

Οργάνωση:



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΗΠΑΤΟΣ
HELLENIC ASSOCIATION FOR THE STUDY OF LIVER

20^ο

Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο

29^η

Διημερίδα

«Στέφανος Χατζηγιάννης»

26-29

Μαΐου 2022

Ξενοδοχείο Makedonia Palace
Θεσσαλονίκη

Θα χορηγηθούν Μόρια Συνεχιζόμενης
Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD)

www.eemh2022.gr

Βιβλίο
περιλήψεων



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
Περίληψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων.....	3
Περίληψεις E-Posters	31
Ευρετήριο ονομάτων	72



Περιλήψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΕΑ1: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΗΛΑ ΤΑΞΗΣ Ι ΚΑΙ ΙΙ ΑΛΛΗΛΟΜΟΡΦΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΗΒV-ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ

Μυσερλή Ε.¹, Φυλάκτου Α.², Εξητάρη Μ.¹, Μπούκλα Α.², Μακροβασίλη Φ.², Σιδηρά Ε.², Αγοραστού Π.³, Γουλή Ι.³, Γκιούλα Γ.¹

1. Τμήμα Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα
2. Τμήμα Ανοσολογίας, Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιοσυσμβατότητας (ΕΠΚΙ), Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
3. Δ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η έκβαση της λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας Β (ΗΒV) ποικίλει σημαντικά ανάμεσα στην οξεία και αυτοπεριοριζόμενη νόσο, την ανάπτυξη χρόνιας ηπατίτιδας Β (CHB), την αιφνίδια κάθαρση του επιφανειακού αντιγόνου και την ανάπτυξη επιπλοκών όπως η κίρρωση του ήπατος (ΗΒV-KI) και ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος (ΗΚΚ-ΗΒV). Τα ΗΛΑ αντιγόνα και οι γονιδιακοί τους πολυμορφισμοί φαίνεται ότι αποτελούν βασικό γενετικό παράγοντα του ξενιστή που επηρεάζει την κλινική πορεία της λοίμωξης από οποιοδήποτε παθογόνο.

Σκοπός: Σκοπός μας ήταν να μελετηθεί η συσχέτιση των πολυμορφισμών των ΗΛΑ-γονιδίων με την κλινική πορεία της ΗΒV-λοίμωξης και την εμφάνιση επιπλοκών της σε άτομα στη Βόρεια Ελλάδα.

Μέθοδοι: Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 172 άτομα με ΗΒV μόλυνση (117 με αιφνίδια κάθαρση του ΗΒsAg και 55 ασθενείς με CHB εκ των οποίων 25 με επιπλοκές όπως ΗΒV-KI και ΗΒV-ΗΚΚ). Οι ΗΛΑ-A, Β, C, DRB1, DQA1, και DQB1 γονιδιακοί τόποι τυποποιήθηκαν με την μέθοδο της PCR-SSP. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα IBM-SPSS Statistics for Windows v.25. Οι συχνότητες των ΗΛΑ αντιγόνων συγκρίθηκαν με τις αντίστοιχες συχνότητες από την Τράπεζα Εθελοντών Δοτών Μυελού του ΕΠΚΙ (14506 δείγματα-ομάδα ελέγχου).

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, τα ποσοστά ανίχνευσης των αλληλομόρφων ΗΛΑ-A*01, B*40, Cw*08, DRB1*03 και DQB1*02 σε ασθενείς με CHB σε συσχέτιση με την αντίστοιχη συχνότητα εμφάνισης τους στην ομάδα ελέγχου έχουν ως εξής: 17.1% έναντι 9.7% $p=0.023$, 7.3% έναντι 3.3% $p=0.04$, 7.7% έναντι 2.2% $p=0.013$, 12.8% έναντι 5.8% $p=0.008$, και 23% έναντι 11.2% $p=0.010$ αντίστοιχα. Περαιτέρω συσχέτιση των αλληλομόρφων ΗΛΑ A*01, Cw *08 και DQA1*03 σε ασθενείς με ΗΒV-KI και ΗΒV-ΗΚΚ με τις αντίστοιχες συχνότητες στην ομάδα ελέγχου έδωσαν τα εξής: 20.6% έναντι 9.7% $p=0.031$, 9.1% έναντι 2.2% $p=0.017$, και 14.3 % έναντι 3.8 % $p=0.015$, αντίστοιχα. Το ΗΛΑ-DRB1*07 αλληλόμορφο συσχετίστηκε με ανθεκτικότητα στην κάθαρση του ΗΒsAg κατόπιν σύγκρισης της ομάδας των

ατόμων με CHB έναντι της ομάδας με αιφνίδια κάθαρση του ΗΒsAg (11.5% έναντι 5.1% $p=0.066$). Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έδειξε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη συχνότητα του ΗΛΑ-Cw*12 στους ασθενείς με CHB έναντι της ομάδας ελέγχου, ενδεικτική της πιθανής προστατευτικής του δράσης (7,7% έναντι 17,9% $p=0,039$). Επίσης, φάνηκε συσχέτιση των ΗΛΑ DRB1*01, DQB1*0302(DQB8), DQA*05 με την κάθαρση του ιού καθώς αυτά ανιχνεύτηκαν σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα στην ομάδα των ατόμων με κάθαρση του ΗΒsAg έναντι της ομάδας ελέγχου (10.8% έναντι 6.7% $p=0.032$, 10.1% έναντι 3.8% $p=0.011$, και 46% έναντι 35.1% $p=0.031$ αντίστοιχα), Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν ότι συγκεκριμένα ΗΛΑ-αλληλόμορφα επηρεάζουν είτε αρνητικά είτε θετικά την έκβαση της ΗΒV-λοίμωξης και τονίζουν την αναγκαιότητα της περαιτέρω διερεύνησής τους σε μεγαλύτερη ομάδα ασθενών για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων και την αξιολόγησή τους ως ικανούς βιοδείκτες για την παρακολούθηση της κλινικής πορείας της ηπατίτιδας Β.

ΕΑ2: ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Ε ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ

Κόνιας Δ.¹, Εμφιετζή Σ.², Κωνσταντινίδης Θ.³, Πανοπούλου Μ.³, Μμιδής Κ.⁴.

1. Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Δ.Π.Θ., Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης
2. Φοιτήτρια ΜΠΣ «Λοιμώδη Νοσήματα & Διεθνής Ιατρική»
3. Πανεπιστημιακό Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Δ.Π.Θ., Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης
4. Εργαστήριο Μελέτης Γαστρεντερικού Συστήματος και Ήπατος, Τμήμα Ιατρικής, Δ.Π.Θ., Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Η ηπατίτιδα Ε προκαλεί ως επί το πλείστον οξεία αυτοπεριοριζόμενη νόσο, η οποία μεταδίδεται μέσω της κοπρανοστοματικής οδού στις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ στις ανεπτυγμένες αποτελεί ζωνόνοο με κύριους τρόπους μετάδοσης την επαφή με οικόσπιτους χοίρους και αγριόχοιρους και την κατανάλωση ωμού ή ατελώς ψημένου χοιρινού κρέατος.

Σκοπός της μελέτης: Ο προσδιορισμός του επιπολασμού οροθετικότητας αντισωμάτων anti-HEV IgG σε ομάδες υψηλού κινδύνου σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό στην περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης.

Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 163(95 άντρες, 68 γυναίκες) ασθενείς του Ηπατολογικού Ιατρείου που είχαν άμεση ενασχόληση με εκτροφή και επεξεργασία χοιρινού κρέατος(εκτροφείς οικοσπιτων ζώων, επαγγελματίες

εκτροφείς, κυνηγοί, σφαγείς) και 96(63 άντρες, 27 γυναίκες) αιμοδοτές χωρίς ιστορικό ηπατίτιδας κατά το διάστημα Φεβρουαρίου- Δεκεμβρίου 2021. Για την διαλογή των ασθενών χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο καταγραφής δημογραφικών δεδομένων, ενώ η ανίχνευση των anti-HEV IgG αντισωμάτων πραγματοποιήθηκε με την δοκιμασία Wantai, σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή.

Αποτελέσματα: Θετικά anti-HEV IgG αντισώματα παρουσίασαν οι 20/163 ασθενείς(12.3%) υψηλού κινδύνου. Οι 6/20 ήταν κυνηγοί, 5/20 ανέφεραν κατανάλωση άγριου χοιρινού κρέατος συστηματικά, 8/10 κατείχε οικίστους χοίρους, ενώ μόνο 1/20 δεν είχε στενή επαφή με χοιρινό κρέας. Αντίστοιχα στους αιμοδοτές, θετικά αντισώματα παρουσίασαν οι 8/96(8.3%).

Συμπέρασμα: Στην περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης σημειώνεται αυξημένος επιπολασμός οροθετικότητας αντισωμάτων anti-HEV IgG στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου για έκθεση στον ιό της Ηπατίτιδας Ε σε σύγκριση με τον αιμοδοτικό πληθυσμό. Ο υψηλός επιπολασμός και στις δύο ομάδες πιθανόν να οφείλεται στην εκτεταμένη κτηνοτροφία και τις κυνηγητικές συνήθειες του πληθυσμού.

EA3: ΑΝΤΙΗΒC ΜΟΝΑΔΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΣΤΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Αναγνώστου Ο.*, Μίχα Κ., Τσιρογιάννη Ευ., Πετρουλάκη Ε., Καλύβα Κ., Δέσση Ι., Κολητσιδά Μ., Ανδρουλάκης Γ., Γαργουλάκη Μ., Καραγκούνης Β., Κασιλίη Α., Κόλλια Στ., Κότσαλης Αρ., Σταματόπουλος Κ., Σταυρίδου Β., Τάνης Χ., Τσεκούρα Π., Τοπαλίδου-Στεπίν Γ., Τσαντήλας Α., Χαλκιαδάκης Μ., Δρυμούση Α., Θεοχάρης Α.

Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)

Εισαγωγή: Ο πληθυσμός των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών (ΧΕΝ) αποτελεί πληθυσμό υψηλού κινδύνου για λοίμωξη από τους ιούς της ηπατίτιδας Β (HBV) και C (HCV). Η ανεύρεση του AntiHbC ως μοναδικής ένδειξης της λοίμωξης από τον HBV αποτελεί εύρημα του οποίου η βιολογική σημασία αποκτά ενδιαφέρον υπό το φως της πιθανότητας αναζωπύρωσης της HBV κατά τη διάρκεια ανοσοκατασταλτικών ή αντικών θεραπειών (πχ. DAAs). Σκοπός της εργασίας είναι να καταγραφεί η συχνότητα ανεύρεσης του antiHbC ως μοναδικού δείκτη HBV λοίμωξης στα εξαρτημένα άτομα που παρακολουθούν προγράμματα υποκατάστασης στην Ελλάδα και να αναζητηθούν πιθανές συσχετίσεις με άλλα χαρακτηριστικά των ασθενών.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζονται δεδομένα που συλλέχθηκαν τον Μάιο 2021 από τα Προγράμματα

Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ. Αναλύθηκαν τα στοιχεία μόνο των ατόμων με διαθέσιμα ορολογικά αποτελέσματα για HBsAg, AntiHBs, AntiHbC, AntiHCV και AntiHIV. Τα στοιχεία που παρουσιάζονται αφορούν σε 5.431 άτομα [85,7% άνδρες, μ.ο. ηλικίας 48,5±9,1 έτη, 14,3% γυναίκες 47,6±9,3 έτη, 71% βουπρενορφίνη και 29% μεθαδόνη, 67,9% AntiHCV(+) και 5,3% antiHIV(+)]. Το δείγμα αντιπροσωπεύει το 68,7% της ενεργού δύναμης των ΠΥ την περίοδο συλλογής των στοιχείων (Αθήνα: 81%, Θεσσαλονίκη: 71%, λοιπή Ελλάδα: 53%).

Αποτελέσματα: Θετικό Αυστραλιανό αντιγόνο (HBsAg) διαπιστώθηκε στο 2,8% του δείγματος ενώ 32,3% είχε ένδειξη φυσικής επαφής [antiHbC(+)/antiHBs(+)]. Στο 22,2% διαπιστώθηκε ιστορικό εμβολιασμού ενώ σημαντικό ποσοστό (44,8%) ήταν επίνωσο. Φυσική επαφή με τον HBV διαπιστώθηκε στο 41,4% των antiHCV(+) vs 13,1% των antiHCV(-) (p<0,0001) και στο 59,3% των HIV οροθετικών ατόμων vs 30,8% των οροαρνητικών (p<0,0001). AntiHbC(+) ως μοναδικός δείκτης φυσικής επαφής καταγράφηκε σε 608 άτομα (11,2% του συνόλου του δείγματος). Το χαμηλότερο ποσοστό καταγράφηκε στα antiHCV(-) άτομα [3,6% vs 14,8% των antiHCV(+) (p<0,0001)] και το υψηλότερο στα antiHIV(+) [25,2% vs 10,4% στα antiHIV(-), (p<0,0001)]. Ο αριθμός των ατόμων με AntiHbC(+) ως μοναδικό δείκτη αντιπροσωπεύει το 34,7% του συνόλου των ατόμων με ενδείξεις φυσικής επαφής και αρνητικό HBsAg. Η αναλογία αυτή αυξάνεται με την συνύπαρξη antiHCV(+) (35,8% vs 27,1%, p=0,01) και antiHIV(+), (42,4% vs 33,8%, p=0,024), ενώ χαμηλότερα ποσοστά καταγράφονται στα άτομα που προέρχονται από τη Θεσσαλονίκη, ακολουθεί η υπόλοιπη Ελλάδα με τα υψηλότερα ποσοστά να καταγράφονται στην Αθήνα (28,7%, 31,7% και 37,1% αντίστοιχα, p=0,01). Στην πολυπαράγοντική ανάλυση διαπιστώθηκε ότι ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για αυξημένη αναλογία AntiHbC(+) ως μοναδικό δείκτη στο σύνολο των ατόμων με φυσική επαφή ήταν η συνύπαρξη θετικού antiHCV(+) (OR 1,44, 95% CI:1,05-1,97, p=0,022) και η προέλευση των ατόμων από μονάδες της Αθήνας (OR 1,34, 95%CI: 1,08-1,65, p=0,008).

Συμπέρασμα: Σημαντικός αριθμός εξαρτημένων ατόμων που παρακολουθούν προγράμματα υποκατάστασης οπιοειδών στην Ελλάδα παρουσιάζουν το antiHbC ως μοναδικό θετικό HBV δείκτη και χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Η συνύπαρξη λοίμωξης από τον HCV αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα ανεύρεσης μοναδικού antiHbC. Με δεδομένη την πιθανότητα αναζωπύρωσης της ηπατίτιδας Β στη διάρκεια της θεραπείας της χρόνιας ηπατίτιδας C με DAAs συστήνεται πλήρης έλεγχος όλων των δεικτών για HBV πριν από την έναρξη και αυξημένη εγρήγορση στη διάρκεια της θεραπείας των εξαρτημένων ατόμων.



Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Ε Ι Σ Ε Λ Ε Υ Θ Ε Ρ Ω Ν Α Ν Α Κ Ο Ι Ν Ω Σ Ε Ω Ν

ΕΑ4: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Δ ΣΤΗΝ ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

Χριστοφορίδη Μ.¹, Εξηντάρη Μ.¹, Σινάκος Ε.², Γκιούλα Γ.¹

1. Β' Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρικό Τμήμα, Α.Π.Θ.
2. Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρικό Τμήμα, Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Ο ιός της ηπατίτιδας δ (HDV) είναι μία ενδημική νόσος σε παγκόσμιο επίπεδο, που σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας περίπου το 5% των φορέων του ιού της ηπατίτιδας Β (HBV) μολύνονται ταυτόχρονα από τον HDV. Πιο ειδικά, στην Ελλάδα το ποσοστό εμφάνισης του ιού έχει υπολογιστεί πως είναι 4,2%. Η παρουσία του HBV είναι αναγκαία για την επιβίωσή του και για αυτό οι τρόποι μετάδοσης των δυο ιών είναι παρόμοιοι, με τον κύριο να είναι η επαφή ατόμου με μολυσμένο αίμα ή προϊόντα αίματος.

Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι η επιδημιολογική μελέτη του ιού ηπατίτιδας δ (HDV) σε ασθενείς με χρόνια λοίμωξη από τον ιό ηπατίτιδας Β (HBV) κατά το χρονικό έτος 2018 στη Βόρεια Ελλάδα.

Μέθοδοι: Τα δείγματα της μελέτης ήταν οροί αίματος ασθενών με παρουσία του αυστραλιανού αντιγόνου του ιού της ηπατίτιδας Β στα οποία έγινε μοριακή ανίχνευση του HBV στη συνέχεια, από το Ηπατολογικό εργαστήριο της Β' Παθολογικής κλινικής του Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ». Συνολικά μελετήθηκαν 639 δείγματα, που ανήκαν σε ασθενείς ηλικίας 10 έως 87 ετών (ΜΔ:59) (59,5% Μ / 40,5% F). Σε αυτά πραγματοποιήθηκε δοκιμασία ELISA έναντι του αντιγόνου δ του ιού με σκοπό την ανίχνευση αντισωμάτων έναντι αυτού στο Μικροβιολογικό εργαστήριο Ιατρικής Α.Π.Θ. Σε 319 ασθενείς συλλέχθηκαν κλινικά στοιχεία, όπου σύμφωνα με την power analysis που πραγματοποιήθηκε είναι ικανό να δώσει ένα αξιόπιστο αποτέλεσμα.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εξέτασης, παρουσία αντισωμάτων έναντι του HDV βρέθηκαν σε 25 δείγματα (3,9%), όπου σε αυτά ο αριθμός των αντρών ήταν αυξημένος (69.2% Μ / 26.9% F), με ποσοστό εμφάνισης στους άντρες να είναι 4,8% έναντι των γυναικών που είναι 2,7%. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά υπολογίστηκε πως η πιθανότητα παρουσίας του ιού στους άντρες να είναι 1,78 φορές μεγαλύτερη έναντι των γυναικών. Δεν βρέθηκε παρουσία αντισωμάτων σε κάποιο ασθενή κάτω των 18 ετών, με τις ηλικίες που κυριάρχησαν να είναι μεταξύ 50-69 έτη σε ποσοστό 53,8%. Σε ποσοστό 13% των θετικών δειγμάτων εμφανίστηκαν περιστατικά κίρρωσης του ήπατος με την παρουσία του ιού να επιβαρύνει το φαινόμενο αυτό κατά 9,73. Παράλληλα, σε ποσοστό 21,7% των θετικών ασθενών υπήρχε ανάγκη μεταμόσχευσης ήπατος και συμπεριλαμβανοντας τους παράγοντες της ηλικίας και το φύλο στην περαιτέρω ανάλυση, παρατηρήθηκε πως ένας ασθενής με συλλοίμωξη HBV/HDV έχουν 10,9 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν ανάγκη μεταμόσχευσης ήπατος.

Συμπεράσματα: Ο ιός της ηπατίτιδας δ φαίνεται να είναι

ένα σημαντικό αίτιο λοίμωξης σε ασθενείς με επίμονη κλινική συμπτωματολογία, με το φαινόμενο της συλλοίμωξης με τον ιό της ηπατίτιδας Β να θεωρείται η πιο σοβαρή μορφή χρόνιας ιογενούς ηπατίτιδας. Είναι σημαντικό να πραγματοποιείται επιδημιολογική επιτήρηση του ιού ευρέως ώστε να υπάρχει μια σωστή αποτύπωση συμπεριφοράς του ιού στη κοινωνία που να οδηγήσουν σε καλύτερες στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισής του ιού στη Δημόσια Υγεία.

ΕΑ5: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ: ΠΩΣ ΘΑ ΒΕΛΤΙΩΘΕΙ Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πετρογιαννόπουλος Α.¹, Παπαδόπουλος Ν.², Δρυμούση Α.³, Κολητσιδάς Μ.³, Βασιλειάδη Σ.⁴, Τσαντήλας Α.³, Σταματόπουλος Κ.³, Κότσαλης Α.³, Παπαδόπουλος Θ.³, Αλκιζός Γ.², Deutsch Μ.⁴

1. Γαστρεντερολογική-Ηπατολογική Κλινική, «Metropolitan General»
2. Α' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΝΙΜΤΣ»
3. ΟΚΑΝΑ
4. Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Ιατρική Σχολή Αθηνών

Εισαγωγή: Η χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC) αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, ειδικά στην ομάδα των χρηστών ενδοφλέβιων ουσιών (ΧΕΝ) συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων υποκατάστασης. Η πρόσβαση στη θεραπεία με τα νεότερα δρώντα αντικά φάρμακα (DAAs) είναι συχνά περιορισμένη σε ασθενείς των προγραμμάτων υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ.

Σκοπός: Η παρουσίαση επιδημιολογικών χαρακτηριστικών ασθενών με anti-HCV θετικό και η μελέτη πιθανών αιτιολογικών παραγόντων μη έναρξης θεραπείας συμπεριλαμβανομένης και της περιόδου της πανδημίας του COVID-19.

Υλικό και Μέθοδοι: Καταχωρήθηκαν 507 ασθενείς με θετικό anti-HCV (Α/Γ: 424/83 μέση ηλικία: 44±8.9 έτη) μεταξύ Σεπτεμβρίου 2018- Ιανουαρίου 2021. Η αξιολόγηση περιλάμβανε βιοχημικό, ιολογικό έλεγχο (HCV,HBV,HIV) και πρόσβαση στον προσδιορισμό HCVRNA/γονότυπου με ηλεκτρονικό παρατεμπτικό.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των 507 ασθενών, οι 445 (88%) ήταν ενταγμένοι σε μονάδες του ΟΚΑΝΑ. Οι 326 (64.5%) προσήλθαν προ της πανδημίας COVID-19, οι 41 (8%) ανέφεραν πρόβλημα με το αλκοόλ, οι 190 (37.5%) ελάμβαναν ψυχιατρική αγωγή και οι 21 (4%) ήταν άστεγοι. Μέχρι τώρα έχουν ολοκληρώσει θεραπεία οι 248/507 (49%), έχουν εγκριθεί/βρίσκονται σε θεραπεία οι 35/507 (7%), 60/507 (12%) είχαν μη ανιχνεύσιμο HCVRNA και 164/507 (32%) δεν προσήλθαν για περαιτέρω έλεγχο. Συνολικά, έλεγχος HCVRNA/γονότυπου πραγματοποιήθηκε

στους 343/507 (67.5%) και ιαμμία ανεδείχθη στους 283/343 (82.5%) με την ακόλουθη κατανομή γονοτύπων: G1a: 20%, G1b: 2.8%, G2: 1.4%, G3a: 64.5% και G4: 11.3%. Προηγούμενη θεραπεία ανέφεραν οι 87/507 (17%), εκ των οποίων επαναλοίμωξη/αποτυχία τεκμηριώθηκε σε 38/507 (7.5%). Περιπτώσεις επαναλοίμωξης από τους ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία ήταν 2/248 (0.8%). Οι παράγοντες που συσχετίστηκαν με τη μη έναρξη θεραπείας ήταν: οι μη ενταγμένοι ασθενείς (προ-εισαγωγή) [47/58 (81%) vs 152/389 (39%), $p < 0.001$], η περίοδος της πανδημίας COVID-19 [117/168 (69.5%) vs 82/279 (29.5%), $p < 0.001$], η λήψη ψυχοτρόπων φαρμάκων [92/167 (55%) vs 103/260 (39.5%), $p = 0.001$] και η όχι σταθερή κατοικία [21/21 (100%) vs 178/426 (42%), $p < 0.001$].

Συμπεράσματα: Ο μεγαλύτερος ανασταλτικός παράγοντας πρόσβασης της θεραπείας αποτελεί η διαδικασία ελέγχου και γονοτύπωσης που επιδεινώθηκε σοβαρά κατά την πανδημία. Η απλοποίηση της διαδικασίας με γρήγορες μεθόδους ποιοτικής ανίχνευσης HCVRNA και η χρησιμοποίηση παν-γονοτυπικών παραγόντων προτείνονται ως εναλλακτικές λύσεις προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της εκρίζωσης στον πληθυσμό αυτό των ασθενών.

ΕΑ6: ΡΥΘΜΟΣ ΕΠΑΝΑΛΟΙΜΩΞΗΣ (REINFECTION RATE) ΣΕ ΧΡΗΣΤΕΣ ΕΝΕΣΙΜΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ (XEN) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΙΤΥΧΗ ΑΝΤΙ-HCV ΘΕΡΑΠΕΙΑ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΣΤΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Τσιρογιάννη Ε.^{1,2}, Αγοραστός Π.², Σαββίδου Σ.², Οικονόμου Θ.², Παπαγιουβάννη Ι.², Ροδοσθένους Κ.², Σταυρίδου Β.¹, Ανδρουλάκης Γ.¹, Τσεκούρα Π.¹, Τάνης Χ.¹, Παρισάκη Α.¹, Φωτακίδου Χ.¹, Σωτηριάδου Β.¹, Χατζηδημού Μ.¹, Νικολάου Κ.³, Γκραντόπουλος Ι.³, Καρακνέβατος Χ.⁴, Καλαμπάλικης Β.⁵, Μανωλοπούλου Α.⁶, Γουλής Ι.²

1. ΟΚΑΝΑ
2. Δ' Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
3. ΙΑΝΟΣ Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
4. ΑΡΓΩ Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
5. ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ Θεσσαλονίκης
6. ΘΕΤΙΚΗ ΦΩΝΗ Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η πολύ καλή αποτελεσματικότητα και η ικανοποιητική συμμόρφωση των XEN στην θεραπεία της ηπατίτιδας C με DAAs, είναι πλέον δεδομένη. Εξίσου σημαντική είναι η διατήρηση της επιτυχούς θεραπείας και η παρακολούθησή των XEN σε βάθος χρόνου.

Σκοπός: Η καταγραφή του ρυθμού επαναλοίμωξης σε XEN μετά από επιτυχή antiHCV θεραπεία με DAAs.

Μέθοδοι: Η μελέτη συμπεριέλαβε ενεργούς ή πρώην XEN, οι οποίοι ολοκλήρωσαν επιτυχώς την antiHCV θεραπεία με DAAs (επίτευξη SVR12), κατά το χρονικό

διάστημα από τον Ιανουάριο του 2017 ως τον Ιούνιο του 2021 και στη συνέχεια επανελέγχθηκαν με HCVRNAPCR.

Αποτελέσματα: 392 ασθενείς ολοκλήρωσαν και ελέγχθηκαν στο τέλος της antiHCV θεραπείας (EOT). 295/392 (75,26%) ελέγχθηκαν για SVR12. Επίτευξη SVR12 είχαν οι 281/295 (95,25%). Επανελέγχος με HCVRNAPCR μετά την επίτευξη του SVR12 πραγματοποιήθηκε σε 91/281 (32,38%) ασθενείς, άνδρες (86,81%), μέση ηλικία 46,94 έτη. Η προσέλευση για τον επανελέγχο ήταν είτε αυτόβουλη είτε μετά από προγραμματισμένο ραντεβού. Περισσότεροι από τους μισούς είχαν υποτροπιάσει στην ενδοφλέβια χρήση ουσιών (αυτοαναφορά).

Επαναλοίμωξη (Crude reinfection rate) βρέθηκε σε 16/91 (17,58%) άνδρες 14/16 (87,5%), μέση ηλικία 44,63έτη. Το διάμεσο χρονικό διάστημα παρακολούθησης μετά την επίτευξη του SVR12 (median follow-up time) ήταν 1,08 έτη. Ο ρυθμός επαναλοίμωξης (12-month reinfection rate) υπολογίστηκε σε 13,4 person-years Όλοι όσοι επαναμολύνθηκαν ανέφεραν υποτροπή στην ενδοφλέβια χρήση ουσιών.

Συμπεράσματα: Αν και μεγάλος αριθμός XEN ολοκλήρωσε την antiHCV θεραπεία με υψηλά ποσοστά επίτευξης SVR, σχετικά μικρός αριθμός αυτών επανελέγχθηκε (περίπου το 1/3 αυτών). Το ποσοστό επαναλοίμωξης ήταν σχετικά μικρό, και αφορούσε αποκλειστικά XEN που εμφάνισαν επικίνδυνες συμπεριφορές χρήσης ουσιών. Η μακροχρόνια συστηματική και οργανωμένη παρακολούθησή όλων των XEN μετά από την ολοκλήρωση της antiHCV θεραπείας είναι απαραίτητη προκειμένου να ανιχνεύονται οι επαναλοίμωξεις και να διασφαλίζεται η προσπάθεια εξάλειψης της ηπατίτιδας C.

ΕΑ7: ΚΑΘΑΡΣΗ HBsAg ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Τασσόπουλος Ν.Κ.¹, Χατζάκης Α.Ε.², Παραλόγγου Μ.¹, Μάθου Ν.³

1. Α' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα»
2. Έδρα Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ε.Κ.Π.Α.
3. Γαστρεντερολογικό Τμήμα & Μονάδα Ενδοσκοπήσεων, Γ.Ν. Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων»

Εισαγωγή: Η οξεία ηπατίτιδα Β χαρακτηρίζεται από την παρουσία του HBsAg και υψηλού τίτλου IgM anti- HBc. Η μετάπτωση σε χρονιότητα σύμφωνα με προηγούμενη αναφορά σε ελληνικό πληθυσμό εκτιμήθηκε σε ποσοστό 0,2% ¹. Εντούτοις, σύμφωνα με διεθνή δεδομένα το ποσοστό αυτό εκτιμάται να είναι υψηλότερο (2%)².

Σκοπός: Η εκτίμηση του ποσοστού μετάπτωσης σε χρονιότητα της οξείας ηπατίτιδας Β και η αναγνώριση παραγόντων κινδύνου σε ελληνικό πληθυσμό ενηλίκων ασθενών.

Μέθοδος: Πρόκειται για 5ετή προοπτική μελέτη όλων των



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ασθενών με διάγνωση οξείας ηπατίτιδας Β (HBsAg και/ή IgM anti-HBc). Ο ορολογικός έλεγχος για HBsAg, HBeAg/anti-HBe και IgM anti-HBc, έγινε με ανοσοενζυμική μέθοδο (IMx-Core-M, Abbott Labs, Chicago IL). Το IgM anti-HBc προσδιορίστηκε με ημιποσοτική μέθοδο με cutoff 1.5³.

Αποτελέσματα: Αναγνωρίστηκαν συνολικά 1395 ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα Β. 76(5,4%) ασθενείς είχαν πρώτη καθαρότητα του HBsAg κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Από τους υπόλοιπους 1319 HBsAg (+) ασθενείς αναλύθηκαν τα δεδομένα 788 ασθενών που παρακολούθησαν τουλάχιστον για 6 μήνες (60%, 479 άνδρες, 309 γυναίκες). Καθαρότητα του HBsAg παρατηρήθηκε σε 778(98,7%) ασθενείς και παραμονή σε 10(1,3%). Η παραμονή του HBsAg ήταν συχνότερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες (9/479 ή 1,9% vs 1/309 ή 0,3%, p=0,05), σε XEN (3/71 ή 4,2%) και ομοφυλόφιλους (2/117 ή 1,7%) έναντι των υπολοίπων (5/600 ή 0,8%, p=0,04). Η πρώτη (εντός 4 εβδο) καθαρότητα του HBeAg αποτελεί ασφαλή δείκτη αυτοπεριοριζόμενης λοίμωξης (0/452 ή 0% vs 10/436 ή 2,3%, p=0,022). Τέλος, σχετικά με την ηλικία, 1 από τους 25 ασθενείς που ήταν ≥85 ετών (4%), έναντι 9 από τους 763 ασθενείς που ήταν <85 ετών (1,2%) παρέμειναν θετικοί.

Συμπεράσματα:

Η μετάπτωση σε χρονιότητα της οξείας ηπατίτιδας Β εκτιμάται στο 1,3%.

Η πρώτη καθαρότητα του HBeAg αποτελεί ασφαλή δείκτη αυτοπεριοριζόμενης λοίμωξης.

Η καθαρότητα του HBsAg συναντάται συχνότερα σε γυναίκες.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Tassopoulos N et al. Natural history of acute hepatitis B surface antigen-positive hepatitis in Greek adults. *Gastroenterology* 1987;92: 1844-50
2. Koff R. Natural history of acute hepatitis B in adults reexamined. *Gastroenterology* 1987;92: 2035
3. Tassopoulos N et al. Differential diagnosis of acute HBsAg positive hepatitis using IgM anti-HBc by a rapid, fully automated microparticle enzyme immunoassay. *Journal of Hepatology* 1997; 26: 14-19

EA8: ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ DAA'S

Κουτσουβέλη Σ.Α.¹, Τσουνής Ε.¹, Διαμαντοπούλου Γ.¹, Τουρκοκρήστου Ε.¹, Καφεντζή Θ.¹, Τσιντώνη Α.¹, Θωμόπουλος Κ.¹, Τριάντος Χ.¹, Ζησιμόπουλος Κ.¹

1. Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών

Εισαγωγή: Η εισαγωγή και χρήση των αμέσως δρώντων αντιικών (DAA's) βελτίωσε σημαντικά την ανταπόκριση των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C (SVR). Η εκκρίζωση του HCV συνεπακόλουθα οδήγησε σε βελτίωση της

ηπατικής ίνωσης, όπως αυτή μετρήθηκε με ελαστογραφία ήπατος.

Σκοπός: Να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των DAA's ως προς την εκκρίζωση του HCV, αλλά και ως προς την εξέλιξη της ηπατικής ίνωσης. Επιπλέον, έγινε αξιολόγηση της συμμόρφωσης των ασθενών στο πρόγραμμα παρακολούθησης στα Εξωτερικά Ιατρεία μετά το πέρας της θεραπείας.

Μέθοδοι: Στην παρούσα αναδρομική μελέτη παρατήρησης συμμετείχαν ασθενείς με ενεργό Χρόνια Ηπατίτιδα C, πριν λάβουν θεραπεία με DAA's, καθώς και μετά το πέρας της θεραπείας. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση των ιατρικών φακέλων των συμμετεχόντων, εκτίμηση της ηπατικής ίνωσης με ελαστογραφία καθώς και αξιολόγηση των ασθενών στις 12 εβδομάδες, στις 48 εβδομάδες και στις 96 εβδομάδες μετά το πέρας της θεραπείας.

Αποτελέσματα: Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν 60 ασθενείς (άντρες: 38 (63,3%), μέση ηλικία: 55.8 ± 13.4 έτη) με χρόνια ηπατίτιδα C (GT1: 21 (35%), GT2: 3 (5%), GT3: 27 (45%), GT4: 9 (15%)) οι οποίοι έλαβαν θεραπεία εκκρίζωσης με DAAs (Sofosbuvir/Velpatasvir : 22 (36.7%), Grazoprevir/Elbasvir: 16 (26.7%), Glecaprevir/Pibrentasvir : 9 (15%), άλλοι: 13 (21.7%)). Το ποσοστό ανταπόκρισης στη θεραπεία ήταν SVR12: 58/60 (96.7%). Από τους ασθενείς αυτούς πραγματοποίησαν επίσκεψη στους 48 μήνες οι 47/60 (78,3%) και στους 96 μήνες οι 42/60 (70%). Κατά διάρκεια της παρακολούθησης δεν προσήλθαν για επανεκτίμηση χάθηκαν 12 (20%) ασθενείς, ενώ απεβίωσαν από μη ηπατικά αίτια 2 ασθενείς (3,33%). Η χορήγηση θεραπείας με DAAs συσχετίστηκε με σημαντική βελτίωση των τιμών της ηπατικής ακαμψίας (13.8 ± 9.4 kPa vs. 8.5 ± 3.7 kPa, p<0.001).

Συμπεράσματα: Η θεραπεία της χρόνιας HCV λοίμωξης με DAA's επιτυγχάνει υψηλά ποσοστά εκκρίζωσης του HCV και σημαντική βελτίωση της ηπατικής ακαμψίας. Μετά το πέρας της θεραπείας η προσέλευση των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία για έλεγχο και επαναξιολόγηση ακολουθεί σταδιακά φθίνουσα πορεία.

EA9: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Αγοραστός Π.¹, Σαββίδου Σ.¹, Γουλής Ι.¹

1. Δ' Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β (Hepatitis B Virus, HBV) αποτελούν μία ετερογενή ομάδα ασθενών, με διαφορετικής βαρύτητας ηπατική νόσο και, συνεπώς, με ανάγκη για διαφορετική αντιμετώπιση και παρακολούθηση. Επιπλέον, η συνύπαρξη του ιού της ηπατίτιδας Δ (Hepatitis D Virus, HDV) αλλά και η ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού καρκίνου

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

(HKK) αποτελούν ενδεχόμενες επιπλοκές που χρήζουν περαιτέρω αντιμετώπισης.

Σκοπός: Να καταγράψουμε την πρόσφατη εμπειρία που αφορά σε ασθενείς με HBV λοίμωξη από το Ηπατολογικό Ιατρείο στο Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Μέθοδοι: Καταγράψαμε αναδρομικά όλους τους HBsAg(+) ασθενείς που πραγματοποίησαν τουλάχιστον 1 επίσκεψη την τελευταία πενταετία στο Ηπατολογικό Ιατρείο, ενώ αποκλείστηκαν όσοι είχαν αποβιώσει και όσοι είχαν αναπτύξει φυσική ανοσία με anti-HBs(+). Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με HDV ή/και HKK (ιαθής ή ενεργός) καθώς και ασθενείς που είχαν προηγούμενες υποβληθεί σε μεταμόσχευση ήπατος.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν συνολικά 273 HBV ασθενείς με τα εξής χαρακτηριστικά: 173 άνδρες (63,4%) /100 γυναίκες (36,6%), μέση ηλικία 58,2±15,7 έτη (εύρος 20-92), 23,8% με καταγωγή (τόπο γέννησης) εκτός Ελλάδας. Το διάμεσο χρονικό διάστημα παρακολούθησης στο Ιατρείο μας ήταν 8 έτη (IQR 3-12). Ορολογικό προφίλ HBV: 183 (67%) anti-HBe (+), 14 ασθενείς (5,1%) HBeAg (+), ενώ για τους υπόλοιπους ασθενείς δεν βρέθηκε καταγραφή στη βάση δεδομένων μας.

Στάδιο HBV λοίμωξης: 228 ασθενείς (83,5%) χωρίς κίρρωση, 20 ασθενείς (7,3%) με αντιρροπούμενη κίρρωση, 15 ασθενείς (5,5%) με μη-αντιρροπούμενη κίρρωση και 10 ασθενείς (3,7%) μεταμοσχευμένοι. Αντική θεραπεία δεν έλαβαν ποτέ 66 ασθενείς (24,2%) (χρόνια HBV λοίμωξη), 16 ασθενείς (5,8%) με χρόνια ηπατίτιδα Β ολοκλήρωσε αγωγή, και η μεγάλη πλειοψηφία (191 ασθενείς, 70%) λαμβάνει θεραπεία με τα νεότερα νουκλεοσι(τ)δικά ανάλογα. Συγκεκριμένα: ETV 74 (38,7%), TDF 72 (37,7%), TAF 30 (15,7%), LAM 1 ασθενής, ενώ δεν καταγράφεται το είδος της αντικής αγωγής σε 14 ασθενείς. Στους παραπάνω HBV ασθενείς συγκαταλέγονται 8 ασθενείς με ενεργό HKK (2,9% του συνόλου), καθώς και 13 ασθενείς (4,8%) με ιαθής HKK (τοπική ηπατεκτομή ή μεταμόσχευση ήπατος). Όσον αφορά στην HDV λοίμωξη, συνολικά 68 ασθενείς (24,9%) ελέγχθηκαν για HDV και βρέθηκαν 10 θετικοί ασθενείς (3,7% του συνόλου των HBV ασθενών). Από αυτούς τους ασθενείς: οι 2 είχαν αρνητικό HDV-RNA και είναι ασθενείς χωρίς κίρρωση που ο ένας λαμβάνει θεραπεία και ο άλλος ολοκλήρωσε αγωγή με Peg-IFN-α, 1 ασθενής έχει ενεργό HKK σε έδαφος μη-αντιρροπούμενης κίρρωσης, 3 ασθενείς έχουν μεταμοσχευτεί λόγω HBV+HDV κίρρωσης και οι υπόλοιποι 4 ασθενείς λαμβάνουν ETV/TDF με προσθήκη bulevirtide (Hepcludex) στους 2 από αυτούς.

Συμπεράσματα: Οι HBV ασθενείς αποτελούν μία ετερογενή ομάδα σε διαφορετικά στάδια της νόσου, οι οποίοι πρέπει να βρίσκονται σε τακτική παρακολούθηση και να γίνεται έγκαιρο screening τόσο για συλλοίμωξη/επιλοίμωξη με HDV, όσο και για την εμφάνιση HKK.

ATTENUATION PARAMETER (CAP) ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΑΤΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ-ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑ.

Σαββίδου Σ.¹, Αγοραστού Π.¹, Χυτίρογλου Π.², Γουλής Ι.¹

1. Δ' Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
2. Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Η παράμετρος Controlled Attenuation Parameter (CAP) στο νεότερο λογισμικό του FibroScan® (Echosens, Paris) χρησιμοποιείται για την μη-επεμβατική εκτίμηση της ηπατικής στεάτωσης ανεξάρτητα από την υποκείμενη ηπατική ακαμψία.

Σκοπός: Να μελετήσουμε τον ελαστογραφικό δείκτη CAP σε ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένη μη-αλκοολική στεατοηπατίτιδα (NASH).

Μεθοδολογία: Καταγράφηκαν ασθενείς του Ηπατολογικού Ιατρείου Ιπποκράτειου Θεσσαλονίκης με NASH που είχαν υποβληθεί σε βιοψία ήπατος εντός του τρέχοντος έτους. Ταυτόχρονα, με μεσοδιάστημα που δεν ξεπερνούσε το εξάμηνο, πριν ή μετά τη βιοψία, διενεργήθηκε ηπατική ελαστογραφία με Fibroscan® mini+430 (M/XL probes), κατά την οποία μετρήθηκε ο δείκτης CAP (σε dB/m) καθώς και η ηπατική ακαμψία (σε kPa). Οι βιοψίες ήπατος αξιολογήθηκαν από τον ίδιο παθολογοανατόμο και η ηπατική στεάτωση εκτιμήθηκε ημιποσοτικά σε grades 0 έως 3 σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Brunt (ποσοστά λίπους <5%, 5-33%, 33-66% και >66%, αντίστοιχα).

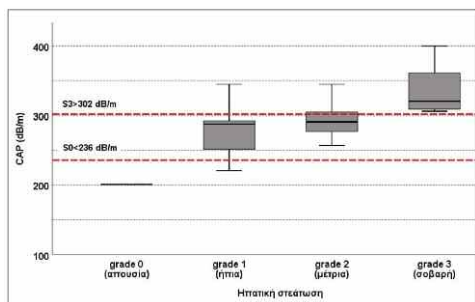
Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν τα αποτελέσματα 19 ελαστογραφιών από 17 ασθενείς με τα εξής χαρακτηριστικά: 6 άνδρες/11 γυναίκες, ηλικία 52,6±14,4 έτη (εύρος 25-74), BMI 30,1±3,9 kg/m² (παχύσαρκοι 57,9%), AST 41U/L (IQR 33-62), ALT 64U/L (IQR 49-87), γGT 124U/L (IQR 71-220), PLTs 240 x10³/μL (IQR 204-266). Η κατανομή των ασθενών σύμφωνα με τα ιστολογικά ευρήματα έδειξε: ηπατική στεάτωση (grades 0-3) σε 1 (5,9%), 7 (41,2%), 4 (23,5%) και 5 ασθενείς (29,4%) αντίστοιχα, ενώ η κατανομή των ασθενών στα στάδια νόσου F0-F4 ήταν η εξής: F0 4 (23,5%), F1 5 (29,4%), F2 2 (11,8%), F3 3 (17,6%) και F4 3 ασθενείς (17,6%). NAFLD Activity Score ≥4 στους 9/17 ασθενείς (52,9%).

Οι ελαστογραφίες διενεργήθηκαν σε μεσοδιάστημα από -5,4 έως 4,4 μηνών από την βιοψία, από τον ίδιο χειριστή σύμφωνα με τις προβλεπόμενες προδιαγραφές (κατάσταση νηστείας, ≥10 μετρήσεις/ασθενή, IQR/Ms≤30%, probes M/XL: 14/5). Η παράμετρος CAP κυμάνθηκε από 201 έως 400 dB/m με διάμεση τιμή 294 και IQR 273-321. Από τη στατιστική ανάλυση επιβεβαιώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με το βαθμό ηπατικής στεάτωσης (Kruskal-Wallis test, df=3, p=0,027) [**Γράφημα**]. Συγκεκριμένα, οι διάμεσες τιμές CAP για τους διαφορετικούς βαθμούς ηπατικής στεάτωσης (0 έως 3) ήταν: 201 vs. 277 vs. 295 vs. 336

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

dB/m. Επιμέρους δοκιμασίες έδειξαν θετική συσχέτιση του CAP με το ύψος της ALT ($p=0,020$), όχι όμως με τη γGT ή το BMI. Τέλος, η ηπατική ακαμψία βρέθηκε να συσχετίζεται απόλυτα με το στάδιο νόσου (Spearman correlation, $p<0,001$). Για τον υπολογισμό της διαγνωστικής ακρίβειας λήφθηκαν υπόψη τα cut-off limits από την αρχική δημοσίευση (Eddowes PJ, et al. Accuracy of FibroScan controlled attenuation parameter... Gastroenterology. 2019). Από τα δεδομένα της μελέτης υπολογίστηκαν Ευαισθησία (Se)/Ειδικότητα (Sp): απουσία στεάτωσης ($SO<236\text{dB/m}$) 33%/100%, σοβαρή στεάτωση ($S3\geq302\text{dB/m}$) 67%/100%. Οι αντίστοιχες AUROC ήταν 0,944 (95%CI 0,822-1, $p=NS$) και 0,885 (95%CI 0,732-1, $p=0,009$). Όσον αφορά στα ενδιάμεσα στάδια στεάτωσης (S1-S2), όπως παρουσιάζεται στο **Γράφημα**, υπάρχει μεγάλο ποσοστό αλληλεπικάλυψης για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι ο ελαστογραφικός δείκτης CAP μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο μη-επεμβατικό εργαλείο στην εκτίμηση της ηπατικής στεάτωσης σε άτομα με NASH με προεκτάσεις τόσο για την παρακολούθηση αυτών των ασθενών όσο και για την απάντησή τους σε νέες θεραπείες.



ΕΑ11: ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΤΟΥΛΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ (GLP1-a) ΚΑΙ ΕΜΠΛΙΦΙΛΟΖΙΝΗΣ (SGLT2-i) ΣΤΗΝ ΛΙΠΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Κουλλιάς Ε.¹, Αθανασόπουλος Σ.², Deutsch M.¹,
Μητράκου Α.², Θανοπούλου Α.¹, Κοσκίνας Ι.¹

1. Β' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
2. Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

Εισαγωγή: Σημαντικό ποσοστό ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) παρουσιάζουν λιπώση του ήπατος στα πλαίσια του μεταβολικού συνδρόμου με δυναμική εξέλιξης σε σοβαρή ηπατική νόσο.

Σκοπός: Η αξιολόγηση ενδεχόμενου οφέλους, από τη

χρήση νεότερων αντιδιαβητικών φαρμάκων, στην θεραπεία της ηπατικής στεάτωσης ασθενών με ΣΔτ2.

Μέθοδοι/υλικό: 112 ασθενείς με ΣΔτ2 και μη αλκοολικής αιτιολογίας λιπώδες ήπαρ (ΜΑΛΗΗ) συμπεριλήφθηκαν σε αυτή την προοπτική θεραπευτική μελέτη παρατήρησης. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε 3 ομάδες: α) ασθενείς που έλαβαν τη βέλτιστη θεραπεία, μη συμπεριλαμβανομένων αγωνιστών GLP1 ή αναστολέων SGLT2 (ομάδα CONTROL), β) ασθενείς που έλαβαν εμπαγλιφλοζίνη (ομάδα SGLT2) επιπλέον της προηγούμενης θεραπείας και γ) ασθενείς που έλαβαν επιπλέον ντουλαγλουτίδη (ομάδα GLP1). Έγινε αξιολόγηση την ημέρα 0 (t0) και ένα χρόνο αργότερα (t12) των ακόλουθων παραμέτρων: ποσοτική αξιολόγηση στεάτωσης με MRI-PDFF, FLI-score, Shearwave ελαστογραφία, BMI, HbA1c. Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα μίας ενδιάμεσης στατιστικής ανάλυσης 51 ασθενών (SGLT2:21, GLP1:16, CONTROL:14), που συμπλήρωσαν 1 χρόνο θεραπείας και ολοκλήρωσαν τον έλεγχο. Η ανάλυση έγινε με Wilcoxon Signed Ranks Test και Paired-samples t-test.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση με τη χρήση Wilcoxon Signed Ranks Test έδειξε στατιστικά σημαντική βελτίωση του ηπατικού κλάσματος λίπους στην ομάδα SGLT2 μεταξύ των χρονικών σημείων t0 (median=9.23%) και t12 (median=6.87%), $z=-2.346$, $p=0.019$, $r=0.362$. Αντίθετα, δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στις ομάδες GLP1 [t0 (median=15.95%) και t12 (median=16.39%), $z=-0.155$, $p=0.877$] και CONTROL [t0 (median=11.64%) και t12 (median=13.18%), $z=-0.596$, $p=0.551$]. Δεν αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τις τιμές της Shearwave ελαστογραφίας, μεταξύ των χρονικών σημείων t0 και t12, και στις 3 ομάδες: SGLT2 [t0 (median=6.6kPa) και t12 (median=5.1kPa), $z=-1.739$, $p=0.082$], GLP1 [t0 (median=5.35kPa) και t12 (median=5.4kPa), $z=-1.080$, $p=0.280$] και CONTROL [t0 (median=5.0kPa) και t12 (median=5.25kPa), $z=-0.595$, $p=0.552$]. Με τη διενέργεια Paired-samples t-test διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση του BMI σε όλες τις ομάδες: SGLT2 [t0 (mean=29.31kg/m², SD=4.13) και t12 (mean=27.53kg/m², SD=3.21), $p=0.000$], GLP1 [t0 (mean=34.96kg/m², SD=5.08) και t12 (mean=32.92kg/m², SD=4.20), $p=0.0075$] και CONTROL [t0 (mean=31.58kg/m², SD=5.71) και t12 (mean=30.37kg/m², SD=5.23), $p=0.020$]. Στατιστικά σημαντική μείωση της HbA1c βρέθηκε μόνο στην ομάδα SGLT2 [t0 (mean=7.40%, SD=1.02) και t12 (mean=6.84%, SD=0.67), $t(19)=2.920$, $p=0.0045$], καθώς και μια τάση μείωσης στις άλλες 2 ομάδες: GLP1 [t0 (M=7.39%, SD=1.07) και t12 (M=7.02%, SD=0.89), $t(15)=1.561$, $p=0.0695$] και CONTROL [t0 (M=6.69%, SD=0.65) και t12 (M=6.42%, SD=0.42), $p=0.076$]. Τέλος, η σύγκριση των τιμών του FLI-score, ανέδειξε στατιστικά σημαντική μείωση και στις 3 ομάδες: SGLT2 [t0 (mean=65.59, SD=25.02) και t12 (mean=59.35, SD=24.73), $p=0.0235$], GLP1 [t0 (mean=86.78, SD=15.47) και t12 (mean=78.13, SD=20.47), $p=0.007$] και CONTROL [t0 (mean=69.67, SD=28.44) και t12 (mean=61.45, SD=30.59), $p=0.0385$].



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Συμπεράσμα: Η προσθήκη νεότερων αντιδιαβητικών παραγόντων, όπως οι αγωνιστές GLP1 και οι αναστολείς SGLT2, στη θεραπεία του ΣΔ2, αποτελούν ενδεχόμενες λύσεις και στην αντιμετώπιση της ΜΑΛΝΗ. Στην παρούσα μελέτη, η χρήση ντολιαγουτιδης δεν φάνηκε, ωστόσο, να βοηθά στη μείωση του κλάσματος λίπους του ήπατος, μετά από 1 χρόνο θεραπείας, παρά τη μείωση του BMI και της HbA1c, σε αντίθεση με τη χορήγηση εμπαγλιφλοζίνης, με την προσθήκη της οποίας, αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικά οφέλη.

EA12: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ-ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ-ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ (NAFLD)

Παπαστεργίου Β., Μελά Μ., Χρηστίδου Α., Τρίκολα Α., Μουντάκη Α., Κουστένης Κ., Βερετάνος Χ., Καραούζας Λ., Παπαρίζου Α., Αρβανίτης Κ., Αρχαύλης Ε., Κατωπόδη Κ., Βιάζης Ν., Μάντζαρης Γ.

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική Αθηνών»

Εισαγωγή: Η NAFLD αποτελεί σήμερα την συχνότερη χρόνια ηπατοπάθεια, προσβάλλοντας 20-30% του παγκόσμιου πληθυσμού. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση και σοβαρότητα της νόσου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να συγκριθούν τα χαρακτηριστικά και η βαρύτητα της ηπατικής νόσου μεταξύ διαβητικών και μη-διαβητικών ασθενών με NAFLD.

Μέθοδοι: Τα δεδομένα ασθενών με NAFLD που παρακολουθούνται στο τακτικό ηπατολογικό ιατρείο μελετήθηκαν αναδρομικά. Η βαρύτητα της ηπατικής νόσου μεταξύ διαβητικών και μη-διαβητικών ασθενών αξιολογήθηκε με χρήση ηπατικής ελαστογραφίας και του δείκτη FIB-4.

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 70 ασθενείς (54.3% γυναίκες, μέση ηλικία 60.4±15 έτη, 52.8% κίρρωση), εκ των οποίων 46 (65.7%) ήταν μη-διαβητικοί και 24 (34.3%) ήταν διαβητικοί. Σε σύγκριση με τους μη-διαβητικούς, οι διαβητικοί ασθενείς ήταν συχνότερα γυναίκες (69.6% έναντι 47.7%, $p=0.07$), είχαν μεγαλύτερη μέση ηλικία (67.3 έναντι 56.6 έτη, $p=0.005$) και είχαν χαμηλότερα επίπεδα ALT (25.8 έναντι 62.6 IU/L, $p=0.04$). Αντίθετα, τα επίπεδα AST (40.6 έναντι 51 IU/L, $p=0.26$), γ -GT (99.3 έναντι 102.1 IU/L, $p=0.95$) και ο BMI (35.6 έναντι 34.6 kg/m², $p=0.76$) δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 2 ομάδων. Σε ότι αφορά τη σοβαρότητα της NAFLD, οι διαβητικοί ασθενείς είχαν πιο προχωρημένη ηπατική ίνωση, όπως φάνηκε από τις υψηλότερες μέσες τιμές ηπατικής ακαμψίας (21.9 έναντι 11.9 kPa, $p=0.01$) και FIB-4 (4.1 έναντι 2.2, $p=0.01$). Αντίστοιχα, ο επιπολασμός

κίρρωσης (>11.5kPa στην ελαστογραφία) ήταν σημαντικά μεγαλύτερος σε διαβητικούς έναντι μη-διαβητικών ασθενών (75% έναντι 41.3%, $p=0.01$).

Συμπεράσματα: Τα δεδομένα μας επιβεβαιώνουν τη σημασία του σακχαρώδους διαβήτη ως παράγοντα που σχετίζεται με βαρύτερη ηπατική νόσο σε ασθενείς με NAFLD.

EA13: ΕΝΖΥΜΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΙΝΩΣΕΩΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΧΟΛΙΚΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΤΙΔΑ

Τσομίδης Ι.^{2,3}, Νότας Γ.², Ξυδάκης Κ.², Κουλεντάκη Μ.¹, Σαμυνάκης Δ.¹, Βουμβουράκη Α.³, Κουρούμαλης Η.^{1,2}

1. Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, ΠΑ.Γ.Ν. Ηρακλείου
2. Ερευνητικό Γαστρεντερολογικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Κρήτης
3. Α' Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ. Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ» Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η ηπατική ίνωση, στην οποία συμμετέχουν τα κύτταρα των κολποειδών, έχει μελετηθεί σε κυτταρικό και μοριακό επίπεδο, αλλά όχι σε επίπεδο μεταβολισμού του κολλαγόνου, ειδικά στην Πρωτογενή Χολική Χολαγγειίτιδα (ΠΧΧ). Το ένζυμο προλύλ-υδροξυλάση (ΠΗ) είναι καθοριστικό στην σύνθεση ενώ στην αποδόμηση ενέχεται ένα σύμπλεγμα πρωτεασών γνωστών ως μεταλλοπρωτεάσες (ΜΜΡs) και οι αναστολείς τους (TIMPs).

Σκοπός: Η μελέτη στον ηπατικό ιστό και το περιφερικό αίμα των ενζύμων συνθέσεως και αποδομήσεως του κολλαγόνου στην ΠΧΧ και η διερεύνηση τυχουσών διαφορών με την χρόνια ιογενή νόσο.

Ασθενείς: Εμελετήθησαν ηπατικές βιοψίες από 50 ασθενείς: 25 ασθενείς με ΠΧΧ (23 θήλειες, ηλικίας 35-60 ετών), 8 σε πρώιμο στάδιο Ludwig I-II, 10 με προχωρημένη ίνωση (III-IV) και 7 μετά θεραπεία με ουροδεοσυχολικό οξύ (UDCA). Συνεκρίθησαν με 25 ασθενείς με HCV ή HBV (15 θήλειες, ηλικίας 27-68 ετών), 13 με χρόνια ηπατίτιδα και 12 με κίρρωση. 5 άτομα με φυσιολογικές βιοψίες ήσαν οι φυσιολογικοί μάρτυρες. Εμελετήθη επίσης ορρός από 10 φυσιολογικούς μάρτυρες, και 81 ασθενείς: ΠΧΧ 38 (πρώιμη 18, προχωρημένη 10, UDCA 10) ιογενείς 43 (ηπατίτιδα 26, Κίρρωση 17)

Μέθοδοι: Στον ηπατικό ιστό εχρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες μέθοδοι:

ΠΗ: Εμετρήθη το απελευθερούμενο ³H₂O από σεσημασμένο προκολλαγόνο. **Κολλαγενάση (MMP1):** Σεσημασμένο με ¹⁴C κολλαγόνο ήταν το υπόστρωμα και το ίδιο μετά θέρμανση στους 45 °C εχρησιμοποιήθη για την **Γελατινάση (MMP2-MMP9).** Η **ελαστάση** εμετρήθη με ³H ελαστίνη από βόειο αυχενικό τένοντα. Η μέτρηση πρωτεϊνών έγινε με την μέθοδο Lowry. Στον ορρό εχρησιμοποιήθησαν ELISAs για την μέτρηση των MMP1, TIMP1 και TIMP2 ενώ οι MMP2 και MMP9 εμετρήθησαν

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

μέ ELISA και ζυμογραφία SDS πολυακρυλαμίδης.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ: Εχρησιμοποιήθη One Way Ανοva (μέ διόρθωση Welch επί ανίσων αποκλίσεων) και δοκιμασία Kruskal-Wallis επί μη κανονικής κατανομής μετά δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov

Αποτελέσματα: Όλες οι συγκρίσεις έγιναν ως προς τους μάρτυρες. Η ΠΗ ήταν στατιστικά ηυξημένη στα πρώιμα (2923±818 drpm/mgPr/30min) και ιδιαιτέρως στα προχωρημένα στάδια (3228±822, φυσιολογικοί μάρτυρες 1760±435) τής ΠΧΧ. Η κολλαγενάση ήταν σημαντικά μειωμένη μόνον στα όψιμα στάδια στον ιστό (1060±304 drpm/mgPr/hr, μάρτυρες 1780±208) και στο περιφερικό αίμα (62,2± 37,3 ng/ml, μάρτυρες 121,9±57,9). Ο λόγος ΠΗ/Κολλαγενάση ήταν ηυξημένος μόνον στα όψιμα στάδια (2.01±1.03, μάρτυρες 1.14±0.32). Η γελατινάση εμφάνισε σταδιακή μείωση από τα πρώιμα προς τα όψιμα στάδια, ενώ η ελαστάση δεν εμφάνιζε διαφορές. Τόσον η ΜΜΠ2 όσον και η ΜΜΠ9 ήσαν σημαντικά μειωμένες και στην ELISA και στην ζυμογραφία. Ο αναστολέας TIMP1 ήταν μειωμένος στην πρώιμη νόσο αλλά όχι στην όψιμη χωρίς διαφορά τού TIMP2. Η ομάδα με ιογενή νόσο είχε δύο σημαντικές διαφορές. Δεν υπήρχε αύξηση τής ΠΗ τόσον στην χρόνια ηπατίτιδα όσον και στην κίρρωση ενώ τα επίπεδα τού TIMP2 ήσαν σημαντικώς ηυξημένα στην κίρρωση. Η σημαντική αύξηση τού λόγου ΠΗ/Κολλαγενάση ωφέιλετο στην σημαντική μείωση τής κολλαγενάσης.

Συμπεράσματα: 1) Στα πρώιμα στάδια τής ΠΧΧ αυξάνεται μεν η σύνθεση κολλαγόνου αλλά ο κολλαγονολυτικός μηχανισμός εξισορροπεί ενώ στα όψιμα στάδια αυξάνεται η σύνθεση και μειούται η αποδόμηση. Η θεραπεία με ουροδεσσοξυλικό οξύ φαίνεται να αποκαθιστά την ισορροπία. 2) Η διαταραχή στην ιογενή νόσο οφείλεται σέ υπολειπουργία τού κολλαγονολυτικού μηχανισμού και όχι τής συνθέσεως που επιτείνεται από την αύξηση του αναστολέα TIMP2.

ΕΑ14: ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΛΟΓΩ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΜΗ-ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Παπαγιουβάννη Ι.¹, Φούζα Α.², Φράγκου Ν.¹, Χατζηγιάννου Α.¹, Τσακαλίδου Σ.², Αγοραστό Π.¹, Σαββίδου Σ.¹, Σινάκος Εμμ.¹, Τσουλάφας Γ.², Γουλής Ι.¹

1. Δ' Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
2. Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Η κίρρωση λόγω μη-αλκοολικής στεατοηπατίτιδας (NASH κίρρωση) αναγνωρίζεται πλέον ανάμεσα στις συχνότερες αιτίες για μεταμόσχευση ήπατος παγκοσμίως. Καθώς στους ασθενείς αυτούς συνυπάρχουν παράγοντες επιβαρυντικοί για καρδιαγγειακή νόσο, όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης

διαβήτης τύπου 2 (T2DM) και η δυσλιπιδαιμία, αποτελεί πρωταρχική ανάγκη να λαμβάνεται υπόψη ο καρδιαγγειακός τους κίνδυνος κατά την παρακολούθησή τους μετά τη μεταμόσχευση.

Σκοπός: Να μελετήσουμε αναδρομικά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και τα καρδιαγγειακά συμβάματα σε σειρά ασθενών που μεταμοσχεύτηκαν λόγω NASH κίρρωσης.

Μεθοδολογία: Καταγράφηκαν όλοι οι ασθενείς με NASH κίρρωση που μεταμοσχεύτηκαν στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης την τελευταία 15ετία και δεν απεβίωσαν κατά την άμεση μεταχειρουργική περίοδο. Προσδιορίστηκαν αναδρομικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι παράγοντες του μεταβολικού συνδρόμου και το ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου. Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος υπολογίστηκε με το σκορ QRISK2, το οποίο συμπεριλαμβάνει ως μεταβλητές την ηλικία, φύλο, BMI, λιπιδία, T2DM και κάπνισμα, και αντιπροσωπεύει τον % κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακού επεισοδίου στα επόμενα 10 έτη. Το σκορ QRISK2 υπολογίστηκε σε τρεις χρονικές περιόδους: κατά τη μεταμόσχευση (baseline), 1 έτος και 5 έτη μετά.

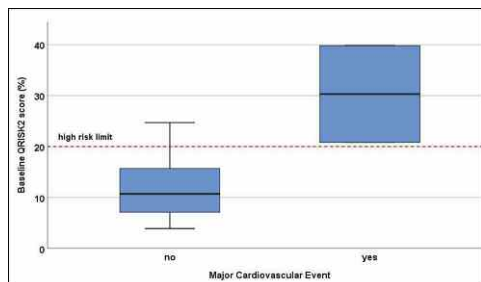
Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν συνολικά 16 μεταμοσχευμένοι ασθενείς λόγω NASH κίρρωσης κατά τα έτη 2006-2017, με διάμεσο διάστημα παρακολούθησης 93 μήνες (εύρος 48-204) και τα εξής χαρακτηριστικά: 12 (75%) άνδρες / 6 (25%) γυναίκες, μέση ηλικία κατά τη μεταμόσχευση 57,9±6,1 έτη, BMI 26,9±4,9 kg/m² (31,3% υπέρβαροι / 25% παχύσαρκοι) παρουσία T2DM σε 10 ασθενείς (62,5%) και δυσλιπιδαιμία σε 6 (37,5%). Μόνο ένας ασθενής ήταν ενεργός καπνιστής (1 πακέτο/μήνα) και άλλος ένας πρώην καπνιστής. Κανένας ασθενής πριν τη μεταμόσχευση δε λάμβανε στατίνη. Έκβαση ασθενών της μελέτης: 2/16 ασθενείς εμφάνισαν μείζον καρδιαγγειακό επεισόδιο (έναν οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου 4,5 χρόνια μετά τη μεταμόσχευση και επέζησε, και ένας οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο περίπου 8 χρόνια μετά τη μεταμόσχευση και απεβίωσε), ενώ 1 ακόμη ασθενής απεβίωσε κατά το διάστημα της παρακολούθησης λόγω εμφάνισης μεταστατικού καρκίνου (non-liver related). Το αρχικό σκορ QRISK2 προσδιορίστηκε στους 15 από τους 16 ασθενείς, καθώς ένας ασθενής είχε γνωστό ιστορικό στεφανιαίας νόσου και λάμβανε ήδη αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Διάμεση τιμή QRISK2 12,2% (IQR 7,2-20,6), με 4/15 (26,7%) των ασθενών να εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο (QRISK2 ≥20%). Ο αρχικός καρδιαγγειακός κίνδυνος βρέθηκε σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς που κατά την μετέπειτα παρακολούθησή τους εμφάνισαν μείζον καρδιαγγειακό επεισόδιο [διάμεσο baseline QRISK2 30,3% (IQR 20,8-39,8) vs. 10,7% (IQR 7,1-15,7), Mann-Whitney test, p=,062] [Γράφημα 1]. Στους μισούς περίπου ασθενείς (7/15, 46,7%) το υπολογιζόμενο QRISK2 στο έτος βρέθηκε χαμηλότερο (κατά 0,70 έως 16,7%) κυρίως λόγω της προσθήκης στατίνης, ωστόσο η διάμεση τιμή στο σύνολο των ασθενών κυμάνθηκε στο 13,7% (IQR 8,1-17,5). Τέλος, το QRISK2 στα 5 έτη βρέθηκε στο 20,1% (IQR 10,7-26,5), κυρίως λόγω της μεγαλύτερης ηλικίας των ασθενών. Από

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

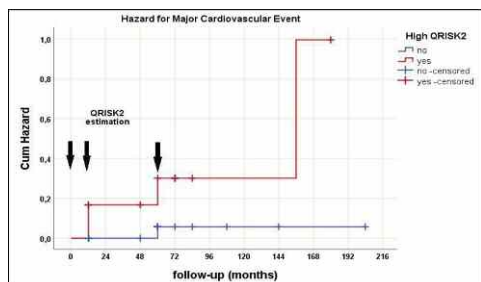
τις συγκεντρωτικές καμπύλες Kaplan-Meier, το υψηλό QRISK2 ($\geq 20\%$) σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή (0, 1 έτος, 5 έτη) αναδείχθηκε ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση μείζονος καρδιαγγειακού συμβάματος (Log rank 4,282, $p=0,039$) [Γράφημα 2], ενώ παράλληλα αποτέλεσε και δυσμενή παράγοντα για την συνολική επιβίωση των ασθενών (Log rank 3,854, $p=0,050$).

[Γράφημα 3]

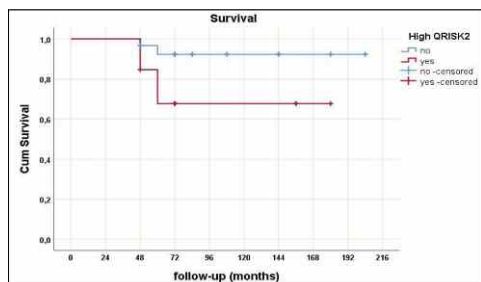
Γράφημα 1



Γράφημα 2



Γράφημα 3



Συμπεράσματα: Τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν ότι κατά την παρακολούθηση μεταμοσχευμένων ασθενών με NASH κίρρωση πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη

βελτίωση τροποποιήσιμων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΕΑ15: ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΧΟΛΙΚΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΤΙΔΑ (PBC): ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Παπαδόπουλος Ν.¹, Πλέσσα Κ.², Φιλίππου Α.³, Κανή Χ.⁴, Βασιλειάδη Σ.⁵, Deutsch M.⁵

1. Α' Παθολογική κλινική, Νοσοκομείο «ΝΙΜΤΣ»
2. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Θέρμη, Ελλάδα
3. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Ελλάδα
4. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Υγείας Μητέρας Παιδιού και Ιατρικής Ακρίβειας, και Έδρα UNESCO Εφηβικής Υγείας, Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»
5. Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Ιατρική Σχολή Αθηνών

Εισαγωγή: Η Πρωτοπαθής Χολική Χολαγγειίτιδα (PBC) αφορά σε μια σχετικά σπάνια νόσο του ήπατος. Οι θεραπευτικές επιλογές είναι περιορισμένες και περιλαμβάνουν ως πρώτη γραμμής θεραπεία τη χρήση του ουρσοδεοξυχολικού οξέος (UDCA). Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η σύνοψη και η ανασκόπηση των αναδυόμενων θεραπειών για την PBC, συμπεριλαμβανομένων των υπό ανάπτυξη φαρμάκων που βρίσκονται σε φάση κλινικών μελετών.

Μέθοδος: Εκπονήθηκε αναζήτηση σε βάσεις δεδομένων για κλινικές μελέτες των αδειοδοτικών αρχών Ευρώπης και Αμερικής (EMA-FDA), καθώς και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Τα κριτήρια καταλληλότητας περιελάμβαναν τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές φάσης I-IV που αφορούσαν σε φάρμακα για την PBC.

Αποτελέσματα: Τα δεδομένα αναφορικά με την βιοχημική ανταπόκριση αφορούσαν σε δεδομένα από 10 τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές φάσης II-III που περιελάμβαναν 992 άτομα. Το 35% των ασθενών με PBC παρουσίαζαν επαρκή βιοχημική ανταπόκριση μετά από ένα έτος θεραπείας με UDCA. Οι νεώτερες υπό ανάπτυξη θεραπείες περιλαμβάνουν FXR (υποδοχέας X φαρνεσοειδών) αγωνιστές, PPARs αγωνιστές (ενεργοποιημένοι υποδοχείς πολλαπλασιασμού των υπεροξεισωματιών) και ανοσοτροποποιητικούς παράγοντες.

Συμπέρασμα: Παρόλο που οι νεώτερες θεραπείες είναι σε φάση ανάπτυξης ενδέχεται να συνεισφέρουν στην αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής, ειδικότερα όταν συγχρησιμοποιούνται με UDCA. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η επίδραση των φαρμάκων αυτών και στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

ΕΑ16: ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D (VDR) ΚΑΙ ΤΩΝ VDR ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΑ

Τουρκοχρήστου Ευ.¹, Τσούνης Ευ.¹, Αγγελετοπούλου Ι.^{1,2}, Τσιντώνη Α.¹, Λουριδά Θ.¹, Διαμαντοπούλου Γ.¹, Ζησιμόπουλος Κ.¹, Καφεντζή Θ.¹, Δελαστίκ Α.Α.², Ρόδη Μ.², Θωμόπουλος Κ.¹, Μουζάκη Α.², Τριάντος Χ.¹

1. Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα
2. Τμήμα Αιματολογίας, Παθολογική κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

*Η εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του έργου με Φ.Κ. «80672» και υποστηρίχθηκε οικονομικά από την Επιτροπή Ερευνών του Πανεπιστημίου Πατρών μέσω του Προγράμματος «Κ. ΚΑΡΑΘΕΟΔΩΡΗ» και του προγράμματος Gilead-Ασκληπιός με ΦΚ «80450».

Εισαγωγή: Η βιταμίνη D μέσω της πρόσδεσής της στον υποδοχέα της (VDR) ασκεί ανοσορρυθμιστική λειτουργία, συμβάλλοντας στην ηπατική ομοίωση. Πολυμορφισμοί στο γονίδιο του VDR έχουν συσχετιστεί με την εξέλιξη της ίνωσης και την επιβίωση σε ασθενείς με χρόνια ηπατοπάθεια.

Σκοπός: Σε αυτή τη μελέτη πραγματοποιήθηκε διερεύνηση του ρόλου του VDR σε ασθενείς με χρόνια ηπατοπάθεια.

Μέθοδοι: Στη μελέτη κλήθηκαν να συμμετέχουν 38 ασθενείς με κίρρωση του ήπατος (57.5 ± 9.4 ετών, 68.4% άνδρες, βαθμολογία MELD 8.4 ± 3.1) διαφορετικής αιτιολογίας, 28 ασθενείς με HCV χωρίς κίρρωση (46.29 ± 11.8, 57.14% άντρες) και 38 υγιείς μάρτυρες (55.1 ± 12.7 ετών, 57.9% άντρες). Πραγματοποιήθηκε προσδιορισμός των επιπέδων έκφρασης του υποδοχέα VDR στα T λεμφοκύτταρα (CD3+VDR+) και στα μονοκύτταρα (CD14+VDR+) περιφερικού αίματος με κυτταρομετρία ροής (FACS), γονοτύπηση για τον προσδιορισμό των πολυμορφισμών του VDR (SNPs: Apal, BsmI, TaqI, FokI) και προσδιορισμός της έκφρασης γονιδίων που βρίσκονται καθοδικά του σηματοδοτικού μονοπατιού VDR- D με real-time PCR. Τα επίπεδα του VDR στο πλάσμα προσδιορίστηκαν με ELISA.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα των κυττάρων CD3+VDR+ και CD14+VDR+ ήταν σημαντικά αυξημένα στους κίρρωτικούς ασθενείς σε σύγκριση με τους υγιείς (p<0.01). Τα επίπεδα των κυττάρων CD14+ και του VDR στο πλάσμα ήταν υψηλότερα στους κίρρωτικούς ασθενείς σε σύγκριση με τους HCV ασθενείς (p<0.05). Η έκφραση των γονιδίων p27, JMJD1A και PMCA ήταν σημαντικά μειωμένη στους κίρρωτικούς ασθενείς σε σύγκριση με τους υγιείς (p<0.05). Μια σημαντική αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ των κυττάρων CD14+VDR+ και του MELD score (r=-0.350, p=0.034). Οι κίρρωτικοί ασθενείς που διαγνώστηκαν με ηπατοκυτταρικό καρκίνο (HCC)

είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κυττάρων CD14+ σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς HCC (p = 0.012). Τα επίπεδα των κυττάρων CD3+VDR+ ήταν επίσης αυξημένα σε ασθενείς με HCV σε σύγκριση με τους υγιείς (p < 0.01). Ο γονότυπος AA του Apal-SNP συσχετίστηκε με αυξημένα επίπεδα κυττάρων CD3+ και χαμηλότερα επίπεδα κυττάρων CD3+VDR+ σε σύγκριση με τους γονοτύπους Aa/aa, ο γονότυπος FF του FokI-SNP συσχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα κυττάρων CD3+ και αυξημένα επίπεδα κυττάρων CD3+VDR+ σε σύγκριση με τους γονοτύπους Ff/f, ενώ τα άτομα με γονότυπο BB είχαν αυξημένα επίπεδα VDR στο πλάσμα σε σύγκριση με τους γονοτύπους Bb/bb. Ο γονότυπος TT του TaqI-SNP συσχετίστηκε με αυξημένη έκφραση του γονιδίου Gpx σε σύγκριση με τους γονοτύπους Tt/tt. Οι ασθενείς με HCV που έφεραν τον γονότυπο AA είχαν αυξημένη ηπατική ακαμψία σε σύγκριση με τους γονοτύπους Aa/aa και οι γονοτύποι BB/TT συσχετίστηκαν με χαμηλότερα επίπεδα κυττάρων CD14+VDR+ (p < 0.05).

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα έκφρασης του VDR σχετίζονται με την κλινική βαρύτητα της ηπατοπάθειας. Οι πολυμορφισμοί στο γονίδιο του VDR πιθανόν να σχετίζονται με την έκβαση της χρόνιας ηπατικής νόσου, μέσω της επίδρασής τους στα επίπεδα έκφρασης του υποδοχέα VDR.

ΕΑ17: ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ FIBROSIS-4 SCORE ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΣΚΟΡΣ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ: ΜΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Μπαλή Τ.¹, Γεωργακοπούλου Β.^{2,5}, Βέργος Ι.¹, Καμηλιού Κ.¹, Γιαννακοδήμος Α.¹, Γυφτόπουλος Α.¹, Γεωργιάκη Β.¹, Γερογιάννης Δ.¹, Χατζηπαναγιώτου Ο.¹, Μπασούλης Δ.^{1,5}, Ηλιάδης Ε.⁵, Καραμανάκος Γ.⁵, Μιμίδης Κ.³, Σύψας Ν.^{4,5}, Σαμάρκος Μ.^{1,5}, Χολόγκιτας Ε.¹

1. Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα
2. Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα
3. Α' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη
4. Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα
5. Μονάδα Λοιμώξεων και COVID-19, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Εισαγωγή: Οι νοσούντες από COVID-19 εμφανίζουν συχνά διαταραχές της ηπατικής βιοχημείας και δεικτών φλεγμονής, οι οποίες φαίνεται να έχουν προγνωστική αξία στην έκβαση των ασθενών.

Σκοπός-Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη 1038 ασθενών (608 άνδρες, ηλικία 63,5±17 έτη) που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Λοιμώξεων του Λαϊκού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών. Έγινε καταγραφή κλινικών και εργαστηριακών

μεταβλητών, ενώ εκτιμήθηκαν κατά την εισαγωγή η διακριτική ικανότητα των: 1) liver-based σκορς: α) AST to platelet ratio index (APRI), β) Fibrosis-4 score (FIB-4), γ) albumin-bilirubin grade (ALBI), δ) AST to ALT ratio (AAR), ε) INR to albumin ratio (IAR) και στ) γ-GT to PLT ratio (GPR) και 2) inflammatory-based σκορς: α) neutrophils to lymphocytes ratio (NLR), β) CRP to albumin ratio (CAR), γ) fibrinogen to albumin ratio (FAR) και δ) D-dimers to albumin ratio (DAR). Έγινε υπο-ανάλυση των ίδιων σκορς στην ομάδα των ασθενών με πιθανή NAFLD [Hepatic Index Steatosis (HIS)>36].

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας 11,9% των ασθενών απεβίωσαν. Στο σύνολο των ασθενών, η φερριτίνη (HR: 1,002, p<0.001) και τα FIB-4 (HR: 1,11, p=0,004), APRI (HR: 1.097, p=0,026), IAR (HR: 2,23, p=0,007) και CAR (HR: 1,012, p=0,002) σκορς αποτέλεσαν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου θνητότητας με το FIB-4 (AUC: 0,75) να έχει την καλύτερη διακριτική ικανότητα. Οι τιμές της LDH (HR: 1,001, p=0,016) και το CAR (HR: 1,012, p<0,001) συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με την ανάγκη διασωλήνωσης. 106 (10,2%) ασθενείς εμφάνισαν οξεία νεφρική βλάβη (AKI) κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και τα ALBI (HR: 0,19, p=0,005), IAR (HR: 2,59, p<0,001) και NLR (HR: 1,033, p<0,001) αποτέλεσαν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου AKI. Στην υπο-ομάδα των ασθενών με πιθανή NAFLD, το inflammatory-based σκορ CAR, ήταν ο μοναδικός ανεξάρτητος παράγοντας σχετιζόμενος με την ανάγκη διασωλήνωσης (HR: 1.016, p=0.007) με πολύ καλή διακριτική ικανότητα (AUC: 0.78), εμφάνισης AKI (HR: 1.017, p=0.002), καθώς και θνητότητας (HR: 1.014, p=0.021) με επίσης πολύ καλή διακριτική ικανότητα (AUC: 0.76).

Συμπεράσματα: Για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία συγκρίθηκαν στον ίδιο πληθυσμό ασθενών με COVID-19 διαφορετικά liver- και inflammatory-based σκορς αναδεικνύοντας την προγνωστική αξία του FIB-4 στο σύνολο των ασθενών, αλλά και (παραδόξως) του CAR στην υπο-ομάδα των ασθενών με πιθανή NAFLD.

ΕΑ18: Η ΜΥΟΣΤΕΑΤΩΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΣΥΝΗΘΩΣ ΜΕ ΤΗΝ ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΑ Η/ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΠΑΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Γελαδάρη Ε.¹, Αλεξόπουλος Θ.¹, Μάνη Η.¹, Κοντογιάννη Μ.², Βασιλείβα Α.¹, Τσίγκας Α.Π.², Τέντα Ρ.², Στρουμπούλη Ευ.³, Αλεξοπούλου Α.¹

1. Β' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
2. Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο
3. Τμήμα Ακτινολογίας, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Στον πρόσφατο ορισμό της σαρκopenίας περιλαμβάνεται και η μείωση της ποιότητας του μυός

(European Working Group on *Sarcopenia* in Older People- EWGSOP2 κριτήρια). Η μείωση της ποιότητας του μυός συνήθως εκφράζεται ως αύξηση της ποσότητας του ενδομυϊκού λίπους ή αλλιώς μυοστεατώση. Ωστόσο ο ρόλος της μυοστεατώσης ανευ σαρκopenίας αλλά και όταν παρουσιάζεται στην σαρκopenία χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Σκοπός: Η εκτίμηση του επιπολασμού της μυοστεατώσης σε ένα δείγμα ασθενών με κίρρωση του ήπατος.

Μέθοδος: Καταγράφηκαν τα επιδημιολογικά στοιχεία και οι παράμετροι της βαρύτητας της ηπατικής νόσου. Υπολογίστηκε η μυϊκή μάζα με ανθρωπομετρικές μετρήσεις και έγινε αξονική τομογραφία από την οποία υπολογίστηκε ο δείκτης σκελετικής μάζας (Skeletal muscle Index, SMI cm²/m²), σπλαχνικού (VATI cm²/m²) και υποδόριου λίπους (SATI cm²/m²), ο λόγος τους (VSR) και η μυοστεατώση (πυκνότητα μυός < 33 Hounsfield Units-HU) μέσω του λογισμικού Tomovision Sliceomatic 4.3. Η σαρκopenία διαγνώσθηκε με τα κριτήρια EWGSOP2 και η ευπάθεια βάσει του ηπατικού δείκτη ευπάθειας (Liver frailty index-LFI).

Αποτελέσματα: Περιελήφθησαν 167 διαδοχικοί κίρρωτικοί ασθενείς (67,6% άνδρες), 65,3% με μη αντιρροπούμενη κίρρωση, 43,1% αιθυλικής, 23,4% ιογενούς και 33,5% ποικίλης τομολογίας. Στο σύνολο των ασθενών, το 59,3% (N=99), είχαν μυοστεατώση ανεξαρτήτως σαρκopenίας, το 43,1% (N=72) ήταν σαρκopenικοί και το 29,3% ευπαθείς. Ο επιπολασμός της μυοστεατώσης ήταν υψηλότερος στους σαρκopenικούς συγκριτικά με τους μη σαρκopenικούς (84,7% έναντι 40%, p<0.001) και στους ευπαθείς (81,6% έναντι 50% στους μη ευπαθείς, p<0,001).

Οι ασθενείς με μυοστεατώση συγκριτικά με αυτούς χωρίς, ήταν συχνότερα γυναίκες (42,4% έναντι 17,6%, p=0.001), άτομα ≥60 ετών (58,6% έναντι 39,7%, p=0.012), είχαν υψηλότερα ποσοστά μη αντιρροπούμενης κίρρωσης (71,7% έναντι 55,9%, p=0,026), σαρκopenίας (61,6% έναντι 16,2%, p<0.001) και ευπάθειας [LFI 4,3 (3,8-5,2) έναντι 3,8 (3,3-4,3), p<0.001] και μειωμένη φυσική απόδοση (short physical performance battery-SPPB) [10 (5-11) έναντι 10 (11-12), p<0.001]. Επίσης, οι ασθενείς με μυοστεατώση είχαν υψηλότερους δείκτες VATI [55,4 (36,6-75,7) έναντι 32,8 (20,7-56,6), p<0.001], SATI [63,3 (37,0-95,1) έναντι 46,8 (28,7-66,8), p=0.005], VSR [0,99 (0,54-1,4) έναντι 0,69 (0,43-1,18), p=0.024] και αυξημένη CRP [9 (2,8-24) έναντι 3,9 (1,3-7,6), p=0.001]. Η αιτιολογία της ηπατικής νόσου και η παχυσαρκία δεν διέφερε μεταξύ των ομάδων.

Συμπέρασμα: Στο δείγμα που εξετάστηκε παρατηρήθηκε υψηλός επιπολασμός μυοστεατώσης. Η παρουσία μυοστεατώσης συσχετιζόταν με την ηλικία, το γυναικείο φύλο, τη σαρκopenία και την ευπάθεια. Η ανεξάρτητη επίδραση της μυοστεατώσης σε κλινικές εκβάσεις της νόσου αξίζουν περαιτέρω διερεύνησης.

ΕΑ19: FAS/FAS LIGAND ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΑΠΟΠΤΩΣΗ CD8(+) ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΟΝ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ ΕΓΚΥΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β (ΧΗΒ) ΚΑΙ ΥΨΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΙΑΙΜΙΑΣ

Μανδηλαρά Δ.¹, Ασπιώτη Μ.², Πάντζιος Σ.¹, Μπάργλα Γ.³, Συρίχα Α.⁴, Σταματάκης Α.⁵, Ελευσινιώτης Ι.⁶

1. Ειδικεύομενος Παθολογίας, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα
2. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια, Ε.Κ.Π.Α., Εργαστήριο Βιολογίας, Τμήματος Νοσηλευτικής, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα
3. Γαστρεντερολόγος, Ακαδημαϊκή Υπότροφος, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα
4. Ειδική Παθολόγος, Επιμελήτρια Β', Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα
5. Καθηγήτρια Βιολογίας, Τμήματος Νοσηλευτικής, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα
6. Διευθυντής-Καθηγητής Παθολογίας-Ηπατολογίας, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Εισαγωγή: Η κύηση χαρακτηρίζεται από ανοσολογικές μεταβολές σε επίπεδο συστηματικής αλλά και ομφαλοπλακουντιακής κυκλοφορίας, με μείωση των CD8 και επικράτηση των Th2 λεμφοκυττάρων. Το μονοπάτι Fas/Fas-Ligand εμπλέκεται στη διαδικασία της απόπτωσης και κατέπλεκατο στη ρύθμιση της ομοιοστασίας του ανοσοποιητικού συστήματος, η διατήρηση της οποίας είναι απαραίτητη προς αποφυγή αποβολής του κύματος. Πιθανή συσχέτιση του ιικού φορτίου γυναικών με ΧΗΒ και των ανωτέρων ανοσολογικών μεταβολών δεν έχει επαρκώς μελετηθεί.

Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 50 γυναίκες με ΧΗΒ (13 με HBV-DNA >100.000 IU/ml, 37 με HBV-DNA <100.000 IU/ml κατά την περιγεννητική περίοδο) που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό (>37 εβδοδ.). Ελήφθη αίμα ομφαλίου λώρου για έλεγχο HBV-DNA καθώς και πλακουντιακός ιστός για ιστοχημική χρώση Αιματοξυλίνης-Ηωσίνης, ανοσοϊστοχημεία (HBsAg, HBeAg, anti-CD3, anti-CD4 και anti-CD8) και διπλό ανοσοφθορισμό (CD8 & CD28, CD8 & anti-Fas, CD8 & anti-Fas Ligand) με τη βοήθεια ειδικών μονοκλωνικών και πολυκλωνικών αντισωμάτων, με στόχο την κατηγοριοποίηση των υποπληθυσμών των T-λεμφοκυττάρων που ευρίσκονται στην περιοχή του φθαρτού και των χοριακών λαχνών, καθώς και τη διερεύνηση ύπαρξης αποπτωτικής διαδικασίας.

Σκοπός: Συσχέτιση των υποπληθυσμών των T-λεμφοκυττάρων στον πλακούντα γυναικών με ΧΗΒ με τα επίπεδα ιαμίας τους (HBV-DNA) κατά την περιγεννητική περίοδο και την παρουσία ή απουσία HBV-DNA στο αίμα

του ομφαλίου λώρου.

Αποτελέσματα: Το HBV-DNA του ομφαλίου λώρου ήταν θετικό σε 10 και αρνητικό σε 40 δείγματα και παρουσίαζε ισχυρά θετική συσχέτιση με τα επίπεδα ιαμίας της μητέρας ($p=0.001$). Η παρουσία των CD8(+) κυττάρων του φθαρτού ήταν σημαντικά υψηλότερη σε γυναίκες με χαμηλή, σε σχέση με αυτές με υψηλή ιαμία (11.25 ± 7.2 vs 6.46 ± 3.84 HPF, $p=0.043$, αντίστοιχα) καθώς και αντίστοιχα με απουσία ή παρουσία HBV-DNA στο αίμα του ομφαλίου λώρου (11.00 ± 6.45 vs 4.86 ± 3.00 HPF, $p=0.011$). Από την μελέτη των διπλών ανοσοφθορισμών προέκυψε εμφανής διαφορά ανάμεσα στο ποσοστό των CD8(+) κυττάρων που ήταν CD8(+)/Fas(+), καθώς και αυτών που ήταν CD8(+)/Fas Ligand(+), σε σχέση με το ποσοστό των CD8(+)/CD28(+) κυττάρων, όπου τα CD8(+) κύτταρα που εξέφραζαν τα προαποπτωτικά μόρια Fas και Fas Ligand ήταν τουλάχιστον πενταπλάσια εκείνων που εξέφραζαν το συνδιεγερτικό μόριο επιβίωσης CD28. Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των διπλά θετικών κυττάρων CD8(+)/CD28(+) ήταν χαμηλό και στις δύο εξεταζόμενες ομάδες. Στατιστικά σημαντικές διαφορές αναγνωρίστηκαν στην περιοχή του φθαρτού ανάμεσα στις δύο ομάδες. Αναλυτικά, η ομάδα με χαμηλή ιαμία εμφάνιζε μεγαλύτερο ποσοστό λεμφοκυττάρων με φαινότυπο CD8(+)/CD28(+) και μεγαλύτερο ποσοστό λεμφοκυττάρων με φαινότυπο CD8(+)/Fas Ligand(+) από ό,τι η ομάδα με υψηλή ιαμία, ενώ η ομάδα με υψηλή ιαμία εμφάνιζε μεγαλύτερο ποσοστό CD8(+)/Fas(+) λεμφοκυττάρων από ό,τι η ομάδα με χαμηλή ιαμία. Το βάρος γέννησης των νεογνών ήταν συγκρίσιμο μεταξύ γυναικών με υψηλή ή χαμηλή ιαμία (3.158 vs 3.287 kg, $p=0.428$, αντίστοιχα) καθώς και με παρουσία ή απουσία HBV-DNA στο αίμα του ομφαλίου λώρου (3.170 vs 3.391 kg, $p=0.39$, αντίστοιχα). Αποτυχία ανοσοπροφύλαξης δεν παρατηρήθηκε σε κανένα από τα νεογνά.

Συμπεράσματα: Η παρουσία HBV-DNA στο αίμα του ομφαλίου λώρου, που συμβαίνει συχνότερα επί υψηλών επιπέδων ιαμίας της μητέρας, μειώνει την CD8(+) T-λεμφοκυτταρική διήθηση του φθαρτού, πιθανότατα με ενεργοποίηση του αποπτωτικού μηχανισμού Fas/ FasL, προστατεύοντας το κύημα από την επιβλαβή κυτταροτοξική δράση. Η συμμετοχή του παρατηρηθέντος φαινομένου στην πρόληψη της ενδομήτριας μετάδοσης της λοίμωξης χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

**ΕΑ20: ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ
ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ: ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΝΕΑΣ
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ WHO 2019 ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ TNM**

Δημοπούλου Κ.¹, Μυωτέρη Δ.², Μπούκλας Δ.², Κόντης Ι.³,
Λυκούδης Π.⁴, Νάστος Κ.⁴, Φραγκουλίδης Γ.³,
Βεζάκης Α.³, Δελλαπόρτας Δ.⁵, Κωνσταντουλάκης Μ.³,
Αρκαδόπουλος Ν.⁵, Τηνιακού Κ.²

1. Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα
2. Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα
3. Β' Χειρουργική Κλινική, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα
4. Γ' Χειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα
5. Δ' Χειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Εισαγωγή: Η πρόσφατη παθολογοανατομική ταξινόμηση του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος (ΗΚΚ) από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organisation, WHO 2019) περιλαμβάνει νέους υπότυπους με ιδιαίτερα κλινικά, ιστολογικά και μοριακά χαρακτηριστικά προσθέτοντας σημαντικά στοιχεία για την πρόγνωση, μορφομοριακή ταξινόμηση και ανταπόκριση σε σύγχρονες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η αναγνώριση των νέων υποτύπων ΗΚΚ προσφέρει σημαντικές προγνωστικές πληροφορίες και η ενσωμάτωσή τους στην κλινική πράξη μπορεί να βελτιώσει τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών.

Σκοπός: Ιστολογικό υλικό από θεραπευτικές ηπατεκτομές για ΗΚΚ ανασκοπήθηκε κεντρικά με στόχο την παθολογοανατομική επαναταξινόμηση των όγκων με βάση την ταξινόμηση WHO 2019, τη σύγκριση με τα αποτελέσματα προηγούμενων ταξινόμησεων WHO και την εκτίμηση της συχνότητας νέων υποτύπων ΗΚΚ.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά 73 ασθενείς (60 άνδρες, 13 γυναίκες), διάμεσης ηλικίας 72 έτη (IQR: 64-76) με ΗΚΚ σταδίου BCLC O-C σε έδαφος χρόνιας ιογενούς ηπατίτιδας Β (30 %) ή C (8%), λιπώδους νόσου ήπατος μεταβολικής αιτιολογίας (27%) ή σχετιζόμενης με αλκοόλ (3%), ενώ 32% είχαν άλλα ή άγνωστα αίτια. Το ΗΚΚ ήταν μονήρες σε 63% και με μέγιστη διάμετρο 5-10 εκ σε 49% των ασθενών. Χειρουργική εκτομή διενεργήθηκε στη Β' Χειρουργική Κλινική, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ το διάστημα 2001-2018. Το διαγνωστικό αρχειακό υλικό (ιστολογικά πλακίδια με χρώση αιματοξυλίνης-ηωσίνης και ανοσοϊστοχημικές χρώσεις, ιστολογικές εκθέσεις) ανακτήθηκε από το Παθολογοανατομικό Εργ/ριο, Αρεταίου Νοσοκομείου, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

Πραγματοποιήθηκε κεντρική ανασκόπηση και επανεκτίμηση του ιστικού υλικού ΗΚΚ για υποτυποποίηση, βαθμολόγηση ιστολογικής διαφοροποίησης (grade) σύμφωνα με τη WHO

2019, σταδιοποίηση κατά TNM 2017, εκτίμηση ειδικών ιστολογικών χαρακτηριστικών με προγνωστική σημασία και αξιολόγηση του μη νεοπλασματικού ήπατος. Στη στατιστική ανάλυση ορίστηκε ως σημαντική η τιμή $p < 0.05$.

Αποτελέσματα: Είκοσι-δύο ΗΚΚ (30%) επαναταξινομήθηκαν σε νέους υπότυπους σε σχέση με την αρχική ιστολογική έκθεση: μεγαλοδοκιδώδης μαζικός 14/73 (19%), στεατοηπατιδικός 4/73 (5.5%), χρωμόφοβος 2/73 (2.7%), πλούσιος σε λεμφοκύτταρα 1/73 (1.4%) και πλούσιος σε ουδετερόφιλα 1/73 (1.4%). Σε 48% (35/73) των ΗΚΚ τροποποιήθηκε το grade: 21 ΗΚΚ είχαν διαγνωσθεί αρχικά ως grade 1, 27 ως Grade 2 και 25 ως Grade 3 ενώ μετά την ιστολογική επανεκτίμηση 3 παρέμειναν Grade 1 ($p < 0.001$), ενώ 48 εκτιμήθηκαν ως grade 2 ($p < 0.001$) και 22 ως Grade 3. Αλλαγή σταδίου TNM από I σε II παρατηρήθηκε σε 16/73 ΗΚΚ (22%) ($p < 0.001$). Το κύριο ιστολογικό πρότυπο ανάπτυξης επανεκτιμήθηκε ως συμπαγές (48%), δοκιδώδες (36%) ή ψευδοαδενικό (16%). Σε 49/73 (67%) ΗΚΚ αναγνωρίστηκε μικροαγγειακή διήθηση. Στο μη νεοπλασματικό ηπατικό παρέγχυμα παρατηρήθηκε στεάτωση (42.5%), στεατοηπατίτιδα (20.5%), χρόνια φλεγμονή (71%) και ίνωση (F0 29%, F1 22%, F2 12%, F3 10%, F4 27% κατά Scheuer, Kleiner ή SALVE).

Συμπεράσματα: Η κεντρική παθολογοανατομική ανασκόπηση και η εκτίμηση κατά WHO 2019 τροποποιεί το βαθμό ιστολογικής διαφοροποίησης περίπου στο 1/2 και τη σταδιοποίηση κατά TNM 2017 στο 1/4 των εκταμένων ΗΚΚ. Μεγάλος αριθμός ΗΚΚ (1/3) ταξινομούνται πλέον σε ιστολογικούς υπότυπους με προγνωστική ή/και προβλεπτική σημασία σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και ενίοτε γνωστό μοριακό υπόβαθρο προσφέροντας βάση για σύγχρονες στοχεύουσες θεραπείες.

**ΕΑ21: ΜΕΛΕΤΗ ΜΗ-ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ
ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ
ΜΗ-ΑΛΚΟΟΛΙΚΗΣ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ**

Σαββίδου Σ.¹, Αγοραστός Π.¹, Χυτίρογλου Π.², Γουλής Ι.¹

1. Δ' Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
2. Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Καθώς ο επιπολασμός της μη-αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος συνεχίζει να αυξάνεται παγκοσμίως, πρωταρχική ανάγκη αποτελεί η αναγνώριση ασθενών με μη-αλκοολική στεατοηπατίτιδα (NASH) που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για εξέλιξη σε κίρρωση. Με αυτό το σκοπό χρησιμοποιούνται ευρέως τα τελευταία χρόνια διάφοροι μη-επεμβατικοί βιοδείκτες, όπως το Fibrosis-4 (FIB-4) και το NAFLD Fibrosis score (NFS), αλλά και νεότεροι, πιο ειδικοί, όπως το σκορ Fibroscan-AST (FAST), που αποτελεί συνδυασμό της AST με τις ελαστογραφικές παραμέτρους της ηπατικής

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ακαμψίας (Liver Stiffness Measurement, LSM) και της ηπατικής στεάτωσης (Controlled Attenuation Parameter, CAP).

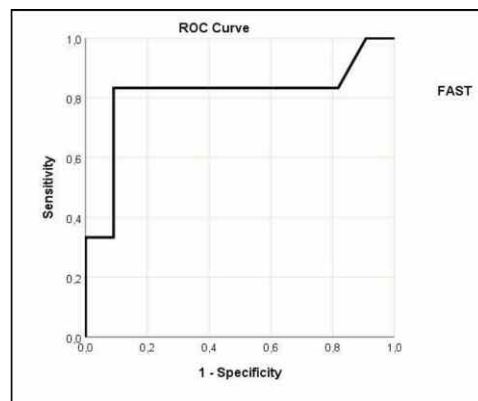
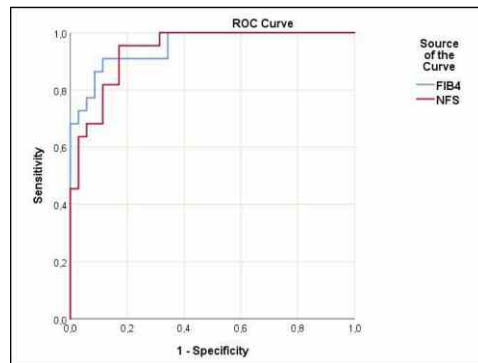
Σκοπός: Να μελετήσουμε τη διαγνωστική ακρίβεια των μη-επεμβατικών σκορ σε σειρά ασθενών με ιστολογικά επιβεβαιωμένη NASH.

Μέθοδοι: Καταγράφηκαν ασθενείς του Ηπατολογικού Ιατρείου Ιπποκράτειου Θεσσαλονίκης με ιστολογικά επιβεβαιωμένη NASH, τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, η ιστολογία και το βιοχημικό τους προφίλ (AST, ALT, γGT, PLT, αλβουμίνη). Υπολογίστηκαν αναδρομικά τα σκορ FIB-4 και NFS, ενώ σε υποομάδα ασθενών συνεκτιμήθηκαν αποτελέσματα σύγχρονης ηπατικής ελαστογραφίας που διενεργήθηκε με Fibroscan® mini+430 (M/XL probes) και υπολογίστηκε το σκορ FAST. Για την εκτίμηση της διαγνωστικής ακρίβειας, λήφθηκαν τα ισχύοντα cut-off limits από τη διεθνή βιβλιογραφία, ήτοι FIB-4 >2,67 και NFS >0,676 για ανίχνευση προχωρημένης ίνωσης (F≥3), ενώ FAST≥0,67 για ανίχνευση σοβαρής στεατοηπατίτιδας [NAFLD Activity Score (NAS) ≥4 + F≥2].

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 133 ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένη NASH με τα εξής χαρακτηριστικά: 51 (38,3%) άνδρες /82 (61,7%) γυναίκες, μέση ηλικία 64,5±13,4 έτη, BMI 30,6±5,1 kg/m², παρουσία σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε 32 (24,1%) ασθενείς. Από την ιστολογία: F0 21 (15,8%), F1 37 (27,8%), F2 23 (17,3%), F3 22 (16,5%), F4 30 (22,6%) και NAS ≥4 σε 39 ασθενείς (29,3%). Από τις εργαστηριακές εξετάσεις: διάμεση τιμή AST 45 U/L (IQR 32-66), ALT 67 U/L (IQR 42-107), γGT 76 U/L (IQR 40-123), PLT 211 x10³/L (IQR 146-260), αλβουμίνη ορού 4,5 g/dL (IQR 4,1-4,7). Τα σκορ FIB-4 και NFS υπολογίστηκαν σε 1,28 vs. 4,6 και -1,86 vs. 1,37 για ήπια (F≤2) και προχωρημένη ίνωση (F≥3), αντίστοιχα (p<0,001). Το σκορ FAST προσδιορίστηκε σε υποομάδα 17 ασθενών με NASH με τα εξής επιμέρους χαρακτηριστικά: 6 άνδρες/11 γυναίκες, ηλικία 52,6±14,4 έτη, BMI 30,1±3,9 kg/m², AST 41U/L (IQR 33-62), ALT 64U/L (IQR 49-87), γGT 124U/L (IQR 71-220), PLTs 240 x10³/μL (IQR 204-266), αλβουμίνη ορού 4,4 g/dL (IQR 4,3-4,6). Κατανομή των σταδίων F0-F4 σε 4 (23,5%), 5 (29,4%), 2 (11,8%), 3 (17,6%) και 3 ασθενείς (17,6%) αντίστοιχα, ενώ 6/17 (35,3%) ασθενείς εκτιμήθηκαν με σοβαρή NASH (NAS ≥4 και F≥2). Από την ηπατική ελαστογραφία: LSM 10,1 kPa (IQR 5,5-12,1) και CAP 294 dB/m (IQR 273-321). Η διάμεση τιμή FAST κυμάνθηκε σε 0,40 (IQR 0,25-0,70) με υψηλότερες καταγραφόμενες τιμές σε ασθενείς με σοβαρή στεατοηπατίτιδα [0,70 (0,69-0,80) vs. 0,33 (0,24-0,41), Mann-Whitney test, p=0,039]. Στο σύνολο του δείγματος: AUROC για τον δείκτη FIB-4 0,916 (95% 0,861-0,970), p<0,001 και για NFS 0,945 (95% 0,895-0,995), p<0,001. Για την υποομάδα των 17 ασθενών, AUROC για σκορ FAST 0,811 (95% CI 0,545-1), p=0,039. [Γραφήματα].

Συμπεράσματα: Οι μη-επεμβατικοί δείκτες FIB-4 και NFS αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για τον εντοπισμό ασθενών NASH με προχωρημένη ίνωση, ενώ το νεότερο σκορ FAST θεωρείται αξιόπιστο για την ανίχνευση ασθενών με

σοβαρή στεατοηπατίτιδα και ενδεχομένως κατάλληλων υποψηφίων για κλινικές μελέτες.



EA22: ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (ΗΚΚ) ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΠΡΩΙΜΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ HELLENIC LIVER CANCER REGISTRY (HE.LI.CA.RE) ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΗΠΑΤΟΣ (Ε.Ε.Μ.Η)

Ελευσινιώτης Ι.¹, Σινάκος Εμμ.², Σαμωνάκης Δ.³, Γατσέλης Ν.⁴, Ντόιτς Μ.⁵, Πάντζιος Σπ.³, Ουρανός Κ.², Γιανναράκης Μ.³, Βατίδης Γ.⁴, Σπανουδάκη Α.⁵, Συρίχα Α.¹, Πλέκη Στ.², Γαλάνης Π.¹, Νταλέκος Γ.⁴, Γουλής Ι.²

1. Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική- Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι»
2. Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
3. Ιατρείο Ηπατωμάτων και Μεταμοσχεύσεων Ήπατος, Γαστρεντερολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ηρακλείου Κρήτης
4. Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν. Λάρισας
5. Β' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Σκοπός: Καταγραφή των βασικών χαρακτηριστικών των ασθενών με ΗΚΚ στην χώρα μας και ανίχνευση της επίδρασης των προγραμμάτων επιτήρησης στην πρώιμη διάγνωση.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 119 ασθενείς με ΗΚΚ (95 άνδρες, διάμεση ηλικία=71 έτη, διάμεσο BMI=26.88, 90 κίρρωτικοί) προσερχόμενοι από 5 Ηπατολογικά Κέντρα της χώρας με ημερομηνία διάγνωσης από 2013 έως 2021. Σε πρόγραμμα επιτήρησης ΗΚΚ ήταν 44 κίρρωτικοί ασθενείς. Ιστολογική επιβεβαίωση υπήρχε σε 68 (57.14%) ασθενείς, 88 είχαν διαθέσιμη τιμή ΑΡΡ ενώ 17 (14.3%) είχαν μακροαγγειακή διήθηση και 10 (8.4%) εξωηπατική εντόπιση της νόσου κατά τη διάγνωση.

Αποτελέσματα: Χρόνια ιογενή ηπατίτιδα είχαν 65/119 (54.6%) ασθενείς (40 HBV, 23 HCV, 2 HDV), σε 41 (34.5%) υπήρχε ιστορικό NAFLD ή/και ALD και σε 13 ασθενείς το ΗΚΚ αναπτύχθηκε σε έδαφος άλλης χρόνιας ηπατικής νόσου (1 ΑΙΗ, 1 ΡΒC, 2 αιμοχρωμάτωση, 1 Budd-Chiari, 1 μυελοίνωση, 1 καρδιακό ήπαρ) ή κρυψγενώς (6). Υπέρταση παρουσίαζαν 61 ασθενείς, σακχαρώδη διαβήτης 34, δυσλιπιδαιμία 24 και συνολικά 60 ήταν ενεργοί (18) ή πρώην καπνιστές. Μεταξύ κίρρωτικών και μη-κίρρωτικών ασθενών δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα βασικά χαρακτηριστικά και τις συννοσηρότητες με εξαίρεση την αιτιολογία της χρόνιας ηπατικής νόσου (50% NAFLD σε μη-κίρρωτικούς vs 34.8% σε κίρρωτικούς). Η μέση τιμή της ΑΡΡ ήταν 9.482 και η διάμεση 15.15 ng/ml, ενώ 19/88 (21.6%) ασθενείς είχαν τιμή ΑΡΡ >400 ng/ml. Από τους 65 κίρρωτικούς ασθενείς με διαθέσιμα δεδομένα Child και MELD-Na scores, 50 (76.9%) ήταν Child-A, 13 (20%) Β και 2 (3%) C ενώ το

ενδιάμεσο MELD-Na score ήταν 10. Από τους 79 κίρρωτικούς ασθενείς με διαθέσιμα δεδομένα BCLC σταδίου, 6 (7.6%) ήταν σταδίου 0, 23 (29.1%) Α, 31 (39.2%) Β, 15 (19%) C και 4 (5%) σταδίου D κατά την διάγνωση. Η διάγνωση σε κίρρωτικούς υπό επιτήρηση ήταν σε πρωιμότερα BCLC στάδια (0=11.1%, Α=40.74%, Β=33.3%, C=14.8%) σε σχέση με αυτούς εκτός προγράμματος επιτήρησης (0=5.7%, Α=20%, Β=40%, C=28.6%, D=5.7%, p=0.02). Σε ηπατεκτομή είχαν υποβληθεί 22 ασθενείς, σε μεταμόσχευση 2, σε κατάλυση με ραδιοκύματα 19, σε ενδοαρθριακό χημειοεμβολισμό 44, ενώ συστηματική θεραπεία με atezolizumab/bevacizumab είχαν λάβει 35, με sorafenib 18, με regorafenib 4 και με cabozatinib 11 ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η πλειονότητα των ασθενών με ΗΚΚ στην χώρα μας είναι κίρρωτικοί με τις χρόνιες ιογενείς ηπατίτιδες να απαντώνται σε περισσότερες από το 50% των περιπτώσεων. Σημαντικό καταγράφεται το ποσοστό των περιπτώσεων ΗΚΚ σε έδαφος NAFLD ιδιαίτερα σε μη-κίρρωτικούς ασθενείς. Ασθενείς που βρίσκονται υπό προγράμματα επιτήρησης ΗΚΚ σε Ηπατολογικά Ιατρεία διαγιγνώσκονται συχνότερα σε πρώιμα στάδια και δύναται να τύχουν καλύτερης αντιμετώπισης και πρόγνωσης. Σημαντικό ποσοστό ασθενών του registry (57%) λαμβάνουν συστηματική θεραπεία.

EA23: ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΤΕΖΟΛΙΖΟΥΜΑΒ/ΒΕΒΑΚΙΖΟΥΜΑΒ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ (ΗΚΚ) ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Συρίχα Α.¹, Μπάρα Γ.², Μανδηλαρά Δ.³, Πάντζιος Σ.³, Κουτραφούρης Ι.³, Παναγιωτούννη Μ.³, Σταθοπούλου Ι.², Παταγεωργίου Ε.¹, Ελευσινιώτης Ι.⁴

1. Ειδικός Παθολόγος, Επιμελήτρια Β', Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική- Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα
2. Γαστρεντερολόγος, Ακαδημαϊκή Υπότροφος, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική- Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα
3. Ειδικευόμενος Παθολόγος, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική- Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα
4. Διευθυντής-Καθηγητής Παθολογίας-Ηπατολογίας, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική- Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Εισαγωγή: Ένα νέο όπλο στη θεραπευτική μας φαρέτρα για την αντιμετώπιση του ΗΚΚ αποτελεί η χορήγηση ενδοφλέβιας αγωγής με atezolizumab/bevacizumab .Καθώς έχει προσφάτως εγκριθεί ως θεραπεία ασθενών με ΗΚΚ, δεν υπάρχουν δεδομένα από τη χρήση της στην κλινική πράξη. **ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν

όλοι οι ασθενείς με ΗΚΚ που έλαβαν atezolizumab/bevacizumab στο κέντρο μας στο χρονικό διάστημα μεταξύ 05/2020-02/2022.

Σκοπός: Να εκτιμήσουμε την αποτελεσματικότητα αλλά και την ασφάλεια των δύο αυτών φαρμάκων μετά από τη χορήγησή τους σε ασθενείς με ΗΚΚ.

Αποτελέσματα: Καταγράψαμε τα δεδομένα για 24 ασθενείς με προχωρημένο, μη χειρουργήσιμο ΗΚΚ, σταδίου BCLC B/C σε ποσοστά 38%/58% αντιστοίχως, διαμέσου MELD 7 (6-17) και σταδίων Child A και B σε ποσοστά 92% και 8% αντιστοίχως. Η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν τα 68 έτη(50-90) και το 83% ήταν άνδρες με ιστορικό τοπικοπεριοχικής/συστηματικής θεραπείας /προηγούμενου χειρουργείου σε ποσοστά 50%/ 21%/ 33% αντιστοίχως. Η διάμεση διάρκεια θεραπείας atezolizumab/bevacizumab ήταν 6 μήνες (1-21) και ο διάμεσος αριθμός κύκλων 6 (1-18). Πλήρη ανταπόκριση βάσει κριτηρίων mRECIST εμφάνισαν οι 4/18 (22%), μερική ανταπόκριση οι 3/18(17%),σταθερή νόσο οι 7/18 (39%) και πρόοδο νόσου οι 4/18 (22%) ασθενείς, ενώ η ανταπόκριση δεν αξιολογήθηκε σε 6 ασθενείς που ξεκίνησαν πρόσφατα θεραπεία ή διέκοψαν πολύ πρώιμα λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών (ΑΕ). Από αυτούς απεβίωσαν οι 1/4 (25%),2/3(67%),0/7(0%) και 2/4(50%) αντιστοίχως. Συνολικά, ΑΕ παρατηρήθηκαν σε 16/24(67%) και σε 8/24 (33%) ασθενείς οδήγησαν σε οριστική διακοπή θεραπείας. Τα αίτια διακοπής περιελάμβαναν: κόπωση (3/24),πνευμονική εμβολή(2/24),θυρεοειδίτιδα Hashimoto (1/24), αμυλασσαιμία (1/24), κολίτιδα(1/24), πρωτεϊνουρία (1/24), περιεδρικό απόστημα(1/24),αιματοουρία(1/24) και αιμοπεριτόναιο(1/24). Μη ανοχή του bevacizumab και συνέχιση με μονοθεραπεία atezolizumab παρατηρήθηκε σε 1/24 (4%) ασθενείς. Επιπλέον, χορηγήθηκε κορτιζονοθεραπεία για αντιμετώπιση ΑΕ σε 2/24 ασθενείς. Σε 2 /24 ασθενείς παρατηρήθηκε επιδείνωση Child και Meld .Μελετήσαμε επίσης, το CRAFTY Score σε όλους τους ασθενείς και διαπιστώσαμε ότι Score 0 είχαν 10/24 ασθενείς, Score 1 οι 9/24 και Score 2 οι 5/24.Από εκείνους που είχαν Score 0 απεβίωσαν οι 2/10 (20%), ενώ από τα score 1 και 2, οι 1/9 (11%) και 3/5 (60%) αντιστοίχως.

Συμπεράσματα: Ενθαρρυντικά φαίνεται να είναι τα αποτελέσματα ως προς την ανταπόκριση και το προφίλ ασφάλειας από τη χρήση της συνδυασμένης αυτής θεραπείας σε ασθενείς με ΗΚΚ στην κλινική πράξη αφού τα 2/3 των ασθενών συνεχίζουν την αγωγή και περίπου το 40% παρουσιάζουν πλήρη ή/και μερική ανταπόκριση. Νέες μελέτες αναμένονται στο μέλλον σε όλο και μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

ΕΑ24: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΕΚΤΟΜΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΥΣΗΣ ΜΕ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Δωροβίνης Π.¹, Κεραμίδα Μ.¹, Κύκαλος Σ.¹, Σταμόπουλος Π.¹, Μαχαίρας Ν.¹, Σωτηρόπουλος Γ.¹

1. Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ε.Κ.Π.Α.

Εισαγωγή: Το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ) είναι η πιο συχνή πρωτοπαθής κακοήθεια του ήπατος, που σχετίζεται με υψηλό ποσοστό υποτροπής μετά από εκτομή ή κατάλυση με ραδιοσυχνότητες. Ελλείψει δομημένου αλγορίθμου για ασθενείς με υποτροπιάζοντα HCC (rHCC), η επανάληψη της εκτομής παραμένει η θεραπεία εκλογής.

Σκοπός: Ο στόχος της μετανάλυσής μας είναι να συγκρίνουμε τα βραχυπρόθεσμα και τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της επαναληπτικής εκτομής (RHR) έναντι της κατάλυσης με ραδιοσυχνότητες (RFA) ως θεραπευτική προσέγγιση για το rHCC.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μια συστηματική αναζήτηση στα Medline, Scopus, Google Scholar, Cochrane και Clinicaltrials.gov. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις διεξήχθησαν χρησιμοποιώντας το λογισμικό Review Manager έκδοσης 5.4.

Αποτελέσματα: Δεκαπέντε μελέτες (ομάδα 1136 RHR και 1334 RFA) πληρούσαν τα κριτήρια περιλήψης. Μεταξύ των δύο ομάδων δεν αποτυπώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική επιβίωση(OS) (HR 1,04, 95% CI 0,91 έως 1,18, p=0,59, I²=0%), καθώς και στην επιβίωση ελεύθερη νόσου (DFS) (HR 0,96, 95% CI 0,86 έως 1,08, p=0,48, I²=65%). Η συγκεντρωτική ανάλυση αποκάλυψε μειωμένες πιθανότητες για ανάπτυξη δεύτερης υποτροπής HCC σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε RHR (HR 0,9, 95% C.I. 0,83 έως 0,97, p=0,004, I²=25%). Η συνολική και κύρια νοσηρότητα (Clavien – Dindo ≥III), μετά από συγκεντρωτική ανάλυση, ήταν σημαντικά υψηλότερη στην RHR σε σχέση με την ομάδα RFA (551 έναντι 812, HR 3,30, 95% CI 2,44 έως 4,45, p<0,001, I²=33%), και (818 στο RHR έναντι 1086 RFA, HR 4,23, 96% CI 2,47 έως 7,23, p<0,001, I²=0%) αντίστοιχα. Τα ποσοστά θνητότητας ήταν παρόμοια, αντιστοιχώντας σε 0,5% για την ομάδα RHR έναντι 0,2% για την ομάδα RFA αντίστοιχα (HR 2,42, 95% C.I. 0,78 έως 7,49, p=0,13, I²=0%).

Συμπεράσματα: Η RFA είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική εναλλακτική λύση έναντι της RHR για ασθενείς με rHCC.



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΕΑ25: ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ: ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΙΑΣ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Πλέκη Στ.¹, Ροδοσθένους Κ.¹, Παπαγιουβάννη Ι.¹, Σαββίδου Σ.¹, Αγοραστός Π.¹, Γουλής Ι.¹

1. Δ' Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος (ΗΚΚ) εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από υψηλούς δείκτες θνητότητας παρά τη συνεχιζόμενη πρόοδο στην αντιμετώπισή του.

Σκοπός: Να μελετηθεί η επιβίωση ασθενών με ΗΚΚ και να προσδιοριστούν πιθανοί παράγοντες που την επηρεάζουν.

Μέθοδοι: Καταγράφηκαν συνεχόμενοι ασθενείς που διεγνώστηκαν με ΗΚΚ την τελευταία δεκαετία, τα δημογραφικά τους στοιχεία, το υποκείμενο αίτιο, οι τιμές αρχικής α-φетоπρωτεΐνης (αFP), η σταδιοποίηση κατά τη διάγνωση και ο τρόπος αντιμετώπισης. Τέλος ελέγχθηκαν παράγοντες επιβίωσης με στατιστική μέθοδο Kaplan-Meier.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν συνολικά 113 ασθενείς με ΗΚΚ με τα εξής χαρακτηριστικά: 99 (87,6%) άνδρες /14 (12,4%) γυναίκες, μέση ηλικία κατά τη διάγνωση 64,3±10,7 έτη, διάμεση επιβίωση 18 μήνες (IQR 9-42, εύρος 1-161). Υποκείμενο αίτιο: HBV 47 (41,6%) ασθενείς, HCV 13 (11,5%), HBV-HDV 4 (3,5%), ALD 14 (12,4%), HBV-ALD 4 (3,5%), HCV-ALD 4 (3,5%), NASH 24 (21,2%).

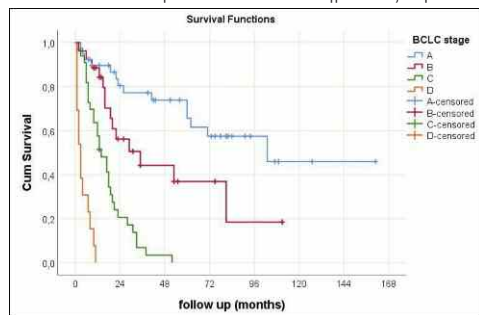
Σταδιοποίηση του ΗΚΚ στη διάγνωση (BCLC, στάδια A-D): 35,4%-23,9%-29,2%-11,5%, με αντίστοιχη επιβίωση (διάμεση τιμή) 47 vs.20 vs.13 vs. 3 μήνες, Kruskal-Wallis, p<0,001. Η ηλικία, το φύλο και οι αρχικές τιμές της αFP δεν βρέθηκε να συσχετίζονται με το στάδιο ή την επιβίωση των ασθενών στα στάδια A-C.

Αντιμετώπιση: 12 ασθενείς (10,6%) υπεβλήθησαν σε χειρουργική αφαίρεση του όγκου, 18 ασθενείς (15,9%) σε μεταμόσχευση ήπατος, 14 ασθενείς (12,4%) σε RF, ενώ η πλειοψηφία των ασθενών (n=60, 53,1%) σε τουλάχιστον μία συνεδρία χημειοθεραπείας. Όσον αφορά στη φαρμακευτική θεραπεία, 32 ασθενείς (28,3%) έλαβαν TKIs (sorafenib ή regorafenib ή cabozantinib) κατά τη διάρκεια της παρακολούθησής τους, ενώ 10 ασθενείς έλαβαν τουλάχιστον 1 έγχυση ανοσοθεραπείας με atezolizumab/bevacizumab (6 ως 1^η γραμμής θεραπεία - 4 ως 2^η γραμμής).

Από τις καμπύλες επιβίωσης Kaplan-Meier ως ανεξάρτητος παράγοντας αναδείχθηκε το στάδιο κατά BCLC (Log rank 112,3 df=3, p<0,001) [Γράφημα], ενώ το υποκείμενο αίτιο δε βρέθηκε να επηρεάζει την επιβίωση.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της εργασίας μας επιβεβαιώνουν παρόμοιες καταγραφές από τη διεθνή βιβλιογραφία, με άνοδο των περτυώσεων ανάπτυξης ΗΚΚ

σε έδαφος NASH και σημαντική αύξηση του ποσοστού ασθενών που υποβάλλονται σε συστηματικές θεραπείες.



ΕΑ26: ΣΥΝΕΠΕΙΣ ΜΕΙΩΜΕΝΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΓΙΑ ΗΚΚ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

Κρανιδιώτη Χ.¹, Βασιλειάδη Σ.¹, Κρανιδιώτης Γ.¹, Καραγιώργος Χ.¹, Αντωνακάκη Π.¹, Σπανουδάκη Α.¹, Παπαδόπουλος Ν.¹, Ντότσις Μ.¹, Μανωλακόπουλος Σ.¹

1. Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος (ΗΚΚ) είναι ο 5^{ος} συχνότερος καρκίνος παγκοσμίως και η τρίτη αιτία θανάτου σχετιζόμενη με καρκίνο. Η χρόνια ιογενής ηπατίτιδα και η κίρρωση συνιστούν τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου. Η επιτήρηση των ασθενών με χρόνια ηπατική νόσηση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης.

Σκοπός: Στόχος της μελέτης είναι η εκτίμηση της συμμόρφωσης στην επιτήρηση για ΗΚΚ σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες, καθώς και οι επιπτώσεις της μη συμμόρφωσης στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση.

Μέθοδοι: Διαδοχικοί ασθενείς του ηπατολογικού ιατρείου τριτοβάθμιου Νοσοκομείου με διάγνωση ΗΚΚ μεταξύ Ιαν 2017-Δεκ 2021 συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση. Δημογραφικά, κλινικά δεδομένα, απεικονιστικές και εργαστηριακές πληροφορίες καταγράφηκαν. Ως πλημμελής επιτήρηση για ΗΚΚ ορίστηκε: λιγότερες από μία επισκέψεις στο ηπατολογικό ιατρείο ανά έτος και η μη διενέργεια υπερηχογραφικού ελέγχου ανά 6μηνο στους ασθενείς με κίρρωση και στους ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β που πληρούν τα κριτήρια του PAGE-B score. Η σταδιοποίηση των ασθενών με ΗΚΚ έγινε κατά BCLC score.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 68 ασθενείς (73% άνδρες, μέσης ηλικίας 67±10 έτη). 49/68 (72%) είχαν διαγνωσμένη ηπατική νόσο πριν την

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

εμφάνιση ΗΚΚ. 52/68 (77%) ασθενείς είχαν κίρρωση (σταδίου Child PughA 67%) και περισσότεροι από τους μισούς (57%) είχαν ιστορικό ρήξης της αντιρρόπησης με πρωτοεμφάνιση ασκτικής συλλογής το 38%, κίρρωσής το 25% και εγκεφαλοπάθειας το 16%. Η λοίμωξη από τους ιούς ηπατίτιδας Β και C ήταν το κύριο αίτιο της ηπατικής νόσου (62%), ενώ ακολουθεί η αλκοολική ηπατοπάθεια (18%) και η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (4,4%). Η διάγνωση του ΗΚΚ έγινε με απεικονιστική μέθοδο, ενώ στο 1/5 των ασθενών (21%) απαιτήθηκε βιοψία της βλάβης. Το 42% είχε τιμή AFP<10ng/ml, ενώ το 56% τιμή AFP <400 ng/ml. Η σταδιοποίηση κατά BCLC 0/A, B, C, D κατά την διάγνωση ήταν 43%, 19%, 27,6%, 10,4% αντίστοιχα. Τοπική θεραπεία έλαβε 15%, συστηματική 22%, συνδυασμό τοπικών ή και συστηματικής το 43% των ασθενών.

Πλημμελής επιτήρηση καταγράφηκε στο 65% (32/49) των ασθενών με διαγνωσμένη ηπατική νόσο. Η πλημμελής επιτήρηση σχετίζεται με πιο σοβαρή νόσο κατά BCLC (στάδιο C και D vs 0/A, B: 26 vs 42, p=0,012), με μεγαλύτερο μέγεθος της βλάβης κατά τη διάγνωση (7,7±4,8 vs 5,2±7 cm, p=0,005), με πολυεστιακό ΗΚΚ (p=0,07), και με δευτεροπαθείς εστίες (κανένα από τους ασθενείς με επιτήρηση δεν είχαν μεταστάσεις κατά τη διάγνωση). Η πλειονότητα των ασθενών με αλκοολική ηπατοπάθεια (9/11) και HCV λοίμωξη (17/19) είχαν πλημμελή παρακολούθηση σε σύγκριση με τις άλλες αιτίες ηπατικής νόσου. 23/68 (34%) ασθενείς απεβίωσαν από ηπατική νόσο μετά από μέσο διάστημα 11 (1-60) μήνες και το 10% από μη - ηπατική αιτία.

Συμπεράσματα: Οι περισσότεροι ασθενείς με ΗΚΚ είχαν πλημμελή συμμόρφωση στη στρατηγική παρακολούθησης-επιτήρησης. Τα 2/3 των ασθενών με ΗΚΚ είχε προϋπάρχουσα χρόνια ιογενή ηπατίτιδα. Προχωρημένο στάδιο νόσου κατά BCLC κατά τη διάγνωση σχετίζεται με πλημμελή επιτήρηση. Τα δεδομένα μας αναδεικνύουν την ανάγκη ευαισθητοποίησης ιατρών και ασθενών για εφαρμογή προγραμμάτων επιτήρησης για έγκαιρη διάγνωση ΗΚΚ.

ΕΑ27: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΙΝΗΣ ΕΠΑΓΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΕΙΨΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Κ (PIVKA-II) ΚΑΙ ΤΗΣ Α-ΦΕΤΟΠΡΤΕΙΝΗΣ (AFP) ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ (ΗΚΚ) ΑΝΑΛΟΓΩΣ ΤΟΥ BCLC ΣΤΑΔΙΟΥ

Συρίχα Α.¹, Σταθοπούλου Ι.², Πάντζιος Σ.³, Μανδηλαρά Δ.³, Σκούμας Ν.³, Κυριαζή Ν.³, Παπαγεωργίου Ε.¹, Μπάρλα Γ.², Ελευσινιώτης Ι.⁴

1. Ειδικός Παθολόγος, Επιμελήτρια Β', Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική-Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα
2. Γαστρεντερολόγος, Ακαδημαϊκή Υπότροφος, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική-

Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

3. Ειδικευόμενος Παθολογίας, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική- Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα
4. Διευθυντής-Καθηγητής Παθολογίας-Ηπατολογίας, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική- Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με κίρρωση ήπατος θεωρούνται υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη ΗΚΚ. Πρόκειται για μία νόσο με πτωχή πρόγνωση της οποίας η διάγνωση γίνεται συνήθως σε προχωρημένο στάδιο. Σε γενικές γραμμές, επίπεδα AFP> 400 ng/ml θεωρούνται διαγνωστικά για τον ΗΚΚ σε κίρρωτικούς ασθενείς με ύποπτες βλάβες στον απεικονιστικό έλεγχο, ωστόσο λιγότεροι από τους μισούς ασθενείς αναπτύσσουν τέτοιες τιμές. Επομένως, επιτακτική παραμένει η ανάγκη ανεύρεσης νέων βιοδεικτών ορού ως ένα συμπληρωματικό εργαλείο στη διάγνωση του ΗΚΚ.

Μέθοδοι: Σε 168 διαδοχικούς ασθενείς με κίρρωση ήπατος (128 άνδρες, 91 CPT score A, 89 με κίρρους, 30 με θρόμβωση πυλαίας, 53 με διαβήτη) με (n=68, ΗΚΚ ομάδα) ή χωρίς (n=100, ομάδα ελέγχου) ιστολογικά επιβεβαιωμένο ΗΚΚ προσδιορίστηκαν τα επίπεδα ορού των βιοδεικτών κατά τις προγραμματισμένες επισκέψεις τους στο εξωτερικό ιατρείο.

Σκοπός: Η εκτίμηση της διαγνωστικής αξίας των βιοδεικτών (AFP, PIVKA-II) για τη διάγνωση του ΗΚΚ σε ασθενείς με κίρρωση ήπατος. Επιπλέον, ερευνήσαμε τη διαγνωστική τους ακρίβεια αναλόγως του BCLC σταδίου στο οποίο ανήκουν οι ασθενείς.

Αποτελέσματα: Η μέση/διάμεση τιμή των AFP (10835/155 vs 129/4.3, p<0.001) και PIVKA-II (11095/2660 vs 864/46, p<0.001) ήταν σημαντικά υψηλότερες στην ΗΚΚ ομάδα συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Η καμπύλη AUROC και το βέλτιστο διαχωριστικό όριο για τη διάγνωση του ΗΚΚ ήταν 82.9% (95%CI 76.3-89.4%)/ 13.4 ng/ml και 78.4% (95%CI 71.1-85.8%)/ 654.49 mAU/ml για AFP και PIVKA-II αντίστοιχως. Η διαγνωστική ακρίβεια του PIVKA-II σε ασθενείς με ΗΚΚ BCLC-C σταδίου ήταν η καλύτερη που διεπιστώθη με AUROC=88.1%(95% CI = 80,8-95,3%)/ βέλτιστο διαχωριστικό όριο(BΔΟ)=655 mAU/ml. Στους ασθενείς σταδίου BCLC-B ανευρέθησαν AUROC=72% (95% CI =57.5-86.2%)/ BΔΟ=1411 mAU/ml. Στο σύνολο των ασθενών σταδίων BCLC-B και C είχαμε τα παρακάτω αποτελέσματα, AUROC=82.7% (95% CI = 75.2-90.1%)/ BΔΟ=655 mAU/ml.Για την AFP οι αντίστοιχες μετρήσεις ήταν AUROC=90% (95% CI = 84-96%)/ BΔΟ=14 mAU/ml, AUROC=87% (95% CI = 80-93.2%)/ BΔΟ=14 mAU/ml και AUROC=80.4% (95% CI = 67.4-93.4%)/ BΔΟ=14 mAU/ml για τα στάδια BCLC-C, BCLC B και C και BCLC-B αντίστοιχως. Όταν εξαιρέσαμε τους 34 ασθενείς με ΗΚΚ και τιμές AFP> 400 ng/ml η διαγνωστική αξία του PIVKA-II παρέμεινε στατιστικά σημαντική (προτεινόμενη cut-off τιμή 1089.53 mAU/ml) αλλά η AUROC (72.1%) μειώθηκε



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

περαιτέρω. Αξίζει να αναφερθεί πως εξαιρετικά υψηλές τιμές PIVKA-II παρατηρήθηκαν σε τρεις κίρρωτικούς ασθενείς χωρίς ΗΚΚ (οι οποίοι και εξαιρέθηκαν από την μελέτη) που ελάμβαναν κουμαρινικά αντιπηκτικά (οι δύο) ή είχαν σοβαρή υποβιταμίνωση Κ λόγω παρατεταμένης χολόστασης στα πλαίσια σκληρυντικής χολαγγειίτιδας (ο τρίτος), γεγονός το οποίο πιθανά επηρεάζει σημαντικά την διαγνωστική αξία του βιοδείκτη.

Συμπεράσματα: Τόσο η AFP όσο και το PIVKA –II εμφανίζουν ενδιάμεση ακρίβεια στη διάγνωση του ΗΚΚ σε ασθενείς με κίρρωση ήπατος, όταν χρησιμοποιούνται ανεξάρτητα. Η χρησιμότητα του PIVKA –II στη διάγνωση του ΗΚΚ σε ασθενείς με μη-διαγνωστικά επίπεδα AFP διατηρείται σχεδόν στα ίδια επίπεδα ακρίβειας. Επιπλέον, ιδιαίτερη διαγνωστική αξία στον ΗΚΚ φαίνεται να αποκτά αυτός ο βιοδείκτης στην υποκατηγορία ασθενών σταδίου BCLC-C, εύρημα το οποίο χρήζει περαιτέρω μελέτης στο μέλλον.

ΕΑ28: Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΠΛΗΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΤΗΣΙΑΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ

Καραγιαννάκης Δ.¹, Χολόγκιτας Ε.², Βούλγαρης Θ.¹, Μαρκάκης Γ.¹, Βλαχογιαννάκος Ι.¹, Παπαθεοδωρίδης Γ.¹

1. Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
2. Α' Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Εισαγωγή/σκοπός: Σε ασθενείς με κίρρωση, η μέτρηση της δυσκαμψίας σπληνός έχει αναδειχθεί ως σημαντικός προβλεπτικός δείκτης εμφάνισης των επιπλοκών που σχετίζονται με την πυλαία υπέρταση. Εντούτοις, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα όσον αφορά την προβλεπτική ικανότητα της μεθόδου σε σχέση με τη θνητότητα. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της ελαστογραφίας σπληνός (ΕΣ) ως προγνωστικός δείκτης αναγνώρισης των κίρρωτικών ασθενών με κίνδυνο για κακή έκβαση σε 1 έτος.

Μέθοδοι: Εντάχθηκαν συνολικά 196 διαδοχικοί ασθενείς [μέση ηλικία: 57±17 έτη, Α/Γ:126/70], με κίρρωση ανεξαρτήτως αιτιολογίας και ηπατική ακαμψία μέσω 2D-Shear Wave Elastography ≥ 13 kPa, που παρακολουθήθηκαν στο ηπατολογικό μας ιατρείο μεταξύ 2017-2019. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ΕΣ κατά την έναρξη της παρακολούθησης. Συλλέχθηκαν και καταγράφηκαν επιδημιολογικά, κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα καθώς και δεδομένα ετήσιας επιβίωσης.

Αποτελέσματα: Αιτιοπαθογενετικός παράγοντας της κίρρωσης ήταν χρόνιες ιογενείς ηπατίτιδες σε 60 (30.7%), κατάχρηση αλκοολ σε 58 (29.6%), μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα σε 36 (18.4%) και χολοστατικά νοσήματα σε 22 (11.2%) ασθενείς. Μη αντιρροπούμενη κίρρωση κατά την έναρξη είχαν 119 (60.2%) ασθενείς. Το μέσο

MELD score ήταν 13.5±5.9, ενώ 124 (63.3%) είχαν MELD>10. ΕΣ ήταν τεχνικά αδύνατη σε 19 (9.6%) ασθενείς (μικρό μέγεθος σπληνός, αδυναμία συνεργασίας) και η μέση τιμή ήταν 36.6±8.6 kPa. Εντός του έτους απεβίωσαν 23 (11.7%) ασθενείς. Η ΕΣ εμφάνισε AUROC 0.642 (p=0.038) για πρόβλεψη θνητότητας στο έτος, με σημείο καμψής 38.8 kPa (ευαισθησία:68.2%, ειδικότητα:64.6%). Το MELD score (p=0.065) και η ελαστογραφία ήπατος (EH) (p=0.109) δεν μπόρεσαν να προβλέψουν τη θνητότητα στο έτος. Στην υπο-ανάλυση ασθενών με MELD>10, η ΕΣ εμφάνισε AUROC 0.722 (p=0.004) για πρόβλεψη θνητότητας στο έτος, με σημείο καμψής 38.8 kPa (ευαισθησία:82.4%, ειδικότητα:60.3%), ενώ η EH δεν είχε πάλι προγνωστική ικανότητα (p=0.243). Μόλις 3/58 (5.2%) ασθενείς με MELD>10 και ΕΣ <38.8 kPa απεβίωσαν εντός του έτους.

Συμπεράσματα: Η χρήση της ΕΣ, και ο συνδυασμός της με το MELD score, φαίνεται ότι μπορεί να αποτελέσει ένα αξιόπιστο, μη επεμβατικό προγνωστικό δείκτη θνητότητας για ασθενείς με κίρρωση.

ΕΑ29: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΗΣ OCCLUDIN ΣΤΟΝ ΕΝΤΕΡΙΚΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ. ΔΥΝΗΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑΚΗΣ ΔΙΑΜΕΤΑΘΕΣΗΣ

Βούλγαρης Θ.¹, Τηνιακού Ν.², Χατζηγιάννη Α.³, Καραγιαννάκης Δ.¹, Λαουδί Ε.¹, Μανωλακόπουλος Σ.^{1,3}, Παπαθεοδωρίδης Γ.¹, Βλαχογιαννάκος Ι.¹

1. Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ε.Κ.Π.Α.
2. Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Ε.Κ.Π.Α.
3. Β' Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Ε.Κ.Π.Α.

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι δομικές μεταβολές των πρωτεϊνών των στενών συνδέσεων μεταξύ των εντεροκυττάρων (Tight Junctions, TJs) σε ασθενείς με κίρρωση δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς. Η occludin είναι δομική πρωτεΐνη των TJs ενώ η zonulin είναι αποσφαιρίνη που εκκρίνεται από τα εντεροκύτταρα και η έκφρασή της τροποποιεί τις TJs. Μελετήσαμε την έκφραση της occludin σε βιοψίες εντερικού βλεννογόνου κίρρωτικών ασθενών και τις ενδεχόμενες συσχετίσεις με τα επίπεδα της zonulin ορού, τους δείκτες βακτηριδιακής διαμετάθεσης και το στάδιο της κίρρωσης.

Ασθενείς/Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 70 διαδοχικοί κίρρωτικοί ασθενείς (Α/Γ: 40/30, μέση ηλικία: 60 έτη, εύρος: 17-83) το διάστημα 1/2017-12/2108. Κατεγράφησαν βασικά εργαστηριακά, κλινικά και δημογραφικά δεδομένα. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού με λήψη βιοψιών λεπτού εντέρου. Μετρήθηκε η Zonulin και η



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Lipopolysaccharide-binding protein (LBP) ορού (με χρήση Elisa). Η έκφραση της occludin μελετήθηκε ανοσοϊστοχημικά στις κρύπτες, στην κορυφή και στο μέσο των λαχνών, σε ορθά προσανατολισμένα τεμαχίδια βλεννογόνου λεπτού εντέρου με 5-10 λαχνες εν σειρά.

Αποτελέσματα: Τριάντα επτά (52.9%) ασθενείς είχαν μη αντιρροπούμενη και 33 (47.1%) αντιρροπούμενη κίρρωση, ποικίλης αιτιολογίας (ιογενής 34.2%, σχετιζόμενη με αλκοόλ 21.4%, μη αλκοολική λιπώδης νόσος ήπατος 27.3%, άλλα αίτια 17.1%). Η κατανομή κατά CTP score ήταν: CTP-A 52 (74.3%) και CTP-B 18 (25.7%). Το μέσο MELD score ήταν 10.3±3.7 (εύρος 6-22). Η μέση τιμή zonulin ορού ήταν 3.79±1.80 ng/dl (εύρος 1.62-14.46) και ήταν σημαντικά αυξημένη επί μη αντιρροπούμενης νόσου (4.3±2.3 vs 3.3±0.9 ng/dl, p=0.024). Η μέση τιμή LBP ορού ήταν 7400±3011 μg/m (εύρος 1076-12190). Η έκφραση της occluding διατηρήθηκε στη μεγαλύτερη πλειοψηφία στη μεσότητα και στις κρύπτες (65/70 και 69/70 αντίστοιχα). Σε 51/70 (72.9%) περιπτώσεις η occludin απουσίαζε στην κορυφή των λαχνών ενώ σε 41/70 (58.6%) η απουσία της παρατηρήθηκε σε >50% του αριθμού των λαχνών (μεγάλη απώλεια). Οιαδήποτε απώλεια occludin στην κορυφή σημειώθηκε σε περισσότερους ασθενείς με αντιρροπούμενη (33/37, 89.2%) σε σχέση με μη αντιρροπούμενη νόσο (18/33, 54.2%) (p<0.001), ενώ οι πρώτοι έτειναν να εμφανίζουν συχνότερα μεγάλη απώλεια στην κορυφή (26/37, 70.3% vs 15/33, 45.5%, p=0.052). Οι ασθενείς με κάποια απώλεια της έκφρασης στην κορυφή έτειναν να έχουν μικρότερο Meld score (9.9±3.1 vs 11.7±3.7, p=0.076). Η μέση τιμή zonulin ορού δεν διέφερε μεταξύ ασθενών με ή χωρίς οποιαδήποτε απώλεια έκφρασης της occludin στην κορυφή αλλά αριθμητικά ήταν αυξημένη στους ασθενείς με μεγάλη απώλεια (4.1±2.1 vs 3.4±1.1 ng/dl, p=0.182). Η μέση τιμή LBP ορού δεν διέφερε μεταξύ των ασθενών με έκφραση ή μη της occludin στην κορυφή των λαχνών (7106±3132 vs 8022±2810 μg/m, p=0.463).

Συμπεράσματα: Η έκφραση της Occludin και, κατά συνέπεια, η ακεραιότητα των TJs του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου είναι μειωμένη σε ασθενείς με κίρρωση. Η κατ' εξοχήν ανάδειξη της διαταραχής αυτής σε ασθενείς με αντιρροπούμενη νόσο και η μη σημαντική συσχέτιση με τα επίπεδα LBP δεικνύουν ότι αποτελεί πρώιμο γεγονός στους μηχανισμούς που οδηγούν σε διαταραχή της ακεραιότητας του εντερικού βλεννογόνου και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης

ΕΛ30: ΤΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΑ ΣΤΑΔΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Μάνη Η., Αλεξόπουλος Θ., Βασιλείβα Λ., Αλεξοπούλου Α.

Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Η κίρρωση του ήπατος συσχετίζεται με σημαντικές διαταραχές του κυκλοφορικού συστήματος. Ωστόσο, οι καρδιακοί βιοδείκτες, ιδίως οι υψηλής ευαισθησίας καρδιακές τροπονίνες, έχουν μελετηθεί ελάχιστα σε αυτή την κατηγορία.

Σκοπός: Διερεύνηση της συσχέτισης της υψηλής ευαισθησίας τροπονίνης I (high sensitive troponin I, hsTnI) με τη βαρύτητα της ηπατικής νόσου.

Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 296 ασθενείς [69.3% άνδρες, διάμεση ηλικία 57 (ενδοτεταρτημοριακό όριο-IQR 51-68) έτη, MELD score 19 (13-25)] με μη αντιρροπούμενη κίρρωση (54.4% αιθυλική, 20.6% ιογενούς, 25.0% άλλης αιτιολογίας), το διάστημα 06/2019-06/2021. Ογδόντα-επτά (29.4%) διαγνώστηκαν με οξεία-επί-χρονία ηπατική ανεπάρκεια (Acute-on-Chronic Liver Failure-ACLF) και αναλόγως με τον αριθμό, την βαρύτητα των οργάνων που έπασχαν, την ηλικία και τα λευκά αιμοσφαίρια κατατάχθηκαν σε 3 CLIF-C ACLF scores [CLIF-C ACLF ≥65 (N=4), 45-64 (N=71), <45 (N=12)]. Εκατόν σαράντα τρεις με οξεία ρήξη αντιρρόπησης χωρίς ACLF (Acute Decompensation-AD) κατατάχθηκαν επίσης σε 3 CLIF-C AD scores αναλόγως με την ηλικία, την κρεατινίνη, το INR, το Na ορού και τα λευκά αιμοσφαίρια [≥ 60 (N=41), 45-59 (N=84), < 45 (N=18)]. Περιελήφθησαν επίσης 66 χωρίς οξύ σύμβαμα (Decompensated Cirrhosis-DC). Η μέτρηση της hsTnI έγινε με τη χρήση του αντιδραστηρίου ARHITECT STAT (Abbott Diagnostics Total Solutions, Illinois, United States).

Αποτελέσματα: Στο σύνολο των ασθενών, τα επίπεδα της hsTnI ήταν υψηλότερα στην ομάδα ACLF σε σύγκριση με τις ομάδες AD και DC [8.3 ng/ml (3.7-20.3) έναντι 5.7 (2.5-11.7), p=0.009 και 5.1 (2.7-9.2), p=0.002, αντίστοιχα]. Στο σύνολο των ασθενών, τα επίπεδα hsTnI ήταν υψηλότερα σε ασθενείς με MELD score ≥15 έναντι <15 [7.7 (3.4-15.4) έναντι 4.5 (1.9-8.0), p<0.001] και σε ασθενείς με Child-Pugh C/B συγκριτικά με A [6.8 (3.3-12.5) και 5.7 (2.6-13.8) έναντι 2.9 (1.6-5.0), p=0.001 και p=0.009, αντίστοιχα]. Στην ομάδα της ACLF, η hsTnI ήταν υψηλότερη σε ασθενείς με CLIF-C ACLF ≥45 έναντι < 45 [9.7 (4.4-24.1) έναντι 3.5 (1.7-6.1), p=0.004]. Στην ομάδα AD, οι τιμές ήταν υψηλότερες σε ασθενείς με CLIF-C AD score ≥ 60 σε σύγκριση με την ομάδα 45-59 και < 45 [10.9 (4.8-22.4) έναντι 5.3 (2.2-9.2), p=0.001 και 2.7 (1.2-5.6), p<0.001, αντίστοιχα]. Η διαφορά ήταν επίσης σημαντική μεταξύ των τελευταίων 2 ομάδων (p=0.021).

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ACLF, η διαταραχή του

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

μυοκαρδίου ήταν ανάλογη με την βαρύτητα και τον αριθμό των οργάνων που έπασχαν. Σε ασθενείς με AD η μυοκαρδιακή διαταραχή ήταν επίσης ανάλογη με την βαρύτητα του συνδρόμου. Όσο πιο προχωρημένη ήταν η ηπατική νόσος κατά MELD ή Child Pugh τόσο πιο επιβαρυνμένη ήταν η λειτουργία του μυοκαρδίου.

ΕΑ31: ΔΕΙΚΤΗΣ ΛΑΓΟΝΟΦΟΪΤΗ ΜΥΟΣ: ΝΕΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΑΣ ΣΤΗ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ;

Μαρκάκης Γ.¹, Καραγιαννάκης Δ.¹, Πούλια Κ.Α.², Λακωτάκη Δ.¹, Μιχαηλίδου Ε.¹, Γιαννακόδημος Ι.³, Σακκά Δ.³, Παπαθεοδωρίδης Γ.Β.¹, Χολόγκιτας Ε.³

1. Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
2. Εργαστήριο Διαταραχών και Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων & Διατροφής του Ανθρώπου, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών
3. Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Στους ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση (DeCi), η παρουσία σαρκοπενίας συσχετίζεται με αυξημένες επιπλοκές και θνητότητα. Παρότι η άλιπος μάζα των άκρων (ALMI) μετρούμενη με τη μέθοδο της απορροφησιμετρίας ακτίνων Χ διπλής ενέργειας (DXA) αποτελεί την εξέταση αναφοράς για την εκτίμηση της μυϊκής μάζας, η εκτίμηση του λαγονοφοϊτή μυός (PM) έχει προταθεί ως εναλλακτική μέθοδος.

Σκοπός: Στόχος της μελέτης μας ήταν η διερεύνηση της αξιοπιστίας της εκτίμησης της μυϊκής μάζας σε ασθενείς με DeCi με τη μέτρηση της εγκάρσιας επιφάνειας του PM με τη χρήση υπερήχων.

Μέθοδοι: Ασθενείς με DeCi με διαθέσιμη μέτρηση ALMI συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Για τον καθορισμό των σαρκοπενικών ασθενών χρησιμοποιήθηκαν τα προτεινόμενα όρια για τους Μεσογειακούς πληθυσμούς από τους Coin et al (2013). Ως δείκτης λαγονοφοϊτή μυός (PMI) ορίστηκε η εγκάρσια επιφάνεια του δεξιού PM στο επίπεδο του ομφαλού, μετρούμενη υπερηχογραφικά, διαιρεμένη με το τετράγωνο του ύψους του ασθενούς. Εκτιμήθηκαν μετρήσεις ανθρωπομετρίας, όπως ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), η περιφέρεια μέσης, γοφών και μυός βραχίονα (MAMC), η χειροδυναμομέτρηση (HGS) και η συστολική σύντομη φυσικής απόδοσης (SPPB), καθώς και εργαστηριακές μεταβλητές συμπεριλαμβανομένης της κρεατινικής κίνησης (CPK). Η ελαστογραφία ήπατος (LS) και σπληνός (SS) εκτιμήθηκαν με τη χρήση 2D-Shear Wave.

Αποτελέσματα: Συνολικά, εκτιμήθηκαν 119 ασθενείς με DeCi οποιασδήποτε αιτιολογίας [70% άνδρες, διάμεση ηλικία: 57 (30-82) έτη]. Βάση του ALMI, η σαρκοπενία ήταν πιο συχνή σε ασθενείς με αλκοολική σε σχέση με τις υπόλοιπες ηπατοπάθειες (88% vs. 60%, p=.002) και στους

άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες (82% vs. 42%, p<.001). Η διάμεση τιμή του PMI ήταν 5.53 (0.94-24.17) cm²/m². Οι σαρκοπενικοί έναντι των μη σαρκοπενικών ασθενών είχαν χαμηλότερο ΔΜΣ (25±4 vs. 30±5 kg/m², p<.001), MAMC (22.5±3.4 vs. 24.3±3.7 cm, p=.021), PMI (5.22 vs. 6.55 cm²/m², p=.03) και CPK (66 vs. 84 IU/L, p=.02) και υψηλότερο SS (39.7±8.4 vs. 36±6.6 kPa, p=.03) και ρυθμό σπειραματικής διήθησης (GFR) (10±35 vs. 88±29 mg/dl, p=.02)]. Το ALMI είχε σημαντική συσχέτιση με το ΔΜΣ (r=.75, p<.001), PMI (r=.39, p<.001), MAMC (r=.58, p<.001), CPK (r=.23, p=.03) και SS (r=-0.39, p<.001). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, μόνο το φύλο [OR:0.001 (95%CI: 0.00-0.80), p=.001] και το ΔΜΣ [OR:0.45 (95%CI: 0.26-0.79), p=.006] είχαν ανεξάρτητη συσχέτιση με τη σαρκοπενία.

Συμπεράσματα: Το PMI είναι στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερο σε σαρκοπενικούς ασθενείς με DeCi και συσχετίζεται σημαντικά με το ALMI. Αν τα αποτελέσματά μας επιβεβαιωθούν σε μεγαλύτερες μελέτες, αυτή η ευρέως διαθέσιμη, εύκολα διενεργούμενη και οικονομική εξέταση θα μπορούσε να αποτελέσει μια εναλλακτική για την διάγνωση της σαρκοπενίας σε ασθενείς με DeCi στην κλινική πράξη.

ΕΑ32: ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ PRESEPSIN ΚΑΙ FGL-2 ΓΙΑ ΘΑΝΑΤΟ ΑΠΟ ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΣΕ ΜΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΕΠΙΠΛΕΚΤΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Πάντζιος Σ.¹, Συρίχα Α.², Μανδηλαρά Δ.¹, Γαλάνης Π.³, Παναγιωτούνη Μ.¹, Κυριαζή Ν.¹, Κουτραφούρης Ι.¹, Σκούμας Ν.¹, Καθούρη Ε.¹, Σταθοπούλου Ι.⁴, Ελευσινιώτης Ι.⁵

1. Ειδικευόμενος Παθολογίας, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική-Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα
2. Ειδική Παθολόγος, Επιμελήτρια Β', Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική-Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα
3. Εργαστηριακό Διδακτικό Προσωπικό, Τομέας Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
4. Γαστρεντερολόγος-Ηπατολόγος, Ακαδημαϊκή Υπότροφος, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική-Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα
5. Διευθυντής-Καθηγητής Παθολογίας-Ηπατολογίας, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική-Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Εισαγωγή: Τα δεδομένα που υπάρχουν όσον αφορά στη χρησιμότητα των βιοδεικτών συστηματικής φλεγμονής για την πρόβλεψη της θνητότητας σχετιζόμενης με ηπατική νόσο σε μη νοσηλευόμενους ασθενείς με



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

κίρρωση είναι πολύ περιορισμένα. Το presepsin (PSEP) παράγεται από ενεργοποιημένα μονοκύτταρα-μακροφάγα ως απάντηση σε διάφορα ερεθίσματα και η διαλυτή μορφή της πρωτεΐνης ομοιάζοντας το ινωδογόνο (fibrinogen-like protein 2, FGL-2) εκκρίνεται κυρίως από τα ρυθμιστικά Τ-λεμφοκύτταρα και δημιουργεί ένα ισχυρό ανοσοκατασταλτικό περιβάλλον.

Μέθοδοι: Αξιολογήσαμε προοπτικά τις τιμές PSEP ορού και FGL-2 πλάσματος σε 106 μη νοσηλευόμενους κίρρωτικούς ασθενείς χωρίς επιπλοκές (77 άνδρες, 43 HCV, 14 HBV, 35 NAFLD, 14 PBC, 29 με σακχαρώδη διαβήτη, 55 με κίρρους, διάμεση τιμή αιμοπεταλίων 130.000), με αντιρροπούμενη (68, 64.2%) ή μη αντιρροπούμενη (38, 35.8%) κίρρωση ήπατος (66 CPT-A, 30 CPT-B, 10 CPT-C, διάμεση τιμή MELD=9). Οι κίρρωτικοί ασθενείς οποιασδήποτε αιτιολογίας που ανέφεραν λήψη αλκοόλ, ασθενείς με HCV χωρίς επίτευξη SVR ή ασθενείς με ηπατίτιδα Β χωρίς ιολογική καταστολή, εξαιρέθηκαν από τη μελέτη. Παρακολουθήσαμε όλους τους ασθενείς για ένα μέσο διάστημα 60 μηνών και οι 39 από αυτούς (36.8%) εμφάνισαν θάνατο σχετιζόμενο με την ηπατική νόσο.

Σκοπός: Να εκτιμήσουμε την προγνωστική αξία των βιοδεικτών PSEP και FGL-2 για θάνατο από ηπατική νόσο σε μη νοσηλευόμενους ασθενείς με ανεπίπλεκη κίρρωση.

Μέθοδος: Η διάμεση τιμή PSEP και FGL-2 ήταν 331 pg/mL και 2.78 pg/mL αντίστοιχα σε όλο τον πληθυσμό, ωστόσο οι τιμές τους ήταν σημαντικά υψηλότερες σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη (574.5 και 4.26 pg/mL αντίστοιχως) συγκριτικά με αυτούς που είχαν αντιρροπούμενη (272 και 2.08 pg/mL αντίστοιχως, $p < 0.0001$) κίρρωση. Επιπλέον, η διάμεση αρχική τιμή και των δύο βιοδεικτών ήταν σημαντικά υψηλότερη σε ασθενείς που εμφάνισαν θάνατο από ηπατική νόσο (549 και 4.41 pg/mL αντίστοιχως) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους (275.5 και 2.02 αντίστοιχα, $p < 0.0001$). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, το άρρεν φύλο ($p = 0.037$) και η αρχική τιμή του PSEP ($p = 0.04$) ήταν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για θάνατο από ηπατική νόσο μετά από προσαρμογή για την ηλικία ($p = 0.146$), τους κίρρους ($p = 0.508$), το CPT ($p = 0.376$) και το MELD ($p = 0.259$), ενώ συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στα επίπεδα FGL-2 ($p = 0.055$) και στην παρουσία διαβήτη ($p = 0.056$). Η AUROC για το PSEP όσον αφορά στην πρόγνωση θανάτου από ηπατική νόσο ήταν 0.82 (0.71 – 0.92, $p < 0.001$) με ευαισθησία 63% και ειδικότητα 91%, με βέλτιστο διαχωριστικό όριο 431 pg/mL.

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα PSEP ορού φαίνεται ότι μπορούν να προβλέψουν το θάνατο σχετιζόμενο με ηπατική νόσο και θα μπορούσαν ενδεχομένως να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με τα κλασικά scores με στόχο τον εντοπισμό των υψηλού κινδύνου, μη νοσηλευόμενων ασθενών με ανεπίπλεκη κίρρωση που χρήζουν εντατικότερης παρακολούθησης.

EA33: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΣΤΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Αλεξόπουλος Θ.¹, Γελαδάρη Ε.¹, Μάνη Η.¹, Κοντογιάννη Μ.², Βασιλείβα Α.¹, Τσίγκας Α.Π.², Τέντα Ρ.², Στρουμπούλη Ε.³, Αλεξοπούλου Α.¹

1. Β' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
2. Τμήμα Επιστήμης Διατολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο
3. Τμήμα Ακτινολογίας, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Πρόσφατα παρατηρείται μεγάλο ενδιαφέρον όσον αφορά στη σύσταση του σώματος σε λίπος και κυρίως στις διαταραχές της ποσότητας και κατανομής του λίπους σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος. Έχει διαπιστωθεί ότι αυτές οι διαταραχές μπορεί να έχουν προγνωστική σημασία προ και μετά την μεταμόσχευση ήπατος.

Σκοπός: Η μελέτη της σύστασης του σώματος και ιδιαίτερως της κατανομής του λίπους σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος.

Μέθοδοι: Καταγράφηκαν τα επιδημιολογικά στοιχεία και οι παράμετροι της βαρύτητας της ηπατικής νόσου. Έγινε αξονική τομογραφία από την οποία υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σκελετικών μυών (Skeletal muscle Index, SMI). Επίσης αξιολογήθηκε ο δείκτης σπλαγγχνικού (visceral adiposity index, VATIcm²/m²) και ο δείκτης υποδόριου λίπους (subcutaneous adiposity index, SATIcm²/m²) η ποιότητα του λίπους (High adipose tissue radiodensity ≥ -85 Hounsfield Units-HU) και η μυοστεάτωση (πυκνότητα του μυός < 33 Hounsfield Units) μέσω του λογισμικού Tomovision Sliceomatic 4.3. Η διάγνωση της σαρκοπενίας έγινε με βάση τα νέα κριτήρια European Working Group on Sarcopenia in Older People, EWGSOP2.

Αποτελέσματα: Περιλήφθηκαν 167 διαδοχικοί κίρρωτικοί ασθενείς (67,6% άνδρες), 65.3% με μη αντιρροπούμενη κίρρωση, 43,1% αιθυλικής, 23,4% ιογενούς και 33,5% ποικίλης αιτιολογίας.

Ο VATI δεν διέφερε μεταξύ ανδρών και γυναικών, σαρκοπενικών και μη σαρκοπενικών, αλκοολικής και μη αιτιολογίας, ούτε συσχετιζόταν με την ηλικία ή την ρήξη της αντιρρόπησης. Ήταν υψηλότερος στους παχυσάρκους [67,36 (55,65-101,07)] έναντι των μη παχυσάρκων [44,78 (25,11-60,45)] ($p < 0,001$). Ο SATI ήταν χαμηλότερος στους άνδρες [49,22 (32,64-71,08)] συγκριτικά με τις γυναίκες [84,81 (49,82-128,93)] ($p < 0,001$), στην μη αντιρροπούμενη [49,27 (29,10-79,46)] συγκριτικά με την αντιρροπούμενη κίρρωση [75,76 (49,62-101,37)] ($p < 0,001$) και υψηλότερος στους παχυσάρκους [123,18 (91,39-149,78)] έναντι των μη παχυσάρκων [49,36 (31,58-70,41)] ($p < 0,001$). Ωστόσο δεν συσχετιζόταν με την ηλικία και την σαρκοπενία. Η ποιότητα του λίπους ήταν



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

χειρότερη στην μη αντιρροπούμενη (64,2%) έναντι της αντιρροπούμενης κίρρωσης (8,6%) ($p < 0,001$) και το ίδιο συνέβαινε στους σαρκοπενικούς (54,16%) έναντι των μη σαρκοπενικών ασθενών (37,89%) ($p = 0,036$). Τέλος η μυστοστάτωση ήταν συχνότερη στις γυναίκες (77,7%) συγκριτικά με τους άνδρες (50,4%), ($p = 0,001$), στην μη αντιρροπούμενη κίρρωση (65,13%) συγκριτικά με την αντιρροπούμενη (48,3%) ($p = 0,035$), στους σαρκοπενικούς (84,7%) συγκριτικά με τους μη σαρκοπενικούς (40%), ($p < 0,001$) και στους ≥ 60 (68,2%) έναντι των < 60 ετών (50%) ($p = 0,016$).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με μη αντιρροπούμενη συγκριτικά με αυτούς με αντιρροπούμενη κίρρωση παρουσίαζαν χαμηλότερη ποσότητα υποδορίου λίπους, υψηλότερη μυστοστάτωση και χειρότερη ποιότητα λίπους. Επίσης οι σαρκοπενικοί κίρρωτικοί συγκριτικά με τους μη σαρκοπενικούς έχουν περισσότερη μυστοστάτωση αλλά και χειρότερη ποιότητα λίπους.

ΕΑ34: ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΣΗ ΑΠΟ SARS-CoV-2: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Π.Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ

Γκαμπέτα Στ., Γατσέλης Ν.Κ., Γιαννούλης Γ., Βατίδης Γ., Βαΐου Α., Αντωνίου Αικ., Στέφος Α., Γεωργιάδου Σ., Λυγούρα Β., Σαγής Δ., Σαμακίδου Α., Σβερώνη Δ., Στεργιούλα Δ., Αρβανίτη Π., Ντάιος Γ., Νταλέκος Γ.Ν.

Μονάδα Λοιμώξεων Παθολογικής Κλινικής και Ομώνυμου Ερευνητικού Εργαστηρίου, Κέντρο Εμπειρογνομosύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, Π.Γ.Ν. Λάρισης

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι ασθενείς με προϋπάρχουσα χρόνια ηπατική νόσο και ιδιαιτέρως οι ανοσοκατασταλμένοι και οι κίρρωτικοί ασθενείς θεωρούνται υψηλού κινδύνου για εμφάνιση σοβαρής νόσου και επιπλοκών μετά από λοίμωξη από SARS-CoV-2 (COVID-19). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή μιας σειράς ασθενών με αυτοάνοση ηπατίτιδα (ΑΗ) που παρακολουθούνται στο Κέντρο μας και νόσησαν από COVID-19 (Μάρτιος 2020-Φεβρουάριος 2022).

Αποτελέσματα: 25 ασθενείς με ΑΗ (21 γυναίκες), ηλικίας 46.9 ± 18.9 ετών και BMI 26.8 ± 4.17 , νόσησαν με COVID-19. Οι 15 ασθενείς (60%) ήταν εμβολιασμένοι τη στιγμή της νόσησης με τουλάχιστον 2 δόσεις (8 αναβολίαστοι, 2 με μία δόση, 4 με τρεις και 1 με τέσσερις δόσεις). Όλοι λάμβαναν ανοσοκατασταλτική αγωγή (68% πρεδνιζολόνη, 44% mycophenolate myfetil, 16% αζαθειοπρίνη και 2 ασθενείς rituximab), ενώ 11 εξ αυτών ήταν κίρρωτικοί (3 με ιστορικό προηγούμενης ρήξης της αντιρρόπησης). Τα συνηθέστερα συμπτώματα που εμφάνισαν ήταν ο βήχας (64%), ο πυρετός (48%) και η κόπωση (28%). Στους 13 ασθενείς δεν απαιτήθηκε καμία τροποποίηση της

ανοσοκατασταλτικής αγωγής που λάμβαναν. 8 ασθενείς (32%), εκ των οποίων 5 κίρρωτικοί, χρειάστηκε να νοσηλευτούν στη Μονάδα Λοιμώξεων της Παθολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν. Λάρισης, με διάμεση διάρκεια νοσηλείας 11.5 ημέρες (εύρος 6-29) και τρεις εμφάνισαν ανάγκη χορήγησης οξυγόνου (1 σε HFNC). 6 ασθενείς έλαβαν ανοσοπαρέμβαση με anakinra και 2 ασθενείς έλαβαν anakinra σε συνδυασμό με tocilizumab σύμφωνα με τον θεραπευτικό αλγόριθμο του Κέντρου (Dalekos et al, EJIM 2021). Κανένας ασθενής δε χρειάστηκε να νοσηλευτεί σε ΜΕΘ, όλοι οι νοσηλευθέντες ασθενείς έλαβαν τελικά εξιτήριο και κανένας ασθενής δεν απεβίωσε. Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ κίρρωτικών ή μη ασθενών με ΑΗ ως προς την ανάγκη νοσηλείας, τη διάρκεια αυτής, την ανάγκη χορήγησης οξυγόνου και την τελική έκβαση της νόσου COVID-19.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ΑΗ και λοίμωξη από COVID-19 που μελετήθηκαν δεν εμφάνισαν αυξημένη πιθανότητα θανάτου παρά το γεγονός ότι λάμβαναν ανοσοκατασταλτική αγωγή. Επιπλέον, η παρουσία κίρρωσης δε φάνηκε να συσχετίζεται με χειρότερη έκβαση στους ασθενείς με ΑΗ και COVID-19.

ΕΑ35: ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ REMDESIVIR ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19: ΜΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Μπαλή Τ.¹, Γεωργακοπούλου Β.^{2,5}, Γιαννακοδήμος Α.¹, Γυφτόπουλος Α.¹, Γεωργιάκης Β.¹, Γερογιάννης Δ.¹, Χατζηπαναγιώτου Ο.¹, Μπασουλής Δ.^{1,5}, Ηλιάδης Ε.⁵, Καραμανάκος Γ.⁵, Μιμίδης Κ.³, Σύψας Ν.^{4,5}, Σαμάρκος Μ.^{1,5}, Χολόγκιτας Ε.¹

1. Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα
2. Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα
3. Α' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη
4. Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα
5. Μονάδα Λοιμώξεων και COVID-19, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με COVID-19 εμφανίζουν συχνά διαταραχές των αμινοτρανσφερασών (AST και/ή ALT), αλλά η σημασία τους στην κλινική πορεία και έκβαση της νόσου δεν έχει ακόμα πλήρως διευκρινιστεί.

Σκοπός-Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη 1046 ασθενών (άνδρες 58,6%, ηλικία 63.5 ± 17) νοσηλευόμενων για COVID-19 στη Μονάδα Λοιμώξεων του Λαϊκού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών. Καταγράφηκαν δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα των ασθενών τόσο κατά την εισαγωγή όσο και κατά τη διάρκεια νοσηλείας

συμπεριλαμβανομένης και της εμφάνισης ηπατικής βλάβης οριζόμενης ως AST >200 IU/L.

Αποτελέσματα: Κατά την εισαγωγή 363 (34,7%) και 269 (25,5%) ασθενείς είχαν παθολογικές τιμές AST και ALT (>40 IU/L), αντίστοιχως, ενώ 2,9% ήταν HBsAg (+) και 0,7% anti-HCV (+). Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, 53 (5%) ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια εμφάνισης ηπατικής βλάβης. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, οι τιμές AST (OR: 1,023, p<0,001) και φερριτίνης (OR: 1,01, p<0,001) εισαγωγής συνδέθηκαν ανεξάρτητα με την ανάπτυξη ηπατικής βλάβης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Η φερριτίνη είχε υψηλή διακριτική ικανότητα για την πρόκληση ηπατικής βλάβης (AUC: 0,78). Συνολικά 123 (11,7%) ασθενείς κατέληξαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Οι ασθενείς με παθολογικές τιμές AST (>40 IU/L) κατά την εισαγωγή είχαν χειρότερη έκβαση (log rank test: 8,8, p=0,003) σε σχέση με εκείνους με φυσιολογικές τιμές. Ανεξάρτητες μεταβλητές που συσχετίστηκαν με τη θνητότητα αποτέλεσαν: η ηλικία (HR: 1,043, p<0,001), η φερριτίνη (HR: 1,1, p<0,001), τα αιμοπετάλια (HR: 0,996, p=0,003), ενώ η χορήγηση του αντιικού remdesivir (HR: 0,50, p=0,009) σχετιζόταν με καλύτερη επιβίωση. Εντούτοις, όλες οι ανωτέρω μεταβλητές είχαν χαμηλή διακριτική ικανότητα για την έκβαση (AUC πάντα <0,70).

Συμπεράσματα: Οι αυξημένες τιμές αμινοτρανσφερασών συναντώνται συχνά σε ασθενείς με COVID-19, πιθανώς αντανακλώντας τη σοβαρότητα της υποκείμενης COVID-19 λοίμωξης, και ίσως σχετίζονται με τη θνητότητα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, ενώ το remdesivir ήταν ανεξάρτητος παράγοντας καλύτερης επιβίωσης.

EA36: ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ SARS-CoV-2 ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Χατζηγιάννης Α.¹, Παπαγιουβάννη Ι.¹, Σινάκος Ε.¹, Αντωνιάδης Ν.², Γουλεμέ Ο.³, Κατσάνος Γ.², Βέττας Χ.¹, Κυδώνια Χ.¹, Τσακνή Α.², Τσακαλίδου Σ.², Βαγιώτας Λ.², Γουλή Ι.¹, Τσουλάφας Γ.²

1. Δ' Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
2. Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
3. Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι λήπτες ηπατικού μοσχεύματος (ΛΗΜ) αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για νόσηση από SARS-CoV2, λόγω της χρόνιας ανοσοκαταστολής, που λαμβάνουν. Τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την πορεία και έκβαση της νόσου COVID-19 σε αυτόν τον πληθυσμό είναι αντικρουόμενα. Η μεγαλύτερη ηλικία και η παρουσία συννοσηροτήτων έχουν συσχετισθεί με δυσμενέστερη πορεία της νόσου. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των χαρακτηριστικών και η κλινική πορεία των ΛΗΜ, που νόσησαν από SARS-CoV2, στο κέντρο μας.

Μέθοδοι: Μελετήθηκε αναδρομικά το σύνολο των ΛΗΜ, που παρακολουθούνται στο κέντρο μας και οι οποίοι νόσησαν από SARS-CoV2 από την αρχή της πανδημίας μέχρι και τον Ιανουάριο του 2022. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι ανθρωπομετρικές παράμετροι και οι συννοσηρότητες των ασθενών, το ιστορικό της ηπατικής νόσου τους, η ανοσοκατασταλτική αγωγή, καθώς και παράγοντες σχετιζόμενοι με την λοίμωξη από τον SARS-CoV2, όπως η συμπτωματολογία των ασθενών, η ανάγκη για νοσηλεία και η έκβαση της λοίμωξης.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 36 ΛΗΜ (55,6% άντρες) με μέσο όρο ηλικίας 56,36±14,36 έτη και μέσο όρο χρόνου από τη μεταμόσχευση 11,98±7,85 έτη. Οι αιτίες μεταμόσχευσης ήταν: HBV (30,6%), HCV (16,7%), νόσος Wilson (11,1%) πρωτοπαθής χολική χολαγγειίτιδα (11,1%), αυτοάνοση ηπατίτιδα (8,3%), αιθανολική ηπατοπάθεια (2,8%), μη-αλκοολική στεατοηπατίτιδα (5,6%) ή άλλες (13,9%). Οι κύριες συννοσηρότητες ήταν η αρτηριακή υπέρταση (30,6%) και ο σακχαρώδης διαβήτης (22,2%). Σχετικά με την ανοσοκατασταλτική αγωγή, 25 ασθενείς ελάμβαναν MMF (69%), 17 tacrolimus (46%), 12 everolimus (33%), 9 κυκλοσπορίνη (25%) και 6 κορτικοστεροειδή (17%). Μόνο το 50% των ασθενών είχε εμβολιαστεί έναντι του SARS-CoV2. Τα συχνότερα συμπτώματα της λοίμωξης τους ήταν ο πυρετός και ο βήχας (60,6% και 51,5%, αντίστοιχα), ενώ συμπτώματα από το γαστρεντερικό εμφάνισαν 30,3% ασθενείς. Το 48,5% των ασθενών έλαβαν αντιβιοτικά για την αντιμετώπιση της λοίμωξης και το 18,5% κορτικοστεροειδή, ενώ στο 57,6% των ασθενών μειώθηκε προσωρινά η ανοσοκατασταλτική αγωγή. 10 ΛΗΜ χρειάστηκε να νοσηλευτούν για την αντιμετώπιση της νόσου COVID-19 (70% ανεμβολίαστοι) και 6/10 χρειάστηκε να υποβληθούν σε χορήγηση οξυγόνου. Κανένας ΛΗΜ δεν χρειάστηκε υποστήριξη με μηχανικό αερισμό, ενώ 1 ασθενής απεβίωσε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (θάνατος μη-σχετιζόμενος με covid νόσο). 80% των ασθενών, που χρειάστηκε να νοσηλευτούν είχαν ηλικία >60 ετών (p=0.015), ενώ από αυτούς που χρειάστηκαν οξυγονοθεραπεία το 83,3% ήταν επίσης >60 ετών (p=0.052).

Συμπεράσματα: Το ποσοστό εμβολιασμού των ΛΗΜ στο κέντρο μας παραμένει χαμηλό. Σημαντικό ποσοστό των ΛΗΜ, που νόσησαν από SARS-CoV2, χρειάστηκε νοσηλεία (28%), αν και η τελική έκβασή τους ήταν γενικά ευνοϊκή. Η μεγαλύτερη ηλικία και η έλλειψη εμβολιασμού φαίνεται να σχετίζονται με σοβαρότερη λοίμωξη από SARS-CoV2.

ΕΑ37: ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΛΟΓΩ SARS-COV-2 ΛΟΙΜΩΞΗΣ – Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Π.Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ

Γκαμπέτα Στ., Γατσέλης Ν., Γιαννούλης Γ., Βατίδης Γ., Βαΐου Α., Αντωνίου Αικ., Στέφος Α., Γεωργιάδου Σ., Λυγούρα Β., Σαγής Δ., Σαμακίδου Α., Σβερώνη Δ., Ντάιος Γ., Νταλέκος Γ.

Μονάδα Λοιμώξεων Παθολογικής Κλινικής και Ομώνυμου Ερευνητικού Εργαστηρίου, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-RARE LIVER, Π.Γ.Ν. Λάρισης

Εισαγωγή-Σκοπός: Η λοίμωξη από τον ιό SARS-COV-2 (COVID-19) αποτελεί στις μέρες μας συχνό αίτιο πνευμονίας και συνδρόμου σοβαρής αναπνευστικής δυσχέρειας. Οι ασθενείς με προϋπάρχουσα χρόνια ηπατική νόσο και ιδιαιτέρως οι ασθενείς με κίρρωση θεωρούνται υψηλού κινδύνου για εμφάνιση σοβαρής νόσου και επιπλοκών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή ασθενών με χρόνια ηπατικά νοσήματα που νοσηλεύτηκαν λόγω COVID-19 στη Μονάδα Λοιμώξεων της Παθολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν. Λάρισης από την αρχή της πανδημίας.

Αποτελέσματα: 51 ασθενείς με χρόνια ηπατική νόσημα, εκ των οποίων 27 άντρες (52.9%), με διάμεση ηλικία τα 63 έτη (εύρος 16-87) νοσηλεύτηκαν για Μονάδα Λοιμώξεων της Παθολογικής Κλινικής του ΠΓΝΑ (Φεβρουάριος 2020-Φεβρουάριος 2022). Τα συχνότερα υποκείμενα ηπατικά νοσήματα ήταν η χρόνια ιογενής ηπατίτιδα Β (37.2%), η αυτοάνοση ηπατίτιδα (21.6%) και η πρωτοπαθής χολική χολαγγειίτιδα (15.6%). Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ακόμη 3 ασθενείς με ηπατοκυτταρικό καρκίνο και δύο με ιστορικό ορθοτοπικής μεταμόσχευσης ήπατος. Κίρρωτικοί κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο ήταν 17 (33.3%), από τους οποίους 3 εμφάνισαν ρήξη της αντιρρόπησης κατά τη νοσηλεία. Στο 70% των ασθενών χορηγήθηκε ανοσοπαρέμβαση σύμφωνα με την εμπειρία της Κλινικής. Το 82.4% των ασθενών ανέκρωσαν πλήρως (συμπεριλαμβανομένων των 2 μεταμοσχευθέντων ασθενών), ενώ 8 εξ αυτών απεβίωσαν συνηθέστερα από αίτια μη σχετιζόμενα με COVID-19. Η παρουσία Child-Pugh Score C σχετιζόταν με μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου (OR 13.3, 95% CI 2.86-81.9; p=0.008).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με χρόνια ηπατικά νοσήματα αποτελούν μια ξεχωριστή κατηγορία μεταξύ των νοσηλευόμενων για πνευμονία από COVID-19, με μεγάλη ετερογένεια ως προς τον αιτιολογικό παράγοντα, τις κλινικές εκδηλώσεις και την έκβαση της νόσου. Στη σειρά που μελετήθηκε οι ασθενείς με προχωρημένη ηπατική νόσο, ανεξαρτήτως αιτιολογίας, εμφάνισαν μεγαλύτερη θνητότητα

ΕΑ38: ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΟΣΟ: ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟ ΟΚΤΩ ΚΕΝΤΡΑ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ ΚΑΙ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μαγγανάς Κ.¹, Ντελίκου Σ.¹, Ξυδάκη Α.¹, Κουράκλη Α.², Ευλιάτη Α.³, Βλαχάκη Ε.⁴, Κληρονόμος Ε.⁵, Διαμαντίδης Μ.⁶, Λαφιατής Ι.⁷, Καττάμης Α.⁸, Κοσκίνας Ι.⁹

1. Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα
2. Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας και Αιμοσφαιρινοπαθειών, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα
3. Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
4. Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
5. Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο», Ηράκλειο
6. Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Γ.Ν. Λάρισης, Λάρισα
7. Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο», Μυτιλήνη
8. Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, «Αγία Σοφία» Παιδιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα
9. Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Η Δρεπανοκυτταρική Νόσος (ΔΝ) είναι μια από τις πιο κοινές μονογονιδιακές διαταραχές παγκοσμίως και οι ηπατικές επιπλοκές, οξείες και χρόνιες, είναι συχνές σε αυτή την ομάδα ασθενών.

Σκοπός: Η μελέτη μας στοχεύει στο να αναδείξει τον επιπολασμό και τους κύριους προδιαθεσικούς παράγοντες των χρόνιων ηπατικών επιπλοκών και της ηπατικής ίνωσης σε ασθενείς με ΔΝ.

Μέθοδοι: 219 ασθενείς από οκτώ Μονάδες Μεσογειακής Αναμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου εγγράφηκαν στη μελέτη μας και καταγράφηκαν δημογραφικά δεδομένα, στοιχεία από το ιστορικό σχετιζόμενα με τη νόσο (επώδυνες κρίσεις, θεραπευτικές παρεμβάσεις), το ιστορικό των επιπλοκών σχετιζόμενων με το ήπαρ (ηπατική κρίση, κρίση εγκλωβισμού, οξεία ενδοηπατική χολόσταση), πλήρης εργαστηριακός και ιολογικός έλεγχος καθώς και απεικονιστική ανάλυση (MRI αιμοσιδήρωσης, υπέρηχος ήπατος-σπληνός, ελαστογραφία). Οι ασθενείς ομαδοποιήθηκαν σε δύο ομάδες, εκείνους με σημαντικό βαθμό ίνωσης (Fibroscan>13.5kPa ή Fib-4>3.25 και APRI>1.5 ή υπερηχογραφικά ευρήματα συμβατά με



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

κίρρωση) και εκείνους χωρίς σημαντικό βαθμό ίνωσης.

Αποτελέσματα: Το 13,6% των ασθενών της μελέτης μας είχαν σημαντικό βαθμό ηπατικής ίνωσης, με το αντίστοιχο ποσοστό στη βιβλιογραφία να κυμαίνεται μεταξύ 16% και 29%. Η παρουσία ηπατικής ίνωσης συσχετίστηκε στατιστικώς σημαντικά με την προχωρημένη ηλικία, το άρρεν φύλο, τη χολολιθίαση και τα υψηλότερα επίπεδα LDH, γ-GT, AST, INR, άμεσης και έμμεσης χολερυθρίνης, καθώς και χαμηλότερες τιμές αιμοσφαιρίνης, αιμοπεταλίων και λευκωματίνης. Επιπλέον, οι ασθενείς με σημαντικό βαθμό ίνωσης είχαν περισσότερα επεισόδια ηπατικών κρίσεων και κρίσεων ενδοηπατικής χολόστασης τα τελευταία πέντε χρόνια, ενώ λάμβαναν εντατικότερη θεραπεία με μεταγγίσεις ή αφαιμαξομεταγγίσεις και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και παρουσίαζαν υψηλότερες τιμές ηπατικής εναπόθεσης σιδήρου (LIC) και φερριτίνης, αλλά χωρίς τα τελευταία να είναι στατιστικώς σημαντικά. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση με υπερηχογραφικά ευρήματα διεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας ή παρελθούσας ιογενούς ηπατίτιδας.

Συμπεράσματα: Η μελέτη μας δείχνει ότι οι χρόνιες ηπατικές επιπλοκές και η ηπατική ίνωση είναι μια σημαντική αιτία νοσηρότητας σε ασθενείς με Δρεπανοκυτταρική Νόσο. Για πρώτη φορά αναδεικνύεται η συσχέτιση της ηπατικής ίνωσης σε αυτή την ομάδα ασθενών πρωτίστως με τα αγγειοαποφρακτικά φαινόμενα και τη χρόνια ενδοαγγειακή αιμόλυση και δευτερευόντως σχετίζεται με τη δευτεροπαθή αιμοσιδήρωση στα πλαίσια της θεραπείας με μεταγγίσεις ή αφαιμαξομεταγγίσεις που συχνά λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί.

EA39: ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΙΟΧΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΙΤΑ ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΓΛΟΥΤΕΝΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ

Μάθου Ν.¹, Κωνσταντινίδου Μ.², Γεροδημητρώ Β.¹, Γιαννακόπουλος Α.¹, Παρασκευά Κ.¹

1. Γαστρεντερολογικό Τμήμα και Μονάδα Ενδοσκοπήσεων, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», Αθήνα
2. Διαιτολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», Αθήνα

Εισαγωγή: Η κοιλιοκάκη εκτός από εντεροπάθεια αποτελεί συστηματική νόσο. Η ηπατική συμμετοχή, είτε με τη μορφή παθολογικής ηπατικής βιοχημείας, είτε ως συνυπάρχουσα χρόνια ηπατική νόσος, είναι συχνή. Η διαίτα ελεύθερη γλουτένης (ΔΕΓ) συνιστά τη θεραπεία εκλογής της εντεροπάθειας, αλλά σε σημαντικό βαθμό και της εξέλιξης των συννοσηροτήτων που παρατηρούνται στη κοιλιοκάκη.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της συχνότητας της συμμετοχής του ήπατος και η ανταπόκριση στην ΔΕΓ ελληνικού πληθυσμού ασθενών με

κοιλιοκάκη.

Μέθοδος: Ανασκοπήθηκαν οι φάκελοι ενηλίκων ασθενών με ιστολογικά επιβεβαιωμένη κοιλιοκάκη από το ειδικό ιατρείο κοιλιοκάκης. Έγινε καταγραφή δημογραφικών δεδομένων, εργαστηριακών εξετάσεων (AST, ALT, γGT, ALP) και συνυπάρχουσας χρόνιας ηπατικής νόσου στη διάγνωση και εργαστηριακού ελέγχου μετά από τουλάχιστον δίμηνη δίαιτα ελεύθερη γλουτένης στους ασθενείς με παθολογική ηπατική βιοχημεία στη διάγνωση.

Αποτελέσματα: Ανασκοπήθηκαν οι φάκελοι 184 ασθενών με κοιλιοκάκη (Α: 27% (49), Γ: 73% (135)), μέση ηλικία διάγνωσης 42 έτη (22-74έτη), μέση διάρκεια διάγνωσης 6 έτη (1-35έτη)). Συνολικά 36/184 (19,6%) ασθενείς είχαν στη διάγνωση παθολογική τιμή σε ένα τουλάχιστον από τα ηπατικά ένζυμα. 29/36 (80,6%) ασθενείς παρουσίαζαν ήπια (< 3 φορές ΑΦΤ) τρανσαμινασαιμία και 7/36 (19,4%) τρανσαμινασαιμία και ήπια αυξημένη (<2 φορές ΑΦΤ) αλκαλική φωσφατάση. Η ΔΕΓ ομαλοποίησε την ηπατική βιοχημεία συνολικά σε 32/36 (88%) ασθενείς (> 2 μήνες σε 4/32, σε > 1 έτος σε 30/32, σε > 2 έτη σε 32/32). Από τους 4/36 (11%) ασθενείς με εμμένουσες παθολογικές τιμές ηπατικών ενζύμων οι 2 (50%) ασθενείς διαγνώστηκαν με πρωτοπαθή χολική χολαγγειίτιδα (PBC).

Συμπεράσματα: Σε ελληνικό πληθυσμό ενηλίκων ασθενών με κοιλιοκάκη, σημαντικό ποσοστό παρουσιάζει αύξηση των ηπατικών ενζύμων στη διάγνωση. Εντούτοις, στη συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών, η παθολογική βιοχημεία αποκαθίσταται με διαίτα ελεύθερη γλουτένης. Μετά ένα έτος θεραπείας με ΔΕΓ, σε εμμένουσες τιμές, θα πρέπει να διενεργείται πλήρης ηπατολογικός έλεγχος για την ανάδειξη συνυπάρχουσας χρόνιας ηπατικής νόσου.



Περιλήψεις e-poster

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

**AA1: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ
ΔΟΚΙΜΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΓΓΕΙΟΔΡΑΣΤΙΚΟΥΣ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΟ ΗΠΑΤΟΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ
ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ 2000 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ**

Κοντογιώργος Ι.¹, Πατχιάνου Ε.², Μαστορογιάννη Ι.Ν.¹,
Τσακνάνης Γ.¹, Πιτέργια Ε.¹, Τουλουμενίδης Δ.¹,
Ντόνα Κ.¹, Ζερβός Ν.¹

Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Γρεβένων
Αιματολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Εισαγωγή: Το ηπατονεφρικό σύνδρομο αποτελεί έναν τύπο λειτουργικής νεφρικής ανεπάρκειας, που εμφανίζεται συχνά σε κιρρωτικούς ασθενείς. Οι τυχαί-
ποιημένες κλινικές δοκιμές αποτελούν τη μέθοδο εκλογής
και το πλέον ενδεδειγμένο και αποτελεσματικό πειρα-
ματικό εργαλείο. Η ορθή αναφορά τυχαιοποιημένων

κλινικών δοκιμών για το ηπατονεφρικό σύνδρομο είναι
απαραίτητη για την αξιολόγηση της εγκυρότητάς τους.

Σκοπός: Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση
της ποιότητας αναφοράς τυχαιοποιημένων κλινικών
δοκιμών για τα αγγειοδραστικά φάρμακα στο ηπατο-
νεφρικό σύνδρομο, δημοσιευμένων από το 2000 έως
σήμερα.

Μέθοδοι: Διενεργήθηκε αναζήτηση στην Pubmed και
στην Cochrane για τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, που
συμπεριέλαβαν ασθενείς με ηπατονεφρικό σύνδρομο. Οι
μελέτες θεωρήθηκαν έγκυρες για εισαγωγή, εάν οι
συμμετέχοντες είχαν διαγνωστεί με ηπατονεφρικό
σύνδρομο και είχαν τυχαία κατανεμηθεί σε τουλάχιστον
δύο θεραπευτικά σκέλη, με το ένα από τα δύο να
περιλαμβάνει κάποιο αγγειοδραστικό φάρμακο. Η
αξιολόγηση της ποιότητας αναφοράς των μελετών
πραγματοποιήθηκε με τη δήλωση CONSORT. Η δήλωση
CONSORT αποτελεί μία λίστα 25 στοιχείων με
υποκατηγορίες (συνολικά 37 στοιχεία). Τα παραπάνω

Studies	Αναφερόμενα στοιχεία	Συμμόρφωση με CONSORT (%)	Περιοδικό	Αποδοχή CONSORT	Δείκτης SJR
Arora 2018	25	65,79	Hepatology	NAI	≥5
Boyer 2016	29	76,32	Gastroenterology	NAI	≥5
Cavallin 2015	26	68,42	Hepatology	NAI	≥5
Cavallin 2016	25	65,79	Hepatology	NAI	≥5
Goyal 2016	22	57,89	The Journal of Association of Physicians of India	OXI	<5
Matin-Llahi 2008	28	73,68	Gastroenterology	NAI	≥5
Neri 2008	21	55,26	Digestive Diseases and Sciences	NAI	<5
Saif 2018	22	57,89	Indian Journal of gastroenterology	OXI	<5
Sanyal 2008	28	73,68	Gastroenterology	NAI	≥5
Silawat 2011	13	34,21	World Applied Sciences Journal	OXI	<5
Singh 2012	24	63,16	Journal of Hepatology	NAI	≥5
Solanki 2003	16	42,11	Journal of Gastroenterology and Hepatology	NAI	<5
Srivastava 2015	29	76,32	Journal of clinical and experimental hepatology	OXI	<5
Tavakoli 2012	21	55,26	International Journal of Preventive Medicine	OXI	<5
Wong 2020	26	68,42	Nephrology Dialysis Transplantation	OXI	<5
Wong 2021	33	86,84	The New England Journal of Medicine	NAI	≥5

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

στοιχεία αξιολογούν συγκεκριμένα μέρη των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών, όπως αυτές δημοσιεύονται, και συγκεκριμένα: α) Τίτλος και Περίληψη (2 στοιχεία), β) Εισαγωγή (2 στοιχεία), γ) Μέθοδοι (17 στοιχεία), δ) Αποτελέσματα (10 στοιχεία), ε) Συζήτηση (3 στοιχεία), στ) Λοιπές πληροφορίες (3 στοιχεία). Στην παρούσα λίστα προστέθηκε ένα επιπλέον στοιχείο (No.13) στην κατηγορία Αποτελέσματα (Results), που αφορούσε την αναφορά ή μη του διαγράμματος ροής (flow diagram) κατά την παρουσίαση των μελετών. Υπολογίστηκε η συμμόρφωση με τη δήλωση CONSORT και πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις με βάση την αποδοχή ή μη του CONSORT από τα περιοδικά δημοσίευσης και τον δείκτη SJR των περιοδικών. Ο δείκτης SJR (Scimago Journal Rank) υπολογίζεται αντλώντας πληροφορίες από την βάση δεδομένων της Scopus και αποτελεί μέτρο απήχησης των επιστημονικών περιοδικών. Για τις συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ Mann Whitney U test, με όριο στατιστικής σημαντικότητας p -value < 0,05. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πακέτο IBM SPSS v.25

Αποτελέσματα: Από την αναζήτηση προέκυψαν 16 κατάλληλες μελέτες, δημοσιευμένες σε 12 διαφορετικά περιοδικά. Η μέση συμμόρφωση με το CONSORT ήταν 63,82% (34,21%-86,84%). Μόνο 19 από τα 38 στοιχεία αναφέρονταν σε >75% των άρθρων. Η διάμεση συμμόρφωση των άρθρων που δημοσιεύτηκαν σε περιοδικά που ενστερνίζονται το CONSORT ήταν 67,11%, έναντι 57,89% σε περιοδικά που δεν το αποδέχονται, αποτέλεσμα μη στατιστικά σημαντικό (p -value=0,2759). Η διάμεση συμμόρφωση με το CONSORT σε περιοδικά με SJR < 5 και SJR ≥ 5 ήταν 56,58% και 71,05% αντίστοιχα, αποτέλεσμα στατιστικά σημαντικό (p -value=0,023).

Συμπεράσματα: Η ποιότητα αναφοράς των

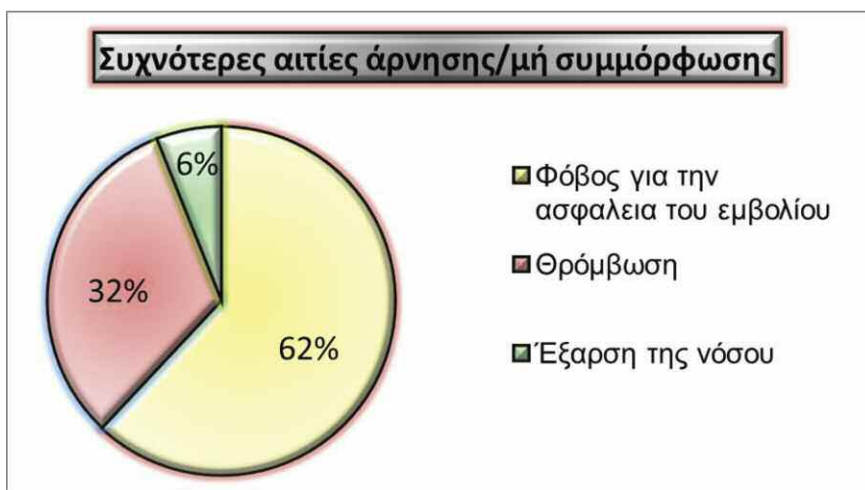
τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών για τα αγγειοδραστικά φάρμακα στο ηπατονεφρικό σύνδρομο παραμένει μη ικανοποιητική, με την συμμόρφωση με την δήλωση CONSORT να βρίσκεται σε χαμηλά ποσοστά. Παρατηρείται ότι περιοδικά με μεγαλύτερο δείκτη απήχησης δημοσιεύουν μελέτες με υψηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης. Η περαιτέρω βελτίωση της αναφοράς των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών θεωρείται αναγκαία.

AA2: ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΗΠΑΤΟΠΑΘΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ΚΑΙ C ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ SARS-COV-2. Η ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Καπάτας Χ.¹, Καραουλάνη Θ.³, Ματσούκα Ε.³, Κουντούρη Α.², Τσαγκιά Σ.⁴, Ουρανού Ε.¹, Ξυντάρης Μ.¹, Κίτνα Α.Α.¹, Υφαντή Α.¹, Λαλέα Μ.¹, Παυλοπούλου Θ.¹, Σολωμού Σ.¹, Καπάτας Α.¹

1. Α' Παθολογική κλινική- Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
2. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
3. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν. - Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαϊτειο»
4. Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

Εισαγωγή: Η πανδημία από τον SARS-CoV-2 αποτελεί ένα σοβαρό παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας που η αντιμετώπιση της εξαρτάται από τον μαζικό εμβολιασμό υγιών ατόμων καθώς και των ασθενών που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες κινδύνου. Τα δεδομένα σχετικά με τον



εμβολιασμό ηπατοπαθών ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β ή C είναι περιορισμένα.

Σκοπός: Η καταγραφή της συχνότητας, οι αιτίες μη συμμόρφωσης καθώς επίσης και οι βραχυπρόθεσμες παρενέργειες του εμβολιασμού έναντι του SARS-CoV-2 σε ηπατοπαθείς ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β ή C στην Ελλάδα.

Μέθοδοι: Οι ηπατοπαθείς ασθενείς που παρακολουθούνταν στο Α' Ηπατολογικό τμήμα Γ.Ν.Δ.Α. κλήθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο 5/2021 σχετικά με τον εμβολιασμό τους έναντι του SARS-CoV-2.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθησαν 268 ηπατοπαθείς ασθενείς με CHB και CHC (Άνδρες: 172, γυναίκες: 96, μέσης ηλικίας $58,9 \pm 16,8$ έτη, διάρκεια νόσου $8,4 \pm 6,2$ έτη). Η πλειοψηφία των ασθενών (79%) είχε σοβαρές συννοσηρότητες. Κατά την χρονική στιγμή του εμβολιασμού το 62% των ασθενών λάμβανε αγωγή με Tenofovir/Disoproxil fumarate, το 31% με Entecavir, το 4% λάμβανε Tenofovir alafenamide fumarate και το 3% ήταν υπό παρακολούθηση. Από τους ερωτηθέντες 18 ασθενείς (6,7%) είχαν νοσήσει από COVID-19 ενώ το 12% ανέφερε ότι ακύρωσε το προγραμματισμένο ραντεβού του για εμβολιασμό λόγω πανδημίας. Η πλειοψηφία των ασθενών μας εμβολιάστηκε στο χρονικό διάστημα από 5/2021 έως 10/2021 (Pfizer ή Moderna το 89% και Astrazenica το 11%). Περίπου το 6% ανέφερε ήπιες παρενέργειες κυρίως στην 2^η δόση με πιο συχνή τον πόνο στο σημείο του εμβολιασμού (38%). Σε κανέναν ασθενή δεν σημειώθηκε έξαρση της νόσου μετά τον εμβολιασμό. Οι συχνότερες αιτίες άρνησης/ μη συμμόρφωσης αποτελούσε ο φόβος για την ασφάλεια του εμβολίου 62%, θρόμβωση 32%, και έξαρση της νόσου 6%. Κανένας ασθενής δεν ανέφερε ότι δεν είχε συστηθεί ο εμβολιασμός από τον θεράποντα ιατρό του και στο υπόλοιπο ποσοστό μη εμβολιασμένων, το 94% απάντησε ότι επιθυμεί να προγραμματίσει να εμβολιαστεί.

Συμπεράσματα: Οι ηπατοπαθείς ασθενείς μας που παρακολουθούνταν στο κέντρο μας εμφάνισαν υψηλά ποσοστά συμμόρφωσης για τον εμβολιασμό έναντι του SARS-CoV-2 (78%), χωρίς σοβαρές παρενέργειες από το εμβόλιο. Ο φόβος για την ασφάλεια του εμβολίου, η πιθανή έξαρση της νόσου και η θρόμβωση ήταν οι κύριες αιτίες μη εμβολιασμού των ηπατοπαθών ασθενών που καταδεικνύει την ανάγκη για καλύτερη ενημέρωση των ασθενών αυτών.

A43: REAL-LIFE ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ (ΜΗ) ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ EVEROLIMUS (EVR) ΛΟΓΩ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Οικονόμου Θ.¹, Σινάκος Εμ.¹, Τσάνκη Αικ.², Τσακαλίδου Σ.², Τσουλφάς Γ.², Γουλής Ι.¹

1. Δ' Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
2. Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Για την επιλογή ανοσοκατασταλτικής αγωγής στους ΜΗ συνυπολογίζονται η προστασία της νεφρικής λειτουργίας αλλά και ο κίνδυνος απόρριψης. Το EVR αποτελεί ανοσοκατασταλτικό παράγοντα με νεφροπροστατευτικό προφίλ. Ευνοϊκότερα αποτελέσματα έχουν αναφερθεί από την εφαρμογή του εντός δώδεκα μηνών από την μεταμόσχευση.

Σκοπός: Αναδρομική μελέτη ΜΗ στο κέντρο μας που λαμβάνουν EVR σε real-life συνθήκες, από το 2009. Καταγραφή δεδομένων που αφορούν στην ανοσοκαταστολή των ασθενών και την τροποποίησή της σε σχήματα με βάση το EVR κυρίως λόγω νεφρικής δυσλειτουργίας. Καταγραφή δεδομένων πρώιμης αλλαγής σε σχήματα με βάση το EVR, στα πλαίσια renal-sparing τακτικής.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν προοπτικά 128 ΜΗ, 43 εντάχθηκαν στην μελέτη (29 άντρες, μέση ηλικία: 63 ± 9 έτη). Παρακολοιμήθηκαν για διάστημα 78mo (range: 2-169mo) κλινικές και εργαστηριακές παράμετροι, καταγράφηκε η εξέλιξη της νεφρικής λειτουργίας με μετρήσεις "true"-GFR (51Cr EDTA ή 99mTc DTPA), το προφίλ ασφάλειας και η έκβαση. Οι 15 ασθενείς (35%) είχαν γνωστό ιστορικό ηπατοκυτταρικού καρκινώματος (ΗΚΚ) στο εξαιρεθέν ήπαρ. Η αρχική ανοσοκατασταλτική αγωγή περιλάμβανε σχήμα με μυκοφαινολικό οξύ (MMF)+κυκλοσπορίνη για 29 (67%) ασθενείς, MMF+Tacrolimus για 12 (28%) και κυκλοσπορίνη+αζαθειοπρίνη για 2 (5%) ασθενείς. Όλοι ελάμβαναν κορτικοστεροειδή, σε πρωτόκολλο σταδιακής αποδέσμευσης. Οι μέσες τιμές "true"-GFR κατά την μεταμόσχευση ήταν 63 ± 18 ml/min. Ο διάμεσος χρόνος αλλαγής σε EVR ήταν 30mo (range: 2-200), με εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας τότε: "true"-GFR: 54 ± 14 ml/min. Στο 71% (n=30 ασθενείς) η αιτία αλλαγής ήταν η σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία, ενώ στους υπόλοιπους 13 (29%) συνυπολογίστηκε και το ιστορικό ΗΚΚ. 30 ασθενείς (70%) ελάμβαναν σχήμα MMF+EVR, ενώ 11 (25%) EVR+κυκλοσπορίνη και 2 (5%) EVR+Tacrolimus. Τα δεδομένα για την νεφρική λειτουργία έδειξαν ότι υπήρχε βελτίωση της mean "true"-GFR: 60 ± 19 ml/min των ΜΗ στον επανέλεγχο μετά την αλλαγή (μέσος χρόνος



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

10±7mo), και αυτή η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική, $p<0.001$. Με την εφαρμογή του πρωτοκόλλου πρώιμης αλλαγής σε EVR, ενώ στο διάστημα 1989-2014 βρέθηκαν 25 ασθενείς που η αλλαγή έγινε σε 40mo, στο διάστημα 2015-2020 υπήρχαν 19 ασθενείς που η αλλαγή έγινε στους 14.5mo. Συνολικά περίπου έως και το 82% των MH ανέφεραν ανεπιθύμητες ενέργειες σχετιζόμενες με την λήψη της ανοσοκαταστολής, κυρίως δυσλιπιδαιμία (67%, $n=29$ MH), λιγότερο συχνά αφθώδη στοματίτιδα (5 MH, 11%) και λευκωματουρία (2 MH, 5%). Η διαχείριση αυτών περιλάμβανε έναρξη υπολιπιδαιμικού παράγοντα (στατίνη ή/και συνδυασμό, $n=25$ MH, 59%) και σε 2 MH (5%) τροποποίηση της αγωγής (μείωση EVR, έναρξη καρτιζόνης). Στο τέλος της παρακολούθησης αλλαγή της ανοσοκαταστολής καταγράφηκε σε 12 MH (28%), σε 2 λόγω απόρριψης του μοσχεύματος (5%) αλλά και λόγω υποτροπής HKK ή άλλων νεοπλασιών ($n=2$, 5%), χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας ($n=3$, 7%), ανεπιθύμητων ενεργειών (11%, $n=5$, 2 για άφθες, 1 για οιδήματα άκρων, 1 δυσλιπιδαιμία, 1 λευκωματουρία). Η καταγεγραμμένη έκβαση μέχρι σήμερα (παρακολούθηση περίπου 6.5 έτη) περιλαμβάνει σε 2 MH (5%) υποτροπή HKK, 3 απεβίωσαν (7%), ενώ 38 MH (88%) παραμένουν σε παρακολούθηση σε χωρίς μείζονα προβλήματα.

Συμπεράσματα: Η επιλογή σχημάτων με βάση το EVR είναι πια δεδομένο της καθημερινής πρακτικής, με σημαντικά οφέλη στην νεφρική λειτουργία και χωρίς μείζονα προβλήματα απόρριψης ή ανεπιθύμητων ενεργειών.

AA4: ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΥΓΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ (ΜΑΛΗΝΗ)

Μπουλούτα Α.^{1*}, Αγγελετοπούλου Ι.^{1*}, Καναλουπίτης Στ.¹, Τσούνης Π.Ευ.¹, Ίσαρης Β.¹, Παπαντωνίου Κ.¹, Αποστολός Α.¹, Τσαπλάρης Π.¹, Πάστρας Πλ.¹, Σωτηρόπουλος Χρ.¹, Τσιντώνη Α.², Διαμαντοπούλου Γ.¹, Θωμόπουλος Κ.¹, Μιχαλάκη Μ.³, Τριάντος Χρ.¹

1. Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Ρίο, Πάτρα
2. Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Ρίο, Πάτρα
3. Εργαστήριο Ενδοκρινολογίας, Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Ρίο, Πάτρα

*Αυτοί οι συγγραφείς συνέβαλαν εξίσου στην παρούσα εργασία

Background and Aims: The influence of clinical and biochemical profile among metabolically non-healthy and healthy patients has not been extensively explored. Aim of the study was to assess the impact of metabolic health in non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) patients,

beyond the presence of obesity; and to examine the liver disease progression in these populations.

Method: The medical charts of 569 patients with fatty liver were thoroughly reviewed; 344 patients were excluded because of other chronic liver diseases. Metabolically healthy people were defined those who met none of the following criteria: blood pressure $\geq 130/85$ mmHg or under hypertension treatment, fasting glucose ≥ 100 mg/dl or under diabetes treatment, serum triglycerides > 150 mg/dl, high density lipoprotein-cholesterol $< 40/50$ mg/dl for men/women.

Results: The present observational case-control study included 225 NAFLD patients; 14 (6.2%) were metabolically healthy. Metabolically healthy participants were younger ($p=0.006$), had lower age at diagnosis ($p=0.002$), γ -GT levels ($p=0.013$), fasting glucose ($p<0.001$) and triglycerides ($p<0.001$) and higher HDL-cholesterol ($p=0.005$) compared to metabolically unhealthy. At the last follow up, 8 metabolically healthy patients developed dyslipidemia; 1 patient (14.4%) presented liver disease progression compared to 8 patients (10.5%) from the unhealthy group ($p=0.567$). In multivariate analysis, fasting glucose was the only independent factor for disease progression ($p=0.026$). No difference observed in liver disease progression-free survival rates among the examined groups ($p=0.778$).

Conclusion: Metabolically healthy NAFLD patients presented with a favorable biochemical profile; however, they diagnosed with NAFLD at younger age and the liver disease progression risk was similar to unhealthy. These findings suggest that metabolically healthy NAFLD may not constitute a benign condition and patients could potentially be in increased risk of metabolic syndrome and liver disease progression, posing a starting point for further investigation.

AA5: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΥΟ ΜΕΘΟΔΩΝ ΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ (FIBROSCAN ΚΑΙ SHEAR WAVE) ΣΤΗΝ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΑΚΑΜΨΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Μανώλακα Χ.¹, Τζωράκη Μ.¹, Παπαστεργίου Β.², Τζαλίδη Μ.¹, Χατζηαντωνίου Α.¹, Αρνάς Ν.¹, Ροδίτης Δ.¹, Φρόνας Γ.¹, Γόμπος Γ.¹, Παπακωνσταντίνου Φ.¹, Καραταπάνης Σ.¹

1. Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου
2. Γαστρεντερολογικό Κλινική, Θεραπευτήριο «Ευαγγελισμός» Αθηνών

Εισαγωγή: Η ελαστογραφία ήπατος αποτελεί σήμερα τη μέθοδο αναφοράς για την μη επεμβατική εκτίμηση της ίνωσης σε ασθενείς με χρόνια ηπατοπάθεια. Η μέτρηση της ηπατικής ακαμψίας γίνεται συνηθέστερα με μέθοδο

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

Transient Elastography (FIBROSCAN), ωστόσο κάποια κέντρα χρησιμοποιούν την Shear-Wave-Elastography (SWE).

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθούν οι τυχόν διαφορές στη διαγνωστική ακρίβεια μεταξύ των δύο μεθόδων εκτίμησης της ηπατικής ακαμψίας σε ασθενείς με χρόνια ηπατική νόσο.

Μέθοδος: Στη μελέτη μας συμπεριελήφθησαν 78 ασθενείς (Α/Γ=51/27, μέση ηλικία=48.1 έτη) με χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC, N=25), χρόνια ηπατίτιδα B (ΧΗΒ, N=24) και μη αλκοολική λιπώδη νόσο ήπατος (ΜΑΛΗΗ, N=29). Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε FIBROSCAN και SWE, σε κοντινό χρονικό διάστημα (<δύο εβδομάδες). Με το FIBROSCAN εγινετο μέτρηση και του βαθμού ηπατικής στεάτωσης με μέθοδο CAP (Controlled Attenuation Parameter). Ο βαθμός συσχέτισης των τιμών ηπατικής ακαμψίας με FIBROSCAN και SWE αξιολογήθηκε με συντελεστή συσχέτισης Spearman.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C ή B δεν διέφεραν στην ηλικία (47.1±9 προς 48.2±8), το BMI (26.2±4.7 προς 25.3±4.4) και την εκτίμηση της λιπώσης μέσω CAP (244±56, προς 223±45). Αντιθέτως, οι ασθενείς με ΜΑΛΗΗ διέθεταν υψηλότερη τιμή BMI (29.1±4.1) και τη τιμή λιπώσης (291±48). Διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση στη μέτρηση της ηπατικής ακαμψίας με τις δύο ελαστογραφικές μεθόδους και στις τρεις ομάδες ασθενών: ΧΗC (r= 0.906, p<0.001), ΧΗΒ (r= 0.729, p<0.001) και ΜΑΛΗΗ (r=0.832, p<0.001).

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα B και C ή ΜΑΛΗΗ το FIBROSCAN και η SWE προσφέρουν στενή συσχέτιση στην εκτίμηση του βαθμού της ηπατικής ακαμψίας.

ΑΑ6: Η ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΤΙΚΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΟΥ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β (qHBsAg) ΔΙΑΦΕΡΕΙ ΜΕΤΑΞΥ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΒΝ ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗ ΡΕΥΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κουτσιανός Χ.¹, Χατζηγιάννη Αιμ.², Θωμάς Κ.¹, Ντότις Μ.², Βασιλόπουλος Δ.^{1,2}

1. Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ε.Κ.Π.Α., Ιατρική Σχολή, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
2. Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ε.Κ.Π.Α., Ιατρική Σχολή Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Σε ασθενείς με ρευματικές παθήσεις και λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β (ΗΒV) που λαμβάνουν αγωγή με βιολογικούς παράγοντες, η επανενεργοποίηση του ΗΒV (ΗΒVr) είναι επιπλοκή με σοβαρή νοσηρότητα και θνητότητα. Για να

διευκρινίσουμε την επίδραση της βιολογικής θεραπείας στην πορεία της ΗΒV λοίμωξης και την εμφάνιση ΗΒVr, μελετήσαμε μια κοορτή ασθενών ρευματικές παθήσεις και ΗΒV (χρόνια ηπατίτιδα ή χρόνια λοίμωξη) και εξετάσαμε την κινητική του ποσοτικού ΗBsAg (qHBsAg) στον ορό.

Ασθενείς και μέθοδοι: Μονοκεντρική, προοπτική μελέτη παρατήρησης σε ασθενείς με ρευματικές παθήσεις και ηπατίτιδα Β υπό αγωγή με βιολογικές θεραπείες. Οι ΗBsAg-θετικοί ρευματικοί ασθενείς υπό βιολογική θεραπεία χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, ανάλογα με το αν έπασχαν από χρόνια («ενεργό») ηπατίτιδα Β (ΧΗΒ, ομάδα Α) ή χρόνια ΗΒV λοίμωξη (ΧΒΛ, «ανενεργοί φορείς») (ομάδα Β) και εξομοιώθηκαν με μη ρευματικούς ασθενείς που δεν ελάμβαναν ανοσοκατασταλτική θεραπεία. Τα επίπεδα του qHBsAg μετρήθηκαν ανά έτος και πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις όσον αφορά την αλλαγή του qHBsAg από την αρχική τιμή, την πιθανότητα ετήσιας ταχείας πτώσης qHBsAg (πτώση στο qHBsAg> 0,5 log10 iu/mL/έτος) και την πιθανότητα κάθαρσης του ΗBsAg.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 28 ΗBsAg-θετικοί ρευματικοί ασθενείς με ΧΗΒ (ομάδα Α, n=13) ή ΧΒΛ (ομάδα Β, n=15) και εξομοιώθηκαν με μη ρευματικούς ασθενείς με αντίστοιχες διαγνώσεις. Στη διάρκεια της παρακολούθησης (3,86 ± 2,8 έτη) κανείς από τους ρευματικούς ασθενείς δεν ανέπτυξε ΗΒVr ή βιοχημική έξαρση της ηπατίτιδας Β. Για τους ασθενείς της ομάδας Α (ΧΗΒ), δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην αλλαγή του qHBsAg από την αρχική τιμή ούτε στον ρυθμό ετήσιας πτώσης του qHBsAg μεταξύ των ρευματικών και μη ρευματικών ασθενών. Παρομοίως, η αθροιστική επίπτωση της ταχείας ετήσιας πτώσης του qHBsAg (32,7% έναντι 28,4% στα 4 χρόνια αντίστοιχα, log-rank p = 0,726) και η πιθανότητα κάθαρσης του ΗBsAg (1/13 έναντι 2/26 στα 4 χρόνια αντίστοιχα) δε διέφερε σημαντικά στην ανάλυση επιβίωσης μεταξύ των δύο ομάδων. Στους ασθενείς της ομάδας Β (ΧΒΛ), η αλλαγή στα επίπεδα του qHBsAg από την αρχική τιμή και οι τιμές του ρυθμού της ετήσιας πτώσης του qHBsAg ήταν χαμηλότερες στους ρευματικούς ασθενείς που λάμβαναν ανοσοκατασταλτική και αντιική προφύλαξη σε σχέση με τους ασθενείς ελέγχου που δεν λάμβαναν θεραπεία. Επιπλέον, υπήρχε σημαντική διαφορά στην αθροιστική επίπτωση ταχείας ετήσιας πτώσης qHBsAg και κάθαρσης του ΗBsAg μεταξύ των δύο ομάδων στην ανάλυση επιβίωσης (0% και 0% έναντι 24% και 20% αντίστοιχα στα 4 έτη).

Συμπεράσματα: Η ετήσια πτώση του qHBsAg, ο ρυθμός ταχείας πτώσης qHBsAg και η πιθανότητα κάθαρσης του ΗBsAg διέφεραν σημαντικά μεταξύ ρευματικών και μη ρευματικών ασθενών στην περίπτωση των ασθενών με ΧΒΛ, αλλά όχι σε ασθενείς με ΧΗΒ. Αυτό πιθανώς σημαίνει ότι ο συνδυασμός ανοσοκατασταλτικής και αντιικής αγωγής που ενδείκνυται να χορηγηθεί σε αυτή την ομάδα ασθενών πιθανώς τροποποιεί τη φυσική πορεία της ΗBeAg-αρνητικής ΧΒΛ και επηρεάζει την πιθανότητα «λειτουργικής ίασης».

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

AA7: ΘΕΡΑΠΕΙΑ HCV ΜΕ DAAs

Γιοβάννης Ε., Βαδαρλής Α., Ευταξίας Χ., Τόλης Χ.,
Τσαρούχης Κ., Κοτανίδης Ν., Παυλός Α., Βασιλείου Κ.,
Κουσοπούλου Ν., Καπετάνιος Δ., Αυγερινός Α.,
Δημουλός Φ., Μάρης Θ., Ηλιάς Α.

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Σκοπός: Η καταγραφή της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας των DAAs στην θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας C (CHC).

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά 129 ασθενείς με ΧΗC (Α/Γ: 70/59) μέσης ηλικίας 52±11 έτη που έλαβαν θεραπεία με τα νεότερα αντιικά φάρμακα (DAAs) μεταξύ Ιανουαρίου 2017 και Δεκεμβρίου 2021. Όλοι οι ασθενείς ελέγχθηκαν με ελαστογραφία ήπατος. Σε όλους τους ασθενείς έγινε έναρξη θεραπείας, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, με DAAs, Τα σχήματα που χρησιμοποιήθηκαν είναι grazoprevir/elbasvir, sofosbuvir/velpatasvir, ombitasvir/paritaprevir/ritonavir, ledipasvir/sofosbuvir, glecaprevir/pibrentasvir.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς πέτυχαν ιική κάθαρση 12 εβδομάδες μετά τη λήξη της θεραπείας, SVR 12: Στο χρονικό διάστημα παρακολούθησης παρατηρήθηκαν 2 επαναλοιμώξεις σε ασθενείς που είχαν λάβει sofosbuvir/velpatasvir και τέθηκαν σε επαναθεραπεία με voxilaprevir, sofosbuvir, velpatasvir (VOSEVI) με ιολογική ανταπόκριση την 12 εβδομάδα. Σε κανέναν ασθενή δεν σημειώθηκε καμία σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια και να χρειάστηκε διακοπή της θεραπείας. Η παρακολούθηση συνεχίζεται. Κανείς ασθενής δεν χάθηκε στο follow-up έστω και με τηλεφωνική επικοινωνία και άυλη συνταγογράφηση/παραπεμπτικά εξετάσεων λόγω COVID 19.

Συμπέρασμα: Η θεραπεία με DAAs αναδεικνύεται ασφαλή και αποτελεσματική, με μικρό αριθμό ασθενών που θα χρειασθεί τελικά επαναθεραπεία.

AA8: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΚΟΣΤΟΥΣ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΕΞΑΛΕΙΨΗΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Γκούντας Η.¹, Κατσιολούδης Π.², Γασμερί Ι.³,
Κυπριανού Ε.³, Μηνά Χ.³, Γεωργίου Χ.⁴, Κουρουφέξη Α.⁵,
Δημητρίου Α.⁶, Ξενοφώντος Ε.⁷, Νικολόπουλος Γ.¹

1. Ιατρική σχολή, Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος
2. Ιατρικό Κέντρο-Κλινική Ευαγγελίστρια
3. Αρχή Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος
4. Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος
5. Φαρμακευτικές υπηρεσίες, Υπουργείο Υγείας,

Λευκωσία, Κύπρος

6. Μονάδα Παρακολούθησης Υγείας, Υπουργείο Υγείας, Λευκωσία, Κύπρος
7. Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Λεμεσός, Κύπρος

Εισαγωγή: Στην Κυπριακή Δημοκρατία ο επιπολασμός της χρόνιας Ηπατίτιδας C (CHC) στον γενικό πληθυσμό (ΓΠ) και στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών (ΧΕΝ) εκτιμάται σε 0,6% και 43% αντίστοιχα. Πρόσφατη μελέτη μαθηματικής μοντελοποίησης (Gountas et al. *WJG* 2021) υπολόγισε ότι για την επίτευξη του στόχου της εξάλειψης της Ηπατίτιδας C (HCV) στην Κύπρο θα πρέπει να διαγνωστούν και να θεραπεύσουν 3080 (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης (ΔΕ): 3000, 3200) ασθενείς την περίοδο 2020-2034, με ταυτόχρονη αύξηση 3%/έτος της κάλυψης των προγραμμάτων μείωσης της βλάβης (κατανομή θεραπειών: 2680 ΓΠ και 400 ΧΕΝ). Για την χάραξη/επικαιροποίηση οποιονδήποτε πολιτικών δημόσιας υγείας, κάθε προτεινόμενη παρέμβαση είναι απαραίτητο να ακολουθείται και από την οικονομική της αξιολόγηση. Σκοπός της εργασίας είναι να αξιολογήσει τη σχέση κόστους αποτελεσματικότητας της προτεινόμενης στρατηγικής εξάλειψης της HCV στην Κύπρο.

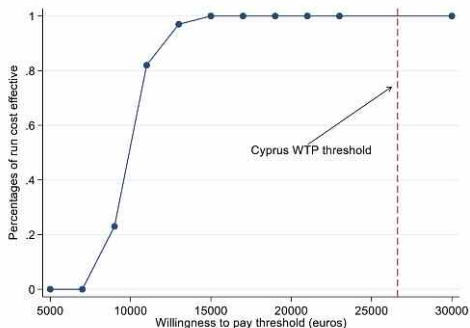
Υλικό και Μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκε δημοσιευμένο μαθηματικό μοντέλο το οποίο βαθμονομήθηκε σε δεδομένα από την Κυπριακή Δημοκρατία. Το μοντέλο χωρίζει τον πληθυσμό σε δύο ομάδες: ΓΠ και ΧΕΝ. Υποθέτουμε ότι η μετάδοση της HCV περιορίζεται μόνο στην ομάδα των ΧΕΝ. Υπολογίστηκε ο σχετικός λόγος κόστους-αποτελεσματικότητας (ICER), ανά έτος ζωής με αναπηρία (DALY) που αποφεύγεται, της στρατηγικής εξάλειψης της HCV, σε σχέση με το βασικό σενάριο (στο βασικό σενάριο δεν υπάρχει γενικευμένη χρήση direct acting antivirals - DAAs στην Κύπρο). Το κατώφλι για να θεωρηθεί μία σχέση ως εξαιρετικά οικονομικά αποδοτική ορίστηκε το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν για το έτος 2021 (26623€ ανά DALY που αποφεύγεται).

Αποτελέσματα: Η επίπτωση της HCV στην Κύπρο υπολογίστηκε σε 9,6 (95% ΔΕ: 5,5, 13,2) νέες μολύνσεις ανά 100 ανθρωπο-έτη. Σε σύγκριση με το βασικό σενάριο, η στρατηγική εξάλειψης θα αποτρέψει 195 (95% ΔΕ: 115, 220) και 2070 (95% ΔΕ: 1600, 2640) νέες μολύνσεις και DALY έως το 2034, αντίστοιχα. Η πρόσθετη απαιτούμενη επένδυση για την επίτευξη των στόχων εξάλειψης της HCV εκτιμήθηκε σε €20,4 εκατομμύρια (95% ΔΕ: 19,2, 21,8). Το κόστος ανά DALY που αποφεύγεται υπολογίστηκε στα €9915 (95% ΔΕ: 7600, 13100), υποδεικνύοντας ότι η στρατηγική εξάλειψης είναι μια εξαιρετικά οικονομικά αποδοτική παρέμβαση. Η ανάλυση ευαισθησίας έδειξε ότι το 100% των προσομοιώσεων ήταν κάτω από το κατώφλι όπου μία ανάλυση θεωρείται εξαιρετικά οικονομικά αποδοτική (Εικόνα).

Συμπέρασμα: Η στρατηγική της εξάλειψης της HCV στην Κύπρο είναι μια απαιτητική αλλά εξαιρετικά οικονομικά αποδοτική στρατηγική δημόσιας υγείας.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

Εικόνα: Καμπύλη αποδοχής κόστους-αποτελεσματικότητας

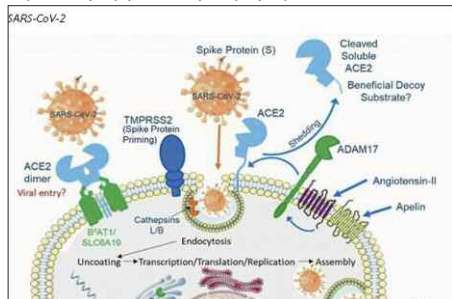


AA9: Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΗΣ REMDESIVIR ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ SARS-COV-2 ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ

Καπάτας Χ.¹, Καραουλάνη Θ.³, Ματσούκα Ε.³, Κουντούρη Α.², Τσαγκιά Σ.⁴, Αρμύρος Π.¹, Λαμπρόπουλος Π.¹, Τσάκαλης Ν.¹, Υφαντή Α.¹, Λαλέα Μ.¹, Παυλοπούλου Θ.¹, Σολωμού Σ.¹, Καπάτας Α.¹

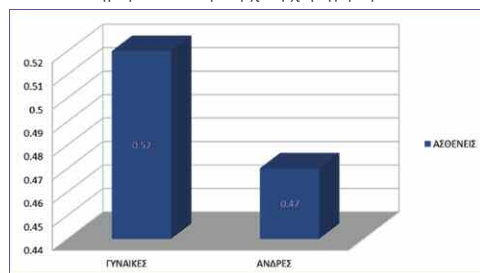
1. Α' Παθολογική κλινική-Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
2. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
3. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν. - Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο»
4. Κέντρο Μεσογειακής Αναμίας, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

Εισαγωγή: Η χορήγηση της Remdesivir ενδείκνυται για Ι.Β. χορήγηση σε ασθενείς που πάσχουν από πνευμονία λόγω λοίμωξης από SARS-CoV-2 και ανάγκη για συμπληρωματική χορήγηση O₂. Συνιστάται παρακολούθηση της ηπατικής βιοχημείας (ALT, AST, γ-GT) και προτείνεται η διακοπή χορήγησης του φαρμάκου σε άνοδο > 5 φορές τις ανώτερες φυσιολογικές τιμές.



Σκοπός: Σκοπός της μελέτης μας είναι η αποτύπωση δεδομένων της καθημερινής χορήγησης του φαρμάκου και της επίδρασης στην ηπατική λειτουργία.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν οι διαδοχικές τιμές των ALT + AST + γ-GT σε 78 ασθενείς (41 γυναίκες, 52,6%) με COVID-19 πνευμονία, στους οποίους χορηγήθηκε το 5ήμερο σχήμα Remdesivir (200 mg 1^η μέρα και 100 mg για 4 ημέρες). Έγινε αποκλεισμός των ασθενών με γνωστή ηπατοπάθεια. Η καταγραφή των τιμών έγινε την 2^η, 4^η, 6^η, 8^η και 10^η ημέρα από την αρχική χορήγηση.



Αποτελέσματα: Οι μέσες τιμές της AST δεν παρουσίασαν καμία μεταβολή, ενώ οι τιμές της ALT και της γ-GT αυξήθηκαν αντίστοιχα κατά 76% και 66%. Παρατηρήθηκε ότι και στις 2 περιπτώσεις η αύξηση ήταν περισσότερο από διπλάσια σε σχέση με την ανώτερη φυσιολογική τιμή. Δεν απαιτήθηκε διακοπή της χορήγησης του φαρμάκου.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση της Remdesivir αποτελεί ασφαλή θεραπευτική επιλογή στην καθημερινή κλινική πράξη για την αντιμετώπιση της πνευμονίας από λοίμωξη SARS-CoV-2 αναφορικά με την ηπατική λειτουργία.

AA10: ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ HCV ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ Η ΕΠΑΝΑΛΟΙΜΩΞΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΑΝΤΙΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ DAAs ΣΤΗΝ ΔΥΤΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗ

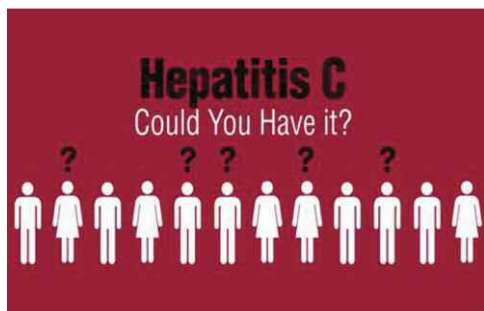
Καπάτας Χ.¹, Καραουλάνη Θ.³, Ματσούκα Ε.³, Κουντούρη Α.², Τσαγκιά Σ.⁴, Ουρανού Ε.¹, Ξυντάρης Μ.¹, Κίτια Α.Α.¹, Υφαντή Α.¹, Λαλέα Μ.¹, Παυλοπούλου Θ.¹, Σολωμού Σ.¹, Καπάτας Α.¹

1. Α' Παθολογική κλινική-Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
2. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
3. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν. - Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο»
4. Κέντρο Μεσογειακής Αναμίας, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

Εισαγωγή: Η θεραπεία των ασθενών που πάσχουν από την HCV-λοίμωξη τελευταία επιτελείται με τα άμεσα δρώντα αντιικά φάρμακα DAAs και αποτελεί την πλέον αποτελεσματική μέθοδο κάθαρσης του ιού θέτοντας

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

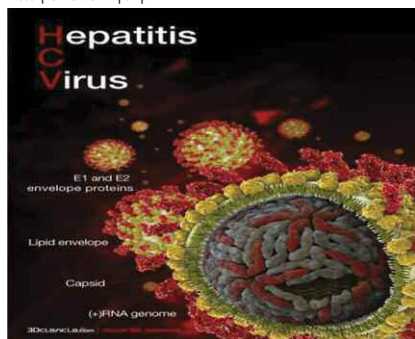
ισχυρά θεμέλια στην προσπάθεια για την εξάλειψη της νόσου έως το 2030. Ο κίνδυνος όμως της επαναλοίμωξης των ασθενών που πέτυχαν κάθαρση της νόσου και συνεχίζουν την χρήση ενδοφλέβιων ουσιών παραμένει άγνωστη.



Σκοπός: Η ανίχνευση επαναλοίμωξης ηπατίτιδας C σε ηπατοπαθείς ασθενείς που έχουν ως στόχο την θεραπεία-επανένταξή τους σε πρόγραμμα εξάλειψης και ο υπολογισμός του ποσοστού επαναλοίμωξης από τον ιό.



Μέθοδος: Μελετήθηκαν 389 ασθενείς με HCV-λοίμωξη που προσήλθαν στο Α' Ηπατολογικό Ιατρείο του Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα». Οι 238 ασθενείς (61,2%) έλαβε αντίκκη θεραπεία με DAAs και συνέχισαν την παρακολούθηση τους στο ηπατολογικό ιατρείο μας με πλήρη στοιχεία και τεκμηριωμένη παρατεταμένη ιολογική ανταπόκριση (SVR). Έγινε καταγραφή και αξιολόγηση των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών, μοριακής έλεγχος και γονότυπηση.



Αποτελέσματα: Έγινε καταγραφή 25 ασθενών (10,5%) επαναλοίμωξης με διαφορετικό γονότυπο του ιού της ηπατίτιδας C σε 238 ασθενείς που παρακολουθούνταν στο ηπατολογικό ιατρείο και πέτυχαν SVR. Όλοι οι ασθενείς ήταν ενεργοί χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, ενώ μερικοί είχαν τεθεί υπό κράτηση σε σωφρονιστικό ίδρυμα.

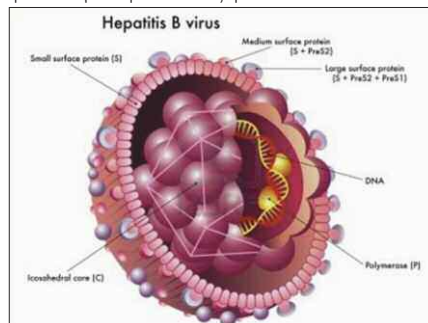
Συμπεράσματα: Είναι αναγκαία η ένταξη των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών σε προγράμματα τακτικής παρακολούθησης και ενημέρωσης καθώς επίσης και προγράμματα απεξάρτησης ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος επαναλοίμωξης με απώτερο στόχο την επίτευξη της εξάλειψης της ηπατίτιδας C στο άμεσο μέλλον.

AA11: ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ HBV ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ Η ΑΡΝΗΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ HbsAg - Α' ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Γ.Ν.Δ.Α. «ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»

Καπάτης Χ.¹, Καραουλάνη Θ.³, Ματσούκα Ε.³, Κουντούρη Α.², Τσαγκιά Σ.⁴, Αρμύρας Π.¹, Λαμπρόπουλος Π.¹, Τσάκαλης Ν.¹, Υφαντή Α.¹, Λαλέα Μ.¹, Παυλοπούλου Θ.¹, Σολωμού Σ.¹, Καπάτης Α.¹

1. Α' Παθολογική κλινική-Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
2. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
3. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν. - Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο»
4. Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

Εισαγωγή: Η φυσική ιστορία της HBV λοίμωξης περιλαμβάνει την αρνητικοποίηση του HbsAg (μικρό ποσοστό 1-2%/έτος) των ασθενών με χρόνια HBV λοίμωξη, με χαμηλό τίτλο HbsAg, χαμηλό ιικό φορτίο και φυσιολογικά ηπατικά ένζυμα.



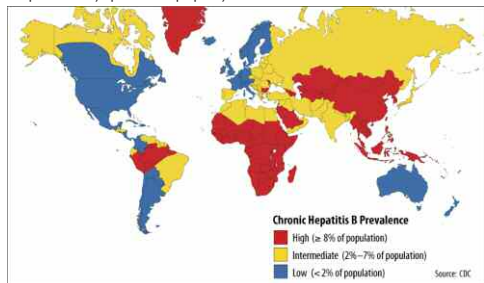
Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης μας ήταν η αναδρομική παρατήρηση της αρνητικοποίησης του HbsAg στην ομάδα των ηπατοπαθών ασθενών με HBV λοίμωξη.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι ηπατοπαθείς ασθενείς με HBV λοίμωξη που παρακολουθούνται

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

στο Α' Ηπατολογικό τμήμα του Γ.Ν.Δ.Α. "Αγία Βαρβάρα" την τελευταία 10ετία. Έγινε η καταγραφή της συχνότητας αρνητικοποίησης του HbsAg στον χρόνο παρακολούθησης τους καθώς επίσης και τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ηπατοπαθών ασθενών (ηλικία, φύλλο, συν νοσηρότητες) και τα χαρακτηριστικά της HBV λοίμωξης (HbeAg, ιικό φορτίο).

Αποτελέσματα: Στην μελέτη μας συμπεριελήφθησαν 896 ασθενείς από τους οποίους οι 38 ασθενείς (22 άνδρες) παρουσίασαν αρνητικοποίηση HbsAg κατά την παρακολούθησή τους. Από αυτούς οι 12 (1,3%) είχαν HbeAg (+) στην διάγνωση και όλοι είχαν μέτρηση ιικού φορτίου που ήταν θετικό - χαμηλό ή μη ανιχνεύσιμο. Θεραπεία έλαβαν οι 12 ασθενείς (7 ETV, 4 TDF, 1 LAM). Σε 28 ασθενείς παρατηρήθηκε ορομετατροπή του HbsAg σε anti-Hbs (+). Ο μέσος χρόνος αρνητικοποίησης του HbsAg ήταν 108 μήνες, 104 για όσους έλαβαν θεραπεία και 120 για όσους δεν έλαβαν θεραπεία. Ο μέσος χρόνος αρνητικοποίησης του HbsAg από την έναρξη της θεραπείας ήταν 68 μήνες.



Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με χρόνια HBV λοίμωξη παρατηρείται αρνητικοποίηση του HbsAg σε μικρό ποσοστό ασθενών με ή χωρίς θεραπεία, με κύρια ευρήματα HbeAg(-) και χαμηλό ιικό φορτίο περίπου δέκα ετών.

ΑΑ12: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΜΑΡΤΥΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΙΟΧΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ CHC

Καραουλάνη Θ.³, Καπάτης Χ.¹, Ματσούκα Ε.³, Κουντούρη Α.², Τσακιά Σ.⁴, Αρμύρος Π.¹, Λαμπρόπουλος Π.¹, Τσάκαλης Ν.¹, Υφαντή Α.¹, Λαλέα Μ.¹, Παυλοπούλου Θ.¹, Σολωμού Σ.¹, Καπάτης Α.¹

1. Α' Παθολογική κλινική-Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
2. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
3. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν. - Ψ.Ν.Α. «Δρομοκάτειο»
4. Κέντρο Μεσογειακής Αναμίας, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

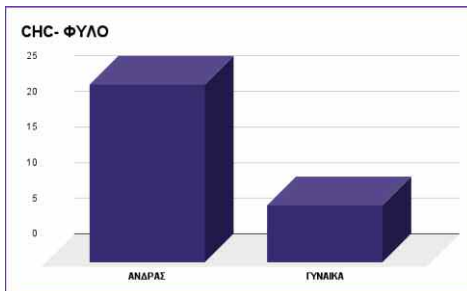
Εισαγωγή: Η Ηπατίτιδα C αποτελεί μία ιογενή νόσο με υψηλό φορτίο νοσηρότητας και θνητότητας διεθνώς, ιδιαίτερα εξαιτίας της υψηλής συχνότητας επιπλοκών της χρόνιας λοίμωξης στους ασθενείς. Υπάρχει περιορισμένος αριθμός μελετών που επικεντρώνεται στην επίδραση της διατροφής στην κλινική εξέλιξη της HCV.

Σκοπός: Αναδρομική μελέτη ασθενών-μαρτύρων για τη διερεύνηση επίδρασης της Διατροφής στην Ηπατική Βιοχημεία και σε Καρδιαγγειακούς Δείκτες σε ασθενείς με CHC.

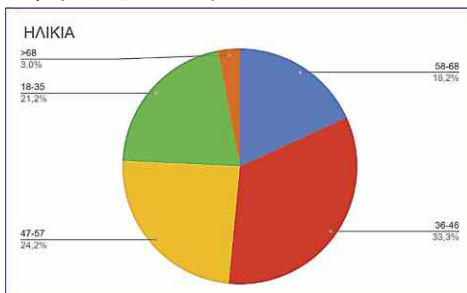
Υλικό-Μέθοδοι: Στη μελέτη έλαβαν μέρος 30 ασθενείς με CHC με anti-HCV(+) και PCR HCV RNA(+). Κριτήρια εισόδου για τους υγιείς: κανένα κλινικό σύμπτωμα ή μόλυνση οποιουδήποτε άλλου τύπου Ηπατίτιδας (Α, Β, D, Ε) στο ιατρικό ιστορικό τους. Η συλλογή των δεδομένων και η ανάλυσή τους πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα μεταξύ 01-07-2021 μέχρι και 10-12-2021, στα εξωτερικά ιατρεία του Ηπατολογικού-Παθολογικού Ιατρείου του Γενικού

Νοσοκομείου Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα». Για την καταχώρηση, την επεξεργασία και την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) ver.22 και για την απεικόνιση σε γραφήματα χρησιμοποιήθηκαν Google forms. Μετρήθηκε η επίδραση συμβατικών και λειτουργικών τροφίμων με βιοχημικούς και καρδιαγγειακούς δείκτες (CHOL, TG, HDL, BNP, U, CR, HBA1C)

Αποτελέσματα: Η κατανομή του Φύλου σε ασθενείς με CHC: Άνδρες 73,3%/ Γυναίκες 26,7%. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών 33,3% ήταν ηλικίας 36-46 ετών (n=12) ενώ το μικρότερο ποσοστό (3,0% n=1) ήταν ηλικίας >68 ετών.



Άνδρες 73,3%/ Γυναίκες 26,7%.



Στη στατιστική ανάλυση όσον αφορά τους ασθενείς με ηπατίτιδα C είχαμε τα εξής αποτελέσματα:

- στο Φύλο (άνδρες) διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατανάλωση ξηρών καρπών ($p=0,001$) και ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση αλκοόλ ($p=0,085$)
- στην Ηλικία (ηλικία 18-35) στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατανάλωση καφέ ($p=0,022$) και ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση ζυμαρικών ($p=0,078$)
- στα Τριγλυκερίδια (βελτίωση τιμών) μόνο ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση λαχανικών ($p=0,075$), ψαριών ($p=0,087$) και χυμών ($p=0,095$)
- στη SGOT (βελτίωση τιμών) μόνο ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση οσπρίων ($p=0,104$) και ζυμαρικών ($p=0,157$)
- στην Ουρία (βελτίωση τιμών) μόνο ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση κοτόπουλου ($p=0,057$), οσπρίων ($p=0,059$) και μελιού ($p=0,106$)
- στην Κρεατινίνη στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατανάλωση ξηρών καρπών ($p=0,019$), ελαιόλαδου ($p=0,045$) και ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση κοτόπουλου ($p=0,110$)
- στην Χοληστερίνη στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατανάλωση βοτάνων ($p=0,049$) και ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση καφέ ($p=0,150$) και λαχανικών ($p=0,177$)
- στην HDL (βελτίωση τιμών) μόνο ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση μελιού ($p=0,139$)
- στην HA1C (βελτίωση τιμών) μόνο ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση μελιού ($p=0,137$), ροδιών ($p=0,137$) και οσπρίων ($p=0,152$)
- στην BNP (<300 pg/ml) στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατανάλωση μελιού ($p=0,039$) και ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση ζυμαρικών ($p=0,148$) και καφέ ($p=0,217$)

Συμπεράσματα: Η μελέτη μας επιβεβαιώνει τη βιβλιογραφία όσον αφορά την ευεργετική δράση των λειτουργικών τροφίμων. Καινοτομία της έρευνας σε σχέση με την επιστημονική κοινότητα ήταν η συνεισφορά όσον αφορά την επίδραση της διατροφής στην ηπατική βιοχημεία και στους καρδιαγγειακούς δείκτες σε ηπατοπαθείς ασθενείς με CHC, τομέας όπου η ύπαρξη ερευνών στην βιβλιογραφία είναι ελλιπής.

AA13: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΜΑΡΤΥΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΙΟΧΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ CHB

Καραουλάνη Θ.³, Καπάτσης Χ.¹, Ματσούκα Ε.³, Κουντούρη Α.², Τσαγκιά Σ.⁴, Ουρανού Ε.¹, Ξυντάρης Μ.¹, Κίτνα Α.Α.¹, Υφαντή Α.¹, Ααλέα Μ.¹, Παυλοπούλου Θ.¹, Σολωμού Σ.¹, Καπάτσης Α.¹

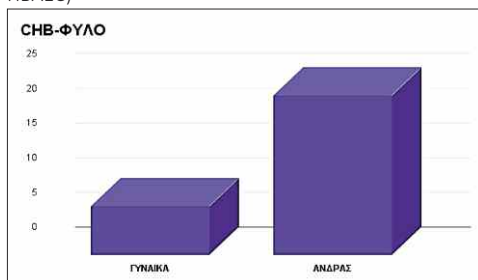
1. Α' Παθολογική κλινική-Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
2. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
3. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν. - Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαίτειο»
4. Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

Εισαγωγή: Η HBV λοίμωξη αποτελεί διεθνώς ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Διεθνώς, το φορτίο της νόσου υπολογίζεται περίπου σε 250-350 εκατομμύρια ασθενείς φορείς του αντιγόνου επιφανείας του HBV (HBsAg).

Σκοπός: Αναδρομική μελέτη ασθενών-μαρτύρων για τη διερεύνηση επίδρασης της Διατροφής στην Ηπατική Βιοχημεία και σε Καρδιαγγειακούς Δείκτες σε ασθενείς με CHB

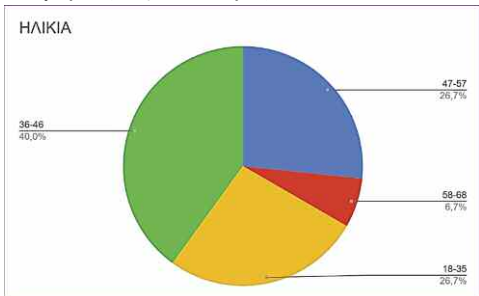
Υλικό: Στη μελέτη έλαβαν μέρος 30 ασθενείς με CHB με IgM anti-HBc(+) και 30 υγιείς μάρτυρες. Κριτήρια εισόδου για τους υγιείς: κανένα κλινικό σύμπτωμα, ή υποψία οποιουδήποτε τύπου Ηπατίτιδας (A, C, D, E) στο ιατρικό ιστορικό τους. Η συλλογή των δεδομένων και η ανάλυσή τους πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα μεταξύ 01-07-2021 μέχρι και 10-12-2021. στα εξωτερικά ιατρεία του Ηπατολογικού-Παθολογικού Ιατρείου του Γενικού Νοσοκομείου Δυτικής Αττικής "Η Αγία Βαρβάρα".

Μέθοδος: Για την καταχώρηση, την επεξεργασία και την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) ver.22 και για την απεικόνιση σε γραφήματα χρησιμοποιήθηκαν Google forms. Μετρήθηκε η επίδραση συμβατικών και λειτουργικών τροφίμων με βιοχημικούς και καρδιαγγειακούς δείκτες (CHOL, TG, HDL, BNP, U, CR, HBA1C)



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

Άνδρες =76,7% / Γυναίκες 23,3%



Στη στατιστική ανάλυση όσον αφορά τους ασθενείς με ηπατίτιδα Β είχαμε τα εξής αποτελέσματα:

1. στο Φύλο (άνδρες) διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατανάλωση αλκοόλ ($p=0,001$) και ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση μελιού ($p=0,063$), ξηρών καρπών ($p=0,065$) και ελαιόλαδου ($p=0,071$)
2. στην Ηλικία (ηλικία 47-57) μόνο ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση λαχανικών ($p=0,072$) και αλλαντικών ($p=0,092$)
3. στα Τριγλυκερίδια (>150 mg/dl) στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το κρέας ($p=0,033$) και ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση αλλαντικών ($p=0,062$)
4. στη SGOT (βελτίωση τιμών) στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατανάλωση φρούτων ($p=0,005$), βοτάνων ($p=0,047$) και ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση ψαριών ($p=0,065$) και ροδιών ($p=0,072$)
5. στην Ουρία (βελτίωση τιμών) μόνο ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση ξηρών καρπών ($p=0,172$) και λαχανικών ($p=0,196$)
6. στην Κρεατινίνη μόνο ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση ροδιών ($p=0,116$) και ψαριών ($p=0,161$)
7. στην Χοληστερίνη στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατανάλωση μελιού ($p=0,016$) και ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση ψαριών ($p=0,114$)
8. στην HDL (βελτίωση τιμών) μόνο ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση ξηρών καρπών ($p=0,155$), καφέ ($p=0,188$) και οσπρίων ($p=0,191$)
9. στην HBA1C (βελτίωση τιμών) μόνο ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση ξηρών καρπών ($p=0,294$)
10. στην BNP στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατανάλωση κρασιού ($p=0,033$), οσπρίων ($p=0,035$) και ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση φρούτων ($p=0,075$) και καφέ ($p=0,115$)

Συμπεράσματα: Η μελέτη μας επιβεβαιώνει τη βιβλιογραφία όσον αφορά την ευεργετική δράση των λειτουργικών τροφίμων. Καινοτομία της έρευνας σε σχέση με την επιστημονική κοινότητα ήταν η συνεισφορά όσον αφορά την επίδραση της διατροφής στην ηπατική βιοχημεία και στους καρδιαγγειακούς δείκτες σε ασθενείς

με CHB, τομέας όπου η ύπαρξη ερευνών στην βιβλιογραφία είναι ελλιπής.

ΑΑ14: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΜΑΡΤΥΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΙΟΧΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Καραουλάνη Θ.³, Καπάταης Χ.¹, Ματσούκα Ε.³, Κουντούρη Α.², Τσαγκιά Σ.⁴, Αρμύρος Π.¹, Λαμπρόπουλος Π.¹, Τσάκαλης Ν.¹, Υφαντή Α.¹, Λαλέα Μ.¹, Παυλοπούλου Θ.¹, Σολωμού Σ.¹, Καπάταης Α.¹

1. Α' Παθολογική κλινική-Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
2. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
3. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν. - Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαϊτειο»
4. Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

Εισαγωγή: Το Μεταβολικό Σύνδρομο οφείλεται κυρίως σε παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με τον τρόπο ζωής και διατροφής. Καθώς οι παράγοντες αυτοί είναι μεταβλητοί, στοχευμένες ιατρικές παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής και διατροφής, οδηγούν σε ουσιαστική βελτίωση στη συντηρητική πλειοψηφία των περιπτώσεων των ατόμων με Μεταβολικό Σύνδρομο.

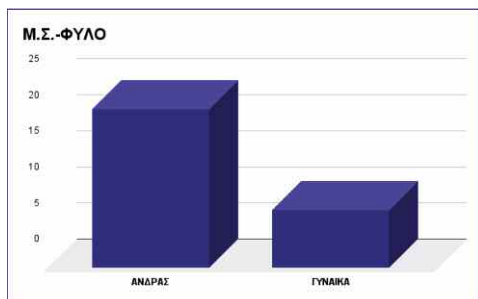
Σκοπός: Αναδρομική μελέτη ασθενών-μαρτύρων για τη διερεύνηση επίδρασης της Διατροφής στην Ηπατική Βιοχημεία και σε Καρδιαγγειακούς Δείκτες σε ασθενείς με Μεταβολικό Σύνδρομο.

Υλικό-Μέθοδοι: Στη μελέτη έλαβαν μέρος 30 ασθενείς με Μεταβολικό Σύνδρομο και 30 υγιείς-μάρτυρες. Κριτήρια εισόδου για τους ασθενείς με Μεταβολικό Σύνδρομο ήταν να πληρούν και τα πέντε κριτήρια (αυξημένη περιφέρεια μέσης ≥ 102 cm για άνδρες και ≥ 88 cm για γυναίκες, αυξημένα τριγλυκερίδια ≥ 150 mg/dL, μειωμένη HDL ή αγωγή για την μειωμένη HDL < 50 mg/dL αυξημένη αρτηριακή πίεση ή αντιυπερτασική αγωγή Σ.Α.Π ≥ 130 mm και/ή Δ. Α.Π. ≥ 85 mm Hg, αυξημένο σάκχαρο νηστείας ή αντιυπεργλυκαιμική αγωγή ≥ 100 mg/dL). Κριτήρια εισόδου για τους υγιείς: κανένα κλινικό σύμπτωμα, ή υποψία οποιοδήποτε τύπου Ηπατίτιδας (Α, Β, C, D, E) στο ιατρικό ιστορικό τους. Η συλλογή των δεδομένων και η ανάλυσή τους πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα μεταξύ 01-07-2021 μέχρι και 10-12-2021. στα εξωτερικά ιατρεία του Ηπατολογικού-Παθολογικού Ιατρείου του Γενικού Νοσοκομείου Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα». Για την καταχώρηση, την επεξεργασία και την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) ver.22

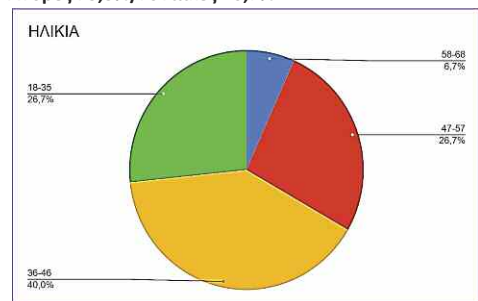
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

και για την απεικόνιση σε γραφήματα χρησιμοποιήθηκαν Google forms. Μετρήθηκε η επίδραση συμβατικών και λειτουργικών τροφίμων με βιοχημικούς και καρδιαγγειακούς δείκτες (SGOT, SGPT, BNP, U, CR)

Αποτελέσματα: Η κατανομή του Φύλου σε ασθενείς με Μεταβολικό Σύνδρομο (n=30) ήταν: άνδρες 73,3%/ γυναίκες 26,7%. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών 40% ήταν ηλικίας 36-46 ετών (n=12) ενώ το μικρότερο ποσοστό (6,7%, n=2) ήταν ηλικίας 58-68 ετών.



Άνδρες 73,3%/Γυναίκες 26,7%



Στη στατιστική ανάλυση που διενεργήθηκε διαπιστώθηκαν τα κάτωθι:

- Όσον αφορά το Φύλο (άνδρες) βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με αυξημένη κατανάλωση λαχανικών (p=0,036) και ξηρών καρπών (p=0,034).
- SGOT: στατιστικά σημαντική συσχέτιση όσον αφορά την κατανάλωση ζυμαρικών (p=0,028) και καφέ (p=0,002) με βελτίωση τιμών του ηπατικού ενζύμου. Επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά με την κατανάλωση αλλαντικών (p=0,026) και την αύξηση της τιμής του ηπατικού ενζύμου
- SGPT (βελτίωση τιμών): στατιστικά σημαντική συσχέτιση όσον αφορά την κατανάλωση λαχανικών (p=0,047) αλλά όχι στατιστικά σημαντική διαφορά, αλλά ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση οσπρίων (p=0,073) και κρασιού (1-2 φανέλες/ εβδομάδα- p=0,063)
- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ BNP<300 pg/ml και κατανάλωσης ξηρών

καρπών (p=0,048) και ισχυρή αλλά όχι στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατανάλωση οσπρίων (p=0,071)

- Ουρία (βελτίωση τιμών): στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατανάλωση φρούτων (p=0,044) και ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση μελιού (p=0,088)
- Cr: ισχυρή συσχέτιση με την κατανάλωση ξηρών καρπών (p=0,070) και φρούτων (p=0,139).

Συμπεράσματα: Η μελέτη μας επιβεβαιώνει τη βιβλιογραφία όσον αφορά την ευεργετική δράση των λειτουργικών τροφίμων. Καινοτομία της έρευνας σε σχέση με την επιστημονική κοινότητα ήταν η συνεισφορά όσον αφορά την επίδραση της διατροφής στην ηπατική βιοχημεία και στους καρδιαγγειακούς δείκτες σε ασθενείς με Μ.Σ., τομέας όπου η ύπαρξη ερευνών στην βιβλιογραφία είναι ελλιπής.

AA15: ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C (CHC) ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ DAAs ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΑΚΑΨΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ ΗΠΑΤΟΣ (FIBROSCAN)

Καπάτσης Χ.¹, Καραουλάνη Θ.³, Μαστούκα Ε.³, Κουντούρη Α.², Τσαγκιά Σ.⁴, Ουρανός Ε.¹, Ξυντάρης Μ.¹, Κίττα Α.Α.¹, Υφαντή Α.¹, Λαλιά Μ.¹, Παυλοπούλου Θ.¹, Σολωμού Σ.¹, Καπάτσης Α.¹

1. Α' Παθολογική κλινική-Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
2. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικό, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
3. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικό, Γ.Ν. - Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο»
4. Κέντρο Μεσογενικής Αναμίας, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»-Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»

Εισαγωγή: Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας των ηπατοπαθών ασθενών με CHC με τα νεότερα αντιικά φάρμακα DAAs είναι υψηλή.

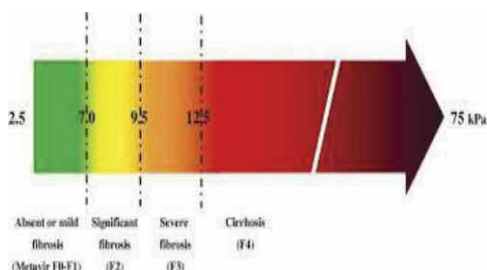
Σκοπός: Σκοπός της μελέτης μας είναι η εκτίμηση των μεταβολών της ηπατικής ίνωσης στην ελαστογραφία ήπατος στους ασθενείς που έλαβαν DAAs θεραπεία και παρουσίασαν μόνιμη υολογική ανταπόκριση SVR12.

Υλικό-Μέθοδοι: Στην εργασία μας συμμετείχαν οι ασθενείς με CHC που έλαβαν και ολοκλήρωσαν την αγωγή τους με DAAs και είχαν SVR12. Έγινε αναδρομική συλλογή δεδομένων 2018-2020 και σε όλους τους ασθενείς εκτιμήθηκε η ηπατική ίνωση με ελαστογραφία πριν και μετά την θεραπεία.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 64 ασθενείς, με BMI>28, μέσης ηλικίας 46±15 έτη, το 53% ήταν ΧΕΝ, το 5% με Σ.Δ. Στην έναρξη της θεραπείας είχαν διάμεση LSM 11 kPa (5-52), ενώ στο τέλος της θεραπείας 7,8 kPa (5,2-

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

41,8). Η μείωση της ελαστογραφίας ήταν $5,1 \pm 7,2$ kPa. Στην έναρξη της θεραπείας το 52% των ασθενών είχε >11 kPa, το 40% είχε 8-11 kPa και το 8% είχε <8 kPa, ενώ μετά το τέλος της θεραπείας 36%, 21%, 43% αντίστοιχα. Τη χαμηλότερη τιμή ελαστογραφίας είχε η ομάδα των ασθενών 8-11 kPa. Η ελαστογραφία πριν και μετά το τέλος της θεραπείας δεν σχετίζεται με την ηλικία, φύλο και BMI.



Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με CHC και με αντιική θεραπεία με DAAs επιτυγχάνουν ιολογική-βιοχημική ανταπόκριση αλλά και βελτίωση της ηπατικής ίνωσης στην ελαστογραφία ήπατος.

AA16: ΧΟΛΟΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΜΑΡΤΥΡΩΝ

Βαρελά Π.¹, Δελτσίδου Α.²

1. Μαΐα, MSc, PhD(c), Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα
2. Καθηγήτρια, Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

Εισαγωγή: Χολόσταση της κύησης είναι η ενδοηπατική συσσώρευση χολικών οξέων που όταν ελευθερωθούν και στο πλάσμα προκαλούν την εμφάνιση ικτέρου και κνησμού. Εμφανίζεται στο τέλος του δεύτερου τριμήνου και στις αρχές του τρίτου τριμήνου της εγκυμοσύνης. Σχετίζεται με τη μη φυσιολογική ηπατική λειτουργία σε απουσία άλλων ηπατικών παθήσεων και υποχωρεί πλήρως μετά τον τοκετό, ενώ επηρεάζει το 0.1–2% των

κυήσεων. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την προχωρημένη ηλικία της εγκύου, το ιστορικό χολόστασης δευτεροπαθώς σε από του στόματος αντισυλληπτικά, το προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό χολόστασης, την πολύδυμη κύηση και τη θεραπεία υπογονιμότητας. Η αιτιολογία της χολόστασης της κύησης είναι πολυπαράγοντική και περιλαμβάνει γενετικούς, ορμονικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, ενώ σύμφωνα με τη βιβλιογραφία συσχετίζεται με τον πρόωρο τοκετό, την εμβρυϊκή ασφυξία, το κεχωρισμένο αμνιακό υγρό και τη θνησιγένεια.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus, και αναζητήθηκαν μελέτες ασθενών-μαρτύρων (case-control studies) σχετικά με τις μαιευτικές εκβάσεις (εβδομάδα κύησης κατά τον τοκετό, είδος τοκετού και πρόκληση τοκετού) της χολόστασης της κύησης. Δεν υπήρξε χρονικός περιορισμός στην αναζήτηση των άρθρων και οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: «intrahepatic cholestasis of pregnancy», «gestational age at delivery», «type of delivery», «induction of labour».

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η ανάδειξη της σχέσης μεταξύ της χολόστασης της κύησης και των μαιευτικών εκβάσεων.

Αποτελέσματα: Η αναζήτηση ανέδειξε εννέα ερευνητικά άρθρα με δείγμα εγκύων που κατανέμονταν σε ομάδες παρέμβασης και ελέγχου. Η πλειοψηφία των μελετών (8/9) ανέδειξαν ότι οι έγκυες με χολόσταση γέννησαν νωρίτερα από εκείνες χωρίς χολόσταση. Τρεις μελέτες εξέτασαν το είδος του τοκετού και από αυτές στις δύο δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά αναφορικά με το είδος του τοκετού μεταξύ των εγκύων με χολόσταση και εκείνων χωρίς. Σε τέσσερις μελέτες εξετάστηκε η σχέση μεταξύ της μαιευτικής χολόστασης και της πρόκλησης του τοκετού, στην πλειοψηφία των οποίων παρατηρήθηκε ότι οι έγκυες με χολόσταση υπεβλήθησαν σε πρόκληση τοκετού πιο συχνά από ότι οι έγκυες χωρίς χολόσταση.

Συμπεράσματα: Η παρούσα ανασκόπηση αναδεικνύει τις δυσμενείς μαιευτικές εκβάσεις (μικρότερη εβδομάδα κύησης κατά τον τοκετό και πρόκληση τοκετού) που συσχετίζονται με τη χολόσταση της κύησης. Τα ελλειπή ερευνητικά δεδομένα σχετικά με το είδος του τοκετού δεν συνεισφέρουν στην διατύπωση ασφαλών συμπερασμάτων. Συμπερασματικά, η διενέργεια μελλοντικής έρευνας σχετικά με τις μαιευτικές εκβάσεις της χολόστασης της κύησης κρίνεται αναγκαία και αναμένεται να συμβάλει στην εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων. Τέλος, η συνεργασία Ηπατολόγων, Μαιευτρών και Μαιών καθίσταται απαραίτητη.

AA17: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΩΝ ΣΤΗ ΒΔ ΕΛΛΑΔΑ

Μουσαφερέρ Ι., Φουσερκέρ Φ., Λαμυέρ Χ., Μουζούκας Μ., Ψύχος Ν., Θεόπιστος Β., Τζαμπύρας Ν., Κατσάνος Κ., Χριστοδούλου Δ.

Γαστρεντερολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Σκοπός: Η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα (ΠΣΧ) είναι μια χρόνια και προοδευτική νόσος των χοληφόρων οδών και συσχετίζεται συχνά με τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) και ιδιαίτερα με την ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ). Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να καταγράψει τον επιπολασμό της ΠΣΧ σε ασθενείς με ΙΦΝΕ στη βορειοδυτική Ελλάδα.

Μέθοδος: Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν αναδρομικά από τα κλινικά αρχεία ασθενών της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, από το 2010 έως σήμερα.

Αποτελέσματα: Η ΠΣΧ δεν ήταν συχνή στους ασθενείς με ΙΦΝΕ της ΒΔ Ελλάδας που μελετήθηκαν. Συνολικά βρέθηκαν 11 ασθενείς με ΠΣΧ επί συνόλου αρχείου 700 ασθενών. Από αυτούς 7 ασθενείς είχαν νόσο Crohn, 3 ασθενείς είχαν ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) και 1 ασθενής είχε ακαθόριστη κολίτιδα. Οι 10 ασθενείς διαγνώστηκαν με πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα που αφορούσε τους μικρούς και τους μεγάλους πόρους (ένας είχε νόσο ενδοηπατικών χοληφόρων μόνο). Τέσσερις ασθενείς ήταν γυναίκες και οχτώ άνδρες. Σε 3 ασθενείς η ΠΣΧ διαγνώστηκε μετά τη διάγνωση της ΙΦΝΕ. Στις άλλες περιπτώσεις, ΙΦΝΕ και ΠΣΧ διαγνώστηκαν κατά τη διάρκεια του ίδιου έτους. Επίσης, η φυσική ιστορία της ΠΣΧ ήταν ευνοϊκή και δεν υπήρξε ανάπτυξη χολαγγειοκαρκινώματος. Σε μία περίπτωση γυναίκας ασθενούς η νόσος ήταν εξελικτική με ανάπτυξη βαθέος ικτέρου και υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση ήπατος με καλή έκβαση.

Συμπέρασμα: Η συχνότητα της ΠΣΧ σε ασθενείς με ΙΦΝΕ της περιοχής μας ήταν χαμηλή και παραδόξως υψηλότερη στη νόσο Crohn σε σχέση με την ελκώδη κολίτιδα. Στις περισσότερες περιπτώσεις η εξέλιξη της νόσου ήταν αργή για το διάστημα της παρακολούθησης και η έκβαση ευνοϊκή.

Πίνακας: Παρουσίαση ασθενών με πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα. Οι εξετάσεις της ηπατικής τους λειτουργίας κατά την τελευταία τους επίσκεψη στο νοσοκομείο και η έκβαση της νόσου.

Φύλο	Ηλικία	IBD	ASAT (U/L)	ALT (U/L)	ALP (U/L)	GGT (U/L)	TBL (mg/dl)	Διαμέτρ. PSC	Διαμέτρ. IBD	Θεραπεία για IBD	Εκτίμηση PSC	Τελικός
1.Α	39	CD	34	30	61	25	1	22	22	ΑΖΑΘΙΟΠΡΙΝΗ	ΕΠΙΔΟΧΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΣΩΠΛΑΤΙΚΑ ΧΟΛΗΦΟΡΑ	ΑΡΗΓΗ ΕΞΕΛΑΞΗ
2.Α	55	UC	73	67	103	132	0.8	16	16	ΑΖΑΘΙΟΠΡΙΝΗ ΜΕΣΑΛΑΖΙΝΗ	ΕΠΙΔΟΧΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΧΟΛΗΦΟΡΑ	ΑΡΗΓΗ ΕΞΕΛΑΞΗ
3.Α	53	UC	19	15	79	37	0.8	3	15	ΜΕΣΑΛΑΖΙΝΗ	ΕΠΙΔΟΧΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΧΟΛΗΦΟΡΑ	ΑΡΗΓΗ ΕΞΕΛΑΞΗ
4.Α	34	CD	14	19	50	31	0.7	8	8	ΑΔΑΛΙΜΟΥΜ	ΕΠΙΔΟΧΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΣΩΠΛΑΤΙΚΑ ΧΟΛΗΦΟΡΑ	ΑΡΗΓΗ ΕΞΕΛΑΞΗ
5.Β	65	CD	21	11	63	13	0.8	26	26	ΙΝΦΛΙΞΟΜΑΛ 5mg/kg ΜΕΣΑΛΑΖΙΝΗ	ΕΠΙΔΟΧΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΣΩΠΛΑΤΙΚΑ ΧΟΛΗΦΟΡΑ	ΑΡΗΓΗ ΕΞΕΛΑΞΗ
6.Α	35	CD	18	15	61	21	0.9	12	12	ΑΔΑΛΙΜΟΥΜ	ΕΠΙΔΟΧΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΣΩΠΛΑΤΙΚΑ ΧΟΛΗΦΟΡΑ	ΑΡΗΓΗ ΕΞΕΛΑΞΗ

7.Α	75	UC	67	58	52	41	0.7	29	20	ΜΕΣΑΛΑΖΙΝΗ	ΕΠΙΔΟΧΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΣΩΠΛΑΤΙΚΑ ΧΟΛΗΦΟΡΑ	ΕΠΙΡΡΕΞΗ
8.Α	29	IC	11	32	36	31	0.8	8	8	ΙΝΦΛΙΞΟΜΑΛ 5mg/kg	ΕΣΩΠΛΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΧΟΛΗΦΟΡΑ	ΑΡΗΓΗ ΕΞΕΛΑΞΗ
9.Β	55	CD	10	22	54	55	1.2		10	ΑΔΑΛΙΜΟΥΜ	ΕΠΙΔΟΧΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΣΩΠΛΑΤΙΚΑ ΧΟΛΗΦΟΡΑ	ΑΡΗΓΗ ΕΞΕΛΑΞΗ
10.Α	39	CD	16	13	50	22	0.6	4	21	ΙΝΦΛΙΞΟΜΑΛ 5mg/kg	ΕΠΙΔΟΧΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΣΩΠΛΑΤΙΚΑ ΧΟΛΗΦΟΡΑ	ΑΡΗΓΗ ΕΞΕΛΑΞΗ
11.Β	58	CD	133	190	274	171	5.7	16	16	ΑΖΑΘΙΟΠΡΙΝΗ	ΕΠΙΔΟΧΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΣΩΠΛΑΤΙΚΑ ΧΟΛΗΦΟΡΑ	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

AA18: ΑΘΗΡΟΓΟΝΟ ΛΙΠΙΔΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ HDL ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ: ΜΙΑ ΠΙΘΑΝΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΥΤΟΥΣ

Καρτσώλη Σ.¹, Κωσταρά Χ.², Καλαμπόκης Γ.³, Τσιμιχόδης Β.³, Μπαϊρακτάρη Ε.², Χριστοδούλου Δ.¹

1. Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
2. Εργαστήριο Κλινικής Χημείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
3. Τομέας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (Non Alcoholic Fatty Liver Disease, NAFLD) είναι η πιο συχνή χρόνια ηπατική νόσος και η συχνότητά της αναμένεται να αυξηθεί τα επόμενα χρόνια. Μέχρι και σήμερα δεν έχει βρεθεί ένας ειδικός και ευαίσθητος βιοδείκτης για την διάγνωση και εξέλιξη της νόσου, ενώ σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα η NAFLD προτάθηκε ως

ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου εκδήλωσης της Καρδιαγγειακής Νόσου (Coronary Heart Disease, CHD).

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μελέτη του λιπιδίου προφίλ των HDL λιποπρωτεϊνών σε ασθενείς με NAFLD και η σύγκριση αυτού με αυτό των HDL σε ασθενείς με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο με σκοπό να ερμηνευτεί ο αυξημένος καρδιαγγειακός κίνδυνος που παρουσιάζουν οι εν λόγω ασθενείς.

Υλικό-Μέθοδοι: Συλλέχθηκαν δείγματα ορού από 51 ασθενείς με μη αλκοολική λιπώδη νόσο ήπατος (υπερηχογραφικά επιβεβαιωμένη), 50 ασθενείς με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο τεκμηριωμένη αγγειογραφικά και 50 υγιή άτομα (ομάδα ελέγχου). Εκχυλίστηκαν τα λιπίδια των HDL λιποπρωτεϊνών και το λιπιδίο προφίλ καταγράφηκε με φασματοσκοπία ¹H-NMR στο Κέντρο NMR του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με NAFLD εμφάνισαν σημαντικές αλλαγές ως προς τους υγιείς που αφορούσαν κυρίως στο προφίλ των φωσφολιπιδίων (γλυκεροφωσφολιπιδίων και σφιγγολιπιδίων) και των λιπαρών οξέων των HDL λιποπρωτεϊνών. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με NAFLD εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά μειωμένη % περιεκτικότητα σε φωσφατιδυλοχολίνη, φωσφατιδυλοϊνositόλη και αυξημένη περιεκτικότητα σε σφιγγολιπίδια κυρίως λόγω της αύξησης των κεραμιδίων. Το μέσο μήκος αλυσίδας των λιπαρών οξέων και η περιεκτικότητα του σωματιδίου σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα όπως αραχιδονικό, εικοσαπεντανοϊκό και εικοσιδιεξαενοϊκό οξύ ήταν στατιστικά σημαντικά μειωμένη στους ασθενείς με NAFLD σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Σε σχέση με τους CHD, οι ασθενείς με NAFLD παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά αυξημένη περιεκτικότητα σε σφιγγολιπίδια, σφιγγομυελίνη, κεραμίδια και μειωμένη σε φωσφατιδυλοϊνositόλη. Τέλος, η περιεκτικότητα σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, λινελαϊκό και εικοσιδιεξαενοϊκό οξύ ήταν αυξημένη στους ασθενείς με NAFLD, ενώ το μέσο μήκος αλυσίδας των λιπαρών οξέων ήταν μειωμένο.

Συμπεράσματα: Οι διαφορές που παρατηρήθηκαν στο προφίλ των φωσφολιπιδίων και των λιπαρών οξέων των HDL λιποπρωτεϊνών στους ασθενείς με NAFLD σε σχέση τους υγιείς και τους ασθενείς με CHD, αντανακλούν τις διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων που συμμετέχουν στην παθοφυσιολογία της NAFLD και πιθανά εξηγούν εν μέρει τον αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου που παρουσιάζουν οι ασθενείς με NAFLD.

AA19: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ SARS-CoV-2 ΒΑΣΕΙ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ, ΜΕΧΡΙ ΚΑΙ 6 ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΟ: ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ.

Σπανουδάκη Α.¹, Μιχαλάκης Ι.¹, Μαντά Α.¹, Κροντηρά Σ.¹, Μάντζος Δ.¹, Δαφνή Μ.¹, Λιονή Α.¹, Τζαβάρα Β.¹

Α' Παθολογική Κλινική, «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο»
Ν.Ε.Ε.Σ.

Εισαγωγή: Διαταραχές της ηπατικής βιοχημείας παρατηρούνται σε περίπου 60% των ασθενών που νοσούν από λοίμωξη από SARS-CoV-2. Η ηπατική βλάβη φαίνεται να είναι πολυπαράγοντική, με συμμετοχή ανοσολογικών μηχανισμών, άμεσης κυτταροτοξικότητας του ιού, ανοξαιμικών βλαβών, φαρμακοεπαγομένης βλάβης, καθώς και επιδείνωση προϋπάρχουσας ηπατικής βλάβης.

Μέθοδοι: 80 ασθενείς (μέση ηλικία: 60 έτη, 70% άνδρες), χωρίς γνωστό ιστορικό ηπατικής νόσου που νοσηλεύτηκαν λόγω λοίμωξης από SARS-CoV-2 στην Α' Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου Κοργιαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ (09/2020-03/2021), κατανεμήθηκαν σε δύο ομάδες, αυτών που παρουσίασαν διαταραχές της ηπατικής βιοχημείας και αυτών που διατήρησαν φυσιολογικούς ηπατικούς δείκτες. Έγινε σύγκριση των δύο ομάδων βάσει κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών ευρημάτων και η ηπατική λειτουργία αξιολογήθηκε στους 1, 3 και 6 μήνες μετά την έναρξη της νόσου.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η παρακολούθηση της ηπατικής λειτουργίας κατά τη νοσηλεία και στους 1, 3 και 6 μήνες μετά την έναρξη της λοίμωξης από SARS-CoV-2.

Αποτελέσματα: 45/80 ασθενείς παρουσίαζαν διαταραχές της ηπατικής βιοχημείας που αφορούσαν σε ήπια αύξηση των αμινοτρανσφερασών έως 5 φορές των Ανώτερων Φυσιολογικών Τιμών (ΑΦΤ). Η ALT ήταν συχνότερα αυξημένη από την AST. Οι υψηλότερες τιμές αμινοτρανσφερασών παρατηρήθηκαν τη 12η ημέρα νόσου. Οι δύο ομάδες δε διέφεραν σημαντικά αναφορικά με τα δημογραφικά (ηλικία, συννοσηρότητες, BMI) και κλινικά χαρακτηριστικά (βαρύτητα με βάση το Quick COVID-19 Severity Index, απεικονιστικά ευρήματα, χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή). Οι ασθενείς με διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές φερριτίνης κατά την είσοδο ($p < 0.01$), τις οποίες διατήρησαν μέχρι και το εξιτήριο ($p = 0.02$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε άλλους δείκτες φλεγμονής όπως CRP, PCT και ινωδογόνο. Από τη σύγκριση του ανοσοφαινότυπου περιφερικού αίματος στις δύο ομάδες σημειώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά στο ποσοστό των CD4+ λεμφοκυττάρων ($p < 0.05$), χωρίς όμως διαφορά στον απόλυτο αριθμό και στο λόγο CD4/CD8. 15/45 ασθενείς εξήλθαν με αυξημένα ηπατικά ένζυμα. Κατά την παρακολούθηση, η αύξηση των



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

τιμών διατηρήθηκε σε 4/45 ασθενείς τον 1ο μήνα. Στους 3 και 6 μήνες, οι τιμές των ηπατικών ενζύμων καθώς και της φερριτίνης επανήλθαν εντός φυσιολογικών ορίων.

Συμπεράσματα: Οι διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας σε ασθενείς χωρίς ιστορικό χρόνιας ηπατικής νόσου που νοσηλεύονται με λοίμωξη από SARS-CoV-2 αφορούν ήπιες αυξήσεις των τρανσαμινασών και δεν φαίνεται να συσχετίζονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, τη βαρύτητα της νόσου και τη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν, σε σύγκριση με εκείνους που δεν έχουν διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας, σημαντική αύξηση των τιμών της φερριτίνης αλλά όχι της CRP, η οποία πιθανώς συνδέεται με την άμεση ηπατοτοξική βλάβη από τον ιό, σε συνδυασμό με το υπερφλεγμονώδες σύνδρομο. Οι τιμές των τρανσαμινασών και της φερριτίνης εμφάνισαν σταδιακή μείωση τον 1^ο μήνα μετά την έναρξη της νόσου και επανήλθαν εντός των φυσιολογικών ορίων στους 3 μήνες, αποτέλεσμα που διατηρήθηκε και στους 6 μήνες.

AA20: ΕΙΚΟΝΑ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΨΕΥΔΟΟΓΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Παπαστεργίου Β., Μελά Μ., Μπέκα Ε., Τσατσά Α., Αλμπάνη Φ., Καραούζας Λ., Κοζομπόλη Δ., Παπαρίζου Α., Νούσιας Γ., Χρηστίδου Α., Αρχαύλης Ε., Χατζηευαγγελινού Χ., Βιάζης Ν., Μάντζαρης Γ.

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός»
Πολυκλινική Αθηνών»

Εισαγωγή: Η αλκοολική ηπατίτιδα (ΑΗ) αποτελεί τη σοβαρότερη των εκδηλώσεων της αλκοολικής ηπατοπάθειας. Η διάγνωση είναι κατά κανόνα κλινική, ενίοτε ωστόσο μπορεί να είναι δυσχερής, δεδομένου ότι απουσιάζει κάποιος παθολογικός δείκτης.

Σκοπός: Παρουσιάζουμε περίπτωση ΑΗ με άτυπη απεικονιστική παρουσίαση, μιμούμενη νεοπλασματική νόσο του ήπατος.

Μέθοδοι: Γυναίκα 49 ετών προσήλθε λόγω ίκτερου και καταβολής από μηνός. Από το ιστορικό της ανέφερε ταχυαρρυθμία και λήψη β-αναστολέα, ενώ παραδέχτηκε κατάχρηση αλκοόλ από τριετίας (40-100 gr/ημέρα). Ήταν απύρετη, ενώ στην αντικειμενική εξέταση παρουσίαζε ίκτερο, ηπατομεγαλία και οιδήματα κάτω άκρων. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση (20890/μl) και αύξηση της CRP (4.1 mg/l, FT<0.5), της χολερυθρίνης (T-Bil=8.09 mg/dl) και των ηπατικών ενζύμων (SGOT=282, SGPT=58, γGT=244 και ALP=534 IU/L), καθώς επίσης μεγαλοβλαστική αναιμία (Hb=6.9%, MCV=127.8 fl) και θρομβοπενία (84000/μl).

Αποτελέσματα: Το υπερηχογράφημα ανέδειξε ηπατομεγαλία με έντονα ανομοιογενές παρέγχυμα, θέτοντας την υπόνοια χωροκατακτητικής εξεργασίας. Η αξονική τομογραφία με iv σκιαγραφικό επιβεβαίωσε την

παρουσία πολλαπλών υπόπυκνων περιοχών που θα μπορούσαν να αφορούν σε μεταστατικό καρκίνο ή απεικονιστικά άτυπο ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, ενώ επίσης ανέδειξε σπληνομεγαλία, ήπια διάταση της πυλαίας φλέβας και παράπλευρο δίκτυο. Ο περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος συμπεριλαμβανομένου του ελέγχου για ιογενείς ηπατίτιδες και άλλους ηπατοτρόπους ιούς, αυτοαντισώματα, ποσοτικό προσδιορισμό ανοσοσφαιρινών και καρκινικού δείκτη δεν αποκάλυψε αξιοσημείωτα ευρήματα. Λόγω της υποψίας νεοπλάσματος, διενεργήθηκαν 18F-FDG PET/CT και MRI, οι οποίες ωστόσο δεν επισημάναν ύποπτες εστιακές βλάβες, καθώς επίσης και υπερηχογραφικά-καθοδηγούμενη βιοψία ευμεγέθους (3εκ) εστιακής αλλοίωσης στον αριστερό ηπατικό λοβό. Τα ιστολογικά ευρήματα ήταν συμβατά με τη διάγνωση ΑΗ σε έδαφος αλκοολικής κίρρωσης, ενώ αποκλείστηκε το ενδεχόμενο κακοήθειας. Η ασθενής άρχισε να παρουσιάζει σταδιακή μείωση της χολερυθρίνης από την 21^η ημέρα νοσηλείας και εξήλθε την 45^η ημέρα σε βελτιωμένη κλινικοεργαστηριακή κατάσταση.

Συμπεράσματα: Σε σπάνιες περιπτώσεις, η ΑΗ δύναται να μιμηθεί νεοπλασματική νόσο του ήπατος στο υπερηχογράφημα και στην αξονική τομογραφία. Το ενδεχόμενο αυτό χρήζει της προσοχής του ενδεδειγμένου να αποφευχθούν διαφοροδιαγνωστικές αστοχίες.

AA21: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΜΗ-ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΤΗΝ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΚΙΡΣΙΚΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΜΗ-ΚΙΡΣΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Παπαστεργίου Β., Μελά Μ., Χρηστίδου Α., Αρβανίτης Κ., Μουντάκη Α., Αλμπάνη Φ., Γεωργιάδη Τ., Κοζομπόλη Δ., Αρχαύλης Ε., Κατωπόδη Κ., Βιέννα Ε., Αδάμου Ε., Βιάζης Ν., Μάντζαρης Γ.

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός»
Πολυκλινική Αθηνών».

Σκοπός: Να μελετηθεί η ακρίβεια διαφόρων μη-επεμβατικών δεικτών [aspartate aminotransferase to alanine aminotransferase ratio (AAR), aspartate aminotransferase to platelet ratio index (APRI), fibrosis-4 index (FIB-4), model for end-stage liver disease (MELD)] στη διάκριση κίρρωσης έναντι μη-κίρρωσης αιτιολογίας σε κίρρωτικούς ασθενείς με αιμορραγία ανώτερου πεπτικού (ΑΑΠ).

Μέθοδοι: Τα δεδομένα κίρρωτικών ασθενών που υπεβλήθησαν σε γαστροσκόπηση λόγω ΑΑΠ μεταξύ 7/2019 και 10/2021 μελετήθηκαν αναδρομικά. Η ακρίβεια των επιμέρους δεικτών στη διάκριση κίρρωσης έναντι μη-κίρρωσης αιτιολογίας αξιολογήθηκε με προσδιορισμό του εμβαδού κάτω από την καμπύλη ROC (AUROC).

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 59 ασθενείς (74,6% άνδρες, μέση ηλικία 61,3 έτη) με κίρρωση από διάφορες αιτιολογίες (αλκοόλ=22, HBV/HCV=18, μη-αλκοολική στεατοηπατίτιδα=6, άλλο=13). Συνολικά, 45 (76,3%) ασθενείς είχαν κίρρωση οισοφάγου και σε 39 (66,1%) οι κίρσοι βρέθηκαν να αποτελούν την αιτία της ΑΑΠ. Η πιο συχνή αιτία μη-κίρρωσης ΑΑΠ ήταν τα πεπτικά έλκη (10/59, 16,9%). Κανένας από τους δείκτες δεν φάνηκε να είναι κλινικά χρήσιμος (AUROC ^{30} 0.70) στη πρόβλεψη της παρουσίας κίρσων οισοφάγου (AUROCs: AAR=0.51, APRI=0.54, FIB-4=0.47, MELD=0.42) ή κίρρωσης αιτιολογίας της αιμορραγίας (AUROCs: AAR=0.48, APRI=0.41, FIB-4=0.41, MELD=0.40).

Συμπεράσματα: Σε κίρρωτικούς ασθενείς με ΑΑΠ, οι AAR, APRI, FIB-4 και MELD δεν φαίνεται να είναι αποτελεσματικοί στη διάκριση μεταξύ κίρρωσης και μη-κίρρωσης αιτιολογίας της αιμορραγίας.

AA22: Η ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΣΥΧΝΗ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΣΤΟΥΣ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Γελαδάρη Ε.¹, Αλεξόπουλος Θ.¹, Μάνη Η.¹, Κοντογιάννη Μ.², Βασιλείβα Α.¹, Τέντα Ρ.², Τσίγκας Α.Π.², Στρουμπούλη Ε.³, Αλεξοπούλου Α.¹

1. Β' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
2. Τμήμα Επιστήμης Διατροφολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο
3. Τμήμα Ακτινολογίας, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Η σαρκοπενική παχυσαρκία χαρακτηρίζεται από μειωμένη μυϊκή μάζα σε έδαφος περίσσειας λιπώδους ιστού. Λόγω παχυσαρκίας, η διάγνωση σαρκοπενίας μπορεί να διαφύγει της προσοχής. Έχει αναφερθεί ότι η παχυσαρκία επιδεινώνει την σαρκοπενία, αυξάνει την διήθηση του μυός από λιπώδη ιστό, μειώνει την λειτουργικότητά του και αυξάνει τη θνητότητα σε διάφορες ομάδες πληθυσμού.

Σκοπός: Μελέτη της συχνότητας και των χαρακτηριστικών των παχύσαρκων και των σαρκοπενικών-παχυσάρκων ασθενών με κίρρωση του ήπατος.

Μέθοδοι: Καταγράφηκαν τα επιδημιολογικά στοιχεία και οι παράμετροι της βαρύτητας της ηπατικής νόσου. Με αξονική τομογραφία άνω κοιλίας υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σκελετικών μυών (Skeletal muscle Index- SMI cm²/m²), ο δείκτης σπλαχνικού (Visceral adipose tissue index-VATI cm²/m²) και υποδόριου λίπους (Subcutaneous adipose tissue index-SATI cm²/m²) και η μυοστεάτωση (πυκνότητα του μυός < 33 Hounsfield Units - HU) (Tomovision Sliceomatic 4.3). Η διάγνωση της σαρκοπενίας έγινε με βάση τα νέα κριτήρια European Working Group on *Sarcopenia* in Older People-EWGSOP2. Παχυσαρκία ορίστηκε ως δείκτης μάζας σώματος ≥ 30 kg/m² επί ξηρού σωματικού βάρους.

Αποτελέσματα: Αξιολογήθηκαν 167 διαδοχικοί κίρρωτικοί ασθενείς (67,6% άνδρες, 65,3% με μη αντιρροπούμενη κίρρωση, 43,1% αιθυλικής, 23,4% ιογενούς αιτιολογίας και 33,5% ποικίλης αιτιολογίας). Στο σύνολο των ασθενών, το 19,8% ήταν παχύσαρκοι, το 43,1% σαρκοπενικοί και το 7,2% σαρκοπενικοί-παχύσαρκοι. Οι παχύσαρκοι στο σύνολο τους σε σύγκριση με τους μη παχύσαρκους ήταν συχνότερα θηλυκού γένους (p=0,027) αλλά δεν διέφεραν ως προς την ηλικία και την αιτιολογία της νόσου, είχαν λιγότερο προχωρημένη ηπατική νόσο (p=0,031) και υψηλότερες τιμές δεικτών σπλαχνικού και υποδόριου λίπους. Οι σαρκοπενικοί-παχύσαρκοι συγκριτικά με τους υπόλοιπους σαρκοπενικούς ασθενείς δεν διέφεραν ως προς την ηλικία, το φύλο και την αιτιολογία της νόσου, ωστόσο είχαν λιγότερο προχωρημένη ηπατική νόσο [MELD-Να 8 (7-16,7) έναντι 15 (10-22), p=0,048 και επιπολασμό ασκίτη 50% έναντι 75%, p=0,042] και μεγαλύτερο SMI [46,4 (42,1-51,8) έναντι 43,1 (33,8-47,3) (p=0,023)]. Από τις ανθρωπομετρικές μετρήσεις δεν διέφεραν στην χειροδυναμομέτρηση και στην φυσική απόδοση του μυός (Short Physical Performance Battery-SPPB). Ως αναμενόμενι εκ του ορισμού, οι σαρκοπενικοί-παχύσαρκοι ασθενείς είχαν υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος, περισσότερη μυοστεάτωση και υψηλότερους δείκτες σπλαχνικού και υποδόριου λίπους.

Συμπεράσματα: Στο δείγμα που εξετάστηκε, το 19,8% των κίρρωτικών ήταν παχύσαρκοι και το 7,2% ήταν σαρκοπενικοί-παχύσαρκοι. Η αιτιολογία δεν διέφερε μεταξύ των ομάδων αλλά ο αριθμός των ασθενών με μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα ήταν μικρός. Αν και οι δείκτες βαρύτητας της ηπατικής νόσου είναι ηπιότεροι στους παχύσαρκους συγκριτικά με τους μη παχύσαρκους καθώς και στους σαρκοπενικούς-παχυσάρκους συγκριτικά με τους υπολοίπους σαρκοπενικούς ασθενείς, η επίδραση της παχυσαρκίας στην πρόγνυσή τους χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

AA23: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ GPR (GAMMA-GLUTAMYL TRANSPEPTIDASE TO PLATELET RATIO) ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΗ-ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Παπαστεργίου Β., Μελά Μ., Αρβανίτης Κ., Τσατσά Α., Κουστένης Κ., Τρίκολα Α., Μπέκα Ε., Βερετάνος Χ., Γεωργιάδη Τ., Χρηστίδου Α., Αρχαύλης Ε., Χατζηεαγγελινού Χ., Βιάζης Ν., Μάντζαρης Γ.

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός- Πολυκλινική Αθηνών»

Εισαγωγή: Η ανάπτυξη απλών και ευχερώς διαθέσιμων μη-επεμβατικών δεικτών ίνωσης είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την κλινική αξιολόγηση των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β (ΧΗΒ). Πρόσφατα προτάθηκε ο δείκτης GPR, ωστόσο η κλινική του αξία μένει να επαληθευθεί.

Σκοπός: Να μελετηθεί η κλινική χρησιμότητα του GPR για

την μη-επεμβατική εκτίμηση της ίνωσης σε ασθενείς με ΧΗΒ.

Μέθοδοι: Τα δεδομένα αθεράπευτων ασθενών με ΧΗΒ που υπεβλήθησαν σε εργαστηριακό έλεγχο (SGOT, SGPT, γ-GT, αιμοπετάλια) και ηπατική ελαστογραφία (HE) με χρονική διαφορά < 1 μήνα μελετήθηκαν αναδρομικά. Η διαγνωστική απόδοση του GPR στη διάκριση της σημαντικής ίνωσης (³F2) και της κίρρωσης (F4) μελετήθηκε με βάση την HE και συγκρίθηκε με επαληθευμένης αξίας δείκτες (APRI, FIB-4). Χρησιμοποιήθηκε συντελεστής γραμμικής συσχέτισης (Spearman) και καμπύλες ROC.

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 86 ασθενείς με ΧΗΒ (40 άνδρες, 47.3±15.2 έτη), εκ των οποίων 24 (27.9%) είχαν ελαστογραφικά σημαντική ίνωση (³7.2 kPa) και 9 (10.5%) είχαν κίρρωση (³12.4 kPa). Διαπιστώθηκε σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ του GPR και των άλλων μη-επεμβατικών δεικτών: HE (r=0.34, p=0.007), APRI (r=0.51, p=0.0001) και FIB-4 (r=0.23, p=0.05). Ο GPR επέδειξε αποδεκτή ακρίβεια για την διάκριση της σημαντικής ίνωσης (AUROC=0.72, 95%CI: 0.56-0.88), συγκρίσιμη με εκείνη των APRI (AUROC=0.76, 95%CI: 0.61-0.91) και FIB-4 (AUROC=0.70, 95%CI: 0.54-0.85). Εξίσου καλή ήταν και η απόδοση του GPR στη διάκριση της κίρρωσης (AUROC=0.72, 95%CI: 0.40-0.99), ομοίως με εκείνη των APRI (AUROC=0.77, 95%CI: 0.46-0.99) και FIB-4 (AUROC=0.79, 95%CI: 0.63-0.95).

Συμπεράσματα: Ο δείκτης GPR είναι κλινικά χρήσιμος για την μη-επεμβατική διάκριση της σημαντικής ίνωσης και της κίρρωσης σε ασθενείς με ΧΗΒ.

AA24: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΤΟΜΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ

Χρύσανθος Ν.¹, Παχούμη Δ.², Αρακαδάκη Κ.¹

1. Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αγίου Νικολάου Λασιθίου
2. Κατάστημα Κράτησης Νεάπολης Λασιθίου

Εισαγωγή: Οι κρατούμενοι αποτελούν ειδική ομάδα και η επίπτωση μεταδοτικών νοσημάτων είναι αυξημένη. Ο ανοσολογικός έλεγχος είναι απαραίτητος ώστε να προληφθεί τυχόν διασπορά ή/και μεταγωγή τους σε νοσηλευτικές μονάδες.

Σκοπός: Η καταγραφή των επιδημιολογικών και ανοσολογικών χαρακτηριστικών ατόμων σε κατάστημα κράτησης της περιφέρειας.

Μέθοδοι-Πληθυσμός μελέτης: Ελέγχθηκαν με πλήρη εργαστηριακό έλεγχο και υπερηχογράφημα κοιλίας συνολικά 24 κρατούμενοι στη πλειοψηφία τους άνδρες 23/24 (95.8%) με μέση ηλικία τα 41 έτη (ορια 28-66 ετη). Οι εξετάσεις περιελάμβαναν ανοσολογικό έλεγχο για ηπατίτιδα Α,Β,С και έλεγχο για HIV. Τα δεδομένα

αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 21.0

Αποτελέσματα: Απο τους 24 κρατούμενους οι 20 (83.3%) δήλωσαν ότι εκαναν εφ'εξής χρήση τοξικών ουσιών, 22 (91.7%) εξ αυτών ήταν ενεργοί καπνιστές και οι 15 (62.5%) εμφάνιζαν διαταραχή σχετιζόμενη με το αλκοόλ. Λιπώδης εναπόθεση ήπατος εμφάνισαν 8/24 (33.3%) ασθενείς. Κατά τον ανοσολογικό έλεγχο διεπιστώθη υψηλή επίπτωση χρόνιας ηπατίτιδας C 10/24 (41.7%), p:0.22. Η επίπτωση ηπατίτιδας Β και Α ήταν σημαντικά χαμηλότερη [4/24 (16.7%), p: 0.65 και 3/24 (12.5%), p:0.007]. Κανείς ασθενής δεν βρέθηκε θετικός στον HIV. Ένας κρατούμενος είχε εμβολιαστεί για την ηπατίτιδα Β.

Συμπεράσματα: Η χρήση τοξικών ουσιών είναι σημαντικός παράγοντας των μολύνσεων, το καπνισμα και το αλκοόλ αποτελούν επίσης σημαντικά υψηλής συχνότητας παραγοντες κινδύνου. Ο εμβολιασμός εναντι ηπατίτιδας Β και Α είναι απογοητευτικός και θα πρέπει εκτός της προσπάθειας εκρίζωσης της ηπατίτιδας C να υπάρξουν δράσεις εμβολιασμού αυτού του πληθυσμού.

AA25: Η ΚΟΡΤΙΖΟΛΗ ΟΥΡΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Μιχαηλίδου Μ.¹, Αγγελετοπούλου Ι.², Κούσκουρα Μ.³, Ζησιμόπουλος Κ.⁴, Τσουνής Π.Ε.⁵, Καραϊβάζογλου Κ.⁶, Τουρκοκρήστου Ε.⁷, Μανδέλλου Μ.⁸, Διαμαντοπούλου Γ.⁹, Κούτρας Ν.¹⁰, Μιχαλάκη Μ.¹¹, Γώγος Χ.¹², Βελισσάρης Δ.¹³, Μαρκοπούλου Κ.¹⁴, Θωμόπουλος Κ.¹⁵, Τριάντος Χ.¹⁶

1. Παθολόγος, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα
2. Βιολόγος, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα
3. Χημικός, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Εργαστήριο Φαρμακευτικής Ανάλυσης, Τομέας Φαρμακευτικής Τεχνολογίας, Τμήμα Φαρμακευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη
4. Παθολόγος, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα
5. Στρατιωτικός Ιατρός, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα
6. Ψυχίατρος, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα
7. Βιολόγος, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα
8. Χημικός, Πανεπιστήμιο Πατρών, Βιοχημικό Εργαστήριο, Τμήμα Μικροβιολογίας, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

9. Γαστρεντερολόγος, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα
10. Χημικός, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Εργαστήριο Φαρμακευτικής Ανάλυσης, Τομέας Φαρμακευτικής Τεχνολογίας, Τμήμα Φαρμακευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη
11. Ενδοκρινολόγος, Πανεπιστήμιο Πατρών, Εργαστήριο Ενδοκρινολογίας, Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα
12. Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα
13. Αν. Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα
14. Αν. Καθηγήτρια, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Εργαστήριο Φαρμακευτικής Ανάλυσης, Τομέας Φαρμακευτικής Τεχνολογίας, Τμήμα Φαρμακευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη
15. Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα
16. Επ. Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με κίρρωση του ήπατος συχνά εμφανίζουν επινεφριδιακή ανεπάρκεια, ωστόσο η διάγνωση της αποτελεί κλινική πρόκληση. Η κορτιζόλη των ούρων αποτελεί δείκτη της λειτουργικότητας των επινεφριδίων, αν και δεν έχει χρησιμοποιηθεί έως τώρα σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι ο προσδιορισμός των πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των επιπέδων κορτιζόλης ούρων 24ώρου, ολικής κορτιζόλης ορού, κορτιζόλης σιέλου και ελεύθερης κορτιζόλης (μετρούμενης και υπολογιζόμενης μέσω Coolens' formula), αποσκοπώντας στην εύρεση της μορφής που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως έμμεσος δείκτης της ελεύθερης κορτιζόλης σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος. Δευτερεύων σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της κορτιζόλης ούρων 24ώρου ως προγνωστικού δείκτη της θνητότητας.

Μέθοδοι: Πρωινά δείγματα αίματος συλλέχθηκαν σε σωληνάκια διαχωρισμού ορού (serum separator tubes, SST) καθώς και δείγματα ούρων 24ώρου και δείγματα σιέλου. Τα επίπεδα κορτιζόλης ορού, σιέλου, και ούρων 24ώρου προσδιορίστηκαν με ανοσοδοκιμασία ηλεκτροχημειοφωταύγειας (ECL) (MODULAR ANALYTICS E170, Roche Diagnostics, GmbH, Mannheim, Germany). Ο προσδιορισμός της ελεύθερης κορτιζόλης πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο υγρής χρωματογραφίας-φασματομετρίας μάζας (LC-MS, 2020; Shimadzu, Tokyo, Japan). Τα δείγματα επεξεργάστηκαν προκειμένου να απομονωθεί η κορτιζόλη χρησιμοποιώντας πρωτόκολλο εκχύλισης στερεάς φάσης και η ποσοτικοποίηση της ελεύθερης κορτιζόλης επιτεύχθηκε

μέσω της τεχνικής ιοντισμού με ηλεκτροψεκασμό. Παράλληλα, τα επίπεδα ελεύθερης κορτιζόλης υπολογίστηκαν και μέσω της Coolens' formula.

Αποτελέσματα: Εβδομήντα-οχτώ (n=78) ασθενείς με κίρρωση του ήπατος συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη. Τα επίπεδα κορτιζόλης ούρων 24ώρου συσχετίστηκαν σημαντικά με τα επίπεδα ελεύθερης κορτιζόλης που προσδιορίστηκαν με χρωματογραφία-φασματομετρία μάζας (r=0.292, p=0.005), τα επίπεδα ολικής κορτιζόλης (r=0.241, p=0.018) καθώς και με την μετρούμενη, μέσω της Coolens' formula, ελεύθερη κορτιζόλη (r=0.194, p=0.046). Ο πληθυσμός της μελέτης παρακολουθήθηκε για ένα μέσο διάστημα 52 μηνών (IQR:33-60). Οι ασθενείς με χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης ούρων 24ώρου παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό θνητότητας σε σύγκριση με εκείνους με υψηλά επίπεδα (log-rank=4.097, p=0.043). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόστηκαν δύο μοντέλα. Στο πρώτο μοντέλο, το CP score [aHR:1.966, 95%CI (1.443-2.681), p<0.001], η θρόμβωση της πυλαίας φλέβας στο baseline [aHR:3.913, 95%CI (1.102-13.89), p=0.035] και τα επίπεδα κορτιζόλης ούρων 24ώρου [aHR:0.303, 95%CI (0.125-0.732), p=0.008] συσχετίστηκαν σημαντικά με την επιβίωση των ασθενών. Στο δεύτερο μοντέλο, το MELD score [aHR:1.189, 95%CI (1.041-1.358), p=0.01], η παρουσία ασκίτη στο baseline [aHR:4.02, 95%CI (1.264-12.791), p=0.018] και η κορτιζόλη ούρων 24ώρου [aHR:0.376, 95%CI (0.159-0.887) p=0.026], αποτέλεσαν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες για την επιβίωση των ασθενών.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη προτείνει ότι η κορτιζόλη ούρων 24ώρου μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πιθανός δείκτης της επινεφριδιακής λειτουργίας και ως ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της επιβίωσης σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος.

AA26: Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΕΞΑΛΕΙΨΗΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C (HCV) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ

Αντωννάκη Π., Κρανιδιώτη Χ., Βασιλειάδης Σ., Παπαδόπουλος Ν., Αναγνώστου Ο., Ντούτς Μ., Μανωλακόπουλος Σ.

Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Τα άτομα με ιστορικό χρήσης ουσιών αποτελούν βασικό πληθυσμό στόχο στην προσπάθεια εξάλειψης της ηπατίτιδας C. Στην Ελλάδα από τον Μάρτιο 2020 εφαρμόστηκαν για μεγάλα διαστήματα περίοδοι αυστηρής απαγόρευσης κυκλοφορίας. Τα προγράμματα μείωσης βλάβης τροποποίησαν τις δράσεις τους και επιπλέον η σύνδεση με τα ηπατολογικά κέντρα για ασθενείς με HCV έγινε δύσκολη λόγω των περιορισμών.

Σκοπός: Να διερευνηθεί η επίδραση της πανδημίας-Covid-19 στην πρόσβαση ασθενών με ιστορικό χρήσης ουσιών στη θεραπεία και οι δυσκολίες που επέφερε στις προσπάθειες εξάλειψης της ηπατίτιδας C.

Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 268 ασθενείς, με χρόνια HCV λοίμωξη και ιστορικό χρήσης ουσιών, οι οποίοι επισκέφτηκαν το εξωτερικό ηπατολογικό ιατρείο της Β' Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής του Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο προκειμένου να λάβουν αντική θεραπεία από τον Αύγουστο 2018 έως τον Οκτώβριο 2021. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο παρόμοιες χρονικά ομάδες: Ομάδα Α (Αύγ. 2018 έως Φεβ. 2020) και Ομάδα Β (Μάρτιος 2020 έως Οκτώβριο 2021), με βάση την έναρξη της πανδημίας στην Ελλάδα τον Μάρτιο του 2020.

Αποτελέσματα: Από τον Αύγουστο του 2018 έως τον Φεβρουάριο του 2020, 203 ασθενείς (Ομάδα Α) βρέθηκαν κατάλληλοι για θεραπεία. Αίτηση για θεραπεία στο μητρώο HCV του ΕΟΠΥΥ έγινε και για τους 203 ασθενείς. Από αυτούς 181(89,2%) ασθενείς (80% άνδρες, μέση ηλικία 46,5 ±10 έτη, 55% Gn3 και 25,4% Gn1a) ξεκίνησαν θεραπεία, ενώ από τον Μάρτιο του 2020 έως τον Οκτώβριο 2021 (Ομάδα Β), έγιναν αιτήσεις για 65 ασθενείς και από αυτούς 49 (75,4%) ασθενείς (69,3 % άνδρες, μέση ηλικία 48±9,5 έτη, 67% Gn3 και 18% Gn1a) ξεκίνησαν την θεραπεία αλλα 44 (89,8%) ασθενείς ολοκλήρωσαν θεραπεία αλλά μόνο 15/44 ασθενείς (34%) υποβλήθηκαν σε έλεγχο HCV RNA (p<0,001). Στην Ομάδα Α και οι 108 ασθενείς πέτυχαν SVR (100%) και τα ποσοστά SVR παρέμειναν υψηλά στην Ομάδα Β, όπου 14/15 ασθενείς πέτυχαν SVR. Στην Ομάδα Α, 134/181 ασθενείς (74%) υποβλήθηκαν σε ελαστογραφία ήπατος και 12,7% είχε ενδείξεις κίρρωσης (stiffness>11,5 kPa), ενώ στην ομάδα Β, 7/49 ασθενείς (14%) υποβλήθηκαν σε ελαστογραφία και 3 είχαν ενδείξεις κίρρωσης. Σχεδόν 50% των ασθενών και στις δυο ομάδες παρακολουθούν πρόγραμμα υποκατάστασης (μεθαδόνη/βουπρενορφίνη).

Συμπέρασμα: Η έναρξη της πανδημίας σηματοδοτεί μια περίοδο κατά την οποία μειώθηκε τόσο ο απόλυτος αριθμός των ατόμων που εξετάστηκαν όσο και το ποσοστό έναρξης της αγωγής, ενώ δεν φαίνεται να επηρεάσθηκε δυσμενώς το ποσοστό ολοκλήρωσης της αγωγής. Επιπλέον διαπιστώνεται ότι η πανδημία επεδράσσει αρνητικά στη διενέργεια εργαστηριακών και παρακλινικών ελέγχων (ελαστογραφίας και ελέγχου για ανταπόκριση), γεγονός που θα μπορούσε να επηρεάσει την μακροπρόθεσμη επιτήρηση των ασθενών με HCV.

AA27: ΑΣΥΝΗΘΕΣ ΑΙΤΙΟ ΠΥΛΑΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ: ΠΥΛΑΙΟΚΟΛΠΟΕΙΔΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Σέγκου Ι.¹, Παπαδημητρώπουλος Β.¹, Τηνιακού Ντ.², Αλεξοπούλου Α.¹

1. Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα
2. Παθολογοανατομικό εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Αρεταίειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Η κίρρωση είναι η πιο συχνή αιτία πυλαίας υπέρτασης, αλλά πυλαία υπέρταση μπορεί να υπάρχει και απουσία αυτής, μια κατάσταση που περιγράφεται ως «μη κίρρωτική πυλαία υπέρταση». Τα αίτια κατηγοριοποιούνται με βάση τη θέση εντόπισης της βλάβης σε προηπατικά, ενδοηπατικά και μεθηπατικά. Τα ενδοηπατικά αίτια μπορούν περαιτέρω να διακριθούν σε προκολοειδικά, κολοειδικά και μετακολοειδικά. Στα προκολοειδικά αίτια εντάσσεται και η πυλαιοκολοειδική αγγειακή νόσος. Παρακάτω παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με μη κίρρωτική πυλαία υπέρταση λόγω πυλαιοκολοειδικής αγγειακής νόσου σε έδαφος αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 42 ετών, εισήχθη στην κλινική λόγω κιρρορραγίας. Πρόκειται για ασθενή με ατομικό αναμνηστικό "κρυψιγενούς κίρρωσης", όπου η διάγνωση τέθηκε με βιοψία ήπατος προ 7ετίας, κατά τη διερεύνηση εμφάνισης ασκτικής συλλογής. Έκτοτε δεν είχε ιατρική παρακολούθηση και δεν ελάμβανε φαρμακευτική αγωγή, μέχρι προ έτους όπου εμφάνισε επεισόδιο κιρρορραγίας και νοσηλεύτηκε αλλαχού. Από το ιστορικό του δεν αναφέρεται κακή χρήση αιθυλικής αλκοόλης. Ο ασθενής προσήλθε λόγω αιματέμεσης. Στην παρούσα νοσηλεία, δεν εμφάνιζε κλινικά ασκίτη, δεν είχε ίκτερο, ούτε σημεία ηπατικής εγκεφαλοπάθειας. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε: Hb: 8,6g/dL, PLTs: 140.000/μL, φυσιολογικό βιοχημικό έλεγχο του ήπατος, INR: 1.4, Alb: 3.10g/dL. Διενεργήθηκε επείγουσα γαστροσκόπηση, όπου διαπιστώθηκαν 5 κιρσικές στήλες με σημεία αιμορραγίας και έγινε περιέδση με τοποθέτηση ελαστικών δακτυλίων. Περαιτέρω αντιμετωπίστηκε με χορήγηση σωματοστατίνης και μετάγγιση αίματος και εξήλθε αιμοδυναμικά σταθερός μετά από 6 ημέρες νοσηλείας. Ο ασθενής κατά τη νοσηλεία του υποβλήθηκε σε απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας καθώς και triplex σπληνοπυλαίου άξονα με βαθιά απεικόνιση της πυλαίας και των ηπατικών φλεβών, ενώ σημειώνεται σπληνομεγαλία. Αξιοσημείωτο είναι ότι ο ασθενής 7 χρόνια μετά τη διάγνωση, άνευ ιατρικής παρακολούθησης και αγωγής, ενώ παρουσιάζει τις κλινικές εκδηλώσεις πυλαίας υπέρτασης, δεν παρουσιάζει ασκίτη και έχει καλή ηπατική βιοχημεία και καλή συνθετική ικανότητα του ήπατος, μη αναμενόμενα για τη φυσική πορεία ενός κίρρωτικού ασθενή. Προς περαιτέρω

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

διερεύνηση και αφού αποκλείστηκε κάθε πιθανό αίτιο κίρρωσης, αναζητήσαμε τη βιοψία ήπατος από το 2014, για επανεκτίμηση, όπου αναδεικνύονται αλλοιώσεις χωρίς την παρουσία κίρρωσης, συμβατές με πυλαιοκοιλιοειδική αγγειακή νόσο του ήπατος. Αποφασίσαμε επαναληπτική βιοψία ήπατος, η οποία επιβεβαίωσε τη διάγνωση. Στα πλαίσια αναζήτησης της αιτιοπαθογένειας της νόσου, εστάλη έλεγχος θρομβοφιλίας απ' όπου προέκυψαν θετικά αντιπηκτικά του λύκου, αντισώματα έναντι καρδιολιπίνης και αντισώματα έναντι της B2-γλυκοπρωτεΐνης Ι. Τέθηκε η διάγνωση του αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου και έγινε έναρξη αντιπηκτικής αγωγής. Ο ασθενής έκτοτε παραμένει ασυμπτωματικός χωρίς υποτροπή.

Συμπεράσματα: Η πυλαιοκοιλιοειδική αγγειακή νόσος, η διάγνωση της οποίας βασίζεται στη βιοψία ήπατος και μπορεί να αποτελέσει εκδήλωση αυτοάνοσου, αιματολογικού ή προθρομβωτικού νοσήματος, συχνά έχει τους χαρακτηριστές κίρρωσης και μπορεί να διαλάθει της προσοχής στην κλινική πράξη.

AA28: ΡΟΜΠΟΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΕΚΤΟΜΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΓΧΡΟΝΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ

Δωροβίνης Π.¹, Κεραμίδα Μ.¹, Κύκαλος Σ.¹, Σταμόπουλος Π.¹, Μαχαίρας Ν.¹, Νικητέας Ν.¹

1. Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ε.Κ.Π.Α.

Εισαγωγή: Η εκτομή του πρωτοπαθούς καρκίνου του παχέος εντέρου (CRC) και των σύγχρονων ηπατικών μεταστάσεων (CRLM) ταυτόχρονα, έχει αναδειχθεί ως ασφαλής και αποτελεσματική πρακτική σε επιλεγμένους ασθενείς, ακόμα και με τη χρήση ελάχιστων επεμβατικών τεχνικών. Τα τελευταία χρόνια, ένας αριθμός μελετών προσπάθησε να αξιολογήσει την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των ταυτόχρονων ρομποτικά υποβοηθούμενων εκτομών (SRAR) για ασθενείς με σύγχρονη νόσο (CRC και CRLM). Ο στόχος αυτής της συστηματικής μελέτης είναι να αξιολογήσει την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που κατέληξε στην ανεύρεση εννέα μελετών που περιλάμβαναν συνολικά 29 ασθενείς (16 άνδρες) που υποβλήθηκαν σε SRAR. Η θέση του πρωτοπαθούς όγκου ήταν το ορθό σε 22 (76%) ασθενείς και το κόλον σε 7 (24%) ασθενείς. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων διενεργήθηκε ελάσσονα εκτομή στο ήπαρ (n = 24, 82%).

Αποτελέσματα: Ο διάμεσος εγχειρητικός χρόνος και η εκτιμώμενη απώλεια αίματος ήταν 399,5 λεπτά (εύρος 300-682) και 274 ml (εύρος 10-780 ml), αντίστοιχα. Δεν αναφέρθηκαν περιπτώσεις μετατροπής σε ανοιχτή. Ο διάμεσος χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο LOS ήταν 7

ημέρες (εύρος 2-28 ημέρες). Όλοι οι ασθενείς φέρεται να υποβλήθηκαν σε εκτομή με υγιή όρια R0. Τα ποσοστά συνολικής και μείζονας νοσηρότητας ήταν 38% και 7%, αντίστοιχα, ενώ δεν αναφέρθηκαν θάνατοι περιεγχειρητικά.

Συμπέρασμα: Παρά τον περιορισμένο αριθμό μελετών, το SRAR φαίνεται να είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική ελάχιστη επεμβατική προσέγγιση για επιλεγμένους ασθενείς που βρίσκει εφαρμογή πάντα στο πλαίσιο της διεπιστημονικής διαχείρισης αυτών.

AA29: ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΤΟΥ ΚΕΡΚΟΦΟΡΟΥ ΛΟΒΟΥ - ΜΙΑ ΑΣΦΑΛΗΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ

Δωροβίνης Π.¹, Κεραμίδα Μ.¹, Κύκαλος Σ.¹, Σταμόπουλος Π.¹, Μαχαίρας Ν.¹, Νικητέας Ν.¹

1. Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ε.Κ.Π.Α.

Εισαγωγή: Η χειρουργική εξαίρεση αλλοιώσεων που εντοπίζονται στον κερκοφόρο λοβό του ήπατος, θεωρείται ιδιαίτερως απαιτητική επέμβαση, λόγω της εγγύτητας της περιοχής με κρίσιμες αγγειακές δομές και τη βαθιά ανατομική της θέση εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας, είτε αυτή γίνει ανοιχτά είτε λαπαροσκοπικά. Στόχος αυτής της ανασκόπησης είναι να αξιολογήσουμε την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της λαπαροσκοπικής εκτομής του κερκοφόρου λοβού.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για μελέτες που δημοσιεύτηκαν μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2021. Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 20 μελέτες που περιλάμβαναν 221 ασθενείς.

Αποτελέσματα: Το 36% ήταν γυναίκες, και η συντριπτική πλειοψηφία των εκτομών (66%) έγιναν για κακοήθεις όγκους. Το μέγεθος του όγκου κυμαινόταν μεταξύ 2 και 160 κιλ. στη μεγαλύτερη διάμετρο. Ο μέσος εγχειρητικός χρόνος ήταν 210 λεπτά (εύρος 60-740 λ.) και η εκτιμώμενη απώλεια αίματος ήταν 173,6 ml (εύρος 50-3600 ml). Η διάμεση διάρκεια νοσηλείας ήταν 6,5 ημέρες (εύρος 2-15 ημέρες). Αναφέρθηκαν επτά περιπτώσεις μετατροπής σε ανοιχτή επέμβαση. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών (93,7%) υποβλήθηκαν σε εκτομή του όγκου επί υγιών ορίων. Τριάντα έξι από τους 221 ασθενείς ανέπτυξαν μετεγχειρητικές επιπλοκές, με το 5,8% επί του συνόλου των ασθενών να αναπτύσσουν μείζονα επιπλοκή (ταξινόμηση Clavien-Dindo ≥ III). Δεν αναφέρθηκε κανένα περιστατικό θανάτου κατά τη μετεγχειρητική περίοδο.

Συμπέρασμα: Η λαπαροσκοπική εκτομή του κερκοφόρου λοβού φαίνεται να είναι μια εφικτή και ασφαλής εναλλακτική έναντι της παραδοσιακής μεθόδου ανοιχτής εκτομής σε επιλεγμένους ασθενείς όταν πραγματοποιείται από έμπειρους χειρουργούς σε κέντρα με μεγάλο όγκο περιστατικών.

ΑΑ30: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗ ΕΝΑΝΤΙ ΑΝΟΙΧΤΗΣ

Δωροβίνης Π.¹, Κεραμίδα Μ.¹, Κύκαλος Σ.¹, Σταμόπουλος Π.¹, Μαχαίρας Ν.¹, Νικητέας Ν.¹

1. Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ε.Κ.Π.Α.

Εισαγωγή: Η ρομποτική ηπατική χειρουργική είναι μια νέα τεχνική που διευρύνει το πεδίο των ελάχιστα επεμβατικών προσεγγίσεων. Ένας ολοένα και αυξανόμενος αριθμός μελετών στη βιβλιογραφία αξιολογεί τα αποτελέσματα των ρομποτικών ηπατικών εκτομών (RLR). Ο στόχος της μετανάλυσής μας είναι να παρέχει μια σύγκριση της RLR με την ανοιχτή ηπατεκτομή (OLR), αξιολογώντας την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στα Medline, Scopus, Google Scholar, Cochrane και Clinicaltrials.gov για άρθρα που δημοσιεύθηκαν από τον Ιανουάριο του 2000 έως τον Ιανουάριο του 2022.

Αποτελέσματα: Δεκατρείς μη τυχαιοποιημένες αναδρομικές και μία προοπτική κλινική μελέτη που περιλάμβανε 1801 ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια για ένταξη στη μελέτη, με 640 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε RLR και 1161 σε OLR. Η RLR είχε ως αποτέλεσμα σημαντικά χαμηλότερη συνολική νοσηρότητα ($p < 0,001$), μικρότερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο ($p = 0,002$) και μικρότερη απώλεια αίματος διεγχειρητικά ($p < 0,001$). Ο χειρουργικός χρόνος βρέθηκε να είναι σημαντικά υψηλότερος στην ομάδα RLR ($p < 0,001$). Η ανάγκη μετάγγισης αίματος, τα ποσοστά των χειρουργικών ορίων ελεύθερων νόσου και τα ποσοστά θνητότητας δεν παρουσίασαν διαφορές. Το ποσοστό μετατροπής της ρομποτικής σε ανοιχτή ήταν 5% στην ομάδα RLR.

Συμπέρασμα: Η αυξανόμενη εμπειρία στην εφαρμογή του ρομπότ αναμφίβολα θα δημιουργήσει περισσότερες προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες, απαραίτητες για την αξιολόγηση της πιθανής υπεροχής του έναντι της παραδοσιακής ανοιχτής προσέγγισης, σε μια ποικιλία ηπατικών βλαβών.

ΑΑ31: Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΟΦΟΣΜΠΟΥΒΙΡΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΤΑΔΙΟΥ 4-5: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Κοντογιώργος Ι.¹, Πατχιάνου Ε.², Μαστορογιάννη Ι.Ν.¹, Τουλουμενίδης Δ.¹, Ντόνα Κ.¹, Ζερβός Ν.¹

1. Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Γρεβενών
2. Αιματολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ «Γ. Παπανικολάου»

Εισαγωγή: Η θεραπεία των ασθενών με ηπατίτιδα C και χρόνια νεφρική νόσο (XNN) με τους νέους αντικαρκινικούς παράγοντες είναι αποτελεσματική και καλά ανεκτή. Ασθενείς με XNN σταδίου 4-5 δεν συστήνεται να λαμβάνουν σοφοσμπουβίρη, λόγω της νεφρικής κάθαρσης του μεταβολίτη του φαρμάκου GS-331007. Ωστόσο στη βιβλιογραφία υπάρχουν μελέτες στις οποίες έχει χορηγηθεί σοφοσμπουβίρη στον ανωτέρω πληθυσμό ασθενών με καλά αποτελέσματα και χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες.

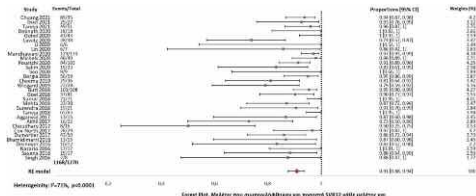
Σκοπός: Να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της σοφοσμπουβίρης σε ασθενείς με ηπατίτιδα C και XNN σταδίου 4-5 (eGFR < 30ml/min/1.73m²).

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στην Pubmed, μέσω ενός αλγορίθμου με λέξεις-κλειδιά, για μελέτες που αφορούν την χορήγηση σοφοσμπουβίρης σε HCV θετικούς ασθενείς με XNN σταδίου 4-5. Τελευταία αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις 30/12/2021. Θεωρήθηκαν έγκυρες για εισαγωγή στην μετα-ανάλυση, μελέτες οι οποίες συμπεριέλαβαν: 1) ασθενείς με HCV, χωρίς συν-λοίμωξη με HBV ή HIV, 2) ασθενείς με XNN σταδίου 4-5 ή με υποκατάσταση νεφρικής λειτουργίας με αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση, 3) ασθενείς που έλαβαν σοφοσμπουβίρη για την λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας C, και στους οποίους εκτιμήθηκε η μακροχρόνια ιολογική απόκριση στις 12 εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της αγωγής (sustained virological response at 12 weeks- SVR12), 4) ήταν διαθέσιμα στοιχεία για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, 5) ήταν διαθέσιμο το πλήρες κείμενο της μελέτης στην αγγλική γλώσσα. Εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητα της θεραπείας με σοφοσμπουβίρη μέσω υπολογισμού του ποσοστού SVR12, ενώ η ασφάλεια της αξιολογήθηκε μέσω του ποσοστού διακοπής της θεραπείας. Για την διενέργεια μετα-ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο τυχαίων αποτελεσμάτων (Random Effects Model) λόγω της αναμενόμενης ετερογένειας μεταξύ των μελετών. Για την σταθεροποίηση της διακύμανσης χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος διπλής μετατροπής τόξων Freeman- Tukey (Freeman- Tukey double arcsine transformation). Η ετερογένεια μεταξύ των μελετών εκτιμήθηκε με το I² στατιστικό μοντέλο, θεωρώντας ότι τιμή > 50% υποδηλώνει ετερογένεια μεταξύ των μελετών. Η μετα-

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

ανάλυση διενεργήθηκε με το λογισμικό MedCalc version 20.027

Αποτελέσματα: Από τα 163 άρθρα που προέκυψαν από την αναζήτηση, 32 θεωρήθηκαν κατάλληλα και συμπεριλήφθηκαν στην μετα-ανάλυση, οδηγώντας σε ένα σύνολο 1270 ασθενών. Το ποσοστό μακροχρόνιας ιολογικής απόκρισης στις 12 εβδομάδες (SVR12) ήταν 91% (95%CI: 88-94). Η ετερογένεια μεταξύ των μελετών θεωρείται σημαντική, με το I² στατιστικό μοντέλο να υπολογίζεται στο 71% ($p < 0.0001$).



Διενεργήθηκε ανάλυση της υποομάδας των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση, με το ποσοστό SVR12 να υπολογίζεται στο 89% (95%CI: 85-93) και I²: 66% ($p < 0.0001$). Την θεραπεία διέκοψε το 2,46% των ασθενών (95% CI: 1,34-3,91).

Συμπεράσματα: Η χορήγηση της σοφουσμπυρίνης σε ασθενείς με ηπατίτιδα C και χρόνια νεφρική νόσο σταδίου 4-5 αποτελεί μια αποτελεσματική και ασφαλή θεραπευτική επιλογή, ακόμα και για ασθενείς που υποβάλλονται σε υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας με αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση. Είναι αναγκαία η πραγματοποίηση προδρομικών μελετών που θα επιβεβαιώσουν τα ανωτέρω δεδομένα.

AA32: ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΣ ΟΓΚΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΘΗΚΕ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Χατζηγιάννου Α.¹, Γεωργοπούλου Β.², Αντωνιάδης Ν.³, Κατσίκη Ευ.⁴, Λιάβα Χ.¹, Κιαπίδου Σ.¹, Κατσάνος Γ.³, Τσουλάφας Γ.³, Σινάκος Εμμ.¹

1. Δ' Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
2. Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
3. Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
4. Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Οι πρωτοπαθείς νευροενδοκρινικοί όγκοι του ήπατος αποτελούν σπάνιες χωροκατακτητικές βλάβες. Οι όγκοι αυτοί συχνά δεν προκαλούν συμπτώματα, ενώ δεν υπάρχουν παθολογικά απεικονιστικά ευρήματα. Κατά συνέπεια, η διάγνωση τίθεται ιστολογικά. Η αντιμετώπιση αυτών των όγκων γίνεται συνήθως χειρουργικά (ηπατεκτομή, μεταμόσχευση ήπατος), μπορούν όμως να διενεργηθούν και τοπικοπεριοχικές θεραπείες

(ενδαρτηριακός χημειοεμβολισμός, διαδερμικός θερμοκαυτηριασμός).

Σκοπός-Μέθοδος: Η παρουσίαση ασθενή με μακρό ιστορικό πρωτοπαθούς νευροενδοκρινικού όγκου του ήπατος, που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με μεταμόσχευση ήπατος.

Αποτελέσματα: Γυναίκα 45 ετών προσήλθε στο Ηπατολογικό ιατρείο του νοσοκομείου μας για την παρακολούθησή της σχετικά με πολλαπλά μορφώματα του ήπατος, τα οποία αρχικώς είχαν αναδειχθεί σε προληπτικό έλεγχο πριν 15 έτη. Κατά την κλινική εξέταση δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά ευρήματα, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε μόνο ήπια αύξηση των ηπατικών της ενζύμων. Στο ατομικό ιστορικό της ασθενούς περιλαμβάνεται σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και αρτηριακή υπέρταση. Η αξονική (CT) όσο και η μαγνητική τομογραφία ανέδειξε μόνο ήπια αύξηση πολλαπλές κυστικές βλάβες και στους δύο λοβούς του ήπατος. Ακολούθως, διενεργήθηκε τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET-CT scan), κατά την οποία σημειώθηκε υψηλή μεταβολική δραστηριότητα σε δύο από τις αναδειχθείσες βλάβες. Κατόπιν τούτου, διενεργήθηκε κατευθυνόμενη βιοψία μέσω του αξονικού τομογράφου σε μια από τις προαναφερθείσες βλάβες. Το αποτέλεσμα της παθολογοανατομικής εξέτασης έθεσε ως πιθανή διάγνωση το αδενοκαρκίνωμα, θέτοντας ταυτόχρονα ισχυρή υπόνοια για νευροενδοκρινή όγκο του ήπατος. Στη συνέχεια, αποκλείστηκε η εξωηπατική πρωτοπαθής εντόπιση του όγκου με τη διενέργεια ολοσωματικής αξονικής τομογραφίας και ενδοσκοπήσεων ανωτέρου και κατώτερου πεπτικού. Κατόπιν διεπιστημονικής εκτίμησης, αποφασίστηκε η ένταξη της ασθενούς στη λίστα για ορθοτοπική μεταμόσχευση του ήπατος, η οποία διενεργήθηκε 8 μήνες μετά την ένταξή της. Η παθολογοανατομική εξέταση του ιθαγενούς ήπατος έθεσε τη διάγνωση του πολυεστιακού πρωτοπαθούς νευροενδοκρινικού G2 όγκου του ήπατος. Μακροσκοπικά, αναδείχθηκαν πέντε εστίες του νεοπλάσματος με μέγιστη διάμετρο 3-8 εκατοστά. Μικροσκοπικά, η ανοσοιστοχημεία ήταν θετική για τη συναπτοφυσίνη, την κερατίνη 19, την κυτοκερατίνη AE1/AE3, τη χρωμογρανίνη και το CA 19-9. Η ασθενής παραμένει σε καλή κλινική κατάσταση χωρίς ενδείξεις υποτροπής του όγκου επτά μήνες μετά τη μεταμόσχευση.

Συμπεράσματα: Οι πρωτοπαθείς νευροενδοκρινικοί όγκοι του ήπατος διαγνωσκονται δύσκολα, λόγω των άτυπων κλινικών και απεικονιστικών τους χαρακτηριστικών. Η μεταμόσχευση ήπατος αποτελεί έναν εφικτό και αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισής τους.

AA33: Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C (HCV) ΣΤΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΝΤΑΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΣΤΟ ΓΝΗ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Τσιρογιάννη Ε.^{1,2}, Αγοραστόυ Π.², Οικονόμου Θ.², Παπαγιουβάννη Ι.², Ροδόσθενους Κ.², Σταυρίδου Β.¹, Ανδρουλάκης Γ.¹, Τσεκούρα Π.¹, Τάνης Χ.¹, Σωτηριάδου Β.¹, Χατζηδήμου Μ.¹, Παρισάκη Α.¹, Φωτακίδου Χ.¹, Νικολάου Κ.³, Γκραντόπουλος Ι.³, Καρκανέβατος Χ.⁴, Καλαμπαλίκης Β.⁵, Μανωλοπούλου Α.⁶, Σαββίδου Σ.², Γουλής Ι.²

1. OKANA
2. Δ' Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
3. ΙΑΝΟΣ Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
4. ΑΡΓΩ Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
5. ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ Θεσσαλονίκης
6. ΘΕΤΙΚΗ ΦΩΝΗ Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Παρά την πολύ δύσκολη περίοδο λόγω της πανδημίας COVID-19, η προσπάθεια εξάλειψης της ηπατίτιδας C εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό στόχο, ιδίως στα εξαρτημένα άτομα.

Σκοπός: Η αποτίμηση του αντίκτυπου της πανδημίας COVID-19 στην έναρξη και ολοκλήρωση της antiHCV θεραπείας σε εξαρτημένα άτομα που επισκέπτονται εξειδικευμένο ηπατολογικό ιατρείο στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης

Μέθοδοι: Παρουσιάζονται στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από τον Μάρτιο του 2020 ως τον Ιανουάριο του 2022 (COVID περίοδος, διάρκεια 23 μήνες) και συγκρίθηκαν με αυτά της περιόδου από τον Απρίλιο του 2018 ως και τον Φεβρουάριο του 2020 (non-COVID περίοδος, διάρκεια 23 μήνες).

Αποτελέσματα: Κατά τη non-COVID περίοδο, 257 ασθενείς (άνδρες 89,4%, μέση ηλικία 45,19±10,20) ξεκίνησαν την antiHCV θεραπεία με DAAs. 206/257 (80,16%) παρακολουθούσε κάποιο πρόγραμμα για την εξάρτηση εκ των οποίων οι 141/206 (68,45%), τα Προγράμματα Υποκατάστασης του OKANA. 236/257 (91,83%) ολοκλήρωσαν και ελέγχθηκαν στο τέλος της θεραπείας (EOT). 172/236 (72,88%) ελέγχθηκαν για SVR12. Επιτυχής έκβαση θεραπείας είχαν οι 161/172 (SVR=93,6%). Κατά την COVID περίοδο, 129 ασθενείς (άνδρες 88,37%, μέση ηλικία 42,85±9,87) ξεκίνησαν την antiHCV θεραπεία με DAAs. 82/129 (63,57%) παρακολουθούσε κάποιο πρόγραμμα για την εξάρτηση εκ των οποίων οι 64/82 (78,05%), τα Προγράμματα Υποκατάστασης του OKANA. 110/129 (85,27%) ολοκλήρωσαν και ελέγχθηκαν στο τέλος της θεραπείας (EOT). Από αυτούς, δυνατότητα ελέγχου για SVR12 (ολοκλήρωση θεραπείας ως το Σεπτέμβριο του 2021) είχαν οι 83/110. (52/83 (62,65%) ελέγχθηκαν για SVR12. Επιτυχής έκβαση θεραπείας είχαν οι 50/52 (SVR=96,15%).

Συγκρίνοντας τις δύο περιόδους, στην COVID περίοδο παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στον αριθμό των ασθενών που εισήχθησαν στη θεραπεία (129vs256). Ο έλεγχος αυτών κατά την ολοκλήρωση της θεραπείας (85,27%vs91,83%) όπως και ο έλεγχος για SVR12 (62,65%vs72,88%) ήταν ελαφρώς μικρότερος στην COVID περίοδο, ενώ η επιτυχής έκβαση ήταν σχεδόν εφάμιλλη και στις δύο περιόδους (SVR=96,15%vs93,6%). Κατά την COVID περίοδο, λιγότεροι ασθενείς που ξεκίνησαν τη θεραπεία ήταν ενταγμένοι σε προγράμματα για την εξάρτηση (63,57%vs 80,16%), ωστόσο από αυτούς, μεγαλύτερο ποσοστό παρακολουθούσε τα προγράμματα του OKANA (78,05%vs68,45%).

Συμπεράσματα: Κατά την πανδημία COVID-19 επηρεάστηκε αρνητικά ο ρυθμός ένταξης των εξαρτημένων στην anti HCV θεραπεία στο ιατρείο μας. Παρόλο αυτά, ικανοποιητικός αριθμός ασθενών ολοκλήρωσε και ελέγχθηκε για την έκβαση της θεραπείας. Η μειωμένη πρόσβαση τόσο στο Νοσοκομείο, όσο και στις υπηρεσίες για τις εξαρτήσεις (με εξαίρεση τα Προγράμματα του OKANA), θα μπορούσε να ερμηνεύσει τη μειωμένη ζήτηση για θεραπεία κατά την COVID περίοδο. Ταυτόχρονα, κατά την COVID περίοδο λειτουργήσε, σε συνεργασία με το ιατρείο μας, το Πρόγραμμα «Αλέξανδρος», για τους χρήστες του δρόμου της Θεσσαλονίκης. Η μεγαλύτερη προσέλευση των εξαρτημένων στο ιατρείο μας κατά την non-COVID περίοδο μπορεί να αποδοθεί στην αυξημένη ζήτηση για την antiHCV θεραπεία λόγω της άρσης των κριτηρίων πρόσβασης. Οι προσπάθειες τόσο από τα υπάρχοντα προγράμματα, όσο και από τα νεότερα, πρέπει να ενταθούν, προκειμένου να μη χαθεί ο στόχος της εξάλειψης της HCV λοίμωξης.

AA34: Η ΤΡΟΠΟΝΙΝΗ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΩΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΟΞΕΙΑΣ ΡΗΞΗΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΡΡΟΠΗΣΗΣ

Μάνη Η., Αλεξόπουλος Θ., Βασιλείβα Λ., Αλεξοπούλου Α.

Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Η κίρρωση του ήπατος συνοδεύεται από προσβολή πολλών οργάνων συμπεριλαμβανομένου του μυοκαρδίου. Η υψηλής ευαισθησίας καρδιακή τροπονίνη Ι (high sensitive troponin I, hsTnI) αποτελεί ευαίσθητο δείκτη μυοκαρδιακής προσβολής και αποκλείει πρακτικά την μυοκαρδιακή βλάβη όταν ανιχνεύεται σε πολύ χαμηλές τιμές < 4 ng/L.

Σκοπός: Αξιολόγηση της προγνωστικής αξίας της hsTnI σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση ήπατος, χωρίς

καρδιαγγειακό σύμβαμα, σε διάστημα παρακολούθησης 30 ημερών.

Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 296 ασθενείς [69.3% άνδρες, διάμεση ηλικία 57 (ενδοτεταρτημοριακό όριο-IQR 51-68) έτη, με μη αντιρροπούμενη κίρρωση (54.4% αιθυλικής, 20.6% ιογενούς, 25.0% άλλης αιτιολογίας), MELD score 19 (13-25)] το διάστημα 06/2019-06/2021. Ογδόντα-επτά (29.4%) διαγνώστηκαν με οξεία-επί-χρονίας ηπατική ανεπάρκεια (Acute-on-Chronic Liver Failure-ACLF). Εκατόν σαράντα τρεις με οξεία ρήξη αντιρρόπησης χωρίς ACLF (Acute Decompensation-AD) κατατάχθηκαν σε 2 κατηγορίες CLIF-C AD scores αναλόγως με την ηλικία, την κρεατινίνη, το INR, το Na ορού και την λευκά αιμοσφαίρια [≥ 60 (N=41), και < 60 (N=102)]. Εντάχθηκαν επίσης 66 χωρίς οξύ σύμβαμα (Decompensated Cirrhosis-DC). Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για 30 ημέρες. Η μέτρηση της hsTnI έγινε με τη χρήση ARHITECT STAT (Abbott Diagnostics Total Solutions, Illinois, United States). Το χαμηλότερο όριο της μεθόδου είναι 4 ng/L.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο των ασθενών, η θνητότητα 30 ημερών ήταν 20.3% (50.6% στην ομάδα ACLF, 9.8% στην AD, 3% στην DC) και 66.2% παρουσίαζαν τροπονίνη ≥ 4 ng/L. Στην καμπύλη Kaplan-Meier, ασθενείς με τροπονίνη ≥ 4 ng/L είχαν υψηλότερη θνητότητα 30 ημερών συγκριτικά με αυτούς με χαμηλότερες τιμές [hazard ratio (HR) = 3.686, 95% confidence interval (CI) = 1.751-7.761, log rank (Mantel-Cox) < 0.001]. Στο σύνολο των ασθενών, η τιμή 4 ng/L είχε ευαισθησία 86.7%, ειδικότητα 38.98%, θετική προγνωστική αξία (PPV) 26.53% και αρνητική προγνωστική αξία (NPV) 92.0%. Η χαμηλή τροπονίνη ήταν σημαντικός παράγων της επιβίωσης ιδίως για MELD < 15 (NPV = 100%) όπου η τροπονίνη ≥ 4 ng/L εντόπιζε όλους τους ασθενείς που κατέληξαν (N=3). Στην ομάδα ACLF, ασθενείς με τροπονίνη ≥ 4 ng/L παρουσίαζαν υψηλότερη θνητότητα 30 ημερών συγκριτικά με αυτούς με χαμηλότερες τιμές [HR = 2.299, 95%CI = 1.024-5.165, log rank = 0.036]. Η τιμή 4 ng/L είχε ευαισθησία 84.1%, ειδικότητα 34.88%, PPV 56.9% και NPV 68.2%. Στην ομάδα AD, η πρόγνωστική της αξία ήταν καλύτερη και οι ασθενείς με τροπονίνη ≥ 4 παρουσίαζαν υψηλότερη θνητότητα 30 ημερών συγκριτικά με ασθενείς με χαμηλότερες τιμές [HR = 7.764, 95%CI = 1.016-59.354, log rank = 0.019]. Η τιμή 4 ng/L είχε ευαισθησία 92.9%, ειδικότητα 39.5%, PPV 14.3% και NPV 98.1%. Επίσης η τροπονίνη ≥ 4 ng/L είχε άριστη προγνωστική αξία στην ομάδα με CLIF C AD < 60 και εντόπισε και τα 7 άτομα που απεβίωσαν.

Συμπεράσματα: Όπως επιβεβαιώνεται από την τροπονίνη, το μυοκαρδιο είναι ένα από τα όργανα που προσβάλλονται στην κίρρωση του ήπατος. Στην υποκατηγορία «οξεία ρήξη της αντιρρόπησης» χωρίς ACLF η τροπονίνη αποτελεί αξιόπιστο προγνωστικό παράγοντα επιβίωσης.

AA35: ΥΠΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΑ: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Γελαδάρη Ε.¹, Παπαδημητρώπουλος Β.¹, Κόντος Γ.¹, Τηνιακού Ντ.² Ντουράκης Σ.¹

1. Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.
2. Παθολογοανατομικό Τμήμα, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.

Εισαγωγή: Η υποξεία ηπατική ανεπάρκεια είναι ένα σπάνιο σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ικτέρου σε ασθενή με οξεία ηπατίτιδα και σε επακόλουθο διάστημα 10 εβδομάδων ανάπτυξη ασκτικής συλλογής ή και εγκεφαλοπάθειας. Χαρακτηρίζεται από υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα και συχνά θεραπευτική επιλογή είναι η μεταμόσχευση του ήπατος. Περιγράφουμε σπάνια περίπτωση υποξείας ηπατικής ανεπάρκεια σε έδαφος φαρμακοεπαγόμενης αυτοάνοσης ηπατίτιδας με καλή τελική εξέλιξη.

Περιγραφή περίπτωσης: Άνδρας 46 ετών, παραπέμπεται από περιφερειακό νοσοκομείο στην Παθολογική κλινική λόγω οξείας ηπατικής ηπατίτιδας. Αναφέρεται προ μηνός λήψη αμοξυκυλλίνης-κλαβουλανικού και σκευάσματος κρεατίνης για μυϊκή ενδυνάμωση τους τελευταίους μήνες. Δεν αναφέρεται κατάχρηση αλκοόλ. Από την κλινική εξέταση χαρακτηριστική ήταν η ικτερική χροιά δέρματος και επιτεφυκτών άνευ ηπατοσπληνομεγαλίας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψαν τα κάτωθι: AST 864, ALT 960, ALP 274, γGT 433, TBIL 6.95 (υπέρ άμεσης). Ο εργαστηριακός έλεγχος για ιογενείς ηπατίτιδες -HAV, HBV, HCV, HEV, CMV, EBV- απέβη αρνητικός. Ο ποσοτικός προσδιορισμός των ανοσοσφαιρινών ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. ANA, SMA, anti LKM, anti-SLA/LP αρνητικά. Φερρίτιν (479 ng/ml), σερούλυπασμίνη ορού (0.28 gr/l). Επίσης εστάλη μοριακός έλεγχος για νόσο Wilson που απέβη αρνητικός. Η αξονική άνω και κάτω κοιλίας ανέδειξε ανομοιογένεια, χωρίς εστιακή βλάβη ή απόφραξη της χοληφόρου οδού. Το triplex ηπατικών φλεβών και σπληνοπυλαίου άξονα ήταν φυσιολογικό. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία ήπατος όπου διαπιστώθηκε εικόνα ηπατικού παρεγχύματος με σοβαρές αλλοιώσεις οξείας ηπατίτιδας με έως και πανλοβιακή νέκρωση κατά θέσεις, χολοστατικές αλλοιώσεις, και ήπια πυλαία ίνωση. Επίσης στις νεκροφλεγμονώδεις εστίες διαπιστώθηκε παρουσία πλάσμακυττάρων, εμπριριποίηση και σχηματισμός ροζετών. Λαμβανομένης της ιστολογικής έκθεσης θεωρήθηκε σκόπιμη η έναρξη χορήγησης κορτιζόνης από του στόματος. Ο ασθενής λίγες ημέρες μετά το εξιτήριο και 10 εβδομάδες μετά την εμφάνιση του ικτέρου επανεισάγεται στην κλινική λόγω εγκεφαλοπάθειας σταδίου II και παρουσίας ασκτικής συλλογής. Από τα εργαστηριακά ευρήματα διαπιστώθηκε



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

παράταση INR και υπεραμμοναιμία. Παράλληλα όμως παρατηρήθηκε σημαντική πτώση των τρανσαμινασών και της χολερυθρίνης σε σύγκριση με τις τιμές προ της έναρξης χορήγησης της κορτιζόνης. Ο ασθενής έλαβε ώσεις κορτιζόνης, αντιαιμωμιακή και διουρητική αγωγή με αποτέλεσμα σταδιακή ανταπόκριση και έπειτα από μακρά νοσηλεία εξιτήριο με από του στόματος κορτιζόνη και αζαθειοπρίνη.

Συμπεράσματα: Σπάνιες κλινικές περιπτώσεις υποξείας ηπατικής ανεπάρκειας έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία. Το σύνδρομο ορίζεται ως η ανάπτυξη ασκίτη ή και εγκεφαλοπάθειας 8 με 10 εβδομάδες μετά την εμφάνιση ικτέρου και οξείας ηπατίτιδας. Ο ασθενής μας ανέπτυξε υποξεία ηπατική ανεπάρκεια σε έδαφος οροαρνητικής αυτοάνοσης ηπατίτιδας επαγόμενης από φάρμακα. Παρότι βιβλιογραφικά δεδομένα υπογραμμίζουν τα υψηλά ποσοστά θνητότητας του συνδρόμου αυτού χωρίς μεταμόσχευση ήπατος, ο ασθενής μας ανταποκρίθηκε στην ανοσοκατασταλτική αγωγή.

ΑΑ36: ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΦΑΙΝΕΤΑΙ;

Πάντζιος Σ.¹, Συρίχα Α.², Μανδηλαρά Δ.¹, Κυριαζή Ν.¹, Ελευσινιώτης Ι.³

1. Ειδικεύομενος Παθολογίας, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική-Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα
2. Ειδικός Παθολόγος, Επιμελήτρια Β', Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική-Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα
3. Διευθυντής-Καθηγητής, Παθολόγος-Ηπατολόγος, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική-Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η νόσος Wilson αποτελεί μία σπάνια γενετική νόσο που εμφανίζεται συνήθως με νευροψυχιατρικά συμπτώματα, χρόνια ενεργό ηπατίτιδα ή κίρρωση ήπατος. Συχνά υποδιαγιγνώσκεται σε ασθενείς με χρόνια ηπατική νόσο. Οι ασθενείς με νόσο Wilson μπορεί να παραμένουν για αρκετό διάστημα αδιάγνωστοι, ειδικά αν υπάρχει και άλλη αιτιολογία κίρρωσης. Αρκετοί είναι και εκείνοι που θεραπεύονται ως ασθενείς με χρόνιο ψυχιατρικό νόσημα. Πρόκειται για παρουσίαση περιστατικού με κατάθλιψη από ετών και κίρρωση ήπατος σε έδαφος αιθυλισμού, όπου τελικά τέθηκε η διάγνωση νόσου Wilson. Σκοπός είναι η ευαισθητοποίηση για την αναζήτηση της σπάνιας αυτής οντότητας, ειδικά σε ασθενείς που παρουσιάζουν συνοδές νευροψυχιατρικές διαταραχές.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για ασθενή 41

ετών με ατομικό αναμνηστικό καταθλιπτικής συνδρομής με κατάχρηση αλκοόλ από 7ετίας, επεισοδίου οξείας ικτερικής ηπατίτιδας προ 4ετίας (αναφερόμενη οξεία ηπατίτιδα Α), οξείας λιθιασικής νεκρωτικής παγκρεατίτιδας προ έτους και χολοκυστεκτομής. Ο ασθενής ανέφερε πολλαπλές επισκέψεις σε ψυχιάτρους στο παρελθόν, καθώς επίσης και τρεις απόπειρες αυτοκτονίας τα τελευταία έτη, ενώ ελάμβανε καθημερινά και μεγάλες δόσεις βενζοδιαζεπινών. Προ μηνός εμφάνισε εικόνα οξείας ηπατικής ανεπάρκειας με υπερχολερυθριναιμία, παράταση INR, ασκίτη και ηπατική εγκεφαλοπάθεια, οπότε και νοσηλεύτηκε σε ιδιωτικό θεραπευτήριο. Κατά την νοσηλεία του εκεί διενεργήθη βιοψία ήπατος και ακολούθως διεκομίσθη στο κέντρο μας. Κατά την προσέλευση ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, χωρίς εικόνα ηπατικής εγκεφαλοπάθειας, αλλά με θρομβοπενία (PLTs: 75.000), εικόνα αιμολυτικής αναμίας (Hb:10, ΔΕΚ:7.5%), υπερχολερυθριναιμία μικτού τύπου (Tbil: 40mg/dL), παράταση χρόνων (INR: 5.9), υπαλβουμιναιμία (2.7 g/dL) και υπερφερριτιναιμία. Έγινε ιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος, καθώς και έλεγχος για JAK2/bcr-abl που ήταν αρνητικά. Από υπερηχογράφημα κοιλίας ανευρέθη κίρρωτική απεικόνιση ήπατος, SWE: 40kPa, σπληνομεγαλία (19cm), έντονο παράπλευρο δίκτυο, χωρίς θρόμβωση πυλαίας. Ο ασθενής ετέθη σε υποστηρικτική αγωγή με χορήγηση πλασμάτων. Στα πλαίσια διερεύνησης αιτιολογίας κίρρωσης ανευρέθη χαμηλή σερούλοπλασμίνη ορού (14mg/dL), υψηλός χαλκός ούρων 24ώρου (2260 μg/24hr), δακτύλιος Kayser-Fleischer από οφθαλμολογική εξέταση, εναποθέσεις στα βασικά γάγγλια από MRI εγκεφάλου και ζητήθηκε χρώση ορσείνης στη βιοψία ήπατος, η οποία ήταν ενδεικτική για νόσο Wilson, επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση. Έγινε έναρξη αγωγής με ψευδάργυρο και τριεντίνη (αντένδειξη D-πενικιλλαμίνης λόγω θρομβοπενίας) με άμεση βελτίωση της κλινικής του εικόνας και της ηπατικής βιοχημείας από την πρώτη εβδομάδα. Μετά από ένα μήνα νοσηλείας έλαβε εξιτήριο και παρακολουθείται στο εξωτερικό ηπατολογικό ιατρείο. Δύο μήνες μετά την έναρξη θεραπείας ο ασθενής παρουσιάζει χαλκό ούρων 24ώρου: 502 μg/24hr με βελτίωση της σπληνομεγαλίας, της χολερυθρίνης, των χρόνων πήξης, της αιμόλυσης και της υπερφερριτιναιμίας.

Συμπεράσματα: Είναι σημαντικός ο αποκλεισμός της νόσου Wilson σε ασθενείς με επηρεασμένη ηπατική βιοχημεία και συνοδά νευροψυχιατρικά συμπτώματα, ακόμη και όταν υπάρχει προφανής αιτία ηπατικής δυσλειτουργίας. Η έγκαιρη διάγνωση είναι δυνατόν να οδηγήσει σε πλήρη ίαση του νοσήματος και υποτροπή πιθανής νευροψυχιατρικής συμπτωματολογίας με επακόλουθη βελτίωση στην ποιότητα ζωής του ασθενούς.



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

AA37: ΗΠΑΤΟΣΠΛΗΝΙΚΟ ΛΕΜΦΩΜΑ. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΙΑΣ ΣΠΑΝΙΑΣ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΝΤΟΤΗΤΑΣ

Γελαδάρη Ε.¹, Κατσανδρή Αικ.¹, Σαρρή Γ.¹,
Καναλουπίτης Σ.¹, Παναγιωτακόπουλος Α.¹, Κανάρη Μ.¹,
Σεβαστιανός Β.¹

1. Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α.
«Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

Εισαγωγή: Το ηπατοσπληνικό λέμφωμα T-κυττάρων (HSTCL) είναι ένα σπάνιο νεόπλασμα T-κυττάρων που εξορμάται από ένα μικρό υποσύνολο λεμφοκυττάρων που εκφράζουν τους υποδοχείς T-κυττάρων γ/δ. Το HSTCL είναι πιο συχνό σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Έχει ταχέως προοδευτική κλινική πορεία και κακή έκβαση λόγω της ανθεκτικότητάς του στα συμβατικά σχήματα χημειοθεραπείας. Το 20% των περιπτώσεων εμφανίζεται στο υπόβαθρο χρόνιας ανοσοκαταστολής ή ανοσολογικής απορρύθμισης.

Σκοπός: Η περιγραφή του σπάνιου αυτού αιματολογικού νοσήματος σε δύο ξεχωριστές κλινικές περιπτώσεις ασθενών μέσης ηλικίας με ανοσοπάρηση και χρόνια ηπατοπάθεια.

Περιγραφή περίπτωσης 1: Αντρας ασθενής ηλικίας 53 ετών με ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ διακομίσθηκε στην Παθολογική κλινική ως νέο-διαγνωσθείσα κίρρωση με ρήξη της ηπατικής αντιρρόπησης – ίκτερος, ασκίτης και οισφαγικοί κίρσοι – προ μηνός. Η κλινικοεργαστηριακή επιδείνωση του αρρώστου επέβαλε νέα απεικόνιση με υπέρηχο κοιλίας, στην οποία δεν επιβεβαιώθηκε εικόνα συμβατή με κίρρωση παρά μόνο η παρουσία μετρίου βαθμού ασκίτικης συλλογής και η εκσεσημασμένη ηπατοσπληνομεγαλία (20εκ. έκαστο όργανο). Με τα υπάρχοντα δεδομένα στοιχειοθετήθηκε το σύνδρομο μη κίρρωτικής πυλαίας υπέρτασης. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε πανκυτταροπενία, με προεξάρχουσα τη βαρεία θρομβοπενία (αιμοπεταλία=12.000) που παρέπεμπε είτε σε λοιμώδες, αυτοάνοσο ή νεοπλασματικό νόσημα. Οι δείκτες φλεγμονής (CRP και TKE) ήταν εντός φυσιολογικών ορίων, οι γ-σφαρίνες χαμηλές και ο έλεγχος για αυτοαντισώματα αρνητικός. Η εξελισσόμενη ηπατοκυτταρική νέκρωση σε απουσία ανατομικής βλάβης (θρόμβωση ή νεοπλασία) σε συνδυασμό με την πτωτική πορεία των αιμοπεταλίων έθεσε την υπόνοια διηθητικού αιματολογικού νοσήματος. Η διαοφαιγτική βιοψία ήπατος και η οστεομυελική βιοψία έθεσαν τη διάγνωση του HSTCL.

Περιγραφή περίπτωσης 2: Γυναίκα ασθενής ηλικίας 62 ετών, με ιστορικό χρόνιας HBV λοίμωξης υπό τενοφοβίρη και σακχαρώδους διαβήτη II, διακομίσθηκε λόγω πυρετού αγνώστου αιτιολογίας. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ηπατοσπληνομεγαλία, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε πανκυτταροπενία με κύρια έκφραση των αιμοπεταλίων, ήπια

τρανσαμινασαιμία και υπογαμμασφαιριναιμία. Λεπτομερής απεικόνιση με αξονική κοιλίας απέκλεισε την ύπαρξη κίρρωσης του ήπατος, άλλης ανατομικής βλάβης ή και λεμφαδενοπάθειας. Η διερεύνηση του πυρετού οδήγησε στη διενέργεια σπινθηρογραφήματος το οποίο έθετε την υπόνοια λεμφώματος, ενώ η οστεομυελική βιοψία δεν ήταν διαγνωστική. Επειτα από τη συγκατάθεση της ασθενούς αποφασίσθηκε η διενέργεια διαγνωστικής ή και θεραπευτικής σπληνεκτομής. Στη διάρκεια του χειρουργείου ελήφθησαν τυφλά βιοψίες ήπατος. Η ιστολογική μελέτη έθεσε τη διάγνωση του HSTCL.

Συμπεράσματα: Σπάνιες κλινικές περιπτώσεις ηπατοσπληνικού λεμφώματος έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία. Περίπου το 20% των περιπτώσεων εμφανίζεται στο υπόβαθρο χρόνιας ανοσοκαταστολής ή ανοσολογικής απορρύθμισης. Οι ασθενείς συνήθως παρουσιάζουν ηπατοσπληνομεγαλία και πανκυτταροπενία με προεξάρχουσα τη βαρεία θρομβοπενία και υπογαμμασφαιριναιμία. Μπορεί επίσης να εμφανιστεί ως αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο. Χαρακτηριστική είναι η απουσία λεμφαδενοπάθειας. Οι ασθενείς μας πιθανά στα πλαίσια χρόνιας ανοσοπάρησης (χρήση αλκοόλ και ΣΔ2) ανέπτυξαν τη νόσο που εκδηλώθηκε ως σύνδρομο μη κίρρωτικής πυλαίας υπέρτασης στην πρώτη περίπτωση και σαν πυρετός αγνώστου αιτιολογίας στη δεύτερη. Διαγνωστικά κλειδιά και στα δύο κλινικά σενάρια αποτελούν τα κάτωθι: σπληνομεγαλία, θρομβοπενία, υπογαμμασφαιριναιμία και απουσία λεμφαδενοπάθειας.

AA38: ΠΥΛΑΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ. ΕΝΑ ΚΛΙΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕ ΔΥΟ ΟΨΕΙΣ

Γελαδάρη Ε.¹, Κατσανδρή Αικ.¹, Λυμπερόπουλος Δ.¹,
Εξαρχοπούλου Δ.¹, Παναγόπουλος Χ.¹, Πετρόπουλος Κ.¹,
Σεβαστιανός Β.¹

1. Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

Εισαγωγή: Η αύξηση της κλίσης πίεσης στο πυλαίο σύστημα επί απουσίας κίρρωσης, εκφράζεται κλινικά ως μη κίρρωτική πυλαία υπέρταση. Σπάνιο ενδοηπατικό-κολποειδικό αίτιο ανάπτυξης της, αποτελεί το ηπατοσπληνικό λέμφωμα T-κυττάρων (HSTCL).

Σκοπός: Η ανάδειξη μιας ενδιαφέρουσας περίπτωσης ασθενούς με πυλαία υπέρταση και των διαγνωστικών προβλημάτων που κινητοποιήσε, με στόχο την ευαισθητοποίηση των κλινικών ως προς την έγκαιρη αναγνώριση του υποκείμενου αιτίου.

Περιγραφή περίπτωσης: Ασθενής 53 ετών διακομίσθηκε με ίκτερο, χολοστατικό τύπου ηπατοκυτταρική βλάβη και ρήξη της ηπατικής αντιρρόπησης (με ασκίτη και κίρσους οισοφάγου). Με βάση την αρχική υπόθεση εργασίας που



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

έλαβε υπόψη το ιστορικό κατάχρησης αιθυλικής αλκοόλης αλλά και τη συμβατή κλινική και εργαστηριακή εικόνα, ο ασθενής αντιμετωπίστηκε ως οξεία αλκοολική ηπατίτιδα επί κίρρωτικού εδάφους (Maddrey score=61). Ως εκ τούτου έλαβε αγωγή με κορτικοειδή (μεθυλπρεδνιζολόνη 40mg) από έτερη υγειονομική δομή όπου νοσηλεύθηκε για περίπου ένα μήνα. Όμως η σταδιακή απόσυρση των κορτικοειδών είχε ως αποτέλεσμα την ανάκαμψη των επιπέδων χολερυθρίνης αλλά και την ταυτόχρονη επιδείνωση της αιματολογικής του εικόνας. Ο αποκλεισμός τρέχουσας ιολογικής ή βακτηριακής λοίμωξης έθεσε επιπλέον σημαντικά ερωτηματικά και επέβαλε την επανάληψη του απεικονιστικού ελέγχου αλλά και τη διενέργεια διασφαγνιδικής βιοψίας ήπατος. Το αποτέλεσμα της ιστολογικής ήταν συμβατό με ηπατοσπληνικό λέμφωμα.

Συμπεράσματα: Η παρουσία πυλαίας υπέρτασης και ασκίτη, όχι σπάνια στερείται της κλασικής συσχέτισης με την κίρρωση και τη ρήξη της ηπατικής αντιρρόπησης. Η βαθιά γνώση του πεδίου σε συνδυασμό με την ευαισθητοποίηση και το σκεπτικισμό του κλινικού ιατρού είναι δυνατό να αναστρέψει την εξέλιξη μιας δυνητικά θανατηφόρου κλινικής πορείας. Στην προκειμένη περίπτωση το ιστορικό κατάχρησης αιθυλικής αλκοόλης 'παρωπλήρησε' τους κλινικούς ιατρούς αρχικά. Η διερεύνηση της ανεξήγητης θρομβοπενίας σε συνδυασμό με την κλινική επιβάρυνση του ασθενούς παρά το ότι ελάμβανε την 'κατάλληλη' θεραπεία αποκάλυψε πως το αίτιο του κλινικού συνδρόμου δεν ήταν η κίρρωση αλλά η διήθηση των ηπατικών κολποειδών από τα νεοπλασματικά κύτταρα.

AA39: Η ΥΨΗΛΗ ΤΙΜΗ ΤΗΣ ΑΣΠΑΡΙΚΗΣ ΑΜΙΝΟΤΡΑΝΣΦΕΡΑΣΗΣ (AST) ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ SARS-COV2 ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΘΑΝΑΤΟΥ

Τσιαμπέρας Ν.¹, Τζαννίνης Ρ.¹, Σαββίδου Σ.¹,
Κουτσουφλιανιώτης Κ.¹, Κοντοπούλου Κ.²,
Παπαδόπουλος Ν.^{1,2}, Πετρίδης Γ.¹

1. Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Γεννηματάς»
2. Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Θ. «Γ. Γεννηματάς»

Εισαγωγή: Η διαταραγμένη ηπατική βιοχημεία αποτελεί τη συνηθέστερη εξωπνευμονική εκδήλωση της SARS-CoV2 λοίμωξης και παράγοντας που συσχετίζεται με τη βαρύτητα της λοίμωξης. Στην αιτιατοπαθολογία της ηπατικής βλάβης φέρεται να εμπλέκεται και το σύνδρομο απελευθέρωσης κυτταροκινών, γεγονός που οδήγησε στην αναγνώριση των αυξημένων τρανσαμινασών ως ένδειξη για χορήγηση αναστολέων ιντερλευκίνης.

Σκοπός: Να μελετηθεί η συχνότητα τρανσαμινασαιμίας σε σειρά νοσηλευόμενων ασθενών με SARS-CoV2 λοίμωξη και να εξεταστούν πιθανές συσχετίσεις με τα επίπεδα ιντερλευκίνης-6 (IL-6) και δ-διμερών, καθώς και

με την έκβαση των ασθενών.

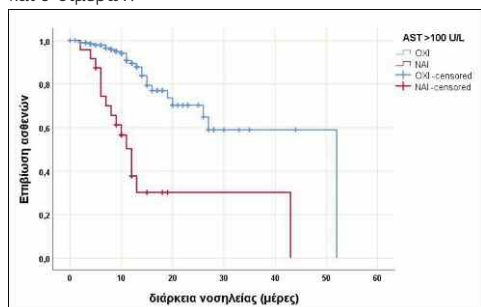
Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν όλοι οι ασθενείς με SARS-CoV-2 πνευμονία που νοσηλεύτηκαν κατά το χρονικό διάστημα Δεκεμβρίου 2021 – Φεβρουάριος 2022 στην Παθολογική/COVID Κλινική του ΓΝΘ «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ». Καταγράφηκαν αναδρομικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (φύλο-ηλικία-προηγούμενη εμβολιασμός), η διάρκεια νοσηλείας και η έκβαση (διασωληνώση, θάνατος), η χορήγηση ειδικών αναστολέων ιντερλευκίνης (anakinra/tocilizumab) και παράλληλα οι μέγιστες τιμές AST, ALT κατά τη νοσηλεία, όπως και οι τιμές IL-6 και δ-διμερών στην εισαγωγή.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν συνολικά 250 ασθενείς, 127 άνδρες (50,8%) / 123 (49,2%) γυναίκες, μέση ηλικία 66,3±15,8 έτη (εύρος 22-98), ποσοστό εμβολιασμένων 22,8%, με διάμεση διάρκεια νοσηλείας 10 ημέρες (IQR 6-13, εύρος 0 έως 52 μέρες). Πέραν της ενδοεικνυόμενης θεραπείας βάσει θεραπευτικού αλγόριθμου για covid πνευμονία (ήτοι dexamethasone, HXMB, αντιβίωση, redemsivir), σε 36 ασθενείς (14,4%) χορηγήθηκε ειδικός αναστολέας IL-1 (anakinra amp 100 1x1 sc για 10 ημέρες), σε άλλους 14 (5,6%) δόθηκε αναστολέας IL-6 (tocilizumab amp 800mg iv την 1^η μέρα και 400mg την επομένη), ενώ σε 4 ασθενείς (1,6%) χορηγήθηκαν μονοκλωνικά αντισώματα (casirivimab+indecimab, εφάπαξ ενδοφλέβια χορήγηση). Συνολικά, για την αντιμετώπιση της υποξυγοναιμίας, σε 33 ασθενείς (13,7%) χρειάστηκε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής (HFNC ή/και CPAP/BiPAP), ενώ τελικά 18 ασθενείς (7,2% του συνόλου) διασωληνώθηκαν. Έκβαση ασθενών: από τους 18 ασθενείς που διασωληνώθηκαν κατέληξαν 16, ενώ επιπλέον 30 ασθενείς (με μέσο όρο ηλικίας 83,4 έτη) απεβίωσαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Συνολική θνητότητα 46/250 (18,4%). Όσον αφορά την ηπατική βιοχημεία, αυξημένες AST ή/και ALT (> ανώτερων φυσιολογικών τιμών, ULN) εμφάνισαν 164 ασθενείς (65,6%), ενώ σε περίπου 20% των ασθενών η άνοδος ξεπέρασε το όριο 2,5 xULN (100 U/L). Συγκεκριμένα: η AST κυμάνθηκε μεταξύ 11-1329 U/L, διάμεση τιμή 40 U/L (IQR 26-60) και η ALT μεταξύ 5-931 U/L, διάμεσος 48 U/L (IQR 26-83). Αντίστοιχα οι διάμεσες τιμές της μετρούμενης IL-6 και δ-διμερών στην εισαγωγή ήταν 20,6 pg/mL (IQR 7,8-45,2) και 0,79 mg/L (IQR 0,47-1,5), αντίστοιχα. Ανεξάρτητοι παράγοντες που βρέθηκαν να συσχετίζονται με δυσμενή πρόγνωση ήταν η μεγαλύτερη ηλικία των ασθενών (p<0,001), η ανάγκη μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής (p<0,001), η υψηλή IL-6 (p<0,001), τα αυξημένα δ-διμερή (p=0,004) και η αυξημένη AST σε επίπεδα >100 IU/L. Από τη στατιστική ανάλυση, βρέθηκε ότι η AST>100 IU/L έχει αυξημένο κίνδυνο κατά περίπου 12 φορές να οδηγήσει σε θάνατο (Odds Ratio 12,25, 95% CI 4,94-30,38, p<0,001). Ταυτόχρονα σχεδιάστηκαν και οι αντίστοιχες καμπύλες επιβίωσης Kaplan-Meier (Log rank 35,229 p<0,001) [Γράφημα]

Συμπεράσματα: Η αύξηση των ηπατικών ενζύμων στην SARS-CoV2 λοίμωξη είναι μία συνήθης εκδήλωση, ωστόσο η αύξηση της AST σε επίπεδα μεγαλύτερα του 100 IU/L

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

βρέθηκε να αποτελεί δυσμενή παράγοντα για την επιβίωση των ασθενών, ανεξάρτητα από τα επίπεδα IL-6 και δ-διμερών.



ΑΑ40: ΣΟΒΑΡΗ ΠΑΡΟΞΥΝΣΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΜΕΤΑ ΥΨΗΛΗ ΔΟΣΗ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Παναγιωτόπουλος Α.¹, Deutsch M.¹, Βασιλόπουλος Δ.¹, Δηλανάς Μ.², Παπαδόπουλος Ν.³

1. Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Ιατρική Σχολή Αθηνών
2. Α' Παθολογική κλινική, 401 ΓΣΝΑ
3. Α' Παθολογική κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ

Εισαγωγή: Η ενδοφλέβια χορήγηση υψηλών δόσεων κορτικοστεροειδών χρησιμοποιείται συχνά στη θεραπεία τόσο της αυτοάνοσης ηπατίτιδας (ΑΗ) όσο και της πολλαπλής σκλήρυνσης (ΠΣ). Παρόλα αυτά τα τελευταία χρόνια έχουν περιγραφεί σοβαρές περιπτώσεις οξείας ηπατίτιδας μετά από ανάλογη θεραπευτική πρακτική και πιθανά αποτελεί φαινόμενο ανοσολογικής ανάκαμψης (IRIS-immuno-reconstitution syndrome¹).

Σκοπός: Παρουσιάζετε η περίπτωση μιας ασθενή με ΑΗ και ΠΣ η οποία εμφάνισε σοβαρή οξεία ηπατίτιδα μετά από ώσεις κορτιζόνης και συζητείτε η κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση

Περιγραφή περίπτωσης: Γυναίκα 38 ετών με ιστορικό ΑΗ από πενταετίας υπό αγωγή με κυκλοσπορίνη 100mg και πρεδνιζολόνη 7.5 mg, σε πλήρη κλινική και εργαστηριακή ύφεση, προσήλθε στο νοσοκομείο με αίσθημα αδυναμίας κάτω άκρων από μηνός μετά τη χορήγηση της 1^{ης} δόσης εμβολίου mRNA έναντι της COVID-19. Το ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς περιλαμβάνει αναφερόμενο επεισόδιο οπτικής νευρίτιδας προ πολλών ετών σε ύφεση. Λόγω υψηλής κλινικής υποψίας, η ασθενής υπεβλήθη σε MRI εγκεφάλου/ΑΜΣΣ που κατέδειξε τρεις μη προυπάρχουσες απομυελινωτικές εστίες στην ΑΜΣΣ. Αντιμετωπίστηκε σε νευρολογική κλινική ως επί έξαρσης ΠΣ με χορήγηση ώσεων μεθυλπρεδνιζολόνης 1gr

ημερησίως για πέντε ημέρες, με γρήγορο tapering και σταδιακή ύφεση της συμπτωματολογίας. Ένα μήνα αργότερα προσήλθε εκτάκτως στο νοσοκομείο με αίσθημα ζάλης, τάσης προς έμετο και βάρος στο (ΔΕ) υποχόνδριο. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε οξεία ηπατίτιδα με INR 1.3, χολερυθρίνη 3.6 mg/dl (<0.5), AST/ALT 1415/2450 U/L (<34/55). Μετά από αποκλεισμό άλλων αιτιών η ασθενής αντιμετωπίστηκε ως έξαρση ΑΗ με χορήγηση ενδοφλέβιας μεθυλπρεδνιζολόνης 100mg ημερησίως για πέντε ημέρες, με μερική ωστόσο ανταπόκριση (INR 1.2, χολερυθρίνη 2 mg/dl, AST/ALT 148/350 U/L) και αδυναμία αποκλιμάκωσης των υψηλών δόσεων κορτικοστεροειδών. Η ασθενής στο παρελθόν είχε παρουσιάσει μυελοτοξικότητα στην αζαθειοπρίνη (AZA) και είχε τεθεί σε ύφεση αρχικά με μυκοφαινολάτη (MMF, υποτροπή 07/2017) και στη συνέχεια με κυκλοσπορίνη (έναρξη 01/2018). Τελικά χορηγήθηκε θεραπεία διάσωσης με τον ενδοφλέβιο βιολογικό παράγοντα anti-CD20 Rituximab² (1gr ανά δύο εβδομάδες με μεσοδιάστημα έξι μηνών) με επίτευξη σταδιακής αποκλιμάκωσης και διακοπής των κορτικοειδών. Η ασθενής από τη 2^η εβδομάδα μετά τη χορήγηση παρουσίασε φυσιολογικά επίπεδα χολερυθρίνης και σταδιακή υποχώρηση των επιπέδων ALT μέχρι του φυσιολογικού εντός των επόμενων τριών μηνών. Κατά την τελευταία κλινική εκτίμηση ένα χρόνο μετά διαπιστώθηκε άριστη κλινική κατάσταση με πλήρη διατήρηση της ύφεσης τόσο της ΑΗ όσο και της ΜΣ.

Συμπέρασμα: Η χορήγηση Rituximab αποτελεί μία υποσχόμενη θεραπευτική επιλογή, ειδικά σε περιπτώσεις ανθεκτικής ΑΗ στην κλασσική αγωγή ή έξαρσης του τύπου IRIS.

Βιβλιογραφία

1. Zoubek ME, Pinazo-Bandera J, Ortega-Alonso A, et al. Liver injury after methylprednisolone pulses: A disputable cause of hepatotoxicity. A case series and literature review. *United Eur Gastroenterol J*. 2019;7(6):825. doi:10.1177/2050640619840147
2. Than NN, Hodson J, Schmidt-Martin D, et al. Efficacy of rituximab in difficult-to-manage autoimmune hepatitis: Results from the International Autoimmune Hepatitis Group. *JHEP Reports*. 2019;1(6):437-445. doi:10.1016/j.jhepr.2019.10.005/ATTACHMENT/28D CBFOA-662F-426C-8BED-B74D2FD8CB97/MMC3.PDF

**AA41: ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ (ΗΚΚ) ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C (ΧΗC): ΠΡΩΪΜΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ**

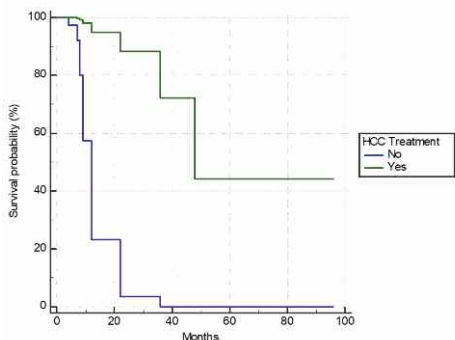
Κρανιδιώτης Γ.¹, Κρανιδιώτη Χ.¹, Βασιλειάδη Σ.¹,
Τσονιώτη Β.², Αντωνάκη Π.¹, Μανωλακόπουλος Σ.¹,
Παπαδόπουλος Ν.², Deutsch M.¹

1. Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α.
«Ιπποκράτειο», Ιατρική Σχολή Αθηνών
2. Α' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΝΙΜΤΣ»

Εισαγωγή: Η κίρρωση σε έδαφος ΧΗC αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη ΗΚΚ. Τα τελευταία χρόνια η χρήση των άμεσα δρώντων αντιικών (DAAs) άλλαξε πλήρως τα θεραπευτικά δεδομένα της ΧΗC προσφέροντας ίαση σε ποσοστό > 90% των ασθενών. Η επίδραση της θεραπείας αυτής στη φυσική πορεία των ασθενών με συνοδό ΗΚΚ είναι ακόμα υπό διερεύνηση.

Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη 19 ασθενών (Α/Γ: 13/6, μέση ηλικία: 68.6±8.8 έτη) με ΧΗC και ΗΚΚ των τελευταίων πέντε ετών.

Αποτελέσματα: Το σύνολο των ασθενών ήταν κιρωτικοί [Child-Pugh A: 9/19 (47%), C-P B: 5/19 (26.5%), C-P C: 5/19 (26.5%)]. Η σταδιοποίηση του ΗΚΚ κατά Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) κατέδειξε: 0/A 10/19 (52.5%), B 2/19 (10.5%), C 2/19 (10.5%) και D 5/19 (26.5%) ασθενείς. Μονήρη βλάβη είχαν οι 13/19 (68.5%), 8/19 (42%) είχαν μέγιστη βλάβη >5cm, 2/19 (10.5%) είχαν διήθηση της πυλαίας, ενώ 8/19 (42%) ήταν σε συστηματική επιτήρηση για ΗΚΚ. Θεραπεία για ΧΗC (DAAs/PegIFN+RBV) έλαβαν οι 15/19 (79%) με συνολικό SVR 63%. Συνολικά 14/19 (73.5%) έλαβαν θεραπεία για ΗΚΚ [τοπικό-περιοχική οι 2/14 (14.5%), συστηματική 1/14 (7%) και συνδυασμό αυτών οι 11/14 (78.5%)]. Η μέση επιβίωση προσδιορίστηκε στους 23.6 (2-96) μήνες. Η θεραπεία του ΗΚΚ ήταν ο μόνος παράγοντας σχετιζόμενος με την επιβίωση σύμφωνα με το μοντέλο Cox proportional hazard (HR: 23.8, 95% CI: 1.34-425, p=0.0309) (εικόνα 1).



Συμπέρασμα: Η θεραπεία του ΗΚΚ βάσει BCLC και όχι της

ΧΗC (ανεξάρτητα από την επίτευξη SVR), έχει σημαντική επίδραση στην επιβίωση των ασθενών με ΗΚΚ και ΧΗC.

Εικόνα 1: Καμπύλη επιβίωσης ανάλογα με τη θεραπεία ή όχι του ΗΚΚ

**AA42: ΠΑΡΟΥΣΙΑ anti-PLA2R-AB ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ
ΜΕΜΒΡΑΝΩΔΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ Ή ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ
ΝΟΣΟΣ; ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Πολυζου-Κωνσταντίνος Μ.Α.^{1,2}, Τσούκα Γ.Α.^{1,4},
Ανδρονικίδη Π.Ε.^{1,3}, Γιαννοπούλου Μ.Α.^{1,4},
Μητράκος Μ.Ε.^{1,2}, Παναγάκου Σ.Τ.^{1,2},
Χριστοδουλίδου Χ.^{1,6}, Σεβαστιανίδου Β.^{1,5}

1. Γ.Ν.Α "Ο Ευαγγελισμός"
2. Ειδικευόμενος Νεφρολόγος
3. Ειδικός Νεφρολόγος
4. Ειδικός Νεφρολόγος-Επιμελήτρια Α'
5. Παθολόγος-Ηπατολόγος, Διευθυντής-Συντονιστής, Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
6. Νεφρολόγος, Συντονιστρια Διευθύντρια, Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Ο υποδοχέας φωσφολιπάσης Α 2 τύπου Μ (PLA2R) είναι μια γλυκοπρωτεΐνη που εκφράζεται στα ποδοκύτταρα του σπειραματικού φραγμού και ήδη από το 2009 έχει αναγνωριστεί ως κύριο αντιγόνο-στόχος στην ιδιοπαθή μεμβρανώδη σπειραματοπάθεια (MN), μία από τις συχνότερες αιτίες νεφρωσικού συνδρόμου σε ενήλικες. Η ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του PLA2R (anti-PLA2R-Ab) στον ορό ή/και στον νεφρικό ιστό θεωρείται σχεδόν παθογνωμονική για την ιδιοπαθή MN, αφού ασθενείς με ιδιοπαθή MN εμφανίζουν anti-PLA2R-Ab στον ορό σε ποσοστό 75-84%. Ωστόσο, σύμφωνα με νεότερες αναφορές κυρίως από χώρες όπου ενδημεί η λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV), anti-PLA2R-Ab ανιχνεύονται τόσο στον ορό όσο και στον νεφρικό ιστό ασθενών με δευτεροπαθή MN σε έδαφος HBV λοίμωξης, αν και δεν υπάρχει συμφωνία στη βιβλιογραφία. Ο ρόλος των anti-PLA2R-Ab σε σχετιζόμενη με HBV MN παραμένει ασαφής, ωστόσο είναι πιθανό η λοίμωξη από HBV να ευθύνεται για την παραγωγή anti-PLA2R-Ab και την καθήλωσή τους στον αντιγονικό τους στόχο στο νεφρικό παρέγχυμα.

Κύριο μέρος: Παρουσιάζουμε περιστατικό άνδρα 41 ετών Αφρικανικής καταγωγής ο οποίος νοσηλεύτηκε στο Νοσοκομείο μας για διερεύνηση νεφρωσικού συνδρόμου (λευκώμα ούρων 24ώρου 5,69 gr, αλβουμίνη ορού 1,8 gr/l, ολική χοληστερόλη 464 mg/dl, HDL/LDL 79/358 mg/dl, οιδήματα κάτω άκρων), με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (creatinine 1,5 mg/dl, eGFR CKD EPI 60ml/min/1,73 m²) χωρίς αρτηριακή υπέρταση. Προ

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

διετίας διαγνώστηκε με HBV λοίμωξη για την οποία έλαβε αγωγή με εντεκαβίρη για διάστημα 10 μηνών από έτερο νοσηλευτικό ίδρυμα. Η αγωγή διεκόπη 3 μήνες μετά την αρνητικοποίηση του HBV DNA. Κατά τη νοσηλεία του διενεργήθηκε νεφρική βιοψία όπου διαπιστώθηκε μεμβρανώδης σπειραματοπάθεια ιστολογικού σταδίου II και εστιακά III με έντονη διάχυτη μικροκοκκώδη έκφραση έναντι του PLA2R κατά μήκος των τριχοειδικών τοιχωμάτων του σπειράματος, καθώς και ανίχνευση υψηλού τίτλου anti-PLA2R-Ab στον ορό του ασθενή. Επίσης, διαπιστώθηκε ύφεση της HBV λοίμωξης (χαμηλές τιμές HBV DNA: 400 IU/mL, φυσιολογικές τιμές ALT, αρνητικό HbeAg). Λόγω του υψηλού ποσοστού αυτόματης ύφεσης στη MN και επειδή η διάκριση μεταξύ της ιδιοπαθούς ή δευτεροπαθούς φύσης της νόσου δεν μπορούσε να γίνει με βεβαιότητα, ο ασθενής αρχικά αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με χορήγηση αναστολέα του άξονα PAA, φουροσεμίδα για τη διατήρηση ευβολαιμίας και υπολιπιδαιμική αγωγή. Όμως, στο χρονικό διάστημα της συντηρητικής αγωγής και παρά τον έλεγχο της HBV λοίμωξης, διαπιστώθηκε επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και της λευκωματουρίας του και έγινε έναρξη θεραπείας με σχήμα Ponticelli (μεθυλπρεδνιζολόνη και κυκλοφωσφαμίδη) και ταυτόχρονα προφυλακτική χορήγηση τενοφοβίρης.

Συμπέρασμα: Σε ασθενείς με μεμβρανώδη σπειραματοπάθεια και HBV λοίμωξη είναι αβέβαιη τόσο η αιτιοπαθογένεια όσο και η σημασία της ανίχνευσης anti-PLA2R-Ab στον ορό ή/και στον νεφρικό ιστό. Σε κάθε περίπτωση η θεραπευτική προσέγγιση θα πρέπει να εξατομικεύεται και να συναποφασίζεται από νεφρολόγους και ηπατολόγους.

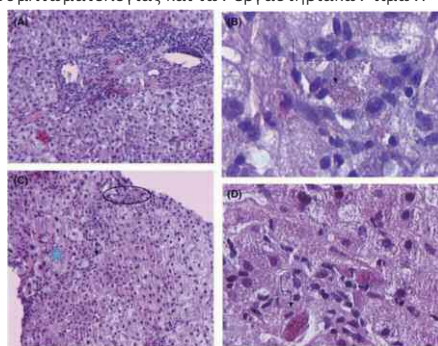
AA43: ΤΥΠΙΚΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ COVID-19

Γούλας Α., Καφίρη Γ., Κρανιδιώτη Χ., Καραγιώργος Χ., Ντότσις Μ., Μανωλακόπουλος Σ.

Ηπατο-Γαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Παθολογική Κλινική, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Ο εμβολιασμός έναντι του SARS-CoV-2 μπορεί να πυροδοτήσει αυτοάνοση. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ιστολογικά επιβεβαιωμένης αυτοάνοσης ηπατίτιδας έπειτα από την χορήγηση mRNA εμβολίου έναντι του SARS-CoV-2. Γυναίκα καυκάσιας καταγωγής, 52 ετών, χωρίς ιστορικό λήψης φαρμάκων ή κατάχρησης αλκοόλ και με φυσιολογικές τιμές ηπατικής βιοχημείας με βάση πρόσφατο εργαστηριακό έλεγχο, έλαβε την πρώτη δόση του εμβολίου της Moderna στις 11 Μαΐου. Δύο εβδομάδες αργότερα προσήλθε λόγω έντονης κόπωσης, καταβολής και υπέρχρωσης ούρων. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε παθολογικές τιμές ηπατικών ενζύμων με AST: 350 U/L (5-34 U/L), ALT: 936 U/L (0-55 U/L), γGT: 810

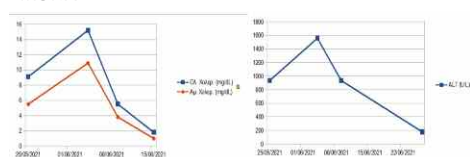
U/L (9-36 U/L), ALP: 169 U/L (40-150 U/L), T.Bil: 9.06 mg/dL (0.2-1.2 mg/dL), D.Bil: 5.5 mg/dL (0-0.5 mg/dL), CRP: 1.25 mg/dL (<1.0 mg/dL), TKE: 25 mm/h. Τα αντισυρρηκτικά αντισώματα (ANA) όπως και τα αντισώματα έναντι των λείων μυικών ινών (ASMA) ήταν θετικά σε υψηλούς τίτλους (1/320). Τα επίπεδα IgG ήταν αυξημένα στα 2396 mg/dL (700-1600 mg/dL). Ο ιολογικός έλεγχος για ηπατίτιδα Α, Β, C, Ε, όπως και για CMV και EBV ήταν αρνητικός. Διενεργήθηκε υπερηχογράφημα άνω κοιλίας και ακολούθως MRCP χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η βιοψία ήπατος (9 πυλαία διαστήματα) έδειξε μέτρια προς σοβαρή φλεγμονώδη διήθηση από λεμφοκύτταρα, πλασματοκύτταρα, ιστιοκύτταρα, λίγα ηωσινόφιλα και ουδετερόφιλα, με παρουσία ήπιας περιπυλαίας ηπατίτιδας. Παρατηρήθηκε επίσης ήπια λοβώδης φλεγμονή, αποπτωτικά σωματίδια, ηπατοκύτταρα με πηλοειδή εκφύλιση και σχηματισμός ροζετών. Η ασθενής ξεκίνησε αγωγή με πρεδνιζολόνη από του στόματος 50 mg ημερησίως και ακολούθως αζαθειοπρίνη 50 mg δις ημερησίως, με σταδιακή βελτίωση της συμπτωματολογίας και των εργαστηριακών τιμών.



ΕΙΚΟΝΑ 1

Ιστολογικά ευρήματα: (Α) Πυλαία, περιπυλαία φλεγμονή. (Β) χολόσταση (βέλος), (C-D) αποπτωτικό σωματίο, οξέφιλο (βέλος), πηλοειδής εκφύλιση (αστέρι), ενδολοβιακή φλεγμονή (κύκλος).

ΕΙΚΟΝΑ 2



Διακύμανση τιμών χολερυθρίνης και ALT

Συμπέρασμα: Περιγραφή σπάνιας περίπτωσης αυτοάνοσης αντίδρασης που εμφανίστηκε μετά από χορήγηση εμβολίου. Η νόσος αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση. Παρά την ανάγκη για αυξημένη εγρήγορση για πιθανή αυτοάνοση

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

αντίδραση μετά τον εμβολιασμό, αυτό δεν θα πρέπει να θεωρείται αποτρεπτικό για την ανάγκη εμβολιασμού καθώς όλες οι παρόμοιες περιπτώσεις είχαν καλή έκβαση.

AA44: ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΟΝ SARS-COV-2

Παπαγιουβάννη Ι.¹, Οικονόμου Θ.¹, Μπίνου Π.¹, Φράγκου Ν.¹, Πανάς Π.¹, Λιάβα Χ.¹, Βέττας Χ.¹, Βλαχάκης Δ.¹, Χύτας Η.¹, Δουγαλής Α.¹, Κυδώνια Χ.¹, Σινάκος Εμμ.¹

Δ' Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Αν και η λοίμωξη από τον SARS-CoV-2 εμφανίζεται συχνότερα με συμπτώματα από το αναπνευστικό, το 50% των νοσηλευόμενων ασθενών εμφανίζει ηπατική βλάβη. Η ηπατική συμμετοχή ποικίλλει από ήπια διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας ως και την εμφάνιση ηπατικής ανεπάρκειας, κυρίως σε ασθενείς με προϋπάρχουσα ηπατική νόσο. Η εμφάνιση οξείας ηπατίτιδας ως κύρια εκδήλωση της νόσου COVID-19 αποτελεί σπάνιο φαινόμενο στη διεθνή βιβλιογραφία.

Σκοπός-Μέθοδος: Η παρουσίαση ασθενή με οξεία ηπατίτιδα στο πλαίσιο λοίμωξης από SARS-CoV-2, που νοσηλεύτηκε στην πτέρυγα COVID-19 της Κλινικής μας. Η διάγνωση έγινε μετά τον εργαστηριακό αποκλεισμό των υπόλοιπων αιτιών οξείας ηπατίτιδας και την κατάλληλη παρακολούθηση της ασθενούς.

Αποτελέσματα: Γυναίκα 23 ετών, με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, υποθυρεοειδισμό και περιορισμένο σκληρόδερμα, εισάγεται στο νοσοκομείο λόγω εμπύρετου ως 39°C από τετραήμερου έχοντα θετικό μοριακό έλεγχο έναντι του SARS-CoV-2 από τότε. Κατά την εισαγωγή, η ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερή, εμπύρετη, αλλά χωρίς ανάγκη για οξυγονοθεραπεία. Η κλινική εξέταση δεν ανέδειξε κάτι παθολογικό, ενώ στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε μόνο απορρόθμιση των τιμών γλυκόζης. Τη 2^η μέρα νοσηλείας διαπιστώθηκε σοβαρή διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας, με πρότυπο ηπατικής βλάβης [AST 964 U/L (Φ.Τ <31), ALT 421 U/L (Φ.Τ <34), LDH 1082 U/L (Φ.Τ <248), ALP 86 U/L (Φ.Τ 30-120), γ-GT 30 U/L (Φ.Τ <38)], ολική χολερυθρίνη 0,8 mg/dL (Φ.Τ 0,3-1,2)], ενώ η ασθενής πρόβαλλε ήπιο άλγος επιγαστρίου χωρίς αντικειμενικά ευρήματα. Πραγματοποιήθηκε CT κοιλίας, που ανέδειξε ευρήματα «οξείας ηπατίτιδας» χωρίς χολολιθίαση και χωρίς παθολογία των αγγείων της κοιλίας. Ο ιολογικός έλεγχος για ηπατίτιδες Α, Β και C, Epstein-Barr και κυτταρομεγαλόϊό ήταν αρνητικός. Ο ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών ήταν φυσιολογικός, ενώ όλα τα σχετιζόμενα με ηπατική νόσο αυτοαντισώματα ήταν αρνητικά. Η ασθενής δεν ανέφερε χρήση αλκοόλ και λήψη φαρμακευτικών ουσιών, πέρα της συνήθους της φαρμακευτικής αγωγής (λεβοθυροξίνη, ασπартική ινσουλίνη και ινσουλίνη glargine). Οι τιμές των ηπατικών δεικτών έφτασαν στο μέγιστο την 5^η μέρα νοσηλείας (AST

1648 U/L, ALT 2007 U/L, LDH 1703 U/L), ενώ έπειτα σταδιακά ομαλοποιήθηκαν απολύτως. Η ασθενής απυρέτησε τη 2^η μέρα νοσηλείας, παρέμεινε αιμοδυναμικά και αερομετρικά σταθερή και δεν εμφάνισε κανένα σύμπτωμα από το αναπνευστικό καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας της. Δύο μήνες μετά το εξιτήριό της είναι σε άριστη κλινική κατάσταση με φυσιολογική ηπατική βιοχημία.

Συμπεράσματα: Η οξεία ηπατίτιδα αποτελεί σπάνια εκδήλωση ηπατικής βλάβης στο πλαίσιο της λοίμωξης από τον SARS-CoV-2. Ο κλινικός γιατρός οφείλει να λαμβάνει υπ' όψιν του την οξεία COVID ηπατίτιδα στη διαφορική διάγνωση κάθε μειζονος διαταραχής των ηπατικών ενζύμων σε ασθενείς, που νοσηλεύονται λόγω λοίμωξης από τον SARS-CoV-2.

AA45: ΤΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ ECHINACEA ΩΣ ΕΚΔΥΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ.

Λυμπερόπουλος Α.¹, Σπανοδάκη Α.¹, Λιονή Α.¹, Κωνσταντουδάκης Σ.², Deutsch M.³

1. Α' Παθολογική Κλινική, «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ν.Ε.Ε.Σ.
2. Παθολογοανατομικό Τμήμα, «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ν.Ε.Ε.Σ.
3. Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Η ευρεία χρήση φυτικών και διατροφικών σκευασμάτων στις χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση ηπατοτοξικότητας. Η echinacea (echinacea) είναι ένα ιθαγενές φυτό της Βόρειας Αμερικής. Από το ρίζωμα και τη ρίζα του φυτού παράγονται συμπληρώματα, υγρά εκχυλίσματα και τσάι που χρησιμοποιούνται για την αναφερόμενη ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος και κυρίως για την καταπολέμηση του κοινού κρυολογήματος. Οι αναφορές στη βιβλιογραφία για τη συσχέτιση της χρήσης echinacea με την εμφάνιση ηπατοτοξικότητας, είναι περιορισμένες.

Σκοπός και μέθοδοι: Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας 42χρονης καυκάσιας γυναίκας, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό που προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αιτιώμενη άτυπο κοιλιακό άλγος, αδυναμία και καταβολή από εβδομάδος καθώς και υπέρχρωση ούρων από διημέρου. Δεν ανέφερε ναυτία, εμέτους, διάρροιας, εξάνθημα, μυαλγίες, αρθραλγίες. Δεν είχε ταξιδέψει το τελευταίο έτος και δεν λάμβανε οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή ή άλλη ουσία. Ανέφερε μόνο χρήση echinaceae προ μηνός λόγω συμπτωμάτων κοινού κρυολογήματος. Κατά την κλινική εξέταση παρουσίαζε δεκατική πυρετική κίνηση (37.4°C), ήπιο άλγος επιγαστρίου, χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο σημειώνονται:

WBC=7600 K/μL, Hb=14.7g/dL, PLTs=272.000 K/μL, CRP=11 mg/L, AST=521 U/L, ALT=1038 U/L, γ-GT=327 U/L, ALP=210 U/L, t-bil=2.92 mg/dL, d-bil=1.64 mg/dL, INR=1.33, fib=202 mg/dL.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα παρακαταμόλξης ήταν μη ανιχνεύσιμα, ο ορολογικός έλεγχος για HAV, HBV, HCV, HEV, EBV, CMV, Cocksackie, Echo, HSV1/2 ήταν αρνητικός και η σερούλοπλασμίνη φυσιολογική, ενώ οφθαλμολογικός έλεγχος δεν ανέδειξε δακτύλιο Kayser-Fleischer. Στον ανοσολογικό έλεγχο ανευρέθησαν θετικά ANA: 1/320 και αρνητικά ASMA, LKM1, anti-SLA/LP, anti-LC1, AMA. Τα επίπεδα IgG ήταν εντός φυσιολογικών ορίων (1430 g/dL). Σημειώνονται επίσης θετικά anti-TPO, χωρίς διαταραχή των θυρεοειδικών ορμονών και αυξημένες τιμές φερριτίνης (8550 ng/mL). Το υπερηχογράφημα άνω κοιλίας δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας η ασθενής παρουσίασε σταδιακή επιδείνωση της κλινικής και εργαστηριακής της εικόνας με περαιτέρω αύξηση των ηπατικών ενζύμων και της χολερυθρίνης (AST=1099 U/L, ALT=1319 U/L, γ-GT=237 U/L, ALP=184 U/L, t-bil=18 mg/dL, d-bil=16.5 mg/dL), καθώς και παράταση του INR=1.64. Οι μέγιστες τιμές παρατηρήθηκαν κατά την 12^η ημέρα νοσηλείας. Διενεργήθηκε βιοψία ήπατος με ανεύρεση μέτριου έως εστιακά πυκνού, χρόνιου κυρίως φλεγμονώδους διηθήματος με παρουσία και πολλών ηωσινοφίλων. Το διήθημα εντοπίστηκε πυλαία, περιπυλαία και ενδολοβιακά. Παρατηρήθηκε γενικότερη διατήρηση της δοκιδώδους αρχιτεκτονικής διάταξης των ηπατοκυττάρων, χωρίς ουσιώδη αύξηση του ινώδους συνδετικού ιστού περί των πυλαίων διαστημάτων. Τα ιστοπαθολογικά ευρήματα θεωρήθηκαν ενδεικτικά επίδρασης φαρμακευτικού/ τοξικού παράγοντα, χωρίς όμως να μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο αυτοάνοσης ηπατίτιδας. Λόγω της ταχείας επιδείνωσης αποφασίστηκε η χορήγηση κορτικοστεροειδών (50mg πρεδνιζόνης/ημέρα) με άμεση μείωση του INR και σταδιακή βελτίωση των υπόλοιπων εργαστηριακών παραμέτρων. Δεδομένης της άριστης ανταπόκρισης, η δόση των κορτικοστεροειδών μειώθηκε ταχέως, υπό στενή κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση. 1 μήνα μετά την έναρξη της αγωγής, σε δόση πρεδνιζόνης 10mg/ημέρα, η ασθενής παρουσίαζε τις ακόλουθες τιμές: AST=26 U/L, ALT=40 U/L, γ-GT=113 U/L, ALP=56 U/L, t-bil=1.19 mg/dL, INR=1.00.

Συμπέρασμα: Πρόκειται για μια κλινική περίπτωση αυτοάνοσης ηπατίτιδας προκαλούμενης από τη λήψη εχινάτσας. Το περιστατικό αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη ενδελεχούς διερεύνησης του ιστορικού σχετικά με τη λήψη φυτικών και διατροφικών συμπληρωμάτων ως πιθανά αίτια εμφάνισης ηπατικής βλάβης.

AA46: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΟΣΤΙΚΗΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΗΣ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ (ΗΚΚ) ΜΕ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Τσαφαράκη Στ.¹, Βασιλειάδου Σ.², Παπαδόπουλος Ν.³, Μαλαγάρη Κ.⁴, Γκέκα Δ.², Deutsch M.²

1. Ευρωκλινική Αθηνών
2. Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
3. Α' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, Αθήνα
4. Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

Εισαγωγή: Ο ΗΚΚ αποτελεί την πέμπτη κατά σειρά συχνότερη κακοήθεια παγκοσμίως και την δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτων σχετιζόμενων με κακοήθεια. Οι μεταστάσεις στα οστά είναι σπάνιες και αποτελούν την τρίτη συχνότερη εντόπιση εξωηπατικών μεταστάσεων στον ΗΚΚ (25% στην βιβλιογραφία) μετά τους πνεύμονες και τους λεμφαδένες.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 71 ετών παρακολουθείται στο εξωτερικό ηπατολογικό ιατρείο του ΓΝΑ Ιπποκράτειο από τον 02/2013, λόγω αντιρροπούμενης κίρρωσης ήπατος από κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης χωρίς πυλαία υπέρταση. Στο ατομικό του ιστορικό αναφέρονται παρελθούσα HBV λοίμωξη, σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, υποθυρεοειδισμός, Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια, αρτηριακή Υπέρταση και ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής (4,2x4,3x6 εκ). Κατά τον απεικονιστικό έλεγχο το 2013 βρέθηκαν δύο εστίες στο τμήμα II (2 εκ.) και το τμήμα III (1,8 εκ.) του ήπατος χωρίς ειδικό χαρακτήρα και με φυσιολογική αFP. Διενεργήθηκε κατευθυνόμενη βιοψία όπου επιβεβαιώθηκε η κίρρωση χωρίς περαιτέρω παθολογικά ευρήματα. Τα επόμενα 6 χρόνια ο ασθενής ήταν σε άριστη κλινική κατ/ση υπό τακτική παρακολούθηση. Οι ηπατικές αλλοιώσεις παρέμειναν σταθερές και η αFP εντός φυσιολογικών ορίων. Το 2019 παρατηρήθηκε στον έλεγχο με υπερηχογράφημα αύξηση διαστάσεων των εστιακών αλλοιώσεων (3 και 4 εκ συστοίχως) Η αξονική τομογραφία ήταν διαγνωστική για ΗΚΚ, ενώ παράλληλα παρατηρήθηκε αFP: 96,25 ng/ml. Το χρονικό διάστημα 09/2019-07/2020 διενεργήθηκαν συνολικά 3 χημειοεμβολισμοί με αποτέλεσμα την πλήρη νέκρωση και των δυο εστιών. Τον 2021 ο ασθενής ανέφερε άλγος στον δεξιό ώμο και βρέθηκε μια οστεολυτική βλάβη στη δεξιά κλείδα. Έγινε σταδιοποίηση η οποία ήταν αρνητική για άλλες μεταστατικές εστίες, ενώ το ήπαρ είχε εικόνα κίρρωσης με νεκρωμένες τις γνωστές εστίες χωρίς αλλαγή. Η κατευθυνόμενη βιοψία στη κλείδα επιβεβαίωσε μεταστατικό ΗΚΚ. Έγινε έναρξη θεραπείας με Sorafenib και ακτινοθεραπείες τοπικά. Πέντε μήνες αργότερα παρατηρήθηκε αύξηση διαστάσεων της οστεολυτικής βλάβης στην δεξιά κλείδα (5,5x4,6 από 3,8x3,5 εκ.). Λόγω της ύπαρξης ανευρύσματος κοιλιακής αορτής θεωρήθηκε επισφαλής η θεραπεία με



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

Atezolizumab/Bevacizumab και χορηγήθηκε Nivolumab. Τρεις μήνες αργότερα βρέθηκε καινούρια εστία 2 εκ στο τμήμα IV στο ήπαρ από έγινε ξανά χημειοθεραπεία. Ο ασθενής λαμβάνει τώρα Cabozantinib και είναι σε σταθερή καλή κατάσταση.

Συμπεράσματα: Οι οστικές μεταστάσεις σε ΗΚΚ χαρακτηρίζονται από χαμηλή επίπτωση και υψηλή επιθετικότητα. Εξαιτίας της σπανιότητάς τους, δεν έχουν θεσπιστεί εξειδικευμένες στρατηγικές θεραπείας. Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται κυρίως σε τοπική ακτινοθεραπεία με σκοπό κυρίως την αναλγησία, καθώς και συστηματική ανοσοθεραπεία (Atezolizumab/Bevacizumab) ή θεραπεία με αναστολείς τυροσινικής κινάσης (sorafenib, lenvatinib, cabozantinib, or regorafenib) αναλόγως του προφίλ αντενδείξεων και πιθανών παρενεργειών. Ο ασθενής που παρουσιάζεται έχει μια μακρόχρονη πορεία νόσου και εμφανίζει μετάσταση σε μια σπάνια εστία, ενώ θεωρήθηκαν «θεραπευμένες» οι εστίες στο ήπαρ. Υπογραμμίζεται η ανάγκη για στενή παρακολούθηση των ασθενών και συνεχή επαγρύπνηση του θεραπεύοντα ιατρού πάντα σε συνεργασία με άλλες ειδικότητες στα πλαίσια των multidisciplinary teams (MDT).

AA47: ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕΙΖΟΝΑ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗ (>2 ΗΠΑΤΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ): ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Χατζάρας Ι. MD, MPH, PhD, FACS, Βασιλείου Π. MD, PhD, FACS, Αρκαδόπουλος Ν. MD, PhD, FACS

Δ' Χειρουργική Κλινική, Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «Αττική», Αθήνα

Η λαπαροσκοπική προσέγγιση της μείζονος ηπατεκτομής, η οποία ορίζεται ως εκτομή τουλάχιστον δύο γειτονικών ηπατικών τμημάτων, δεν έχει υιοθετηθεί πλήρως στην Ελλάδα. Με αυτή την εργασία, επιδιώξαμε να περιγράψουμε τη δική μας εμπειρία με ένα νέο πρόγραμμα λαπαροσκοπικών ηπατεκτομών το οποίο ξεκίνησε το τελευταίο έτος.

Δεδομένα: Πέντε ασθενείς υποβλήθηκαν σε μείζονα ηπατική εκτομή το τελευταίο έτος σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Ευρήματα: Η κυρίαρχη ένδειξη για ηπατεκτομή σε αυτούς τους ασθενείς ήταν μεταστατική νόσος στο ήπαρ. Τρεις ασθενείς είχαν μεταστάσεις ορθοκολικού καρκίνου, ένας ασθενής είχε μεταστατικό μελάνωμα και ένας ασθενής είχε ηπατικό κυσταδένωμα. Υπήρχαν δύο άνδρες και τρεις γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας 59 ετών (εύρος: 52-71 έτη). Τρεις ασθενείς είχαν μονήρη βλάβη ενώ δύο είχαν δύο βλάβες. Τέσσερις ασθενείς έλαβαν χημειοθεραπεία ή ανοσοθεραπεία ειδική για τη νόσο τους πριν την ηπατεκτομή τους. Το διάμεσο μέγεθος της βλάβης ήταν 5 cm (εύρος: 3,5-12 cm). Δύο ασθενείς υποβλήθηκαν σε

πλήρη δεξιά ηπατική λοβεκτομή, ένας αριστερή ηπατική λοβεκτομή συγχρόνως με δεξιά κολεκτομή, και δύο ασθενείς υποβλήθηκαν σε δεξιά πρόσθια τμηματεκτομή. Όλες οι επεμβάσεις έγιναν πλήρως λαπαροσκοπικώς εκτός από μία, όπου χρησιμοποιήθηκε μια θύρα χειρός γέλης λόγω του μεγάλου μεγέθους της βλάβης. Ο διάμεσος χειρουργικός χρόνος ήταν 190 λεπτά και η μέση διαμονή στο νοσοκομείο ήταν 2 νύχτες. Κανένας ασθενής δεν χρειάστηκε παρακολούθηση στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Δεν υπήρξε θνησιμότητα 30 ημερών. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν παροχέτευση του χειρουργικού πεδίου. Ένας ασθενής ανέπτυξε μετεγχειρητική χολόρροια η οποία αντιμετωπίστηκε με ERCP, σφιγκτηροτομία και τοποθέτηση ενδοαυλικού στεντ στο κοινό χοληφόρο πόρο, με άριστο αποτέλεσμα.

Συμπέρασμα: Η λαπαροσκοπική προσέγγιση της μείζονος ηπατεκτομής μπορεί να επιτευχθεί με ασφάλεια σε καλά επιλεγμένους ασθενείς στο σημερινό ελληνικό σύστημα υγείας, τόσο σε ιδιωτικά όσο και σε δημόσια νοσοκομεία. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε λαπαροσκοπική ηπατεκτομή επωφελούνται από μια πολύ σύντομη παραμονή στο νοσοκομείο, χωρίς να θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια της επέμβασης. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να διευκρινιστεί ποιοι ασθενείς επωφελούνται περισσότερο από την λαπαροσκοπική προσέγγιση.

AA48: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΩΝ ΕΚΤΟΜΩΝ ΚΟΛΟΟΡΘΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΕ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΕΝΑ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Μαχαίρας Ν.¹, Κεραμίδα Μ.¹, Τομαρά Ν.¹, Δωροβίνης Π.¹, Κύκαλος Σ.¹, Σταμόπουλος Π.¹, Σωτηρόπουλος Γ.Χ.¹

Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ε.Κ.Π.Α.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και ορθού αποτελεί την τρίτη πιο κοινή κακοήθεια παγκοσμίως και την δεύτερη αιτία θανάτου οφειλόμενου σε κακοήθεια σε άνδρες και γυναίκες. Το 25-30% των ασθενών που διαγιγνώσκονται με κολοορθικό καρκίνο παρουσιάζουν κατά την στιγμή της διάγνωσης μεταστάσεις σε έτερα όργανα, με το ήπαρ να αποτελεί τη συχνότερη θέση εντόπισης. Οι ασθενείς αυτοί, λόγω του αυξημένου κακοήθους φορτίου και της συνακόλουθης συνθετότητας τους, απαιτούν αντιμετώπιση από διεπιστημονικές ομάδες σε εξειδικευμένα κέντρα.

Σκοπός της μελέτης μας ήταν η παρουσίαση μετεγχειρητικών αποτελεσμάτων και ποσοστών επιβίωσης ασθενών που υποβλήθηκαν σε ταυτόχρονη εκτομή για σύγχρονες ηπατικές μεταστάσεις καρκίνου του παχέος εντέρου στην κλινική μας. Χρησιμοποιήσαμε την προοπτικά διατηρούμενη βάση δεδομένων μας σχετικά

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

με τα χαρακτηριστικά των ασθενών που χειρουργήθηκαν στο νοσοκομείο μας μεταξύ των ετών 2012 και 2021. Αναλύθηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών, των όγκων, τα περιεγχειρητικά δεδομένα καθώς και τα μακροχρόνια αποτελέσματα επιβίωσης. Είκοσι τρεις ασθενείς με κολορρηκτικό καρκίνο και σύγχρονες ηπατικές μεταστάσεις χειρουργήθηκαν στο νοσοκομείο μας κατά το χρονικό διάστημα της μελέτης. Η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν τα 59 έτη (εύρος 34-86 έτη), ενώ 13 ασθενείς ήταν θήλεα. Ο πρωτοπαθής όγκος εντοπιζόταν στο σιγμοειδές στο 39% των περιπτώσεων, το δεξιό κόλο στο 34,7%, το ορθό στο 17,4% και το ορθοσιγμοειδές στο 8,7%, ενώ οι ηπατικές εστίες εντοπιζόταν σε αμφότερους λοβούς στο 48% των ασθενών. Ο διάμεσος αριθμός ηπατικών βλαβών ήταν 3 (εύρος 1-19), ενώ η διάμεση τιμή της διαμέτρου τους ήταν τα 1.9εκ (εύρος 0.2-7.7). Οκτώ ασθενείς υποβλήθηκαν σε σιγμοειδεκτομή, 8 σε δεξιά κολεκτομή και 7 σε χαμηλή πρόσθια εκτομή. Ελάσσονα ηπατεκτομή πραγματοποιήθηκε σε 20 περιστατικά. Σε 11 ασθενείς πραγματοποιήθηκε και ταυτόχρονος καυτηριασμός ηπατικών βλαβών. Τα παθολογοανατομικά όρια εκτομής των κολεκτομών ανευρέθησαν αρνητικά (R0) σε όλα τα περιστατικά, ενώ των ηπατεκτομών αρνητικά σε 15 περιστατικά και μικροσκοπικά θετικά (R1) σε 8. Σε 23% των ασθενών παρουσιάστηκαν μειζόνες επιπλοκές ενώ η περιεγχειρητική θνητότητα ήταν μηδενική. Η επιβίωση στους 12, 24, 36 και 60 μήνες ήταν 95.6%, 84.1%, 57.9% και 35.7%, αντίστοιχα. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου με σύγχρονες ηπατικές μεταστάσεις μπορεί να υποβληθεί σε ταυτόχρονη εκτομή με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα χωρίς να θέτει σε κίνδυνο τα ογκολογικά αποτελέσματα.

AA49: ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ IGA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Λογιώτη Κ.¹, Δραγώνα Β.Μ.¹, Κοσμάς Ν.¹, Χίνη Μ.¹, Σκορδά Α.¹

1. Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ

Εισαγωγή: Η νεφροπάθεια της ανοσοσφαιρίνης Α είναι η συχνότερη σπειραματική νόσος παγκοσμίως, που χαρακτηρίζεται από εναπόθεση IgA ανοσοσυμπλεγμάτων των μεσάνγγειο, και ακολουθείται από διαταραχές της λειτουργίας του. Η νόσος είναι συνήθως πρωτοπαθής, εκτός των περιπτώσεων που είναι δευτεροπαθής συνέπεια άλλων νοσημάτων όπως η χρόνια ηπατική νόσος. Σκοπός της παρούσας παρουσίας είναι να περιγραφεί περιστατικό αυτοάνοσης ηπατίτιδας σχετιζόμενο με IgA νεφροπάθεια, χωρίς προεξάρχοντα σημεία και συμπτώματα ηπατικής νόσου.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 74 ετών με ιστορικό χρόνιου αιθυλισμού, αρτηριακής υπέρτασης, προσήλθε στο παθολογικό ιατρείο του Ν.Ε.Ε.Σ. λόγω αναφερόμενων

οιδημάτων κάτω άκρων και ανεύρεσης σε εξωτερικό έλεγχο αυξημένης τιμής κρεατινίνης, ενώ αναφέρει πρό έτους φυσιολογική τιμή κρεατινίνης.

Ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, απύρετος και από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν οιδημάτα κάτω άκρων με εντύπωμα και μετακινούμενη αμβλύτητα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε αναιμία, οξεία νεφρική βλάβη και μικροσκοπική αιματοουρία χωρίς δύσμορφα ερυθρά, και χωρίς διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας. Απεικονιστικά ανευρέθη ασκτική συλλογή και ήπαρ με μειωμένες διαστάσεις, αδροκοκκώδη ηχογένεια και ανώμαλη παρυφή, χωρίς εικόνα αποφρακτικής ουροπάθειας. Στα πλαίσια διερεύνησης οξείας νεφρικής βλάβης, από τον ανοσολογικό έλεγχο (πολυκλωνική υπεραγματοσφαιριναιμία, χαμηλό συμπλήρωμα, (+) C-ANCA/(+) MPO,) και την βιοψία νεφρού, ετέθη η διάγνωση IgA νεφροπάθειας. Επιπλέον, παρά την προφανή συσχέτιση του ιστορικού κατάχρησης αλκοόλ και των ευρημάτων υπέρ κίρρωσης, ο εργαστηριακός έλεγχος και η βιοψία ήπατος έθεσαν την υποψία αυτοάνοσης ηπατίτιδας βάσει των απλοποιημένων διαγνωστικών κριτηρίων της Διεθνούς ομάδας αυτοάνοσης ηπατίτιδας. Ο ασθενής έλαβε θεραπεία με κορτικοστεροειδή με κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.

Συμπέρασμα: Η χρόνια ηπατική νόσος είναι γνωστό ότι αποτελεί υπόστρωμα για την ανάπτυξη IgA νεφροπάθειας, ωστόσο σπάνια βάσει της βιβλιογραφίας, συσχετίζεται με αυτοάνοση ηπατίτιδα. Επιπλέον, ο κλινικός ιατρός πρέπει να είναι σε επαγρύπνηση, καθώς η ύπαρξη μίας σαφούς αιτίας πρόκλησης μίας κατάστασης, όπως στη συγκεκριμένη περίπτωση της κίρρωσης, δεν θα πρέπει να τον αποτρέπουν από την περαιτέρω διερεύνηση.

AA50: ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΑΜΟΞΙΚΙΛΛΙΝΗΣ/ΚΛΑΒΟΥΛΑΝΙΚΟΥ ΣΕ ΑΝΔΡΑ 66 ΕΤΩΝ : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πούλια Β.¹, Γκόκα Α.Ι.¹, Χίνη Μ.¹, Σκορδά Α.¹

1. Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ

Εισαγωγή: Ο συνδυασμός αμοξικιλίνης/κλαβουλανικού οξέος ευρέως γνωστός και χορηγούμενο αντιμικροβιακό φάρμακο σε πληθώρα λοιμώξεων πιο συχνά σε ανώτερου αναπνευστικού αποτελεί ένα καλώς ανεκτό φάρμακο, χορηγούμενο από τον στόματο. Ωστόσο, ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου μπορεί να εκδηλωθούν και περιλαμβάνουν κυρίως φαρμακευτικό εξάνθημα, γαστρεντερικές και αιματολογικές διαταραχές. Πιο σπάνια στη βιβλιογραφία περιγράφονται περιπτώσεις χολοστατικής ηπατίτιδας οφειλόμενες στο συγκεκριμένο συνδυασμό.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αναφορά



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

περιστατικού εμμένουτος χολοστατικού ίκτερου φαρμακευτικής αιτιολογίας με διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας.

Περιγραφή περιστατικού: Άνδρας 66 χρονών, προσήλθε στο τμήμα επειπόντων λόγω εμφάνισης ικτερικής χροιάς δέρματος και επιπεφυκότων από ημέρας με συνοδό αποχρωματισμό κοπράνων και υπέρχρωση ούρων, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα όπως πυρετό ή άλγος. Ο ασθενής αναφέρει πρόσφατη λήψη σκευάσματος αμοξικιλίνης/κλαβανικού για 14 ημέρες λόγω δερματικής λοίμωξης με έναρξη προ 18ημέρου. Πρόκειται για ασθενή με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό ενώ δεν αναφέρεται χρήση αλκοολ, τοξικών ουσιών ή συμπληρωμάτων διατροφής. Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκαν αυξημένες τιμές ηπατικών και χολοστατικών ενζύμων (BIL-T:9,25, BIL-D:8,35, γ-GT : 154, ALT :402), με R factor 3,5, αναδεικνύοντας χολοστατική /μεικτή ηπατική βλάβη. Ο ασθενής κατόπιν αρχικού ελέγχου με υπέρηχο και αξονική τομογραφία κοιλιάς υποβλήθηκε σε MRCP όπου δεν αναδείχθηκαν διατάσεις στο χοληφόρο σύστημα. Εστάλη λοιπός ανοσολογικός και ιολογικός έλεγχος ο οποίος ήταν αρνητικός προς αποκλεισμό άλλων αιτιών ηπατοπάθειας του ασθενή. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε αρχικά με ενυδάτωση και στη συνέχεια λόγω εμμονής των χολοστατικών εν αναμονή του λοιπού εργαστηριακού ελέγχου σε ουροδοδευχολικό οξύ χωρίς ανταπόκριση. Παράλληλα, σημειώθηκε οξεία νεφρική βλάβη σε έδαφος υπερχολερυθριναιμίας με διατηρημένη διούρηση. Κατά την 27^η παρουσίασε σταθερές τιμές χολοστατικών (BIL-T:41,2 , BIL-D:37, γ-GT :18 , ALT :257) και βελτίωση αυτών τις επόμενες ημέρες ταυτόχρονα με τη νεφρική λειτουργία όπως και της κλινικής του εικόνας.

Συμπεράσματα: Ο ασθενής παρουσίασε χολοστατική ηπατίτιδα και οξεία νεφρική βλάβη μετά από πρόσφατη λήψη αμοξικιλίνης/κλαβουλανικού με σταδιακή αύξηση των χολοστατικών ενζύμων με μέγιστη τιμή αυτών περίπου ένα μήνα μετά από την εκδήλωση της συμπτωματολογίας και βελτίωση της ηπατικής λειτουργίας μετά από 2 εβδομάδες. Αν και παλαιότερα στη βιβλιογραφία αναφέρονται ανάλογες περιπτώσεις ¹ λίγες είναι εκείνες με εμμένουσα χολοστατική ηπατίτιδα και νεφρική συμμετοχή. Παρόμοια περιστατικά θα πρέπει να συλλεχθούν ώστε να επανεξετάσουμε τον κίνδυνο σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών από ένα κοινά χρησιμοποιούμενο συνδυασμό φαρμάκων.

Βιβλιογραφία

Gresser, U. (2001). Amoxicillin-clavulanic acid therapy may be associated with severe side effects-review of the literature. *European journal of medical research*, 6(4), 139-149.

AA51: ΑΝΑΖΩΠΥΡΩΣΗ HBV ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΜΕ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΟΡΟΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΜΛ

Ροδοσθένους Κ.¹, Κουκιάς Στ.¹, Αθουσάκη Ας.¹, Κανέλλου Π.², Καβουσάκη Μ.¹, Παπάζογλου Γ.¹, Παπανικολάου Ν.¹

1. Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»
2. Αιματολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»

Εισαγωγή: Η αναζωπύρωση της ηπατίτιδας β σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή ή λήψη μείζονων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων αποτελεί σημαντικό ιατρικό πρόβλημα, δεδομένης της εκτεταμένης πλέον χορήγησης ανοσοκατασταλτικών θεραπειών.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να επισημάνει τη σπουδαιότητα της γνώσης της ορολογικής εικόνας έναντι στον ιό της ηπατίτιδας Β κατά τη διαχείριση ανοσοκατεσταλμένων ασθενών, και την επαγρύπνηση για πιθανή αναζωπύρωση αυτής.

Αποτελέσματα: Ασθενής 81 ετών με ατομικό αναμνηστικό χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας, χωρίς τρέχουσα λήψη θεραπείας, προσήλθε λόγω ικτερικής χροιάς δέρματος και αποχρωματισμού κοπράνων. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε άμεση υπερχολερυθριναιμία (της τάξεως της TBil 23mg/dl, DBil 18mg/dl) και αύξηση τρανσαμινασών (x10 ΑΦΤ) χωρίς άλγος, χωρίς απόφραξη από τα χοληφόρα, με προηγούμενη απεικόνιση ήπατος φυσιολογική. Από το ιστορικό του βρέθηκε ορολογική εικόνα φυσικής ανοσίας για τον ιό της ηπατίτιδας Β, προ 10ετίας, με χορήγηση τενοφοβίρης ως προφύλαξη κατά τη διάρκεια και μετά τα σχήματα χημειοθεραπείας. Τα τελευταία χρόνια δεν έχει λάβει ανοσοκατασταλτική θεραπεία και θεωρείται αιματολογικά σταθερός από το νόσημά του. Παρόλα αυτά, από τον νέο ορολογικό έλεγχο προέκυψε αναζωπύρωση της ηπατίτιδας Β με HBsAg (+), anti-HBcore(+), IgM-anti-HBcore(+), anti-HBsurface (-), antiHBe (+) και ανιχνεύσιμο HBV-DNA (1.37x10²copies/μl).

Λόγω παράτασης των χρόνων πύξης, της σημαντικής υπερχολερυθριναιμίας και ανεύρεσης ασκτικής συλλογής που δεν προϋπήρχε τέθηκε σε αντιική αγωγή με τενοφοβίρη. Κλινικά παρέμεινε ασυμπτωματικός και βελτιώθηκε εργαστηριακά αργά. Από τον γενόμενο έλεγχο, δεν αποκαλύφθηκε εμφανής αιτία ανοσοκαταστολής πλην του χρόνιου αιματολογικού νοσήματος, που θεωρήθηκε σταθερό. Από τον ποσοτικό προσδιορισμό των ανοσοσφαιρινών είχε IgA 301mg/dl, IgG 1840mg/dl, IgM 150mg/dl. Από την νέα απεικόνιση βρέθηκε ασκτική συλλογή, κιρρωτική απεικόνιση του ήπατος και σημαντική σπληνομεγαλία και λεμφαδενοπάθεια (που προϋπήχαν), με βατό τον σπληνοπυλαίο άξονα. Το ασκτικό υγρό ήταν αρνητικό για SBP, με SAAG υπέρ πυλαίας υπέρτασης και ολικό λεύκωμα <0.8gr/dl, με αρνητική καλλιέργεια για κοινά μικρόβια και

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

για β-koch, και αρνητική χρώση Ziehl-Neelsen.

Συμπεράσματα: η αναζωπύρωση της ηπατίτιδας Β σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς είναι συνήθης και αποτελεί σημαντικό λόγο νοσηρότητας και θνησιμότητας, ακόμα και με άτυπες μορφές, όπως η προηγούμενη, χωρίς εμφανή πυροδοτικό μηχανισμό.

AA52: ΘΑΝΑΤΟΦΟΡΟΣ ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΠΟ ΒΟΤΑΝΑ

Ροδοσθένους Κ.¹, Κουκιάς Στ.¹, Αθουσάκη Ας.¹,
Κανέλλου Π.², Καβουσάκη Μ.¹, Παπαζογλου Γ.¹,
Παπανικολάου Ν.¹

1. Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»

Εισαγωγή: Η οξεία ηπατική βλάβη επαγόμενη από φάρμακα αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία ηπατικής ανεπάρκειας στο δυτικό κόσμο. Στο ίδιο πλαίσιο περιγράφεται η οξεία ηπατική βλάβη ή και ανεπάρκεια από χρόνια ή πρόσφατη λήψη μη φαρμακευτικών βοτάνων. Στα βότανα αυτά συμπεριλαμβάνονται προϊόντα πράσινου και μαύρου τσαγιού, κινέζικης και ινδικής προέλευσης, και άλλα λιγότερο γνωστά.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να τονίσει τη σημασία της λήψης πλήρους ιστορικού χρήσης φαρμάκων, σκευασμάτων μη συνταγογραφούμενων και μη φαρμακευτικών σκευασμάτων, όπως βότανα, έλαια κτλ. καθώς και την δυνητικά επικίνδυνη κατανάλωση τέτοιων ουσιών, των οποίων η τοξικότητα είναι ιδιοσυγκρασιακή και μη προβλέψιμη, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί διαγνωστική πρόκληση η απόδειξη της αιτιολογίας της ηπατικής βλάβης.

Μέθοδος-Αποτελέσματα: Περιγράφεται το περιστατικό ενός νέου άνδρα, 48 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό που προσήλθε λόγω ικτερικής χροιάς δέρματος και επιτεφυκτών από εβδομάδας, χωρίς λουτή συμπτωματολογία, και χωρίς ευρήματα απόφραξης χοληφόρων από τον απεικονιστικό έλεγχο. Από τον εργαστηριακό έλεγχο Tbil 17.8 mg/dl, DBil 12 mg/dl, AST 170 U/L, ALT 370 U/L, γGT 1800u/L, ALP 530 U/L, φυσιολογικοί χρόνοι πήξης και νεφρική λειτουργία. Από το ιστορικό αποκαλύφθηκε η συστηματική και χρόνια κατανάλωση τσαγιού, οικιακά παραγόμενου, της οικογένειας Greater Celandine - Chelidonium majus, μεταξύ άλλων. Για τη διερεύνηση του αίτιου της ενδοηπατικής χολόστασης έγινε ιολογικός έλεγχος, με αρνητικά αποτελέσματα για HBV, HAV, HCV, HEV, HIV, CMV, EBV, HSV1,2, VZV. Επίσης, αρνητικός έλεγχος για λεπτόσπαρα, βρουκέλλα, τοξόπλασμα και σύφιλη. Αρνητικός ήταν ο έλεγχος για ανεπάρκεια α1-αντιθρομβίνης και σερολυπτασμίνης. Από τον ποσοτικό προσδιορισμό ανοσοφαιρινών IgA 380mg/dl, IgG 1820mg/dl, IgM 574mg/dl, IgG4 278mg/dl. Ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν επίσης αρνητικός με ANA,

AMA, p/c ANCA, aLKM1, anti SLA/LP αρνητικά και χαμηλό τίτλο SMA, IgG AMA και antiLC1 σε immunoblot. Έγινε νέος απεικονιστικός έλεγχος με MRCP: χωρίς διατάσεις ή στενώσεις χοληφόρων. Διενεργήθηκε γαστροσκόπηση με κανονικό και πλάγιο ενδοσκόπιο που ανέδειξε έλκος στο δωδεκαδάκτυλο και φυσιολογική μορφολογία του φύματος Vater. Διενεργήθηκε τέλος βιοψία ήπατος ενδεικτική φαρμακευτικής ηπατίτιδας, με παρουσία λίγων ηωσινοφίλων, χολοστατικού τύπου. Ο ασθενής έλαβε αρχικά συνεχή έγχυση διαλύματος Ν-ακετυλκυστεΐνης, στη συνέχεια βραχύ σήμα κορτικοειδών με την υποψία της αυτοάνοσης ηπατίτιδας, χωρίς καμία εμφανή βελτίωση. Σταδιακά επιδεινώθηκε την ηπατική λειτουργία με Tbil>70mg/dl, DBil>50mg/dl, με παράταση των χρόνων πήξεως και της νεφρικής λειτουργίας (ηπατονεφρικό σύνδρομο τ.1). Ο ασθενής εκτιμήθηκε από τον ΕΟΜ και στην αναμονή προγραμματισμού μεταμόσχευσης ήπατος, με την συνύπαρξη μικροβιακής και λοίμωξης Covid-19, ήδη πολύ επιβαρυνμένος, κατέληξε.

Συμπέρασμα: Δεδομένου ότι η διάγνωση της ηπατικής βλάβης από βότανα είναι δύσκολη και ενέχει τον αποκλεισμό όλων των άλλων αιτιών ηπατικής βλάβης, αποτελεί μια δύσκολα αντιμετωπίσιμη αιτία ακόμη και ηπατικής ανεπάρκειας, με συχνά πολύ δυσάρεστη εξέλιξη.

AA53: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΤΑ ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΤΙΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΚΑΙ ΓΟΝΟΤΥΠΟ 5

Μανώλακα Χρ., Παπαστεργίου Β., Τζωράκη Μ.,
Παπακωνσταντίνου Φ., Χατζηαντωνίου Α., Ροδίτης Δ.,
Τζαλίδης Μ., Γόμπος Γ., Αναστασίου Ευ., Ντέτσας Γ.,
Καραταπάνης Στ.

Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

Εισαγωγή: Ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC) και γονότυπο 5 σπανίζουν στην χώρα μας, είναι όμως γνωστό ότι στο νησί της Ρόδου υπάρχει θύλακας ασθενών με ΧΗC που φέρουν αυτό το γονότυπο.

Σκοπός: Να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας στη θεραπεία με τα νεότερα αντιικά φάρμακα ασθενών με ΧΗC και το σπάνιο γονότυπο 5.

Υλικό: Συμπεριλάβαμε 29 ασθενείς με ΧΗC (Α/Γ=6/23, μέση ηλικία 69,2 έτη) που έφεραν τον γονότυπο 5. Όλοι οι ασθενείς είχαν σημαντική ίνωση και/ή κίρρωση (F3 ή F4 με Fibroscan). Από τους ασθενείς με κίρρωση (20/29) κανείς δεν εμφάνισε ρήξη της αντιρρόπησης. Οκτώ κίρρωτικοι ασθενείς είχαν λάβει ανεπιτυχή αγωγή στο παρελθόν με συνδυασμό πεγκκυλιωμένης ιντερφερόνης και ριμπαβιρίνης. Δέκα-πέντε ασθενείς έλαβαν αγωγή με sofosbuvir (400mg, 1x1/ημέρα) και ριμπαβιρίνη (δόση 1000mg όταν το ΒΣ<75kg και 1200mg όταν το ΒΣ >75kg) για 12 εβδομάδες, 9 έλαβαν αγωγή με το φάρμακο ledipasvir/sofosbuvir με ριμπαβιρίνη για 12 εβδομάδες, 2



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ E-POSTER

έλαβαν αγωγή με ribrentasvir/glecaprevir για 8 εβδομάδες και 3 velpatasvir /sofosbuvir για 12 εβδομάδες. **Αποτελέσματα:** Από τους ασθενείς που ελέγξαμε σε (29/29) επιτεύχθηκε μη ανιχνεύσιμο HCV-RNA στο τέλος της αγωγής (EOT). Μόνη ιολογική ανταπόκριση (SVR) παρατηρήθηκε σε 28/28 (100%) ασθενείς που διαθέτουμε στοιχεία 3 μήνες μετά το τέλος της αγωγής. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες στους ασθενείς της μελέτης μας, εκτός από δύο ασθενείς που διαπιστώθηκε πτώση της αιμοσφαιρίνης.

Συμπεράσματα: Τα νεότερα αντιικά φάρμακα φαίνεται να επιτυγχάνουν υψηλά ποσοστά SVR σε ασθενείς με ΧΗC και προχωρημένη ίνωση που φέρουν το σπάνιο γονότυπο 5.

AA54: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΗΠΑΤΟΝΕΦΡΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕ ΝΟΡΑΔΡΕΛΑΝΙΝΗ ΚΑΙ ΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗ-ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Μανώλακα Χ.¹, Τζωράκη Μ.¹, Παπαστεργίου Β.², Τζαλίδη Μ.¹, Χατζηαντωνίου Α.¹, Αρνάς Ν.¹, Ροδίτης Δ.¹, Φρόνας Γ.¹, Γόμπος Γ.¹, Φυτίλη Χ.¹, Καραταπάνης Σ.¹

1. Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου
2. Γαστρεντερολογικό Κλινική, Θεραπευτήριο «Ευαγγελισμός» Αθηνών

Εισαγωγή: Το ηπατονεφρικό σύνδρομο (ΗΝΣ) αποτελεί μείζονα επιπλοκή σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση, ενώ σχετίζεται με δυσμενή έκβαση μετά από μεταμόσχευση ήπατος. Η αποτελεσματικότητα της νοραδρελανίνης στη θεραπεία του ΗΝΣ δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

Σκοπός: Να καταγράψουμε την εμπειρία μας από την αντιμετώπιση του ΗΝΣ με τον συνδυασμό της ενδοφλέβιας χορήγησης νορεπινεφριδίνης και λευκωματίνης.

Υλικό και μέθοδος: Στη μελέτη μας συμπεριλάβαμε 22 ασθενείς (μέση ηλικία 55.7 έτη, Α/Γ=15/7) με ΗΝΣ που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο μας και έλαβαν συνδυασμένη ενδοφλέβια αγωγή με νοραδρελανίνη (0.5-3mg/h) και λευκωματίνη (1γρ/kg για 48ώρες, και ακολούθως 20-40 γρ/ημέρα) για 14 ημέρες. Τα κύρια καταληκτικά σημεία ήταν η βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας και η επιβίωση στους 3 μήνες.

Αποτελέσματα: Έπειτα από 14 ημέρες συνδυασμένης θεραπείας, βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη ορού <1.5mg/dL) παρατηρήθηκε συνολικά σε 12/22 (54.5%) ασθενείς. Η επιβίωση στους 3 μήνες ήταν 9/22 (40.9%). Το baseline MELD-score και η ανταπόκριση στη συνδυασμένη θεραπεία με νοραδρελανίνη και λευκωματίνη συσχετίστηκαν με την επιβίωση στους 3 μήνες.

Συμπεράσματα: Η χρήση ΝΑ και λευκωματίνης στη θεραπεία του ΗΝΣ συνδυάζεται με ικανοποιητικά

ποσοστά βελτίωσης της νεφρικής λειτουργίας η επιβίωση όμως των ασθενών παραμένει ιδιαίτερα δυσμενής,

AA55: ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΣΕΡΟΥΛΟΠΛΑΣΜΙΝΑΙΜΙΑ ΠΟΥ ΕΚΔΗΛΩΘΗΚΕ ΜΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΥΠΕΡΦΕΡΡΙΤΙΝΑΙΜΙΑ - ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Γεωργοπούλου Ε.¹, Τζωράκη Μ.², Κεραζή Ε.¹, Τζαλίδη Μ.², Κалаιτζάκης Α.¹, Ροδίτης Δ.², Μανώλακα Χ.², Χατζηαντωνίου Α.², Παπακωνσταντίνου Φ.², Καλλιτζόγλου Α.¹, Καραταπάνης Σ.²

1. Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου
2. Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

Εισαγωγή: Η ασερουλοπλάσμιναίμια αποτελεί σπάνια κληρονομική διαταραχή (μετάδοση με αυτόσωμο υπολειπόμενο χαρακτήρα), και χαρακτηρίζεται από σημαντική εναπόθεση σιδήρου στον εγκέφαλο αλλά και σε άλλα όργανα του σώματος περιλαμβανόμενου του ήπατος. Η βλάβη οφείλεται σε μεταλλαγές στο γονίδιο της CP που είναι υπεύθυνο για την παραγωγή της σερουλαπλάσμινης. Εκδηλώνεται κυρίως με διαταραχές από τον αμφιβληστροειδή, νευρολογικές εκδηλώσεις και διαβήτη.

Σκοπός: Να παρουσιαστεί ένα περιστατικό που εμφανίστηκε με νευρολογικές εκδηλώσεις και σημαντικά αυξημένα επίπεδα φερριτίνης στον ορό.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για άνδρα 53 ετών που τον 6ο του 2020 παρουσίασε ζάλη και αστάθεια στη βάδιση, ενώ ταυτόχρονα παραπονέθηκε για αδυναμία συγκέντρωσης και διαταραχές στη μνήμη. Από τον έλεγχο που έγινε με MRI εγκεφάλου διαπιστώθηκε εκτεταμένη εναπόθεση σιδήρου στον εγκέφαλο, σημαντική άνοδος φερριτίνης ορού (1579 ng/ml) και χαμηλά επίπεδα σιδήρου στον ορό (46μg%). Ακολούθησε έλεγχος σερουλοπλάσμινης ορού και χαλκού (3mg% και 5.6 μg% αντίστοιχα) και οφθαλμολογική εξέταση που ήταν αρνητική για παθολογικά ευρήματα. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία ήπατος που ανέδειξε ήπια στεάτωση και εκτεταμένη εναπόθεση αιμοσιδηρίνης στο ηπατικό παρέγχυμα. Στον ασθενή χορηγήθηκε αγωγή με παράγοντα αποσιδήρωσης (desferrioxamine) και ο ασθενής υποβάλλεται σε τακτικό κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο.

Συμπεράσματα: Η ασερουλοπλάσμιναίμια αποτελεί σπάνια κληρονομική διαταραχή που πρέπει να υπάρχει στη διαφορική διάγνωση κάθε ασθενή με νευρολογικά συμπτώματα και σημαντικά αυξημένα επίπεδα φερριτίνης ορού.

AA56: ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΤΙΚΑ ΣΕ ΧΡΗΣΤΕΣ ΤΟΞΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C- ΕΚΒΑΣΗ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ

Μανώλακα Χ.¹, Τζωράκη Μ.¹, Παπαστεργίου Β.², Τζαλιδή Μ.¹, Χατζηαντωνίου Α.¹, Αρνάς Ν.¹, Ροδίτης Δ.¹, Φρόνας Γ.¹, Γόμπος Γ.¹, Παπακωνσταντίνου Φ.¹, Κασιόλη Α.¹, Καραταπάνης Σ.¹

1. Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου
2. Γαστρεντερολογικό Κλινική, Θεραπευτήριο «Ευαγγελισμός» Αθηνών

Εισαγωγή: Οι χρήστες τοξικών ουσιών αποτελούν μια δύσκολη στη προσπέλαση ομάδα ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C. Η εφαρμογή των νεότερων αντικικών φαρμάκων έδωσε νέα ώθηση στην αντιμετώπιση αυτών των ασθενών.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας από την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C (με τα νεότερα αντικικά φάρμακα) με πρόσφατη ή ενεργό χρήση ΕΦ τοξικών ουσιών.

Μέθοδοι: Στη μελέτη μας έλαβαν μέρος 108 ασθενείς (Α/Γ=73/35) χρήστες ΕΦ τοξικών ουσιών. Οι περισσότεροι από αυτούς (75/101) ακολουθούν πρόγραμμα του ΟΚΑΝΑ. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε έλεγχο του HCV-RNA, του γονοτύπου του ιού και σε ελαστογραφία για την διαπίστωση του βαθμού της ηπατικής ίνωσης. Όλα τα άτομα με θετικό HCV-RNA υπεβάλλοντο σε αντικική αγωγή με τα νεότερα αντικικά φάρμακα ανάλογα με τον γονότυπο και τον βαθμό της ίνωσης.

Αποτελέσματα: Συνολικά, συνταγογράφηση της αγωγής έγινε και στους 108 ασθενείς. Από αυτούς οι 8(7.4%) δεν την έλαβαν ποτέ, ενώ από τους υπόλοιπους που την ξεκίνησαν, άλλοι 6(5,6%) παραβίασαν σημαντικά το πρόγραμμα λήψης των φαρμάκων. Η πλειοψηφία των ασθενών που δεν έλαβε ποτέ τη θεραπεία ή παραβίασε σημαντικά το θεραπευτικό πρωτόκολλο δεν ακολουθούσε πρόγραμμα του ΟΚΑΝΑ. Από τους υπολοίπους ασθενείς που συμπλήρωσαν επιτυχώς την θεραπεία 23/94(24.4%) δεν επανήλθαν στο τέλος της αγωγής για επανέλεγχο, αλλά αρκετά αργότερα. Συνολικά, σε πλήρη επανέλεγχο υπεβλήθησαν 75(69.4%) ασθενείς και το ποσοστό μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης ήταν 100%.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση αντικικής αγωγής σε χρήστες ΕΦ ουσιών παρουσιάζει αυξημένες δυσκολίες στην παρακολούθηση και την συμμόρφωση των ασθενών. Η πολυεπίπεδη προσέγγιση μέσω στενής συνεργασίας με τις δομές του ΟΚΑΝΑ μπορεί να οδηγήσει σε υψηλά ποσοστά μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης.

AA57: ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ «LONG COVID»

Αυδής Θ.¹, Κρανιδιώτη Χ.¹, Σπανουδάκη Α.¹, Παπαδόπουλος Ν.¹, Deutsch M.¹

1. Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Παρόλο που η πλειονότητα των ασθενών παρουσιάζει πλήρη ίαση μετά από νόσηση με COVID-19, περίπου 10-20% φαίνεται να εμφανίζουν το σύνδρομο «long COVID». Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο όρος «σύνδρομο long COVID» αποδίδεται σε περιστατικά με συμπτώματα, σημεία και επιπλοκές που εμμένουν ή εμφανίζονται 4 εβδομάδες μετά τη λοίμωξη από SARS-CoV-2 και δεν μπορούν να ερμηνευτούν με άλλο τρόπο. Το σύνδρομο περιλαμβάνει συνήθως κόπωση, συμπτώματα από το αναπνευστικό, καρδιαγγειακό ή νευρικό σύστημα. Η οξεία ηπατίτιδα μετά από COVID αποτελεί μία σπάνια εκδήλωση και θα μπορούσε να συμπεριληφθεί στο ανωτέρω σύνδρομο.

Σκοπός: Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με οξεία ηπατίτιδα μετά από λοίμωξη COVID-19.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Γυναίκα, 17 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσέρχεται στο ηπατολογικό ιατρείο με συμπτωματολογία εύκολης κόπωσης και ανορεξίας από 20ημέρου. 4 εβδομάδες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων, η ασθενής είχε νοσήσει από λοίμωξη COVID-19 κατά την διάρκεια της οποίας ήταν ασυμπτωματική, δεν έλαβε καμία φαρμακευτική αγωγή και δεν χρειάστηκε εξέταση ή νοσηλεία σε νοσοκομείο. Προσκομίζει εργαστηριακό έλεγχο από τον οποίο εμφάνιζε WBC:6,64 x 10.e3/uL (72% lymph), Hgb:13,1 g/dl, PLT: 183 x 10.e3/uL, παθολογικές τιμές ηπατικών ενζύμων με AST: 316 U/L (<34 U/L), ALT: 646 U/L (<55 U/L), γGT: 78 U/L (<36 U/L), ALP: 65 U/L (<150 U/L), LDH: 538 U/L, ολική χολερυθρίνη: 0.7 mg/dL), CRP: 0.86 mg/dL (<1.0 mg/dL), INR:1,1.

Εστάλη έλεγχος για ιογενείς ηπατίτιδες (HAV, HBV, HCV, HEV) ο οποίος ήταν αρνητικός, κολλαγονικός έλεγχος: A.N.A (-), Anti-ds-D.N.A (-), A.M.A (-), A.S.M.A (-), A.P.C.A (-) και ανοσολογικός έλεγχος που ανέδειξε αυξημένη τιμή IgM: 419 mg/dl (40 -230 mg/dl) με φυσιολογικές τιμές των ανοσοσφαιρινών IgG και IgA. Ο έλεγχος για ηπατοτρόπους ιούς: CMV, EBV, HSV, VZV και Τοχο ανέδειξε αυξημένες τιμές IgM, ως οξεία λοίμωξη, για όλους τους ιούς. Η ασθενής εμφάνισε σταδιακή βελτίωση των εργαστηριακών ευρημάτων και της συμπτωματολογίας, με φυσιολογικές τιμές τρανσαμινασών μετά από 3 εβδομάδες, χωρίς να λάβει φαρμακευτική αγωγή. Συνοψίζοντας τα παραπάνω ευρήματα, η ασθενής μας παρουσίασε οξεία ανικτερική ηπατίτιδα με αυτόματη ίαση. Η συνδρομή που εμφάνισε έχει μερικές ιδιαιτερότητες: μεγάλη αύξηση IgM χωρίς μονοκλωνικό κλάσμα και χωρίς χαρακτηρισ



Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Ε Ι Σ Ε - P O S T E R

κρυοσφαιρίνης. Αυτή ήταν και η αιτία της θετικότητας IgM για όλους τους ερπητοϊούς και το τοξόπλασμα. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί σαν ιδιαίτερη διασταυρουμένη ανοσολογική αντίδραση στον ιό SARS-CoV-2. Περιπτώσεις ανάλογες περιγράφονται σπάνια στη βιβλιογραφία.

Συμπεράσματα: Οι μηχανισμοί με τους οποίους ο SARS CoV 2 προκαλεί ηπατική βλάβη, είναι ακόμα υπό διερεύνηση. Η αύξηση της IgM ως απόκριση στην οξεία λοίμωξη θα μπορούσε να αποτελέσει σημείο αναφοράς για ένα διαφορετικό τρόπο προσβολής του ήπατος από τον SARS CoV 2.



Ευρετήριο ονομάτων



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

ΟΝΟΜΑ	ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑ	ΣΕΛΙΔΑ
Deutsch M.	6, 10, 13, 60, 61, 63, 64, 70	Βέργος Ι.	14
Αγγελετοπούλου Ι.	14, 35, 49	Βερετάνος Χ.	11, 48
Αγοραστού Π.	4, 7, 8, 9, 12, 17, 21, 55	Βέττας Χ.	28, 63
Αδάμου Ε.	47	Βιάζης Ν.	11, 47, 48
Αθανασόπουλος Σ.	10	Βιέννα Ε.	47
Αθουσάκη Ασ.	67, 68	Βλαχάκη Ε.	29
Αλεξόπουλος Θ.	15, 24, 26, 48, 55	Βλαχάκης Δ.	63
Αλεξοπούλου Α.	15, 24, 26, 48, 51, 55	Βλαχογιαννάκος Ι.	23
Αλμπάνη Φ.	47	Βούλγαρης Θ.	23
Αλοίζος Γ.	6,	Βουμβουράκη Α.	11
Αναγνώστου Ο.	5, 50	Γαλάνης Π.	19, 25
Αναστασίου Ευ.	68	Γαργουλάκη Μ.	5
Ανδρονικίδη Π.Ε.	61	Γασέλης Ν.	19, 27, 29
Ανδρουλάκης Γ.	5, 7, 55	Γελαδάρη Ε.	15, 26, 48, 56, 58
Αντωνιάκη Π.	21, 50, 61	Γερογιάννης Δ.	14, 27
Αντωνιάδης Ν.	28, 54	Γεροδημητρώ Β.	30
Αντωνίου Αικ.	27, 29	Γεωργακοπούλου Β.	14, 27
Αποστολός Α.	35	Γεωργιάδη Τ.	47, 48
Αρακαδάκη Κ.	49	Γεωργιάδου Σ.	27, 29
Αρβανίτη Π.	27	Γεωργιάκη Β.	14, 27
Αρβανίτης Κ.	11, 47, 48	Γεωργίου Χ.	37
Αρκαδόπουλος Ν.	17, 65	Γεωργοπούλου Β.	54
Αρμύρος Π.	38, 39, 40, 42	Γεωργοπούλου Ε.	69
Αρνάς Ν.	35, 69, 70	Γιαννακοδήμος Α.	14, 27
Αρχαύλης Ε.	11, 47, 48	Γιαννακόδημος Ι.	25
Ασπιώτη Μ.	16	Γιαννακόπουλος Α.	30
Αυγερινός Α.	37	Γιανναράκης Μ.	19
Αυδής Θ.	70	Γιαννοπούλου Μ.Α.	61
Βαγιώτας Λ.	28	Γιαννούλης Γ.	27, 29
Βαδαρλής Α.	37	Γιασεμή Ι.	37
Βαΐτου Α.	27, 29	Γιοβάνης Ε.	37
Βαρελά Π.	44	Γιουλεμέ Ο.	28
Βασιλειάδη Σ.	6, 13, 21, 50, 61	Γκαμπέτα Στ.	27, 29
Βασιλειάδου Σ.	64	Γκέκα Δ.	64
Βασιλείου Κ.	37	Γκίοκα Α.Ι.	66
Βασιλείου Π.	65	Γκιούλα Γ.	4, 6
Βασιλίστα Λ.	15, 24, 26, 48, 55	Γκούντας Η.	37
Βασιλόπουλος Δ.	36, 60	Γκρανόπουλος Ι.	7, 55
Βατίδης Γ.	19, 27, 29	Γόμπος Γ.	35, 68, 69, 70
Βεζάκης Α.	17	Γούλας Α.	62
Βελισσάρης Δ.	49	Γουλής Ι.	4, 7, 8, 9, 12, 17, 19, 21, 28, 34, 55



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

ΟΝΟΜΑ	ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑ	ΣΕΛΙΔΑ
Γυφτόπουλος Α.	14, 27	Καναλουπίτης Σ.	35, 58
Γώγος Χ.	49	Κανάρη Μ.	58
Δαφνή Μ.	46	Κανέλλου Π.	67, 68
Δελαστίκ Α.Λ.	14	Κανή Χ.	13
Δελλαπόρτας Δ.	17	Καπάταης Α.	33, 38, 39, 40, 41, 42, 43
Δελτσίδου Α.	44	Καπάταης Χ.	33, 38, 39, 40, 41, 42, 43
Δέτση Ι.	5	Καπετάνος Δ.	37
Δηλανάς Μ.	60	Καραγεώργος Χ.	62
Δημητρίου Α.	37	Καραγιαννάκης Δ.	23, 25
Δημοπούλου Κ.	17	Καραγιώργος Χ.	21
Δημουλιός Φ.	37	Καραγκούννης Β.	5
Διαμαντίδης Μ.	29	Καραϊβάζογλου Κ.	49
Διαμαντοπούλου Γ.	8, 14, 35, 49	Καραμανάκος Γ.	14, 27
Δουγαλής Α.	63	Καραούζας Λ.	11, 47
Δραγώνα Β.Μ.	66	Καραουλάνη Θ.	33, 38, 39, 40, 41, 42, 43
Δρυμούση Α.	5, 6	Καραταπάνης Σ.	35, 68, 69, 70
Δωροβίνης Π.	20, 52, 53, 65	Καρκανέβατος Χ.	7, 55
Ελευσινιώτης Ι.	16, 19, 22, 25, 57	Καρτσώλη Σ.	45
Εμφιετζή Σ.	4	Κατσανδρή Αικ.	58
Εξαρχοπούλου Δ.	58	Κατσάνος Γ.	28, 54
Εξηντάρη Μ.	4, 6	Κατσάνος Κ.	45
Ευλιάτη Λ.	29	Κατσίκη Ευ.	54
Ευταξίας Χ.	37	Κατσιλή Α.	5, 70
Ζερβός Ν.	32, 53	Κατσιολούδης Π.	37
Ζησιμόπουλος Κ.	8, 24, 49	Καττάμης Α.	29
Ηλιάδη Ε.	14, 27	Κατωπόδη Κ.	11, 47
Ηλίας Α.	37	Καφεντζή Θ.	8, 14
Θανοπούλου Α.	10	Καφίρη Γ.	62
Θεόπιστος Β.	45	Κεραζή Ε.	69
Θεοχάρης Α.	5	Κεραμίδα Μ.	20, 52, 53, 65
Θωμάς Κ.	36	Κιαπίδου Σ.	54
Θωμόπουλος Κ.	8, 14, 35, 49	Κιτνα Α.Α.	33, 38, 41, 43
Ίσσαρης Β.	35	Κληρονόμος Ε.	29
Καβούρη Ε.	25	Κόγιας Δ.	4
Καβουσανάκη Μ.	67, 68	Κοζομπόλη Δ.	47
Καλαϊτζάκης Α.	69	Κολλητσίδα Μ.	5, 6
Καλαμπαλίκης Β.	7, 55	Κόλλια Στ.	5
Καλαμπόκης Γ.	45	Κόντης Ι.	17
Καλλιотζόγλου Α.	69	Κοντογιάννη Μ.	15, 26, 48
Καλύβα Κ.	5	Κοντογιώργος Ι.	32, 53
Καμηλίου Κ.	14	Κοντοπούλου Κ.	59



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

ΟΝΟΜΑ	ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑ	ΣΕΛΙΔΑ
Κοσκίνας Ι.	10, 29	Λυγούρα Β.	27, 29
Κοσμάς Ν.	66	Λυκούδης Π.	17
Κοτανίδης Ν.	37	Λυμπερόπουλος Δ.	58
Κότσαλης Α.	5, 6	Λυμπερόπουλος Λ.	63
Κουκιάς Στ.	67, 68	Μαγγανάς Κ.	29
Κουλεντάκη Μ.	11	Μάθου Ν.	7, 30
Κουλλιάς Ε.	10	Μακροβασίλη Φ.	4
Κουντούρη Α.	33, 38, 39, 40, 41, 42, 43	Μαλαγάρη Κ.	64
Κουράκλη Α.	29	Μανδέλλου Μ.	49
Κουρούμαλης Η.	11	Μανδηλαρά Δ.	16, 19, 22, 25, 57
Κουρουφέξη Α.	37	Μάνη Η.	15, 24, 26, 48, 55
Κούσκουρα Μ.	49	Μαντά Α.	46
Κουσοπούλου Ν.	37	Μάντζαρης Γ.	11, 47, 48
Κουστένης Κ.	11, 48	Μάντζος Δ.	46
Κούτρας Ν.	49	Μανώλακα Χ.	35, 68, 69, 70
Κουτραφούρης Ι.	19, 25	Μανωλακόπουλος Σ.	21, 23, 50, 61, 62
Κουτσιανάς Χ.	36	Μανωλοπούλου Α.	7, 55
Κουτσουβέλη Σ.Α.	8	Μάρης Θ.	37
Κουτσουφλιανιώτης Κ.	59	Μαρκάκης Γ.	23, 25
Κρανιδιώτη Χ.	21, 50, 61, 62, 70	Μαρκοπούλου Κ.	49
Κρανιδιώτης Γ.	21, 61	Μαστορογιάννη Ι.Ν.	32, 53
Κροντηρά Σ.	46	Ματσούκα Ε.	33, 38, 39, 40, 41, 42, 43
Κυδώνα Χ.	28, 63	Μαχαίρας Ν.	20, 52, 53, 65
Κύκαλος Σ.	20, 52, 53, 65	Μελά Μ.	11, 47, 48
Κυπριανού Ε.	37	Μηνά Χ.	37
Κυριαζή Ν.	22, 25, 57	Μητράκος Μ.Ε.	61
Κωνσταντινίδης Θ.	4	Μητράκου Α.	10
Κωνσταντινίδου Μ.	30	Μιμίδης Κ.	4, 14, 27
Κωνσταντουδάκης Σ.	63	Μίχα Κ.	5
Κωνσταντουλάκης Μ.	17	Μιχαηλίδου Ε.	25
Κωσταρά Χ.	45	Μιχαηλίδου Μ.	49
Λακιωτάκη Δ.	25	Μιχαλάκη Μ.	35, 49
Λαλέα Μ.	33, 38, 39, 40, 41, 42, 43	Μιχελάκης Ι.	46
Λαμούρη Χ.	45	Μουζάκη Α.	14
Λαμπρόπουλος Π.	38, 39, 40, 42	Μουντάκη Α.	11, 47
Λαούδη Ε.	23	Μουσαβερέ Ι.	45
Λαφιατής Ι.	29	Μουτζούκης Μ.	45
Λιάβα Χ.	54, 63	Μπαϊρακτάρη Ε.	45
Λιονή Α.	46, 63	Μπαλή Τ.	14, 27
Λογιώτη Κ.	66	Μπάρλα Γ.	16, 19, 22
Λουριδά Θ.	14	Μπασούλης Δ.	24, 27



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

ΟΝΟΜΑ	ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑ	ΣΕΛΙΔΑ
Μπέκα Ε.	47, 48	Παπάζογλου Γ.	67, 68
Μπίνου Π.	63	Παπαθεοδωρίδης Γ.	23, 25
Μπούκλα Α.	4	Παπακωνσταντίνου Φ.	35, 68, 69, 70
Μπούκλας Δ.	17	Παπανικολάου Ν.	67, 68
Μπουλούτα Α.	35	Παπαντωνίου Κ.	35
Μυσερλή Ε.	4	Παπαρίζου Α.	11, 47
Μυωτέρη Δ.	17	Παπαστεργίου Β.	11, 35, 47, 48, 68, 69, 70
Νάστος Κ.	17	Παπχιάνου Ε.	32, 53
Νικητέας Ν.	52, 53	Παραλόγλου Μ.	7
Νικολάου Κ.	7, 55	Παρασκευά Κ.	30
Νικολόπουλος Γ.	37	Παρισάκη Α.	7, 55
Νότας Γ.	11	Πάστρας Πλ.	35
Νούσιας Γ.	47	Παυλής Α.	37
Ντάιος Γ.	27, 29	Παυλοπούλου Θ.	33, 38, 39, 40, 41, 42, 43
Νταλέκος Γ.	19, 27, 29	Παχούμη Δ.	49
Ντελίκου Σ.	29	Πετρίδης Γ.	59
Ντέσκακας Γ.	68	Πετρογιαννόπουλος Λ.	6
Ντόιτς Μ.	19, 21, 36, 50, 62	Πετρόπουλος Κ.	58
Ντόνα Κ.	32, 53	Πετρουλάκη Ε.	5
Ντουράκης Σ.	56	Πιτέργια Ε.	32
Ξενοφώντος Ε.	37	Πλέκη Στ.	19, 21
Ξυδάκη Α.	29	Πλέσσα Κ.	13
Ξυδάκης Κ.	11	Πολυζου-Κωνστα Μ.Α.	61
Ξυντάρης Μ.	33, 38, 41, 43	Πούλια Β.	66
Οικονόμου Θ.	7, 34, 55, 63	Πούλια Κ.Α.	25
Ουρανός Κ.	19	Ρόδη Μ.	14
Ουρανού Ε.	33, 38, 41, 43	Ροδίτης Δ.	35, 68, 69, 70
Παναγάκου Στ.	61	Ροδοσθένους Κ.	7, 21, 55, 67, 68
Παναγιωτακόπουλος Α.	58	Σαββίδου Σ.	7, 8, 9, 12, 17, 21, 55, 59
Παναγιωτόπουλος Α.	60	Σαγρής Δ.	27, 29
Παναγιωτούνη Μ.	19, 25	Σακκά Δ.	25
Παναγόπουλος Χ.	58	Σαμακίδου Α.	27, 29
Πανάς Π.	63	Σαμάρκος Μ.	14, 27
Πανοπούλου Μ.	4	Σαμωνάκης Δ.	11, 19
Πάντζιος Σ.	16, 19, 22, 25, 57	Σαρρή Γ.	58
Παπαγεωργίου Ε.	19, 22	Σβερώνη Δ.	27, 29
Παπαγιουβάννη Ι.	7, 12, 21, 28, 55, 63	Σεβαστιανός Β.	58, 61
Παπαδημητρόπουλος Β.	51, 56	Σέγκου Ι.	51
Παπαδόπουλος Θ.	6	Σιδηρά Ε.	4
Παπαδόπουλος Ν.	6, 13, 21, 50, 59, 60, 61, 64, 70	Σινάκος Ε.	6, 12, 19, 28, 34, 54, 63
		Σκορδά Λ.	66



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

ΟΝΟΜΑ	ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑ	ΣΕΛΙΔΑ
Σκούμας Ν.	22, 25	Τσεκούρα Π.	5, 7, 55
Σολωμού Σ.	33, 38, 39, 40, 41, 42, 43	Τσιαμπέρας Ν.	59
Σπανουδάκη Α.	19, 21, 46, 63, 70	Τσίγκας Α.Π.	15, 26, 48
Σταθοπούλου Ι.	19, 22, 25	Τσιμιχόδημος Β.	45
Σταματάκης Α.	16	Τσιντώνη Α.	8, 14, 35
Σταματόπουλος Κ.	5, 6	Τσιρογιάννη Ε.	5, 7, 55
Σταμόπουλος Π.	20, 52, 53, 65	Τσομίδης Ι.	11
Σταυρίδου Β.	5, 7, 55	Τσονιώτη Β.	61
Στεργιούλα Δ.	27	Τσούκα Γ.	61
Στέφος Α.	27, 29	Τσουλφάς Γ.	12, 28, 34, 54
Στρουμπούλη Ε.	15, 26, 48	Τσουνής Ε.	8, 14, 35, 49
Συρίχα Α.	16, 19, 22, 25, 57	Υφαντή Α.	33, 38, 39, 40, 41, 42, 43
Σύψας Ν.	14, 27	Φιλίππου Α.	13
Σωτηριάδου Β.	7, 55	Φούζα Α.	12
Σωτηρόπουλος Γ.	20, 65	Φουσέκης Φ.	45
Σωτηρόπουλος Χρ.	35	Φράγκου Ν.	12, 63
Τάνης Χ.	5, 7, 55	Φραγκουλίδης Γ.	17
Τασσόπουλος Ν.Κ.	7	Φρόνας Γ.	35, 69, 70
Τέντα Ρ.	15, 26, 48	Φυλάκτου Α.	4
Τζαβάρα Β.	46	Φυτίλη Χ.	69
Τζαλίδη Μ.	35, 68, 69, 70	Φωτακίδου Χ.	7, 55
Τζαμπούρας Ν.	45	Χαλκιαδάκης Μ.	5
Τζαννίνης Ρ.	59	Χατζάκης Α.Ε.	7
Τζωράκη Μ.	35, 68, 69, 70	Χατζάρας Ι.	65
Τηνιακού Κ.	17, 23, 51, 56	Χατζηαντωνίου Α.	35, 68, 69, 70
Τόλης Χ.	37	Χατζηγιάννη Α.	23
Τομαρά Ν.	65	Χατζηγιάννη Αιμ.	36
Τοπαλίδου-Στεπιν Γ.	5	Χατζηδήμου Μ.	7, 55
Τουλουμενίδης Δ.	32, 53	Χατζηευαγγελινού Χ.	47, 48
Τουρκοχρήστου Ε.	8, 14, 49	Χατζηγιάννου Α.	12, 28, 54
Τριάντος Χ.	8, 14, 35, 49	Χατζηπαναγιώτου Ο.	14, 27
Τρίκολα Α.	11, 48	Χίνη Μ.	66
Τσαγκιά Σ.	33, 38, 39, 40, 41, 42, 43	Χολόγκιτας Ε.	14, 23, 25, 27
Τσάκαλης Ν.	38, 39, 40, 42	Χρηστίδου Α.	11, 47, 48
Τσακαλίδου Σ.	12, 28, 34	Χριστοδουλίδου Χ.	61
Τσακνάκης Γ.	32	Χριστοδούλου Δ.	45
Τσακνή Α.	28, 34	Χριστοφορίδη Μ.	6
Τσαντήλας Α.	5, 6	Χρύσανθος Ν.	49
Τσαπλάρης Π.	35	Χύτας Η.	63
Τσαρούχης Κ.	37	Χυτίρογλου Π.	9, 17
Τσατσά Α.	47, 48	Ψύχος Ν.	45
Τσαφαράκη Στ.	64		

