

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ

»» ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΛΕΤΗΣ,
ΕΡΕΥΝΑΣ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΑΓΓΕΙΩΝ, ΚΑΡΔΙΑΣ,
ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΚΑΙ ΝΕΦΡΩΝ

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ με τη:



ΜΟΝΑΔΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ-ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ,
Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
& ΟΜΩΝΥΜΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ,
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΕΚΠΑ,
ΓΝΑ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

5ⁿ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ
ΜΕ ΘΕΜΑ:

Αγγειίτιδες

Σύγχρονα ερωτήματα
και απαντήσεις

*Ξεχωριστή ενότητα με παρουσίαση
πρωτότυπων ερευνητικών εργασιών*

Χορηγούνται
12 Μόρια
Συνεχιζόμενης
Ιατρικής
Εκπαίδευσης
(CME-CPD)

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ

Crowne Plaza

Αθήνα

27-28

Σεπτεμβρίου

2 0 1 9

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



5ⁿ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ: **Αγγειίτιδες**

» Χαιρετισμός

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Με χαρά σας καλωσορίζουμε για 5ⁿ συνεχή χρονιά στη Δημερίδα που είναι αποκλειστικά αφιερωμένη στις Αγγειίτιδες με τίτλο: **«ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ: ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ»**. Η Δημερίδα συνδιοργανώνεται για μια ακόμη χρονιά από τη Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας της Β' Παθολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ (Ιπποκράτειο ΓΝΑ) σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Μελέτης, Έρευνας και Εκπαίδευσης Νοσημάτων Αγγείων, Καρδιάς, Εγκεφάλου και Νεφρών (Ι.Ν.Α.Κ.Ε.Ν) την **Παρασκευή 27** και το **Σάββατο 28 Σεπτεμβρίου 2019** στην Αθήνα (Ξενοδοχείο Crowne Plaza).

Η επιτυχία των προηγούμενων 4 ετήσιων εκδηλώσεων (> 150 συμμετέχοντες), δείχνει τις ανεκπλήρωτες εκπαιδευτικές ανάγκες για αυτή την ομάδα των παθήσεων που αφορούν όλες τις υπο-ειδικότητες της Ιατρικής τόσο σε πρωτοβάθμιο όσο και σε δευτεροβάθμιο επίπεδο υγείας.

Στόχος της φετινής Δημερίδας είναι να παρουσιάσει με διδακτικό τρόπο τα σύγχρονα ερωτήματα που αφορούν την παθογένεια, διάγνωση και αντιμετώπιση των αγγειϊτιδων παρέχοντας παράλληλα τεκμηριωμένες απαντήσεις (όπου αυτές είναι διαθέσιμες). Ειδικότερα, έχουν προγραμματιστεί Στρογγυλά Τραπέζια για την παθογένεση των αγγειϊτιδων, τη διαφορική διάγνωση παθήσεων που μιμούνται αγγειϊτιδες, τη σημασία των αρχείων ασθενών για αυτές τις παθήσεις, την αντιμετώπιση των ανθεκτικών περιπτώσεων ασθενών με αγγειϊτιδες καθώς και τα νεότερα δεδομένα για την απεικόνιση των αγγειϊτιδων μεγάλων αγγείων και τη θεραπεία με τους νεότερους βιολογικούς και μη παράγοντες.

Όπως και τις προηγούμενες χρονιές, θα υπάρχουν ειδικές συνεδρίες με την παρουσίαση πρωτότυπων ερευνητικών εργασιών, την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας της τελευταίας χρονιάς για τις αγγειϊτιδες καθώς και παρουσίαση-συζήτηση διδακτικών περιπτώσεων ασθενών με αγγειϊτιδες.

Η παρουσία ενός εκλεκτού επιτελείου Ελλήνων και ξένων ομιλητών με μακροχρόνια εμπειρία στο αντικείμενο αυτό εγγυάται την επιτυχία της εκδήλωσης και την εκπλήρωση των στόχων που έχουν τεθεί. Η ενεργός συμμετοχή σας είναι όπως πάντα η αναγκαία προϋπόθεση για την επιτυχία αυτής της συνεχιζόμενης εκπαιδευτικής δραστηριότητας.

Με εκτίμηση,

Δημήτριος Βασιλόπουλος

Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής
Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας

»» Επιτροπές

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Δ. Βασιλόπουλος

Μέλη: Ι. Μπολέτης
Δ. Πετράς
Κ. Τσιούφης
Κ. Φίλης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μέλη: Θ. Αποστόλου
Π. Βεργίνης
Ο. Βουγιούκα
Α. Γαρύφαλλος
Θ. Δημητρούλας
Π. Γιάννου
Κ. Θωμάς
Α. Καρράς
Γ. Κήτας
Σ. Λιονάκη
Σ. Μαρινάκη
Κ. Μαυραγάνη
Γ. Μουστάκας
Κ. Μποκή
Δ. Μπούμπας
Π. Σταμάτης
Ι. Στεφανίδης
Π. Π. Σφηκάκης
Μ. Τεκτονίδου
Χ. Τσαλαπάκη



5ⁿ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ: **Αγγειίτιδες**

» Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή **27 Σεπτεμβρίου** 2019

14:00-15:00 Προσέλευση – Εγγραφές

15:00-16:30 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΒΗΜΑ: ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ
Παρουσιάσεις ερευνητικών εργασιών
με αντικείμενο τις αγγειίτιδες
Προεδρείο: **Θ. Αποστόλου, Κ. Χατζηδιονυσίου**

ΕΑ1: ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΡΘΡΗΡΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ 216 ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Τσαλαπάκη Χ.^{1,2}, Λαζαρίνη Α.^{1,8}, Μποκή Κ.^{1,3}, Ηλιόπουλος Α.⁴, Σφηκάκης Π.Π.^{1,5}, Τεκτονίδου Μ.^{1,5}, Βούλγαρη Π.⁶, Γεωργούντζος Α.⁷, Ελέζογλου Α.⁸, Παπαγόρας Χ.⁹, Δημητρούλας Τ.¹⁰, Μπούμπας Δ.^{1,11}, Βοσβοτέκας Γ.¹², Βασιλόπουλος Δ.^{1,2}

- 1 Κοινό Πρόγραμμα Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΕΚΠΑ,
- 2 Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιπποκράτειο ΓΝΑ, Αθήνα,
- 3 Ρευματολογική Κλινική, Νοσοκομείο Σισμανόγλειο, Αθήνα,
- 4 Ρευματολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΙΤΣ, Αθήνα
- 5 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα
- 6 Ρευματολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων,
- 7 Ρευματολογική Κλινική, Γ. Γεννηματάς Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας
- 8 Ρευματολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπείου Βούλας, Αθήνα
- 9 Ρευματολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης,
- 10 Δ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη
- 11 Δ' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Αττικόν, Αθήνα
- 12 Ιδιώτης Ρευματολόγος, Θεσσαλονίκη

ΕΑ2: ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΣΟΠΕΝΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΕΚΠΤΩΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Λιονάκη Σ.¹, Μαρινάκη Σ.¹, Καλογερόπουλος Π.¹, Λιάπης Γ.², Κάψια Ε.¹, Τζιούφας Α.³, Μπολέτης Ι.Ν.¹

- 1 Νεφρολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή
- 2 Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Λαϊκό Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή
- 3 Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή

ΕΑ3: INCIDENCE AND SEASONAL VARIATION OF BIOPSY-PROVEN GIANT CELL ARTERITIS – REVISITED. A 20 YEARS POPULATION-BASED STUDY FROM SWEDEN

Stamatis P.^{1,3}, Turesson C.^{2,3}, Nilsson JA^{2,3}, Mohammad AJ^{1,4}

- 1 Rheumatology, Department of Clinical Sciences, Lund University, Lund, Sweden
- 2 Rheumatology, Department of Clinical Sciences, Malmö, Lund University, Malmö, Sweden
- 3 Department of Rheumatology, Skåne University Hospital, Lund-Malmö, Sweden
- 4 Department of Medicine, University of Cambridge, Cambridge, UK

EA4: PREVALENCE OF BIOPSY PROVEN GIANT CELL ARTERITIS IN SOUTHERN SWEDEN

Stamatis P.¹, Turkiewicz A.², Englund M.², Turesson C.³, Mohammad AJ⁴

1 Department of Clinical Sciences Lund, Rheumatology, Lund University, Sweden

2 Department of Clinical Sciences Lund, Clinical Epidemiology Unit, Lund University, Sweden

3 Department of Clinical Sciences Malmö, Rheumatology, Lund University, Sweden

4 Department of Medicine, University of Cambridge, UK

EA5: INFECTIONS ARE ASSOCIATED WITH INCREASED RISK OF GIANT CELL ARTERITIS - A POPULATION-BASED CASE-CONTROL STUDY FROM SOUTHERN SWEDEN

Stamatis P.¹, Turkiewicz A.², Englund M.², Jönsson G.³, Nilsson JA¹, Turesson C.⁴, Mohammad AJ⁴

1 Department of Clinical Sciences Lund, Rheumatology, Lund University, Sweden

2 Department of Clinical Sciences Lund, Clinical Epidemiology Unit, Lund University, Sweden

3 Department of Clinical Sciences Lund, Infection Medicine, Lund University, Sweden

4 Department of Clinical Sciences Malmö, Rheumatology, Lund University, Sweden

5 Department of Medicine, University of Cambridge, UK

EA6: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΣΕ ANCA ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Χαλκιά Α.¹, Θωμάς Κ.², Γιάννου Π.¹, Καποτά Α.¹, Τσαλαπάκη Χ.², Αντωνάτου Κ.², Κούκη Π.¹, Βασιλόπουλος Δ.², Πετράς Δ.¹

1 Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ιπποκράτειο", Αθήνα

2 Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ιπποκράτειο", Αθήνα

EA7: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ANCA ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ - ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αργυρίου Ε.¹, Καμπυλαυκά Ε.², Δανιά Β.¹, Μποκή Κ.¹

1 Ρευματολογική Μονάδα – ΓΝΑ Σισμανόγλειο

2 Department of Internal Medicine 3, Rheumatology and Immunology, Erlangen University

EA8: ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΤΑΓΡΑΦΙΚΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ANCA ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΩΝ ΜΕ RNA-SEQ

Μπανός Α.^{1*}, Θωμάς Κ.^{2*}, Γαραντζιώτης Π.^{1*}, Φίλια Α.¹, Μαλισσόβας Ν.¹, Μακρή Α.², Πετράς Δ.³, Νικολόπουλος Δ.^{1,4}, Πιέτα Α.⁴, Κατσιμπρή Α.⁴, Μπερτσιάς Γ.⁵, Μπούμπας Δ.^{1,4}, Βασιλόπουλος Δ.²

1 Εργαστήριο Αυτοανοσίας και Φλεγμονής, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

2 Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

3 Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Αθήνα

4 Δ' Παθολογική Κλινική, Αττικόν Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

5 Κλινική Ρευματολογίας, Κλινικής Ανοσολογίας και Αλλεργιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

* Ισότιμη Συνεισφορά

EA9: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΟΒΑΡΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΑΙ ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΜΕ ΚΟΤΡΙΜΟΞΑΖΟΛΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ANCA-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΕΣ

Θωμάς Κ.¹, Χαλκιά Α.², Δρεκόλιας Δ.¹, Τσαλαπάκη Χ.¹, Λαζαρίνη Α.¹, Κλαυδιανού Κ.¹, Αντωνάτου Κ.¹, Μακρή Α.¹, Χατζάρα Χ.¹, Χατζηγιάννη Α.¹, Κούκη Π.², Πετράς Δ.², Βασιλόπουλος Δ.¹

1 Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Κοινό Πρόγραμμα Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

2 Νεφρολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο ΓΝΑ, Αθήνα



5ⁿ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ: **Αγγειίτιδες**

16:30-17:30	Στρογγυλό Τραπέζι ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΩΝ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ <i>Προεδρείο: Π. Βεργίνης, Κ. Μαυραγάνη</i>	
16:30-16:50	Αλληλούχηση RNA σε ANCA αγγειίτιδες: Νεότερα δεδομένα	Α. Μπανός
16:50-17:10	Ο ρόλος του μικροβιώματος στις αγγειίτιδες	Χ. Μελεξοπούλου
17:10-17:30	Ζωικά πρότυπα αγγειιτίδων: Μαθήματα και προοπτικές	Ν. Μαλισσόβας
17:30-18:00 Διάλειμμα καφέ		
18:00-19:30	Στρογγυλό Τραπέζι ΕΙΝΑΙ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ Η ΟΧΙ; ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ: <i>Προεδρείο: Α. Γεωργούντζος, Α. Γαρύφαλλος</i>	
18:00-18:30	Νεκρωτικές βλάβες άκρων	Μ. Τεκτονίδου
18:30-19:00	Πνευμονική αιμορραγία	Θ. Καράγεωργας
19:00-19:30	Πολλαπλή μονονευρίτιδα	Δ. Δαούσης
19:30-19:45	Χαιρετισμοί – Τελετή έναρξης	
19:45-20:45	ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ <i>Προεδρείο: Δ. Βασιλόπουλος, Δ. Μπούμπας</i> Αρτηρίτιδα Takayasu	Η. Direskeneli

Σάββατο 28 Σεπτεμβρίου 2019

08:30-09:30 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΣΤΙΣ ΑΓΓΕΙΤΙΔΕΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ (ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ)

Προεδρείο: **Α. Ελέζογλου, Γ. Κατσίκας**

08:30-09:00 Βασική έρευνα

Κ. Κλαυδιανού

09:00-09:30 Κλινική έρευνα

Α. Λαζαρίνη

09:30-11:00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΑΡΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΤΙΔΕΣ: ΔΙΕΘΝΗ ΔΕΔΟΜΕΝΑ, ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Προεδρείο: **Γ. Κήτας, Γ. Μουστάκας**

09:30-09:50 Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα - Η Ελληνική εμπειρία

Χ. Τσαλαπάκη

09:50-10:10 Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα - Η Διεθνής εμπειρία

Π. Σταμάτης

10:10-10:30 ANCA-αγγειίτιδες - Η Ελληνική εμπειρία

Κ. Θωμάς

10:30-11:00 Αρτηρίτιδα Takayasu και αγγειακή νόσος Behcet:
Η Τουρκική και Διεθνής εμπειρία

H. Direskeneli

11:00-11:30 **Διάλειμμα καφέ**

11:30-13:00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΑΝΘΕΚΤΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΤΙΔΕΣ: ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥΣ;

Προεδρείο: **Π. Κούκη, Π. Π. Σφηκάκης**

11:30-12:00 Νόσος Behcet με αγγειακή προσβολή

H. Direskeneli

12:00-12:30 Κρυσφαριναιμική αγγειίτιδα

Π. Γιάννου

12:30-13:00 Αγγειίτιδα ΚΝΣ

Α. Φανουριάκης

13:00-15:00 **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΤΙΔΕΣ**

Προεδρείο: **Κ. Μποκή, Δ. Πετράς**

Παρουσίαση περιπτώσεων ασθενών με αγγειίτιδες

Π. Τσακιρίδης - Π. Αθανασίου, Ε. Σταμπολίου, Β. Δανιά, Κ. Βασιλείου,

Α. Παναγιωτόπουλος, Ι. Σούκουλη, Γ. Ηλιόπουλος, Ε. Μπέη,

Α. Εσκιτζής - Κ. Πατερομιχελάκη, Δ. Νικολόπουλος

15:00-15:45 **Διάλειμμα - Ελαφρύ γεύμα**

15:45-17:15 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΑΛΛΕΣ ΑΓΓΕΙΤΙΔΕΣ

Προεδρείο: **Ο. Βουγιούκα, Ι. Στεφανίδης**

15:45-16:15 Νόσος anti-GBM

Μ. Κωστοπούλου

16:15-16:45 Νόσος Kawasaki

Ε. Ατσάλη

16:45-17:15 Αγγειίτιδα αμφιβληστροειδούς

Ν. Μαρκομιχελάκης



5ⁿ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ: Αγγειίτιδες

- 17:15-18:45** **Στρογγυλό Τραπέζι**
ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΙΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ
Προεδρείο: Ε. Καταξάκη, Σ. Μαρινάκη
- 17:15-17:45 Tocilizumab σε ασθενείς με γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα. Τι νεότερο από δεδομένα καθημερινής πρακτικής; **Κ. Μποκή**
- 17:45-18:15 Σε τι διαφέρει η IgA νεφροπάθεια από την IgA αγγειίτιδα με νεφρική συμμετοχή; **Σ. Μαρινάκη**
- 18:15-18:45 PET-CT/MRA στη διάγνωση και παρακολούθηση ασθενών με αγγειίτιδες μεγάλων αγγείων **Θ. Δημητρούλας**

18:45-19:15 Διάλειμμα καφέ

- 19:15-20:45** **Στρογγυλό Τραπέζι**
ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ: ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ
Προεδρείο: Β. Μαργέλλος, Κ. Γεωργανάς
- 19:15-19:45 Κορτικοειδή στις ANCA-αγγειίτιδες: Συμπληρωματική θεραπεία στην επαγωγή και διατήρηση της ύφεσης; **Δ. Τσερώνης**
- 19:45-20:15 Προγνωστικοί εργαστηριακοί και ιστολογικοί δείκτες στις ANCA-αγγειίτιδες **Σ. Λιονάκη**
- 20:15-20:45 Ποιάς ο ρόλος της πλασμαφαίρεσης σε σοβαρές αγγειίτιδες; **Α. Καρράς**

- 20:45-21:30** **ΤΕΛΕΥΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ**
Προεδρείο: Δ. Βασιλόπουλος, Ι. Μπολέτης
Τι νεότερο στις ANCA-αγγειίτιδες; **Α. Καρράς**

- 21:30-21:45** **Κλείσιμο Διημερίδας**

» Τίτλοι Ομιλητών Προέδρων

DIRESKENELI HANER

MD, Professor of Rheumatology, Chief, Division of Rheumatology, Marmara University, School of Medicine, Istanbul, Turkey

ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Συντονιστής Διευθυντής, Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. "Αγ. Παύλος", Θεσσαλονίκη

ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ ΘΕΟΦΑΝΗΣ

Συντονιστής Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος "Αντώνιος Γ. Μπίλλης", Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός- Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική"

ΑΡΓΥΡΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

Επικουρικός Ρευματολόγος, Ρευματολογική Μονάδα, Γ.Ν.Α. "Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμινγκ"

ΑΤΣΑΛΗ ΕΡΑΤΩ

Παιδιάτρος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Παιδιατρικής Ρευματολογίας, Μονάδα Παιδορευματολογίας, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. "Αττικόν"

ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

Επικουρική Νεφρολόγος, Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. "Γ. Γεννηματάς"

ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας Ρευματολογίας, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. "Ιπποκράτειο", Πρόεδρος ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ

ΒΕΡΓΙΝΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

PhD, Ερευνητής, BRFAA, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

ΒΟΥΓΙΟΥΚΑ ΟΛΓΑ

Παιδιάτρος με εξειδίκευση Παιδορευματολογίας, Διευθυντής ΕΣΥ, Υπεύθυνη Παιδορευματολογικής Μονάδας Β' Πανεπιστημιακής Παιδιατρικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο Παίδων "Π.Α. Κυριακού"

ΓΑΡΥΦΑΛΛΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Διευθυντής Δ' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη

ΓΕΩΡΓΙΑΝΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Ρευματολόγος, Διευθυντής Παθολογικού Τομέα, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

ΓΕΩΡΓΟΥΝΤΖΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

PhD, MPH, Ρευματολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Υπεύθυνος Ρευματολογικής Κλινικής Γ.Ν.Α. "Γ. Γεννηματάς" Επικουρική Ιατρός, Νεφρολόγος, Γ.Ν.Α. "Ιπποκράτειο" Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Ρευματολογική Μονάδα, Γ.Ν.Α. "Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμινγκ"

ΔΑΟΥΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημίου Πατρών

ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

Ρευματολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

ΕΛΕΖΟΓΛΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ

MSc-MHA, Ρευματολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Υπεύθυνη Ρευματολογικής Κλινικής Γ.Ν."Ασκληπιείο Βούλας"

ΕΣΚΙΤΖΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

Ειδικευόμενος Ρευματολογίας, Ρευματολογική Κλινική, ΠΑ.Γ.Ν.Η., Ηράκλειο

ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Ειδικευόμενος Παθολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, "Ο Άγιος Ανδρέας"

5ⁿ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ: **Αγγειίτιδες**

ΘΩΜΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ

ΚΗΤΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΑΣ ΘΕΟΦΑΝΗΣ

ΚΑΡΡΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

ΚΑΤΑΞΑΚΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΚΑΤΣΙΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΚΛΑΥΔΙΑΝΟΥ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

ΚΟΥΚΗ ΠΗΝΕΛΟΠΗ

ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΜΥΡΤΩ

ΛΑΖΑΡΙΝΗ ΑΡΓΥΡΩ

ΛΙΟΝΑΚΗ ΣΟΦΙΑ

ΜΑΛΙΣΣΟΒΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΜΑΡΓΕΛΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΜΑΡΙΝΑΚΗ ΣΜΑΡΑΓΔΗ

ΜΑΡΚΟΜΙΧΕΛΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΜΑΥΡΑΓΑΝΗ ΚΛΕΙΩ

ΜΕΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΜΟΥΣΤΑΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΜΠΑΝΟΣ ΑΓΓΕΛΟΣ

ΜΠΕΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

ΜΠΟΚΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

Παθολόγος, Εξειδικευόμενος στις Λοιμώξεις, Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. "Αττικόν", Αθήνα
Ειδικευόμενος Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική & Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Αθήνα

MD, PhD, FRCP, Καθηγητής Κλινικής Ρευματολογίας, Πανεπιστήμιο Manchester, UK, Καθηγητής Συμπεριφορολογικής Ρευματολογίας, Πανεπιστήμιο Birmingham, UK, Διευθυντής Τμήματος Ρευματολογίας, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα, Διευθυντής Έρευνας & Ανάπτυξης, Όμιλος Νοσοκομείων Dudley, UK

Ρευματολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. "Αττικόν"

Pr., Nephrology Department, Hôpital G. Pompidou, Université Paris Descartes, Paris, France

Ρευματολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν. Ελευσίνας "Θριάσιο"

Ρευματολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"

Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. "Ασκληπείο"

Νεφρολόγος, Διευθύντρια, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. "Ιπποκράτειο"

Νεφρολόγος, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. "Γ. Γεννηματάς"

Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. "Ασκληπείο"

Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Α', Γ.Ν.Α. "Λαϊκό, Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.

PhD, Immunobiology Lab, Center of Translational Research, Biomedical Research Foundation of the Academy of Athens (BRFAA)

Νεφρολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Νεφρολογικό Τμήμα "Αντώνιος Γ. Μπίλλης", Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός - Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική"

Νεφρολόγος, Επίκουρη Καθηγήτρια Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. "Λαϊκό"

Διευθυντής Ινστιτούτου Οφθαλμικής Φλεγμονής και Παθολογίας Οφθαλμού, Αθήνα

Ρευματολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.

Νεφρολόγος, Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. "Λαϊκό"

Νεφρολόγος, Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. "Γ. Γεννηματάς"

MD, PhD, Post-Doctoral Fellow, BRFAA, Athens
Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Νεφρολογικό Τμήμα "Αντώνιος Γ. Μπίλλης", Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός, Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική"

Ρευματολόγος, Διευθύντρια - Συντονίστρια, Α' Παθολογικός Τομέας, Ρευματολογική Μονάδα, Γ.Ν.Α. "Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμινγκ"

Σύγχρονα ερωτήματα και απαντήσεις

Ξεχωριστή ενότητα με παρουσίαση
πρωτότυπων ερευνητικών εργασιών

ΜΠΟΛΕΤΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Καθηγητής Παθολογίας-Νεφρολογίας, Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής & Μονάδας Μεταμόσχευσης Νεφρού Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α, Γ.Ν.Α “Λαϊκό”
ΜΠΟΥΜΠΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Διευθυντής Δ' Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.Α. “Αττικόν”, Συνεργαζόμενος Ερευνητής, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών, Ακαδημία Αθηνών
ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ	Ιατρός, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. “Αττικόν”
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ	Ιατρός, Επιστημονικός Συνεργάτης, Κοινό Πρόγραμμα Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΕΚΠΑ, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. “Ιπποκράτειο”
ΠΑΤΕΡΟΜΙΧΕΛΑΚΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Ρευματολογική Κλινική, ΠΑ.Γ.Ν.Η., Ηράκλειο
ΣΟΥΚΟΥΛΗ ΙΩΑΝΝΑ	Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. “Λαϊκό”
ΠΕΤΡΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Νεφρολόγος, Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. “Ιπποκράτειο”
ΣΤΑΜΑΤΗΣ ΠΑΥΛΟΣ	Επιμελητής Β' Ρευματολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Lund/Malmö, Σουηδία
ΣΤΑΜΠΟΛΙΟΥ ΕΜΕΛΙΝΑ	Ειδικευόμενη Παθολογίας, Β' Παθολογική και Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. “Ιπποκράτειο”
ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
ΣΦΗΚΑΚΗΣ Π. ΠΕΤΡΟΣ	Διευθυντής Α' Προπ. Παθολογικής Κλινικής & Μονάδας Ρευματολογίας, Γ.Ν.Α “Λαϊκό”, Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.
ΤΕΚΤΟΝΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ	Αν. Καθηγήτρια Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Υπεύθυνη Ρευματολογικής Μονάδας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. “Λαϊκό”
ΤΣΑΛΑΠΑΚΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ	Ρευματολόγος, Επιμελήτρια Β', Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. “Ιπποκράτειο”
ΤΣΕΡΩΝΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Ρευματολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.Α “Αττικόν”
ΦΑΝΟΥΡΙΑΚΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ	Ρευματολόγος, Επιμελητής Β', Κλινική Ρευματολογίας, Γ.Ν.Α. “Ασκληπιείο”
ΧΑΛΚΙΑ ΑΓΛΑΪΑ	Νεφρολόγος, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. “Ιπποκράτειο”
ΧΑΤΖΗΔΙΟΝΥΣΙΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ	Επίκουρη Καθηγήτρια Ρευματολογίας, Ρευματολογική Μονάδα, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. “Λαϊκό”



5ⁿ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ: **Αγγειίτιδες**

» Γενικές Πληροφορίες

Οργάνωση:

Ινστιτούτο Μελέτης, Έρευνας, Εκπαίδευσης
και Θεραπείας Νοσημάτων Αγγείων, Καρδιάς, Εγκεφάλου και Νεφρών

Σε συνεργασία με τη:

Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας – Ρευματολογίας,
Β' Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Εργαστήριο,
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο

Ημερομηνίες:

27-28 Σεπτεμβρίου 2019

Τόπος διεξαγωγής:

Ξενοδοχείο Crowne Plaza
Μιχαλακοπούλου 50, 11528 Αθήνα
Τηλ: 210 7278000 • <http://www.cpathens.com>

Συμμετοχή:

Η συμμετοχή στη διημερίδα είναι δωρεάν. Η εγγραφή και η παρακολούθησή της επιτρέπεται μόνο σε επαγγελματίες υγείας και σε προπτυχιακούς/μεταπτυχιακούς φοιτητές. Οι συμμετέχοντες είναι απαραίτητο να βεβαιώνουν την ιδιότητά τους, προσκομίζοντας αντίστοιχο αποδεικτικό στοιχείο.

Πιστοποιητικό Παρακολούθησης:

Βάσει της τελευταίας εγκυκλίου του ΕΟΦ, θα υπάρχει σύστημα καταμέτρησης του χρόνου παρακολούθησης. Με τη λήξη της διημερίδας θα δίνεται πιστοποιητικό σε όσους έχουν παρακολουθήσει τουλάχιστον το 60% των συνολικών ωρών του προγράμματος. Τα πιστοποιητικά θα είναι διαθέσιμα για παραλαβή/αποστολή έως και 6 μήνες μετά το πέρας της διημερίδας.

Γραμματεία:



Events & Travel Solutions

E.T.S. Events & Travel Solutions A.E.

Ελ. Βενιζέλου 154, 171 22 Ν. Σμύρνη, Τηλ.: 21098 80 032, Φαξ: 21098 81 303

Email: ets@otenet.gr • ets@events.gr • Website: www.events.gr

Απαγορεύεται ρητά η αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, λήψη (download), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση της Εταιρείας, του συνόλου ή μέρους του περιεχομένου του Προγράμματος. Η Ε.Τ.Σ. Events & Travel Solutions επιφυλάσσεται ρητώς παντός νομίμου δικαιώματός της για τη διαφύλαξη των δικαιωμάτων πνευματικής και βιομηχανικής ιδιοκτησίας. Για αναλυτικότερες πληροφορίες επισκεφθείτε το www.events.gr

» Περιλήψεις
Ελεύθερων
Ανακοινώσεων

ΕΑ1: ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΡΘΗΡΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ 216 ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Τσαλαπάκη Χ.^{1,2}, Λαζαρίνη Α.^{1,8}, Μποκή Κ.^{1,3}, Ηλιόπουλος Α.⁴, Σφηκάκης Π.Π.^{1,5}, Τεκτονίδου Μ.^{1,5}, Βούλγαρη Π.⁶, Γεωργούντζος Α.⁷, Ελέζογλου Α.⁸, Παπαγόρας Χ.⁹, Δημητρούλας Τ.¹⁰, Μπούμπας Δ.^{1,11}, Βοσβοτέκας Γ.¹², Βασιλόπουλος Δ.^{1,2}

- 1 Κοινό Πρόγραμμα Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΕΚΠΑ,
- 2 Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιπποκράτειο ΓΝΑ, Αθήνα,
- 3 Ρευματολογική Κλινική, Νοσοκομείο Σισμανόγλειο, Αθήνα,
- 4 Ρευματολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΙΤΣ, Αθήνα
- 5 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα
- 6 Ρευματολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων,
- 7 Ρευματολογική Κλινική, Γ. Γεννηματάς Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας
- 8 Ρευματολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπείας Βούλας, Αθήνα
- 9 Ρευματολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης,
- 10 Δ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη
- 11 Δ' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Αττικών, Αθήνα
- 12 Ιδιώτης Ρευματολόγος, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα είναι η συχνότερη συστηματική αγγειίτιδα, ωστόσο τα δεδομένα για την πορεία της νόσου, τη σύγχρονη θεραπεία και τις συννοσηρότητες της στον Ελληνικό χώρο είναι περιορισμένα.

Σκοπός της μελέτης: Η καταγραφή των κλινικοεργαστηριακών χαρακτηριστικών, των σύγχρονων θεραπειών, των συννοσηροτήτων καθώς και των επιπλοκών της νόσου στον ελληνικό χώρο.

Μέθοδοι: Πρόκειται για πολυκεντρική προοπτική μελέτη 3 φάσεων ηλεκτρονικής καταγραφής (μέσω ειδικής διαδικτυακής σελίδας) ασθενών με γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα που παρακολουθούνται σε Ελληνικά Νοσοκομειακά Κέντρα. Παρουσιάζονται τα δεδομένα της 1^{ης} φάσης καταγραφής δημογραφικών, κλινικών, εργαστηριακών και θεραπευτικών δεδομένων.

Αποτελέσματα: Στην 1^η φάση εντάχθηκαν 216 ασθενείς; 67% (n=144) ήταν γυναίκες με μέση ηλικία διάγνωσης 75.6 ± 8 έτη. 152 ασθενείς (84,4%) είχαν θετική βιοψία κροταφικής αρτηρίας, ενώ 54% (46/86) είχαν παθολογικό υπερηχοτομογράφημα κροταφικών αρτηριών. Σε 15 ασθενείς (7%) διαπιστώθηκε απεικονιστικά προσβολή μεγάλων αγγείων. Κατά την εμφάνιση της νόσου, τα πιο συχνά συμπτώματα ήταν κεφαλαλγία (71%), πυρετός (63%), χλωρότητα γνάθου (33%), ευαισθησία τριχωτού κεφαλής (30%) και διαταραχές όρασης (22%). Η διάμεση τιμή ΤΚΕ και CRP ήταν 102 mm/h και 64 mg/dl αντίστοιχα. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν αρχικά αγωγή με κορτικοειδή (διάμεση ημερήσια δόση πρεδνιζολόνης: 40 mg) ενώ 7.4% (n=16) έλαβαν ενδοφλέβιες ώσεις κορτικοστεροειδών. Κατά την αρχική καταγραφή (διάμεση διάρκεια νόσου: 2.3 έτη), η διάμεση ημερήσια δόση κορτικοειδών ήταν 5 mg ενώ 32% (n=69) και 7% (n=16) των ασθενών είχαν λάβει επιπλέον αγωγή με συμβατικά (csDMARDs) ή/και βιολογικά (bDMARDs) τροποποιητικά φάρμακα, αντίστοιχα. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, 22% (n=48) των ασθενών διέκοψαν τα κορτικοστεροειδή ενώ 17% (n=37) όλες τις θεραπείες. Στις επιπλοκές χορήγησης των κορτικοστεροειδών αναφέρθηκαν καταρράκτης (13%), μυοπάθεια (10%), γλαύκωμα (1%) και οστεοπόρωση (9%).

Συμπεράσματα: Σε αυτή την μεγάλη σειρά ασθενών με γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα από τον Ελληνικό χώρο, παρά την χορήγηση συμβατικών DMARDs στο 1/3 των ασθενών, ~3/4 των ασθενών συνέχιζαν την θεραπεία με κορτικοστεροειδή ~2,5 χρόνια μετά την διάγνωση της νόσου

ενώ σημαντικό ποσοστό εμφάνισε ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χορήγηση τους.

Ευχαριστίες: Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε εν μέρει από τον Ειδικό Λογαριασμό Κονδυλίων Έρευνας [ΕΛΚΕ] του Πανεπιστημίου Αθηνών και την Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία και Επαγγελματική Ένωση Ρευματολόγων Ελλάδος (ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ)

ΕΑ2: ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΣΟΠΕΝΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΕΚΠΤΩΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

**Λιονάκη Σ¹, Μαρινάκη Σ¹, Καλογερόπουλος Π¹, Λιάπης Γ², Κάψια Ε¹, Τζιούφας Α³,
Μπολέτης ΙΝ¹**

1 Νεφρολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή

2 Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Λαϊκό Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή

3 Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή

Σκοπός Να μελετηθούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, οι προγνωστικοί δείκτες ανταπόκρισης στη θεραπεία και η άμεση και απώτερη έκβαση των ασθενών με ανοσοπενική σπειραματονεφρίτιδα (ΑΣΝ) και σοβαρή έκπτωση νεφρικής λειτουργίας στη διάγνωση.

Μέθοδοι Μελετήθηκαν αναδρομικά ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένη ΑΣΝ, που είχαν $eGFR < 20 \text{ ml/min/1.73m}^2$ ή χρειάζονταν αιμοκάθαρση στη διάγνωση. Καταγράφηκαν δημογραφικά, κλινικο-εργαστηριακά χαρακτηριστικά, ιστοπαθολογικές παράμετροι, η ανοσοκατασταλτική θεραπεία, η ανταπόκριση, η άμεση και η έκβαση.

Αποτελέσματα Μέχρι σήμερα έχουν ενταχθεί 77 ασθενείς με μέση ηλικία $60.6 (\pm 16.1)$ έτη και κρεατινίνη ορού $9.2 (\pm 3.8) \text{ mg/dl}$. 41 (53.2%) ήταν θετικοί για τα P-MPO/ANCA και 29 (37.7%) ήταν θετικοί για τα C-PR3/ANCA. Στο τέλος του 1^{ου} έτους, 72% των ασθενών είχαν ανταποκριθεί στη θεραπεία, 20% παρέμεναν σε αιμοκάθαρση και 8% είχαν αποβιώσει. Από τους ασθενείς που ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία, 29.6% κατέληξαν σε ΧΝΝΤΣ σε $42.1 (\pm 35.7)$ μήνες, ενώ οι υπόλοιποι είχαν στο τέλος της παρακολούθησης, μέση $eGFR: 42.3 (\pm 21.3) \text{ ml/min/1.73m}^2$. Οι κυριότεροι προγνωστικοί δείκτες ανταπόκρισης στη θεραπεία ήταν η παρουσία $> 10\%$ φυσιολογικών σπειραμάτων [Odds ratio (OR): 3.88, 95% CI: (1.24-12.19), $p = 0.02$] και δείκτη χρονιότητας < 6 [OR: 3.7, 95% CI: (1.18-11.87), $p = 0.02$] στη διαγνωστική βιοψία, και $eGFR > 10 \text{ ml/min/1.73m}^2$ [OR: 4.23, 95% CI: (1.4-12.7), $p = 0.01$]. Στην υποομάδα των C-PR3/ANCA ασθενών, η συνδυαστική θεραπεία με κυκλοφωσφαμίδη και Rituximab φάνηκε να υπερτερεί στη συχνότητα επίτευξης ύφεσης, έναντι της κυκλοφωσφαμίδης [OR: 0.057, 95% CI: (0.007-0.94), $p = 0.0094$].

Συμπεράσματα Στη σειρά αυτή των ασθενών με ΑΣΝ και σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία στη διάγνωση, 72% ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία. Η ανταπόκριση συσχετίστηκε με μικρότερο ποσοστό χρόνιων βλαβών στη διαγνωστική βιοψία και καλύτερο επίπεδο νεφρικής λειτουργίας στη φάση αυτή.

EA3: INCIDENCE AND SEASONAL VARIATION OF BIOPSY-PROVEN GIANT CELL ARTERITIS – REVISITED. A 20 YEARS POPULATION-BASED STUDY FROM SWEDEN

Stamatis P.^{1,3}, Turesson C.^{2,3}, Nilsson JA^{2,3}, Mohammad AJ^{1,4}

1 Rheumatology, Department of Clinical Sciences, Lund University, Lund, Sweden

2 Rheumatology, Department of Clinical Sciences, Malmö, Lund University, Malmö, Sweden

3 Department of Rheumatology, Skåne University Hospital, Lund-Malmö, Sweden

4 Department of Medicine, University of Cambridge, Cambridge, UK

Background: Giant cell arteritis (GCA) is the most common vasculitis amongst elderly. The objective of this study is to investigate the incidence rate and seasonal variation of biopsy-proven GCA in a well-defined population in southern Sweden.

Methods: The study area was the region of Skåne with a total population of 1,324,565, December 2016 (37% aged ≥50 years). Patients who underwent temporal artery biopsy (TAB) between 1997 and 2016 were identified. Only patients with TAB positive GCA were included. The study period was divided into 4 five-year periods to study possible fluctuation of the incidence over time. Date of TAB was used to study possible seasonal variations in the incidence of TAB+ GCA. The seasons were defined as follow: winter (December-February), spring (March-May), summer (June-August) and autumn (September-November). Incidence rates per 100,000 persons aged ≥50 years are presented.

Results: A total of 5886 TABs were identified during the study time. Of these, 1202 patients (864 females, 72%) were found to have a positive TAB during the 20-year period. The mean age at diagnosis was 75.1 years (SD 8.0). The annual incidence rate of biopsy-proven GCA per 100000 persons in the age group ≥50 years was estimated to 13.7 (95% CI 12.9-14.4) and was higher among women (18.4 vs. 8.2 for men, p=0.04). There was a decline in the incidence rate over time: 15.8 during period 1 (1997-2001) vs. 12.2 in period 4 (2012-2016), p<0.01 (Table 1). The incidence rate of performed TABs declined during the study period, 76.4 (95% CI 72.6-80.6) during period 1 vs. 58.4 (95% CI 55.4-61.5) during period 4, p<0.01. There was a seasonal variation in the diagnosis of GCA, with more patients diagnosed during spring and summer compared to autumn and winter (331 patients diagnosed during spring, 319 during summer, 282 during autumn and 270 during winter, p=0.04).

Conclusions: The incidence rate of biopsy-proven GCA decreased over time. Similarly, the number of performed TABs decreased during the study period. A possible explanation for this may be an increased use of imaging studies in diagnosing GCA. We also observed a seasonal variation, with more patients diagnosed during spring and summer, possibly due to season related exposures, e.g. infections.

Table 1: Incidence rate of biopsy-proven GCA in Southern Sweden

	All	95% CI	Men	95% CI	Women	95% CI
Period 1 (1997–2001)	15.8	14.1 - 17.6	7.9	6.1 - 9.7	15.8	14.1 - 17.6
Period 2 (2002–2006)	13.2	11.6 - 14.7	8.0	6.3 - 9.8	17.6	15.2 - 20.1
Period 3 (2007–2011)	13.6	12 - 15.1	7.4	5.8 - 9.1	19.0	16.5 - 21.5
Period 4 (2012–2016)	12.2	10.8 - 13.6	9.2	7.5 - 11	15.0	12.8 - 17.1
1997-2016	13.7	12.9 - 14.4	8.2	7.3 - 9	18.4	17.2 - 19.7

EA4: PREVALENCE OF BIOPSY PROVEN GIANT CELL ARTERITIS IN SOUTHERN SWEDEN

Stamatis P.¹, Turkiewicz A.², Englund M.², Turesson C.³, Mohammad AJ.⁴

1 Department of Clinical Sciences Lund, Rheumatology, Lund University, Sweden

2 Department of Clinical Sciences Lund, Clinical Epidemiology Unit, Lund University, Sweden

3 Department of Clinical Sciences Malmö, Rheumatology, Lund University, Sweden

4 Department of Medicine, University of Cambridge, UK

Background: Few previous studies have examined the prevalence of giant cell arteritis (GCA). The main objective of this study is to investigate the prevalence of temporal artery positive GCA (TAB+GCA) in southern Sweden.

Methods: The study area is the region of Skåne in southern Sweden with a population of 1.3 million inhabitants (36% aged ≥50 years). To be included in the study, patient should fulfil the following criteria: 1) diagnosed with TAB+GCA after 1997, 2) living in Skåne at date of diagnosis and date of point prevalence (p.p.) on December 31st, 2014, and 3) on oral glucocorticosteroids (GCs) treatment at the date of p.p. (that redeemed at least one GC prescription during 12 months preceding the date of p.p.) The national Swedish prescribed drug register (SPDR) has been used to identify patients still on GC treatment. The SPDR include data on all the purchased prescriptions since July 2005 and data available through October 2015. Using the unique Swedish personal identification number (PIN), the GCA cohort has been linked to the SPDR. Accordingly, for the prevalence estimate, the numerator was all patients with TAB+GCA who fulfil the study criteria and the denominator was all people aged ≥50 years living in Skåne at date of p.p. The ATC-codes of Betamethasone, Dexamethasone, Prednisolone, Prednisone and Methylprednisolone were identified.

Results: At the date of p.p. estimate a total of 606 patients were alive and living in the study area. Of them 354 patients were on GCs at date of p.p. according to the study definition. Accordingly, the p.p. of TAB+ GCA per 100 000 inhabitants aged ≥50 years was 74.3 (95% CI 66.5-82); 40.1 (31.8-48.3) for men and 105.4 (92.7-118.2) for women. The median time of being on GCs (from time of diagnosis to date of p.p.) 2.29 years (IQR 0.97-4.48). The percentage of patients with positive TAB who were alive at date of p.p. without GC treatment was 41.6%.

Conclusion: This is the first estimate of prevalence of TAB+GCA from Sweden. Our prevalence estimate takes into account that GCA may be cured with patients no longer regarded as prevalent cases.

Table 1 Point prevalence of GCA 31st December 2014 in Skåne Region and demographics of prevalent cases

Categories	All	Males	Females
Prevalence per 100 000 inhabitants (95% CI)	74.3 (66.5-82.0)	40.1 (31.8-48.3)	105.4 (92.7-118.2)
Mean age at diagnosis (SD)	73 (7.6)	72 (7.8)	73.4 (7.6)
Mean age at pp (SD)	78.4 (8.1)	76.8 (8.8)	78.9 (7.8)
Median time (years) on steroids (IQR)	2.29 (0.97-4.48)	1.87 (0.81-3.65)	2.45 (1.07-4.85)

EA5: INFECTIONS ARE ASSOCIATED WITH INCREASED RISK OF GIANT CELL ARTERITIS - A POPULATION-BASED CASE-CONTROL STUDY FROM SOUTHERN SWEDEN

Stamatis P.¹, Turkiewicz A.², Englund M.², Jönsson G.³, Nilsson JA¹, Turesson C⁴, Mohammad AJ^{1, 5}

1 Department of Clinical Sciences Lund, Rheumatology, Lund University, Sweden

2 Department of Clinical Sciences Lund, Clinical Epidemiology Unit, Lund University, Sweden

3 Department of Clinical Sciences Lund, Infection Medicine, Lund University, Sweden

4 Department of Clinical Sciences Malmö, Rheumatology, Lund University, Sweden

5 Department of Medicine, University of Cambridge, UK

Background: Previous studies have implicated infections as a risk factor for giant cell arteritis (GCA). The purpose of this study was to investigate the association between occurrence of infections and the development of GCA.

Methods: Patients diagnosed with biopsy-proven giant GCA between 2000 and 2016 were identified through the database of the Department of Pathology in Skåne, the southernmost region in Sweden. For each GCA case, 10 controls were randomly selected from the background population matched for age, sex, and area of residence. The index date for the controls was the same as the diagnosis date of their respective cases. We identified all infection events diagnosed before the date of GCA diagnosis (and before index date for controls) between 1998 and 2016, using the Skåne Healthcare Register. First, we calculated the odds ratio (OR) of being exposed to an infection in GCA cases vs controls. Second, we evaluated the type of infection closest to the biopsy-proven GCA diagnosis (or index date). Conditional logistic regression models were used to calculate OR and 95% confidence intervals (CI).

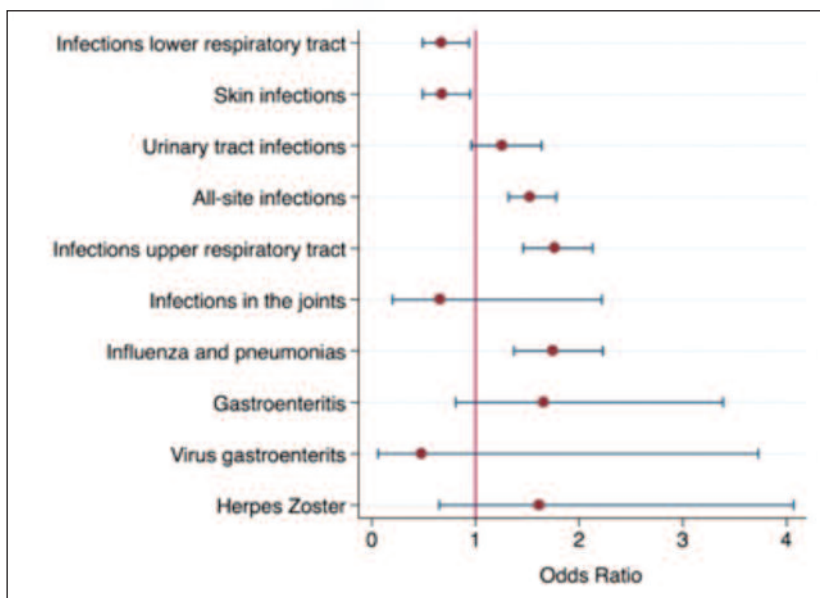


Figure 1 Odds ratio for developing GCA associated with prior exposure to infections

Results: 1005 patients with biopsy-proven GCA (714 women, 71%, mean age 75,2 years (8,03) and 10 050 controls were included in this study. The median time from the latest diagnosed infection to GCA diagnosis was 0.8 years (interquartile range (IQR) 0.1 - 3.4), whereas the corresponding median time for the controls was 2.1 years (IQR 0.8-4.5). In total, 517 unique infection diagnoses were assigned for GCA cases prior to the biopsy-proven diagnosis as compared to 4084 unique infections for controls. Infections were more common among patients going to develop GCA vs. controls (51% vs. 41%) yielding the OR of 1.78 (95% CI 1.53–2.07). Acute upper respiratory tract infections, pneumonia, influenza and non-specific bacterial infections, were associated with increased odds for later biopsy-proven GCA (Figure 1).

Conclusions: Infections, especially upper respiratory tracts infections, pneumonias and influenza were associated with later development of biopsy-proven GCA. Our findings corroborate previous reports of an association between GCA and infectious pathogens of the respiratory tract. The observed associations with unspecified infections may partly reflect diagnostic uncertainty in the early phase of GCA.

ΕΑ6: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΣΕ ANCA ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΓΓΕΙΤΙΔΕΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Χαλκιά Α.¹, Θωμάς Κ.², Γιάννου Π.¹, Καποτά Α.¹, Τσαλαπάκη Χ.², Αντωνάτου Κ.², Κούκη Π.¹,
Βασιλόπουλος Δ.², Πετράς Δ.¹

1 Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ιπποκράτειο", Αθήνα

2 Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο
Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ιπποκράτειο", Αθήνα

Εισαγωγή: Ο ρόλος της πλασμαφαίρεσης στη συνολική και νεφρική επιβίωση ασθενών με ANCA σχετιζόμενες αγγειίτιδες δεν έχει πλήρως ξεκαθαρίσει.

Σκοπός Μελέτης: Η περιγραφή των χαρακτηριστικών και της έκβασης ασθενών με ANCA σχετιζόμενες αγγειίτιδες, οι οποίοι έλαβαν συμπληρωματική αγωγή με πλασμαφαίρεση κατά την θεραπεία επαγωγής τους.

Μέθοδοι: Αναδρομική, περιγραφική μελέτη ενός κέντρου 22 ασθενών με ANCA αγγειίτιδα και νεφρική προσβολή, οι οποίοι παρακολουθούνται στο ΓΝΑ <<Ιπποκράτειο>> (Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική). Ανευρέθηκαν 10 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πλασμαφαίρεση κατά την επαγωγική τους θεραπεία και καταγράφηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά και η έκβαση τους.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 10 ασθενείς (8 άνδρες/2 γυναίκες) με μέση ηλικία 76.5 έτη και μέσο χρόνο παρακολούθησης 19 μήνες. Στο 70% των ασθενών βρέθηκαν κατά την διάγνωση (+) pANCA/ MPO ενώ στο υπόλοιπο 30% (-) ANCA. Η μέση τιμή κρεατινίνης (Cr) κατά την διάγνωση ήταν 4 mg/dl ± 1.5 ενώ η eGFR ήταν 12.5 ± 7.8 ml/min/1.73m² (CKD-EPI). 6 ασθενείς (60%) υποβλήθηκαν σε συμπληρωματική αιμοκάθαρση. Οι ενδείξεις για πλασμαφαίρεση αποτέλεσαν η πνευμονική αιμορραγία στο 30%, η νεφρική προσβολή στο 30% και ο συνδυασμός των 2 στο 40%. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 8 ± 6 συνεδρίες πλασμαφαίρεσης (μέση τιμή) ενώ στο 10% των ασθενών (1/10) παρατηρήθηκε σοβαρή αλλεργική αντίδραση με αποτέλεσμα τη πρόωρη διακοπή της. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν παράλληλα συνδυαστική ανοσοκατασταλτική θεραπεία με κυκλοφωσφαμίδη (CYC) και κορτικοστεροειδή ενώ σε 2 ασθενείς (2/10) προστέθηκε και Rituximab (RTX). 20% (2/10) των ασθενών εμφάνισε κάποιο επεισόδιο σοβαρής λοίμωξης κατά την

5ⁿ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ: **Αγγειίτιδες**

διάρκεια του πρώτου εξαμήνου. Η επιβίωση των ασθενών στο τέλος του 1^{ου} χρόνου ήταν 80% σε σύγκριση με το 83% των ασθενών που δεν υποβλήθηκαν σε πλασμαφαίρεση ενώ 4 ασθενείς (67%) αποδεσμεύτηκαν από την αιμοκάθαρση στο ίδιο χρονικό διάστημα (μέση τιμή Cr=2.6 mg/dl $\pm$ 1.6 στον 1^ο χρόνο)

Συμπεράσματα: Η πλασμαφαίρεση χρησιμοποιείται αρκετά συχνά στην καθημερινή κλινική πράξη με αξιολογικά αποτελέσματα. Η πραγματική της θέση στον θεραπευτικό αλγόριθμο των ANCA-αγγειιτίδων θα καθοριστεί σύντομα με τα αναμενόμενα αποτελέσματα της τυχαιοποιημένης πολυκεντρικής μελέτης.

EA7: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ANCA ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ - ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αργυρίου Ε.¹, Καμπυλαυκά Ε.², Δανιά Β.¹, Μποκή Κ.¹

1 Ρευματολογική Μονάδα – ΓΝΑ Σισμανόγλειο

2 Department of Internal Medicine 3, Rheumatology and Immunology, Erlangen University

Εισαγωγή: Οι ANCA – σχετιζόμενες αγγειίτιδες είναι μια ετερογενής ομάδα νοσημάτων χαρακτηριζόμενη από φλεγμονή μικρού και μέσου μεγέθους αγγείων, οι οποίες παρά την εφαρμογή νέων ανοσοκατασταλτικών θεραπειών, χαρακτηρίζονται από συχνές υποτροπές, με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση μακροπρόθεσμα της πορείας των ασθενών με ANCA-σχετιζόμενη αγγειίτιδα, πιθανοί προγνωστικοί παράγοντες έκβασης της νόσου.

Σχεδιασμός: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη 47 ασθενών, μέσης ηλικίας 60 $\pm$ 14 έτη, με μέσο χρόνο παρακολούθησης 61 $\pm$ 48 μήνες. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή κλινικών – εργαστηριακών εκδηλώσεων, φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και πιθανών παρενεργειών. Εκτίμηση της ενεργότητας των αγγειιτίδων έγινε με την χρήση του BVAS score (Birmingham Vasculitis Activity Score), ενώ σαν δείκτης αθροιστικής βλάβης χρησιμοποιήθηκε το VDI score (Vasculitis Damage Index).

Αποτελέσματα: Κατά την εκδήλωση του νοσήματος η μέση τιμή του BVAS ήταν 7.1 $\pm$ 2.8, ενώ στην ύφεση σημειώθηκε σημαντική βελτίωση (BVAS/WG: 1.3 $\pm$ 1.6). Οι κυριότερες κλινικές εκδηλώσεις στην έναρξη της νόσου ήταν γενική συμπτωματολογία (91%), νεφρική προσβολή (87.9%) και προσβολή κατώτερου (75.8%) και ανώτερου (48.5%) αναπνευστικού συστήματος. Ο μέσος χρόνος ύφεσης μεταξύ των υποτροπών ήταν 34.7 $\pm$ 25.3 μήνες. Κατά την επαγωγή ύφεσης οι κυριότερες θεραπευτικές επιλογές με σειρά συχνότητας ήταν: στεροειδή, ώσεις κυκλοφωσφαμίδης και rituximab, με μέσο χρόνο θεραπείας 5.9 $\pm$ 4.1 μήνες. Λοιμώξεις εμφάνισε το 18.2% των ασθενών. Σημειώθηκαν 70 υποτροπές σε σύνολο 47 ασθενών. Η MPA, η μεγαλύτερη ηλικία κατά την εκδήλωση της νόσου και το αυξημένο BVAS score συσχετίστηκαν με δυσμενέστερο κλινικό αποτέλεσμα. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ των θεραπευτικών επιλογών και της τελικής έκβασης, όπως και μεταξύ του VDI, των κλινικών χαρακτηριστικών και των θεραπευτικών σχημάτων.

Συμπεράσματα: Η κλινική πορεία των ANCA αγγειιτίδων φαίνεται να έχει βελτιωθεί με τα πρόσφατα ανοσοκατασταλτικά θεραπευτικά σχήματα. Παράγοντες κινδύνου δυσμενούς κλινικής έκβασης: ηλικία των ασθενών, αυξημένο BVAS score και η MPA αγγειίτιδα.

EA8: ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΤΑΓΡΑΦΙΚΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ANCA ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΩΝ ΜΕ RNA-SEQ

**Μπανός Α.^{1,*}, Θωμάς Κ.^{2,*}, Γαραντζιώτης Π.^{1,*}, Φίλια Α.¹, Μαλισσόβας Ν.¹, Μακρή Α.²,
Πετράς Δ.³, Νικολόπουλος Δ.^{1,4}, Πιέτα Α.⁴, Κατσιμπρή Α.⁴, Μπερτσιάς Γ.⁵, Μπούμπας Δ.^{1,4},
Βασιλόπουλος Δ.²**

- 1 Εργαστήριο Αυτοανοσίας και Φλεγμονής, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα
 - 2 Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
 - 3 Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Αθήνα
 - 4 Δ' Παθολογική Κλινική, Αττικών Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
 - 5 Κλινική Ρευματολογίας, Κλινικής Ανοσολογίας και Αλλεργιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης
- * Ισότιμη Συνεισφορά

Εισαγωγή: Η διάγνωση και ταξινόμηση των ANCA-σχετιζόμενων αγγειϊτιδών βασιζόταν έως πρόσφατα σε κλινικοεργαστηριακά ευρήματα. Οι τεχνολογίες αιχμής (-ομικής) μας δίνουν την δυνατότητα να καταγράψουμε το μεταγραφικό πρότυπο σε επίπεδο γονιδιώματος, οδηγώντας σε λεπτομερή περιγραφή των μηχανισμών που συμμετέχουν στην παθογένεια κάθε υπότυπου. **Σκοπός της μελέτης:** Η μοριακή ταξινόμηση των ANCA σχετιζόμενων αγγειϊτιδών με την χρήση της αλληλούχισης RNA.

Μέθοδοι: Δείγματα περιφερικού αίματος σε PaxGene Tubes αναλύθηκαν από 42 ασθενείς με AAV (GPA n=22, MPA n=8, EGPA n=12), ενώ ως ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν 11 υγιείς εθελοντές (με αντιστοιχία φύλου και ηλικίας). Απομονώθηκε ολικό RNA και ακολούθησε αλληλούχιση mRNA-seq στην πλατφόρμα Illumina NextSeq. Οι αλληλουχίες στοιχήθηκαν στο ανθρώπινο γονιδίωμα (hg38) με το πακέτο StarAligner ενώ η ποσοτικοποίηση των επιπέδων γονιδιακής έκφρασης με HTSeq. Η ανάλυση διαφορικής έκφρασης μέσω του edgeR ελέγχθηκε με ουδούς στατιστικής σημαντικότητας το $FDR < 0.05$ και το $-1.5 > FC > 1.5$. Τα μοριακά και μεταγραφικά μονοπάτια αναλύθηκαν μέσω των πλατφορμών Cytoscape και RNEA.

Αποτελέσματα: Από την σύγκριση του μεταγραφώματος των αγγειϊτιδών έναντι δειγμάτων υγιών, αναδείχθηκε μια «παναγγειϊτιδική» μοριακή υπογραφή που περιλαμβάνει κεντρικά μόρια του μονοπατιού σηματοδότησης ιντερφερόνης τύπου I καθώς και βασικούς μεταγραφικούς παράγοντες όπως ο HIF-1α. Σε επιμέρους συγκρίσεις μεταξύ υπότυπων και υγιών, οι ασθενείς με GPA παρουσιάζουν ενεργοποίηση κοκκιοκυττάρων και ενώ εκείνοι με MPA χαρακτηρίζονται από αποκοκκίωση ουδετερόφιλων και ρύθμιση μέσω μονοπατιών επιδιόρθωσης του DNA. Τέλος, οι ασθενείς με ANCA θετικά αντισώματα παρουσιάζουν ενεργοποίηση μιτοφαγίας.

Συμπεράσματα: Διακριτά μοριακά δίκτυα και ομάδες μεταγραφικών παραγόντων χαρακτηρίζουν τους υπότυπους των αγγειϊτιδών, έτσι ώστε να επιτρέπουν βελτιωμένη μοριακή ταξινόμηση και χαρακτηρισμό νέων βιοδεικτών.

Ευχαριστίες: Η μελέτη αυτή χρηματοδοτήθηκε εν μέρει από το "PRECISION CARE IN SYSTEMIC AUTOIMMUNITY: AN INTEGRATED MULTI-TISSUE/LEVEL APPROACH FOR SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE) — LUPUSCARE" - ERC.

ΕΑ9: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΟΒΑΡΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΑΙ ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΜΕ ΚΟΤΡΙΜΟΞΑΖΟΛΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ANCA-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ

Θωμάς Κ.¹, Χαλκιά Α.², Δρεκόλιας Δ.¹, Τσαλαπάκη Χ.¹, Λαζαρίνη Α.¹, Κλαυδιανού Κ.¹, Αντωνάτου Κ.¹, Μακρή Α.¹, Χατζάρα Χ.¹, Χατζηγιάννη Α.¹, Κούκη Π.², Πετράς Δ.², Βασιλόπουλος Δ.¹

- 1 Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Κοινό Πρόγραμμα Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
- 2 Νεφρολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο ΓΝΑ, Αθήνα

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις αποτελούν από τις σοβαρότερες επιπλοκές σε ασθενείς με ANCA-σχετιζόμενες αγγειίτιδες (AAV) και καθορίζουν σημαντικά τη συνολική πρόγνωση

Σκοπός της μελέτης: Να περιγραφεί η συχνότητα και οι παράγοντες κινδύνου για σοβαρές λοιμώξεις καθώς και οι τακτικές χορήγησης χημειοπροφύλαξης με κοτριμοξαζόλη σε ασθενείς με AAV (GPA και MPA).

Μέθοδοι: Αναδρομική, περιγραφική μελέτη ασθενών με AAV που παρακολουθούνται σε τριτοβάθμιο κέντρο αναφοράς (Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας και Νεφρολογικό Τμήμα). Καταγράφηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών και της νόσου καθώς και οι σοβαρές λοιμώξεις (λοιμώξεις που χρειάστηκαν νοσηλεία).

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 56 ασθενείς (γυναίκες: 50%, μέση ηλικία κατά τη διάγνωση: 59,8 έτη, μέση διάρκεια νόσου: 5,1 έτη, GPA: 68%, γενικευμένη νόσος: 82%). Η πιο συχνή προσβολή οργάνου ήταν ο νεφρός (71%), το αναπνευστικό (68%), το νευρικό σύστημα (20%), το δέρμα (18%) και οι βλεγονόνοι/οφθαλμοί (14%). Καταγράφηκαν 21 σοβαρές λοιμώξεις σε 16 ασθενείς (επίπτωση: 7.2/100 ασθενείς-έτη), με τις λοιμώξεις του αναπνευστικού (43%) και τον έρπητα ζωστήρα (19%) να είναι οι συχνότερες. Η επίπτωση ήταν 6,2 φορές υψηλότερη σε ασθενείς με σοβαρή προσβολή πνεύμονα-νεφρού (20 vs 3.2/100 ασθενείς-έτη, $p < 0.001$). Η π्लाσμαφαίρεση και/ή αιμοκάθαρση, η ηλικία > 60 έτη και η θεραπεία με συνδυασμό κυκλοφωσφαμίδης/rituximab ήταν συχνότερες στους ασθενείς που εμφάνισαν σοβαρή λοίμωξη ($p = 0.01$, $p = 0.06$ and $p = 0.001$, αντίστοιχα). Το πνευμονονεφρικό σύνδρομο και η συνδυαστική θεραπεία με κυκλοφωσφαμίδη/rituximab παρέμειναν στατιστικά σημαντικοί ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου κατά τη πολυπαραγοντική ανάλυση. Προφύλαξη με κοτριμοξαζόλη έλαβε το 70% των ασθενών στους οποίους χορηγήθηκε κυκλοφωσφαμίδη ή/και rituximab. Οι ασθενείς με προσβολή πνεύμονα-νεφρού ήταν πιο πιθανό να λάβουν χημειοπροφύλαξη (82% vs 58%, $p = 0.08$). Δεν παρατηρήθηκε κανένα επεισόδιο πνευμονίας από *Pneumocystis jirovecii* κατά το διάστημα της παρακολούθησης.

Συμπεράσματα: Σε αυτή τη κοόρτη ασθενών με AAV, περισσότεροι από 1 στους 4 ασθενείς εμφάνισε ένα επεισόδιο σοβαρής λοίμωξης, με την πνευμονία και τον έρπητα ζωστήρα να είναι οι συχνότερες λοιμώξεις. Οι ασθενείς με συνδυασμένη προσβολή πνεύμονα-νεφρού είχαν περίπου 6 φορές υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση σοβαρής λοίμωξης, ενώ λάμβαναν συχνότερα την κατάλληλη χημειοπροφύλαξη με κοτριμοξαζόλη.

Ευχαριστίες: Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε από τον Ειδικό Λογαριασμό Κονδυλίων Έρευνας [ΕΛΚΕ] του Πανεπιστημίου Αθηνών