

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

6<sup>n</sup>  
ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ  
ΜΕ ΘΕΜΑ:

# Αγγειίτιδες

## Σύγχρονες προκλήσεις

*Ξεχωριστή ενότητα με παρουσίαση  
πρωτότυπων ερευνητικών εργασιών*

Χορηγούνται  
13 Μόρια  
Συνεχιζόμενης  
Ιατρικής  
Εκπαίδευσης  
(CME-CPD)

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ  
Crowne Plaza  
Αθήνα

18-19  
Σεπτεμβρίου  
2020

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΕΝΑ  
ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ

 **RINVOQ**<sup>®</sup> ▽  
upadacitinib

**ΝΕΑ**  
**ΘΕΡΑΠΕΙΑ** για τη μέτρια έως σοβαρή  
ενεργό ρευματοειδή αρθρίτιδα<sup>1</sup>

✓ **Εκλεκτικός & αναστρέψιμος αναστολέας JAK<sup>1</sup>**

▽ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει το γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφάλειας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιασδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. Βλ. παράγραφο 4.8 για τον τρόπο αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και  
Αναφέρετε  
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για  
ΟΛΑ τα φάρμακα  
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

**Τρόπος διάθεσης:** Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό  
ιατρό και παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αγωγής.  
Διασίο παρατεταμένης αποδέσμευσης 15 MG/TAB BTx28  
Ενδεικτική Λ.Τ.: 1.022,43 €  
**Βιβλιογραφία:** 1. RINVOQ<sup>®</sup> ΠΧΠ, 02/2020.

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περιληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.  
Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία:

Abbvie ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.  
Μαρίνου Αντύπα 41-45, Νέο Ηράκλειο, 14121, Ελλάδα, Τηλ.: +30 214 4165555

abbvie

## Χαιρετισμός

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Με χαρά σας καλωσορίζουμε για 6<sup>η</sup> συνεχή χρονιά στη Διημερίδα που είναι αποκλειστικά αφιερωμένη στις Αγγειίτιδες με τίτλο: **«ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ»**. Η Διημερίδα 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 18** και το **Σάββατο 19 Σεπτεμβρίου 2020** στην Αθήνα στο ξενοδοχείο Crowne Plaza.

Η φετινή χρονιά με την πανδημία COVID-19 έχει αλλάξει όχι απλώς την καθημερινότητά μας αλλά και τον τρόπο διεξαγωγής των Επιστημονικών Εκδηλώσεων μας. Σε αυτή την πρωτόγνωρη συγκυρία, η απόφασή μας είναι να συνεχίσουμε την προσπάθειά μας να παρέχουμε την καλύτερη εκπαίδευση για τις Αγγειίτιδες με κάθε δυνατό τρόπο. Η φετινή Διημερίδα θα πραγματοποιηθεί με φυσική παρουσία των Συνέδρων ακολουθώντας τα Υγειονομικά Πρωτόκολλα για τη διεξαγωγή των Συνεδρίων που έχουν θεσπιστεί από την Πολιτεία ενώ ταυτόχρονα θα υπάρχει η δυνατότητα παρακολούθησης της ζωντανά από το διαδίκτυο (μέσω live streaming) για όσους συναδέλφους το επιθυμούν.

Για φέτος έχουν προγραμματιστεί Στρογγυλά Τραπέζια για την παθογένεση των αγγειιτίδων, τη διαφορική διάγνωση τους από παθολογικές παθήσεις που μιμούνται αγγειίτιδες (ηωσινοφιλικά σύνδρομα, μη ειδικού τύπου κεφαλαλγίες, αθηρωμάτωση μεγάλων αγγείων, προσβολή μικρών αγγείων ΚΝΣ) καθώς και για τα νεότερα δεδομένα και προκλήσεις που αφορούν τη διάγνωση και θεραπεία τους. Επιπλέον θα υπάρχει ένα επίκαιρο Στρογγυλό Τραπέζι για την αγγειακή προσβολή σε ασθενείς με λοίμωξη COVID-19.

Όπως και τις προηγούμενες χρονιές, θα υπάρχουν ειδικές συνεδρίες με την παρουσίαση πρωτότυπων Ελληνικών ερευνητικών εργασιών, την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας της τελευταίας χρονιάς, τις πιο πρόσφατες Διεθνείς Οδηγίες και Συστάσεις καθώς και την παρουσίαση-συζήτηση διδακτικών περιπτώσεων ασθενών με αγγειίτιδες.

Η παρουσία για άλλη μια φορά ενός εκλεκτού επιτελείου Προεδρείων και Ομιλητών με μακροχρόνια εμπειρία στο αντικείμενο αυτό εγγυάται την επιτυχία της εκδήλωσης και την εκπλήρωση των στόχων που έχουν τεθεί.

Η ενεργός συμμετοχή σας είτε δια ζώσης είτε μέσω διαδικτύου παραμένει η αναγκαία προϋπόθεση για την επιτυχία και αυτής της Διημερίδας.

Με εκτίμηση,

**Δημήτριος Βασιλόπουλος**  
Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής  
Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας





## Επιτροπές

### ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**ΠΡΟΕΔΡΟΣ:**

Δ. Βασιλόπουλος

**ΜΕΛΗ:**

Ι. Μπολέτης

Δ. Πετράς

Κ. Τσιούφης

Κ. Φίλης

### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Κ. Αναγνωστόπουλος

Θ. Αποστόλου

Π. Γιάννου

Δ. Γούμενος

Κ. Θωμάς

Χ. Κουτσιανάς

Σ. Λιονάκη

Σ. Μαρινάκη

Κ. Μαυραγάνη

Γ. Μουστάκας

Κ. Μποκή

Δ. Μπούμπας

Π. Π. Σφηκάκης

Α. Τζιούφας

Χ. Τσαλαπάκη

**Πίνακας 2. Ανεπιθύμητες ενέργειες**

Κατηγορία συστήματος οργάνων	Πολύ συχνές	Συχνές	Μη συχνές
Λοιμώξεις και παροξυσίες	Λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος (URTI)*		Πνευμονία, Έρπης ζωστήρας, Άλλες έρπης**, Καντιντίαση του στόματος
Διαταραχές του ανοσοποιητικού και του λεμφικού συστήματος		Ουδετεροπενία	
Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης		Υπερχοληστερολαιμία	Υπερτρυγκλυκεριδαιμία
Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου		Βήχας	
Διαταραχές του γαστρεντερικού		Ναυτία	
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης		Πυρεξία	
Παραολιμνικές εξετάσεις		Αυξημένη CRP αίματος, Αυξημένη ALT, Αυξημένη AST, Αυξημένο βάρος	

\* Η κατηγορία URTI περιλαμβάνει: οξεία παραρρινοκολπίτιδα, λαρυγγίτιδα, ονοφαρυγγίτιδα, στοματοφαρυγγικό πόνο, φαρυγγίτιδα, φαρυγγοαμυγδαλίτιδα, ρινίτιδα, ρινοκολπίτιδα, αμυγδαλίτιδα, ιογενή λοίμωξη της ανώτερης αναπνευστικής οδού \*\* Ο άλλος έρπης περιλαμβάνει τον στοματικό έρπητα

**Περιγραφή επιλεγμένων ανεπιθύμητων ενεργειών: Λοιμώξεις:** Σε ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο κλινικές μελέτες με DMARDs ως θεραπεία υποβάθρου, η συχνότητα της λοίμωξης σε διάστημα 12/14 εβδομάδων στην ομάδα του upadacitinib 15 mg ήταν 27,4% συγκριτικά με 20,9% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου. Σε ελεγχόμενες με μεθοτρεξάτη (MTX) μελέτες, η συχνότητα της λοίμωξης σε διάστημα 12/14 εβδομάδων στην ομάδα μονοθεραπείας με upadacitinib 15 mg ήταν 19,5% συγκριτικά με 24,0% στην ομάδα της μεθοτρεξάτης. Το συνολικό μακροχρόνιο ποσοστό λοίμωξης για την ομάδα του upadacitinib 15 mg και στις πέντε κλινικές μελέτες φάσης 3 (2.630 ασθενείς) ήταν 93,7 συμβάντα ανά 100 έτη-ασθενούς. Σε ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο κλινικές μελέτες με DMARD ως θεραπεία υποβάθρου, η συχνότητα σοβαρής λοίμωξης σε διάστημα 12/14 εβδομάδων στην ομάδα του upadacitinib 15 mg ήταν 1,2% συγκριτικά με 0,6% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου. Σε ελεγχόμενες με μεθοτρεξάτη μελέτες, η συχνότητα της σοβαρής λοίμωξης σε διάστημα 12/14 εβδομάδων στην ομάδα μονοθεραπείας με upadacitinib 15 mg ήταν 0,6% συγκριτικά με 0,4% στην ομάδα της μεθοτρεξάτης. Το συνολικό μακροχρόνιο ποσοστό σοβαρών λοιμώξεων για την ομάδα του upadacitinib 15 mg και στις πέντε κλινικές μελέτες φάσης 3 ήταν 3,8 συμβάντα ανά 100 έτη-ασθενούς. Η συχνότερη σοβαρή λοίμωξη ήταν η πνευμονία. Το ποσοστό σοβαρών λοιμώξεων παρέμεινε σταθερό με τη μακροχρόνια έκθεση. Σε ασθενείς ηλικίας  $\geq 75$  ετών, παρατηρήθηκε υψηλότερο ποσοστό σοβαρών λοιμώξεων, αν και τα δεδομένα είναι περιορισμένα. Οι συχνότητες των λοιμώξεων ως ανεπιθύμητων αντιδράσεων για το upadacitinib συγκριτικά με το εικονικό φάρμακο ήταν: URTI (13,5% έναντι 9,5%), πνευμονία (0,5% έναντι 0,3%), έρπης ζωστήρας (0,7% έναντι 0,2%), απόλυτος έρπης (0,8% έναντι 0,5%), και στοματική καντιντίαση (0,4% έναντι <0,1%). Τα περισσότερα συμβάντα έρπητα ζωστήρα περιελάμβαναν ένα μόνο δερματόμιο και δεν ήταν σοβαρά. **Ευκαριακές λοιμώξεις (ξέσπαση της φυμπίλας):** Σε ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο κλινικές μελέτες με DMARDs ως θεραπεία υποβάθρου, η συχνότητα των ευκαριακών λοιμώξεων σε διάστημα 12/14 εβδομάδων στην ομάδα του upadacitinib 15 mg ήταν 0,5% συγκριτικά με 0,3% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου. Σε ελεγχόμενες με μεθοτρεξάτη μελέτες, δεν σημειώθηκαν περιστατικά ευκαριακής λοίμωξης σε διάστημα 12/14 εβδομάδων στην ομάδα μονοθεραπείας με upadacitinib 15 mg ενώ στην ομάδα της μεθοτρεξάτης το ποσοστό ήταν 0,2%. Το συνολικό μακροχρόνιο ποσοστό ευκαριακών λοιμώξεων για την ομάδα του upadacitinib 15 mg και στις πέντε κλινικές μελέτες φάσης 3 ήταν 0,6 συμβάντα ανά 100 έτη-ασθενούς. **Αυξήσεις ηπατικών τρανσαμινοζών:** Σε ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο κλινικές μελέτες με DMARDs ως θεραπεία υποβάθρου, για έως και 12/14 εβδομάδες, αυξήσεις στην ALT και την AST  $\geq 3 \times$  ULN σε τουλάχιστον μία μέτρηση παρατηρήθηκαν στο 0,8% και στο 0,4% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με upadacitinib 15 mg, συγκριτικά με 1,9% και 0,9%, αντίστοιχα, των ασθενών που έλαβαν μεθοτρεξάτη. Το πρότυπο και η επίπτωση της αύξησης στην ALT/AST παρέμειναν σταθερά στην πάροδο του χρόνου, συμπεριλαμβανομένων των μακροχρόνιων μελετών επέκτασης. **Αυξήσεις λιπιδίων:** Η θεραπεία με upadacitinib 15 mg συσχετίστηκε με δοσοεξαρτημένες αυξήσεις στις λιπιδικές παραμέτρους συμπεριλαμβανομένης της ολικής χοληστερόλης, των τριγλυκεριδίων, της LDL χοληστερόλης και της HDL χοληστερόλης. Δεν σημειώθηκαν μεταβολές στην αναλογία LDL/HDL. Οι αυξήσεις παρατηρήθηκαν στις 2 έως 4 εβδομάδες θεραπείας και παρέμειναν σταθερές υπό μακροχρόνια θεραπεία. Μετά από την απόσυρση των ασθενών στις

ελεγχόμενες μελέτες με αρχικές τιμές κάτω από τα καθορισμένα όρια, παρατηρήθηκαν οι ακόλουθες συχνότητες ασθενών με μετατόπιση πάνω από τα καθορισμένα όρια τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια των 12/14 εβδομάδων (συμπεριλαμβανομένων των ασθενών που εμφάνισαν μία μεμονωμένη αύξηση τιμής): • Ολική χοληστερόλη  $\geq 5,17$  mmol/L (200 mg/dL): 62% έναντι 31%, στις ομάδες του upadacitinib 15 mg και του εικονικού φαρμάκου, αντίστοιχα • LDL χοληστερόλη  $\geq 3,36$  mmol/L (130 mg/dL): 42% έναντι 19%, στις ομάδες του upadacitinib 15 mg και του εικονικού φαρμάκου, αντίστοιχα • HDL χοληστερόλη  $\geq 1,03$  mmol/L (40 mg/dL): 89% έναντι 61%, στις ομάδες του upadacitinib 15 mg και του εικονικού φαρμάκου, αντίστοιχα • Τριγλυκερίδια  $\geq 2,26$  mmol/L (200 mg/dL) 25% έναντι 15%, στις ομάδες του upadacitinib 15 mg και του εικονικού φαρμάκου, αντίστοιχα. **Κρατική φθοσφοσκίαση:** Σε ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες με DMARDs ως θεραπεία υποβάθρου, για έως και 12/14 εβδομάδες, παρατηρήθηκαν αυξήσεις στις τιμές της CRP. Αυξήσεις της CRP  $> 5 \times$  του ανώτατου φυσιολογικού ορίου (ULN) αναφέρθηκαν στο 1,0% και 0,3% των ασθενών για διάστημα 12/14 εβδομάδων στις ομάδες του upadacitinib 15 mg και του εικονικού φαρμάκου, αντίστοιχα. Οι περισσότερες αυξήσεις  $> 5 \times$  ULN ήταν παροδικές και δεν έληξαν διακοπής της θεραπείας. Οι μέγιστες CRP αυξήθηκαν έως τις 4 εβδομάδες με μέση αύξηση της τάξης των 60 ULN στις 12 εβδομάδες και παρέμειναν σταθερές σε αυξημένη τιμή στις ανάγκες, συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων υπό παρατεταμένη θεραπεία. **Ουδετεροπενία:** Σε ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες με DMARDs ως θεραπεία υποβάθρου, για έως και 12/14 εβδομάδες, μειώσεις στους αριθμούς των ουδετερόφιλων κάτω των 1.000 κυττάρων/ $mm^3$  σε τουλάχιστον μία μέτρηση σημειώθηκαν στο 1,1% και σε ποσοστό <0,1% των ασθενών στις ομάδες του upadacitinib 15 mg και του εικονικού φαρμάκου, αντίστοιχα. Σε κλινικές μελέτες, η θεραπεία διακόπηκε ως αντίδραση σε τιμή ANC < 1.000 κυττάρων/ $mm^3$  (βλ. παράγραφο 4.2). Οι μέσοι αριθμοί ουδετερόφιλων μειώθηκαν σε διάστημα 4 έως 8 εβδομάδων. Οι μειώσεις στους αριθμούς των ουδετερόφιλων παρέμειναν σταθερές σε υψηλότερη τιμή σε σχέση με την αρχική εκτίμηση στην πάροδο του χρόνου, συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων υπό παρατεταμένη θεραπεία. **Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών:** Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση αδύσας κυκλοορικών του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπεται η ανεξέχνητα παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Σημεία από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν υποδείξεις πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μέσω του εθνικού συστήματος αναφοράς που αναγράφεται παρακάτω. **Ελλάδα:** Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, Μεσογείων 284, GR-15562 Ψαλάρης, Αθήνα, Τηλ: + 30 21 3204030/337, Φαξ: + 30 21 06549585, Ιστοτόπος: <http://www.eof.gr>; **Κύπρος:** Φαρμακευτικές Υπηρεσίες, Υπουργείο Υγείας, CY-1475, Λευκωσία, 187, Φαξ: + 357 22608649, Ιστοτόπος: [www.moh.gov.cy/phs](http://www.moh.gov.cy/phs). **4.9 Υπερδοσολογία:** Το υπερασπίτη χορηγήθηκε σε κλινικές μελέτες σε δόσεις έως εκείνες που ισοδυναμούν με την ημερήσια AUC που επιτυγχάνεται με τα δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης των 60 mg από τις ημερήσιες. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν συγκρίσιμες με εκείνες που παρατηρήθηκαν σε χαμηλότερες δόσεις, ενώ δεν εντοπίστηκαν ειδικές τοξικότητες. Περίπου το 90% του upadacitinib στη συστηματική κυκλοορία αποβάλλεται εντός 24 ωρών από τη διούρηση (έναντι του διούρηση ούρου που αξιολογήθηκε στις κλινικές μελέτες). Σε περίπτωση υπερδοσολογίας, συνιστάται παρακολούθηση του ασθενούς για σύμπτωα και συμπτώματα ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι ασθενείς που αναπτύσσουν ανεπιθύμητες ενέργειες θα πρέπει να λάβουν καταλληλή θεραπεία. **6. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: 6.1 Κατάλογος εκδόχων: Περιεχόμενο δισκίου:** Μικροκρυσταλλικό κτυριάριο. Υπομελλόζη, Μαννιτόλη, Τραυκό οξύ, Πυριτίο, κολλοειδές άνυδρο, Μαγνήσιο στεατικό. **Επιπόληση με λεπτό υμένιο:** Πολυβινυλολικόλη, Πολυαιθυλογλυκόλη, Τάλκη, Ττανίου διοξείδιο (E171), Σκόδιου οξείδιο μέλαν (E172), Σκόδιου οξείδιο ερυθρό (E172). **6.2 Ασυμπίπτες:** Δεν εφαρμόζεται. **6.3 Διάρκεια ζωής:** 2 χρόνια. **6.4 Ιδιαιτερές προφυλάξεις κατά τη φύλαξη του προϊόντος:** Αυτό το φαρμακευτικό προϊόν δεν απαιτεί ιδιαίτερες συνθήκες θερμοκρασίας για την φύλαξη του. Φυλάσσεται στην αρχική συσκευασία κηφίλης (blister) ή στη φιάλη προκειμένου να προστατεύεται από την υγρασία. Διατηρείτε τη φιάλη καλά κλειστή. **6.5 Φύση και συστατικά του περιέκτη:** Ημερολογιακές συσκευασίες κηφίλης (blister) από πολυβινυλολικόλη/πολυαιθυλένιο/πολυμεθυλομετακρυλοακρυλικό - αλουμίνιο σε συσκευασίες που περιέχουν 28 ή 98 δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης, ή πολυουσκευασίες που περιέχουν 84 (3 συσκευασίες των 28) δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης. Φιάλες πολυαιθυλενίου υψηλής πυκνότητας (HDPE) με αποστράγγιστο μέσο και καπάκι πολυπροπυλενίου σε κουτί που περιέχει 30 δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης. Μέγεθος συσκευασίας: 1 φιάλη (30 δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης) ή 3 φιάλες (90 δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης). Μπορεί να μην κυκλοφορούν όλες οι συσκευασίες. **6.6 Ιδιαιτερές προφυλάξεις απόρριψης:** Κάθε χρησιμοποιημένο φαρμακευτικό προϊόν ή υπόλειμμα πρέπει να απορρίπτεται σύμφωνα με τις κατά τόπους ισχύουσες σχετικές διατάξεις. **7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Γερμανία. **8. ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EU/1/19/1404/001. EU/1/19/1404/002. EU/1/19/1404/003. EU/1/19/1404/004. EU/1/19/1404/005. **9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ:** Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 16 Δεκεμβρίου 2019. **10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΙΝΗΜΑΤΟΣ:** 02/2020.

Λεπτομέρειες πληροφορίες για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμες στον ηλεκτρονικό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων <http://www.ema.europa.eu>

**Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε**  
**ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για**  
**ΟΛΑ τα φάρμακα**  
**Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»**

## Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ **18 Σεπτεμβρίου**

2020

14:00-15:00 **Προσέλευση – Εγγραφές**

15:00-16:30 **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΒΗΜΑ**  
**Προεδρείο: Κ. Μαυραγάνη**

Παρουσιάσεις ερευνητικών εργασιών από Ελληνικά  
Κέντρα με αντικείμενο τις αγγειίτιδες

**EA1: ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΡΘΡΗΡΙΤΙΔΑΣ ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΥΨΗΛΩΝ ΔΟΣΕΩΝ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΤΟΣΙΛΙΤΣΟΥΜΑΜΠΗ ΜΕ ΣΤΑΔΙΑΚΗ ΑΠΟΣΥΡΣΗ ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗΣ ΚΑΙ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΤΟΣΙΛΙΤΣΟΥΜΑΜΠΗΣ. FOLLOW-UP ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ**

**Αθανασίου Π.<sup>1</sup>, Τσακίριδης Π.<sup>1</sup>, Αθανασίου Λ.<sup>2</sup>, Δεβετζή Ε.<sup>1</sup>, Μαυρουδή Μ.<sup>1</sup>, Καμάς Α.<sup>3</sup>, Κώστογλου-Αθανασίου Ι.<sup>4</sup>, Πατσιαούρα Κ.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

<sup>2</sup> Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

<sup>3</sup> Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

<sup>4</sup> Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

**EA2: ANCA ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ**

**Μαρκολέφα Ι.<sup>1\*</sup>, Κωνσταντοπούλου Π.<sup>1\*</sup>, Μπαρτσέα Αικ.<sup>1</sup>, Γεωργούντζος Αθ.<sup>1</sup>, Παγώνη Στ.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Ρευματολογικό τμήμα, ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς, Αθήνα,

<sup>2</sup> Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς, Αθήνα

\* Ισότιμη Συνεισφορά

**EA3: ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ RITUXIMAB ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ANCA-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ**

**Α. Χαλκιά<sup>1</sup>, Κ. Θωμάς<sup>2</sup>, Μ. Μπόρα<sup>1</sup>, Α. Παναγιωτόπουλος<sup>2</sup>, Ζ. Αλεξάκου<sup>1</sup>, Δ. Κουρνωτίτης<sup>1</sup>, Γ. Αγγελής<sup>1</sup>, Δ. Βασιλόπουλος<sup>2</sup>, Δ. Πετράς<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α Ιπποκράτειο, Αθήνα

<sup>2</sup> Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

**EA4: ΤΑ ΧΑΜΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ ΚΛΑΣΜΑΤΟΣ C3 ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΣΟΠΕΝΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟΤΕΡΗ ΕΚΠΤΩΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

**Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>1</sup>, Ε. Καλαϊντζάκης<sup>1</sup>, Σ. Φραγκιουδάκη<sup>1</sup>, Π. Καλογερόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Λιάπης<sup>2</sup>, Α. Γουλές<sup>3</sup>, Α. Γ Τζιούφας<sup>3</sup>, ΙΝ. Μπολέτης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης, Λαϊκό Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα

<sup>2</sup> Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Λαϊκό Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα

<sup>3</sup> Παθολογική Φυσιολογία, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα

**EA5: ΤΟΣΙΛΙΖΟΥΜΑΒ ΣΤΗ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΡΘΡΗΡΙΤΙΔΑ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**

**Μαρκολέφα Ι., Κωνσταντοπούλου Π.**

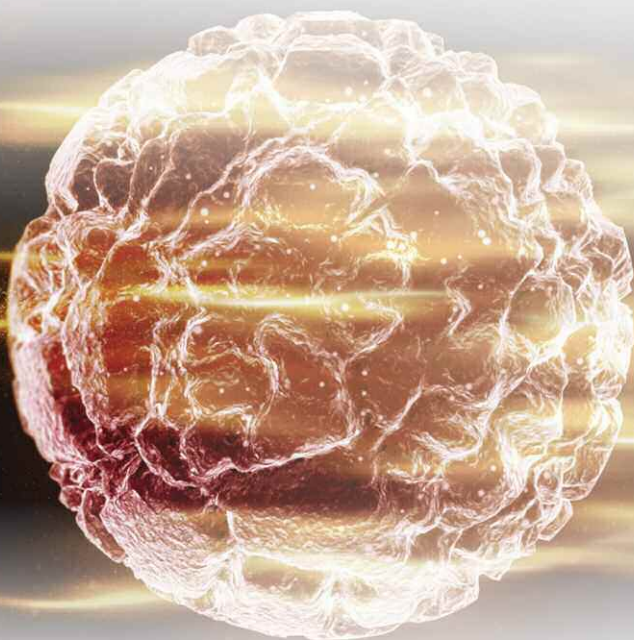
Ρευματολογικό τμήμα, ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς, Αθήνα



# IMMUNOLOGY

## AENORASIS

- adalimumab
- infliximab
- methotrexate



**AENORASIS**  
Intuition in Healthcare

AEN.IMMUN.01.08/2020

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και  
Αναφέρετε  
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για  
ΟΛΑ τα φάρμακα  
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

ΑΘΗΝΑ: Τραπεζούντος 17 & Α. Παπανδρέου,  
151 27 Μελίτσια, Τηλ.: 210 6136332, Φαξ: 210 8105298  
ΘΕΣ/ΝΙΚΗ: Δελφών 17, 555 35 Πυλαία  
Τηλ.: 2310 326136, Φαξ: 2310 306790



**EA6: Η ΥΠΟΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΝΑΙΜΙΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΠΙΟ ΣΟΒΑΡΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ANCA-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

**Α. Χαλκιά<sup>1</sup>, Κ. Θωμάς<sup>2</sup>, Π. Γιάννου<sup>1</sup>, Α. Παναγιωτόπουλος<sup>2</sup>, Ε. Χατζηγιάννη<sup>2</sup>, Α. Καποτά<sup>1</sup>, Χ. Γακιοπούλου<sup>3</sup>, Δ. Βασιλόπουλος<sup>2</sup>, Δ. Πετράς<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α Ιπποκράτειο, Αθήνα

<sup>2</sup> Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

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

**EA7: ΜΟΡΙΑΚΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΩΝ ANCA ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΩΝ ΜΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ RNA ΑΛΛΗΛΟΥΧΙΣΗΣ**

**Μπανός Α.<sup>1\*</sup>, Θωμάς Κ.<sup>2\*</sup>, Γαραντζιώτης Π.<sup>1\*</sup>, Μαλισσόθας Ν.<sup>1</sup>, Φίλια Α.<sup>1</sup>, Παναγιωτόπουλος Α.<sup>2</sup>, Καψαλά Ν.<sup>4</sup>, Πιέτα Α.<sup>4</sup>, Νικολόπουλος Δ.<sup>1,4</sup>, Πετράς Δ.<sup>3</sup>, Κατσιμπρή Π.<sup>4</sup>, Μπερτσιάς Γ.<sup>5</sup>, Μπούμπας Δ.<sup>1,4</sup>, Βασιλόπουλος Δ.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Εργαστήριο Αυτοανοσίας και Φλεγμονής, Ιατροβιολογικό Ίδρυμα Ερευνών την Ακαδημίας Αθηνών, Αθήνα

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

<sup>3</sup> Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Αθήνα

<sup>4</sup> Δ' Παθολογική Κλινική, Αττικόν Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

<sup>5</sup> Κλινική Ρευματολογίας, Κλινικής Ανοσολογίας και Αλλεργιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

\* Ισότιμη Συνεισφορά

**EA8: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΣΟΠΕΝΙΚΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΝΟΣΟΥ**

**Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>1</sup>, Ε. Καλαϊντζάκης<sup>1</sup>, Σ. Φραγκιουδάκη<sup>1</sup>, Π. Καλογερόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Λιάπη<sup>2</sup>, Α. Γουλές<sup>3</sup>, Α. Γ Τζιούφας<sup>3</sup>, ΙΝ. Μπολέτης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης, Λαϊκό Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα

<sup>2</sup> Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

<sup>3</sup> Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

**16:30-17:30 ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ: ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ - ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

**Προεδρείο: Α. Τζιούφας**

16:30-16:50 Ο ρόλος των Β λεμφοκυττάρων στις αγγειίτιδες: Σύγκριση με άλλες αυτοάνοσες παθήσεις

**Α. Μπανός**

16:50-17:10 Εξατομικευμένη ιατρική στις αγγειίτιδες: Που βρισκόμαστε;

**Δ. Σανούδου**

17:10-17:30 Νεότερα δεδομένα στην παθογένεια της γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας

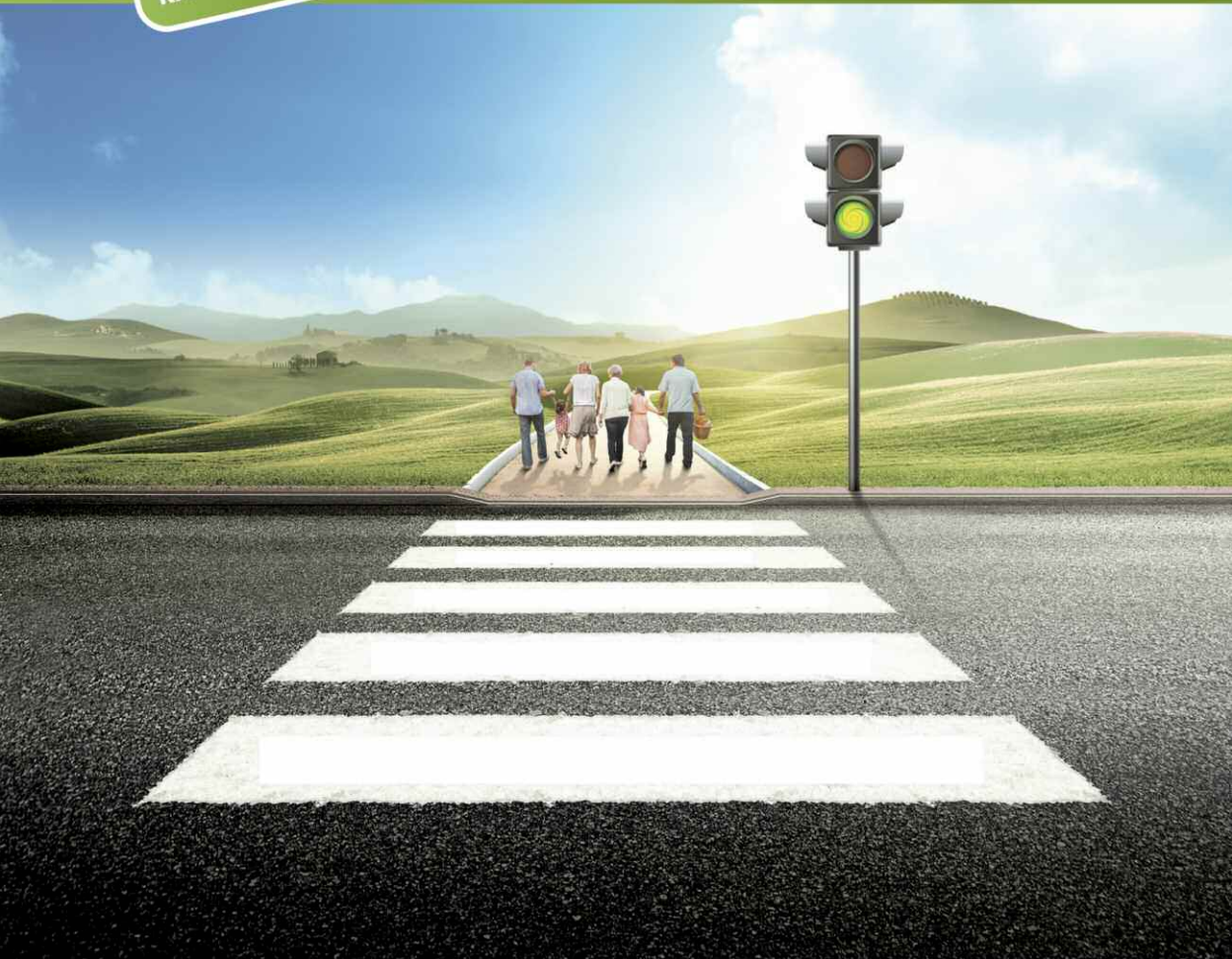
**Ο. Αργυροπούλου**

**17:30-18:00 Διάλειμμα καφέ**

# **Remsima**<sup>®</sup>

Infliximab (100 mg)

**ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΠΛΕΟΝ  
ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΟΡΑ**



Πριν τη συνταγογράφηση παρακαλούμε συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.



**BIANEX** **Α.Ε.**  
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ  
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIANEX Α.Ε. - Έδρα : οδός Τατοΐου, 18<sup>ο</sup> χλμ. Ε.Ο. Αθηνών – Λαμίας  
146 71 Ν. Ερυθραία Αττικής, Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία  
Τηλ. : 210 8009111 • Fax: 210 8071573 • E-mail: mailbox@vianex.gr • WEBSITE: www.vianex.gr  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113, 562 24 Εύσσομος Θεσσαλονίκης, Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και  
Ανοσήστε  
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για  
ΟΛΑ τα φάρμακα  
Συμπληρώνοντας την «ΒΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

 **HEALTHCARE  
CELLTRION**

BE0002

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ **18** Σεπτεμβρίου

2020

---

<b>18:00-19:30</b>	<b>ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ - ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ (EGPA)</b> <b>Προεδρείο: Φ. Κοντοπίδου</b>	
18:00-18:30	Πρακτικός διαγνωστικός αλγόριθμος ασθενούς με ηωσινοφιλία	<b>Μ. Βουλγαρέλης</b>
18:30-19:00	Υπερηωσινοφιλικά σύνδρομα: Τι πρέπει να γνωρίζει ο μη ειδικός;	<b>Σ. Γιαννούλη</b>
19:00-19:30	Τι νεότερο στην θεραπεία της EGPA (Σ. Churg-Strauss);	<b>Μ. Αλεβίζος</b>
<hr/>		
<b>19:30-19:45</b>	<b>Χαιρετισμοί – Τελετή έναρξης</b>	
<hr/>		
<b>19:45-20:45</b>	<b>ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ</b> <b>Προεδρείο: Ι. Μπολέτης</b> Πλασμαφαίρεση στις σοβαρές μορφές ANCA-αγγειιτίδων στην εποχή μετά την PEXIVAS Υπέρ Κατά	<b>Σ. Μαρινάκη</b> <b>Μ. Στάγκου</b>





ΣΑΒΒΑΤΟ

19 Σεπτεμβρίου

2020

<b>09:00-10:00</b>	<b>ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ (2019-2020)</b> Προεδρείο: Δ. Γούμενος	
09:00-09:30	Βασική έρευνα	Κ. Κλαυδιανού
09:30-10:00	Κλινική έρευνα	Α. Λαζαρίνη
<b>10:00-11:00</b>	<b>COVID19 ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ</b> Προεδρείο: Α. Αντωνιάδου	
10:00-10:20	Ενδοθλιτίτιδα/αγγειακή προσβολή σε COVID19: Μύθος ή Πραγματικότητα;	Γ. Χαμηλός
10:20-10:40	Φλεγμονώδες συστηματικό σύνδρομο σε παιδιά με COVID19 λοίμωξη (Kawa-COVID-19)	Π. Πρατσίδου - Γκέρτση
10:40-11:00	Δερματικές εκδηλώσεις COVID19 λοίμωξης: Ποιά τα δεδομένα αγγειακής προσβολής;	Α. Στρατηγός
<b>11:00-11:30</b>	<b>Διάλειμμα</b>	
<b>11:30-13:00</b>	<b>ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ</b> Προεδρείο: Γ. Μουστάκας	
11:30-12:00	Θεραπεία μεγάλου μεγέθους αγγειϊτιδων (EULAR – BSR)	Ε. Αργυρίου
12:00-12:30	Rituximab για διατήρηση της ύφεσης σε ασθενείς με ANCA-αγγειϊτιδες (BSR)	Π. Γιάννου
12:30-13:00	Διάγνωση – θεραπεία IgA αγγειϊτιδας (Henöch-Schonlein, SHARE)	Α. Φιλιπποπούλου
<b>13:00-16:00</b>	<b>ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ</b> Προεδρείο: Κ. Μποκή – Δ. Πετράς Παρουσίαση περιπτώσεων ασθενών με αγγειϊτιδες Ι. Στεργίου, Α. Καραμανάκος, Α. Παναγιωτόπουλος, Η.Ι. Γιαννακοπούλου, Ζ. Αλεξάκου, Γ. Μωυσίδου, Ε. Τίγκα, Ξ. Μπένια, Ι. Κοφοτόλιος	
<b>16:00-16:15</b>	<b>Διάλειμμα</b>	
<b>16:15-17:45</b>	<b>ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΙΜΟΥΝΤΑΙ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ</b> Προεδρείο: Δ. Μπούμπας	
16:15-16:45	Επίμονη κεφαλαλγία μετά τα πενήντα: Συχνές διαγνωστικές αστοχίες	Δ. Μητσικώστας
16:45-17:15	Αυξημένη πρόσληψη στο PET θωρακικής και κοιλιακής αορτής. Είναι πάντα αγγειϊτιδα μεγάλων αγγείων;	Κ. Αναγνωστόπουλος
17:15-17:45	Προσβολή μικρών αγγείων ΚΝΣ (CNS Small Vessel Disease - CSVD): Τι πρέπει να γνωρίζει ο μη-ειδικός;	Κ. Βέμμος

ΣΑΒΒΑΤΟ	19 Σεπτεμβρίου	2020
<b>17:45-18:45</b>	<b>ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΙΣ ΑΓΓΕΙΠΙΔΕΣ</b> <b>Προεδρείο: Π. Π. Σφηκάκης</b>	
17:45-18:05	Θεραπεία στοματικών ελκών σε νόσο Αδαμαντιάδη- Behcet	<b>Α. Αρίδα</b>
18:05-18:25	Στοχεύοντας το συμπλήρωμα στη θεραπεία των ANCA-αγγειιτίδων	<b>Σ. Λιονάκη</b>
18:25-18:45	Anti-IL6 θεραπεία στη γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα: Που βρισκόμαστε σήμερα;	<b>Χ. Κουτσιανάς</b>
<b>18:45-19:15</b>	<b>Διάλειμμα</b>	
<b>19:15-20:45</b>	<b>ΑΓΓΕΙΠΙΔΕΣ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ</b> <b>Προεδρείο: Δ. Βασιλόπουλος</b>	
19:15-19:45	Σοβαρές λοιμώξεις σε ασθενείς με ANCA αγγειίτιδες	<b>Κ. Θωμάς</b>
19:45-20:15	Υπάρχει θέση για το MMF στη θεραπεία των ANCA- αγγειιτίδων;	<b>Μ. Κωστοπούλου</b>
20:15-20:45	Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα με προσβολή μεγάλων αρτηριών vs. αρτηρίτιδα Takayasu: Προκλήσεις στη διαφορική τους διάγνωση και θεραπεία	<b>Γ. Φραγκούλης</b>
<b>20:45-21:00</b>	<b>Κλείσιμο Ημερίδας</b>	



## Ομιλητές – Πρόεδροι

Αθανασίου Παναγιώτης	Ρευματολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, MSc Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ, Διευθυντής Παθολογικού Τομέα, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος»
Αλεβίζος Μιχαήλ	Ρευματολόγος, Επιμελητής, Ρευματολογικό Τμήμα, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center
Αλεξάκου Ζωή	Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Αναγνωστόπουλος Κωνσταντίνος	M.D, PhD, FRCP, FRCR, FESC Διευθυντής Ερευνών, Κέντρο Κλινικής Έρευνας, Πειραματικής Χειρουργικής και Μεταφραστικής Έρευνας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ)
Αντωνιάδου Αναστασία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας-Λοιμώξεων, Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»
Αργυρίου Ευαγγελία	Ρευματολόγος, Επικουρικός Ιατρός ΕΣΥ, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»
Αργυροπούλου Ουρανία	Ρευματολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης, Κλινική και Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Αρίδα Αικατερίνη	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, MSc, PhD, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Βασιλόπουλος Δημήτριος	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
Βέμμος Κωνσταντίνος	MD, PhD, Παθολόγος, Stroke Medicine
Βουλγαρέλης Μιχαήλ	Καθηγητής Παθολογικής Φυσιολογίας-Αιματολογίας, Εργαστήριο και Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Γιαννακοπούλου Ηρώ - Ιωάννα	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας»
Γιάννου Παναγιώτα	Επικουρική Ιατρός, Νεφρολόγος, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Γιαννούλη Σταυρούλα	Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας - Αιματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Γούμενος Δημήτριος	Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Διευθυντής Νεφρολογικού και Μεταμοσχευτικού Κέντρου, Π.Γ.Ν. Πατρών – Ρίο
Θωμάς Κωνσταντίνος	Παθολόγος--Λοιμωξιολόγος, Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»
Καλαϊντζάκης Εμμανουήλ	Ειδικευόμενος Νεφρολογίας, Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα
Καραμανάκος Αναστάσιος	Ειδικευόμενος Ρευματολογίας, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Κλαυδιανού Καλλιόπη	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας»
Κοντοπίδου Φλώρα	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αιματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Κουτσιανάς Χρήστος	Ειδικός Παθολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο» Honorary Consultant, Research and Development Department, The Dudley Group NHS Foundation Trust
Κοφοτόλιος Ιωάννης	Ειδικευόμενος Νεφρολογίας, Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Κωστοπούλου Μυρτώ	Νεφρολόγος, Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, ΟΛΥΜΠΙΟΝ, Χανιά
Λαζαρίνη Αργυρώ	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας»
Λιονάκη Σοφία	Επιμελήτρια Α', Νεφρολόγος, Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Μαρινάκη Σμαράγδη	Επίκουρη Καθηγήτρια Νεφρολογίας, Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Μαρκολέφα Ιωάννα Μαυραγάνη Κλειώ	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» Ρευματολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Μητσικώστας Δημήτριος	MD, PhD, FEAN, Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας ΕΚΠΑ, Πρόεδρος Τμήματος Κεφαλαλγίας, Ευρωπαϊκή Ακαδημία Νευρολογίας, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας
Μουστάκας Γεώργιος	Νεφρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Μπανός Άγγελος	Μεταδιδακτορικός Ερευνητής, ΙΙΒΕΑΑ και Ειδικευόμενος Παθολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Μπένια Ξανθή	Ειδικευόμενη Ιατρός, Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», Αθήνα
Μποκή Κυριακή	Ρευματολόγος, Συντονίστρια – Διευθύντρια, Ρευματολογική Μονάδα, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο – Αμαλία Φλέμινγκ»
Μπολέτης Ιωάννης	Καθηγητής Παθολογίας-Νεφρολογίας, Διευθυντής, Κλινικής Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Μπούμπας Δημήτριος	Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Διευθυντής Δ' Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν «Αττικόν»

Μωυσίδου Γεωργία	Ειδικευόμενος Νεφρολογίας, Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Παναγιωτόπουλος Αλέξανδρος	Ιατρός - Επιστημονικός Συνεργάτης, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Πετράς Δημήτριος	Νεφρολόγος, Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Πρατσίδου-Γκέρτση Πολυξένη	Παιδιατρικό Ανοσολογικό και Ρευματολογικό Κέντρο Αναφοράς, Α' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
Σανούδου Δέσποινα	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Φαρμακογονιδιωματοικής Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Στάγκου Μαρία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νεφρολογίας Α.Π.Θ. Νεφρολογική κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
Στεργίου Ιωάννα	Ακαδημαϊκή Υπότροφος, Εργαστήριο και Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Στρατηγός Αλέξανδρος	Καθηγητής Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας, Διευθυντής Α' Κλινικής Νοσοκομείο Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων Αθηνών «Ανδρέας Συγγρός», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Σφηκάκης Πέτρος	Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας, Διευθυντής Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής & Μονάδος Ρευματολογίας, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Τίγκα Ειρήνη	Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Τζιούφας Αθανάσιος	Καθηγητής Ρευματολογίας-Ανοσολογίας, Διευθυντής Εργαστηρίου και Κλινικής Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Φιλιπποπούλου Αλεξάνδρα	Ρευματολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Φραγκιουδάκη Σοφία	Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
Φραγκούλης Γεώργιος	Ρευματολόγος, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Χαλκιά Αγλαΐα	Νεφρολόγος, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Χαμηλός Γεώργιος	Καθηγητής Κλινικής Μικροβιολογίας και Μικροβιακής Παθογένεσης, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης



## Γενικές Πληροφορίες

### Διοργάνωση

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 Ε.Κ.Π.Α.,  
Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο

### Ημερομηνία

18-19 Σεπτεμβρίου 2020

### Τόπος Διεξαγωγής

Ξενοδοχείο Crowne Plaza  
Μιχαλακοπούλου 50  
11528 Αθήνα  
<https://www.cpathens.com/>

### Εγγραφές

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

### Συμμετοχή

Η συμμετοχή στη διημερίδα είναι δωρεάν.

### Οδηγίες Παρακολούθησης με Φυσική Παρουσία

Η Επιστημονική Εκδήλωση θα διεξαχθεί λαμβάνοντας όλα τα προληπτικά μέτρα κατά της διασποράς του COVID-19 και με φυσική παρουσία προκαθορισμένου αριθμού ατόμων, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις. Ο μέγιστος αριθμός συμμετεχόντων στην αίθουσα είναι 50 άτομα.

Θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας. **(Η σειρά προτεραιότητας θα αφορά την άφιξη στον συνεδριακό χώρο και όχι το πότε πραγματοποιήθηκε η εγγραφή στην Επιστημονική Εκδήλωση)**

Όσοι συμμετέχοντες επιθυμούν να έχουν φυσική παρουσία θα πρέπει να προσέλθουν στον χώρο διεξαγωγής για την εγγραφή τους ή να πραγματοποιήσουν την προεγγραφή τους ηλεκτρονικά μέσω της ιστοσελίδας [www.events.gr](http://www.events.gr)

Στους συμμετέχοντες θα σταλεί ηλεκτρονικό barcode που θα πρέπει να σαρώνουν κατά την είσοδό τους στην αίθουσα.

**Η χρήση μάσκας προστασίας είναι υποχρεωτική για όλους τους συμμετέχοντες.**

### Οδηγίες Διαδικτυακής Παρακολούθησης

Βάσει των νέων υγειονομικών πρωτοκόλλων, η Επιστημονική Εκδήλωση θα προβάλλεται ταυτόχρονα διαδικτυακά μέσω της ιστοσελίδας [www.livemed.gr](http://www.livemed.gr)

Εάν είστε **νέος χρήστης** παρακαλούμε ακολουθήστε τη διαδικασία δημιουργίας λογαριασμού συμπληρώνοντας τα απαραίτητα πεδία στο Livemed (πατήστε στο πεδίο **Register / Εγγραφή**). Η δημιουργία λογαριασμού είναι δωρεάν και υποχρεωτική για την παρακολούθηση των ομιλιών.

Εάν έχετε ήδη λογαριασμό στο Livemed χρησιμοποιήστε τους κωδικούς σας για να συνδεθείτε, επιλέξτε από το μενού την κατηγορία **Live**, το συνέδριο που θέλετε να παρακολουθήσετε και στη συνέχεια το εικονίδιο **Go Live ή Go Virtual**.



Στη συνέχεια για να συνδεθείτε με την αίθουσα, επιλέγετε από το μενού που εμφανίζεται στο κάτω μέρος της οθόνης σας, την «**Αίθουσα Συνεδριάσεων**».



**Σημείωση: Εφόσον θέλετε να παραλάβετε πιστοποιητικό**, μετά τη σύνδεσή σας στο Livemed, είναι απαραίτητο να μεταβείτε στην εικονική «**Γραμματεία Συνεδρίου**», πατώντας το αντίστοιχο εικονίδιο και να ολοκληρώσετε την «**Εγγραφή**» σας στην επιστημονική εκδήλωση που επιθυμείτε, ώστε να αρχίσει να καταγράφεται ο χρόνος παρακολούθησης.



### Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Σύμφωνα με τα κριτήρια της EACCME-UEMS θα χορηγηθούν μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD credits).

### Παραλαβή Πιστοποιητικού

Βάσει της τελευταίας εγκυκλίου του ΕΟΦ, θα υπάρχει σύστημα καταμέτρησης του χρόνου παρακολούθησης. Το πιστοποιητικό παρακολούθησης θα σταλεί ηλεκτρονικά μετά το πέρας των εργασιών της Επιστημονικής Εκδήλωσης σε όσους συνέδρους παρακολούθησαν το **60% των συνολικών ωρών** του επιστημονικού προγράμματος. Ο αριθμός Μορίων Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD), θα υπολογιστεί βάσει του χρόνου παρακολούθησης που θα καταγραφεί στο σύστημα καταμέτρησης στην είσοδο της αίθουσας (καθώς και στο Livemed για όσους το παρακολουθήσουν διαδικτυακά). *Στους συμμετέχοντες με φυσική παρουσία, το πιστοποιητικό θα αποσταλεί στο e-mail που έχουν δηλώσει κατά την εγγραφή τους.*



Οι συμμετέχοντες που θα παρακολουθήσουν διαδικτυακά μπορούν να παραλάβουν το πιστοποιητικό τους απευθείας από την πλατφόρμα Livemed μέσω του πεδίου «**Πιστοποιητικό**», πατώντας το αντίστοιχο εικονίδιο που βρίσκεται στην εικονική «**Γραμματεία Συνεδρίου**» και το οποίο ενεργοποιείται μετά τη λήξη της εκδήλωσης και θα είναι ενεργό για 1 εβδομάδα.



Εδώ μπορείτε να βρείτε το «**Πρόγραμμα**» της Επιστημονικής Εκδήλωσης

### Γραμματεία



Events & Travel Solutions

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

Ελ. Βενιζέλου 154, 17122 Ν. Σμόρνη, Τηλ.: 210- 98 80 032

Φαξ: 210-98 81 303 • E-mail: [ets@otenet.gr](mailto:ets@otenet.gr), [ets@events.gr](mailto:ets@events.gr)

Website: [www.events.gr](http://www.events.gr)

## Χορηγοί

abbvie



AMGEN®





## Περιλήψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων

**ΕΑ1: ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑΣ ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΥΨΗΛΩΝ ΔΟΣΕΩΝ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΤΟΣΙΛΙΤΣΟΥΜΑΜΠΗ ΜΕ ΣΤΑΔΙΑΚΗ ΑΠΟΣΥΡΣΗ ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗΣ ΚΑΙ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΤΟΣΙΛΙΤΣΟΥΜΑΜΠΗΣ. FOLLOW-UP ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ**

*Αθανασίου Π.<sup>1</sup>, Τσακίριδης Π.1, Αθανασίου Λ.<sup>2</sup>, Δεβετζή Ε.<sup>1</sup>, Μαυρουδή Μ.<sup>1</sup>, Καμάς Α.<sup>3</sup>, Κώστογλου-Αθανασίου Ι.<sup>4</sup>, Πατσιαούρα Κ.<sup>3</sup>*

- <sup>1</sup> Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»
- <sup>2</sup> Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας
- <sup>3</sup> Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»
- <sup>4</sup> Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας

**Εισαγωγή.** Η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα (ΓΚΑ) είναι αγγειίτιδα και απαιτεί μακρόχρονη αντιμετώπιση. Η διάγνωση του νοσήματος τίθεται οριστικά με τη βιοψία κροταφικής αρτηρίας. Η βιοψία πολλές φορές αποβαίνει μη διαγνωστική είτε λόγω λήψης ακατάλληλου ιστικού τεμαχιδίου είτε λόγω προηγηθείσης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Ωστόσο, πολύ συχνά το νόσημα απαιτεί αντιμετώπιση πριν από την οριστική διάγνωση.

**Σκοπός.** Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή ασθενούς στην οποία η οριστική διάγνωση της ΓΚΑ τέθηκε μετά μακρόχρονη θεραπεία με κορτικοστεροειδή και η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με τοσιλιτσουμάμπη.

**Περιγραφή περίπτωσης.** Ασθενής, γυναίκα, 89 ετών, προσήλθε προ πενταετίας με πυρετό (έως 38.4°C), επεισόδια έντονης κεφαλαλγίας, χλωτότητα κάτω γνάθου, θόλωση της όρασης και αδυναμία, ναυτία, ανορεξία. Συνοδά νοσήματα ήταν ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, αρτηριακή υπέρταση, αρθροπλαστική γονάτων άμφω και χειρουργηθείς οφθαλμικός καταρράκτης άμφω. Είχε ήδη λάβει μεθυλπρεδνιζολόνη σε υψηλές δόσεις με αδυναμία μείωσης. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε ΤΚΕ 53mm/h, CRP 3.5 mg/dl (φτ<0.5 mg/dl), Ht 32.5% και Hb 10.5g/dl. Παρόλο που είχε λάβει θεραπεία με κορτικοστεροειδή επί τρίμηνο και επειδή εμφάνιζε κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα ενεργότητας, η ασθενής υπεβλήθη σε βιοψία κροταφικής αρτηρίας, με ευρήματα ΓΚΑ (διάσπαση του έσω ελαστικού πετάλου και διάχυτες πυκνές φλεγμονώδεις διηθήσεις από πολυμορφοπύρρηνα, λεμφοκύτταρα, ιστιοκύτταρα και πολυπύρρηνα γιγαντοκύτταρα). Ετέθη αρχικά σε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη 32 mg/d και αντιοστεοπορωτική αγωγή. Μετά από 1 έτος εμφάνισε υποτροπή της νόσου και αντιμετωπίστηκε με προσθήκη μεθοτρεξάτης και αζαθειοπρίνης. Ακολούθως, λόγω λευκοπενίας διακόπηκε η αζαθειοπρίνη και μειώθηκε σταδιακά η μεθοτρεξάτη. Στην αγωγή προσετέθη τοσιλιτσουμάμπη 162mg/wk sc με άμεση ανταπόκριση. Μετά το 1<sup>ο</sup> έτος θεραπείας έγινε spacing της τοσιλιτσουμάμπης σε 162mg/2w sc. Η χορήγηση της τοσιλιτσουμάμπης είχε σαν αποτέλεσμα βελτίωση της νόσου και διακοπή των κορτικοστεροειδών και της μεθοτρεξάτης. Η ασθενής είναι σε πλήρη ύφεση υπό μονοθεραπεία με τοσιλιτσουμάμπη 162 mg/2w sc.

**Συμπεράσματα.** Η ιστολογική διάγνωση της ΓΚΑ είναι δυνατή και μετά από χορήγηση κορτικοστεροειδών. Η τοσιλιτσουμάμπη επάγει παρατεταμένη ύφεση της νόσου και βελτίωση της ποιότητας ζωής.

**ΕΑ2: ANCA ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ**

*Μαρκολέρα Ι.<sup>1\*</sup>, Κωνσταντοπούλου Π.<sup>1\*</sup>, Μπαρτσέα Αικ.<sup>1</sup>, Γεωργούντζος Αθ.<sup>1</sup>, Παγώνη Στ.<sup>2</sup>*

- <sup>1</sup> Ρευματολογικό τμήμα, ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς, Αθήνα, <sup>2</sup> Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς, Αθήνα
- \* Ισότιμη Συνεισφορά

**Εισαγωγή:** Οι ANCA σχετιζόμενες αγγειίτιδες είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από φλεγμονή του τοιχώματος μικρών αγγείων και την παρουσία ANCA αντισωμάτων στον ορό των ασθενών. Περιλαμβάνουν την Κοκκιωμάτωση με Πολυαγγειίτιδα (GPA), προηγουμένως γνωστή ως Κοκκιωμάτωση Wegener, τη Μικροσκοπική Πολυαγγειίτιδα (MPA) και την Ηωσινοφιλική

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Κοκκιωμάτωση με Πολυαγγειίτιδα, προηγουμένως γνωστή ως Αγγειίτιδα Churg-Strauss.

**Σκοπός της μελέτης:** Η καταγραφή επιδημιολογικών και κλινικών δεδομένων ασθενών με ANCA αγγειίτιδα, όπως η προσβολή οργάνων, η χρησιμοποιούμενη ανοσοκαταστολή, η έκβαση και οι υποτροπές.

**Μέθοδος:** Αναδρομική μελέτη ασθενών που νοσηλεύτηκαν λόγω έξαρσης ANCA αγγειίτιδας στη Ρευματολογική Κλινική στο διάστημα μεταξύ 2012 και Ιανουαρίου 2020, είτε ως αρχική διάγνωση είτε ως υποτροπή. Στην ανωτέρω περίοδο νοσηλεύτηκαν 33 ασθενείς, εκ των οποίων όμως μόνο για τους 21 υπήρχαν δεδομένα για την έκβασή τους και πέραν της νοσηλείας τους.

**Αποτελέσματα:** Ο διάμεσος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών ήταν τα 6 έτη. Τα προσβεβλημένα όργανα-στόχοι ήταν κατά σειρά συχνότητας το ανώτερο αναπνευστικό, το κατώτερο αναπνευστικό, οι νεφροί, τα κρανιακά νεύρα, το κεντρικό νευρικό σύστημα, το μυοκάρδιο, τα περιφερικά νεύρα. Τα θεραπευτικά σχήματα που χρησιμοποιήθηκαν για την επαγωγή ύφεσης πλην των κορτικοστεροειδών (που τα έλαβε το σύνολο των ασθενών) ήταν κατά σειρά συχνότητας τα Rituximab, η κυκλοφωσφαμίδη, η μεθοτρεξάτη και η αζαθειοπρίνη, ενώ 2 ασθενείς χρειάστηκαν θεραπεία διάσωσης με συνδυασμό Rituximab και κυκλοφωσφαμίδης (για την επιλογή της θεραπείας βάσης συυπολογίστηκαν η σοβαρότητα των προσβεβλημένων οργάνων και οι συννοσηρότητες των ασθενών). Παρατηρήθηκε υποτροπή σε 11 (από τους 21) ασθενείς, με διάμεσο χρόνο 5.5 έτη από τη διάγνωση έως την υποτροπή, ενώ 2 ασθενείς κατέληξαν κατά τη διάρκεια παρακολούθησης. (Πίνακας 1)

**Συμπεράσματα:** Παρά τη σημαντική βελτίωση της πορείας των ασθενών με ANCA αγγειίτιδα με τα νέα θεραπευτικά σχήματα, σημαντικό ποσοστό ασθενών (μεγαλύτερο του 50%) εξακολουθεί να υποτροπιάζει, ενώ υπάρχουν κι ασθενείς που έχουν ανάγκη συνδυαστικής ανοσοκαταστολής (κυκλοφωσφαμίδη +Rituximab) προκειμένου να επιτευχθεί η ύφεση.

Πίνακας 1: Επιδημιολογικά δεδομένα ασθενών με ANCA αγγειίτιδα, που νοσηλεύτηκαν από το 2012 έως τον Ιανουάριο 2020

		Ποσοστό	Μέση τιμή (SD)	Διάμεση τιμή (Median)
Ηλικία (κατά τη διάγνωση)			60 (7.66)	
Φύλο	Άρρεν	7/21 (33.3%)		
	Θήλυ	14/21 (66.6%)		
Αυτοαντισώματα	c-ANCA	10/21 (47.6%)		
	p-ANCA	9/21 (42.8%)		
	MPO	8/21 (38.1%)		
	PR3	11/21 (52.4%)		
	αρνητικά	1/21 (4.7%)		
Συμμετοχή οργάνων	Νεφροί	7/21 (33.3%)		
	Πνεύμονες	9/21 (42.8%)		
	Κεντρικό Νευρικό Σύστημα	2/21 (9.5%)		
	Μυοκάρδιο	2/21 (9.5%)		
	Κρανιακά Νεύρα	4/21 (19%)		
	Περιφερικά Νεύρα	2/21 (9.5%)		
Θεραπεία επαγωγής ύφεσης (πλην κορτικοστεροειδών)	Ανώτερο αναπνευστικό	10/21 (47.6%)		
	Rituximab	10/21 (47.6%)		
	Κυκλοφωσφαμίδη	6/21 (28.6%)		
	Rituximab+Κυκλοφωσφαμίδη	2/21 (9.5%)		
	Μεθοτρεξάτη	2/21 (9.5%)		
Διάστημα έως την υποτροπή	Αζαθειοπρίνη	1/21 (4.7%)		
		11/21 υποτροπές		5.5 έτη
Διάρκεια παρακολούθησης				6 έτη
Θάνατοι		2/21 (9.5%)		

**ΕΑ3: ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ RITUXIMAB ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ANCA-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ**

*Α. Χαλκιά<sup>1</sup>, Κ. Θωμάς<sup>2</sup>, Μ. Μπόρα<sup>1</sup>, Α. Παναγιωτόπουλος<sup>2</sup>, Ζ. Αλεξάκου<sup>1</sup>, Δ. Κουρνώτης<sup>1</sup>, Γ. Αγγελής<sup>1</sup>, Δ. Βασιλόπουλος<sup>2</sup>, Δ. Πετράς<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α Ιπποκράτειο, Αθήνα

<sup>2</sup> Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για το ιδεατό χρονικό διάστημα της θεραπείας συντήρησης σε ασθενείς με ANCA-σχετιζόμενη αγγειίτιδα (AAV). Παρόλο αυτά η μακροχρόνια χορήγηση του Rituximab (RTX) άνω τους 18 μήνες φαίνεται να διατηρεί την ύφεση της νόσου για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, χωρίς ιδιαίτερες επιπλοκές.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Καταγράφηκαν 43 ασθενείς που έλαβαν RTX ως θεραπεία συντήρησης σε νέα, υποτροπιάζουσα ή ανθεκτική νόσο. Καταγράφηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά, τα θεραπευτικά σχήματα, τη δόση και τη διάρκεια θεραπείας καθώς και τις επιπλοκές που παρουσίασαν οι ασθενείς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 43 ασθενείς (διάμεση ηλικία 60.33 έτη, 49% γυναίκες) που έλαβαν RTX ως θεραπεία συντήρησης σε δόση 1000 mg ανά 6 μήνες. Οι συχνότερες αρχικές προσβολές οργάνων αποτελούν στο 74% ο πνεύμονας ή/και ο νεφρός. Το 33% (14/43) των ασθενών έλαβε rituximab σε υποτροπιάζουσα νόσο. Ως επαγωγική θεραπεία: το 47% έλαβε RTX, το 33% κυκλοφωσφαμίδη, το 14% συνδυασμό κυκλοφωσφαμίδης και RTX και το 2% μεθοτρεξάτη. Μέση διάρκεια θεραπείας συντήρησης καταγράφηκαν οι 24 μήνες (εύρος 6-72 μήνες). Κατά τη διάρκεια της θεραπείας συντήρησης παρατηρήθηκε μικρό ποσοστό υποτροπών (7%), ενώ σε 2 ασθενείς χρειάστηκε να τροποποιηθεί το θεραπευτικό σχήμα. Όσον αφορά τις επιπλοκές που παρατηρήθηκαν, οι συχνότερες ήταν οι λοιμώξεις (16%, 7/43). Τέλος καταγράφηκαν 3 θάνατοι κατά τη διάρκεια της θεραπείας συντήρησης. Επιπρόσθετα το 7% των ασθενών συνέχισε να λαμβάνει RTX κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, χωρίς ιδιαίτερες επιπλοκές.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ανάλυση παρέχει στοιχεία για μακροχρόνιο έλεγχο της νόσου, με τη συνεχιζόμενη εξάλειψη των Β-λεμφοκυττάρων. Η παρατεταμένη χορήγηση RTX ανά 6 μήνες φαίνεται να σχετίζεται με διατήρηση της ύφεσης της νόσου για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα παρουσιάζοντας μικρό ποσοστό επιπλοκών.

**ΕΑ4: ΤΑ ΧΑΜΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ ΚΛΑΣΜΑΤΟΣ C3 ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΣΟΠΕΝΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟΤΕΡΗ ΕΚΠΤΩΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

*Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>1</sup>, Ε. Καλαϊντζάκης<sup>1</sup>, Σ. Φραγκιουδάκη<sup>1</sup>, Π. Καλογερόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Λιάπης<sup>2</sup>, Α. Γουλές<sup>3</sup>, Α. Γτζιοφας<sup>3</sup>, ΙΝ. Μπολέτης<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης, Λαϊκό Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα

<sup>2</sup> Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Λαϊκό Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα

<sup>3</sup> Παθολογική Φυσιολογία, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα

**Σκοπός** Η μελέτη των επίπεδων του συμπληρώματος σε ασθενείς με ανοσοπενική σπειραματονεφρίτιδα κατά τη διάγνωση με σκοπό την συσχέτιση τους με την κλινική εικόνα και την έκβαση της νόσου.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν αναδρομικά όλοι οι ασθενείς με ιστολογική διάγνωση ανοσοπενικής ΣΝ στους οποίους είχαν μετρηθεί τα κλάσματα του συμπληρώματος κατά τη διάγνωση της νόσου ή σε υποτροπή πριν την έναρξη ανοσοκατασταλτικής θεραπείας.

**Αποτελέσματα** Στη μελέτη περιλήφθηκαν 96 ασθενείς με ανοσοπενική ΣΝ. 22 (22.9%) ασθενείς είχαν χαμηλά επίπεδα του κλάσματος C3 (MO+/-ΣΑ) ενώ οι υπόλοιποι ήταν εντός φυσιολογικών ορίων (ΜΠ+/- ΣΑ).



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Χαρακτηριστικό	Ασθενείς με χαμηλό C3 N=22	Ασθενείς με φυσιολογικό C3 N=74	p value
<b>ANCA τύπος</b>			
R/MPO-ANCA	14 (63.6%)	44 (59.45%)	0.71
C/PR3-ANCA	6 (27.3%)	25 (33.8%)	0.66
Negative	2 (9.1%)	5 (6.75%)	0.54
<b>Κλινικός φαινότυπος</b>			
Μικροσκοπική πολυαγγειίτιδα	11	29	
Συστηματική κοκκιωμάτωση	5	17	
Νόσος περιορισμένη στο νεφρό	6	28	
Ηλικία (έτη)	60.4(13.1)	58.3 (15.6)	0.89
Φύλο (άρρεν)	12 (57.1%)	35 (47.3%)	0.77
Κρεατινίνη ορού (mg/dl)	8.25 (3.8)	2.875 (1.9)	<0.0001
Peak κρεατινίνη ορού (mg/dl)	10.8 (3.3)	2.9 (1.7)	0.13
Ασθενείς που χρειάστηκαν οξεία αιμοκάθαρση	10 (47.6%)	13 (17.5%)	0.004
BVAS	16.6 (5.35)	17.7 (5.75)	0.98
Ύφεση	13/22 (59.1%)	49/66(74.2%)	0.65
ΧΝΝΤΣ	9/22 (40.9%)	9/66 (13.6)	0.006

**Συμπεράσματα:** Στη σειρά αυτή των ασθενών με ανοσοπενική ΣΝ, 22.9% είχαν χαμηλό C3 στον ορό κατά τη διάγνωση. Οι ασθενείς αυτοί είχαν σοβαρότερη έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας στη διαγνωστική βιοψία και χρειάστηκαν οξεία αιμοκάθαρση πιο συχνά και είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα κατάληξης σε ΧΝΝΤΣ σε σύγκριση με τους ασθενείς που είχαν φυσιολογικό C3 στον ορό κατά τη διάγνωση.

**EA5: OCILIZUMAB ΣΤΗ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΡΘΗΡΙΤΙΔΑ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**

**Μαρκολέφα Ι., Κωνσταντοπούλου Π.**

Ρευματολογικό τμήμα, ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Το tocilizumab έχει ένδειξη στη θεραπεία της γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας. Στην εγκριτική του μελέτη χορηγήθηκε για 52 εβδομάδες. Δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα για την πιθανότητα υποτροπής μετά τη διακοπή του ή την ενδεχόμενη ανάγκη χορήγησης του για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

**Σκοπός της μελέτης:** Η καταγραφή των επιδημιολογικών δεδομένων και της έκβασης της νόσου ασθενών με γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα που παρακολουθούνται από το τμήμα μας και έλαβαν tocilizumab.

**Μέθοδοι:** Αναδρομική μελέτη ασθενών με γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα που παρακολουθούνται από το ρευματολογικό τμήμα τον Ιούλιο του 2020 και λαμβάνουν ή έχουν λάβει tocilizumab.

**Αποτελέσματα:** Tocilizumab για γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα έλαβαν 6 γυναίκες ασθενείς. Η διάμεση ηλικία τους κατά τη διάγνωση ήταν 64,5 έτη. Όλες πληρούσαν τα κριτήρια ταξινόμησης της νόσου κατά ACR (1990). 3 (50%) είχαν διαγνωστική βιοψία κροταφικής αρτηρίας. Σε 2 διενεργήθηκε MRA αορτής και στη 1 διαπιστώθηκε προσβολή της αριστερής υποκλειδίου, μασχαλιαίας και βραχιονίου αρτηρίας. Ο διάμεσος χρόνος έναρξης της αγωγής με tocilizumab από τη διάγνωση της νόσου ήταν 8,5 μήνες (από 5 έως 41). Όλες ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία, διέκοψαν τα κορτικοειδή, ενώ δεν παρουσίασαν κάποια σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια. Οι ασθενείς δεν είχαν

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

προηγούμενο επαρκή έλεγχο της νόσου με τα κορτικοστεροειδή, ενώ 2 είχαν παρουσιάσει ιατρογενές Cushing, 1 σοβαρή μυοπάθεια και 1 έπασχε από γλαύκωμα. Οι 4 είχαν λάβει προηγουμένως μεθοτρεξάτη η οποία διεκόπη είτε λόγω ανεπαρκούς ανταπόκρισης, είτε λόγω εμφάνισης ανεπιθύμητης ενέργειας. 2 από τους ασθενείς ολοκλήρωσαν τις 52 εβδομάδες χορήγησης tocilizumab, συνέχισαν με ανά δεκαπενθήμερο χορήγησή του για 24 εβδομάδες κι υποτροπίασαν κλινικοεργαστηριακά σε 5 μήνες από τη διακοπή του. Στις ασθενείς αυτές επαναχορηγήθηκαν κορτικοστεροειδή ημερησίως και tocilizumab εβδομαδιαίως με άμεση ανταπόκριση κι επίτευξη ύφεσης ως νέου πλήρους απογαλακτισμού από τα κορτικοστεροειδή.

**Συμπεράσματα:** Το tocilizumab είναι ένα πολύ αποτελεσματικό φάρμακο στη θεραπεία της γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας, αλλά χρειάζονται περισσότερα δεδομένα μακροχρόνιας παρακολούθησης ασθενών για να καθοριστεί σαφώς το απαιτούμενο διάστημα χορήγησής του.

**ΕΑ6: Η ΥΠΟΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΝΑΙΜΙΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΠΙΟ ΣΟΒΑΡΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ANCA-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

**Α. Χαλκιά<sup>1</sup>, Κ. Θωμάς<sup>2</sup>, Π. Γιάννου<sup>1</sup>, Α. Παναγιωτόπουλος<sup>2</sup>, Ε. Χατζηγιάννη<sup>2</sup>, Α. Καποτά<sup>1</sup>, Χ. Γακιοπούλου<sup>3</sup>, Δ. Βασιλόπουλος<sup>2</sup>, Δ. Πετράς<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α Ιπποκράτειο, Αθήνα

<sup>2</sup> Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

<sup>3</sup> Α΄ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το συμπλήρωμα φάνηκε πρόσφατα να παίζει σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της ANCA- σχετιζόμενης αγγειίτιδας (AAV). Η μελέτη εξετάζει την αξία των επιπέδων του συμπληρώματος C3 στον ορό και την καθήλωση C3 στη βιοψία νεφρού στην πρόγνωση της νεφρικής επιβίωσης σε ασθενείς με AAV.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναδρομική μελέτη 47 ασθενών με AAV, οι οποίοι κατηγοριοποιήθηκαν, σύμφωνα με τα επίπεδα C3 στον ορό σε υπο-συμπληρωματιναιμικούς και σε νορμο-συμπληρωματιναιμικούς και σε αυτούς με θετικό ή αρνητικό ανοσοφθορισμό C3 στη βιοψία νεφρού. Κλινικοεργαστηριακά χαρακτηριστικά, όπως και η εξέλιξη σε χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ΧΝΝΤΣ) ανάμεσα στις 2 ομάδες αξιολογήθηκαν.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 23% (11/47) ήταν υπο-συμπληρωματιναιμικοί. Αυτοί οι ασθενείς είχαν μεγαλύτερη ηλικία (74 vs 65 έτη,  $p=0.013$ ), μεγαλύτερη τιμή κρεατινίνης (4.9 vs 2.2 mg/dl,  $p=0.006$ ), πιο συχνά εξαρτώμενοι από αιμοκάθαρση (64% vs 19%,  $p=0.009$ ) και πιο συχνά εξελίχθηκαν σε ΧΝΝΤΣ (55% vs 11%,  $p=0.01$ ) σε σύγκριση με τους νορμο-συμπληρωματιναιμικούς ασθενείς ( $n=36$ ). Στη πολυπαραγοντική ανάλυση η τιμή της κρεατινίνης στη διάγνωση (HR=16.8, 95%CI: 1.354-208.62,  $p=0.028$ ), και τα χαμηλά επίπεδα C3 στον ορό (HR=2.492; 95% CI: 1.537-11.567;  $p=0.044$ ) παραμένουν ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για ΧΝΝΤΣ. Ανάμεσα στους 25 ασθενείς με διαθέσιμη βιοψία νεφρού, 56% είχαν C3 εναπόθεση στον ανοσοφθορισμό και παρουσίαζαν αυτοί οι ασθενείς πιο συχνά μικτής τάξης ιστολογικό πρότυπο (72% vs. 27%,  $p=0.033$ ), χαμηλά επίπεδα C3 ορού (42% vs. 18%,  $p<0.001$ ) και σοβαρές λοιμώξεις κατά την διάρκεια παρακολούθησής τους (57% vs. 18%,  $p=0.047$ ), σε σύγκριση με τους ασθενείς με αρνητικό ανοσοφθορισμό ( $n=11$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ένας στους τέσσερις ασθενείς με AAV παρουσιάζει χαμηλά επίπεδα C3 στη διάγνωση, το οποίο σχετίζεται με πιο σοβαρή νεφρική νόσο και χειρότερη νεφρική επιβίωση (ΧΝΝΤΣ). Θα μπορούσε να ληφθεί υπόψη για μελλοντικές θεραπευτικές και παρακολούθησης στρατηγικές.

**ΕΑ7: ΜΟΡΙΑΚΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΩΝ ANCA ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΩΝ ΜΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ RNA ΑΛΛΗΛΟΥΧΙΣΗΣ**

**Μπανός Α.<sup>1\*</sup>, Θωμάς Κ.<sup>2\*</sup>, Γαραντζιώτης Π.<sup>1\*</sup>, Μαλισσόβας Ν.<sup>1</sup>, Φύλια Α.<sup>1</sup>, Παναγιωτόπουλος Α.<sup>2</sup>, Καψαλά Ν.<sup>4</sup>, Πιέτα Α.<sup>4</sup>, Νικολόπουλος Δ.<sup>1,4</sup>, Πετράς Δ.<sup>3</sup>, Κατσιμπρή Π.<sup>4</sup>, Μπερτσιάς Γ.<sup>5</sup>, Μπούμπας Δ.<sup>1,4</sup>, Βασιλόπουλος Δ.<sup>2</sup>**

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

**Εισαγωγή:** Οι ANCA σχετιζόμενες αγγειίτιδες αποτελούν μία ομάδα αυτοάνοσων φαινοτύπων, των οποίων η διαφοροδιάγνωση στηρίζεται σε κλινικοεργαστηριακά κριτήρια, ενώ περιορισμένες είναι οι μελέτες που τεκμηριώνουν τα μοριακά μονοπάτια που εμπλέκονται στην παθογένεια του κάθε υπότυπου.

**Σκοπός της μελέτης:** Κατασκευή του μεταγραφικού χάρτη των υπότυπων των ANCA αγγειιτιδών με σύγχρονες τεχνολογίες και μελέτη των μοριακών σφραγίδων που σχετίζονται με την αιτιοπαθογένεια τους.

**Μέθοδοι:** Αναλύθηκε το μεταγραφικό πρότυπο ολικού αίματος 30 ασθενών με αγγειίτιδα μέσης ηλικίας 56.9±14.9 χρόνων κατά την διάγνωση και 60.5±14.1 κατά την δειγματοληψία, όπου 22 από αυτούς παρουσίαζαν GPA αγγειίτιδα ενώ διάφορα όργανα στόχοι έπασχαν (πνεύμονας (90%), νεφροί (70%) και ΓΕΣ (50%)). Το ολικό αίμα απομονώθηκε σε Pax Tubes και ακολούθησε απομόνωση του ολικού RNA. Κατόπιν, διενεργήθηκε αλληλούχιση του RNA στην πλατφόρμα HiSeq 2000 της Illumina, αποδίδοντας τμήματα των 75 βάσεων. Τα τμήματα αυτά ελέγχθηκαν ποιοτικά με την εφαρμογή FastQC. Ακολούθησε επεξεργασία ευθυγράμμισης στο γονιδίωμα (STAR mapper) και εξαγωγή της λίστας των διαφορικά εκφραζόμενων γονιδίων (edgeR). Αναλύθηκαν τα μοριακά μονοπάτια στα οποία εμπλέκονται τα διαφορικά εκφραζόμενα γονίδια μέσω των εφαρμογών gProfiler και GSEA. Τέλος, επαληθεύτηκε το πρότυπο έκφρασης επιλεγμένων γονιδίων σε ανεξάρτητη κοορτή ασθενών με την τεχνολογία της Real-time qPCR.

**Αποτελέσματα:** Η ανάλυση των διαφορικά εκφραζόμενων γονιδίων σε ασθενείς με GPA αγγειίτιδα αναδεικνύει ως κεντρικά μονοπάτια της παθογένειας την σηματοδότηση μέσω IFNγ, τα μόρια που εμπλέκονται στο μονοπάτι ιντερφερονών τύπου I, της ενεργοποίησης των ουδετερόφιλων, ενώ βασικοί μεταγραφικοί παράγοντες που διαμεσολαβούν αυτή την μοριακή σφραγίδα είναι οι IRFs, οι STATs και οι GATAs. Σε ασθενείς με MPA αγγειίτιδα, φαίνεται ότι σημαντικό ρόλο έχουν τα μονοπάτια σηματοδότησης μέσω B και T κυττάρων, της αυτοφαγίας, της ωρίμανσης του mRNA και της επιγενετικής ρύθμισης της γονιδιακής έκφρασης. Τέλος, σε ασθενείς με ενεργό νόσο, τα μόρια που σχετίζονται με την λειτουργία των ουδετερόφιλων, της αντιγονοπαρουσίασης και του μονοπατιού των ιντερφερονών φαίνεται να περιλαμβάνονται στο πυρήνα των γονιδίων που αλλάζουν έκφραση. Η σημασία των παραπάνω μονοπατιών τεκμηριώθηκε με πειράματα μέτρησης της γονιδιακής έκφρασης με Real-time qPCR.

**Συμπεράσματα:** Οι διαφορετικές οντότητες που ανήκουν στις ANCA αγγειίτιδες παρουσιάζουν διακριτά μοριακά χαρακτηριστικά, αναδεικνύοντας ως σημαντικά τα μονοπάτια της ενεργοποίησης των ουδετερόφιλων, της ειδικής ανοσίας και των ιντερφερονών ενώ συμπληρώνουν τα διαφοροδιαγνωστικά εργαλεία μέσω μεταγραφικών προτύπων.

**Ευχαριστίες:** Αυτή η εργασία υποστηρίχθηκε από το European Research Council (ERC)/European Union's Horizon 2020 (grant agreement No 742390) και από την ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ.

**ΕΑ8: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΣΟΠΕΝΙΚΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΝΟΣΟΥ**

**Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>1</sup>, Ε. Καλαϊντζάκης<sup>1</sup>, Σ. Φραγκιουδάκη<sup>1</sup>, Π. Καλογερόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Λιάπη<sup>2</sup>, Α. Γουλές<sup>3</sup>, Α. Γ Τζιούφας<sup>3</sup>, ΙΝ. Μπολέτης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης, Λαϊκό Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα

<sup>2</sup> Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

<sup>3</sup> Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

**Σκοπός:** Να μελετηθούν οι τυχόν διαφορές στην κλινική εικόνα και την έκβαση μεταξύ των ασθενών με ανοσοπενική αγγειίτιδα, που είχαν ιστορικό άλλου αυτοάνοσου νοσήματος κατά τη χρονική στιγμή της διάγνωσης της νόσου, συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν είχαν τέτοιο ιστορικό.

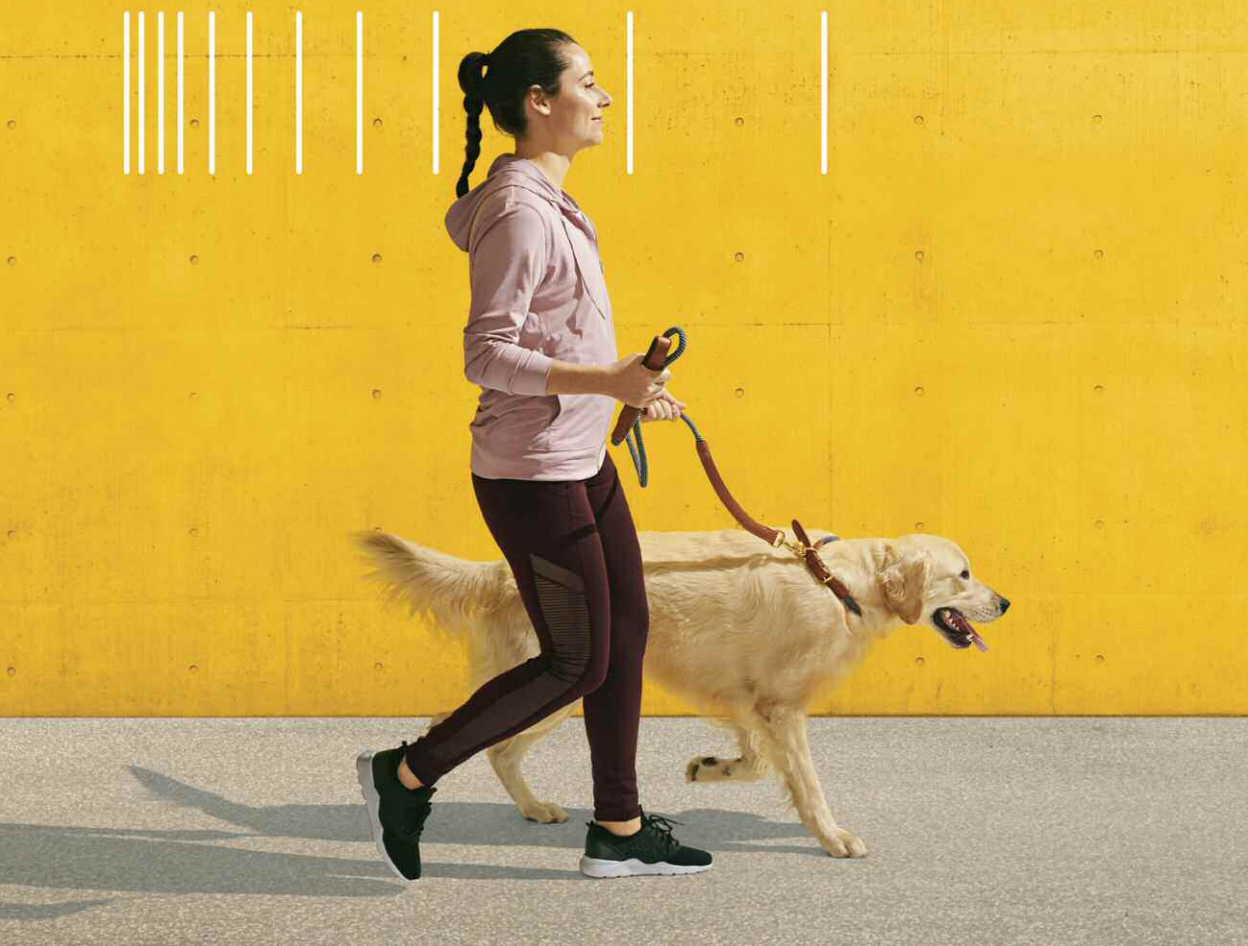
**Υλικό-Μέθοδοι:** Από 304 ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένη ανοσοπενική αγγειίτιδα, ακριβείς πληροφορίες σχετικά με το ατομικό αναμνηστικό υπήρχαν διαθέσιμες συνολικά σε 235 ασθενείς (77.3%). Από αυτούς οι 60 (25.5%) είχαν ιστορικό ενός τουλάχιστον αυτοάνοσου νοσήματος πριν τη διάγνωση της αγγειίτιδας, που ήταν σύνδρομο Sjogren (n=5) νόσος Crohn (n=4), αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα (n=32), ψωρίαση (n=6), ρευματοειδής αρθρίτιδα (n=17) και σκληρόδερμα (n=1).

**Αποτελέσματα**

Χαρακτηριστικό	Ασθενείς με ιστορικό αυτοάνοσου νοσήματος N=60	Ασθενείς χωρίς ιστορικό αυτοάνοσου νοσήματος N=175	p-value
Mean (sd) ή N(%)			
Ηλικία (έτη)	53.9(16.03)	51.2(15.8)	0.88
Φύλο (άρρεν)	26(43.3%)	99(56.5%)	0.67
ANCA τύπος			
P/MPO-ANCA	58.6%	42.0%	0.03
C/PR3-ANCA	37.9%	55.0%	
Negative	3.4%	1.8%	0.47
<b>Κλινικός φαινότυπος</b>			
Μικροσκοπική πολυαγγειίτιδα	53.4%	40.9%	0.09
Συστηματική κοκκιωμάτωση	22.4%	46.6%	0.0012
Νόσος περιορισμένη στο νεφρό	24.1%	13.45	0.057
Νεφρική προσβολή	70%	80.9%	0.8
Πνευμονική συμμετοχή	33.3%	44.5%	0.14
ΩΡΛ συμμετοχή	13.3%	31.2%	0.009
Κρεατινίνη ορού στη νεφρική βιοψία (mg/dl)	2.3(±1.94)	5.1(±3.96)	<0.0001
<b>Έκβαση νόσου</b>			
Ύφεση	89.2%	85.5%	0.5
Νόσος ανθεκτική στη θεραπεία	10.7%	15.2%	0.411
Υποτροπή	16.0%	34.2%	0.017
ΧΝΝΤΣ	11.1%	13.4%	0.66
<b>Υποτροπή</b>			
PR3-ANCA ασθενείς	19.0%	47.7%	0.02
MPO-ANCA ασθενείς	10.7%	18.35%	0.37

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με ανοσοπενική αγγειίτιδα και ιστορικό αυτοάνοσης νόσου είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κλινική εικόνα και την έκβαση της νόσου, σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν ιστορικό αυτοάνοσης νόσου. Αυτές περιλαμβάνουν: αυξημένη συχνότητα του ορολογικού φαινοτύπου P/MPO-ANCA, μικρότερη πιθανότητα υποτροπής μετά την επίτευξη ύφεσης της νόσου και για τους ασθενείς με νεφρική προσβολή ηπιότερη νεφρική δυσλειτουργία κατά τη διάγνωση.





Παρακαλούμε επικοινωνήστε με την εταιρεία για επιβεβαίωση πλήρως ενημερωμένων δεδομένων, για οποιαδήποτε πληροφορία ή/και αναφορά Ανεπιθύμητων Ενεργειών στο τηλέφωνο 210 6882100.

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος η οποία είναι διαθέσιμη κατόπι αιτήσεως στην εταιρεία.

**Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»**

PM-GR-BEL-ADVT-190001 ΙΣΧΥΣ 11/2019-11/2021



# Benlysta (belimumab)

200 mg/mL

Κάθε 1 ml προγεμισμένης συσκευής τύπου πένας περιέχει 200 mg μπελιμουμάμπης

GlaxoSmithKline  
Λ. Κηφισίας 266, 152 32 Αθήνα, Τηλ: 2106882100  
[www.glaxosmithkline.gr](http://www.glaxosmithkline.gr)



© 2019 Όμιλος εταιρειών GSK ή δικαιούχος του Ομίλου GSK. Το εμπορικό σήμα ανήκει ή έχει παραχωρηθεί στον Όμιλο Εταιρειών GSK.

# ΤΟ COSENTYX ΚΑΛΥΠΤΕΙ ΠΛΕΟΝ

όλο το φάσμα της ΑΞΣΠΑ

Νέα ένδειξη του Cosentyx<sup>®</sup> για τη  
μη-ακτινολογικά επιβεβαιωμένη  
αξονική σπονδυλαρθρίτιδα (ΑΣχΑΕ)<sup>1</sup>



Το φάσμα της ΑΞΣΠΑ (Αξονικής Σπονδυλαρθρίτιδας)  
περιλαμβάνει την Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα (ΑΣ) και τη  
μη-ακτινολογικά επιβεβαιωμένη αξονική σπονδυλαρθρίτιδα (ΑΣχΑΕ).<sup>4</sup>

**Βιβλιογραφία** 1. Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος Cosentyx. 2. Novartis. Novartis Cosentyx gains fourth indication in EU with first-in-class approval in axial spondyloarthritis spectrum, <https://www.novartis.com/news/media-releases/novartis-cosentyx-gains-fourth-indication-eu-first-class-approval-axial-spondyloarthritis-spectrum>, Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 18 Ιουνίου 2020 3. Novartis. Novartis Cosentyx<sup>®</sup> receives FDA approval for new indication to treat active non-radiographic axial spondyloarthritis, <https://www.novartis.com/news/media-releases/novartis-cosentyx-receives-fda-approval-new-indication-treat-active-non-radiographic-axial-spondyloarthritis>, Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 18 Ιουνίου 2020 4. Rudwaleit M et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection, *Ann Rheum Dis.* 2009;68(6):777-783.