

newsletter

www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
& ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΙΔΡΥΤΙΚΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΧΑΡΙΛΑΟΣ ΓΙΟΒΑΝΙΔΗΣ †
ΑΧΙΛΛΕΑΣ ΓΚΙΟΚΑΣ †
ΠΕΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ †
ΜΠΕΝΑΚΗΣ ΜΑΤΣΑΣ †
ΔΩΡΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΣ †
ΠΑΥΛΟΣ ΣΦΗΚΑΚΗΣ †

ΔΙΑΤΕΛΕΣΑΝΤΕΣ ΠΡΟΕΔΡΟΙ Δ.Σ.

ΕΥΓ. ΦΩΚΑΣ † (1961-1965)
Α. ΠΡΑΤΣΙΚΑΣ † (1965-1966)
Ε. ΒΑΚΡΙΝΟΣ † (1967-1968)
Α. ΖΑΒΕΡΔΙΝΟΣ † (1969-1970)
Π. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ † (1971-1972)
Ν. ΚΕΠΕΤΖΗΣ † (1973)
Π. ΣΦΗΚΑΚΗΣ † (1973-1974)
Π. ΤΣΑΧΑΛΟΣ † (1975-1976)
Φ. ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ (1977-1978)
Δ. ΣΤΡΟΥΜΠΟΥΛΗΣ † (1979-1980)
Α. ΓΑΛΛΗΣ † (1981-1982)
Γ. ΦΩΣΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ (1983-1984)
Π. ΝΤΑΝΤΗΣ (1985-1986)
Β. ΘΟΥΑΣ (1987-1988)
Κ. ΒΟΥΔΟΥΡΗΣ † (1989-1990)
ΑΛ. ΑΝΔΡΙΑΝΑΚΟΣ (1991-1992)
Ι. ΛΑΛΟΣ † (1993-1994)
Π. ΤΣΑΧΑΛΟΣ † (1995)
Μ. ΜΑΥΡΙΚΑΚΗΣ (1995-1996)
Σ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ (1997-1998)
Γ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ (1999-2000)
Κ. ΜΠΟΚΗ (2001-2002)
ΧΡ. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ (2003-2004)
Δ. ΚΑΡΡΑΣ (2005-2006)
Γ. ΒΑΪΟΠΟΥΛΟΣ (2007-2008)
Κ. ΤΕΜΠΟΣ (2009-2010)
Π. ΣΦΗΚΑΚΗΣ (2011-2012)
Σ. ΑΣΛΑΝΙΔΗΣ (2013-2014)

Δ.Σ. 2015 - 2016

ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΤΡΟΝΤΖΑΣ
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΜΠΕΡΜΠΕΡΙΔΗΣ
Γ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΑΤΑΞΑΚΗ
ΤΑΜΙΑΣ
ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ ΔΙΚΑΙΟΥ
ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΣΠΥΡΟΣ ΝΙΚΑΣ
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ
ΣΠΥΡΟΣ ΑΣΛΑΝΙΔΗΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
& ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
Μεσογείων 387,
153 43 Αγία Παρασκευή



ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



πρόλογος

Παναγιώτης Τρόντζας / Πρόεδρος ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



Π. Τρόντζας

Το 25ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ρευματολογίας, διοργανώνεται στην Αθήνα 8 έως 11 Δεκεμβρίου 2016 στο ξενοδοχείο Hilton.

Το ΔΣ και η Οργανωτική Επιτροπή προσπάθησαν να διαμορφώσουν ένα μοντέρνο, στιβαρό συνέδριο με ακαδημαϊκό χαρακτήρα αλλά και ευρύτερα ενδιαφέροντα.

Το επιστημονικό πρόγραμμα χαρακτηρίζεται από:

- την επικέντρωση στο «τι νεότερο;»
- την έμφαση στην ερευνητική δραστηριότητα των ελληνικών κέντρων
- τη διεξαγωγή διαδραστικών συνεδριών με πρακτικό αντικείμενο
- την εξορθολογισμένη και με κανόνες ένταξη δορυφορικών εκδηλώσεων

Ακόμα στη διάρκεια του συνεδρίου, διοργανώνονται:

- Το 2ο forum του Εθνικού Συμβουλίου
- Θεματικές παρουσιάσεις της Πανελληνίας Ενημερωτικής Εκστρατείας
- Το 1st editorial meeting του περιοδικού MJR
- Το Networking Meeting των συνέδρων με τους experts
- Συνεδριάσεις και συνέλευση για την εκπαίδευση στην ειδικότητα

Στα πλαίσια αυτά εκδίδεται η εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ» με την εκδοτική μορφή τους newsletter της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ. Η εφημερίδα σχεδιάστηκε με ανάλαφρο στυλ και περιλαμβάνει άρθρα, ρεπορτάζ, φωτογραφίες και αναγγελίες. Ελπίζουμε να αρέσει στους συνέδρους και να γίνει θεσμός των ρευματολογικών συνεδρίων.

Ευχές για καλό συνέδριο αλλά και ακόμα περισσότερες ευχές για καλές γιορτές.

Η ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



Δ. Βασιλόπουλος



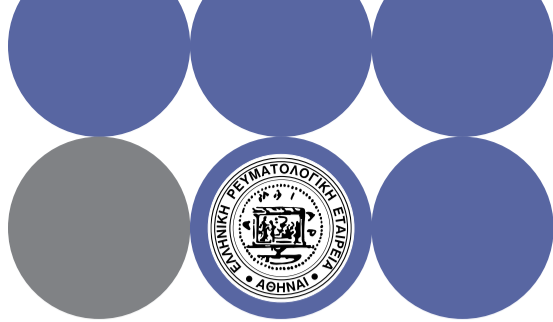
Κ. Μποκή



Δ. Πατρίκος



Θ. Δημητρούλας



www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

Πέμπτη 8 Δεκεμβρίου, 20:00 - 21:30, Αίθουσα Τερψιχόρη 1

ΔΙΑΛΕΞΗ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΥ ΟΜΙΛΗΤΗ: Σύνδρομο SJÖGREN - Αυτοάνοση Επιθηλίτιδα: από την καλοήθη στην κακοήθη λεμφική υπερπλασία



Χαράλαμπος Μ. Μουτσόπουλος / Ομότιμος και Επίτιμος Καθηγητής Ιατρικών Σχολών Αθηνών και Ιωαννίνων
Εργαστήριο και Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Το σύνδρομο Sjögren (SS), μία συχνή αυτοάνοση ρευματική νόσος (κατεξοχή των γυναικών), έχει τις εξής ιδιαιτερότητες που το καθιστούν ιδανικό πρότυπο για τη μελέτη της παθογένειας των αυτοάνοσων ρευματικών νοσημάτων: Εκφράζεται ως οντότητα (πρωτοπαθές) ή σε συνδυασμό με άλλα αυτοάνοσα ρευματικά νοσήματα (δευτεροπαθές). Επίσης, είναι δυνατόν να προσβάλλει μόνο τους εξωκρινείς αδένες (αδενικό) ή και τα παρεγχυματικά όργανα (συστηματικό). Ένα, δε, ικανό ποσοστό ασθενών με SS (5%), αναπτύσσει κακοήθεια του Β λεμφοκυττάρου (λήμφωμα).

Μελέτες του εργαστηρίου μας, αρχικά κατέδειξαν κλινικούς (διόγκωση παρωτίδων και πορφύρα) και εργαστηριακούς δείκτες (λευκοπενία, χαμηλά επίπεδα συμπληρώματος και κρυσφαιριναιμία) που όταν παρουσιάζονται κατά τη διάγνωση του SS, αποτελούν κακούς προγνωστικούς δείκτες για την ανάπτυξη λεμφώματος. Μεταγενέστερα μελέτες μας σε ανοσο-ιστολογικό και μοριακό επίπεδο, έδειξαν ότι στις βαριές βλάβες

των μικρών σιελογόνων αδένων του χείλους όπου επικρατούν τα Β λεμφοκύτταρα και τα μακροφάγα, καθώς και αυξημένη παραγωγή IL-18 με μειωμένο αριθμό Τ ρυθμιστικών κυττάρων, αποτελούν επιπρόσθετους προγνωστικούς δείκτες για την ανάπτυξη λεμφώματος στους ασθενείς με SS. Δημιουργία αλγορίθμου με τους κακούς προγνωστικούς παράγοντες επέτρεψε με ακρίβεια 100% να αναγνωρίζεται ο υποπληθυσμός των ασθενών με SS που μελλοντικά θα αναπτύξουν λεμφική νεοπλασία.

Στην παρουσίασή μου, αναλυτικά, θα περιγραφεί η ανοσοιστοπαθολογία των μικρών σιελογόνων αδένων του χείλους των ασθενών αυτών, θα αναδειχθεί ο σημαντικός ρόλος των επιθηλιακών κυττάρων ως υπεύθυνων για την έναρξη και διαιώνιση της αυτοάνοσης διεργασίας, το κλινικό φάσμα του SS και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των αδενικών και εξωαδενικών εκδηλώσεων της νόσου και της λεμφικής νεοπλασίας (του Β λεμφοκυττάρου).

Networking meeting

Συνάντηση - καφέ των συνέδρων με τους experts

Σάββατο 10 Δεκεμβρίου 2016 (16:30 - 17:00)

Στο φουαγιέ της αίθουσας ΘΑΛΕΙΑ (στο -1 του Hilton, pool level)

Μια ευκαιρία συνάντησης, γνωριμίας και ανταλλαγής πληροφοριών των συνέδρων με διακεκριμένα μέλη της Συντακτικής / Συμβουλευτικής Επιτροπής του MJR (διεθνούς και ελληνικής) σε ένα ανεπίσημο περιβάλλον.

Ενδιαφέρουσα εμπειρία ιδιαίτερα για τους νέους Ρευματολόγους!

Το τεύχος Δεκεμβρίου 2016 του Newsletter (αρ. 12) της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ αποτελεί ειδική έκδοση με την ευκαιρία του 25ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ρευματολογίας, το οποίο διεξάγεται 8-11 Δεκεμβρίου στην Αθήνα (Ξενοδοχείο Hilton).

Το ειδικό αυτό τεύχος έχει τίτλο: «ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ» και εκτός από online εκδίδεται και εκτυπωμένο. Διαμοιράζεται στους συνέδρους δωρεάν το Σάββατο 10 Δεκεμβρίου 2016.

Η ευθύνη των αναγραφόμενων βαρύνει αποκλειστικά τον Πρόεδρο της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ Παναγιώτη Τρόντζα, με την προτροπή και εποπτεία του οποίου εκδόθηκε το παρόν τεύχος. Κύριοι Συντάκτες της Εφημερίδας:



Σπύρος Νίκας



Γκίκας Κατσιφίρης

Οργάνωση του Συνεδρίου:

1. Το Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ (2015-2016)

Πρόεδρος: Παναγιώτης Τρόντζας
Αντιπρόεδρος: Χαράλαμπος Μπερμπερίδης
Γενική Γραμματέας: Ευαγγελία Καταξάκη
Ταμίας: Σταυρούλα Δικαίου
Ειδικός Γραμματέας: Σπύρος Νίκας
Σύμβουλος: Σπύρος Ασθάνιδης

2. Η Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος: Παναγιώτης Τρόντζας
Μέλη: Βασιλόπουλος Δημήτριος
Μποκιά Κυριακή
Πατρίκος Δήμος
Δημητρούλας Θεόδωρος

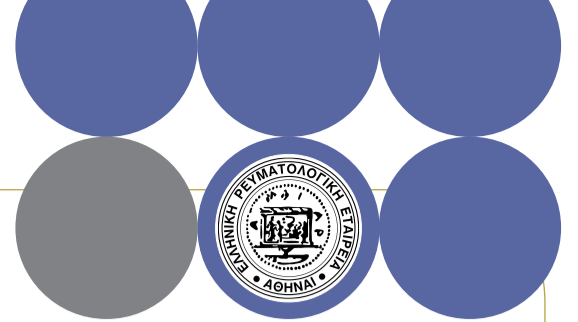
Γραμματεία του Συνεδρίου:



Έκδοση

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Μεσογείων 387, 153 43 Αγία Παρασκευή, τ. 210 6545243, φ. 210 6545243, e. mail@ere.gr, w. www.ere.gr

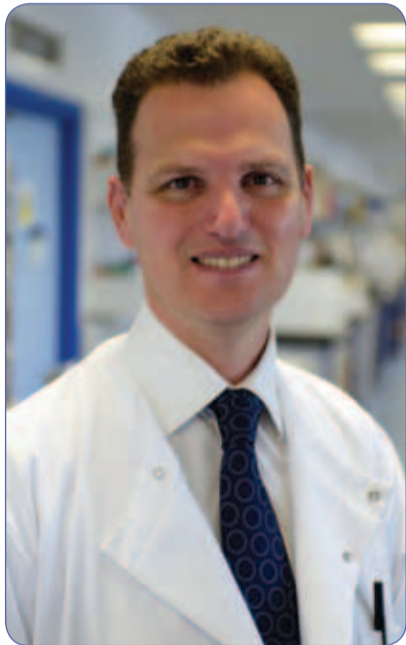


www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

Συνέντευξη του Professor Ian McInnes για τις νέες βιολογικές θεραπείες στην Ψωριασική Αρθρίτιδα

Τις ερωτήσεις διατύπωσε ο συντάκτης των «ΝΕΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ» Σπύρος Νίκας



Prof. Ian McInnes

1. What is the most possible explanation for the phenomenon that some newly introducing drugs, such as apremilast, or anti-IL17 or ustekinumab, are effective in PsA but not in RA, while others, such as anti-TNF- α or csDMARDs are working equally in both type of arthritis?

One of the exciting recent developments in the area of inflammation medicine has been the recognition that different immune diseases have a different propensity to respond to discrete

biologic drugs. This infers that there are different hierarchies of inflammatory pathways in patients. This should not come as a great surprise - there are distinct genetic and environmental clues from our pathogenesis studies and moreover there are obvious clinical differences between the disease phenotypes. It seems logical therefore that different mechanisms of drug action will start to separate out the diseases. The specific example of TNFi versus IL-17A or IL-12/23 inhibition merely suggests that we are unravelling distinctive elements of the pathogenesis of the two diseases based on their genetics and environmental antecedents.

2. Many newly introducing biologic drugs bare beneficial effects in disease activity with or without the presence of MTX. Should clinicians discontinue MTX when such biologics are introducing? Since there are no enough data (RCTs) about MTX use in PsA, what's your opinion about the significance of MTX in PsA management?

MTX is not sufficiently well investigated in PsA - whereas most people use it as first line and indeed this is contained in most guidelines for therapy, the evidence base supporting this is weak. Similarly the evidence for combination is lacking as most of the trials have simply recruited patients on or off MTX rather than really testing the idea that the MTX combination is better than monotherapy from the start with the correct parallel study arms. I tend to keep patients on combination therapy if already on MTX and taper MTX pending response and tolerance of the latter. I also watch liver function carefully - recall the risk of cardiometabolic syndrome in PsA and thus concern about hepatosteatosis.

3. In the recent EULAR management recommendations of PsA, there is no mention about csDMARDs combination (MTX & leflunomide, or MTX & cyclosporin) after the first csDMARD failure. Can you comment on that?

The lack of advice on use of combination therapies reflects the requirement for evidence to support the conclusions drawn - on this occasion the evidence base was considered to be very low indeed and no guidance was offered - I think this is appropriate. Ultimately though our treatment decisions must be pragmatic and also reflect our local health economic circumstances and there are some who will try these combinations mentioned - I generally do not use them for concerns about toxicity in the absence of a proven evidence base.

4. Is there any data about biologic drug de-escalation (dose or injection interval) in patients with PsA in remission? According to your experience, is there any safe remission duration (6 or 12 months?), above which a clinician might try to de-escalate biologics?

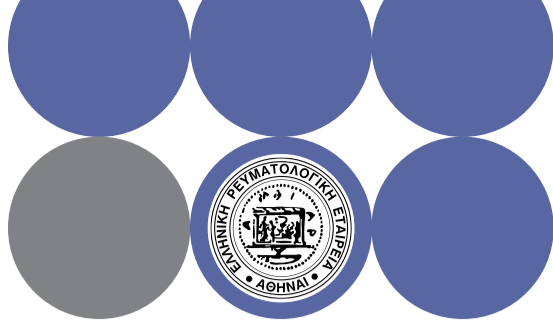
There are emerging data in RA that suggest that in a majority of patients dose de-escalation can be achieved but that stopping medicines is more problematic. The evidence base in PsA is limited though one study did suggest that patients in remission would flare rather quickly if treatment was stopped. More data are required to allow extrapolation of the tapering trials in RA to guide us in PsA.

5. What is the role of systemic glucocorticoids in PsA management, especially during disease flares?

There is a limited evidence base here and always one is concerned about exacerbation of skin disease with over enthusiastic use of glucocorticoids. We tend to use parenteral (IM) steroid for bridging of therapy during a flare and this can be helpful in a proportion of patients - I am always vigilant of skin disease activity though if a patient is on other immune modifiers it is unlikely that skin psoriasis will be a major problem in the majority.

6. How far do we stand from the complete cure, not only disease activity management, in PsA?

The ultimate goal of cure seems a rather distant prospect - we have come some distance in the journey but I suspect we have more roads to travel. The success of treatment of skin psoriasis gives one great optimism for progress also in the musculoskeletal compartment in the coming years. But complete cure remains a rather ambitious goal at present - which is not to say that we do not dream and work hard in its pursuit!



www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

Higher medical training in Rheumatology in the UK: any lessons worth learning?

Professor Andrew Hassell / Consultant Rheumatologist and Head of the School of Medicine, Keele University, UK

The last 20 years have been a time of major change in postgraduate medical training in Rheumatology in the UK. The process of selection and appointment to training posts, educational supervision and appraisal of trainees, assessment of competence culminating in the award of Certificate of Completion of Training, and evaluation of training posts, have all developed significantly. In this talk I will describe these developments

and the process by which we arrived at the current approach and will reflect on any lessons of relevance to training both within and outside the UK.

Περισσότερα: Στη διάλεξη του Prof. Hassel στην τελετή λήξης του Συνεδρίου, την Κυριακή 11 Δεκεμβρίου 12:30 (αίθουσα Τερψιχόρη Α)

Η ΠΑΙΔΟΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Παρασκευή 9 Δεκεμβρίου, 10:00 - 11:00

Η μετάβαση (transition) ασθενή με Νεανική Ιδιοπαθή Αρθρίτιδα από το Παιδορευματολογικό στο Ρευματολογικό Ιατρείο

Αλέξανδρος Γαρυφαλλός / Καθηγητής Παθολογίας - Κλινικής Ανοσολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Δ' Παθολογικής, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ



Τα παιδιά με Νεανική Ιδιοπαθή Αρθρίτιδα (ΝΙΑ) αποτελούν μία ευαίσθητη ομάδα ρευματοπαθών με ξεχωριστά χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες, πολλές από τις οποίες τους ακολουθούν και κατά την ενήλική τους ζωή. Η μετάβαση από την παιδική, στην εφηβική και από εκεί στην ενήλικη ζωή, είναι από μόνη της μια εξαιρετικά πολύπλοκη και μερικές φορές επώδυνη διαδικασία. Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η δυσκολία αυτή πολλαπλασιάζεται όταν προϋπάρχει και μία παιδιατρική νόσος. Η μετάβαση αυτή απαιτεί ιδιαίτερους χειρισμούς, ευαισθησία και γνώση και δεν μπορεί να λαμβάνει χώρα παρά μέσα στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης διαδικασίας.

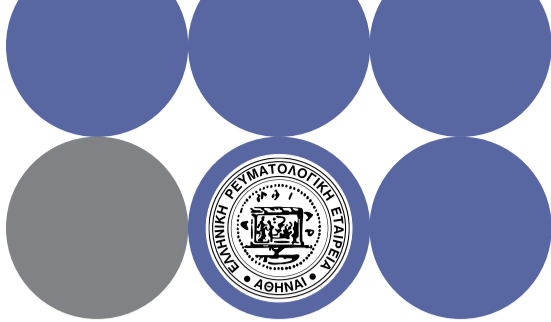
Ο αποχωρισμός από τη γονική παρουσία, τα ιδιαίτερα ψυχολογικά προβλήματα, η εκπαίδευση του νεαρού ασθενή ως ενήλικα, οι σπουδές του, η επαγγελματική του αποκατάσταση, η σεξουαλική του ζωή αποτελούν ορισμένα χαρακτηριστικά παραδείγματα, που καλείται να αντιμετωπίσει ο ρευματολόγος ενήλικων, όταν αναλαμβάνει έναν τέτοιο ασθενή.

Η αντιμετώπιση αυτή απαιτεί οργανωμένο ιατρικό περιβάλλον, συγκεκριμένο τρόπο συμπεριφοράς και διεπιστημονική ομάδα αντιμετώπισης, που εκτός των γιατρών, με τη συνεργασία των παιδορευματολόγων, περιλαμβάνει την ψυχολογική υποστήριξη, αλλά και τη συνέχιση της καλής φυσικοθεραπευτικής αντιμετώπισης που πρέπει απαραίτητα να έχει ο ασθενής με ΝΙΑ.

Την εμπειρία μας αυτή ως ομάδα, μαζί με το Παιδορευματολογικό Κέντρο της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Α.Π.Θ., θα προσπαθήσουμε να την κωδικοποιήσουμε σε συντομία στο παρόν τραπέζι. Η προσπάθεια αυτή, που είναι η μοναδική στον ελληνικό χώρο, έχει πίσω της μια ιστορία 20 χρόνων

και αποτελεί για εμάς μία καθιερωμένη και θεσμοθετημένη διαδικασία, στο πλαίσιο ενός οργανωμένου ιατρείου. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η ανάγκη της διαδικασίας της μετάβασης (transition) από το παιδορευματολογικό στο αντίστοιχο ιατρείο ενήλικων, άρχισε να γίνεται αντιληπτή μόλις την τελευταία 10ετία. Είναι μία εξελισσόμενη διαδικασία που πολλές χώρες προσπαθούν να οργανώσουν τα τελευταία χρόνια. Αυτό καταδεικνύεται και από το γεγονός ότι στα διεθνή συνέδρια, τόσο τα ρευματολογικά όσο και τα παιδορευματολογικά, αφιερώνονται ιδιαίτερες συνεδρίες πάνω στο θέμα αυτό, ενώ παράλληλα ο όγκος των δημοσιεύσεων με ανάλογο περιεχόμενο έχει παρουσιάσει τα τελευταία χρόνια αλματώδη αύξηση.

Το τραπέζι αυτό έχει ακριβώς σκοπό να ευαισθητοποιήσει το σώμα των Ελλήνων ρευματολόγων και να τονίσει ότι εφ' όσον η ΝΙΑ αποτελεί μία διακριτή νοσολογική οντότητα, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως τέτοια και στην ενήλικη ζωή. Η ΝΙΑ ενήλικων δεν είναι ρευματοειδής αρθρίτιδα!



www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016



ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΓΙΑ ΤΙΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τις Ρευματικές Παθήσεις

***Κατερίνα Κουτσογιάννη** / Πρόεδρος Συλλόγου Ρευματοπαθών Κρήτης • ***Αθανασία Παππά** / Πρόεδρος ΕΛΕΑΝΑ
***Γιώργος Κήτας** / Πρόεδρος Εθνικού Συμβουλίου • ***Ευαγγελία Καταξάκη** / Γεν. Γραμματέας ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ
**Εκ μέρους του Εθνικού Συμβουλίου για τις Ρευματικές Παθήσεις*



Εκπρόσωποι του Εθνικού Συμβουλίου
Σεμινάριο ρευματικών παθήσεων για τους δημοσιογράφους της υγείας στις 14/5/2016 στο Καβούρι

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τις Ρευματικές παθήσεις ολοκληρώθηκε και τον Ιανουάριο 2016 πήρε έγκριση από το ΚΕΣΥ. Η παρουσίαση του αρχικού σχεδίου έγινε στο 24ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ το 2014 και ακολούθησε ένα διάστημα δύο περίπου ετών όπου μικτές ομάδες εργασίας από επαγγελματίες υγείας στην πλειοψηφία τους ρευματολόγοι και εκπρόσωποι όλων των Συλλόγων ασθενών εργάστηκαν για την ολοκλήρωσή του.

Βασικοί στόχοι του Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι:

- Η ανάδειξη των ρευματικών νοσημάτων ως ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας και η αντιμετώπισή του ως τέτοιο από την πολιτεία.
- Η αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας προς τους ρευματοπαθείς, με απώτερο σκοπό την εξάλειψη της αναπηρίας, αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.
- Η σημαντική μείωση του κόστους περίθαλψης των ρευματικών παθήσεων τόσο λόγω της έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισής τους, όσο και λόγω της βελτίωσης της φαρμακευτικής περίθαλψης και επακόλουθης μείωσης της συχνότητας των υποτροπών και της αναπηρίας.
- Η μείωση του έμμεσου οικονομικού κόστους που οφείλεται στη χαμμένη παραγωγικότητα και απώλεια ωρών εργασίας λόγω νοσηρότητας και αναπηρίας.
- Η εκπαίδευση ιατρών άλλων ειδικοτήτων στη ρευματολογία και εξειδίκευση άλλων επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτών, φυσικοθεραπευτών, ψυχολόγων).
- Η ενδυνάμωση και εκπαίδευση των ρευματοπαθών μέσω των οργανώσεών τους, ώστε να έχουν μεγαλύτερη εμπλοκή τόσο στη διαχείριση της υγείας τους, όσο και στη λήψη αποφάσεων για ζητήματα που τους αφορούν.
- Η προαγωγή της έρευνας για τις ρευματικές παθήσεις.

Εκείνο όμως που παραμένει μεγάλη πρόκληση είναι η εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου δράσης, έτσι ώστε να εκπληρωθούν οι παραπάνω στόχοι σε όφελος των ρευματοπαθών παρά το δυσμενές περιβάλλον ειδικότερα στο χώρο της υγείας. Θα πρέπει με προσοχή να καθοριστούν τα βήματα σε πρακτικό επίπεδο ανά άξονα δράσης, βάζοντας προτεραιότητες και θέτοντας συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα.

Βασική προτεραιότητα είναι η ολοκλήρωση του Υγειονομικού Χάρτη ώστε να υπάρχει ακριβής εικόνα των δομών σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα που προσφέρουν υπηρεσίες στους ρευματοπαθείς σε όλες τις βαθμίδες της περιθαλψής, να εντοπιστούν οι ανισότητες και τα κενά ώστε να εξυπηρετηθούν οι ανάγκες των ασθενών με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Χρειάζεται, βαθειά γνώση των προβλημάτων και των αναγκών των ασθενών, σύμπνοια, πνεύμα συνεργασίας όλων των εμπλεκόμενων στην υλοποίηση του Σχεδίου Δράσης καλός σχεδιασμός, επιμονή και υπομονή ώστε να φτάσουμε στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Κανείς δεν περισεύει σε αυτή την προσπάθεια!



1^ο forum των stakeholders για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης
(Γραφεία ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ 29/11/2015)



Η Έγκριση του ΚΕΣΥ



ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΓΙΑ ΤΙΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

2^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΟΣΥΝΕΔΡΙΑΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ
**2^ο FORUM ΤΩΝ STAKEHOLDERS
ΓΙΑ ΤΙΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ
ΡΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Πέμπτη 8 Δεκεμβρίου 2016
09:30 - 16:00
Ξενοδοχείο Hilton

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

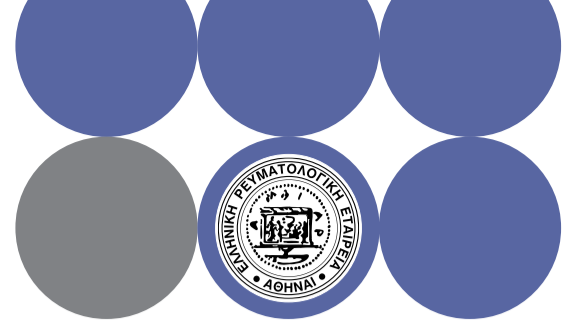
ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ
Μέλη της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ και της Εταιρείας Αιθίων • Επιστημονικοί Σύμβουλοι φορέων
Επιστημονικός σύμβουλος Φαρμακοβιομηχανίας Ελλάδας

ΟΛΑ ΕΤΟΙΜΑ για την υλοποίηση του Σχεδίου.

ΑΛΛΑ.... το Υπουργείο Υγείας δεν βιάζεται!

8 μήνες πέρασαν από τη συνάντηση του Εθνικού Συμβουλίου με τον Υπουργό Υγείας

Όμως ακόμα δεν έχει υπογραφεί το Σχέδιο. ΓΙΑΤΙ;;;



www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

25^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ρευματολογίας
Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία & Επαγγελματική Ένωση Ρευματολόγων Ελλάδας (Ε.Ρ.Ε.-ΕΠ.Ε.Ρ.Ε.)
Αθήνα 6-8 Δεκεμβρίου 2016
Athens Hilton Hotel

Εκπαιδευτικό Σεμινάριο
ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΓΧΥΣΕΩΝ & ΔΙΗΘΗΣΕΩΝ
ΣΑΒΒΑΤΟ, 10-12-16, 8.30 π.μ.

Για 1^η φορά: εκπαίδευση σε προπλάσματα, με πρακτική άσκηση, σε:
Όμο, αγκώνα, πηχεοκαρπική και άκρα χείρα, γόνατο, ποδοκνημική και άκρο πόδα

- Σε αρθρώσεις και περιαρθρικές δομές (τένοντες, θύλακες, έλυτρα)
- Με ηχητικό σήμα κατά την επιτυχή προσπάθεια

Επιμέλεια: Σ. Νίκας
Εκπαιδευτές: Δ. Καρόκης, Γ. Καυτάκης, Σ. Νίκας, Ι. Ραφτάκης, Ι. Παπαδόπουλος

* Περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων



Συντονιστής: Σ. Νίκας

1η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Σάββατο 10 Δεκεμβρίου 14:00 -16:00 (Αίθουσα Σαντορίνη 1-3)

«Ζητήματα εκπαίδευσης στην ειδικότητα της Ρευματολογίας»

Συντονιστές: **Νίκας Σπύρος**, ΔΣ Ε.Ρ.Ε.-ΕΠ.Ε.Ρ.Ε.

Καρόκης Δημήτριος, Προεδρείο ΕΠ.Ε.Ρ.Ε.

Συμμετέχουν οι ειδικευόμενοι στη Ρευματολογία
θα ακουθουθήσει η εκλογή 3μελούς Επιτροπής Ειδικευομένων

25^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ρευματολογίας
Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία & Επαγγελματική Ένωση Ρευματολόγων Ελλάδας (Ε.Ρ.Ε.-ΕΠ.Ε.Ρ.Ε.)
Αθήνα 6-8 Δεκεμβρίου 2016
Athens Hilton Hotel

Εκπαιδευτικό σεμινάριο
ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΙΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 9-12-16, 8.30 π.μ.

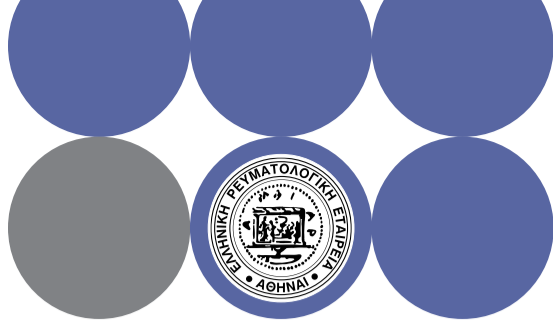
- Ομάδες εκπαίδευσης στην υπερηχογραφία του μυοσκελετικού
- Hands-on εκπαίδευση σε ρευματολογικούς ασθενείς
- Έμπειροι εκπαιδευτές, μηχανήματα υψηλής ευκρίνειας
- Διοργάνωση: Ομάδα MITOS

ΜITOS
Musculoskeletal Imaging Techniques - Ongoing Sonography
A task force for Greek Rheumatologists

Περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων



Συντονιστής: Δ. Καρόκης



www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

Ρεπορτάζ των δύο πρώτων ημερών του Συνεδρίου

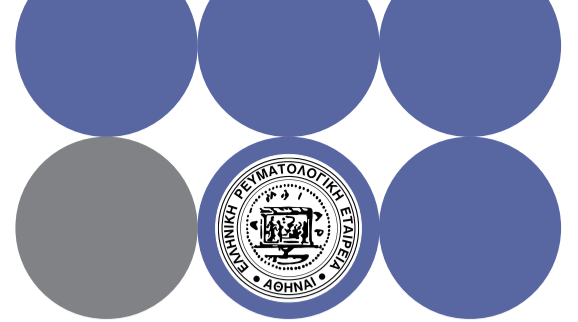
Επιμέλεια των συντακτών «ΝΕΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ» Σ. Νίκα και Γ. Κατσιφί

Το 25ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ρευματολογίας σηματοδοτεί 56 χρόνια σημαντικής επιστημονικής δράσης της Ρευματολογίας στην Ελλάδα. Τις πρώτες δύο ημέρες του Συνεδρίου (8 και 9 Δεκεμβρίου) παρουσιάστηκαν αρκετά ενδιαφέροντα θέματα καθώς και νεότερες επιστημονικές γνώσεις. Σύντομες επιλογές από όσα ακούστηκαν, παρουσιάστηκαν ή έγιναν αυτές τις 2 ημέρες:

- Ο **χρόνιος πόνος** αποτελεί μία συχνή κατάσταση που οδηγεί τον ασθενή και στο Ρευματολόγο. Αφορά το 50% του πληθυσμού. Το κόστος της διαχείρισης του πόνου διεθνώς το 2015, ήταν 61,2 τρισεκατομμύρια και θα φθάσει το 2024 στα 83 τρισεκατομμύρια δολάρια.
- Η Παθολογοφυσιολογία της **οξείας φλεγμονής** χαρακτηρίζεται από παροδική, αλλά πολύ πρώιμη απόκριση στην ιστική βλάβη. Περιλαμβάνει απελευθέρωση πολλών χημικών μεσολαβητών και οδηγεί σε στερεοτυπικές απαντήσεις των τριχοειδών αγγείων και των λευκών αιμοσφαιρίων. Δεν υποδηλώνει πάντα λοιμώξη. Μηχανισμοί που ενεργοποιούν τη φλεγμονή: Λοιμώξεις, ανοσολογικές αντιδράσεις, και ιστική βλάβη (νέκρωση, τραύμα, ακτινοβολία, κ.λ.π.). Στη **Χρόνια φλεγμονή** (εμμένουσα για εβδομάδες και μήνες με συμμετοχή κυττάρων της ειδικής ανοσίας T- και B-λεμφοκύτταρα) τα κύρια αίτια είναι: λοιμώξεις, αυτοάνοσα νοσήματα και αντίδραση σε στείρες ουσίες. Τα ανοσοκύτταρα αλληλεπιδρούν με μοριακά πρότυπα παθογόνων (λοιμώξεις), και με μοριακά πρότυπα παθογόνων ή κινδύνου (αυτοάνοσα νοσήματα και φλεγμονώδη νοσήματα).
- Εξειδικευμένοι στους **υπερήχους του μυοσκελετικού συστήματος**, συνάδελφοι υπό την εποπτεία της ομάδας MITOS, εκπαιδύσαν συνέδρους με μηχανήματα υπερήχων σε ασθενείς στην υπερηχογραφική διερεύνηση των μυοσκελετικών παθήσεων.
- Ο **οστικός μεταβολισμός** αποτελεί ευρύ πεδίο έρευνας. Ορισμένα από τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα στο μεταβολισμό των οστών μπορούν να διακοπούν για άλλοτε άλλο διάστημα χωρίς επιπτώσεις, ενώ η διακοπή χορήγησης κάποιων, πρακτικά απαγορεύεται. Για τα διφωσφονικά, που διακόπτονται, οφείλει κανείς να παρακολουθεί τον ασθενή κάθε εξάμηνο χρησιμοποιώντας δείκτες οστικού μεταβολισμού και επί αύξηση του ρυθμού της οστικής εναλλαγής, η θεραπεία επαναλαμβάνεται. Συζητήθηκε το ύψος των δόσεων της χορηγούμενης βιταμίνης D, με τις μεγαλύτερες δόσεις να συγκεντρώνουν το σύγχρονο ενδιαφέρον. Ο προσδιορισμός της 25(OH) D αποτελεί τον καλύτερο δείκτη ανίχνευσης επάρκειας ή ανεπάρκειας της συγκεκριμένης βιταμίνης. Τα επίπεδα επάρκειας αυτής, είναι $\geq 30\text{ng/ml}$ (75nmol/l), και κατ' έλλοιους $\geq 20\text{ng/ml}$ (50nmol/l). Βιβλιογραφικά φαίνεται ότι απαιτούνται δόσεις άνω των 700-800 IU ημερησίως ή τουλάχιστον μία δόση ημερησίως $>400\text{IU}$, προκειμένου να ελαττωθεί ο κίνδυνος καταγμάτων.
- Η **Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα (NIA)** είναι το πιο κοινό ρευματικό νόσημα των παιδιών και ένα από τα σημαντικότερα αίτια κινητικής αναπηρίας της παιδικής ηλικίας. Περιλαμβάνει όλες τις μορφές αρθρίτιδας, που εκδηλώνονται πριν από την ηλικία των 16 ετών, επιμένουν για περισσότερο από 6 εβδομάδες και η αιτία τους παραμένει αδιευκρίνιστη. Η συστηματική φλεγμονή που ξεκινά σε περίοδο που ο σκελετός αναπτύσσεται,

προκαλεί ιδιαίτερες διαταραχές ανάπτυξης, όπως μικρογονθία, ασυμμετρία γνάθου, ανισοσκελία και κοντό ανάστημα.

- Η εισαγωγή νέων βιολογικών θεραπειών σε ανθεκτικούς στα συμβατικά DMARDS ασθενείς, τροποποίησε τους θεραπευτικούς στόχους. Η προετοιμασία του νεαρού ασθενούς στο ιατρείο των ενηλίκων απαιτεί ιδιαίτερο σχεδιασμό. Χρειάζεται συνεργασία, κατανόηση και υπομονή των προσωπικών και αφοσιωμένων «εκπαιδευτών» του, κυρίως του ιατρού και των γονέων του, ώστε ο ασθενής σταδιακά να κατανοήσει μέσα από το προσωπικό του πρίσμα τη φύση και την πορεία της NIA, τη σπουδαιότητα της αποτελεσματικής θεραπευτικής αντιμετώπισης και των περιοδικών κλινικών και παρακλινικών επανελέγχων, αποδεχόμενος την ένταξή τους μέσα στη γεμάτη δραστηριότητες καθημερινότητά του. Ειδικά ερωτηματολόγια συνδράμουν στην επίτευξη του παραπάνω στόχου.
- Οι ασθενείς με **συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα** εμφανίζουν μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η πρόωπη θνητότητα οφείλεται κατά κύριο λόγο στον **αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο** που χαρακτηρίζει τα νοσήματα αυτά και συσχετίζεται με την επίδραση της χρόνιας φλεγμονής, της αυτοανοσίας, της αυξημένης επίπτωσης των κλασσικών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου και των ανεπιθύμητων δράσεων των αντιρρευματικών φαρμάκων στο τοίχωμα των αγγείων και το μυοκάρδιο. Ο σχετικός κίνδυνος καρδιαγγειακών συμβάντων σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (RA) είναι παρόμοιος με αυτόν των ασθενών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, παρατήρηση που υπογραμμίζει τη σοβαρότητα των καρδιαγγειακών επιπλοκών. Όπως τονίζεται και στις πρόσφατες οδηγίες της EULAR, παράλληλα με τον επαρκή έλεγχο της νόσου με τη χορήγηση ανοσοκατασταλτικής αγωγής, ο ρευματολόγος έχει την ευθύνη για την εκτίμηση και αντιμετώπιση του καρδιαγγειακού κινδύνου, κυρίως στους ασθενείς με χρόνιες φλεγμονώδεις αρθρίτιδες.
- Η **συστηματική σκλήρυνση (ΣΣκ)** είναι πάθηση με εκτεταμένη ίνωση, μικροαγγειοπάθεια και ενεργοποίηση του ανοσιακού συστήματος με πληθώρα αυτοαντισωμάτων. Δύο από τις εκδηλώσεις της ΣΣκ είναι οι επασβεστώσεις μαλακών μορίων, πολλές φορές επώδυνες, που μπορεί να οδηγήσουν σε ακροαστεύλωση και η προσβολή εντέρου, η οποία μπορεί να αποδειχθεί απειλητική για τη ζωή.
- Δεδομένα από μελέτες και τα αρχεία ασθενών με **Αξονική Σπονδυλοαρθρίτιδα** συνηγορούν στο ότι η διακοπή της θεραπείας οδηγεί στην επανεμφάνιση των συμπτωμάτων, ενώ η σταδιακή μείωση μπορεί να είναι εφικτή, με διατήρηση της ύφεσης ή της χαμηλής ενεργότητας. Δεν έχουν ακόμα καθοριστεί με σαφήνεια οι προγνωστικοί παράγοντες της επιτυχούς μείωσης. Φαίνεται όμως ότι η μεγαλύτερη διάρκεια της προηγουμένως επιτευχθείσας ύφεσης και η απουσία περιφερικής προσβολής και εξωαρθρικών εκδηλώσεων, αποτελούν ευνοϊκούς παράγοντες.



www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

Οι ερευνητικές εργασίες που παρουσιάζονται στο Συνέδριο. Η καινοτομία του PosterTour

Επιμέλεια: Θωδωρής Δημητρούλας / Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ, Μέλος της Οργανωτικής και της Επιστημονικής Επιτροπής του Συνεδρίου



Στο 25ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ρευματολογίας, **υποβλήθηκαν 119** ερευνητικές εργασίες, από τις οποίες 8 επιλέχθηκαν για προφορική παρουσίαση, 10 για το PosterTour, 60 για ανάρτηση ως posters και 24 για να συμπεριληφθούν στο ειδικό τεύχος (Supplement) του Mediterranean Journal of Rheumatology - Ελληνική Ρευματολογία, στο οποίο θα δημοσιευθεί ο τόμος με τις περιλήψεις όλων των ερευνητικών εργασιών που έγιναν δεκτές.

Το **PosterTour** αποτελεί μία καινοτομία του Συνεδρίου στα πρότυπα των μεγάλων διεθνών διοργανώσεων (EULAR, ACR, BSR). Περιελάμβανε την παρουσίαση από τους ερευνητές και συζήτηση 10 επιλεγμένων εργασιών αναρτημένων στην αίθουσα των Posters (Τερψιχόρη 3). Έγινε την Παρασκευή 9/12 το πρωί και κατά τη διάρκεια του, ομάδες συνέδρων περιηγήθηκαν με οδηγούς νέους καθηγητές ρευματολογίας στην αίθουσα των posters. Οι ομάδες προχώρησαν παράλληλα ξεκινώντας σε διαφορετικό χρόνο για να αποφευχθεί ο συνωστισμός.

Η διαδικασία αυτή έδωσε μία παραπάνω ευκαιρία σε νέους συναδέλφους να παρουσιάσουν και να υποστηρίξουν την ερευνητική τους δραστηριότητα που προέρχεται από ελληνικά κέντρα και επιπλέον να βελτιώσουν τις ικανότητές τους σαν ομιλητές και συγγραφείς.

Η **ποιότητα** των 70 αναρτημένων ανακοινώσεων (όπως και των 8 προφορικών εργασιών που παρουσιάζονται το Σάββατο το πρωί στην ειδική ερευνητική συνεδρία) είναι εξαιρετικά υψηλή και αντανακλά τη μεγάλη προσπάθεια των ελλήνων ρευματολόγων παρά το δύσκολο οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον. Στο πλαίσιο αυτό, η συμβολή της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ υπήρξε καθοριστική με τη χορήγηση υποτροφιών που υποστήριξαν οικονομικά πρωτότυπα ερευνητικά πρωτόκολλα, καθώς και τις προσπάθειες συστηματικής καταγραφής ρευματολογικών νοσημάτων σε πανελλήνιο επίπεδο.

Η **θεματολογία** των προφορικών και των επιλεγμένων για το posterTour αναρτημένων ανακοινώσεων, καλύπτουν εξαιρετικά ευρύ φάσμα των σύγχρονων προβλημάτων του κλινικού ρευματολόγου: αποτελεσματικότητα, μακροχρόνια χρήση και ανεπιθύμητες ενέργειες των βιολογικών παραγόντων σε ασθενείς με συστηματικά νοσήματα (φλεγμονώδεις αρθρίτιδες, ΣΕΛ, Αγγειίτιδες, Ν. Αδαμαντιάδη-Behcet), παρακολούθηση καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, νεότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις (μεταμόσχευση μυελού των οστών, Rituximab) και δυσμενείς προγνωστικοί δείκτες στο σκληρόδερμα. Αξίζει να σημειωθεί η παρουσίαση δεδομένων από την πανελλήνια καταγραφή ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε δύο προφορικές ανακοινώσεις με παρατηρήσεις που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην καθημερινή πρακτική.

Σε επίπεδο βασικής έρευνας θα ανακοινωθούν νέα δεδομένα και εξελίξεις που προωθούν την καλύτερη κατανόηση των σύνθετων παθοφυσιολογικών μηχανισμών των συστηματικών αυτοάνοσων νοσημάτων και των επιπλοκών τους.

Για παράδειγμα, θα συζητηθούν η συμβολή των αιμοπεταλίων με την παραγωγή προθρομβωτικών πρωτεϊνών στο σύνδρομο αντιφωσfolιπιδίων, ο ρόλος της IL-33 στο ΣΕΛ, νεότεροι γενετικοί δείκτες που φέρουν προγνωστική αξία στην ανάπτυξη λεμφώματος και η σημασία του stress του ενδοπλασματικού δικτύου (endoplasmicreticulum stress) στη φλεγμονώδη διήθηση των σιελογόνων αδένων στο σύνδρομο Sjögren.

Τέλος, θα παρουσιαστούν αρχικά αποτελέσματα από ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα στους οποίους χρησιμοποιήθηκε η μικροκυματική ραδιομετρία για την εκτίμηση της ενεργότητας της νόσου.

2η ΣΥΣΚΕΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Παρασκευή 9 Δεκεμβρίου 15:00 -17:00 (Αίθουσα Σαντορίνη 4)

«Οι προτάσεις της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ για την αλλαγή του θεσμικού πλαισίου της εκπαίδευσης στην ειδικότητα»

Συντονιστής: **Μπερμερίδης Χαράλαμπος**, Αντιπρόεδρος Ε.Ρ.Ε.-ΕΠ.Ε.Ρ.Ε.

Συμμετέχουν οι Διευθυντές / Υπεύθυνοι των Ρευματολογικών Κέντρων / Κλινικών που εκπαιδεύουν ειδικευόμενους ή έχουν λάβει έγκριση για εκπαίδευση στην ειδικότητα



Συντονιστής:
Χ. Μπερμερίδης



www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

Τι άλλο αναμένεται να γίνει ή να ακουστεί στο Συνέδριο

Επιμέλεια των συντακτών «ΝΕΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ» Σ. Νίκα και Γ. Κατσιφά

Στις δύο τελευταίες ημέρες αναμένονται, σύμφωνα με το πρόγραμμα αλλά και τις περιλήψεις των συντονιστών και ομιλητών, να παρουσιαστούν ή να διεξαχθούν τα παρακάτω:

- Το εκπαιδευτικό σεμινάριο για τις **τεχνικές εγχύσεων και διηθήσεων** αρθρώσεων, με τη χρήση προπλησμάτων.
- Το κλινικό φροντιστήριο για το **ρόλο του ανοσοολογικού εργαστηρίου** στη διαγνωστική προσπέλαση των αυτοανόσων νοσημάτων στην καθημερινή πράξη.
- Το κλινικό φροντιστήριο για την **πνευμονική υπέρταση**.

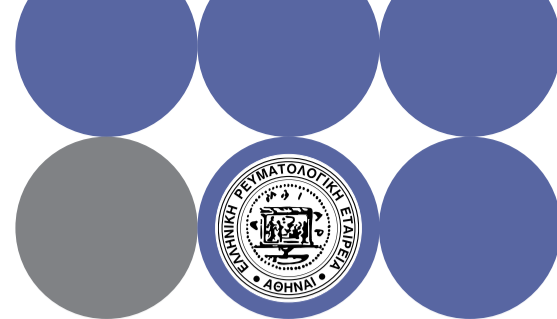
Η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση (ΠΑΥ) είναι σπάνια (ορφανή) νόσος που αφορά 15-40 ασθενείς ανά εκατομμύριο πληθυσμού και αντιμετωπίζεται με ειδικά φάρμακα. Στα διάφορα registries περίπου 25% των ασθενών με ΠΑΥ έχουν ρευματολογικό υπόβαθρο, κυρίως σκληρόδερμα. Στην Ελλάδα το 15% περίπου των ασθενών με σκληρόδερμα αναπτύσσουν ΠΑΥ. Η ΠΑΥ σε έδαφος σκληροδέρματος έχει τη χειρότερη πρόγνωση από όλες τις άλλες υποκατηγορίες ΠΑΥ και απαιτεί ιδιαίτερα επιθετική θεραπεία με ειδικά φάρμακα.

Ο αριθμός των ασθενών που καθετηριάζονται για πλήρη επιβεβαίωση της νόσου ανήλθε από το 14% τα προηγούμενα χρόνια στο 60% το παρόν έτος. Πρώιμη διάγνωση της ΠΑΥ είναι σημαντική επειδή σήμερα υπάρχουν πολλά υποσχόμενες θεραπείες. Για την ανίχνευση της ΠΑΥ απαιτείται εγρήγορση των γιατρών που ενσωματώνεται σήμερα στην καλή κλινική πρακτική με τη μορφή πρωτοκόλλων στενής παρακολούθησης των ασθενών. Τα πρωτόκολλα αυτά περιλαμβάνουν: Πνευμονικές δοκιμασίες, διάχυση αερίων αίματος και υπερηχοτομογραφία καρδιάς κάθε 6 ή το αργότερο κάθε 12 μήνες. Καθετηριασμός δεξιάς καρδιάς πρέπει να γίνεται αν VTR (velocity of tricuspid regurgitation) > 2,8 m/sec. Υπάρχουν εν τούτοις και πολλές άλλες οδηγίες από διάφορους επιστημονικούς φορείς που συκλίνουν σε μια πρώιμη διάγνωση του προβλήματος.

- Νεότερα δεδομένα αναμένονται να παρουσιαστούν για τους κακούς προγνωστικούς δείκτες της **Ρευματοειδούς αρθρίτιδας** στην αντίστοιχη συνεδρία. Ως μέτρο εκτίμησης αποτελεσματικότητας της αγωγής στη ΡΑ στην κλινική πράξη είναι η παραμονή στη θεραπεία. Από τα δεδομένα μελετών παρατήρησης, είναι γνωστό ότι η παραμονή στην 3ετία σε μη βιολογικά ανοσοτροποποιητικά (nb-DMARDs) είναι 60% για την MTX και χαμηλότερα για άλλα όπως η SSA (30%). Η διατήρηση των βιολογικών DMARDs (b-DMARDs), όπως δείχνουν τα αρχεία καταγραφής σε ασθενείς με αστοχία σε nb-DMARDs, είναι περίπου 30%-50% στην 5ετία, αναφορικά με τους TNFi. Φαίνεται ότι οι βιολογικοί παράγοντες και η σύγχρονη στρατηγική αντιμετώπισης της ΡΑ έχουν σαφώς βελτιώσει τη ζωή των ασθενών,

όμως η υστέρηση της μακροχρόνιας παραμονής στην αγωγή αποτελεί σημαντικό έλλειμμα της θεραπείας των ασθενών.

- Το κλινικό φροντιστήριο για τη θέση της **απλής ακτινογραφίας** στις ρευματικές παθήσεις.
- Το κλινικό φροντιστήριο για την **αντιπηκτική θεραπεία** σε ρευματοπαθείς. Στόχος της θεραπείας στο Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο (ΑΦΣ) είναι η πρόληψη της θνησιμότητας και της νοσηρότητας που οφείλεται σε θρομβωτικές και μαιευτικές επιπλοκές, με ταυτόχρονη ελαχιστοποίηση της πιθανότητας αιμορραγίας και άλλων ανεπιθύμητων ενεργειών. Σε ασυμπτωματικά άτομα με αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα (aPL), η χορήγηση ασπιρίνης σε χαμηλή δόση (80-100 mg) μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προφύλαξη ενάντια σε θρομβωτικά συμβάματα ή νοσηρότητα της κύησης. Για ασθενείς με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (ΣΕΛ) και θετικά aPL, η θεραπεία με υδροξυχλωρικίνη προσφέρει επιπλέον προστασία κατά των θρομβώσεων και των μαιευτικών επιπλοκών χάρη στις επιπλέον αντιθρομβωτικές εκτός από τις ανοσορρυθμιστικές της ιδιότητες. Για τους ασθενείς με θρομβωτικού τύπου ΑΦΣ, απαιτείται δια βίου χορήγηση από του στόματος αντιπηκτικής αγωγής, εντατικοποιημένης στο βαθμό που υπαγορεύουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς, όπως για παράδειγμα το ιστορικό φλεβικών ή αρτηριακών θρομβώσεων ή οι υποτροπιάζουσες θρομβώσεις.
- Η διάλεξη για την **οστεοαρθρίτιδα**. Πρόκειται για το πιο συχνό νόσημα του μυοσκελετικού συστήματος που προκαλεί χρόνια πόνο και αναπηρία σε μεγάλο αριθμό ασθενών, με αποτέλεσμα σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος. Θα παρουσιαστούν τα νεότερα δεδομένα για τα μοριακά μονοπάτια που παρεμβαίνουν στην ομοιοστασία του χόνδρου και του οστού, καθώς και αρχικές προσπάθειες για ανακάλυψη στοχευμένων θεραπειών για την αντιμετώπιση του πόνου και της φλεγμονής της νόσου.



www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

Τι ακούγεται στις **δορυφορικές εκδηλώσεις** του Συνεδρίου

I. Δορυφορικά Συμπόσια

- Η GENESIS PHARMA για το **apremilast** στην ΨΑ. Οι μελέτες έδειξαν μείωση 80% στον αριθμό των διογκωμένων αρθρώσεων και μείωση των ευαίσθητων αρθρώσεων κατά 70% στα 3 χρόνια. Αποτελεσματικό στην ενθεσίτιδα, τη δακτυλίτιδα, την ψωρίαση ονύχων και δέρματος. Σημαντική είναι και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Οι μελέτες έδειξαν καλή ασφάλεια του φαρμάκου.
- Η NOVARTIS για την IL-17 και το **Secukinumab**. Σημαντικό νέο θεραπευτικό μονοπάτι για την ΑΣ και την ΨΑ στην αντιμετώπιση των οποίων ενισχύονται οι δυνατότητές μας. Οι μελέτες έδειξαν διατήρηση της αποτελεσματικότητας του νέου βιολογικού παράγοντα στη 2ετία σε συνδυασμό με την απουσία ακτινολογικής εξέλιξης περίπου στο 80% των ασθενών. Καλά αποτελέσματα παρουσιάστηκαν επίσης στην αντιμετώπιση της ενθεσίτιδας και της δακτυλίτιδας. Το προφίλ ασφάλειας του φαρμάκου είναι εξαιρετικά καλό.
- Η AENORASIS για τους **βιο-ομοειδείς** παράγοντες. Η βελτίωση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας και της αύξησης της προσβασιμότητας των βιολογικών θεραπειών σε περισσότερους ασθενείς είναι το κύριο μήνυμα. Το **βιο-ομοειδές infliximab (CT-P13)** απέδειξε σε κλινικές μελέτες ότι η κλινική αποτελεσματικότητα και το προφίλ ασφαλείας είναι τουλάχιστον στο ίδιο επίπεδο με εκείνο του προϊόντος αναφοράς.
- Η JANSSEN για την αξία του **Ustekinumab** στη διαχείριση των ασθενών με ΨΑ. Οι ασθενείς επιτυγχάνουν μακροχρόνια παραμονή στη θεραπεία που βασίζεται στη διάρκεια της αποτελεσματικότητας και της ακτινολογικής ανταπόκρισης του φαρμάκου στις αρθρώσεις. Έμφαση δίνεται και στη δράση στην ψωρίαση, την ψωρίαση ονύχων, την ενθεσίτιδα, τη δακτυλίτιδα και την ασφάλεια. Πολύ καλά δεδομένα ασφαλείας του φαρμάκου.
- Η Bristol-Myers Squibb για το **Abatacept** στη θεραπεία της ΡΑ. Δίνεται έμφαση στην αποκρυπτογράφηση των κακών προγνώστικων παραγόντων στη ΡΑ και τον ιδιαίτερο ρόλο του που μπορεί να διαδραματίσει το φάρμακο στην πλέον εξειδικευμένη στόχευση στη θεραπεία της.

- MSD για το **Golimumab**. Το κύριο μήνυμα είναι η καθοριστική σημασία της παραμονής του ασθενή στη θεραπεία και τα δεδομένα του φαρμάκου προς αυτή την κατεύθυνση.

II. Δορυφορικές Διαλέξεις

- Η Abbvie για το **Adalimumab** και τη νέα ένδειξη που έλαβε το γνωστό φάρμακο σε ενήλικες ασθενείς με μη-ραιοιμώδη ενδιάμεση και οπίσθια ραγοειδίτιδα.
- Η Pfizer για το νέο μονοπάτι **Janus Kinase**, για το οποίο θα κυκλοφορήσει σύντομα φάρμακο και στην Ευρώπη. Το μονοπάτι Janus Kinase είναι ένα από τα πολυάριθμα ενδοκυττάρια μονοπάτια μεταγωγής σήματος που χρησιμοποιούνται από τις βασικές κυτταροκίνες στη ΡΑ. Η μεταγωγή σήματος μέσω αυτών των μονοπατιών διεγείρει την παραγωγή των φλεγμονωδών κυτταροκινών. Η πλεονάζουσα παραγωγή αυτών των φλεγμονωδών κυτταροκινών συμβάλλει στη διαιώνιση της φλεγμονής και την καταστροφή των αρθρώσεων που παρατηρείται στη ΡΑ.
- Η Actelion με νέα δεδομένα για τους αναστολείς της προστακυκλίνης στην αντιμετώπιση της πνευμονικής υπέρτασης και των δακτυλικών ελκών.
- Η Menarini για την ουρική νόσο και την αποτελεσματικότητα της δράσης του νεότερου αντι-υπεουριχαιμικού φαρμάκου **Febuxostat**.
- Η Lilly Φαρμασερβ για την **Teriparatide** στη θεραπεία της κορτιζονογενούς οστεοπόρωσης.
- Η Roche για το **Tocilizumab** εστιάζοντας στην εμπειρία 6 ετών από τη χρήση του φαρμάκου όπως καταγράφονται στα ελληνικά αρχεία βιολογικών θεραπειών του Πανεπιστημίου της Κρήτης και στο προφίλ ασθενών που επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα και διαφοροποιεί το φάρμακο.

Volibris[®]
ambrisentan

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την
Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος

GR/ABT/0026/16 ΕΣΧΣ. 11/2016 - 11/2017



www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

Συνέντευξη του Professor Josef Smolen για τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

Τις ερωτήσεις διατύπωσε ο συντάκτης των «ΝΕΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ» Γκίκας Κατσιφής



Prof. Josef Smolen

1. What is the burden of RA in EU?

The prevalence of RA is estimated to be 0.5 - 1% in the EU, which amounts to about 3-5 Million RA patients. While treatment is costly and constitutes a burden on health care budgets, insufficient therapy appears to be even more costly, since there will be a need for more joint replacement surgery, sick leave and early retirement, aside from the burden on the individuals and their families.

2. How can we recognize RA patients at risk of rapid disease progression?

The risk factors for disease progression have been well defined over time. They pertain to high disease activity by composite measures (particularly related to swollen joint counts and acute phase reactant levels), presence of autoantibodies (RF and ACPA), and presence of erosions. The more of these components come together, the higher the risk.

3. Is there any concern about comorbidities in RA?

Indeed, RA is associated with a number of comorbidities and a reduction of life expectancy, all related to high disease activity. However, with appropriate therapy and attainment of the treat-

ment target of remission or at least low disease activity, this risk normalizes. Recent registry data suggest that MTX treatment and even more so therapy with biologic agents reduces the risk of comorbidities and of the reduced life expectancy.

4. Key principles and recommendations of T2T in RA.

It is the triple A principle: Aim, Assess, Amend. In other words: define the treatment target (remission or low disease activity), assess the disease activity regularly and timely, and amend therapy if treatment fails to reach improvement of at least 50% of the Clinical Disease Activity Index (CDAI) within 3 months or the treatment target by 6 months.

5. Management of RA patients with an inadequate response or non-response to currently available therapies.

There are still about 40% of patients who will be in moderate or high disease activity despite the use of current therapies. These patients can be treated by re-starting previously failed therapies, since we have seen some beneficial effects with such approach; on the other hand, new therapies are on the horizon, such as Jak inhibitors.

6. Is it feasible to taper therapy in RA patients in remission?

With respect to biological DMARDs, reducing dose or expanding the interval between drug applications once a patient has attained remission for 3-6 months and is on background conventional synthetic DMARD therapy is feasible and recommended by EULAR. Stopping a bDMARD may also be tried, since most patients who flare will respond to its re-institution, but about 10-20% will not regain the previous state, so there is a certain risk with stopping. We prefer to double the interval and then continue the treatment.



Έκδοση της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ
με την ευκαιρία του Συνεδρίου
Διατίθεται δωρεάν στους συνέδρους
στο βιβλιοπωλείο στον εκθεσιακό χώρο

Ακάλληπτες ανάγκες στη θεραπεία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας

Αλέξανδρος Α. Δρόσος / MD, FACR, Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας
 Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων



www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

Τα τελευταία χρόνια η στοχευμένη θεραπεία (treat to target) έχει αλλάξει ριζικά τη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με φλεγμονώδεις αρθροπάθειες. Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση εστιάζει κυρίως:

α) στο θεραπευτικό αποτέλεσμα (ύφεση και χαμηλή ενεργότητα της νόσου), β) στην εντατικοποίηση της θεραπείας για τον έλεγχο της ενεργότητας της νόσου, γ) στις θεραπευτικές αποφάσεις με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς. Τα παραπάνω στοιχεία έχουν ενσωματωθεί στις κατευθυντήριες οδηγίες της EULAR και του ACR.

Ο στόχος της θεραπευτικής αυτής προσέγγισης είναι ο έλεγχος της νόσου με αποτέλεσμα α) ύφεση ή χαμηλή ενεργότητα της νόσου, β) αναστολή των ακτινολογικών αλλοιώσεων, γ) βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Αυτό επιτυγχάνεται με την πρώιμη παρέμβαση με φάρμακα τροποποιητικά της νόσου (DMARDs) κυρίως με τη χρήση της μεθοτρεξάτης (MTX) ή της λεφλουνομίδης (LFN) και επί αποτυχίας των DMARDs, η δεύτερη προσέγγιση είναι η χρήση των φαρμάκων που στοχεύουν τον παράγοντα νέκρωσης των όγκων (TNFα) που είναι το infliximab, Etanercept, Adalimumab, Certolizumab και Golimumab. Επίσης μπορεί κανείς να χρησιμοποιήσει τον αναστολέα του υποδοχέα της ιντερλευκίνης-6 (IL-6) που είναι το Tocilizumab αλλά και το Rituximab που στοχεύει τα Β-λεμφοκύτταρα, καθώς και το abatacept που αναστέλλει την ενεργοποίηση των Τ-λεμφοκυττάρων.

Παρά τη σημαντική πρόοδο που παρατηρήθηκε με τη χρήση των παραπάνω βιολογικών θεραπειών, ένας σημαντικός αριθμός ασθενών δεν ικανοποιείται γιατί έχει ακόμη σημαντική ενεργότητα της νόσου ή υπολειπόμενη νόσο. Πολλές από τις παραπάνω θεραπείες δεν διαρκούν πολύ και χρειάζεται να αλλάξουμε και να τροποποιήσουμε τη θεραπευτική μας στρατηγική. Από την άλλη μεριά οι παρενέργειες των προαναφερθέντων βιολογικών θεραπειών είναι σημαντικές, κυρίως οι λοιμώξεις, η αυτοανοσία, ορισμένες κακοήθειες και άλλες. Επιπρόσθετα δεν έχουμε αναγνωρίσει ακόμη βιοδείκτες που να

προδικάζουν και να κατευθύνουν πιο φάρμακο είναι κατάλληλο και για ποιον ασθενή. Τέλος, επειδή η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι μια ετερογενής νόσος (οροθετική vs οροαρνητική) ίσως δεν είναι δυνατόν να προσδιορίσουμε ακριβώς την ιδανική θεραπεία για όλους τους ασθενείς μας.

Για αυτό στη θεραπεία της ΡΑ υπάρχουν ακόμη θεραπευτικές ανάγκες (κενά), όπως: η συμμόρφωση και η διατήρηση των φαρμάκων θα πρέπει να βελτιωθούν, οι θεραπευτικές προσεγγίσεις πρέπει να ικανοποιούν τόσο τον ασθενή καθώς και το θεράποντα ιατρό.

Για να γίνουν τα παραπάνω θα πρέπει:

1. α) Να διαχειριστούμε τους ασθενείς και να τους φροντίσουμε, ανεξάρτητα από το κόστος των φαρμάκων
2. β) Θα πρέπει να ταυτοποιήσουμε τους ασθενείς εκείνους που είναι σε ύφεση, που είναι υποψήφιοι για μείωση της δόσης των βιολογικών φαρμάκων
3. Θα πρέπει να εκτιμήσουμε τις ήδη υπάρχουσες θεραπείες σε συνδυασμό
4. Να γίνουν μελέτες για τη χρήση των βιολογικών στην πρώιμη ΡΑ
5. Να βρεθούν θεραπείες που μπορούν να βοηθήσουν να σταματήσουν και να επουλωθούν οι οστικές βλάβες (όπως η χρήση του Denosumab)
6. Ακόμη θα πρέπει να γίνουν μελέτες σε ασθενείς με συνοσπρόπτες για να κατανοήσουμε καλύτερα την ασφάλεια των βιολογικών θεραπειών
7. Να βρεθούν νέες θεραπείες που θα ευνοήσουν μεγαλύτερη ύφεση των ασθενών (όπως η χρήση των αναστολέων των κινασών, χρήση φαρμάκων που στοχεύουν την ιντερλευκίνη-20 και την ιντερλευκίνη-17 και άλλες)
8. Να ερευνηθούν νέοι βιοδείκτες ή προγράμματα απεικόνισης (υπέρηχο, μαγνητική τομογραφία) που να βοηθούν στην ανεύρεση των ασθενών που θα αποκρίνονται στη θεραπεία
9. Να κατανοήσουμε καλύτερα τον ρόλο του μικροβιώματος (στοματική κοιλότητα, έντερο)
10. Να κατανοήσουμε τον ρόλο του καπνίσματος και άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων στη παθογένεια της ΡΑ



Stelara[®]
(ustekinumab)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: STELARA 45 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη σύριγγα. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε προγεμισμένη σύριγγα περιέχει 45 mg ustekinumab σε 0,5 ml. Το ustekinumab είναι ένα πλήρως ανθρώπινο μονοκλωνικό IgG1κ αντίσωμα έναντι της ιντερλευκίνης (IL)-12/23 που παράγεται σε μια κυτταρική γραμμή μυελωμάτος ποικίλων με χρήση τεχνολογίας ανασυνδυασμένου DNA. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Ενέσιμο διάλυμα (ενέσιμο). Το διάλυμα είναι διαυγές ως ελαφρώς κίτρινο, άοσμο ως ανοιχτό κίτρινο. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, 2340 Beerse, Βέλγιο. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EU/1/08/494/003. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 22 Ιουνίου 2015. Λεπτομερή πληροφοριακά στοιχεία για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμα στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: <http://www.ema.europa.eu>. **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:** Περιορισμένη Ιατρική συνταγή. Η διάγνωση και / ή η έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και μπορεί να συνεχίζεται και εκτός νοσοκομείου υπό την παρακολούθηση ειδικού ιατρού.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: STELARA 90 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη σύριγγα. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε προγεμισμένη σύριγγα περιέχει 90 mg ustekinumab σε 1 ml. Το ustekinumab είναι ένα πλήρως ανθρώπινο μονοκλωνικό IgG1κ αντίσωμα έναντι της ιντερλευκίνης (IL)-12/23 που παράγεται σε μια κυτταρική γραμμή μυελωμάτος ποικίλων με χρήση τεχνολογίας ανασυνδυασμένου DNA. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Ενέσιμο διάλυμα (ενέσιμο). Το διάλυμα είναι διαυγές ως ελαφρώς κίτρινο, άοσμο ως ανοιχτό κίτρινο. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, 2340 Beerse, Βέλγιο. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EU/1/08/494/004. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 22 Ιουνίου 2015. Λεπτομερή πληροφοριακά στοιχεία για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμα στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: <http://www.ema.europa.eu>. **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:** Περιορισμένη Ιατρική συνταγή. Η διάγνωση και / ή η έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και μπορεί να συνεχίζεται και εκτός νοσοκομείου υπό την παρακολούθηση ειδικού ιατρού.

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ/ΤΙΜΗ

Περιεκτικότητα	Μέγεθος συσκευασίας	Νοσοκομειακή Τιμή	Λιανική Τιμή
INJ. SOL. 45mg (90mg/ml)/0,5ml PF. SYR.	BT x 1 PF. SYR. x 0,5ML	2.371,76€	2.866,12€

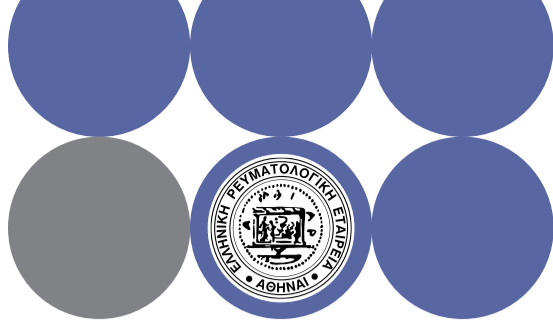
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ/ΤΙΜΗ

Περιεκτικότητα	Μέγεθος συσκευασίας	Νοσοκομειακή Τιμή	Λιανική Τιμή
INJ. SOL. 90MG/1ML PF. SYR.	BT x 1 PF. SYR. x 1,0ML	2.486,16€	2.996,99€

JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.
 Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000
www.janssen.com.gr

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





www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ
MEDITERRANEAN JOURNAL OF RHEUMATOLOGY

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ: Καινούργιο Πρόσωπο, Καινούργιο Περιεχόμενο, Νέες Φιλοδοξίες

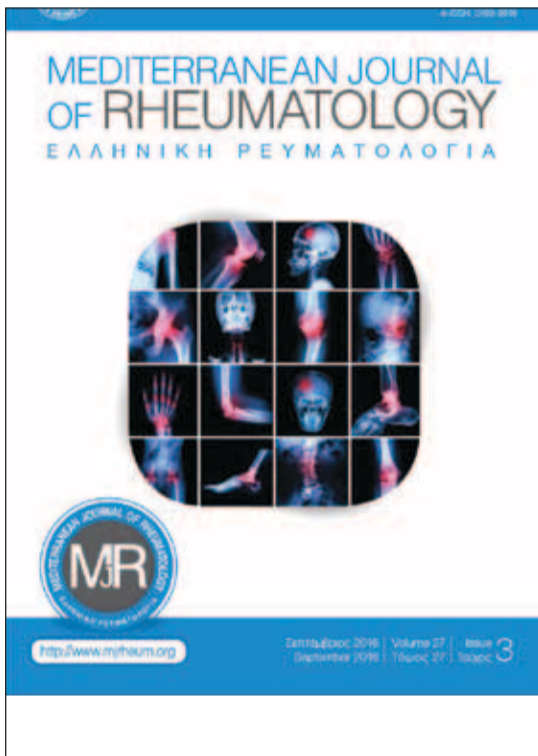


Διευθυντές Σύνταξης: **Γεώργιος Κίτας, Λάζαρος Σακκάς**

<http://mjrheum.org/>



Βοηθοί Διευθυντές Σύνταξης: **Δημήτρης Μπυγδιανός, Θεόδωρος Δημητρουλάς**



κή γλώσσα. Μέσα στους τελευταίους 18 μήνες εκδίδονται 6 τακτικά τεύχη και 3 επικουρικά τεύχη συμπεριλαμβανομένων και αυτών που δημοσιεύουν τις εργασίες που παρουσιάστηκαν πρόσφατα στο Mediterranean Congress of Rheumatology στο Sarajevo και ασφαλώς του συνεδρίου του ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ στο οποίο παρεβρισκόμαστε σήμερα. Υπάρχει ήδη πλούσια ύλη, υψηλού επιπέδου, με εξαιρετικό εκπαιδευτικό χαρακτήρα. Συμμετέχουν συγγραφείς από την Ελλάδα και το Εξωτερικό με άρθρα σύνταξης, ερευνητικές εργασίες, κλινικές περιπτώσεις, εξαιρετικής ποιότητας ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας σε σύγχρονα θέματα, κατευθυντήριες οδηγίες, γράμματα προς τον εκδότη, απόψεις, χρηματοδοτούμενα από την ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ ερευνητικά πρωτόκολλα καθώς επίσης και εργασίες οι οποίες βραβεύτηκαν στο Πανελλήνιο Συνέδριο Ρευματολογίας.



Σάββατο 10 Δεκεμβρίου 14:00 -16:30 / Αίθουσα θάλασσα

1st Editorial Board Meeting of Mediterranean Journal Rheumatology

Coordinators: **Kitas George, Sakkas Lazaros**

Συμμετέχουν τα μέλη της Συντακτικής και Συμβουλευτικής Επιτροπής (διεθνούς και ελληνικής)

Μετά από 25 χρόνια (1989-2014) κυκλοφορίας, με απόφαση του ΔΣ, το επίσημο έντυπο περιοδικό της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ, "Ελληνική Ρευματολογία" αλληλλάζει. Αποκτά καινούργιο όνομα και πρόσωπο, "Mediterranean Journal of Rheumatology - Ελληνική Ρευματολογία". Η συντακτική ομάδα στελεχώνεται με καινούργια μέλη (Κίτας, Μπυγδιανό και Δημητρουλά). Η έκδοση από έντυπη δύο φορές τον χρόνο, γίνεται ηλεκτρονική τέσσερις φορές τον χρόνο και αποκτά δικό της site (www.mjrheum.org). Δημιουργείται συμβουλευτική επιτροπή και διευρυμένη συντακτική επιτροπή με Έλληνες αλλά και πολλούς ξένους συναδέλφους, επιφανείς κλινικούς και βασικούς επιστήμονες από πολλές χώρες. Η έκδοση αποκτά μόνιμο βιοστατιστικόλόγο (Peter Nightingale) και συντάκτη ερευνητικής ακεραιότητας (Armen Gasparyan), μόνιμο γραφείο (μέσα στα γραφεία της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ), βοηθό έκδοσης (την κ.Βίκυ Δεναξά) και γραμματειακή υποστήριξη από την κα Ευαγγελία Ορφανίδη. Υπεύθυνος έκδοσης είναι ο κ. Άλκης Πολυράκης.

Οι κύριοι στόχοι του MJR περιλαμβάνουν:

- α) Να γίνει σημαντικό μέσο για συνεχιζόμενη Ιατρική εκπαίδευση και επαγγελματική ανάπτυξη των Ρευματολόγων στην Ελλάδα, στην ευρύτερη περιοχή της Μεσογείου και Διεθνώς.
- β) Να εδραιώσει την παρουσία της Ελληνικής Ρευματολογίας και να καλλιεργήσει περισσότερες εκπαιδευτικές και άλλες συνεργασίες με συναδέλφους σε Μεσογειακές χώρες και Διεθνώς.
- γ) Να θέσει τις βάσεις για περαιτέρω δημιουργική αλληλεπίδραση μεταξύ της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ, των Ρευματολόγων, άλλων λειτουργών της Υγείας και του Ιδιωτικού τομέα.

Βασική φιλοδοξία αποτελεί η ένταξη του MJR σε αναγνωρισμένες βάσεις δεδομένων όπως το Scopus και PubMed. Γι αυτόν τον λόγο η επίσημη γλώσσα του περιοδικού αλληλλάζει στην Αγγλική αν και πολλά άρθρα από Έλληνες συναδέλφους δημοσιεύονται και στην Αγγλική και στην Ελληνική

Το MJR ήδη υποστηρίζεται από Ρευματολογικές Εταιρείες, Διεθνείς Οργανισμούς και Εκδόσεις 7 διαφορετικών χωρών της ευρύτερης περιοχής της Μεσογείου, αριθμός που σύντομα ελπίζουμε θα αυξηθεί σε περίπου 20 χώρες με την δημιουργία Διεθνούς Περιφερικού Συμβουλίου από χώρες της Ευρώπης, Ασίας και Βόρειας Αφρικής. Η ιστοσελίδα του είναι μοντέρνα και εύχρηστη. Τα δημοσιευμένα άρθρα είναι διαθέσιμα και σε PDF και σε HTML, υπάρχει ευρετήριο συγγραφέων και λέξεων κλειδίων, καθώς και μεγάλες δυνατότητες επέκτασης και προβολής σε διεθνές επίπεδο.

Η απεικόνιση, το υλικό και οι διαθέσιμες πληροφορίες στα μέλη είναι πολύ ευρύτερη, γι αυτό όσοι από τους συναδέλφους δεν έχουν ήδη εγγραφεί αξίζει τον κόπο να το κάνουν κατά την διάρκεια του συνεδρίου. Το μόνο που χρειάζεται είναι να επισκεφτείτε το περίπτερο του MJR.

Ελπίζουμε ότι όλοι οι Έλληνες συνάδελφοι θα βρουν στο MJR ενδιαφέρον εκπαιδευτικό υλικό, θα υποστηρίξουν το περιοδικό με την επισκεψιμότητα τους, αλλά ακόμα καλύτερα, θα δουν την μεγάλη ευκαιρία που τους παρουσιάζεται, να δημοσιεύσουν οι ίδιοι σε ένα επιτυχημένο, εξωστρεφές περιοδικό από την χώρα τους, υποστηριζόμενο από την ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ, το οποίο ελπίζουμε σύντομα να έχει Διεθνή αναγνωρισιμότητα και αναγνωσιμότητα.



ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Σάββατο 10 Δεκεμβρίου, 17:00 - 18:00, Αίθουσα Σαντορίνη 3

Συνάντηση με τον ειδικό: Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος (ΣΕΛ)

Δημήτριος Τ. Μπούμπας / Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας Δ' ΠΠΚ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016



Ο ΣΕΛ στην Ελλάδα

Ο ΣΕΛ προσβάλλει περίπου 8.000-10.000 Έλληνες (επιπολασμός 123 ασθενείς ανά 100.000 Έλληνες στο Αρχείο ΛΗΤΩ). Από αυτούς, το 50% έχει ήπια νόσο δηλαδή νόσο που απαιτεί μόνο ανθελνοσοσιακά και χαμηλές δόσεις γλυκοκορτικοειδών, 33% έχει μετρίως σοβαρή νόσο που απαιτεί μέτριες δόσεις γλυκοκορτικοειδών μέχρι 0.5mg/kg μέγιστο, ενώ το 17% έχει σοβαρή νόσο που απαιτεί >0.5mg/kg πρεδνιζόνη με ή χωρίς ανοσοκατασταλτικά. Η νεφρική και νευροψυχιατρική νόσος είναι οι συχνότερες εκδηλώσεις από τα μείζονα όργανα, με επιπολασμό 13% και 8% αντίστοιχα. Παρά την ήπια εικόνα στην πλειοψηφία των ασθενών, 30% των ασθενών αναπτύσσουν μόνιμη βλάβη εντός της πρώτης 7ετίας της νόσου. Σε μία Πανελλήνια καταγραφή (Μελέτη LyCOS):

- 19% των ασθενών είχαν προσβολή μείζονων οργάνων,
- 30% είχαν υπολειπόμενη ενεργότητα παρά τη μέγιστη συμβατική θεραπεία (standardofcare),
- το 60% των ασθενών εμφανίζουν εξάρσεις και υφέσεις, ενώ, iv) ύφεση επιτυγχάνεται μόνο στο 30% των ασθενών. Ενεργό νόσο παρά τη μέγιστη ανοσοκατασταλτική θεραπεία εμφανίζουν περίπου 5% των ασθενών και είναι δυνητικά υποψήφιοι για βιολογικές θεραπείες.

Διάγνωση - Παρακολούθηση

Η χαμηλή ευαισθησία των κριτηρίων ταξινόμησης (ACR και SLICC) για τη διάγνωση του ΣΕΛ, (ιδίως σε ασθενείς με πρόσφατη νόσο) και η έλλειψη αντιπυρηνικών αντισωμάτων (ANA) περίπου στο 20% των ασθενών, μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία ασθενών με σοβαρή νόσο. Οι ορολογικές δοκιμασίες διάγνωσης (ANA, ENA, C3, C4) ή δεν επαναλαμβάνονται ή επαναλαμβάνονται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις (πχ αντι-asDNA και C3/C4 σε νεφρίτιδα). Ο συνδυασμός θετικών αντι-dsDNA με χαμηλά συμπληρώματα είναι περισσότερο αξιόπιστος ως δείκτης ενεργότητας. Δεδομένου του κόστους τους, η ορθολογική χρήση είναι επιβεβλημένη. Η γενική ούρων είναι η πιο χρήσιμη εξέταση -μετά την κρεατινίνη ορού- με πρόσφατα δεδομένα να δείχνουν ότι επίπεδα πρωτεϊνουρίας <0.7g/24 ώρες μετά τη θεραπεία σχετίζονται με ευνοϊκή πρόγνωση. Η τυποποίηση της παρακολούθησης με καταγραφή της ενεργότητας (SLEDAI), χρονιότητας (ACR/SLICC damageIndex) και δεικτών ποιότητας (Quality indicators -πχ εμβολιασμοί, αντι-οστεοπορωτική

και αντιαθηρωματική θεραπεία) βελτιώνουν την πρόγνωση. Τα ειδικά έντυπα καταγραφής βελτιστοποιούν την παρακολούθηση της νόσου, εξοικονομώντας χρόνο, και θα διανεμηθούν στην κοινότητα κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου.

Θεραπεία

Οι κυριότερες νέες τάσεις στη θεραπεία του ΣΕΛ είναι οι εξής:

- Η βελτιστοποίηση της χρήσης των ανθελνοσοσιακών, δεδομένης της πολυπληθούς χρησιμότητάς τους και σε εκδηλώσεις εκτός δέρματος και αρθρώσεων (νεφρίτιδα, εγκυμοσύνη κ.α).
- Η ελαχιστοποίηση της δόσης των κορτικοειδών με τη χρήση ώσεων μεθυλπρεδνιζολόνης και ανοσοκατασταλτικών, με σκοπό την ταχύτερη μείωσή τους.
- Η εισαγωγή του μυκοφαινολικού οξέως, δεδομένης της απουσίας γονοτοξικότητας.
- Η εισαγωγή βιολογικών θεραπειών (Belimumab και Rituximab) σε ασθενείς με ανθεκτική νόσο στη συμβατική ανοσοκατασταλτική θεραπεία.
- Η έμφαση στη συμπληρωματική θεραπεία (adjuncttherapy) για την πρόληψη των λοιμώξεων, της οστεοπορώσεως, της αθηρωματικής νόσου και της επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας.

Η διατύπωση συστάσεων βασισμένων στις ενδείξεις και την γνώμη των ειδικών υπό την αιγίδα της EULAR για τη διάγνωση, παρακολούθηση, θεραπεία και εγκυμοσύνη στο ΣΕΛ, έχει συμβάλει στην ομογενοποίηση της φροντίδας των ασθενών.

Μελλοντικές Κατευθύνσεις

Η εισαγωγή της σύγχρονης γονιδωματικής στη διερεύνηση της παθογένειας του ΣΕΛ δημιουργεί για πρώτη φορά τις προϋποθέσεις για την «προσωποποιημένη θεραπεία» επί τη βάση του επικρατούντος παθογενετικού μηχανισμού (πχ. ενεργοποίηση ουδετεροφίλων, συστήματος ιντερφερόνης, αυτοφαγίας, πλάσματοκυττάρων κ.λπ). Τουλάχιστον 10 νέες στοχευμένες θεραπείες βρίσκονται στο στάδιο των κλινικών δοκιμών με τους αναστολείς των ιντερφερόνων να βρίσκονται πλησιέστερα προς τις εγκριτικές μελέτες φάσης 3.

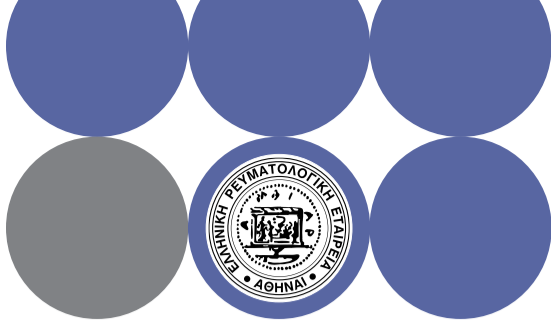
Βιολογικές Θεραπείες στο ΣΕΛ: Τι νεώτερο;

Γεώργιος Μπερτσιάς / Επικ. Καθηγητής Πανεπιστημίου Κρήτης, Κλινική Ρευματολογίας, Κλινική Ανοσολογίας και Αλλεργιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης και ΠΑ.Γ.Ν.Η.



Παρά τις υπάρχουσες ανοσοτροποποιητικές / ανοσοκατασταλτικές θεραπείες, ένα ποσοστό (7-15%) των ασθενών με **Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο (ΣΕΛ)** εμφανίζει εμμένουσα ενεργότητα, συχνές υποτροπές της νόσου, ή αδυναμία μείωσης της δόσης κορτικοστεροειδών σε ασφαλή επίπεδα (<7.5 mg/ημέρα ισοδύναμο πρεδνιζόνης). Τα προηγούμενα συνεπάγονται επιταχυνόμενη ανάπτυξη μη-αναστρέψιμης δυσλειτουργίας των τελικών οργάνων και αυξημένο κόστος ιατρικής φροντίδας. Σε αυτή την ομάδα ασθενών, έχουν θέση βιολογικοί παράγοντες όπως το belimumab και το rituximab, που απενεργοποιούν ή «σκοτώνουν» τα Β λεμφοκύτταρα, αντίστοιχα.

Το **belimumab** (μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι του BAF) αποτελεί τη μοναδική έως σήμερα εγκεκριμένη βιολογική θεραπεία στο ΣΕΛ. Όταν προστίθεται στη συμβατική θεραπεία, οδηγεί σε αποκλιμάκωση της κλινικής και ορολογικής ενεργότητας, περιορισμό των εξάρσεων της νόσου, ελάττωση του πόνου και της κόπωσης των ασθενών και μείωση της συχνορούμενης δόσης κορτικοστεροειδών.¹ Οι παραπάνω δράσεις διατηρούνται στο χρόνο² και εμποδίζουν την ανάπτυξη βλάβης στα τελικά όργανα.³ Το θεραπευτικό όφελος του belimumab είναι ενισχυμένο σε ασθενείς με:



www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

- i) ενεργότητα από πολλαπλά όργανα,
- ii) συνύπαρξη κλινικής και ορολογικής ενεργότητας (χαμηλές συγκεντρώσεις C3/C4, αυξημένοι τίτλοι anti-dsDNA αντισωμάτων), και
- iii) ανάγκη για συνεχή χρήση κορτικοστεροειδών.¹

Η εμπειρία μετά την κυκλοφορία του φαρμάκου επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητά του, με τουλάχιστον τους μισούς ασθενείς να παρουσιάζουν κλινικά σημαντική βελτίωση της νόσου, ενώ σχεδόν ένας στους 5-6 ασθενείς οδηγείται σε χαμηλή ενεργότητα ή ύφεση της νόσου μετά από περίπου 6 μήνες θεραπείας.^{4,5} Οι κλινικές εκδηλώσεις που ανταποκρίνονται περισσότερο είναι αρθρίτιδα, αλωπεκία, έλκη βλεννογόνων, οξύς και υποξύς δερματικός λύκος και δερματική αγγειίτιδα. Επιπλέον, βελτιώνονται οι ήπιες κυτταροπενίες και η πρωτεϊνουρία σε ασθενείς με νεφρίτιδα που λαμβάνουν συγχρόνως ανοσοκατασταλτική θεραπεία συντήρησης.^{4,5} Ωστόσο, εν αναμονή της ολοκλήρωσης των σχετικών κλινικών δοκιμών, το belimumab δεν ενδείκνυται επισήμως για τη θεραπεία της νεφρίτιδας ή του νευροψυχιατρικού λύκου.

Σχετικά με το rituximab, παρά τα αρνητικά αποτελέσματα των

μελετών φάσης III, δημοσιευμένη εμπειρία σε >1200 ασθενείς υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου σε ανθεκτικό ΣΕΛ, συμπεριλαμβανομένων περιπτώσεων εξάρσεων ή μη ανταπόκρισης σε μυκοφαινολικό ή κυκλοφωσφαμίδη.^{6,7} Το rituximab έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχώς σε σοβαρές ή απειλητικές για τη ζωή εκδηλώσεις, όπως νεφρίτιδα, νευροψυχιατρικός λύκος, αγγειίτιδα, και θρομβοπενία.

Ο ΣΕΛ έχει πλέον εισέλθει στην «εποχή των βιολογικών θεραπειών» και προσφάτως, ανακοινώθηκαν ενθαρρυντικά αποτελέσματα με τη χρήση του anifrolumab (αναστολέας του υποδοχέα της ιντερφερόνης-α) σε ασθενείς με μετρίως σοβαρή νόσο.⁸ Αρκετοί άλλοι βιολογικοί παράγοντες βρίσκονται σε διάφορα στάδια ανάπτυξης και κλινικών δοκιμών, επιτρέποντας αισιοδοξία για την καλύτερη και πιο στοχευμένη θεραπεία της νόσου στο μέλλον.

¹ van Vollenhoven RF, et al. Ann Rheum Dis. 2012; 71:1343-9

² Ginzler EM, et al. J Rheumatol. 2014; 41: 300-9

³ Bruce IN, et al. Lupus. 2016; 25: 699-709

⁴ Collins CE, et al. Lupus Sci Med. 2016; 3(1):e000118

⁵ Iaccarino L, et al. Arthritis Care Res (Hoboken). 2016. doi: 10.1002/acr.22971

⁶ Cobo-Ibáñez T, et al. Semin Arthritis Rheum. 2014; 44: 175-85

⁷ Aguiar R, et al. Arthritis Care Res (Hoboken). 2016. doi: 10.1002/acr.22921

⁸ Furie R, et al. Ann Rheum Dis. 2016; 75(Suppl2): 168



Benlysta[®]
(belimumab)

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΙΟΝΤΟΣ:

Benlysta 120 mg και Benlysta 400 mg κόνις για πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση.

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:

Κάθε φιαλίδιο περιέχει 120 mg ή 400 mg μελιμουμάμπης. Μετά την ανασύσταση, το διάλυμα περιέχει 80 mg μελιμουμάμπης ανά ml.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και

Αναφέρετε

ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα

Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Με περιορισμένη ιατρική συνταγή: Μόνο για νοσοκομειακή χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία.



Για την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος απευθυνθείτε στην εταιρεία:
Λ. Κηφισίας 266,152 32, Χαλάνδρι, Αθήνα, Τηλ.: 210 6882100
www.glaxosmithkline.gr

GR/BEL/0012/14(1) ΣΧΥΣ 10/15 ΕΣΣ 04/17

POSITION STATEMENT ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ

Κυριακή 11 Δεκεμβρίου, 10:00 - 10:30

Κατευθυντήριες Οδηγίες Εμβολιασμού Ασθενών με Ρευματικές Παθήσεις υπό Ανοσοτροποποιητικές Θεραπείες

www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

Οι λοιμώξεις από ιούς και βακτήρια συνεχίζουν να αποτελούν συχνές αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας σε παιδιατρικούς ή ενήλικες ασθενείς με ρευματικές παθήσεις με ή χωρίς τη συχορήγηση ανοσοτροποποιητικών θεραπειών. Ένα σημαντικό ποσοστό αυτών των λοιμώξεων και των επιπλοκών τους μπορεί να προληφθεί με την έγκαιρη χορήγηση εμβολίων.

Η Ομάδα Εργασίας της Ελληνικής Ρευματολογικής Εταιρείας & Επαγγελματικής Ένωσης Ρευματολόγων Ελλάδος (Ε.Ρ.Ε. & ΕΠ.Ε.Ρ.Ε.) παρουσιάζει στο τρέχον συνέδριο τις Κατευθυντήριες Οδηγίες

Οι Οδηγίες συνοπτικά περιλαμβάνουν:

1. Τη σύσταση για εμβολιασμό έναντι του ιού της γρίπης σε όλους τους ασθενείς με ρευματικές παθήσεις με μία δόση αντιγριπικού εμβολίου ετησίως πριν την έναρξη της επιδημικής περιόδου.
2. Τη σύσταση για εμβολιασμό έναντι του πνευμονιοκόκκου σε όλους τους ενήλικες ασθενείς με ρευματικές παθήσεις υπό ανοσοτροποποιητικές θεραπείες τόσο με το 13δύναμο συζευγμένο (PCV13) όσο και με το 23δύναμο πολυσακχαριδικό εμβόλιο (PPSV23).
3. Τη σύσταση για εμβολιασμό με μία εφάπαξ δόση εμβολίου έναντι του έρπητα ζωστήρα σε ασθενείς ≥ 50 ετών με ρευματικές παθήσεις πριν τη χορήγηση ή κατά τη διάρκεια της ανοσοκατασταλτικής αγωγής εκτός από ασθενείς υπό αγωγή με κορτικοστεροειδή (≥ 20 mg πρεδνιζόνης ημερησίως) ή βιολογικούς παράγοντες ή οποιαδήποτε κλινική ή εργαστηριακή ένδειξη διαταραχής της κυτταρικής ανοσίας. Σε ασθενείς που πρόκειται να αρχίσουν αγωγή με βιολογικούς παράγοντες, το εμβόλιο συνιστάται να χορηγείται τουλάχιστον 2-4 εβδομάδες πριν την έναρξη της αγωγής ενώ μπορεί να χορηγηθεί και σε ασθενείς με ιστορικό έρπητα ζωστήρα.
4. Τη σύσταση για εμβολιασμό έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β, σε ασθενείς που δεν έχουν εμβολιαστεί ή εκτεθεί στον ΗΒV (anti-HBc -), εάν συνυπάρχουν παράγοντες κινδύνου.

5. Τη σύσταση για εμβολιασμό των παιδιατρικών ρευματικών ασθενών βάσει του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών με τις αναγκαίες τροποποιήσεις που περιλαμβάνουν το εμβολιαστικό σχήμα έναντι της γρίπης (καθολικός ετήσιος εμβολιασμός σε παιδιατρικούς ασθενείς >6 μηνών με ρευματικά νοσήματα που λαμβάνουν ανοσοτροποποιητική αγωγή), του πνευμονιοκόκκου (επιπλέον ανοσοποίηση με το πολυσακχαριδικό πνευμονιοκοκκικό εμβόλιο PPSV23) και των ιών της ανεμευλογιάς (VZV) και ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας (MMR, αντένδειξη σε ασθενείς που λαμβάνουν υψηλές δόσεις συνθετικών DMARDs ή κορτικοστεροειδών ή βιολογικούς παράγοντες).
6. Τη σύσταση για εμβολιασμό των ταξιδιωτών με ρευματικά νοσήματα υπό ανοσοκατασταλτική αγωγή σύμφωνα με τις συστάσεις που ισχύουν για το γενικό πληθυσμό, με εξαίρεση τη χορήγηση ζώντων εξασθενημένων εμβολίων (κίτρινου πυρετού, χολέρας, Ιαπωνικής Εγκεφαλίτιδας, τυφοειδούς πυρετού και πολυομυελίτιδας).



Συντονιστής:
Δ. Βασιλόπουλος

Η Ομάδα Εργασίας Εμβολιασμών της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ:

1. Κωνσταντίνος Θωμάς, Παθολόγος - Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Ιπποκράτειο ΓΝΑ
2. Δέσποινα Μαρίτσι, Παιδίατρος - Παιδορευματολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
3. Δέσποινα Παπαδοπούλου, Ρευματολόγος
4. Νικόλαος Σύψας, Λοιμωξιολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογικής Φυσιολογίας - Λοιμωξιολογίας, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Λαϊκό ΓΝΑ
5. Φλώρεντία Κανακούδη, Παιδίατρος - Ρευματολόγος Παιδών, Ομότιμη Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
6. Δημήτριος Βασιλόπουλος, Ρευματολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιπποκράτειο ΓΝΑ



Otezla[®]
(apremilast) 30mg tablets

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ Otezla 10 mg, 20 mg και 30 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ** Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 10 mg, 20 mg και 30 mg απρεμιλάστης. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** Celgene Europe Ltd. 1 Longwalk Road, Stockley Park, Uxbridge UB11 1DB, Ηνωμένο Βασίλειο

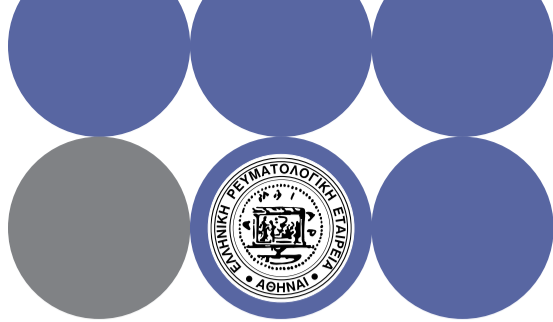
Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τη **GENESIS Pharma**.



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



Λ. Κηφισίας 270, 15232 Χαλάνδρι, Αθήνα
Τηλ.: 210 8771500, Fax: 210 6891918
e-mail: info@genesishpharma.com
www.genesishpharma.com



www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

Την Κυριακή το πρωί (10:00 - 11:00)

MEET THE PROFESSOR: How to write a good quality biomedical paper

Essential components of publishing and indexing journals of interest to clinical rheumatologists

Armen Yuri Gasparyan / <http://orcid.org/0000-0001-8749-6018>
Departments of Rheumatology and Research and Development, Dudley Group NHS Foundation Trust (Teaching Trust of the University of Birmingham, UK), Russells Hall Hospital, Dudley, West Midlands, UK



Indexed rheumatology journals provide a platform for scholarly communication of clinicians and researchers with interest in rheumatic and musculoskeletal disorders. Currently, there are two globally recognized multidisciplinary abstracting and citation-tracking databases that list the most influential rheumatology periodicals: Scopus and Web of Science. Contributing authors and editors should be aware of the updated lists on these databases to choose the target journals and improve the quality of periodicals, aimed at providing professional services for the global community of specialists and patients. Searching through the citation databases is advisable to authors of new rheumatology journals. By citing widely visible sources they increase the indexability of the emerging journals.

Authors and editors of rheumatology journals should be also aware of specialist databases covering contents in the fields of toxicology, injuries, physical therapy, rehabilitation, and global health. Authors may add to their systematic reviews by combing searches through multidisciplinary and specialist databases, whereas editors succeeding in the indexing their journals in both categories of databases may increase visibility of their journals.

For decades, students, young researchers, rheumatology nurses, and patients with rheumatic diseases have not had an opportunity to join the scholarly platform and share their opinion with more experienced rheumatology specialists. The digitization and Open Access (OA) initiative provide unique opportunity for all those who wish to share their thoughts with the global community. To provide the best possible services, rheumatology journal publishers may update their editorial strategies and invite skilled editors to run sections for nurses, students, and patients. What is more, the digitization makes it easier to reach out the journal viewers and readers by publishing graphic materials, and particularly graphic abstracts and videoarticles with a few strong messages. Properly selecting and editing graphic materials can serve interests of readers from non-Anglophone countries.

With the growing opportunities for online publishing and emergence of 'predatory' open-access journals, and in order to succeed as a reliable source of information, it is critical to adhere to the ethical standards, which are advocated by the global editorial associations. Authors who select target journals for their articles may consult the records of

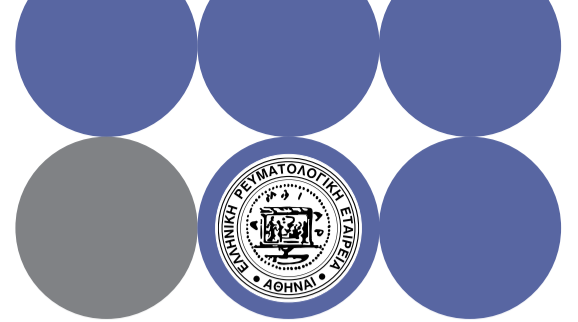
blacklisted predatory periodicals, which are regularly updated on the Scholarly Open Access blog by Jeffrey Beall (<https://scholarlyoa.com/>). Researchers and editors contributing to rheumatology journals should be aware of the latest recommendations of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) and the Committee on Publication Ethics (COPE). The ICMJE recommendations are endorsed by the absolute majority of biomedical journal editors, and these are helpful for avoiding unethical, wasteful, or predatory publishing. The recommendations cover issues of authorship and conflicts of interest, which are essential for contributing to the evidence accumulation in rheumatology and drafting practice guidelines. The ICMJE also encourages authors' Open Researcher and Contributor Identification (ORCID).

In June 2015, the COPE along with the Open Access Scholarly Publishers Association (OASPA), the World Association of Medical Editors (WAME) and the Directory of Open Access Journals (DOAJ) issued the Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing. The document is of great interest to editors and publishers of emerging periodicals. It consists of 16 points that inform all stakeholders of scholarly publishing about acceptable criteria of transparently instructing authors over the issues of access, peer review, copyrights, publication charges, research misconduct, citation manipulations, permanently archiving contents, etc. Importantly, attention is paid to the quality of journal websites, which should be managed by professionals skilled in publication ethics. Chances of attracting attention of relevant readers and those who will cite online sources are increasing with properly tagging the articles with structured keywords. Editors properly analyzing each section of their journal submissions and checking the adherence to the guidance from editorial organizations, such as the EQUATOR reporting guidelines, may increase the use and impact of the published materials. To increase the impact, regular updates in ethical components of the journal instructions are recommended.

Posting contents on the journal website is the final step of online publishing. However, in times of the upsurge of social networking channels, journal editors and publishers alike are obliged to improve the visibility of their periodicals by promoting post-publication communication. Social media is becoming a critical factor of scholarly impact, predicting the use and citations of published articles.

Open Access and increased visibility of periodicals have contributed to the 'cleaning' of periodicals, which published erroneous and fraudulent contents. Rheumatology journals have been also affected by publishing plagiarized or otherwise unethical articles, which have been analyzed post-publication and retracted. Learning lessons from the retractions is particularly useful for ongoing researchers and editors. It is advisable to follow analyses of the fast-growing retractions on the Retraction Watch blog (<http://retractionwatch.com/>).

Over the past few years, the concept of research evaluation and impact has been revisited. Journal articles are increasingly judged in view of their scientific merits and true influence, but not in connection of the Journal Impact Factors (JIF). Highly cited, viewed and downloaded articles in any journal, endorsed by relevant professional societies, weigh more than mediocre articles in high-impact periodicals. Subsequently, professional societies encouraging their members to publish in certain periodicals add to the value and impact of these targets.



www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΣΤΟ ACR 2016

ABSTRACT NUMBER: 19L

Biosimilar Infliximab (CT-P13) is not Inferior to originator Infliximab: Results from a 52-Week Randomized Switch Trial in Norway

Guro Løvik Goll, Inge C Olsen, Kristin K Jorgensen, Merete Lorentzen, Nils Bolstad, Espen A. Haavardsholm, Knut EA Lundin, Cato Mork, Jorgen Jahnsen, Tore K Kvien and the NORSWITCH study group

Οι αναστολείς του παράγοντα TNFα (όπως το Infliximab) έχουν βελτιώσει σημαντικά τη θεραπεία χρόνιων αυτο-άνοσων νοσημάτων, όπως η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (RA), η Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα (SpA), η Ψωριασική Αρθρίτιδα (PsA) και η Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (v.Crohn-CD και ελκώδης κολίτιδα-UC) και η κατά πλάκας Ψωρίαση (Ps). Στην κλινική μελέτη NOR-SWITCH, που χρηματοδοτήθηκε από τη Νορβηγική κυβέρνηση, πραγματοποιήθηκε αλλαγή της θεραπείας από το αρχικό προϊόν infliximab (Remicade, INX) στο βιο-ομοειδές (Remsima, CT-P13), και ερευνήθηκε η ενδεχόμενη απήχηση της αλλαγής στην αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και την ανοσογονικότητα του Infliximab.

Η μελέτη, διεξήχθη από τον Οκτώβριο 2014 έως τον Ιούλιο του 2016, με τη συμμετοχή 40 ερευνητικών κέντρων της Νορβηγίας και ήταν σχεδιασμένη ως τυχαίοποιημένη διπλά τυφλή, κλινική δοκιμή μη-κατωτερότητας (non-inferiority), φάσης IV. Συμπεριλήφθηκαν 481 ενήλικες ασθενείς με διάγνωση SpA, RA, PsA, CD, UC ή Ps σε σταθερή θεραπεία με Remicade (INX) για τουλάχιστον 6 μήνες. Οι ασθενείς τυχαίοποιήθηκαν 1:1 είτε για να συνεχίσουν INX ή για να αλλάξουν σε CT-P13 και παρακολουθήθηκαν για 52 εβδομάδες.

Επιδείνωση της νόσου συνέβη σε 26,2% των ασθενών στο σκέλος του INX και σε 29,6% των ασθενών στο σκέλος του CT-P13 της μελέτης. Το 95% CI της διαφοράς (adjusted treatment difference - 4.4%) ήταν -12, 7 έως 3,9 εντός του προκαθορισμένου (non-inferiority margin 15%) ορίου μη-κατωτερότητας.

Αλλαγές στις γενικές μεταβλητές και τα υπολογιζόμενα ειδικά μεγέθη της νόσου ήταν παρόμοια και στα δύο σκέλη της μελέτης. Τα ελάχιστα επίπεδα του φαρμάκου (trough drug levels) και η συχνότητα των αναφερθέντων ανεπιθύμητων συμβάντων, περιλαμβανομένων των αντιδράσεων κατά την έγχυση, ήταν επίσης παρόμοια. Η συχνότητα ανίχνευσης αντισωμάτων κατά του φαρμάκου στη διάρκεια της μελέτης ήταν 17 (7.1%) και 19 (7.9%) στους ασθενείς με INX και CT-P13 αντίστοιχα.

Συμπερασματικά: Η μελέτη NOR-SWITCH κατέδειξε ότι η αλλαγή από INX σε CT-P13 δεν είναι κατώτερη σε σύγκριση με τη συνέχιση της θεραπείας με INX.

INFLECTRA™
INFLIXIMAB

Για τις πλήρεις καταγραφικές πληροφορίες συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

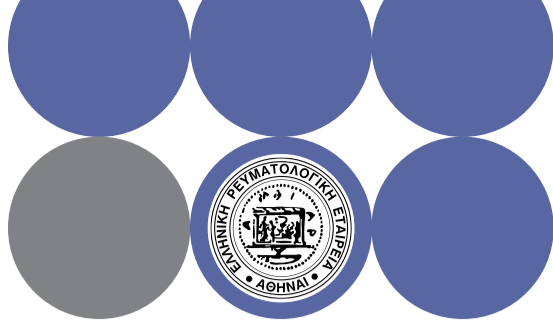
Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφαιρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Τοπικός Αντιπρόσωπος:

AENORASIS
Intuition in Healthcare

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

Hospira
A US Company



www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΙΑΛΕΞΗΣ

Σάββατο 10 Δεκεμβρίου 19:30

Η κρίση των οικονομικών της υγείας και συστήματος υγείας Αξιολόγηση και μελλοντικές προτεραιότητες

Νίκος Μανιαδάκης / Οικονομολόγος Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας



Η υγεία αποτελεί το βασικότερο κοινωνικό αγαθό σε όλες τις κοινωνίες και αυτό αναδεικνύεται διαχρονικά από πλήθος κοινωνικών μελετών. Τα συστήματα υγείας αποτελούν το βασικότερο μεμονωμένο προσδιοριστικό παράγοντα της κατάστασης της υγείας ενός πληθυσμού και ταυτόχρονα άμεσα και έμμεσα αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες οικονομικής ανάπτυξης. Στο πλαίσιο αυτό, η αποτελεσματικότητα, η ποιότητα, η αποδοτικότητα και η βιωσιμότητά τους απασχολεί όλα τα κράτη. Τα τελευταία χρόνια τα συστήματα υγείας στις αναπτυγμένες χώρες βιώνουν σημαντικές πιέσεις, απόρροια των δημογραφικών, τεχνολογικών, οικονομικών και κοινωνικών τάσεων. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η γήρανση του πληθυσμού αυξάνει τόσο τον αριθμό των ηλικιωμένων όσο και τις παθήσεις που ταυτόχρονα αυτοί πάσχουν. Η τεχνολογία πλέον κοστίζει περισσότερο, καλύπτει νέες παθήσεις και αυξάνει το προσδόκιμο ζωής, πιέζοντας τη ζήτηση και τις δαπάνες περαιτέρω. Οι κοινωνίες απαιτούν ευκολότερη πρόσβαση, καλύτερες υπηρεσίες και ταυτόχρονα διάγουν ανθυγιεινά πρότυπα ζωής. Τέλος, υπάρχει σπατάλη και αναποτελεσματικότητα στα συστήματα υγείας εξαιτίας της πολυπλοκότητας και της φύσεώς τους. Στα άνω θα πρέπει να προστεθεί η οικονομική κρίση και οι συνεπακόλουθες παρεμβάσεις που δημιουργεί.

Για να αντέξουν τα συστήματα υγείας σε αυτές τις τάσεις, τα τελευταία χρόνια έχουν υλοποιηθεί σημαντικές τομές στην οργάνωσή τους. Καταρχήν έχει δοθεί έμφαση στο ρόλο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και στη λειτουργική διασύνδεσή τους με το δευτεροβάθμιο σύστημα, ώστε συνδυαστικά να προσφέρουν ολοκληρωμένη, συνεχή, συντονισμένη και τεκμηριωμένη φροντίδα για τις παθήσεις των ασθενών και όχι απλά μεμονωμένες ανεξάρτητες ιατρικές πράξεις και υπηρεσίες. Τα σύγχρονα συστήματα είναι οργανωμένα με επίκεντρο και γύρω από τον ασθενή. Τα άνω προϋποθέτουν καλά πληροφοριακά συστήματα που εμπεριέχουν το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς και τα οποία παράγουν στοιχεία και δείκτες χρήσης, κόστους, ποιότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, που δημοσιεύονται. Η αποζημίωση γίνεται με βάση τα αποτελέσματα και την ποιότητα της φροντίδας και υπάρχει αξιολόγηση και μέτρηση σε όλα τα επίπεδα. Τα άνω περιγράφονται κάτω από τον τίτλο «Φροντίδα Υγείας βασισμένη στην αξία».

Πριν την οικονομική κρίση, η Ελλάδα διέθετε ένα σύστημα υγείας μη αποδοτικό και σπάταλο, με έντονα φαινόμενα προκλητής ζήτησης, κατακερματισμένο, μη ορθολογικά οργανωμένο, κακοδιοικούμενο, με παντελή ανυπαρξία μηχανισμών αξιολόγησης, άνισο στην πρόσβαση, με υψηλή επιβάρυνση των ασθενών και έλλειψη μηχανισμών προστασίας των αδυνάμων, με εκτεταμένα φαινόμενα παραοικονομία και διαφθοράς, με χαμηλή ικανοποίηση χρηστών, με ανύπαρκτη μηχανοργάνωση, με ελλειψείς υποδομές, με σοβαρές αδυναμίες στον προγραμματισμό και ανάπτυξη του προσωπικού κ.α. Τα τελευταία χρόνια υπό την διεθνή κηδεμονία και τις πιέσεις, μας ζητήθηκε να υλοποιήσουμε ένα τεράστιο μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα και να επιτύχουμε δύσκολους δημοσιοοικονομικούς στόχους. Σε οικονομικό επίπεδο υλοποιήθηκε μία τεράστια από-επένδυση από το δημόσιο σύστημα υγείας, σε περίοδο που αυξήθηκε η ζήτηση για τις υπηρεσίες του και ο πληθυσμός έπρεπε να αντιμετωπίσει τις οικονομικές και υγειονομικές συνέπειες της βαθιάς και παρατεταμένης ύφεσης.

Ταυτόχρονα πολλές μεταρρυθμίσεις έμειναν ημιτελείς, άλλες υλοποιήθηκαν αναποτελεσματικά και άλλες έμειναν στα χαρτιά, στο πλαίσιο της απροθυμίας μας να αξιολογήσουμε τα δεδομένα αντικειμενικά και με υπευθυνότητα και της ανικανότητάς μας στο να συμβάλουμε όλοι παραγωγικά στον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας, κάτι βεβαίως που παρατηρήθηκε ευρύτερα και όχι μόνο στον τομέα υγείας. Βασικές αδυναμίες και ατέλειες του συστήματος εξακολουθούν να κυριαρχούν και μάλλον οπισθοδρομούμε αντί να συγκλίνουμε με άλλα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών. Συνεπώς, οι προοπτικές δεν είναι ευοίωνες, εκτός και αν κατανοήσουμε το διακύβευμα και αναπτύξουμε ένα συγκροτημένο πλάνο, μία θεραπεία, που θα ανατάξει τον ασθενή από την εντατική.

ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΡΙΑ ΕΩΣ ΣΟΒΑΡΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΤΑΧΕΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΚΑΚΟΥΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ^{1,2}



Το ORENCIA®, σε συνδυασμό με μεθοτρεξάτη, ενδείκνυται για:

- τη θεραπεία της μέτριας έως σοβαρής ενεργού ρευματοειδούς αρθρίτιδας (ΡΑ) σε ενήλικες ασθενείς, που ανταποκρίθηκαν ανεπαρκώς σε προγενέστερη θεραπεία με ένα ή περισσότερα αντιρευματικά τροποποιητικά της νόσου φάρμακα (DMARDs), συμπεριλαμβανομένης της μεθοτρεξάτης (MTX) ή ενός άλφα αναστολέα του παράγοντα νέκρωσης όγκου (TNF).
- τη θεραπεία της νόσου που παρουσιάζει υψηλή ενεργότητα και είναι εξελισσόμενη σε ενήλικες ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα που δεν έχουν λάβει προηγουμένως μεθοτρεξάτη.³

Λεπτομερή πληροφοριακά στοιχεία για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμα στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων <http://www.ema.europa.eu>. Επίσης μπορείτε να συμβουλευτείτε την πλήρη Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος του «ORENCIA» που διατίθεται από τον Κάτοχο Άδειας Κυκλοφορίας.
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ, ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ & ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ:
 ORENCIA 250 mg κόπης για πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση: Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση από ιατρό με κατάλληλη ειδικότητα και εμπειρία.
 ORENCIA 125 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη σύριγγα: Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Η διάγνωση και / ή η έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και μπορεί να συνεχίζεται και εκτός νοσοκομείου υπό την παρακολούθηση ειδικού ιατρού. Φαρμακοθεραπευτική κατηγορία: εκλεκτικοί ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες, κωδικός ATC: L04AA24. Λιανική τιμή ORENCIA IV: 338,84€ // Λιανική τιμή ORENCIA SC: 943,43€

ΑΝΑΦΟΡΕΣ: 1. Schiff M et al. *Ann Rheum Dis* 2014; 73(1):86-94 2. Connolly S et al. *Ann Rheum Dis* 2014; 73 (2):395 3. Περιλήψη Χαρακτηριστικών του προϊόντος ORENCIA®. Διαθέσιμη στην ιστοσελίδα: <http://www.ema.europa.eu>. Τελευταία αναθεώρηση: Αύγουστος 2016

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



Bristol-Myers Squibb

Bristol-Myers Squibb A.E.,
 Αττική 49-53 & Προποντίδος 2,
 Τ.Κ. 152 35 Βριλήσσια, Αττική
 Τ.Θ. 63883 - Βριλήσσια, Τ.Κ. 152 03, Αττική
 Τηλ. 210 6074300 & 210 6074400
 Φαξ 210 6074333
 Αριθμός Γ.Ε.ΜΗ 7453601000

427GR16PR12459-01 Οκτ 2016

ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗΣ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑΣ ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ

Παρασκευή 9 Δεκεμβρίου 15:00 -17:00, Αίθουσα Σαντορίνη 6

Φωτογραφική έκθεση δράσεων, ανταλλαγή απόψεων και μελλοντικά σχέδια

Συντονισμός: Σταυρούλα Δικαίου / ΔΣ ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων



www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

ΔΡΑΣΕΙΣ & ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ 2014-2016

I. Ανοικτές εκδηλώσεις ενημέρωσης κοινού

- Μέγαρο Μουσικής Αθηνών τη Δευτέρα 12 Οκτωβρίου 2015 με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Αρθρίτιδας

Στην εκδήλωση υπήρχε έκθεση με περίπτερα σε φουαγιέ του Μεγάρου με θεματικά stands, videos του Εθνικού Συμβουλίου, των Ενώσεων Ασθενών και της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ. Στο κύριο μέρος της εκδήλωσης έγιναν παρουσιάσεις για τις ρευματικές παθήσεις από ρευματολόγους, καθηγητές και εκπροσώπους των ενώσεων ασθενών. Ακολούθησε καλλιτεχνική εκδήλωση με την Ε. Τσαλιγοπούλου. Την εκδήλωση παρακολούθησαν περίπου 450 άτομα.

- Εκδηλώσεις σε επαρχιακές πόλεις
 - Κομοτηνή, Ίδρυμα Παπανικολή στις 12 Οκτωβρίου 2014.
 - Μεσολόγγι, Τρικούπιο Πολιτιστικό Κέντρο στις 21 Δεκεμβρίου 2014.
 - Βέροια, Στέγη Γραμμάτων και Τεχνών στις 13 Μαΐου 2015.
 - Πύργος Ηλείας, Αίθουσα Εκδηλώσεων Περιφερειακής Ένωσης Δήμων Δυτικής Ελλάδας στις 6 Δεκεμβρίου 2015.
 - Λάρισα, Αμφιθέατρο Δημοτικής Πινακοθήκης στις 17 Απριλίου 2016.
 - Ερμούπολη Σύρου, Θέατρο Απόλλων στις 16 Οκτωβρίου 2016

Οι εκδηλώσεις διεξήχθησαν σε συνεργασία με συλλόγους ασθενών, υπήρχε ικανοποιητική προσέλευση κοινού ενώ οι παρουσιάσεις έγιναν από τοπικούς ρευματολόγους και ασθενείς. Συμμετείχαν εκπρόσωποι του ΔΣ της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ και των κατά τόπους Ιατρικών Συλλόγων και των Νοσοκομείων.



II. Εκδηλώσεις ενημέρωσης - ευαισθητοποίησης στην Πρωτοβάθμια

Φροντίδα Υγείας και σε Νοσοκομεία

- Κέντρα Υγείας
 - 1. ΚΥ Μαρκοπούλου Μεσόγεια Αττικής στις 25 Νοεμβρίου 2015
 - 2. ΚΥ Νεμέας Αρκαδίας στις 13 Απριλίου 2016

• Συνέδρια Γενικής Ιατρικής

1. 28ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής - Ελεγκεία, Ρόδος στις 5 Μαΐου 2016.
 2. 11ο Πολυθεματικό Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο της ΠΦΥ, Καλαμάτα στις 18 Ιουνίου 2016.
- Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα στις 11 Μαΐου 2016.
 - Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο (ΩΚΚ), Αθήνα στις 14 Οκτωβρίου 2016.

III. Εκδηλώσεις διαλόγου του Εθνικού Συμβουλίου για τη βελτιστοποίηση της αντιμετώπισης των ρευματικών παθήσεων

- Προκαταρκτικό forum για τη σύνταξη του Εθνικού Σχεδίου Δράσης στο Μουσείο της Ακρόπολης στις 28-5-2014 μεταξύ ρευματολόγων και ρευματοπαθών. Συμμετείχαν εκπρόσωποι των επιστημονικών ρευματολογικών εταιρειών χωρών του ευρωπαϊκού νότου (Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία), ο Αντιπρόεδρος της EULAR, Κύπριος ασθενής (Μ. Κουλούμας), Έλληνες πανεπιστημιακοί οικονομολόγοι της υγείας, η Γεν. Γραμματέας Δημόσιας Υγείας καθώς και δημοσιογράφοι.

- 1ο Forum των stakeholders στη συνεδριακή αίθουσα της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ στις 29 Νοεμβρίου 2015.

Στο 1ο Forum αναπτύχθηκε ο διάλογος μεταξύ των ενδιαφερομένων μερών για την καταγραφή των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ρευματοπαθείς στην Ελλάδα και τον προγραμματισμό των δράσεων για την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου για τις Ρευματικές Παθήσεις. Διεξήχθησαν 3 στρογγυλά τραπέζια και 2 workshops ενώ συγκροτήθηκαν 7 μικτές υποεπιτροπές υλοποίησης των 7 αξόνων δράσης του Εθνικού

Σχεδίου. Τα πρακτικά του forum εκδόθηκαν σε supplement του περιοδικού MJR (online και έντυπα) τον Απρίλιο του 2016. Η έγκριση Εθνικού Σχεδίου Δράσης έγινε από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) στις 26-1-2016. Το Εθνικό Συμβούλιο επισκέφθηκε τους Υπουργούς Υγείας (Π. Κουρουμπλή τον Μάρτιο του 2015 και Α. Ξανθό τον Απρίλιο του 2016) ζητώντας επίσημη αναγνώριση, η οποία είναι ακόμα σε εκκρεμότητα.

- 2ο Forum των stakeholders στο Hilton, ως προσυεδριακή εκδήλωση του 25ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ρευματολογίας την Πέμπτη 8 Δεκεμβρίου 2016.

Το κεντρικό θέμα του 2ου Forum ήταν η αποτύπωση του «Υγειονομικού χάρτη των ρευματολογικών υπηρεσιών στην Ελλάδα» και οι προτάσεις βελτίωσής του. Δημιουργήθηκαν 5 παράλληλες μικτές ομάδες εργασίας, στις οποίες συζητήθηκαν η νοσοκομειακή κάλυψη, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η παιδορευματολογική φροντίδα, η κάλυψη των ευπαθών ομάδων και τα πρότυπα φροντίδας ασθενών, αντίστοιχα. Τα πρακτικά του 2ου Forum πρόκειται επίσης να εκδοθούν σε supplement του περιοδικού MJR και οι προτάσεις που διαμορφώθηκαν θα προωθηθούν στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας.

Στις εκδηλώσεις διαλόγου του Εθνικού Συμβουλίου (1ο και 2ο forum) συμμετείχαν ενεργά ρευματολόγοι, ιατροί άλλων ειδικοτήτων, μέλη των ενώσεων ασθενών από την Αθήνα και την επαρχία, πανεπιστημιακοί καθηγητές, εκπρόσωποι θεσμικών φορέων (ΕΟΦ, ΗΔΙΚΑ, ΚΕΠΑ, ΣΦΕΕ), άλλοι επαγγελματίες υγείας (ψυχοθεραπευτές, νοσηλεύτες, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί), εκπαιδευτικοί, εθελοντές Σαμαρείτες (ΕΕΣ) και δημοσιογράφοι. Ως παρατηρητές συμμετείχαν εκπρόσωποι φαρμακευτικών εταιρειών.

IV. Εκδηλώσεις εθελοντισμού για την προώθηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

- Συνεργασία με τους «Γιατρούς του Κόσμου» και στελέχωση με εθελοντές ρευματολόγους των «Ανοικτών Πολυιατρείων» σε Αθήνα, Πέραμα, Θεσσαλονίκη, Χανιά, Πάτρα, Καβάλα και Πειραιά για την κάλυψη των ανασφάλιστων, των μεταναστών και των προσφύγων.
- Συμμετοχή στο πρόγραμμα «Υγεία για όλους», το επιχειρησιακό πρόγραμμα δράσης για την προάσπιση της υγείας ευάλωτων κοινωνικών ομάδων που υποστηρίζεται από τα Υπουργεία Υγείας και Εργασίας, το ΚΕΣΥ, την Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών και Επιστημονικούς φορείς.

V. Έντυπο και εκδηλώσεις εντυποδιανομής

- Διαμορφώθηκε μαζί με τις ενώσεις ασθενών έντυπο ενημέρωσης-ευαισθητοποίησης για το ευρύ κοινό, καρτολίνα σχετική με τις ρευματικές παθήσεις. Το έντυπο μοιράστηκε με τη συνεργασία των συλλόγων και φαρμακευτικής εταιρείας σε δημόσιες και ιδιωτικές δομές υγείας, σε φαρμακεία και ιατρεία.

• Το έντυπο μαζί με άλλα υλικά μοιράστηκαν σε εκδηλώσεις δρόμου (street events με infokiosks) σε συνεργασία με συλλόγους ασθενών και με αφορμή Παγκόσμιες Ημέρες:

- στην Αθήνα, στην οδό Κοραή στις 26-9-2015.
- στη Θεσσαλονίκη, στο γυάλινο περίπτερο της Αριστοτέλους στις 27-9-2015.
- στο Αεροδρόμιο Ελ. Βενιζέλος (αίθουσα αφίξεων) στις 26 και 27-9-2015.
- στο εκπαιδευτικό χωριό MacArthurGlen στα Σπάτα στις 3-10-2015.
- στο Ν. Ηράκλειο στις 4-10-2015.
- στο Σύνταγμα στις 26-6-2016.



www.tosomasoumilaei.gr

VI. Ιστοσελίδα και social media ενημέρωσης κοινού

Διαμορφώθηκε και λειτουργεί ιστοσελίδα ενημέρωσης κοινού www.tosomasoumilaei.gr και αντίστοιχου facebook, το οποίο αποτελεί βήμα ενημέρωσης και διαλόγου ασθενών αλλά και του γενικού κοινού. Την ιστοσελίδα διαχειρίζεται μικτή επιτροπή από ρευματολόγους και ρευματοπαθείς και είναι ανοιχτό για συνεργασίες - συμμετοχή σε όλους είτε ως άτομα είτε ως φορείς.

Το [tosomasoumilaei](http://www.tosomasoumilaei.gr) προωθείται ως αναγνωρισμένο σήμα (brandname) της καμπάνιας γενικότερα.



VII. Παρεμβάσεις σε ραδιόφωνο, τηλεόραση, διαδίκτυο, εφημερίδες, δημοσιογράφους υγείας (media plan)

- Δημιουργήθηκαν τηλεοπτικά video, ραδιοφωνικά μηνύματα, εικαστικά banners για το διαδίκτυο και προβλήθηκαν κατά περιόδους είτε ως αμειβόμενη διαφήμιση είτε ως κοινωνικό μήνυμα (Οκτώβριος 2014, Οκτώβριος 2015, Μάιος και Ιούνιος 2016, Δεκέμβριος 2016).
- Συμμετείχαν σε εκπομπές υγείας που προβάλλονται στην επαρχία στελέχη της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ (Οκτώβριος και Νοέμβριος 2015, Δεκέμβριος 2016).
- Δημοσιεύθηκαν κείμενα ενημέρωσης για συγκεκριμένες νόσους από εκπρόσωπους της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ και καταχωρήθηκαν σε μεγάλες εφημερίδες με αφορμή τις Παγκόσμιες Ημέρες:
 - ΕΘΝΟΣ της ΚΥΡΙΑΚΗΣ στις 07-5-2016 για τον ΣΕΛ (Δ. Μπούμπας)
 - ΒΗΜΑ της ΚΥΡΙΑΚΗΣ στις 26-6-2016 για το Σκληρόδερμα (Π. Σφηκιάκης)
 - ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ της ΚΥΡΙΑΚΗΣ στις 9-10-2016 για τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (Δ. Βασιλόπουλος)
 - ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΩΝ ΣΥΝΤΑΚΤΩΝ του ΣΑΒΒΑΤΟΥ στις 15-10-2016 για την Οστεοπόρωση (Ε. Καταξάκη)
- Εκπαιδευτικό σεμινάριο εκπροσώπων τύπου στις 14-5-2016 στην Αθήνα (Ξενοδοχείο Divani Apollon). Συμμετείχαν οι περισσότεροι δημοσιογράφοι υγείας και έγιναν ενημερωτικές συνεδρίες για τα ρευματικά νοσήματα, τις πρωτοβουλίες της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ και το Εθνικό Σχέδιο Δράσης. Το Σεμινάριο διοργανώθηκε με τη συνεργασία και συμμετοχή εκπροσώπων των Ενώσεων και Σύλλογων Ρευματοπαθών. Τα θέματα του Σεμιναρίου είχαν μεγάλη προβολή τις επόμενες ημέρες στον έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο.
- Συνεντεύξεις τύπου:
 - Για την προσυνοδριακή εκδήλωση των Εαρινών Ημερών 2014 στο Μουσείο της Ακρόπολης (πρώτη παρουσίαση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης) στις 28-5-2014 στην Αθήνα (Αίγλη Ζαππείου).
 - Για την Παγκόσμια Ημέρα Αρθρίτιδας στις 7-10-2015 στην Αθήνα (Ξενοδοχείο Plaza)
 - Για το 25ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ρευματολογίας και το 2ο Forum στις 8-12-2016 (Ξενοδοχείο Hilton).
 - Συμμετοχή στη συνέντευξη τύπου που διοργάνωσε η ΕΛΕΑΝΑ για την Παγκόσμια Ημέρα Αρθρίτιδας στις 10-10-2015 στην Αθήνα (Αίγλη Ζαππείου)

VIII. Διαφήμιση στα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς

Δημιουργήθηκε εικαστικό με ασθενή και μηνύματα για την Παγκόσμια Ημέρα Αρθρίτιδας και την εκδήλωση στο Μέγαρο Μουσικής, το οποίο αναρτήθηκε επί 10ήμερο στην πλάτη λεωφορείων της Αθήνας τον Οκτώβριο του 2015.

IX. Συμμετοχή σε εκδηλώσεις που διοργάνωσαν οι Ενώσεις και Σύλλογοι Ασθενών

- Συμμετοχή σε εκδηλώσεις ενημέρωσης κοινού που διοργάνωσε το 2014 (8-11 Οκτωβρίου) στην Κρήτη ο «Σύλλογος Ρευματοπαθών Κρήτης» σε Άγιο Νικόλαο, Ρέθυμνο, Χανιά και Ηράκλειο.

- Συμμετοχή σε δράσεις της ΕΛΕΑΝΑ, όπως εκδηλώσεις κοινού σε Θεσσαλονίκη και Δράμα (15 και 17 Οκτωβρίου 2016), «Περπατώ για να πετώ» και «Περπάτημα ζωής και ελπίδας» στο Άλσος Γαλασίου (Σεπτέμβριος 2015) και Περιστερίου (Οκτώβριος 2016) αντίστοιχα.
- Ενίσχυση της δράσης της «τηλεφωνικής υπηρεσίας ψυχολογικής υποστήριξης ρευματοπαθών» που λειτουργεί στην ΕΛΕΑΝΑ (Ιανουάριο του 2015).



X. Εικαστική έκθεση

Στα πλαίσια του 25ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ρευματολογίας, διοργανώθηκε ειδικό περίπτερο της Πανελληνίας Ενημερωτικής Εκστρατείας έκθεσης πινάκων μοντέρνας ζωγραφικής με τίτλο: «body manipulation», 8-11 Δεκεμβρίου στον εκθεσιακό χώρο του συνεδρίου στο ξενοδοχείο Hilton.

XI. Προετοιμασία προγραμμάτων ΕΣΠΑ για στοχευμένες παρεμβάσεις

Ετοιμάστηκαν σε συνεργασία με γραφείο μελετών (Dextera) και κατατέθηκαν στο Υπουργείο Υγείας, δύο προγράμματα για χρηματοδότηση από το νέο ΕΣΠΑ. Αφορούν:

- Στοχευμένες παρεμβάσεις παροχής υπηρεσιών υγείας για την υποστήριξη ασθενών ευάλωτων κοινωνικών ομάδων με ρευματικές παθήσεις (ανασφάλιστοι, οικονομικά αδύναμοι, ΑΜΕΑ, κάτοικοι δυσπρόσιτων περιοχών). Το πρόγραμμα αναφέρεται σε πιλοτικό δίκτυο δράσεων στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδος.
- Ανάπτυξη συστήματος αναφοράς των ρευματικών παθήσεων ως μέτρο ελέγχου και διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας. Το πρόγραμμα αφορά κυρίως την ανάπτυξη Registries ασθενών και ασθενειών.

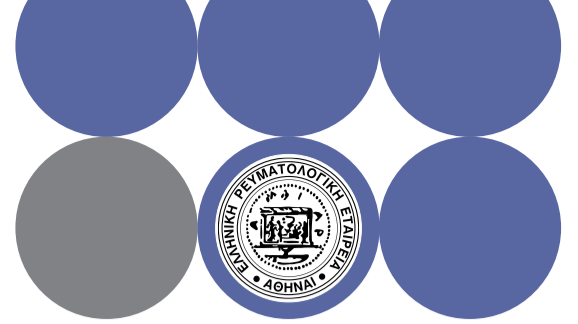
XII. Έρευνα αγοράς για την αναγνωρισιμότητα των ρευματικών παθήσεων και το ρόλο του Ρευματολόγου

Η έρευνα διεξήχθη με επιστημονικό τρόπο από έγκυρη εταιρεία δημοσκοπήσεων (GPO) με σκοπό την αποτύπωση της αναγνωρισιμότητας στο γενικό πληθυσμό. Περιέλαβε 2 κύματα τηλεφωνικής έρευνας (Σεπτέμβριος 2014 και Νοέμβριος 2015) καθώς και 1 κύμα ποιοτικής έρευνας επί διαγνωσμένων ρευματοπαθών (Νοέμβριος 2015).

Τα αποτελέσματα, τα οποία δείχνουν χαμηλή αναγνωρισιμότητα των ρευματικών παθήσεων και καθυστερημένη προσέλευση των ρευματοπαθών στο ρευματολόγο, είναι αναρτημένα στο site της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ και στο [tosomasoumilaei](http://www.tosomasoumilaei.gr).

Συντονισμός Εκστρατείας:

ΔΣ ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ: Σταυρούλα Δικαίου, Ευαγγελία Καταξάκη, Παναγιώτης Τρόντζας
Ανάδοχος (PCO Convin): Άλκης Ποθυράκης



www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016

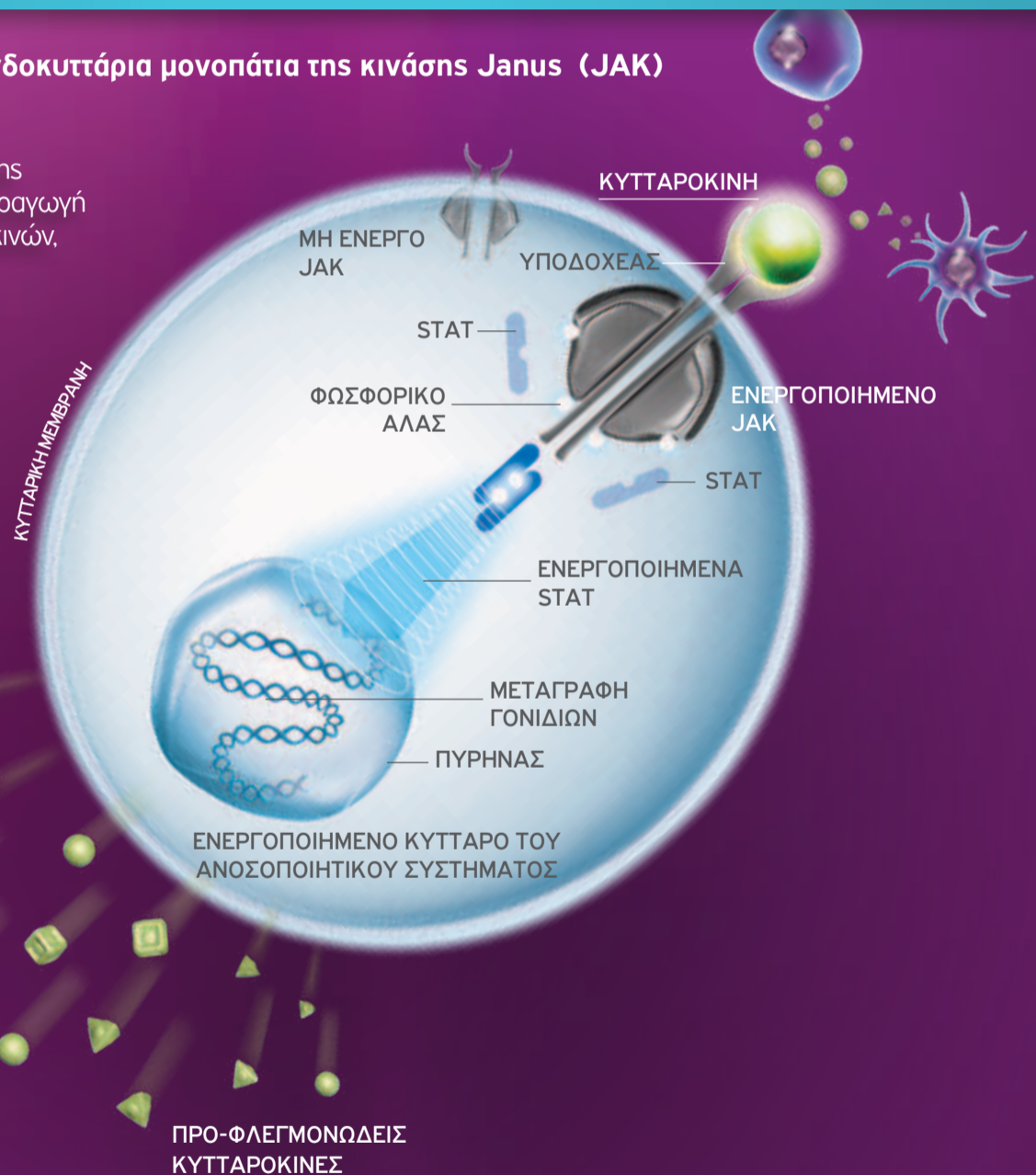
Υπάρχουν πολυάριθμα μονοπάτια που εμπλέκονται στη μεταγωγή σήματος μέσω των κυτταροκινών στη ρευματοειδή αρθρίτιδα¹



Ένας σημαντικός ενδοκυττάριος κόμβος είναι τα **μονοπάτια JAK**^{2,3}

Ενδοκυττάρια μονοπάτια της κινάσης Janus (JAK)

Η μεταγωγή σήματος μέσω της κινάσης JAK διεγείρει την παραγωγή προ-φλεγμονωδών κυτταροκινών, γεγονός το οποίο συμβάλλει στην επίμονη φλεγμονή και την καταστροφή των αρθρώσεων που παρατηρείται στη ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ).^{2,4}



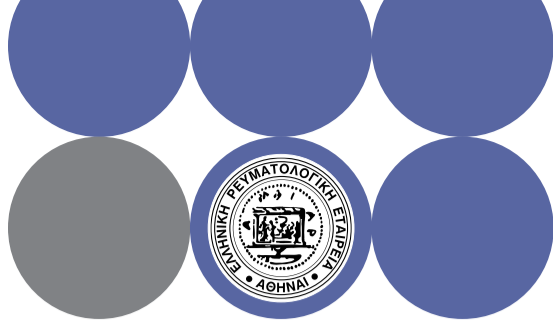
Παραπομπές: 1. Mavers M, Ruderman EM, Perlman H. Intracellular Signal Pathways: Potential for Therapies. *Curr Rheumatol Rep* 2009; 11(5): 378-385. 2. Ghoreschi K, Laurence A, O'Shea JJ. Janus kinases in immune cell signalling. *Immunol Rev* 2009; 228(1): 273-287. 3. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *New Engl J Med* 2011; 365(23): 2205-2219. 4. McInnes IB, Schett G. Cytokines in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Nat Rev Immunol* 2007; 7(6): 429-442.



PFIZER HELLAS A.E. Λεωφ. Μεσογείων 243, 154 51 Ν. Ψυχικό, Τηλ.: 210 6785800, www.pfizer.gr.
PFIZER HELLAS (CYPRUS BRANCH) Λεωφ. Διγενή Ακρίτα 57, 1070 Λευκωσία, Τηλ. Επιστημονικής Ενμέριωσης: 22817690.

PP-PFE-GRC-0049-NOV16
©Μάρτιος 2016 Pfizer Inc.

Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος



www.ere.gr

Τεύχος 12 / Δεκέμβριος 2016



ΜΕΤΑΣΥΝΕΔΡΙΑΚΑ

Γενική Συνέλευση και Εκλογές Ε.Ρ.Ε.-ΕΠ.Ε.Ρ.Ε.

Κυριακή 11 Δεκεμβρίου στην Αίθουσα Τερψιχόρη Α

Ελαφρύ γεύμα κατά την έναρξη στην Αίθουσα Τερψιχόρη Β



Οι υποψήφιοι για το ΔΣ:

Αντιπρόεδρος: 1. Βασιλόπουλος Δημήτριος
2. Σταυρόπουλος Ευθύμιος

Γενικός Γραμματέας: Καταξάκη Ευαγγελία

Ταμίας: Δικαίου Σταυρούλα

Ειδικός Γραμματέας: Νίκας Σπύρος

Σύμβουλος: Τρόντζας Παναγιώτης

Οι υποψήφιοι για Εξελεγκτική Επιτροπή:

- Καρανικόλας Γεώργιος
- Κασίμος Δημήτριος
- Λαγουδάκης Αριστείδης
- Χατζηπουλούδης Βασίλειος

Οι υποψήφιοι για το Προεδρείο της Επιτροπής Επαγγελματικών Υποθέσεων:

- Καρόκης Δημήτριος
- Κασιφής Γκίκας
- Σφυρόερα Αικατερίνη
- Φραγκάκης Νικόλαος

Οι υποψήφιοι για το Προεδρείο της Επιτροπής Βορείου Ελλάδος:

- Ζησόπουλος Δημήτριος
- Ντάλη Στυλιανή
- Παπαγόρας Χαράλαμπος

