ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ

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

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ με τη:

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

12η ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

Αγγειίτιδες

Ξεχωριστή ενότητα με παρουσίαση πρωτότυπων ερευνητικών εργασιών

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ
Crowne Plaza
Αθήνα

25-26
Σεπτεμβρίου
2026

Θα χορηγηθούν 13.5 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD)

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

© 2026 E.T.S. EVENTS & TRAVEL SOLUTIONS

Χαιρετισμός

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Με χαρά σας καλωσορίζουμε στην 12η Διημερίδα για τις ***«Αγγειίτιδες»,*** που συνδιοργανώνεται για άλλη μια χρονιά από τη **Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας της Β' Παθολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ (Γ.Ν.Α. «*Ιπποκράτειο*»),** σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Μελέτης, Έρευνας και Εκπαίδευσης Νοσημάτων Αγγείων, Καρδιάς, Εγκεφάλου και Νεφρών (Ι.Ν.Α.Κ.Ε.Ν) την **Παρασκευή 25** και το **Σάββατο 26 Σεπτεμβρίου 2026,** στην Αθήνα (**Ξενοδοχείο Crowne Plaza**).

Όπως κάθε χρονιά έτσι και φέτος, έχουν προγραμματιστεί Στρογγυλά Τραπέζια για τις νεότερες εξελίξεις στις ANCA-αγγειίτιδες (GPA, MPA, EGPA) και τις αγγειίτιδες μεγάλων αγγείων (γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα, αρτηρίτιδα Takayasu), για σύγχρονα διλήμματα που αφορούν την διάγνωση και θεραπεία των αγγειιτίδων, καθώς και μια ειδική Συνεδρία για τις τελευταίες διεθνείς συστάσεις και οδηγίες για την διάγνωση και αντιμετώπιση των αγγειιτίδων, ενώ φέτος θα έχουμε και μια ειδική συνεδρία που επικεντρώνεται στην ρευματική πολυμυαλγία, μια πάθηση που πλέον εντάσσεται στο φάσμα των αγγειιτίδων μεγάλων αγγείων.

Θα υπάρχουν επίσης ειδικές συνεδρίες με την παρουσίαση πρωτότυπων Ελληνικών ερευνητικών εργασιών, την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας της τελευταίας χρονιάς, καθώς και την παρουσίαση-συζήτηση διδακτικών περιπτώσεων ασθενών από διαφορετικά κέντρα, από όλη την χώρα, με θέμα τις αγγειίτιδες.

Επιπλέον, φέτος θα έχουμε την χαρά να έχουμε μαζί μας τον **κ. Σταύρο Χρυσίδη** από την Δανία, έναν ειδικό στην απεικόνιση των αγγείων σε ασθενείς με αγγειίτιδες μεγάλων αγγείων και ρευματική πολυμυαλγία που θα δώσει την τελευτήρια ομιλία με θέμα: ***«Vasculitis Ultrasound Made Practical: How to Diagnose, Learn and Implement».***

Οι συνεχόμενες εξελίξεις στο πεδίο των αγγειιτίδων και την τελευταία χρονιά αναδεικνύουν την ανάγκη συνεχούς εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με το αντικείμενο των αγγειιτίδων. Η παρουσία και φέτος ενός εκλεκτού επιτελείου Προεδρείων και Ομιλητών με εμπειρία και ενασχόληση στο αντικείμενο αυτό, εγγυάται την επιτυχία της εκδήλωσης και την εκπλήρωση των εκπαιδευτικών στόχων που έχουν τεθεί.

Σας περιμένουμε λοιπόν όλες και όλους σας να συμμετάσχετε ενεργά και να συμβάλλετε έτσι στην επιτυχία μιας ακόμη Διημερίδας για τις Αγγειίτιδες.

Με εκτίμηση,

Δημήτριος Βασιλόπουλος
Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής
Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας

Επιτροπές

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δ. Βασιλόπουλος

ΜΕΛΗ

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

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Π. Βούλγαρη
Α. Γεωργούντζος
Π. Γιάννου
Α. Γουλές
Δ. Δαούσης
Θ. Δημητρούλας
Γ. Καλλιόλιας
Γ. Κατσίκας
Π. Κατσιμπρή
Χ. Κουτσιανάς
Σ. Λιονάκη
Σ. Μαρινάκη
Κ. Μαυραγάνη
Α. Μπανός
Γ. Μπερτσιάς
Κ. Μποκή
Δ. Μπούμπας
Χ. Παπαγόρας
Ε. Παπαχρήστου
Π. Σταμάτης
Α. Στρατηγός
Π. Π. Σφηκάκης
Χ. Τσαλαπάκη
Α. Φανουριάκης
Α. Χαλκιά

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2026

14:00 - 14:30 ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ - ΕΓΓΡΑΦΕΣ

14:30 - 17:30 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΒΗΜΑ - ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ: ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ
Προεδρείο: Γ. Καλλιόλιας, Κ. Μαυραγάνη

14:30 - 16:30 Παρουσιάσεις ερευνητικών εργασιών με αντικείμενο τις αγγειίτιδες

ΕΑ01 ΜΕΛΕΤΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΓΚΥΤΙΑΚΟΥ ΙΟΥ (RSV) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ/ΡΕΥΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΥΜΥΑΛΓΙΑ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ

Μαυρέα Ε., Κουτσιανάς Χ., Τσαλαπάκη Χ., Δημοπούλου Ν.Β., Νίτσα Μ., Βασιλόπουλος Δ.

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

ΕΑ02 ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ANCA ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ Ή ΝΟΣΟ ΑΝΤΙ-GBM.

Ζ. Κλεινάκη, Χ. Σκαλιώτη, Ι. Μπέλος, Ο. Παπαϊωάννου, Ε. Κάψια, Μ. Κορογιάννου, Χ. Μελεξοπούλου, Σ. Μαρινάκη

Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό».

ΕΑ03 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΓΛΥΚΟΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΥΜΥΑΛΓΙΑ ΚΑΙ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ: ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Τσαλαπάκη Χ., Κουτσιανάς Χ., Λαζαρίνη Α., Δημοπούλου Ν.Β., Νίτσα Μ., Μαυρέα Ε.., Βασιλόπουλος Δ.

Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

ΕΑ04 KIDNEY OUTCOMES WITH AVACOPAN IN SEVERE ANCA-ASSOCIATED VASCULITIS: MULTICENTER REAL-WORLD STUDY

Chalkia A[1], Politi A[1], Koutsianas C[2], Keskinis C[3], Stamellou E[4], Petrakis I[5], Kourtidou C[6], Androulaki M[7], Tsalapaki C[2], Pateinakis P[3], Gakiopoulou H[8], Liakopoulos V[6], Stylianou K[5], Ntounousi E[4], Vassilopoulos D[2*], Petras D[1*]

1. Nephrology Department, General Hospital of Athens, Greece
2. Clinical Immunology-Rheumatology Unit, 2nd Department of Medicine and Laboratory, National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine, General Hospital of Athens "Hippokration", Athens, Greece
3. Nephrology Department, Papageorgiou Hospital, Thessaloniki, Greece
4. Nephrology Department, University Hospital of Ioannina, Ioannina, Greece
5. Nephrology Department, University of Crete, Medical School, Heraklion University Hospital
6. 2nd Department of Nephrology AHEPA University Hospital Medical School Aristotle University of Thessaloniki
7. Nephrology Department, General Hospital of Ioannina G. Hatzikosta
8. 1st Department of Pathology, National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine, Athens, Greece

*: equal author contribution

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2026

ΕΑ05 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ANCA-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ

Κουτσιανάς Χ., **Καλύβα Β.**, Μαυρέα Ε., Δημοπούλου Ν.Β., Νίτσα Μ., Τσαλαπάκη Χ., Βασιλόπουλος Δ.

Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΕΑ06 IGG4 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΝΟΣΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕΙΡΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Λώλου Μ., Πράσινου Μ., Κοττάς Κ., Φαλτάκα Α., Παναγόπουλος Π., Κατσιφής Γκ.

Ρευματολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών ΝΝΑ

ΕΑ07 Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ IL-5/IL-5R ΚΑΙ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ (EGPA): ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΠΟ ΕΝΑ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Δημοπούλου Ν.Β., Κουτσιανάς Χ., Τσαλαπάκη Χ., Νίτσα Μ., Μαυρέα Ε., Βασιλόπουλος Δ.

Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

ΕΑ08 ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΜΗΤΡΩΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑΔΗ-ΒΕΗÇΕΤ (HELLENIC BEHÇET›S DISEASE REGISTRY - HeBDR)

Κούγκας Ν.[1], Δεληγεωργάκης Δ.[1], Κατσιγιάννη Ι.[1], **Φραγκούλης Γ.**[2], Σφηκάκης Π.Π.[2]

1.*Ρευματολογική Μονάδα, Δ΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη*
2. *Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα*

ΕΑ09 PRELIMINARY REAL-WORLD GREEK EXPERIENCE WITH UPADACITINIB IN GIANT CELL ARTERITIS.

Koutsianas C., **Nitsa M.** Dimopoulou N.V., Mavrea E., Tsalapaki C., Vassilopoulos D.

Clinical Immunology-Rheumatology Unit, 2nd Department of Medicine and Laboratory, National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine, General Hospital of Athens "Hippokration", Greece

16:30 - 16:50	Εφαρμογές της τεχνητής νοημοσύνης (AI) στη διάγνωση των αγγειιτίδων	**Α. Μπανός**
16:50 - 17:10	Νεότερα δεδομένα από -omics στην κατανόηση της παθογένειας των αγγειιτίδων	**Δ. Βαλάκος**
17:10 - 17:30	Ρόλος των NETs στις αγγειίτιδες: Τι νεότερο;	**Π. Γαραντζιώτης**
17:30 - 18:00	**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**	

18:00 - 19:30 ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΙΣ ANCA ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ - 1
Προεδρείο: Δ. Δαούσης, Σ. Λιονάκη

18:00 - 18:30	Καρδιαγγειακή προσβολή σε ασθενείς με ANCA-αγγειίτιδες	**Α. Λαζαρίνη**
18:30 - 19:00	Πρόγνωση και αντιμετώπιση ασθενών με διάμεση πνευμονοπάθεια και θετικά ANCA (ANCA-ILD) ή ANCA-αγγειίτιδα (AAV-ILD)	**Α. Χαλκιά**
19:00 - 19:30	Διαχείριση χορήγησης γλυκοκορτικοειδών σε ασθενείς με GPA/MPA	**Κ. Χαβάτζα**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2026

19:30 - 19:45 **ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ - ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**

19:45 - 20:45 **ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΟΣ ΟΜΙΛΙΑ**
Προεδρείο: Δ. Μπούμπας, Χ. Παπαγόρας

Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα: Νεότερα δεδομένα για μια «αρχαία» πάθηση — **Δ. Βασιλόπουλος**

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2026

09:00 - 10:00 **ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ (2025-26)**
Προεδρείο: Α. Γεωργούντζος, Ι. Πετράκης

09:00 - 09:30 Βασική έρευνα — **Μ. Νίτσα**

09:30 - 10:00 Κλινική έρευνα — **Ν.Β. Δημοπούλου, Ε. Σταθοπούλου**

10:00 - 11:00 **ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΚΕΙΜΕΝΑ ΟΜΟΦΩΝΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ**
Προεδρείο: Α. Στρατηγός, Π. Σφηκάκης

10:00 - 10:20 Κείμενο Ομοφωνίας: Διαγνωστική προσέγγιση ασθενών με αγγειίτιδα μικρών αγγείων και δερματική προσβολή (*EADV 2026*) — **Α. Λιάκου**

10:20 - 10:40 Επικαιροποιημένες οδηγίες για την αντιμετώπιση της IgA αγγειίτιδας (*KDIGO 2025*) — **Ε. Σταμέλλου**

10:40 - 11:00 Επικαιροποιημένες συστάσεις για την αντιμετώπιση του συνδρόμου Behcet (*EULAR 2025*) — **Ε. Μπόλλα**

11:00 - 11:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

11:30 - 13:00 **ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΙΣ ANCA ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ - 2**
Προεδρείο: Σ. Μαρινάκη, Ε. Παπαχρήστου

11:30 - 12:00 Πνευμονική αιμορραγία στις συστηματικές αγγειίτιδες: Διάγνωση και θεραπεία — **Β. Τζίλας**

12:00 - 12:30 Ο ρόλος της βιοψίας νεφρού στην πρόβλεψη της θεραπευτικής απόκρισης στις ANCA αγγειίτιδες — **Μ. Κωστοπούλου**

12:30 - 13:00 Τι νεότερο για τους αναστολείς της IL-5 στην θεραπεία της EGPA; — **Χ. Κουτσιανάς**

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2026

13:00 - 16:00 **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ**

Προεδρείο: Κ. Μποκή, Δ. Πετράς

Ε. Παπαδημητρίου - Χ. Αντωνιάδου
Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Ν. Φυτανίδης
Κλινική Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, ΠΑ.Γ.Ν.Η.

Θ. Πετρόπουλος - Μ. Πολύζου
Κλινική και Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Π. Καρανικόλα - Μ. Κωστοπούλου
Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»»

Α. Χιόνη - Σπ. Κατέχης
Δ΄ ΠΠΚ, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Π.Γ.Ν «Αττικόν»

Β. Πούλια - Γ. Φραγκούλης
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Μονάδα Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Γ. Καρδαρά - Ε. Κάψια
Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού Ε.Κ.Π.Α., Ιατρική Σχολή Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Ν.Β. Δημοπούλου - Χ. Τσαλαπάκη
Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας – Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Ο. Χαραλάμπους - Π. Κωνσταντοπούλου
Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Υ. Πανταζοπούλου - Π. Νικολόπουλος
Νεφρολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Β. Δημητριάδου - Θ. Δημητρούλας
Δ΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

Ι. Τρύφωνος - Α. Χαλκιά
Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

16:00 - 16:15 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

16:15 - 17:15 **ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ**

Προεδρείο: Π. Γιάννου, Α. Φανουριάκης

16:15 - 16:35 Χορήγηση ή όχι ώσεων μεθυλπρεδνιζολόνης σε ασθενείς με γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα; **Κ. Κλαυδιανού**

16:35 - 16:55 Είναι η ενεργός φλεγμονή αντένδειξη στην αγγειακή παρέμβαση ασθενών με αγγειίτιδες μεγάλων αγγείων; **Γ. Ευαγγελάτος**

16:55 - 17:15 Είναι η κρυοσφαιριναιμική αγγειίτιδα μια «*Μονοκλωνική γαμμαπάθεια ρευματολογικής σημασίας*»; (Monoclonal Gammopathy of Rheumatologic Significance - MGRhS?) **Α. Γουλές**

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2026

17:15 - 18:45 **ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ**
Προεδρείο: Π. Βούλγαρη, Γ. Κατσίκας

17:15 - 17:35	Ενδοκρανιακή προσβολή σε αγγειίτιδες μεγάλων αγγείων	**Μ. Παλκοπούλου**
17:35 - 17:55	Εξέλιξη της οφθαλμικής απεικόνισης στην GCA. Νέες προοπτικές	**Δ. Λαδάς**
17:55 - 18:15	Ιατρεία ταχείας εξέτασης (fast track clinics) σε ασθενείς με πιθανή γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα: Ποιο το πραγματικό όφελος;	**Π. Σταμάτης**
18:15 - 18:45	Θεραπευτικές επιλογές σε ανθεκτική αρτηρίτιδα Takayasu	**Α. Καραμανάκος**

18:45 - 19:15 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

19:15 - 20:15 **ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΝΟΝΤΑΣ ΣΤΗΝ ΡΕΥΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΥΜΥΑΛΓΙΑ**
Προεδρείο: Π. Κατσιμπρή, Γ. Μπερτσιάς

19:15 - 19:35	Τι προσφέρει η σύγχρονη απεικόνιση στη διάγνωση και παρακολούθηση ασθενών με ρευματική πολυμυαλγία;	**Θ. Δημητρούλας**
19:35 - 19:55	Ο ρόλος των γλυκοκορτικοειδών στη θεραπεία της ρευματικής πολυμυαλγίας	**Α. Παναγιωτόπουλος**
19:55 - 20:15	Αναδυόμενες θεραπευτικές επιλογές στη ρευματική πολυμυαλγία	**Χ. Τσαλαπάκη**

20:15 - 20:45 **ΤΕΛΕΥΤΗΡΙΟΣ ΟΜΙΛΙΑ**
Προεδρείο: Δ. Βασιλόπουλος, Ι. Μπολέτης

Vasculitis Ultrasound Made Practical: How to Diagnose, Learn and Implement — **Σ. Χρυσίδης**

20:45 - 21:00 **ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑΣ**

Ομιλητές - Πρόεδροι

Αντωνιάδου Χριστίνα	Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας, Δ.Π.Θ., Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης
Βαλάκος Δημήτριος	Μετα-διδακτορικός Ερευνητής, Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών - Επιστημονικός Συνεργάτης, Ελληνικό Κέντρο Γονιδιωματικής, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών
Βασιλόπουλος Δημήτριος	Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής και Ομώνυμου Εργαστηρίου, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Βούλγαρη Παρασκευή	Καθηγήτρια Ρευματολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Διευθύντρια, Ρευματολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
Γαραντζιώτης Παναγιώτης	Ειδικευόμενος Ρευματολογίας, Department of Internal Medicine 3, Rheumatology and Immunology, Erlangen University, Germany
Γεωργούντζος Αθανάσιος	Ρευματολόγος, PhD, MPH, Διευθυντής Ρευματολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Γιάννου Παναγιώτα	Νεφρολόγος, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Γουλές Ανδρέας	Επίκουρος Καθηγητής Παθολογικής Φυσιολογίας, Ρευματολόγος, Κλινική και Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α.«Λαϊκό»
Δαούσης Δημήτριος	Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πρόεδρος Ελληνικής Ρευματολογικής Εταιρείας (ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ)
Δημητριάδου Βασιλική	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Δ΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
Δημητρούλας Θεόδωρος	Ρευματολόγος, Καθηγητής Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.
Δημοπούλου Νίκη - Βιολέτα	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Ευαγγελάτος Γεράσιμος	Ρευματολόγος, Διευθυντής, Ρευματολογικό Τμήμα, HOSPITALity General Clinic
Καλλιόλιας Γεώργιος	Καθηγητής, Ρευματολόγος, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.
Καλύβα Βασιλική	MD, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια, ΠΜΣ "Ρευματολογία και Μυοσκελετική Υγεία", Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.
Καραμανάκος Αναστάσιος	Ρευματολόγος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Καρανικόλα Παρασκευή	Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Καρδαρά Γαρυφαλλιά	Ειδικευόμενη, Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Κατέχης Σπυρίδων	Δ΄ ΠΠΚ, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Π.Γ.Ν «Αττικόν»
Κατσίκας Γεώργιος	Ρευματολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
Κατσιμπρή Πελαγία	Ρευματολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
Κάψια Ελένη	Επιμελήτρια Α', Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Κλαυδιανού Καλλιόπη	Επίκουρη Καθηγήτρια Ρευματολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών
Κλεινάκη Ζωή	Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Κουτσιανάς Χρήστος	Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Κωνσταντοπούλου Πηνελόπη	Ρευματολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Κωστοπούλου Μυρτώ	Νεφρολόγος, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Λαδάς Δημήτριος	Οφθαλμίατρος, MD, PhD, Ινστιτούτο Οφθαλμικής Φλεγμονής & Παθολογίας Οφθαλμού, Α' Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική, Τμήμα Οφθαλμικών Φλεγμονών, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Λαζαρίνη Αργυρώ	Ρευματολόγος, Επιμελήτρια Β› ΕΣΥ, Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπείο Βούλας, Αθήνα
Λιάκου Αικατερίνη	Επίκουρη Καθηγήτρια Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Α΄ Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική, Ν.Α.Δ.Ν «Ανδρέας Συγγρός»
Λιονάκη Σοφία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νεφρολογίας, Νεφρολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «Αττικόν»
Λώλου Μαρία	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Ρευματολογική Κλινική, ΝΝΑ
Μαρινάκη Σμαραγδή	Καθηγήτρια Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Διευθύντρια Κλινικής Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Μαυραγάνη Κλειώ	Ρευματολόγος, Καθηγήτρια Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.
Μαυρέα Ευγενία	Νοσηλεύτρια Κλινικών Ερευνών, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Μπανός Άγγελος	Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «Αττικόν»
Μπερτσιάς Γεώργιος	Καθηγητής Ρευματολογίας - Κλινικής Ανοσολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης και Πα.Γ.Ν.Η.
Μποκή Κυριακή	Ρευματολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης, «Metropolitan General»
Μπολέτης Ιωάννης	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.
Μπόλλα Ελεάνα	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, PhD, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Μπούμπας Δημήτριος	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «Αττικόν»
Νικολόπουλος Πέτρος	Νεφρολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «Αττικόν»
Νίτσα Μαρία	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας – Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Παλκοπούλου Μυρτώ	Νευρολόγος, Επιμελήτρια Β΄, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Παναγιωτόπουλος Αλέξανδρος	Ειδικευόμενος Ρευματολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Μονάδα Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Πανταζοπούλου Υβόννη	Νεφρολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «Αττικόν»
Παπαγόρας Χαράλαμπος	Αναπληρωτής Καθηγητής Ρευματολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Ιατρική Σχολή Δ.Π.Θ.
Παπαδημητρίου Ευάγγελος	Ειδικευόμενος Ρευματολογίας PhDc, Δ.Π.Θ., Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Παπαχρήστου Ευάγγελος	Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Πατρών, Διευθυντής, Νεφρολογικό και Μεταμοσχευτικό Κέντρο, Π.Γ.Ν. Πατρών «Παναγία η Βοήθεια»
Πετράκης Ιωάννης	Επίκουρος Καθηγητής Νεφρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Νεφρολογική Κλινική, Πα.Γ.Ν.Η.
Πετράς Δημήτριος	Νεφρολόγος, Διευθυντής, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Πετρόπουλος Θεόδωρος	Ειδικευόμενος Ρευματολογίας, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Πολύζου Μαρία	Επικουρική Επιμελήτρια Ρευματολογίας, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Πούλια Βασιλική	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Σταθοπούλου Ελπινίκη	Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Σταμάτης Παύλος	MD, MSc, PhD, Ειδικός Ρευματολόγος, Μεταδιδακτορικός Ερευνητής, Lund University, Sweden
Σταμέλλου Ελένη	MD, MSc, PhD, FERA, Επίκουρη Καθηγήτρια Νεφρολογίας, Ιατρικό Τμήμα, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Στρατηγός Αλέξανδρος	Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Καθηγητής Δερματολογίας Αφροδισιολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Διευθυντής, Α΄ Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική, Ν.Α.Δ.Ν «Ανδρέας Συγγρός»
Σφηκάκης Πέτρος	Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Μονάδα Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Τζίλας Βασίλειος	Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «Αττικόν» , Research Collaborator Pulmonary Medicine, Mayo Clinic, Rochester Minnesota, USA
Τρύφωνος Ισαβέλλα	Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Τσαλαπάκη Χριστίνα	Ρευματολόγος, Επιμελήτρια Α', Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Φανουριάκης Αντώνιος	Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Φραγκούλης Γεώργιος	Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Μονάδα Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Φυτανίδης Νικόλαος	Ειδικευόμενος Ρευματολογίας, Κλινική Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, ΠΑ.Γ.Ν.Η.
Χαβάτζα Κατερίνα	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «Αττικόν»
Χαλκιά Αγλαΐα	Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Β' Ε.Σ.Υ. Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Research Fellow in Vasculitis and Lupus Research Group, University of Cambridge, UK
Χαραλάμπους Ορέστης	Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Χιόνη Αναστασία	Δ΄ ΠΠΚ, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Π.Γ.Ν «Αττικόν»
Χρυσίδης Σταύρος	Associate Professor, Rheumatologist, MD, PhD, Department of Rheumatology, Vejle Hospital, Denmark

Γενικές Πληροφορίες

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

Σε συνεργασία με τη:
Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Ημερομηνία διεξαγωγής:
25-26 Σεπτεμβρίου 2026

Τόπος Διεξαγωγής:
Ξενοδοχείο Crowne Plaza
Μιχαλακοπούλου 50
Αθήνα 11528
Τηλ.: 210 7278 000
https://www.cpathens.com/

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

Οδηγίες παρακολούθησης με φυσική παρουσία:
Όσοι συμμετέχοντες επιθυμούν να έχουν φυσική παρουσία θα πρέπει να προσέλθουν στο χώρο διεξαγωγής για την εγγραφή τους ή να πραγματοποιήσουν την προεγγραφή τους ηλεκτρονικά μέσω της ιστοσελίδας www.events.gr.
Στους συμμετέχοντες θα σταλεί ηλεκτρονικό barcode που θα πρέπει να σαρώνουν κατά την είσοδό τους στην αίθουσα.

Οδηγίες διαδικτυακής παρακολούθησης:
Εάν είστε **νέος χρήστης** παρακαλούμε ακολουθήστε τη διαδικασία **δημιουργίας λογαριασμού** συμπληρώνοντας τα απαραίτητα πεδία στο **Livemed** (πατήστε στο πεδίο **Register / Εγγραφή**). Η δημιουργία λογαριασμού είναι δωρεάν και υποχρεωτική για την παρακολούθηση των ομιλιών. Εάν έχετε ήδη λογαριασμό στο Livemed χρησιμοποιήστε τους κωδικούς σας για να συνδεθείτε, επιλέξτε από το μενού την κατηγορία Live, το συνέδριο που θέλετε να παρακολουθήσετε και στη συνέχεια το εικονίδιο **Go Live** ή **Go Virtual**.

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

Εάν σας ενδιαφέρει να παραλάβετε πιστοποιητικό παρακολούθησης, θα πρέπει να πραγματοποιήσετε συμπληρωματικά την εγγραφή σας στο Συνέδριο μέσω της Εικονικής Γραμματείας, πατώντας το αντίστοιχο εικονίδιο **«Εγγραφή»**, ώστε να αρχίσει να καταγράφεται ο χρόνος παρακολούθησης.

Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης:
Σύμφωνα με τα κριτήρια της EACCME-UEMS θα χορηγηθούν 13,5 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD credits).

Παραλαβή πιστοποιητικού:
Βάσει της εγκυκλίου του ΕΟΦ, θα υπάρχει σύστημα καταμέτρησης του χρόνου παρακολούθησης. Το πιστοποιητικό παρακολούθησης θα είναι διαθέσιμο μετά το πέρας των εργασιών της Διημερίδας σε όσους σύνεδρους έχουν κάνει εγγραφή. Απαραίτητη προϋπόθεση για την παραλαβή του πιστοποιητικού παρακολούθησης είναι η συμπλήρωση τουλάχιστον του 60% των συνολικών ωρών του επιστημονικού προγράμματος και η ηλεκτρονική συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αξιολόγησης του Συνεδρίου.
Ο αριθμός Μορίων Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD), θα υπολογιστεί βάσει του χρόνου παρακολούθησης που θα καταγραφεί στην πλατφόρμα Livemed για όσους έχουν διαδικτυακή παρουσία και στο σύστημα καταμέτρησης στην είσοδο της αίθουσας για όσους έχουν φυσική παρουσία. Πιστοποιητικό δεν μπορεί να δοθεί για την on-demand παρακολούθηση.

Η εκδήλωση καλύπτεται φωτογραφικά, βιντεοσκοπείται και προβάλλεται σε ζωντανή μετάδοση.

Γραμματεία:

ets Events & Travel Solutions

Ελ. Βενιζέλου 154, 171 22 Ν. Σμύρνη, Τηλ.: 210 98 80 032
Website: www.events.gr • E-mail: ets@events.gr

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

Περιλήψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων

ΕΑ01

ΜΕΛΕΤΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΓΚΥΤΙΑΚΟΥ ΙΟΥ (RSV) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ/ΡΕΥΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΥΜΥΑΛΓΙΑ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ

Μαυρέα Ε., Κουτσιανάς Χ., Τσαλαπάκη Χ., Δημοπούλου Ν.Β., Νίτσα Μ., Βασιλόπουλος Δ.

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

Εισαγωγή: Ο Αναπνευστικός Συγκυτιακός Ιός (Respiratory Syncytial Virus, RSV) αποτελεί σημαντικό αίτιο λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος στους ενήλικες, με αυξημένο κίνδυνο σοβαρής νόσησης, νοσηλείας και θνητότητας σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και σε ασθενείς με υποκείμενα χρόνια νοσήματα. Παρά την διαθεσιμότητα και τη σύσταση των εμβολίων έναντι του RSV, τα δεδομένα σχετικά με την εμβολιαστική κάλυψη και τους παράγοντες που επηρεάζουν την αποδοχή ή μη του εμβολιασμού σε ασθενείς με αγγειίτιδες μεγάλων αγγείων και ρευματική πολυμυαλγία (LVV/PMR) είναι περιορισμένα.

Σκοπός: Να καταγραφεί η εμβολιαστική κάλυψη έναντι του RSV σε ασθενείς με αγγειίτιδες μεγάλων αγγείων/ρευματική πολυμυαλγία (LVV/PMR) και να συγκριθεί με την αντίστοιχη κάλυψη ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα (RA) και υγιών μαρτύρων (HC). Επιπλέον, στους ασθενείς με LVV/PMR διερευνήθηκαν παράγοντες που ενδέχεται να σχετίζονται με την εμβολιαστική συμπεριφορά και οι λόγοι μη εμβολιασμού.

Μέθοδος: Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν, με βάση τις συστάσεις του Ελληνικού Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών Ενηλίκων για τον εμβολιασμό έναντι του RSV, ασθενείς με LVV/PMR και RA ηλικίας ≥60 ετών και υγιείς μάρτυρες ηλικίας ≥75 ετών. Η εμβολιαστική κάλυψη έναντι του RSV και στις τρεις ομάδες καταγράφηκε μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας του Μητρώου Εμβολιαστικής Κάλυψης. Στους ασθενείς με LVV/PMR πραγματοποιήθηκε επιπλέον τηλεφωνικό ερωτηματολόγιο σχετικά με τον εμβολιασμό έναντι του RSV, την ενημέρωση και τη σύσταση για εμβολιασμό, τους λόγους μη πραγματοποίησής του καθώς επίσης, πραγματοποιήθηκε και καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών, του ιστορικού, των χαρακτηριστικών της υποκείμενης νόσου, των συννοσηροτήτων και της τρέχουσας φαρμακευτικής αγωγής.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 379 ασθενείς και μάρτυρες: 66 ασθενείς με LVV/PMR, 251 ασθενείς με RA και 62 υγιείς μάρτυρες. Συνολικά, η εμβολιαστική κάλυψη έναντι του RSV σε υποψηφίους ασθενείς και υγιείς μάρτυρες ήταν 16.4% (62/379). Η κάλυψη ήταν υψηλότερη σε ασθενείς με LVV/PMR (25.8%, 17/66) σε σύγκριση με τους ασθενείς με RA (15.1%, 38/251, p=0.066) και τους υγιείς μάρτυρες (11.3%, 7/62, p=0.043). Αντιθέτως δεν υπήρχε διαφορά στην εμβολιαστική κάλυψη μεταξύ ασθενών με PA και υγιών μαρτύρων (p=0.546). Σαράντα ασθενείς με LVV/PMR (61%), απάντησαν στο τηλεφωνικό ερωτηματολόγιο (LVV:70%, PMR: 30%, 57% γυναίκες, μέση ηλικία 72.6 έτη). Κατά την καταγραφή, 29 ασθενείς (72.5%) ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, εκ των οποίων το 48% γλυκοκορτοκοειδή με μέση ημερήσια δόση μεθυλπρεδνιζολόνης 3.5 mg. Από τους ερωτηθέντες, 27 ασθενείς (67.5%), δεν γνώριζαν ότι υπάρχει εμβόλιο έναντι του RSV και η πλειοψηφία των μη εμβολιασμένων (86%) αναφέρει ότι αυτός ήταν και ο κύριος λόγος μη εμβολιασμού, ενώ εξίσου σημαντική ήταν και η απουσία σύστασης εμβολιασμού από τον θεράποντα ρευματολόγο (86%) ακολουθούμενες από την ανησυχία για πιθανά ανεπιθύμητα συμβάματα (34%), ανησυχία για πιθανή έξαρση νόσου (31%) και γενικότερες επιφυλάξεις αναφορικά με τους εμβολιασμούς (24%). Οι περισσότεροι ασθενείς (69%) θα ήταν πρόθυμοι να εμβολιαστούν μετά από σχετική σύσταση από το Ρευματολόγο τους. Από τους εμβολιασθέντες ασθενείς, το 64% δήλωσε ότι είχε λάβει σχετική σύσταση από το θεράποντα Ρευματολόγο τους, το 18% από Παθολόγο, ενώ ακολουθούσαν η σύσταση από φαρμακοποιό (9%) και η προσωπική επιλογή των ασθενών (9%). Κανείς από τους μη εμβολιασθέντες ασθενείς δεν είχε λάβει σύσταση εμβολιασμού από τον θεράποντα ρευματολόγο, ενώ το 96.5% ανέφερε ότι δεν είχε επαρκή ενημέρωση για τον εμβολιασμό.

Συμπεράσματα: Η εμβολιαστική κάλυψη έναντι του RSV ήταν χαμηλή και στις τρεις μελετώμενες

ομάδες ασθενών και υγιών μαρτύρων, αν και ήταν υψηλότερη σε ασθενείς με LVV/PMR συγκριτικά με τους ασθενείς με RA και τους υγιείς μάρτυρες. Σε ασθενείς με LVV/PMR, η περιορισμένη γνώση σχετικά με τη διαθεσιμότητα του εμβολίου και η απουσία σύστασης από τον θεράποντα ρευματολόγο ήταν οι συχνότεροι λόγοι μη εμβολιασμού. Τα προκαταρκτικά αυτά δεδομένα καταδεικνύουν την ανάγκη καλύτερης ενημέρωσης των ασθενών και της ενεργού σύστασης εμβολιασμού από τους θεράποντες ρευματολόγους.

EA02

ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ANCA ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ Ή ΝΟΣΟ ANTI-GBM.

Ζ. Κλεινάκη, Χ. Σκαλιώτη, Ι. Μπέλος, Ο. Παπαϊωάννου, Ε. Κάψια, Μ. Κορογιάννου, Χ. Μελεξοπούλου, Σ. Μαρινάκη

Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό».

Εισαγωγή: Η επιβίωση ασθενών και μοσχευμάτων σε ασθενείς με αγγειίτιδα σχετιζόμενη με ANCA (AAV) και νόσο anti-GBM δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της έκβασης της μεταμόσχευσης νεφρού σε λήπτες με ΧΝΝΤΣ λόγω AAV ή νόσου anti-GBM, σε σύγκριση με λήπτες με άλλα αίτια ΧΝΝΤΣ.

Μέθοδος: Στην ομάδα μελέτης εντάχθηκαν 50 λήπτες νεφρικού μοσχεύματος σε έδαφος AAV (n:36) ή/και νόσου anti-GBM (n:11/ n:3 overlap) που μεταμοσχεύτηκαν την περίοδο 1995–2024. Έγινε αντιστοίχιση με ομάδα ελέγχου (n:100) που περιελάμβανε λήπτες με άλλο πρωτοπαθές αίτιο ΧΝΝΤΣ. Μελετήθηκαν η επίπτωση καθυστερημένης λειτουργίας μοσχεύματος (DGF), οξείας απόρριψης (AR), υποτροπής αγγειίτιδας και η επιβίωση ασθενών και μοσχευμάτων.

Αποτελέσματα: Η ηλικία των ασθενών και η διάρκεια εξωνεφρικής κάθαρσης δεν διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων. Μεταμόσχευση από ζώντα δότη πραγματοποιήθηκε στο 58% και 57% των ασθενών, αντίστοιχα, ενώ μεγαλύτερο ποσοστό της ομάδας μελέτης έλαβε θεραπεία επαγωγής με αντιθυμοκυτταρική σφαιρίνη (20% έναντι 10%, p=0,041).

Η επίπτωση DGF και AR ήταν συγκρίσιμη. Στα πέντε έτη μετά την μεταμόσχευση δεν παρατηρήθηκε διαφορά στη νεφρική λειτουργία (eGFR: 59,5[46,2-76,2] vs 66,3[55,2-80,3]ml/min, p:0,273). Δεν καταγράφηκαν επεισόδια υποτροπής αγγειίτιδας.

Η 5ετής και 10ετής επιβίωση ασθενών στην ομάδα μελέτης ήταν 94,7% (95%CI: 87,7–100%) και 81,6% (95%CI:67,8–98,3%) αντίστοιχα, ενώ η αντίστοιχη επιβίωση μοσχευμάτων ήταν 94,2% (95%CI:86,7–100%) και 86,5% (95%CI:4,9–99,9%).

Η επιβίωση ασθενών και μοσχευμάτων ήταν σημαντικά χαμηλότερη στην ομάδα μελέτης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (p:0.0098 και p:0,00055 αντίστοιχα). Η διαφορά παρέμεινε σημαντική ανεξάρτητα του ανοσολογικού κινδύνου της μεταμόσχευσης, της θεραπείας επαγωγής και της ηλικίας του δότη.

Συμπεράσματα: Η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή για ασθενείς με AAV ή νόσο anti-GBM. Η επιβίωση ασθενών και μοσχευμάτων κρίνεται ικανοποιητική, αν και παραμένει χαμηλότερη σε σύγκριση με εκείνη του γενικού πληθυσμού των ληπτών νεφρικού μοσχεύματος.

ΕΑ03

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΓΛΥΚΟΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΥΜΥΑΛΓΙΑ ΚΑΙ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ: ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Τσαλαπάκη Χ., Κουτσιανάς Χ., Λαζαρίνη Α., Δημοπούλου Ν.Β., Νίτσα Μ., Μαυρέα Ε., Βασιλόπουλος Δ.

Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Η ρευματική πολυμυαλγία (PMR) και η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα (GCA) είναι στενά συνδεδεμένα φλεγμονώδη νοσήματα των ασθενών μεγάλης ηλικίας, τα οποία χαρακτηρίζονται από συχνές υποτροπές και δυσκολία στην διακοπή της θεραπείας με γλυκοκορτικοειδή (GCs). Ωστόσο, συγκριτικά δεδομένα πραγματικού κόσμου σχετικά με τα μακροπρόθεσμα ποσοστά υποτροπών και τη διάρκεια της θεραπείας με GCs παραμένουν περιορισμένα.

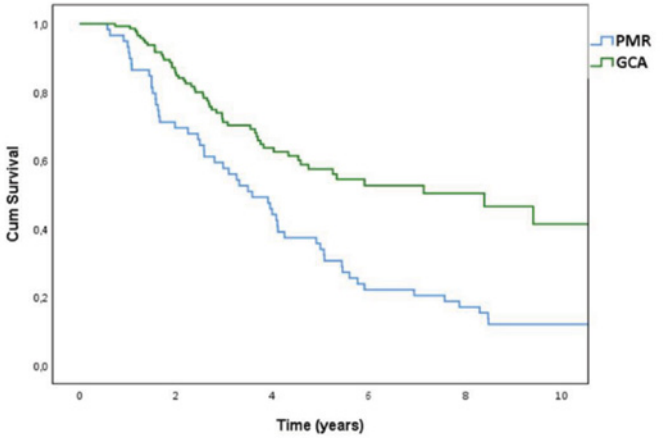
Σκοπός: Στόχος μας ήταν να συγκρίνουμε τα μακροπρόθεσμα ποσοστά υποτροπών και την παραμονή στην θεραπεία με GCs μεταξύ ασθενών με PMR και GCA.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη δύο κοορτών ασθενών με PMR και GCA, οι οποίοι παρακολουθούνταν σε τριτοβάθμιο κέντρο αναφοράς στην Ελλάδα. Κατά την έναρξη της παρακολούθησης, καταγράφηκαν δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένων της ηλικίας, του φύλου, του δείκτη μάζας σώματος (BMI), των δεικτών φλεγμονής και της αρχικής δόσης GCs. Κατά την παρακολούθηση καταγράφηκαν η σταδιακή μείωση και η οριστική διακοπή των GCs, οι υποτροπές της νόσου, καθώς και η χρήση μη βιολογικών και βιολογικών θεραπευτικών παραγόντων. Ως επιβίωση υπό θεραπεία με GCs ορίστηκε ο χρόνος από την έναρξη της θεραπείας έως την οριστική διακοπή των GCs και αναλύθηκε με τη μέθοδο Kaplan–Meier. Οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων αξιολογήθηκαν με τη δοκιμασία log-rank. Οι παράγοντες που σχετίζονταν με την υποτροπή της νόσου και την οριστική διακοπή των GCs διερευνήθηκαν με μονοπαραγοντικές και πολυπαραγοντικές στατιστικές αναλύσεις.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 94 ασθενείς με PMR (64% γυναίκες, μέση ηλικία στη διάγνωση: 73 έτη, μέση CRP 26 mg/L και ΤΚΕ 65 mm/h) και 160 ασθενείς με GCA (64% γυναίκες, μέση ηλικία στη διάγνωση: 72 έτη , μέση CRP 66 mg/L και ΤΚΕ 97 mm/h). Η διάμεση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 36 μήνες για τους ασθενείς με PMR και 35 μήνες για τους ασθενείς με GCA. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν αρχικά από του στόματος GCs, με μέση ημερήσια δόση πρεδνιζολόνης 20.6 mg στην PMR και 40 mg στη GCA, αντίστοιχα. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, 18% των ασθενών με PMR και 16% των ασθενών με GCA έλαβαν επιπλέον μεθοτρεξάτη, ενώ βιολογικοί παράγοντες χρησιμοποιήθηκαν στο 4% και 13% αντίστοιχα. Οι υποτροπές ήταν συχνότερες στους ασθενείς με PMR σε σύγκριση με εκείνους με GCA (55% *vs.* 27%, $p<0.0001$). Στην κοορτή της PMR, ο υψηλότερος δείκτης μάζας σώματος (BMI) (HR 1.07, $p=0.008$) και η παρουσία περιφερικής αρθρίτιδας κατά τη διάγνωση συσχετίστηκαν σημαντικά με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής (HR 2.04, $p=0.01$) ενώ οι αντίστοιχοι παράγοντες σε ασθενείς με GCA ήταν η προσβολή μεγάλων αγγείων (OR 4.22, $p=0.03$), η εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων κατά την παρακολούθηση (OR 4.6, $p=0.04$) και η υψηλότερη αρχική δόση GCs (OR 1.04, $p=0.04$). Ο διάμεσος χρόνος παραμονής σε GCs ήταν μεγαλύτερος στους ασθενείς με GCA (n=148) σε σύγκριση με τους ασθενείς με PMR (n=94) (8.4 *vs.* 3.5 έτη, log-rank $p<0.001$, Εικόνα 1). Τα αντίστοιχα ποσοστά παραμονής υπό θεραπεία με GC ήταν 99% *vs.* 93% στο 1 έτος, 80% *vs.* 69% στα 2 έτη και 58% *vs.* 34% στα 5 έτη, αντίστοιχα. Κανένας από τους παράγοντες που αξιολογήθηκαν, είτε κατά την έναρξη είτε κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, δεν συσχετίστηκε με την οριστική διακοπή των GCs στις δύο κοορτές ασθενών.

Συμπεράσματα: Στην παρούσα συγκριτική ανάλυση κοορτών ασθενών, οι ασθενείς με PMR εμφάνισαν υψηλότερο ποσοστό υποτροπών και πρωιμότερης διακοπής των GCs σε σύγκριση με τους ασθενείς με GCA. Ωστόσο, περίπου το ένα τρίτο των ασθενών με PMR εξακολουθούσε να λαμβάνει GCs 4 έτη μετά την έναρξη της αγωγής. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν την ανάγκη για αποτελεσματικότερες και ασφαλέστερες θεραπείες εκτός των GCs όχι μόνο για τους ασθενείς

με GCA αλλά και για εκείνους με PMR.



N at risk												
	GCA	148	145	113	78	56	41	29	24	13	10	7
	PMR	94	70	44	33	23	22	16	12	11	10	7

Εικόνα 1. Καμπύλες Kaplan–Meier για την παραμονή στη θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή (GCs) σε ασθενείς με ρευματική πολυμυαλγία (PMR) και γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα (GCA)

Η ανάλυση δείχνει σημαντικά μεγαλύτερο διάμεσο χρόνο παραμονής στη θεραπεία με GCs για τους ασθενείς με GCA σε σύγκριση με αυτούς με PMR (8.4 vs. έναντι 3.5 έτη, log-rank p<0,001).

EA04

KIDNEY OUTCOMES WITH AVACOPAN IN SEVERE ANCA-ASSOCIATED VASCULITIS: MULTICENTER REAL-WORLD STUDY

Chalkia A[1], Politi A[1], Koutsianas C[2], Keskinis C[3], Stamellou E[4], Petrakis I[5], Kourtidou C[6], Androulaki M[7], Tsalapaki C[2], Pateinakis P[3], Gakiopoulou H[8], Liakopoulos V[6], Stylianou K[5], Ntounousi E[4], Vassilopoulos D[2*], Petras D[1*]

[1] Nephrology Department, General Hospital of Athens, Greece

[2] Clinical Immunology-Rheumatology Unit, 2nd Department of Medicine and Laboratory, National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine, General Hospital of Athens "Hippokration", Athens, Greece

[3] Nephrology Department, Papageorgiou Hospital, Thessaloniki, Greece

[4] Nephrology Department, University Hospital of Ioannina, Ioannina, Greece

[5] Nephrology Department, University of Crete, Medical School, Heraklion University Hospital

[6] 2nd Department of Nephrology AHEPA University Hospital Medical School Aristotle University of Thessaloniki

[7] Nephrology Department, General Hospital of Ioannina G. Hatzikosta

[8] 1st Department of Pathology, National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine, Athens, Greece

*: equal author contribution

Background: Real-world data regarding the role of avacopan in severe ANCA-associated Vasculitis (AAV)-associated kidney disease, especially according to histological class, are limited.

Methods: Retrospective multicenter study of patients with AAV-associated kidney involvement treated with avacopan for induction. Outcomes were assessed according to pretreatment Berden histological class.

Results: 49 patients with GPA or MPA and kidney involvement (kidney biopsy available in 42) were included; MPO-ANCA+: 71%, median baseline eGFR: 17 mL/min/1.73m², and 28% required hemodialysis at presentation. Patients received avacopan with RTX and/or CYC and rapidly tapered glucocorticoids (median time to discontinuation: 4 weeks [IQR 2–4]). Mean eGFR increased by 12 mL/min/1.73m² at 6 months and by 19.5 mL/min/1.73m² at 12 months, with improvement across all Berden classes. Among patients on hemodialysis, 43% achieved hemodialysis independence. Proteinuria decreased by 90% at 12 months, while hematuria persisted in 24% of patients. Remission rates were 81% at 6 months, with no relapses during follow-up. Serious adverse events were uncommon, with one permanent discontinuation. Nine patients (18%) continued avacopan beyond 12 months, maintaining remission and kidney improvement without new safety concerns.

Conclusions: In severe AAV-associated kidney disease, avacopan was associated with kidney function improvement across all Berden histological classes, high remission rates, and effective GC-sparing without significant side effects. These findings provide additional real-world evidence regarding kidney outcomes and safety.

ΕΑ05

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ANCA-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ

Κουτσιανάς Χ., **Καλύβα Β.**, Μαυρέα Ε., Δημοπούλου Ν.Β., Νίτσα Μ., Τσαλαπάκη Χ., Βασιλόπουλος Δ.

Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με ANCA-σχετιζόμενη αγγειίτιδα (AAV) διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο κακοήθειας, ο οποίος δυνητικά αποδίδεται στη χρόνια φλεγμονή, την ανοσοκατασταλτική αγωγή — ιδίως στην έκθεση σε κυκλοφωσφαμίδη— και σε κοινούς παράγοντες κινδύνου, όπως η μεγαλύτερη ηλικία και συννοσηρότητες. Τα σύγχρονα δεδομένα πραγματικής κλινικής πρακτικής σχετικά τις κακοήθειες σε ασθενείς με AAV παραμένουν περιορισμένα.

Σκοπός: Να περιγραφεί ο επιπολασμός, το φάσμα και η χρονική σχέση των κακοηθειών σε μία αναδρομική κοορτή ασθενών με AAV.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη ασθενών με AAV που παρακολουθούνται σε Ελληνικό κέντρο αναφοράς με καταγραφή όλων όσων είχαν ιστορικό ή νέα διάγνωση κακοήθειας. Συλλέχθηκαν δημογραφικά, κλινικά, ορολογικά και θεραπευτικά δεδομένα μέσω ενός προκαθορισμένου εντύπου καταγραφής. Οι κακοήθειες ταξινομήθηκαν ανά τύπο και χρονική σχέση με τη διάγνωση της AAV (προγενέστερη, ταυτόχρονη - εντός 6 μηνών ή μεταγενέστερη).

Αποτελέσματα: Από τους 79 ασθενείς με AAV (56% γυναίκες· μέση ηλικία κατά την διάγνωση: 61 έτη, μέση·διάρκεια νόσου: 6.4 έτη, MPA 48%, GPA 41%, EGPA 11%), το 41% είχε λάβει αγωγή με κυκλοφωσφαμίδη και το 85% με rituximab. Δεκατέσσερις ασθενείς (18%) διαγνώσθηκαν με κακοήθεια, που αφορούσε συχνότερα το ουροποιητικό σύστημα (5 ασθενείς, 36%, ουροδόχος κύστη, νεφροί, προστάτης), ακολουθούμενη από το γαστρεντερικό σύστημα/ήπαρ/χοληφόρα (2 ασθενείς), γυναικολογικό σύστημα (2 ασθενείς, 14%), πνεύμονες (2 ασθενείς, 14%), αιματολογικό σύστημα ((2 ασθενείς, 14%) και μαστούς (1 ασθενής, 7%). Η κακοήθεια προηγήθηκε της διάγνωσης AAV σε 7 ασθενείς (50%), ήταν ταυτόχρονη (εντός 6 μηνών) σε 2 ασθενείς (14%) ενώ ακολούθησε τη διάγνωση σε 5 ασθενείς (36%). Οι ασθενείς με κακοήθεια ήταν αριθμητικά μεγαλύτεροι σε ηλικία κατά την ένταξη στη μελέτη (73,9 vs. 65,8 ετών, p=0,08) από εκείνους που δεν ανέπτυξαν κακοήθεια. Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά ως προς το φύλο, τον υπότυπο ANCA αγγειίτιδας ή την

έκθεση σε κυκλοφωσφαμίδη (όλα p>0,05). Η έκβαση της κακοήθειας περιλάμβανε πλήρη ύφεση σε 6 ασθενείς (43%), σταθερή πορεία σε 2 (14%) και 3 θανάτους (ένας μόνον σχετιζόμενος με την κακοήθεια).

Συμπεράσματα: Σε αυτή την αναδρομική μελέτη κοορτής, περίπου ένας στους έξι ασθενείς με AAV εμφάνισε κακοήθεια. Η συχνότερη κακοήθεια που παρατηρήθηκε ήταν αυτή του ουροποιητικού ενώ στο 50% των περιπτώσεων η διάγνωση της κακοήθειας έγινε ταυτόχρονα ή μετά την διάγνωση της AAV, καταδεικνύοντας την ανάγκη αυξημένης εγρήγορσης και διενέργειας του απαραίτητου προληπτικού ελέγχου.

EA06

IGG4 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΝΟΣΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕΙΡΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Λώλου Μ., Πράσινου Μ., Κοττάς Κ., Φαλτάκα Α., Παναγόπουλος Π., Κατσιφής Γκ.

Ρευματολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών ΝΝΑ

Εισαγωγή: Η IgG4-σχετιζόμενη νόσος (IgG4-RD) είναι μια συστηματική ανοσοεπαγόμενη ινοφλεγμονώδης νόσος ικανή να προσβάλλει σχεδόν κάθε όργανο. Αναγνωρίζεται ολοένα συχνότερα η συνύπαρξή της με άλλα ρευματικά νοσήματα δημιουργώντας σημαντικές διαγνωστικές προκλήσεις.

Σκοπός της μελέτης: Παρουσίαση της εμπειρίας της κλινικής μας από σειρά ασθενών με IgG4-RD και ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τη συνύπαρξη της IgG4-RD με άλλα ρευματικά νοσήματα.

Μέθοδοι:Αναδρομική μελέτη σειράς ασθενών με διάγνωση IgG4-RD που παρακολουθήθηκαν στην κλινική μας κατά το διάστημα 2000-2026, βάσει των κριτηρίων ACR/EULAR 2019. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, προσβεβλημένα όργανα, επίπεδα IgG4 ορού, ιστολογικά ευρήματα, συνυπάρχοντα ρευματικά νοσήματα, θεραπεία και έκβαση. Παράλληλα διενεργήθηκε ανασκόπηση στο PubMed/MEDLINE για τη συνύπαρξη της νόσου με άλλα ρευματικά νοσήματα.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν **πέντε [5]** ασθενείς με IgG4-RD, εκ των οποίων ένας **[1]** παρουσίασε συνύπαρξη με Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η συνύπαρξη IgG4-RD με άλλα ρευματικά νοσήματα είναι μεν σπάνια αλλά όπως και η ίδια η IgG4-RD υποδιαγιγνώσκεται, με τη σχετική βιβλιογραφία να είναι περιορισμένη.

Συμπεράσματα: Η συνύπαρξη IgG4-RD με άλλα ρευματικά νοσήματα, αν και σπάνια, αναγνωρίζεται ολοένα συχνότερα και απαιτεί υψηλή κλινική υποψία. Η συστηματική καταγραφή τέτοιων περιστατικών συμβάλλει στη βελτίωση της διαγνωστικής προσέγγισης και θεραπευτικής διαχείρισης.

Ευχαριστίες

Οι συγγραφείς ευχαριστούν τη συνεργασία με το ‘Α Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής του ΕΚΠΑ και το Παθολογοανατομικό Τμήμα του ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» για τη συμβολή τους στη διάγνωση της νόσου.

ΕΑ07

Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ IL-5/IL-5R ΚΑΙ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ (EGPA): ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΠΟ ΕΝΑ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Δημοπούλου Β., Κουτσιανάς Χ., Τσαλαπάκη Χ., Νίτσα Μ., Μαυρέα Ε., Βασιλόπουλος Δ.

Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Οι θεραπείες στόχευσης της ιντερλευκίνης-5 ή του υποδοχέα της (IL-5/IL-5R) αποτελούν εγκεκριμένες θεραπευτικές επιλογές για την υποτροπιάζουσα ή ανθεκτική ηωσινοφιλική κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα (EGPA). Παρότι η κλινική αποτελεσματικότητα και η μείωση της έκθεσης στα γλυκοκορτικοειδή (GCs) έχουν τεκμηριωθεί, τα δεδομένα σχετικά με την εμφάνιση υποτροπών υπό αγωγή με αναστολείς της IL-5 στην καθημερινή κλινική πρακτική είναι περιορισμένα.

Σκοπός: Η μελέτη του αριθμού, του φαινοτύπου, καθώς και της διαχείρισής των υποτροπών σε ασθενείς με EGPA υπό αγωγή με αναστολείς της IL-5.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη ασθενών με κλινικά τεκμηριωμένη EGPA, που είχαν λάβει αγωγή με μεπολιζουμάμπη (MEPO) ή μπενραλιζουμάμπη (BENRA) σε Ελληνικό κέντρο αναφοράς. Για την ανάλυση, η παρακολούθηση των ασθενών άρχισε με την πρώτη δόση χορήγησης. Προσμετρήθηκαν μόνο τα διαστήματα ενεργού θεραπείας, έως την οριστική διακοπή της αγωγής, τον θάνατο ή την τελευταία διαθέσιμη επαφή. Ως επιβεβαιωμένη υποτροπή ορίστηκε νέα ή επιδεινούμενη εκδήλωση της EGPA που οδήγησε σε θεραπευτική κλιμάκωση ή νοσηλεία. Η συχνότητα υποτροπών και σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων εκφράστηκαν ανά 100 ασθενο-έτη. Στη διερευνητική ανάλυση του χρόνου έναρξης συμπεριλήφθηκαν μόνο ασθενείς χωρίς προηγούμενη έκθεση σε αναστολέα IL-5/IL-5R. Ως πολύ πρώιμη έναρξη ορίστηκε η πρώτη χορήγηση σε διάστημα <3 μηνών από τη διάγνωση και ως μη πρώιμη η χορήγηση σε διάστημα ≥3 μηνών. Ο χρόνος έως την πρώτη επιβεβαιωμένη υποτροπή εκτιμήθηκε με τη μέθοδο Kaplan–Meier και οι ομάδες συγκρίθηκαν με log-rank.

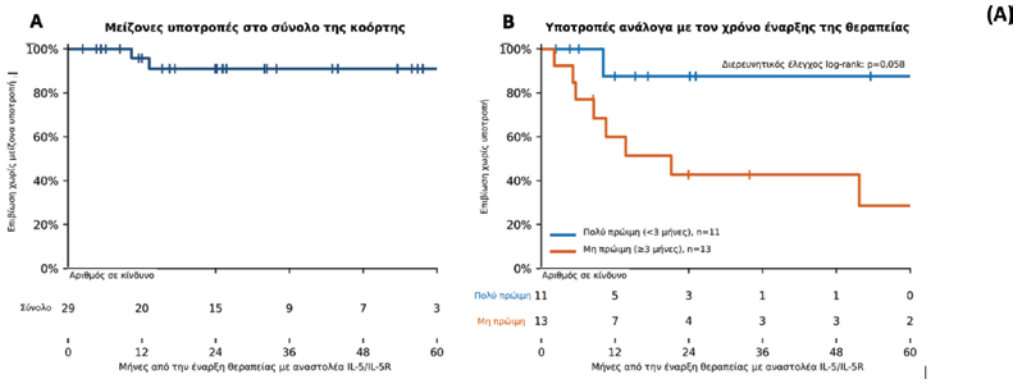
Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 29 ασθενείς με EGPA (μέση ηλικία κατά τη διάγνωση: 47.1 έτη, 83% γυναίκες,με διάμεση διάρκεια νόσου έως την έναρξη της θεραπείας αναφοράς τους 3,2 μήνες [IQR: 0,6–88,9]. Όλοι οι ασθενείς είχαν ιστορικό άσθματος (100%), 93% (27/29) χρόνια ρινοκολπίτιδα με ρινικούς πολύποδες ενώ 21% (6/29) ήταν MPO-ANCA+. Ο διάμεσος απόλυτος αριθμός ηωσινοφίλων κατά τη διάγνωση ή πριν από την έναρξη θεραπείας ήταν $2,53\times10^9$/L. Κατά την έναρξη της θεραπείας αναφοράς, η διάμεση ημερήσια δόση GCs (πρεδνιζολόνης) ήταν 10 mg; Από τους 29 ασθενείς, 20 (69%) έλαβαν MEPO και 9 (31%) BENRA; 24/29 ασθενείς ελάμβαναν για 1η φορά ενώ 5 είχαν λάβει προηγουμένως αγωγή με MEPO λόγω ανθεκτικού άσθματος. Η διάμεση διάρκεια παρακολούθησης θεραπεία ήταν 2.09 έτη (80.2 ασθενο-έτη). Στους 12 μήνες, 71% των ασθενών (17/24) εμφάνισαν κλινική ύφεση (BVAS=0), ενώ 54% (13/24) πληρούσαν τον αυστηρό ορισμό ύφεσης (BVAS=0 και ημερήσια δόση πρεδνιζολόνης ≤4 mg). Η διάμεση ημερήσια δόση πρεδνιζολόνης μειώθηκε από 15 mg/ημέρα κατά την έναρξη της θεραπείας σε 2.5 mg/ημέρα στους 12 μήνες ($p<0.001$) ενώ το 38% (9/24) των ασθενών κατάφερε να διακόψει πλήρως τα GCs. Κατά την παρακολούθηση, καταγράφηκαν 29 υποτροπές σε 12 ασθενείς (41%, 36.2/100 ασθενο-έτη), ενώ 9 ασθενείς (31%) εμφάνισαν ≥2 υποτροπές. Οι υποτροπές αφορούσαν συχνότερα το αναπνευστικό σύστημα. Συγκεκριμένα, επιδείνωση του άσθματος καταγράφηκε σε 13/29 υποτροπές (49%), και ρινοκολπική συμμετοχή σε 4/29 (14%) και ήταν στην πλειοψηφία τους ήπιες (μόνο 2/7% ήταν μείζονες). Επανέναρξη ή αύξηση της δόσης των GCs απαιτήθηκε σε 26 υποτροπές (90%), Έναρξη άλλης ανοσοτροποποιητικής αγωγής ή εντατικοποίηση δοσολογικού σχήματος βιολογικής θεραπείας καταγράφηκε σε 11/29 υποτροπές (38%), ενώ αλλαγή από MEPO σε BENRA πραγματοποιήθηκε σε 3 ασθενείς. Η συσχέτιση της εμφάνισης υποτροπών με τον χρόνο έναρξης της αντι-IL-5 αγωγής μελετήθηκε σε 24 ασθενείς που έλαβαν για 1η φορά αντι-IL-5 αγωγή (11 ασθενείς/46%: έναρξη < 3 μήνες από την διάγνωση, 13 ασθενείς/54%: έναρξη > 3 μήνες από την διάγνωση). Πρώτη επιβεβαιωμένη υποτροπή εμφάνισε 9% (1/11) των ασθενών της πολύ πρώιμης ομάδας έναντι 62% (8/13) της μη πρώιμης ομάδας. Η εκτιμώμενη επιβίωση

χωρίς υποτροπή στους 12 μήνες ήταν 87.5% και 59.8%, αντίστοιχα (exploratory log-rank, p=0,058). Καταγράφηκαν 6 σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα σε 5 ασθενείς (17%), που αντιστοιχούσαν σε 7.5 συμβάντα/100 ασθενο-έτη; 3 σοβαρές λοιμώξεις, 2 μείζονες υποτροπές και 1 άλλο μη σχετιζόμενο σοβαρό συμβάν. Οι 2 μείζονες υποτροπές προσμετρήθηκαν τόσο ως υποτροπές όσο και ως σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα, καθώς πληρούσαν και τους δύο ορισμούς. Όλα τα συμβάντα οδήγησαν σε νοσηλεία και είχαν πλήρη αποκατάσταση και κανένα δεν αποδόθηκε στο MEPO ή BENRA.

Συμπεράσματα: Στην παρούσα μελέτη καθημερινής κλινικής πρακτικής, η θεραπεία με αναστολείς IL-5/IL-5R συνοδεύθηκε από σημαντική αποτελεσματικότητα και συχνή διακοπή της θεραπείας με GCs. Υποτροπές εμφανίσθηκαν περίπου στο 40% των ασθενών αλλά ήταν στην συντριπτική τους πλειοψηφία ήπιες και αφορούσαν κυρίως το αναπνευστικό. Η πολύ πρώιμη έναρξη αντι-IL-5 αγωγής (<3 μήνες) συσχετίσθηκε με μικρότερη συχνότητα υποτροπών σε σύγκριση με την μεταγενέστερη έναρξη. Τα προκαταρκτικά αυτά ευρήματα επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της αντι-IL-5 αγωγής στην EGPA ενώ υποδεικνύουν μια πιθανή συσχέτιση της πολύ πρώιμης έναρξης αγωγής με μειωμένη συχνότητα εμφάνισης υποτροπών.

Ευχαριστίες - Χρηματοδότηση: Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε εν μέρει από τον Ειδικό Λογαριασμό Κονδυλίων Έρευνας (ΕΛΚΕ) του ΕΚΠΑ (#12085, #12086· Επιστημονικός Υπεύθυνος: Δ. Βασιλόπουλος) και την Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία και Επαγγελματική Ένωση Ρευματολόγων Ελλάδος (ΕΡΕ–ΕΠΕΡΕ).

Σχήμα 1. Επιβίωση χωρίς υποτροπή μετά την έναρξη θεραπείας IL-5/IL-5Ri σε ασθενείς με EGPA



(A) Καμπύλη Kaplan–Meier της επιβίωσης χωρίς μείζονα υποτροπή στη συνολική κοορτή.

(B) Επιβίωση χωρίς υποτροπή ανάλογα με τον χρόνο έναρξης της αντι-IL-5 αγωγής (< vs. > 3 μήνες από την διάγνωση) στους 24 ασθενείς χωρίς προηγούμενη έκθεση σε αναστολέα IL-5/IL-5R.

ΕΑ08

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΜΗΤΡΩΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑΔΗ-ΒΕΗÇET (HELLENIC BEHÇET›S DISEASE REGISTRY - HeBDR)

Κούγκας Ν.[1], Δεληγεωργάκης Δ.[1], Κατσιγιάννη Ι.[1], **Φραγκούλης Γ.**[2], Σφηκάκης Π.Π.[2]

[1] Ρευματολογική Μονάδα, Δ› Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

[2] Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα

Εισαγωγή: Η νόσος Αδαμαντιάδη-Behçet είναι σπάνια, χρόνια, υποτροπιάζουσα αγγειίτιδα μεταβλητού μεγέθους αγγείων, με ετερογενείς εκδηλώσεις και απρόβλεπτη πορεία. Παρά την ιστορική σύνδεση της νόσου με την Ελλάδα, τα εθνικά επιδημιολογικά και κλινικά δεδομένα παραμένουν περιορισμένα.

Σκοπός της μελέτης: Η δημιουργία του Πανελληνίου Μητρώου Καταγραφής Ασθενών με νόσο Αδαμαντιάδη-Behçet (HeBDR), για την αποτύπωση της φυσικής πορείας, των θεραπευτικών πρακτικών και των παραγόντων που επηρεάζουν την έκβαση στον ελληνικό πληθυσμό. **Μέθοδοι:** Πρόκειται για προοπτική, μη παρεμβατική, πολυκεντρική καταγραφή ενηλίκων που πληρούν τα κριτήρια ICBD και παρέχουν έγγραφη συγκατάθεση. Ρευματολογικά κέντρα και ιδιώτες ρευματολόγοι πανελλαδικά θα καταχωρούν σε ασφαλή ηλεκτρονικά δελτία δημογραφικά στοιχεία, ιστορικό νόσου, κλινικές εκδηλώσεις, συννοσηρότητες, θεραπείες, σοβαρές εκβάσεις και τον δείκτη BODI (Behçet›s Overall Damage Index). Η κύρια κοόρτη θα περιλαμβάνει όσους ενταχθούν στο εξάμηνο baseline και θα επανεκτιμηθούν στους 12±3 και 36±6 μήνες. Θα διενεργηθούν περιγραφικές και συγκριτικές αναλύσεις, πολυπαραγοντική παλινδρόμηση και αναλύσεις επιβίωσης. Η μελέτη προβλέπει ελέγχους ποιότητας, έγκριση από επιτροπές δεοντολογίας και συμμόρφωση με το GDPR.

Αποτελέσματα: Η εφαρμογή του πρωτοκόλλου αναμένεται να παράσχει την πρώτη συστηματική πανελλήνια αποτύπωση της νόσου, να αναδείξει πρότυπα κλινικής πορείας και θεραπευτικής ανταπόκρισης και να εντοπίσει προγνωστικούς παράγοντες σοβαρών εκβάσεων.

Συμπεράσματα: Το HeBDR μπορεί να καλύψει ένα σημαντικό εθνικό κενό δεδομένων, να ενισχύσει τη συνεργασία μεταξύ κέντρων και να υποστηρίξει εθνικές θεραπευτικές στρατηγικές, διεθνείς συνεργασίες και μελλοντικές ερευνητικές δημοσιεύσεις.

Ευχαριστίες: Η ανάπτυξη του HeBDR αποτελεί αντικείμενο αίτησης χρηματοδότησης προς την Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία και Επαγγελματική Ένωση Ρευματολόγων Ελλάδος (ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ).

ΕΑ09

PRELIMINARY REAL-WORLD GREEK EXPERIENCE WITH UPADACITINIB IN GIANT CELL ARTERITIS.

Koutsianas C., **Nitsa M.** Dimopoulou N.V., Mavrea E., Tsalapaki C., Vassilopoulos D.

Clinical Immunology-Rheumatology Unit, 2nd Department of Medicine and Laboratory, National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine, General Hospital of Athens "Hippokration", Greece

Introduction: Upadacitinib (UPA), a selective JAK-1 inhibitor, was recently approved in combination with glucocorticoids (GCs) for the treatment of giant cell arteritis (GCA). So far there are limited data regarding its efficacy and safety in real-world settings.

Methods: Real-world observational cohort study of consecutive patients with new-onset or relapsing GCA initiated on UPA at a single Greek tertiary referral center. Baseline demographics and disease characteristics, drug survival, relapses, and reasons for discontinuation were recorded.

Results: Eighteen patients with GCA were included (mean age: 71.3 years, 78% >65yo, 72% females, mean BMI 23.7 kg/m²). Two-thirds had new-onset (67%) and one-third (33%) relapsing GCA. The mean

time from diagnosis to UPA initiation was 2.01±1.24 months in newly-diagnosed versus 58.7±41.1 months in relapsing patients. Prior to UPA initiation, the mean prednisone dose was 30±10.3 mg/day, the mean ESR 101.4±23.5 mm/h, and the mean CRP 12.4±6.57 mg/dL. Cranial symptoms were present in 83% of patients, ischemic visual loss in 5%, and concomitant PMR in 11%; temporal artery biopsy was positive in 39% and imaging demonstrated large-vessel involvement in 44%. Four patients (22%) had prior tocilizumab exposure. The estimated drug survival was 89% at month 6 and 83% at month 12. No relapses occurred during the 125 patient-months of follow-up. Four treatment discontinuations were recorded: one in the context of elective discontinuation (patient on sustained remission at 14 months), two due to treatment emergent adverse events (one patient with oral and genital ulcers and one with herpes zoster reactivation, despite recent vaccination) and one due to a diagnosis of hematologic malignancy, approximately six months after GCA diagnosis.

Conclusions: In this real-world Greek patient cohort, patients initiated on UPA for GCA presented with substantial baseline inflammatory and cranial disease burden. Early drug survival was favorable and no relapses were observed during follow-up, without any outstanding safety issues. These early real-life findings support the use of UPA in routine GCA management.

12η ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ
ΜΕ ΘΕΜΑ:

Αγγειίτιδες

Ξεχωριστή ενότητα με παρουσίαση πρωτότυπων ερευνητικών εργασιών

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ
Crowne Plaza
Αθήνα

25-26
Σεπτεμβρίου
2026