η οποία κατέγραψε οίδημα, υπεραιμία, ευθρυπτότητα και έλκη του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου καθώς και πιθανή στένωση (ισχαιμία και αιμορραγία κατά την προσπάθεια διέλευσης της κάψουλας) - ευρήματα συμβατά με νόσο του Crohn λεπτού εντέρου. Η ιστολογική έκθεση έθεσε τη διαφορική διάγνωση νόσου του Crohn και ηωσινοφιλικής γαστρεντερίτιδας.

Συμπεράσματα: Η ενδοσκοπική κάψουλα είναι ένα ασφαλές και χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο στην Παιδιατρική Γαστρεντερολογία για τον έλεγχο κυρίως του λεπτού εντέρου. Οι ενδείξεις για τη χρήση της στα παιδιά είναι παρόμοιες με εκείνες των ενηλίκων με τη νόσο του Crohn να αποτελεί την κυριότερη ένδειξη. Σε ισχυρή υποψία νόσου του Crohn και επί αρνητικής ενδοσκόπησης του πεπτικού πρέπει να γίνεται έλεγχος του λεπτού εντέρου με κάψουλα. Η ανίχνευση της νόσου στο λεπτό έντερο έχει συσχετιστεί με χειρότερη πρόγνωση, συχνές υποτροπές και ανάγκη για χειρουργική αντιμετώπιση. Σημαντική μελλοντική εξέλιξη θα αποτελούσε η δυνατότητα λήψης βιοψιών και παρέμβασης.



Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ POINT-OF-CARE ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΩΝ TROUGH ΕΠΙΠΕΔΩΝ INFLIXIMAB ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΕΙ ΤΗ ΛΗΨΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΣΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ.

Γ. Κοκκότης, Π. Αβατζιάδης, Β. Κίτσου, Κ. Χαλακατεβάκη, Μ. Γκίζης, Μ.-Λ. Χατζηνικολάου, Ε. Λαούδη, Ι. Κουτσούνας, Γ. Μπάμιας

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

Σκοπός: Σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, χαμηλά trough επίπεδα infliximab στον ορό (IFX-tl) σχετίζονται με μη ικανοποιητική ανταπόκριση στο φάρμακο και η εντατικοποίηση της χορήγησης του μπορεί να φανεί ωφέλιμη σε τέτοιες περιπτώσεις. Στη πράξη, η εντατικοποίηση του IFX γίνεται σε πολλές περιπτώσεις με βάση κλινικά και ενδοσκοπικά κριτήρια ατελούς ανταπόκρισης ενώ σε άλλες στηρίζεται στα επίπεδα του φαρμάκου στον ορό. Σκοπός μας είναι να αναδείξουμε την χρησιμότητα της εφαρμογής point-of-care προσδιορισμού IFX-tl στον ορό, στην λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.

Υλικό-Μέθοδοι: Μετρήθηκαν τα IFX-tl σε ασθενείς με ΙΦΝΕ πριν από την προγραμματισμένη τους έγχυση. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ενεργή νόσο και ασθενείς υπό εντατικοποιημένο θεραπευτικό σχήμα σε σταθερή κλινική ύφεση. Τα IFX-tl στον ορό μετρήθηκαν με μέθοδο point-of-care (BÜHLMANN Quantum Blue®), που είναι ποσοτική μέθοδος με εύρος ανίχνευσης 0.4-20 µg/ml infliximab. Με βάση το αποτέλεσμα της μέτρησης και συνυπολογίζοντας κλινικές παραμέτρους λήφθηκαν οι αποφάσεις για την πιθανή τροποποίηση του θεραπευτικού σχήματος.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν δείγματα από 60 ασθενείς, 32 (53.3%) με ελκώδη κολίτιδα. Οι 17 (28.3%) λαμβάναν 5mg/kg κάθε 8 εβδομάδες, και οι υπόλοιποι εντατικοποιημένο σχήμα 5-10mg/kg κάθε 4-8 εβδομάδες. Τα IFX-tl μετρήθηκαν σε 44 (73.3%) ασθενείς με μη ικανοποιητική ανταπόκριση [διάμεσα IFX-tl=4.1µg/ml, IQR:0.4-9.1] και σε 16 (26.7%) ασθενείς σε σταθερή κλινική ύφεση υπό εντατικοποιημένο σχήμα [διάμεσα IFX-tl=14.2µg/ml, IQR:6.2-19.9]. Από τους ασθενείς με μη ικανοποιητική ανταπόκριση, σε 26 (63.6%) με διάμεσα IFX-tl=1.6µg/ml (IQR:0.4-4.2) πραγματοποιήθηκε εντατικοποίηση και σε 16 (36.4%) με διάμεσα IFX-tl=13.4µg/ml (IQR:7.2-14.8) δεν πραγματοποιήθηκε. Από αυτούς που δεν εντατικοποιήθηκαν, σε 10 αποφασίστηκε η αλλαγή της αγωγής και σε 6 η συνέχιση του IFX. Ανάμεσα στους ασθενείς σε σταθερή κλινική ύφεση υπό εντατικοποιημένο σχήμα, σε 7 (43.8%) με διάμεσα IFX-tl=19.4µg/ml (IQR:15-20) πραγματοποιήθηκε απεντατικοποίηση, σε 8 (50%) με διάμεσα IFX-tl=8.1µg/ml (IQR:4-13.6) συνεχίστηκε η ίδια δοσολογία και σε 1 (6.3%) πραγματοποιήθηκε αλλαγή θεραπευτικού παράγοντα λόγω μη ανιχνεύσιμων (<0.4µg/ml) IFX-tl.

Συμπεράσματα: Η επιτόπια μέτρηση επιπέδων IFX-tl με μεθοδολογία point-of-care έχει σημαντικά πλεονεκτήματα και μπορεί να βοηθήσει στην κλινική διαχείριση των ασθενών με ΙΦΝΕ. Με την χρήση του αποφεύχθηκε η περιττή εντατικοποίηση στο 35% των ασθενών με ενεργή νόσο όπως επίσης και κατέστη δυνατή η απεντατικοποίηση σε 44% των ασθενών υπό σταθερή κλινική ύφεση.

ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΤΕΛΙΚΗ ΕΙΛΕΪΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ- ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΕ ΝΟΣΟ CROHN

Δ. Λάζου, Η. Βαχλιώτης, Η. Λαζαρίδης, Ν. Πρωτόγερος, Χ. Ταλουμτζής, Α. Νάκος, Α. Μπουμπόναρης

Γαστρεντερολογική Κλινική, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαίδευσης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η ανεύρεση τελικής ειλεΐτιδας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ενδοσκόπηση κατώτερου πεπτικού για προληπτικούς λόγους δεν είναι σπάνια. Οι περισσότεροι ασθενείς παραμένουν ασυμπτωματικοί στην παρακολούθηση, όμως υπάρχουν περιπτώσεις που εξελίσσονται σε νόσο Crohn και δεν είναι εξακριβωμένος ο τρόπος και ο χρόνος παρακολούθησης ούτε και η βέλτιστη αντιμετώπιση αυτών των ασθενών.

Σκοπός: Να παρακολουθήσουμε την πορεία των ασυμπτωματικών ασθενών με τελική ειλεΐτιδα που ανευρίσκονται τυχαία και να εξακριβώσουμε αν υπάρχουν ενδοσκοπικά, κλινικά, εργαστηριακά ή απεικονιστικά χαρακτηριστικά που μπορεί να σχετίζονται με πρώιμη νόσο Crohn.

Μέθοδος- Ασθενείς: Προοπτική μελέτη από Φεβ 2011 έως Δεκ 2024 σε ασυμπτωματικούς ασθενείς που υπεβλήθησαν σε προληπτική κολονοσκόπηση στην Κλινική μας. Ενδείξεις κολονοσκόπησης ήταν: οικογενειακό ιστορικό CRC, προληπτικός έλεγχος λόγω ηλικίας, ενδοσκόπηση επιτήρησης λόγω ιστορικού πολυπόδων ΠΕ. Κριτήρια αποκλεισμού: συμπτωματολογία πιθανώς σχετιζόμενη με νόσο Crohn (διαρροϊκές κενώσεις, κοιλιακά άλγη), ιστορικό περιπρωκτικών συριγγίων, ιστορικό πρόσφατης λήψης NSAIDs, οικογενειακό ιστορικό νόσου Crohn. Σε όλους τους ασθενείς διενεργήθη λεπτομερής κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος, με τακτικό ενδοσκοπικό επανέλεγχο (ανά 2 έτη) και επί καλπροτεκτίνης κοπράνων >100 μg/g έλεγχος με μαγνητική εντερογραφία.

Αποτελέσματα: Συνολικά ανευρέθησαν 88 ασθενείς (52 γυναίκες) μέσης ηλικίας 44.8 ετών (εύρος 39-74) σε σύνολο 6780 προληπτικών κολονοσκοπήσεων (ποσοστό 1.29%). Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για μ.ο 3.5 έτη (εύρος 1.2-12.3 έτη). Το πιο συνηθισμένο ενδοσκοπικό ευρήμα ήταν 1-3 διαβρώσεις με περικεντρική άλω (39/88, 44.13%). Αυξημένη καλπροτεκτίνη κοπράνων (>50μg/g) είχαν 7/65 ασθενείς (10.76%). Ιστολογική εικόνα διαγνωστική Crohn με κοκκιώματα είχε 1/88 ασθενείς (Συνολικά οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε μο 2.1 ενδοσκοπήσεις (εύρος 1-5). Βελτίωση ενδοσκοπικής εικόνας είχαν 31/88 ασθενείς, σταθερή ενδοσκοπική εικόνα 53/88 και επιδείνωση 4/88 ασθενείς. Από τους ασθενείς με καλπροτεκτίνη >100 (n=4), ένας ασθενής είχε νόσο Crohn και σε έλικες της νήστιδας. Συνολικά 3 ασθενείς εμφάνισαν νόσο Crohn (1 στη διάγνωση και 2 στην παρακολούθηση). Από την πολυπαραγοντική ανάλυση, η ανεύρεση ελκών ενδοσκοπικά (και η αυξημένη καλπροτεκτίνη (>150μg/g) σχετιζόταν με νόσο Crohn σε αυτή την κατηγορία των ασθενών.

Συμπεράσματα: Η τυχαία ανεύρεση τελικής ειλεΐτιδας σε ασυμπτωματικούς ασθενείς σπάνια εξελίσσεται σε κλινικά εμφανή νόσο Crohn και στη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών μένει σταθερή ή υποστρέφεται με την πάροδο του χρόνου.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ (IUS) ΣΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Χ. Θάνος, Ν. Γεωργακοπούλου, Δ. Νταϊλιάνας, Δ. Πισκόπου, Ε. Γεωργίου, Μ. Τριανταφύλλου, Κ. Τσιτσιγιάννης, Ν. Καλάκος, Γ. Μιχαλόπουλος, Α. Στρίκη, Α. Μπραϊμάκης, Θ. Αργυρόπουλος, Ι. Καρούμπαλης

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

Σκοπός: Η διαχείριση της ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (ΙΦΝΕ) βασίζεται συχνά στην κολονοσκόπηση για την εκτίμηση της ενεργότητας της νόσου και την ανίχνευση επιπλοκών. Το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα εντέρου (IUS) αποτελεί μια μη επεμβατική και αποτελεσματική εναλλακτική μέθοδο, η οποία συνιστάται από τις κατευθυντήριες οδηγίες ECCO-ESGAR τόσο για τη νόσο του Crohn όσο και για την ελκώδη κολίτιδα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η επίδραση της εφαρμογής του IUS στη συχνότητα εκτέλεσης κολονοσκοπήσεων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ στο ενδοσκοπικό τμήμα του νοσοκομείου μας.

Υλικό - Μεθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση συγκρίνοντας δύο χρονικές περιόδους: πριν από την εφαρμογή του IUS (2021-2022) και μετά την εφαρμογή του (2023-2024). Καταγράφηκε ο αριθμός των κολονοσκοπήσεων που πραγματοποιήθηκαν για τη διαχείριση των ασθενών με ΙΦΝΕ σε κάθε περίοδο. Από τον συνολικό αριθμό των κολονοσκοπήσεων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, αφαιρέθηκε ο αριθμός αυτών που αφορούσαν τις κολονοσκοπήσεις επιτήρησης. Υπολογίστηκε το ποσοστό μείωσης της χρήσης κολονοσκόπησης, ώστε να εκτιμηθεί η επίδραση της ενσωμάτωσης του IUS στην καθημερινή κλινική πρακτική.

Αποτελέσματα: 264 κολονοσκοπήσεις σε ασθενείς με ΙΦΝΕ. Μετά την εισαγωγή του IUS το 2023, ο αριθμός των κολονοσκοπήσεων κατά τα επόμενα δύο έτη μειώθηκε σε 232, που αντιστοιχεί σε μείωση κατά 12,1%. Η μείωση αυτή υποδηλώνει μια σημαντική μετατόπιση προς τη μη επεμβατική παρακολούθηση με τη χρήση του IUS.

Συμπεράσματα: Η ενσωμάτωση του IUS στην ενδοσκοπική πρακτική συσχετίστηκε με μείωση της χρήσης κολονοσκόπησης για την διαχείριση ασθενών με ΙΦΝΕ. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν το ρόλο του IUS ως πολύτιμου, μη επεμβατικού εργαλείου για την παρακολούθηση της νόσου, με δυνατότητα βελτιστοποίησης της χρήσης των πόρων και επιτάχυνσης της κλινικής λήψης αποφάσεων. Απαιτούνται προοπτικές μελέτες για την περαιτέρω αξιολόγηση των μακροπρόθεσμων οφελών της ευρείας χρήσης του IUS στην διαχείριση και αντιμετώπιση της ΙΦΝΕ.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

eP09

ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΑ ΚΑΙ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN

A. Τσολάκη

Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Σκοπός αυτής της ανασκόπησης είναι να αναδείξει μελέτες που συνδέουν τη σαρκοπενία με τη νόσο του Crohn (CD) η οποία είναι μια χρόνια και προοδευτική φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (IBD) που έχει υψηλό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η σαρκοπενία είναι μια διαδεδομένη κατάσταση σε ασθενείς με νόσο του Crohn (CD), που αντιπροσωπεύει έναν ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για την ανάπτυξη μεγάλων μετεγχειρητικών επιπλοκών. Αν και έχει σημειωθεί πρόοδος για την επίτευξη παρατεταμένης ύφεσης, σχεδόν οι μισοί από τους ασθενείς με την πάροδο του χρόνου θα αναπτύξουν επιπλοκές που απαιτούν χειρουργικές θεραπείες. Έτσι, η σωστή αξιολόγηση της μυϊκής δύναμης, με τη χρήση διαφορετικών επικυρωμένων εργαλείων, θα πρέπει να θεωρείται σημαντικό βήμα της κλινικής διαχείρισης αυτών των ασθενών. Οι ασθενείς με CD υποσιτίζονται συχνά, παρουσιάζοντας υψηλό επιπολασμό διαφορετικών μακροθρεπτικών και μικροθρεπτικών ελλείψεων, συμπεριλαμβανομένης αυτής της βιταμίνης D. Συμπερασματικά, οι διαθέσιμες δημοσιευμένες μελέτες δείχνουν ότι η βιταμίνη D εμπλέκεται στη ρύθμιση του πολλαπλασιασμού, της διαφοροποίησης και της αναγέννησης των μυϊκών κυττάρων. Η σχέση μεταξύ ανεπάρκειας βιταμίνης D και σαρκοπενίας έχει μελετηθεί εκτενώς σε άλλους πληθυσμούς, με ενδιαφέροντα στοιχεία σχετικά με τον πιθανό ρόλο της συμπλήρωσης βιταμίνης D ως μέσου για την πρόληψη και τη θεραπεία της σαρκοπενίας. Το άρθρο «Sarcopenia and Vitamin D Deficiency in Patients with Crohn's Disease: Pathological Conditions That Should Be Linked Together» ανήκει στο Ειδικό Θέμα Διατροφική Πρόσληψη σε Ασθενείς με Νόσο του Crohn (Nutritional Intake in Patients with Crohn's Disease) doi.org/10.3390/nu13041378.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ-ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Βαρβάρα-Σταυρούλα Κατσαφάδου

Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Καλαμάτα

Εισαγωγή-Σκοπός: Το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (ΣΕΕ) είναι μια χρόνια υποτροπιάζουσα γαστρεντερική διαταραχή με επίμονα συμπτώματα, όπως έντονο κοιλιακό άλγος και αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου τα οποία πρέπει να διαρκούν τουλάχιστον έξι μήνες. Η παθογένεση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου είναι πολυπαραγοντική και μέχρι σήμερα μη σαφώς κατανοητή.

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν στραφεί στην συμπτωματολογική θεραπεία, που περιλαμβάνει την ανακούφιση των συμπτωμάτων, προτείνοντας αλλαγή τρόπου ζωής και κυρίως υιοθέτηση συγκεκριμένης διατροφικής στρατηγικής, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των πασχόντων.

Οι επιλογές θεραπείας ξεκινούν με συμβουλές αλλαγής τρόπου ζωής, και διατροφικές συστάσεις.

Ως θεραπεία πρώτης γραμμής, αποτελεί η δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε FODMAP (LFD), η οποία προτείνεται για την ύφεση των συμπτωμάτων σε άτομα με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Αυτή η δίαιτα μειώνει την πρόσληψη ζυμώσιμων ινών, οδηγώντας σε αλλαγές της μικροχλωρίδας του εντέρου και ανεπαρκή ζύμωση στο παχύ έντερο, με αποτέλεσμα την μειωμένη παραγωγή λιπαρών οξέων βραχείας αλυσίδας (SCFA), όπως το βουτυρικό, το οποίο οδηγεί σε δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία του εντέρου, τον ύπνο και την ψυχική υγεία.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε ιατρικές επιστημονικές βάσεις δεδομένων με στόχο την μελέτη της επίδρασης διαφόρων διαίτων στους ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Η παρούσα εργασία επιχειρεί να απαντήσει αν οι διάφορες διατροφικές παρεμβάσεις είναι ευεργετικές για την θεραπεία ή την ύφεση των συμπτωμάτων με την πάροδο του χρόνου.

Αποτελέσματα: Οι κλινικές δοκιμές που αξιολόγησαν τις επιδράσεις των διατροφικών συστάσεων σε ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου έδειξαν πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα στη βελτίωση των συμπτωμάτων του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Βέβαια τα αποτελέσματα διαφοροποιούνται στους ασθενείς καθώς επηρεάζονται από τον υπότυπο, την ένταση των συμπτωμάτων και το προφίλ των πασχόντων. Σημαντικό είναι να αναφερθεί, ότι ενώ η διατροφή χαμηλή σε FODMAP, μπορεί να μειώσει επιτυχώς τα συμπτώματα του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, δεν παρέχει μόνιμη ανακούφιση και τα συμπτώματα συχνά επιστρέφουν μετά την διακοπή της δίαιτας.

Συμπέρασμα: Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση της παρούσας μελέτης, καταλήγουμε ότι οι διατροφικές στρατηγικές αντιμετώπισης του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, θα πρέπει να προσαρμόζονται ανάλογα τον υπότυπο του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου που πάσχει ο ασθενής και ανάλογα με το πώς επιδρά στον καθένα ξεχωριστά και κυρίως αν υποχωρούν τα συμπτώματα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΝΟΣΟΥ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

**Α. Παπαδοπούλου¹, Μ. Βαρβάτση¹, Κ. Κατσάς², Μ. Αλιάγα², Σ. Παππά², Α. Κανέλλου²,
Α. Κουγιουμτζιάν³, Ι. Κουτρομπάκης⁴, Α. Μαρκάκη¹, Μ. Νικολάκη¹**

¹ Τμήμα Επιστημών Διατροφής και Διαιτολογίας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

² Τμήμα Κλινικής Διατροφής Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικών, Αθήνα

³ Γαστρεντερολογικό τμήμα, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

⁴ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

Σκοπός: Η διατροφική πρόσληψη ασθενών με νόσο Crohn εμφανίζεται συχνά διαταραγμένη, λόγω της μειωμένης πρόσληψης φαγητού, των δυσασποροφύσεων, των αυξημένων διατροφικών απωλειών αλλά και των απαιτήσεων. Ακόμη μπορεί να προκύπτει ως απόρροια των παρενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και των δομικών επιπλοκών όπως οι στενώσεις και τα συρίγγια. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση (της επάρκειας) της διατροφικής πρόσληψης ασθενών σε ανάλογα με την ενεργότητα νόσου.

Υλικό - Μέθοδοι: Πολυκεντρική συγχρονική μελέτη που συμμετείχαν 75 ασθενείς με νόσο Crohn (41 γυναίκες) από το Γαστρεντερολογικό Τμήμα του 251 ΓΝΑ και ΠΑΓΝΗ. Συλλέχθηκαν δημογραφικά στοιχεία και αξιολογήθηκε η ενεργότητα νόσου (Harvey Bandsaw Index), καθώς και η διατροφική πρόσληψη των ασθενών μέσω ημιποσοτικού FFQ. Τα διατροφικά δεδομένα εισήχθησαν σε εξειδικευμένο λογισμικό (Nutritionist Pro™) για τον υπολογισμό της μέσης πρόσληψης ενέργειας και μακρο- και μικροθρεπτικών συστατικών. Η απόκλιση από τις διαιτητικές προσλήψεις αναφοράς (DRIs) υπολογίστηκε ως η διαφορά της μέσης πρόσληψης του εκάστοτε θρεπτικού συστατικού από το αντίστοιχο DRI (RDA/AI), ανά φύλο.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 75% των ασθενών ήταν σε ύφεση (HBI score: $3,3 \pm 2,12$) και 25% σε μέτρια έξαρση (HBI score: $10,5 \pm 1,98$). Η μέση διατροφική πρόσληψη σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά των ασθενών δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά από τις αντίστοιχες τιμές DRIs ($p > 0,05$), αλλά ούτε και μεταξύ ασθενών σε ύφεση και μέτρια έξαρση ($p > 0,05$).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς, ανεξαρτήτως φάσης της νόσου, βρίσκονταν σε επαρκή διατροφική πρόσληψη, το οποίο πιθανόν να υποδηλώνει ότι η ενεργότητα της νόσου μπορεί να μην είναι ο μόνος παράγοντας περιορισμού της διατροφικής πρόσληψης.

Πίνακας 1. Διατροφική πρόσληψη μακροθρεπτικών και μικροθρεπτικών συστατικών των ασθενών, ανά φύλο και μεταξύ ασθενών σε ύφεση και μέτρια έξαρση και σύγκριση με τα αντίστοιχα DRIs.							
Πρόσληψη θρεπτικών συστατικών	Γυναίκες (N=41)	Άνδρες (N=33)	Απόκλιση από τα DRIs (RDA/AI)	p	Ασθενείς σε ύφεση (N=56)	Ασθενείς σε μέτρια έξαρση (N=19)	p
Ενέργεια (kcal)	1834±582	1885±664	-402±674	0,796	1878±611	1816±637	0,707
Πρωτεΐνη (g/kg)	1,35±0,53	1,14±0,42	0,46±0,49	0,445	1,29±0,52	1,19±0,42	0,445
Υδατάνθρακες (g)	188±62	186±79	58±70	0,186	194±72	170±61	0,186
Λίπος (%)	39,8±4,6	39,7±6,8	11,6±5,7	0,062	38,9±5,6	41,8±5,7	0,062
Διαιτητικές ίνες (g)	24,7±11,8	25,2±26,1	-2,5±20,3	0,218	27,1±21,6	20,1±9,6	0,181
Κορεσμένα (%)	12,7±2,9	12,6±3,7	2,6±3,2	0,540	12,5±3,1	13±3,5	0,540
Μονοακόρεστα (%)	12,7±1,6	13,3±2,3	-7,1±2	0,116	12,7±1,9	13,5±2	0,116
Πολυακόρεστα (%)	10,7±2,1	10,9±2,4	4,3±2,2	0,232	10,6±2,1	11,3±2,6	0,232
Βιταμίνη Α (μg)	621±317	559±255	-194±315	0,527	608±295	550±273	0,449
Βιταμίνη Β1 (mg)	1,67±0,71	1,77±0,88	0,59±0,79	0,225	1,79±0,84	1,54±0,63	0,221
Βιταμίνη Β2 (mg)	1,82±0,75	1,79±0,67	0,62±0,72	0,721	1,83±0,72	1,75±0,69	0,697
Βιταμίνη Β3 (mg)	24,4±8,4	25,2±8,4	9,9±8,3	0,578	24,5±8,2	25,7±8,7	0,593
Βιταμίνη Β6 (mg)	2,39±0,93	2,4±1,05	1,1±0,97	0,928	2,4±0,98	2,42±0,97	0,928
Φυλλικό οξύ (μg)	539±261	555±422	153±342	0,151	586±376	455±190	0,151
Βιταμίνη Β12 (μg)	3,8±1,91	3,9±1,91	1,44±1,88	0,521	3,76±1,71	4,08±2,36	0,521
Βιταμίνη C (mg)	127±102	119±86	42±95	0,193	132±94	99±94	0,185
Βιταμίνη Ε (mg)	10,2±5	10,1±5,5	-4,8±5,1	0,917	10,2±5	10,3±5,6	0,917
Ασβέστιο (mg)	789±309	727±305	-348±311	0,658	753±305	795±313	0,609
Σίδηρος (mg)	13,4±5,1	14,2±7,1	5,9±6	0,369	14,2±6,5	12,8±4,2	0,369
Μαγνήσιο (mg)	312±116	302±143	-55±140	0,465	317±138	287±92	0,383
Φώσφορος (mg)	1390±489	1394±499	698±489	0,745	1408±519	1366±399	0,745
Νάτριο (mg)	1583±854	1732±972	145±900	0,826	2807±1136	2506±843	0,294
Κάλιο (mg)	2748±1029	2675±1137	-1969±1072	0,294	1659±860	1605±1032	0,826
Ψευδάργυρος (mg)	10,5±3,4	11,8±4,9	1,8±4,2	0,983	11,1±4,2	11,1±4,1	0,963
Διατροφικές Τιμές Αναφοράς (DRIs, 2019). Η διαφορά υπολογίστηκε ως η μέση πρόσληψη του εκάστοτε θρεπτικού συστατικού πλην το αντίστοιχο DRI. *DRIs ξεχωριστά για γυναίκες/άνδρες, χρησιμοποιήθηκαν τα Recommended Dietary Allowances (RDA) και όπου δεν υπήρχαν τα Adequate Intake (AI). Τα p-values αξιολογούν αν η διαφορά διαφέρει στατιστικά σημαντικά (p < 0,05) από το 0.							

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΙΑΣ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Μ. Βαρβάτη¹, Α. Παπαδοπούλου¹, Κ. Κατσάς², Μ. Βασιλείου², Σ. Σταματοπούλου², Ε. Καμάρη², Α. Κουγιουμτζιάν³, Ι. Κουτρομπάκης⁴, Α. Μαρκάκη¹, Μ. Νικολάκη¹

¹ Τμήμα Επιστημών Διατροφής και Διαιτολογίας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

² Κλινικής Διατροφής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικών, Αθήνα

³ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

⁴ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

Σκοπός: Η ποιότητα ζωής των ασθενών με Νόσο Crohn (NC) επηρεάζεται αδιαμφισβήτητα από την ενεργότητα της νόσου, ενώ φαίνεται να είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη διατροφική πρόσληψη και κατ'επέκταση με την κατάσταση θρέψης των ασθενών. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με NC, καθώς και η διερεύνηση της συσχέτισης της με τη διαιτητική πρόσληψη.

Υλικό -Μέθοδος: Πολυκεντρική συγχρονική μελέτη που συμμετείχαν 75 ασθενείς με νόσο Crohn (41 γυναίκες) από τα Γαστρεντερολογικά Τμήματα του 251 ΓΝΑ και ΠΑΓΝΗ. Συλλέχθηκαν δημογραφικά στοιχεία και αξιολογήθηκε η παρουσία έξαρσης (Harvey Bandsaw Index), η διατροφική πρόσληψη (FFQ), καθώς και η ποιότητα ζωής (SF12 και SIBDQ).

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς σε ύφεση σε σχέση με αυτούς σε μέτρια έξαρση είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής (SF12: 47,18±8,15 έναντι 37,7±6,01; $p<0,001$ & SIBDQ: 53,55±10,1 έναντι 36,74±9,58; $p<0,001$) και φυσική υγεία (48,37±9,73 έναντι 34,74±8,13; $p<0,001$) (Πίνακας 1). Η ποιότητα ζωής των ασθενών συσχετίστηκε σημαντικά και θετικά με τη μέση πρόσληψη ενέργειας ($r_{SF12}=0,381$, $p_{SF12}<0,001$), πρωτεΐνης ($r_{SF12}=0,286$, $p=0,014$; $r_{SIBDQ}=0,204$, $p=0,008$), υδατανθράκων ($r_{SF12}=0,378$, $p=0,001$; $r_{SIBDQ}=0,229$, $p=0,051$), διαιτητικών ινών ($r_{SF12}=0,263$, $p=0,025$; $r_{SIBDQ}=0,226$, $p=0,051$), βιταμίνης Α ($r_{SF12}=0,262$, $p=0,025$), Β1 ($r_{SF12}=0,426$, $p<0,001$; $r_{SIBDQ}=0,293$, $p=0,011$), Β2 ($r_{SF12}=0,09$, $p<0,001$; $r_{SIBDQ}=0,238$, $p=0,040$), Β3 ($r_{SF12}=0,244$, $p=0,038$), Β6 ($r_{SF12}=0,233$, $p=0,048$; $r_{SIBDQ}=0,293$, $p=0,011$), Β9 ($r_{SF12}=0,323$, $p=0,005$; SIBDQ: $r=0,280$, $p=0,015$), Β12 ($r_{SF12}=0,259$, $p=0,027$), Ε ($r_{SF12}=0,232$, $p=0,048$), ασβεστίου ($r_{SF12}=0,365$, $p=0,002$; $r_{SIBDQ}=0,198$, $p=0,088$), σιδήρου ($r_{SF12}=0,322$, $p=0,005$; $r_{SIBDQ}=0,229$, $p=0,048$), μαγνησίου ($r_{SF12}=0,326$, $p=0,005$; $r_{SIBDQ}=0,243$, $p=0,036$), φωσφόρου ($r_{SF12}=0,405$, $p<0,001$; $r_{SIBDQ}=0,248$, $p=0,032$), καλίου ($r_{SF12}=0,280$, $p=0,016$; $r_{SIBDQ}=0,226$, $p=0,051$), νατρίου ($r_{SF12}=0,352$, $p=0,002$) και ψευδαργύρου ($r_{SF12}=0,309$, $p=0,008$).

Συμπεράσματα: Η ποιότητα ζωής ήταν καλύτερη στους ασθενείς σε ύφεση νόσου, και συσχετίθηκε με υψηλότερη μέση διατροφική πρόσληψη μιας πληθώρας θρεπτικών συστατικών και συνεπώς με καλύτερη κατάσταση θρέψης. Παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της διατροφικής πρόσληψης των ασθενών με NC αναδεικνύονται σημαντικές παράμετροι για τη διατήρηση της καλής θρεπτικής τους κατάστασης.

Πίνακας 1. Σύγκριση ποιότητας ζωής μεταξύ ασθενών σε ύφεση και μέτρια έξαρση και συσχέτιση με τη διατροφική πρόσληψη μακροθρεπτικών και μικροθρεπτικών συστατικών.				
Ποιότητα ζωής	Ασθενείς σε ύφεση (N=56)	Ασθενείς σε μέτρια έξαρση (N=19)		p
Ποιότητα ζωής (SF12)	47,18±8,15	37,7±6,01		<0,001
Δείκτης φυσικής υγείας	48,37±9,73	34,74±8,13		<0,001
Δείκτης ψυχικής υγείας	46±10,65	40,66±10,08		0,066
Δείκτης SIBDQ	53,55±10,1	36,74±9,58		<0,001
Πρόσληψη θρεπτικών συστατικών	r (SF12)	p	r (SIBDQ)	p
Ενέργεια (kcal)	0,381	0,001	0,176	0,131
Πρωτεΐνη (g/kg)	0,286	0,014	0,204	0,080
Υδατάνθρακες (g)	0,378	0,001	0,226	0,051
Λίπος (%)	-0,127	0,283	-0,169	0,148
Διαιτητικές ίνες (g)	0,263	0,025	0,226	0,051
Κορεσμένα (%)	0,103	0,386	-0,057	0,627
Μονοακόρεστα (%)	-0,156	0,189	-0,169	0,148
Πολυακόρεστα (%)	-0,226	0,055	-0,131	0,262
Βιταμίνη A (μg)	0,262	0,025	0,176	0,130
Βιταμίνη B1 (mg)	0,426	<0,001	0,293	0,011
Βιταμίνη B2 (mg)	0,409	<0,001	0,238	0,040
Βιταμίνη B3 (mg)	0,244	0,038	0,125	0,284
Βιταμίνη B6 (mg)	0,233	0,048	0,164	0,160
Φυλλικό οξύ (μg)	0,323	0,005	0,280	0,015
Βιταμίνη B12 (μg)	0,259	0,027	0,161	0,168
Βιταμίνη C (mg)	0,134	0,257	0,177	0,128
Βιταμίνη E (mg)	0,232	0,048	0,186	0,110
Ασβέστιο (mg)	0,365	0,002	0,198	0,088
Σίδηρος (mg)	0,322	0,005	0,229	0,048
Μαγνήσιο (mg)	0,326	0,005	0,243	0,036
Φώσφορος (mg)	0,405	<0,001	0,248	0,032
Κάλιο (mg)	0,280	0,016	0,226	0,051
Νάτριο (mg)	0,352	0,002	0,139	0,234
Ψευδάργυρος (mg)	0,309	0,008	0,164	0,161
Δείκτης ποιότητα ζωής (SF12), Δείκτης SIBDQ (Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire)				



ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (BMI) ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΛΗΨΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

Μ. Τριανταφύλλου, Ν. Καλάκος, Χ. Θάνος, Ν. Γεωργακοπούλου, Δ. Νταϊλιάνας, Δ. Πισκόπου, Ε. Γεωργίου, Κ. Τσιτσιγιάννης, Γ. Μιχαλόπουλος, Α. Στρίκη, Α. Μπραϊμακης, Θ. Αργυρόπουλος, Ι. Καρούμπαλης

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

Σκοπός: Η μελέτη των ασθενών σε σχέση με το BMI, τη νόσο (ελκώδης κολίτιδα-EK και νόσος του Crohn-CD) καθώς και με το ποσοστό των ασθενών της εκάστοτε κατηγορίας, που βρίσκεται υπό αγωγή με βιολογικό παράγοντα.

Υλικό: Στην έρευνα μελετήθηκαν οι ασθενείς τριτοβάθμιου κέντρου με βάση το BMI και τη νόσο, σε σχέση με τη λήψη βιολογικού παράγοντα.

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 808 ασθενών με ΙΦΝΕ, ένα ποσοστό 6,5% (52 ασθενείς) ανήκουν στην κατηγορία BMI<18,5, εκ των οποίων το 80,7% έπασχε από νόσο Crohn ενώ από το σύνολο αυτών το 63% λάμβανε βιολογικό παράγοντα.

Το ποσοστό των ασθενών με φυσιολογικό BMI ανέρχεται στο 43%, με το 41,6% να αφορά ασθενείς με EK και 58,3% CD. Από αυτούς, 47% βρίσκεται υπό βιολογικό παράγοντα. Το 31% των ασθενών ήταν υπέρβαροι BMI>25-<29,9, με 40,2% να αφορά εκείνους με ελκώδη κολίτιδα και 59,7% εκείνους με νόσο Crohn. Εξ αυτών το 50,1% λαμβάνει βιολογική θεραπεία.

Οι παχύσαρκοι ασθενείς BMI>30 αντικατοπτρίζουν ένα ποσοστό 19,43%, (EK : 38,8%, CD 61,2%), εκ των οποίων το 47% λαμβάνει βιολογικό παράγοντα. Το 1,73% είχε BMI>40 - νοσογόνο παχυσαρκία, 35,7% EK και 64,3% CD, εκ των οποίων 57% λαμβάνει βιολογικό παράγοντα.

Συμπεράσματα: Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσούντων από ΙΦΝΕ (αθροιστικό υπέρβαρων και παχύσαρκων), παραδόξως φαίνεται να ανήκει στην κατηγορία παθολογικού BMI >25, ενώ σημαντικό ποσοστό εξ αυτών παρουσιάζει παχυσαρκία (19.4%). Η τάση αυτή φαίνεται να ακολουθεί την τάση του γενικού πληθυσμού καθώς σύμφωνα με τον WHO στο γενικό πληθυσμό στην Ελλάδα, 37,9% ανήκουν στην κατηγορία των υπέρβαρων και 24,9% στην κατηγορία των παχύσαρκων ατόμων. Επίσης στο σύνολο των ασθενών μόνο 6.5% είναι ελλιποβαρείς εκ των οποίων η πλειοψηφία πάσχει από CD. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα υψηλότερα ποσοστά χορήγησης βιολογικών παραγόντων ήταν στις δυο ομάδες των άκρων - ελλιποβαρών (63%) και ασθενών με νοσογόνο παχυσαρκία.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΥΝΑΜΟΜΕΤΡΗΣΗΣ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ ΩΣ ΕΝΑ ΜΗ-ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕΙΩΜΕΝΗΣ ΜΥΪΚΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Α. Βαδαρλής¹, Ξ. Θεοδωρίδης¹, Θ. Μάρης², Μ.-Γ. Πραματευτά³, Γ. Γερμανίδης⁴, Μ. Χουρδάκης¹

¹ Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής-Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Γαστρεντερολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

³ Δ Χειρουργική Πανεπιστημιακή Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

⁴ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Α Παθολογική Πανεπιστημιακή κλινική, Γενικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η σαρκοπενία αποτελεί συχνή επιπλοκή στην πορεία των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου (ΙΦΝΕ) και θεωρείται δυσμενής προγνωστικός παράγοντας. Ωστόσο, ανεπαρκή δεδομένα υπάρχουν σχετικά με τη χρήση της δυναμομέτρησης άκρας χειρός (ΔΜΧ) για την πρώιμη αναγνώριση της σαρκοπενίας στις ΙΦΝΕ. Ο στόχος της μελέτης είναι να διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ της ΔΜΧ και παραμέτρων ανάλυσης σύστασης μάζας σώματος για τη διάγνωση της σαρκοπενίας στις ΙΦΝΕ

Υλικό - Μέθοδοι: Η μελέτη αυτή συμπεριέλαβε ασθενείς με νόσο Crohn (NC) ή ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) από δύο κέντρα ΙΦΝΕ. Ασθενείς με παρουσία στομίας, συλλογών, υπό κορτικοστεροειδή ή διουρητικά αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Η ΔΜΧ μετρήθηκε με τη χρήση ψηφιακού δυναμόμετρου και η σύσταση μάζας σώματος αναλύθηκε με τη μέθοδο της βιοηλεκτρικής εμπέδησης (BIA), βάσει αυστηρού πρωτοκόλλου. Σταθμισμένα z-σκορ ΔΜΧ για φύλο και ηλικία υπολογίστηκαν βάσει τιμών αναφοράς από επιδημιολογικές μελέτες.

Αποτελέσματα: Συνολικά 144 συμμετέχοντες, 96 με NC και 48 με ΕΚ συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, εκ των οποίων 18% ήταν σαρκοπενικοί και 30% μυοπενικοί. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις αναγνωρίστηκαν μεταξύ της ΔΜΧ και του συνολικού ύδατος ($r=0,772$, $p<0.001$), της άλιπης μάζας ($rs=0.764$, $p<0.001$), συνολικής κυτταρικής μάζας ($rs=0.770$, $p<0.001$) και του δείκτη μάζας ελεύθερου λίπους (FFMI, $rs=0.567$, $p<0.001$). Η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης ανέδειξε ότι η άλιπη μάζα μπορεί να προβλεφθεί με τη χρήση 5 μεταβλητών (άλιπη μάζα = $-27.148 + 38.521 \times \text{ύψος} + 0.357 \times \text{βάρος} - 7.093 \times \text{φύλο} - 0.130 \times \text{ηλικία} + 0.77 \times \text{ΔΜΧ}$, $R^2=0.953$). Η ανάλυση ROC έδειξε ότι η διαγνωστική ακρίβεια του ΔΜΧ είναι καλή (περιοχή κάτω από την καμπύλη, $AUC=0.715$, $p=0.003$) και ότι υψηλότερες τιμές ΔΜΧ (28,5kg για γυναίκες και 49,5kg για άνδρες) έχουν υψηλή ευαισθησία για την ανίχνευση της μυοπενίας.

Συμπεράσματα: Η ΔΜΧ συσχετίζεται με τις παραμέτρους σύστασης μάζας σώματος και υψηλότερα όρια είναι πιο ευαίσθητα για τη ανίχνευση της μυοπενίας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ. Αν και το μοντέλο παλινδρόμησης με 5 εύχρηστες μεταβλητές μπορεί να προβλέψει με μεγάλη ακρίβεια την άλιπη μάζα σώματος σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, χρειάζεται περαιτέρω επικαιροποίηση ώστε να χρησιμοποιηθεί στην κλινική πράξη.

Η ΧΑΜΗΛΗ ΓΩΝΙΑ ΦΑΣΗΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΥΠΟΔΕΙΚΝΥΕΙ ΜΙΑ ΠΙΟ ΕΝΕΡΓΗ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΑ ΣΟΒΑΡΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Α. Βαδαρλής¹, Θ. Μάρης², Μ.-Γ. Πραματευτάκης³, Γ. Γερμανίδης⁴, Μ. Χουρδάκης¹

¹ Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής-Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

³ Δ Χειρουργική Πανεπιστημιακή Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

⁴ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Α Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Ο ρόλος της κλινικής και ενδοσκοπικής αξιολόγησης στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ), είναι αναντικατάστατος. Ωστόσο η ανάγκη για την ανάπτυξη μη επεμβατικών βιοδεικτών για την αξιολόγηση και παρακολούθηση της πορείας νόσου συνεχώς αυξάνεται. Η παρούσα μελέτη έχει στόχο να διερευνήσει το ρόλο της γωνίας φάσης (ΓΦ), μίας μετρήσιμης παραμέτρου μέσω βιοηλεκτρικής εμπίδησης ως ένα πιθανό βιοδείκτη στις ΙΦΝΕ

Μέθοδοι: Η μελέτη αυτή συμπεριέλαβε νοσηλευόμενους και εξωτερικούς ασθενείς που διαγνώστηκαν με νόσο Crohn (NC) ή ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) από δύο κέντρα ΙΦΝΕ. Η ΓΦ μετρήθηκε μέσω ανάλυσης σύστασης μάζας σώματος μέσω βιοηλεκτρικής εμπίδησης, βάσει αυστηρού πρωτοκόλλου, ενώ η ενεργότητα και η ενδοσκοπική βαρύτητα της νόσου αξιολογήθηκε με διενέργεια ειλεοκολοσκόπησης και χρήσης επικαιροποιημένων σκορ. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με ένα στατιστικό πρόγραμμα (IBM SPSS Statistics, version 29.0.1.0)

Αποτελέσματα: Ένα σύνολο 144 ασθενών, 96 (66%) με NC και 48 (33%) με ΕΚ συμμετείχαν στη μελέτη. Η μέση τιμή ΓΦ ήταν $5.9 \pm 1.2^\circ$. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ των ασθενών σε ύφεση (μέση ΓΦ = $6.097 \pm 1.054^\circ$) συγκριτικά με ασθενείς με ενεργό νόσο (μέση ΓΦ = 5.14 ± 1.063 , $p=0.009$), καθώς και μεταξύ ασθενών με ελάχιστες ενδοσκοπικές αλλοιώσεις (μέση ΓΦ = $5.840 \pm 1.174^\circ$) σε σύγκριση με ασθενείς με ενδοσκοπικά ήπιες έως σοβαρές ενδοσκοπικές αλλοιώσεις (μέση ΓΦ = $5.289 \pm 0.865^\circ$, $p=0.045$). Ασθενείς με τιμές ΓΦ χαμηλότερες από τιμές αναφοράς σταθμισμένων για ηλικία, φυλή και BMI φυσιολογικών μαρτύρων είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές αιματοκρίτη (διάμεση τιμή = 40.7 vs 43.0%, $p=0.006$), αιμοσφαιρίνης (διάμεση τιμή = 13.7 vs 14.1 g/dl, $p=0.039$), βιταμίνης D (διάμεση τιμή = 15.4 vs 19.6 ng/ml, $p=0.048$) και υψηλότερες τιμές C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (μέση τιμή = 1.1 vs 0.345 mg/l, $p=0.048$) και ταχύτητας καθίζησης ερυθρών (διάμεση τιμή = 41 vs 34.5 mm/hr, $p=0.047$)

Συμπεράσματα: Χαμηλές τιμές ΓΦ υποδεικνύουν μία πιο ενεργή και ενδοσκοπικά σοβαρή νόσο με αυξημένο φλεγμονώδες φορτίο. Αυτές οι παρατηρείς υποστηρίζουν ότι η χαμηλή ΓΦ θα μπορούσε να θεωρηθεί κακός προγνωστικός δείκτης στις ΙΦΝΕ. Μελλοντικές προοπτικές μελέτες είναι απαραίτητες για την ισχυροποίηση του προγνωστικού ρόλου της ΓΦ στις ΙΦΝΕ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

eP16

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Α. Παπαευθυμίου¹, Σ. Σάρρου², Κ. Πατέρας³, Η. Βαχλιώτης⁴, Γ. Αγγρότης⁵, Ι.-Κ. Σγάντζου⁵, Γ. Περίφανος⁶, Α. Καψωριτάκης⁷, Μ. Σπελέτας², Μ. Βλυχού⁵, Γ. Ν Νταλέκος⁶, Σ. Ποταμιάνος¹, Α. Γούλας¹, Γ. Κουντουράς⁸, Σ. Α. Πολύζος⁸

¹ Α' Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Ανοσολογίας και Ιστοσυμβατότητας, Ιατρική σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

³ Ιδιώτης Ιατρός, Γαστρεντερολόγος

⁴ Γαστρεντερολογική Κλινική, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαιδεύσεως, Θεσσαλονίκη

⁵ Τμήμα Ακτινολογίας, Π. Γ. Ν. Λάρισας

⁶ Παθολογική Κλινική, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Αυτοάνοσων Νοσημάτων Ήπατος, Π.Γ.Ν.Λάρισας, Λάρισα

⁷ Γαστρεντερολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Λάρισας, Λάρισα

⁸ 2η Πανεπιστημιακή Κλινική Εσωτερικής Παθολογίας, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Οι βιολογικοί παράγοντες έχουν τροποποιήσει την κλινική πορεία των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου (ΙΦΝΕ), ωστόσο, ο αντίκτυπός τους στη λιπώδη νόσο του ήπατος που σχετίζεται με τη μεταβολική δυσλειτουργία (ΜΑΛΝΗ) που σχετίζεται με τα ΙΦΝΕ δεν έχει αξιολογηθεί επαρκώς. Αυτή η μελέτη είχε ως στόχο να αξιολογήσει την επίδραση της ινφλιξιμάμπης και της βεντολιζουμάμπης για έξι μήνες, συγκριτικά με τη μη-χορήγηση βιολογικού παράγοντα, στην ηπατική στεάτωση σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.

Υλικό-Μέθοδοι: Για τις ανάγκες αυτής της προοπτικής, ανοιχτού κώδικα, μη-τυχαιοποιημένης μελέτης στρατολογήθηκαν ασθενείς πριν την έναρξη θεραπείας με ινφλιξιμάμπη ή βεντολιζουμάμπη για ΙΦΝΕ, ενώ οι ασθενείς που δεν θα λάμβαναν βιολογικούς παράγοντες εισήχθησαν στην ομάδα ελέγχου (μαρτύρων). Επιπλέον του βασικού σκοπού, αξιολογήθηκαν παράμετροι σχετικά με τη δραστηριότητα της ΙΦΝΕ, την ηπατική στεάτωση, την ίνωση και μη-επεμβατικοί δείκτες. Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) επαναλαμβανόμενων μετρήσεων για την αξιολόγηση της συνολικής τάσης των αλληλεπιδράσεων ομάδα-χρόνος για τις συνεχείς μεταβλητές, ενώ, για διχοτόμες μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκε ανάλυση δυαδικής παλινδρόμησης προσαρμοσμένη για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες.

Αποτελέσματα :Εξήντα έξι ασθενείς, που δεν είχαν πριν λάβει θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες, κατανεμήθηκαν σε τρεις ομάδες: ινφλιξιμάμπη (n: 26), βεντολιζουμάμπη (n: 14) και μαρτύρων (n: 26). Προ της έναρξης της θεραπείας, ηπατική στεάτωση ήταν παρούσα στο 26.9% της ομάδας της ινφλιξιμάμπης, στο 46.2% της βεντολιζουμάμπης και στο 23.1% της ομάδας ελέγχου. Μετά από έξι μήνες, η ηπατική στεάτωση μειώθηκε σε όλες τις ομάδες, χωρίς σημαντική διαφορά στις αλληλεπιδράσεις ομάδα x χρόνος. Εκτός της περιμέτρου μέσης, άλλοι παράγοντες σχετικοί με τη νόσο και ορολογικοί δείκτες (αδιποκίνες, TNF, PIIINP και TIMP-1) δεν επηρέασαν σημαντικά την κύρια και τις δευτερεύουσες εκβάσεις.

Συμπεράσματα: Δεν παρατηρήθηκαν θετικές ή αρνητικές επιδράσεις της ινφλιξιμάμπης ή της βεντολιζουμάμπης σε σύγκριση με την απουσία θεραπείας με βιολογικό παράγοντα επί της ηπατικής στεάτωσης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ που δεν είχαν λάβει προηγουμένως βιολογικό παράγοντα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΟΡΟΥ ΤΟΥ INFlixIMAB ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΣΕ ΥΠΟΔΟΡΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Δ. Ε. Αρνά, Ι. Ψαρουδάκης, Κ. Καρμίρης

Γατρεντερολογικό Τμήμα, Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

Εισαγωγή - Σκοπός: Η χρήση της υποδόριας (sc) μορφής του infliximab (IFX) αποσκοπεί στην αποσυμφόρηση των μονάδων έγχυσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Ωστόσο, τα δεδομένα για τη διατήρηση της κλινικής ανταπόκρισης μετά την αλλαγή από ενδοφλέβια (iv) σε sc χορήγηση και η σχέση αυτής με τα φαρμακοκινητικά χαρακτηριστικά του παράγοντα είναι λίγα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μέτρηση της συγκέντρωσης ορού του IFX (IFX TR) και των αντισωμάτων έναντι αυτού (ATI) πριν και μετά τη μετάβαση από iv σε sc χορήγηση και η συσχέτιση των φαρμακοκινητικών παραμέτρων με την κλινική ανταπόκριση σε ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (IFNE).

Υλικό - Μέθοδοι: Ασθενείς με IFNE σε κλινική ύφεση και βιοχημική ανταπόκριση υπό IFX iv. Πραγματοποιήθηκε μέτρηση IFX TR και ATI την ημέρα της τελευταίας έγχυσης πριν τη μετάβαση στη sc χορήγηση (120mg/14 ημέρες) και στην πρώτη προγραμματισμένη επανεκτίμηση 2-3 μήνες μετά τη μετάβαση. Παράλληλα καταγράφηκαν δεδομένα σχετικά με τους ασθενείς (φύλο, ηλικία, κάπνισμα, δείκτης μάζας σώματος) και τη νόσο (τύπος, ταξινόμηση κατά Montreal, αγωγή). Οι δείκτες Harvey-Bradshaw & CDAI για τη νόσο Crohn (NC) και pMayo & SCCAI για την ελκώδη κολίτιδα (EK) και οι δείκτες CDEIS & SES-CD για τη NC και UCEIS & eMayo για την EK χρησιμοποιήθηκαν για τη βαθμολόγηση της κλινικής και της ενδοσκοπικής δραστηριότητας αντίστοιχα. Οι μετρήσεις IFX TR (εύρος μέτρησης 0.4-20 μg/ml) και ATI (drug sensitive quantitative assay) έγιναν με τον αναλυτή Quantum Blue® της εταιρείας Buhlmann.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 20 ασθενείς (12 γυναίκες, 12 NC) με μέση ($\pm$ SD) ηλικία διάγνωσης 36.3 ($\pm$ 11.4) έτη και μέσο BMI 16.3 ($\pm$ 11.1). Έντεκα ασθενείς δεν είχαν λάβει άλλη βιολογική θεραπεία πριν το IFX. Η μέση διάρκεια χορήγησης του IFX iv ήταν 339 ($\pm$ 230) εβδομάδες, η μέση δόση 6.20 ($\pm$ 0.95) mg/kg και η μέση τιμή IFX TR 5.4 ($\pm$ 4.7) μg/ml ενώ σε 8/20 ασθενείς ανιχνεύθηκαν ATI. Η μέση διάρκεια θεραπείας με IFX sc κατά την επαναληπτική μέτρηση ήταν 12.0 ($\pm$ 4.5) εβδομάδες. Μετά την αλλαγή, 12/20 ασθενείς παρουσίασαν IFX TR >20 μg/ml, 6 είχαν μέση τιμή 8.1 ($\pm$ 6.7) μg/ml και 2 είχαν τιμή < 2 μg/ml ενώ σε 6/20 ανιχνεύθηκαν ATI. Όλοι οι ασθενείς με NC βρίσκονταν σε κλινική ύφεση με μέσο CDAI 37.8 ($\pm$ 28.3), ενώ 4 είχαν CDEIS 1 και 8 είχαν CDEIS 0. Επτά ασθενείς με EK είχαν pMayo 0, SCCAI 0, UCEIS 0 και eMayo 0, ενώ 1 ασθενής είχε pMayo 5, SCCAI 4, UCEIS 3 και eMayo 2. Η συγκέντρωση της CRP ήταν εντός φυσιολογικών ορίων σε 16/20 ασθενείς και ηπίως αυξημένη σε 4/20.

Συμπεράσματα: Η κλινική και βιοχημική ανταπόκριση στους ασθενείς μας με IFNE διατηρήθηκε μετά τη μετάβαση από IFX iv σε sc ενώ είχε ως αποτέλεσμα και τη σημαντική αύξηση του IFX TR στο 90% αυτών χωρίς την αύξηση του ποσοστού των ασθενών με θετικά ATI. Επομένως, η μετάβαση από IFX iv σε sc μπορεί να θεωρηθεί μια αποτελεσματική και ασφαλής παρέμβαση με σημαντική βελτίωση και των φαρμακοκινητικών παραμέτρων.

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΠΑΝΚΟΛΙΤΙΔΑ ΜΕ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΜΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΟΥΣ ΑΝΤΙ-TNF ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

**Β. Σεϊμένη¹, Γ. Παπαποστόλου¹, Ε. Τσουνής¹, Ε. Κουγιουμτζιάν², Δ. Τσουνής¹, Α. Κουγιουμτζιάν¹,
Ε. Κουρέτα¹**

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, 251 Air Force General Hospital, Athens, Greece

² Τμήμα Βιοχημείας και Βιοτεχνολογίας, Λάρισα

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ μη ανταποκρινόμενοι σε διαφορετικές κατηγορίες βιολογικών παραγόντων είναι δύσκολοι στη διαχείριση. Η μέτρηση των επιπέδων και των αντισωμάτων έναντι του φαρμάκου (TDM) μπορεί να καθοδηγήσει τις θεραπευτικές αποφάσεις.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 42 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, παρουσίασε >6 αιμορραγικές διαρροϊκές κενώσεις ημερησίως, απώλεια βάρους, πυρέτιο έως 37,1° C, χωρίς ταχυκαρδία, Hgb 10,9g/dl και CRP 15mg/dl οπότε μετά από αρνητικό έλεγχο κοπράνων διενεργήθηκε κολονοσκόπηση με εύρημα πανκολίτιδα (Mayo score 2) και ιστολογική εξέταση συμβατή με ελκώδη κολίτιδα σε έξαρση. Έγινε έναρξη από του στόματος μεσαλαζίνης και πρεδνιζολόνης 40mg, με βελτίωση των συμπτωμάτων, που υποτροπίασαν κατά την σταδιακή μείωση της κορτιζόνης στα 20 mg. Ετέθη κατόπιν σε adalimumab σε εντατικοποιημένο σχήμα (ανά εβδομάδα), χωρίς κλινική ύφεση, με εργαστηριακή και ενδοσκοπική επιδείνωση (Mayo score 3) με αρνητικό έλεγχο για CMV επιλοίμωξη, οπότε και παραπέμφθηκε στο νοσοκομείο μας.

Εστάλησαν επίπεδα και αντισώματα έναντι του adalimumab, με εύρημα ικανοποιητικά επίπεδα και μηδενικά αντισώματα, οπότε θεωρήθηκε πρωτογενής μη ανταπόκριση στους αντι-TNF παράγοντες και έγινε αλλαγή σε vedolizumab σε εντατικοποιημένο σχήμα, αφού έλαβε κορτικοστεροειδή κατόπιν επικοινωνίας με κέντρο αναφοράς. Επί ~ έτους, ο ασθενής παρουσίαζε 2 ημισχηματισμένες κενώσεις/ημέρα χωρίς πρόσμιξη αίματος, με αυξημένους δείκτες φλεγμονής (καλπροτεκτίνη κοπράνων ~1000mg/kg, CRP 20 mg/dl) και ενδοσκοπική εικόνα ελκώδους κολίτιδας με έως Mayo 3 αλλοιώσεις. Διεκόπη το vedolizumab και έγινε έναρξη εντατικοποιημένου σχήματος infliximab (5 mg/kg ανά 4 εβδομάδες) και αζαθειοπρίνης. 10 ημέρες μετά την πρώτη έγχυση εμφάνισε κηλιδώδες εξάνθημα κορμού/άκρων με πιθανότερο αίτιο το infliximab, οπότε έλαβε τις επόμενες εγχύσεις με μειωμένο ρυθμό χορήγησης και κορτιζονοθεραπεία. Στον έλεγχο επιπέδων και αντισωμάτων έναντι του infliximab φάνηκαν μηδενικά αντισώματα και ικανοποιητικά επίπεδα, ενώ ο ασθενής εξακολούθησε να μην παρουσιάζει κλινική, εργαστηριακή και ενδοσκοπική ύφεση. Τελικά, αποφασίστηκε η έναρξη upadacitinib με παράταση της δόσης εφόδου για 16 εβδομάδες. Ο ασθενής πέτυχε κλινική ύφεση εντός εβδομάδας από την έναρξη, εργαστηριακή βελτίωση εντός μηνός λήψης καθώς και ενδοσκοπική ύφεση στον επανέλεγχο.

Συμπεράσματα : Οι JAK αναστολείς είναι αποτελεσματικοί ως πρώτης γραμμής θεραπείας σε μέτρια-βαριά ελκώδη κολίτιδα, αλλά και μετά από αποτυχία λοιπών βιολογικών παραγόντων, ενώ μπορεί να χρειάζονται μεγαλύτερες δόσεις στους ασθενείς που έχουν εκτεθεί σε βιολογικούς παράγοντες.

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

Γ. Καλόγηρος, Β. Παπαστεργίου, Δ. Προβή, Δ. Κοζομπόλη, Ι. Μυλωνάς, Μ. Πάτση, Χ. Βερετάνος, Στ. Θέμελη, Ε. Γεωργιλής, Α. Παπαρίζου, Ε. Βεργενάκη, Μ. Ραλλάτου, Κ. Αρβανίτης, Π. Κανελλόπουλος, Α. Χρηστίδου, Ε. Αρχαύλης, Μ. Μελά, Ε. Βιέννα, Χ. Χατζηευαγγελινού, Κ. Μουσουράκης, Ν. Βιάζης

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

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

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

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

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

**ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΚΛΕΚΤΙΚΗΣ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΟ
ΣΕ ΥΠΟΔΟΡΙΟ VEDOLIZUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ ΣΕ ΥΦΕΣΗ: ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ
ΚΟΟΡΤΗΣ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ**

Δ. Προβή, Δ. Κοζομπόλη, Κ. Μουσουράκης, Γ. Καλόγηρος, Β. Καραμπάτσος, Α. Αγορογιάννη, Γ. Νούσιας, Ε. Γεωργιλής, Ι. Μυλωνάς, Κ. Φιαγκουσάκης, Μ. Πάτση, Δ. Σοφιανόπουλος, Μ. Ραλλάτου, Χ. Βερετάνος, Α. Χρηστίδου, Ε. Αρχαύλης, Β. Παπαστεργίου, Μ. Μελά, Χ. Χατζευαγγελινού, Κ. Μουσουράκης, Ν. Βιάζης

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

Σκοπός: Η αναφορά σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της εκλεκτικής μετάβασης από ενδοφλέβια (IV) σε υποδόρια (SC) χορήγηση vedolizumab σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (ΙΦΝΕ) σε κλινική ύφεση.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση ασθενών με ΙΦΝΕ σε κλινική ύφεση που ελάμβαναν Vedolizumab IV για θεραπεία της νόσου τους σε κέντρο αναφοράς και μετατράπηκαν σε SC, με βάση την επιλογή του θεράποντος ιατρού. Το κύριο καταληκτικό σημείο ήταν ύφεση της νόσου κατά την περίοδο παρακολούθησης. Στη CD, η κλινική ύφεση ορίστηκε (CDAI) <150 και στην UC ως (SCCAI) <2.

Αποτελέσματα: Μεταξύ Δεκεμβρίου 2023 και Φεβρουαρίου 2025, ζητήθηκε η γνώμη 86 ασθενών (Νόσος Crohn = 17, Ελκώδης κολίτιδα = 69) προκειμένου να μεταβούν από IV σε SC χορήγηση Vedolizumab. Πέντε ασθενείς (5,8%) δεν επιθυμούσαν να αλλάξουν και ως εκ τούτου, 81 ασθενείς (94,2%) άλλαξαν τελικά σε υποδόρια χορήγηση του φαρμάκου. Όλοι οι ασθενείς ήταν σε κλινική ύφεση. Μετά από μια μέση περίοδο παρακολούθησης (SD) 8 (4) μηνών, 9 ασθενείς (11,1%) παρουσίασαν επιδείνωση της νόσου τους και είτε επανήλθαν σε IV Vedolizumab (n=4, 4,9%) είτε άλλαξαν σε άλλον παράγοντα (n=5, 6,2%). Οι υπόλοιποι 72 ασθενείς (88,8%) εμφάνισαν ευνοϊκή ανταπόκριση, κανένας από αυτούς δεν ζήτησε απρογραμματίστη επίσκεψη ή ανέπτυξε ανεπιθύμητη ενέργεια (κλινική ή εργαστηριακή) ή χρειάστηκε κλιμάκωση της θεραπείας.

Συμπέρασμα: Η εκλεκτική μετάβαση από IV σε SC Vedolizumab φαίνεται να είναι μια αποτελεσματική και ασφαλής προσέγγιση στην καθημερινή κλινική πρακτική του πραγματικού κόσμου σε ασθενείς με IBD σε κλινική ύφεση.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ VEDOLIZUMAB ΚΑΙ ΤΟΥ USTEKINUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΑΠΟΤΥΧΕΙ ΣΤΟ INFliximab

Γ. Νούσιας, Α. Αγορογιάννη, Δ. Προβή, Β. Καραμπάτσος, Κ. Φιαγκουσάκης, Στ. Θέμελη, Ι. Λάππας, Ε. Βεργενάκη, Δ. Σοφιανόπουλος, Μ. Ραλλάτου, Α. Τσατσά, Α. Τσατσά, Κ. Αρβανίτης, Χ. Χατζευαγγελινού, Α. Χρηστίδου, Ε. Αρχαύλης, Β. Παπαστεργίου, Ε. Αδάμου, Κ. Μουσουράκης, Π. Κανελλόπουλος, Ν. Βιάζης

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

Σκοπός: Τόσο το Vedolizumab όσο και το Ustekinumab είναι αποτελεσματικές θεραπείες σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) με παρόμοιο προφίλ ασφάλειας. Σκοπός της μελέτης ήταν να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα του Vedolizumab έναντι του Ustekinumab σαν θεραπεία δεύτερης γραμμής σε ασθενείς με ΕΚ οι οποίοι απέτυχαν στη θεραπεία με Infliximab.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση ασθενών με ΕΚ οι οποίοι έλαβαν θεραπεία δεύτερης γραμμής με Vedolizumab ή Ustekinumab μετά την αποτυχία της θεραπείας με Infliximab. Εκτιμήθηκε το ποσοστό των ασθενών που πέτυχαν κλινική ύφεση μετά τη χορήγηση θεραπείας 6 μηνών. Η κλινική ύφεση ορίστηκε ως μερικό Mayo score ≤ 2 .

Αποτελέσματα: Συνολικά 22 ασθενείς (13 γυναίκες και 9 άνδρες) έλαβαν Vedolizumab και 28 (12 γυναίκες, 16 άνδρες) Ustekinumab σαν θεραπεία δεύτερης γραμμής μετά την αποτυχία του Infliximab. Το αρχικό μέσο (SD) μερικό Mayo score ήταν 3.78 (3.07) για την ομάδα των ασθενών που έλαβε Vedolizumab και 4,28 (2.33) για τους ασθενείς που έλαβαν Ustekinumab. Η μέση (SD) διάρκεια νόσου ήταν 7.6 (7.4) για την ομάδα που έλαβε Vedolizumab και 8,2 (7.3) για την ομάδα που έλαβε Ustekinumab. Μετά από χορήγηση 6 μηνών, κλινική ύφεση παρατηρήθηκε σε 13 από τους 22 ασθενείς (59.1%) που έλαβαν Vedolizumab και σε 17 από τους 28 ασθενείς (60.1%) που έλαβαν Ustekinumab. Δεν παρατηρήθηκαν παρενέργειες για τις οποίες να απαιτηθεί διακοπή της θεραπείας σε κανέναν από τους ασθενείς της μελέτης.

Συμπέρασμα: Τα δεδομένα της μελέτης αυτής αναδεικνύουν παρόμοια αποτελεσματικότητα ανάμεσα στο Vedolizumab και στο Ustekinumab, σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, οι οποίοι απέτυχαν στη θεραπεία με Infliximab.

ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ MIRIKIZUMAB: REAL-WORLD DATA ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Σ. Ρέλλου¹, C. Selinger², Κ. Ρώσιου²

¹Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

² Gastroenterology Department, LEEDS TEACHING HOSPITALS NHS TRUST

Σκοπός: Το Mirikizumab, ένα μονοκλωνικό αντίσωμα που στοχεύει εκλεκτικά την υπομονάδα p19 της ιντερλευκίνης 23, έχει εγκριθεί για την επαγωγή και διατήρηση της ύφεσης σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας του Mirikizumab για την επαγωγή της ύφεσης σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία στο St James's University Hospital.

Υλικό - Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με Mirikizumab στο εξωτερικό ιατρείο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου (ΙΦΝΕ) του St James's University Hospital από τον Μάιο 2024 έως τον Μάρτιο 2025. Συλλέχθηκαν δεδομένα σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ιστορικό προηγούμενων θεραπειών και την ενεργότητα νόσου κατά την έναρξη θεραπείας (εβδομάδα 0) και μετά από 12 εβδομάδες (εβδομάδα 12). Η ενεργότητα της νόσου εκτιμήθηκε με βάση το p-Mayo score. Ως κλινική ανταπόκριση ορίστηκε η μείωση του p-Mayo score κατά ≥ 2 μονάδες.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 17 ασθενείς (8 γυναίκες, 9 άνδρες, μέση ηλικία: 41 έτη). 16 ασθενείς είχαν ΕΚ και ένας αταξινόμητη ΙΦΝΕ (IBD-U), με μέση διάρκεια νόσου 7,29 έτη. 12 ασθενείς είχαν πανκολίτιδα, 3 αριστερόπλευρη κολίτιδα και 2 ορθίτιδα. Κατά μέσο όρο οι ασθενείς είχαν λάβει προηγουμένως 2 βιολογικούς παράγοντες. Στην εβδομάδα 0, 15 ασθενείς είχαν μέτριας βαρύτητας νόσο και 2 ασθενείς ήπιας βαρύτητας νόσο. Στην εβδομάδα 12, κλινική ανταπόκριση παρατηρήθηκε στο 29,4% (n=5) των ασθενών.

Συμπεράσματα: Το Mirikizumab χρησιμοποιήθηκε κυρίως ως θεραπεία τρίτης γραμμής σε ασθενείς με μέτριας βαρύτητας ελκώδη κολίτιδα, με πρώιμα δεδομένα να δείχνουν κλινικό όφελος σε ένα υποσύνολο ασθενών, ωστόσο απαιτούνται μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα και χρονική παρακολούθηση.

Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΜΙΚΡΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΚΗΣ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΡΙΟΥ/ΣΟΒΑΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Χ. Μαδεμλής, Α. Κατσούλα, Ε. Βλάχου, Μ. Καλογήρου, Ό. Γιουλεμέ

Γαστρεντερολογικό-Ηπατολογικό τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η θεραπευτική φάρετρα της ελκώδους κολίτιδας (ΕΚ) εξελίσσεται ραγδαία, με ολοένα και περισσότερα διαθέσιμα βιολογικά μόρια. Στη παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα των βιολογικών θεραπειών σε κύρια ενδοσκοπικά και ιστολογικά καταληκτικά σημεία σύμφωνα με τα κριτήρια STRIDE-II (Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease).

Υλικό-Μέθοδοι: Αναζητήσαμε στις βάσεις δεδομένων MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library, Web of Science καθώς και στη γκρίζα βιβλιογραφία τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες έως τον Νοέμβριο του 2024. Πραγματοποιήθηκαν ξεχωριστές μετα-αναλύσεις για τη φάση επαγωγής και συντήρησης. Χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο των τυχαίων επιδράσεων για την εκτίμηση του σχετικού κινδύνου (RR). Η αξιοπιστία των ευρημάτων αξιολογήθηκε με το σύστημα GRADE.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 40 μελέτες (13 θεραπείες, 14.369 ασθενείς). Τριάντα δύο μελέτες παρέχουν δεδομένα για τη φάση επαγωγής και 28 για τη φάση συντήρησης. Στην επαγωγή της ύφεσης όλες οι βιολογικές θεραπείες, με εξαίρεση το mirikizumab (RR 2,55, 95% CI: 0,95-6,82) και το filgotinib 100 mg (RR 1,40, 95% CI: 1,00-1,96), υπερείχαν του εικονικού φαρμάκου στην ενδοσκοπική βελτίωση (RR 2,02, 95% CI: 1,76-2,31, $I^2=72\%$). Το upadacitinib εμφάνισε τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα (RR 5,53, 95% CI: 3,78-8,09). Για τη βλεννογονική επούλωση, όλες οι θεραπείες υπερείχαν του εικονικού φαρμάκου (RR 2,95, 95% CI: 2,11-4,13, $I^2=61\%$), με εξαίρεση το filgotinib 100 mg (RR 1,39, 95% CI: 0,87-2,25). Το risankizumab εμφάνισε τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα (RR 10,25, 95% CI: 2,49-42,11). Στη φάση συντήρησης, όλες οι βιολογικές θεραπείες ήταν ανώτερες του εικονικού φαρμάκου για την ενδοσκοπική βελτίωση, ενώ στη βλεννογονική επούλωση όλες οι θεραπείες υπερείχαν του εικονικού φαρμάκου, με εξαίρεση το risankizumab (180 mg ή 360 mg) (RR 1,31, 95% CI: 0,73-2,34 και RR 1,59, 95% CI: 0,91-2,75, αντίστοιχα). Το upadacitinib 30mg υπερείχε έναντι των υπόλοιπων θεραπειών (RR 4,18, 95% CI: 2,79-6,27 και RR 4,01, 95% CI: 1,81-8,87 αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία οι βιολογικοί παράγοντες και τα μικρά μόρια επιδεικνύουν σημαντική αποτελεσματικότητα στην επίτευξη βασικών θεραπευτικών στόχων στην ΕΚ. Η τυποποίηση στους ορισμούς των κύριων καταληκτικών σημείων καθώς και περαιτέρω μελέτες με άμεσες συγκρίσεις και δεδομένα από τον πραγματικό κόσμο είναι απαραίτητα για την ενίσχυση της αξιοπιστίας των ευρημάτων μας.

Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ UPADACITINIB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN (CD) ΚΑΙ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ (ΕΚ): ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΗΝ ΑΤΤΙΚΗ

**Α. Παγώνη, Ε. Ζαχαροπούλου, Γ. Μπέλλου, Α. Νεοκλέους, Ι. Ιντέρνος, Κ. Τσοκάντα,
Β. Βαμβακούσης, Μ. Τζουβαλά**

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

Σκοπός: Το upadacitinib αποτελεί έναν αναστρέψιμο αναστολέα της πρωτεΐνης JAK1 και ενδείκνυται στη θεραπεία της μέτριας-σοβαρής ελκώδους κολίτιδας (ΕΚ) και νόσου Crohn (CD). Παρουσιάζουμε την εμπειρία ενός ελληνικού τριτοβάθμιου κέντρου από ασθενείς με ΙΦΝΕ που έλαβαν upadacitinib.

Υλικό - Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι όλων των ασθενών με ΙΦΝΕ, που έλαβαν upadacitinib στο τμήμα μας έως τον 10^ο/2024. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι κλινικοί και εργαστηριακοί δείκτες ενεργότητας προ έναρξης της αγωγής και μετά από τη θεραπεία εφόδου (baseline και post-induction αντίστοιχα) και ενδοσκοπικοί δείκτες όπου ήταν διαθέσιμοι. Ορίστηκε ως κλινική ύφεση Harvey-Bradshaw index (HBI) <5 και Simple colitis activity index (SCCAI) <3 και ως ενδοσκοπική ύφεση Simple endoscopic score for CD (SES-CD) <3, Rutgeerts' i0-i1 και endoMAYO Score ≤1.

Αποτελέσματα: Εντοπίστηκαν 18 ασθενείς (50% με ΕΚ, 55.5% άνδρες, μέση ηλικία 42.3 (±3) έτη) (Πίνακας). Το 38.9% είχε λάβει >2 βιολογικούς παράγοντες, ενώ το 72.2% >1 anti-TNF. Δύο ασθενείς με ΕΚ έλαβαν θεραπεία εφόδου 16 εβδομάδων. Στο τέλος της θεραπείας εφόδου 83.3% των ασθενών ήταν σε κλινική ύφεση ενώ διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της CRP (Median (IQR) pre- VS post-induction [mg/L]: 4.2 (3.4) VS 1.8 (2), p=0.006). Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης (median 5.5; IQR 8 [months]) είχαμε διαθέσιμη ενδοσκόπηση σε 12 ασθενείς και ενδοσκοπική ύφεση στο 50% αυτών (5/6 ασθενείς με ΕΚ και 1/6 με CD). Οι 4/6 ασθενείς με ενδοσκοπική ενεργότητα είχαν λάβει >2 βιολογικούς παράγοντες και όλοι >1 anti-TNF. Οι 4/6 έχουν ιστορικό καπνίσματος. Οι 4/6 έχουν ιστορικό χειρουργείου για CD. Δεν αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση λόγω μικρού δείγματος. Καταγράφηκαν 7 ήπιες-μέτριες ανεπιθύμητες ενέργειες (6 λοιμώξεις αναπνευστικού και 1 επιχείλιος έρπητας).

Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία των ασθενών με ΙΦΝΕ, ιδίως αυτών με ΕΚ, πετυχαίνουν κλινική, εργαστηριακή και ενδοσκοπική ύφεση υπό θεραπεία με upadacitinib. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την ανάδειξη των «δύσκολων» να θεραπευτούν ασθενών και των παραγόντων κινδύνου αποτυχίας της θεραπείας.

Πίνακας 1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών (N=18) [baseline]

Ηλικία [έτη; mean (±SD)]		42.8 (±3)
Φύλο [N (%)]	Άρρεν	10 (55.5)
Νόσος [N (%)]	Νόσος Crohn	9 (50)
	Ελκώδης Κολίτιδα	9 (50)
Διάρκεια Νόσου [έτη; mean (±SD)]		12.6 (±8.5)
BMI [kg/m ² ; median (IQR)]		25.5 (5)
Κάπνισμα (N: ποτέ / ενεργός / πρώην)		9 / 7 / 2
Προηγούμενες Θεραπείες [N (%)]	CSs	13 (72.2)
	5-ASA	15 (83.3)
	IMM	13 (72.2)
	anti-TNF	13 (72.2)
	anti-integrin	5 (27.7)
	anti-IL12/23	7 (38.8)
	anti-S1P	1 (5.5)
N. προηγούμενων βιολογικών παραγόντων [N(%)]	0	3 (16.6)
	1	5 (27.7)
	2	3 (16.6)
	3	5 (27.7)
	4	2 (11.1)
Κλινική Ενεργότητα [N (%)]		9 (50)
CRP [mg/L; median (IQR)]		4.3 (3.4)
Ενδοσκοπική ενεργότητα [N (%)]		14 (77.7)
Κλινική ενεργότητα: HBI ≥ 5 ή SCCAI ≥ 3		
Ενδοσκοπική ενεργότητα: SES – CD ≥ 3, Rutgeerts ≥ i2, endoMAYO score ≥2.		
BMI: Body Mass Index; CSs: Corticosteroids; IMM: Immunomodulators; anti-TNF: anti- Tumor necrosis factor; CRP: C-reactive protein		

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Σ. Ρέλλου, Σ. Ευσταθίου, Σ. Λάμπρου, Α. Σπυράντης, Σ. Παναγάρης, Α. Παγώνη, Δ. Μάνου, Θ. Σδόνας, Α. Τασοβασίλη

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

Σκοπός: Η αξιολόγηση της εκπαίδευσης και των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) στην Ελλάδα.

Υλικό - Μέθοδοι: Η μελέτη βασίστηκε σε φόρμα ερωτήσεων, η οποία δημιουργήθηκε μέσω της πλατφόρμας Google Forms και διαμοιράστηκε μέσω μέσων κοινωνικής δικτύωσης σε επαγγελματίες υγείας.

Αποτελέσματα: Στην έρευνα συμμετείχαν 81 επαγγελματίες υγείας, εκ των οποίων οι 62 ιατροί, 11 νοσηλεύτες, 3 διαιτολόγοι και 5 λοιποί επαγγελματίες υγείας. Από τους συμμετέχοντες, το 40.7% (33/81) εργάζεται από 1-5 έτη, το 32.1% (26/81) από 6-10 έτη, το 24.7% (20/81) πάνω από 10 έτη και το 2.5% (2/81) λιγότερο από ένα έτος. Το 69.1% (56/81) εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο, ενώ το 18.5% (15/81) στον ιδιωτικό τομέα. Στην ερώτηση σχετικά με το πόσο εκπαιδευμένοι νιώθουν οι συμμετέχοντες στην αναγνώριση και διάγνωση των ΙΦΝΕ, το 11.1% (9/81) δήλωσε πλήρη συμφωνία, το 23.5% (19/81) αρκετή συμφωνία, το 23.5% (19/81) μέτρια συμφωνία, το 28.4% (23/81) ελάχιστη συμφωνία και το 13.6% (11/81) πλήρη διαφωνία. Αναφορικά με την ικανοποίηση των συμμετεχόντων ως προς τις γνώσεις τους σχετικά με τις νέες θεραπείες για τα ΙΦΝΕ, το 25.9% (21/81) διαφώνησε απόλυτα, το 34.6% (28/81) διαφώνησε λίγο, το 29.6% (24/81) συμφώνησε μέτρια, το 6.2% (5/81) συμφώνησε πολύ και το 3.7% (3/81) συμφώνησε απόλυτα. Σχετικά με την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, το 58% (47/81) των συμμετεχόντων απάντησε ότι είναι καθόλου ενημερωμένοι, το 22.2% (18/81) λίγο ενημερωμένοι, το 12.3% (10/81) μέτρια ενημερωμένοι, το 4.9% (4/81) αρκετά ενημερωμένοι και το 2.5% (2/81) απόλυτα ενημερωμένοι. Τέλος, όσον αφορά τις διατροφικές ανάγκες των ασθενών με ΙΦΝΕ, το 22.2% (18/81) των συμμετεχόντων ανέφερε ότι είναι καθόλου ενημερωμένοι, το 29.6% (24/81) λίγο ενημερωμένοι, το 33.3% (27/81) μέτρια ενημερωμένοι, το 13.6% (11/81) αρκετά ενημερωμένοι και το 1.2% (1/81) απόλυτα ενημερωμένοι.

Συμπεράσματα: Η μελέτη αναδεικνύει την ανάγκη για ενίσχυση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στα ΙΦΝΕ στην Ελλάδα, εστιάζοντας στη διάγνωση, την παρακολούθηση εγκυμοσύνης και τις διατροφικές ανάγκες των ασθενών.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ANTI-HBc (+) HBsAg(-) ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΜΕ ΙΦΝΕ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΑΥΤΩΝ

Δ. Νταϊλιανας, Ε. Γεωργίου, Χ. Θάνος, Ν. Γεωργακοπούλου, Δ. Πισκόπου, Μ. Τριανταφύλλου, Κ. Τσιτσιγιάννης, Ν. Καλάκος, Γ. Μιχαλόπουλος, Α. Στρίκη, Ε. Κοτζαγιαννίδου, Λ. Θεοδωρόπουλος, Ι. Καρούμπαλης

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

Σκοπός: Η διερεύνηση του επιπολασμού anti-HBc (+) HBsAg(-) ασθενών σε ελληνικό πληθυσμό με ΙΦΝΕ και του τρόπου διαχείρισης αυτών που λαμβάνουν βιολογική θεραπεία (χορήγηση προφυλακτικής αντιικής θεραπείας vs παρακολούθησης)

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν δεδομένα από συνολικά 611 ασθενείς με νόσο Crohn και ελκώδη κολίτιδα που παρακολουθούνται στη γαστρεντερολογική κλινική του ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς και οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε ιολογικό έλεγχο που περιλαμβάνει το Anti-HBc.

Αποτελέσματα: Από τους 611 ασθενείς που μελετήθηκαν, συνολικά 57 (9.3%) είχαν θετικό Anti-HBc με αρνητικό HBsAg. Εξ'αυτών, το 71.5 % (30) έλαβαν βιολογική θεραπεία χωρίς να λαμβάνουν προφυλακτική αγωγή για ηπατίτιδα Β, ενώ το 28.5% (12) έλαβαν βιολογική θεραπεία και προφυλακτική αγωγή. Κανένας ασθενής εκ των δύο ομάδων δεν εμφάνισε αναζωπύρωση ηπατίτιδας Β κατά το διάστημα παρακολούθησης.

Συμπεράσματα: Από τα δεδομένα 611 ασθενών που μελετήθηκαν δεν έχει παρατηρηθεί αναζωπύρωση ηπατίτιδας Β σε ασθενείς που λαμβάνουν βιολογική θεραπεία για νόσο Crohn ή ελκώδη κολίτιδα και έχουν θετικό Anti-HBc, είτε λαμβάνουν προφυλακτική αγωγή είτε όχι.

ΤΟ UPADACITINIB ΣΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΖΩΗ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Λ. Δ. Λαζαρίδης, Γ. Σαχτούρης, Θ. Εμμανουήλ

Γαστρεντερολογική Ηπατολογική Κλινική, Metropolitan General Hospital, Αθήνα

Σκοπός: Το Upadacitinib είναι ένας εκλεκτικός JAK αναστολέας με ενθαρρυντικά αποτελέσματα από τις κλινικές μελέτες στην αντιμετώπιση της νόσου Crohn και της ελκώδους κολίτιδας. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της εμπειρίας ενός κέντρου από τη χορήγηση της συγκεκριμένης θεραπείας.

Υλικό-Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν τρεις ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και δύο ασθενείς με νόσο Crohn. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $57,4 \pm 4,63$. Όλοι οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα είχαν λάβει θεραπεία με τουλάχιστον ένα βιολογικό παράγοντα, η οποία διακόπηκε λόγω ανεπαρκούς ανταπόκρισης. Από τους ασθενείς με νόσο Crohn, ένας από αυτούς έχει προηγούμενη έκθεση σε βιολογικό παράγοντα. Οι ασθενείς έλαβαν μονοθεραπεία με Upadacitinib για 6 μήνες και η κλινική τους εικόνα αξιολογήθηκε με βάση το Mayo Score Index (MSI) και τον Harvey Bradshaw Index (HBI) ανάλογα με το νόσημά τους πριν και μετά τη θεραπεία.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς κατά την έναρξη της θεραπείας είχαν μέτριας βαρύτητας νόσο (MSI: 6-10 ή HBI: 8-15 αντίστοιχα). Η κλινική τους εικόνα βελτιώθηκε άμεσα από την πρώτη εβδομάδα θεραπείας. Ένας ασθενής με ελκώδη κολίτιδα μετά την έναρξη της θεραπείας συντήρησης με Upadacitinib παρουσίασε κλινική υποτροπή της νόσου, η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με εντατικοποίηση του φαρμάκου στα 45mg για 8 εβδομάδες. Μετά από 6 μήνες από την έναρξη της θεραπείας όλοι οι ασθενείς παρουσιάζουν κλινική εικόνα ύφεσης της νόσου (MSI < 5 και HBI < 8). Κανένας από τους ασθενείς δεν παρουσίασε ανεπιθύμητες ενέργειες από τη θεραπεία.

Συμπεράσματα: Το Upadacitinib είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική θεραπεία για τη νόσο Crohn και την ελκώδη κολίτιδα με ταχεία εμφάνιση της αποτελεσματικότητας.

ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΤΕΛΙΚΗ (CROHN) ΕΙΛΕΪΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ SCREENING ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ : ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;

**Α. Μπουντουρίδης, Μ. Μολλαγιουσούφογλου, Κ. Σουφλέρης, Μ. Σταφυλίδου, Ε. Χατζόπουλος,
Δ. Τζιλβές**

Γαστρεντερολογική κλινική, «Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Είναι σχετικά συχνό τυχαίο εύρημα η φλεγμονή στον τελικό ειλεό σε ασυμπτωματικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε screening κολονοσκόπηση. Σκοπός της μελέτης η ανάγκης χορήγησης βιολογικής θεραπείας και παραγόντων που σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα χορήγησής της σε αυτόν τον πληθυσμό.

Υλικό - Μέθοδοι: Έγινε αναζήτηση ασθενών από βάση δεδομένων ενδοσκοπήσεων ενός κέντρου αναφοράς, χρησιμοποιώντας όρους «τελική ειλεΐτιδα, Crohn» με συνοδό ενδοσκοπική καταγραφή εικόνων και βιοψίες συμβατές με νόσο Crohn. Καταγράφηκαν χαρακτηριστικά των «ασθενών» όπως φύλο, ηλικία, κάπνισμα, εξωεντερικά νοσήματα, ενδοσκοπική βαρύτητα, (SES-CD score), βιολογικοί δείκτες φλεγμονής (C-RP, καλπροτεκτίνη κοπράνων). Τέλος, έγινε αναζήτηση (και μέσω ΗΔΙΚΑ) συνταγογράφησης στεροειδών, βιολογικών θεραπειών, ΙΦΝΕ νοσηλείων και χειρουργείων. Έπειτα από κατηγοριοποίηση των ασθενών, χρησιμοποιήθηκαν point-biserial correlation, Pearson correlation, chi-square test για ανάδειξη συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών.

Αποτελέσματα: Από τους 54 ασθενείς με ενδοσκοπική εικόνα τελικής ειλεΐτιδας, αποκλείστηκαν 8 λόγω μη συμβατής με ΙΦΝΕ ιστολογικής εξέτασης. Από τους 46 ασθενείς οι 18 ήταν άνδρες και 28 γυναίκες, με μέση ηλικία τους 55,8 μήνες και μέση διάρκεια παρακολούθησης τους 46,8 μήνες. Οι 9 (19,5%) ήταν καπνιστές, 10 (21,7%) είχαν αυξημένη τιμή C-RP ($>0,5\text{mg/dl}$) ή/και καλπροτεκτίνης ($>250\mu\text{g/mg}$). Χρήση στεροειδών σημειώθηκε σε 11 (23,9%) ασθενείς, ενώ σε χειρουργείο ΙΦΝΕ υπεβλήθη μόνο ένας ασθενής (2,1%). Βιολογική θεραπεία χορηγήθηκε σε 15 (32,6%) ασθενείς: adalimumab 9 (60%), ustekinumab 5 (33%) και JAKi (7%) σε έναν ασθενή με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ SES-CD score και χρήσης βιολογικής θεραπείας ($p\text{-bc}=0,4214$, $p=0,0032$), ενώ κανείς άλλος παράγοντας δε συσχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα χρήσης βιολογικού παράγοντα.

Συμπέρασμα: Στην παρούσα μελέτη βιολογική θεραπεία έλαβε περίπου το 1/3 των ασθενών με ασυμπτωματική τελική Crohn Ειλεΐτιδα, σε μια μέση παρακολούθηση περίπου 4 ετών. Ο μόνος προγνωστικός παράγοντας χορήγησης βιολογικής θεραπείας ήταν η αυξημένη ενδοσκοπική βαρύτητα ($\text{SES-CD}>4$). Όλοι αυτοί οι ασθενείς έλαβαν adalimumab ή ustekinumab και είχαν μέτρια νόσο και ανεπίπλεκτη πορεία.

ΠΡΩΙΜΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ UPADACITINIB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Β. Κίτσου¹, Α. Ιωάννου², Γ. Κοκκότης¹, Ε. Ζαμπέλη², Σ. Μιχόπουλος², Κ. Χαλακατεβάκη¹, Γ. Μπάμιας¹

¹ Γαστρεντερολογική Μονάδα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

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

Σκοπός : Το upadacitinib είναι ένας από του στόματος εκλεκτικός αναστολέας της κινάσης Janus-1 (JAK1), που εγκρίθηκε πρόσφατα για τη θεραπεία της μέτριας έως βαριάς Ελκώδους Κολίτιδας (ΕΚ) και Νόσου Crohn (NC). Η μελέτη μας αποσκοπεί στην καταγραφή της αποτελεσματικότητας της θεραπείας με upadacitinib σε ασθενείς με ανθεκτική Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου (ΙΦΝΕ) την 24η εβδομάδα μετά την έναρξη της αγωγής.

Υλικό-Μέθοδοι: Πρόκειται για μια συνεχιζόμενη προοπτική μελέτη κοόρτης. Τα χαρακτηριστικά των ασθενών καταγράφονται στον Πίνακα 1. Στην παρούσα ανάλυση αναφέρουμε τα ποσοστά: α. κλινικής ανταπόκρισης (μείωση $\geq 50\%$ των PROs σε σχέση με τις τιμές τους στην έναρξη θεραπείας με upadacitinib), και β. κλινικής ύφεσης χωρίς κορτικοστεροειδή (ΕΚ: UC-PRO2 ≤ 1 , με rectal bleeding score =0; NC: CD-PRO2 ≤ 2 με abdominal pain score =0) στις 24 εβδομάδες θεραπείας. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSS23.

Αποτελέσματα : Στους ασθενείς με κλινικά ενεργό νόσο κατά την έναρξη της αγωγής, κλινική ανταπόκριση την 24η εβδομάδα παρουσίαζαν 16/23 ασθενείς (69.6%) με ΕΚ και 12/20 ασθενείς (60.0%) με NC, ενώ κλινική ύφεση χωρίς κορτικοστεροειδή 14/24 ασθενείς (58.3%) με ΕΚ και 11/22 (50.0%) με NC. Παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση της κόπωσης και της ποιότητας ζωής των ασθενών (IBD-F: 11.2 vs 5.3, $P=0.018$; sIBDQ: 39.4 vs 60.3, $P=0.001$, IBD-DISK: 55.9 vs 17.4, $P=0.002$). Η μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική λογαριθμιστική ανάλυση έδειξε ότι η κλινική ανταπόκριση συσχετίζεται με το θήλυ φύλο (OR=6.39, 95%CI: 1.30- 31.33) και τη λήψη κορτικοστεροειδών στην έναρξη θεραπείας (OR=12.21, 95%CI: 1.25-119.08). Αντίστοιχα, η κλινική ύφεση στις 24 εβδομάδες συσχετίζεται σε μονοπαραγοντική λογαριθμιστική ανάλυση με το θήλυ φύλο (OR=3.61, 95%CI: 1.01-12.89). Η πλειοψηφία των ασθενών με ΕΚ (95.5%) και NC (94.4%) λαμβάνει θεραπεία συντήρησης με τη δόση των 30 mg. Ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίστηκαν στο 34.0% των ασθενών, με την ακμή να είναι η πιο συχνά αναφερόμενη (25.6%). Σε διακοπή της θεραπείας οδηγήθηκαν 6/47 ασθενείς (12.8%), δύο εκ των οποίων λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών (σοβαρή έξαρση ιδρωταδενίτιδας, τρανσαμινασαιμία).

Συμπεράσματα : Στη σειρά ασθενών μας με ΙΦΝΕ ανθεκτική σε πολλές προηγηθείσες στοχευμένες θεραπείες, το upadacitinib αποτέλεσε μία αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή. Το θήλυ φύλο και η χρήση κορτικοστεροειδών κατά την έναρξη αγωγής συσχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά ανταπόκρισης στις 24 εβδομάδες.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των ασθενών κατά την έναρξη θεραπείας με upadacitinib (n=47)	
Νόσος	
<i>EK / NC / Αταξινόμητη κολίτιδα, n(%)</i>	24 (51.1) / 22 (46.8) / 1 (2.1)
Θήλυ φύλο, n%	24 (51)
Μέση ηλικία (έτη), (SD)	39.3 (12.9)
Διάρκεια νόσου (έτη), διάμεση (IQR)	6.0 (3-13)
Ταξινόμηση Montreal	
<i>E (1/2/3) (%)</i>	4.2 / 29.2 / 66.7
<i>A (1/2/3) (%)</i>	9.1 / 77.3 / 13.6
<i>L (1/2/3/4) (%)</i>	27.3 / 22.7 / 50.0 / 9.1
<i>B (1/2/3) (%)</i>	54.5 / 40.9 / 4.6
<i>P (%)</i>	40.9
Ιστορικό χειρουργείου λόγω NC	27.3 %
Προηγούμενες στοχευμένες θεραπείες, n(%)	46 (97.9)
<i>0 / 1 / 2 / 3+</i>	1 (2.1) / 9 (19.1) / 16 (34.0) / 21 (44.7)
<i>Anti-TNFα</i>	43 (91.5)
<i>Infliximab</i>	39 (83.0)
<i>Adalimumab</i>	22 (46.8)
<i>Golimumab</i>	1 (2.1)
<i>Ustekinumab</i>	25 (53.2)
<i>Vedolizumab</i>	13 (27.7)
<i>Tofacitinib</i>	6 (12.7)
Εξωεντερικές εκδηλώσεις, n (%)	27 (57.4)

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΣΤΕΝΩΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Δ. Λάζου, Ν. Πρωτόγερος, Η. Λαζαρίδης, Η. Βαχλιώτης, Χ. Ταλουμτζής, Α. Νάκος, Α. Μπουμπόναρης

Γαστρεντερολογική Κλινική, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαιδεύσεως, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η νόσος Crohn μπορεί να συνοδεύεται από στενώσεις στο 1/3 των ασθενών περίπου. Οι χειρουργικές επεμβάσεις μπορεί να αυξήσουν τη νοσηρότητα και τη θνητότητα σε αυτή την κατηγορία των ασθενών και η ενδοσκοπική διαστολή με αεροθάλαμο αποτελεί μία εναλλακτική για επιλεγμένους ασθενείς

Σκοπός: Να επιβεβαιώσουμε την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της ενδοσκοπικής διαστολής σε επιλεγμένους ασθενείς με στενωτική νόσο Crohn, την ανάγκη επανειλημμένων συνεδριών και την αποφυγή χειρουργείου.

Μέθοδος- Ασθενείς: Αναδρομική μελέτη από Μαρ 2015 έως Ιουν 2024 σε ασθενείς με νόσο Crohn και συμπτωματική στένωση. Οι ασθενείς που περιελήφθησαν είχαν μία στένωση <4 εκ χωρίς γωνιώσεις, δεν είχαν ενδείξεις σήψης ή πρόσφατης διάτρησης και ελάμβαναν αγωγή για τη νόσο με βιολογικό παράγοντα. Όλοι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε ενδοσκόπηση κατωτέρου πεπτικού και μαγνητική εντερογραφία προ της διαστολής. Μετά τη διαστολή υπεβλήθησαν σε νέα ενδοσκόπηση σε 3 εβδομάδες για εκτίμηση της επάρκειας και επί ενδείξεων οι διαστολές επαναλήφθησαν. Καταληκτικό σημείο ήταν η δίοδος του ενδοσκοπίου δια της στένωσης ή η ανάγκη για χειρουργείο λόγω επεισοδίων ειλεού/

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθησαν 14 ασθενείς (9 άντρες) με στενωτική νόσο Crohn. Η εντόπιση των στενώσεων ήταν 8 στην ειλεοτυφλική βαλβίδα (57,1%), 4 σε ειλεοκολική αναστόμωση (28,6%) και 2 στο παχύ έντερο (14,3%). Από τους 14 ασθενείς, οι 10 (71,43%) ελάμβαναν αγωγή με antiTNFa, οι 3 με anti IL12/23 (21,42%) και 1 (7,15%) με JAKi. Τεχνικά επιτυχημένη η διαστολή ήταν στους 13/14 ασθενείς (92,86%) ενώ συμπτωματική βελτίωση εμφάνισαν 11/14 ασθενείς (78,6%). Επιπλοκές κατά τη διαστολή εμφάνισαν 3 ασθενείς (21,42%)- οι 2 αιμορραγία που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά και ένα ασθενείς διάτρηση που χρειάστηκε χειρουργείο. Σε 7/14 ασθενείς (50%) χρειάστηκε 1 συνεδρία, σε 2 ασθενείς (14,3%) 2 συνεδρίες και σε 4 ασθενείς (28,6%) 3 συνεδρίες διαστολής με ενδιάμεσο χρονικό διάστημα 2 μήνες.

Συμπεράσματα: Η ενδοσκοπική διαστολή στενώσεων με μπαλόνι (EBD) σε ασθενείς με νόσο Crohn αποτελεί ασφαλή επιλογή για απλές στενώσεις και μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική για τη χειρουργική επέμβαση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ VEDOLIZUMAB ΩΣ ΠΡΩΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ CROHN ΕΙΛΕΪΤΙΔΑ

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

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

Σκοπός: Η παρουσίαση δεδομένων ασφάλειας και αποτελεσματικότητας του vedolizumab ως πρώτης γραμμής βιολογική θεραπεία σε ασθενείς με Crohn ειλειτίδα.

Υλικό-Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης 11 bio-naïve ασθενών, με Crohn ειλειτίδα, στους οποίους χορηγήθηκε vedolizumab ως πρώτης γραμμής θεραπεία, με χρόνο παρακολούθησης έως και 12 μήνες. Αναλύθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η ταξινόμηση Montreal της νόσου και δείκτες κλινικής (Harvey - Bradshaw Index - HBI), βιοχημικής (καλπροτεκτίνη) και ενδοσκοπικής (SESCD score) ενεργότητας προ και μετά την έναρξη.

Αποτελέσματα: 10 ασθενείς παρουσίαζαν L1 νόσο και 1 ασθενής L1+L4. 4 ασθενείς (36,4%) παρουσίαζαν ιστορικό κακοήθειας και 5 ασθενείς ήταν ηλικίας > 60 ετών. Το 90,90% εμφάνιζε ήπια κλινική ενεργότητα (HBI 5-6) και το 9,09% μέτρια - σοβαρή (HBI>8). 45% παρουσίαζε καλπροτεκτίνη>100. Το 72,7% παρουσίαζε SES-CD score 3-6 και το 18,8% 7-15. Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν κλινική ύφεση (HBI<5), το 81,8% παρουσίασε καλπροτεκτίνη < 100, ενώ το 88,8% πλήρη ενδοσκοπική επούλωση (SESCD 0). Να σημειωθεί ότι οι 2 από τους 11 ασθενείς δεν έχουν επανελεγχθεί ακόμη ενδοσκοπικά, αν και παρουσιάζουν σαφή κλινική και βιοχημική ύφεση. Ένας ασθενής ετέθη εξ αρχής σε εντατικοποιημένο σχήμα ανά 4 εβδομάδες λόγω σημαντικής ενεργότητας (HBI 8, καλπροτεκτίνη>200), με πλήρη ανταπόκριση. Δεν καταγράφηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες στους ασθενείς της μελέτης συμπεριλαμβανομένων εκείνων με γνωστό ιστορικό κακοήθειας.

Συμπεράσματα: Το vedolizumab ήταν ιδιαιτέρως αποτελεσματικό, στην επίτευξη κλινικής, βιοχημικής και ενδοσκοπικής ύφεσης, χορηγούμενο ως πρώτης γραμμής σε ασθενείς με Crohn ειλειτίδα μέτριας βαρύτητας και με εξαιρετικό profile ασφάλειας.

	ΠΡΟ ΕΝΑΡΞΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	6-12 ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	63,33 έτη	
ΦΥΛΟ (ΑΝΔΡΕΣ:ΓΥΝΑΙΚΕΣ)	3/11 (27%) :8/11 (73%)	
ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ	4/11 (36,4%)	
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ	4/11 (36,4%)	
HARVEY- BRANDSHAW INDEX	10/11 (90,90%) :5-6 1/11 (9,09%) :>8	11/11 (100%) : <5
SES-CD score	1/11 (9%) : 0 8/11 (72,7%) : 3-6 2/11 (18,18%) : 7-15	8/9 (88,8%) : 0 1/9 (11,1%) : 3-6
Καλπροτεκτίνη	5/11 (45%) : ≥100 6/11 (55%) : <100	9/11 (81,8%) : <100 2/11 (18,2%) : >100

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των ασθενών με Crohn νόσο Crohn τελικού ειλεού που έλαβαν vedolizumab ως πρώτης γραμμής

ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΟ ΣΕ ΥΠΟΔΟΡΙΟ INFLIXIMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Κ. Ζαχαρία, Γ. Φρόνας, Ε. Μαργαρίτης, Θ. Τριβυζάκη, Μ. Τοουλιά, Σ. Καρτσώλη, Τ. Αργυράκης, Α. Μέλλος, Κ. Κατωπόδη, Ι. Βουγαδιώτης, Σ. Βρακάς

Γαστρεντερολογική Κλινική, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά, Πειραιάς

Σκοπός: Η υποδόρια χορήγηση infliximab έχει δείξει παρόμοια αποτελεσματικότητα με την ενδοφλέβια χορήγηση σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Σκοπός της μελέτης είναι να καταγράψει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των ασθενών που έλαβαν υποδόριο infliximab.

Υλικό-Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη, στην οποία συμπεριλήφθησαν ασθενείς οι οποίοι έλαβαν την υποδόρια μορφή του φαρμάκου είτε μετά από αρχική χορήγηση δυο ενδοφλέβιων δόσεων είτε μετά από μακροχρόνια χορήγηση του ενδοφλέβιου φαρμάκου. Καταγράφηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών και δεδομένα σχετικά με τη νόσο.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 11 ασθενείς (UC:2/11 18.2%, CD:9/11 81.8%). Από τους ασθενείς, 5 ήταν γυναίκες (45.5%) και 6 άνδρες (54.5%) με μέση ηλικία 43.5 έτη (28,79). Ο μέσος χρόνος χορήγησης του υποδόριου infliximab ήταν 7 μήνες (1,17). Από τους ασθενείς, 81.8% δεν είχε λάβει βιολογικό παράγοντα πριν την χορήγηση υποδόριου infliximab. Δυο ασθενείς έλαβαν δυο ενδοφλέβιες εγχύσεις πριν την έναρξη του υποδόριου infliximab, ενώ 81.8% λάμβανε μακροχρόνια ενδοφλέβιο infliximab σε δόση 5mg/kg. Όσον αφορά στην εντόπιση της νόσου, από τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα ένας ασθενής είχε εκτεταμένη νόσο και ένας αριστερόπλευρη κολίτιδα. Από τους ασθενείς με νόσο Crohn, δυο είχαν εντόπιση στον τελικό ειλεό, δυο ασθενείς είχαν κολίτιδα και 5 ασθενείς ειλεοκολίτιδα, ενώ 2 ασθενείς είχαν περιπρωκτική νόσο. Μια ασθενής χρειάστηκε να διακόψει το υποδόριο infliximab λόγω κλινικής επιδείνωσης και επαναχορηγήθηκε η ενδοφλέβια μορφή του φαρμάκου και ένας ασθενής διέκοψε λόγω εμφάνισης κακοήθειας.

Συμπεράσματα: Η αλλαγή του ενδοφλέβιου infliximab σε υποδόριο είναι αποτελεσματική στην πλειονότητα των ασθενών.

ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΟ ΣΕ ΥΠΟΔΟΡΙΟ VEDOLIZUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Κ. Ζαχαρία, Γ. Φρόνας, Ε. Μαργαρίτης, Θ. Τριβυζάκη, Μ. Τοουλιά, Σ. Καρτσώλη, Τ. Αργυράκης, Α. Μέλλος, Κ. Κατωπόδη, Ι. Βουγαδιώτης, Σ. Βρακάς

Γαστρεντερολογική Κλινική, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά, Πειραιάς

Σκοπός: Η υποδόρια χορήγηση vedolizumab έχει δείξει παρόμοια αποτελεσματικότητα με την ενδοφλέβια χορήγηση σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Σκοπός της μελέτης είναι να αναδείξει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της υποδόριας μορφής vedolizumab.

Υλικό-Μέθοδοι : Πρόκειται για αναδρομική μελέτη, στην οποία συμπεριλήφθησαν ασθενείς οι οποίοι έλαβαν την υποδόρια μορφή του φαρμάκου είτε μετά από αρχική χορήγηση δυο ενδοφλέβιων δόσεων είτε μετά από μακροχρόνια χορήγηση του ενδοφλέβιου φαρμάκου. Καταγράφηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών και δεδομένα σχετικά με τη νόσο.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 16 ασθενείς (UC:14/16 87.5%, CD:2/16 12.5%). Από τους ασθενείς, 6 ήταν γυναίκες (37.5%) και 10 άνδρες (62.5%) με μέση ηλικία 50.6 έτη (25,76) και διάρκεια νόσου 99 μήνες (24,300). Ο μέσος χρόνος χορήγησης του υποδόριου vedolizumab ήταν 19 μήνες (6,36). Όλοι οι ασθενείς ήταν παύει σε βιολογικούς παράγοντες πριν την έναρξη του vedolizumab. Εννέα ασθενείς ελάμβαναν μακροχρόνια ενδοφλέβιο vedolizumab και 43.8% έλαβαν δυο ενδοφλέβιες δόσεις πριν την αλλαγή σε υποδόριο vedolizumab. Όσον αφορά στην εντόπιση της νόσου, από τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα 64.3% είχε εκτεταμένη νόσο, 28.6% είχε αριστερόπλευρη κολίτιδα και 7.1% ορθίτιδα. Από τους ασθενείς με νόσο Crohn, δυο είχαν εντόπιση στον τελικό ειλεό. Από τους 12 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση επιτήρησης όλοι ήταν σε ενδοσκοπική επούλωση. Μια ασθενής χρειάστηκε να διακόψει το υποδόριο vedolizumab λόγω κλινικής επιδείνωσης και επαναχορηγήθηκε η ενδοφλέβια μορφή του φαρμάκου. Κανένας ασθενής δεν εμφάνισε ανεπιθύμητες ενέργειες.

Συμπεράσματα: Η αλλαγή του ενδοφλέβιου vedolizumab σε υποδόριο είναι αποτελεσματική χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΕΝΤΑΤΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΣΧΗΜΑΤΟΣ USTEKINUMAB (90 MG/4 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΚΑΙ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΔΥΟ ΚΕΝΤΡΑ ΙΦΝΕ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Π. Μαρκόπουλος¹, Σ. Βόγκλη¹, Α. Ιωάννου¹, Ε. Ζαμπέλη², Σ. Μιχόπουλος², Ε. Τσιρώνη¹

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

² Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

Σκοπός: Η καταγραφή πραγματικών δεδομένων αποτελεσματικότητας και ασφάλειας του εντατικοποιημένου σχήματος ustekinumab, σε ασθενείς με νόσο Crohn (CD) και ελκώδη κολίτιδα (UC).

Υλικό - Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά 45 “bio-naïve” ή “experienced” ασθενείς (28 θήλειες, διάμεση ηλικία 50 έτη) με CD (n:36, 80%) ή UC, από δυο νοσοκομεία της Αττικής, στους οποίους εντατικοποιήθηκε η δόση ustekinumab (90 mg/4 εβδομάδες), λόγω ενεργού νόσου και παρακολουθήθηκαν για έως και ένα έτος μετά. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η ταξινόμηση κατά Montreal, το ιστορικό θεραπειών/χειρουργείου, οι βιοχημικοί (CRP, καλπροτεκτίνη) και ενδοσκοπικοί δείκτες (SESCD/Rutgeerts/Mayo score) προ μετά την εντατικοποίηση (Πίνακας 1). Στην ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν τα t-test, Mann-Whitney test και χ^2 test για κανονικά, μη κανονικά κατανεμημένες και κατηγορικές μεταβλητές αντίστοιχα. Η τιμή $p < 0,05$ θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική.

Αποτελέσματα: 58% των ασθενών με CD εμφάνιζε εντόπιση στο παχύ (L2/L3), 22% στο ανώτερο πεπτικό, το 24% είχε ιστορικό χειρουργείου και το 25% περιεδρικής νόσου. 77% των ασθενών με UC παρουσίαζε αριστερόπλευρη κολίτιδα (E2). Το 44% ήταν bio-naïve. 21 ασθενείς με **CD (58%) και 5 με UC (55%)** παρέμειναν στη θεραπεία ένα έτος μετά, με **μέση μείωση στο SESCΔ και Mayo score** κατά 6 και 2 μονάδες αντίστοιχα. 13/21 ασθενείς με CD (61%) παρουσίασαν ενδοσκοπική ύφεση (SESCD ≤ 3 , Rutgeerts score $\leq$ i2a). Το ιστορικό προηγούμενου χειρουργείου συσχετίστηκε με μειωμένη ανταπόκριση ($p=0.006$). Δεν καταγράφηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες σε κανέναν ασθενή.

Συμπεράσματα :Πλέον του 50% των ασθενών με CD και UC παρέμειναν στη θεραπεία για τουλάχιστον ένα έτος μετά την εντατικοποίηση του ustekinumab, παρουσιάζοντας κλινική, βιοχημική και ενδοσκοπική ανταπόκριση και καλό profile ασφάλειας.

	Ανταπόκριση	Μη ανταπόκριση	P-value
CD, n(%)	21	15	0.98
UC, n(%)	5	4	
Ηλικία, μέση(SD)	55 (16)	47 (16)	0.12
BMI, mean (SD)	25 (5)	26 (4)	0.39
L3, n(%)	10	5	0.59
L4, n(%)	8	2	0.21
περιεδρική, n(%)	4	5	0.59
χειρουργηθείσα, n(%)	2	9	0.006
Bio-naïve, n(%)	14	6	0.23
Baseline CRP	3.7 (3.8)	4.4 (5.2)	0.62
Baseline FCALPRO 0	361 (358)	344 (207)	0.86
Δ CRP, mean (SD)	-2.6 (3.1)	0.1 (9.4)	0.25
Δ Fcalpro, mean (SD)	-282 (377)	-2 (383)	0.009

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των ασθενών με CD/UC που ανταποκρίθηκαν ή όχι στην εντατικοποίηση της δόσης ustekinumab

ΑΓΩΓΗ ΔΙΑΣΩΣΗΣ ΜΕ UPADACITINIB ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΒΑΡΙΑ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

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

¹Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Αθήνα

²Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Αθήνα

Εισαγωγή: Η οξεία βαριά ελκώδης κολίτιδα (ΟΒΕΚ) είναι επείγουσα κατάσταση χρήζουσα νοσηλείας για χορήγηση ενδοφλεβίως στεροειδών και επί αποτυχίας αυτών αγωγής διάσωσης. Ο μόνος βιολογικός παράγων με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στην ΟΒΕΚ είναι το Infliximab. Καθώς όλο και περισσότεροι ασθενείς είναι anti-TNF experienced, η ανεύρεση επιπλέον εναλλακτικών επιλογών αγωγής διάσωσης είναι σημαντική. Τέτοια επιλογή ίσως να αποτελούν οι JAK-αναστολείς. Παρουσιάζουμε μία περίπτωση ΟΒΕΚ με πρότερη απώλεια ανταπόκρισης σε Infliximab, η οποία είχε δρομολογηθεί για κολεκτομή και τελικά εμφάνισε θεαματική βελτίωση μετά από χορήγηση Upadacitinib.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας, 48 ετών, με ιστορικό ελκώδους κολίτιδας από 4ετίας υπό μεσαλαζίνη και προ διμήνου έναρξη Adalimumab με μερική μόνο ανταπόκριση. Το Δεκέμβριο του 2024 εισήχθη στο νοσοκομείο μας με εικόνα ΟΒΕΚ. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος ανέδειξε νόσο E3 με Mayo Score 2-3. Ετέθη σε αγωγή με ενδοφλέβια κορτικοειδή αλλά λόγω μη ικανοποιητικής κλινικής εικόνας την 3η ημέρα της αγωγής έγινε έναρξη Infliximab σε υψηλή δόση 10mg/kg. με εμφάνιση βελτίωσης. Εξήλθε υπό αγωγή με Infliximab, Azathioprine και κορτικοειδή per os σε μειούμενες δόσεις. Δύο μήνες μετά είχε νέα έξαρση. Αποφασίστηκε να γίνει η επόμενη δόση Infliximab (σε δόση 10mg/kg) την εβδομάδα 10 αντί της εβδομάδας 14 όπως είχε αρχικά προγραμματιστεί και να εντατικοποιηθεί το σχήμα ανά 4 εβδομάδες με παράλληλη συνέχιση κορτικοειδών per os.

Ένα μήνα αργότερα εμφάνισε νέο επεισόδιο ΟΒΕΚ ενώ η ενδοσκοπική εικόνα είχε παραμείνει στάσιμη με ενδοσκοπικό Mayo Score 2. Παρά την εκ νέου χορήγηση ενδοφλεβίως κορτικοειδών δεν υπήρξε η επιθυμητή ανταπόκριση και έγινε επαφή με τη χειρουργική ομάδα προς προγραμματισμό κολεκτομής. Εντούτοις προτάθηκε στον ασθενή εναλλακτικά μία ύστατη θεραπευτική δοκιμή με Upadacitinib. Ο ασθενής συμφώνησε και έγινε έναρξη Upadacitinib 45mg ημερησίως. Από τη δεύτερη ημέρα χορήγησης παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση της κλινικής εικόνας με συνοδό ήπια βελτίωση της ενδοσκοπικής εμφάνισης. Ο ασθενής πήρε εξιτήριο την 5η ημέρα θεραπείας. Σε νέα ενδοσκόπηση 10 μέρες μετά ελέγχεται φυσιολογική διαγραφή των υποβλεννογονίων αγγείων με κατά τόπους εικόνα ουλοποίησης ως επί επούλωσης από προηγηθείσα φλεγμονή. Κλινικά ο ασθενής παραμένει σε άριστη κατάσταση και πρόσφατα έγινε μείωση της δόσης σε 30mg ημερησίως.

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

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ JAK ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΣΕ ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

**Ι. Παπατζέλου¹, Ε. Ορφανουδάκη², Κ. Φωτεινογιαννοπούλου¹, Ι. Δρυγιαννάκης¹,
Ι. Κουτρομπάκης¹**

¹ Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

² Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, Χανιά

Σκοπός: Οι αναστολείς Janus κινασών (JAKi) και συγκεκριμένα η τοφασιτινίμπη (TOFA) και η ουπατασιτινίμπη (UPA) που έχουν πάρει έγκριση στη χώρα μας, είναι από του στόματος μικρά μόρια που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση των ασθενών με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ). Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της επίδρασης τους σε διάφορες βιοχημικές παραμέτρους στην καθημερινή κλινική πρακτική.

Υλικό- Μέθοδοι: Μελετήσαμε αναδρομικά ασθενείς με ΙΦΝΕ οι οποίοι είχαν λάβει θεραπεία με JAKi (TOFA ή UPA) για τουλάχιστον 24 εβδομάδες χρησιμοποιώντας στοιχεία από τη βάση δεδομένων του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ηρακλείου. Εκτιμήθηκαν διάφορες βιοχημικές παράμετροι ακριβώς πριν την έναρξη του παράγοντα καθώς και στις 12 (+/-2) και στις 24(+/-2) εβδομάδες, έγιναν συγκρίσεις μεταξύ των τριών χρονικών σημείων και υπολογίστηκε η ποσοστιαία μεταβολή στις 12 και 24 εβδομάδες από την αρχική τιμή.

Αποτελέσματα : Συνολικά 21 ασθενείς με τουλάχιστον 6 μήνες θεραπείας με JAKi (13 TOFA, 8UPA) συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Οι ασθενείς ήταν 81%(n=17) άνδρες, μέσης ηλικίας ($\pm$ SD) 54 ($\pm$ 15.8) έτη, 76% (n=16) με ελκώδη κολίτιδα, με διάμεση διάρκεια νόσου (IQR) 6 (5-14.3) έτη ενώ όλοι πλην ενός είχαν εκτεθεί σε τουλάχιστον 1 βιολογικό παράγοντα.

Από τις υπό μελέτη εργαστηριακές παραμέτρους, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές αυξήσεις μόνο στη χοληστερόλη και στην LDL (πίνακας 1) και στις 12 και στις 24 εβδομάδες ($p=0.0043$, $p=0.0088$ και $p=0.0160$, $p=0.0187$ σε χοληστερόλη και LDL αντίστοιχα).

Τέσσερις ασθενείς ήταν ήδη σε αντιλιπιδαιμική αγωγή (στατίνη) πριν την έναρξη της θεραπείας με JAKi, σε τρεις χρειάστηκε να γίνει νέα έναρξη λόγω αύξησης των λιπιδίων κατά τη θεραπεία ενώ σε έναν που ήδη λάμβανε στατίνη χρειάστηκε η προσθήκη εξετιμίπης.

Δεν υπήρχαν επαρκή δεδομένα παρακολούθησης για τη CPK, σε λίγες μετρήσεις που έγιναν οι τιμές ήταν εντός φυσιολογικών ορίων κατά την παρακολούθηση.

Λόγω μικρού αριθμού ασθενών συγκρίσεις μεταξύ των επιμέρους JAKi δεν μπόρεσαν να γίνουν.

Συμπέρασμα: Στην υπό μελέτη ομάδα μας, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαταραχές στις βιοχημικές παραμέτρους στους ασθενείς που έλαβαν JAKi πλην της ολικής χοληστερόλης και της LDL, διαχειρίσιμες με την έναρξη αντιλιπιδαιμικής αγωγής, ενώ δεν χρειάστηκε να διακοπεί η θεραπεία σε κανένα ασθενή.

Πίνακας 1 Ποσοστιαίες αλλαγές στις εργαστηριακές παραμέτρους μεταξύ αρχικής τιμής και τιμής στις 12 εβδομάδες και αρχικής τιμής και τιμής στις 24 εβδομάδες

Variable	12w		24w	
	Median change %(IQR)	p	Median change %(IQR)	P
Total cholesterol	17.5(2.11, 28.95)	0.0043	13.28(3.38, 35.66)	0.0088
LDL	15.38(2.34, 64.51)	0.0160	16.92(0.09, 46.78)	0.0187
HDL	1.52(-11.13, 20.22)	0.4686	-6.49(-18.13, 25.31)	0.8017
Triglycerides	3.19(-19.03, 39.25)	0.6284	3.93(-13.34, 72.82)	0.2568
Hgb	2.26(-5.12, 7.21)	0.2963	0(-4.73, 7.81)	0.3315
Neutrophils	0(-46.01, 20.35)	0.2911	0.5 (-40.4, 32.88)	0.7529
Lymphocytes	-4.6(-19.29, 13.84)	0.2926	4,28(-17.4, 16.24)	0.4321
AST	6,25 (-5.55, 33.8)	0.1487	11.42(-15.51, 43.09)	0.2742
ALP	2(-17.20, 27.05)	0.5518	-4.20 (-20.54, 19.15)	0.7614

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

eP37

ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Χ. Δέδε

Μονάδα Λιθοτριψίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Σισμανόγλειο Αμαλία Φλέμιγκ, Αθήνα

Περίληψη Εργασίας: Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου - Κλινικές Εκδηλώσεις και Διαγνωστική Προσέγγιση

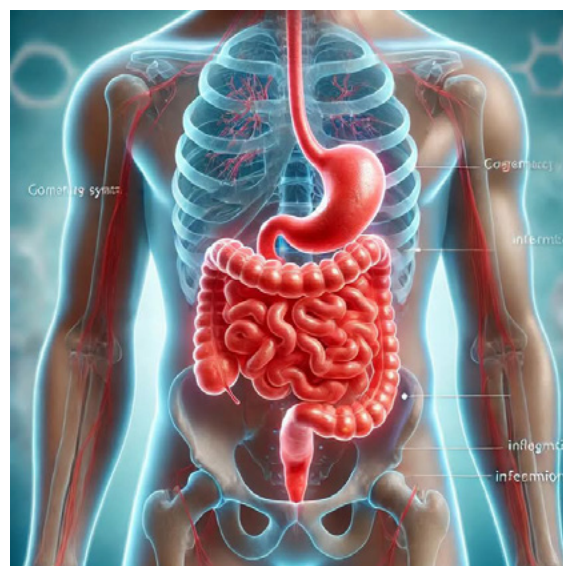
Εισαγωγή : Οι Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου (ΙΦΝΕ), που περιλαμβάνουν τη νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα, είναι χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα με άγνωστη αιτιολογία. Χαρακτηρίζονται από περιόδους ύφεσης και εξάρσεων, επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Σκοπός : Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή και ανάλυση των κλινικών εκδηλώσεων των ΙΦΝΕ, η διαγνωστική προσέγγιση και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των σύγχρονων μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας.

Υλικό-Μέθοδοι : Η μελέτη βασίστηκε σε ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας καθώς και σε ανάλυση κλινικών δεδομένων από ασθενείς που διαγνώστηκαν με ΙΦΝΕ. Συλλέχθηκαν πληροφορίες για τα συμπτώματα, τις εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις, καθώς και τις θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Αποτελέσματα : Οι πιο συχνές κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν κοιλιακό άλγος, χρόνια διάρροια, απώλεια βάρους και εξωεντερικές εκδηλώσεις (π.χ. αρθρίτιδα, δερματικές και οφθαλμικές βλάβες). Η διάγνωση βασίζεται στον συνδυασμό κλινικών, εργαστηριακών και ενδοσκοπικών ευρημάτων, ενώ η έγκαιρη παρέμβαση με ανοσορρυθμιστικά και βιολογικούς παράγοντες βελτιώνει την πρόγνωση των ασθενών.

Συμπέρασμα: Οι ΙΦΝΕ αποτελούν χρόνιες παθήσεις με σημαντική επίπτωση στην καθημερινή ζωή των ασθενών. Η έγκαιρη διάγνωση και η εξατομικευμένη θεραπεία είναι καθοριστικής σημασίας για τη διαχείρισή τους. Η συνεχιζόμενη έρευνα και η ανάπτυξη νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων αναμένεται να βελτιώσουν την πρόγνωση των ασθενών στο μέλλον.



ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΥΠΟ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΜΕ ΕΞΑΡΣΗ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ CMV ΚΟΛΙΤΙΔΑ-ΙΑΙΜΙΑ

**Β. Σεϊμένη¹, Π. Καρυπιάδης¹, Ε. Κουγιουμτζιάν², Ν. Μάγειρας¹, Α. Οικονομάκης¹,
Α. Κουγιουμτζιάν¹, Ε. Κουρέτα¹**

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, 251 Air Force General Hospital, Athens, Greece

² Βιοχημείας και Βιοτεχνολογίας, Λάρισα

Εισαγωγή: Η διαχείριση των ηλικιωμένων ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου συχνά αποτελεί πρόκληση τόσο λόγω των ιδιαιτεροτήτων της νόσου όσο και λόγω συννοσηροτήτων.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 87 ετών, με ιστορικό ελκώδους κολίτιδας από ετών άνευ αγωγής και κακοήθειας προστάτη με οστικές μεταστάσεις υπό τριπτορελίνη από τριμήνου, παρουσίασε έως 5 αιμορραγικές διαρροϊκές κενώσεις ημερησίως ενώ ελάμβανε συγχρόνως αντιπηκτική αγωγή. Έγινε έλεγχος κοπράνων και ακολούθως ενδοσκόπηση κατωτέρου πεπτικού με εικόνα αριστερόπλευρης κολίτιδας (Mayoscore2) και ιστολογική εξέταση συμβατή με ελκώδη κολίτιδα σε έξαρση. Ο ασθενής ετέθη σε αγωγή με μεσαλαζίνη και τοπικά με κλινική ύφεση. Δύο μήνες μετά, προσήλθε στο ΤΕΠ αιτιώμενος ανορεξία, αναστολή αερίων και κοπράνων και κοιλιακό άλγος από δεκαήμερου. Παρουσίαζε άλγος στην εν τω βάθει ψηλάφηση κοιλίας διάχυτα με μεταλλικούς ήχους και ήχους προσπαθείας, αύξηση δεικτών φλεγμονής, θρομβοκυττάρωση και υποαλβουμιναιμία. Στην αξονική κοιλίας φάνηκε διάταση εγκάρσιου κόλου, με κοπρανώδες περιεχόμενο και αέρα στο ΔΕ κόλον χωρίς εμφανές κώλυμα, οπότε ο ασθενής τέθηκε σε σωλήνες αερίων και χαμηλούς υποκλυσμούς και διεκόπη η σολιφενασίνη που ελάμβανε λόγω αντιμουσκαρινικής δράσης, με βελτίωση των αρχικών συμπτωμάτων - όμως με εμφάνιση διαρροϊκών κενώσεων. Σε νέα ορθοσιγμοειδοσκόπηση, αναδείχτηκε ξανά αριστερόπλευρη κολίτιδα - Mayoscore 3, με ανοσοϊστοχημεία αρνητική για CMV. Έλαβε αγωγή με κορτικοστεροειδή με παράλληλη διακοπή της ορμονοθεραπείας καθώς και οποιοδήποτε άλλων ογκολογικών χειρισμών κατόπιν ογκολογικής εκτίμησης.

Μετά από ένα μήνα και ενώ ελάμβανε κορτικοστεροειδή σε σταδιακή μείωση, ο ασθενής προσήλθε και πάλι με εικόνα ειλεοένω προϊούσης της νοσηλείας του εμφάνισε εκ νέου έως 5 αιμορραγικές κενώσεις ημερησίως με συνοδό πανκυτταροπενία. Σε νέα ορθοσιγμοειδοσκόπηση με ίδια ενδοσκοπική εικόνα υπήρξε θετικοποίηση ανοσοϊστοχημείας και PCR για CMV στον ιστό, καθώς CMV PCR αίματος. Έλαβε αγωγή με γκανσικλοβίρη και ετέθη σε αγωγή συντήρησης με vedolizumab με κλινική και εργαστηριακή ύφεση.

Συμπεράσματα: Περιορισμένα βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η ορμονοθεραπεία αυξάνει τον κίνδυνο έξαρσης ΙΦΝΕ ασθενούς σε ύφεση κατά την έναρξη. Στους ηλικιωμένους ασθενείς με έξαρση της νόσου η διαγνωστική προσέγγιση δεν διαφέρει από εκείνη των λοιπών ενηλίκων, με αποκλεισμό των λοιμώξεων ιδίως στους λαμβάνοντες κορτικοστεροειδή, ενώ όταν συνυπάρχει ενεργός κακοήθεια συχνά προκύπτουν επιπλέον προβληματισμοί ως προς την αντιμετώπισή τους.

ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΙΑ ΝΟΣΟ CROHN. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Κ. Φιαγκουσάκης, Α. Χρηστίδου, Β. Καραμπάτσος, Δ. Κοζομπόλη, Γ. Νούσιας, Γ. Καλόγηρος, Ε. Γεωργιλής, Α. Παπαρίζου, Ι. Λάππας, Δ. Σοφιανόπουλος, Μ. Πάτση, Κ. Αρβανίτης, Α. Τσατσά, Ε. Αρχαύλης, Κ. Βαρυτιμιάδης, Β. Παπαστεργίου, Χ. Χατζηευαγγελινού, Κ. Μουσουράκης, Π. Κανελλόπουλος, Ν. Βιάζης

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

Σκοπός: Οι περισσότερες μελέτες εκτιμούν την πορεία ασθενών με μέτρια ή βαριά νόσο Crohn (NC). Σκοπός της μελέτης ήταν να καταγράψει την πορεία των ασθενών με διάγνωση ήπιας NC στην πορεία του χρόνου.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση ασθενών με NC οι οποίοι παρακολουθούνται στο Τμήμα μας για τη νόσο τους. Ως ήπια NC ορίστηκε η νόσος όταν i) υπήρχαν ήπια συμπτώματα κατά τη διάγνωση ii) δεν υπήρχαν βαθιά έλκη στην ενδοσκόπηση iii) δεν υπήρχαν επιπλοκές της νόσου (στενώσεις, συρίγγια, περιεδρική νόσος και iv) δεν χρειάστηκε οι ασθενείς να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση κατά τη διάρκεια των πρώτων 3 μηνών από τη διάγνωση. Ως επιδείνωση της νόσου κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης θεωρήθηκε η ανάγκη για χειρουργική επέμβαση, η ανάγκη για χορήγηση βιολογικού παράγοντα, η ανάγκη για λήψη κλασικών στεροειδών, η εξέλιξη της νόσου σε συριγγοποιό ή στενωτικό φαινότυπο και η εμφάνιση περιεδρικής νόσου.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριελήφθησαν στη μελέτη 102 ασθενείς (56% άνδρες, με μέση (SD) ηλικία τα 44 (25) έτη. Σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Montreal, L1 νόσο είχαν 69 (67.6%) ασθενείς, L2 νόσο 23 (22.5%) ασθενείς και L3 νόσο 10 (9.8%) ασθενείς. Κατά τη διάγνωση της νόσου, 31 (30.4%) ασθενείς έλαβαν θεραπεία με 5-ASA, 14 (13.7%) ασθενείς έλαβαν βουδεσονίδη και 57 (55.9%) ασθενείς δεν έλαβαν καμία θεραπεία. Μετά από ένα μέσο (SD) χρόνο παρακολούθησης 42 (21) μηνών, 19 ασθενείς (18.6%) παρουσίασαν επιδείνωση της νόσου και συγκεκριμένα περιεδρική νόσος εμφανίστηκε σε 2 από τους 19 ασθενείς (10.5%), ανάγκη για χορήγηση κλασικών στεροειδών υπήρξε σε 6 από τους 19 ασθενείς (31.6%), ανάγκη για χορήγηση βιολογικού παράγοντα σε 10 ασθενείς (52.6%) και τέλος εξέλιξη σε στενωτικό φαινότυπο παρατρήθηκε σε 1 ασθενή (5.2%).

Συμπέρασμα: Τα δεδομένα της μελέτης αυτής αναδεικνύουν ότι το 1/5 περίπου των ασθενών με ήπια NC θα παρουσιάσει επιδείνωση της νόσου στην πορεία του χρόνου.

ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ) ΚΑΙ ΑΞΟΝΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Β. Καραμπάτσος, Α. Χρηστίδου, Ε. Αρχαύλης, Γ. Νούσιας, Μ. Ραλλάτου, Α. Αγορογιάννη, Στ. Θέμελη, Ι. Λάππας, Ε. Βεργενάκη, Δ. Σοφιανόπουλος, Μ. Πάτση, Ι. Μυλωνάς, Α. Παπαρίζου, Κ. Αρβανίτης, Π. Κανελλόπουλος, Β. Παπαστεργίου, Μ. Μελά, Χ. Βερετάνος, Κ. Μουσουράκης, Ν. Βιάζης

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

Εισαγωγή - σκοπός: Τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) συνοδεύονται συχνά από εξω-εντερικές εκδηλώσεις, κυρίως από τις αρθρώσεις. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αναδείξει την επίπτωση και τη συχνότητα εμφάνισης εξω-εντερικών εκδηλώσεων από τις αρθρώσεις σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση δεδομένων από ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) και νόσο του Crohn (NC) που παρακολούθηθηκαν προοπτικά στο κέντρο μας. Εκτιμήθηκε η παρουσία εξω-εντερικών εκδηλώσεων από τις αρθρώσεις και πιο συγκεκριμένα η παρουσία ιερο-λαγονίτιδας, αξονικής σπονδυλοαρθροπάθειας ή περιφερικής αρθρίτιδας, σύμφωνα και με την εκτίμηση των ρευματολόγων του νοσοκομείου μας.

Αποτελέσματα: Στη βάση δεδομένων του Τμήματος είναι καταγεγραμμένοι 943 ασθενείς με ΙΦΝΕ (ΕΚ=441, NC=502) και από τους ασθενείς αυτούς, 194 (20.5%) εμφανίζουν παράλληλα εξω-εντερικές εκδηλώσεις από τις αρθρώσεις. Ιερολαγονίτιδα εμφανίζουν 72 ασθενείς (7.6%) και πιο συγκεκριμένα 19 ασθενείς με ΕΚ (19/441, 4.3%) και 53 ασθενείς με NC (53/502, 10.5%). Αξονική σπονδυλοαρθροπάθεια εμφανίζουν συνολικά 13 ασθενείς (1.3%) και πιο συγκεκριμένα 5 ασθενείς με ΕΚ (5/441, 1.1%) και 8 ασθενείς με NC (8/502, 1.6%). Τέλος, περιφερική αρθρίτιδα εμφανίζουν 109 ασθενείς (11.5%) και πιο συγκεκριμένα 35 ασθενείς με ΕΚ (35/441, 7.9%) και 74 ασθενείς με NC (74/502, 14.7%).

Συμπέρασμα: Η εμφάνιση εξω-εντερικών εκδηλώσεων από τις αρθρώσεις είναι συχνή σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, με συχνότερη την εμφάνιση περιφερικής αρθρίτιδας

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΙΦΝΕ ΚΑΙ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Σ. Ευσταθίου¹, Α. Τασοβασίλη, Σ. Λάμπρου, Ά. Παγώνη, Σ. Πανάγαρης, Σ. Ρέλλου, Α. Σπυράντης, Δ. Μάνου, Θ. Σδόνας

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

Σκοπός: Η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης της θυρεοειδοπάθειας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.

Υλικό - Μέθοδοι: Διερευνήθηκε ο επιπολασμός της διαταραχής της θυρεοειδικής λειτουργίας σε 100 ασθενείς με διαγνωσμένη Ελκώδη Κολίτιδα (ΕΚ), νόσο του Crohn (NC) ή αταξινόμητη κολίτιδα.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ έχουν πλήθος εξωεντερικών εκδηλώσεων που επηρεάζουν την απόφαση του κλινικού ιατρού για τη θεραπεία. Εξωεντερικές εκδηλώσεις όπως ρευματολογικές, δερματολογικές, αιματολογικές, οφθαλμολογικές και ηπατολογικές έχουν μελετηθεί επαρκώς με πληθώρα επιστημονικών δημοσιεύσεων. Όμως, τα δεδομένα για τη συσχέτιση διαταραχών της θυρεοειδικής λειτουργίας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι αντιφατικά στις μελέτες δηλαδή με κάποιες από αυτές να καταδεικνύουν αυξημένο επιπολασμό θυρεοειδοπάθειας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ και μάλιστα με προτίμηση στους ασθενείς με NC, ενώ σε άλλες μελέτες ο επιπολασμός είναι παρόμοιος ή και μειωμένος σε σχέση με αυτόν στον γενικό πληθυσμό.

Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των τιμών της TSH, του ιστορικού λήψης λεβοθυροξίνης για οποιοδήποτε νόσημα και των διαταραχών στο υπερηχογράφημα του θυρεοειδούς - παραθυρεοειδών αδένων σε 100 ασθενείς με ΙΦΝΕ (52 ΕΚ, 46 NC και 2 αταξινόμητη ΙΦΝΕ). Ανευρέθησαν συνολικά 15 ασθενείς, 73,3% γυναίκες (n= 11) και 26,6% άνδρες (n=4) με κάποιου είδους διαταραχή θυρεοειδικής λειτουργίας. 46,6% είχαν NC (n=7), 40% είχαν ΕΚ (n=6) και 13,3% είχαν αταξινόμητη κολίτιδα (n=2). Στο 80% των ασθενών η υποκείμενη θυρεοειδοπάθεια προϋπήρχε της διάγνωσης της ΙΦΝΕ (n=12), ενώ στο 20% η θυρεοειδοπάθεια διαγνώστηκε μετά τη διάγνωση της ΙΦΝΕ (n=3).

Σχετικά με το είδος της θυρεοειδοπάθειας, 26,6% (n=4) είχαν ιστορικό θυρεοειδεκτομής, 20% (n=3) είχαν ιστορικό θυρεοειδίτιδας Hashimoto, 13,3% (n=2) είχαν υποθυρεοειδισμό υπό λεβοθυροξίνη, 13,3% (n=2) είχαν πολυοζώδη βρογχοκήλη υπό παρακολούθηση, 6,6% (n=1) είχε κεντρικό υποθυρεοειδισμό λόγω ιστορικού χειρουργηθέντος κρανιοφαρυγγιώματος με υποφυσιακή ανεπάρκεια υπό λεβοθυροξίνη, 6,6% (n=1) είχε υποκλινικό υπερθυρεοειδισμό, 6,6% (n=1) ανέπτυξε καρκίνο θυρεοειδούς και καρκίνο παχέος εντέρου σε έδαφος ΕΚ και 6,6% (n=1) είχε ιστορικό θυρεοειδεκτομής λόγω αδενώματος παραθυρεοειδούς.

Συμπεράσματα: Το δείγμα ασθενών που παρουσιάζεται δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εξαχθούν στατιστικά σημαντικά συμπεράσματα και χρειάζονται περαιτέρω μελέτες. Παρόλα αυτά η υπάρχουσα βιβλιογραφία παρουσιάζει αρκετά δεδομένα σχετικά με την αιτιολογική συσχέτιση της διαταραχής της θυρεοειδικής λειτουργίας με τις ΙΦΝΕ μέσω πολλών διαφορετικών μηχανισμών με κυριότερους την δυσλειτουργία του ανοσιακού συστήματος, την διαταραχή του μικροβιώματος και κοινούς γονιδιακούς παράγοντες. Επομένως, είναι απαραίτητο ο κλινικός ιατρός που χειρίζεται ασθενείς με ΙΦΝΕ να εξετάζει την θυρεοειδική λειτουργία και να αναγνωρίζει τις κλινικές εκδηλώσεις οποιασδήποτε θυρεοειδοπάθειας προκειμένου να παρεμβαίνει έγκαιρα με κατάλληλη θεραπεία.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

**Γ. Ψαράκης¹, Ι. Δρυγιαννάκης¹, Κ. Φωτεινογιαννοπούλου¹, Ε. Ορφανουδάκη¹, Κ. Καρμίρης¹,
Α.-Μ. Χάιδιτς², Ι. Κουτρομπάκης¹**

¹ Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, Ηράκλειο

² Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής-Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η διερεύνηση της συχνότητας και των παραγόντων κινδύνου νεφρικών και ουρολογικών επιπλοκών (οξεία νεφρική βλάβη-ONB, χρόνια νεφρική νόσος-ΧΝΝ, συμπτωματική λιθίαση ουροποιητικού) σε ασθενείς με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου (ΙΦΝΕ) και η συσχέτισή τους με κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου.

Υλικό-Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μονοκεντρική μελέτη παρατήρησης ασθενών με ΙΦΝΕ, καταγεγραμμένη νεφρική λειτουργία και παρακολούθηση ≥ 1 έτος, όλα καταχωρημένα στην ηλεκτρονική βάση παρακολούθησης του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Ανακτήθηκαν δημογραφικές, κλινικές και εργαστηριακές μεταβλητές. Πρωτεύουσα σύνθετη έκβαση ήταν η νεφρική βλάβη (NB), που ορίστηκε ως ONB ή/και ΧΝΝ, ενώ δευτερεύουσες οι ONB, ΧΝΝ, λιθίαση ουροποιητικού. Έγινε μονοπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση για όλες τις εκβάσεις και πολυπαραγοντική για την πρωτεύουσα έκβαση, προς ανεύρεση ανεξάρτητων συσχετίσεων.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 660 ασθενείς με ΙΦΝΕ, [368 νόσο Crohn (NC) 292 ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ), μέση (σταθερό σφάλμα) ηλικία 44 (16) έτη, διάρκεια νόσου 14.8 (10.6) έτη, γυναίκες 281 (43%) και 211 (33%) καπνιστές]. Πενήντα τέσσερις (8.3%) εμφάνισαν NB, 23 (3.5%) ONB, 35 (5.3%) ΧΝΝ και 48 (7.3%) λιθίαση. Από αυτούς με NB, 29 (54%) έπασχαν από NC και 25 (46%) από ΕΚ ($p > 0.05$). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, με NB συσχετίστηκαν: χειρουργική επέμβαση για ΙΦΝΕ ($p = 0.011$), άρρεν φύλο (0.029), υπέρταση (0.022), δείκτης συννοσηρότητας Charlson (< 0.001) (Πίνακας). Δεν προέκυψε συσχέτιση με την εντόπιση ή το φαινότυπο της νόσου σε καμία έκβαση, ούτε με τη θεραπεία με αμινοσαλικυλικά. Η αρτηριακή υπέρταση αναδείχθηκε στη μονοπαραγοντική για καθεμία από τις επιμέρους εκβάσεις. Ο αριθμός των υποτροπών ΙΦΝΕ ($p < 0.041$) και η ηλικία διάγνωσης ($p < 0.041$) συνδέθηκαν με την εμφάνιση ONB.

Συμπεράσματα: Οι νεφρολογικές και ουρολογικές επιπλοκές είναι συχνές στις ΙΦΝΕ (8.3% & 7.3%). Η χειρουργική επέμβαση σχετική με ΙΦΝΕ αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου. Σημαντικός κρίνεται επίσης ο ρόλος παθολογικών συννοσηρότητων.

Λογιστική παλινδρόμηση για χρόνια ή/και οξεία νεφρική βλάβη στις ΙΦΝΕ

Μεταβλητές	Μονοπαραγοντική			Πολυπαραγοντική		
	OR	95% CI	p	aOR	95% CI	p
Χειρουργική επέμβαση για ΙΦΝΕ	1.98	1.00-3.71	0.039	3.29	1.54-6.86	0.002
Δυσλιπιδαιμία	4.42	2.50-7.86	<0.001	3.22	1.67-6.22	<0.001
Άρρεν φύλο	2.03	1.12-3.88	0.024	2.33	1.22-4.67	0.013
Αναιμία	2.41	1.37-4.25	0.002	2.14	1.15-4.03	0.017
Δείκτης συννοσηρότητας Charlson	1.59	1.39-1.83	<0.001	1.47	1.27-1.72	<0.001
Αρτηριακή Υπέρταση	4.14	2.33, 7.35	<0.001			
Αριθμός υποτροπών	1.20	1.00, 1.42	0.040			
Ηλικία διάγνωσης (σε έτη)	1.04	1.02, 1.05	<0.001			
Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών	1.02	1.01, 1.03	0.001			
Ελκώδης κολίτιδα vs Νόσος Crohn	1.09	0.62, 1.91	0.8			
Κάπνισμα	1.43	0.22, 5.23	0.6			
Αλκοόλ	1.43	0.22, 5.23	0.6			
Δείκτης Μάζας Σώματος (ανά 1 kg/m ²)	1.05	0.99, 1.11	0.10			
Μέτρια-προς-σοβαρή νόσος	1.39	0.64, 2.77	0.4			
Επιπλεγμένη νόσος Crohn	0.86	0.40, 1.90	0.7			
Ενδοσκοπικό Mayo Score σε Ελκώδη Κολίτιδα	0.92	0.54, 1.56	0.8			
Εξωεντερικές εκδηλώσεις (εκτός νεφρολογικές/ουρολογικές)	1.23	0.70, 2.15	0.5			
Οικογενειακό ιστορικό ΙΦΝΕ	0.70	0.26, 1.56	0.4			
Χρήση αμινοσαλικυλικών	0.73	0.42, 1.28	0.3			
Χρήση ≥ 3 κατηγοριών φαρμάκων	1.07	0.52, 2.03	0.8			
Αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων (ανά 1 K/μL)	1.03	0.93, 1.13	0.5			
C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη (CRP) (ανά 1 mg/dl)	1.00	0.87, 1.09	>0.9			
(a)OR: (adjusted) odds ratio. CI: confidence interval						

Η ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΕΑΤΩΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΉΠΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ.

Π. Πάστρας, Κ. Παπαντωνίου, Ε. Τσουνής, Σ. Καναλουπίτης, Ι. Αγγελετοπούλου, Γ. Γεραμούτσος, Χ. Σωτηρόπουλος, Κ. Ζησιμόπουλος, Κ. Θωμόπουλος, Γ. Θεοχάρης, Χ. Τριάντος

Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

Σκοπός: Τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο για μεταβολικά σχετιζόμενη στεατωτική νόσο του ήπατος (MASLD). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση του επιπολασμού της MASLD σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, καθώς και να εξεταστούν οι πιθανές συσχετίσεις της με δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά.

Υλικό - Μέθοδοι: Στην παρούσα προοπτική μελέτη συμπεριλήφθηκαν 105 ενήλικες ασθενείς με ΙΦΝΕ, οι οποίοι παρακολουθούνται στα τακτικά ιατρεία ΙΦΝΕ του Γαστρεντερολογικού Τμήματος της Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών και υποβλήθηκαν σε κλινική αξιολόγηση, εργαστηριακό έλεγχο και υπερηχογράφημα άνω κοιλίας για τη διάγνωση της MASLD.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των 105 ασθενών με ΙΦΝΕ, 22 (20,95%) διαγνώστηκαν με MASLD και 9 (8,57%) με αλκοολική ηπατική νόσο (ALD). Από τους ασθενείς που διαγνώστηκαν με MASLD, οι 11 (50%) υποβλήθηκαν σε μαγνητική τομογραφία ήπατος για ποσοτικοποίηση της λιπώδους διήθησης (MRI-PDFF), με την οποία επιβεβαιώθηκε η παρουσία στεατωτικής νόσου. Οι ασθενείς με MASLD ήταν άνδρες σε ποσοστό 50%, με αναλογία νόσου Crohn προς ελκώδη κολίτιδα 16:6, μέση ηλικία 46,4 έτη (SD:10,80) και μέση ηλικία διάγνωσης της ΙΦΝΕ 34,82 έτη (SD:14,20). Σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς MASLD, παρουσίαζαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά κεντρικής παχυσαρκίας ($p=0,001$), συνολικής παχυσαρκίας ($p=0,001$), παθολογικού δείκτη μάζας σώματος (BMI) ($p=0,001$), αυξημένα επίπεδα SGOT ($p=0,027$) και SGPT ($p=0,037$), καθώς και μεγαλύτερη περιφέρεια μέσης ($p=0,045$). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς την ηλικία, την κατανομή ανά φύλο, τον τύπο νόσου, τα επίπεδα γ -GT, ALP, και CRP, καθώς και τους δείκτες κλινικής δραστηριότητας της νόσου (CDAI και Trulove-Witts).

Συμπέρασμα: Η MASLD εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα σε ασθενείς με ΙΦΝΕ και σχετίζεται σημαντικά με κεντρική και συνολική παχυσαρκία, αυξημένο BMI, αυξημένα ηπατικά ένζυμα και αυξημένη περιφέρεια μέσης. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η MASLD θα μπορούσε να λειτουργεί ως πρώιμος δείκτης μεταβολικού συνδρόμου σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, πριν την εμφάνιση άλλων καρδιομεταβολικών διαταραχών. Είναι αναγκαίο να διεξαχθούν περαιτέρω μελέτες ώστε να αποσαφηνιστεί η σχέση μεταξύ MASLD και ΙΦΝΕ για να εφαρμοστούν αποτελεσματικές στρατηγικές έγκαιρης παρέμβασης.

ΟΞΕΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΟΣΟ CROHN ΥΠΟ URADACITINIB

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

Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Ασθενής 59 ετών με ιστορικό νόσου Crohn, A2L3L4B2. Η διάγνωση τέθηκε το 2014 στα πλαίσια διερεύνησης κοιλιακού άλγους έπειτα από ερευνητική λαπαροτομία, ενδοσκοπικό έλεγχο ανωτέρου και κατώτερου πεπτικού και ενδοσκόπηση λεπτού εντέρου με κάψουλα. Αρχικά έλαβε αγωγή με adalimumab και ακολούθως συνδυαστική αγωγή με μεθοτρεξάτη στα πλαίσια περιφερικής αρθροπάθειας. Τον 2/2021 λόγω έξαρσης με οιδηματώδη στένωση του τελικού ειλεού υπεβλήθει σε ειλεοτυφλεκτομή. Μετεγχειρητικά συνεχίστηκε η θεραπεία με adalimumab μέχρι και τον 11/2023, οπότε και διεκόπει λόγω πιθανού φαρμακοεπαγόμενου λύκου. Τον 2/2024 πραγματοποιήθηκε αλλαγή σε ustekinumab με μερική ανταπόκριση. Τον 11/2024 παρατηρήθηκε νέα έξαρση της νόσου και έγινε έναρξη αγωγής με uradacitinib σε δόση 45mg 1x1 για 3 μήνες και έπειτα 30mg 1x1 με κλινικοεργαστηριακή ύφεση.

Τον 5ο μήνα χορήγησης του φαρμάκου, παρατηρείται αυτόματη παροχέτευση περιπρωκτικού αποστήματος συνοδευόμενη από έντονο άλγος στην περιοχή, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο προκύπτει εικόνα πανκυτταροπενίας (WBC 1600, neut 1160, Hct/Hb 35.1/11.5, PLTs 117000) και γίνεται άμεση διακοπή του βιολογικού παράγοντα και έναρξη αντιβιοτικής αγωγής. 10 ημέρες αργότερα, ο ασθενής εισάγεται στη Γαστρεντερολογική κλινική με ουδετεροπενικό εμπύρετο έως 39 και συνοδά οσφυαλγία αιφνιδίας ενάρξεως. Κλινικά: S1S2: ρυθμικοί ευκρινείς, ΑΨ: ομότιμο άμφω, κοιλία: μαλακή- ευπίεστη- ανώδυνη- εντερικοί ήχοι παρόντες, ψηλαφητή σκληρία περιπρωκτικά στην 6η γυναικολογική ώρα χωρίς εκροή πύου ή κλυδασμό, GCS 15/15- προσανατολισμένος σε χώρο/ χρόνο/ πρόσωπα, άλγος ΟΜΣΣ με σημαντικό περιορισμό των κινήσεων με αποτέλεσμα κλινικοστατισμό.

Λόγω μη ανταπόκρισης μετά τη χορήγηση αυξητικού παράγοντα των ουδετεροφίλων G-CSF με περαιτέρω επιδείνωση του εργαστηριακού ελέγχου (WBC 1500, neut 770, Hct/Hb 28.8/9.8, PLTs 63000) γίνεται έλεγχος μυελού των οστών με μυελόγραμμα, οστεομυελική βιοψία και ανοσοφαινοτυπο με εικόνα συμβατή με οξεία μυελογενή λευχαιμία- Στην περιοχή του βλαστικού παραθύρου εντοπίζονται κυτταρικός πληθυσμός σε ποσοστό 33,2% (οργανωμένος πληθυσμός) CD34+/CD33+. Ο ασθενής ξεκίνησε εισαγωγική θεραπεία με cytarabine και idarubicin.

ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΑΛΛΗΡΕΙΟΥ ΤΡΙΠΟΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΒΑΡΙΑ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Δ. Πισκόπου, Χ. Θάνος, Ν. Γεωργακοπούλου, Δ. Νταϊλιάνας, Ε. Γεωργίου, Μ. Τριανταφύλλου, Κ. Τσιτσιγιάννης, Ν. Καλάκος, Γ. Μιχαλόπουλος, Α. Στρίκη, Ε. Κοτζαγιαννίδου, Λ. Θεοδωρόπουλος, Ι. Καρούμπαλης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Γ. Γεννηματάς, Αθήνα

Σκοπός: Να αναδειχθεί η συσχέτιση αγγειακής διαταραχής (διαχωρισμός αλληρείου τρίποδα) με την εκδήλωση ισχαιμικής ηπατίτιδας σε ασθενή με σύγχρονη έξαρση οξείας βαριάς ελκώδους κολίτιδας (UC) υπό εντατικοποιημένο infliximab 10mg/kg/4w.

Υλικό-Μέθοδοι: Ασθενής 26ετών με ιστορικό εκτεταμένης UC υπό αγωγή με Infliximab 10mg/kg/4w εισήχθη στη γαστρεντερολογική κλινική λόγω διαρροικών κενώσεων με πρόσμιξη αίματος από 10ημέρου. Η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή και απύρετη. Νοσηλευόταν έως προ 24ωρου από την εισαγωγή της σε ιδιωτικό θεραπευτήριο, με φυσιολογική ηπατική βιοχημεία και χωρίς να λάβει φαρμακευτική αγωγή. Από τον εργαστηριακό έλεγχο εισαγωγής της προέκυψε εικόνα οξείας ηπατικής βλάβης (SGOT 2752 IU/L, SGPT 2617 IU/L, INR 2,6, PT 29,3). Υπεβλήθη σε απεικονιστικό έλεγχο αρχικά με U/S Άνω κοιλίας και κατόπιν σε CTAKK (με αγγειακό πρωτόκολλο) όπου δεν ανεδείχθη παθολογία εκ του ήπατος/χοληφόρων, ικανοποιητικός εμπλουτισμός σπληνοπυλαίου άξονα και ηπατικών φλεβών, αλλά εικόνα συμβατή με περιορισμένο διαχωρισμό αλληρείου τρίποδα με ικανοποιητικό εμπλουτισμό του αγγείου περιφερικότερα και εικόνα υποβλεννογονίου οιδήματος σε όλο το μήκος του παχέος εντέρου και του τελικού ειλεού.

Έγινε έλεγχος επιπέδων παρακεταμόλης πλάσματος, ιογενών ηπατιτίδων, ηπατοτρόπων ιών, ανοσολογικός έλεγχος απόπου δεν τεκμηριώθηκε αιτιολογικός παράγοντας ηπατικής βλάβης. Αποκλείστηκε από το ιστορικό η φαρμακευτικώς επαγόμενη ηπατική βλάβη. Τέθηκε σε ενδοφλέβια ενυδάτωση με κρυσταλλοειδή δ/τα με επακόλουθη αποκατάσταση της ηπατικής λειτουργίας της ασθενούς. Έγινε αγγειοχειρουργική εκτίμηση λόγω του προαναφερθέντος ευρήματος με σύσταση για συντηρητική αντιμετώπιση και επαναληπτικό απεικονιστικό επανέλεγχο σε 1 μήνα.

Λόγω έξαρσης UC και αφού αποκλείστηκαν τα λοιμώδη αίτια, τέθηκε αρχικά σε ενδοφλέβια κορτιζονοθεραπεία, με κλινική βελτίωση της ασθενούς και εν συνεχεία έγινε αλλαγή της βιολογικής θεραπείας της σε Upatacitinib 45mg.

Αποτελέσματα ασθενής εξήλθε με φυσιολογική ηπατική βιοχημεία και σχηματισμένες κενώσεις υπό κορτιζονοθεραπεία σε tapering και Upatacitinib 45mg x1.

Συμπεράσματα: Ασθενείς με ΙΦΝΕ μπορεί να εμφανίσουν ηπατοτοξικότητα σε έδαφος λήψης μεθοτρεξάτης, αζαθειοπρίνης, αμινοσαλικυλικών, αναζωπύρωσης ηπατίτιδας Β και πιο σπάνια σε έδαφος αγωγής με infliximab και ως εξωεντερική εκδήλωση με PSC και AIH. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας περιγράφεται ισχαιμική ηπατίτιδα σε ασθενή με νόσο Crohn σε έδαφος σοβαρής συμπίεστικής μυοπερικαρδίτιδας. Η συγκεκριμένη περίπτωση φαίνεται να είναι η πρώτη που αναφέρεται με οξεία ισχαιμική ηπατίτιδα σε έδαφος περιορισμένου διαχωρισμού αλληρείου και ταυτόχρονου επεισοδίου οξείας βαριάς UC.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Θ. Καφεντζή¹, Ε. Τσουνής¹, Π. Πάστρας¹, Ι. Αγγελετοπούλου¹, Ε. Τουρκοχρήστου¹,
Γ. Γεραμούτσος¹, Ν. Κιμισκίδης¹, Μ. Μπαλή¹, Γ. Διαμαντοπούλου¹, Α. Μουζάκη², Κ. Θωμόπουλος¹,
Γ. Θεοχάρης¹, Χ. Τριάντος¹

¹ Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

² Τμήμα Αιματολογίας, Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη διερευνά τον επιπολασμό της ανεπάρκειας της βιταμίνης D σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) και τη συσχέτισή της με χαρακτηριστικά της νόσου, καθώς και με τους πολυμορφισμούς Apat, BsmI, TaqI και FokI του γονιδίου του υποδοχέα της βιταμίνης D (Vitamin D receptor, VDR).

Μέθοδος: Πρόκειται για μονοκεντρική μελέτη παρατήρησης σε ασθενείς που παρακολουθούνται στο τακτικό ιατρείο ΙΦΝΕ στο Γαστρεντερολογικό τμήμα του ΠΓΝΠ. Ως έλλειψη της βιταμίνης D ορίστηκαν τιμές 25(OH)Vit D ορού < 20ng/ml. Για τον προσδιορισμό των εξεταζόμενων πολυμορφισμών του γονιδίου του υποδοχέα της βιταμίνης D (Apat, BsmI, TaqI, FokI), πραγματοποιήθηκε γονοτύπηση με τη μέθοδο της real-time PCR (rt-PCR), επιτρέποντας την ακριβή ανίχνευση και ταξινόμηση των αντίστοιχων γονοτύπων σε κάθε ασθενή.

Αποτελέσματα: Στην συγκεκριμένη μελέτη έλαβαν μέρος 154 ασθενείς με ΙΦΝΕ (CD/UC/IC:50%/46%/4%, άνδρες: 51.3%, μέση ηλικία: 45.7±15.8, CDAI=77±60, FMS=2.4±3.3). Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών εμφάνιζε έλλειψη της βιταμίνης D, η οποία παρουσιαζόταν συχνότερα σε ασθενείς με CD έναντι ασθενών με UC (42% vs. 25.8%; p=0.05). Οι ασθενείς που έφεραν τον γονότυπο tt του TaqI παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα βιταμίνης D σε σχέση με όσους έφεραν τους γονοτύπους TT/Tt (28.6±16 vs. 23.8±9.7; p=0.029). Ο bb γονότυπος του BsmI συνοδευόταν επίσης, με αυξημένα επίπεδα βιταμίνης D σε σχέση με τους φορείς των BB/Bb πολυμορφισμών (28.2±15 vs. 24±10.6; p=0.054). Επιπλέον, οι ομοζυγώτες με τον γονότυπο aa του Apat εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα βιταμίνης D (29.6±17.6 vs. 24.6±11; p=0.046) σε σχέση με τους ασθενείς με τον AA/Aa γονότυπο. Τέλος, οι ασθενείς οι οποίοι λάμβαναν βιολογικό παράγοντα παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης D σε σύγκριση με τους ασθενείς που λάμβαναν άλλες θεραπείες (21.3±9.1 vs. 26.8±12.3; p=0.017).

Συμπεράσματα: Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με ΙΦΝΕ βρίσκεται αντιμέτωπο με έλλειψη βιταμίνης D, ιδιαίτερα οι ασθενείς με CD και όσοι λαμβάνουν βιολογικό παράγοντα. Οι πολυμορφισμοί του VDR επηρεάζουν τα επίπεδα της βιταμίνης D, καθιστώντας ορισμένους ασθενείς πιο ευάλωτους σε ανεπάρκεια και στις συνέπειές της, αλλά και πιθανούς υποψηφίους για αναπλήρωση.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ MONTREAL

Κ. Τσιτσιγιάννης, Δ. Πισκόπου, Χ. Θάνος, Ν. Γεωργακοπούλου, Δ. Νταϊλιάνας, Ε. Γεωργίου, Μ. Τριανταφύλλου, Ν. Καλάκος, Γ. Μιχαλόπουλος, Α. Στρίκη, Ε. Κοτζαγιαννίδου, Λ. Θεοδωρόπουλος, Ι. Καρούμπαλης

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

Σκοπός: Στόχος της μελέτης είναι η καταγραφή και η σύγκριση διαφορών στην βαρύτητα της κλινικής εκδήλωσης της νόσου Crohn σε ασθενείς που κατηγοριοποιούνται με βάση την ηλικία διάγνωσης κατά Montreal.

Υλικό-Μέθοδοι : Στη μελέτη εντάχθηκαν ασθενείς που παρακολουθούνται στην γαστρεντερολογική κλινική του ΓΝΑ Γεννηματάς. Για την αξιολόγηση της βαρύτητας καταγράφηκαν ο αριθμός των βιολογικών παραγόντων, οι εντατικοποιήσεις της αγωγής καθώς και ο αριθμός χειρουργείων κάθε ασθενή. Χρησιμοποιήθηκε η ταξινόμηση κατά Montreal, με τους ασθενείς να κατηγοριοποιούνται σε 3 ομάδες βάση ηλικίας διάγνωσης της νόσου: A1 (<16), A2 (16-40) και A3 (>40). Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSSv23.

Αποτελέσματα : Στην μελέτη συμμετείχαν 465 ασθενείς, 247 (53.1%) άνδρες με μέση διάρκεια παρακολούθησης 14 χρόνων. Καταγράφηκαν συνολικά n=42(9,04%) A1, n=272(58,49%) A2 και n=151(32,47%) A3 ασθενείς. Ανάμεσα στις 3 ομάδες δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την λήψη βιολογικών παραγόντων ($p=0,079$). Ωστόσο μόνο το 9,8%(n=4) των A1 ασθενών δεν έχει λάβει βιολογικό παράγοντα, με το ποσοστό σε A2 και A3 να είναι 21,3% (n=58) και 29,3% (n=44) αντίστοιχα. Αντίθετα ως προς την διενέργεια χειρουργείων παρατηρήθηκε στατιστικά πολύ σημαντική διαφοροποίηση ($p<0,001$), με τους A3 ασθενείς να έχουν λιγότερες χειρουργικές παρεμβάσεις σε σχέση τους A1 και A2, ενώ οι A1 ήταν πιο πιθανό να υποβληθούν σε πάνω από μία χειρουργική παρέμβαση σε σχέση με τους A2 και A3. Τέλος ως προς τις εντατικοποιήσεις της αγωγής με βιολογικούς παράγοντες παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,05$) με τους A1 ασθενείς να είναι πιο πιθανό να έχουν έστω μία εντατικοποίηση.

Συμπεράσματα : Συνοπτικά, παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των ασθενών με νόσο Crohn όταν κατατάχθηκαν με βάση την ηλικία διάγνωσης κατά Montreal. Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε ότι οι A3 ασθενείς είναι λιγότερο πιθανό να υποβληθούν σε χειρουργείο. Επιπλέον οι A1 ασθενείς παρουσίασαν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν εντατικοποιήσει την αγωγή τους καθώς επίσης και να έχουν υποβληθεί σε ≥ 2 χειρουργεία.

	A1 (n=42)	A2 (n=272)	A3 (n=151)	Total (n=465)	
Gender					P=0.382
Male,n(%)	26(61.9)	141 (51,8)	78 (51,7)	247(53,1)	
Female, n(%)	16 (38.1)	131(48.2)	73 (48.3)	218(46,9)	
Use of Biologic Agents					P=0.079
0, n(%)	4 (9.8)	58 (21.3)	44 (29.3)		
1, n(%)	24 (58.5)	135 (49.6)	58(38.7)		
2, n(%)	9 (22)	49 (18)	33 (22)		
≥3, n(%)	4 (9.8)	30 (11)	15 (10)		
Intensifications, n(%)	25 (67.6)	102 (47.7)	48(45.3)		P=0.05
Surgeries,					P<0.001
0,n(%)	28 (66,7)	176(64,7)	125(82,8)		
1,n(%)	8 (19,1)	81(29,8)	22(14,5)		
≥2,n(%)	6 (14,3)	15(5,5)	4(2,7)		

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΝΤΕΡΟΚΟΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ MEK ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ

Ε. Αθανασιάδου, Γ. Γεωργιάδου, Γ. Βουλγάρογλου, Ε. Χατζόπουλος, Κ. Σουφλήρης

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

Σκοπός: Η συνδυαστική στοχευμένη θεραπεία με BRAF και MEK αναστολείς αποτελεί σήμερα τον θεραπευτικό ακρογωνιαίο λίθο για ασθενείς με μεταστατικό μελάνωμα φέροντες τη μετάλλαξη BRAFV600, καθώς έχει συσχετιστεί με σημαντική βελτίωση της συνολικής επιβίωσης. Ωστόσο, οι αναστολείς MEK είναι γνωστό ότι σχετίζονται με δοσοεξαρτώμενες ανεπιθύμητες ενέργειες από το γαστρεντερικό σύστημα (ΓΕΣ), συμπεριλαμβανομένων της διάρροιας, της κολίτιδας και, σπανιότερα, της εντερικής διάτρησης. Η βιβλιογραφία για τις σοβαρές γαστρεντερικές επιπλοκές παραμένει περιορισμένη, καθιστώντας αναγκαία τη συστηματική τεκμηρίωση τέτοιων περιστατικών.

Υλικό-Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε την περίπτωση 42χρονης γυναίκας με ιστορικό μελανώματος, η οποία έλαβε επικουρική ανοσοθεραπεία με τον checkpoint inhibitor, Nivolumab. Κατόπιν ενδείξεων υποτροπής με γενικευμένη καρκινωμάτωση, ξεκίνησε στοχευμένη θεραπεία με τους BRAF/MEK αναστολείς, Encorafenib/Binimetinib. Παρά την πλήρη μεταβολική ανταπόκριση, ανέπτυξε εντεροκολίτιδα με οξύ κοιλιακό άλγος και αιμορραγία πεπτικού. Η απεικόνιση ανέδειξε εξεσημασμένη φλεγμονή και στένωση του τελικού ειλεού με προστενωτική διάταση, και η ενδοσκόπηση εικόνα ελκωτικής κολίτιδας με ευμέγεθες έλκος επί της ειλεοτυφλικής βαλβίδας. Λόγω επιπλεγμένης αιμορραγίας, υποβλήθηκε σε επείγουσα δεξιά ημικολεκτομή.

Αποτελέσματα: Μετά από προσωρινή διακοπή της στοχευμένης θεραπείας, επιχειρήθηκε επανέναρξη με τον ίδιο συνδυασμό, με αποτέλεσμα την επανεμφάνιση αιμορραγίας πεπτικού και ενδοσκοπική ανάδειξη φλεγμονής του εντερικού βλεννογόνου με ευμέγεθες έλκος επί της αναστόμωσης και μικρότερα έλκη και διαβρώσεις παρακείμενα. Η τεκμηρίωση εικόνας φαρμακευτικά επαγόμενης κολίτιδας οδήγησε σε οριστική διακοπή της αρχικής θεραπείας και έναρξη εναλλακτικού BRAF/MEK σχήματος, Dabrafenib/Trametinib, με συνέπεια την πλήρη ύφεση των γαστρεντερικών συμπτωμάτων και διατήρηση της ογκολογικής ανταπόκρισης.

Συμπεράσματα: Η χρήση στοχευμένων θεραπευτικών παραγόντων, καθώς και οι συνδυαστικές ογκολογικές θεραπείες, συνιστούν πλέον καθιερωμένη πρακτική στη σύγχρονη ογκολογία. Η πρώιμη αναγνώριση και διαχείριση σοβαρών τοξικοτήτων από το ΓΕΣ είναι καθοριστικής σημασίας για την ασφάλεια και τη συνέχιση της αντινεοπλασματικής θεραπείας. Ο ρόλος του γαστρεντερολόγου είναι κομβικός στο πλαίσιο της διεπιστημονικής προσέγγισης.

ΑΝΑΖΩΠΥΡΩΣΗ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Ε.Γεωργίου, Δ. Νταϊλιάνας, Χ. Θάνος, Ν. Γεωργακοπούλου, Δ. Πισκοπού, Μ. Τριανταφύλλου, Κ. Τσιτσιγιάννης, Ν. Καλάκος, Γ. Μιχαλόπουλος, Α. Στρίκη, Α. Μπραϊμάκης, Θ. Αργυρόπουλος, Ι. Καρούμπαλης

Γαστρεντερολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

Σκοπός: Η μελέτη του επιπολασμού λανθάνουσας φυματίωσης (TB) σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου(ΙΦΝΕ)

Υλικό - Μέθοδοι: Ελέγχθηκαν και καταγράφηκαν δεδομένα σχετικά με τη λανθάνουσα φυματίωση στο σύνολο των ασθενών με ΙΦΝΕ που παρακολουθούνται στο ΓΝΑ Γεννηματάς. Ως θετική διάγνωση ορίστηκε η θετική IGRA- Quantiferon ή σε ασθενείς παλαιότερου ελέγχου η θετική Mantoux με φυσιολογικά ευρήματα όμως σε ακτινογραφία θώρακος και χωρίς κλινικά ευρήματα.

Αποτελέσματα : Από το σύνολο των ασθενών με ΙΦΝΕ που παρακολουθούμε στο τμήμα μας 576 ασθενείς ελέγχθηκαν για λανθάνουσα TB. Ανευρέθηκαν 39 ασθενείς με θετική Quantiferon (6.7%) και 23 με θετική Mantoux (3.9%) με συνολικό επιπολασμό λανθάνουσας TB 10.7% (62 ασθενείς).

Από το σύνολο των ασθενών με λανθάνουσα TB το 59.6 % (37 ασθενείς) έλαβαν βιολογική θεραπεία (26 θετική Quantiferon, 11 με θετική Mantoux)

Από το σύνολο των ασθενών με λανθάνουσα TB και λήψη βιολογικής θεραπείας μόνο ένας ασθενής παρουσίασε αναζωπύρωση της νόσου (2.7%) . Βάση ιστορικού ο ασθενής αυτός έλαβε χημειοπροφύλαξη όμως η λήψη της ήταν πλημμελής.

Συμπεράσματα : Από τα δεδομένα τριτοβάθμιου κέντρου προκύπτει πως το ποσοστό λανθάνουσας φυματίωσης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ κυμαίνεται περίπου στο 10.7% ενώ το ποσοστό αναζωπύρωσης λανθάνουσας φυματίωσης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ υπο βιολογική θεραπεία είναι πολύ χαμηλό.

ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ) ΥΠΟ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

**Χ. Σκουλούδη, Δ. Ε. Αρνά, Ι. Ψαρουδάκης, Μ. Φραγκάκη, Μ. Βελεγράκη, Κ. Κουκούτση,
Α. Θεοδωροπούλου**

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο, Ηράκλειο

Εισαγωγή: Οι δερματικές αλλοιώσεις σε ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι συχνές. Περίπου το 20% εμφανίζει κάποια μορφή δερματικής προσβολής κατά την πορεία της νόσου. Οι δερματικές αλλοιώσεις κατατάσσονται σε αντιδραστικές (μη ειδικές), δευτεροπαθείς (συνήθως σχετιζόμενες με την αγωγή), ειδικές (κυρίως στη νόσο Crohn) και συνυπάρχουσες. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή των δερματικών βλαβών σε δείγμα ασθενών με νόσο Crohn (CD) και ελκώδη κολίτιδα (UC) υπό θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες ή μικρά μόρια.

Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη ασθενών με ΙΦΝΕ που παρακολουθούνται στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο. Συλλέχθηκαν δεδομένα για το προφίλ των ασθενών, τα χαρακτηριστικά της νόσου και τις δερματικές βλάβες που καταγράφηκαν σε συνεχόμενους ασθενείς υπό ανοσοτροποποιητική αγωγή το διάστημα 01/11/2024-28/02/2025.

Αποτελέσματα: Από 320 συνεχόμενους ασθενείς, 70 (21,9%) παρουσίασαν δερματικές βλάβες. Από αυτούς, το 75% είχε CD, με μέση ηλικία 44,5 έτη και μέση διάρκεια νόσου 14,2 έτη. Όσον αφορά στην εντόπιση της νόσου: 14 είχαν νόσο στον ειλεό (L1), ένας στο παχύ έντερο (L2), 36 είχαν ειλεοκολίτιδα (L3) και 16 επιπλέον προσβολή ανώτερου πεπτικού. 25 είχαν περιπρωκτική νόσο και 27 φλεγμονώδη φαινότυπο. Από τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, 12 είχαν εκτεταμένη νόσο (E3) και 3 αριστερή κολίτιδα (E2).

42 ελάμβαναν αντι-TNF, ένας αντι-IL-12/23, και 4 upadacitinib ενώ 24 δεν ελάμβαναν κανέναν βιολογικό παράγοντα κατά την εμφάνιση της δερματοπάθειας. 7 είχαν λάβει περισσότερους από 2 βιολογικούς παράγοντες.

Οι βλάβες κατηγοριοποιήθηκαν ως εξής:

- **Μη ειδικές:** γαγγραινώδες πυόδερμα (1), οζώδες ερύθημα (7), αφθώδης στοματίτιδα (1), ουδετεροφιλική δερματοπάθεια (2)
- **Δευτεροπαθείς:** ακμή (4), αλωπεκία (2), ακροφλυκταίνωση (11), βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (1)
- **Ειδικές της CD:** περιπρωκτικά συρίγγια (24), εντεροδερματικό συρίγγιο (1), κοκκιωματώδης χειλίτιδα (1)
- **Συνυπάρχουσες:** ψωρίαση (12), ιδρωταδενίτιδα (4), σμηγματορροϊκή δερματίτιδα (4), γωνιακή χειλίτιδα (2), κυτταρίτιδα (1)

Εννέα ασθενείς εμφάνισαν >2 εκδηλώσεις. Σε 25 έγινε αλλαγή θεραπείας, κυρίως από anti-TNF σε άλλους παράγοντες (9 ασθενείς από anti-TNF σε Ustekinumab, 2 σε Tofacitinib, 2 σε Upadacitinib, ένας από Ustekinumab σε Upadacitinib, 6 άλλαξαν εντός της τάξης των anti-TNF).

Συμπέρασμα: Ποσοστό 21,9% των ασθενών με ΙΦΝΕ παρουσίασε δερματικές εκδηλώσεις σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία. Παρά το περιορισμένο δείγμα, οι εκδηλώσεις φαίνεται να επηρεάζουν τη θεραπευτική στρατηγική.

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ) ΥΠΟ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δ. Ε. Αρνά, Ι. Ψαρουδάκης, Χ. Σκουλούδη, Μ. Φραγκάκη, Μ. Βελεγράκη, Κ. Κουκούτση, Α. Θεοδωροπούλου

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

Εισαγωγή: Η Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου (ΙΦΝΕ), που περιλαμβάνει τη νόσο του Crohn (CD) και την ελκώδη κολίτιδα (UC), αντιμετωπίζεται συχνά με βιολογικούς παράγοντες. Παρά την αποτελεσματικότητά τους, υπάρχει ανησυχία για πιθανή συσχέτισή τους με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κακοηθειών. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή περιστατικών καρκίνου σε ασθενείς με ΙΦΝΕ υπό βιολογική θεραπεία.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη σε ασθενείς με ΙΦΝΕ που παρακολουθούνταν στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο (2005-2023). Συλλέχθηκαν δεδομένα που αφορούσαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, είδος και διάρκεια βιολογικής θεραπείας, εμφάνιση καρκίνου και πορεία νόσου.

Αποτελέσματα: Από 563 ασθενείς με ΙΦΝΕ υπό βιολογική θεραπεία, 28 (4,9%) διαγνώστηκαν με καρκίνο. Από αυτούς, το 71% είχε CD, το 32% ήταν άνδρες, το 56% καπνιστές, με μέση ηλικία 39 έτη ($\pm 12,6$) και διάρκεια νόσου 16,5 έτη ($\pm 8,8$).

Οι 23 ελάμβαναν αντι-TNF, 4 αντι-ιντεγκρίνη, ένας αντι-IL-12/23, ενώ 7 έλαβαν συνδυαστική θεραπεία. Στους τύπους καρκίνου περιλαμβάνονταν: θυρεοειδούς (6), γαστρεντερικοί (5), γυναικολογικοί (4), αιματολογικοί (3), μαστού (2), προστάτη (2), παγκρέατος (2) και άλλοι.

Καρκίνος διαγνώστηκε σε 12 ασθενείς πριν την έναρξη της θεραπείας και σε 16 μετά, εκ των οποίων οι 14 (87,5%) διέκοψαν τη βιολογική θεραπεία. Ο μέσος χρόνος λήψης βιολογικών πριν την ανάπτυξη καρκίνου ήταν 5,13 έτη (εύρος: 1-14).

Συνολικά, σε 19 ασθενείς έγινε επανέναρξη της θεραπείας, με μέσο χρόνο διακοπής 2.25 έτη ($\pm 1,6$). Από αυτούς, οι 7 (50%) έλαβαν τον ίδιο βιολογικό, ενώ 2 άλλαξαν. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 11,29 έτη (εύρος: 2-31) και υποτροπή καρκίνου σημειώθηκε σε δύο ασθενείς.

Συμπέρασμα: Το 4,9% των ασθενών με ΙΦΝΕ που έλαβε βιολογική θεραπεία διαγνώστηκε με καρκίνο. Η πλειονότητα συνέχισε τη θεραπεία, ενώ η συχνότητα υποτροπής καρκίνου ήταν μικρή (7%), αν και το μικρό δείγμα περιορίζει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΑ (ITP) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ (ΕΚ) : ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ Η ΚΟΙΝΟΣ ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ;

Χ. Σκουλούδη, Δ.Ε. Αρνά, Ι. Ψαρουδάκης, Μ. Φραγκάκη, Μ. Βελεγράκη, Κ. Κουκούτση, Α. Θεοδωροπούλου

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο, Ηράκλειο

Εισαγωγή: Η συσχέτιση μεταξύ θρομβοπενίας και ελκώδους κολίτιδας δεν είναι ευρέως τεκμηριωμένη στη βιβλιογραφία, ωστόσο υπάρχουν ενδείξεις ότι η ΕΚ μπορεί να επηρεάσει την αιμοποίηση μέσω ανοσολογικών μηχανισμών. Έμφαση δίνεται στην βιβλιογραφία στην ανοσολογική θρομβοπενική πορφύρα (ITP) ως σπάνια εξωεντερική εκδήλωση της ΕΚ. Σκοπός της μελέτης ήταν η περιγραφή τριών περιστατικών που αντιμετωπίστηκαν στο κέντρο μας.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική περιγραφική μελέτη 3 περιπτώσεων του κέντρου μας με ΕΚ και συνυπάρχουσα θρομβοπενία.

Αποτελέσματα: Τα τρία περιστατικά αφορούν γυναίκες, οι δύο με εκτεταμένη κολίτιδα (Ε3) και η τρίτη με αριστερόπλευρη κολίτιδα (Ε2), ηλικίας 39, 54 και 23 ετών αντίστοιχα.

Από το ατομικό αναμνηστικό στη νεώτερη συνυπήρχαν και άλλες αυτοάνοσες παθήσεις: ιερολαγονίτιδα, αλωπεκία ενώ οι στις άλλες δύο δεν αναφέρονταν συνυπάρχουσες παθήσεις.

Η μια δεν ελάμβανε αγωγή και η θρομβοπενία εμφανίστηκε ταυτόχρονα με τη διάγνωση της ΕΚ κατά την κύηση. Η 2^η ελάμβανε αμινοσαλκυλικά και η 3^η ήταν υπό anti- TNF και μεθοτρεξάτη. Και οι τρεις εμφάνισαν τη θρομβοπενία ενώ ήταν σε έξαρση η νόσος.

Σε όλες έγινε πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος με εκτίμηση από την αιματολογική κλινική και αποκλείστηκαν άλλα αίτια θρομβοπενίας.

Η πρώτη η οποία εμφάνισε τη θρομβοπενία κατά την κύηση ταυτόχρονα με τη διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας έλαβε μόνο αμινοσαλκυλικά και βελτιώθηκε γρήγορα.

Στις άλλες δύο χορηγήθηκαν κορτικοστεροειδή ενδοφλεβίως. Η μία ανταποκρίθηκε πλήρως και στη συνέχεια χορηγήθηκε ozanimod το οποίο συνεχίζει έως σήμερα και είναι σε ύφεση. Στην άλλη ασθενή η θρομβοπενία υποτροπίασε με την διακοπή των κορτικοστεροειδών και έλαβε ενδοφλέβιες ώσεις γ-σφαιρινών χωρίς ανταπόκριση. Στη συνέχεια έλαβε rituximab με επιτυχές αποτέλεσμα. Λόγω έξαρσης της νόσου και της ιερολαγονίτιδας ετέθη σε tofacitinib 10 mgx2 το οποίο λαμβάνει εδώ και τρία χρόνια και είναι σε ύφεση η νόσος και η θρομβοπενία.

Συμπέρασμα: Η συνύπαρξη ΕΚ και ITP είναι σπάνια και απαιτεί προσεκτική διαχείριση. Η θεραπεία της υποκείμενης ΕΚ μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της θρομβοπενίας, ενώ σε ανθεκτικές περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθούν ειδικές θεραπείες για την ITP.

ΠΕΡΙΠΡΩΚΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ CROHN ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ.

Α. Κούρτη, Ε. Σμπαρούνη, Ι. Δροσάκης, Μ. Τσαούση, Ι. Καναβάκη, Σ. Φεσσάτου

Μονάδα Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής, Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών, Αθήνα

Σκοπός: Να εξεταστούν τα χαρακτηριστικά της περιπρωκτικής νόσου Crohn σε μια ομάδα παιδιατρικών ασθενών.

Μέθοδοι: Διεξήχθη αναδρομική ανάλυση σε παιδιατρικούς ασθενείς με νόσο Crohn (NC) στο νοσοκομείο μας μεταξύ 2020 και 2025, εξασφαλίζοντας ελάχιστη παρακολούθηση 6 μηνών. Οι ασθενείς κατατάχθηκαν με βάση την παρουσία ή απουσία περιπρωκτικής νόσου (ΠΝ). Συγκρίναμε τα δημογραφικά δεδομένα, την έκταση της νόσου, την ανάπτυξη, την πορεία της νόσου, τη χρήση βιολογικών θεραπειών και τις χειρουργικές παρεμβάσεις μεταξύ των δύο ομάδων.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν συνολικά 52 παιδιατρικοί ασθενείς με NC. Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση ήταν 10,5 έτη, με μέση διάρκεια παρακολούθησης 3,8 έτη. Η ομάδα αποτελούνταν κατά 53,3% από αγόρια. Από αυτούς 15 (28.8%) είχαν περιπρωκτική νόσο - 6 παρουσίασαν συρίγγια και αποστήματα και 9 ραγάδες και δερματικά σαρκία. Η ΠΝ ήταν εμφανής κατά τη διάγνωση σε όλους τους ασθενείς. Η παρουσία της ΠΝ συσχετίστηκε με ανεπαρκή ανάπτυξη ($p = 0,003$) και χρήση βιολογικών θεραπειών ($p = 0,005$). Τρεις ασθενείς χρειάστηκαν χειρουργική παρέμβαση.

Συμπεράσματα: Οι παιδιατρικοί ασθενείς με NC και ΠΝ φαίνεται ότι απαιτούν πιο εντατική θεραπεία, με τη χρήση βιολογικών παραγόντων να είναι η κύρια θεραπευτική επιλογή. Επίσης χρειάζονται τακτικές διατροφικές εκτιμήσεις για να διασφαλιστεί η επαρκής ανάπτυξη και εξέλιξη.

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

Ε. Μαγγανάρη, Α. Κοντονικόλα, Φ. Δημουλιός, Δ. Καπετάνος

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

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με έξαρση ελκώδους κολίτιδας και μετέπειτα διάγνωση πολλαπλής σκλήρυνσης που τέθηκε σε αγωγή με ozanimod.

Μέθοδος: Ασθενής 25 ετών με διάγνωση ελκώδους κολίτιδας από διαιτίας, (αριστερή ελκώδης κολίτιδα Mayo 2) υπό αγωγή με vedolizumab από τριμήνου και προηγούμενες θεραπείες με 5-ASA, per os στεροειδή, εμφάνισε αιμωδίες δεξιού άνω άκρου από μηνός. Από τον απεικονιστικό και εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν εστίες απομυελίνωσης περικοιλιακά (MRI εγκεφάλου) και ολιγοκλωνικές ζώνες τύπου 3 από το ENY, συμβατές με τη διάγνωση της Πολλαπλής Σκλήρυνσης. Παράλληλα, η ασθενής εμφάνισε έξαρση με επεισόδια διαρροϊκών κενώσεων με αίμα, διενεργήθηκε κολοσκόπηση που ανέδειξε πανκολίτιδα Mayo 3. Έλαβε per os στεροειδή σε υψηλές δόσεις και αποφασίστηκε η έναρξη Ozanimod, σε έδαφος έξαρσης ελκώδους Κολίτιδας και της πρόσφατης διάγνωσης Πολλαπλής Σκλήρυνσης.

Αποτέλεσμα: Η ασθενής εμφάνισε πλήρη ύφεση της νευρολογικής σημειολογίας και ενδοσκοπική και κλινική βελτίωση της κολίτιδας, με σταδιακή αποκλιμάκωση των per os στεροειδών.

Συμπέρασμα: Οι τροποποιητές των υποδοχέων S1P (ozanimod, etrasimod) αποτελούν εγκεκριμένη θεραπεία στην ελκώδη κολίτιδα. Η θεραπευτική προσέγγιση σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και απομυελινωτικά νοσήματα αποτελεί μία ιδιαίτερη κλινική πρόκληση, δεδομένου ότι η χρήση TNFi αποτελεί αντένδειξη και δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα ασφάλειας σχετικά με τη χρήση JAKi. Ως εκ τούτου, οι S1PRMs αποτελούν μία αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή στην ασφαλή διαχείριση των δύο νοσημάτων. Αυτή η κλινική περίπτωση αναδεικνύει τη σημασία των συννοσηροτήτων στην επιλογή της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής. Η εξατομικευμένη θεραπευτική στρατηγική, βασισμένη σε λεπτομερή αξιολόγηση του κλινικού προφίλ του ασθενούς, αποτελεί το κλειδί για την επίτευξη της βέλτιστης θεραπευτικής ανταπόκρισης σε παρόμοιες περιπτώσεις.

ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ VS ΛΕΜΦΩΜΑ

Αφροδίτη Μπιτούλη

Ιδιωτικό Ιατρείο

Σκοπός: Πολλές φορές είναι δύσκολο κλινικά, ενδοσκοπικά και ιστολογικά να διαφοροδιαγνωστούν τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου από άλλες παθήσεις. Σκοπός είναι η περιγραφή μιας σπάνιας περίπτωσης malt λεμφώματος ορθού που ο ασθενής λάμβανε βιολογικό παράγοντα με διάγνωση ελκώδους κολίτιδας.

Υλικό-Μέθοδοι: 42 χρονος ασθενής προσήλθε αιτιώμενος εμμένουσα απώλεια αίματος από το ορθό, περιπρωκτικό πόνο και δυσκολία στην κένωση, παρόλο που από έτους είχε διαγνωστεί με ελκώδη ορθίτιδα για την οποία λάμβανε αρχικά αμινοσαλικυλικά και έπειτα inj adalimumab 40mg/2wk. Στο 2^ο μήνα θεραπείας με adalimumab εμφάνισε εκτεταμένο ψωριασιόμορφο εξάνθημα άκρων χεριών και ποδιών, μη ανταποκρινόμενο σε τοπική αγωγή. Σε νέα ενδοσκόπηση αναδείχτηκε στο ορθό (αμέσως μετά από τον πρωκτικό δακτύλιο και για 3cm) υπεργεργμένη βλάβη, σαφώς περιγεγραμμένη, με ελκωτικά στοιχεία. Πραγματοποιήθηκε μαγνητική πυέλου που ανέδειξε διατοιχωματική βλάβη 10Cm από το δακτύλιο με ρυπαρότητα του μεσοοθρικού λίπους και λεμφαδένες. Η παθολογοανατομική εξέταση (εξέταση από δυο διαφορετικά εργαστήρια) ανέφερε ευρήματα συμβατά με ελκώδη κολίτιδα.

Αποτελέσματα: Έγινε διακοπή του adalimumab, έναρξης πρεδνιζολόνης με μειούμενο δοσολογικό σχήμα για 2 μήνες και κατόπιν νέα ενδοσκόπηση. Ενδοσκοπήθηκε η βλάβη, χωρίς ελκωτικά στοιχεία, και η νέα παθολογοανατομική εξέταση ανέδειξε ευρήματα υπέρ διήθησης από χαμηλού βαθμού κακοήθειας, B-κυτταρικής αρχής, μη Hodgkin λέμφωμα, από κύτταρο της περιφερικής ζώνης, του τύπου του μαλτώματος.

Συμπεράσματα: Πολλές φορές είναι δύσκολη η διάγνωση κάποιων σπάνιων νοσημάτων και απαιτείται καλός κλινικός, ενδοσκοπικός, απεικονιστικός έλεγχος και επανάληψη κάποιων εξετάσεων, ιδιαίτερα όταν η ενδοσκοπική εικόνα δεν συνάδει με τα υπόλοιπα ευρήματα. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στη διάγνωση των Φλεγμονωδών Νοσημάτων του εντέρου και ακόμη περισσότερη πριν την θεραπευτική αντιμετώπιση με βιολογικές θεραπείες.

ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΦΝΕ) & COVID-19

Δρ. Καλλιόπη Μέγαρη

CITY College, University of York Europe Campus, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η COVID-19 προκαλεί, ανάμεσα σε άλλα, και συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα, όπως ναυτία και έμετο, κοιλιακό άλγος, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, απώλεια όρεξης και απώλεια βάρους και αυτά τα συμπτώματα έχουν συνδεθεί με νευρογνωστική δυσλειτουργία. Σύμφωνα με μελέτες, οι ασθενείς με COVID-19 που αναφέρουν τα γαστρεντερικά συμπτώματα ως τις κυρίαρχες εκδηλώσεις, έχουν χειρότερες επιδόσεις σε νευρογνωστικά τεστ από εκείνους που δεν υποφέρουν από τέτοια συμπτώματα. Σε αυτή τη μελέτη, εξετάσαμε εάν ασθενείς με Φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (ΦΝΕ) και COVID-19 με γαστρεντερικά συμπτώματα παρουσίαζαν νευρογνωστική δυσλειτουργία.

Υλικά και Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν 77 ασθενείς με ΦΝΕ και Covid-19, οι οποίοι χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: την ομάδα του γαστρεντερικού (n=39) που παρουσίαζε κυρίαρχα γαστρεντερικά συμπτώματα όπως η ανορεξία, ναυτία, έμετος, διάρροια και κοιλιακό άλγος και η ομάδα χωρίς γαστρεντερικά συμπτώματα (n=38), οι οποίοι ανέφεραν πυρετό, κόπωση και συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα ως κύρια συμπτώματα. Η νευροψυχολογική αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε με ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν σε όλους τους ασθενείς, τρεις μήνες μετά το πρώτο θετικό τεστ PCR για COVID-19.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με συμπτώματα γαστρεντερικά είχαν σημαντικά χαμηλότερη επίδοση σε νευροψυχολογικές λειτουργίες όπως μακροπρόθεσμη μνήμη, οπτικο-χωρική αντίληψη, εκτελεστική λειτουργία, λεκτική μνήμη και βραχυπρόθεσμη μνήμη, σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς γαστρεντερικά συμπτώματα ($p=0.000$). Συμπεράσματα: Βρήκαμε ότι υπήρχε σημαντική σχέση μεταξύ της γνωστικής λειτουργίας και των συμπτωμάτων του γαστρεντερικού συστήματος. Αυτό υποδεικνύει ότι οι ασθενείς με ΦΝΕ και COVID-19 με συμπτώματα γαστρεντερικού συστήματος μπορεί να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν ελλείμματα στη μνήμη τους και σε άλλες πτυχές της νόησης.

ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΝΟΣΟΥ CROHN ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ >65 ΕΤΩΝ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

**Δ. Λάζου, Η. Λαζαρίδης, Η. Βαχλιώτης, Ν. Πρωτόγερος, Χ. Ταλουμτζής, Α. Νάκος,
Α. Μπουμπόναρης**

Γαστρεντερολογική Κλινική, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαιδεύσεως, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η νόσος Crohn μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες. Η κατανομή και η συμπτωματολογία σε ασθενείς >65 ετών έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς.

Σκοπός: Η καταγραφή κλινικών και ενδοσκοπικών χαρακτηριστικών ασθενών >65 ετών με 1^η διάγνωση νόσου Crohn.

Μέθοδος- Ασθενείς: Αναδρομική μελέτη από Απρ 2014 έως Νοε 2024 σε ασθενείς >65 ετών που διαγνώστηκαν για πρώτη φορά με νόσο Crohn. Κατεγράφησαν κλινικά, εργαστηριακά, ενδοσκοπικά ευρήματα, η πορεία των ασθενών, επιπλοκές, πιθανότητα χειρουργείου και θνησιμότητα.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθησαν 19 ασθενείς (12 άρρενες, 63.16%), μέσης ηλικίας 69.2 ετών (εύρος 65-91). Ως αιτία διάγνωσης της νόσου ήταν κοιλιακό άλγος (9/19, 47.36%), αναιμία (5/19, 26.31%), ειλεός (2/19, 10.53%), εμπύρετο αγνώστου αιτιολογίας/αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (2/19, 10.53%), protein losing enteropathy (1/19, 5.26%). Η εντόπιση της νόσου ήταν: παχύ έντερο 13/19 ασθενείς (68.42%), λεπτό έντερο 4/19 (21.06%) και ειλεοκολική εντόπιση 2/19, 10.53%). Δεν υπήρχε ασθενής με περιπρωκτική νόσο ή εντόπιση στο ανώτερο πεπτικό. Στενωτική νόσο εμφάνιζαν 6/19 ασθενείς (31.59%). Χαμηλό BMI (<18.5) είχαν οι 14/19 ασθενείς (73.7%) και αυξημένη CRP 17/19 ασθενείς (89.5%). 5/19 ασθενείς χρειάστηκε να υποβληθούν σε χειρουργείο εξαιτίας της νόσου (26.31%) και δύο απεβίωσαν από επιπλοκές της νόσου σε <3 μήνες από τη διάγνωση.

Συμπεράσματα: Η νόσος Crohn ως 1^η εκδήλωση σε άτομα >65 ετών, έχει ιδιαίτερα κλινικά και ενδοσκοπικά χαρακτηριστικά σε σχέση με νεότερες ηλικίες ενώ λόγω συνυπάρχουσων παθήσεων η νοσηρότητα και η πιθανότητα χειρουργικής παρέμβασης είναι αυξημένες.

ΠΥΩΔΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΚΑΙ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ 11 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Α. Μπιτούλη, Λ. Σιδεράς, Γ. Κοκκώνης, Π. Αγοραστού, Ι. Παχιαδάκης, Ι. Γούλης

*Γαστρεντερολογικό Τμήμα Δ' Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη*

Σκοπός: Η πυώδης ιδρωταδενίτιδα (HS) είναι χρόνια φλεγμονώδης δερματοπάθεια, που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα οζίδια, αποστήματα και συρίγγια, με επίπτωση περίπου 1% στον γενικό πληθυσμό. Παρουσιάζει κοινά παθογενετικά, κλινικά, ιστολογικά και θεραπευτικά χαρακτηριστικά με τη νόσο Crohn (NC). Η επίπτωσή της σε ασθενείς με NC ανέρχεται στο 12,4-17,9%, ενώ περίπου 3% των ασθενών με HS παρουσιάζουν NC. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των χαρακτηριστικών και της θεραπευτικής διαχείρισης ασθενών με συνύπαρξη ΙΦΝΕ και HS.

Υλικό και Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη σε ασθενείς με ΙΦΝΕ και HS. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, κάπνισμα) και χαρακτηριστικά της νόσου (μέση ηλικία διάγνωσης και διάρκεια ΙΦΝΕ, ταξινόμηση κατά Montreal, ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, κατάταξη HS κατά Hurley) σε προκαθορισμένη βάση δεδομένων.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 11 ασθενείς (10 με NC και 1 με ελκώδη κολίτιδα), εκ των οποίων το 63,6% ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία διάγνωσης της ΙΦΝΕ ήταν 25 έτη ($\pm 10,0$), με μέση διάρκεια νόσου 10,3 έτη ($\pm 7,7$). Η μέση ηλικία διάγνωσης της HS ήταν 26,8 έτη ($\pm 16,8$). Στο 45,5% των ασθενών τα συμπτώματα της HS προϋπήρχαν της διάγνωσης ΙΦΝΕ, ενώ στο 27,2% η διάγνωση της HS τέθηκε κατά τη διερεύνηση αυξημένων δεικτών φλεγμονής, παρά τη φαινομενική ύφεση του ΙΦΝΕ. Το 80% των ασθενών με NC και ο μοναδικός ασθενής με UC εμφάνιζαν περιπρωκτική και συριγγοποιό νόσο. Η βαρύτητα της HS κατανεμήθηκε ως εξής: Hurley I (36,3%), II (27,2%) και III (36,3%). Στο 63,6% η διάγνωση της HS τέθηκε μετά τη διάγνωση του ΙΦΝΕ. Όλοι οι ασθενείς λάμβαναν βιολογική θεραπεία, ενώ το 90,9% βρισκόταν σε ύφεση και για τα δύο νοσήματα. Τα θεραπευτικά σχήματα περιλάμβαναν: adalimumab (18,2% - 40 mg/2 εβδομάδες, 18,2% - 40 mg/εβδομάδα), infliximab (18,2% - 5 mg/4 εβδομάδες), upadacitinib (18,2% - 30 mg/ημέρα), ustekinumab (18,2% - ανά 8 εβδομάδες). Ένας ασθενής λάμβανε τοπική αγωγή για την HS και βουδεσονίδη για την NC.

Συμπεράσματα: Η πλειονότητα των ασθενών με συνύπαρξη HS και ΙΦΝΕ παρουσίαζε σοβαρή φλεγμονώδη εντερική νόσο με περιπρωκτική εντόπιση και συρίγγια, νεαρή ηλικία διάγνωσης και μακρά διάρκεια νόσου. Η βιολογική θεραπεία επέφερε ύφεση και των δύο νοσημάτων στο 90,9% των περιπτώσεων. Απαιτούνται μελέτες με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων.

ΣΠΑΝΙΕΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΙΡΑΑ

Γ. Σαχτούρης¹, Λ. Δ. Λαζαρίδης¹, Σ. Περιστεράκη², Χ. Οικονόμου², Π. Αλεπάς², Θ. Εμμανουήλ¹

¹ Γαστρεντερολογική Ηπατολογική Κλινική, Metropolitan General, Αθήνα

² Ε' Χειρουργική Κλινική Π Εντέρου -Ορθού -πρώκτου, Metropolitan General, Αθήνα

Σκοπός: Η ολική κολεκτομή με δημιουργία νεοληκύθου (ΙΡΑΑ) αποτελεί επέμβαση εκλογής σε ανθεκτική στη συντηρητική αγωγή ελκώδη κολίτιδα. Παρά το γεγονός της αφαίρεσης του παχέος εντέρου (όργανο-στόχος) για την ελκώδη κολίτιδα, οι ασθενείς παρουσιάζουν σπάνιες δερματικές εκδηλώσεις ακόμα και μετά την επέμβαση ΙΡΑΑ με άγνωστη κλινική σημασία.

Υλικό-Μέθοδοι: παρουσιάζουμε δύο ασθενείς που χειρουργήθηκαν με ολική κολεκτομή για ανθεκτική ελκώδη κολίτιδα και ανέπτυξαν γαγγραινώδες πυόδερμα και σκληρό ερύθημα αρκετά έτη μετά την εκτομή-δημιουργία νεοληκύθου και σύγκλειση της προσωρινής ειλεοστομίας. Υποβλήθηκαν σε ιστολογική εξέταση των δερματικών βλαβών και σε ενδοσκοπικό έλεγχο πριν και μετά την αντιμετώπιση των βλαβών.

Αποτελέσματα: Η πρώτη που διαγνώστηκε με γαγγραινώδες πυόδερμα έλαβε τοπική και συστηματική θεραπεία με αντιβιοτικά και κορτικοστεροειδή σε υψηλές δόσεις με εξαιρετικά αποτελέσματα και προγραμματίζεται η χορήγηση βιολογικού παράγοντα. Ο έτερος ασθενής που διαγνώστηκε με σκληρό ερύθημα (erythema induratum) δεν ανταποκρίθηκε στη συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών και απάντησε σε τοπική ανοσοκατασταλτική θεραπεία. Αμφότεροι παρουσίασαν ενδοσκοπική βελτίωση που ακολούθησε την επιτυχή θεραπεία των δερματικών βλαβών και οι δερματικές βλάβες συσχετίστηκαν με κακή έκβαση της ληκύθου (ανθεκτική λυκηθίτιδα).

Συμπεράσματα: η ανάπτυξη σπάνιων δερματικών βλαβών σε ασθενείς μετά ΙΡΑΑ απαιτεί στενή παρακολούθηση, δραστική αντιμετώπιση προκειμένου να μην έχουμε κακή έκβαση της ληκύθου.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Θ. Τριβυζάκη, Α. Μέλλος, Γ. Φρόνας, Ε. Μαργαρίτης, Κ. Ζαχαρία, Μ. Τοουλιά, Σ. Καρτσώλη, Τ. Αργυράκης, Κ. Κατωπόδη, Ι. Βουγαδιώτης, Σ. Βρακάς

Γαστρεντερολογική Κλινική, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά, Πειραιάς

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να αξιολογήσει κλινικά χαρακτηριστικά μεταξύ ασθενών με ελκώδη κολίτιδα με και χωρίς οικογενειακό ιστορικό ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νοσήματος του εντέρου.

Υλικό-Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη, στην οποία συμπεριλήφθησαν 273 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα. 20 ασθενείς (7.3%) με οικογενειακό ιστορικό ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νοσήματος του εντέρου με 1ου βαθμού συγγενείς (ομάδα Α) και 253 ασθενείς χωρίς οικογενειακό ιστορικό (ομάδα Β).

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στη μέση ηλικία διάγνωσης της ελκώδους κολίτιδας μεταξύ των δυο ομάδων ελέγχου [Α: 34.1 (17,74) vs Β: 38.6 (15,85), $p=0.11$]. Η μέση διάρκεια νόσου των ασθενών με οικογενειακό ιστορικό ΙΦΝΕ ήταν 12.6 έτη (1,28) και των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα χωρίς οικογενειακό ιστορικό 14.2 έτη (1,54), $p=0.27$. 61.9% των ασθενών με οικογενειακό ιστορικό ήταν άνδρες, ενώ στους ασθενείς χωρίς ιστορικό 56%, $p=0.6$. Από τους ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό ΙΦΝΕ μεγαλύτερο ποσοστό έλαβε βιολογικό παράγοντα, χωρίς όμως η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική (Α:50% vs Β:36.3%, $p=0.22$). Μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών με οικογενειακό ιστορικό ΙΦΝΕ υποβλήθηκε σε ολική κολεκτομή (14.2% vs 7.9%, $p=0.31$). Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην έκταση της νόσου μεταξύ των δυο ομάδων ελέγχου.

Συμπεράσματα: Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ομάδες ελέγχου. Ωστόσο, στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και οικογενειακό ιστορικό ΙΦΝΕ παρατηρήθηκαν συχνότερη χρήση βιολογικών παραγόντων και μεγαλύτερο ποσοστό ολικής κολεκτομής.

ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΕΠΑΝΑΧΟΡΗΓΗΣΗ INFLIXIMAB/ΑΖΑΘΕΙΟΠΡΙΝΗΣ ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΣΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ - ΣΟΒΑΡΗ CROHN ΕΙΛΕΟΚΟΛΙΤΙΔΑ, ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΜΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΣΧΗΜΑ ΑΥΤΟ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

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

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

Σύντομο ιστορικό: Άνδρας 38 ετών με διεγνωσμένη Crohn ειλεοκολίτιδα από το 2008, και με κύρια εντόπιση στον τελικό ειλεό, υπεβλήθη σε ειλεοκυτταρική τομή το 2017, λόγω ανεπαρκούς ανταπόκρισης σε συνδυαστική θεραπεία με infliximab και azathioprine, που έλαβε μακροχρονίως και σε εντατικοποιημένη δόση. Μετεγχειρητικώς παρουσίασε βαρεία υποτροπή με κύρια εντόπιση αυτή τη φορά στο ορθοσιγμοειδές, η οποία δεν ανταποκρίθηκε στο εντατικοποιημένο σχήμα vedolizumab. Ακολούθησε αλλαγή σε ustekinumab, με κλινική, βιοχημική και ενδοσκοπική βελτίωση, η οποία επέτρεψε τη σταδιακή αποδέσμευση του ασθενούς από τα στεροειδή. Ο ασθενής παρέμεινε στην ίδια θεραπεία για 5 έτη, οπότε και παρουσίασε κυρίως ενδοσκοπική επιδείνωση στο νέο-ειλεό, η οποία δεν ανταποκρίθηκε στην εντατικοποίηση του ustekinumab μετά από ένα έτος. Σε εκείνο το χρόνο ο ασθενής παρουσίασε σοβαρή έξαρση που περιέλαβε και το ορθοσιγμοειδές, με εμπύρετο, πολλαπλές διαρροϊκές κενώσεις, υψηλούς δείκτες φλεγμονής (CRP > 200 mg/dl) και έγινε έναρξη upadacitinib, με πτωχά αποτελέσματα. Επαναχορηγήθηκαν (αφού αποκλείστηκαν ενδελεχώς λοιμώδεις παράγοντες συμπεριλαμβανομένων του C. Difficile και CMV) υψηλές δόσεις στεροειδών και προετοιμάστηκε η διαδικασία έγκρισης και προμήθειας risankizumab. Εν αναμονή των ανωτέρω διαδικασιών και λόγω της σοβαρής κλινικής και εργαστηριακής ενεργότητας της νόσου επιχειρήθηκε η θεραπεία διάσωσης με επαναχορήγηση infliximab/αζαθειοπρίνης, σχήμα που δεν είχε χορηγηθεί μετεγχειρητικά τα τελευταία 9 έτη. Ο ασθενής παρουσίασε εντυπωσιακή ανταπόκριση, με ύφεση του εμπύρετου, ομαλοποίηση των κενώσεων και της crp, παραμένοντας ελεύθερος στεροειδών για 8 μήνες, συνεχίζοντας τη θεραπεία με infliximab (σε δόση 5mg/kg/4w) και αζαθειοπρίνη. Η πρόσφατη ενδοσκόπηση ανέδειξε βελτίωση της εικόνας στο ορθοσιγμοειδές. Να σημειωθεί ότι δεν παρατηρήθηκε κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια (αντίδραση υπερευαισθησίας - άμεση ή επιβραδυνόμενη) κατά την επανέναρξη του infliximab.

Συμπεράσματα: Μελέτες μικρού αριθμού ασθενών με ανθεκτική Crohn, έχουν αναδείξει κάποιου βαθμού αποτελεσματικότητα από την επαναχορήγηση του infliximab, παρά το ιστορικό απώλειας της ανταπόκρισης, μη σχετιζόμενης με υποθεραπευτικά επίπεδα φαρμάκου, τονίζοντας όμως την ύπαρξη αξιολογικού κινδύνου ανεπιθύμητων ενεργειών^{1,2}. Στην περίπτωσή μας, η μη χορήγηση του infliximab μετεγχειρητικά και η μακρά ύφεση της νόσου στο παχύ, όσο ο ασθενής ελάμβανε infliximab/αζαθειοπρίνη, βάρυναν την απόφασή μας να επαναχορηγήσουμε το σχήμα ως διάσωση (εν αναμονή της προμήθειας του risankizumab), ώστε να μειωθεί το φλεγμονώδες φορτίο και να προληφθούν τυχόν επιπλοκές μιας παρατεταμένα σοβαρά ενεργού Crohn ορθοσιγμοειδίτιδας.

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

eP62

**ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ *Clostridioides difficile* ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ
ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΝΟΣΟ- ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Ν. Ρόδης¹, Β.-Κ. Τσαπαδίκου², Χ. Οικονομοπούλου³, Χ. Ξινή⁴, Χ. Πότσιος⁵, Π. Ξαπλαντέρη⁶

¹ Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

² Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

³ Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ανατολικής Αχαΐας, Ν. Μ. Καλαβρύτων, Καλάβρυτα

⁴ Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικόν, Χαϊδάρι

⁵ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

⁶ Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ανατολικής Αχαΐας, Ν. Μ. Αιγίου, Αίγιο

Σκοπός : Η αναζήτηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας σχετικά με τη λοίμωξη της κοινότητας από *Clostridioides difficile* (Community acquired *Clostridioides difficile* infection, CA-CDI) στους ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη εντερική νόσο (ΙΝΦΕ).

Υλικό-Μέθοδοι: Έγινε αναζήτηση βιβλιογραφίας στο PubMed με τους όρους: «[(community acquired *Clostridioides difficile* infection) AND (site) AND (inflammatory bowel disease)]»

Αποτελέσματα : Η CA-CDI έχει συσχετιστεί με την ιδιοπαθή φλεγμονώδη εντερική νόσο (ΙΝΦΕ) στη βιβλιογραφία. Η χρόνια φλεγμονή και το μειωμένο μικροβίωμα του εντέρου ευνοούν τον αποικισμό από *C. difficile* απουσία λήψης αντιβιοτικών ή πρόσφατης νοσηλείας. Οι ασθενείς με ΙΝΦΕ γίνονται ασυμπτωματικοί φορείς του βακτηρίου σε υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου. Η CDI μπορεί να προκαλέσει την αρχική εκδήλωση της νόσου και να ευνοήσει υποτροπές. Η στροφή της χλωρίδας του εντέρου προς όφελος των προαιρετικώς αναερόβιων βακτηρίων διευκολύνει τον αποικισμό του εντέρου από το βακτήριο. Άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες αποικισμού στην ΙΝΦΕ: υποσιτισμός, χορήγηση βιολογικών παραγόντων, μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και η ανοσοκατασταλτική θεραπεία. Η χορήγηση αναστολέα TNF-α φαίνεται να διπλασιάζει την πιθανότητα CDI σε ασθενείς με ΙΝΦΕ. Η χρήση του infliximab ευνοεί την υποτροπή της νόσου. Επιπλέον, όλο και περισσότερες μελέτες περιγράφουν την παρουσία των σπόρων σε τρόφιμα και αποικισμό σε ζώα συντροφιάς.

Καθώς το γονιδίωμα του *C. difficile* παρουσιάζει αξιοσημείωτα επίπεδα πλαστικότητα, η γενετική ανταλλαγή μεταξύ ζώων και ανθρώπων προκαλεί ανησυχία. Αν και η CA-CDI δεν έχει καθιερωθεί ως τροφιογενής ή ζωονοσογόνος νόσος, υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν προς αυτή την κατεύθυνση. Στη βιομηχανία τροφίμων δεν έχουν αναπτυχθεί ακόμη διαδικασίες χρυσού προτύπου ή ISO για την ανίχνευση του *C. difficile* σε πρώτες ύλες και προϊόντα διατροφής. Η ικανότητα των σπόρων να επιβιώνουν σε τυπικές διαδικασίες μαγειρέματος και σε αβιοτικές επιφάνειες, ο σχηματισμός βιομεμβράνης και η επιβίωση μέσα σε βιομεμβράνες άλλων βακτηρίων, καθιστούν ακόμη και έναν μικρό αριθμό σπόρων ικανό να μολύνει τα τρόφιμα, ο οποίος δεν ανιχνεύεται καθώς δεν υπάρχουν επαρκείς μέθοδοι.

Συμπεράσματα: Η CA-CDI πρέπει να συμπεριληφθεί στην εκτίμηση της διάρροιας και της επιδείνωσης των συμπτωμάτων κολίτιδας στους ασθενείς με ΙΝΦΕ. Η λοίμωξη από το βακτήριο μπορεί να είναι το έναυσμα της νόσου ή η αιτία υποτροπής στους ασθενείς αυτούς.

ΠΡΩΙΜΗ ΕΝΑΡΞΗ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ): ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Ι. Ψαρουδάκης¹, Δ. Ε. Αρνά¹, Χ. Σκουλούδη¹, Μ. Φραγκάκη¹, Μ. Βελεγράκη¹, Κ. Κουκούτση¹,
Μ. Μαραγκουδάκη², Α. Θεοδοροπούλου¹

¹ Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Βενιζέλιο Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

² Παιδιατρική κλινική Βενιζέλιο Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια καταγράφεται αύξηση της επίπτωσης της ΙΦΝΕ σε νεότερες ηλικίες. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των χαρακτηριστικών ασθενών με έναρξη της νόσου πριν την ηλικία των 19 ετών.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη σε ασθενείς με ΙΦΝΕ που παρακολουθούνται στο Βενιζέλιο και αναλύθηκαν δεδομένα 15 ετών (2010-2024). Εισήχθησαν στη μελέτη συνεχόμενοι ασθενείς με ΙΦΝΕ με έναρξη παρακολούθησης στο τμήμα μας το παραπάνω χρονικό διάστημα και των οποίων η διάγνωση ετέθη πριν την ηλικία των 19 ετών. Οι περισσότεροι αφορούσαν μετάβαση από την παιδιατρική κλινική. Συλλέχθηκαν δεδομένα από ηλεκτρονική βάση καταγραφής και αφορούσαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, τον φαινότυπο της νόσου, το θεραπευτικό σχήμα και την έκβαση.

Αποτελέσματα: Από 789 συνεχόμενους ασθενείς, 69 (8%) διαγνώστηκαν <19 ετών. Το 37% ήταν άνδρες, με μέση ηλικία διάγνωσης τα 15,6 έτη ($\pm 3,4$). Οι 35 (50%) είχαν νόσο Crohn (CD): Η πλειονότητα με φλεγμονώδη φαινότυπο ενώ 10 ασθενείς (28%) είχαν περιπρωκτική νόσο. Όσον αφορά στη φαινοτυπική κατανομή: Ειλείτιδα (L1): 25%, κολίτιδα (L2): 2%, ειλεοκολίτιδα (L3): 74%, προσβολή ανώτερου πεπτικού: 57%. Οι 34 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (UC) παρουσίασαν: εκτεταμένη νόσο (E1): 67%, αριστερή κολίτιδα (E2): 17%, ορθίτιδα (E3): 8%.

Όσον αφορά στη θεραπεία: 34 έλαβαν μεσαλαμίνη, 33 ανοσοκατασταλτικά (αζαθειοπρίνη: 24, μεθοτρεξάτη: 9). Βιολογική θεραπεία απαιτήθηκε σε 42 ασθενείς (66% CD): αντι-TNF: 41, αντι-ιντεγκρίνη: 4, αντι-IL-12/23: 7, JAK αναστολέας: 8. Είκοσι ασθενείς έλαβαν ≥ 2 βιολογικούς παράγοντες και 8 (7 με CD) υποβλήθηκαν σε χειρουργείο. Εισαγωγή βιολογικής θεραπείας απαιτήθηκε νωρίς κατά τη διάρκεια της νόσου (38 μήνες από την έναρξή της)

Συμπέρασμα: Η πρώιμη εμφάνιση ΙΦΝΕ αφορά το 8% των ασθενών, με σημαντική ανάγκη για επιθετική θεραπευτική προσέγγιση, ιδιαίτερα στη νόσο Crohn. Απαιτούνται μεγαλύτερες προοπτικές μελέτες για την κατανόηση της φυσικής πορείας της νόσου σε αυτές τις ηλικίες.

Κατεβάστε την εφαρμογή