
Annals of Gastroenterology

Official Journal of the Hellenic Society of Gastroenterology

GENERAL INFORMATION

ISSN Print Edition: 1108-7471

ISSN Electronic Edition: 1792-7463

Journal Homepage: www.annalsgastro.gr

Journal citation: *Annals of Gastroenterology* is published on behalf of the Hellenic Society of Gastroenterology, representing the Society's official Journal. Please cite articles of the journal as Author name AB. Title of article. Ann Gastroenterol year;volume:pages.

Aims and scope: The journal aims to cover all sections of Gastroenterology and Hepatology, providing teaching, practical and professional support for clinicians dealing with the gastroenterological disorders. It publishes, after

peer-review process, papers concerning both clinical and basic research.

Copyright: © 2016 Hellenic Society of Gastroenterology

Abstracting and indexing services: *Annals of Gastroenterology* is abstracted/indexed in the following databases: PubMed, PubMed Central, Scopus, ESCI, EMBASE/Excerpta Medica, EBSCO, SJR, Genamics Journal Seek, Google Scholar, Index Copernicus, Open J-Gate, DOAJ, GFMER, HINARI, Academic Journals Database.

GOVERNING BOARD OF THE HELLENIC SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY (2016)

President: S. Georgopoulos

A' Vice President: S. Michopoulos

B' Vice President: G. Kolios

Secretary-General: N. Viazis

Secretary: K. Paraskeva

Treasurer: D. Tzilves

Members: S. Karatapanis

K. Kotzampassi

D. Tampakopoulos

HELLENIC SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY

67, Demokratias Ave.,
GR 15451 Athens, Greece

Tel.: +30-2106727531-3

Fax: +30-2106727535

e-mail: annalsgastro@hsg.gr

Publisher

Hellenic Society
of Gastroenterology

Editor-in-Chief

I. Koutroubakis

e-mail: annalsgastroed@gmail.com

Annals *of* Gastroenterology

Volume 29 • Supplement • November 2016 • ISSN 1108-7471

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

I. Koutroubakis
Heraklion Greece

Editorial Assistant

C. Zavos
Thessaloniki Greece

Emeriti Editors

I. Danielides
Athens Greece

I. Karagiannis
Athens Greece

J. Triantafyllidis
Athens Greece

Associate Editors

P. Katsinelos
Thessaloniki Greece

G. Kolios
Alexandroupolis Greece

G. Mantzaris
Athens Greece

J. Papaconstantinou
Athens Greece

K. Triantafyllou
Athens Greece

Statistical Advisors

A.B. Haidich
Thessaloniki Greece

J. Moschandreas
Heraklion Greece

V. Sypsa
Athens Greece

A. Tatsioni
Ioannina Greece

Section Editors

Basic research

G. Bamias
Athens Greece

D. Bogdanos
Larissa Greece

M. Gazouli
Athens Greece

T. Hori
Kyoto Japan

K. Papadakis
Rochester USA

UGI

G. Anagnostopoulos
Athens Greece

N. Eleftheriadis
Thessaloniki Greece

E.C. Gorospe
Rochester USA

K. Thomopoulos
Patras Greece

J. Vlachogiannakos
Athens Greece

LGI-IBD

A. Kapsoritakis
Larissa Greece

K. Karmiris
Heraklion Greece

K. Katsanos
Ioannina Greece

J. Lindsay
London UK

N. Viazis
Athens Greece

Liver

E. Cholongitas
Thessaloniki Greece

G. Germanidis
Thessaloniki Greece

D. Samonakis
Crete Greece

C. Triantos
Patras Greece

E. Tsochatzis
London UK

Pancreas-Biliary tract

D. Christodoulou
Ioannina Greece

G. Papachristou
Pittsburgh USA

I. Papanikolaou
Athens Greece

S.S. Rana
Chandigarh India

G. Stefanidis
Athens Greece

GI Endoscopy

A. Eckardt
Wiesbaden Germany

D. Kapetanos
Thessaloniki Greece

A. Koulaouzidis
Edinburgh UK

F.W. Leung
Los Angeles USA

K. Yao
Fukuoka Japan

GI Motility

G. Karamanolis
Athens Greece

K. Mimidis
Alexandroupolis Greece

S. Sgouros
Athens Greece

D. Sifrim
London UK

GI Surgery

C. Dervenis
Athens Greece

G. Sotiropoulos
Athens Greece

I. Tsiaoussis
Athens Greece

G. Tzouvaras
Larissa Greece

V. Tsikitis
Tucson USA

GI Pathology

K. Petraki
Athens Greece

M. Tzardi
Heraklion Greece

Pediatrics

M. Fotoulaki
Thessaloniki Greece

E. Roma
Athens Greece

GI Radiology

P. Prassopoulos
Alexandroupolis Greece

D. Tsetis
Heraklion Greece

GI Oncology

W.M. Saif
Boston USA

J. Souglakos
Heraklion Greece

D. Tzilves
Thessaloniki Greece

N. Uedo
Osaka Japan

Annals *of* Gastroenterology

Volume 29 • Supplement • November 2016 • ISSN 1108-7471

ADVISORY BOARD

S.N. Adler
Jerusalem Israel

E. Akriviadis
Thessaloniki Greece

R. Bataller
Barcelona Spain

R. Bisschops
Leuven Belgium

M. Buti
Barcelona Spain

J.F. Colombel
New York USA

S. Danese
Milan Italy

T. Dassopoulos
St. Luis, USA

S. Dourakis
Athens Greece

C. Hassan
Rome Italy

N. Figura
Siena, Italy

C. Gasche
Vienna Austria

M. Gassul
Barcelona Spain

D. Hommes
Los Angeles USA

H. Inoue
Tokyo Japan

D. Karamanolis
Athens Greece

P. Karayiannis
Nicosia Cyprus

J. Kountouras
Thessaloniki Greece

E. Kouroumalis
Thessaloniki Greece

E. Kuipers
Rotterdam The Netherlands

S. Ladas
Athens Greece

P. Lakatos
Budapest Hungary

O. Lesch
Vienna Austria

G. Leontiadis
Ontario Canada

S. Manolakopoulos
Athens Greece

A. Mantides
Athens Greece

S. Michopoulos
Athens Greece

C. O' Morain
Dublin Ireland

I. Mouzas
Heraklion Greece

V. Nikolopoulou
Patras Greece

S. Odes
Beer-Sheva Israel

G. Papatheodoridis
Athens Greece

G. Paspatis
Heraklion Greece

J. Plevris
Edinburgh UK

S. Potamianos
Larissa Greece

M. Pimentel
Los Angeles USA

Ch. Pothoulakis
Los Angeles USA

T. Rokkas
Athens Greece

R. Safadi
Jerusalem Israel

T. Savides
San Diego USA

W. Sandborn
San Diego USA

B. Saunders
London UK

J. Schoelmerich
Frankfurt Germany

E. Stange
Stuttgart Germany

J. Tack
Leuven Belgium

P. Tekkis
London UK

M. Thursz
London UK

E. Tsianos
Ioannina, Greece

C. Tysk
Orebro Sweden

G. Van Assche
Leuven Belgium

S. Vermeire
Leuven Belgium

H. Wedemeyer
Munster Germany



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ**

36⁰ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

**24-27 Νοεμβρίου 2016
Ξενοδοχείο Divani-Caravel
Αθήνα**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ 2016

Πρόεδρος	Σ.Δ. Γεωργόπουλος
Α' Αντιπρόεδρος	Σπ. Μιχόπουλος
Β' Αντιπρόεδρος	Γ. Κολιός
Γενικός Γραμματέας	Ν. Βιάζης
Ειδικός Γραμματέας	Κ. Παρασκευά
Ταμίας	Δ. Τζιλβές
Μέλη	Σ. Καραταπάνης
	Κ. Κοτζάμπαση
	Δ. Ταμπακόπουλος

ΜΕΛΗ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πρόεδρος	Α. Μαντίδης
Γραμματέας	Χ. Καρακόϊδας
Μέλη	Κ. Σουφλέρης
	Γ. Μπάμιας
	Δ. Πολύμερος

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πρόεδρος	Γ. Παπαθεοδωρίδης
Αντιπρόεδρος	Κ. Θωμόπουλος
Γραμματέας	Σ. Μανωλακόπουλος
Μέλη	Ι. Γουλής
	Κ. Κατσάνος

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY

Διευθυντής Σύνταξης	Ι. Κουτρομπάκης
---------------------	-----------------

ΕΞΕΛΕΓΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος	Α. Νταιλιάνας
Μέλη	Π. Μπομπότση, Σπ. Σγούρος

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Πρόεδρος Δ. Χριστοδούλου
Αντιπρόεδρος Κ. Δελής
Γραμματέας Θ. Εμμανουήλ

ΤΜΗΜΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ - ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ

Πρόεδρος Σ. Δελακίδης
Αντιπρόεδρος Δ. Δανδάκης
Γραμματέας Ι. Παπανικολάου

ΤΜΗΜΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ – ΠΡΩΚΤΟΥ

Πρόεδρος Γ. Καραμανώλης
Αντιπρόεδρος Ι. Παπακωνσταντίνου
Γραμματέας Κ. Μανουσάκης

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Πρόεδρος Ι. Πιλπιλίδης
Αντιπρόεδρος Α. Αυγερινός
Γραμματέας Κ. Παπαξοϊνης

ΤΜΗΜΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ «ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ»

Πρόεδρος Α. Πρωτοπαπάς
Αντιπρόεδρος Α. Ηλίας
Γραμματέας Α. Γατοπούλου

ΤΜΗΜΑ ΔΟΚΙΜΩΝ ΜΕΛΩΝ

Πρόεδρος Π. Γκολφάκης
Αντιπρόεδρος Λ. Βαρυτιμιάδης
Γραμματέας Χ. Καπιζιώνη

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Πρόεδρος Β. Χασκώνη
Αντιπρόεδρος Α. Κολοτούρου
Γραμματέας Ε. Καραγιάννη

35ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος	Ι. Κουτρομπάκης
Γενικός Γραμματέας	Κ. Καρμίρης
Ειδικοί Γραμματείς	Κ. Κατσάνος
	Χ. Ζαβός
Ταμίας	Δ. Τζιλβές
Μέλη	Β. Βαλάτας
	Ν. Βιάζης
	Α. Θεοδωροπούλου
	Γ. Μπάμιας
	Λ. Μπουρίκας
	Π. Ουσταμανωλάκης
	Δ. Σαμωνάκης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος	Ι. Κουτρομπάκης	
Μέλη	Μ. Γαζούλη	Σ. Μιχόπουλος
	Κ. Θωμόπουλος	Γ. Παπαθεοδωρίδης
	Γ. Καραμανώλης	Ι. Παπακωνσταντίνου
	Π. Κατσινέλος	Ι. Παπανικολάου
	Α. Καψωριτάκης	Γ. Πασπάτης
	Γ. Κολιός	Κ. Τριανταφύλλου
	Γ. Μάντζαρης	Ε. Χολόγκιτας
	Κ. Μιμίδης	Δ. Χριστοδούλου

ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ Ε.Γ.Ε.

Εκπαίδευσης	Α. Μαντίδης
Έρευνας	Γ. Παπαθεοδωρίδης
Ενδοσκοπικού	Δ. Χριστοδούλου
Χοληφόρων-Παγκρέατος	Σ. Δελακίδης
Ογκολογικού	Ι. Πιλπιλίδης
Β. Ελλάδος «Μακεδονία»	Α. Πρωτοπαπάς
Δοκίμων Μελών	Π. Γκολφάκης
Νοσηλευτικού	Β. Χασκώνη

ΑΛΦΑΒΗΤΙΚΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΚΡΙΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ

Βαλάτας Βασίλειος
Βιάζης Νικόλαος
Θωμόπουλος Κωνσταντίνος
Καραμανώλης Γεώργιος
Κατσινέλος Παναγιώτης
Καψωριτάκης Ανδρέας
Μάντζαρης Γεράσιμος
Μιμίδης Κωνσταντίνος
Μιχόπουλος Σπυρίδων
Μπάμιας Γεώργιος
Παπαθεοδωρίδης Γεώργιος
Παπανικολάου Ιωάννης
Πασπάτης Γρηγόριος
Σαμωνάκης Δημήτριος
Τριανταφύλλου Κωνσταντίνος
Χολόγκιτας Ευάγγελος

ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ ΤΗΣ Ε.Γ.Ε.

1969	1° ΠΣΓ	Αθήνα	Γ. Βουλπιώτης
1971	2° ΠΣΓ	Αθήνα	Θ. Δοξιάδης
1974	3° ΠΣΓ	Αθήνα	Γ. Μιχαηλίδης
1976	4° ΠΣΓ	Αθήνα	Ν. Μοσχούτης
1979	5° ΠΣΓ	Αθήνα	Η. Φωκάς
1981	6° ΠΣΓ	Θεσσαλονίκη	Γ. Γουλής
1983	7° ΠΣΓ	Αθήνα	Κ. Νικολαΐδης
1985	8° ΠΣΓ	Ηράκλειο Κρήτης	Ο. Μανούσος
1987	9° ΠΣΓ	Αθήνα	Κ. Καρούτσος
1989	10° ΠΣΓ	Αθήνα	Χ. Βυσσούλης
1990	11° ΠΣΓ	Θεσσαλονίκη	Σ. Παρπούλας
1991	12° ΠΣΓ	Αθήνα	Η. Μαλλάς
1992	1η Ενωμένη	Ευρωπαϊκή Εβδομάδα Γαστρεντερολογίας	Κ. Αρβανιτάκης
1993	13° ΠΣΓ	Ρόδος	Ν. Νικολόπουλος
1994	14° ΠΣΓ	Αθήνα	Ν. Καλαντζής
1995	15° ΠΣΓ	Θεσσαλονίκη	Κ. Αρβανιτάκης
1996	16° ΠΣΓ	Αθήνα	Δ.Γ. Καραμανώλης
1997	17° ΠΣΓ	Ηράκλειο Κρήτης	Α. Νάκος
1998	18° ΠΣΓ	Αθήνα	Ν. Σκανδάλης
1999	19° ΠΣΓ	Θεσσαλονίκη	Γ. Κητής
2000	20° ΠΣΓ	Αθήνα	Σ. Λαδάς
2001	21° ΠΣΓ	Ιωάννινα	Ε. Τσιάνος
2002	22° ΠΣΓ	Αθήνα	Ι. Τριανταφυλλίδης
2003	23° ΠΣΓ	Θεσσαλονίκη	Ν. Ευγενίδης
2004	24° ΠΣΓ	Αθήνα	Θ. Ροκκάς
2005	25° ΠΣΓ	Θεσσαλονίκη	Ε. Γιαννούλης
2006	26° ΠΣΓ	Αθήνα	Ι. Καραγιάννης
2007	27° ΠΣΓ	Θεσσαλονίκη	Ι. Κουντουράς
2008	28° ΠΣΓ	Αθήνα	Α. Μαντίδης
2009	29° ΠΣΓ	Χαλκιδική	Ε. Παρασκευάς
2010	30° ΠΣΓ	Αθήνα	Μ. Τζιβράς
2011	31° ΠΣΓ	Θεσσαλονίκη	Ε. Ακριβιάδης
2012	32° ΠΣΓ	Αθήνα	Σ. Μιχόπουλος
2013	33° ΠΣΓ	Θεσσαλονίκη	Γ.Α. Πασπάτης
2014	34° ΠΣΓ	Αθήνα	Ι. Δανιηλίδης
2015	35° ΠΣΓ	Καλαμάτα	Γ. Παπαθεοδωρίδης
2016	36° ΠΣΓ	Αθήνα	Ι. Κουτρομπάκης

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ



FREI SA Travel-Congress

Παπαρρηγοπούλου 3, Πλατεία Κλαυθμώνος, 105 61, Αθήνα

Τηλ: 210-32 15 600, Fax: 210-32 19 296,

www.frei.gr, e-mail: info@frei.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΠΑ05

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΚΗΣ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ (ΑΝΤΙ-TNF- α)
N. Βιάζης,¹ M. Γιακουμάς,¹ Γ. Μπάμιας,² Δ. Γούκος,² Θ. Κουκουράτος,¹ K. Κατωπόδη,¹ Π. Καρατζάς,¹ X. Τριάντος,³ X. Τσολιάς,³ Γ. Θεοχάρη,³ Σ.Δ. Λαδάς,² Δ.Γ. Καραμανώλης,¹ Γ. Μάντζαρης¹

¹Γαστρεντερολογική Κλινική ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», ²Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική ΠΓΝΑ «Λαϊκόν», ³Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας

Σκοπός: Να ανιχνεύσουμε προγνωστικούς παράγοντες της βλεννογονικής επώλωσης (BE) σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (EK) σε θεραπεία με αντι-TNF α και αζαθειοπρίνη (AZA) ή μονοθεραπεία αντι-TNF α .

Μέθοδος: Προοπτική, πολυκεντρική, μονοετής μελέτη σε ασθενείς ηλικίας 25–65 ετών, με κορτικοστεροειδή/κορτικοανθεκτική EK χωρίς προηγούμενη αντι-TNF α θεραπεία. Οι ασθενείς έλαβαν συνδυασμένη θεραπεία αντι-TNF α και AZA για 6 μήνες και μετά αντι-TNF α μονοθεραπεία. Ομάδα ελέγχου συνέστησαν ασθενείς σε μονοθεραπεία αντι-TNF α που αρνήθηκαν συνδυασμένη θεραπεία ή είχαν ηλικία 16–25/ >65 έτη. Πριν και 12 και 54 εβδομάδες μετά θεραπεία υπολογίστηκε το ολικό σκορ Mayo και BE θεωρήθηκε το ενδοσκοπικό σκορ 0. Η βλεννογονική έκφραση T βοηθητικών (Tβ) ειδικών μεταγραφικών παραγόντων Tbet, Gata3, Rorc, FoxP3 πριν τη θεραπεία συσχετίστηκε επίσης με τη BE.

Αποτελέσματα: Από 67 ασθενείς, 58 (86,5%) έλαβαν συνδυασμένη και 9 (13,4%) μονοθεραπεία αντι-TNF α . Συνολικά 29 (43,3%) ασθενείς είχαν BE, με υψηλότερα ποσοστά για τη συνδυασμένη έναντι της μονοθεραπείας (28 έναντι 1, $p=0,03$) και στη συνδυασμένη θεραπεία σε ασθενείς που δεν είχαν λάβει ποτέ στο παρελθόν AZA, έναντι προεκτεθειμένων σε AZA ασθενών (18 έναντι 10, $P=0,01$). Η BE συσχετίστηκε, επίσης, με χαμηλότερη βλεννογονική έκφραση Th1-Tbet ($P<0,05$) και υψηλότερη Th17-Rorc ($P<0,05$) πριν τη θεραπεία.

Συμπεράσματα: Η BE συσχετίστηκε με συνδυασμένη θεραπεία, ιδίως σε ασθενείς χωρίς προηγούμενη θεραπεία με αντι-TNF α /AZA και προθεραπευτική χαμηλή και αυξημένη έκφραση των μεταγραφικών παραγόντων Tbet και Rorc στον βλεννογόνο, αντίστοιχα.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):13

ΠΑ07

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΣ ΚΑΥΣΟΣ: ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΣΙΤΑΛΟΠΡΑΜΗΣ, ΑΜΙΤΡΙΠΤΥΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΜΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

K. Δεναδάς, Δ. Καμπέρογλου, Σ.Δ. Λαδάς, Γ. Παπαθεοδωρίδης, Γ.Π. Καραμανώλης Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή: Ασθενείς με αρνητική ενδοσκόπηση και αρνητικό έλεγχο με pH-μετρία οι οποίοι έχουν ανθεκτικά συμπτώματα παλινδρόμησης μετά τη θεραπεία με αναστολείς αντλίας πρωτονίων (ΑΑΠ) πάσχουν από λειτουργικό καύσο (ΛΚ) (Κριτήρια Ρώμης ΙΙΙ). Σε ασθενείς με ΛΚ τα αντικαταθλιπτικά αποτελούν θεραπευτική επιλογή, αν και δεν υπάρχουν πολλές μελέτες για την αποτελεσματικότητά τους.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της σιταλοπράμης ή της αμιτριπυλίνης συγκριτικά με την μη-θεραπεία σε ασθενείς με ΛΚ.

Μέθοδος: Ασθενείς με φυσιολογική ενδοσκόπηση και τυπικά συμπτώματα παλινδρόμησης (αίσθημα καύσου, αναγωγές), παρά τη λήψη ΑΑΠ X^2 την ημέρα, υποβλήθηκαν σε 24ωρη pH-μετρία. Σε κάθε ασθενή καταγράφηκαν ο χρόνος έκθεσης του λείου οισοφάγου στο οξύ (ΧΕΟΟ) (% χρόνος με $pH < 4$) και ο συμπτωματικός δείκτης (ΣΔ). Οι ασθενείς με φυσιολογικό ΧΕΟΟ και αρνητικό ΣΔ πληρούσαν τα κριτήρια διάγνωσης του ΛΚ. Ακολούθως, οι ασθενείς έλαβαν τυχαία μία από τις τρεις θεραπείες για χρονικό διάστημα τριών μηνών: σιταλοπράμη 20 mg, αμιτριπυλίνη 50 mg, παρακολούθηση (χωρίς θεραπεία). Το καταληκτικό σημείο ήταν η εξαφάνιση των συμπτωμάτων της παλινδρόμησης στο τέλος της θεραπείας.

Αποτελέσματα: Σε μία χρονική περίοδο 2 ετών, σε 43 ασθενείς (27 γυναίκες, μέση ηλικία: 55 ± 17 έτη) έγινε διάγνωση ΛΚ και τυχαίοποιημένα έλαβαν μία φορά ημερησίως σιταλοπράμη (14 ασθενείς), αμιτριπυλίνη (14 ασθενείς) ή καθόλου θεραπεία (15 ασθενείς). Μετά το τέλος της θεραπείας πλήρης εξαφάνιση των συμπτωμάτων παλινδρόμησης παρατηρήθηκε σε 5 ασθενείς (35,7%) που έλαβαν θεραπεία με σιταλοπράμη, σε 6 ασθενείς (42,8%) που έλαβαν θεραπεία με αμιτριπυλίνη και μόνο σε 1 ασθενή (6,7%) που δεν έλαβε καθόλου αγωγή ($P=0,033$, για τη μη θεραπεία συγκριτικά με τη θεραπεία με σιταλοπράμη ή/και αμιτριπυλίνη).

Συμπεράσματα: Τόσο η σιταλοπράμη όσο και η αμιτριπυλίνη αποτελούν αποτελεσματικές φαρμακευτικές επιλογές στην συμπτωματική ανακούφιση ασθενών με λειτουργικό καύσο.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):13

ΠΑ06

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ INFlixIMAB ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ε. Ορφανουδάκη,¹ Μ. Γαζούλη,² Κ. Φωτεινογιαννοπούλου,¹ Ε. Θεοδωράκη,¹ Ε. Λεγάκη,² Α. Μάντακα,¹ Ι. Κουτρομπάκης¹

¹Γαστρεντερολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, ²Τομέας Βασικών Ιατρικών Επιστημών, Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Τα κατώτερα επίπεδα ορού του Infliximab (troughlevels, IFX-TL) έχουν προταθεί σαν σημαντική παράμετρος για τη βελτιστοποίηση θεραπείας των ασθενών με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (IFNE) που λαμβάνουν Infliximab. Σκοπός της παρούσας μελέτης αυτής ήταν να εκτιμηθεί η σχέση των IFX-TL με κλινικούς και βιοχημικούς δείκτες ενεργότητας σε Έλληνες ασθενείς με IFNE.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν διαδοχικοί ασθενείς με IFNE υπό συνεχή θεραπεία με infliximab. Σε όλους έγινε προσδιορισμός των IFX-TL (σε ορό από περιφερικό αίμα πριν την έγχυση, ELISA Eagle biodiagnosics) καθώς επίσης εκτίμηση της ποιότητας ζωής (SIBDQ), κλινικής δραστηριότητας [HBI για νόσο Crohn (NC), SCAI για ελκώδη κολίτιδα (EK)] και μέτρηση βιοχημικών δεικτών όπως CRP, TKE, αιμοσφαιρίνη, αιμοπετάλια και λευκωματίνη ορού.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 74 ασθενείς υπό infliximab, [55 NC και 19 EK, 49 άνδρες, μέση ηλικία 42,3 έτη, 45 σε συνδυασμένη θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά, 10 σε εντατικοποιημένο σχήμα (αύξηση δόσης ή βράχυνση διαστήματος)]. Η διάμεση τιμή IFX-TL ήταν 4,83 $\mu\text{g/ml}$ (0,03–30,7). Τα IFX-TL διαπιστώθηκε ότι είχαν στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με CRP ($r=-0,27$, $P=0,02$) τάση συσχέτισης με αριθμό αιμοπεταλίων ($r=-0,19$, $P=0,09$) αλλά καμία συσχέτιση με αιμοσφαιρίνη ($r=-0,08$, $P=0,48$), TKE ($r=0,09$, $P=0,42$), λευκωματίνη ($r=0,003$, $P=0,77$), SIBDQ ($r=-0,09$, $P=0,44$), HBI ($r=0,11$ $P=0,41$) και SCAI ($r=0,18$ $P=0,48$). Οι ασθενείς σε συνδυασμένη θεραπεία είχαν σημαντικά υψηλότερα IFX-TL (6,98 $\mu\text{g/ml}$, 0,34–30,7) σε σύγκριση με τους ασθενείς σε μονοθεραπεία (1,85 $\mu\text{g/ml}$, 0,09–25,8) ($P=0,01$). Δεν βρέθηκαν άλλες συσχετίσεις με επιμέρους χαρακτηριστικά νόσου.

Συμπεράσματα: Τα IFX-TL είναι σημαντικά υψηλότερα σε ασθενείς με συνδυασμένη θεραπεία σε σύγκριση με μονοθεραπεία και παρουσιάζουν κλινική συσχέτιση με τα επίπεδα CRP.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):13

ΠΑ08

ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΟΞΙΝΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΠΙΣΘΟΣΤΕΡΝΙΚΟ ΚΑΥΣΟ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΜΠΕΔΩΣΗ ΕΝΩ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ

N. Βιάζης, Ε. Τσοουκάλη, Κ. Κατωπόδη, Στ. Αναστασιάδης, Γ. Φιλίπιδης, Λ. Βαρυτιμάδης, Χ. Πόντας, Γ. Καραμπέκος, Μ. Μελά, Ε. Βιέννα, Δ. Γ. Καραμανώλης, Γ. Μάντζαρης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Να αναδείξουμε το ποσοστό των ασθενών με τυπικά συμπτώματα γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου (ΓΟΠΝ) που εμφανίζουν εμμένουσα όξινη παλινδρόμηση όταν υποβάλλονται σε 24ωρη πεχαμετρία-εμπέδωση, ενώ λαμβάνουν αναστολείς αντλίας πρωτονίων (ΑΑΠ).

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση σε προοπτικά συλλεγμέν αρχεϊακό υλικό (Νοέμβριος 2006–Αύγουστος 2016) επί ασθενών που υποβλήθηκαν σε 24ωρη πεχαμετρία-εμπέδωση στο Τμήμα μας λόγω οπισθοστερνικού καύσου. Οι ασθενείς είχαν προηγουμένως υποβληθεί σε ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού, χωρίς ευρήματα και είχαν λάβει θεραπεία με αναστολείς αντλίας πρωτονίων σε συνήθη δόση ($x 1$) – ομάδα Α ή σε διπλή δόση ($x 2$) – ομάδα Β, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 8 εβδομάδων, χωρίς ανταπόκριση. Η εμπέδωση πραγματοποιήθηκε με τους ασθενείς υπό θεραπεία και καταγράφηκε η έκθεση του περιφερικού οισοφάγου στο οξύ (% χρόνος με $pH < 4$). Ως όξινη παλινδρόμηση ορίστηκε χρόνος $> 1,6\%$ με οισοφαγικό $pH < 4$.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 192 ασθενείς, μέσης ηλικίας 55 έτη (διακύμανση 18-75 έτη), από τους οποίους οι 114 ήταν γυναίκες (59,4%). Από τους ασθενείς αυτούς, οι 81 ελάμβαναν αγωγή με ΑΑΠx1 (ομάδα Α) και οι υπόλοιποι 111 ελάμβαναν αγωγή με ΑΑΠx2 (ομάδα Β). Κατά τη διάρκεια της εμπέδωσης παθολογική όξινη παλινδρόμηση αναδείχθηκε σε 25 ασθενείς της ομάδας Α (30,8%) και σε 7 ασθενείς της ομάδας Β (6,3%).

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με τυπικά συμπτώματα ΓΟΠΝ που δεν ανταποκρίνονται στη συνήθη δόση ΑΑΠ θα πρέπει να χορηγείται διπλή δόση του φαρμάκου, πριν υποβληθούν σε 24ωρη πεχαμετρία-εμπέδωση. Μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό ασθενών με οπισθοστερνικό καύσο που δεν ανταποκρίνεται στη διπλή δόση ΑΑΠ εξακολουθεί να εμφανίζει όξινη παλινδρόμηση.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):13

ΠΑ09

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΑΣΤΡΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ GERD-X

N. Κοτσικόρος, K. Βασιλειάδης, M. Ροδιάς, N. Τσουκαλάς, A. Τρίκολα, E. Κυριακάκη, A. Παππάς, Γ. Στεφανίδης
Γαστρεντερολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Εισαγωγή: Η μέθοδος GERDX™ (G-SURG, Seeon, Germany), αντιμετωπίζει με καινοτόμο τρόπο την τεκμηριωμένη γαστροισοφαγική παλινδρομική νόσο (ΓΟΠΝ) σε ασθενείς χωρίς διαφραγματοκήλη. Επιτυγχάνει ενδοσκοπική θολοπλαστική ολικού πάχους και βασίζεται στη συσκευή θολοπλαστικής pdo (NDO plicator, Mansfield, Massachusetts, USA), με τη διαφορά ότι χρησιμοποιεί βραχίονες με υδραυλική και όχι μηχανική λειτουργία.

Σκοπός: Να διερευνηθεί η δυνατότητα διενέργειας ενδοσκοπικής θεραπείας της ΓΟΠΝ με τη μέθοδο GERDX.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Η μέθοδος εφαρμόστηκε σε δύο ασθενείς, έναν άνδρα 48 ετών και μία γυναίκα 23 ετών με τεκμηριωμένη ΓΟΠΝ, χωρίς διαφραγματοκήλη, εξαρτημένους από την αγωγή. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε υπό ρινοτραχειακή διασωλήνωση. Αφού μετρήθηκε το ύψος της γαστροισοφαγικής συμβολής, η συσκευή GERDX με προσαρμοσμένο ενδοσκόπιο διαμέτρου 6 χιλ προωθήθηκε στο θόλο του στομάχου. Ακολούθησε ενδοσκοπική θολοπλαστική ολικού πάχους με τοποθέτηση δύο ραμμάτων υπό άμεση, παλίνδρομη όραση.

Αποτελέσματα: Δεν υπήρξαν επιπλοκές. Οι ασθενείς διέκοψαν τη φαρμακευτική αγωγή, ενώ ελέγχθηκαν με πεχαιμετρία η οποία ήταν φυσιολογική.

Συμπέρασμα: Η μέθοδος GERDX αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία της ΓΟΠΝ σε ασθενείς χωρίς διαφραγματοκήλη.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):14

ΠΑ10

ΤΕΤΡΑΠΛΗ-ΧΩΡΙΣ-ΒΙΣΜΟΥΘΙΟ «ΥΒΡΙΔΙΚΗ» ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΡΙΩΣΗ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ: ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΨΥΧΛΗΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ

Σ.Δ. Γεωργόπουλος,¹ B. Παπαστεργίου,² H. Ξηρουχάκης,¹ I. Φαμηλιάς,³ Σ. Καραταπάνης²

¹Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρικό Π. Φαλήρου, ²Α Παθολογική Κλινική, ³Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρόδου

Εισαγωγή: Λόγω της συνεχούς αύξησης στα ποσοστά μικροβιακής αντοχής, η εκκρίωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (ΕΠ) παραμένει κλινική πρόκληση. Η υβριδική θεραπεία αποτελεί το νεότερο των τετραπλών-χωρίς-βισμούθιο σχημάτων, η αποτλεσματικότητα του οποίου σε πληθυσμό με υψηλή μικροβιακή αντοχή δεν έχει επαρκώς προσδιοριστεί.

Σκοπός: Να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια 14ήμερου «υβριδικού» σχήματος ως πρώτης-γραμμής θεραπείας εκκρίωσης του ΕΠ και να αξιολογηθεί η επίδραση της αντοχής στην αποτελεσματικότητα του σχήματος.

Υλικό-Μέθοδοι: Ανοιχτή, προοπτική μελέτη. Συμπεριελήφθησαν 125 πρωτοθεραπευόμενοι ασθενείς με λοίμωξη από ΕΠ (διάγνωση ιστολογικά ή/και με CLO-test). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν 14ήμερο σχήμα: 7 ημέρες διπλή (40 mg εσομεπραζόλη, αμοξικιλίνη 1 gr) ακολουθούμενη από 7 ημέρες τετραπλή θεραπεία (προσθήκη 500 mg κλαριθρομυκίνη και 500 mg μετρονιδαζόλη) (όλα b.i.d). Επιτυχής εκκρίωση ορίστηκε η αρνητική ιστολογική εξέταση ή δοκιμασία αναπνοής ουρίας, 4-6 εβδομάδες από το τέλος θεραπείας.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 118/125 ασθενείς (64,8% άρρνες, μ.η: 51,5 έτη, 32,8% καπνιστές, 25,6% πεπτικό έλκος) ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό πρωτόκολλο και επαλήθευσαν για έλεγχο εκκρίωσης. Ανεπιθύμητες ενέργειες αναφέρθηκαν στο 28,3%, και 1,7% διέκοψαν τη θεραπεία λόγω σοβαρών παρενεργειών. Καλή συμμόρφωση (>90% της θεραπείας) παρατηρήθηκε στο 95,8%. Επιτυχής εκκρίωση παρατηρήθηκε στο 85,6% (95% CI: 79,5-91,6) στη κατά-πρόθεση-θεραπείας, και 90,7% (95% CI: 85,5-95,9) στη κατά-πρωτόκολλο ανάλυση. Δεδομένα αντιμικροβιακής αντοχής (καλλιέργεια/E-test) ήταν διαθέσιμα για 105/128 (84%) ασθενείς: κλαριθρομυκίνη-27,6%, μετρονιδαζόλη-33,3%, διπλοανθεκτικά (κλαριθρομυκίνη/μετρονιδαζόλη) -7,6%. Τα ποσοστά εκκρίωσης των διπλοανθεκτικών στελεχών (50%) ήταν σημαντικά χαμηλότερα έναντι των μονοανθεκτικών στην κλαριθρομυκίνη (90%) και μετρονιδαζόλη (88%) και ευαίσθητων στελεχών του μικροβίου (98%), (P=0,003).

Συμπέρασμα: Το «υβριδικό» σχήμα είναι αποτελεσματική και ασφαλής θεραπεία πρώτης γραμμής αν και η αποτελεσματικότητά του φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από την παρουσία διπλής μικροβιακής αντοχής.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):14

ΠΑ11

ΤΑ 10ΗΜΕΡΑ 4ΠΛΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΧΩΡΙΣ ΒΙΣΜΟΥΘΙΟ ΕΧΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΚΛΑΣΙΚΟ ΤΡΙΠΛΟ ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ 1ΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΚΡΙΩΣΗ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ (ΗΡ)

Σπ. Μιχόπουλος,¹ K. Αργυρίου,¹ H. Κουρκουτάς,¹ Γ. Λεωνίδακης,¹ Γ. Αξιάρης,¹ E. Ζαμπέλη,¹ M. Σωτηροπούλου,² K. Πετράκη,³ B. Martinez-Gonzalez,⁴ Δ. Σγούρας,⁴ A. Μεντής⁴

¹Γαστρεντερολογική Κλινική ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», ²Παθ/μικό Τμήμα ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», ³Παθ/μικό Τμήμα Νοσοκομείο "Metropolitan", ⁴Εργαστήριο Ιατρικής Μικροβιολογίας, Ινστιτούτο Pasteur

Εισαγωγή: Τα ποσοστά επιτυχούς εκκρίωσης του Ηρ με το κλασικό 3πλό σχήμα παραμένουν σταθερά κάτω του 80% μετά 2007 στην Ελλάδα, αντιτοίχως προς την ανθεκτικότητα στην κλαριθρομυκίνη άνω του 20%. Μετά το 2013 το 3πλό σχήμα τείνει να αντικατασταθεί από τα νέα 4πλα χωρίς βισμούθιο σχήματα.

Σκοπός: Σύγκριση της αποτελεσματικότητας των 2 σχημάτων σε πληθυσμούς με ανθεκτικότητα στην κλαριθρομυκίνη >20%.

Μέθοδοι: Ανάλυση ασθενών που έλαβαν 3πλο σχήμα [Περίοδος Α (2010-12)] και σύγκριση με αυτούς που έλαβαν 4πλο σχήμα [Περίοδος Β (>2013)]. Το κλασικό τριπλό (περίοδος Α) περιελάμβανε αναστολέα αντλίας πρωτονίων (ΑΑΠ) + Κλαριθρομυκίνη (Κ) 500 mg+Αμοξικιλίνη (Α)1gr όλα δισ/ημερησίως για 10 ημέρες. Η περίοδος Β περιελάμβανε είτε συνεχές σχήμα: ΑΑΠ+Κ500 mg+Α1gr+Μετρονιδαζόλη (Μ) 500 mg όλα δισ/ημερησίως για 10 ημέρες (Conco) είτε διαδοχικό: ΑΑΠ για 10 ημέρες + Α1gr για 5 ημέρες και Κ500 mg+Μ 500 mg για άλλες 5 ημέρες, όλα δισ/ημερησίως (Seq). Ο επανέλεγχος έγινε είτε με δοκιμασία αναπνοής με ουρία 13 C είτε με ιστολογική εξέταση τουλάχιστον 4 εβδομάδες μετά το πέρας της θεραπείας. Η ευαισθησία στην Κ μελετήθηκε με E-test.

Αποτελέσματα: 718 ασθενείς, ηλικίας 56,6±11,9 έτη χωρίς διαφορές ως προς τα δημογραφικά δεδομένα. 3πλό (431 ασθενείς), Conco (209 ασθενείς), Seq (78 ασθενείς). Τα ποσοστά εκκρίωσης: Περίοδος Α=76,8%, Περίοδος Β=83,6% (P=0,026). Μεταξύ Conco (89%) και Seq (82%) (P=0,12). Η πρωτογενής αντοχή στην Κ για την περίοδο 2010-15 ήταν > 20% (23-28%).

Συμπέρασμα: Τα 10ήμερα νέα 4πλα σχήματα χωρίς βισμούθιο υπερέρχονται σαφώς των 10ήμερων 3πλών σε περιοχές με μεγάλη αντοχή στην κλαριθρομυκίνη. Το κλασικό 3πλό πρέπει να εγκαταλειφθεί.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):14

ΠΑ12

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ - ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ. ΠΟΣΟ ΠΡΟΣΕΓΓΙΖΕΙ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΤΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ; ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ

Ε. Στουρνάρας, Γ. Νεοκοσμίδης, Χ. Δημητριάδης, Σ. Στυλιανίδης, Ν. Γεροθανάσης, Ε. Τριανταφύλλου, Α. Πρωτοπαπάς
Ηπατογαστρεντερολογικό Τμήμα Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής ΠΓΝ Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Οι κατευθυντήριες οδηγίες (ESGE 2015, ACG 2012) για μη κίρρωτικές αιτιολογίες αιμορραγίες ανώτερου πεπτικού προτείνουν περιοριστικού τύπου μετάγγιση (στόχος Hb:7-9 gr/dl), με υψηλότερο στόχο (Hb:9-11 gr/dl) σε αιμοδυναμική αστάθεια/στεφανιαία νόσο. Επείγουσα ενδοσκόπηση συστήνεται <24 h, αλλά σε αιμοδυναμική αστάθεια/ ενεργό αιμορραγία εντός 12 h. Στις κίρρωσες αιμορραγίες, στόχος είναι Hb 7-9 gr/dl και ενδοσκόπηση <12 h (AASLD 2007).

Σκοπός: Εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών στην καθημερινή κλινική πράξη.

Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 96 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επείγουσα ενδοσκόπηση με ένδειξη αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού το 2015.

Αποτελέσματα: 106 ενδοσκοπήσεις πραγματοποιήθηκαν σε 96 ασθενείς (27 γυναίκες, 69 άντρες) μέσης ηλικίας 73,8 και 66,5 ετών αντίστοιχα. Διαγνωστήκαν 84 μη κίρρωσες αιμορραγίες (ΜΚΑ) και 12 κίρρωσες. Μετάγγιση έλαβαν συνολικά 54 ασθενείς με μέση Hb:7,55 gr/dl (4,5-9,7 gr/dl, STD=1,36), 28/54 μεταγγίστηκαν εντός ενδείξεων (στόχος 9-11 gr/dl, 14/54 στόχος 7-9 gr/dl), ενώ 22 μεταγγίστηκαν (22%) εκτός ενδείξεων. Ο μέσος χρόνος από την εισαγωγή της την ενδοσκόπηση ήταν 27h (14,6 h/κίρρωσες, 28,6 h/ΜΚΑ). Εξαιρώντας τις παραπομπές μετά Σαββατοκύριακο/αργίες, ο χρόνος μειώνεται σημαντικά στις 18,45 h. Οι ΜΚΑ με αιμοδυναμική αστάθεια ήταν 22-οι 15 ενδοσκοπήθηκαν εντός 12 h (68,1%), σε 2 μεσολάβησε αργία, 2 παραπέμφθηκαν από άλλα τμήματα και σε 3 υπήρξε αδιευκρίνιστη αργοπορία (16,18,22 h αντίστοιχα). Στις υπόλοιπες 62 ΜΚΑ, 40 (64,5%) ενδοσκοπήθηκαν <24 h, σε 16 υπήρξε αργοπορία λόγω αργίας (μέσος χρόνος 72,2 h), 3 παραπέμφθηκαν από άλλο τμήμα και σε 3 υπήρξε αδιευκρίνιστη καθυστέρηση. Η θνητότητα δεν επηρεάστηκε.

Συμπέρασμα: 78% των μεταγγίσεων πραγματοποιούνται βάση ενδείξεων και 22% εκτός ενδείξεων. Απόκλιση στον προτεινόμενο χρόνο ενδοσκόπησης προκύπτει σε παρεμβαλλόμενες αργίες, γεγονός που επιβάλει την ύπαρξη ενδοσκοπικής υπηρεσίας σε επτάμερη βάση.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):14

ΠΑ21

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΤΩΝ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΩΝ ΣΕ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥΣ ΥΠΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΥΣ ΜΥΟΪΝΟΒΛΑΣΤΕΣ

Ε. Φιλίδου,¹ Β. Βαλάτας,² Ι. Δρυγιαννάκης,² Κ. Αρβανιτιδής,¹ Σ. Βραδέλης,³ Γ. Κολιός¹

¹Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, ²Εργαστήριο Γαστρεντερολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, ³Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Σκοπός: Οι εντερικοί υποεπιθηλιακοί μυοϊνοβλάστες (ΕΥΜ) φαίνεται να παίζουν κεντρικό ρόλο στη δημιουργία της ίνωσης στην νόσο Crohn (NC). Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της έκφρασης των υποδοχέων των εντερικών, των διαφόρων τύπων ανοσολογικών απαντήσεων, που σχετίζονται με την NC, στους ΕΥΜ.

Υλικά-Μέθοδοι: Οι ΕΥΜ απομονώθηκαν από ενδοσκοπικές βιοψίες παχέος εντέρου υγιών ατόμων και καλλιεργήθηκαν παρουσία ή όχι διέγερσης με rhTNF-α και/ή rhIL-1α. Απομονώθηκε ολικό RNA από τους ΕΥΜ και μελετήθηκε η έκφραση mRNA των υποδοχέων των εντερικών με real-time PCR.

Αποτελέσματα: Αδιέγερτοι ΕΥΜ παρουσίαζαν μία βασική έκφραση των υποδοχέων IL-12RB2, IL-1R1/2, IFNGR1/2 και TNFRSF1A της Th1, των IL-4R και IL-13RA1/2 της Th2, των IL-17RA, IL-22RA1 και IL-23R της Th17 και των TGFBR1/2 και IL-10RA/B της Treg ανοσολογικής απόκρισης, αντίστοιχα. Η διέγερση των ΕΥΜ με TNF-α ή/και IL-1α είχε ως αποτέλεσμα την επαγωγή της έκφρασης του mRNA των υποδοχέων IFNGR2, IL-22RA, TGFBR1 και IL-13RA2 των υποδοχέων της IFN-γ, της IL-22, του TGF-β και της IL-13, αντίστοιχα, στις 6 ώρες. Δεν εντοπίστηκε έκφραση των υποδοχέων, IL-5R, IL-6R και της υπομονάδας IL-12RB1 παρουσία ή όχι των διεγερτών.

Συμπέρασμα: Η βασική και επαγόμενη έκφραση πολλαπλών υποδοχέων των κυτταροκινών από τους ΕΥΜ υποδηλώνει τον ενεργό ρόλο των τελευταίων στις ανοσολογικές διεργασίες του εντερικού βλεννογόνου.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):17

ΠΑ23

A1-ΑΝΤΙΘΡΥΨΙΝΗ: ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Σ.-Λ. Χατζηνικολάου, Δ. Κυπραίος, Α. Μαλαχιάς, Σ. Σταυρινίδης, Μ. Ταλιέρη, Δ. Δημητρουλόπουλος, Δ. Ξυνόπουλος
Γαστρεντερολογική Κλινική, ΑΟΝ Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας»

Εισαγωγή: Οι σερίπνες, αναστολείς της πρωτεάσης της σερίνης, παίζουν σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση ενζύμων σε προτεολυτικές οδούς. Στους αναστολείς συμπεριλαμβάνονται η α1-αντιθρυψίνη, η α1-αντιχυμοθρυψίνη, ο αναστολέας C1, η αντιθρομβίνη και η νευροσερίπνη. Οι καλλικρεΐνες είναι πεπτιδάσες που ανήκουν στην ομάδα των πρωτεασών της σερίνης. Η καλλικρεΐνη 14 (KKL14) κατέχει ρυθμιστικό ρόλο στην ογκογένεση του καρκίνου του παχέος εντέρου, ενώ η α1-αντιθρυψίνη είναι αναστολέας της KKL14. Επομένως, ο ρόλος της α1-αντιθρυψίνης στον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι σημαντικός.

Σκοπός: Η ανάλυση της έκφρασης της α1-αντιθρυψίνης στον καρκίνο του παχέος εντέρου και η κλινική της σημασία.

Μέθοδοι-Υλικά: Μελετήθηκε η έκφραση της α1-αντιθρυψίνης σε 101 δείγματα καρκίνου παχέος εντέρου, με τη μέθοδο της ποσοτικής αντίδρασης της πολυμεράσης πραγματικού χρόνου (real time qPCR). Σε 70 από δείγματα εξετάστηκε και ιστός από φυσιολογικό εντερικό βλεννογόνο. Μελετήθηκαν 74 δείγματα από αδενώματα παχέος εντέρου. Παράλληλα, εκτιμήθηκε η κλινική σημασία των αποτελεσμάτων σε σχέση με τη συνολική επιβίωση και την επιβίωση ελεύθερης νόσου.

Αποτελέσματα: Η έκφραση της α1-αντιθρυψίνης σχετίζεται σημαντικά (P=0,028) με το στάδιο (TNM) του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η έκφρασή της είναι σημαντικά μεγαλύτερη στους νεοπλασματικούς ιστούς και τα αδενώματα σε σχέση με το φυσιολογικό βλεννογόνο. Τα επίπεδα της α1-αντιθρυψίνης αποτελούν σημαντικό παράγοντα για την επιβίωση ελεύθερης νόσου (DFS) (P=0,002) και για τη συνολική επιβίωση (OS) (P=0,026). Σύμφωνα με τις καμπύλες επιβίωσης Kaplan-Meier ασθενείς με χαμηλά επίπεδα α1-αντιθρυψίνης είχαν υψηλότερα DFS (P=0,001) και OS (P=0,021).

Συμπέρασμα: Η μέτρηση της μεταγραφικής έκφρασης της α1-αντιθρυψίνης μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο δείκτη στην πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):17

ΠΑ22

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΩΝ ΣΕ ΘΕΣΕΙΣ ΜΟΝΟΝΥΚΛΕΟΤΙΔΙΚΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΑ ΓΟΝΙΔΙΑ K-RAS AND BRAF ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕ ΑΝΕΥΡΕΣΗ Η ΟΧΙ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΟΜΑΤΩΔΩΝ ΠΟΛΥΠΩΔΩΝ

Μ. Γαλανόπουλος,¹ Ι.Σ. Παπανικολάου,² Ε. Ζωγράφου,³ Ν. Βιάζης,¹ Γ. Παπαθεοδωρίδης,⁴ Δ.Γ. Καραμανώλης,¹ Γ. Μάντζαρης,¹ Μ. Γαζούλης³

¹Γαστρεντερολογική Κλινική ΓΝ Αθηνών Ευαγγελισμός, ²Ήπιασγαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ³Τμήμα Βασικών Ιατρικών Επιστημών, Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁴Γαστρεντερολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, ΓΝ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σκοπός: Το κυκλοφορούν ελεύθερο DNA (cfDNA) προερχόμενο από το πλάσμα αίματος ατόμων συνήθους κινδύνου και από ασθενείς με προκαρκινωμάτιδες και νεοπλασματικές βλάβες παχέος εντέρου, αποτελεί μία σημαντική πηγή νεοπλασματικού γονιδιώματος. Ο σκοπός μας ήταν η συγκριτική μελέτη της ύπαρξης και συχνότητας των μεταλλάξεων των γονιδίων K-RAS και BRAF μεταξύ του cfDNA που ανευρίσκεται στο αίμα και αυτού της βιοψίας εντερικού ιστοεπιθηλίου σε άτομα που υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση προληπτικού ελέγχου.

Υλικά-Μέθοδοι: Από τον Ιανουάριο 2015 μέχρι τον Ιανουάριο του 2016 συγκεντρώθηκαν συνολικά 82 δείγματα αίματος και 92 δείγματα βιοψίας παχέος εντέρου από άτομα συνήθους κινδύνου που υποβάλλονται σε προληπτική κολονοσκόπηση. Τα άτομα κατηγοριοποιήθηκαν σε υγιείς μάρτυρες (Ομάδα Α), σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου (ΚΠΕ) (Ομάδα Β) και τέλος σε ασθενείς με αδενωμάτιδες πολύποδες (Ομάδα Γ). Από κάθε άτομο συλλέγει δείγμα αίματος και βιοψίας εντερικού ιστοεπιθηλίου.

Αποτελέσματα: Ανεδείχθη στατιστικώς σημαντική ($\chi^2=3,99$, P<0,04) η ύπαρξη των μεταλλάξεων στο κωδικόνιο 12 του γονιδίου K-RAS όταν τις συγκρίναμε στις βιοψίες παχέος εντέρου των ατόμων των ομάδων Β και Γ αλλά δεν φάνηκε να ισχύει το ίδιο στην ανάλυση των αντίστοιχων μεταλλάξεων των 2 αυτών ομάδων στο εκ περιφερικού αίματος cfDNA. Επιπρόσθετα, στατιστικώς σημαντική ($\chi^2=3,99$, P=0,04) αναδείχθηκε η συχνότητα των μεταλλάξεων στο κωδικόνιο 12 του γονιδίου K-RAS όταν τις συγκρίναμε στις βιοψίες παχέος εντέρου και εκ περιφερικού αίματος cfDNA, των ατόμων των ομάδων Β και Α. Όσον αφορά τις μεταλλάξεις στο κωδικόνιο 13 του γονιδίου K-RAS, δεν ανακαλύφθηκε σε κάποιον από τους μάρτυρες ή ασθενείς της μελέτης μας. Δεν υπήρξε στατιστικώς σημαντικό αποτέλεσμα από την μελέτη των μεταλλάξεων του γονιδίου BRAF (V600E) στις ομάδες ασθενών που εξετάστηκαν. Τέλος η μελέτη για την συνύπαρξη των εν λόγω μεταλλάξεων σε βιοψίες παχέος εντέρου και στα δείγματα αίματος έδειξε 26% αντίστοιχα των μεταλλάξεων αυτών για το κωδικόνιο 12 του γονιδίου K-RAS της ομάδας Β, και 10% στην ομάδα Γ αντίστοιχα. Για τις μεταλλάξεις του γονιδίου BRAF (V600E) η αντίστοιχα ήταν 13,3% για τους ασθενείς της ομάδας Γ και 11,1% για την ομάδα Β αντίστοιχα.

Συμπέρασμα: Οι μεταλλάξεις του γονιδιώματος ειδικά της πρωτεΐνης K-RAS, θα μπορούσε να ανευρισκονται όχι μόνο από τα δείγματα των ιστοεπιθηλίων του παχέος εντέρου αλλά και από το cfDNA περιφερικού αίματος ατόμων που υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση προληπτικού ελέγχου. Η επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων αυτών μέσα από μεγαλύτερες ομάδες ασθενών θα μπορούσε να οδηγήσει σε περισσότερες κλινικές εφαρμογές της γενετικής ανάλυσης του DNA του κυκλοφορούντος αίματος στο μέλλον αφού πέρα από την πρόγνωση των ασθενών με ΚΠΕ που υποβάλλονται σε θεραπεία με anti-EGFR παράγοντες θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί πιο συστηματικά για την πρώιμη ανίχνευση και διάγνωση του ΚΠΕ.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):17

ΠΑ24

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ INFILIXIMAB ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΡΕΑΤΙΝΙΚΗΣ ΦΩΣΦΟΚΙΝΑΣΗΣ (CPK) ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ε. Θεοδωράκη, Ε. Ορφανουδάκη, Κ. Φωτεινογιαννοπούλου, Ι. Κουτρομπάκης
Γαστρεντερολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Εισαγωγή: Έχουν αναφερθεί μεμονωμένες περιπτώσεις αυξημένης κρεατινικής φωσφοκινάσης (CPK) και μυοπάθειας σε συνδυασμό με τη χρήση αντι-TNF φαρμάκων. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η επίδραση των αντι-TNF παραγόντων στα επίπεδα της CPK ορού ασθενών με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ).

Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά διαδοχικοί ασθενείς με ΙΦΝΕ υπό θεραπεία infliximab (IFX), για τους οποίους είχαμε στη διάθεσή μας 3 τουλάχιστον μετρήσεις CPK ορού. Για τον καθένα έγινε αντιστοίχιση με ασθενή με ΙΦΝΕ που δε λαμβάνει βιολογικό παράγοντα.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 88 ασθενείς με ΙΦΝΕ υπό IFX [65 με νόσο Crohn (NC), 23 με ελκώδη κολίτιδα (EK), 55 (62,5%) άνδρες, με μέση ηλικία 42,5 έτη] και 89 ασθενείς που δε λαμβάνουν βιολογικό παράγοντα [53 NC, 36 EK, 50 (56,2%) άνδρες, μέση ηλικία 55,7 έτη]. Στην πρώτη ομάδα (IFX) 26 ασθενείς (29,5%) παρουσίασαν αυξημένη (>180 U/l) μέση CPK ορού, σε σύγκριση με 9 ασθενείς (10,1%) της δεύτερης ομάδας με αυξημένη CPK (P=0,002). Η διάμεση τιμή CPK ορού της πρώτης ομάδας ήταν 123 U/l (40-1145), σημαντικά υψηλότερη από την διάμεση τιμή CPK ορού της δεύτερης ομάδας (76 U/l, 14-1045) (P<0,0001). Δεν ανευρέθηκαν επιμέρους σημαντικές συσχέτισεις μεταξύ υψηλών επιπέδων CPK και διάγνωσης (NC vs EK) ή κλινικών χαρακτηριστικών νόσου. Από τους ασθενείς με αυξημένη CPK δεν υπήρξε καμία περίπτωση με συμπτώματα μυοπάθειας.

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ που λαμβάνουν infliximab παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά αυξημένα επίπεδα CPK ορού σε σύγκριση με ασθενείς που δεν λαμβάνουν βιολογικό παράγοντα, χωρίς όμως να παρουσιάζουν συμπτώματα μυοπάθειας. Για τη σημασία του ευρήματος αυτού απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):17

ΠΑ25

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΛΠΡΟΤΕΚΤΙΝΗΣ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΚΑΙ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΚΗΣ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΚΕΝΤΡΟ

Α. Κώστας,¹ Σ. Σιακαβέλλας,¹ Χ. Κοσμίδης,¹ Μ. Γκίτζης,¹ Ι. Κουτσουράς,¹ Α. Τάκου,² Γ. Μαρόπουλος,² Γ. Παπαθεοδωρίδης,¹ Γ. Μπάμιας¹
¹Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», ²Βιοχημικό Τμήμα, ΓΝΑ «Λαϊκό»

Σκοπός: Να επιβεβαιωθεί η εγκυρότητα και η χρησιμότητα της μέτρησης καλπροτεκτίνης κοπράνων στο κέντρο μας για την πρόβλεψη υποτροπής σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.

Υλικό-Μέθοδος: Ανευρέθηκαν όλες οι εξετάσεις καλπροτεκτίνης κοπράνων ασθενών με ΙΦΝΕ που είναι καταχωρημένες στα ηλεκτρονικά αρχεία του Νοσοκομείου μεταξύ 2014-2016. Καταγράφηκε η εμφάνιση υποτροπής σε σύντομο βάθος χρόνου (<6 μήνες) και τα ενδοσκοπικά ευρήματα ασθενών που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση. Συζητήθηκαν οι τιμές καλπροτεκτίνης με κλινικές, και εργαστηριακές παραμέτρους, την κλινική υποτροπή και την παρουσία ενδοσκοπικής βλεννογονικής επουλώσης.

Αποτελέσματα: Εστάλησαν 300 μετρήσεις καλπροτεκτίνης κοπράνων σε 123 ασθενείς με ΙΦΝΕ (NC=86, EK=37, άρρενες=69, ηλικία 40,8±15,9, 16-78 έτη). Από τους ασθενείς σε τακτική παρακολούθηση (n=98) το 32,6% (n=32) παρουσίασε υποτροπή. Ασθενείς που υποτροπίασαν είχαν σημαντικά μεγαλύτερες τιμές καλπροτεκτίνης σε σχέση με ασθενείς που παρέμειναν σε ύφεση (P<0,0001), ενώ αυξημένες τιμές καλπροτεκτίνης παρατηρήθηκαν και σε επαναληπτικές μετρήσεις στους ίδιους ασθενείς μετά την εμφάνιση έξαρσης (P<0,0001). Τιμές της καλπροτεκτίνης ≥308 μg/g προέβλεψαν κλινική έξαρση της νόσου με ευαισθησία 81,1% και ειδικότητα 80%. Σε ενδοσκόπηση υποβλήθηκαν 205 ασθενείς. Η παρουσία φλεγμονής στον εντερικό βλεννογόνο συνδέεται με σημαντικά υψηλότερες τιμές καλπροτεκτίνης (P<0,0001). Η συγκέντρωση καλπροτεκτίνης κοπράνων σχετίστηκε σημαντικά με τον αριθμό των ουδετερόφιλων και των αιμοπεταλίων, τη CRP, τα scores Harvey-Bradshaw και Mayo.

Συμπεράσματα: Αυξημένη συγκέντρωση καλπροτεκτίνης κοπράνων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ σχετίζεται με παρουσία ενδοσκοπικά ενεργού νόσου και αυξημένη πιθανότητα κλινικής υποτροπής εντός εξαμήνου. Η μέτρηση καλπροτεκτίνης στη κλινική πράξη μπορεί να βελτιώσει τη διαχείριση των ασθενών.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):18

ΠΑ26

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Α. Μάντακα, Β. Ρενιέρη, Ι. Κουτρομπάκης
 Γαστρεντερολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Εισαγωγή: Η χρήση αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην θεραπεία των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα ως προς την ασφάλεια και την μακροχρόνια επίδρασή τους στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (EK) ή νόσο Crohn (NC).

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήσαμε αναδρομικά 594 διαδοχικούς ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ). Από αυτούς 40 (6,7%) ασθενείς (32Α-8Θ, 18 NC, 22 EK, μέσης ηλικίας 63,8±11,8 έτη, μέσης διάρκειας παρακολούθησης 121,8±109,2 μήνες), ανέφεραν ιστορικό παρατεταμένης λήψης αντιαιμοπεταλιακής αγωγής. Συγκρίθηκαν με 39 ασθενείς αντίστοιχης ηλικίας, φύλου, διάρκειας νόσου, και εντόπισης νόσου. Καταγράφηκαν οι επιπλοκές από τη χρήση αντιαιμοπεταλιακών, οι νοσηλείες, η συχνότητα επίσκεψης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, η φαρμακευτική αγωγή, η ενδοσκοπική εικόνα και η ενεργότητα της νόσου στο διάστημα από την έναρξη λήψης αυτών έως 31 Ιουλίου 2016.

Αποτελέσματα: Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά ανάμεσα στους ασθενείς με ΙΦΝΕ που λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακά έναντι αυτών που δεν λαμβάνουν, αναφορικά με τη λήψη κορτικοειδών για τον έλεγχο της νόσου διαχρονικά, αλλά και μεμονωμένα για το διάστημα λήψης της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής, τη λήψη βουδεζονιδης, βιολογικών παραγόντων ή ανοσορρυθμιστικών φαρμάκων. Τα αντιαιμοπεταλιακά δεν βρέθηκε να επηρεάζουν τη συχνότητα επισκέψεων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών για τη νόσο. Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ που λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακά είχαν πιο συχνά νοσηλείες (85% vs 37,5%, P<0,001), μεγαλύτερο μέσο αριθμό νοσηλείων (2,11±1,39 vs 0,78±1,2, P<0,001), συνηθέστερα κλινικά ενεργά νόσο στην παρακολούθηση (32,5% vs 20%, P=0,027), όχι όμως και ενδοσκοπική ενεργότητα.

Συμπεράσματα: Η μακροχρόνια χρήση αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων φαίνεται να είναι σχετικά ασφαλής στους ασθενείς με ΙΦΝΕ. Απαιτούνται μεγαλύτερες μελέτες για εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):18

ΠΑ27

ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΝΕΑΡΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΦΝΕ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ: ΣΥΣΤΑΣΗ ΠΟΛΥΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΞΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

Ο. Πουλεμέ,¹ Κ. Σουφλέρης,¹ Ν. Γραμματικός,¹ Κ. Μπαλάς,² Α. Μωρχοβίτου,³ Χ. Βλάχου,⁴ Ι. Ξυνιάς,⁵ Κ. Βασιλάκη,⁶ Χ. Ζεγλινάς,⁶ Π. Καμπουρίδου,⁷ Σ. Καρούδα⁷
¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», ²Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», ³Ακτινολογικό Εργαστήριο ΓΝΘ «Γ. Παπαγεωργίου», ⁴Κλινική Ψυχολόγος, ⁵Γ' Παιδιατρική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», ⁶Γαστρεντερολόγος/ιατρικός σύμβουλος AbbVie, ⁷Παιδιατρική Κλινική ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς»

Εισαγωγή: Η αύξηση της επίπτωσης των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου (ΙΦΝΕ) στο παιδιατρικό πληθυσμό σε συνδυασμό με τα υψηλά ποσοστά απώλειας συμμόρφωσης των ασθενών κατά τη διαδικασία μεταφοράς τους σε κλινικές ενήλικων, καθιστούν αναγκαία τη σύσταση λειτουργικών δομών για την ομαλή μετάβαση νεαρών ασθενών ΙΦΝΕ σε κλινικές ενήλικων.

Σκοπός: Η οργάνωση της μετάβασης των νεαρών ασθενών με ΙΦΝΕ 2 Παιδιατρικών κλινικών στο Γαστρεντερολογικό τμήμα της Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής

Μέθοδοι: 1) Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αφορά στη διαδικασία της μετάβασης. 2) Ανασκόπηση των κατευθυντήριων θέσεων/συστάσεων οργανισμών σχετικά με τη διαδικασία της μετάβασης. 3) Επικοινωνία με συναδέλφους που εργάζονται σε κλινικές μετάβασης με μακροχρόνια εμπειρία (Άμστερταμ, Γλασκώβη, Εδιμβούργο). 4) Συναντήσεις της πολυεπιστημονικής ομάδας με στόχο τη σύνταξη πρωτοκόλλου μετάβασης.

Αποτελέσματα: Βιβλιογραφικά δεδομένα, κατευθυντήριες θέσεις και κλινική εμπειρία συγκλίνουν στις 2 βασικές συνιστώσες της διαδικασίας μετάβασης: (α) Σύσταση πολυεπιστημονικής ομάδας: Η πολυεπιστημονική ομάδα που συστάθηκε αποτελείται αρχικά από 3 Γαστρεντερολόγους/4 Παιδογαστρεντερολόγους/1 Ψυχολόγο/1 Χειρουργό/1 Ακτινολόγο. (β) Σύνταξη πρωτοκόλλου μετάβασης: καθορισμός της λειτουργίας της πολυεπιστημονικής ομάδας και χρονοδιάγραμμα επίτευξης των στόχων της διαδικασίας μετάβασης προϊόντος του χρόνου και σε 4 διαδοχικά ηλικιακά στάδια (11-12, 13,14 και 15-18 ετών) με καταληκτικά σημεία την εκπαίδευση του ασθενούς στο νόσημά του και την ανεξαρτητοποίησή του. Η ικανότητα του ασθενούς για την έναρξη και ολοκλήρωση της μετάβασης του στην κλινική ενήλικων θα ελέγχεται με τη χρήση ειδικών ερωτηματολογίων που σχεδιάστηκαν από την ομάδα για τον σκοπό αυτό.

Επόμενα βήματα: Μελέτη της αποτελεσματικότητας της συστηματικής αυτής διαδικασίας μετάβασης βάσει της συμμόρφωσης των ασθενών.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):18

ΠΑ28

ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΠΟΘΕΤΟΥ ΔΙΚΛΟΦΕΝΑΚΗΣ 30 ΛΕΠΤΑ ΠΡΙΝ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ERCP ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

Φ. Τσιόπουλος, Α. Μανωλάκης, Α. Καλτσά, Β. Λύτης, Α. Ντάγκας, Α. Ψύχος, Α. Καψωρίτακης, Σ. Ποταμιάνος
 Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, ΠΠΓΝ Λάρισας

Εισαγωγή: Η χορήγηση υπόθετου μη στεροειδούς αντιφλεγμονώδους φαρμάκου πριν ή αμέσως μετά την ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειο-παγκρεατογραφία (ERCP) θεωρείται ότι προφυλάσσει από την εκδήλωση παγκρεατίτιδας μετά από ERCP.

Σκοπός: Η καταγραφή και σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης και της βαρύτητας της παγκρεατίτιδας μετά από ERCP σε ασθενείς που έλαβαν δικλοφενάκη ή εικονικό φάρμακο (placebo).

Υλικό και μέθοδοι: Στην παρούσα προοπτική μη τυχαιοποιημένη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Γαστρεντερολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας στη διάρκεια τριών ετών, 437 ασθενείς που υποβλήθηκαν πρώτη φορά σε ERCP έλαβαν υπόθετο δικλοφενάκης 50 mg 30 λεπτά πριν την εξέταση, ενώ 150 ασθενείς έλαβαν placebo. Η σύγκριση πραγματοποιήθηκε με τη δοκιμασία χ².

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς που έλαβαν placebo παρουσίασαν μετά-ERCP παγκρεατίτιδα σε ποσοστό διπλάσιο από τους ασθενείς που έλαβαν δικλοφενάκη (6,6% vs 3%, P=0,04). Η βαρύτητα της παγκρεατίτιδας στους ασθενείς που έλαβαν δικλοφενάκη ήταν τις περισσότερες φορές ήπια (7 ήπιες, 2 μέτριες, 4 βαριές), ενώ στους ασθενείς που έλαβαν placebo μέτρια (4 ήπιες, 5 μέτριες, 1 βαριά). Η διαφορά ωστόσο δεν ήταν στατιστικά σημαντική (P=0,16)

Συμπεράσματα: Η χορήγηση υπόθετου δικλοφενάκης 30 λεπτά πριν την ERCP μειώνει το ποσοστό όχι όμως και τη βαρύτητα της παγκρεατίτιδας μετά από την παρέμβαση. Το χαμηλό κόστος του φαρμάκου το καθιστά ιδανικό στην πρόληψη της παγκρεατίτιδας μετά από ERCP.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):18

ΠΑ29

ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΑΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ERCP: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΑ

A. Μασγάλα,¹ Β. Παπαστεργίου,² Μ. Τσανάκαλης,³ Δ. Μασσαράς,³ Α. Γιαννακόπουλος,² Ν. Μάθου,² Α. Ευγενίδη,² Μ. Παπαευθυμίου,² Ε. Πάλλα,⁴ Ε. Πλατσούκα,⁴ Κ. Παρρακευά,³ Ι. Καραγιάννη³

¹Παθολογικό, ²Γαστρεντερολογικό, ³Χειρουργικό, ⁴Μικροβιολογικό Τμήμα, «Κωνσταντούπολεις» Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας, Αθήνα

Εισαγωγή: Η εμφάνιση βακτηριακιάς αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας μετά από ERCP συμπεριλαμβανομένης της πιθανότητας εξωγενούς λοίμωξης λόγω μικροβιακού αποικισμού των ενδοσκοπίων.

Σκοπός: 1) Να μελετηθεί η επίπτωση βακτηριακιάς σε ασθενείς με εμπύρετο μετά από ERCP, και 2) να εκτιμηθεί η πιθανότητα εξωγενούς λοίμωξης βάσει των ευρημάτων καλλιέργειας από τα χρησιμοποιούμενα ενδοσκόπια.

Μέθοδοι: Συνολικά 365 ασθενείς (έτος 2015) υπεβλήθησαν σε ERCP εκ των οποίων 28 εμφάνισαν εμπύρετο εντός 24-48 ωρών (μέση ηλικία 72 έτη, 18 άρρενες, χοληδοχολιθίαση/νεοπλασμάτα: 17/11). Το κλινικό φάσμα κυμαινόταν από απλό εμπύρετο έως σοβαρή σήψη. Καλλιέργειες αίματος ελήφθησαν από όλους τους ασθενείς σε σχετιζόμενο-με-ERCP εμπύρετο και οι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν συσχετίστηκαν με αυτούς των καλλιέργειών από το χρησιμοποιούμενο κάθε φορά δωδεκαδακτυλοσκόπιο.

Αποτελέσματα: Θετικές καλλιέργειες αίματος ανευρέθηκαν σε 11/28 ασθενείς με εμπύρετο μετά από ERCP: *E. Coli* (n=3), *Streptococcus bovis* (n=1), *Enterococcus faecium* (n=2), *Enterococcus faecalis* (n=1), *Klebsiella pneumoniae* (n=2), *Staphylococcus hominis-hominis* (n=1) and *Candida parapsilosis* (n=1). Όλες οι περιπτώσεις βακτηριακιάς αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με ενδοφλέβια αντιβιοτικά. Παρατηρήθηκαν 3 περιπτώσεις αποικισμού ενδοσκοπίων από συνολικά 4 παθογόνα (*Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus vulgaris*, *Stenotrophomonas maltophilia*) χωρίς να διαπιστωθεί αιτιολογική συσχέτιση με την εμφάνιση βακτηριακιάς. Οι περιπτώσεις των επιμολυσμένων ενδοσκοπίων αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς (αρνητικοποίηση καλλιέργειών) με υψηλού-επιπέδου απολύμανση (HLD), πλην μίας περίπτωσης πολυμικροβιακού αποικισμού για την οποία κρίθηκε σκόπιμη από την κατασκευάστρια εταιρεία η αλλαγή του καναλιού βιοψίας.

Συμπεράσματα: Παρά την σημαντική επίπτωση βακτηριακιάς σε ασθενείς με σχετιζόμενο-με-ERCP εμπύρετο (περίπου 4 περιπτώσεις/10 ασθενείς/έτος), το ενδεχόμενο εξωγενούς λοίμωξης από αποικισμένα ενδοσκόπια δεν βρέθηκε να αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα. Ωστόσο αναδείχθηκε η ανάγκη τήρησης εντατικού πρωτοκόλλου απολύμανσης καθώς και μικροβιολογικής επιτήρησης των δωδεκαδακτυλοσκοπίων.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):19

ΠΑ30

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΑΣΤΙΚΩΝ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΚΟΙΝΟ ΧΟΛΗΔΟΧΟ ΠΟΡΟ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ: ΑΛΛΑΓΗ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗΣ ΚΑΘΕ 12 ΜΗΝΕΣ. ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Μ. Φραγκάκη, Α. Ταβερναράκη, Ι. Δήμας, Ε. Βάρδας, Α. Θεοδωροπούλου, Γ. Πασπάτης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου

Εισαγωγή: Ηλικιωμένοι ασθενείς με συννοσηρότητες και υπολειπόμενη χοληδοχολιθίαση, των οποίων καθαρισμός του κοινού χοληδόχου πόρου (ΚΧΠ) κρίνεται αδύνατος λόγω αριθμού ή μεγέθους λίθων συχνά αντιμετωπίζονται με τοποθέτηση πλαστικής ενδοπρόθεσης (stent). Ωστόσο, στις περιπτώσεις αυτές, η καλύτερη μέθοδος διαχείρισης των stents με σκοπό την πρόληψη της οξείας χολαγγειίτιδας δεν έχει σαφώς καθορισθεί και τα δημοσιευμένα δεδομένα είναι περιορισμένα. Μια πρόσφατη προοπτική συγκριτική μελέτη προτείνει την αλλαγή των stents κάθε 3 μήνες.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η ασφάλεια αλλαγής των stents κάθε 12 μήνες.

Μέθοδοι: Περιελήφθησαν ασθενείς, που υπεβλήθησαν σε ERCP και σφιγκτηροτομή από το 2006 έως το 2012 ηλικίας μεγαλύτερης ή ίσης των 80 ετών με ευμεγέθεις ή πολλαπλούς λίθους στον ΚΧΠ. Αντιμετωπίστηκαν με αλλαγή stents λόγω αδυναμίας καθαρισμού του ΚΧΠ και αντενδείξεων για εγχείρηση. Σε όλους τους ασθενείς η αλλαγή των stents πραγματοποιήθηκε προγραμματισμένα σε διάστημα 12 μηνών ή νωρίτερα μόνο επί συμπτωματολογίας.

Αποτελέσματα: Συνολικά 66 ασθενείς (35 άνδρες και 31 γυναίκες) περιελήφθησαν στην μελέτη και υπεβλήθησαν συνολικά σε 164 ERCP. 31 ασθενείς (47%) δεν ανέπτυξαν ποτέ συμπτωματολογία και η αλλαγή των stents έγινε κάθε 12 μήνες. 35 ασθενείς (53%) ανέπτυξαν χολαγγειίτιδα και η αλλαγή των stents έγινε νωρίτερα. Ο μέσος χρόνος ανάπτυξης χολαγγειίτιδας αυτών των ασθενών ήταν 11 μήνες (εύρος: 0,2-44).

Συμπεράσματα: Για την μείωση του περιττού αριθμού ERCP και την αποφυγή αυξημένου κινδύνου για ανάπτυξη χολαγγειίτιδας η αλλαγή του stent μπορεί να γίνεται με ασφάλεια στους 6-9 μήνες.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):19

ΠΑ31

ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΝΟΣ ΝΕΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΣΚΟΠΗΣΗΣ (Short-Access Cholangioscopy, SAC) ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΛΙΘΙΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΩΝ ΣΤΕΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ

A.Δ. Σιούλας,¹ M.A. El-Masry,² S. Groth,¹ G. Schachschal,¹ M. Anders,¹ T. Rösch,¹ U. Denzer¹

¹Department of Interdisciplinary Endoscopy, University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Germany, ²Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Assiut University Hospital, Assiut, Egypt

Εισαγωγή: Κύριες ενδείξεις της χολαγγειοσκόπησης αποτελούν η αφαίρεση δύσκολων λίθων και η αξιολόγηση ακαθόριστων στενώσεων των χοληφόρων. Η short-access cholangioscopy (SAC), ένα πρωτοποριακό mother-daughter σύστημα, επιτρέπει τη χολαγγειοσκόπηση μέσω βραχυτέρας οδού.

Σκοπός: Η αξιολόγηση του SAC σε ασθενείς με δύσκολους λίθους (Ομάδα Α) ή με ακαθόριστες στενώσεις (Ομάδα Β) των χοληφόρων.

Υλικό-Μέθοδοι: Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε χολαγγειοσκόπηση και ηλεκτροδυναμική λιθοτριψία (Ομάδα Α) ή μακροσκοπική εκτίμηση και βιοψία (Ομάδα Β). Κύρια καταληκτικά σημεία ήταν το ποσοστό πλήρους κάθαρσης των χοληφόρων (Ομάδα Α) και η ευαισθησία και ειδικότητα της μεθόδου (Ομάδα Β). Gold standard κριτήρια ήταν η χολαγγειοσκόπική εικόνα και η χολαγγειογραφία κατά την αποκλεισμό με μπαλόνι (Ομάδα Α) και το σαφές αποτέλεσμα της ενδοσκοπικής ή/και χειρουργικής βιοψίας ή/και η παρακολούθηση για περισσότερο από 12 μήνες (Ομάδα Β). Δευτερογενή καταληκτικά σημεία ήταν το ποσοστό «κλινικής» (απουσία συμπτωμάτων, βιοχημικών διαταραχών και νοσηλείας με-τεπεμβατικά) κάθαρσης των χοληφόρων (Ομάδα Α) και η τεχνική επιτυχία, η επίπτωση σοβαρών ανεπιθύμητων συμβαμάτων και η αξιολόγηση της ευρησιτότητας (κλίμακα 1-6, 1=άριστη).

Αποτελέσματα: Ομάδα Α (21 ασθενείς, 26 εξετάσεις): πλήρης και «κλινική» κάθαρση στο 71,4% και 81%, αντίστοιχα. Ομάδα Β (28 ασθενείς, 15 με τελική διάγνωση κακοήθειας, 30 εξετάσεις): ευαισθησία και ειδικότητα 85,7% και 75% για τη μακροσκοπική εκτίμηση και 54,5% και 100% για τη βιοψία. Η τεχνική επιτυχία και η διάμεση ευρησιτότητα ήταν 100% και 2, αντίστοιχα (Ομάδα Α) και 96,7% και 2, αντίστοιχα (Ομάδα Β). Σε έναν ασθενή με ενδοηπατική λιθίαση προκλήθηκε διάτρηση χοληδόχου πόρου.

Συμπεράσματα: Η SAC επιτρέπει την αντιμετώπιση δύσκολων λίθων και τη διάγνωση, ιδίως μακροσκοπική, ακαθόριστων στενώσεων των χοληφόρων.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):19

ΠΑ32

ΤΟ ΛΑΠΑΡΟΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΩΣ ΜΙΑ ΑΣΦΑΛΗΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΛΥΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ERCP ΠΡΙΝ ΤΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ ΚΑΙ ΧΟΛΗΔΟΧΟΛΙΘΙΑΣΗ. Η ΑΠΩΝΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΟΥ

Φ. Τσιόπουλος, Α. Μανωλάκης, Α. Καλτσά, Κ. Οικονόμου, Α. Ντάγκας, Α. Ψύχος, Α. Καψωριτάκης, Σ. Ποταμιάνος

Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, ΠΠΓΝ Λάρισας

Εισαγωγή: Παρόλο που η συνθεστέρα μέθοδος αντιμετώπισης συνυπάρχουσας χοληδοχολιθίας και χοληδοχολιθίας παραμένει η ERCP με σφιγκτηροτομή και καθαρισμό του χοληδόχου πόρου, ακολουθούμενη από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή (post-ERCP cholecystectomy, PEC), η προσέγγιση σε ένα στάδιο ή λαπαροενδοσκοπικό ραντεβού (laparoendoscopic rendez-vous, LERV) φαίνεται πως κερδίζει συνεχώς έδαφος.

Σκοπός: Η συγκριτική μελέτη LERV και PEC σε ασθενείς με χολο- και χοληδοχολιθίαση, όσον αφορά τα ποσοστά επιτυχούς καθετηριασμού και καθαρισμού του χοληδόχου πόρου και των επιπλοκών, κυρίως την μετά-ERCP παγκρεατίτιδα.

Υλικό-Μέθοδοι: Στη μελέτη εντάχθηκαν στο διάστημα 2006-2016, 886 ασθενείς με χολο- και χοληδοχο-λιθίαση που αντιμετωπίστηκαν με PEC (796) ή LERV (90) -κατ'επιλογήν ή λόγω αποτυχίας της κλασικής ERCP.

Αποτελέσματα: Το ποσοστό επιτυχούς καθετηριασμού του χοληδόχου πόρου με την κλασική PEC ήταν υψηλότερο σε σύγκριση με το LERV (89,8% vs 75,5%, P<0,001). Δεν αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στον καθαρισμό του χοληδόχου πόρου (82,8% vs 85,5%). Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κλασική ERCP εμφάνισαν μετά-ERCP παγκρεατίτιδα με ποσοστό 2,91% έναντι 0% στην ομάδα LERV (P=0,1) και υψηλότερη μέση τιμή αμυλάσης ορού 12 ώρες μετά την εξέταση (133,64U/L vs 65U/L, P<0,001).

Συμπεράσματα: Η μέθοδος LERV αποτελεί ασφαλή εναλλακτική στην αντιμετώπιση των ασθενών με χοληδοχολιθίαση και χοληδοχολιθίαση στις περιπτώσεις που η κλασική ERCP έχει αποτύχει να δώσει λύση και σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για μετά-ERCP παγκρεατίτιδα. Τα ποσοστά επιτυχούς καθετηριασμού του χοληδόχου πόρου ωστόσο είναι υψηλότερα με την κλασική ERCP.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):19

ΠΑ33

ΕΥΣ-ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ: ΑΜΕΣΑ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Α.Δ. Σιούλας,¹ U. Denzer,¹ M. Abdulkarim,² S. Groth,¹ T. Rösch,¹ P. Busch,³ J. Izbicik,³ H. Ittrich,⁴ G. Adam,⁴ G. Schachschal¹

¹Department of Interdisciplinary Endoscopy, University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Germany, ²Department of Medicine, University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Germany, ³Department of General, Visceral and Thoracic Surgery, University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Germany, ⁴Department of Diagnostic and Interventional Radiology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Germany

Εισαγωγή: Οι ενδοκοιλιακές συλλογές αποτελούν συχνό αίτιο μετεγχειρητικής νοσηρότητας και θνητότητας. Η ενδοσκοπική παροχέτευση προσφέρεται ως επιλογή για την αντιμετώπιση τους.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της ΕΥΣ-κατευθυνόμενης παροχέτευσης συμπτωματικών ενδοκοιλιακών συλλογών μετά από χειρουργικές επεμβάσεις παγκρέατος.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά ασθενείς με συμπτωματικές μετεγχειρητικές ενδοκοιλιακές συλλογές που υποβλήθηκαν σε ΕΥΣ-κατευθυνόμενη παροχέτευση με τοποθέτηση double pigtail stents. Αναλύθηκαν οι εξής παράμετροι: α) η τεχνική επιτυχία, β) κλινική επιτυχία, γ) υποτροπή της συλλογής μετά την αφαίρεση των stents, δ) ανάγκη για επιπρόσθετες παροχετευτικές μεθόδους και ε) ανεπιθύμητα συμβλήματα.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 24 διαγαστρικές επεμβάσεις σε 20 ασθενείς (άνδρες: 8, διάμεση ηλικία: 61,5). Χρησιμοποιήθηκαν κατά μέσο όρο 2,1 stents ανά ασθενή για την παροχέτευση συλλογών διάμεσης διαμέτρου 72,5 mm σε διάμεσο χρόνο 30 ημερών από την χειρουργική επέμβαση. Η διάμεση χρονική διάρκεια παροχέτευσης ήταν 89 ημέρες. Τα ποσοστά τεχνικής και κλινικής επιτυχίας ήταν 100% και 90%, αντίστοιχα. Κατά τη διάρκεια διάμεσου χρόνου παρακολούθησης 630 ημερών, 1 ασθενής παρουσίασε υποτροπή της συλλογής μετά την αφαίρεση των stents, ενώ 5 υποβλήθηκαν σε επιπρόσθετη παροχετευτική μέθοδο (1 διαφυματικά, 4 διαδερμικά). Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητα συμβλήματα.

Συμπεράσματα: Η ΕΥΣ-κατευθυνόμενη παροχέτευση ενδοκοιλιακών συλλογών μετά από χειρουργικές επεμβάσεις παγκρέατος είναι ασφαλής και αποτελεσματική άμεσα και μακροπρόθεσμα.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):20

ΠΑ34

ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΥΓΡΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΤΟ HOT AXIOS™ STENT: ΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ

Κ. Ρώσιου, Ι. Σφραφετινίδης, Χ. Κατζάκης, Δ. Γκαραγκάνης, Ε. Ράπτη, Ι. Καραύμαλης, Β. Ντελής

Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

Στις περιπαγκρεατικές συλλογές ως επιπλοκές της οξείας παγκρεατίτιδας περιλαμβάνονται οι οξείες συλλογές υγρού (νεκρωτικές ή μη), οι παγκρεατικές ψευδοκύστες και οι περιχαρακωμένες παγκρεατικές νεκρώσεις (walled-off necrosis). Η αντιμετώπιση των συμπτωματικών παγκρεατικών συλλογών μπορεί να γίνει χειρουργικά, διαδερμικά ή ενδοσκοπικά. Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση των συλλογών παραδοσιακά περιλαμβάνει την τοποθέτηση πλαστικών και μεταλλικών stent. Ωστόσο, τα πλαστικά τύπου rig-tail stent αποφορσούνται συχνά λόγω του μικρού εύρους του αυλού τους, ενώ τα μεταλλικά αυτοεκτεινόμενα παρουσιάζουν το πρόβλημα της «μετανάστευσης» (migration) καθώς έχουν ευθύ σχήμα.

Το Hot AXIOS™ Stent αποτελεί ένα μεταλλικό αυτοεκτεινόμενο stent πλήρους επικάλυψης που διαθέτει δύο ιδιαίτερα διευρυμένα άκρα με στόχο να αποτρέπεται η μετακίνησή του και τοποθετείται αποκλειστικά υπό καθοδήγηση από ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (lumen-apposing self-expandable metallic stent, LASEMS). Παρουσιάζουμε μια σειρά τεσσάρων περιστατικών από το νοσοκομείο μας στα οποία έγινε τοποθέτηση Hot AXIOS™ Stent. Πρόκειται για τρεις άντρες και μια γυναίκα με ηλικίες 53–74 έτη. Στις ενδείξεις τοποθέτησης περιλαμβάνονται δύο walled-off liquid necrosis και δύο ευμεγέθεις ψευδοκύστες παγκρέατος με πειστικά φαινόμενα. Η τοποθέτηση έγινε επιτυχώς και στα τέσσερα περιστατικά χωρίς άμεσες επιπλοκές, πλην την εμφάνιση βακτηριακής περιτονίτιδας σε έναν ασθενή που είχε πυλαία υπέρταση ως απότοκο της πίεσης από την ψευδοκύστη που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών. Και οι τέσσερις ασθενείς παρουσίασαν άμεση κλινική βελτίωση και μείωση του μεγέθους των συλλογών. Συμπερασματικά, τα LASEMS φαίνεται ότι μπορούν να αποτελέσουν μια αποτελεσματική και ασφαλή μέθοδο αντιμετώπισης των παγκρεατικών συλλογών και εναλλακτική της χειρουργικής, διαδερμικής ή και της παραδοσιακής ενδοσκοπικής αντιμετώπισης.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):20

ΠΑ35

Η ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕ ΤΟ ΕΝΔΟΣUFF ΥΠΕΡΤΕΡΕΙ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΧΑΜΕΝΩΝ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΝ: ΔΙΕΘΝΗΣ, ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ, ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ

Δ. Πολύμερος,¹ Π. Γκολφάκης,² Π. Αποστολόπουλος,² C. Lopes Brandao,³ A. Repici,⁴ Ι.Σ. Παπανικολάου,¹ M. Dinis-Ribeiro,⁵ Γ. Αλεξανδράκης,⁶ C. Hassan,⁷ K. Τριανταφύλλου¹

¹Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο, Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών, Αθήνα, ²Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Νοσηλευτικό Ίδρυμα ΜΤΣ, Αθήνα, ³Gastroenterology Department, Portuguese Oncology Institute of Porto, Πόρτο, Πορτογαλία, ⁴Digestive Endoscopy Unit, Humanitas Research Hospital, Μιλάνο, Ιταλία, ⁵Endoscopy Unit, Ospedale Nuovo Regina Margherita, Ρώμη, Ιταλία

Εισαγωγή: Το Endocuff προσαρμοζόμενο στο άκρο του κολοσκόπου υπόσχεται επισκόπηση μεγαλύτερης επιφάνειας του εντερικού βλεννογόνου επιτεδώνοντας τις πτυχές κατά την απόσυρση. Σκοπός της μελέτης: Η σύγκριση του αριθμού των χαμένων αδενωμάτων μεταξύ κολοσκόπησης με Endocuff (ΕΚ) και συμβατικής κολοσκόπησης (ΣΚ).

Μέθοδοι: Διαδοχικές, την ίδια μέρα (ΕΚ αρχικά, ακολουθούμενη από ΣΚ ή αντιστρόφως, τυχαιοποιημένες 1:1) κολοσκόπησης από ενδοσκόπους με ποσοστό ανίχνευσης αδενωμάτων >35% σε 4 τεταρτοβάθμια νοσοκομεία. ClinicalTrials.gov:NCT02340065.

Αποτελέσματα: Τυχαιοποιήθηκαν 200 ασθενείς. Οι χρόνοι εισόδου και απόσυρσης δεν διέφεραν στατιστικά μεταξύ των ΕΚ και ΣΚ.

Ανάλυση ανά βλάβη: Σημαντικά μικρότερος αριθμός χαμένων αδενωμάτων με την ΕΚ συγκριτικά με την ΣΚ, τόσο συνολικά όσο και στο εγγύς κόλον

	Συνολικά αδενώματα, n				Αδενώματα στο εγγύς κόλον, n			
	Βρέθηκαν στην αρχική	Χάθηκαν αρχικά, βρέθηκαν με την ΕΚ	Χάθηκαν αρχικά, βρέθηκαν με την ΣΚ	OR (95%CI)	Βρέθηκαν στην αρχική	Χάθηκαν αρχικά, βρέθηκαν με την ΕΚ	Χάθηκαν αρχικά, βρέθηκαν με την ΣΚ	OR (95%CI)
ΣΚ αρχική	53	32	-	3,5 (1,8-7)	22	14	-	5,5 (1,7-17)
ΕΚ αρχική	93	-	16		43	-	5	

Ανάλυση ανά ασθενή: η δεύτερη εξέταση οδήγησε σε τροποποίηση του προγράμματος επιτήρησης σύμφωνα με τις οδηγίες της ASGE σε 17 και 5 ασθενείς που υπεβλήθησαν αρχικά σε ΣΚ και ΕΚ, αντίστοιχα [OR=3,8 (95%CI:1,4-10,9), P=0,01]. Η ομάδα με αρχική εξέταση ΣΚ είχε σημαντικά περισσότερες ψευδώς αρνητικές εξετάσεις σε σύγκριση με την ομάδα με αρχική εξέταση ΕΚ (14/100 vs. 3/94, P=0,01).

Συμπεράσματα: Η κολοσκόπηση με Endocuff μειώνει το ποσοστό των χαμένων αδενωμάτων περισσότερο από 3 φορές, σε σύγκριση με την συμβατική κολοσκόπηση, ακόμα και όταν διενεργείται από έμπειρους ενδοσκόπους.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):20

ΠΑ36

ΧΡΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΣΤΙΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΕΛΛΗΝΕΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥΣ

Α.Δ. Πρωτοπαπάς,¹ Α. Πρωτοπαπάς²

¹Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Διδυμοτείχου, ²Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝ Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Κάθε γαστρεντερολόγος διαφέρει στο είδος καταστολής που χρησιμοποιεί κατά τη διάρκεια μιας ενδοσκόπησης. Οι διαφορές εντοπίζονται κυρίως στη χρήση ή μη καταστολής και στα φάρμακα που προτιμώνται στη πρώτη περίπτωση.

Σκοπός: Η καταγραφή των ενδοσκοπικών πρακτικών των Ελλήνων γαστρεντερολόγων όσον αφορά την χρήση καταστολής στην ενδοσκόπηση.

Υλικό-Μέθοδοι: Σχηματίστηκε ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο 38 ερωτήσεων, σχετικό με τον τρόπο διενέργειας ενδοσκοπήσεων. Το ερωτηματολόγιο αυτό στάλθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σε 509 Έλληνες γαστρεντερολόγους.

Αποτελέσματα: Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από 195 γαστρεντερολόγους (38,3%), 165 άνδρες και 30 γυναίκες. Από αυτούς 127 είναι Ιδίωτες, 53 μέλη του ΕΣΥ και 15 μέλη ΔΕΠ. 49 (25,1%) ιατροί δεν χρησιμοποιούν καταστολή σε απλή ενδοσκόπηση. Από τους υπόλοιπους, το κυριότερο σχήμα που χρησιμοποιείται στην γαστροσκόπηση περιλαμβάνει μόνο Μιδαζολάμη (50%), ενώ στην κολοσκόπηση Μιδαζολάμη/Φαιτανυλίνη (24,6%). Συνολικά, το 20,4% των ιατρών χρησιμοποιεί προποφόλη. Οι ιατροί που δεν χρησιμοποιούν προποφόλη επικατέστησαν νομικά ζητήματα (33%), μη επαρκή εκπαίδευση (26,4%) και κίνδυνο εμφάνισης καρδιοπνευμονικών επιπλοκών (23,6%) ως βασικά αίτια της μη χρήσης της. Σε ερώτηση σχετικά με την τεχνική καταστολής προτίμησής τους σε περίπτωση που υποβάλλονταν οι ίδιοι σε απλή ενδοσκόπηση, 105 (53,6%) ιατροί απάντησαν συνδυασμό που περιλαμβάνει προποφόλη.

Συμπεράσματα: Υψηλό ποσοστό Ελλήνων γαστρεντερολόγων κάνει χρήση καταστολής στις ενδοσκοπήσεις. Η προποφόλη έχει μικρή συμμετοχή στην καθημερινή πρακτική των Ελλήνων γαστρεντερολόγων. Παραδόξως, μεγάλοι αριθμοί γαστρεντερολόγων φαίνεται να συμφωνεί με τη χρήση της. Η μη επαρκής εκπαίδευση, ο φόβος των επιπλοκών και το αβέβαιο νομικό πλαίσιο που καθορίζει τη χρήση της εμποδίζουν πολλούς Έλληνες γαστρεντερολόγους από τη χρήση της.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):20

ΠΑ37

ΠΟΥ ΕΝΤΟΠΙΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΑΓΓΕΙΟΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ ΠΟΥ ΑΙΜΟΡΡΑΓΟΥΝ ΕΝΕΡΓΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΝΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕ ΚΑΨΟΥΛΑ

N. Βιάζης, Λ. Βαρυτιμιάδης, Μ. Χανιάς, Ι. Τζιωρτζιώτης, Μ. Γαλανόπουλος, Θ. Τσιγαρίδας, Φ. Γκέρος, Χ. Πόντας, Κ. Μάρκογλου, Ε. Αδάμου, Δ. Γ. Καραμανώλης, Γ. Μάντζαρης
Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Να καταγράψουμε τη συχνότητα εμφάνισης και την εντόπιση των αγγειοδυσπλασιών που αιμορραγούν ενεργά σε ασθενείς με αιμορραγία πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας (ΑΠΑΑ) που υποβάλλονται σε εντεροσκόπηση με κάψουλα λεπτού εντέρου.

Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη σε προοπτικά συλλεγμέν αρχαιακό υλικό (Μάρτιος 2003–Αύγουστος 2016) επί 2741 ασθενών που υποβλήθηκαν σε κάψουλα στο Τμήμα μας λόγω αιμορραγίας πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας. Από τους ασθενείς αυτούς εντοπίσαμε εκείνους στους οποίους η κάψουλα ανέδειξε αγγειοδυσπλασίες που αιμορραγούσαν ενεργά. Αναλύσαμε το συνολικό χρόνο που χρειάστηκε η κάψουλα για να φτάσει από τον πυλωρό (1η δωδεκαδακτυλική λήψη) στο τυφλό (1η λήψη παχέος εντέρου) και τον χωρίσαμε σε 4 τεταρτημόρια προκειμένου να καταγράψουμε την εντόπιση των αγγειοδυσπλασιών στην αρχική μοίρα της νήστιδας, στην τελική μοίρα της νήστιδας, στην αρχική μοίρα του ειλεού και στην τελική μοίρα του ειλεού.

Αποτελέσματα: Από τους 2741 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εντεροσκόπηση με κάψουλα λόγω ΑΠΑΑ ανευρέθηκαν αγγειοδυσπλασίες στους 1474 (53,7%), από τις οποίες οι 239 παρουσίαζαν ενεργό αιμορραγία (16,2%). Από τις αγγειοδυσπλασίες που αιμορραγούσαν ενεργά, 16 εντοπίστηκαν στο στομάχι (6,7%), 124 στην αρχική μοίρα της νήστιδας (51,8%), 45 στην τελική μοίρα της νήστιδας (18,8%), 23 στην αρχική μοίρα του ειλεού (9,6%), 22 στην τελική μοίρα του ειλεού (9,2%) και 9 στο δεξιό κόλο (3,7%).

Συμπέρασμα: Σε ασθενείς με ΑΠΑΑ που υποβάλλονται σε εντεροσκόπηση με κάψουλα, η αρχική μοίρα της νήστιδας αποτελεί τη συχνότερη εντόπιση των αγγειοδυσπλασιών που αιμορραγούν ενεργά και επομένως η μεγάλη πλειοψηφία των αγγειοδυσπλασιών που αιμορραγούν ενεργά μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη χρήση γαστροσκοπίου, κολονοσκοπίου και push εντεροσκοπίου.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):21

ΠΑ39

ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΩΝ ΨΕΥΔΟΚΥΣΤΕΩΝ ΜΕ ΕΝΙΑΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ LAMS (LUMEN-APPPOSING METAL STENT): ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

A.Δ. Σιούλας,¹ Κ. Παπαδάκη,¹ Κ. Ζωγράφος,² Η. Σκοτινιώτης¹

¹Ενδοσκοπικό Τμήμα, ΔΘΚΑ Υγεία, Αθήνα, ²Γιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου, Αθήνα

Εισαγωγή: Οι LAMS (lumen-apposing metal stents) είναι επικαλυμμένες αυτοεκτεινόμενες μεταλλικές ενδοπροθέσεις που χρησιμοποιούνται στην ενδοσκοπική παροχέτευση παγκρεατικών συλλογών υγρού. Η τοποθέτηση τους απαιτεί καθοδήγηση με EUS. Πλεονεκτήματά τους αποτελούν η μεγάλη διάμετρος (10 mm) και η ελαχιστοποίηση του κινδύνου μετανάστευσης λόγω της ιδιαίτερης διαμόρφωσής τους. Η τελευταία εξέλιξη στον τομέα αυτό ενσωματώνει όλα τα απαραίτητα υλικά σε μία ενιαία συσκευή, απλοποιώντας τη διαδικασία τοποθέτησης.

Σκοπός: Η παρουσίαση 2 περιστατικών παροχέτευσης με LAMS συμπτωματικών παγκρεατικών ψευδοκύστεων μέσω ενιαίας συσκευής (Hot Axios, Boston Scientific Corporation, Marlborough, MA, USA).

Υλικό-Μέθοδοι: 2 ασθενείς (άρρηνες, 46 και 45 ετών) με συμπτωματικές ψευδοκύστες (διάμετρο 12 και 13 mm, αντίστοιχα), μετά από οξεία παγκρεατίτιδα (λιθιασική προ 27 μηνών και αλκοολική προ 19 μηνών, αντίστοιχα). Υποβλήθηκαν σε EUS-κατευθυνόμενη διαγνωστική παροχέτευση των ψευδοκύστεων με τοποθέτηση LAMS (μήκους 1 cm και διάμετρο 1 cm).

Αποτελέσματα: Η τοποθέτηση των ενδοπροθέσεων ήταν τεχνικά επιτυχή, χωρίς άμεσες ή απώτερες επιπλοκές. Η διαδικασία τοποθέτησης διήρκεσε λιγότερο από 15 λεπτά και στις 2 περιπτώσεις. Αμέσως μετεπεμβατικά αμφότεροι οι ασθενείς κατέστησαν ασυμπτωματικοί και ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε υποδιπλασιασμό του μεγέθους και πλήρη εξαφάνιση της κύστης, αντίστοιχα. Μετά από 8 εβδομάδες, οι ασθενείς παρέμειναν ασυμπτωματικοί και χωρίς απεικονιστικά ευρήματα συμβατά με ψευδοκύστη, οπότε πραγματοποιήθηκε ενδοσκοπική αφαίρεση των LAMS με χρήση βρόχου.

Συμπεράσματα: Η τοποθέτηση των LAMS ήταν γρήγορη, τεχνικά ευχερής και ασφαλής, οδηγώντας σε επιτυχή παροχέτευση συμπτωματικών παγκρεατικών ψευδοκύστεων.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):21

ΠΑ38

ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΕ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΟ 2015

Σ. Καραμαρούδης, Α. Στάμου, Σ.-Χ. Βόρρη, Π. Κατσούλη, Α. Καραγκούνη, Β. Παπαδόπουλος, Γ. Τζιάτζος, Π. Γκολφάκης, Γ.Δ. Δημητριάδης, Κ. Τριανταφύλλου
Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΠΓΝΑ «Αττικόν»

Σκοπός: Η εκτίμηση της ποιότητας των κολονοσκοπήσεων στη Μονάδα το 2015 και η σύγκριση των αποτελεσμάτων με αυτά του 2011.

Υλικό-Μέθοδος: Μετρήθέντες δείκτες ποιότητας: χορήγηση καταστολής, ποσοστό ολικών κολονοσκοπήσεων (ΠΟΚ), ποσοστό ανεύρεσης αδενωμάτων (ΠΑΑ) και ποσοστό σοβαρών (αιμορραγία-διάτρηση) πρώιμων επιπλοκών (ΠΠΕ), σε τρεις προκαθορισμένες ομάδες ασθενών (Α. Πρόθεση για ολική κολονοσκόπηση, Β. Η ομάδα Α εξαιρουμένων ασθενών με απόφραξη εντέρου, Γ. Ασθενείς της ομάδας Β για πρόληψη ΚΠΕ).

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα του 2015 (1556 κολονοσκοπήσεις) συγκρίθηκαν με τα ήδη δημοσιευμένα του πρώτου εξαμήνου του 2011 (617 κολονοσκοπήσεις). Το 2015, το ποσοστό εξετάσεων υπό καταστολή ήταν υψηλό (89,1%, 90,2% και 94,6% στις ομάδες Α, Β και Γ, αντίστοιχα), υψηλότερο αυτού του 2011. Όμως, στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε μόνο στην ομάδα Γ (94,6 [93–96,3] vs. 88,5 [84,4–92,6]%). Στην ομάδα Α δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά αναφορικά με το ΠΠΕ μεταξύ των δύο περιόδων (0,1 [–0,1–0,2] vs. 0,3 [0–0,7]%). Στην ομάδα Β το ΠΠΕ ήταν παρόμοιο στις δύο καταγραφές (94,3 [93,1–95,4] vs. 96,4 [94,9–97,9]%). Τέλος στην ομάδα Γ, το ΠΑΑ δεν μεταβλήθηκε (30,8 [27,4–34,1] vs. 35 [28,9–41,1]%), το ΠΟΚ διατηρείται σταθερά πάνω από το προτεινόμενο 95% (97,2 [96,1–98,4] vs 98,3 [96,6–100]%) και το ΠΠΕ είναι ουσιαστικά μηδενικό (0% vs. 0,9 [0–2,1]%), στις δυο περιόδους. Κατά το 2015 δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μεταβλητότητα μεταξύ των συμμετεχόντων ενδοσκόπων (N=5), αναφορικά με τις παραμέτρους ποιότητας που μετρήθηκαν.

Συμπεράσματα: Οι δείκτες ποιότητας κολονοσκόπησης ΠΑΑ, ΠΟΚ και ΠΠΕ στη Μονάδα μας ήταν και παραμένουν υψηλότεροι των προτεινόμενων διεθνώς. Το 2015, το ποσοστό χορήγησης καταστολής κατά την εξέταση ξεπέρασε το προτεινόμενο σε διεθνείς οδηγίες.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):21

ΠΑ40

ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑΣ ΣΦΙΓΚΤΗΡΟΤΟΜΗΣ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΣΦΙΓΚΤΗΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΜΕ ΜΠΑΛΟΝΙ

A. Βεζάκης, Γ. Φραγκουλιδής, Ε. Κόντης, Ε. Παντιώρα, Α. Πολυδώρου
Β' Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Σκοπός της εργασίας ήταν η εκτίμηση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της επέκτασης προηγηθείσας ενδοσκοπικής σφιγκτηροτομής (ΕΣΦ) σε ασθενείς με λιθίαση χοληδόχου πόρου (ΧΠ).

Αναδρομική μελέτη ασθενών που υποβλήθηκαν σε επέκταση ΕΣΦ για λιθίαση ΧΠ, μεταξύ 2001–2013. Περιελήφθησαν 118 ασθενείς (Α/Γ,53/65) με διάμεση ηλικία 74 έτη (31–91) (ομάδα Α). Κατά το ίδιο χρονικό διάστημα ΕΣΦ έγινε σε 1064 ασθενείς με λιθίαση ΧΠ (ομάδα Β). Η ανάλυση αφορούσε την αποτελεσματικότητα της επέκτασης ΕΣΦ, τις επιπλοκές, καθώς και την σύγκριση των δύο ομάδων όσον αφορά τις επιπλοκές.

Οι ασθενείς της ομάδας Α ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία, ήταν συχνότερα ασυμπτωματικοί και η πλειονότητα τους είχε υποβληθεί σε χολοκυστεκτομή. Η συχνότερη κλινική εκδήλωση και στις δύο ομάδες ασθενών ήταν αυτή της οξείας χολαγγειίτιδας. Κανένας ασθενής της ομάδας Α δεν παρουσιάστηκε με οξεία παγκρεατίτιδα. Ο καθητηριασμός του ΧΠ ήταν ευχερής σε όλους τους ασθενείς της ομάδας Α, ενώ θεωρήθηκε δύσκολος σε 49% των ασθενών της ομάδας Β. Λιθίαση ΧΠ ανευρέθηκε σε 97/118 ασθενείς της ομάδας Α, Πλήρης καθαρισμός του ΧΠ επιτεύχθηκε σε 76/97 (78%) ασθενείς μετά από μέσο όρο 1,18 προσπάθειες ΕΡCP ανά ασθενή. Μηχανική λιθοτριψία χρειάστηκε σε 10% των ασθενών. Χειρουργική διερεύνηση και αφαίρεση των λίθων απαιτήθηκε σε 15% των ασθενών. Άμεση αιμορραγία μετά την επέκταση παρατηρήθηκε σε 24 (20%) ασθενείς. Σταμάτησε μόνη της σε 9 (37%) και έγχυση αδρεναλίνης ή συνδυασμός με άλλες αιμοστατικές τεχνικές χρειάστηκε στους υπόλοιπους, ενώ ένας ασθενής χρειάστηκε χειρουργική επέμβαση για επίσχεση της αιμορραγίας. Οι επιπλοκές ήταν συχνότερες στην ομάδα Β (5,3 έναντι 0,8%, P=0,031), αλλά δεν υπήρχε διαφορά σε κάθε επιπλοκή ξεχωριστά. Η άμεση αιμορραγία ήταν συχνότερη στην ομάδα Β (29 έναντι 20%, P=0,035), αλλά δεν υπήρχε διαφορά στην κλινική αιμορραγία. Δεν παρατηρήθηκαν θάνατοι που να σχετίζονται με την ΕΡCP και στις δύο ομάδες ασθενών.

Συμπερασματικά, η επέκταση ΕΣΦ είναι ασφαλέστερη από την αρχική ΕΣΦ και επιτρέπει τον καθαρισμό του ΧΠ σε 80% των ασθενών. Η σφιγκτηροπλαστική με μπαλόνι θα πρέπει να περιορίζεται σε ασθενείς με μεγάλους λίθους ή όταν δεν μπορεί να επεκταθεί η ΕΣΦ.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):21

ΠΑ41

ΣΥΓΚΡΙΣΗ EUS-FNA ΒΕΛΟΝΑΣ ECHO TIP PROCORE ΜΕ ECHO TIP ULTRA ΙΔΙΑΣ ΔΙΑΜΕΤΡΟΥ (22G): ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΜΑΖΑ

Α.Δ. Σιούλας,¹ W. Sterlacci,² L. Veits,² G. Schachschal,¹ S. Groth,¹ M. Anders,¹ C.K. Kontos,³ T. Topalidis,⁴ A. Hinsch,⁵ M. Vieth,² T. Rösch,¹ U.W. Denzer¹

¹Department of Interdisciplinary Endoscopy, University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Germany, ²Institute of Pathology, Clinic of Bayreuth, Bayreuth, Germany, ³Department of Biochemistry and Molecular Biology, University of Athens, Athens, Greece, ⁴Institute of Cytopathology, Hannover, Germany, ⁵Institute of Pathology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Germany

Εισαγωγή: Η βελόνα ProCore επιτρέπει την υπό EUS λήψη υλικού για ιστολογική εξέταση.

Σκοπός: Η σύγκριση της βελόνας EchoTip ProCore (PN) με τη βελόνα EchoTip Ultra (UN), διαμέτρου 22G αμφότερες, στην υπό EUS παρακέντηση ενδοκοιλιακών μαζών.

Υλικό-Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν προοπτικά ασθενείς με ενδοκοιλιακή μάζα που υποβλήθηκαν σε EUS-FNA και με τις 2 βελόνες με τυχαίοποιημένη σειρά. Το υλικό εξετάστηκε κυτταρολογικά (UN) και ιστολογικά ή κυτταρολογικά (PN). Συγκρίθηκαν α) η διαγνωστική ακρίβεια της κάθε βελόνας, β) η επάρκεια του υλικού για εξέταση, γ) ο αναγκαίος αριθμός περασμάτων ώστε να προκύψει μακροσκοπικά ικανό δείγμα, δ) η ποιότητα του υλικού (κλίμακα 0-3, 3=άριστη) και ε) η επίπτωση ανεπιθύμητων συμβαμάτων. Ως διαγνωστικά gold standard ορίστηκαν το σαφές αποτέλεσμα της κυτταρολογικής ή ιστολογικής εξέτασης ή/και το αποτέλεσμα της χειρουργικής βιοψίας ή/και η παρακολούθηση για περισσότερο από 12 μήνες.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 56 ασθενείς (29 άνδρες, διάμεση ηλικία: 68) με παγκρεατική μάζα (38), λεμφαδενοπάθεια (13), υποβλεννογόνο όγκο (4) και νεφρική μάζα (1). Στο σύνολο των ασθενών και σε εκείνους με ιστολογική εξέταση (36/56) οι 2 βελόνες δε διέφεραν στη διαγνωστική ακρίβεια (UN: 88,9 vs. PN: 96,1, P=0,25 και UN: 85,7 vs. PN: 94,4, P=0,25), την επάρκεια του υλικού (UN: 96,4% vs. PN: 91,1%, P=0,38 και UN: 97,2 vs. PN: 100, P=0,99), το μέσο αριθμό περασμάτων (UN: 1,5 vs. PN: 1,7, P=0,14 και UN: 1,5 vs. PN: 1,7, P=0,16), τη διάμεση ποιότητα του υλικού (UN: 2,6 vs. PN: 2,4, P=0,083 και UN: 3 vs. PN: 3, P=0,49) και τις επιπλοκές (καμία).

Συμπέρασμα: Οι βελόνες UN και PN παρουσιάζουν παρόμοιες επιδόσεις στην EUS-FNA ενδοκοιλιακών μαζών.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

eP01

ΠΟΛΥΕΣΤΙΑΚΗ ΑΤΡΟΦΙΚΗ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΜΕΤΑΠΛΑΣΙΑ

N.B. Χρύσανθος,¹ Ε. Αναγνωστοπούλου,¹ Α. Μέλλιος,² Σ. Πατσαβέλα,¹ Π. Κορκο-λοπούλου³

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα ΓΝ Χανίων, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα ΓΝ Χανίων, ³Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιατρικής Σχολής Αθηνών

Εισαγωγή: Η πολυεστιακή ατροφική γαστρίτιδα (ΠΑΓ) χαρακτηρίζεται από ατροφία με εντερική μεταπλασία (ΕΜ) στο πυλωρικό άντρο (ΕΜΠΑ) ή το σώμα του στομάχου (ΕΜΣ). Η παθογένειά της είναι πολυπαραγοντική, έχει συσχετισθεί ισχυρά με δυσπλασία και γαστρικό αδενοκαρκίνωμα.

Σκοπός: Η επίπτωση ΕΜ σε ασθενείς με ΠΑΓ και η συσχέτιση της με τα υπόλοιπα ιστολογικά χαρακτηριστικά.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη η οποία συμπεριέλαβε 235 ασθενείς [114 (48,5%) άνδρες/121 (51,5% γυναίκες) μέσης ηλικίας 55±15 έτη που υπεβλήθησαν σε γαστροσκόπηση+βιοψίες. 145/235 ασθενείς με βιοψίες σώματος, 208/235 βιοψίες πυλωρικού άντρου. Εκτιμήθηκε η παρουσία ΕΜΠΑ και ΕΜΣ και η συσχέτισή τους με άλλα ιστολογικά χαρακτηριστικά. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με SPSS 21.0.

Αποτελέσματα: Η ΕΜΠΑ παρατηρήθηκε σημαντικά συχνότερα σε σχέση με την ΕΜΣ [45/208 (21,6%) vs 13/145 (8,9%), P: 0,007] και ήταν κυρίως ώριμου τύπου / παχέος εντέρου. Ωστόσο [5/45 (11,1%) P: 0,41] ασθενείς με ΕΜΠΑ είχαν μη ώριμου τύπου μεταπλασία και ένας εξ αυτών δυσπλασία. Ασθενείς ≥50 ετών είχαν σημαντικά συχνότερα ΕΜΠΑ σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς [35/145 (24,1%) vs 10/90 (11,1%) P:0,014, OR 2,54 95% CI 1,19–5,44]. Η ΕΜΣ σχετίστηκε ισχυρά με χρόνια γαστρίτιδα με ή χωρίς δραστηριότητα [9/13 (69,2%) P:0,08], ηπιού βαθμού ατροφία [6/13 (46,1%) P<0,001], λαχνωτή διαμόρφωση επιθηλίου [5/13 (38,5%) P<0,001 OR 6,67 95%CI 1,98–22,4], υπερπλασία βοθρίων και άνοδο λείων μυκίνων ινών [5/13 (38,5%) P:0,03 και 2/13 (15,4%) P:0,02]. Η ΕΜΠΑ βρέθηκε να σχετίζεται ισχυρά με χρόνια γαστρίτιδα με δραστηριότητα [23/45 (51,1%) P:0,06], μέσης βαρύτητας ατροφία [14/45 (31,1%) P<0,001] και υπερπλασία βοθρίων [16/45 (35,5%) P:0,039].

Συμπεράσματα: Η επίπτωση της ΕΜ είναι σχετικά υψηλή και αυτό απαιτεί συστηματική επιτήρηση των ασθενών ιδίως σε αυτούς με ΕΜΠΑ μη ώριμου τύπου

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):24

eP03

ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ MALT ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

N.B. Χρύσανθος,¹ Ε. Αναγνωστοπούλου,¹ Γ. Πολυμίλη,² Π. Κορκολοπούλου,³ Ι. Δελλαδέτσιμα,³ Γ. Αγραγιάννης³

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα Γ.Ν. Χανίων, ²Α' Παθολογική Κλινική ΓΝ Χανίων, ³Παθολογοανατομικό εργαστήριο Ιατρικής Σχολής Αθηνών

Εισαγωγή: Τα συχνότερα νεοπλασμάτα του στομάχου είναι τα αδενοκαρκινώματα. Τα μη Hodgkin λεμφώματα του στομάχου τύπου MALT εμφανίζουν τα τελευταία χρόνια αυξανόμενη επίπτωση. Η συνύπαρξη MALT λεμφώματος με αδενοκαρκίνωμα στομάχου είναι σημαντικά σπάνια.

Περιγράφεται περίπτωση άνδρα ασθενή 60 ετών ο οποίος διεκομίσθη με λιποθυμικό επεισόδιο και μέλαινες κενώσεις. Ελάμβανε ακετυλοσαλικυλικό οξύ λόγω κεφαλαλγίας. Μετά την αρχική σταθεροποίηση του ο ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού όπου διεπιστώθη ευμεγέθες έλκος με ενεργό αιμορραγία στο έλασσον τόξο του στομάχου το οποίο αντιμετώπιστηκε επιτυχώς ενδοσκοπικά. Ο ασθενής επανεπανεδοσκοπήθηκε μετά από 6 εβδομάδες όπου διεπιστώθη πλήρης επουλώση του έλκους και κατά τόπους διαβρώσεις στην περιοχή του ελάσσονος τόξου. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε πυκνή διήθηση από μικρού έως μέσου μεγέθους λεμφοκύτταρα καθώς και η παρουσία έντονα άτυπων επιθηλιακών νησίδων και αδενικών σχηματισμών από έντονα επιθηλιακά κύτταρα, ευρήματα συμβατά με χαμηλής διαφοροποίησης αδενοκαρκινώματος στομάχου.

Συμπεράσματα: Αν και σπάνια η ανεύρεση διπλής νεοπλασίας του στομάχου δημιουργεί ερωτήματα σε σχέση με την θεραπευτική προσέγγιση αυτών των ασθενών. Η γαστρεκτομή φαίνεται ως το επόμενο λογικό βήμα η οποία θα πρέπει να συνοδεύεται από επικουρική χημειοθεραπεία. Τα ποσοστά έκβασης εξαρτώνται κατά βάση από το στάδιο του αδενοκαρκινώματος.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):24

eP02

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΪΣΤΟΧΗΜΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΓΑΣΤΡΙΚΟ MALT ΛΕΜΦΩΜΑ

N.B. Χρύσανθος,¹ Ε. Αναγνωστοπούλου,¹ Α. Κολοβού,² Κ. Πάλλα,² Α. Παπανικολάου²

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα ΓΝ Χανίων, ²Αιματολογική Κλινική ΓΝ Χανίων, ³Ανατομοπαθολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Ευαγγελισμός

Εισαγωγή: Η ενδοσκοπική επιτήρηση με λήψη βιοψιών των γαστρικών malt λεμφωμάτων είναι σημαντική σε σχέση με την ενεργότητα της νόσου. Η ανοσοϊστοχημική έκφραση της νόσου προσφέρει επαρκείς πληροφορίες τόσο σε σχέση με την πρόγνωση όσο και την ανάγκη θεραπείας.

Σκοπός: Η πιθανή συσχέτιση των ευρημάτων της ανοσοϊστοχημικής μελέτης με την ενδοσκοπική εικόνα ασθενών με γαστρικό λέμφωμα.

Μεθοδολογία: Η μελέτη συμπεριέλαβε 18 ασθενείς [14 γυναίκες (777%/4 άνδρες (223%)), με μέση ηλικία τα 55 έτη και μέση επιτήρηση νόσου 6 ετών. Τα δεδομένα της μελέτης αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 21.0.

Αποτελέσματα: Ασθενείς με malt και ερυθριματώδη γαστρίτιδα εμφανίζουν σημαντικά συχνότερα θετικούς ανοσοϊστοχημικούς δείκτες (ΑΙΔ) τόσο σε εξέταση οστικού κυλίνδρου όσο και σε βιοψίες στομάχου.

Ειδικότερα σε εξέταση οστικού κυλίνδρου ανιχνεύτηκαν Β κυτταρικής προέλευσης ΑΙΔ: L26 (P<0,061) και Τ κυτταρικής προέλευσης ΑΙΔ: CD45Ro (P<0,001), ενώ σε γαστρικές βιοψίες ανιχνεύτηκαν οι δείκτες που αναφέρονται στον πίνακα 1.

Σειρά	Ανοσοϊστοχημικοί δείκτες	P
Β κυτταρική προέλευση	L26, CD10 BCL2PR, CD43, CD79	<0,001
	LCA	0,013
	CD20	0,061
Τ κυτταρική προέλευση	CD3, CD5, CD43	<0,001
	L26	0,013

Οι διαβρώσεις του στομάχου σχετίστηκαν σημαντικά με θετικούς ανοσοϊστοχημικούς δείκτες Β κυτταρικής σειράς και πιο συγκεκριμένα με CD43 και CD79 (P<0,001). Τα έλκη και η μικροσκόπιση εμφάνιση του βλεννογόνου δεν σχετίστηκαν με παθολογική ανοσοϊστοχημεία.

Συμπεράσματα: Η σχέση ενδοσκοπικών και ανοσοϊστοχημικών ευρημάτων φαίνεται να είναι σημαντικά ισχυρή και θα πρέπει να αξιοποιηθεί σε σχέση με το καταλληλότερο θεραπευτικό χειρισμό των ασθενών με γαστρικό malt λέμφωμα.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):24

eP04

ΔΙΠΛΟ ΣΧΗΜΑ ΜΕ ΥΨΗΛΗ ΔΟΣΗ ΑΜΟΞΥΚΙΛΛΙΝΗΣ: ΜΙΑ ΠΙΘΑΝΗ ΛΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΡΙΖΩΣΗ ΤΟΥ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΟΥ *H. PYLORI*

Η. Μπουζάκης
Γαστρεντερολόγος, Χανιά

Εισαγωγή: Είναι γνωστό ότι η αντοχή του *H. pylori* στην αμοξυκιλλίνη (ΑΜΟ) είναι <1%. Δοκιμάστηκαν λοιπόν πρόσφατα διπλά σχήματα με υψηλές δόσεις ΑΜΟ, με ενδιαφέροντα αποτελέσματα τόσο σε πρωτοθεραπευόμενους ασθενείς όσο και σε πολυανθεκτικά στελέχη.

Περιγραφή περίπτωσης: Σε γυναίκα 51 ετών, με ΗΡ(+) παραπυλωρικό έλκος, χορηγήθηκε διαδοχικό σχήμα εκρίζωσης (εσομεπραζόλη (ΕΣΟ) 40 mgx2+ΑΜΟ 1 gx2 για 7 ημέρες, ακολουθούμενα από ΕΣΟ 40 mgx2+κλαριθρομυκίνη 500 mgx2+μετρονιδαζόλη 500 mgx2 για 7 ημέρες). Λόγω αποτυχίας (θετική δοκιμασία αναπνοής), χορηγήθηκαν ΕΣΟ 40 mgx2+ΑΜΟ 1 gx2+ΛΕΒ 500 mgx2 για 14 ημέρες, τα οποία απέτυχαν ξανά. Πρόσφατα είχε δημοσιευθεί μελέτη με 90% πιθανότητα εκρίζωσης πολυανθεκτικού ΗΡ μετά χορήγηση διπλού σχήματος με υψηλή δόση ΑΜΟ (CGH 2015, 13:895–905). Κατόπιν πλήρους ενημέρωσης ότι πρόκειται για θεραπεία εκτός συστάσεων, χορηγήθηκαν ραμπεραζόλη 20 mgx4+ΑΜΟ 1 gx4 για 14 ημέρες, χωρίς καμία παρενέργεια. Το τεστ αναπνοής 2 μήνες μετά ήταν αρνητικό.

Συζήτηση: Οι δημοσιεύσεις με διπλά σχήματα εκρίζωσης είναι σχετικά λίγες και με ποικίλα αποτελέσματα. Στηρίζονται στην ιδέα ότι το ΗΡ πρακτικά δεν έχει αντοχή στην ΑΜΟ. Η βακτηριοκτόνος δράση της ΑΜΟ φαίνεται ότι είναι περισσότερο χρονο- και λιγότερο δόσοεξαρτώμενη και γι αυτό τα σχήματα με ανά 8ωρο ή ανά 6ωρο χορήγηση της έχουν καλύτερα αποτελέσματα. Επιπλέον, οι υψηλές δόσεις ΑΜΟ δεν φαίνεται να έχουν κάποια σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια. Η σύσταση για καλλιέργεια και τεστ ευαισθησίας του ΗΡ μετά από διπλή ανεπιτυχή θεραπεία εκρίζωσης είναι δύσκολα εφαρμόσιμη στη ελληνική πραγματικότητα. Η ιδέα του διπλού σχήματος εκρίζωσης θα αξίζει ίσως να μελετηθεί περαιτέρω.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):24

eP05

ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑ ΥΨΗΛΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ : ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ -ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Κ. Δεναξάς,¹ Σ. Πανόπουλος,² Δ. Καμπηρολογιά,¹ Γ. Παπαθεοδωρίδης,¹ Π. Σφρηκάκης,² Γ.Π. Καραμανιώλης

¹Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ²Ρευματολογικό Τμήμα ΑΠΠΚ, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Νοσοκομείο «Ααϊκό»

Εισαγωγή: Το Συστηματικό Σκληρόδερμα (ΣΣ) είναι μία πολυσυστηματική αυτοάνοση νόσος του συνδετικού ιστού. Μέχρι και στο 90% των ασθενών με ΣΣ υπάρχει προσβολή του οισοφάγου που μονομετρικά χαρακτηρίζεται από μειωμένη πίεση του Κατώτερου Οισοφαγικού Σφιγκτήρα (ΚΟΣ) και υποκινητικότητα του λείου οισοφάγου.

Σκοπός: Η αξιολόγηση σε ΣΣ ασθενείς με οισοφαγική δυσλειτουργία πιθανών συσχετίσεων των μονομετρικών ευρημάτων με κλινικά χαρακτηριστικά (δερματικά ευρήματα, πνευμονική ίνωση, δερματικά έλκη, διάρκεια της νόσου) και εργαστηριακά ευρήματα της νόσου.

Μέθοδος μελέτης: Σε μία περίοδο 2 ετών, 54 ασθενείς (48 γυναίκες, μέση ηλικία 50,6±11,7 έτη) με γνωστό ΣΣ και οισοφαγική προσβολή υποβλήθηκαν σε Μανομετρία Υψηλής Ανάλυσης. Κάθε ασθενής κατέγραφε τα οισοφαγικά συμπτώματα σε μια κλίμακα 0-100. Για κάθε ασθενή υπήρχε καταγραφή των κλινικών και εργαστηριακών χαρακτηριστικών της νόσου. Υποτονία ΚΟΣ θεωρήθηκε όταν η πίεση ηρεμίας του ήταν ≤10 mmHg, ενώ υποκινητικότητα του λείου οισοφάγου θεωρήθηκαν συσπάσεις με ύψος <20 mmHg (Chicagoclassification).

Αποτελέσματα: Υποτονία του ΚΟΣ και υποκινητικότητα του λείου οισοφάγου ανευρέθηκαν σε 70,3% και 74% των ΣΣ ασθενών με μέσες τιμές πιέσεων του ΚΟΣ και των συσπάσεων του λείου οισοφάγου 7,9 ±3,9, και 22,7±18,5 mmHg, αντίστοιχα. Η μέση διάρκεια της νόσου ήταν 9,3±7,5 έτη και δεν υπήρχε συσχέτιση με καμιά μονομετρική παράμετρο. Η υποτονία του ΚΟΣ ήταν πιο συχνή σε ΣΣ ασθενείς με δερματική συμμετοχή (55%), ενώ ΣΣ ασθενείς με φυσιολογική πίεση του ΚΟΣ εμφάνιζαν πιο συχνά δερματικά έλκη και πνευμονική ίνωση (62,5% αντίστοιχα). ΣΣ ασθενείς με υποκινητικότητα του λείου οισοφάγου παρουσίαζαν πιο συχνά πνευμονική ίνωση (79%), ενώ η φυσιολογική κινητικότητα του λείου οισοφάγου συσχετίστηκε κυρίως με την παρουσία των anti-scl-70 αντισωμάτων (77,7%) και ακολούθως με την πνευμονική ίνωση (71.4%). Οι αναγωγές ήταν το κυρίαρχο σύμπτωμα στους ΣΣ ασθενείς με υποτονία του ΚΟΣ και υποκινητικότητα του λείου οισοφάγου (36,1±27,3 και 35,4±26,5, αντίστοιχα), ενώ το σύμπτωμα του επιγαστρικού καύσου ήταν πιο συχνό σε εκείνους τους ΣΣ ασθενείς με φυσιολογική πίεση ΚΟΣ και φυσιολογική κινητικότητα του λείου οισοφάγου (36.1 ± 24,2 και 40,4±26,3, αντίστοιχα). Δεν ανευρέθη κ στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα μονομετρικά ευρήματα με τις κλινικές ή εργαστηριακές παραμέτρους της νόσου.

Συμπεράσματα: Διαταραχές της οισοφαγικής κινητικότητας παρατηρούνται σε >70% των ασθενών με ΣΣ. Αν και τα μονομετρικά ευρήματα συσχετίζονται με κλινικές ή εργαστηριακές παραμέτρους της νόσου, αυτές οι συσχετίσεις δεν είναι στατιστικώς σημαντικές.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):25

eP07

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2010-2015

Α. Κουτσουμουράκης,¹ Γ. Λαζαράκης,¹ Θ. Παντιλίδης,¹ Κ. Σουφλέρης,¹ Ι. Πιπιλίδης,¹ Δ. Τζιλβές,¹ Φ. Πατακίουτα,² Α. Ταρπάγκος¹

¹Γαστρεντερολογική-Ογκολογική Κλινική ΑΝΘ Θεαγένειο, ²Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας ΑΝΘ Θεαγένειο

Σκοπός: Τα μη-Hodkin's λεμφώματα (NHL) διακρίνονται σε B- και T- κυτταρικής αρχής ανάλογα με τον ιστολογικό τους τύπο και σε χαμηλής και υψηλής κακοήθειας. Ο στόμαχος αποτελεί την πιο συχνή θέση εντόπισης των NHL στο γαστρεντερικό σωλήνα. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση της εμπειρίας ενός τριτοβάθμιου κέντρου στα MALT και διάχυτου τύπου λεμφώματα από μεγάλα B-κύτταρα (DLBCL) με βάση τους μορφολογικούς, ιστοπαθολογικούς και ανοσοϊστοχημικούς τους χαρακτήρες στο βιοψτικό υλικό ιστοτεμαχιδίων βλενογόνου στομάχου.

Υλικά-Μέθοδοι: Κατά τη χρονική περίοδο 2010-2015 διαγνώσαμε 37 καινούριους ασθενείς με μη-Hodkin's λέμφωμα στομάχου (21 άνδρες, 71,25±10,21 έτη και 16 γυναίκες, 65,37±12,65 έτη). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε τουλάχιστον μια ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού κατά την οποία λαμβάνονταν τουλάχιστον 6 ιστοτεμάχια από τη βλάβη και τουλάχιστον 8 από τον υπόλοιπο στόμαχο. Ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος περιλάμβανε τα μονοκλωνικά αντισώματα CD20/ CD5/CD3 και την κυκλίνη D1.

Αποτελέσματα: Από τους 37 ασθενείς που συμμετείχαν στην μελέτη 26 διαγνώστηκαν με MALT και 11 με DLBCL λέμφωμα. Τόσο τα MALT όσο και τα DLBCL λεμφώματα είναι B-κυτταρικής αρχής. Η πιο συχνή ενδοσκοπική εικόνα είναι η ελκωτική εξεργασία (51,35%) και εντόπιση (43,24%) κυρίως στο σώμα του στομάχου. Οι υπόλοιποι 12 (32,43%) παρουσίαζαν εικόνα εξωφυτικής εξεργασίας και 6 (16,21%) μικτής ελκωτικής-εξωφυτικής εξεργασίας. Η πλειοψηφία των ασθενών (72,97%) ήταν αρνητικοί στον έλεγχο για το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (Hr).

Συμπεράσματα: Η έγκαιρη διάγνωση είναι σημαντική στην αντιμετώπιση των λεμφωμάτων. Τα κύρια χαρακτηριστικά της σειράς ήταν: όλα τα λεμφώματα ήταν B-κυτταρικής αρχής ενώ η πλειοψηφία αυτών ήταν MALT λεμφώματα και Hr αρνητικά.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):25

eP06

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Ι. Ρελάκης,¹ Ν. Σφουγκατάκης,¹ Ν. Χρύσανθος,² Κ. Κακούνης,¹ Ι. Παγιατάκης,¹ Β. Ξηρομερίτου,¹ ¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών, «Ιπποκράτειο», ²Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝ Χαλνών «Ο Άγιος Γεώργιος»

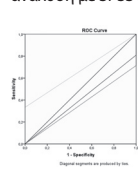
Εισαγωγή: Οι δείκτες Glasgow-Blatchford Score (GBS) και Cologne-WATCH (CW) έχουν χρησιμοποιηθεί στην αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού.

Σκοπός: Η αξιολόγηση δυο προγνωστικών συστημάτων για ακριβέστερη εντόπιση ασθενών που δεν χρήζουν επείγουσας ενδοσκόπησης.

Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 46 ασθενείς (27 άνδρες και 19 γυναίκες) με κυρίως μη κίρσική αιμορραγία (42/46, 91,3%). Παρατίθενται στοιχεία:

	Αρ. (%)	P
Κίρρωση	7 (15)	0,016
Ηπατική ανεπάρκεια	5 (11)	0,047
Καρδιακή ανεπάρκεια	9 (19)	0,58
Ασπίτης	5 (11)	0,047
Προηγούμενο επεισόδιο κίρρωσης	6 (13)	0,028
Μέλαινα κένωση	40 (87)	0,64
Συγκοπτικό επεισόδιο	6 (13)	0,67
Λήψη NSAID's	10 (21,7)	0,41
Sintrom	10 (21,7)	0,92

Υπολογίσθηκαν τα GBS και CW και διενεργήθηκε επείγουσα ενδοσκόπηση. Σχεδόν στους μισούς δεν απαιτήθηκε ενδοσκοπική θεραπεία [21/46 (45.7%) P:0.84]. Έγινε ανάλυση με SPSS 21.0.



Αποτελέσματα: Ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επείγουσα ενδοσκόπηση χωρίς ενδοσκοπικό χειρισμό ταξινομήθηκαν σημαντικά πιο σωστά με συνδυασμό των GBBS & CW σε σχέση με την χρήση κατά μόνας των δυο δεικτών (GBS+CW 7/21 P:0,20 vs GB 4/21 P:0,22 vs CW 6/21 P:0,004). Η καμπύλη χαρακτηριστικού λειτουργικού δείκτη (ROC) δείχνει σημαντικά καλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα του δείγματος των ασθενών που πραγματικά χρήζουν επείγουσας ενδοσκόπησης όταν προστίθεται το μοντέλο CW (πίνακας).

	Ευαισθησία (95% CI)	Ειδικότητα (95% CI)	PPV (95% CI)	NPV (95% CI)	AUC 95% CI	P
GBS	16	59	19	40,5	0,405 (0,23-0,57)	0,27
CW	24	62,5	28,5	37,5	0,357 (0,19-0,52)	0,098
GBS+C Watch	28	64,1	33,3	35,9	0,667 (0,50-0,83)	0,054

Συγκριτικός πίνακας GBBS/C WATCH: Ευαισθησία/ειδικότητα/θετική/αρνητική προγνωστική αξία.

Συμπεράσματα: Η συνδυασμένη χρήση ενδοσκοπικών δεικτών μπορεί να διαχωρίσει επιτυχώς ασθενείς που δεν χρήζουν επείγουσας ενδοσκόπησης.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):25

eP08

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΤΙΑΙΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ (ΑΑΠ) ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΑ ΡΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ ΜΕ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΙΑ (ΜΑΡΟ) ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ (ΓΟΠΝ)

Α. Ιωάννου,¹ F. Torresan,¹ P. Schiavoni,² D. Mandolesi,¹ E. Liverani,¹ M. Mancini,² M.C. Cimatti,² A. Pirodda,² F. Bazzoli¹

¹Department of Medical and Surgical Sciences, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, University of Bologna, Italy, ²ENT Department, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, University of Bologna, Italy

Εισαγωγή: Η ρινική κυτταρολογία (PK) προσδιορίζει τους υποτύπους της Μη Αλλεργικής Ρινίτιδας (ΜΑΡ) βάσει του φλεγμονώδους κυτταρικού διηθήματος. Τα αιτιοπαθογενετικά δεδομένα του ρόλου της ΓΟΠΝ στη ΜΑΡ και ιδιαίτερα στον υποτύπο ΜΑΡΟ είναι περιορισμένα.

Σκοπός: Αξιολόγηση της θεραπείας με ΑΑΠ σε ασθενείς ΜΑΡΟ και ΓΟΠΝ.

Υλικά-Μέθοδοι: 35 ΩΡΛ ασθενείς με ρινική καταρροή, φτέρνισμα και οπισθορινική έκκριση αξιολογήθηκαν με οπτική αναλογική κλίμακα (VAS), ρινομανομετρία, δερμικές δοκιμασίες και PK. Κριτήρια αποκλεισμού: μολυσματική ρινοκολπίτιδα, ερεθιστική περιβαλλοντική έκθεση, θετική δερμική δοκιμασία. Σε 20 (13Γ/7Α, μέση ηλικία 48 έτη) η PK παρουσίασε ουδετερόφιλα (>50%) (ΜΑΡΟ) και υποβλήθηκαν σε 24ωρη εμπέδηση/pH-μετρία (ΜΙΙ-pH). Ασθενείς με θετική ΜΙΙ-pH υποβλήθηκαν σε θεραπεία υψηλής δόσης ΑΑΠ (40 mgx2/μέρα) για 8 εβδομάδες και δεύτερη ΜΙΙ-pH, εξέταση ΩΡΛ και PK στο τέλος της θεραπείας.

Αποτελέσματα: 14 ασθενείς ΜΑΡΟ (70%) είχαν παθολογική και 6 (30%) φυσιολογική ΜΙΙ-pH. Η ΜΙΙ-pH κατά τη θεραπεία έδειξε ομαλοποίηση του αριθμού των επεισοδίων παλινδρόμησης (<48) και των τιμών pH (<4,2) σε 9 (64,3%) από τους 14 ασθενείς ενώ σε 3 (21,4%) παρέμεινε παθολογική. Επτά (77,8%) από τους 9 ασθενείς με φυσιολογική ΜΙΙ-pH κατά τη θεραπεία παρουσίασαν ταυτόχρονη ομαλοποίηση της PK και κλινική βελτίωση, ενώ δύο (22,2%) δεν έδειξαν καμία βελτίωση στην κλινική τους εικόνα και στην PK. Δύο (14,3%) ασθενείς παρουσίασαν κλινική βελτίωση και εξομάλυνση της PK, αλλά δεν δέχτηκαν να επαναλάβουν την δεύτερη ΜΙΙ-pH.

Συμπεράσματα: Η υψηλή δόση ΑΑΠ για 8 εβδομάδες φαίνεται αποτελεσματική στη βελτίωση των συμπτωμάτων και στη μείωση της ρινικής φλεγμονής σε ένα σημαντικό αριθμό ασθενών με ΜΑΡΟ και ΓΟΠΝ.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):25

eP09

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ (ΓΟΠΝ) ΜΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΘΕΝΤΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΤΙΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ (ΑΑΠ)

A. Ioannou, F. Azzaroli, D. Mandolesi, E. Liverani, F. Bazzoli, F. Torresan
Department of Medical and Surgical Sciences, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, University of Bologna, Italy

Εισαγωγή: Οι διαταραχές της οισοφαγικής κινητικότητας εμπλέκονται έντονα στην ανάπτυξη ΓΟΠΝ. Παρά τη θεραπεία με ΑΑΠ, ορισμένοι ασθενείς με ΓΟΠΝ συνεχίζουν να έχουν συμπτώματα παλινδρόμησης.

Σκοπός: Αξιολόγηση του αντίκτυπου της οισοφαγικής κινητικότητας σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε MI-pH κατά τη διάρκεια θεραπειών με ΑΑΠ με επιμέριστα συμπτώματα ΓΟΠΝ.

Υλικό-Μέθοδοι: Προσδιορίσαμε όλους τους ασθενείς μας με ΓΟΠΝ που δεν ανταποκρίθηκαν στη καθιερωμένη θεραπεία με ΑΑΠ και που υποβλήθηκαν σε στατική μονομετρία και MI-pH και αναλύσαμε στατιστικά τις παραμέτρους τους.

Αποτελέσματα: Από τους 66 ασθενείς, 39 (59,1%) είχαν φυσιολογική ενώ 27 (40,9%) παθολογική MI-pH [(11 όξινη ΓΟΠΝ (40,7%), 16 μη όξινη ΓΟΠΝ (59,3%)]. Από τους 39 ασθενείς με φυσιολογική MI-pH, 18 (46,2%) είχαν φυσιολογική ενώ 21 (53,8%) παθολογική μονομετρία. Από τους 27 ασθενείς με παθολογική MI-pH, 14 (51,8%) είχαν φυσιολογική και 13 (48,2%) παθολογική μονομετρία. Η ομάδα με θετική MI-pH είχε στατιστικά μειωμένη βασική πίεση του ΚΟΣ (P=0,0082) και μειωμένο εύρος πίεσης του περιφερικού οισοφάγου (P=0,0165). Ο συνολικός αριθμός των επεισοδίων παλινδρόμησης των ασθενών συσχετίζεται αντιστρόφως με τη βασική πίεση του ΚΟΣ (P=0,0004) και ο συνολικός αριθμός των νυκτερινών επεισοδίων παλινδρόμησης συσχετίζεται με τη μειωμένη πίεση του περιφερικού οισοφάγου (P=0,0487).

Συμπεράσματα: Σε πάνω από 50% των ασθενών η επιμονή των συμπτωμάτων, δεν εξαρτώνται από την παλινδρόμηση. Μεταβολές της πίεσης του ΚΟΣ και της περισταλτικής δραστηριότητας επηρεάζουν αρνητικά την επιτυχία της θεραπείας. Με δεδομένη την σημαντική συσχέτιση μονομετρικών αλλαγών και νυκτερινής παλινδρόμησης, οι ασθενείς μπορεί να ωφεληθούν από μια βραδινή δόση ΑΑΠ.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):26

eP11

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΕΚΡΙΩΣΗ ΤΟΥ *H. PYLORI* ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Σ. Βρακάς, Β. Ντούλη, Γ. Κουτούφαρης, Κ. Μακρής, Γ. Μιχαλόπουλος, Β. Ξουργιάς, Χ. Τζάθας

Γαστρεντερολογική Κλινική, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο, Πειραιάς

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να συγκρίνει το sequential (ST) έναντι του concomitant (CT) σχήματος για την αντιμετώπιση της λοίμωξης από *H. pylori* σε ελληνικό πληθυσμό.

Υλικό-Μέθοδος: Προοπτική μελέτη που περιλαμβάνει ασθενείς με πρωτοεμφανιζόμενη λοίμωξη. Συμπεριλήφθησαν 228 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε συνέντευξη σχετικά με συνήθειες, συμπτώματα και παρενέργειες από φάρμακα. 104 ασθενείς (μέση ηλικία 50,3±15,6, άνδρες=51 γυναίκες=53) έλαβαν 10ήμερο sequential σχήμα (5 ημέρες PPIs και 1 gr αμοξικιλίνη δυο φορές ημερησίως ακολουθούμενο από 5 ημέρες PPIs, 500 mg κλαριθρομυκίνη, 500 mg τινιδαζόλη/μετρονιδαζόλη δυο φορές ημερησίως). 124 ασθενείς (μέση ηλικία 52±14,3, άνδρες=41 γυναίκες=83) έλαβαν 10ήμερο concomitant σχήμα (PPIs, 1 gr αμοξικιλίνη, 500mg κλαριθρομυκίνη, 500 mg τινιδαζόλη/μετρονιδαζόλη δυο φορές ημερησίως). Η εκρίζωση του *H. pylori* επιβεβαιώθηκε με αρνητικό τεστ αναπνοής 6 εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το χ².

Αποτελέσματα: Τα ποσοστά εκρίζωσης του *H. pylori* ήταν 88,5% στην ομάδα που λάμβανε το ST και 91,9% στην ομάδα που λάμβανε το CT (P>0,05). Είναι ενδιαφέρον ότι ασθενείς άνω των 50 ετών που ελάμβαναν το CT είχαν περισσότερες παρενέργειες (διάρροια, άλγος επιγαστρίου, έμετοι, ναυτία) σε σύγκριση με ασθενείς άνω των 50 ετών που ελάμβαναν το ST (17,9% έναντι 5,5%, αντίστοιχα) (P=0,033), ενώ δεν υπήρχε στατιστική σημαντικότητα στην ομάδα κάτω των 50 ετών.

Συμπεράσματα: Οι δύο αγωγές φαίνεται να είναι εξίσου αποτελεσματικές για την εξάλειψη της *H. pylori* λοίμωξης σε Έλληνες ασθενείς. Το concomitant σχήμα έχει περισσότερες παρενέργειες σε ασθενείς άνω των 50 ετών σε σύγκριση με το sequential.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):26

eP10

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΜΠΕΔΩΣΗΣ/pH-ΜΕΤΡΙΑΣ (MI-pH) ΠΡΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΨΗΛΗ ΔΟΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΑΝΤΙΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ (ΑΑΠ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΟΨΙΑ ΕΞΩ-ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ

A. Ioannou, F. Azzaroli, D. Mandolesi, E. Liverani, F. Bazzoli, F. Torresan
Department of Medical and Surgical Sciences, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, University of Bologna, Italy

Εισαγωγή: Η εξω-οισοφαγική παλινδρόμηση αντιπροσωπεύει ένα ευρύ φάσμα εκδηλώσεων που σχετίζονται κυρίως με το άνω και κάτω αναπνευστικό σύστημα και μπορεί επίσης να εμφανιστεί χωρίς τα τυπικά συμπτώματα της ΓΟΠΝ. Η εμπέδωση/pH-μετρία (MI-pH) επιτρέπει την ανίχνευση τόσο όξινων όσο και μη όξινων επεισοδίων παλινδρόμησης και έχει τροποποιήσει τη διαγνωστική προσέγγιση και τη διαχείριση της νόσου.

Στόχος: Αξιολόγηση του επιπολασμού μιας θετικής MI-pH σε ασθενείς με εξω-οισοφαγικά συμπτώματα και υποψία παλινδρόμησης. Στους ασθενείς με θετική MI-pH, αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας με διπλή δόση ΑΑΠ για 8 εβδομάδες.

Υλικό-Μέθοδοι: 120 ασθενείς με εξω-οισοφαγικές εκδηλώσεις της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, μετά τον αποκλεισμό στοματοφαρυγγικών ασθενειών, υποβλήθηκαν σε στατική μονομετρία οισοφάγου και MI-pH. Οι ασθενείς με θετική MI-pH υποβλήθηκαν σε θεραπεία με ΑΑΠ 40mg x 2/ημέρα για 8 εβδομάδες και επανεκτιμήθηκαν με δεύτερη MI-pH.

Αποτελέσματα: 78 (65%) είχαν μια φυσιολογική και 42 (35%) μια παθολογική MI-pH. 22 από τους ασθενείς με παθολογική MI-pH δέχτηκαν να επαναξιολογηθούν με MI-pH. 17 (77,3%) παρουσίασαν μια φυσιολογική pH-MI, 4 (18,2%) ανέπτυξαν μη όξινη παλινδρόμηση και 1 (4,5%) συνέχισε να παρουσιάζει παθολογική όξινη παλινδρόμηση μετά από 8 εβδομάδες διπλής θεραπείας με ΑΑΠ.

Συμπεράσματα: Στη μελέτη μας, το 35% των ασθενών με εξω-οισοφαγικά συμπτώματα παρουσίασαν παθολογική MI-pH. Η θεραπεία με διπλή δόση ΑΑΠ καθόρισε την εξομάλυνση της δεύτερης pH-MI για την πλειονότητα των ασθενών. Μια μειοψηφία παρουσίασε παθολογική μη όξινη παλινδρόμηση και ένας ασθενής συνέχισε να παρουσιάζει όξινη παθολογική παλινδρόμηση.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):26

eP12

ΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ: ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Π. Χέρας, Μ. Κουτρουμή, Η. Γεωργόπουλος, Π. Δωροβίνης, Μ. Ψαρλόγος, Ε. Τσόκολα, Α. Μπραϊμάκης, Ε. Ανδρικόπουλος

Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

Εισαγωγή: Ο γαστρικός καρκίνος παρουσιάζει ιδιαίτερα επιθετική συμπεριφορά.

Σκοπός: Στόχος της παρούσης μελέτης ήταν η εξέταση της σχέσης της κύριας συμπτωματολογίας και της έγκαιρης διάγνωσης.

Ασθενείς-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 335 ασθενείς (άνδρες: 206 και γυναίκες: 129) με μέσο όρο ηλικίας 64,3 έτη (άνδρες: 62 έτη/γυναίκες: 67,6 έτη) που αντιμετωπίστηκαν σε τρία κέντρα για γαστρικό καρκίνο κατά το χρονικό διάστημα 2007-2016. Αναλύονται η κύρια συμπτωματολογία, η διάρκεια των ενοχλημάτων πριν τη διάγνωση, η μέθοδος διάγνωσης, ο βαθμός διήθησης του γαστρικού τοιχώματος και συσχετίζονται με το χρόνο διάγνωσης.

Αποτελέσματα: Το κυρίαρχο σύμπτωμα ήταν ανορεξία με απώλεια βάρους (91%) και ακολούθησαν καταβολή δυνάμεων (85%), δυσπεπτικά ενοχλήματα (80%), ναυτία-έμετος (65%), επιγαστρικό άλγος (54%), δυσκαταποσία (37%). Η μέση διάρκεια των ενοχλημάτων ήταν 5,3 μήνες (εύρος: 1,5-13 μήνες). Η διάγνωση τέθηκε ενδοσκοπικά με ιστολογική τεκμηρίωση στο 87% των περιπτώσεων, ενδοσκοπικά χωρίς ιστολογική τεκμηρίωση στο 6%, με απλή ακτινογραφία στομάχου διπλής σκιαγράφησης στο 4% ενώ ήταν τυχαίο εύρημα κατά τη διάρκεια ερευνητικής λαπαροτομίας στο 3%. Ο καρκίνος διηθούσε βλεννογόνο και υποβλεννογόνο χιτώνα στο 8%, το μυϊκό χιτώνα στο 11%, τον ορογόνο στο 14%, ενώ στο 67% επεκτεινόταν στον περιγαστρικό ινολιπώδη ιστό. Όλοι οι ασθενείς που βίωναν επιγαστρικό άλγος είχαν επέκταση στον περιγαστρικό ινολιπώδη ιστό.

Συμπεράσματα: Ο γαστρικός καρκίνος παρουσιάζει διεθνώς (με εξαίρεση ίσως την Ιαπωνία) κακή πρόγνωση. Αυτό οφείλεται στα χαμηλά ποσοστά πρώιμης διάγνωσης και θεραπευτικής εξαίρεσης. Ειδικά στη δική μας σειρά, διαπιστώσαμε μεγάλη μέση διάρκεια ενοχλημάτων και εξαιρετικά μικρό ποσοστό αρχόμενου καρκίνου. Είναι αυτονόητο ότι η ενημέρωση του πληθυσμού σε συνδυασμό με άμεση ιατρική διερεύνηση αποτελούν θεμελιώδεις παράγοντες στην πρόληψη του γαστρικού καρκίνου.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):26

eP13

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Π. Χέρας, Μ. Κουτρούμη, Η. Γεωργόπουλος, Π. Δωροβίνης, Μ. Φαρλόγος, Ε. Τσόκολα, Α. Μπραϊμάκης, Ε. Ανδρικόπουλος
Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

Σκοπός: της παρούσης μελέτης ήταν η διερεύνηση της σεξουαλικής δραστηριότητας ασθενών με καρκίνο του πεπτικού με στόχο τον εντοπισμό σχετικών με αυτή προβλημάτων.

Ασθενείς και Μέθοδος: Στο χρονικό διάστημα Μαρτίου 2011–Οκτωβρίου 2016, 146 ασθενείς με καρκίνο του πεπτικού υπό παρακολούθηση στα εξωτερικά ιατρεία τριών νοσηλευτικών ιδρυμάτων, συμπλήρωσαν έντυπο σχετικό ερωτηματολόγιο. Επεξεργασία έγινε σε απαντήσεις 107 ασθενών (73,3%) που είχαν σεξουαλικό σύντροφο. Από αυτούς:

- 24 έφεραν καρκίνο του στομάχου και είχαν μέση ηλικία 63 χρόνων
- 64 έφεραν καρκίνο του παχέος εντέρου και είχαν μέση ηλικία 55 χρόνων και
- 21 έφεραν καρκίνο παγκρέατος και είχαν μέση ηλικία 52 χρόνων

Αποτελέσματα: 57 ασθενείς (53,27%) συνέχισαν τη σεξουαλική δραστηριότητα μετά τη διάγνωση της νόσου και την έναρξη της θεραπευτικής αγωγής. Από αυτούς 45 (78,95%) ήταν ηλικίας >55 και 13 (22,05%) > 55 χρόνων. Μικρή ή μηδενική ερωτική επιθυμία δήλωσαν 79 (73,83%) ασθενείς και 45 (42,05%) αντιμετώπισαν έλλειψη ερωτικής επιθυμίας από τους συντρόφους. Η σεξουαλική δραστηριότητα δεν είχε σχέση με τη διάγνωση ή το στάδιο της νόσου. 22 από τους σεξουαλικά ενεργούς (38,59%) παραπονεθήκαν για δυσπαρευνία και 12 (21,05%) παρουσίασε δυσαρμονία ή αποτυχία στη σεξουαλική ζωή μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Συμπεράσματα: Παρά τη σημαντική ελάττωση της σεξουαλικής επιθυμίας και συχνά εμφανιζόμενη δυσπαρευνία, μεγάλο ποσοστό ασθενών με καρκίνο πεπτικού συνεχίζουν να είναι σεξουαλικά ενεργείς.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):27

eP15

ΡΗΞΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΒΟΕΡΗΑΑΒΕ) ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ

Μ. Σταφυλίδου,¹ Α. Γκαγκάλης,¹ Π. Σαρήπουλος,² Π. Πάσχος,¹ Χ. Λιατζάκης,³ Δ. Ηλιάδης,¹ Α. Καλαμπάκας,¹ Γ. Τζατζάγος³
¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα Α' Παθολογικής Κλινικής ΓΝ Παπαγεωργίου, ²Καρδιοχειρουργική Κλινική ΓΝ Παπαγεωργίου, ³Α' Παθολογική Κλινική ΓΝ Παπαγεωργίου

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Boerhaave ή αυτόματη ρήξη οισοφάγου, είναι μια σπάνια, απειλητική για τη ζωή κατάσταση. Απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση. Η συνήθης κλινική συμπτωματολογία περιλαμβάνει εμέτους, επιγαστραλγία ή οπισθοστερνικό άλγος. Η καθυστέρηση στη διάγνωση μπορεί να αποβεί μοιραία λόγω των επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσει (μεσοθωρακίτιδα, περικαρδίτιδα, πνευμονίτιδα, εμπύημα).

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός σπάνιου συνδρόμου στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα καθώς και η άτυπη κλινική εικόνα, μη συμβατή με την απεικονιστική και ενδοσκοπική του εικόνα.

Υλικό: Νεαρός άνδρας, 34 ετών με ιστορικό επεισοδίων ενσφηνώσης βλωμού άνευ παθολογικών ευρημάτων από τον προγενέστερο ενδοσκοπικό έλεγχο.

Περιγραφή περιστατικού: Ο ασθενής προσήλθε στο τμήμα επειγόντων με συμπτώματα οπισθοστερνικού άλγους μεταγευματικά. Η κλινική του εικόνα επιδεινώθηκε κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο. Διενεργήθηκε επείγουσα ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού η οποία ανέδειξε ρήξη μήκους 10 εκ. επί τα αριστερά μέσου κατώτερου τριτημορίου του οισοφάγου χωρίς εστία ενεργού ή πρόσφατου αιμορραγίας. Διενεργήθηκε επείγουσα αξονική τομογραφία η οποία ανέδειξε πνευμομεσοθωράκιο και παρουσία φυσαλίδων αέρα στις υπερκλειδίες χώρες. Ο ασθενής υποβλήθηκε άμεσα σε χειρουργική αποκατάσταση με συρραφή της ρήξης. Η μετεχειρητική του πορεία ήταν ομαλή. Τη 10η ημέρα ο ασθενής τίσιστηκε per os κι εξήλθε τη 13η μετεχειρητική ημέρα. Σε μετεχειρητική ενδοσκόπηση που ακολούθησε, αναδείχθηκε από την ιστολογική εξέταση του οισοφάγου, ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα.

Συμπεράσματα: Λόγω της υψηλής θνητότητας του συνδρόμου ακόμα και αν διαγνωστεί έγκαιρα, θα πρέπει επί υποψίας, ακόμα κι αν πρόκειται για ασθενή νεαρής ηλικίας, να υποβάλλεται σε ενδοσκόπηση.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):27

eP14

H. PYLORI ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΕΝΤΕΡΟΥ

Κ. Αναστασιάδου, Ν. Γιωργάκης, Π. Κατινέλος, Ι. Βενιζέλος, Σ. Πολύζος, Ν. Καπετανάκης, Ι. Κουντουράς
Γαστρεντερολογικό Εργαστήριο Β' Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Μελέτες τόσο σε κλινικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο προτείνουν αιτιολογική συσχέτιση της λοίμωξης με *H. pylori* με τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Φαίνεται πως η λοίμωξη με *H. pylori* μπορεί να επηρεάσει την κλινική πορεία της ΙΦΝΕ, ενεργοποιώντας τόσο την ειδική όσο και την μη ειδική ανοσιακή απάντηση του εντέρου. Στόχος της παρούσης πιλοτικής μελέτης ήταν η έρευνα πιθανής συσχέτισης ενεργού *H. pylori* λοίμωξης στο ανώτερο και κατώτερο πεπτικό σε ασθενείς με Ν. Crohn και ελκώδη κολίτιδα.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 15 ασθενείς με ΙΦΝΕ (9 γυναίκες και 6 άνδρες), μέσος όρος ηλικίας για Ν.Crohn και ελκώδη κολίτιδα ήταν τα 33 και 47 έτη αντίστοιχα. Η ενεργότητα της νόσου χαρακτηρίστηκε μέτρια με τη χρήση του Mayo score και CDAI, αντίστοιχα. Υπεβλήθησαν σε λεπτομερή ενδοσκοπικό και ιστολογικό έλεγχο ανώτερου και κατώτερου πεπτικού συστήματος κατά κύριο λόγο για έλεγχο παρουσίας ενεργού *H. pylori* λοίμωξης με χρήση χρώσης Crezyl fast violet. Επιπλέον, εκτιμήθηκαν παράμετροι ΜΣ (κεντρική παχυσάρκια, σακχαρώδης διαβήτης τύπου ΙΙ, δυσλιπιδαιμία, υπέρταση, μη αλκοολική λιπώδης νόσος ήπατος).

Αποτελέσματα: Από τους επτά ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα οι έξι (86%) είχαν θετική ιστολογική παρουσία *H. pylori* βακτηρίων στον γαστρικό βλεννογόνο με συνοδά ευρήματα γαστρίτιδας και στον βλεννογόνο παχέος εντέρου με συνοδά ευρήματα της νόσου. Από τους οκτώ ασθενείς με νόσο Crohn's οι πέντε (62%) είχαν θετική ιστολογική παρουσία *H. pylori* βακτηρίων στον γαστρικό βλεννογόνο και στον βλεννογόνο του παχέος εντέρου. Παράμετροι ΜΣ παρατηρήθηκαν: α) στους 3 από τους 6 *H. pylori* θετικούς ασθενείς με ΕΚ (50%) και β) στους 3 από τους 5 *H. pylori* θετικούς ασθενείς με ΝC (60%).

Συμπεράσματα: Η *H. pylori* λοίμωξη πιθανόν να εμπλέκεται στην παθογένεση κατά κύριο λόγο της ελκώδους κολίτιδας και πιθανόν της νόσου Crohn's. Εντούτοις, απαιτούνται μελλοντικές σχετικές μελέτες σε μεγάλο αριθμό ασθενών για την επιβεβαίωση των ευρημάτων, συνεπώνοντας αντίστοιχες θεραπευτικές προσεγγίσεις των ΙΦΝΕ και των δυνητικών επιπλοκών τους.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):27

eP16

ΚΥΤΤΑΡΟ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ BARRETT

Ε. Κουμαδωράκη
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών

Σκοπός: Ο οισοφάγος Barrett (BE) αποτελεί μια επιπλοκή της γαστρο-οισοφαγικής παλινδρόμησης κατά την οποία το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο του οισοφάγου αντικαθίσταται από εντερικό μεταπλαστικό επιθήλιο. Έχει μεγάλη κλινική σημασία, αφού οι νοσούντες από οισοφάγο Barrett έχουν 30 έως 150 περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Υλικό: Μία βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε στο Pubmed χρησιμοποιώντας ως λέξεις-κλειδιά «Barrett's esophagus AND cell of origin».

Αποτελέσματα: Οι δύο κύριοι μηχανισμοί με τους οποίους μπορεί να εξηγηθεί η εσωτερική μεταπλασία στον οισοφάγο είναι η «διαδιαφοροποίηση» και τροποποιημένη διαφοροποίηση πλακωδών βλαστικών κυττάρων. Η μεταπλασία που συναντάμε στον οισοφάγο Barrett, μπορεί να αντιπροσωπεύει ένα αντίστροφο είδος διαδιαφοροποίησης στο οποίο παρατηρείται αντικατάσταση του πλακώδους επιθηλίου, από ένα είδος επιθηλίου πιο πρώιμο κατά τη διάρκεια της εμβρυολογικής ανάπτυξης του οισοφάγου, το κυλινδρικό. Ωστόσο η ανάπτυξη πλακώδους και όχι κυλινδρικού επιθηλίου ύστερα από εκτομή οισοφαγικού επιθηλίου, καθιστά τη διαδικασία της διαδιαφοροποίησης λιγότερο πιθανή. Η πιο αποδεκτή θεωρία είναι αυτή που υποστηρίζει πως κυλινδρικό μεταπλαστικό επιθήλιο στον οισοφάγο έχει προκύψει από την ανώμαλη διαφοροποίηση τοπικών stem cells. Ως αντίδραση στα όξινα προϊόντα της γαστρο-οισοφαγικής παλινδρόμησης, τα stem cells υπόκεινται σε μεταπλαστική αλλαγή, παράγοντας κυλινδρικά αντί για πλακώδη κύτταρα. Η προέλευση των stem cells πιθανολογείται από 4 σημεία, όπως τη βασική στιβάδα του πλακώδους επιθηλίου, το σημείο της γαστροοισοφαγικής συμβολής, τους υποβλεννογονίους αδένες του οισοφάγου και το μυελό των οστών.

Συμπεράσματα: Η εξακρίβωση της ακριβούς θέσης των stem cells θα προσφέρει περαιτέρω κατανόηση των παθογενετικών μηχανισμών και θα βελτιώσει τις τρέχουσες τεχνικές αντιμετώπισης.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):27

eP17

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΤΥΠΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΑΝΤΙΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ (PPIs) ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Ε. Πνευματικάκη, Α. Μανωλάκης, Φ. Τσιόπουλος, Α. Καλτσά, Α. Καψωριτάκης, Σ. Ποταμιάνος

Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, ΠΠΓΝ Λάρισα

Εισαγωγή: Οι αναστολές της αντλίας πρωτονίων (PPIs) ανήκουν στις 6 συχνότερα συνταγογραφούμενες κατηγορίες φαρμάκων σε Ευρώπη και Αμερική, με την αναλογία ωστόσο πρωτότυπων-γενόσημων να διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα.

Σκοπός: Η καταγραφή της συχνότητας διάθεσης και των τυχόν μεταβολών στην αναλογία χορήγησης πρωτότυπων και γενόσημων σκευασμάτων PPIs στο νομό Λάρισα.

Υλικό-Μέθοδοι: Για την παρούσα αναδρομική μελέτη συγκεντρώθηκαν στοιχεία από τις 3 φαρμακαποθήκες της Λάρισα σχετικά με τη συνολική διάθεση σε κοινά και την αναλογία χρήσης πρωτότυπων-γενόσημων σκευασμάτων PPIs, για τα έτη 2011–2015.

Αποτελέσματα: Εντός 5 ετών διατέθηκαν 623.860 συσκευασίες PPIs, 322.406 (51,7%) πρωτότυπα vs 301454 γενόσημα (48,3%). Η χορήγηση PPIs μειώθηκε από 138985 το 2011 σε 124565 το 2015, δηλαδή κατά 10,3%. Η αναλογία χορήγησης πρωτότυπων-γενόσημων μεταβλήθηκε από 1,34/1 σε 1/1,002 εντός 5 ετών με μείωση κατά 21,9% για τα πρωτότυπα vs αύξησης κατά 5,2% για τα γενόσημα.

Συμπέρασμα: Συνεπεία της κρίσης παρατηρήθηκε εντός πενταετίας μείωση στη χορήγηση PPIs, γενικά και των πρωτότυπων ειδικότερα, με ταυτόχρονη αύξηση της χορήγησης γενόσημων σκευασμάτων. Η μεταβολή αυτή πιθανώς να συνοδεύεται από μείωση της δαπάνης που προκύπτει από τη χορήγηση-συνταγογράφηση των PPIs.

eP18

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗ ΜΗ ΚΙΡΣΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Π. Τάτσι, Σ. Ποταμιάνος, Α. Καψωριτάκης, Ε. Παπαδημητρίου, Γ. Παρούτογλου
Γαστρεντερολογική Κλινική, ΠΠΓΝ Λάρισα

Η οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας παγκοσμίως. Η θνητότητα της παραμένει τα τελευταία χρόνια σταθερή στο 5–10%. Σκοπός της παρούσας αναδρομικής μελέτης ήταν να διερευνηθεί ο ρόλος της αντιθρομβωτικής αγωγής στη μη κίρσικης αιτιολογίας αιμορραγία ανώτερου πεπτικού αναφορικά με την πιθανότητα υποτροπής της αιμορραγίας, την τελική έκβαση των ασθενών και τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας. Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 226 άρρωστοι με μέσο όρο ηλικίας 69,23±16,2 έτη που νοσηλεύθηκαν λόγω μη κίρσικης αιτιολογίας αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Η αναλογία ανδρών-γυναικών ήταν 2,14:1 και η συχνότερη διάγνωση ήταν το πεπτικό έλκος (53,6%). Υποτροπή της αιμορραγίας παρατηρήθηκε σε 10,6% των αρρώστων. Ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για επαναιμορραγία ήταν το άρρεν φύλο (P<0,05), η πρόσφατη αγωγή με κλοπιδογρέλη (P<0,05) και ο χαμηλός αριθμός αιμοπεταλίων (PLT<150000/mm³) στην εισαγωγή (P<0,05). Σε επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση υπεβλήθησαν έξι ασθενείς (2,7%), ενώ η συνολική θνητότητα υπολογίστηκε στο 4%. Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για θανατηφόρα έκβαση ήταν η Hb<10 g/dl (P=0,01), ο INR>1,3 (P<0,001), η Alb<2,5 g/dl (P<0,001), οι βυσσινοχρόες κενώσεις (P=0,006), η ανάγκη για θεραπευτική ενδοσκοπική παρέμβαση (P=0,002) και η επαναιμορραγία (P<0,001). Οι άρρωστοι που δεν βρισκόταν υπό αγωγή με αντιθρομβωτικά φάρμακα είχαν χειρότερη πρόγνωση συγκριτικά με εκείνους που έκαναν πρόσφατα χρήση τέτοιων φαρμάκων (P=0,01). Συμπερασματικά, παρά τον αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης αιμορραγίας από τον ανώτερο πεπτικό σωλήνα στους ασθενείς που βρίσκονται υπό αντιθρομβωτική αγωγή, η πρόγνωση τους είναι καλύτερη συγκριτικά με εκείνους που δεν λαμβάνουν τέτοια φάρμακα, πιθανόν, επειδή ο παράγοντας που ενοχοποιείται για την αιμορραγία διακόπτεται μετά το αιμορραγικό επεισόδιο πάραυτα.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):28

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):28

eP19

ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ

Α. Μάντακα, Ε. Διγενάκης, Ι. Μουζάς, Μ. Κουλεντάκη

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

Εισαγωγή: Η κοιλιοκάκη συνιστά μια χρόνια, ανοσολογικά διαμεσολαβούμενη νόσο, σχετιζόμενη με τη γλουτένη, που εμφανίζεται σε γενετικώς προδιατεθειμένα άτομα. Η συνήθης συμπτωματολογία συμπεριλαμβάνει αναιμία, διάρροιας και απώλεια βάρους και διαγιγνώσκεται σε νεαρή ηλικία. Συχνά μπορεί να εμφανιστεί με μη τυπικά συμπτώματα (λανθάνουσα ή σιωπηρή μορφή) και να διαλάθει της διάγνωσης για πολλά χρόνια.

Υλικό-Μέθοδοι: Στο ιατρείο θρέψης του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου παρακολουθούνται 29 ασθενείς με κοιλιοκάκη, διάμεσης ηλικίας 30,5 έτη (16-59 ετών), με ΔΜΣ 20±4,47 στη διάγνωση. Ο ανοσολογικό έλεγχος ανέδειξε 58,6% θετικά anti-Ttg IgA, 58,6% θετικά EMA, 45% θετικά AGA IgG και 37,9% θετικά AGA IgA, συμπεριλαμβανομένων και 2 ατόμων με IgA ανεπάρκεια λόγω κοινής ποικιλίας ανοσοανεπάρκειας (CVID).

Αποτελέσματα: Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσίαζαν στη διάγνωση τα κλασικά συμπτώματα όπως διάρροιας και σε νεότερη ηλικία, διαταραχές στην ανάπτυξη και στη θρέψη. Σε ποσοστό 17,2%(5/29) η διάγνωση ετέθη στα πλαίσια διερεύνησης αναιμίας, 10,3%(3/29) ανέφεραν μετεωρισμό και δυσπεπτικά ενοχλήματα, 6,9%(2/29) με ερπητοειδή δερματίτιδα, ενώ άνδρας 59 ετών διεγνώσθη με μοναδικό σύμπτωμα, χρόνια εμμένουσα κεφαλαλγία από έτων. Όσον αφορά στις συνοσηρότητες 3/29 με Hashimoto (ο ένας εξ αυτών και με ΣΔ Ι, ο άλλος και με πρωτοπαθή χολική κίρρωση), 1/29 ΣΕΛ, 1/29 με σύνδρομο DiGeorge+CVID, 4/29 ΣΔ Ι και 1/29 με πολλαπλόν μυέλωμα. Στο σύνολο των 29 ασθενών, διαταραχή στις τρανσαμινάσες είχε το 20,7%.

Συμπέρασμα: Η κοιλιοκάκη στην ενήλικη ζωή συχνά υποδιαγιγνώσκεται, ειδικά στις περιπτώσεις όπου προεξάρχουν συμπτώματα εκτός του γαστρεντερικού συστήματος. Η ιατρική επαγρύπνηση, τα ειδικά αντισώματα και οι ενδοσκοπικές βιοψίες δωδεκαδακτύλου είναι χρήσιμα εργαλεία για την ανίχνευση αυτών των περιπτώσεων.

eP20

ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ: ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΕ ΜΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ

Χ. Τσολλάς,¹ Γ. Θεογάρης,¹ Ε. Κατσακούλης,¹ Β. Θεόσιτος,¹ Γ. Διαμαντοπούλου,¹ Χ. Τριάντος,¹ Γ. Σκρουμπής,² Κ. Θωμόπουλος¹

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, ²Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών

Εισαγωγή: Η οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού αποτελεί συχνό πρόβλημα της καθημερινής κλινικής πρακτικής και είναι αποτέλεσμα συνδυασμού ποικίλων παραγόντων. Σκοπός μας ήταν η διερεύνηση μεταβολών στα κλινικά και ενδοσκοπικά χαρακτηριστικά αυτών των ασθενών την τελευταία δεκαετία στο νοσοκομείο μας.

Υλικό-Μέθοδοι: Συμπεριλάβαμε όλους τους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού στο νοσοκομείο μας κατά τα έτη 2005 και 2015 ανεξαρτήτως συνοσηρότητας ή ηλικίας. Οι ασθενείς υποβάλλονταν σε ενδοσκόπηση το πρώτο 24ωρο. Συγκρίθηκαν κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα μεταξύ των δύο ομάδων.

Αποτελέσματα: Διακόσιοι δώδεκα ασθενείς νοσηλεύθηκαν το 2005 και 174 το έτος 2015. Οι ασθενείς της δεύτερης περιόδου ελάμβαναν λιγότερο συχνά ασπιρίνη – ΜΣΑΦ [n: 44 (25,3%) vs 102 (48,1%), P<0,05], κλοπιδογρέλη [n: 9 (5,2%) vs 23 (10,8%); P<0,05], ενώ αυξήθηκε το ποσοστό των ασθενών που ήταν υπό αντιπηκτική αγωγή με δικουμαρινικά ή νεότερα αντιπηκτικά [n: 25 (14,4%) vs 14 (6,6%), P<0,05]. Παρατηρήθηκε μείωση του ποσοστού του πεπτικού έλκους σαν αιτία της αιμορραγίας [n: 82 (47,1%) vs 141 (66%), P<0,05], αύξηση του ποσοστού κίρσωσης [n: 24 (13,8%) vs 12 (5,7%); P<0,05], και αρνητικής ενδοσκόπησης [n: 18 (10,3%) vs 7 (3,3%), P<0,05]. Τα ενδοσκοπικά στίγματα αιμορραγίας στους ασθενείς με πεπτικό έλκος δεν παρουσίαζαν διαφορά.

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού παρουσιάζουν μεταβολές στα κλινικά και ενδοσκοπικά χαρακτηριστικά τα οποία πρέπει να αξιολογηθούν στην αντιμετώπιση αυτών των ασθενών.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):28

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):28

eP21

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΑΧΥΤΟΥ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΜΕΓΑΛΑ Β ΚΥΤΤΑΡΑ, ΧΩΡΙΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ (DLBCL, NOS). Η ΠΟΙΚΙΛΙΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ

I.Γ. Καλλιμακίνας,¹ Χ. Δημόπουλος,¹ Ε. Μητροπούλου,² Ε. Σκαρπίδη,³ Ο. Βολογάκη,⁴ Σ. Νίκας,⁴ Θ. Γεωργιάδης,³ Σ. Παπαδόπουλος³

¹Ενδοσκοπικό Τμήμα, ²Παθολογικό Τμήμα, ³Αναισθησιολογικό Τμήμα, ⁴Παθολογία-νατομικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Υγεία»

Εισαγωγή: Η μακροσκοπική εμφάνιση των αλλοιώσεων του στομάχου οφειλόμενες σε λέμφωμα μπορεί να ποικίλουν και συχνά απαιτούν διαφορική διάγνωση από άλλες κλινικές οντότητες.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού σπάνιου περιστατικού αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού οφειλόμενη σε ποικιλία αλλοιώσεων εντός του στομάχου με διαφορετική διαφορική διάγνωση για την κάθε μια από αυτές.

Αποτελέσματα: Άνδρας ασθενής 80 ετών προσέρχεται λόγω μέλαινας κένωσης από 3ημέρου. Δεν λαμβάνει ειδική φαρμακευτική αγωγή και το ατομικό αναμνηστικό περιλαμβάνει προ ετών περιστατικό εγκεφαλίτιδος. Ακολούθησε έλεγχος του ανωτέρου πεπτικού με γαστροσκόπηση όπου ανέδειξε ευμεγέθη βαθιά έλκη, μεγάλα και μικρά επάρματα με κεντρική εμβάθυνση και ιδιαίτερα πεπαχυσμένες πτυχές σώματος στομάχου. Ελήφθησαν πολλαπλές βιοψίες σε διαφορετικά φιαλίδια από τις ποικίλες ενδοσκοπικά αλλοιώσεις.

Συμπεράσματα: Κατά τη μικροσκοπική εξέταση τα διάχυτα αναπτυσσόμενα νεοπλασματικά κύτταρα εμφάνισαν διάχυτη θετικότητα για CD20, bcl-2, bcl-6 και MUM.1, πολύ υψηλό δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki-67 (κατ' εκτίμηση 90%), ενώ είναι αρνητικά στις χρώσεις για CD3, CD5, CD10, CD23 και CD30.

Τελική διάγνωση ήταν λέμφωμα Β κυτταρικής αρχής με επιμέρους χαρακτηριστικά διάχυτου λεμφώματος από μεγάλα Β κύτταρα, χωρίς ειδικούς χαρακτήρες (DLBCL,NOS) μη προέλευσης από το κύτταρο του βλαστικού κέντρου (non germinal center cell-like) σύμφωνα με την ανοσοφαινοτυπική ταξινόμηση κατά Hans.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):29

eP23

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟ, CLOSTRIDIUM DIFFICILE, ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΣΤΑ ΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΗ

N. Σφουγκατάκης,¹ I. Παγιατάκη,¹ Χ. Ζουμπούλη,² Β. Ξηρομερίτου¹

¹Γαστρεντερολογική Κλινική, ²Παθολογολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Επίσης είναι σε κίνδυνο αναζωπύρωσης φυματίωσης, ιδίως με τη χρήση βιολογικής θεραπείας.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού έξαρσης ελκώδους κολίτιδος με σύγχρονη λοίμωξη από CMV, Clostridium difficile, E. Coli και λανθάνουσα μυκοβακτηριδιακή λοίμωξη.

Υλικό-Μέθοδος: Άνδρας 65 ετών με ιστορικό ελκώδους κολίτιδος υπό αζα-βιοπρίνη προσήλθε με εμπύρετο και αιματηρές κενώσεις. Η κολονοσκόπηση ανέδειξε εικόνα ενεργού κολίτιδας και η βιοψία με PCR έδειξε CMV λοίμωξη. Οι εξετάσεις ούρων και κοπράνων έδειξαν λοίμωξη με ESBL-E. Coli και Clostridium Difficile αντιστοίχως. Ο ασθενής ετέθη αρχικά σε αγωγή πρεδνιζολόνης, σιπροφλοξασίνης, βανκομικίνης και γανκυκλοβίρης, ενώ στην πορεία η σιπροφλοξασίνη αντικαταστάθηκε με μεροπενέμη.

Αποτελέσματα: Το επόμενο διάστημα υπήρξε μόνο μερική βελτίωση. Διενώθη κορτικο-ανθεκτική νόσος και ετέθη θεραπεία με Infliximab. Λόγω θετικής Enzyme-Linked Immunospot (ELISPOT) για TBC, προστέθηκε διανικουτίνη. Ο ασθενής εξήλθε βελτιωμένος.

Συμπεράσματα: Οι ευκαιριακές λοιμώξεις στην ελκώδη κολίτιδα οφείλονται κυρίως σε κακή διατροφική νόσος και ετέθη θεραπεία με Infliximab. Λόγω θετικής Enzyme-Linked Immunospot (ELISPOT) για TBC, προστέθηκε διανικουτίνη. Ο ασθενής εξήλθε βελτιωμένος.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):29

eP22

ΕΥΜΕΓΕΘΕΣ ΕΛΚΟΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΩΣ ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΝΕΟ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

Κ. Κακούνης, Ν. Σφουγκατάκης, I. Παγιατάκη, I. Ρελάκης, Β. Ξηρομερίτου

Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝ Αθηνών «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Η ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο σχάσεων οισοφάγου μετά από εργώδεις εμέτους ή ιατρικούς χειρισμούς. Έχουν περιγραφεί ελάχιστα περιστατικά με διάτρηση οισοφάγου μετά από εμέτους κατά την προσπάθεια απομάκρυνσης ενσφηνωμένου βλωμού στον οισοφάγο.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ασθενούς με εκτεταμένο έλκος οισοφάγου μετά από εργώδεις εμέτους, κατά την προσπάθεια του να απομακρύνει ενσφηνωμένο βλωμό στον οισοφάγο, σαν πρώτη εκδήλωση ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας

Υλικό-Μέθοδος: Άνδρας 28 ετών με ιστορικό αλλεργικής ρινίτιδας προσήλθε με έντονη θωρακαλγία και εμπύρετο μετά από εργώδεις εμέτους, προσπαθώντας να απομακρύνει ενσφηνωμένο βλωμό οισοφάγου. Δεν ανέφερε δυσκαταποσία ή ενσφίνωση βλωμού στο παρελθόν. Ήταν αιμοδυναμικά σταθερός με θερμοκρασία 38,5 °C και λευκοκυττάρωση. Η αξονική θώρακος ανέδειξε ομότιμη πάχυνση του τοιχώματος του κατώτερου οισοφάγου με απουσία ελεύθερου αέρα στο μεσοθωράκιο. Η γαστροσκόπηση ανέδειξε εκτεταμένο επίμηκες βαθύ έλκος μήκους 10-12 cm με αποκάλυψη του μυϊκού χιτώνα στο μέσο και κάτω τριτημόριο του οισοφάγου.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής ετέθη σε ενδοφλέβια αντιβίωση και υψηλή δόση εσομεπραζόλης. Η κλινικοεργαστηριακή εικόνα βελτιώθηκε σταδιακά και έγινε νέα γαστροσκόπηση με λήψη βιοψιών όπου διαπιστώθηκε ιστολογική εικόνα συμβατή με ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα.

Συμπεράσματα: Η εικόνα του ασθενούς ήταν συμβατή με μικροδιάτρηση του οισοφάγου η οποία αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Η επιπλοκή αυτή σαν πρώτη εκδήλωση της ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας είναι σπάνια (έχουν περιγραφεί 13 περιστατικά, μόνο ένα εκ των οποίων με γνωστή ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα), η οποία αν δεν διαγνωστεί εγκαίρως συνοδεύεται από μεγάλη θνητότητα.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):29

eP24

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ

I. Παγιατάκη,¹ Ν. Σφουγκατάκης,¹ Ν. Χρυσάνθος,² I. Ρελάκης,¹ Κ. Κακούνης,¹ Γ. Δουλάμη,³ Σ. Τριανταφύλλου,³ Β. Ξηρομερίτου¹

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Ιπποκράτειο», ²Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝ Χαλκίδας «Ο Άγιος Γεώργιος», ³Παν/κή Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Αθηνών «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Σημαντική για τη συμμόρφωση στην προετοιμασία για κολονοσκόπηση είναι η προηγούμενη επαφή των ασθενών με τη διαδικασία.

Σκοπός: Να εκτιμηθεί κατά πόσο η προηγηθείσα εμπειρία βοηθά στο σωστό καθαρισμό του εντέρου.

Μέθοδοι: Δύο ομάδες ασθενών με παρόμοια χαρακτηριστικά φύλου και ηλικίας υποβλήθηκαν σε κολονοσκόπηση χωρίς προηγηθείσα εξέταση (Naive-Nv) ή με μία τουλάχιστον προηγούμενη (Experienced-Xp). Έγινε βαθμολόγηση βάσει της Boston Bowel Preparation Scale και μελέτη επιμέρους παραγόντων.

Αποτελέσματα: Σε κολονοσκόπηση υποβλήθηκαν 77 ασθενείς, μέσης ηλικίας 63 ετών.

	Boston bowel preparation scale (BS 0-9)			Σύνολο
	Πτωχή=0	<5	>5	
Ασθενείς			Αριστή=9	
Nv	1	9	26	3
Xp	3	3	31	1
Σύνολο	4	12	57	4

Η πλειοψηφία των Xp ασθενών πέτυχαν καλύτερο καθαρισμό σε σχέση με τους Nv [32/38 (84,2%) vs 29/39 (74,3%), P: 0,29]. Στην ομάδα Nv, καλύτερο καθαρισμό πέτυχαν οι άνδρες [18/23 (78,3%) vs 11/16 (69%), P: 0,31]. Χειρότερο καθαρισμό είχαν οι ασθενείς >55 ετών [8/28 vs 2/11, P: 0,89], οι παχύσαρκοι [9/25(36%) vs 1/14 (7,1%), P 0,03], οι διαβητικοί [3/8 (37,5%), P: 0,53] και όσοι λάμβαναν νευροληπτικά ή αντιυπερτασικά φάρμακα [2/2 (100%) & 4/12 (33,3%) P: 0,19]. Στην ομάδα Xp, καλύτερο καθαρισμό πέτυχαν οι γυναίκες [13/15 (86,7%) vs 19/23 (82,6%), P: 0,73]. Χειρότερο οι ασθενείς με μετεγχειρητικές συμφύσεις [RR:1,25, 95%CI], με διαβήτη, άνοια [3/6(50%) & 1/2(50%), P: 0,15] και όσοι λαμβάνουν βενζοδιαζεπίνες, νευροληπτικά και αντιυπερτασικά φάρμακα [5/6 (83%) P: 0,12].

Συμπεράσματα: Η προηγούμενη κολονοσκόπηση επιφέρει καλύτερη εντερική προετοιμασία, ιδίως σε γυναίκες. Μικρότερη επίδραση έχει σε ασθενείς με μετεγχειρητικές συμφύσεις, άνοια, διαβήτη και λήψη βενζοδιαζεπινών, νευροληπτικών και αντιυπερτασικών φαρμάκων.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):29

eP25

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΣΤΙΚΟΥ-ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΑ ΔΙΚΗΝ ΣΦΡΑΓΙΣΤΗΡΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ

Π. Ντόντου,¹ Α. Αγγελόπουλος,¹ Σ. Προκόπιου,¹ Γ. Σκρουμπλή,² Μ. Καλαπόδη¹
¹Παθολογική Κλινική Περιφερικού Γενικού Νοσοκομείου Ηλείας, ²Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Παναγία η Βοήθεια»

Πρόλογος: Θα παρουσιάσουμε ένα περιστατικό σπάνιου αδενοκαρκινώματος του κόλου που νοσηλεύτηκε στην παθολογική κλινική του Γ.Ν. Πύργου και αντιμετώπιστηκε σε συνεργασία με τη Χειρουργική κλινική του.

Ασθενής άρρεν 54 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ παθολογικού αιτιώμενος άλγος δεξιά κοιλιακής χώρας και αιμορραγία πεπτικού (αιμοχέσια). Διενεργήθηκε άμεσα κολονοσκόπηση στην οποία ανευρέθη μυτική εξεργασία στο δεξιό κόλον από την οποία ελήφθησαν βιοψίες και συνοδό ενδοαυλική στένωση. Στη βιοψία του παχέος εντέρου βρέθηκε διήθηση από ομάδες καρκινικών κυττάρων με μορφολογία δικήν σφραγιστήρος δακτυλίου (signet ring cell). Στη συνέχεια ο ασθενής υπεβλήθη σε δεξιά κολεκτομή λόγω ατελούς ειλεού και το παρασκευάσμα εστάλη για παθολογοανατομική διάγνωση η οποία ανέδειξε αδενοκαρκίνωμα χαμηλής διαφοροποίησης που διηθεί το μυϊκό τοίχωμα με εστίες νέκρωσης και λεμφαγγειακής διήθησης. Ο ανοσοφαινότυπος του καρκινώματος (CK7+/CK20-) δεν είναι τυπικός καρκινώματος του κόλου και για το λόγω αυτό διενεργήθηκε εν συνεχεία γαστροσκόπηση η οποία ήταν άνευ παθολογικών ευρημάτων σε όλες τις μοίρες του στομάχου και δωδεκαδακτύλου. Στον περαιτέρω απεικονιστικό έλεγχο στα πλαίσια σταδιοποίησης αναδείχθηκαν ηπατικές μεταστάσεις, οστεολιτικό τύπου οστικές μεταστάσεις καθώς και πνευμονικές μεταστάσεις. Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε ογκολόγο για εκτίμηση και περαιτέρω αντιμετώπιση, ο οποίος εκτίμησε ότι η γενικότερη κατάσταση του ασθενούς δεν επιδέχεται οποιασδήποτε παρέμβασης. Ο ασθενής απεβίωσε εντός δύο μηνών από τη διάγνωση με αναπνευστική ανεπάρκεια, υπερασβεστιαμία και πτώση επιπέδου επικουριών.

Επίλογος: Το περιστατικό που περιγράψαμε χαρακτηρίζεται από τη σπανιότητα του παθολογοανατομικού τύπου ανάμεσα στο σύνολο των πρωτοπαθών αδενοκαρκινωμάτων του κόλου και την ιδιαίτερη επιθετικότητα του.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):30

eP27

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΕΝΕΡΓΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Γ. Τσιολακίδου,¹ Σ. Κρασούλη,² Δ. Δανιηλίδης,² Α. Πένου,² Ν. Αχμέτογλου,² Α. Τσε-νεκίδου,² Κ. Κλεισιώτη,³ Α. Τζελέπη,⁴ Χ. Τερροβίτου²
¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Β' Πνευμονολογική Κλινική, ³Νοσηλεύτρια, Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ⁴Νοσηλεύτρια, Β' Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝ Καβάλας

Η εντερική φυματίωση είναι σπάνια κλινική οντότητα και αποτελεί διαγνωστική πρόκληση, καθώς μπορεί να μιμηθεί πολλές άλλες εντερικές παθήσεις. Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα, ημεδαπή, 77 ετών, χωρίς αξιόλογο ιατρικό ιστορικό, μη καπνίστρια, προσήλθε λόγω επεισοδίων αιμόπτυσης, ανορεξίας-καταβολής, απώλειας σωματικού βάρους και δεκαδικής πυρετικής κίνησης με ανάδειξη ήπιας νορμόχρωμης αναιμίας και σκίασης στην δεξιά πύλη στην ακτινογραφία θώρακα.

Η βρογχοσκόπηση έθεσε την υπόνοια νεοπλασίας πνεύμονα.

Στην αξονική τομογραφία παρατηρείται μάζα μαλακών μορίων στο δεξιό κάτω λοβό σε συνέχεια με την δεξιά πύλη με μεσαλικούς λεμφαδένες, καθώς και πάχυνση τοιχώματος και στένωση αυλού στο κατιόν κόλο.

Η κολονοσκόπηση αναγνώρισε τμηματικά, από το κατιόν έως το τυφλό, αλλοιώσεις με οίδημα, πολυζώδη διαμόρφωση και εξελκώσεις του βλεννογόνου, εντονότερες στο τυφλό, ενώ μεγάλο έλκος στο στόμιο της ειλεοτυφλικής βαλβίδας δεν επέτρεψε τον καθητηριασμό του τελικού ειλεού. Οι ληφθείσες βιοψίες ανέδειξαν κοκκιωματώδη φλεγμονή του παχέος εντέρου με πολλαπλά κοκκιώματα στο χόριο και τον υποβλεννογόνο χιτώνα με κατά τόπους συρροή και νεκρωτικές αλλοιώσεις, θέτοντας πιθανή τη λοίμωξη από μυκοβακτηρίδιο.

Παράλληλα οι βιοψίες πνεύμονα ανέδειξαν κοκκιωματώδη φλεγμονή με κεντρική νέκρωση, θετική για οξείαντα βακτηρίδια χρώσης Ziehl-Neelsen στο βρογχοτικό έκπλυμα, με την PCR να θέτει την διάγνωση της φυματίωσης. Η ασθενής ετέθη σε τετραπλή αντιφυματική αγωγή με ισονιαζίδιο, εθαμβουτόλη, ριφαμπικίνη και πυραζιναμίδιο.

Συμπέρασμα: Η εντερική φυματίωση μπορεί να αποτελέσει διαγνωστικό πρόβλημα, ιδιαίτερα σε περιοχές χαμηλής ενδημικότητας της φυματίωσης. Αν και δεν είναι συχνή, δεν πρέπει να παραλείπεται στη διαφορική διάγνωση άλλων εντερικών παθήσεων, ενώ η συνύπαρξη με πνευμονική νόσο κάνει τη διάγνωση ευκολότερη.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):30

eP26

ΑΙΚΝΕΥΣΗ ΠΡΩΤΕΪΝΙΚΩΝ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Α. Τσιγαρίδας,¹ Ι.Σ. Παπανικολάου,² Α. Παπαδοπούλου,³ Ν. Βιάζης,¹ Γ. Καραμανώλης,⁴ Δ.Γ. Καραμανώλης,¹ Γ.Τ. Τσαγκάρης,³ Γ. Μάντζαρης,⁵ Μ. Γαζούλη⁵
¹Γαστρεντερολογική Κλινική ΓΝ Αθηνών Ευαγγελισμός, ²Ήπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ³Μονάδα Πρωτεϊνικών Ερευνών, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), ⁴Γαστρεντερολογική Κλινική, Β' Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αρεταίειο», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁵Τμήμα Βασικών Ιατρικών Επιστημών, Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (ΣΕΕ) αποτελεί μία από τις συχνότερες λειτουργικές διαταραχές του γαστρεντερικού σωλήνα. Η ακριβής αιτία του συνδρόμου παραμένει άγνωστη. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η ανάδειξη προγνωστικών/προληπτικών βιοδεικτών για την κατανόηση της αιτιοπαθολογίας και τη διάγνωση του ΣΕΕ. Για το σκοπό αυτό, μετρήθηκε η διαφορετική έκφραση πρωτεϊνών του ορού ενήλικων με ΣΕΕ, χρησιμοποιώντας πρωτεομικές τεχνικές.

Υλικά-Μέθοδοι: Συλλέχθηκαν δείγματα ορού από 36 ενήλικες με ΣΕΕ (8 άντρες 28 γυναίκες με μ.ο ηλικίας 53,6+14[SD]) που πληρούσαν τα κριτήρια της Ρώμης III και από 12 υγιείς ενήλικες, (3 άντρες 9 γυναίκες με μ.ο ηλικίας 50,33+12,77[SD]) τα οποία αναλύθηκαν με ηλεκτροφόρηση δύο διαστάσεων. Από τους 36 ενήλικες με ΣΕΕ, 12 έπασχαν από ΣΕΕ τύπου δυσκοιλιότητας, 12 τύπου διάρροιας και 12 μικτού τύπου. Μετά τη σχετική ποσοτικοποίηση των πρωτεϊνικών κηλίδων που παρουσίαζαν διαφορετική έκφραση μεταξύ των ομάδων μέσω πυκνομέτρησης, ακολούθησε περαιτέρω χαρακτηρισμός με φασματογράφο μάζας.

Αποτελέσματα: Από τη σύγκριση των ποσοτικών δεδομένων του φασματογράφου μάζας μεταξύ των ασθενών με ΣΕΕ και των μαρτύρων, αναγνωρίστηκαν συνολικά 145 πρωτεΐνες. Οι κυριότερες πρωτεΐνες που βρέθηκαν να έχουν αυξημένη έκφραση στους ασθενείς με ΣΕΕ σε σχέση με τους υγιείς είναι οι εξής: σεροτρανοφερρίνη, παράγοντες συμπληρώματος Β και C3, alpha-1B-glycoprotein, retinol-binding protein 4, Ig gamma-1 chain C region, serine/threonine-protein phosphatase 2A regulatory subunit Β και testis-expressed sequence 43 protein. Οι περισσότερες εξ αυτών εμπλέκονται στην ομοίωση της εντερικής λειτουργίας, στην εντερική ανοσία και στη φλεγμονή.

Συμπέρασμα: Με τη χρήση των πρωτεομικών τεχνικών, εισάγονται νέοι μοριακοί δείκτες και ως εκ τούτου προσφέρεται μια καινοτόμος προσέγγιση όσον αφορά τον χαρακτηρισμό του ΣΕΕ.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):30

eP28

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ rs2910164 ΚΑΙ rs11614913 ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΤΙ-TNF ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN

Χ. Καπιζώνη,¹ Ε. Λεγάκη,² Μ. Γαζούλη,³ Ε. Ξουργιά,⁴ Γ. Καραμανώλης,⁵ Χ.Σ Τζάθας,⁶ Ι. Παπακωνσταντίνου⁷

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Τζάνειο Νοσοκομείο, Πειραιάς, ²Εργαστήριο Βιολογίας Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ³Εργαστήριο Βιολογίας Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁴Φοιτήτρια Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁵2η Χειρουργική Κλινική Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁶Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Τζάνειο Νοσοκομείο, Πειραιάς, ⁷2η Χειρουργική Κλινική Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σκοπός: Τα miRNAs συγκαταλέγονται στους υποψήφιους βιοδείκτες για διάφορες ασθένειες συμπεριλαμβανομένης και της νόσου του Crohn (NC). Με σκοπό την ανάδειξη πιθανών βιοδεικτών απόκρισης στη θεραπεία με anti-TNF στη NC, μελετήθηκαν οι πολυμορφισμοί rs2910164 και rs11614913 των miR-146a και miR-196 αντίστοιχα.

Μέθοδοι: 107 ασθενείς με NC συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη με βάση κλινικά, ενδοσκοπικά, απεικονιστικά και ιστολογικά κριτήρια. Έλαβαν ενδοφλεβίως infliximab 5 mg/kg τα χρονικά διαστήματα 0,2 και 6 εβδομάδες και στη συνέχεια ανά 8 εβδομάδες, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Η κλινική και εργαστηριακή τους ανταπόκριση εξετάστηκε με βάση τον δείκτη Harvey-Bradshaw και CRP αντίστοιχα. Η ενδοσκοπική ανταπόκριση εκτιμήθηκε με κολονοσκόπηση την 14η-20η εβδομάδα μετά την έναρξη της θεραπείας και συγκρίθηκε με την ενδοσκόπηση στην έναρξη της θεραπείας. Η ανάλυση του περιφερικού αίματος των ασθενών για την ανίχνευση των γονότυπων έγινε με PCR.

Αποτελέσματα: Εβδομήντα δυο (67,3%) ασθενείς θεωρήθηκαν πρωτογενώς πλήρως ανταποκριθέντες, 22 (20,5%) μερικώς ενώ 13 (12,1%) μη ανταποκριθέντες. Δεν ανευρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της ανταπόκρισης στη θεραπεία και τα κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά. Δεν τεκμηριώθηκε συσχέτιση μεταξύ των μελετώμενων πολυμορφισμών και του βαθμού ανταπόκρισης στον anti-TNF παράγοντα.

Συμπέρασμα: Οι πολυμορφισμοί αυτοί δεν φαίνεται να αποτελούν βιοδείκτες για την πρόβλεψη της ανταπόκρισης στη θεραπεία των ασθενών αυτών.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):30

eP29

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΦΝΕ ΜΕ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΟ ΣΙΔΗΡΟ

N. Κουσοπούλου, Κ. Ζουριδάκης, Γ. Κοκκώνης, Ε. Στεφανίδης, Γ. Ναλμπαντίδης, Α. Αυγερινός, Φ. Δημουλιός, Δ. Καπετάνος, Θ. Μάρης, Α. Ηλίας
Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου»

Εισαγωγή: Η αναίμια είναι μια σοβαρή επιπλοκή των ΙΦΝΕ που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής. Η *per os* χορήγηση δεν είναι αποτελεσματική σε βαρεία αναίμια και σε πολλές περιπτώσεις και συνοδεύεται από παρενέργειες.

Σκοπός της μελέτης ήταν η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της χορήγησης IV καρβοξυμαλτοζικού σιδήρου στην θεραπεία της αναίμιας ασθενών με ΙΦΝΕ παρά τον επαρκή έλεγχο της νόσου.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Σε 26 ασθενείς με ΙΦΝΕ (18 με νόσο CROHN) και αναίμια (Α:14, Γ:12 άνδρες), ΜΗ 41,9 ετών (εύρος: 14–75) χορηγήθηκαν χορηγήθηκε ενδοφλέβια καρβοξυμαλτοζικό σίδηρο (500 mg), μία δόση και μια δεύτερη σε 2 εβδομάδες. Δέκα ασθενείς είχαν λάβει σίδηρο από το στόμα χωρίς ανταπόκριση ενώ 3/10 διέκοψαν λόγω εμφάνισης διάρροιας. Κανείς ασθενής δεν έλαβε επί πλέον ερυθροποιητίνη. Σε 4 εβδομάδες από την πρώτη δόση αξιολογήθηκαν εργαστηριακά και κλινικά.

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή αιμοσφαιρίνης πριν από την πρώτη δόση ήταν 9,8 g/dL, Hct: 30,9%, Ferritin: 65,4 ng/mL, Fe:37 μg/dL, MCV75, 4fl Δύο εβδομάδες μετά από την δεύτερη δόση η μέση τιμή της Hb αυξήθηκε σε 12,9 g/dL, του Hct σε 35,1% Ferritin: 165,4 ng/mL, Fe: 87 μg/dL, MCV84,3,4fl. Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν υποκειμενική βελτίωση του αισθήματος κόπωσης και αδυναμίας. Δεν παρατηρήθηκε καμία σοβαρή παρενέργεια.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση ενδοφλέβιου καρβοξυμαλτοζικού σιδήρου είναι αποτελεσματική και ασφαλής θεραπεία της αναίμιας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ συμπεριλαμβανομένων και αυτών οι οποίοι δεν ανταποκρίθηκαν/είχαν δυσανεξία στην *per os* χορήγηση.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):31

eP30

ΟΛΙΚΟ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟ ΦΟΡΤΙΟ ΣΕ ΒΙΟΨΙΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΣΤΟ ΑΙΜΑ ΣΤΙΣ ΙΦΝΕ ΚΑΙ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Σ. Βρακάς,¹ Μ. Γαζούλη,² Κ. Μουντζούρης,³ Γ. Μιχαλόπουλος,¹ Γ. Καραμανώλης,⁴ Γ. Παπαθεοδωρίδης,⁵ Χ. Τζάθας¹

¹Γαστρεντερολογική Κλινική, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο, Πειραιάς, ²Τμήμα Βασικών Ιατρικών Επιστημών, Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα, ³Εργαστήριο Φυσιολογίας Θρέψης και Διατροφής, ΓΠΑ, Αθήνα, ⁴Γαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα, ⁵Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μετρήσει το μικροβιακό φορτίο σε βιοψίες εντέρου και να εκτιμήσει τη διαμετάθεση των μικροβίων στις ΙΦΝΕ.

Υλικό-Μέθοδος: Έγινε κολονοσκόπηση και συλλογή ιστού και αίματος από ενήλικες ασθενείς με νόσο Crohn σε έξαρση (n=6) και ύφεση (n=6) και ελκώδη κολίτιδα σε έξαρση (n=14) και ύφεση (n=6). Η ομάδα ελέγχου αποτελείται από υγιείς ασθενείς (n=20), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε προληπτική κολονοσκόπηση και στους οποίους η κολονοσκόπηση δεν είχε ευρήματα. Οι ασθενείς ήταν υπό αγωγή με 5 ASA (±αζαθειοπρίνη±κορτιζόνη) ή αζαθειοπρίνη ή ήταν πρωτοδιαγνωσμένοι. Για κάθε δείγμα ιστού και αίματος αναλύθηκε το ολικό μικροβιακό φορτίο χρησιμοποιώντας κατάλληλους εκκινητές για το 16S rRNA γονίδιο με τη βοήθεια της Real-Time PCR. Ως μικρόβιο αναφοράς χρησιμοποιήθηκε η *Escherichia coli*.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ σε έξαρση είχαν αυξημένο μικροβιακό φορτίο σε σύγκριση με τους ασθενείς με ΙΦΝΕ σε ύφεση (P<0,05) και σε σχέση με τους υγιείς ασθενείς (P<0,05), στο αίμα και στους ιστούς. Το μικροβιακό φορτίο δεν παρουσίαζε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (EK) και νόσο Crohn (NC) σε ύφεση και τους υγιείς ασθενείς (P>0,05). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά ως προς το μικροβιακό φορτίο ανάμεσα στους ασθενείς με EK και NC σε έξαρση, τόσο στο αίμα όσο και στους ιστούς (P>0,05).

Συμπεράσματα: Η συγκέντρωση του μικροβιακού φορτίου στους ασθενείς με ενεργό νόσο είναι διαφορετική από των υγιών ασθενών και των ΙΦΝΕ σε ύφεση. Οι ασθενείς σε ύφεση δεν έχουν διαφορές ολικού μικροβιακού φορτίου σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):31

eP31

ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ ΥΠΟΔΟΜΕΝΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ GROHN, ΣΕ ΜΕΣΗΛΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΑ-ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

I. Φαμηλιάς, Γ. Ντέσκα, Σ. Αναστασίου, Σ. Καλαθενός, Β. Παπαστεργίου, Ν. Κατσιλγής, Ε. Αναστασίου, Δ. Βουλγαρόπουλος, Μ. Σταμπόρη, Δ. Διακονικόλα, Σ. Καραταπάνης

Γαστρεντερολογική και Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου, Ρόδος

Εισαγωγή: Η φυματιώδης εντερίτιδα αποτελεί σπάνια νοσολογική οντότητα, που ενέχει σημαντική δυσσχέση με την διάγνωση και μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική καθυστέρηση στη χορήγηση της ορθής αγωγής.

Σκοπός: Να παρουσιαστεί η περίπτωση μιας γυναίκας με συμπτωματολογία από το πεπτικό που διαγνώστηκε αρχικά ως πιθανή Crohn, και τελικά ταυτοποιήθηκε ως φυματιώδης λοίμωξη που προσέβαλε και το έντερο.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για γυναίκα 45 ετών, που για τρεις μήνες εμφάνιζε συμπτωματολογία συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Τις τελευταίες εβδομάδες εμφάνισε πυρετό, διαρροϊκές κενώσεις και άτυπα διάχτυα κοιλιακά άλγη. Η ασθενής υπεβλήθη σε αζονική τομογραφία κοιλίας που ανέδειξε πάχυνση στη περιοχή του τυφλού. Η ασθενής υπεβλήθη σε ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου που έδειξε ερυθρότητα και εξελκώσεις στον τελικό ειλεό, στην ειλεοτυφλική βαλβίδα, το τυφλό, το ανιόν και στη μεσότητα του εγκάρσιου. Οι βιοψίες που ελήφθησαν έδειξαν κρυπτιτίδα και επιθηλιοειδή κοκκιώματα ποστ-στρώματος. Με τη πιθανότητα υποκείμενης Crohn ασθενής αντιμετωπίστηκε αρχικά ως ΙΦΝΕ. Η μη σαφής ύφεση των συμπτωμάτων και των ενδοσκοπικών ευρημάτων, οδήγησε σε περαιτέρω έλεγχο. Υπεβλήθη σε Mantoux απέβη θετική. Υπεβλήθη σε αζονική τομογραφία θώρακος που έδειξε την παρουσία δυο όζων στον πνεύμονα. Η ασθενής υπεβλήθη σε εκτομή του οζιδίου που ανέδειξε τη παρουσία φυματιώδους. Η ασθενής λαμβάνει αντιφυματική αγωγή από διμήνου με σαφή κλινική βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η απτία και η σπανιότητα της φυματιώδους εντερίτιδας δεν πρέπει να μας διαφεύγει και πρέπει πάντοτε να εμπεριέχεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με συμμετοχή του πεπτικού.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):31

eP32

ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ REUTZ-JEGHERS ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΙΛΕΟ-ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ε. Ζαχαροπούλου,¹ Ε. Σιδέρη,² Π. Ιωαννίδης,³ Σ. Σολωμού,² Γ. Κεχαγιάνης,¹ Χ. Βείμου,¹ Δ. Μόσχοβης,¹ Π. Καζακίδης,⁴ Α. Καρακώστα,⁵ Γ. Ερωτοκρίτου,² Μ. Τζουβαλά¹

¹Γαστρεντερολογική Κλινική, ²Α' Παθολογική Κλινική, ³Α' Χειρουργική Κλινική, ⁴Τμήμα Αζονικού και Μαγνητικού Τομογράφου, ⁵Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝΝΠ «Αγ. Παντελεήμων»

Πρόκειται για την περίπτωση ασθενούς θήλεος, 15 ετών, που εισήχθη εκτάκτως λόγω κοιλιακού άλγους, εμπύρετου, μετεωρισμού, διαρροϊκών κενώσεων και χολώντων εμέτων από τριήμερο. Ατομικό ιστορικό με χρόνια σιδηροπενική αναίμια υπό σιδηροθεραπεία και οικογενειακό ιστορικό ελεύθερο. Εργαστηριακά: CRP 178 mg/ml, Hb12,2 g/dl, WBC 13400, PLT 358000. Σε 24 ώρες παρατηρήθηκε επιδείνωση με διάταση κοιλίας, οξύ κοιλιακό άλγος και αναπηδώσα ευαισθησία και η επείγουσα CT κοιλίας ανέδειξε εγκολεασμό λεπτού εντέρου. Κλινικά ετέθη η πιθανή διάγνωση του συνδρόμου Reutz-Jeghers (sRJ) λόγω της παρουσίας ολιγάριθμων υπερχρωστικών κηλίδων στην έσω επιφάνεια των χηλίων. Η επείγουσα ειλεοκολονοσκόπηση ανέδειξε έναν ευμεγέθη έμμοσχο πολυλοβωτό πολύποδα στο σιγμοειδές. Η ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση που επιβεβαίωσε τον εγκολεασμό τμήματος λεπτού εντέρου σε έδαφος πολύποδα >3 εκ που εκτάμει. Δια αποφυγή πολλαπλών εντεροτομών ή εκτομών διενεργήθηκε διεγχειρητική εντεροσκόπηση και ενδοσκοπική εκτομή πέντε πολύποδων (διαμέτρου έως 2 εκ). Ιστολογικά επιβεβαιώθηκε ότι επρόκειτο για αμαρτωματώδεις πολύποδες τύπου Reutz-Jeghers. Η ασθενής είχε άριστη μετεγχειρητική πορεία και μετά 6μηνο ενδοσκόπηθηκε και αφαιρέθηκε ο πολύποδος του σιγμοειδούς, που ιστολογικά ήταν του ίδιου τύπου. Αναμένεται ο γονιδιακός έλεγχος που θα αναδείξει τη θέση της γονιδιακής μετάλλαξης.

Το sRJ αποτελεί ένα σπάνιο αυτοσωμικό επικρατές γενετικό σύνδρομο που φαινοτυπικά εκφράζεται με βλεννογονοδερματικές υπερχρωστικές κηλίδες και αμαρτωματώδεις πολύποδες γαστρεντερικού. Στο 10–20% των ασθενών αφορούν περιπτώσεις de novo μεταλλάξεων.

Στη διαφοροδιάγνωση νεαρών ασθενών με εικόνα ειλεού πρέπει να συμπεριλαμβάνονται σύνδρομα πολυποδίασης, όπως το sPJ παρά τη σπανιότητά του και το ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):31

eP33

ΑΓΓΕΙΟΣΑΡΚΩΜΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Π. Χέρας, Μ. Κουτρουμπή, Η. Γεωργόπουλος, Μ. Φαρολόγος, Α. Μπραϊμάκης, Ε. Ανδρικόπουλος
 Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ναυπλίου

Εισαγωγή: Τα αγγειοσαρκώματα αποτελούν μόλις το 1% του συνόλου των σαρκωμάτων. Η ανάπτυξη τους στο γαστρεντερικό είναι ασυνήθης και αφορά κατά κύριο λόγο το στομάχο και το λεπτό έντερο. Τα αγγειοσαρκώματα του παχέος εντέρου αντιπροσωπεύουν το 0,001% των κακοήθων νεοπλασιών του και στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται μόλις 17 περιστατικά.

Υλικό-Μέθοδος: Γυναίκα ασθενής 45 ετών προσήλθε στα επείγοντα του νοσοκομείου μας με αιθρόα αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό. Η κλινική διάγνωση ήταν εντερορραγία λόγω πιθανής ρήξης εκκολπώματος. Υπεβλήθη σε αριστερή κολεκτομή, οπότε παρατηρήθηκαν διάσπαρτες αιμάσσοις εξεργασίες, ολοτοιχωματικές, με μέγιστη διάμετρο 0,5-4,5 εκ..

Αποτελέσματα: Αντίστοιχα προς τις αιμορραγικές εξεργασίες παρατηρήθηκε ιστολογική εικόνα συμβατή με αγγειοσαρκώματα του παχέος εντέρου. Αν και εξαιρετικά σπάνια, είναι επιθετικά νεοπλασμάτα και αναφέρονται μεταστάσεις σε οστά και μύες. Αντιμετωπίζονται με ριζική χειρουργική εκτομή (R0), η πρόγνωση ωστόσο είναι πτωχή. Μέγεθος όγκου μεγαλύτερο από 5 εκ. και μεγαλύτερη ηλικία εμφάνισης αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):32

eP35

ΔΥΣΘΡΕΨΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Α. Νικολάου,¹ Γ. Λαβράνος,² Ι. Καϊμακλιώτης³
¹IBD Nurse, American Gastroenterology Center, Λευκωσία, ²Γιατρός, Αντιπρόεδρος Τμήματος Επιστημών Υγείας, European University of Cyprus, Λευκωσία, ³Γαστρεντερολόγος, American Gastroenterology Center, Λευκωσία

Εισαγωγή: Η εμφάνιση ποιοτικών ή / και ποσοτικών διαταραχών στην πρόσληψη θρεπτικών συστατικών και στη σύσταση του σώματος (δυσθρεψία) είναι κάτι το ιδιαίτερα συχνό στους ασθενείς με ΙΦΝΕ.

Σκοπός: Να προσδιορισθούν οι ανάγκες των ασθενών καθώς και τυχόν δυσθρεψία στους ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου.

Πληθυσμός-Μέθοδος: Πιλοτική συγχρονική μελέτη ποσοτικού τύπου, που βασίζεται σε ευκαιριακή δειγματοληψία. Η συλλογή των δεδομένων και πληροφοριών διεξήχθη στο American Gastroenterology Center. Για την μελέτη αναζητήθηκαν ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από ΙΦΝΕ και λαμβάνουν χρόνια φαρμακευτική θεραπεία. Το μέγεθος του δείγματος ήταν 108 ασθενείς. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τον προσδιορισμό της δυσθρεψίας είναι το ερωτηματολόγιο της ESPEN για τους ασθενείς με ΙΦΝΕ. Το εργαλείο αυτό είναι σταθμισμένο για κλινική εφαρμογή σε ασθενείς με ΙΦΝΕ στα πλαίσια των ετήσιων Πανευρωπαϊκών μετρήσεων «Nutrition Day».

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης όσον αφορά το ερώτημα της δυσθρεψίας και τον κίνδυνο υποσιτισμού σε ασθενείς με ΙΦΝΕ κατέδειξε ότι στον κυπριακό πληθυσμό η γενική κατάσταση της σίτισης είναι σε ικανοποιητικά επίπεδα. Ο Συνολικός δείκτης Αξιολόγησης για το MNA ήταν κατά μέσο όρο στο 10,97 (TA=1,32).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ έχουν αυξημένες ανάγκες φροντίδας λόγω της νόσου τους και υπάρχει ανάγκη οργάνωσης κέντρων ολοκληρωμένης αντιμετώπισης της νόσου με παρουσία εξειδικευμένων στα ΙΦΝΕ γαστρεντερολόγων και άλλων επιστημόνων υγείας (νοσηλεύτη, ψυχολόγου και διαιτολόγου).

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):32

eP34

ΙΦΝΕ: ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΔΥΣΘΡΕΨΙΑ

Α. Νικολάου,¹ Γ. Λαβράνος,² Ι. Καϊμακλιώτης³
¹IBD Nurse, American Gastroenterology Center, Λευκωσία, ²Γιατρός, Αντιπρόεδρος Τμήματος Επιστημών Υγείας, European University of Cyprus, Λευκωσία, ³Γαστρεντερολόγος, American Gastroenterology Center, Λευκωσία

Εισαγωγή: Η συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να χαρακτηριστεί ως ο βασικότερος πυλώνας της αποτελεσματικής αντιμετώπισης μιας νόσου και κατ' επέκταση της ενίσχυσης της ποιότητας ζωής των ασθενών. Είναι επίσης γεγονός ότι όσο καλύτερη θεωρείται η θρεπτική κατάσταση του ασθενούς, τόσο καλύτερη είναι η ανταπόκριση του στη φαρμακευτική αγωγή.

Σκοπός: Να προσδιορισθούν οι ανάγκες των ασθενών καθώς και ο βαθμός στον οποίο οι ασθενείς με ΙΦΝΕ συμμορφώνονται με τη φαρμακευτική θεραπεία η οποία αφορά τη λήψη φαρμάκων, τη διατροφή και τυχόν δυσθρεψία.

Πληθυσμός-Μέθοδος: Πιλοτική συγχρονική μελέτη ποσοτικού τύπου, που βασίζεται σε ευκαιριακή δειγματοληψία. Η συλλογή των δεδομένων και πληροφοριών διεξήχθη στο American Gastroenterology Center. Για την μελέτη αναζητήθηκαν ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από ΙΦΝΕ και λαμβάνουν χρόνια φαρμακευτική θεραπεία. Το μέγεθος του δείγματος αποτέλεσαν 108 ασθενείς. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το ερωτηματολόγιο της ESPEN για τους ασθενείς με ΙΦΝΕ και το "IBD Compliance Questionnaire".

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης όσον αφορά το ερώτημα της δυσθρεψίας και τον κίνδυνο υποσιτισμού σε ασθενείς με ΙΦΝΕ κατέδειξαν ότι στον κυπριακό πληθυσμό η γενική κατάσταση της σίτισης είναι σε ικανοποιητικά επίπεδα. Ο Συνολικός δείκτης Αξιολόγησης για το MNA ήταν κατά μέσο όρο στο 10,97 (TA=1,32). Αναφορικά με το βαθμό συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή παρατηρήθηκε ότι ένα ποσοστό ασθενών (3.9%), συνειδητά δεν λαμβάνουν την αγωγή τους όταν δεν έχουν συμπτώματα από τη νόσο.

Συμπεράσματα: Υπάρχουν πολλοί παράμετροι που επηρεάζουν τη συμμόρφωση στη λήψη των φαρμάκων στα ΙΦΝΕ. Η μη τήρηση έχει επιπτώσεις στην πιθανότητα θεραπευτικής αποτυχίας, καθυστέρηση στη θεραπευτική ύφεση καθώς και την υποτροπή της της νόσου. Υπάρχει ανάγκη οργάνωσης κέντρων ολοκληρωμένης αντιμετώπισης της νόσου με παρουσία εξειδικευμένων στα ΙΦΝΕ γαστρεντερολόγων και άλλων επιστημόνων υγείας (νοσηλεύτη, ψυχολόγου, διαιτολόγου).

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):32

eP36

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΝΤΙΕΓFR ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ν. Καφαλής,¹ Κ. Σουφλέρης,¹ Π. Παύλιου,¹ Κ. Παρασκευαΐδου,¹ Ι. Πιλιπιδής,¹ Γ. Λαζαράκη,¹ Δ. Τζιλβές,¹ Π. Ξηρού,² Α. Ταρπάκος¹
¹Γαστρεντερολογική Κλινική, ²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, «Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Πρόσφατες μελέτες υποδεικνύουν ότι η δεξιά εντόπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει δυσμενή προγνωστική αλλά και προβλεπτική αξία, ιδίως στη θεραπεία με anti-EGFR παράγοντες.

Σκοπός: Να εντοπιστούν διαφορές στην απάντηση στη θεραπεία με EGFR αναστολές ανάλογα με την εντόπιση του καρκίνου στο δεξί ή στο αριστερό παχύ έντερο.

Μεθοδολογία: Συμπεριλήφθηκαν K-RAS wild type ασθενείς με μεταστατικό καρκίνιο παχέος εντέρου που υποβλήθηκαν σε θεραπεία 1ης γραμμής με ranitumumab ή cetuximab. Ως δεξιά χαρακτηρίστηκε η εντόπιση σε τυφλό, ανιόν και ηπατική καμπή. Ως αριστερή η εντόπιση σε ορθό, σιγμοειδές, κατιόν και σπληνική καμπή. Οι ομάδες συγκρίθηκαν ως προς την συνολική επιβίωση (Overall Survival-OS) και το διάστημα χωρίς πρόοδο νόσου (Progression Free Survival-PFS).

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν τελικά 33 ασθενείς, 28 με αριστερή εντόπιση και 5 με δεξιά με μέση ηλικία 61,12 έτη και μέση τιμή CEA: 174 ng/ml. Οι ασθενείς με δεξιά εντόπιση είχαν στατιστικά σημαντικά χειρότερη συνολική επιβίωση (OS 12 vs 18 μήνες, Log rank P=0,001) και χειρότερο, αν και όχι στατιστικά σημαντικά μικρότερο PFS (10,5 vs 11 μήνες, P=0,135). Οι δύο ομάδες δε διέφεραν μεταξύ τους ως προς την παρουσία χαμηλής διαφοροποίησης, σύγχρονης/μετάχρονης εμφάνισης νόσου, ολιγομεταστατικής/πολυμεταστατικής νόσου, ή παραμονής του όγκου, παρά μόνο στην παρουσία περιτοναϊκής νόσου, που ήταν συχνότερη σε δεξιά εντόπιση (P=0,013).

Συμπεράσματα: Ο μεταστατικός καρκίνος παχέος εντέρου με δεξιά εντόπιση έχει χειρότερη εξέλιξη και στους ασθενείς που λαμβάνουν anti-EGFR θεραπεία. Μελλοντικές μελέτες θα δείξουν αν η επιλογή θεραπείας θα πρέπει να γίνεται και με βάση την εντόπιση ή την υποκείμενη μοριακή βιολογία.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):32

eP37

ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕ ΑΠΩΛΕΙΑ ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΝΟΟΝΑΝ

Κ. Γραμματικός,¹ Α. Γατοπούλου,² Ε. Κασιώτης,³ Π. Γκολφάκης,¹ Γ. Τζιάτζιος,¹ Β. Παπαδόπουλος,¹ Π. Γάτος-Γατόπουλος,¹ Α. Καστή,³ Γ.Δ. Δημητριάδης,¹ Κ. Τριανταφύλλου¹ ¹Ήπιαστροεντερολογική Μονάδα, ² Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Κέντρο Διαβίτη Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, ³Μονάδα Ενδοσκοπήσεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, ³Τμήμα Διατροφής Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικής»

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Noonan είναι συγγενής διαταραχή της διάπλασης και εκδηλώνεται με δυσμορφίες και δυσλειτουργίες σε διάφορα όργανα του σώματος. Περιλαμβάνει χαρακτηριστικά: χαμηλό ανάστημα και συγγενείς καρδιοπάθειες -με κύρια αυτή τη στένωση της πνευμονικής αρτηρίας. Ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν νοητική υστέρηση.

Σκοπός: Η παρουσίαση ασθενούς με σύνδρομο Noonan και εντεροπάθεια με απώλεια πρωτεΐνων σε έδαφος λεμφαγγειεκτασιών λεπτού εντέρου και η αντιμετώπισή του.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 23 ετών με σύνδρομο Noonan (διαταραχή σωματικής διάπλασης και ανάπτυξης, χειρουργηθείσα στένωση πνευμονικής αρτηρίας, υποθυρεοειδισμός και υπογοναδισμός υπό φαρμακευτική υποκατάσταση) παρουσιάζει από έτους διαρροϊκές κενώσεις (4-8/μέρα) χωρίς πρόσμιξη αίματος ή βλέννης, με απώλεια βάρους (BMI: 14,1), χωρίς διαταραχή της όρεξης, υποαλβουμιναιμία (1,6 mg/dl), υπολευκωματιναιμία, υπογαμμασφαιριναιμία, σιδηροπενική αναιμία, συμπτωματική υποασβεστιαιμία και υπομαγνησισαιμία, λωϊώξεις αναπνευστικού συστήματος και περιφερικά οιδήματα. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος (γαστροσκόπηση, βιντεοενδοσκόπηση λεπτού εντέρου με κάψουλα) ανέδειξε πολυάριθμες λεμφαγγειεκτασίες λεπτού εντέρου. Ο ορολογικός και ιστολογικός έλεγχος για κοιλιοκάκη ήταν αρνητικός. Τέθηκε σε άλιπο, υπερθερμιδική διαίτα, χορήγηση πρωτεΐνων συμπληρωμάτων διατροφής και μέσης αλύσου τριγλυκερίδια. Διορθώθηκαν κατάλληλα οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές και χορηγήθηκαν διουρητικά. Η αξιολόγηση της πορείας της ασθενούς πραγματοποιήθηκε με εβδομαδιαίο αιματολογικό έλεγχο και ζύγιση. Προοδευτικά μαλοποιήθηκαν η σύσταση και ο αριθμός των κενώσεων και βελτιώθηκε η θρέψη.

Συμπέρασμα: Η εντεροπάθεια με απώλεια λευκώματος σε έδαφος εκτεταμένων λεμφαγγειεκτασιών στο λεπτό έντερο ενδέχεται να αποτελεί σπάνια εκδήλωση του συνδρόμου Noonan ή της επέμβασης για την αντιμετώπιση της συγγενούς καρδιοπάθειας. Η άλιπος διαίτα με συγχρόνηση πρωτεϊνικών συμπληρωμάτων διατροφής και μέσης αλύσου τριγλυκερίδια, έχουν σαν αποτέλεσμα την αργή μεν, αλλά σταθερή βελτίωση της θρέψης.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):33

eP38

Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΪΣΤΟΧΗΜΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΤΑ ΚΟΠΡΑΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Α. Κατσούλα,^{1,2} Π. Πάσχος,^{1,2} Α. Τσάπας,^{2,3} Α.-Μ. Χάιδις,⁴ Ο. Γιουλεμέ¹ ¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ²Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, ³Μονάδα κλινικής έρευνας και τεκμηριωμένης ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ⁴Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, ⁵Harris Manchester College, Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης, Οξφόρδη, Ηνωμένο Βασίλειο, ⁶Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση μελετήθηκε η διαγνωστική ακρίβεια της ανοσοϊστοχημικής μεθόδου ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα (FIT) για καρκίνο του παχέος εντέρου (ΚΠΕ) και «προχωρημένη» νεοπλασία (ΚΠΕ ή «προχωρημένα» αδενώματα) σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό ΚΠΕ.

Μέθοδοι: Αναζητήσαμε σε Medline, Embase, DARE, HTA Database, Cochrane Library και στα πρακτικά διεθνών συνεδρίων μελέτες διαγνωστικής ακρίβειας στις οποίες αξιολογήθηκε το FIT για τη διάγνωση ΚΠΕ και «προχωρημένη» νεοπλασία σε ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό ΚΠΕ. Η κολοσκόπηση ή η παρακολούθηση χρησιμοποιήθηκαν ως εξέταση αναφοράς. Η ποιότητα των μελετών διερευνήθηκε με το Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies (QUADAS)-2.

Αποτελέσματα: Εντεκα μελέτες συμπεριλήφθηκαν στη μετα-ανάλυση (4168 συμμετέχοντες). Μόνο 4 μελέτες αξιολογήθηκαν ως χαμηλού κινδύνου συστηματικού σφάλματος. Η μέση ευαισθησία για τη διάγνωση ΚΠΕ ήταν 86% (95% CI 31-99), η ειδικότητα 91% (95% CI 89-93), ο θετικός λόγος πιθανοφάνειας (LR+) 10,0 (95% CI 5,8-17,5) και ο αρνητικός λόγος πιθανοφάνειας (LR-) 0,16 (95% CI 0,02-1,48). Η μέση ευαισθησία για τη διάγνωση της «προχωρημένης» νεοπλασίας ήταν 46% (95% CI 37-56), η ειδικότητα 93% (95% CI 90-95) το LR+6,6 (95% CI 4,9-8,7) και το LR-0,58 (95% CI 0,48-0,69).

Συμπεράσματα: Το FIT παρουσιάζει υψηλή διαγνωστική ακρίβεια στη διάγνωση του ΚΠΕ με μέτρια ευαισθησία και υψηλή ειδικότητα. Διαπιστώθηκε περιορισμένη ακρίβεια στη διάγνωση της «προχωρημένης» νεοπλασίας. Ωστόσο, τα παραπάνω ευρήματα πρέπει να αντιμετωπιστούν με προσοχή λόγω του μικρού αριθμού μελετών.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):33

eP39

Η ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΜΙΝΟΣΑΛΙΚΥΛΙΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΗΠΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΡΙΑ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΚΤΥΩΝ

Π. Πάσχος,^{1,2} Ο. Γιουλεμέ,¹ Α. Κατσούλα,^{1,2} Α.-Β. Μαδενίδου,² Ε. Αθανασιάδου,¹ Α. Τσάπας^{2,3}

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ²Μονάδα Κλινικής Έρευνας και Τεκμηριωμένης Ιατρικής, Β' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ³Harris Manchester College, University of Oxford, Oxford, UK

Εισαγωγή: Πραγματοποιήσαμε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση δικτύων για την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια κορτικοστεροειδών και αμινοσαλικυλικών στην ήπια και μέτρια ελκώδη κολίτιδα.

Μέθοδοι: Αναζητήσαμε σε Medline, Embase, CENTRAL και σε περιλήψεις διεθνών συνεδρίων τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές που συνέκριναν κορτικοστεροειδή (πρεδνιζολόνη, βουδεσονίδη MMX, μπεκλομεθαζόνη) και αμινοσαλικυλικά (μεσαλαμίνη, σουλφασαζίνη, ολσαζίνη, μπαλαζιόλη) μεταξύ τους ή με εικονικό φάρμακο σε ασθενείς με ήπια και μέτρια, αριστερόπλευρη ή εκτεταμένη ελκώδη κολίτιδα. Καταληκτικά σημεία ήταν η κλινική ύφεση, η βλεννογονική επώλωση και η αποχώρηση λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών (ΑΕ). Πραγματοποιήσαμε πολυπαραγοντική, τυχαίων επιδράσεων μετα-ανάλυση δικτύων.

Αποτελέσματα: Συμπεριλάβαμε 37 μελέτες με 9 παρεμβάσεις (7 μονοθεραπείες και 2 συνδυασμούς, μεσαλαμίνη με μπεκλομεθαζόνη και μεσαλαμίνη ταυτόχρονα από του στόματος και τοπικά). Όλες οι θεραπείες, εκτός από την ολσαζίνη και τη σουλφασαζίνη, οδήγησαν σε υψηλότερα ποσοστά ύφεσης σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (RR από 1,91 έως 3,25). Ο συνδυασμός μεσαλαμίνης-μπεκλομεθαζόνης ήταν πιο πιθανό να επιτύχει ύφεση σε σχέση με τη μεσαλαμίνη, την ολσαζίνη και τη μπεκλομεθαζόνη. Η βλεννογονική επώλωση ήταν πιο συχνή σε ασθενείς που έλαβαν βουδεσονίδη MMX (RR: 1,62, 95% CI 1,17-2,24), μεσαλαμίνη συστηματικά (RR: 1,41, 95% CI 1,12-1,78) ή σε συνδυασμό με ένεμα (RR: 1,72, 95% CI 1,12-2,63), μπαλαζιόλη (RR: 2,30, 95% CI 1,30-4,08) και με συνδυασμό μεσαλαμίνης-μπεκλομεθαζόνης (RR: 2,67, 95% CI 1,25-5,71). Όλες οι παρεμβάσεις, με εξαίρεση τη μπαλαζιόλη, ήταν ασφαλείς με βάση την αποχώρηση λόγω ΑΕ. Ο συνδυασμός μεσαλαμίνης-μπεκλομεθαζόνης είχε την υψηλότερη πιθανότητα να είναι η καλύτερη θεραπεία ως προς την επίτευξη ύφεσης, βλεννογονικής επώλωσης και την ασφάλεια.

Συμπέρασμα: Ο συνδυασμός μεσαλαμίνης-μπεκλομεθαζόνης φαίνεται να αποτελεί την πιο αποτελεσματική και ασφαλή επιλογή. Τα ευρήματα πρέπει να αντιμετωπιστούν με προσοχή λόγω του μικρού αριθμού μελετών σε ορισμένες συγκρίσεις.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):33

eP40

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ: ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΦΑΙΝΟΤΥΠΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΠΡΩΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Φ. Φωστήρα,¹ Σ. Μιχόπουλος,² Α. Βαγενά,¹ Η. Κουρκουτάς,² Γ. Καραμανώλης,³ Δ. Γιαννουκάκος,¹ Ι. Παπακωνσταντίνου⁴

¹Εργαστήριο Μοριακής Διαγνωστικής, ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», ²Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», ³Γαστρεντερολογική Μονάδα, 2η Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ⁴Β' Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο «Αρεταίειο»

Το σπάνιο σύνδρομο της νεανικής πολυποδίασης (ΣΝΠ-juvenile polyposis syndrome) χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πολλαπλών εντερικών και γαστρικών αμάρτωματιδών πολυπόδων και την παρουσία της κληρονομούμενης αιμορραγικής τελαγγειεκτασίας, ενώ ο διά βίου κίνδυνος ανάπτυξης γαστρεντερικών κακοηθειών υπολογίζεται στο 39%.

Σκοπός: Η περιγραφή του φαινότυπου και των γενετικών μεταλλάξεων δύο οικογενειών με ΣΝΠ για πρώτη φορά στην Ελλάδα.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Συνολικά ταυτοποιήθηκαν δύο οικογένειες με ΣΝΠ από τις οποίες αναλύθηκαν δύο και έξι πρώτου βαθμού συγγενείς, αντίστοιχα για τις σαφώς παθολόγους μεταλλάξεις στα γονίδια SMAD4 & BMPR1A. Η ανάλυση των γονιδίων SMAD4 & BMPR1A, οι γαμετικές μεταλλάξεις των οποίων καθίστανται υπεύθυνες για το σύνδρομο αυτό, πραγματοποιήθηκε με την αλληλούχηση επόμενης γενεάς, αλλά και την τεχνική MLPA.

Αποτελέσματα: Ανιχνεύθηκε μια γενετική αναδιάταξη, η οποία απαλείφει το εξόνιο 1 του γονιδίου BMPR1A σε ασθενή με πολλαπλούς εντερικούς πολύποδες (αμάρτωματιδεις και αδενωμάτιδεις) στα 20 της έτη. Η μητέρα της εξεταζόμενης διεννώθηκε με καρκίνο παχέος εντέρου στα 38 της έτη, ενώ περιγράφονται και δύο πρώτου βαθμού συγγενείς της με καρκίνο του παγκρέατος, γεγονός που αρχικά οδήγησε στην διερεύνηση του συνδρόμου της οικογενούς πολυποδίασης. Στην δεύτερη οικογένεια, στην οποία ανιχνεύθηκε μετάλλαξη στο γονίδιο SMAD4, καταγράφονται έξι άτομα με ολιγάριθμους αμάρτωματιδεις πολύποδες, κυρίως στο παχύ έντερο, αλλά και στο στομάχι, ενώ κανείς εξ αυτών δεν έχει αναπτύξει κακοήθεια μέχρι στιγμής.

Συμπέρασμα: Από τα ανωτέρω διαφαίνεται η διαφορετικότητα στην φαινοτυπική έκφραση του συνδρόμου, ενώ κρίνεται απαραίτητη η εντατικοποίηση της προσπάθειας εντοπισμού τέτοιων οικογενειών ώστε μέσω των γενετικών μελετών και της κλινικής παρατήρησης να αποσαφηνισθεί ο βέλτιστος τρόπος παρακολούθησης και θεραπείας τους.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):33

eP41

ΑΥΞΑΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ CROHN ΣΤΗ ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ
 Α. Σκαμνέλος, Ζ. Μαλάκος, Δ. Πολίτης, Ι. Μητσέλος, Κ. Κατσάνος, Δ. Χριστοδούλου
 Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική ΠΓΝΙ, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Σκοπός: Τα δεδομένα που προκύπτουν από τις επιδημιολογικές μελέτες στις Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους των Εντέρων (ΙΦΝΕ) τα τελευταία χρόνια είναι συνεχώς μεταβαλλόμενα. Συνεπώς η επιδημιολογική μελέτη σε πληθυσμιακά και γεωγραφικά οριοθετημένη περιοχή έχει μεγάλη αξία. Μελετήσαμε την επιδημιολογία των ΙΦΝΕ στη βορειοδυτική Ελλάδα.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε προοπτική καταγραφή για τα έτη 2010-2014. Συμπεριλήφθηκαν μόνο ασθενείς οι οποίοι πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια των ΙΦΝΕ δύο φορές σε χρονικό διάστημα έξι μηνών. Υπολογίστηκαν τα διαστήματα εμπιστοσύνης με βάση την κατανομή Poisson με επίπεδο σημαντικότητας 95%. Ο πληθυσμός αναφοράς προήλθε από την απογραφή του 2011. Όλα τα δεδομένα υπολογίστηκαν ανά 100.000 κατοίκους.

Αποτελέσματα: Συνολικά καταγράφηκαν 323 ασθενείς με ΙΦΝΕ, από τους οποίους 197 άνδρες και 126 γυναίκες. Η μέση ετήσια επίπτωση της νόσου Crohn (NC) ήταν 4.4/100.000 και της ελκώδους κολίτιδας (EK) 7.8/100.000. Καταγράφηκαν επίσης 20 ασθενείς με αδιευκρίνιστη κολίτιδα. Στην προηγούμενη καταγραφή από το κέντρο μας η μέση ετήσια επίπτωση ήταν 0.5/100.000 για την NC και 6.6/100.000 για την ελκώδη κολίτιδα.

Συμπεράσματα: Από την πρόσφατη πληθυσμιακή καταγραφή ασθενών με ΙΦΝΕ στην περιοχή μας προκύπτει ότι η επίπτωση της NC είναι ραγδαίως αυξανόμενη και η αναλογία EK/NC μειώνεται ταχέως, υποδεικνύοντας ομοιότητες με την επιδημιολογία των ΙΦΝΕ σε βορειότερες Ευρωπαϊκές χώρες.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):34

eP43

ΨΩΡΙΑΣΙΟΜΟΡΦΑ ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΤΙ-TNF ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ
 Ε. Ορφανουδάκη,¹ Ε. Θεοδωράκη,¹ Κ. Φωτεινογιαννοπούλου,¹ Μ. Αβραμοπούλου,² Ι. Κουτρομπάκη¹

¹Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, ²Φοιτητής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο

Εισαγωγή: Η χρήση των αντι-TNF παραγόντων σε ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ) εκτός από τα θεραπευτικά οφέλη συνδυάστηκε με ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως δερματικές εκδηλώσεις. Σε αυτές περιλαμβάνεται και η παράδοξη εμφάνιση ψωριασιόμορφων εξανθημάτων. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμηθεί ο επιπολασμός, τα κλινικά χαρακτηριστικά και η αντιμετώπιση Ελλήνων ασθενών με τέτοιου είδους εξανθήματα.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν προοπτικά διαδοχικοί ασθενείς με ΙΦΝΕ οι οποίοι ελάμβαναν αγωγή με αντι-TNF παράγοντες (infliximab (IFX), adalimumab (ADA), golimumab (GOL)). Ψωριασιόμορφο εξάνθημα θεωρήθηκε μια δερματική βλάβη καλά οριοθετημένη με ερυθρά αποφολιδωτικά στοιχεία μετά από εκτίμηση Δερματολόγου.

Αποτελέσματα: Επί 146 ασθενών με ΙΦΝΕ υπό αντι-TNF αγωγή, [106 με νόσο Crohn (NC), 40 με ελκώδη κολίτιδα (EK), 63 (42,5%) γυναίκες, μέσης ηλικίας 44 ετών, μέσης διάρκειας νόσου 11,6 ετών, μέσης διάρκειας αντι-TNF αγωγής 62 μηνών, 89 (60,9%) υπό IFX 46 (31,5%), ADA και 11 (7,5%) GOL], παρατηρήθηκαν ψωριασιόμορφα εξανθήματα σε 9 (6,1%) περιπτώσεις. Οι ασθενείς αυτοί ήταν στην πλειοψηφία τους με NC (89%), άνδρες (66,6%), όλοι υπό IFX, ενώ σε 6 (66,6%) συγχορηγούνταν θηλοπουρίνες. Η εμφάνιση του εξανθήματος έγινε κατά μέσο όρο μετά από 76,8 μήνες αγωγής. Όσον αφορά το εξάνθημα αυτό στο 78% εντοπιζόταν στην κεφαλή και η αντιμετώπισή του έγινε με τοπική αγωγή, ενώ σε 2 περιπτώσεις χρειάστηκε συστηματική αγωγή. Διακοπή του IFX έγινε σε 3 (33,3%) ασθενείς.

Συμπεράσματα: Ο επιπολασμός του ψωριασιόμορφου εξανθήματος σε Έλληνες ασθενείς με ΙΦΝΕ υπό αντι-TNF αγωγή είναι 6,1%. Στις περισσότερες περιπτώσεις αρκεί η τοπική αντιμετώπιση του εξανθήματος ενώ διακοπή ή αλλαγή της αντι-TNF αγωγής απαιτείται περίπου στο ένα τρίτο των περιπτώσεων.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):34

eP42

Η ΜΟΡΦΩΣΗ ΕΧΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΚΠΕ)

Σπ. Μιχόπουλος,¹ Ε. Μανιός,² Η. Κουρκουτάς,¹ Κ. Αργυρίου,¹ Γ. Λεωνιδάκης,¹ Γ. Αζιάρης,¹ Ε. Ζαμπέλη,¹ Κ. Σταματελόπουλος,² Α.Μ. Δημόπουλος²
¹Γαστρεντερολογική Κλινική ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», ²Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», Αθήνα

Εισαγωγή: Η συμμόρφωση για τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου παχέος εντέρου (ΚΠΕ) είναι πολύ χαμηλότερη από την επιθυμητή. Τα αίτια αυτής της συμπεριφοράς δεν είναι απολύτως κατανοητά. Η γνώση των κινδύνων του ΚΠΕ και των μεθόδων πρόληψης θα μπορούσε να έχει θετική επίδραση.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας μας ήταν η ανεύρεση των βασικών χαρακτηριστικών αυτών που επιλέγουν να κάνουν πρόληψη ΚΠΕ και του ρόλου της κολλοσκόπησης.

Ασθενείς-Μέθοδος: Ειδικός πληθυσμός που εργάζεται σε ιατρικό περιβάλλον και με υποτιθέμενη γνώση των κινδύνων του ΚΠΕ. Χορήγηση ανώνυμου ερωτηματολογίου (ΑΕ) σε άτομα >50 ετών που εξέταζε τα δημογραφικά στοιχεία, τις έξεις και τη συμπεριφορά ως προς άλλους προληπτικούς ελέγχους. Αποτελέσματα: 83% από 287 ενεργούς υπαλλήλους, ηλικίας 55+4 ετών απάντησαν στο ΑΕ. Το 17% είχε κάνει πρόληψη για ΚΠΕ, όλοι πλην ενός με κολλοσκόπηση. Συγκριτικά το 97% και 92% των γυναικών είχαν κάνει ΠΑΠ-τεστ και μαστογραφία ενώ το 83% των ανδρών PSA. Ηλικία, άρρεν φύλο, χρήση οισινοπυλματος και Παν/κή μόρφωση είχαν θετική επίδραση στην πραγματοποίηση προληπτικού ελέγχου για ΚΠΕ. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση μόνο η Παν/κή μόρφωση ανεδεικνύεται σημαντικός παράγων (OR: 2.488, 95% CI 1.096–5.648, P=0,029). Για προληπτική κολλοσκόπηση στο μέλλον ηλικία, Παν/κή μόρφωση, ιατρική ιδιότητα και εμπειρία κολλοσκόπησης επιδρούσαν θετικά στην απόφαση. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ όσων δεν είχαν κάνει κολλοσκόπηση, η άγνοια (OR: 0,360, 95% CI 0,150–0,867, P=0,023) και η αδιαφορία (OR: 0,188, 95% CI 0,066–0,537, P=0,002) ήταν οι ανεξάρτητες παράμετροι για την αποφυγή κολλοσκόπησης στο μέλλον.

Συμπεράσματα: 1) Η μόρφωση, ο πιο σημαντικός παράγων για διενέργεια πρόληψης ΚΠΕ. 2) Σχεδόν το σύνολο είχε προτιμήσει κολλοσκόπηση ως μέθοδο πρόληψης. Η άγνοια και η αδιαφορία βασικά εμπόδια για τη διενέργεια της στο μέλλον.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):34

eP44

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ INFliximab

Ε. Θεοδωράκη, Ε. Ορφανουδάκη, Κ. Φωτεινογιαννοπούλου, Ι. Κουτρομπάκη
 Γαστρεντερολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Εισαγωγή: Έχουν αναφερθεί νευρολογικές ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενείς που λαμβάνουν βιολογικούς παράγοντες. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης νευρολογικών εκδηλώσεων σε ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ) που λαμβάνουν infliximab.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά διαδοχικοί ασθενείς με ΙΦΝΕ υπό συνεχή θεραπεία με infliximab. Οι ασθενείς αυτοί υποβλήθηκαν συστηματικά σε φυσική και εργαστηριακή εξέταση και αναζητήθηκαν εκείνοι οι οποίοι είχαν οποιαδήποτε νευρολογική εκδήλωση.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 88 ασθενείς υπό infliximab, 65 με νόσο Crohn (NC) και 23 με ελκώδη κολίτιδα (EK), 55 (62,5%) άνδρες, μέση ηλικία 42,5 έτη. Τέσσερις ασθενείς (4,5%) ανέπτυξαν νευρολογικές εκδηλώσεις. Άνδρας 52 ετών, με NC που ελάμβανε infliximab για 17 μήνες παρουσίασε αδυναμία άνω άκρων. Η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη ανέδειξε περιφερική πολυνευροπάθεια. Δεύτερος άνδρας 24 ετών, με NC υπό infliximab για 48 μήνες υπεβλήθη σε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη λόγω σημαντικής και επίμονης αύξησης της κρεατινικής φωσφοκινάσης (CPK, μέση τιμή 1145 U/l). Διαπιστώθηκε πολυνευροπάθεια, αξονικού και απομυελινωτικού τύπου. Τρίτος άνδρας 40 ετών με NC υπό infliximab για 18 μήνες διερευνείται λόγω επίμονου άλγους αριστερού οφθαλμού και κλινικής υποψίας οπτικής νευρίτιδας. Ο αρχικός απεικονιστικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Τέταρτη ασθενής, γυναίκα 48 ετών, με EK υπό infliximab για 60 μήνες παρουσίασε αιμωδίες και μυϊκή αδυναμία άνω-κάτω άκρων. Η εικόνα της μετά από απεικονιστικό έλεγχο αποδόθηκε σε μετατραυματική συριγγώδρουμελία. Η αντι-TNF αγωγή διακόπηκε στους 2 πρώτους ασθενείς, στους άλλους 2 συνεχίστηκε.

Συμπεράσματα: Περίπου ένας στους 22 ασθενείς με ΙΦΝΕ που λαμβάνουν αγωγή με infliximab παρουσιάζει νευρολογικές εκδηλώσεις. Στις περιπτώσεις που τεκμηριώνεται η συσχέτιση με την αγωγή απαιτείται έγκαιρη διακοπή αυτής.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):34

eP45

ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΚΗ ΑΓΩΓΗ

Γ. Διαμαντοπούλου,¹ Β. Θεόπιστος,¹ Γ. Θεοχάρης,¹ Χ. Τριάντος,¹ Γ. Σκρουμπής,² Β. Νικολοπούλου,¹ Κ. Θωμόπουλος¹
¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών

Εισαγωγή: Οξεία αιμορραγία κατώτερου πεπτικού (ΟΑΚΠ) αναπτύσσεται συχνά σε ασθενείς υπό αντιπηκτική αγωγή. Σκοπός μας ήταν η διερεύνηση της σημασίας της αντιπηκτικής αγωγής στην αιτιολογία, την θεραπευτική προσέγγιση και κλινική έκβαση των ασθενών με ΟΑΚΠ.

Υλικό-Μέθοδοι: Καταγράφηκαν τα κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα όλων των ασθενών με ΟΑΚΠ που νοσηλεύθηκαν στο Νοσοκομείο μας σε μια επταετία και συγκρίθηκαν οι ασθενείς με ΟΑΚΠ υπό αντιπηκτική αγωγή με αυτούς χωρίς αγωγή.

Αποτελέσματα: Από τους 528 ασθενείς μέσης ηλικίας 70,2±14,6 ετών, 96 (18,2%) ελάμβαναν αντιπηκτική αγωγή (δικουμαρινικά ή νεότερα αντιπηκτικά) και 158 (29,9%) ελάμβαναν αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Ασθενείς υπό αντιπηκτικά παρουσίαζαν συχνότερα ενδοσκοποειδική εμφάνιση της αιμορραγίας [n=9 (9,3%) vs n=3 (0,7%)], συνοδά νοσήματα [n=96 (100% vs n=368 (85,1%)], αίμα στην ενδοσκόπηση [n=43 (44,7%) vs 119 (28,6 %)], ενεργό αιμορραγία [n=35 (36,4%) vs n=82 (18,9 %)], αγγειοδυσπλασίες [n=12 (12,5%) vs n=15 (3,5%)] και νεοπλασίες [n=13 (13,5%) vs n=29 (6,9%)] σαν αιτία και λιγότερο συχνά ισχαιμική κολίτιδα. Συχνότερα παρουσίαζαν ανάγκη για ενδοσκοπική κάψουλα (P=0,032), αιμόσταση (P=0,008), μετάγγιση (P=0,007). Η υποτροπή αιμορραγίας ήταν συχνότερη [n=15 (15,6%) vs n=29 (6,7%) (P=0,007)] αλλά η ανάγκη χειρουργείου [n=1 (1%) vs n=5 (1,1%) (P>0,05)] και η θνητότητα [n=5 (5,2%) vs n=8 (1,8 %) (P>0,05)] δεν διέφερε.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ΟΑΚΠ υπό αντιπηκτική αγωγή παρουσιάζουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αλλά η κλινική έκβαση δεν διαφέρει σχετιζόμενη με αυτούς που δεν λαμβάνουν.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):35

eP47

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ "ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟΥ" ΠΟΛΥΠΟΔΑ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ. Η ΑΠΟΦΥΓΗ (ΠΟΛΛΩΝ) ΒΙΟΨΙΩΝ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΕΙ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ

Ι.Γ. Καλλιακμάνης,¹ Χ. Δημόπουλος,² Β. Σαββαΐδου,³ Δ. Κυπραίος,⁵ Ι. Αθανασίου,² Θ. Παυλίδης,² Ο. Βολονάκη,⁴ Γ. Παπαχαράλαμπος,⁴ Δ. Ξυνόπουλος,⁵ Θ. Παπαδόπουλος³

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Χειρουργικό Τμήμα, ³Παθολογοανατομικό Τμήμα, ⁴Αναισθησιολογικό Τμήμα Νοσοκομείο «Υγεία», ⁵Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»

Εισαγωγή: Η προσέγγιση πολύποδα του ορθού συχνά αποτελεί πρόκληση τόσο διαγνωστική όσο και θεραπευτική για τον σύγχρονο ενδοσκόπο. Η μορφή (pattern), το μέγεθος, και κυρίως η διήθηση υποκειμένων στιβάδων του βλεννογόνου είναι παράμετροι που καθορίζουν το αν είναι ενδοσκοπικά εξαίρεσιμη μια βλάβη ή όχι.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού γυναίκας 79 ετών με «γίγαντιαίο» πολύποδα Δ>6,5 cm ορθού, οι δυσκολίες στον χαρακτηρισμό της βλάβης καθώς και η ενδοσκοπική αφαίρεση με την τεχνική της piece meal EMR. Η ασθενής είχε εκτιμηθεί και από άλλους ενδοσκόπους που είχαν πάρει αρκετές βιοψίες στα πλαίσια της διαγνωστικής προσέγγισης τους.

Μέθοδος: Η ταξινόμηση έγινε κατά Paris, KUDO & SANO/NBI ενώ έγινε διερεύνηση με EUS για πιθανή διήθηση της αλλοιώσεως στις υποκείμενες στιβάδες.

Αποτελέσματα: Κατά Paris Is/IIa, KUDO: IIII/IV συμβατό με σωληνολαχνωτό αδένωμα, ενώ κατά SANO/NBI: Capillary Pattern II συμβατό με αδένωμα περιορισμένης διήθησης, αφαιρέσιμο ενδοσκοπικά.

Το διορθικό EUS ανέδειξε τον υπερβλεννογόνιο χιτώνα άθικτο. Ακολουθήθηκε η τεχνική piece meal EMR. Οι πολλαπλές βιοψίες δυσχέραναν τη ενδοσκοπική αφαίρεση ενώ δημιούργησαν αμφιβολίες λόγω μη ικανοποιητικού lifting sign περιοχικά, ως προς την πιθανή διήθηση. Επρόκειτο για σωληνολαχνωτού αδενώματος με υψηλόβαθμη δυσπλασία και ι η εντύπωσης πλήρους εξαίρεσης επιβεβαιώθηκε μετά δμήνου.

Συμπεράσματα: Οι σύγχρονες ταξινομήσεις μπορούν να θεωρούνται ασφαλείς στην εκτίμηση μακροσκοπικά μιας βλάβης σε αντικατάσταση των πολλών βιοψιών μετά από κατάλληλη εκπαίδευση. Η τεχνική piece meal EMR είναι αποτελεσματική εφόσον εκτελεστεί σωστά.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):35

eP46

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ INFILIXIMAB ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ INFILIXIMAB

Κ. Φωτεινογιαννοπούλου,¹ Μ. Γαζούλη,² Ε. Ορφανουδάκη,¹ Ε. Θεοδωράκη,¹ Ε. Λεγάκη,² Α. Μάντακα,¹ Ι. Κουτρομπάκης¹
¹Γαστρεντερολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, ²Τομέας Βασικών Ιατρικών Επιστημών, Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Τα αντισώματα έναντι του Infliximab (IFX-Abs) θεωρούνται ότι επηρεάζουν την θεραπευτική ανταπόκριση των ασθενών με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ) που λαμβάνουν Infliximab. Σκοπός της παρούσας μελέτης αυτής ήταν να εκτιμηθεί ο επιπολασμός και ο ρόλος των IFX-Abs σε Έλληνες ασθενείς με ΙΦΝΕ.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν διαδοχικοί ασθενείς με ΙΦΝΕ υπό συνεχή θεραπεία με infliximab. Σε όλους έγινε προσδιορισμός των IFX-Abs ταυτόχρονα με τα κατώτερα επίπεδα ορού του Infliximab (trough levels, IFX-TL) (αμφότερα με ELISA Eagle biodiagnosics) καθώς επίσης εκτίμηση της ποιότητας ζωής (SIBDO), κλινικής δραστηριότητας [HBI για νόσο Crohn (NC), SCAI για ελκώδη κολίτιδα (EK)] και μέτρηση βιοχημικών δεικτών όπως CRP, TKE, αιμοσφαιρίνη, αιμοπετάλια και λευκωματίνη ορού.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 74 ασθενείς υπό infliximab, [55 NC και 19 EK, 49 άνδρες, μέση ηλικία 42,3 έτη, 45 σε συνδυασμένη θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά, 10 σε εντατικοποιημένο σχήμα (αύξηση δόσης ή βράχυνση διαστήματος)]. Επτά ασθενείς (9,5%), τρεις υπό συνδυασμένη αγωγή με ανοσοκατασταλτικά και ένας με εντατικοποιημένο σχήμα παρουσίασαν θετικά IFX-Abs. Οι ασθενείς αυτοί είχαν διάμεση τιμή IFX-TL 0,99 μg/ml (0,09-1,40) σημαντικά χαμηλότερη σε σύγκριση με τους ασθενείς με αρνητικά IFX-Abs (6,01 μg/ml, 0,03-30,69) (P=0,0005). Υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των τίτλων IFX-Abs με IFX-TL (r=-0,28, P=0,01) καθώς και με τα επίπεδα CRP (r=0,24, P=0,04). Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές συσχετίσεις των IFX-Abs με τις υπόλοιπες παραμέτρους που μελετήθηκαν.

Συμπεράσματα: Ο επιπολασμός των IFX-Abs σε Έλληνες ασθενείς με ΙΦΝΕ που λαμβάνουν Infliximab είναι 9,5%. Τα IFX-Abs σχετίζονται αρνητικά με τα IFX-TL και θετικά με τα επίπεδα CRP.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):35

eP48

ΕΜΦΡΑΚΤΟ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΞΑΡΣΗ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN

Ι. Παγιατάκη, Ν. Σφουγκατάκης, Κ. Κακούνης, Ι. Ρελάκης, Β. Ξηρομερίτου
 Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝ Αθηνών «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Προηγούμενες μελέτες αναφέρουν ότι ασθενείς με Νόσο του Crohn (NC) έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης θρομβοεμβολικών διαταραχών.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού εμφάνισης οξείας εμφράκτου νεφρικής αρτηρίας σε ασθενή με έξαρση NC.

Υλικό-Μέθοδος: Άνδρας 61 ετών με ιστορικό NC, σύνδρομο Nelson και υποθυρεοειδισμό υπό μεσαλαζίνη, υδροκορτιζόνη και θυρομόνη, προσήλθε λόγω βλενοοαιματηρών κενώσεων από μгноς και πυρετού έως 38 °C από 24ώρου. Ο ασθενής ετέθη σε ουδέν per os και ενυδάτωση. Η κολονοσκόπηση έδειξε εξελκώσεις επί της ειλεοτυφλικής και η γαστροσκόπηση μικητιασική οισοφαγίτιδα. Η CT κοιλίας ανέδειξε ανεύρυσμα στο δίχασμό των νεφρικών αρτηριών. Στον ασθενή προστέθηκαν πρεδνιζολόνη 50 mg/24 h, ενδοαπαρίνη και PPIs με ταχεία βελτίωση. Την 7η μέρα εμφάνισε οξύ άλγος στην αριστερή πλάγια κοιλιακή χώρα με ηβική αντανάκλαση, λευκοκυττάρωση, τρανσαμινασαιμία και λευκοματουρία. Η CT-αγγειογραφία έδειξε έμφρακτο στον αριστερό νεφρό. Ετέθη ενδοαπαρίνη 0,6 mlx2, αναλγησία και ενυδάτωση.

Αποτελέσματα: Το επόμενο διάστημα υπήρξε βελτίωση. Ο ασθενής ανταποκρίνονταν στη θεραπεία της NC με σταδιακή μείωση της κορτιζόνης και νεφρολογική παρακολούθηση της λευκωματουρίας. Ως νέα επιπλοκή την 20ή μέρα εμφάνισε εκτόνη θρομβοφλεβίτιδας αριστερού κάτω άκρου και υπερηχογραφικά πολλαπλές αγγειακές στενώσεις/θρομβώσεις. Ο ασθενής συνέχισε την τρέχουσα αγωγή με στενή αγγειοχειρουργική παρακολούθηση και είναι έκτοτε ασυμπτωματικός με ήπια έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας.

Συμπεράσματα: Η NC είναι ανεξάρτητος παράγοντας για θρομβοεμβολική νόσο. Ασθενείς με ενεργό νόσο έχουν αυξημένο κίνδυνο αλλά δεν εξαίρούνται οι ασθενείς σε ύφεση.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):35

eP49

ΤΟ ΜΙΝΙ ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΒΥΡΑΣΣ ΩΣ ΕΚΛΥΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΝΟΣΟΥ CROHN??Θ. Εμμανουήλ,¹ Ε. Μενελάου,² Δ. Βλαχοδημητρόπουλος³¹Γαστρεντερολογική Κλινική, ²Ιατρικό Κέντρο Ψυχικού, ³Α' Προπ. Χειρουργική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών, ³Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ευγενίδειο Θεραπευτήριο Αθήνα

Σκοπός: Η βαριατρική χειρουργική αποτελεί αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης σοβαρών περιπτώσεων κακοήθους παχυσαρκίας, κυρίως μέσω της μείωσης της απορροφητικής επιφάνειας του λεπτού εντέρου. Ενώ περιγράφονται πολλές επιπλοκές σε επίπεδο κυρίως διαταραχών θρέψης στη μετεγχειρητική περίοδο, λίγα γνωρίζουμε σχετικά με τη βαριατρική χειρουργική και την ανάπτυξη νόσου Crohn.

Υλικό-Μέθοδος: Παρουσιάζουμε περιστατικό γυναίκας 45 ετών (δείκτης μάζας σώματος 25 kg/m²), βαριάς καπνίστριας που παρουσίασε υποτροπιάζοντα επεισόδια διαρροϊκών και σημαντικής απώλειας βάρους. Δεν υπήρχε θετικό οικογενειακό ιστορικό ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (ΙΦΝΕ) και είχε υποβληθεί προ διατίας σε μίνι γαστρική παράκαμψη για κακοήγη παχυσαρκία.

Αποτελέσματα: Η ασθενής υπεβλήθη σε εκτεταμένο κλινικο-εργαστηριακό έλεγχο και ενδοσκοπικό έλεγχο του πεπτικού που ανέδειξε στοιχεία συμβατά με νόσο Crohn, ενώ παράλληλα ανέπτυξε εξωεντερικές εκδηλώσεις (ιριδοκυκλίτιδα, ιερολαγονίτιδα). Αντιμετωπίστηκε με θειοπουρίνες σε συνδυασμό με βιολογικούς παράγοντες επί έξι μήνες και στη συνέχεια με βιολογικούς ως μονοθεραπεία. Μετά από περίοδο παρακολούθησης δύο ετών παραμένει σε κλινική και ενδοσκοπική ύφεση.

Συμπεράσματα: Οι ανατομικές μεταβολές που συμβαίνουν μετά από επέμβαση γαστρικής παράκαμψης μπορούν να οδηγήσουν σε ανάπτυξη νόσου Crohn σε γενετικά προδιαθεθειμένα άτομα. Παχύσαρκοι ασθενείς προς χειρουργείο που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης ΙΦΝΕ πρέπει προεγχειρητικά να υποβάλλονται σε εξονυχιστικό έλεγχο και γενικά να αποθαρρύνονται για τέτοιες επεμβάσεις λόγω πιθανής αποδιοργάνωσης. Σε περίπτωση ανάπτυξης νόσου Crohn μετεγχειρητικά οι βιολογικοί παράγοντες μπορούν να αποτελέσουν σημαντικό όπλο για την επίτευξη ύφεσης.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):36

Η ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ ΚΑΙ Ο ΝΕΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΑΓΟΝΗ ΟΡΕΙΝΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Π. Χέρας, Μ. Κουτρούμπη, Η. Γεωργόπουλος, Π. Δωροβίνη, Μ. Ψαρλόγος, Ε. Τσόκολα, Α. Μπραϊμάκης, Ε. Ανδρικόπουλος

Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η μελέτη των σχετικών γνώσεων και η εφαρμογή της δακτυλικής εξέτασης του ορθού από τους ειδικευόμενους και τους γιατρούς των Περιφερειακών Ιατρείων του Νομού Αργολίδας.

Ασθενείς-Μέθοδος: Με τη βοήθεια ανώνυμου ερωτηματολογίου ερευνήθηκε η στάση πάνω στο θέμα των γιατρών που υπηρετούσαν στο Νομό κατά το έτος 2015. Οι ερωτήσεις αφορούσαν στον τρόπο (θεωρητικό ή/και πρακτικό) που οι γιατροί διδάχθηκαν την δακτυλική εξέταση στο πανεπιστήμιο, καθώς και το αν την εφαρμόζουν συστηματικά ή βάσει ενδείξεων για τη διάγνωση του καρκίνου του ορθού και του προστάτη.

Αποτελέσματα: Στο ερωτηματολόγιο απάντησαν 19 γιατροί χωρίς ειδικότητα (9 άνδρες και 10 γυναίκες). Όλοι είχαν διδαχτεί τη δακτυλική εξέταση του ορθού στο πανεπιστήμιο, αλλά 17/19 θεωρούν την εκπαίδευση αυτή ανεπαρκή. Ειδικά για την εξέταση του προστάτη, 10/19 δήλωσαν ότι διδάχθηκαν τη μέθοδο μόνο θεωρητικά. Κανένας δεν εφαρμόζει τη δακτυλική εξέταση προληπτικά, 17/19 την εφαρμόζουν μόνον όταν υπάρχουν συμπτώματα και 2 ποτέ. Αγωγή για αιμορροΐδες ή άλλη πάθηση του πρωκτού χωρίς τοπική εξέταση δήλωσαν ότι έχουν χορηγήσει 6 γιατροί (σχεδόν 1 στους 3). Οι λόγοι που δεν εκτελείται η δακτυλική εξέταση είναι ποικίλοι και χρήζουν ιδιαίτερης μελέτης.

Συμπεράσματα: Οι περισσότεροι νέοι γιατροί θεωρούν ότι δεν εκπαιδεύονται επαρκώς στη δακτυλική εξέταση του πρωκτού στο προπτυχιακό στάδιο. Θα πρέπει να καταβάλλεται λοιπόν ιδιαίτερη εκπαιδευτική προσπάθεια γι' αυτό κατά την υποχρεωτική εκπαίδευσή τους πριν από την τοποθέτησή τους στα Περιφερειακά Ιατρεία. Το θέμα είναι σοβαρό, γιατί άπτεται της έγκαιρης διάγνωσης 2 καρκίνων με σημαντική επίπτωση στον πληθυσμό, του ορθού και του προστάτη. Επίσης, οι τοπικές αρχές θα πρέπει να εξασφαλίζουν κατάλληλους χώρους ιατρικής εξέτασης των κατοίκων των μικρών χωριών που δεν διαθέτουν Περιφερειακό Ιατρείο.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):36

eP50

ΑΥΞΗΜΕΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΕΚΠΝΕΟΜΕΝΟΥ ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΑΖΩΤΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥΑ. Πρωτοπατάς,¹ Σ. Βραδέλης,² Θ. Καραμπιτσάκος,¹ Α. Χατζημιαχάη,¹ Ε. Παρασκάκης¹¹Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, ^{2B} Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Οι πνευμονικές εκδηλώσεις των ΙΦΝΕ παραμένουν σχετικά ανεξερευνήτες για την ιατρική κοινότητα. Το εκπνεόμενο μονοξείδιο του αζώτου (eNO), ένας αξιόπιστος βιοδείκτης της φλεγμονής των αεραγωγών, ίσως αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο για την μελέτη τους.

Σκοπός: Να εκτιμήσουμε τη φλεγμονή των αεραγωγών στις ΙΦΝΕ και να ελέγξουμε τη δυνατότητα χρήσης του eNO ως βιοδείκτη ενδεικτικού της ενεργότητας της νόσου στις ΙΦΝΕ.

Υλικό-Μέθοδοι: Το κυψελιδικό (Calv), το βρογχικό (JNO) και το κλασματικό εκπνεόμενο (FeNO) μονοξείδιο του αζώτου μετρήθηκαν σε 29 ασθενείς με ΙΦΝΕ (19 με νόσο Crohn και 10 με ελκώδη κολίτιδα) και σε 33 υγιείς εθελοντές. Η ενεργότητα της νόσου υπολογίσθηκε στη νόσο Crohn με τη χρήση του δείκτη CDAl και σε όλους τους ασθενείς με ΙΦΝΕ με μετρήσεις C-αντιδρώσας πρωτεΐνης.

Αποτελέσματα: Τα Calv, JNO και FeNO της ομάδας με ΙΦΝΕ και των υγιών εθελοντών ήταν 5,18±4,5 έναντι 2,17±1,17 ppb, P<0,0005, 2387±1587 έναντι 2144±1277 pl/s, P=0,5, και 35,07±20,5 έναντι 31,06±18,9 ppb, P=0,4, αντίστοιχα. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ηλικίας και Calv στην ομάδα με ΙΦΝΕ (P=0,6) και στους υγιείς ασθενείς (P=0,25). Επίσης, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του Calv και του δείκτη CDAl (P=0,6) και των επιπέδων CRP (P=0,25), αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα Calv, αλλά όχι JNO και FeNO σε ασθενείς με ΙΦΝΕ σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Αυτό μπορεί να αποδοθεί σε ύπαρξη περιφερικής φλεγμονής στους πνεύμονες των ασθενών με ΙΦΝΕ. Περισσότερα συμπεράσματα σχετικά με τη συσχέτιση των επιπέδων του eNO και της ενεργότητας της νόσου αναμένονται με την ολοκλήρωση της μελέτης.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):36

eP51

Η ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ ΚΑΙ Ο ΝΕΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΑΓΟΝΗ ΟΡΕΙΝΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Π. Χέρας, Μ. Κουτρούμπη, Η. Γεωργόπουλος, Π. Δωροβίνη, Μ. Ψαρλόγος, Ε. Τσόκολα, Α. Μπραϊμάκης, Ε. Ανδρικόπουλος

Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η μελέτη των σχετικών γνώσεων και η εφαρμογή της δακτυλικής εξέτασης του ορθού από τους ειδικευόμενους και τους γιατρούς των Περιφερειακών Ιατρείων του Νομού Αργολίδας.

Ασθενείς-Μέθοδος: Με τη βοήθεια ανώνυμου ερωτηματολογίου ερευνήθηκε η στάση πάνω στο θέμα των γιατρών που υπηρετούσαν στο Νομό κατά το έτος 2015. Οι ερωτήσεις αφορούσαν στον τρόπο (θεωρητικό ή/και πρακτικό) που οι γιατροί διδάχθηκαν την δακτυλική εξέταση στο πανεπιστήμιο, καθώς και το αν την εφαρμόζουν συστηματικά ή βάσει ενδείξεων για τη διάγνωση του καρκίνου του ορθού και του προστάτη.

Αποτελέσματα: Στο ερωτηματολόγιο απάντησαν 19 γιατροί χωρίς ειδικότητα (9 άνδρες και 10 γυναίκες). Όλοι είχαν διδαχτεί τη δακτυλική εξέταση του ορθού στο πανεπιστήμιο, αλλά 17/19 θεωρούν την εκπαίδευση αυτή ανεπαρκή. Ειδικά για την εξέταση του προστάτη, 10/19 δήλωσαν ότι διδάχθηκαν τη μέθοδο μόνο θεωρητικά. Κανένας δεν εφαρμόζει τη δακτυλική εξέταση προληπτικά, 17/19 την εφαρμόζουν μόνον όταν υπάρχουν συμπτώματα και 2 ποτέ. Αγωγή για αιμορροΐδες ή άλλη πάθηση του πρωκτού χωρίς τοπική εξέταση δήλωσαν ότι έχουν χορηγήσει 6 γιατροί (σχεδόν 1 στους 3). Οι λόγοι που δεν εκτελείται η δακτυλική εξέταση είναι ποικίλοι και χρήζουν ιδιαίτερης μελέτης.

Συμπεράσματα: Οι περισσότεροι νέοι γιατροί θεωρούν ότι δεν εκπαιδεύονται επαρκώς στη δακτυλική εξέταση του πρωκτού στο προπτυχιακό στάδιο. Θα πρέπει να καταβάλλεται λοιπόν ιδιαίτερη εκπαιδευτική προσπάθεια γι' αυτό κατά την υποχρεωτική εκπαίδευσή τους πριν από την τοποθέτησή τους στα Περιφερειακά Ιατρεία. Το θέμα είναι σοβαρό, γιατί άπτεται της έγκαιρης διάγνωσης 2 καρκίνων με σημαντική επίπτωση στον πληθυσμό, του ορθού και του προστάτη. Επίσης, οι τοπικές αρχές θα πρέπει να εξασφαλίζουν κατάλληλους χώρους ιατρικής εξέτασης των κατοίκων των μικρών χωριών που δεν διαθέτουν Περιφερειακό Ιατρείο.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):36

eP52

Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Μ. Φραγκάκη, Μ. Μπαχλιτζανάκη, Κ. Καρμίρης, Α. Θεοδωροπούλου, Ε. Βάρδας, Γ.Α. Πασπάτης

Γαστρεντερολογική Κλινική Βενιζελείου Νοσοκομείου Ηρακλείου

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου αποτελεί σημαντική δυσμενή εξέλιξη στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ). Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου σε ασθενείς με ΙΦΝΕ και ο προσδιορισμός πιθανών προδιαθεσικών παραγόντων ανάπτυξης αυτού.

Υλικό-Μέθοδοι: Αναδρομική ανασκόπηση των ενδοσκοπήσεων της περιόδου 1996-2016 των ασθενών με ΙΦΝΕ. Στη μελέτη εντάχθηκαν ασθενείς με ενδοσκοπική και ιστολογική τεκμηρίωση ΙΦΝΕ. Έγινε καταγραφή δημογραφικών στοιχείων, χαρακτηριστικών νόσου (ταξινόμηση Montreal), επέκτασης και αλλαγής συμπεριφοράς νόσου, εντόπισης του καρκίνου παχέος εντέρου και τυχόν συσχέτισης του με τη λαμβανόμενη αγωγή. Ως κολοноσκόπηση αναφοράς ορίστηκε αυτή της διάγνωσης.

Αποτελέσματα: 1131 ασθενείς με ΙΦΝΕ που έχουν υποβληθεί σε 3584 κολοноσκοπήσεις έχουν καταγραφεί. 630 (55,7%) είναι άνδρες. Διάμεση ηλικία διάγνωσης της ΙΦΝΕ: 41,4 έτη (εύρος 2-87). Διάμεση διάστημα παρακολούθησης: 72,2 μήνες (εύρος 0-507,5). 614 (54,3%) έχουν ελκώδη κολίτιδα [EK], 507 (44,8%) νόσο του Crohn [NC] και 10 (0,9%) αταξινόμητη κολίτιδα. Σε 111 ασθενείς με EK (18,07%) και σε 58 με NC (11,44%) παρατηρήθηκε επέκταση της νόσου ενώ 46 ασθενείς με NC (9,07%) εμφάνισαν αλλαγή συμπεριφοράς της νόσου. 13 ασθενείς (1,15%) ανέπτυξαν καρκίνο παχέος εντέρου: 3 με NC (ειλεοκολίτιδα, αμφότεροι στο δεξιό κόλον) και 10 με EK (8 εκτεταμένη, 4 στο ορθό, 3 στο δεξιό και 1 στο αριστερό κόλον και 2 αριστερόπλευρη, αμφότεροι στο αριστερό κόλον) ενώ 2 λάμβαναν αζαθειοπρίνη για περισσότερα από 3 έτη και 1 λάμβανε infliximab για περισσότερα από 3 έτη.

Συμπεράσματα: Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου σε σειρά ασθενών με ΙΦΝΕ ενός κέντρου αναφοράς είναι χαμηλή και συμβατή με τα διεθνή δεδομένα. Δεν υπήρξε συσχέτιση με συγκεκριμένους προδιαθεσικούς παράγοντες που μελετήθηκαν.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):36

eP53

ΛΟΓΟΣ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ/ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΣΤΗΝ H. PYLORI-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΟΓΚΟΓΕΝΕΣΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

N. Καπετανάκης, Π. Καταινέλος, Σ.Α. Πολύζος, Κ. Αναστασιάδου, Ν. Γεωργιάκης, Χ. Γκάτσης, Φ. Γεροβασιλίδης, Ι. Κουντουράς
Γαστρεντερολογικό Εργαστήριο Β'Π, ΑΠΘ, ΓΙΝ Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή-Σκοπός: Αρχικές μελέτες μας έδειξαν συσχέτιση *H. pylori* λοιμώξεως (Hr-L) και ογκογένεσης παχέος εντέρου. Επιπλέον δεν υφίστανται δεδομένα εκτιμήσεως λόγου αιμοπεταλίων/λεμφοκύτταρα (P/L) ως δείκτη παρουσίας ή/και προγνώσεως αδενωμάτων παχέος εντέρου (ΑΠΕ) και καρκίνου παχέος εντέρου (ΚΠΕ) με συνοδό παρουσία Hr-L. Σκοπός της προοπτικής αυτής μελέτης ήταν η έρευνα του P/L ως βιολογικού δείκτη Hr-σχετιζόμενης ογκογένεσης παχέος εντέρου.

Υλικό-Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν 19 ασθενείς με ΑΠΕ (αναλογίας φύλου 9/10 άρρενες/θήλειες, ηλικίας 49–83 ετών), 16 με ΚΠΕ (αναλογίας φύλου 8/8 άρρενες/θήλειες, ηλικίας 41–82 ετών) και 12 μάρτυρες (αναλογίας φύλου 8/4 άρρενες/θήλειες, ηλικίας 45–82 ετών). Το σύνολο των συμμετεχόντων υποβλήθηκε σε ενδοσκοπικό και ιστολογικό έλεγχο ανωτέρου και κατώτερου πεπτικού.

Αποτελέσματα: Η παρουσία Hr-L βεβαιώθηκε ιστολογικά στο σύνολο των συμμετεχόντων στη μελέτη. Συγκριτικά με τους μάρτυρες παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της μέσης τιμής του λόγου P/L στους ασθενείς με ΑΠΕ (9,95 έναντι 5,34, $P<0,045$) και ΚΠΕ (9,5 έναντι 5,34, $P<0,006$). Δεν παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων ασθενών (9,95 έναντι 9,5, $P>0,84$). Στην ομάδα ΑΠΕ παρατηρήθηκε: ήπια δυσπλασία σε 8 και μέτρια σε 2 ασθενείς. Στην ομάδα ΚΠΕ παρατηρήθηκε: ήπια/μέτρια κακοήθεια σε 1 ασθενή, μέτρια κακοήθεια σε 4 και υψηλόβαθμη κακοήθεια σε 3 ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή δείχνει για πρώτη φορά ότι η προοδευτική αύξηση του λόγου P/L πιθανόν να αποτελεί ένα απλό και φτηνό σε κόστος χρήσιμο βιολογικό δείκτη δηλωτικό της Hr-σχετιζόμενης ογκογένεσης του παχέος εντέρου. Απαιτούνται προοπτικές σχετικές μελέτες σε μεγάλο αριθμό ασθενών για την περαιτέρω εκτίμηση του δείκτη αυτού στην πρόοδο της Hr-σχετιζόμενης ογκογένεσης του παχέος εντέρου.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):37

eP55

ΑΝΤΙ-ΧΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Χ. Τριάντος,¹ Α. Εμμανουήλ,² Ι. Αγγελετοπούλου,¹ Χ. Τσολιάς,¹ Χ. Γρηγοροπούλου,¹ Ν. Κουκιάς,¹ Σ. Ασημακόπουλος,³ Χ. Γώγος,³ Κ. Θωμόπουλος,¹
¹Γαστρεντερολογική Κλινική, ²Αιματολογική Κλινική, ³Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Εισαγωγή: Τα ενδογενή ηπαρινοειδή έχουν ανιχνευθεί μέσω της αντι-Χα δραστηριότητας σε μια μικρή ομάδα ασθενών με ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ) (J Gastrointest Liver Dis. 2014 Jun, 23(2):187–94).

Σκοπός: Η αξιολόγηση της αντι-Χα δραστηριότητας σε ασθενείς με ΗΚΚ σε σχέση με άλλες κακοήθειες.

Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν τρεις ομάδες: φυσιολογικοί μάρτυρες (n=10), ασθενείς με ΗΚΚ (n=25) και ασθενείς με άλλες κακοήθειες (5 ασθενείς με χολαγγειοκαρκίνωμα και 8 ασθενείς με καρκίνο παγκρέατος). Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν κατά μέσο όρο 27 (9–33) μήνες. Η επίδραση των ενδογενών ηπαρινοειδών προσδιορίστηκε μέσω της μέτρησης της αντι-Χα δραστηριότητας.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς με ΗΚΚ είχαν μη ανιχνεύσιμα αντι-Χα επίπεδα. Από την ομάδα με άλλες κακοήθειες 10 ασθενείς (n=10, 76,9%) είχαν μη ανιχνεύσιμα αντι-Χα επίπεδα. Στην ομάδα φυσιολογικών μαρτύρων, 1 ασθενής είχε ανιχνεύσιμα επίπεδα αντι-Χα (n=1, 10%). Δεν υπήρχε συσχέτιση ανάμεσα στη παρουσία αντι-Χα δραστηριότητας και στην ηλικία, στο φύλο, στην παρουσία κακοήθειας, στον τύπο της κακοήθειας, στην παρουσία κίρρωσης και στο στάδιο κακοήθειας. Παρατηρήθηκε στατιστική σημαντική διαφορά ($p=0,025$) μεταξύ των ΗΚΚ ασθενών και αυτών με χολαγγειοκαρκίνωμα [0 ασθενείς (0%) και 2 ασθενείς (40%) αντίστοιχα παρουσίασαν ανιχνεύσιμα αντι-Χα επίπεδα].

Συμπεράσματα: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης ΗΚΚ και ενδογενών ηπαρινοειδών. Η χρήση των γλυκοσαμινογλυκανών ως προγνωστικού παράγοντα στις κακοήθειες παραμένει αμφιλεγόμενη.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):37

eP54

ΛΟΓΟΣ ΠΟΛΥΜΟΡΦΟΠΥΡΗΝΩΝ/ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΣΤΗΝ H. PYLORI-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΟΓΚΟΓΕΝΕΣΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

N. Καπετανάκης, Π. Καταινέλος, Σ.Α. Πολύζος, Κ. Αναστασιάδου, Ν. Γεωργιάκης, Χ. Γκάτσης, Φ. Γεροβασιλίδης, Ι. Κουντουράς
Γαστρεντερολογικό Εργαστήριο Β'Π, ΑΠΘ, ΓΙΝ Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή-Σκοπός: Αρχικές μελέτες μας έδειξαν συσχέτιση *H. pylori* οίμωξεως (Hr-L) και ογκογένεσης παχέος εντέρου. Επιπλέον δεν υφίστανται δεδομένα εκτιμήσεως λόγου πολυμορφοπυρήνων/λεμφοκύτταρα (N/L) ως δείκτη παρουσίας ή/και προγνώσεως αδενωμάτων παχέος εντέρου (ΑΠΕ) και καρκίνου παχέος εντέρου (ΚΠΕ) με συνοδό παρουσία Hr-L. Σκοπός της προοπτικής αυτής μελέτης ήταν η έρευνα του N/L ως βιολογικού δείκτη Hr-σχετιζόμενης ογκογένεσης παχέος εντέρου.

Υλικό-Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν 20 ασθενείς με ΑΠΕ (αναλογίας φύλου 9/11 άρρενες/θήλειες, ηλικίας 49–83 ετών), 16 ασθενείς με ΚΠΕ (αναλογίας φύλου 8/8 άρρενες/θήλειες, ηλικίας 41–82 ετών) και 12 μάρτυρες (αναλογίας φύλου 8/4 άρρενες/θήλειες, ηλικίας 45–82 ετών). Όλες οι ομάδες των συμμετεχόντων υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπικό και ιστολογικό έλεγχο ανωτέρου και κατώτερου πεπτικού.

Αποτελέσματα: Η παρουσία Hr-L βεβαιώθηκε ιστολογικά στο σύνολο των συμμετεχόντων στη μελέτη. Συγκριτικά με τους μάρτυρες παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της μέσης τιμής του λόγου N/L στους ασθενείς με ΑΠΕ (2,28 έναντι 1,2, $P<0,041$) και ΚΠΕ (2,2 έναντι 1,2, $P<0,009$). Δεν παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων ασθενών (2,28 έναντι 2,2, $P>0,87$). Στην ομάδα ΑΠΕ παρατηρήθηκε: ήπια δυσπλασία σε 8 και μέτρια δυσπλασία σε 3 ασθενείς. Στην ομάδα ΚΠΕ παρατηρήθηκε: ήπια/μέτρια κακοήθεια σε 1 ασθενή, μέτρια κακοήθεια σε 4 και υψηλόβαθμη κακοήθεια σε 3 ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή δείχνει για πρώτη φορά ότι η προοδευτική αύξηση του λόγου N/L πιθανόν να αποτελεί απλό και φτηνό σε κόστος χρήσιμο βιολογικό δείκτη δηλωτικό της Hr-σχετιζόμενης ογκογένεσης του παχέος εντέρου. Απαιτούνται προοπτικές σχετικές μελέτες σε μεγάλο αριθμό ασθενών για την περαιτέρω εκτίμηση του δείκτη αυτού στην πρόοδο της Hr-σχετιζόμενης ογκογένεσης του παχέος εντέρου.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):37

eP56

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΦΑΙΝΟΦΙΜΠΡΑΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΧΟΛΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΜΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΟΜΕΝΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΤΗ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΟΥΡΟΣΟΔΕΟΧΥΧΟΛΙΚΟ ΟΞΥ

A. Ιωαννίδου,¹ Μ. Αργυριάννη,¹ Χ. Καράμπαμπα,¹ Α. Πελεκάνου,¹ Α. Ελευθεριάδου,¹ Χ. Έλληνα,¹ Ε. Μιχαλάκης,¹ Κ. Γιαννακάς,¹ Κ. Φιλίππου,¹ Χ. Δρακούλης,¹ Χ. Καλιούλη²

¹Εξωτερικό Ηπατολογικό Ιατρείο Β' Παθολογικής Κλινικής, ²Ανοσολογικό Εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας-Πειραιά

Σκοπός: Η μελέτη της αποτελεσματικότητας της συνδυασμένης θεραπευτικής αγωγής με ουρσοδεοχολικό οξύ και φαινοφιμπράτη σε ασθενείς με πρωτοπαθή χολική κίρρωση.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήσαμε τους φακέλους 3.824 ασθενών του ηπατολογικού μας Ιατρείου. Από αυτούς 101 έπασχαν από πρωτοπαθή χολική κίρρωση, 14 άνδρες και 87 γυναίκες. Σε όλους τους ασθενείς αρχικά χορηγήθηκε ως μονοθεραπεία ουρσοδεοχολικό οξύ. Εκτιμήθηκε η ανταπόκρισή τους στους έξι μήνες. Στο 90% των ασθενών παρατηρήθηκε πτώση των χολοστατικών ενζύμων και κυρίως της αλκαλικής φωσφατάσης. Το υπόλοιπο 10% δεν είχε πλήρη ανταπόκριση. Σε αυτούς χορηγήθηκε ο συνδυασμός φαινοφιμπράτης και ουρσοδεοχολικού οξέος και η ανταπόκριση ήταν 100%, δηλαδή πλήρης ομαλοποίηση της αλκαλικής φωσφατάσης.

Αποτελέσματα: Η αποτελεσματικότητα της φαινοφιμπράτης πιθανότατα σχετίζεται με τη δράση της επί των πυρηνικών υποδοχών PPARα που εκφράζονται στους ιστούς που μεταβολίζουν λιπαρά οξέα – και κυρίως στο ήπαρ – και παίζουν βασικό ρόλο στη οξειδωση των λιπιδίων.

Συμπεράσματα: Η ανοσολογική φύση της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης δεν αμφισβητείται. Φαίνεται ότι δύσκολες μορφές της νόσου ανταποκρίνονται καλύτερα στην συνδυασμένη αγωγή με ουρσοδεοχολικό οξύ και φαινοφιμπράτη. Στο επόμενο στάδιο της μελέτης μένει να εκτιμηθεί η επίδραση του συνδυασμού στο στάδιο της νόσου.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):37

eP57

Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗΣ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Α. Καπάτας,¹ Σ. Σολωμού,¹ Π. Λαμπρόπουλος,⁵ Θ. Καραουλάνη,³ Ε. Ουρανού,⁵ Ε. Σιδέρη,⁴ Α. Κίτνα,⁴ Α. Θεοφίλου,⁴ Α. Λουρουτζής,⁴ Α. Παπαναστασίου²
¹Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα» Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, ²Βιοπαθολόγος, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», ³Παθολογικό-Ηπατολογικό Τμήμα ΓΝΝΠ-«Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», ⁴ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», ⁵Α' Ηπατολογικό Ιατρείου-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα»

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα (NASH) αποτελεί ηπατική εκδήλωση του μεταβολικού συνδρόμου, το οποίο χαρακτηρίζεται από παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη (Σ.Δ.), αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), και δυσλιπιδαιμία-υπερχοληστεριναιμία. Η εξέλιξη της NASH μπορεί να οδηγήσει σε ηπατοπάθεια τελικού σταδίου. Ο σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η εκτίμηση των μεταβολικών διαταραχών που παρατηρούνται με ασθενείς με NASH και αξιολόγηση των παραγόντων για την ηπατική ίνωση.

Υλικό-Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ιστολογική εικόνα NASH οι οποίοι παρακολουθούνταν στην κλινική μας από το 2002 έως σήμερα. Καταγράφηκαν οι επιδημιολογικές και μεταβολικές παράμετροι και το στάδιο της ίνωσης. **Αποτελέσματα:** Αναλύθηκαν δεδομένα 155 ασθενών (άνδρες 97(62,6%), μέσης ηλικίας 45,7>12,6 έτη. Αυξημένος δείκτης μάζας σώματος (BMI>25) παρατηρήθηκε σε 72,3% των ασθενών, ΣΔ σε 21,4%, ΑΥ σε 17,9% και δυσλιπιδαιμία σε 34,8%. Οι ασθενείς με στάδιο ίνωσης >3 είχαν υψηλότερες τιμές AST σε σχέση με αυτούς με στάδιο <3 (μέση τιμή 83 έναντι 50 IU/L, P=0,011). Οι ασθενείς με ΣΔ είχαν μέσο στάδιο ίνωσης 2 έναντι 1,2 σε ασθενείς χωρίς ΣΔ (P<0,05), οι ασθενείς με ΑΥ είχαν βαρύτερη νεκροφλεγμονώδη δραστηριότητα σε σχέση με αυτούς χωρίς ΑΥ (31% έναντι 0,9%-P=0,014). Επίσης οι υπερτασικοί ασθενείς είχαν μέσο στάδιο ίνωσης 1,9 έναντι 1,3 σε ασθενείς χωρίς ΑΥ (P<0,05). Οι αυξημένες BMI και η δυσλιπιδαιμία δεν αποδείχθηκαν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ίνωσης.

Συμπεράσματα: Η NASH στους ασθενείς μας παρατηρείται συχνότερα σε μεσήλικες υπέρβαρους άνδρες. Ο ΣΔ και η ΑΥ σχετίζονται με προχωρημένο στάδιο ηπατικής ίνωσης.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):38

eP59

ΕΠΙΣΟΔΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΚΑΙ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ.ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΤΑ ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΤΙΚΑ

Α. Καπάτας,¹ Σ. Σολωμού,¹ Ε. Ουρανού,⁵ Θ. Καραουλάνη,³ Π. Λαμπρόπουλος,⁵ Ε. Σιδέρη,⁴ Μ. Λάτσης,⁴ Χ. Πάνου,⁴ Α. Λουρουτζής,⁴ Α. Παπαναστασίου²
¹Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα» Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, ²Βιοπαθολόγος, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», ³Παθολογικό-Ηπατολογικό Τμήμα ΓΝΝΠ-«Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», ⁴ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», ⁵Α' Ηπατολογικό Ιατρείου-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα»

Εισαγωγή: Η ΧΧΚ μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση ήπατος σε σημαντικό ποσοστό ασθενών. Στη μη αντιρροπούμενη κίρρωση εκτός από την παρουσία ασκίτη ή κίρρωσης υπάρχει αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων ή αυτόματης βακτηριακής περιτονίτιδας και ηπατικής εγκεφαλοπάθειας.

Σκοπός: Να παρουσιαστεί περίπτωση ενός ασθενούς με ΧΧΚ και μη αντιρροπούμενη κίρρωση ήπατος που εμφάνισε επεισόδια ηπατικής εγκεφαλοπάθειας λόγω αυτόματης βακτηριακιάς τα οποία υποχωρούν μετά από την εκρίζωση του ιού με την χρήση σχήματος νεότερων αντιικών φαρμάκων per os.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για ένα άνδρα 58 ετών που προσήλθε στο τμήμα μας με ηπατική εγκεφαλοπάθεια και ασκίτη. Ο ασθενής έπαυσε από ΧΧΚ με γονότυπο 3α, ενώ εμφάνισε κίρρωσης οισοφάγου 1ου βαθμού. Τα επεισόδια της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας αντιμετωπίστηκαν με ριφαξιμίνη και λακτουλόζη. Ταυτόχρονα άρχισε να εμφανίζει πυρετικά επεισόδια (έως 39 °C) διάρκειας 1-2 ημερών. Έπειτα από εκτενέστερο έλεγχο, το εμπύρετο επεισόδιο αποδόθηκε σε αυτόματη βακτηριακιά (E. coli στις αιμοκαλλιέργειες) χωρίς άλλη εστία λοίμωξης. Στον ασθενή χορηγήθηκε αγωγή με σιπροφλοξασίνη με εξαφάνιση των επεισοδίων βακτηριακιάς. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε προμεταμοσχευτικό έλεγχο και ετέθη σε τριπλή αγωγή με sofosbuvir, daclatasvir, ribavirin, για 24 εβδομάδες. Διαπιστώθηκε υποχώρηση τόσο των επεισοδίων της εγκεφαλοπάθειας όσο και της βακτηριακιάς. Τρείς μήνες μετά την έναρξη της αγωγής ο ασθενής εμφάνισε σταθερή ιολογική ανταπόκριση.

Συμπεράσματα: Η επιτυχής εκρίζωση του ιού της ηπατίτιδας C σε ασθενείς με ΧΧΚ και μη αντιρροπούμενη κίρρωση με τα νεότερα αντίκα φάρμακα συνοδεύεται από βελτίωση της κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων της κίρρωσης του ήπατος.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):38

eP58

Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΛΑΣΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΠΕΓΚΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗΣ-Α (PEG-IFN-A) ΚΑΙ ΡΙΜΠΑΒΙΡΙΝΗΣ ΣΕ ΠΡΩΤΟΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C (ΧΧΚ)

Α. Καπάτας,¹ Σ. Σολωμού,¹ Θ. Καραουλάνη,³ Π. Λαμπρόπουλος,⁵ Ε. Ουρανού,⁵ Ε. Σιδέρη,⁴ Α. Κίτνα,⁴ Χ. Πάνου,⁴ Α. Λουρουτζής,⁴ Α. Παπαναστασίου²
¹Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα» Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, ²Βιοπαθολόγος, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», ³Παθολογικό-Ηπατολογικό Τμήμα ΓΝΝΠ-«Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», ⁴ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», ⁵Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα»

Εισαγωγή: Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της RVR και SVR σε πρωτοθεραπευόμενους ασθενείς με ΧΧΚ που έλαβαν PEG-IFN-A και ριμπαβιρίνη.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 120 ασθενείς με ΧΧΚ και αντιρροπούμενη ηπατική νόσο (άνδρες 74, μέσης ηλικίας 35 ετών, 5% κίρρωτικοί, 65% XEN, 35% G1, 45% G3, 15% G4, 5% G2) που έλαβαν συνδυαστική αγωγή 24 ή 48 εβδομάδων (ανάλογα με το γονότυπο) με PEG-IFN-A και ριμπαβιρίνη μεταξύ των ετών 2008-2012.

Αποτελέσματα: RVR παρατηρήθηκε στο 42,4%, 80,4%, 75,4%, 48,1% και SVR στο 53,4%, 100%, 84,4%, 56,1% των ασθενών με γονότυπο 1/2/3/4 αντίστοιχα. Τα ποσοστά RVR/SVR σε XEN με γονότυπο 1/2/3/4 ήταν 50%/50%/100%/100%, 82%/82%, 43%/72%, ενώ σε μη XEN ήταν 25%/39%, 75%/100%, 73%/85%, 42%/53%, αντίστοιχα. Επίσης αξιοσημείωτη είναι η διαφορά στα ποσοστά RVR/SVR μεταξύ των ασθενών με λοίμωξη από G1a (48,3%/79,7%) που στην πλειοψηφία τους ήταν άνδρες XEN (85%) ενδιάμεσης ηλικίας 34 ετών, σε σχέση με αυτούς που είχαν λοίμωξη από G1b (31,2%/40,1%) που ήταν γυναίκες μη XEN (84%) ενδιάμεσης ηλικίας 43 ετών.

Συμπεράσματα: Η συνδυαστική κλασική αγωγή PEG-IFN-A και ριμπαβιρίνης δίνει στους ασθενείς υψηλά ποσοστά SVR (>82%) στο σύνολο των πρωτοθεραπευόμενων ασθενών με ΧΧΚ γονότυπο 2/3 και ικανοποιητικά ποσοστά στην ομάδα στην ομάδα XEN γονότυπου 4 (75%). Τα υψηλά ποσοστά ανταπόκρισης των XEN με λοίμωξη γονότυπου 1a χρήζουν περαιτέρω διερεύνηση.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):38

eP60

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΗΚΚ ΣΕ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΑΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Α. Καπάτας,¹ Σ. Σολωμού,¹ Α. Κίτνα,⁴ Θ. Καραουλάνη,³ Π. Λαμπρόπουλος,⁵ Ε. Ουρανού,⁵ Α. Θεοφίλου,⁴ Χ. Πάνου,⁴ Α. Λουρουτζής,⁴ Α. Παπαναστασίου²
¹Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα» Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, ²ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», ³Παθολογικό-Ηπατολογικό Τμήμα ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», ⁴ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», ⁵Α' Ηπατολογικό Ιατρείου-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα»

Εισαγωγή: Ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος (ΗΚΚ) είναι ο πέμπτος (5ος) συχνότερος καρκίνος παγκοσμίως. Η επίπτωση ΗΚΚ κυμαίνεται ανάλογα με τα αίτια προσβολής του ήπατος. Στην Ελλάδα δεν έχει καταγραφεί ο ακριβής αριθμός των περιπτώσεων με ΗΚΚ.

Σκοπός: Αίτια ΗΚΚ στους ηπατοπαθείς ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας από το 2003 έως το 2013.

Υλικό-Μέθοδος: Κατά το χρονικό διάστημα από 01/2003 έως 12/2013 νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας 104 ασθενείς με ΗΚΚ. Στους ασθενείς έγινε πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος (δείκτες ηπατίτιδας με μοριακές τεχνικές), απεικονιστικός έλεγχος (U/S-CT-MRI άνω κοιλίας) και σε ένα ποσοστό αυτών και βιοψία ήπατος.

Αποτελέσματα: Από τους 104 ασθενείς (84 άνδρες και 20 γυναίκες) στους 52 (50%) το αίτιο του ΗΚΚ ήταν λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV), στους 30 (28,8%) από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV), στους 5 (4,8%) ασθενείς από τους ιούς Β+C, σε 3 (2,88%) ασθενείς με Β+D, σε 5 (4,8%) ασθενείς από τον ιό Β και την χρήση αλκοόλ, σε 4 (3,8%) από τον ιό C και χρήση αλκοόλ, 3 (2,88%) ασθενείς με κρυπτιγενή κίρρωση του ήπατος και σε 2 (1,9%) με αυτοάνοση μορφή κίρρωσης.

Συμπεράσματα: Το συχνότερο αίτιο ΗΚΚ στους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας αποτελεί η λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β που συμφωνεί με τα κύρια αίτια ΗΚΚ στη διεθνή βιβλιογραφία. Στα άτομα με CHB λοίμωξη, ο κίνδυνος εμφάνισης ΗΚΚ είναι 5-103 φορές μεγαλύτερος συγκριτικά με τους υγιείς. Η πρόληψη και η άμεση αντιμετώπιση μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της εμφάνισης ΗΚΚ.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):38

eP61

Η ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΤΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΣΕ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΗΒ ΥΠΟ ΝΟΥΚΛΕΟΣ(Τ)ΙΔΙΚΑ

Α. Καπάτας,¹ Σ. Σολωμού,¹ Π. Λαμπρόπουλος,⁵ Θ. Καραουλάνη,³ Ε. Ουρανού,⁵ Ε. Σιδέρη,⁴ Α. Κίτνα,⁴ Μ. Λάτσης,⁴ Α. Θεοφίλου,⁴ Α. Λουρουτζής,⁶ Α. Παπαναστασίου²

¹Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα» Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, ²ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», ³Παθολογικό-Ηπατολογικό Τμήμα ΓΝΝΠ-«Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», ⁴Ειδικευόμενοι Παθολογίας, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», ⁵Α' Ηπατολογικό Ιατρείου-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα»

Εισαγωγή-Σκοπός: Η θεραπεία με νουκλεοσι(τ)ιδικά ανάλογα (NUCs) καταστέλλει τον πολλαπλασιασμό του ιού της ηπατίτιδας Β και επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου. Σκοπός της μελέτης μας είναι να προσδιορισθούν οι αλλαγές στην ιστολογική εικόνα των ασθενών με ΗΒεΑg(-) χρόνια ηπατίτιδα Β (ΧΗΒ) υπό μακροχρόνια αντιική θεραπεία με NUCs.

Υλικό-Μέθοδοι: Δεκαπέντε (15) ασθενείς, εννέα (9) άνδρες μέσης ηλικίας 55 ετών (διακύμανση από 38 έως 72), με ΗΒεΑg(-) ΧΗΒ, υπό μακροχρόνια αντιική θεραπεία (6±2,2 έτη), χωρίς ιική διαφυγή υποβλήθηκαν σε βιοψία ήπατος. Τρεις (3) ασθενείς ελάμβαναν λαμιδουβίνη, τρεις(3) τελμπεβουδίνη, τέσσερις(4) εντεκαβίρη και πέντε(5) τενοφοβίρη. Τα ιστολογικά ευρήματα συγκρίθηκαν προ και μετά θεραπεία με τα κριτήρια κατά Ishak.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε βελτίωση της νεκροφλεγμονώδους δραστηριότητας από 6±3,3 σε 2±1,5 (μέση τιμή±σταθερή απόκλιση). Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε βελτίωση σε δεκατρείς (13) ασθενείς ενώ σε δύο (2) διαπιστώθηκε επιδείνωση και καμία μεταβολή. Όσον αφορά την ίνωση, παρατηρήθηκε βελτίωση από 2,8±1,4 σε 2,4±1,2. Συγκεκριμένα υποστρόφη της ίνωσης διαπιστώθηκε σε έντεκα (11) και επιδείνωση της ίνωσης σε δύο (2) ασθενείς, ενώ το στάδιο παρέμεινε αμετάβλητο σε δύο (2) ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η σταθερή και μακροχρόνια ιική καταστολή με NUCs οδηγεί σε σαφή βελτίωση της νεκροφλεγμονώδους δραστηριότητας και σε υποστρόφη της ίνωσης σε >60% των ασθενών.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):39

eP63

ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΟΜΑΛΟΥ ΛΕΙΧΗΝΑΣ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΠΕΓΚΥΛΙΩΜΕΝΗ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ ΚΑΙ ΡΙΜΠΑΒΙΡΙΝΗ

Λ. Καρασαβίδου,¹ Χ. Καραμπάμπα,¹ Α. Πελεκάνου,¹ Α. Ιωαννίδου,¹ Α. Ελευθεριάδου,¹ Χ. Έλληνα,¹ Μ. Αγρογιάννη,¹ Γ. Τριφύλλη,² Χ. Χριστοφορίδης,² Χ. Δρακούλης¹

¹Ηπατολογικό Ιατρείο Β' Παθολογικής Κλινικής, ²Οδοντιατρικό Τμήμα Χειρουργική Μονάδα ΑΜΕΑ με γενική αναισθησία ΠΓΝ Νίκαιας/Άγιος Παντελεήμων

Εισαγωγή: Ο ομαλός λειχήνας της στοματικής κοιλότητας είναι μια συχνή, χρόνια φλεγμονώδης νόσος ανοσολογικής αρχής, που εμφανίζεται με πληθώρα κλινικών μορφών. Διαδράμει χρονίως με υφέσεις και εξάρσεις, είναι συχνά ανθεκτικός στη θεραπεία και έχει την τάση να υποτροπιάζει. Συχνά παρουσιάζεται σε ασθενείς με ηπατίτιδα C (10-40% των ασθενών με ομαλό λειχήνα μπορεί να έχουν λοίμωξη με HCV) ενώ έχουν περιγραφεί και σπάνιες περιπτώσεις εμφάνισης ομαλού λειχήνα στα πλαίσια αντικής αγωγής για την HCV.

Περιστατικό: Γυναίκα ηλικίας 38 ετών με χρόνια ηπατίτιδα C (γονότυπος 1b και ιικό φορτίο 21888074 iu/ml) έλαβε αγωγή με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη. Στους έξι μήνες από την έναρξη της θεραπείας η ασθενής εμφάνισε προοδευτικά επιδεινούμενες βλάβες της στοματικής κοιλότητας. Εξετάστηκε από τους οδοντιάτρους του νοσοκομείου μας και διεγνώσθη ομαλός λειχήνας. Ξεκίνησε αγωγή με κορτιζόνη και από τη δεύτερη εβδομάδα θεραπείας οι βλάβες άρχισαν να υποχωρούν. Η ασθενής, ένα χρόνο μετά, συνεχίζει να λαμβάνει κορτιζόνη και να παρακολουθείται από το οδοντιατρικό τμήμα. Αξίζει να σημειωθεί πως όλο το διάστημα από τη διάγνωση του ομαλού λειχήνα έως σήμερα δε διέκοψε την αγωγή της με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη. Το ιικό φορτίο της ασθενούς είναι πλέον μη ανιχνεύσιμο.

Συμπέρασμα: Ο ομαλός λειχήνας της στοματικής κοιλότητας είναι μια συνηθισμένη εξωηπατική εκδήλωση της HCV. Δεν είναι γνωστό αν σχετίζεται με το ιικό φορτίο, όμως η εμφάνισή του κατά τη διάρκεια της αντικής αγωγής δεν είναι συνηθισμένη. Χρειάζεται επαγρύπνηση για την έγκαιρη αναγνώριση και καταγραφή των ανεπιθύμητων ενεργειών της αντικής αγωγής ώστε να μη στερούνται οι ασθενείς τα οφέλη της ολοκληρωμένης θεραπείας.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):39

eP62

ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΧΡΟΝΙΑΣ HDV ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΟΣΟΥ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Μ. Αγρογιάννη,¹ Α. Ιωαννίδου,¹ Χ. Καραμπάμπα,¹ Α. Πελεκάνου,¹ Α. Ελευθεριάδου,¹ Χ. Έλληνα,¹ Α. Φαρμάκη,¹ Κ. Γιάννακας,¹ Ε. Μιχαλάκης,¹ Χ. Καλιούλη,² Χ. Δρακούλης¹

¹Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων», ²Ανοσολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων»

Σκοπός: Η μελέτη της συχνότητας της αυτοάνοσου ηπατίτιδας με τη χρόνια HDV λοίμωξη και η συσχέτιση αυτής με την ίδια τη νόσο ή τη μακροχρόνια θεραπεία.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήσαμε 3824 φακέλους των ασθενών του Ηπατολογικού Ιατρείου. Από αυτούς 31 ασθενείς (0,8%) πάσχουν από HDV λοίμωξη, 20 άνδρες (64,5%) και 11 γυναίκες (35,5%). Θεραπεία με ιντερφερόνη α έλαβαν οι 13 (41,9%).

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε ότι 3 ασθενείς, εξ' όσων ελάμβαναν θεραπεία (23%), 2 άντρες και 1 γυναίκα έπασχαν ταυτόχρονα από αυτοάνοση ηπατίτιδα.

Το ανοσολογικό προφίλ των ασθενών είναι ως εξής:

1ος ασθενής: Αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου 2 (Ανίχνευση anti- LKM1)

2ος ασθενής: Αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου 1 (SMA 1:320)

3ος ασθενής: Αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου 1 (SMA 1:320, p-ANCA+, anti-M2 IgA +) Και στους 3 ασθενείς διαπιστώθηκε υπεργαμμασφαιριναιμία

Συμπέρασμα: Η χρόνια HDV λοίμωξη στη χώρα μας δεν είναι συχνή. Ωστόσο η συνύπαρξη με αυτοάνοση ηπατίτιδα φαίνεται ότι υπάρχει σε υψηλό ποσοστό, είτε οφειλόμενη στην ίδια τη νόσο, είτε σε μακροχρόνια θεραπεία με ανοσοτροποιοποιητικά φάρμακα.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):39

eP64

ΑΙΤΙΑ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Α. Ελευθεριάδου, Χ. Έλληνα, Χ. Καραμπάμπα, Α. Ιωαννίδου, Μ. Αγρογιάννη, Ξ. Κουφομιχάλη, Α. Πελεκάνου, Λ. Καρασαβίδου, Χ. Δρακούλης

Ηπατολογικό Ιατρείο Β' Παθολογικής Κλινικής ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»

Σκοπός: Η μελέτη των συνηθέστερων αιτιών ηπατοκυτταρικού καρκίνου (ΗΚΚ).

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήσαμε τους φακέλους 3824 ασθενών του ηπατολογικού μας ιατρείου. Ευρέθησαν 32 με ΗΚΚ, από τους οποίους 26 ήταν άνδρες και 6 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 62,5 έτη.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν κίρρωση ήπατος.

- 14 ασθενείς έπασχαν από χρόνια HBV

- 9 ασθενείς έπασχαν από χρόνια HCV

- 1 ασθενής είχε συλλοίμωξη ηπατίτιδας Β και C

- 3 ασθενείς με αλκοολική νόσο του ήπατος

- 3 ασθενείς με κρυψιγενή κίρρωση ήπατος

- 1 ασθενής με αυτοάνοση ηπατοπάθεια

- 1 ασθενής σε έδαφος μη αλκοολικής στεατοηπατίτιδας

Συμπέρασμα: Το συχνότερο αίτιο ΗΚΚ σήμερα είναι η χρόνια ηπατίτιδα Β και ακολουθεί η χρόνια C. Τα δεδομένα του ιατρείου μας συμβαδίζουν με τα διεθνή δεδομένα.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):39

eP65

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΟΞΕΙΑΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Ξ. Κουφομιάλη,¹ Χ. Έλληνα,¹ Α. Πελεκάνου,² Μ. Αγρογιάννη,¹ Α. Ιωαννίδου,¹ Α. Φαρμάκη,¹ Χ. Καραμπάπα,¹ Χ. Καλιούλη,³ Μ. Καραγιάννη,⁴ Χ. Δρακούλη⁵
¹Ηπατολογικό Ιατρείο Β' Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»,
²Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»,³Ανοσολογικό Τμήμα Γ.Ν. Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»,⁴Παθολογοανατομικό Εργαστήριο ΓΝ Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»,⁵Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»

Σκοπός: Η μελέτη της συχνότητας της οξείας αυτοάνοσης ηπατίτιδας,

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήσαμε τις περιπτώσεις 3824 ασθενών του Ηπατολογικού Ιατρείου της Β' Παθολογικής Κλινικής (άνδρες και γυναίκες), από τους οποίους 104 διεγνώσθησαν με αυτοάνοση ηπατίτιδα.

Αποτελέσματα: Οξεία αυτοάνοση ηπατίτιδα διαγνώσθηκε σε 4 ασθενείς (0.1%), εκ των οποίων 3 γυναίκες και 1 άντρας. Και οι 4 ασθενείς βρέθηκαν με αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου Ι με SMA θετικά >1:40, ALT>1000 IU/L, υπεργαμμασφαιριναιμία και βιοψία ήπατος συμβατή με αυτοάνοση ηπατίτιδα (simplified score >7). Ένας ασθενής παρουσίασε οξεία χολοστατική ηπατίτιδα ομοιάζουσα περισσότερο με οξεία λοιμώδη ηπατίτιδα.

Συμπεράσματα: Η οξεία αυτοάνοση ηπατίτιδα είναι μια σπάνια οντότητα και ακόμα πιο σπάνια η χολοστατική μορφή. Απαραίτητο για τη διάγνωση της είναι ο αποκλεισμός οποιοδήποτε άλλου αίτιου, κυρίως της φαρμακευτικής και οξείας λοιμώδους ηπατίτιδας.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):40

eP67

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΚΑΙ ΓΟΝΟΤΥΠΟ 5, ΜΕ ΤΑ ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΤΙΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ (DAAs)

Γ. Ντέσκακας, Β. Παπαστεργίου, Ν. Κατσιλγής, Ε. Αναστασίου, Δ. Βουλγαρόπουλος, Γ. Χατζημιχάλης, Μ. Σταμπόρη, Α. Κατσιλή, Σ. Καραταπάνης
 Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ρόδου, Ρόδος

Εισαγωγή: Ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC) και γονότυπο 5 σπανίζουν στην χώρα μας, είναι όμως γνωστό ότι στη περιοχή μας υπάρχει θύλακας ασθενών με ΧΗC που φέρουν αυτό το σπάνιο γονότυπο. Μέχρι τώρα έχουμε δημοσιεύσει την εμπειρία μας στη θεραπεία αυτών των ασθενών με τη χρήση του συνδυασμού πεγκκυλιωμένης ιντερφερόνης με ριμπαβιρίνη. Λίγη είναι η εμπειρία και στη διεθνή βιβλιογραφία με τη χρήση των νεότερων φαρμάκων σε αυτό το γονότυπο.

Σκοπός: Να μελετηθεί η απάντηση στη θεραπεία με τα νεότερα από του στόματος αντικά φάρμακα σε ασθενείς με ΧΗC που φέρουν τον γονότυπο 5.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Στη μελέτη μας συμπεριλάβαμε 11 ασθενείς με ΧΗC (Α/Γ=2/9, μέση ηλικία 68 έτη) που έφεραν το γονότυπο 5. Όλοι οι ασθενείς είχαν προχωρημένη ηπατική βλάβη (F4 με Fibroscan), χωρίς όμως ρήξη της αντιρρόπησης. Από τους ασθενείς αυτούς 4/11 είχαν λάβει ανεπιτυχή αγωγή στο παρελθόν με συνδυασμό πεγκκυλιωμένης ιντερφερόνης με ριμπαβιρίνη. Οι ασθενείς έλαβαν αγωγή με sofosbuvir (400 mg, 1x1/ημερ) και ριμπαβιρίνη (δόση 1000 mg όταν το ΒΣ<75 kg και 1200 mg όταν το ΒΣ >75 kg) για 12 εβδομάδες.

Αποτελέσματα: Σε όλους τους ασθενείς της μελέτης 11/11 επιτεύχθηκε μη ανιχνεύσιμο HCV-RNA στο τέλος της αγωγής (EOT). Μόνιμη ιολογική ανταπόκριση (SVR) παρατηρήθηκε σε 9/9 (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: Μολονότι ο αριθμός των ασθενών της μελέτης μας είναι μικρός, φαίνεται ότι ο συνδυασμός sofosbuvir με ριμπαβιρίνη είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός σε ασθενείς με ΧΗC και προχωρημένη ίνωση που φέρουν το γονότυπο 5.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):40

eP66

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ DAAs ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΣΤΗ ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ

Δ. Πολίτης, Γ. Μπαλταγιάννης, Ν. Τζαμπούρας, Ι. Μητσέλος, Κ. Κατσάνος, Δ. Χριστοδούλου
 Γαστρεντερολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Τα νεότερα θεραπευτικά σχήματα (DAAs) για την χρόνια ηπατίτιδα C είναι πιο αποτελεσματικά σε όλους τους γονότυπους, με υψηλότερα ποσοστά SVR συγκριτικά με το παρελθόν και σε ομάδες ασθενών δύσκολα θεραπευόμενους π.χ. κίρρωτικοί ή επαναθεραπευόμενοι. Παρουσιάζουν ταυτόχρονα λιγότερες παρενέργειες σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Σκοπός της εργασίας: Έλεγχος SVR12 και παρενεργειών σε ασθενείς που έλαβαν DAAs από το εξωτερικό Ηπατολογικό Ιατρείο της Γαστρεντερολογικής κλινικής του ΠΓΝΙ.

Υλικά-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι συνολικά 12 ασθενών που έλαβαν DAAs με κριτήριο το φύλο, το γονότυπο, αν ήταν πρωτοθεραπευόμενοι ή επαναθεραπευόμενοι, η συγχρηρήση ή όχι ριμπαβιρίνης, οι παρενέργειες της θεραπείας, η ίνωση ήπατος με βάση την ελαστογραφία ήπατος και η επίτευξη SVR στις 12 εβδομάδες από το τέλος της θεραπείας.

Αποτελέσματα: Από τους 12 ασθενείς οι 9 ήταν άνδρες (75%) και οι 3 γυναίκες (25%). Οι 11 ασθενείς (91,66%) είχαν F4 στην ελαστογραφία ήπατος και ένας με F1(8,33%). 7 ασθενείς με γονότυπο 1 (58,3%), 2 ασθενείς με γονότυπο 3 (16,6%) και 3 ασθενείς με γονότυπο 4 (25%). 6 ασθενείς (50%) ήταν πρωτοθεραπευόμενοι ενώ 6 επαναθεραπευόμενοι (50%) και συνολικά 2 ασθενείς (16,6%) έλαβαν συγχρηρήση με ριμπαβιρίνη. 11 ασθενείς ολοκλήρωσαν τη θεραπεία χωρίς παρενέργειες ενώ υπήρξε 1 θάνατος κατά τη διάρκεια της θεραπείας που οφειλόταν σε άλλο αίτιο από τη χορήγηση της αντιικής θεραπείας. Από τους 11 ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία, SVR στις 12 εβδομάδες επιτεύχθηκε σε 10 (90,9%).

Συμπεράσματα: Έστω και σε μια μικρή σειρά ασθενών τα αποτελέσματα με θεραπεία με DAAs στο τμήμα μας συνάδουν με τη διεθνή βιβλιογραφία και παρουσιάζουν εξαιρετικό προφίλ ασφάλειας.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):40

eP68

ΑΝΑΖΩΠΥΡΩΣΗ ΗΒΝ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΧΩΡΙΣ ΑΝΤΙ-ΗΒC, ΑΛΛΑ ΜΟΝΟΝ ΑΝΤΙ-ΗΒS, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ-ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΜΕ ΕΝΤΕΚΑΒΙΡΗ

Ε. Σπανού, Β. Παπαστεργίου, Γ. Ντέσκακας, Ι. Φαμηλιάς, Μ. Σταμπόρη, Μ. Παρασκευά, Ν. Κατσιλγής, Ε. Αναστασίου, Ι. Καραγιώργη, Δ. Διακονικόλα, Δ. Βουλγαρόπουλος, Γ. Χατζημιχάλης, Σ. Καραταπάνης
 Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου

Εισαγωγή: Η απώλεια ΗΒsAg και η ύπαρξη θετικών anti-HBs θεωρείται ως αποδραμούσα ΗΒν λοίμωξη (φυσική ανοσία), που προσφέρει προστασία σε μελλοντική επαναμόλυνση. Σε ασθενείς που λαμβάνουν ισχυρή ανοσοκατασταλτική αγωγή για διάφορες κακοήθειες ή μη παθήσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθεί αναζωπύρωση της ηπατίτιδας Β ακόμη και σε αυτή την ομάδα των ασθενών.

Σκοπός: Να περιγραφεί η περίπτωση ενός ασθενούς με φυσική ανοσία στην ηπατίτιδα Β, στον οποίο παρατηρήθηκε αναζωπύρωση της ηπατίτιδας Β μετά από λήψη ανοσοκατασταλτικής αγωγής για αιματολογικό νόσημα. Στον ασθενή αυτό απουσίαζαν τα anti-HBc στην αρχική διάγνωση.

Μέθοδοι: Πρόκειται για άνδρα 69 ετών που διαγνώσθηκε με χρόνια λεμφογενή λευχαιμία (CLL). Κατά τη στιγμή της διάγνωσης του λεμφώματος εμφάνιζε ΗΒsAg (-), anti-HBc(-), anti-HBs (+) σε χαμηλό τίτλο και φυσιολογικές τρανσαμινάσες. Λόγω της μη ανίχνευσης του anti-HBc ο ασθενής δεν έλαβε προφυλακτική αντιική αγωγή πριν από την έναρξη της ανοσοκατασταλτικής αγωγής.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής έλαβε αγωγή με rituximab σε διάφορους κύκλους. Ο ασθενής 7 μήνες μετά την έναρξη της αγωγής εμφάνισε ίκτερο, καταβολή δυνάμεων και τιμές τρανσαμινασών >1000 IU/ml. Διαπιστώθηκε ΗΒsAg(+) και θετικό ΗΒν-DNA στον ορό. Ο ασθενής έλαβε αγωγή με entecavir και ένα μήνα αργότερα παρουσίασε σημαντική βελτίωση της βιοχημικής διαταραχής καθώς επίσης και σημαντική κλινική βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η απουσία anti-HBc και η ύπαρξη μόνον anti-HBs χωρίς να έχει προηγηθεί εμβολιασμός, δεν πρέπει να μας εφησυχάζει σε ασθενείς που πρόκειται να λάβουν ισχυρή ανοσοκατασταλτική αγωγή και ιδιαίτερος σε περιπτώσεις που τα σχήματα περιλαμβάνουν rituximab.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):40

eP69

ΕΠΑΝΑΜΟΛΥΝΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΣΕ ΧΡΗΣΤΕΣ ΤΟΞΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΙΤΥΧΗ ΕΚΡΙΖΩΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ

Γ. Ντέτσκας, Β. Παπαστεργίου, Α. Κατσιλής, Ι. Φαμηλιάς, Μ. Σταμπόρη, Ε. Αναστασίου, Δ. Βουλγαρόπουλος, Ι. Καραγιώργη, Μ. Μαριάς, Ν. Κατσιλής, Δ. Διακονικόλα, Σ. Καραταπάνης
Α' Παθολογική Κλινική ΓΝ Ρόδου

Εισαγωγή: Οι χρήστες ενδοφλεβίων τοξικών ουσιών εμφανίζουν σημαντικά αυξημένη επίπτωση της λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV). Η χορήγηση συνδυασμένης αντιικής αγωγής σε αυτούς τους ασθενείς έχει δείξει ότι επιτυγχάνει ικανοποιητικά ποσοστά σταθερής ιολογικής απάντησης (SVR), υπάρχει όμως σκεπτικισμός για τη πιθανότητα επαναμόλυνσης αυτών των ατόμων.

Σκοπός: Να μελετηθεί το ποσοστό επαναμόλυνσης με τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) ασθενών χρηστών τοξικών ουσιών που είχαν υποβληθεί σε προηγούμενη επιτυχή αντιική θεραπεία.

Μέθοδοι: Στη μελέτη μας συμπεριλάβαμε 72 HCV(+) ασθενείς (Α/Γ=51/21, μέση ηλικία 36.3), χρήστες τοξικών ουσιών, που είχαν υποβληθεί σε επιτυχή αγωγή εκρίζωσης του ιού και είχαν πετύχει SVR. Στους ασθενείς είχε χορηγηθεί συνδυασμένη αγωγή με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη για 24 ή 48 εβδομάδες ανάλογα με τον γονότυπο του ιού. Οι ασθενείς είχαν τουλάχιστον ένα χρόνο παρακολούθησης μετά την επίτευξη SVR.

Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών αυτών ήταν 48 μήνες (εύρος 12-82) μήνες. Από τους ασθενείς της μελέτης οι 9/72 (12,5%) εμφάνισαν επαναμόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας C. Οι 5 διέθεταν γονότυπο διαφορετικό από τον αρχικό, ενώ οι άλλοι 4 ασθενείς είχαν γονότυπο ίδιο με τον αρχικό. Η επαναμόλυνση διαπιστώθηκε 12 μήνες μετά την εκρίζωση σε 4 ασθενείς, ενώ στους υπόλοιπους αργότερα.

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι το ποσοστό επαναμόλυνσης μετά από επιτυχή εκρίζωση της HCV λοίμωξης δεν είναι σημαντικό, σε χρήστες τοξικών ουσιών.

eP70

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΙΟΓΕΝΩΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ Β ΚΑΙ C, ΚΑΙ HIV ΣΕ ΑΙΜΟΔΟΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΣΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ

Ε. Βαμβακά,¹ Δ. Χατζηδάκη,² Α. Φέρκε,² Ε. Αγγέλου,¹ Γ. Ντέτσκας,³ Β. Παπαστεργίου,³ Σ. Καραταπάνης³
¹Υπηρεσία Αιμοδοσίας, ²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ³Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου

Εισαγωγή: Ο υποχρεωτικός έλεγχος των μονάδων αίματος είναι απαραίτητος προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος μετάδοσης αιματογενώς μεταδιδόμενων λοιμώξεων και αποτελεί πρωτόκολλο για τα μεταγγίσεις.

Σκοπός: Η μελέτη του επιπολασμού των αιματογενώς μεταδιδόμενων λοιμώξεων συμπεριλαμβανομένων της ηπατίτιδας Β και C, του HIV και της σύφιλης, στο διάστημα της τελευταίας πενταετίας.

Υλικό-Μέθοδος: Έγινε έλεγχος 34982 ατόμων στο διάστημα από 1/1/2011 μέχρι και 3/12/2015. Έγινε έλεγχος για HbsAg, anti-HCV, HIV και για αντισώματα έναντι της σύφιλης. Ως μέθοδος χρησιμοποιήθηκε η μικροσωματική ανοσοεγκλητική χημειοφωταύγεια (CMIA-ARCHITECT). Όλα τα θετικά δείγματα στέλνονταν για επιβεβαιωτικό τεστ σε κέντρο αναφοράς. Επιπλέον γίνονταν έλεγχοι με NAT.

Αποτελέσματα: Με την αρχική μέθοδο (CMIA) διαπιστώθηκαν 94 (0,26%) άτομα με HbsAg(+), 92 (0,26%) με anti-HCV(+), 20 (0,05%) με HIV(+) και 91 (0,25%) θετικά για σύφιλη. Από τα άτομα με HbsAg(+) 51/94 είχαν HBV-DNA(+) στον ορό. Από τα άτομα με anti-HCV(+) 15/92 θετική RIBA, ενώ από τα άτομα με HIV(+) μόνον 4/20 είχαν θετικοί western-blott.

Συμπεράσματα: Τα δεδομένα της μελέτης μας δείχνουν ότι ο επιπολασμός των ηπατιτίδων Β και C αλλά και του HIV είναι χαμηλό στο αιμοδοτικό πληθυσμό τα περιοχής μας. Παρά τα χαμηλά ποσοστά η αυστηρότητα και η σχολαστικότητα στην επιλογή των αιμοδοτών πρέπει να συνεχίζεται αδιαλείπτως για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος μετάδοσης των λοιμώξεων στους μεταγγιζόμενους.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):41

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):41

eP71

ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ LAMIVUDINE ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑ ΗΒΝ ΛΟΙΜΩΣΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ RITUXIMAB: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ Γ. ΧΑΤΖΗΝΑΚΟΣ

¹Κ. Σουφλέρης,¹ Γ. Λαζαράκης,¹ Δ. Τζιλβές,¹ Ε. Γαβαλάς,¹ Ε. Κατωδρότου,² Α. Ταρπάκος,¹ Π. Κωνσταντινίδου²
¹Γαστρεντερολογική Κλινική, «Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ²Αιματολογική-Ογκολογική Κλινική, «Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Στις πρόσφατες οδηγίες οι ασθενείς με χρόνια ή παρελθούσα λοίμωξη από ηπατίτιδα Β (CHB) που λαμβάνουν rituximab θεωρούνται υψηλού κινδύνου για αναζωπύρωση και συστήνεται προφυλακτική αγωγή, κατά προτίμηση με entecavir/tenofovir έναντι lamivudine, χωρίς όμως να υπάρχουν σαφή δεδομένα ειδικά για τους HbsAg(-)/antiHbc(+) ασθενείς.

Σκοπός: Η αναδρομική μελέτη της ασφάλειας της προφυλακτικής χορήγησης lamivudine σε ασθενείς με λανθάνουσα CHB που έλαβαν rituximab.

Μεθοδολογία: Μελετήθηκαν ασθενείς με λανθάνουσα CHB και λέμφωμα που έλαβαν θεραπεία με rituximab και προφυλακτική αγωγή με lamivudine. Χορηγήθηκε lamivudine μέχρι και 1 έτος μετά το τέλος της χημειοθεραπείας. Η παρακολούθηση έγινε με έλεγχο τρανσαμινασών και HbsAg κάθε 3 μήνες.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 13 HbsAg(-)/anti-HBcore(+) ασθενείς (9 άνδρες) με μέση ηλικία 75,15 έτη, 23% (3/13) με anti-HBs (+). Έλαβαν κατά μέσο όρο 6 (εύρος 4-8) κύκλους θεραπείας με rituximab και παρακολούθηθηκαν για 50,6 μήνες (εύρος 8-111 μήνες). Σε 1 ασθενή εμφανίστηκε κλινική αναζωπύρωση CHB με ίκτερο, τρανσαμινασαιμία, αναστροφή HbsAg ορομετατροπή, και αυξημένο HBV DNA. Η αναζωπύρωση έλαβε χώρα 6 μήνες μετά την ολοκλήρωση θεραπείας με rituximab (5/2011) και αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με tenofovir. Ο ασθενής ήταν άνδρας, χωρίς anti-HBs, και είχε λάβει ισχυρή ανοσοκαταστολή και στο παρελθόν. Δεν σημειώθηκε άλλη αναστροφή HbsAg ορομετατροπή ή τρανσαμινασαιμία και καθυστέρηση της χημειοθεραπείας.

Συμπεράσματα: Ο κίνδυνος CHB αναζωπύρωσης είναι μικρός αλλά υπαρκτός με προφυλακτική χορήγηση lamivudine σε HbsAg(-)/antiHbc(+) ασθενείς που λαμβάνουν rituximab. Η προφυλακτική χορήγηση tenofovir ή entecavir προτείνεται ως ακόμη πιο ασφαλή επιλογή στους ασθενείς αυτούς και καθιστά περιττή τη διαστρωμάτωση του κινδύνου και τις μετρήσεις HBV-DNA.

eP72

ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΜΕ ΘΕΤΙΚΑ ΑΝΤΙΜΙΤΟΧΟΝΔΡΙΑΚΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ

Ε. Αρμένη, Γ. Καπέλλος, Κ. Ίσκος, Π.-Ι. Κρητικός, Κ. Κονναρή, Μ. Καρμαλιώτη, Χ. Γεωργακόπουλος, Π. Κουρουπάκης, Α. Βερνάδου, Η. Φύλλας, Ν. Καρακούσης, Μ. Γεωργιτσιγιαννάκου, Ε. Δημητράλλος, Κ. Καλιγέρος
Β' Παθολογική Κλινική, Σισμανόγλειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

Εισαγωγή: Ασθενής ετών 55 προσήλθε στο Νοσοκομείο μας λόγω αδυναμίας και δεκατικής πυρετικής κίνησης από 20 ημερών, σε συνδυασμό με τρανσαμινασαιμία που διαπιστώθηκε σε τυχαίο έλεγχο. Το ατομικό ιστορικό της ασθενούς περιλάμβανε αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα.

Περιγραφή περιστατικού: Κλινικά διαπιστώθηκε μόνο ψηλαφητό ήπαρ καθώς και δεκατική πυρετική κίνηση. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε τρανσαμινασαιμία και αύξηση των αποφρακτικών ενζύμων (ALP, γGT). Παράλληλα διαπιστώθηκε διάχυτη υπεργαμμασφαιριναιμία, ενώ αρνητικός ήταν ο έλεγχος για ιούς, αντιλειτουργικά και αντιβιοκελλικά αντισώματα. Οι δείκτες φλεγμονής ήταν οριακά αυξημένοι. Ο απεικονιστικός έλεγχος συμπεριλάμβανε: 1) υπερηχογράφημα κοιλίας: πολλαπλούς λεμφαδένες στην πύλη του ήπατος (1 εκατ-5,6 εκατ περίπου), 2) αξονική τομογραφία (CT) θώρακος: παθολογικά διογκωμένους λεμφαδένες στο πρόσθιο μεσοθωράκιο, 3) CT άνω-κάτω κοιλίας: ηπατομεγαλία, μικρές υπόπυκνες κυστικές αλλοιώσεις στο δεξιό λοβό και παθολογικά διογκωμένους λεμφαδένες πλησίον του ηπατογαστρικού συνδέσμου, της πύλης φλέβας και παραορτικά αριστερά. Η γαστροσκόπηση ανέδειξε γαστροδωδεκαδακτυλίτιδα. Το επίχρισμα περιφερικού αίματος και η οστεομελική βιοψία δεν τεκμηρίωσαν στοιχεία υπέρ αιματολογικού νοσήματος. Ο ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε θετικά αντιπυρηνικά αντισώματα με τίτλο 1:320, SMA θετικά (>1:160), έναντι M2 κλάσματος αντιμιτοχονδριακών αντισωμάτων 137,2Units (ΦΤ<25 Units), αντιμιτοχονδριακά αντισώματα θετικά (τίτλος>1:160). Η ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία λεμφαδένα προς αποκλεισμό λεμφώματος και βιοψία ήπατος που ήταν συμβατή με σύνδρομο αλληλοεπικάλυψης αυτοάνοσης ηπατίτιδας με πρωτοπαθή χολική κίρρωση. Τέθηκε σε αγωγή με ουροσοδεοχολικό οξύ, παρουσιάζοντας σαφή κλινικοεργαστηριακή βελτίωση. Η θεραπεία ενδέχεται να τροποποιηθεί με ανοσοκατασταλτικά ανάλογα με την πορεία της νόσου.

Συμπεράσματα: Η εκσεσημασμένη διόγκωση των λεμφαδένων πιθανόν να προκύπτει ως αποτέλεσμα μιας ακραίας ανοσολογικής απάντησης στα πλαίσια της αυτοάνοσης ηπατίτιδας, και αποτελεί μια σπάνια εικόνα εκδήλωσης της νόσου.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):41

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):41

eP73

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ core+1 ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΜΕ ΤΗΝ ΗΠΑΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Θ. Μυλοπούλου,¹ Κ. Κασσελά,³ Ι. Καρακασιλιώτης,² Σ. Χαρπαντιδής,³ Β. Παπαδόπουλος,⁴ Π. Μαυρομαρά,² Κ. Μιμίδης¹

¹Α' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, ²Τμήμα Μοριακής Βιολογίας και Γενετικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, ³Μοριακή Ιολογία, Τμήμα Μικροβιολογίας, Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ, ⁴Ενέργεια Ιατρική ΜΕΠΕ

Εισαγωγή: Η core+1 πρωτεΐνη του ιού της ηπατίτιδας C αποτελεί προϊόν έκφρασης ενός λειτουργικού εναλλακτικού ανοικτού πλαισίου ανάγνωσης μέσα στη γονιδιακή περιοχή core, στο +1 πλαίσιο ανάγνωσης, η βιολογική σημασία της οποίας παραμένει αδιευκρίνιστη.

Σκοπός: Η μελέτη της συσχέτισης των επιπέδων των αντισωμάτων της core+1 με την ηπατική ίνωση και την ανταπόκριση στη θεραπεία σε HCV ασθενείς.

Υλικά-Μέθοδοι: Μελετήθηκε με ELISA η παρουσία αντισωμάτων έναντι της core+1 σε ορούς 89 ασθενών, προ ή μετά θεραπείας με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη. Πραγματοποιήθηκε επίσης ελαστογραφία ήπατος για εκτίμηση της ηπατικής ίνωσης.

Αποτελέσματα: Σε 64 ασθενείς του δείγματος στους οποίους διενεργήθηκε ελαστογραφία, οι 17 (26,56%) εμφάνισαν θετική ELISA για τα αντισώματα της core+1 έχοντας μέσο όρο 11,26±1,80 kPa, ενώ 47(73,44%) όχι έχοντας μέσο όρο 16,31±4,82 kPa με τη μεταξύ αυτών διαφορά στατιστικώς μη σημαντική (Wilcoxon P=0,499). Από τους 49 ασθενείς που έλαβαν θεραπεία, οι 15 (30,61%) εμφάνισαν θετική ELISA (4 από τους 24 ανταποκριθέντες και 11 από τους 25 μη ανταποκριθέντες, 11,67% και 44% αντίστοιχα). Η διαφορά στη θετικότητα της core+1 στους μη ανταποκριθέντες σε σχέση με τους ανταποκριθέντες, με τη χρήση της δοκιμασίας Fishers' exact αναδείχθηκε στατιστικώς σημαντική (P=0,03).

Συμπέρασμα: Η παρουσία αντισωμάτων έναντι της core+1 πρωτεΐνης του ιού φαίνεται να είναι αρνητικός προγνωστικός δείκτης στην ανταπόκριση στην κλασική θεραπεία. Αντίθετα, στατιστικώς σημαντική συσχέτιση της παρουσίας αντισωμάτων έναντι της core+1 και της ηπατικής ίνωσης δεν αναδείχθηκε, αν και η απόλυτη διαφορά σε kPa θα μπορούσε να δικαιολογήσει περαιτέρω μελέτες πάνω στο θέμα.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):42

eP75

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ (ΗΚΚ) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΜΕ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝ Α

Δ. Δημητρουλόπουλος, Ν. Σαριμπενιόγλου, Α. Θεοδωρόπουλος, Σ. Χατζηνικολάου, Σ. Σταυρινίδης, Γ. Σοφιανίδης, Α. Μαλαχιάς, Δ. Κυπραίος, Κ. Τσαμακίδης, Δ. Ξυπόπουλος

Γαστρεντερολογική Κλινική, ΑΟΝΑ «ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί πιθανή συσχέτιση μεταξύ της ανάπτυξης ΗΚΚ και το στάδιο της ηπατικής ίνωσης προ θεραπείας, η ηλικία, η κατανάλωση αλκοόλ και εργαστηριακών παραμέτρων σε ασθενείς, με πετυχημένη θεραπεία για χρόνια λοίμωξη HCV.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά 71 διαδοχικοί ασθενείς (57Α, 14Θ) που υποβλήθηκαν επιτυχώς σε θεραπεία για χρόνια ηπατίτιδα C με ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη μεταξύ των ετών 2008–2014. Στην πολυπαραγοντική μελέτη που ακολούθησε συμπεριλήφθηκαν ηλικία, φύλο, κατανάλωση αλκοόλ, ικκός γονότυπος, ικκός φορτίο προ θεραπείας, αιμοπετάλια, χολερυθρίνη, γ-σφαιρίνες, INR, HbA1c, AFP, CA 19–9 καθώς και το στάδιο της ηπατικής ίνωσης. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν συστηματικά κάθε 6 μήνες με u/s ήπατος και τα επίπεδα AFP. Η διάμεση περίοδος παρακολούθησης μετά την SVR ήταν 44 μήνες (εύρος 11–65).

Αποτελέσματα: Κατά την διάρκεια παρακολούθησης 5 (4Α, 1Θ, 7,04%) από τους 71 ασθενείς ανέπτυξαν ΗΚΚ. Η μέση περίοδος από SVR μέχρι την διάγνωση ΗΚΚ ήταν 35 μήνες (εύρος 21–104). Η κατανάλωση αλκοόλ (HR 7,3: 95% CI 3–15,9: P<0,0001), η ηλικία ≥55 ετών (HR 3,3: 95% CI 01,05–06,04: P=0,009) και το προχωρημένο (F3/F4) στάδιο ίνωσης (HR 3,7: 95% CI 1,8–76: P<0,0001) αναγνωρίστηκαν ως ανεξάρτητοι και στατιστικά σημαντικοί παράγοντες για την ανάπτυξη ΗΚΚ μετά την επιτυχή εξάλειψη του HCV.

Συμπέρασμα: Το προχωρημένο στάδιο ηπατικής ίνωσης, η κατανάλωση αλκοόλ και η ηλικία μπορούν να θεωρούν ως σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες σχετιζόμενοι με την ανάπτυξη ΗΚΚ σε ασθενείς που ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία για HCV με ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):42

eP74

ΑΝΑΖΩΠΥΡΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗ HBV/HCV ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ HCV ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕ ΑΜΕΣΩΣ ΔΡΩΝΤΑ ΑΝΤΙΓΑ (DAAs)

Μ. Παπαδόδη, Ν. Παπαδόπουλος, Ε. Κουλλιάς, Γ. Κόντος, Α. Κουρίκου, Σ. Μανωλάκοπουλος, Μ.-Μ. Ντόιτς

Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Εισαγωγή-Σκοπός: Σε ασθενείς με χρόνια HBV/HCV συλλοίμωξη, ο πολλαπλασιασμός του ιού της ηπατίτιδας Β (HBV-DNA) καταστέλλεται. Η θεραπεία έτσι αφορά κυρίως την HCV λοίμωξη. Αύξηση του HBV-DNA (αναζωπύρωση) μετά από εκρίζωση HCV (SVR) παρατηρείται σε 20–30% των ασθενών μετά από θεραπεία με Πεγκυλιωμένη Ιντερφερόνη/Ριμπαβιρίνη. Δεδομένα με τα DAAs είναι ελάχιστα. Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με HBV/HCV συλλοίμωξη, ο οποίος ανέπτυξε αναζωπύρωση του HBV μετά από επιτυχή αντι-HCV θεραπεία με DAAs.

Περιγραφή περίπτωσης: Άνδρας 55 ετών, με HBV/HCV μη αντιρροπούμενη κίρρωση (πυλαία υπέρταση, ασκίτης ελεγχόμενος με διουρητικά) με HCV-G 1β, HCV-RNA: 5160894 IU/ml και μη ανιχνεύσιμο HBV-DNA, έλαβε αγωγή με ledipasvir/sofosbuvir και ριμπαβιρίνη για 12 εβδομάδες. Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες και στο τέλος της θεραπείας ο βιοχημικός έλεγχος του ήπατος ήταν εντός φυσιολογικών ορίων και το HCV-RNA μη ανιχνεύσιμο. Στον έλεγχο 12 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας το HCV-RNA παρέμεινε μη ανιχνεύσιμο (SVR) αλλά ο λόγος AST/ALT: 70/102 IU/l. Το HBV-DNA βρέθηκε 46000 IU/ml (HBeAg αρνητικό) και ο ασθενής άρχισε αγωγή με τενοφοβίρη 245 mg/24ωρο. Εξι μήνες μετά ο ασθενής είναι με φυσιολογικές τιμές τρανσαμινασών και χωρίς επιδείνωση του ασκίτη (υπό διουρητικά).

Συμπέρασμα-Συζήτηση: Σε ασθενείς με HBV/HCV συλλοίμωξη η επιτυχής θεραπεία της HCV με DAA μπορεί να οδηγήσει σε HBV αναζωπύρωση, η οποία σε κίρρωτικούς ασθενείς μπορεί να αποτελεί παράγοντα επιδείνωσης της ηπατικής λειτουργίας. Η προληπτική αντι-HBV αγωγή vs vs της στενής παρακολούθησης ειδικά σε κίρρωτικούς αποτελεί ερώτημα που θα πρέπει να συζητηθεί.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):42

eP76

Η ΔΕΙΑ ΤΗΣ ΜΑΛΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΛΔΕΥΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΑΣΚΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΚΙΤΗ

Π. Κηρυττόπουλος,¹ Μ. Χαρολαμπιδής,² Π. Δημητριάδης,³ Α. Αγοραστός,⁴ Α. Παπαδόπουλος,¹ Θ. Μιχαηλίδης,¹ Κ. Παρασκευαΐδου²

¹Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ημαθίας, Μονάδα Βέροιας, ²Γαστρεντερολογική κλινική, ΑΝΘ «Θεαγένειο», ³Κ.Υ. Αλεξάνδρειας Ημαθίας, ⁴St Thomas Hospital, London, UK

Εισαγωγή: Η χρήση του gradient της λευκωματίνης ορού και ασκίτικου υγρού είναι δεδομένη για το διαχωρισμό του ασκίτη πυλαίας υπέρτασης από τον κακοήθη ασκίτη.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να διαπιστωθεί εάν η μαλονική διαλδεύδη (MDA), που χρησιμοποιείται ως βιοδείκτης οξειδωτικού stress, και η ολική χοληστερόλη του ασκίτικου υγρού μπορούν να χρησιμοποιηθούν με αντίστοιχο τρόπο.

Υλικό-Μέθοδος: 50 ασθενείς με ασκίτη χωρίστηκαν σε 2 ισάριθμες ομάδες. Στην ομάδα Α συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ασκίτη πυλαίας υπέρτασης από κίρρωση, λόγω ιογενούς ηπατίτιδας ή κατάχρησης αιθανόλης. Στην ομάδα Β συμπεριλήφθηκαν 25 ασθενείς με γνωστό κακοήθη ασκίτη (12 με ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, 6 με αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος, 5 με αδενοκαρκίνωμα στομάχου και 2 με κακοήθεια των χοληφόρων). Ποσοτικοποιήθηκε η MDA (φασματοφωτομετρικά) και η χοληστερόλη του ασκίτικου υγρού σε όλους τους ασθενείς.

Αποτελέσματα: Στην ομάδα Β η μέση τιμή MDA ήταν 1,17±0,45 μmol/L και της χοληστερόλης 68,4 mg/dL. Οι αντίστοιχες τιμές για τους ασθενείς της ομάδας Α ήταν 0,39±0,09 μmol/L για την MDA και 21,2 mg/dL για τη χοληστερόλη. Στατιστική ανάλυση καταδεικνύει σημαντική συσχέτιση (P<0,001) μεταξύ της ύπαρξης κακοήθειας στην κοιλιά και των επιπέδων MDA και χοληστερόλης στο ασκίτικο υγρό.

Συμπέρασμα: Το αποτέλεσμα της μελέτης ανοίγει ενδεχομένως τη συζήτηση για τη χρήση επιπλέον βιοδεικτών στη διαφοροδιάγνωση του κακοήθους ασκίτη. Για τη μεν χοληστερόλη πιθανός παράγοντας διαφοροποίησης είναι η παραγωγή της από τα κύτταρα του όγκου. Για δε την MDA είναι δεδομένο ότι το οξειδωτικό status σε οργανισμό με κακοήθεια είναι a priori επιβαρυνόμενο.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):42

eP77

ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΝΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΧΡΗΣΤΕΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ (XEN) ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΠΙΤΑΞΙΑΣ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Β. Παπαστεργίου,¹ Ο. Αναγνώστου,² Μ. Ντόιτς,¹ Α. Κουρικού,¹ Δ. Ζαμπέτας,¹ Ε.Σ. Ιωάννης,¹ Χ. Κρανιδιώτη,¹ Γ. Κόντος,¹ Σ. Μανωλακόπουλος¹
¹Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝ Αθηνών «Ιπποκράτειο», ²ΟΚΑΝΑ, Αθήνα

Εισαγωγή: Παρόλο που οι XEN αποτελούν την κύρια δεξαμενή διασποράς του ιού της ηπατίτιδας C (HCV), πολλοί φραγμοί δυσκολεύουν τη διάγνωση και πρόσβαση στην αντι-HCV θεραπεία.

Σκοπός: Να μελετηθεί διαχρονικά η πιθανότητα έναρξης αντιικής θεραπείας σε XEN με χρόνια HCV λοίμωξη και να προσδιοριστούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την έναρξη της αντιικής θεραπείας.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Τα δεδομένα HCV-RNA(+) ασθενών που επισκέφθηκαν ηπατολογικό κέντρο (1/2009–6/2015) αναλύθηκαν αναδρομικά. Χρησιμοποιήθηκε μέθοδος Kaplan-Meier και ανάλυση παλινδρόμησης Cox.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθησαν 177 XEN (141-άρρενες, ηλικία: 41,7±10,6 έτη, 19,7%-κιρρωτικοί, 77,9%-naïve): 74(41,8%) πρώην χρήστες, 88(49,7%) σε πρόγραμμα υποκατάστασης και 15(8,5%) ενεργοί χρήστες. 101(57,1%) ξεκίνησαν θεραπεία στο διάστημα της μελέτης (αθροιστική πιθανότητα στα 3 έτη: 61,8%), 91,1% έλαβε πηγκυλικωμένη-ιντερφερόνη/ριμπαφίρινη (PR). Θεραπεία με DAAs έλαβαν 9 ασθενείς, 5 σε interferon-free σχήμα. Η πιθανότητα έναρξης θεραπείας παρέμεινε αμετάβλητη μεταξύ των χρονικών περιόδων 2009–11, 2012–13, 2014–15 (RR:1,02,95% CI:0,78–1,32; P=0,88). Σε σχέση με πρώην χρήστες, οι ενεργοί χρήστες ήταν λιγότερο πιθανό να ξεκινήσουν θεραπεία (RR: 0,17,95% CI:0,030,91, P=0,04), ενώ η χρήση δεν επηρέασε την πιθανότητα έναρξης για XEN σε πρόγραμμα υποκατάστασης (RR:0,60,95% CI:0,30–1,18, P=0,14). ALT<40IU/L (RR:0,23,95%CI: 0,09–0,6, P=0,002), γονότυπος 1–4 (RR:0,36,95%CI:0,17–0,73; P=0,005) και συννοσηρότητες (RR:0,36,95% CI:0,19–0,69, P=0,002) συσχετίστηκαν αρνητικά με την πιθανότητα έναρξης θεραπείας.

Συμπεράσματα: Παρά την διάθεση των DAAs, το ποσοστό XEN ασθενών που ξεκινά θεραπεία δεν μεταβλήθηκε σημαντικά μετά το 2014. Ο συνδυασμός PR συνεχίζει να αποτελεί το συχνότερα χρησιμοποιούμενο σχήμα. Η αυξημένη ένταξη σε προγράμματα υποκατάστασης συνδυασμένη με διευρυμένη πρόσβαση στα DAAs αναμένεται να μειώσει σημαντικά το πρόβλημα της HCV λοίμωξης σε XEN.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):43

eP79

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΜΕ ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΤΙΪΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ

Σ. Σιασιόπουλος, Α. Βασιλείβα, Κ. Συρανίδη, Δ. Αγιασωτέλλη, Α. Αλεξοπούλου, Ι. Κετίκογλου, Σ.Π. Ντουράκης
 Β' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιπποκράτειο ΓΝΑ

Σκοπός: Η μελέτη της ανταπόκρισης και συμμόρφωσης ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C στη θεραπεία με νεότερα αντιικά σχήματα.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 109 ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C. 101 ασθενείς (92,6%) είχαν κίρρωση του ήπατος και 81 ασθενείς (74,3%) είχαν ιστορικό θεραπείας με ιντερφερόνη.

Αποτελέσματα: Από τους 109 ασθενείς μόνο 2 διέκοψαν τη θεραπεία. 104 ασθενείς έχουν ολοκληρώσει την θεραπεία και σε 78 έχει προσδιοριστεί η τιμή HCV RNA 12 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας. Ιολογική ανταπόκριση 12 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας (SVR12) επιτεύχθηκε στους 77 (98,7%) ασθενείς. Για τον μοναδικό ασθενή που δεν επιτεύχθηκε SVR12 (γονότυπος 4) δεν στοιχειοθετείται μη συμμόρφωση στη θεραπεία. 4 ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση παρουσίασαν μείωση της βαθμολογίας MELD 12 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας. Ένας ασθενής ταυτόχρονα της αντιικής αγωγής έλαβε και θεραπεία νεοπλασμάτων πνεύμονα. 68 ασθενείς (62,4%) δεν παρουσίασαν ανεπιθύμητη ενέργεια από τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα. Οι συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν αδυναμία, ζάλη, κόπωση, κνησμός και αναιμία. Ίκτερο παρουσίασαν 2 ασθενείς εκ των οποίων στον πρώτο υποχώρησε με συνέχιση αντιικής αγωγής και στον δεύτερο με μείωση της δόσης της ριμπαφίρινης. Τέσσερις ασθενείς που ελάμβαναν συνδυασμό με ριμπαφίρινη μεταγίσησαν λόγω αναιμίας. Τρεις ασθενείς, ενώ είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία, και δύο ασθενείς, ενώ λάμβαναν τη θεραπεία, όλοι με μη αντιρροπούμενη κίρρωση, κατέληξαν λόγω επιπλοκών ηπατικής ανεπάρκειας.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία χρόνιας ηπατίτιδας C με τα νέα αντιικά σχήματα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε ομάδα δύσκολων ασθενών με καλώς ανεκτές ανεπιθύμητες ενέργειες. Εξαιρεση, ίσως, αποτελεί η ομάδα των μη αντιρροπούμενων κίρρωτικών ασθενών.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):43

eP78

ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Γ. Καπέλλος, Ε. Αρμένη, Μ. Καρμπαλιώτη, Α. Βερνάδου, Π. Κουρουπάκης, Κ. Ίσκος, Π.-Ι. Κρητικός, Κ. Κονναρή, Χ. Γεωργακόπουλος, Η. Φύλλας, Ν. Καρακούσης, Μ. Γεωργιτσιγιαννάκου, Ε. Δημητράλλος, Κ. Καλιερός
 Β' Παθολογική Κλινική, Σισμανόγλειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού ασθενούς μέσης ηλικίας με αυτοάνοση ηπατίτιδα. Η αυτοάνοση ηπατίτιδα είναι ένα φλεγμονώδες νόσημα του ήπατος που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα μιας αυτοάνοσης απάντησης κατά των ηπατοκυττάρων.

Υλικό-Μέθοδοι: Γυναίκα 50 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ αναφέροντας αδυναμία καταβολή από 10 ημέρου. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε με πολύ επηρεασμένους τους δείκτες της ηπατικής βιοχημείας (SGOT 1200, SGPT 1800) και εισήχθη για περαιτέρω διερεύνηση.

Αποτελέσματα: Κατά την εισαγωγή από την κλινική εξέταση δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Η ασθενής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της υπεβλήθη σε απεικονιστικό έλεγχο με CT και MRI άνω κάτω κοιλίας χωρίς παθολογικά ευρήματα. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της ασθενούς εστάλη πλήρης ανοσολογικός και ιολογικός έλεγχος. Λόγω της επιδείνωσης του εργαστηριακού προφίλ της ασθενούς και της ανόδου της τιμής της χολερυθρίνης η ασθενής υπεβλήθη σε κατευθυνόμενη βιοψία ήπατος. Το αποτέλεσμα της βιοψίας ήταν συμβατό με την αυτοάνοση ηπατίτιδα. Από τον ανοσολογικό έλεγχο προέκυψαν τα αυτοαντισώματα ANA και ASMA θετικά. Ο ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Η ασθενής άμεσα τέθηκε σε αγωγή με υψηλές δόσεις κορτιζόνης. Οι αυξημένες τιμές των ηπατικών ενζύμων και της χολερυθρίνης παρουσίασαν σταδιακή πτώση και η ασθενής εξήλθε και τέθηκε σε συνεχή παρακολούθηση. Στον επανέλεγχο που υπεβλήθη η ασθενής δύο μήνες μετά την έναρξη της αγωγής η ηπατική βιοχημεία έχει επανέλθει σχεδόν στο φυσιολογικό και η ασθενής έχει βελτιωμένη κλινική εικόνα.

Συμπέρασμα: Η αυτοάνοση ηπατίτιδα είναι μια ηπατική νόσος που ανταποκρίνεται στην ανοσοκατασταλτική αγωγή αλλά σε περίπτωση που αφαιρεθεί χωρίς θεραπευτική παρέμβαση έχει αρνητική πρόγνωση. Για το λόγο η έγκαιρη διάγνωση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία της νόσου.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):43

eP80

Η ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ

Κ. Φωτεινιογιαννοπούλου,^{1,2} Μ. Κουλενάκη,^{1,2} Α. Σφακιανάκη,² Ε. Γρινιάκη,^{1,2} Ν. Λιοδάκη,^{2,3} Ι. Μουζάς^{1,2}

¹Αλκοολογικό Ιατρείο, ²Γαστρεντερολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, ³Σύλλογος Στήριξης Εξαρτημένων από το Αλκοόλ Ατόμων «Η ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ»

Εισαγωγή: Η δοκιμασία ταυτοποίησης διαταραχής χρήσης αλκοόλ (Alcohol Use Disorder Identification Test-AUDIT), περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών, έχει μεταφραστεί και αξιολογηθεί σε ελληνικό πληθυσμό.

Σκοπός: Χρησιμοποιήσαμε το AUDIT ως γραπτό ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, στους προσερχόμενους στο Αλκοολογικό Ιατρείο στην αρχική επίσκεψη. Το AUDIT σκορ ελήφθη υπόψη για να καθοριστεί η παρέμβαση μας.

Μέθοδος: Από τον Νοέμβριο 2011–Μάρτιο 2016, 189 ασθενείς (32 γυναίκες) συμπλήρωσαν το AUDIT υπό την καθοδήγηση κοινωνιολόγου, σχετικά με την κατανάλωση των τριών προηγούμενων μηνών. Βαθμολογία 0–7 αντιστοιχεί σε επίπεδο κινδύνου I (κανένα πρόβλημα, καμία παρέμβαση), 8–15 επίπεδο κινδύνου II (επικίνδυνη κατανάλωση, ενήμερωση), >16 επίπεδο κινδύνου III (επιβλαβής κατανάλωση, συνέντευξη κινητοποίησης & ένταξη σε ομάδες αυτοβοήθειας με ή χωρίς φαρμακευτική θεραπεία). Βαθμολογία >20 είναι ενδεικτική εξάρτησης.

Αποτελέσματα: Το 83,1% των ασθενών μας ήταν άνδρες, με μέση ηλικία 48,3 χρόνια (20,7–80,9) και μέσο AUDIT 22,1 (5–36). Το 16,9% ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία 44,4 χρόνια (22,3–62), μέσο AUDIT σκορ 24 (11–35). Στο επίπεδο κινδύνου I βρίσκονταν το 1,9% των ανδρών ενώ το 0% των γυναικών, στο επίπεδο II το 17,2% των ανδρών έναντι 15,6% των γυναικών, στο επίπεδο III το 80,9% των ανδρών έναντι 84,4% των γυναικών. Βαθμολογία >20 είχαν το 61,8% των ανδρών έναντι του 81,3% των γυναικών (P<0,5).

Συμπεράσματα: Το AUDIT είναι αξιόπιστο ερωτηματολόγιο που διαχωρίζει τους ασθενείς με προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ και καθοδηγεί την θεραπευτική παρέμβαση. Λιγότερες γυναίκες αναζητούν βοήθεια, αλλά η πλειοψηφία τους παρουσιάζει AUDIT score συμβατό με εξάρτηση.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):43

eP81

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΜΕΣΑ ΔΡΩΝΤΩΝ ΑΝΤΙΪΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΘ' ΗΜΕΡΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ

Ε. Ορφανουδάκη,¹ Ι. Δρυγιαννάκης,¹ Α. Καπάτας,² Α. Χούντα,³ Σ. Καραπαπάνης,⁴ Χ. Δρακούλης,⁵ Δ. Διαμαντόπουλος,⁶ Ι. Κετίκογλου,⁷ Γ. Μπαλαγιάννης,⁸ Δ. Σαμωνάκης,¹ Ε. Θαλασσινός,⁹ Μ. Κουλεντάκη¹

¹Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, ²Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής, ³4η Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Αττικό Νοσοκομείο, ⁴Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου, ⁵Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας, ⁶Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο Άγιος Σάββας, ⁷Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθήνας, ⁸Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, ⁹Παθολογική Κλινική, Βενιζέλιο Νοσοκομείο Ηρακλείου

Εισαγωγή: Τα νεότερα DAAs έδειξαν στις μελέτες έγκρισης εξαιρετικά ποσοστά αποτελεσματικότητας (SVR 90–100%) και άριστο προφίλ ασφάλειας.

Σκοπός: Πρόκειται για πολυκεντρική μελέτη παρατήρησης της ιολογικής ανταπόκρισης και των ανεπιθύμητων ενεργειών των 2ης γενιάς DAAs, ασθενών της καθ' ημέραν ιατρικής πράξης.

Υλικά-Μέθοδος: Αναλύθηκαν 194 ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C που είχαν ολοκληρώσει θεραπεία με τα νεότερα DAAs. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το SPSS, έκδοση 22 με χρήση της δοκιμασίας Pearson's χ^2 .

Αποτελέσματα: Άνδρες 58%, μέση ηλικία 58±0,9 έτη και ΔΜΣ 27. Το 86% ήταν Έλληνες, 39% ήταν καπνιστές, 27% έκαναν κατάχρηση αλκοόλ, 61% είχαν συνοσηρότητες (24% ΑΥ, 10% ΣΔ, 8% ρευματολογικά, 8% ψυχιατρικά νοσήματα). 70% είχαν υποβληθεί σε κατά μέση τιμή 2 προηγούμενες θεραπείες. Η μέσος όρος της HCV PCR ήταν 3,9 x 10⁶ ± 9,64 x 10⁵ IU/ml (40% γονότυπο 1b, 10% 1a, 24% 4, 18% 3, 6% 2 και 2% 5). Το *metavir* στάδιο ήταν F4 στο 74%. Στο 95,4% η θεραπεία διήρκεσε 12, ενώ στους υπόλοιπους 24 εβδομάδες. Δύο ασθενείς απεβίωσαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας ενώ 1 εγκατέλειψε λόγω νεοπλασίας πνεύμονα. ETR παρουσίασε το 100% και 97,5% SVR. 25% εμφάνισαν ανεπιθύμητες ενέργειες (78,6% ήπιες, 16,7% μέτριας βαρύτητας, 2,4% σοβαρές). Η ύπαρξη συνοσηροτήτων είχε θετική συσχέτιση με ανεπιθύμητες ενέργειες (P=0,007) και η SVR συσχετιζόταν αντίστροφα με το *Metavir* score (P<0,05).

Συμπέρασμα: Η αποτελεσματικότητα των DAAs 2ης γενιάς σε ομάδα Ελλήνων ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C ήταν εξαιρετική. Συνιστάται εγγύγορση ως προς σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες και θνητότητα σε ασθενείς με συνοσηρότητες.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):44

eP82

ΠΡΟΟΔΟΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟΝ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ (ΗΚΚ) ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΒV ΛΟΙΜΩΞΗ ΥΠΟ ΑΝΤΙΪΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δ. Δημητρουλόπουλος, Ν. Σαριμπεγιόγλου, Δ. Κυπραίος, Α. Μαλαχιάς, Λ. Θεοδωρόπουλος, Σ. Χατζηνικολάου, Σ. Σταυρινίδης, Γ. Σοφινιάδης, Κ. Τσαμακίδη, Δ. Ξυνοπούλου

Γαστρεντερολογική Κλινική, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας»

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να ερευνηθεί την πρόοδο σε ΗΚΚ και τη σχετιζόμενη με το ήπαρ θνητότητα σε ασθενείς με χρόνια ΗΒV λοίμωξη υπό αντιΪκή αγωγή.

Μέθοδοι: Αναδρομικά μελετήθηκαν 116 ασθενείς με χρόνια ΗΒV λοίμωξη που έλαβαν αγωγή με εντεκαβίρη ή τενοφοβίρη για περισσότερο από 24 μήνες. Καμπύλη Kaplan-Meier χρησιμοποιήθηκε για να καθορίσει την ανάπτυξη ΗΚΚ και την συνολική σχετιζόμενη με το ήπαρ θνητότητα ενώ Cox regression ανάλυση έγινε για τον καθορισμό κλινικών, βιοχημικών και ιολογικών παραγόντων που σχετίζονται με την ανάπτυξη ΗΚΚ και τη θνητότητα.

Αποτελέσματα: 6 ασθενείς ανέπτυξαν ΗΚΚ κατά τη διάρκεια ενός μέσου χρόνου παρακολούθησης 134 (68–214) εβδομάδων. Οι για τα 1,2,3 και 5 έτη οι δείκτες συχνότητας ΗΚΚ ήταν 0,31%, 2,28%, 3,40% και 11,17% αντίστοιχα. Η συνοδός κίρρωση (P<0,001) και ο αριθμός PLT (P<0,01) ήταν ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου σχετιζόμενοι με την ανάπτυξη ΗΚΚ. Τέσσερις ασθενείς απεβίωσαν κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης. Η σχετιζόμενη με το ήπαρ θνητότητα στα 1,2,3 και 5 έτη ήταν 0%, 0,79%, 0,79% και 3,56% ενώ η συνολική θνητότητα ήταν 0%, 1,18%, 1,73% και 5,28% αντίστοιχα. Η συνοδός κίρρωση (P<0,01), ο αριθμός PLT (P<0,01) και η αλβουμίνη ορού (P<0,05) κατέδειξαν σημαντική συσχέτιση με τη σχετιζόμενη με το ήπαρ θνητότητα.

Συμπέρασμα: Η συνοδός κίρρωση, ο αριθμός PLT και η αλβουμίνη ορού αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου σχετιζόμενους με την ανάπτυξη ΗΚΚ και τη σχετική με το ήπαρ θνητότητα σε ασθενείς με χρόνια ΗΒV λοίμωξη υπό αντιΪκή αγωγή.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):44

eP83

Η ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΟ ΣΟΡΑΦΕΝΙΒ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ (ΗΚΚ) ΠΟΥ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΕΛΑΒΑΝ Η΄ ΔΕΝ ΕΛΑΒΑΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ

Δ. Δημητρουλόπουλος, Λ. Θεοδωρόπουλος, Δ. Κυπραίος, Α. Μαλαχιάς, Σ. Χατζηνικολάου, Γ. Σοφινιάδης, Σ. Σταυρινίδης, Ν. Σαριμπεγιόγλου, Κ. Τσαμακίδη, Δ. Ξυνοπούλου

Γαστρεντερολογική Κλινική, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας»

Σκοπός: Να συγκριθεί η επιβίωση και οι ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με το Sorafenib σε ασθενείς με προχωρημένο ΗΚΚ που έλαβαν το εν λόγω φάρμακο ως πρώτης ή δεύτερης γραμμής θεραπεία μετά από τοπική/περιοχική θεραπευτική παρέμβαση.

Μέθοδοι: Αναδρομικά μελετήθηκαν 41 ασθενείς που έλαβαν το εν λόγω φάρμακο μεταξύ 2008–2015. 20 εξ αυτών έλαβαν Sorafenib ως πρώτης γραμμής θεραπεία (ομάδα Α) και 21 ως δεύτερης (ομάδα Β).

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς στις δύο ομάδες παρουσίαζαν παρόμοιο μέσο όρο ηλικίας ενώ κατά πλειοψηφία ήταν άντρες. Υπήρχε μεγαλύτερη αναλογία ασθενών με κίρρωση σταδίου Α στην ομάδα Β αλλά δεν υπήρχαν συνολικά διαφορές στο Child-Pugh score μεταξύ των δύο ομάδων. Οι ασθενείς της ομάδας Α παρουσίαζαν σε μεγαλύτερη συχνότητα ασκίτη (P=0,039), διήθηση πτυλαίας (P>0,001), απομακρυσμένες μεταστάσεις (P=0,023) και υψηλότερο μέσο ECOG score (P=0,045). Η μέση επιβίωση από τη μέρα που χορηγήθηκε Sorafenib ήταν 89 ημέρες για την ομάδα Α και 131 ημέρες για την ομάδα Β (P>0,001). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση η επιβίωση δεν φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με το αν το Sorafenib χορηγήθηκε ως πρώτης ή δεύτερης γραμμής θεραπεία (OR: 0,82, 95% CI 0,37–1,81). Οι ασθενείς της ομάδας Β παρουσίασαν συχνότερα μία ή περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες οποιουδήποτε βαθμού (P=0,018) χωρίς όμως να υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαρύτητα αυτών ή στην πιθανότητα να οδηγήσουν σε διακοπή της αγωγής.

Συμπεράσματα: Το πλεονέκτημα επιβίωσης ήταν παρόμοιο για τους ασθενείς είτε έλαβαν Sorafenib ως πρώτης είτε ως δεύτερης γραμμής θεραπεία. Οι ασθενείς που το έλαβαν ως πρώτης γραμμής θεραπεία παρουσίασαν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):44

eP84

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΧΟΛΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: Η ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΑΙ

Π. Κηρυττόπουλος,¹ Μ. Χαραλαμπίδης,² Π. Δημητριάδης,³ Γ. Χατζηνάκος,² Ζ. Μίγυρος,³ Θ. Μιχαηλίδης,¹ Α. Παπαδόπουλος,¹ Α. Αγοραστός⁴

¹ΓΝ Ημαθίας, μονάδα Βέροιας, ²ΑΝΘ «Θεαγένειο», ³ΚΥ Αλεξάνδρειας Ημαθίας, ⁴St Thomas Hospital, London, UK

Αμφιλεγόμενη παραμένει η πιθανή συσχέτιση της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης με τον καρκίνο του μαστού. Δεν έχει αποσαφηνιστεί ούτε η συνύπαρξη των δύο νοσημάτων ούτε το ενδεχόμενο παθοφυσιολογικό μονοπάτι που τις συσχετίζει.

Σκοπός της εργασίας μας η καταγραφή διαφόρων μορφών καρκίνου του μαστού στο οικογενειακό περιβάλλον γυναικών με τεκμηριωμένη πρωτοπαθή χολική κίρρωση.

Μελετήθηκαν τρεις (3) γυναίκες. Στην ασθενή Ι (37 ετών) καταγράφηκαν δύο θείες (αδερφές της μητέρας) με πορογενή και λοβιακό καρκίνο του μαστού, αντίστοιχα. Στην ασθενή ΙΙ (48ετών) διαπιστώθηκε ότι μία ξαδέρφη είχε εμφάνιση καρκίνου του μαστού με πλήρη ύφεση στη δεκαετία μετά ογκεκτομή και ορμονοθεραπεία με ταμοξιφαίνη. Στην ασθενή ΙΙΙ (42 ετών) καταγράφηκαν δύο περιστατικά· η αδερφή της με πορογενή Ca μαστού και η γιαγιά της με τον ίδιο ακριβώς τύπο. Και οι τρεις γυναίκες με πρωτοπαθή χολική κίρρωση είχαν φυσιολογική πρόσφατη ψηφιακή μαστογραφία και υπαρχόντες χολικοί μαστού.

Η δράση των ΑΜΑ στην υπομονάδα E2 του συμπλεγματος προυβινικής δευδρογενάσης των μιτοχονδρίων, η συσχέτιση της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης με τα αλληλία HLA-DRB1*08 κυρίως και HLA-DRB1*11/DRB1*13 (σε ιταλικούς και βρετανικούς πληθυσμούς), καθώς και με παραλλαγές του CTLA4 είναι ήδη καταγεγραμμένες. Ο συνδυασμός των δεδομένων αυτών με τη ραγδαία γονιδιακή μελέτη των διαφόρων τύπων καρκίνου του μαστού σίγουρα θα ξεκαθαρίσει το τοπίο της πιθανής συσχέτισης των δύο νοσημάτων.

Ενδιαφέρον έχει οπωσδήποτε και η ανεύρεση στη διεθνή βιβλιογραφία περιπτώσεων όπου η υποχώρησε η τιμή της ALP σε ασθενείς με πρωτοπαθή χολική κίρρωση και συνυπάρχον Ca μαστού, όταν έλαβαν θεραπεία με ταμοξιφαίνη και κάποιες άλλες με Her2 θετικό καρκίνωμα που έλαβαν θεραπεία με trastuzumab.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):44

eP85

ΥΦΕΣΗ NON-HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΓΩΓΗ ΜΕ SOFOSBUVIR ΚΑΙ SIMEPREVIR ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Σ. Στυλιανίδης,¹ Γ. Καϊφα,² Γ. Νεοκοσιμίδης,³ Ε. Στουρνάρας,⁴ Χ. Δημητριάδης,¹ Β. Περιφάνης,² Α. Πρωτοπαπάς¹
¹Ήπατογαστρεντερολογικό, ²Αιματολογικό Τμήμα, ³Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, ⁴ΓΠΝ Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

Εισαγωγή: Ο ιός της ηπατίτιδας C συχνά προκαλεί σημαντικές εξωηπατικές εκδηλώσεις όπως το non-Hodgkin λέμφωμα (N-HL). Η παθογένεια του λεμφώματος που σχετίζεται με τον ιό της ηπατίτιδας C δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς.

Περιγραφή περίπτωσης: Ασθενής άνδρας ηλικίας 56 ετών προ 4ετίας διεγνώσθη με λέμφωμα β-κυτταρικής σειράς υψηλού βαθμού κακοήθειας. (Διάχτυο, μη-Hodgkin λέμφωμα από μεγάλα Β-κύτταρα) και χρόνια ηπατίτιδα C γονότυπος 1b HCV RNA 1273733 iu/ml, βιοψία ήπατος: κίρρωση ήπατος, HAI:9 στάδιο κατά METAVIR:4, fibroscan 16 kpas (F4), Fibrometer-CirrhoMeter 1.00 (F4). Ο ασθενής έλαβε 6 κύκλους χημειοθεραπείας με R-CHOP (Mabthera, Endoxan, Fartomubicin, Oncovin, Prezolon) και μετά θεραπεία συντήρησης με Mabthera ανά δίμηνο. Για την χρόνια ηπατίτιδα C αρχικώς δεν έλαβε αγωγή λόγω της σοβαρότητας της γενικής του κατάστασης ως αποτέλεσμα της νόσου, της αντινεοπλασματικής φαρμακευτικής αγωγής και των αναμενόμενων παρενεργειών της θεραπείας βασιζόμενης στη ιντερφερόνη. Προ 2 ετών, κατά τη διάρκεια της αγωγής συντήρησης ο ασθενής υπεβλήθη σε αγωγή ελεύθερη ιντερφερόνης με Sofosbuvir και Simeprevir για 12 εβδομάδες με SVR12 και SVR24. Κλινικές ή βιοχημικές παρενέργειες κατά την διάρκεια της θεραπείας δεν παρατηρήθηκαν. Η θεραπεία συντήρησης με Mabthera ανά δίμηνο, διεκόπη πλήρως προ 16 μηνών και 7 μήνες μετά το τέλος της αντι-HCV θεραπείας. Έκτοτε ο ασθενής είναι σε ύφεση και χωρίς αντινεοπλασματική θεραπεία για το μη-Hodgkin λέμφωμα.

Συμπεράσματα: Βασιζόμενη στη πιθανή αιτιολογική σχέση της λοίμωξης από ιό της ηπατίτιδας C και B-NHL, η εκκρίωση του HCV με τους νεότερους αντικαρκινικούς παράγοντες μπορεί να οδηγήσει σε πρόληψη της εξέλιξης και στη ύφεση του N-HL.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):45

eP87

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 82 ΕΤΩΝ

Α. Ιωαννίδου,¹ Μ. Αργρογιάννη,¹ Χ. Καραμίχαμα,¹ Α. Πελεκάνου,¹ Χ. Δρακογιάννη,¹ Π. Ζορμπάς,¹ Γ. Μπέτσος,¹ Σ. Τσαλαβούτας²
¹Β' Παθολογική Κλινική, ²Ορμονολογικό Εργαστήριο-Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά

Εισαγωγή: Το ινσουλινώμα είναι σπάνιος, συνήθως καλοήθης όγκος του παγκρέατος από τα ινσουλινοπαραγωγά β-κύτταρα των νησιδίων Langerhans. Πρόκειται για μονήρη αδενώματα, μικρότερα των 3 εκατοστών που εμφανίζονται περισσότερο στις γυναίκες, σε αναλογία 2:1, σε σχέση με τους άνδρες, κυρίως την 5η με 6η δεκαετία της ζωής τους. Σε ποσοστό <10% αποτελούν εκδήλωση του συνδρόμου MEN 1.

Περιγραφή περιστατικού: Γυναίκα 82 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και προοδευτικής διανοητικής έκπτωσης εισήχθη στην κλινική μας με διαταραχή συμπεριφοράς, ακατάληπτο λόγο και νευρολογική σημειολογία (ήπια πτώση δεξιού άνω άκρου). Το περιβάλλον ανέφερε συχνά επεισόδια αδιαθεσίας τα δύο τελευταία χρόνια, τα οποία αντιμετώπιζονταν από την ασθενή με κατανάλωση ζάχαρης. Εργαστηριακά, διαπιστώθηκε υπογλυκαιμία νηστείας έως 35 mg/dl. Η ασθενής δεν ελάμβανε αντιδιαβητικά δισκία, ούτε ινσουλίνη, δεν παρουσίαζε νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια και δεν είχε υποβληθεί σε χειρουργείο στομάχου. Ανέκτησε πλήρως επίπεδο επικοινωνίας με την ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε ισχαιμική λευκοεγκεφαλοπάθεια-εγκεφαλική ατροφία. Η αξονική τομογραφία κοιλίας μετά από ενδοφλέβια έγχυση ακτινοσκιερής ουσίας ανέδειξε ινσουλινώμα κεφαλής παγκρέατος διαμέτρου 1,4 cm. Από τον υπόλοιπο εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αρνητικά αντισώματα έναντι ινσουλίνης, λόγος Ινσουλίνης/Γλυκόζης νηστείας >0,3, C πεπτιδίο στα ανώτερα φυσιολογικά όρια, φυσιολογικές τιμές ACTH, κορτιζόλη ορού, IGF1, PTH, Ca, άλβουμιν, PRL (αποκλεισμός συνδρόμου MEN I). Η ασθενής λόγω προχωρημένης ηλικίας αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με χορήγηση διαζοξιδίου σε συνδυασμό με θειαζίδιο, για την αποφυγή κατακράτησης Na. Τέσσερις μήνες μετά παραμένει ασυμπτωματική με φυσιολογικές τιμές γλυκόζης αίματος.

Συμπεράσματα: Σε ασθενή με ανεξήγητη υπογλυκαιμία που πληρεί τα κριτήρια Whipple πρέπει να διερευνούμε την ύπαρξη ινσουλινώματος, τα οποία δύναται να αντιμετωπιστεί συντηρητικά.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):45

eP86

ΘΕΡΑΠΕΙΑ HCV- ΚΡΥΟΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑΣ ΜΕ OMBITASVIR/PARITAPREVIR/RITONAVIR, DASABUVIR ΚΑΙ RIBAVIRIN

Σ. Στυλιανίδης,¹ Γ. Νεοκοσιμίδης,³ Ε. Στουρνάρας,⁴ Χ. Δημητριάδης,¹ Δ. Τσιρονίκος,¹ Α. Πρωτοπαπάς¹
¹Ήπατογαστρεντερολογικό Τμήμα Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, ²ΓΠΝ Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

Εισαγωγή: Ο ιός της ηπατίτιδας C αποτελεί την κύρια αιτία της μεικτής κρυοσφαιριναιμίας, μια συστηματικής αγγειίτιδας. Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια των DAA είναι σχετικά άγνωστη.

Περιγραφή περίπτωσης: Ασθενής άνδρας ηλικίας 59 ετών με χρόνια ηπατίτιδα C από 10ετίας γονότυπου 4, HCV RNA 695036 iu/ml, fibroscan 20,9 kpas (F4), μεικτή κρυοσφαιριναιμία, λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα και επηρεασμό της νεφρικής λειτουργίας (κρετινίνη: 2,4 mg, e-GFR: 27 ml/min/1,73 m²), καθώς έλλειψη παράγοντα Von Willebrand και παράγοντα VIII. Έλαβε στο παρελθόν δύο σχήματα θεραπείας με ιντερφερόνη και ριπαβιρίνη χωρίς αποτέλεσμα (μερική ανταπόκριση) με πρώιμη διακοπή της αγωγής λόγω σημαντικών παρενεργειών (σοβαρή μορφή αναίμια). Ο ασθενής έλαβε αγωγή 12 εβδομάδων με ombitasvir/paritaprevir/ritonavir, dasabuvir και ribavirin με επίτευξη SVR12 και SVR24. Παρατηρήθηκε σημαντική κλινική βελτίωση της λευκοκυτταροκλαστικής αγγειίτιδας, μείωση των επιπέδων των κρυοσφαιρινών. Δεν παρατηρήθηκε βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας ή μείωση της πρωτεϊνουρίας έξι μήνες μετά τέλος της αγωγής. Κλινικές και βιοχημικές παρενέργειες κατά την διάρκεια της θεραπείας δεν παρατηρήθηκαν.

Συμπεράσματα: Η αγωγή με ombitasvir/paritaprevir/ritonavir, dasabuvir και ribavirin αποτελεί επιλογή σε άτομα με HCV-κρυοσφαιριναιμία ειδικότερα σε άτομα με περιορισμό της νεφρικής λειτουργίας.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):45

eP88

ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΑΓΚΡΕΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ι.Γ. Καλλιμαχίανης,¹ Α. Καπετάνιου,² Α. Ρουσσάκης,³ Χ. Σάλλα,⁴ Χ. Δημόπουλος,¹ Β. Κυριακίδου,⁴ Ο. Βολονάκη,⁵ Α. Δρακονταειδής,² Ε. Κορατζιάνης,² Φ. Ματσούκα,⁶ Π. Κοσμιδής⁶

¹Γαστρεντερολογική Ομάδα, Ενδοσκοπικό Τμήμα Νοσοκομείο Υγεία, ²Παθολόγος, Νοσοκομείο Υγεία, ³Ακτινοδιαγνώστης, Νοσοκομείο Υγεία, ⁴Κυτταρολογικό Εργαστήριο Νοσοκομείο Υγεία & Μητέρα, ⁵Αναισθησιολόγος, Νοσοκομείο Υγεία, ⁶Β' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική, Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα

Εισαγωγή: Οι μεταστάσεις στο πάγκρεας δεν είναι ένα συνηθισμένο φαινόμενο. Ακόμη σπανιότερα είναι οι μεταστάσεις χωρίς ανεύρεση ορατής πρωτοπαθούς εστίας. Γυναίκα 52 ετών από 2μήνου αναφέρει άλγος στην οσφή για το οποίο λαμβάνει πολύ συχνά ΜΣΑΦ, απο εβδομάδος προ της εισαγωγής της αναφέρει και επιγαστραλγία.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού εξαιρετικά σπάνιου στη διεθνή βιβλιογραφία που αφορά στην ανάδειξη μετάστασης στο πάγκρεας, νεοεξεργασίας εκ του γενετικού συστήματος ενώ ο πλήρης κλινικός και απεικονιστικός έλεγχος δεν ανέδειξε πρωτοπαθή εστία.

Μέθοδος: Εκ του απεικονιστικού ελέγχου κατά τη διερεύνηση της ασθενούς διαπιστώνεται αλλοίωση ικανού μεγέθους στην κεφαλή του παγκρέατος με άτυπους χαρακτηρισμούς αλλά με περιβροχισμό και πιθανή διήθηση των περιπαγκρεατικών αγγείων. Η EUS χαρακτήρισε και σταδιοποίησε την αλλοίωση σε σχέση με τα αγγεία της περιοχής ενώ η FNA ανέδειξε μεταστατικό καρκίνωμα προερχόμενο από το γενετικό σύστημα.

Αποτελέσματα: Αναδείχθηκε θετική πυρηνική ανοσοχρώση έναντι των υποδοχέων Pgr (προγεστερόνης) σε ποσοστό έως 80% του συνόλου των κακοήθων κυττάρων. Θετική ανοσοχρώση έναντι της Vimentin (των κακοήθων κυττάρων). Θετική πυρηνική έκφραση έναντι του δείκτη πολλαπλασιασμού Ki-67, σε ποσοστό περίπου 80% των κακοήθων κυττάρων. Κακόηθες νεόπλασμα με ανοσοφαινότυπο περισσότερο συμβατό με μεταστατικό, και δη εκ του γενετικού συστήματος (θετικότητα έναντι των υποδοχέων Pgr και Vimentin). Έλεγχος με τεστ Παπανικολάου ήταν αρνητικός για κακοήθεια και ο απεικονιστικός έλεγχος των γεννητικών οργάνων ήταν αρνητικός για ευρήματα.

Συμπεράσματα: Τα ενδοκοιλιακά όργανα και κυρίως το πάγκρεας είναι πολύ σπάνιες θέσεις ανεύρεσης μεταστάσεων εκ του γενετικού συστήματος. Η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία και η λήψη κυτταρολογικού υλικού μπορεί να δώσει την διάγνωση και να χαρακτηρίσει άτυπες αλλοιώσεις.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):45

eP89

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ SOD- TYPE II ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΟ PANCREAS DIVISUM: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σ. Παπασάββας,¹ Μ. Τσιτοκάρη,² Μ. Μαρίνου,³ Κ. Παρασκευά,⁵ Χ. Τριαντοπούλου,⁴ Α. Κουτσούμπας,⁶ Χ. Καλτσιδής⁷

¹Ειδικός Γαστρεντερολόγος, ²Ιδιωτική Νοσοκομείο Κυανός Σταυρός, Πάφος, Κύπρος, ³Ειδικός Ακτινολόγος, ⁴Ιδιωτικό Νοσοκομείο Απολλώνιο, Λευκωσία, Κύπρος, ⁵Ειδικός Ακτινολόγος, Διαγνωστικό Κέντρο Μαγνητικής Τομογραφίας, Πάφος, Κύπρος, ⁶Ειδικός Ακτινολόγος, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Αγία Όλγα», Αθήνα, Ελλάδα, ⁷Ειδικός Γαστρεντερολόγος, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Αγία Όλγα», Αθήνα, Ελλάδα, ⁸Ειδικός Γαστρεντερολόγος, Royal Free Hospital, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο, ⁹Ειδικός Γαστρεντερολόγος, Alexandra Hospital, Μάντσεστερ, Ηνωμένο Βασίλειο

Η δυσκινησία του σφιγκτήρα του Oddi τύπου II χαρακτηρίζεται από παγκρεατικού τύπου πόνο με συνοδό υπεραμυλασαιμία ή διάταση του παγκρεατικού πόρου. Το pancreas divisum είναι μια συγγενή ανατομική παραλλαγή που μπορεί να σχετιστεί με παγκρεατικού τύπου πόνο χωρίς στοιχεία συνοδού παγκρεατίτιδας. Η διάγνωση και η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με SOD II και pancreas divisum εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση για τους ενδοσκόπους, κυρίως ως προς την επιλογή των ασθενών που πρόκειται να ωφεληθούν κλινικά. Παρουσιάζουμε περίπτωση θήλεος ασθενούς, 27 ετών, με SOD-Type II (Pancreatic type: Milwaukee Classification) και Pancreas Divisum, την διαγνωστική και θεραπευτική του προσέγγιση με ενδοφυματική έγχυση Botulinum toxin.

Παρούσα νόσος: Από 3 μήνου καθημερινώς επεισόδια επιγαστρικού πόνου μετά τη λήψη τροφής με αντανάκλαση στην πλάτη. Αναφέρεται απώλεια βάρους και βελτίωση συμπτωματολογίας μετά μείωση της προσλαμβανόμενης τροφής.

Αντικαταστάσιμη εξέταση: Άλλος στην ψηλάφηση επιγαστρίου, ατομικό ιστορικό (-), κάπνισμα (-), αλκοόλ (-), οικογενειακό ιστορικό (-), απύρετη, BMI: 25.

Εργαστηριακός έλεγχος: Υπεραμυλασαιμία: 350-400 U/L, αύξηση αμυλάσης ούρων: 1000-1200 U/L.

Απεικονιστικός έλεγχος: Υπερηχογράφημα κοιλίας (-), γαστροσκόπηση (-), CT-κοιλίας (-), EUS- HPB (-), MRCP + Secretin- MRCP: πλήρες pancreas divisum, χωρίς διάταση παγκρεατικού πόρου.

Αντιμετώπιση-πορεία νόσου: Λόγω και της αρνητικής S- MRCP, διενεργήθηκε δωδεκαδακτυλοσκόπηση με έγχυση συνολικά 200 U Botox (τοιχώμα 12-δακτύλου και σφιγκτήρες) με σταδιακή βελτίωση της συμπτωματολογίας και πλήρη ύφεση αυτής 5 εβδομάδες μετά την επέμβαση.

Συμπεράσματα: Η κλινική ανταπόκριση στην ενδοφυματική έγχυση Botulinum toxin, μπορεί να βοηθήσει στην επιλογή των ασθενών που μπορεί να ωφεληθούν από την οριστική θεραπεία που είναι η ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):46

eP91

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗΣ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗΣ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ

Ε. Παπαδημητρίου, Π. Τάτσι, Γ. Παρούτογλου, Σ. Ποταμιάνος
Γαστρεντερολογική Κλινική ΠΓΝ Λάρισας

Εισαγωγή: Η μετανάστευση παγκρεατικής ενδοπρόθεσης είναι ένα σπάνιο μεν (4-10% των επιπλοκών τοποθέτησης παγκρεατικού stent) αλλά υπαρκτό γεγονός, η διαχείριση του οποίου καθίσταται τεχνικά δύσκολη και ενδοσκοπικά ιδιαίτερος ελκυστική. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό μετανάστευσης παγκρεατικής ενδοπρόθεσης εντός του παγκρεατικού πόρου, που τοποθετήθηκε προληπτικά στα πλαίσια αποφυγής πρόκλησης μετά την ERCP παγκρεατίτιδας, και την τεχνική απομάκρυνσής της με χρήση λαβίδας σύλληψης ξένων σωμάτων.

Ασθενής-Μέθοδος: Η ασθενής μας, 74 ετών, υπεβλήθη σε ERCP σε έδαφος χοληδοχολιθίας επιβεβαιωμένης από MRCP. Κατά τη διάρκεια της ERCP στην αρχική προσπάθεια εκλεκτικού καθετηριασμού του χοληδόχου πόρου, το σύρμα προωθήθηκε εντός του παγκρεατικού πόρου και σκιαγραφήθηκε τμήμα αυτού στην κεφαλή του οργάνου. Ως εκ τούτου κρίθηκε αναγκαία η τοποθέτηση ευθείας πλαστικής ενδοπρόθεσης 5 fr 5 cm με πλευρικά πτερύγια, ως προληπτικό μέσο αποφυγής παγκρεατίτιδας. Δύο 24ωρα μετά την επέμβαση και ενώ η ασθενής παραμένει ασυμπτωματική, υποβάλλεται σε δωδεκαδακτυλοσκόπηση με σκοπό την αφαίρεση της ενδοπρόθεσης, όπου διαπιστώνεται μετανάστευση αυτής εντός του παγκρεατικού πόρου και επιβεβαιώνεται ακτινολογικά.

Αποτέλεσμα: Στην περίπτωση αυτή η λαβίδα σύλληψης θεωρήθηκε η καταλληλότερη επιλογή για την ανάκτηση του stent καθώς οι λοιποί μέθοδοι με χρήση καθετήρα μπαλόνι, τριπόδα ή snare απέτυχαν λόγω μη δυνατής έκπτυξης τους εντός του φυσιολογικού παγκρεατικού πόρου.

Συμπεράσματα: Η τοποθέτηση παγκρεατικής ενδοπρόθεσης ελαττώνει την πιθανότητα πρόκλησης μετά ERCP παγκρεατίτιδας, δεν είναι όμως άμοιρη επιπλοκών με τη μετανάστευση της εντός του παγκρεατικού πόρου να αποτελεί όχι τόσο σπάνια επιπλοκή. Η χρήση λαβίδας σύλληψης θεωρείται η καταλληλότερο μέσο επιτυχούς απομάκρυνσής του stent, ιδιαίτερα όταν δε συνυπάρχει άλλη παθολογία εντός του παγκρεατικού πόρου.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):46

eP90

ΤΟ ΣΥΓΓΡΑΦΙΚΟ ΕΡΓΟ ΣΤΗΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ-ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΟΥ SCIMAGO

Σ.-Χ. Βόρρη, Α. Καραγκούνη, Σ. Καραμαρούδης, Π. Κατσούλη, Α. Στάμου, Κ. Τριανταφύλλου

Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Μονάδα Ερευνας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Σκοπός: Η μέτρηση της δυναμικής του δημοσιευμένου ερευνητικού έργου στην γαστρεντερολογία-ηπατολογία στην περίοδο 2006-2015, συγκριτικά με άλλες ειδικότητες στην Ελλάδα και με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

Υλικό-Μέθοδος: Συλλέχθηκαν δεδομένα από τη διαδικτυακή πλατφόρμα SCImago. Συγκρίθηκε ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής (MEPM) των δημοσιεύσεων (συνολικά και δημοσιεύσεις που μπορούν να λάβουν αναφορές [ΔΜΑΑ]) στην Ελλάδα στον τομέα της γαστρεντερολογίας-ηπατολογίας με αυτόν της καρδιολογίας, της γενικής χειρουργικής και της ακτινολογίας. Αντίστοιχα, συγκρίθηκε η δυναμική των Ελληνικών δημοσιεύσεων στην γαστρεντερολογία-ηπατολογία με αυτή Ευρωπαϊκών χωρών με παρόμοια οικονομικά προβλήματα (Πορτογαλία, Ιρλανδία) ή χωρίς (Βέλγιο), και παρόμοιο μέγεθος πληθυσμού. Αποτελέσματα: Στην Ελλάδα, το σύνολο των δημοσιεύσεων όλων των ειδικοτήτων παρουσίασε αυξητικό ρυθμό στην περίοδο 2006-2011. Στη επόμενη τετραετία, ακολούθησε μείωση με MEPM -12%, -3,3%, -9,5% για την γαστρεντερολογία-ηπατολογία, καρδιολογία, χειρουργική και ακτινολογία, αντίστοιχα. Στην ίδια περίοδο, ο MEPM για τις ΔΜΑΑ στις μελετηθείσες ειδικότητες είναι -8,6%, -3,7%, -9,8%, και -5,1%. Όμως, η καρδιολογία δείχνει να ανακάμπτει την τελευταία διετία με MEPM 4%. Στη σύγκριση των τεσσάρων Ευρωπαϊκών χωρών στον τομέα της γαστρεντερολογίας-ηπατολογίας, οι δημοσιεύσεις από την Πορτογαλία εκτινάχθηκαν (MEPM 24,6% και 20,6% συνολικά και για τις ΔΜΑΑ, αντίστοιχα) φτάνοντας σχεδόν σε αριθμό τις Ελληνικές δημοσιεύσεις το 2015. Οι δημοσιεύσεις Βελγίου και Ιρλανδίας παρέμειναν ουσιαστικά αμετάβλητες μετά το 2011 με MEPM -0,7%, και -2,1% συνολικά και -1,1% και -1,4% για τις ΔΜΑΑ αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Οι δημοσιεύσεις ερευνητικού έργου στην γαστρεντερολογία-ηπατολογία στην Ελλάδα μειώνονται σημαντικά μετά την οικονομική κρίση, τόσο σε σύγκριση με άλλες ειδικότητες όσο και με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):46

eP92

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΩΜΑΤΟΣΤΑΤΙΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΡCP

Φ. Τσιόπουλος, Α. Μανωλάκης, Α. Καλτσά, Β. Λώτης, Κ. Οικονόμου, Α. Ψύχος, Α. Καψωριτάκης, Σ. Ποταμιάνος
Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, ΠΠΓΝ Λάρισας

Εισαγωγή: Η σωματοστατίνη θεωρείται ότι προφυλάσσει από την εκδήλωση παγκρεατίτιδας μετά από την ενδοσκοπική παλινδρομη χολαγγειο-παγκρεατογραφία (ERCP), ωστόσο τα δεδομένα που εμφανίζονται στη διεθνή βιβλιογραφία αποδεικνύονται συχνά αντιφατικά.

Σκοπός: Η καταγραφή και σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης και της βαρύτητας της παγκρεατίτιδας μετά από ERCP σε ασθενείς που ελάμβαναν ανάλογο σωματοστατίνης (οκτρεοτίνη) ή εικονικό φάρμακο (placebo).

Υλικό-Μέθοδος: 503 ασθενείς που υποβάλλονται πρώτη φορά σε ERCP έλαβαν ως προφύλαξη 6 mg οκτρεοτίνης σε 24ωρη στάγδην έγχυση -έναρξη πριν και συνέχισαν μετά την ERCP- ενώ 153 έλαβαν placebo. Η σύγκριση πραγματοποιήθηκε με τη δοκιμασία χ².

Αποτελέσματα: Στην ομάδα ασθενών που έλαβαν placebo καταγράφηκαν 10 περιστατικά παγκρεατίτιδας μετά από ERCP ενώ στην ομάδα της οκτρεοτίνης 15 (6,5% vs 3%, P=0,044). Η βαρύτητα της παγκρεατίτιδας στους ασθενείς που έλαβαν οκτρεοτίνη ήταν κυρίως ήπια (10 ήπια, 3 μέτρια, 2 βαριά), ενώ στους ασθενείς που έλαβαν placebo μέτρια (5 ήπια, 4 μέτρια, 1 βαριά) χωρίς ωστόσο η διαφορά να αποδειχτεί στατιστικά σημαντική (P=0,55).

Συμπεράσματα: Η χορήγηση οκτρεοτίνης σε 24ωρη στάγδην έγχυση μειώνει το ποσοστό εμφάνισης της παγκρεατίτιδας μετά από ERCP χωρίς να επηρεάζει τη βαρύτητά της. Το υψηλό κόστος των αναλόγων σωματοστατίνης ωστόσο, επιβάλει τη διενέργεια μελετών που θα καθορίσουν κατά πόσον το θεραπευτικό όφελος υπερτερεί του κόστους.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):46

eP93

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Π. Χέρας, Μ. Κουτρουμή, Η. Γεωργόπουλος, Π. Δωροβίνης, Μ. Φαρλόγος, Ε. Τσόκολα, Α. Μπραϊμάκης, Ε. Ανδρικόπουλος
Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχροστατικών Προβλημάτων

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η μελέτη της βιολογικής συμπεριφοράς του καρκίνου της χοληδόχου κύστεως και η συζήτηση των προβληματισμών μας σε ότι αφορά στην πρώιμη διάγνωση της νόσου.

Ασθενείς-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 30 περιπτώσεις πρωτοπαθούς καρκίνου χοληδόχου κύστεως που αντιμετωπίστηκαν την τελευταία 5ετία (2011-2016) στην κλινική της. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε 2 ομάδες. Η πρώτη περιλάμβανε 14 ασθενείς στους οποίους η διάγνωση τέθηκε προεγχειρητικά και η δεύτερη, 16 ασθενείς στους οποίους η διάγνωση τέθηκε κατά την ιστολογική εξέταση, παρασκευασμάτων χοληδόχου κύστεως κατόπιν χολοκυστεκτομής για χολολιθίαση. Η σταδιοποίηση κατά Nevin (σύμφωνα με το βαθμό διήθησης του τοιχώματος της χοληδόχου κύστεως). Μελετήθηκαν η προεγχειρητική κλινική εικόνα, η χολολιθίαση ως προδιαθεσικός παράγοντας, η θεραπευτική τακτική που ακολουθήθηκε καθώς και τα αποτελέσματα αυτής.

Αποτελέσματα: Προεγχειρητικά ο καρκίνος της χοληδόχου κύστεως υποδέχεται καλοήγη πάθηση ενώ σε υψηλό συνυπάρχει χολολιθίαση (21/30 70%). Οι καρκινικοί δείκτες (CEA, CA 19-9) δεν παρείχαν καμία βοήθεια. Στην πρώτη ομάδα το 78,5% (11/14) ανήκε στα στάδια IV και V. Στη δεύτερη ομάδα το 81,2% (13/16) ήταν προχωρημένου σταδίου (IV και V). Η δυνατότητα ριζικής χειρουργικής αντιμετώπισης (χολοκυστεκτομή, σφηνοειδής εκτομή κοίτης και λιμφοδεκτικής καθαρισμός) ήταν για την πρώτη ομάδα 42,8% (8/14) και για τη δεύτερη 31,2% (5/16). Η μέση επιβίωση στο ολικό μας είναι 11 μήνες (από 5 έως 17 μήνες).

Συμπεράσματα: Ο καρκίνος της χοληδόχου κύστεως αποτελεί δυσεπίλυτο θεραπευτικό πρόβλημα καθώς κατά τη στιγμή της συνήθως χρονικά καθυστερημένης διάγνωσης είναι μη εξαιρέσιμος σε υψηλό ποσοστό, γεγονός που δε συμβάλλει στην επιμήκυνση του χρόνου επιβίωσης.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):47

eP95

ΝΕΥΡΟΛΗΠΤΑΝΑΛΗΓΣΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

N.B. Χρυσάνθος,¹ N. Μπαρδάτσου,² Ε. Αναγνωστοπούλου,¹ Κ. Λάμπρης,² Π. Αλεξανδράκης²
¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Αναισθησιολογικό Τμήμα ΓΝ Χανίων

Εισαγωγή: Η ενδοσκόπηση του πεπτικού σωλήνα με τα σύγχρονα ενδοσκοπικά όργανα προσφέρει ανεκτίμητες πληροφορίες στη διαγνωστική μας φάρετρα. Η νευροληπταναλγησία των ασθενών κυρίως με οπιοειδή και βενζοδιαζεπίνες μειώνει την δυσανεξία τους και καταλήγει σε πιο ποιοτικές εξετάσεις.

Σκοπός: Η καταγραφή του είδους, της δόσολογίας και των συνδυασμένων σχημάτων νευροληπταναλγησίας που χρησιμοποιούνται σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ενδοσκόπηση του πεπτικού σωλήνα.

Πληθυσμός-Μέθοδος: Πρόκειται για μια προοπτική μελέτη διάρκειας 12 μηνών στην οποία συμπεριλήφθηκαν 348 ασθενείς (152 (43,7%) άντρες/196 (56,3%) γυναίκες) μέσης ηλικίας 57,7 ετών (14-72). Σε κολοσκόπηση υποβλήθηκαν 200 (57,5%) ασθενείς, σε γαστροσκόπηση 83 (23,8%) ενώ 65 (18,7%) ασθενείς και στις δύο εξετάσεις.

Αποτελέσματα: Συνολικά τα σχήματα χορηγήσεων φαίνονται στον Πίνακα 1 από όπου φαίνεται ότι οι μισοί τουλάχιστον ασθενείς που υποβάλλονται σε κολοσκόπηση χρειάζονται σημαντικά περισσότερη και πιο βαθιά καταστολή με προσθήκη προποφόλης ή κεταμίνης [186/348 (53,5%), P<0,001].

Φάρμακα	Ενδοσκόπηση Ασθ. Αρ. (%)	P	Γαστροσκόπηση Ασθ. Αρ. (%)	P
D+P+F	103/348 (29,6)	<0,001	6/348 (1,7)	<0,001
D+P+F+PRO	70/348 (20,1)		1/348 (0,29)	
D+P+F+KET	17/348 (4,9)		1/348 (0,29)	
D+P+F+PRO+KET	4/348 (1,1)		0	
D+F+PRO	25/348 (7,2)		19/348 (5,5)	
D+F+KET	55/348 (15,8)		13/348 (3,7)	
D+P+PRO	2/348 (0,6)		0	
D+P	1/348 (0,29)		1/348 (0,29)	
D+F	61/348 (29,6)		38/348 (10,9)	
P+F	1/348 (0,29)		0	
F+PRO	1/348 (0,29)		0	
No	8/348 (2,3)		4/348 (1,1)	

D, Midazolam, P, Pethidine, F, Fentanyl, PRO, propofol, KET, ketamine

Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε γαστροσκόπηση χρειάστηκαν σημαντικά λιγότερη αναλγησία-καταστολή 34/83 (40,9%) P<0,001. Ως αναφορά την σχέση φύλου και ηλικίας με την χορήγηση νευροληπταναλγησίας διαπιστώνεται ότι οι ηλικιωμένοι άντρες χρειάζονται χαμηλότερα επίπεδα καταστολής σε σχέση με τους νεότερους ή με γυναίκες ασθενείς (πίνακας 2).

Πίνακας 2. Νευροληπταναλγησία σε σχέση με το φύλο και την ηλικία					
Ηλικία	Καταστολή Ασθ. Αρ. (%)	P	Φύλο	Καταστολή Ασθ. Αρ. (%)	P
<50	40/85 (47)	0,26	Άντρες	67/152 (44)	0,49
50-65	93/172 (54)				
>65	39/91 (42,8)		Γυναίκες	107/196 (54,5)	

Συμπεράσματα: Η νευροληπταναλγησία είναι απαραίτητη σε ικανό ποσοστό ασθενών που υποβάλλονται σε ενδοσκόπηση πεπτικού και θα πρέπει να χορηγείται διότι αυξάνει τα ποσοστά επιτυχούς ολοκλήρωσης των εξετάσεων.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):47

eP94

ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ-ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

N.B. Χρυσάνθος,¹ N. Μπαρδάτσου,² Ε. Αναγνωστοπούλου,¹ Ο. Παπαχαριάδης,² Π. Αλεξανδράκης²
¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Χανίων

Εισαγωγή: Η κολοσκόπηση ανήκει στις προληπτικές εξετάσεις, είναι συχνά δυσάρεστη για τον ασθενή και θεωρείται ότι οι επεμβάσεις στην κοιλιακή χώρα ΕπΚοιΧω δυσχεραίνουν περισσότερο την διενέργειά της. Τα τελευταία χρόνια η χορήγηση αναλγησίας-καταστολής βελτιώνει σημαντικά την ανοχή των ασθενών ωστόσο η δόσολογία και ο συνδυασμός των φαρμάκων δεν έχει επακριβώς καθοριστεί και ως εκ τούτου απαιτείται τιτλοποίηση των δόσεων και προσαρμογή των φαρμακευτικών συνδυασμών. Για την αναλγησία χρησιμοποιούνται κυρίως τα οπιοειδή (φαιντανύλη (F), πεθιδίνη (P)) ενώ για την καταστολή οι βενζοδιαζεπίνες [μιδαζολάμη (Do)], η προποφόλη (Pro) και η κεταμίνη (Ket).

Σκοπός: Η συσχέτιση της απαιτούμενης συνδυασμένης νευροληπταναλγησίας σε ασθενείς με ιστορικό ΕπΚοιΧω που υποβάλλονται σε κολοσκόπηση.

Πληθυσμός-Μέθοδος: Η προοπτική μελέτη συμπεριέλαβε 125 ασθενείς [83 (66,4%) γυναίκες/42 (34,6%) άντρες] με ιστορικό ΕπΚοιΧω που υποβλήθηκαν σε κολοσκόπηση. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με SPSS 21.0

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως αναφορά τα επίπεδα καταστολής σε ασθενείς με ΕπΚοιΧω σε σχέση με εκείνους χωρίς ΕπΚοιΧω, [62/125 (49,6%) vs 82/104 (58,5%) P: 0,96]. Ο αριθμός των επεμβάσεων δεν σχετίστηκε με αύξηση του επιπέδου καταστολής [≥1 ΕπΚοιΧω: 56/108 (51,8%), ≥2 ΕπΚοιΧω: 5/15 (33,3%), P=0,84]. Ασθενείς που έχουν υποστεί νεφρεκτομή ή καισαρική τομή χρειάζονται σημαντικά υψηλότερα επίπεδα αναλγησίας-καταστολής με προσθήκη προποφόλης ή κεταμίνης στο αρχικό δόσολογικό σχήμα με F+P+Do κατά την κολοσκόπηση. [4/6 (66,7%) P<0,001 & 23/37 (62,1%) P:0,015].

Πίνακας 1. Συσχέτιση βαθιάς καταστολής και ενδοκοιλιακής επέμβασης		
Επέμβαση	Βαθιά καταστολή Ασθ. Αρ. (%)	P
Χολοκυστεκτομή	14/32 (43,7)	0,96
Σκωληκοειδεκτομή	13/39 (33,3)	0,028
Καισαρική τομή	23/37 (62,1)	0,015
Υστερεκτομή	8/14 (57,1)	0,41
Κολεκτομή	5/7 (71,4)	0,96
Νεφρεκτομή	4/6 (66,7)	<0,001
Κήλη	4/9 (44,4)	0,998

Συμπεράσματα: Ασθενείς με ΕπΚοιΧω δεν φάνηκε να χρειάζονται προσαρμογή και βαθύτερη καταστολή κατά την κολοσκόπηση σε σχέση με ασθενείς χωρίς ΕπΚοιΧω, με εξαίρεση ασθενείς με νεφρεκτομή ή καισαρική τομή οι οποίοι χρειάζονται σημαντικά συχνότερα υψηλότερα επίπεδα νευροληπταναλγησίας στην κολοσκόπηση.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):47

eP96

ΠΡΟ-ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΙΡΣΟΥΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

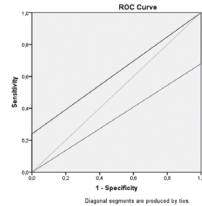
Κ. Κακούνης,¹ Ν. Σφυγκατάκης,¹ Ν. Χρυσάνθος,² Ι. Ρελάκης,¹ Ι. Παγιατάκη,¹ Β. Ξηρομερίτου¹
¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών, ²Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝ Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

Εισαγωγή: Ο AST to PLT Ratio Index (APRI) χρησιμοποιείται ως δείκτης παρουσίας κίρσων οισοφάγου προληπτικά καθώς και σε αιμορραγία. Ο δείκτης Variceal Bleeding Predictor (VB) χρησιμοποιήθηκε σε περιπτώσεις κίρσοραγιας.

Σκοπός: Η αξιολόγηση χρήσης των APRI και VB στην πρόγνωση της παρουσίας κίρσων με ενεργό ή επαπειλούμενη αιμορραγία.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν δύο ομάδες ασθενών, με κίρσους αυξημένου κινδύνου αιμορραγίας (OMB) και με κίρσοραγιας (OMA-πίνακες). Με βάση τις τιμές Ur/Cr, Hb, WBC, PLT, CRP, AST/ALT, Bilir, INR υπολογίσθηκαν οι APRI και VB ανά ασθενή. Έγινε ανάλυση με SPSS 21.0.

	ΟΜΑ Αρ. (%)	ΟΜΒ Αρ. (%)	P	
Φύλο	Άνδρες	20 (80)	1,0	
	Γυναίκες	5 (20)		5 (20)
Ηλικία (έτη)	31-50	3 (12)	0,68	
	50-75	18 (72)		20 (80)
	>75	4 (16)		2 (8)
Κίρρωση	20 (80)	23 (92)	0,22	
Ηπατική ανεπάρκεια	21 (84)	11 (44)	0,003	
Ασκίτης	14 (56)	6 (24)	0,02	
Ιστορικό κίρσοραγιας	16 (64)	5 (20)	0,002	
Καρδιακή ανεπάρκεια	3 (12)	0	0,07	



Αποτελέσματα: Ο συνδυασμός χρήσης APRI-VB ταξινομεί σημαντικά πιο σωστά περισσότερους ασθενείς με κίρσους χωρίς ενεργό αιμορραγία σε σχέση με τον APRI [arbnbs: 8/25 (32%), P:0,002 vs apri: 6/25 (24%), P: 0,009-πίνακες]. Δεν παρατηρήθηκε ανάλογο συσχετισμός σε ασθενείς με κίρσοραγιας.

	Ευαισθησία (95% CI)	Ειδικότητα (95% CI)	AUC 95% CI	P
Apri >0,4	24	76	0,620 (0,46-0,77)	0,80
Apri&nbpscore >1,368	32	68	0,340 (0,18-0,49)	0,78

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός χρήσης των δεικτών APRI και VB μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση της πρόληψης της κίρσοραγιας, όχι όμως και για την κλινική διάγνωση ενεργού αιμορραγίας.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):47

eP97

ΧΟΡΗΓΗΣΗ COCA COLA ΩΣ ΑΡΧΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΣΦΗΝΩΣΗΣ ΒΛΩΜΟΥ ΣΤΟΝ ΟΙΣΟΦΑΓΟ

Ι. Ρελάκης,¹ Ν. Σφουγκατάκης,¹ Ν. Χρυσάνθος,² Κ. Κακούνης,¹ Ι. Παγιατάκη,¹ Β. Ξηρομερίτου¹

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Ιπποκράτειο», ²Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝ Χαλκίδας «Ο Άγιος Γεώργιος»

Εισαγωγή: Η αντιμετώπιση ενσφηνωμένου οισοφαγικού βλωμού (EOB) μπορεί να γίνει φαρμακευτικά, υπάρχουν όμως προβλήματα κόστους και ανεπιθύμητων ενεργειών.

Σκοπός: Να αξιολογηθεί η χορήγηση Coca-Cola ως μια ασφαλής και οικονομική μέθοδος αντιμετώπισης.

Μεθοδολογία: Προοπτική μελέτη χορήγησης coca-cola σε EOB χωρίς σημεία κινδύνου. Δεκαπέντε ασθενείς έλαβαν coca-cola προ ενδοσκοπήσεως (OB, άνδρες-γυναίκες: 9/6). Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με ομάδα ελέγχου (OE) 14 ασθενών (Άνδρες-Γυναίκες: 9/5) που ενδοσκοπήθηκαν άμεσα χωρίς coca-cola. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με το πρόγραμμα SPSS.

Αποτελέσματα: Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν >50 ετών [OB: 11/15 (73,3%) & OE: 10/14(71,4%)], επτά είχαν προηγούμενα επεισόδια [3/15 (20%) & 4/14 (28,6%), P:0,59] ενώ αρκετοί ήταν καπνιστές [5/15 (33,3%) & 4/14 (28,6%), P 0,78] ή έλαμβαναν φάρμακα.

		Αίτια ενσφηνώσεως					Νεόπλασμα
		Ουδέν	Ανεπαρκής μύσηση	Δακτύλιος Schatzki	Πεπτική στένωση	Ησοσφαιρική οισοφαγίτιδα	
Coca cola	Όχι	2	5	1	4	0	2
	Ναι	0	6	4	4	1	0

Η OB ενδοσκοπήθηκε συντομότερα της OE. Δύο ασθενείς στην OE χρειάστηκαν >10min, ενώ κανείς στην OB [0/15 vs 2/14 (14,3%), P:0,23].

		Χρόνος ενδοσκόπησης (sec)	
		<299 (%)	>600 (%)
Coca Cola	Όχι	8 (57,1)	4 (28,6)
	Ναι	12 (80)	3 (20)

Απουσία παρέμβασης είχαν κυρίως ασθενείς της OB [5/15 (33,3) vs 1/14 (7,1%) P:0,27], >50 ετών [(4/5 80%) P:0,9], υπέρβαροι [(4/7 57,1%) P:0,59] και χωρίς λήψη φαρμάκων (P:0,6)

Μέθοδος απομάκρυνσης βλωμού

		Αφαίρεση με:				
		Προώθηση στο στόμαχο	Λαβίδα	Βρόχο	Basket	Καμία παρέμβαση
Coca-Cola	Όχι	9	2	1	1	1
	Ναι	7	3	0	0	5

Συμπεράσματα: Η χορήγηση Coca-cola μπορεί να βοηθήσει σημαντικά ασθενείς με EOB χαμηλού κινδύνου.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):48

eP99

ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Π. Γκολφράκης,¹ Γ. Τζιάτζιος,¹ Β. Παπαδόπουλος,¹ Χ. Καπιζώνη,² Α. Βαρυτιμιάδης,³ Γ. Βλαχονικολού,¹ Σ.Δ. Γεωργόπουλος,⁴ Κ. Τριανταφύλλου¹

¹Ήπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», ²Γαστρεντερολογική Κλινική, Τζάνειο Νοσοκομείο, ³Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», ⁴Γαστρεντερολογική και Ηπατολογική Κλινική, Ιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου

Εισαγωγή-Σκοπός: Να μετρηθεί η ικανοποίηση των ειδικευόμενων Γαστρεντερολόγων αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, τις συνθήκες εργασίας, την ποιότητα ζωής και τις επαγγελματικές τους προοπτικές.

Υλικά-Μέθοδοι: Οι ειδικευόμενοι Γαστρεντερολόγοι πανελλαδικά κλήθηκαν να συμπληρώσουν ανώνυμο ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο 42 ερωτήσεων σε δύο βασικούς τομείς: 1. Πρόγραμμα ειδικότητας (εκπαίδευση, συνθήκες εργασίας, ερευνητική δραστηριότητα, απόκτηση ενδοσκοπικών δεξιοτήτων, ποιότητα ζωής), 2. Επαγγελματική προοπτική. Το άθροισμα της βαθμολογίας 15 ερωτήσεων – βαθμονομημένων από 1 μέχρι 5 – αποτέλεσε τη συνολική ικανοποίηση.

Αποτελέσματα: Σε περίοδο δύο μηνών, απεστάλησαν 121 ηλεκτρονικές προσκλήσεις και 70 (58%) ειδικευόμενοι συμμετείχαν. Η συνολική ικανοποίηση των συμμετεχόντων ήταν 42,94±11,55 (άριστα το 75). Οι χαμηλές οικονομικές απολαβές, η ενσασχόληση με μη ιατρική εργασία («λάτσα») και η μελλοντική επαγγελματική αβεβαιότητα συγκέντρωσαν τις περισσότερες αρνητικές απαντήσεις (98,6%, 94,3% και 92,9%, αντίστοιχα). 53% και 44,3% των συμμετεχόντων αισθάνονται κόπωση και υψηλά επίπεδα άγχους, αντίστοιχα, στο τέλος μιας ημέρας στο νοσοκομείο. 34,4% των συμμετεχόντων είναι πρόθυμο να αλλάξει το περιβάλλον εκπαίδευσης για άλλο νοσοκομείο. Η πλειοψηφία, ωστόσο δεν έχει μετανοήσει για την επιλογή της Γαστρεντερολογίας ως ειδικότητας. Σε πραγματικές συνθήκες, η απασχόληση στον ιδιωτικό τομέα και η μετανάστευση (51,4% και 12,9%) αναδεικνύονται ως οι πλέον πιθανές επαγγελματικές προοπτικές. Παρότι 25% των συμμετεχόντων θα ήθελαν να απασχοληθούν στο ΕΣΥ μόνο 11,5% από αυτούς το θεωρούν εφικτό.

Συμπεράσματα: Οι ειδικευόμενοι Γαστρεντερολόγοι δεν είναι ικανοποιημένοι με το επίπεδο της εκπαίδευσης τους και είναι προβληματισμένοι με την επαγγελματική τους προοπτική.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):48

eP98

ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ: Η ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΜΕ ΚΑΘΑΡΤΙΚΑ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕ ΒΙΝΤΕΟΚΑΨΟΥΛΑ

Π. Γκολφράκης, Γ. Τζιάτζιος, Χ. Μάλλη, Δ. Λύγκος, Γ.Δ. Δημητριάδης, Κ. Τριανταφύλλου
 Ήπατογαστρεντερολογική Μονάδα, ΒΠΓΚ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Εισαγωγή: Πρόσφατη δημοσίευση¹ αμφισβήτησε τη θετική επίδραση της εντερικής προετοιμασίας με καθαρτικά στη διαγνωστική αξία της ενδοσκόπησης με βιντεοκάψουλα του λεπτού εντέρου. Σκοπός: η επικαιροποίηση παλαιότερης μετα-ανάλυσης.²

Υλικά-Μέθοδοι: Αναζήτηση στο PUBMED τυχαίοποιημένων ελεγχόμενων κλινικών μελετών με καταληκτικό σημείο τη διαγνωστική αξία της εξέτασης μετά τη χορήγηση καθαρτικών σε σύγκριση με την υδρική διαίτα για 24 ώρες πριν την εξέταση.

Αποτελέσματα: 3 μελέτες προστέθηκαν στις ήδη 6 μεταανάλυσεις. Το μέγεθος της επίδρασης (size effect) της προετοιμασίας με καθαρτικά (διάλυμα PEG, φωσφορικού νατρίου ή άλλου) στη διαγνωστική αξία της βιντεοκάψουλας λεπτού εντέρου εκτιμήθηκε με χρήση μοντέλου πολλαπλών αποτελεσμάτων random effect. Το συνολικό αποτέλεσμα για όλα τα είδη προετοιμασίας εξακολουθεί να είναι υπέρ της προετοιμασίας με καθαρτικά: OR(95%CI): 1,42(1,03–1,95), I²=39%. Πραγματοποιήθηκαν οι παρακάτω διαδοχικοί έλεγχοι ευαισθησίας με τα αντίστοιχα αποτελέσματα: 1. Αποκλεισμός των 2 μικρότερων μελετών: OR(95%CI): 1,57(1,16–2,13), I²=39%, 2. Αποκλεισμός των μελετών με φωσφορικό νάτριο: OR(95%CI): 1,25(0,82–1,91), I²=46%, 3. Αποκλεισμός των μελετών με άλλο καθαρτικό: OR(95%CI): 1,49(1,05–2,11), I²=43%, 4. Αποκλεισμός των μελετών με φωσφορικό νάτριο ή άλλο καθαρτικό: OR(95%CI): 1,31(0,70–2,17), I²=54%.

Συμπεράσματα: Η επικαιροποιημένη μετα-ανάλυση έδειξε ότι η εντερική προετοιμασία με χορήγηση καθαρτικών βελτιώνει τη διαγνωστική αξία της βιντεοκάψουλας του λεπτού εντέρου. Η θετική επίδραση είναι αποτέλεσμα 2 μελετών (μία με PEG και μια με φωσφορικό νάτριο) ενώ οι λοιπές 7 μελέτες είναι αρνητικές.

Βιβλιογραφία

- Hooley L et al. *Gastrointest Endosc* 2016, doi:10.1016/j.gie.2016.07.028
- Kotwal VS et al. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2014, 26:137–145

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):48

eP100

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ ΩΣ ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΞΑΛΕΙΨΗΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ 12ΛΟΥ ΜΕ ΣΗΜΕΙΟ ΜΗ ΕΓΕΡΣΗΣ ΛΟΓΩ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΒΙΟΨΙΩΝ (ΒΙΝΤΕΟ)

Κ. Παρασκευά,¹ Β. Παπαστεργίου,¹ Α. Γιαννακόπουλος,¹ Ν. Μάθου,¹ Α. Ευγενίδη,¹ Δ. Απέσου,² Ι. Καραγιάννης¹

¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα, «Κωνσταντοπούλειο» ΓΝ Ν.Ιωνίας, Αθήνα

Εισαγωγή: Η ανάπτυξη υποβλενονογίου ίνωσης, ως αποτέλεσμα προηγούμενων διαγνωστικών/θεραπευτικών χειρισμών, μπορεί να αυξήσει σημαντικά τον κίνδυνο διάτρησης, ή ακόμη να καταστήσει αδύνατη την αφαίρεση αδενωμάτων με τεχνικές βλενονογονεκτομής (EMR).

Σκοπός: Να περιγράψει περίπτωση επιτυχούς εξάλειψης δωδεκαλικού αδενώματος με ενδοσκοπική τοποθέτηση ελαστικών δακτυλίων (EBL).

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 62 ετών, παρατέμφθηκε για την αφαίρεση επίπεδου πολύποδα στη 2η μοίρα του δωδεκαδακτύλου. Η ασθενής βρισκόταν υπό ενδοσκοπική επιτήρηση με επαναλαμβανόμενες βιοψίες από 2ετίας. Οι βιοψίες συνέκλιναν στη διάγνωση σωληνώδους αδενώματος με χαμηλόβαθμη επιθηλιακή δυσπλασία. Ενδοσκοπικά αναδείχθηκε επίπεδη βλάβη (Paris 0-IIa), δ=12 mm, τα ενδοσκοπικά χαρακτηριστικά της οποίας, συμπεριλαμβανομένων των ευρημάτων της μεγεθυντικής χρωμοενδοσκόπησης, ήταν αρνητικά για καρκίνωμα. Η υπέργερση της βλάβης με υποβλενονογίου έγχυσης δεν ήταν ικανοποιητική, ως αποτέλεσμα ίνωσης λόγω των προηγηθέντων βιοψιών. Αποφασίστηκε η –χωρίς εκτομή– προσπάθεια εξάλειψης της βλάβης με EBL. Η απελευθέρωση του ελαστικού δακτυλίου έγινε έπειτα από προσεκτική αναρόφηση του παθολογικού ιστού εντός του καλύμματος (cap) της συσκευής απολίνωσης(Speedband Superview Super 7, Boston Scientific), χωρίς να σημειωθούν επιπλοκές. Παρατηρήθηκε άμεση κύανωση του περιλαμβανομένου στον δακτύλιο ιστό. Ελήφθησαν βιοψίες από την περιδεμένη βλάβη. Ο ενδοσκοπικός επανέλεγχος 7 ημέρες μετά, ανέδειξε την παρουσία έλκους στη θέση της προηγηθείσας EBL. Η γενόμενη επιτήρηση έως και διάστημα 12 μηνών επιβεβαίωσε την πλήρη ενδοσκοπική και ιστολογική εξάλειψη της βλάβης.

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή EBL-χωρίς εκτομή-δύναται να συμπεριληφθεί στις τεχνικές διάσωσης για την εξάλειψη των καλοήθων αδενωμάτων όταν η ανάπτυξη ίνωσης καθιστά αδύνατη την EMR. Περιορισμό της μεθόδου αποτελεί η αδυναμία ιστοπαθολογικής εξέτασης της βλάβης η οποία υφίσταται ισχαιμία, νέκρωση και τελικά αποπίπτει από το εντερικό τοίχωμα.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):48

eP101

ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION OF SUPERFICIAL TUMORS OF THE STOMACH AND RECTUM: A CASE-SERIESG. Mavrogenis,^{1,2} I. Tsevas,¹ D. Zachariadis,¹ H. Hassaini,² P. Warzée²¹Department of Gastroenterology, Mediterraneo Hospital, Athens, Greece, ²Department of Gastroenterology, Grand Hôpital de Charleroi, Charleroi, Belgium

Aim: Presentation of a case-series of endoscopic submucosal dissection (ESD). **Materials and Methods:** ESD was performed by a single operator in 4 males and 3 females with a median age of 60 years (range, 60-83) between 2014-2016. Five cases were performed under general anesthesia and two rectal cases under sedation. The median lesion size was 3 cm (range, 1-6). Lesion locations were: at the gastric body (2), angulus (1), antrum (1), proximal rectum (1), distal rectum (2). Initial indications were: high-grade dysplasia of the stomach (3), gastric carcinoid (1), gastric submucosal tumor (1), low-grade rectal adenoma (3). A single endoknife was used (Dual knife or Hook Knife, Olympus). After chromoendoscopy with indigocarmine/acetate acid, the periphery was marked with ForcedCoag (20W). Submucosal lifting included a mixture of Voluven or Gelfosine (500ml) with 1 mg of adrenaline and 2 cc of indigocarmine or methylene blue. Settings for incision/dissection were: Endocut I/Q, 2-3-3 (ERBE VIO200) or slow-cut-mode, 50W (Olympus ESG-100). Vessels were coagulated with the tip of the endoknife (ForcedCoag, 30W) or with the Coagrasper (Olympus) (SoftCoag, 80W). The median duration of the intervention was 2 hours (range, 2-10). Gastric artificial ulcers were closed with clips. Histology disclosed: gastric intramucosal cancer (2), gastric carcinoid (1), gastric fibroid inflammatory polyp (1), low-grade rectal adenoma (2), T2 rectal adenocarcinoma (1). R0 resection was achieved in 6/7 cases. The median hospital stay was 1 day (range, 1-2). Recovery was uneventful in all cases.

Conclusion: ESD is feasible and safe for the management of early malignancies.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):49

eP103

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣK. Παρασκευά, N. Βιάζης, A. Μαντίδης, Σ. Γεωργόπουλος
Εκ μέρους της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας

Εισαγωγή-Σκοπός: Η νοσηλευτική υποστήριξη είναι απαραίτητη για τη σωστή λειτουργία ενός σύγχρονου Ενδοσκοπικού Τμήματος. Σκοπός της μελέτης ήταν να καταγραφεί η στελέχωση σε Νοσηλευτικό προσωπικό των Ενδοσκοπικών Τμημάτων της χώρας.

Μέθοδος: Διερευνήθηκε τηλεφωνική έρευνα από τη γραμματεία της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας μέσα στο 2015. Η έρευνα περιελάμβανε συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο που απευθύνθηκε στα 58 Νοσοκομεία της χώρας τα οποία διαθέτουν Ενδοσκοπικά Τμήματα, προκειμένου να καταγραφεί ο αριθμός των ενδοσκοπικών πράξεων που διενεργούνται, οι ενδοσκοπικές αίθουσες που χρησιμοποιούνται και ο αριθμός των νοσηλευτών/τριών που στελεχώνουν το κάθε Τμήμα. Συνολικά συμπληρώθηκαν 50 από τα 58 ερωτηματολόγια και ακολούθησε ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Αποτελέσματα: Στα Ενδοσκοπικά Τμήματα των Νοσοκομείων της χώρας μας διενεργούνται συνολικά 5176 γαστροσκοπήσεις, 4883 κολοσκόπησεις και 787 ERCP κάθε μήνα. Στα Ενδοσκοπικά Τμήματα χρησιμοποιούνται κατά μέσο όρο 2 αίθουσες/Τμήμα (εύρος 1-7). Στα Ενδοσκοπικά Τμήματα εργάζονται 109 Νοσηλεύτες (106 γυναίκες, 3 άνδρες), από τους οποίους η συντριπτική πλειοψηφία (104/109, 95,5%) ήταν τριετούς και διετούς και μόνον 3/106 (3%) πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ενώ 2/106 ήταν βοηθοί θαλάμου. Ο μέσος χρόνος προύπηρεσίας των νοσηλευτών στο Ενδοσκοπικό Τμήμα ήταν 6,5 έτη (εύρος 0,4-24 έτη). Στην κάθε Ενδοσκοπική αίθουσα εργάζεται κατά μέσο όρο 1 νοσηλεύτης (σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα απαιτούνται 2 νοσηλεύτές/ενδοσκοπική αίθουσα). Οι περισσότεροι νοσηλεύτες (44/109=40%) δεν συμμετέχουν στη διενέργεια προχωρημένων ενδοσκοπικών τεχνικών, όπως για παράδειγμα ERCP και τοποθέτηση ενδοπροσθέσεων.

Συμπέρασμα: Η καταγραφή της Νοσηλευτικής στελέχωσης των Ενδοσκοπικών Τμημάτων της χώρας ανέδειξε την ανάγκη επαρκέστερης κάλυψης των Τμημάτων σε νοσηλεύτες, αλλά και ειδικής εκπαίδευσης των νοσηλευτών αυτών στις προχωρημένες ενδοσκοπικές τεχνικές.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):49

eP102

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΥΜΒΑΤΑ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΠΟΥ ΑΝΕΥΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΤΥΧΑΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΝΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕ ΚΑΨΟΥΛΑ ΓΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

N. Βιάζης, Θ. Τσιγαρίδας, M. Γαλανόπουλος, E. Τσουκάλη, I. Τζιωρτζιώτης, X. Χατζηεαγγελινού, E. Αρχαύλης, A. Χρηστίδου, N. Ράπτης, E. Κεϊμαλή, Δ. Γ. Καραμαυώλης, Γ. Μάντζαρης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της European Society of Gastrointestinal Endoscopy η κάψουλα του λεπτού εντέρου θεωρείται εξέταση εκλογής σε ασθενείς με βάσιμη υποψία νόσου Crohn (NC) παρά την αρνητική ελικοκολονοσκόπηση. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί σε τι ποσοστό ανιχνεύονται ευρήματα συμβατά με NC σε ασθενείς που υποβάλλονται σε κάψουλα για αιμορραγία πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας (ΑΠΑΑ), συγκριτικά με το ποσοστό ασθενών που υποβάλλονται σε κάψουλα λόγω υποψίας NC.

Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη σε προοπτικά συλλεγμέν αρχαικό υλικό (Μάρτιος 2003-Αύγουστος 2016) των ευρημάτων 2467 ασθενών που υποβλήθηκαν σε εντεροσκόπηση με κάψουλα λόγω ΑΠΑΑ και σύγκριση με αυτά 968 ασθενών που υποβλήθηκαν στην εξέταση για ανίχνευση προσβολής λεπτού εντέρου σε υποψία NC, λόγω κοιλιακού άλγους ή διαρροϊκών κενώσεων (αρνητικό ιστορικό λήψης ασπιρίνης ή αντιφλεγμονωδών φαρμάκων+δείκτες φλεγμονής).

Αποτελέσματα: Από τους 968 ασθενείς με υποψία NC ανευρέθηκαν ευρήματα συμβατά με τη νόσο (έλκη αφθώδη ή βαθιά με φλεγμονή του ενδιάμεσου βλενογόνου) σε 244 (25,2%) ασθενείς με χρόνια διαρροϊκό σύνδρομο και σε 127 (13,1%) ασθενείς με κοιλιακό άλγος. Από τους 2467 ασθενείς με ΑΠΑΑ ανευρέθηκαν ευρήματα συμβατά με NC σε 373 (15,1%). Δεδομένου ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς αυτούς ήταν παραπομπές στο Τμήμα μας δεν γνωρίζουμε αν τελικά η NC επιβεβαιώθηκε στη μετέπειτα παρακολούθηση.

Συμπεράσματα: Σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών που υποβάλλονται σε εντεροσκόπηση με κάψουλα για ΑΠΑΑ, χωρίς να υπάρχει κλινική υποψία NC, ανευρίσκονται τυχαία ευρήματα συμβατά με τη νόσο. Μολονότι η κλινική σημασία των ως άνω ευρημάτων παραμένει αδιευκρίνιστη, η προσεκτική προοπτική παρακολούθηση των ασθενών είναι απαραίτητη.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):49

eP104

ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ SPLIT ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗE. Αργυροπούλου,¹ O. Αβραάμ,¹ I. Ντουγιουντζού,¹ X. Πουρλιωτοπούλου,¹ Σ. Τερζή,¹ Θ. Βέσκου,¹ K. Σουφλέρης²¹Νοσηλεύτριας-τρια, Ενδοσκοπικό Εργαστήριο Γαστρεντερολογικής Κλινικής, «Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ²Γιατρός, Γαστρεντερολογική Κλινική, «Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Στις πρόσφατες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες συστήνεται η split προετοιμασία για κολοσκόπηση.

Σκοπός: Η σύγκριση της προετοιμασίας με λήψη καθαρτικού PEG-4lt σε διατεταγμένες δόσεις (Split Dose Prep, SDP) με λήψη όλου του καθαρτικού την προηγούμενη ημέρα (Day Before Prep, DBP) σε ομάδα πληθυσμού που υποβάλλεται σε προληπτική (screening) κολοσκόπηση.

Μεθοδολογία: Εξετάστηκαν δεδομένα από 108 διαδοχικές screening κολοσκόπησεις του πρώτου εξαμήνου του 2016. Καταγράφηκαν η επάρκεια της προετοιμασίας (κλίμακα Boston Bowel Preparation Scale), ποσοστά ανίχνευσης αδενωμάτων (Adenoma Detection Rate, ADR), οδοντωτών και προχωρημένων αδενωμάτων.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 35 άνδρες και 73 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας 61,1 (±7,37) έτη, 65 στην ομάδα DBP και 43 στην ομάδα SDP. Οι δύο ομάδες δε διέφεραν στατιστικά σε φύλο και ηλικία. Ατελής προετοιμασία βρέθηκε συνολικά στο 10,2%, με μέσο συνολικό BBPS score 7,25±1,23. Στην ομάδα SDP σε σχέση με την ομάδα DBP καταγράφηκαν υψηλότερες τιμές συνολικού BBPS score (7,56 vs 7,11), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,386). Ειδικότερα στο δεξιό έντερο στην ομάδα DBP καταγράφηκαν χαμηλότερες τιμές BBPS-RC σε σχέση με την ομάδα SDP (1,98 vs 2,16), χωρίς στατιστική σημασία (P=0,127). Δεν βρέθηκαν διαφορές σε ADR (P=0,678), ανίχνευση οδοντωτών (P=0,246), και προχωρημένων αδενωμάτων (P=0,167). Δεν υπήρξαν ανεπιθύμητες ενέργειες και το τυφλό καθετηριάστηκε σε όλες πλην μίας εξέταση.

Συμπεράσματα: Η split προετοιμασία δεν φάνηκε να υπερέχει της συμβατικής, αν και διαφάνηκε μια αριθμητική τάση καλύτερης καθαρότητας του εντέρου, ιδίως δεξιά. Πιθανόν τα τεκμηριωμένα οφέλη της split dose προετοιμασίας να καθίστανται πιο εμφανή σε μελέτες με περισσότερους και δυσκολότερους ασθενείς, με υψηλότερες πιθανότητες κακής προετοιμασίας και ανίχνευσης αδενωμάτων.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):49

eP105

ΠΟΛΥΠΟΔΕΚΤΟΜΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ 5 ΕΤΩΝ

Ι. Δβραμιδής, Ν. Κουσοπούλου, Α. Μπεκιάρη, Λ. Παπαλαυρέντιος, Χ. Μακαρόνας, Α. Αυγερινός, Φ. Δημιουλός, Δ. Καπετάνος, Θ. Μάρης, Α. Ηλιάς
Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Εισαγωγή: Οι πολύποδες του παχέος εντέρου αποτελούν την πιο συχνή προκαρκινωματώδη κατάσταση και η ανίχνευση και η εξαίρεση τους είναι επιβεβλημένη. Σκοπός η αναδρομική μελέτη των πολυποδεκτομών στην κλινική μας την τελευταία 5ετία.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Στο διάστημα 2011–2015 στην κλινική μας έγιναν 6790 κολονοσκοπήσεις και πρόεκυψαν 1581 επιτυχείς πολυποδεκτομές σε ισάριθμους ασθενείς: 913 άνδρες και 668 γυναίκες, φάσμα 25-90 ετών, ΜΗ 59,6. Α: 58%, Γ: 42%.

Αποτελέσματα: Το μέγεθος των πολυπόδων κυμάνθηκε από 0,1εκ έως 5εκ. (Μ.Ο. 1 εκ). Η θέση εντόπισης των πολυπόδων ήταν σιγμοειδής 52%, ορθό 16%, ανιόν 15%, κατιόν 7%, τυφλό 6% και εγκάρσιο 4%. Η περισσότερη συχνή ιστολογική διάγνωση ήταν λαχνωσώδη αδενώματα: 49% και ακολουθούσαν οι υπερπλαστικοί πολύποδες: 31%. Οι υπόλοιπες σε σειρά μειούμενης συχνότητας βλάβες ήταν τα σωληνώδη αδενώματα, οδοντωτά, λαχνωτά, αδενοκαρκινώματα και ελάχιστες περιπτώσεις μόνο με φλεγμονώδη στοιχεία. Παρατηρήθηκε μια διάτρηση που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Σε 105 περιπτώσεις απαιτήθηκε η τοποθέτηση clipς προληπτικά και σε 28 άμεσης λόγω αιμορραγίας και σε 11 έγινε αιμόσταση λόγω όψιμης αιμορραγίας.

Συμπεράσματα: Η ενδοσκοπική πολυποδεκτομή είναι μια αποτελεσματική και ασφαλής μέθοδος αντιμετώπισης των πολυπόδων του παχέος εντέρου.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):50

eP106

ΕΝΑ ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΝΤΕΟΚΑΦΟΥΛΑΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ Η ΕΠΑΝΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ «ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ» ΖΩΗ

Π. Γκολφράκης,¹ Α. Τσιγαρίδας,² Ε. Χούντα,³ Ι. Σκιάννης,¹ Π. Τσιμπούρης,³ Ν. Βιάζης,² Π. Αποστολόπουλος,³ Γ. Αλεξανδράκης,³ Δ.Γ. Καραμανώλης,² Κ. Τριανταφύλλου¹
¹Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Παθολογική Προπαιδευτική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», ²Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», ³Γαστρεντερολογική Κλινική, ΝΙΜΤΣ

Σκοπός: Η δημιουργία και επαλήθευση μοντέλου πρόβλεψης της χρήσης βιντεοκάψουλας λεπτού εντέρου για την τριετία 2015–2017, με βάση τα δεδομένα της προηγούμενης δωδεκαετίας

Μέθοδοι: Παλινδρομη ανάλυση δεδομένων 2002–2014 από 3 νοσοκομεία. Ανεξάρτητη μεταβλητή: ο αριθμός αναμενόμενων εξετάσεων. Εξαρτημένες: οι ενδείξεις και η σημαντικότητα των ευρημάτων. Δύο σενάρια: απαισιόδοξο (Α) - ο ετήσιος αριθμός εξετάσεων μειώνεται με το μέσο ετήσιο ρυθμό μείωσης στην περίοδο της κρίσης (~20%) - και αισιόδοξο (Β), όπου αυξάνεται φτάνοντας το 2017 αυτόν του 2011. Τα δεδομένα του 2015 συγκρίθηκαν προοπτικά με αυτά τα των προβλεπόμενων σεναρίων.

Αποτελέσματα: 115 και 350 εξετάσεις προβλέπονται για το 2017 στα σενάρια Α και Β, αντίστοιχα. Η σιδηροπενική αναιμία/λανθάνουσα αιμορραγία πεπτικού (ΣΑΛΑΠ) και η νόσος Crohn προβλέπονται ως ενδείξεις στο 46,2% έναντι 51,7% και στο 32,6% έναντι 23,4% των εξετάσεων στα σενάρια Α έναντι Β, αντίστοιχα (P=0,7). Δεν προβλέπεται διαφορά ανάμεσα στα δύο σενάρια αναφορικά με με τον αριθμό των εξετάσεων με διαγνωστικά ευρήματα (45,6% έναντι 50,7%, P=0,3). Η επαλήθευση του μοντέλου για το 2015 έδειξε ότι η πραγματικότητα πλησιάζει στο απαισιόδοξο σενάριο (πίνακας).

Συμπεράσματα: Προβλέπεται συρρίκνωση του αριθμού των εξετάσεων λεπτού εντέρου με βιντεοκάψουλα συνολικά, αύξηση του ποσοστού εξετάσεων που διενεργούνται για διερεύνηση ΣΑΛΑΠ και πιθανή μείωση του αριθμού των διαγνωστικών εξετάσεων.

	Αναμενόμενες στο σενάριο Α	Παρατηρήθεισες 2015	
Εξετάσεις	180	191	
Ενδείξεις, n(%)			P=0,005
ΣΑΛΑΠ	91 (50,4)	129 (67,6)	
Νόσος Crohn	43 (24,7)	26 (13,6)	
Όγκου/FAF	9 (4,8)	14 (7,3)	
Χρόνια διάρροια	25 (13,7)	16 (8,4)	
Χρόνιο αίλος	12 (6,4)	6 (3,1)	
Ευρήματα, n(%)	94 (52)	116 (60,8)	
Χωρίς ή μη σχετιζόμενα ευρήματα			
Σχετιζόμενα	86 (48,0)	75 (39,2)	P=0,08

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):50

eP107

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΣΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Κ.-Θ. Πιλάλη,¹ Π. Γκολφράκης,² Γ. Τζιάτζιος,² Β. Παπαδόπουλος,² Γ. Βλαχονικολού,² Π. Γάτος-Γατόπουλος,² Κ. Γραμματικός,² Ι. Παπανικολάου²
¹Νοσηλεύτρια, *Γαστρεντερολογικό-Ενδοσκοπικό Ιατρείο, Αθήνα*, ²Γαστρεντερολογικό-Ενδοσκοπικό Ιατρείο, ΑΤΤΙΚΟΝ ΠΓΝ, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Βασικός ποιοτικός δείκτης στην ενδοσκόπηση είναι η ικανοποίηση των εξεταζόμενων. Να διερευνηθούν διαφορές στους δείκτες ποιότητας μεταξύ της χορήγησης δύο σχημάτων καταστολής: προποφόλη (σχήμα Α) και προποφόλη/μιδαζολάμη (σχήμα Β) σε εξεταζόμενους που υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση σε ιδιωτικό ιατρείο.

Μεθοδολογία: Εξεταζόμενοι έλαβαν καταστολή με το σχήμα Α ή με το σχήμα Β. Συμπλήρωσαν ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Μελετήθηκαν: 1. ικανοποίηση από την εξέταση (κλίμακα 0–100), 2. χρόνιο αναισθησία και ανάνηψη, 3. χρόνος καθετηριασμού του τυφλού, 4. συχνότητα ανίχνευσης αδενωμάτων και 5. ανεπιθύμητες ενέργειες.

Αποτελέσματα: 56 εξεταζόμενοι (64,3% γυναίκες, 58,8±2,5 έτη) συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Η μέση τιμή στην 100αία κλίμακα για όσους έλαβαν το σχήμα Α ήταν 98,6 και 93,9 για το σχήμα Β (P=0,184). Η μέση τιμή δόσης ήταν 230 mg για το σχήμα Α και 200/5 mg για το σχήμα Β. Όλοι όσοι έλαβαν το σχήμα Α και 26/28 που έλαβαν το σχήμα Β θα επαναλάμβαναν την εξέταση με το ίδιο σχήμα χορηγηθείσας καταστολής (P=0,150). Μόνο 3 από τους 28 εξεταζόμενους που έλαβαν το σχήμα Β θα επαναλάμβαναν την εξέταση στον δημόσιο τομέα με τη χορήγηση ενσυνείδητης καταστολής («μέθη»), έναντι 0 από τους 28 που έλαβαν το σχήμα Α (P=0,75). Το σχήμα Α οδήγησε σε μεγαλύτερο χρόνο καταστολής (28,7 vs. 27,5 λεπτά), ενώ ο χρόνος ανάνηψης ήταν μεγαλύτερος με το σχήμα Β (25,1 vs. 18,9 λεπτά), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,538 και P=0,393, αντίστοιχα). Το σχήμα Α οδήγησε σε ταχύτερο καθετηριασμό του τυφλού (19,8 λεπτά vs. 19,3 λεπτά, P=0,040). Τέλος δεν παρουσιάστηκε διαφορά στην ανίχνευση αδενωμάτων (10/28 vs. 12/28 – P=0,785). Δε παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες σε καμία ομάδα ασθενών.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση καταστολής κατά την κολονοσκόπηση σε ιδιωτικό ιατρείο είναι ασφαλής. Τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των εξεταζόμενων δεν μεταβάλλονται με το χορηγηθέν σχήμα αναισθησίας.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):50

eP108

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΔΕΞΙ ΚΑΙ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΚΟΛΟΝ: ΑΡΚΕΙ Η ΟΡΘΟ-ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ SCREENING ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΣΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΟΛΟΟΡΘΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ;

Β. Παπαστεργίου, Θ. Γούγουλας, Β. Παππάς, Γ. Σπιθάκης, Α. Παππάς, Ε. Καραγιάννη, Β. Αρσενίου, Π. Καρανάνος
Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο», Μαρούσι, Αθήνα

Εισαγωγή: Η ακριβής θέση της ορθοσιγμοειδοσκόπησης σε πρωτόκολλα πρόληψης του κολοορθικού καρκίνου (ΚΚ) παραμένει αμφιλεγόμενη.

Σκοπός: Να επιχειρηθεί συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας και των χαρακτηριστικών των αδενωμάτων στο αριστερό κόλον (ΑΚ=έως σπληνική καμπή) και εκείνων στο δεξί κόλον (ΔΚ=σπληνική καμπή και εγγύτερα).

Ασθενείς-Μέθοδοι: Ασθενείς (n=172, 59,9% άρρενες, μ.η.: 62,7±8,7 έτη) μέσου κινδύνου για ΚΚ που υποβλήθηκαν σε προληπτική κολονοσκόπηση (2014–15) μελετήθηκαν αναδρομικά. Αναλύθηκε μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης προσαρμοσμένο για φύλο/ηλικία. Καταληκτικά σημεία ήταν η παρουσία στο ΔΚ: α) αδενώματος >5 mm (συμπεριλαμβανομένων οδοντωτών), β) «προχωρημένου» κλασικού/οδοντωτού αδενώματος (>1 εκ, κλασικό αδένωμα λαχνωτό ή/και με υψηλόβαθμη δυσπλασία, παραδοσιακό οδοντωτό αδένωμα, δυσπλαστικό επίπεδο οδοντωτό αδένωμα, καρκίνος).

Αποτελέσματα: Πολύποδες στο ΔΚ παρατηρήθηκαν σε 36(20,9%) ασθενείς (υπερπλαστικοί: 8,1%, κλασικά/οδοντωτά αδενώματα: 9,3%/2,3%, καρκίνος: 0,6%). Δεκατρείς (7,6%) ασθενείς είχαν αδένωμα>5 mm στο ΔΚ, εκ των οποίων 7/13 δεν είχαν κανένα πολύποδα και 10/13 δεν είχαν κανένα αδένωμα στο ΑΚ (P=0,10 και 0,20 αντίστοιχα). Από τους 6(3,5%) ασθενείς με προχωρημένο αδένωμα στο ΔΚ, 3/6 δεν είχαν κανένα αδένωμα και 4/6 κανένα αδένωμα στο ΑΚ (P=0,17 και 0,16 αντίστοιχα). Δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ αδενωμάτων στο ΑΚ (παρουσία, ιστολογία, αριθμός, μέγεθος, εντόπιση) και αδενωμάτων >5 mm στο ΔΚ. Ο συνολικός αριθμός αδενωμάτων στο ΑΚ βρέθηκε να συσχετίζεται με την πιθανότητα προχωρημένου αδενώματος στο ΔΚ (OR=2,4, 95% CI: 1,01–5,77, P=0,04). Μόνο 5/171 ασθενείς με <3 αδενώματα στο ΑΡ κόλον είχαν προχωρημένο αδένωμα στο ΔΚ (P=0,04, NPV: 97,1%).

Συμπεράσματα: Παρά την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ αριστερών/δεξιών αδενωμάτων η αξία της ορθοσιγμοειδοσκόπησης ως εργαλείου προσυμπτωματικού ελέγχου περιορίζεται από το γεγονός ότι οι περισσότεροι ασθενείς με αδενώματα στο ΔΚ δεν έχουν σύγχρονα αδενώματα στο ΑΚ.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):50

eP109

ΚΑΚΩΣΗ ΣΠΛΗΝΟΣ ΕΚΔΗΛΟΥΜΕΝΗ ΜΕ ΣΗΜΕΙΟ ΚΕHR ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ: ΜΙΑ ΑΠΡΟΒΛΕΠΤΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ

Β. Παπαστεργίου,¹ Α. Παππάς,¹ Β. Παππάς,¹ Γ. Σπιθάκης,¹ Α. Φωτόπουλος,² Κ. Δελαμαρίνης,³ Ε. Καραγιάννη,¹ Θ. Γούγουλας,¹ Π. Καρανάνος¹
¹Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ²Χειρουργική Κλινική και ³Τμήμα Αξονικού Τομογράφου, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο», Μαρούσι, Αθήνα

Εισαγωγή: Η καθιέρωση του προσυμπτωματικού ελέγχου αναμένεται να αυξήσει τον απόλυτο αριθμό των σχετιζόμενων-με-κολονοσκόπηση επιπλοκών.

Σκοπός: Να περιγραφεί περιστατικό κάκωσης σπληνός ως επιπλοκή προληπτικής κολονοσκόπησης.

Ασθενής-Μέθοδοι: Άνδρας 53 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης υπεβλήθη σε κολονοσκόπηση με ήπια καταστολή (μιδαζολάμη-2 mg). Το ενδοσκόπιο προωθήθηκε έως το τυφλό χωρίς ιδιαίτερη τεχνική δυσκολία ή χειρισμούς, πλην ήπιας πίεσης στο υπογάστριο για την αντιμετώπιση περιελίξεων (looping) στο σιγμοειδές. Αλλαγή σε ύπια θέση έγινε προ της διελεύσεως διά της σπληνικής καμπής. Μικροσκοπικός πολύποδας στο κατιόν κώνον αφαιρέθηκε με λαβίδα βιοψίας. Ο ασθενής αποχώρησε χωρίς προβλήματα από το ενδοσκοπικό τμήμα.

Αποτελέσματα: Τέσσερις ώρες μετά εμφάνισε βύθιο άλγος στο υπογάστριο. Εξετάστηκε σε εφημερεύον νοσοκομείο από όπου εξήλθε έπειτα από αρνητικό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο (γ. αίματος/CRP/αα κοιλιάς). Επανήλθε στο τμήμα μας το επόμενο πρωί λόγω εμμονής του κοιλιακού άλγους και εμφάνισης άλγους στον αριστερό ώμο. Ήταν απύρετος με φυσιολογικά ζωτικά σημεία. Διαπιστώθηκε ευαισθησία στην εν-τω-βάθει ψηλάφηση του υπογαστρίου καθώς και επιδείνωση του άλγους στο αριστερό ώμο κατά την αμφίχειρη ψηλάφηση του αριστερού υποχονδρίου(σημείο Kehr). Εργαστηριακά (Hb=13,3 g/dL, Hct=40.8%, WBC=5820/μL, PLT=186.000/μL) ανευρέθηκε μικρή αύξηση της CRP(=12.2mg/L). Υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία με ευρήματα κάκωσης σπληνός (IV βαθμού, AAST-spleen-injury-scale) και αιμοπεριτοναίου. Προεχειρητικά διαπιστώθηκε HbsAg(+). Η διερευνητική λαπαροτομή επιβεβαίωσε τα απεικονιστικά ευρήματα ενώ απέκαλυψε ευμεγέθη σπληνοκοιλιακή σύμφυση ως πιθανή αιτία εξ-έλεως-τραυματισμού του σπληνός. Διενεργήθηκε σπληνεκτομή και ο ασθενής εξήλθε έπειτα από ομαλή μετεχειρητική πορεία.

Συμπεράσματα: Η κάκωση σπληνός αποτελεί ασυνήθη, πλην σοβαρή, επιπλοκή που θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην διαφοροδιάγνωση του κοιλιακού άλγους μετά από κολονοσκόπηση. Η εμφάνιση σημείου Kehr θα πρέπει να αυξάνει τον δείκτη υποψίας.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):51

eP110

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ ΜΕ ΣΥΣΚΕΥΗ ΕΚΤΟΜΗΣ ΟΛΙΚΟΥ ΠΑΧΟΥΣ (FTRD®)

Κ. Βασιλειάδης, Σ. Σγούρος, Χ. Καρακίδας, Α. Τρίκολα, Ε. Λαλά, Ν. Τσουκαλάς, Ι. Δήμας, Γ. Στεφανίδη
 Γαστρεντερολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Εισαγωγή: Η ολικού πάχους ενδοσκοπική εκτομή (eFTR) βλεννογονικών αλλοιώσεων παχέος εντέρου με συσκευή εκτομής που εφαρμόζεται σε εύκαμπτο ενδοσκόπιο (FTRD® system, Onesco, Germany) αποτελεί μια καινοτόμο μέθοδο που βασίζεται στη μεθοδολογία εφαρμογής μεταλλικού κλιπ ολικού πάχους (OTSC system, Onesco, Germany). Επιτρέπει την εκτομή όλων των στιβάδων του τοιχώματος, έως και τον ορογόνο χιτώνα, εξασφαλίζοντας τη σύγκλιση του χάσματος πριν την εκτομή του παθολογικού ιστού.

Σκοπός: Να διερευνηθεί η δυνατότητα εκτομής αδενώματος βάσης τυφλού, επί της σκωληκοειδούς απόφυσης με τη μέθοδο eFTR.

Ασθενής-Μέθοδοι: Η μέθοδος εφαρμόστηκε σε άρρενα ασθενή 83 ετών με ιστολογικά επιβεβαιωμένο αδένωμα με χαμηλόβαθμη δυσπλασία βάσης τυφλού επί του εντυπώματος της σκωληκοειδούς απόφυσης. Η συσκευή εκτομής εφαρμόστηκε στο άκρο του ενδοσκοπίου το οποίο προωθήθηκε ως τη βάση του τυφλού. Έγινε σήμανση των ορίων του αδενώματος με θερμοπηξία (argon plasma coagulation) και έγινε έλξη του τοιχώματος στο καπάκι (cup) της συσκευής με τη βοήθεια λαβίδας σύλληψης. Εφαρμόστηκε στεγανή σύγκλιση με μεταλλικό κλιπ του τοιχώματος του εντέρου και ακολούθησε εκτομή ολικού πάχους με βρόγχο που είναι εφαρμοσμένος στο μηχανισμό.

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές. Η ιστολογική μελέτη όλου του παρασκευάσματος ανέδειξε εκτομή επί υγιών ορίων.

Συμπέρασμα: Η μέθοδος eFTR με σκοπό την ενδοσκοπική αφαίρεση ολικού πάχους ιστού είναι εφικτή, αποτελεσματική και χωρίς επιπλοκές.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):51

eP111

ΜΕΙΖΟΝΕΣ ΚΑΙ ΕΛΑΣΣΟΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΛΕΒΟΝΤΟΠΑ/ΚΑΡΒΙΝΤΟΠΑ ΜΕ ΑΝΤΛΙΑ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΣΤΗ ΝΗΣΤΙΔΑ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΝΟΣΟ PARKINSON (PD)

Γ. Μαλγαρινός,¹ Π. Στάθης,² Φ. Γεωργόπουλος,³ Μ. Βοργιάς,¹ Ι. Τριανταφυλλίδης⁴
¹Ενδοσκοπικό, ²Νευρολογικό Τμήμα Mediterraneo Hospital Αθήνα, ³Digestive Endoscopy Department Al Zahra Hospital Dubai UAE, ⁴IBD Unit IASO GENERAL Hospital Αθήνα

Εισαγωγή: Στους ασθενείς με προχωρημένη PD έχει προταθεί η χορήγηση συνδυασμού λεβοντόπα/καρβιντόπα υπό μορφή γέλης με αντλία συνεχούς έγχυσης στη νήστιδα, μετά από τοποθέτηση διαδερμικής ενδοσκοπικής γαστροστομίας/νηστιδοστομίας (PEG/J) προκειμένου να βελτιωθούν οι κινητικές διαταραχές τους.

Σκοπός: Η παράθεση της εμπειρίας μας όσον αφορά στην ανεκτικότητα και τις παρενέργειες που σχετίζονται με την χορήγηση λεβοντόπα/καρβιντόπα υπό μορφή γέλης με αντλία συνεχούς έγχυσης στη νήστιδα σε ασθενείς με PD.

Ασθενείς-Μέθοδοι: 32 ασθενείς με προχωρημένη PD (19 άνδρες και 13 γυναίκες ηλικίας 70,2±7,9 έτη) εντάχθηκαν σε μόνιμη θεραπεία συνεχούς έγχυσης γέλης λεβοντόπα 20 mg/ml και καρβιντόπα 5 mg/ml στη νήστιδα μέσω μόνιμης PEG/J για 6 έως 32 μήνες. Πριν την μόνιμη θεραπεία ελέγχθηκε η ανταπόκριση των ασθενών και τιτλοποιήθηκε η δόση του φαρμάκου με ρινοηστιδικό καθετήρα έγχυσης φαρμάκων για 24-48 ώρες. Οι άμεσες και όψιμες επιπλοκές της ενδοσκοπικής διαδικασίας (PEG/J) καταγράφηκαν προοπτικά και χωρίστηκαν σε μείζονες και ελάσσονες.

Αποτελέσματα: Επιπλοκές παρατηρήθηκαν σε 8 ασθενείς (25,0%), εξ αυτών 5 ασθενείς ανέπτυξαν ελάσσονες (15,6%) και 3 ασθενείς (9,4%) μείζονες επιπλοκές, ενώ 7 ασθενείς (21,9%) παρουσίασαν ελάσσονες επιπλοκές που σχετίζονταν με την νηστιδοστομία. Η σύγκριση της ομάδας των ασθενών που παρουσίασαν μία ή περισσότερες επιπλοκές και της ομάδας των ασθενών οι οποίοι δεν παρουσίασαν επιπλοκές δεν κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την ηλικία, το φύλο και τη διάρκεια παρακολούθησης.

Συμπέρασμα: Οι επιπλοκές κυμαίνονται σε χαμηλά ποσοστά και είναι εύκολα αντιμετωπίσιμες, καθιστώντας τη χορήγηση λεβοντόπα/καρβιντόπα ελκυστική και εφικτή στρατηγική θεραπείας για τους ασθενείς με προχωρημένη PD. Ο γαστρεντερολόγος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επιτυχή έκβαση της θεραπείας.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):51

eP112

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΣΥΓΚΛΗΣΗ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗ SLEEVE-ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ ΜΕ OVER-THE SCORE CLIP (ONESCO CLIP)

Ν. Ελευθεριάδης, Ι. Κατσογριδάκης, Γ. Κατωράς, Α. Γραμματόπουλος
 Γαστρεντερολογική Κλινική, Ενδοσκοπικό Τμήμα, Νοσοκομείου Μετροπόλιταν, Αθηνών

Εισαγωγή: Η sleeve γαστρεκτομή θεωρείται η χειρουργική θεραπεία εκλογής για τη νοσογόνο παχυσαρκία. Ωστόσο, μπορεί να επιπλακεί από χρόνια, αναστομωτικά συρίγγια, με δύσκολη αντιμετώπιση.

Ασθενής-Μέθοδοι: Γυναίκα 45 ετών με νοσογόνο παχυσαρκία (BMI 45 kg/m²) υποβλήθηκε σε sleeve γαστρεκτομή, ενώ μία εβδομάδα αργότερα εμφάνισε έντονο κοιλιακό άλγος και υψηλό πυρετό (39 °C). Ο κλινικοεργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος έδειξαν απόστημα ως επακόλουθο εγγύς, αναστομωτικής διαφυγής. Έγινε εξωτερική παροχέτευση και τοποθετήθηκε μερικός επικαλλυμένη ενδοπρόθεση (stent), η οποία αφαιρέθηκε τρεις μήνες αργότερα. Η γαστροσκόπηση μετά την αφαίρεση της ενδοπρόθεσης έδειξε χρόνιο συρίγγιο με εκροή πύου στον στόμαχο, ενώ η αξονική τομογραφία (CT) κοιλιάς έδειξε μικρή συλλογή. Έγινε έναρξη χρόνιας παρεντερικής διατροφής και προσήλθε για δεύτερη γνώμη. Αρχικά έγινε προσπάθεια σύγκλισης του συριγγίου με την clip-endoloop τεχνική, η οποία απέτυχε, ενώ κατόπιν προτάθηκε η ενδοσκοπική σύγκλιση του συριγγίου με το Onesco clip και τη χρήση ελκυστήρα.

Αποτελέσματα: Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε στο ενδοσκοπικό εργαστήριο υπό μέθη, με τη χρήση επεμβατικού ενδοσκοπίου δύο καναλιών. Η σωστή τοποθέτηση του Onesco clip ήταν προβληματική εξαιτίας της υψηλής θέσης του συριγγίου και ο ελκυστήρας δεν ήταν αποτελεσματικός. Παρόλα, αυτά το Onesco clip τοποθετήθηκε επιτυχώς στο στόμιο του συριγγίου. Επαναληπτική γαστροσκόπηση δύο μήνες και ένα χρόνο αργότερα έδειξαν πλήρη σύγκλιση του συριγγίου, η CT κοιλιάς έδειξε πλήρη εξαφάνιση του αποστήματος, ενώ η ασθενής είναι τελείως ασυμπτωματική.

Συμπέρασμα: Σύμφωνα με την περίπτωση μας, αν και υπάρχουν αμφιλεγόμενα δεδομένα, θεωρούμε τη χρήση του Onesco clip ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία για την οριστική σύγκλιση χρόνιων αναστομωτικών συριγγίων μετά από sleeve γαστρεκτομή. Περαιτέρω εμπειρία είναι απαραίτητη.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):51

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΒΙΝΤΕΟ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΩΝ

V01

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΤΜΗΜΑΤΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΕΚΤΟΜΗ, ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΑ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ

Π. Κασαπίδης, Η. Γρίβας, Κ. Διαμαντόγιαννης, Β. Σαζανίδης
Γαστρεντερολογική Κλινική Ενδοσκοπικού Τμήματος, Κεντρική Κλινική Αθηνών

Γυναίκα 55 ετών υποβλήθηκε σε ολική κολονοσκόπηση, λόγω παρουσίας αίματος από το ορθό και σιδηροπενικής αναιμίας. Η ενδοσκόπηση ανέδειξε, στο περιφερικό σιγμοειδές, έμμοιχο με ευρεία βάση δίλοβο πολύποδα, Δ=4.5 εκ. Σύμφωνα με την ενδοσκοπική κατάταξη κατά Παρίσι ενδόκλιπ (video παρουσίαση) = Isr, Subpendunculated. Ακολούθησε ενδοσκοπική τμηματική (σε δύο τμήματα) πολυεκτομή με βρόχο και αιμόσταση με endoclip (video παρουσίαση). Η ιστολογική εξέταση κατέδειξε καλότητες σωληνοδολαχνωτό αδένωμα. Μετά ένα μήνα, στην ορθοσιγμοειδοσκόπηση, παρατηρήθηκε λευκωπή ουλή, στην περιοχή της πολυεκτομής, χωρίς υπολειμματικά στοιχεία από τον αφαιρεθέντα πολύποδα.

Σύγχρονες μετα-αναλύσεις συνιστούν την ενδοσκοπική αφαίρεση ευμεγέθων βλαβών (πολυποειδών και μη) του παχέος εντέρου, σαν την αρχική αντιμετώπιση. Οι πολυποειδείς αλλοιώσεις, μεγέθους έως 2 εκ – 2,5 εκ, αφαιρούνται με την τεχνική της ενδοσκοπικής βλεννογονεκτομής (EMR). Μεγαλύτερες αλλοιώσεις είναι προτιμότερο να αφαιρούνται με ενδοσκοπική υποβλεννογόνια εκτομή (ESD). Οι επίπεδες ή μη πολυποειδείς βλάβες (κατάταξη κατά Paris: 0-IIa επίπεδες με υπέγερση, 0-IIβ επίπεδες, 0-IIc καθηλωμένες) είναι οι δυσκολότερα αφαιρούμενες, συνήθως με την τεχνική της ESD, η οποία απαιτεί ειδικά υλικά και εκπαίδευση του ενδοσκόπου. Η επιτυχής ανύψωση της δυσπλαστικής βλάβης επιβάλλεται για την ασφαλή και αποτελεσματική αφαίρεσή της με EMR ή ESD. Όλες οι μελέτες συστήνουν τη χρήση βελόνας έγχυσης 25G (αντί 21G-23G) και διάλυμα κολλοειδούς (gelofusine, sodium hyaluronate). Προτιμότεροι είναι οι σκληροί βρόχοι πολυεκτομής (spiral type 20mm ή oval type 25mm), για την EMR. Ειδικότερα σε επίπεδες ή μη πολυποειδείς αλλοιώσεις, με Δ>2εκ, η ESD θεωρείται αποτελεσματική για την πλήρη (en bloc) εξαίρεσή τους. Συχνά, ειδικότερα στην τμηματική ενδοσκοπική πολυεκτομή (EPMR), είναι αναγκαία η θερμοκαυτηρίαση (APC), στα χείλη της προηγηθείσας πολυεκτομής, λόγω της πιθανής ύπαρξης εναπομεινάντων νησιδίων δυσπλασίας.

• *Gastrointest Endosc. Clin N Am 2015, 25(2):303*
 • *Dig Endosc 2016, 28(3):296*

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):54

V03

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΕΚΤΟΜΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΑ ΣΤΟ ΕΓΚΑΡΣΙΟ ΚΟΛΟΝ

Μ. Φραγκάκη, Ι. Δήμας, Γ. Μαυρογένης, Γ. Πασπάτης
Βενιζέλιο Πανάνειο, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Γυναίκα 60 ετών υπεβλήθη σε κολονοσκόπηση στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου. Επίπεδος πολύποδας περίπου 8 εκ. στο εγκάρσιο κόλον με επέκταση σε δύο συνεχείς πτυχείς αφαιρέθηκε με piecemeal EMR χρησιμοποιώντας βρόχο πολυεκτομής 20 mm και διαθερμίας ERBE. Το ιστολογικό αποτέλεσμα ανέφερε σωληνολαχνωτό αδένωμα με υψηλού βαθμού δυσπλασία.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):54

V02

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΒΛΕΝΝΩΔΕΣ ΚΥΣΤΙΚΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ, ΜΕ ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΠΛΗΝΟΣ

Θ. Μαυρομάτης, Ι. Αλεβιζάκης, Σ. Δρίτσας, Ε. Παπαγιάννη, Π. Αλεξάκου
Γ' Χειρουργικό Τμήμα, Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Η Λαπαροσκοπική περιφερική παγκρεατεκτομή με διατήρηση του σπληνός θεωρείται ως η εγχείρηση εκλογής για συμπτωματικούς ασθενείς με καλοήγη ή χαμηλής κακοήθειας, μικρούς εξαιρέσιμους όγκους του παγκρέατος, όπως κυστικά νεοπλάσματα, IPMN ενδοκρινικά νεοπλάσματα ή ακόμη και σε χρόνια παγκρεατίτιδα επειδή προσφέρει όλα τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής τεχνικής και δεν απαιτεί τεχνικές αποκατάστασης της συνέχειας του πεπτικού. Επειδή η πρόγνωση των πασχόντων είναι άριστη, προτείνεται η διατήρηση του σπληνός για την μείωση διά βίου του κινδύνου σήψης και θρομβοκυττάρωσης και την μακροχρόνια ως εκ τούτου λήψη αντιβιοτικών και αντι-αιμοπεταλιακών φαρμάκων. Οι δύο μέχρι σήμερα περιγραφόμενες εγχειρητικές τεχνικές βασίζονται είτε στην διατήρηση των βραχέων γαστρικών αγγείων και της αριστερής γαστρο-επιπλοϊκής αρτηρίας, είτε στη διατήρηση των σπληνικών αγγείων. Και οι δύο τεχνικές προσπελούν τον πάγκρεας δια του ελάσσονος επιπλοϊκού θυλάκου εξ υπαρχής με διατομή του γαστρο-κολικού συνδέσμου και την χρήση λαπαροσκοπικού υπερήχου και εξοπλισμό ρομποτικής χειρουργικής. Στην παρούσα ανακοίνωση περιγράφεται λαπαροσκοπική περιφερική παγκρεατεκτομή με διατήρηση του σπληνός, με διαφορετική τεχνική, σε ασθενή ηλικίας 57 ετών με άτυπα κοιλιακά ενοχλήματα από μηνών. Ο γενόμενος απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε ένα κυστικό νεόπλασμα σώματος-ουράς παγκρέατος 3,7 εκ. Ο ενδογαστρικός υπέρηχος και η βιοψία δια λεπτής βελόνης (FNA) έθεσαν την υπόνοια βλεννώδους κυστικού νεοπλάσματος. Η ασθενής ανένηψε ευχερώς και δεν υποβλήθηκε σε μετάγχιση. Η κλειστή παροχέτευση αφαιρέθηκε την 7η μετ. ημέρα χωρίς παθολογικές τιμές διαστάσης στον καθημερινό προσδιορισμό. Την 10η μετ. ημέρα υποβλήθηκε σε αζονική αγγειογραφία η οποία ανέδειξε ικανοποιητική αιμάτωση του σπληνός. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε τη διάγνωση του βλεννώδους κυστικού νεοπλάσματος.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):54

V04

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΟΣ ΕΚΤΟΜΗ ΠΡΩΙΜΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟ ΜΑΧΟΥ

Γ. Μαυρογένης, Ι. Τσευγάς, Δ. Ζαχαριάδης
Νοσοκομείο Mediterraneo, Γλυφάδα

Το βίντεο αυτό παρουσιάζει ένα περιστατικό ενδοσκοπικής υποβλεννογονίου εκτομής πρώιμου καρκίνου γωνίας στομάχου, διαμέτρου 2 εκ, Paris classification IIb+IIc. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε σε ασθενή 80 ετών με στεφανιαία νόσο και ήπια νεφρική ανεπάρκεια, μετά από πενταήμερη διακοπή του Σαλοσπίρ. Η επέμβαση έγινε υπό γενική αναισθησία με γαστροσκόπιο Olympus GIF-185, με παροχή διοξειδίου του άνθρακα. Τα περιφερικά όρια της βλάβης προσδιορίστηκαν με την βοήθεια χρωμοενδοσκόπησης με NBI και indigocarmine. Στη συνέχεια η βλάβη οριοθετήθηκε με DualKnife 2 mm (Olympus) (Forced coag, 25W, Olympus ESG-100) και έγινε υποβλεννογονίου έγχυση ενός μείγματος Voluven (500 ml), αδρεναλίνης (1 mg) και indigocarmine (2 cc) με βελόνα 25G. Στη συνέχεια έγινε en bloc εκτομή της βλάβης με το ίδιο μαχαίριδιο (Slow cut, 50W). Αγγεία διαμέτρου >2 mm καυτηριάστηκαν με Coagrapser (Olympus) (Soft Coag, 80W) ενώ μικρότερα αγγεία καυτηριάστηκαν με το DualKnife (Forced Coag, 25W). Μετά την ολοκλήρωση της εκτομής έγινε πλήρης σύγκληση του τεχνητού έλκους με αιμοστατικά κλιπ. Ιστολογικά η βλάβη αφαιρέθηκε με υγιή όρια και αφορούσε μία ζώνη εντερικής μεταπλασίας με υψηλού βαθμού δυσπλασία και εστιακή ανάπτυξη ενδοβλεννογονίου αδενοκαρκινώματος. Ο ασθενής νοσηλεύτηκε για 24 ώρες και δεν παρουσίασε επιπλοκές/υποτροπή στους 6 μήνες του follow up.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):54

V05

ΤΕΧΝΙΚΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ PEXACT

Γ. Μαυρογένης, Ι. Τσευγάς, Γ. Θεοδώρου, Δ. Ζαχαριάδης
 Νοσοκομείο Mediterraneo, Γλυφάδα

Σε αυτό το βίντεο παρουσιάζουμε την τεχνική διαδερμικής κολοστομίας με την μέθοδο Pexact (Fresenius, Kabi) σε ασθενή με ατελή απόφραξη παχέος εντέρου. Η τεχνική εφαρμόστηκε σε ασθενή 70 ετών με ιστορικό χειρουργηθέντος καρκίνου ορθού και καρκίνου ουροδόχου κύστης, ο οποίος παρουσίαζε επαναλαμβανόμενα επεισόδια ατελούς απόφραξης του παχέος εντέρου και χρόνιο μετεωρισμό. Ο ενδοσκοπικός και ακτινολογικός έλεγχος έδειξαν διάταση του αυλού του παχέος εντέρου στα 8-10 εκατοστά και στένωση του νέο-ορθού μήκους 8 εκατοστών και διαμέτρου 9 χιλιοστών. Λόγω της αδυναμίας εφαρμογής τοπικής ενδοσκοπικής θεραπείας και του υψηλού χειρουργικού κινδύνου δεν πραγματοποιήθηκε χειρουργική κολοστομία και προτάθηκε η πειραματική εφαρμογή διαδερμικής κολοπηξίας και στην συνέχεια κολοστομίας. Με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς πραγματοποιήθηκε διαδερμική κολοστομία τύπου Pexact με τον εξής τρόπο: με το ασθενή σε ύπτια θέση, μετά από χορήγηση μέθης έγινε διαφανοσκόπηση στην περιοχή του σιγμοειδούς και κολοπηξία σε 4 σημεία με το σύστημα συρραφής Pexact. Στην συνέχεια υπό συνεχή ενδοσκοπικό έλεγχο τοποθετήθηκε καθετήρας 'γαστροστομίας' 14 Fr. Ο ασθενής νοσηλεύτηκε για 24 ώρες και παρουσίασε ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Εκπαιδεύτηκε να χρησιμοποιεί τον καθετήρα για την εξαγωγή αέρα και την περιοδική χορήγηση καθαρτικών. Μέχρι σήμερα η διαδερμική κολοστομία έχει περιγραφεί στην αντιμετώπιση συστροφής παχέος εντέρου ως μέσο καθήλωσης αυτού. Το παρόν περιστατικό αποτελεί μία νέα εφαρμογή της εν λόγω επέμβασης ως μέσο αποσυμφόρησης του παχέος εντέρου σε ασθενείς με χρόνιο μετεωρισμό λειτουργικής ή/και μηχανικής αιτιολογίας.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):55

V07

ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ (30 ΕΤΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ)

Κ. Μακρής, Γ. Κουτούφαρης, Κ. Μανωλουδάκη, Σ. Βρακάς, Β. Ξουριγιάς
 Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά Τζάνειο

Η σαρκοείδωση είναι μία πάθηση αγνώστου αιτιολογίας, η οποία χαρακτηρίζεται ιστολογικά από μη τυροειδοποιημένα κοκκίωματα. Εμφανίζεται κυρίως σε ηλικίες μεταξύ 20 και 40 ετών, σπάνια κάτω από 18 και μπορεί να εμφανιστεί σε ηλικίες άνω των 60 ετών. Συνήθως εντοπίζεται σε λεμφαδένες, πνεύμονες, δέρμα, σφραγίδια, σπλίνα και ήπαρ.^{1,2} Ο γαστρεντερικός σωλήνας αποτελεί σπάνια (0,1-0,9%) εκδήλωση της σαρκοείδωσης με πιο συχνή εντόπιση το στομάχο (πρώτη φορά περιγράφηκε από το Schaumann το 1936). Μπορεί να σχετίζεται με τη συστηματική πάθηση ή να αποτελεί μοναδική εκδήλωση της νόσου.^{3,4} Οι ασθενείς με σαρκοείδωση στομάχου συνήθως είναι ασυμπτωματικοί. Αν παρουσιάσουν συμπτώματα τα συχνότερα είναι η επηστροφή, ο πρόωρος κορεσμός, η ναυτία, ο έμετος, η απώλεια βάρους, η αιματέμηση και οι μέλανες κενώσεις.⁵

Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρούνται υπεραεθαιμία, αυξημένο ACE, αρνητική Μαντουχ (καλή αρνητική προγνωστική αξία για τη σαρκοείδωση), βιοψία (μη τυροειδοποιημένα σαρκοειδικά κοκκίωματα), PET-CT με γάλλιο 86.⁶ Ενδοσκοπικά η νόσος παρουσιάζεται είτε με γαστρικά έλκη με εντοπισμένα κοκκίωματα είτε με διάχυτα κοκκίωματα και ίνωση που αφορούν όλο το τοίχωμα του στομάχου. Η εικόνα του στομάχου μπορεί να προσομοιάζει με εκείνη της πλαστικής λιντίδας όταν έχουμε αύξηση του πάχους του βλεννογόνου, στένωση του αυλού και ακαμψία του τοιχώματος. Επίσης μερικά case reports σχετίζουν την σαρκοείδωση με καρκίνο στις θέσεις που εντοπίζεται, ίσως στα πλαίσια χρόνιας φλεγμονής όπως έχει περιγραφεί και στη λοίμωξη από *H. pylori*.⁷ Η γαστρική σαρκοείδωση θα πρέπει να διαφοροδιagnυστεί από τις ακόλουθες παθήσεις: 1) πεπτικό έλκος, 2) Νόσος Menetrier 3) Υπερτροφική γαστρίτιδα 4) Μυκοβακτηρίδιο 5) Ιστοπλάσμαση 6) Γαστρικός καρκίνος 7) Σύφιλη 8) Λέμφωμα 9) Ιστοκύτωση κυττάρων Langerhans 10) Νόσος του Crohn 11) Νόσος του Whipple 12) Αντίδραση σε ξένο σώμα.⁵

Θεραπεία θα πρέπει να λάβουν οι συμπτωματικοί ασθενείς και συνιστάται σε αναστολείς της αντλίας πρωτονίων, prednisolone 20-40 mg με διάρκεια θεραπείας τουλάχιστον 6 μήνες σταδιακά μειούμενη. Υπό έριση είναι η χρήση αζαθειοπρίνης και ανοσοκατασταλτικών τύπου anti-TNF δεδομένου ότι έχουν περιγραφεί περιστατικά που εκδήλωναν τη νόσο ενώ ελάμβαναν βιολογικά παράγοντα για άλλη παθολογία. Χειρουργική αντιμετώπιση θα χρειαστούν οι ασθενείς με συμπτωματολογία απόφραξης του στομάχου.^{4,6} Το περιστατικό αφορά λευκή, καυκάσια γυναίκα 60 ετών με πνευμονική σαρκοείδωση σε ύφεση από 20 έτη περίπου, η οποία παρουσίαζε από 9μήνου αίσθημα δύσπνοιας και δυσφορίας, με αρνητικό καρδιολογικό έλεγχο και από 2μήνου μεταγευματική επηστροφή και αίσθημα πρόωρου κορεσμού. Στο παρελθόν είχε λάβει για τη νόσο της υψηλές δόσεις κορτιζόνης για τουλάχιστον δύο έτη. Κατά την ενδοσκόπηση παρατηρήθηκαν πολυποειδείς προβολές στην καθετή μοίρα του ελάσσονος τόξου, στα όρια θλόου-σώματος που εκτεινόταν σε πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα. Σκληρές, εύθραπτες και αιμορραγικές κατά τη λήψη των βιοψιών από τις οποίες αναδείχθηκαν μη τυροειδοποιημένα κοκκίωματα σαρκοειδικού τύπου. Επίσης στο μείζον τόξο, στα όρια θλόου-σώματος παρατηρήθηκε έμμοιχος υπερπλαστικός πολυπόδος με στοιχεία εστιακής χαμηλόβαθμης ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας.

Η γαστρική σαρκοείδωση είναι μία σπάνια εξωπνευμονική εκδήλωση της νόσου. Ασθενείς με ιστορικό σαρκοείδωσης ή ενεργή νόσο με συμπτωματολογία από το πεπτικό θα πρέπει να ενδοσκοπούνται άμεσα.

Βιβλιογραφία

- Sharma SK et al. Rare manifestations of sarcoidosis in modern era of new diagnostic tools. *Indian J Med Res* 2012, 135:621-9
- Feldman M, Friedman I, Sleisenger BL. *Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 10th ed. Vol. 1. 2015
- Ceylan E et al. Gastric involvement of sarcoidosis in a patient with multiple lung nodules. *J Res Med Sci* 2015, 20:525-8
- Matsubara T et al. Early gastric cancer associated with gastric sarcoidosis. *Int Surg* 2015, 100:949-53
- Tokala H, Paksani K, Kalavakunta JK. Gastric sarcoidosis: a rare clinical presentation. *Case Rep Gastrointest Med* 2013, 2013:260704
- Kasper DL et al. Longo, Joseph Loscalzo, Harrison's Principles of Internal Medicine. Harrison's Principles of Internal Medicine. 2015, McGraw-Hill Education eBooks, 3985

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):55

V06

ERCP VIA GASTROSTOMY IN A PATIENT WITH A POST BARIATRIC SURGERY BILIARY LEAK

G. Mavrogenis,^{1,2} P. Warzée²

¹Department of Gastroenterology, Mediterraneo Hospital, Athens, Greece,
²Department of Gastroenterology, Grand Hôpital de Charleroi, Charleroi, Belgium

This video illustrates an ERCP performed through a gastrostomy in patient with a post-gastric bypass biliary leak. A surgical gastrostomy was performed in order to gain access to the stomach with a standard duodenoscope. After dilation of the gastrostomy up to 13 mm, a gastroscope was advanced to the duodenum and was further exchanged to a duodenoscope with the help of a guidewire. Cholangiography disclosed a biliary leak of the right hepatic bile duct. We performed sphincterotomy and a plastic stent was placed (10Fr x 12 cm) in the right hepatic duct. At the end of the procedure two large foley catheters were positioned at the gastrostomy in order to maintain the caliber of the fistulous tract sufficiently wide for further endoscopic procedures.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):55

V08

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΦΥΜΑΤΟΣ ΤΟΥ VATER ΜΕ ΕΝΑ ΝΕΟ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΣΚΟΠΙΟ ΕΥΡΕΟΣ ΟΠΤΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ (FUSE ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΙΟ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΗ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗ

Ι.Σ. Παπανικολάου, Γ. Τζιάτζιος, Β. Παπαδόπουλος, Π. Γκολφάκης, Γ. Βλαχονικόλου, Π. Γάτος-Γατόπουλος, Κ. Γραμματικός, Γ. Δημητριάδης, Κ. Τριανταφύλλου
 Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Μονάδα Ερευνας, αττική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με σύνδρομο οικογενούς αδενωματώδους πολυποδίασης (ΟΑΠ) συνιστάται να υποβάλλονται σε έλεγχο του στομάχου και δωδεκαδακτύλου από την ηλικία των 25-30 ετών, κατά προτίμηση με πλάγιας όρασης ενδοσκόπιο και λήψη βιοψιών ανά 3-5 έτη, ανάλογα με τον αριθμό των πολυπόδων. Το νέο FUSE-γαστροσκόπιο (EndoChoice Inc. Atlanta, GA, USA) παρέχει εικόνα 245ο σφού χρησιμοποιεί δύο κάμερες (ευθείας και αριστερής όρασης), με τις αντίστοιχες εικόνες να προβάλλονται σε 2 θρόνες. Θα μπορούσε επομένως να παρέχει τη δυνατότητα ταυτόχρονης «κανονικής» επισκόπησης του ανωτέρου πεπτικού, σε συνδυασμό με την επισκόπηση και της μείζονος δωδεκαδακτυλικής θηλής.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής ηλικίας 18 ετών με ιστορικό συνδρόμου οικογενούς πολυποδίασης και κολεκτομή προ Ζετίας, υποβάλλεται σε έλεγχο με γαστροσκόπηση/δωδεκαδακτυλοσκόπηση για έλεγχο του στομάχου και της μείζονος δωδεκαδακτυλικής θηλής. Χρησιμοποιήθηκε το νέο FUSE-γαστροσκόπιο και με τους κλασικούς χειρισμούς μιας γαστροδωδεκαδακτυλοσκόπησης επισκοπήθηκε το φύμα του Vater εύκολα και ταχύτατα. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται έως τώρα μία μικρή σειρά από την Ιαπωνία, 21 ασθενών όπου η επαρκής επισκόπηση του φύματος του Vater ήταν δυνατή στο 90% (19/21).

Συμπέρασμα: Το νέο FUSE-γαστροσκόπιο αντιπροσωπεύει μια τεχνολογική εξέλιξη, που συνδυάζει τη φυσιολογική επισκόπηση του ανωτέρου πεπτικού, με την εύκολη επισκόπηση του φύματος, χρησιμοποιώντας ένα μόνο ενδοσκόπιο.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):55

V09

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΕΝΔΟΠΡΟΣΘΕΣΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΚΤΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ SPYGLASS™ DS

Σ. Σταυρινίδης,¹ Δ. Κυπραίος,¹ Λ. Θεοδωρόπουλος,¹ Μ.-Λ. Χατζηνικολάου,¹ Ν. Σαριμπεγίγλου,¹ Α. Μαλαχιάς,¹ Γ. Σοφινιδής,¹ Σ. Μπασισούκας,² Δ. Δημητρουλόπουλος,¹ Δ. Ξυνόπουλος,¹ *Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας»,² Β' Ενδοσκοπικό Τμήμα, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών*

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα, 36 ετών εισήχθη στο νοσοκομείο λόγω πλήρους διατομής του κοινού χοληδόχου πόρου κατά τη διάρκεια λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής. Διεήχθη άμεσα ERCP και τοποθετήθηκε ενδοπρόσθεση χοληφόρων (BS). Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας ο κύριος παγκρεατικός πόρος καθετηριάστηκε, οπότε τοποθετήθηκε ευθύ, διπλού-πτερυγίου ανά πλευρά παγκρεατική ενδοπρόσθεση (PS) 5fr-7 εκ. Η ασθενής ανέηψε χωρίς επιπλοκές και η εξαγωγή ή/και αντικατάσταση του BS προγραμματίστηκε για 3 μήνες αργότερα. Κατά τη διάρκεια της δεύτερης ERCP, το BS ταυτοποιήθηκε και αντικαταστάθηκε αλλά δεν ανιχνεύθηκε PS. Η κοιλιακή ακτινογραφία αποκάλυψε την πλήρη μετάβαση του PS κεντρικά μέσα στον παγκρεατικό πόρο. **Συζήτηση και συμπεράσματα:** Η εγγύς μετανάστευση των παγκρεατικών ενδοπροθέσεων (PS) είναι μια επιπλοκή που περιγράφεται σε ασθενείς με PS και ανάκτηση τους είναι μια δύσκολη κατάσταση θεωρώντας ότι όλες οι γνωστές τεχνικές είναι «τυφλές» και όσες υπάρχουν έχουν αναπτυχθεί για την αφαίρεση ενδοπροθέσεων χοληφόρων (BS).

Οι ενδοπροθέσεις παγκρέατος που έχουν μεταναστεύσει κεντρικά μπορούν να αναγνωριστούν αποτελεσματικά, να συλληφθούν και να ανακτηθούν με το νέο σύστημα Spyglass™ DS. Η υψηλή ποιότητα εικόνας, η κατάλληλη ευελιξία και ευκολία στη χρήση που προσφέρει το νέο σύστημα, υπό την άμεση απεικόνιση, αποτελεί μια εναλλακτική τεχνική ασφαλούς διάσωσης, όταν έχουν αποτύχει οι συμβατικές μέθοδοι ανάκτησης ενδοπροθέσεων.

Βιβλιογραφία

1. Lu Y, Jin Z, Wu J-C, Bie L, Gong B. Endoscopic Retrieval Technique of Proximally Migrated Pancreatic Stents: A Retrospective Study in a Tertiary Centre. *Gastroenterology Research and Practice* 2015, Article ID 485980, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/485980>
2. Kawaguchi Y, Lin JC, Kawashima Y, et al. Risk factors for migration, fracture, and dislocation of pancreatic stents. *Gastroenterol Res Pract* 2015, 2015:365457
3. Matsumoto K, Katanuma A, Maguchi H. Endoscopic removal technique of migrated pancreatic plastic stents. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2014, 21:E34-40
4. Maydeo A, Kwek A, Bhandari S, Bapat M, Mathew P. SpyGlass pancreatoscopy-guided cannulation and retrieval of a deeply migrated pancreatic duct stent. *Endoscopy* 2011, 43 Suppl 2 UCTN:E137-8
5. Price LH, Brandabur JJ, Kozarek RA, Gluck M, Traverso WL, Irani S. Good stents gone bad: endoscopic treatment of proximally migrated pancreatic duct stents. *Gastrointestinal Endoscopy* 2009, 70:174-179
6. Chahal P, Baron TH, Petersen BT, Topazian MD, Gostout CJ, Levy MJ. Pancreatic stent prophylaxis of postendoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis: spontaneous migration rates and clinical outcomes. *Minerva Gastroenterologica e Dietologica* 2007, 53:225-230
7. Horwath JD, Jowell P, Branch S, Fleishman, Gress FG. Proximal migration of a 3 French pancreatic stent in a patient with pancreas divisum: suggested technique for successful retrieval. *Journal of the Pancreas* 2005, 6:178-184
8. Johanson JF, Schmalz MJ, Geenen JE. Incidence and risk factors for biliary and pancreatic stent migration. *Gastrointestinal Endoscopy* 1992, 38:341-346

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):56

V11

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΦΥΜΑΤΕΚΤΟΜΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ

Σ. Σταυρινίδης,¹ Δ. Κυπραίος,¹ Λ. Θεοδωρόπουλος,¹ Μ.-Λ. Χατζηνικολάου,¹ Ν. Σαριμπεγίγλου,¹ Γ. Σοφινιδής,¹ Α. Μαλαχιάς,¹ Κ. Τσαμακίδης,¹ Δ. Δημητρουλόπουλος,¹ Ε. Κούσκος,² Δ. Ξυνόπουλος,¹ *Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας»,² Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο»*

Άνδρας ασθενής ετών 68 με ΧΝΑ - αιμοκαθαίρομενος εισήχθη για ενδοσκοπική αφαίρεση ευμεγέθους αδενώματος του φύματος Vater.

Ο ασθενής είχε υποβληθεί σε προληπτική γαστροσκόπηση κατά την οποία βρέθηκε αδένωμα στο φύμα του Vater. Έγινε λήψη βιοψιών οι οποίες ανέδειξαν αδένωμα φύματος με υψηλόβαθμη δυσπλασία (σωληνολαχνοειδές αδένωμα). Ακολούθησε αξονική άνω και κάτω κοιλίας στην οποία παρατηρήθηκε ήπια διάταση ενδοηπατικών χοληφόρων με διατεταμένο χοληδόχο πόρο. Έν συνεχεία στο νοσοκομείο μας η ασθενής υποβλήθηκε σε ενδοσκοπικό υπέρηχο EUS κατά τον οποίο αναδείχθηκε σε T1 αδένωμα, χωρίς διήθηση του μυϊκού χιτώνα και χωρίς ενδοσκοπική επέκταση εντός του χοληδόχου και παγκρεατικού πόρου. Ο ασθενής λόγω του ιστορικού του και της γενικότερης φυσικής του κατάστασης δεν ήταν δυνατόν να υποβληθεί σε χειρουργική διαδικασία και καθ'ότι οι συνθήκες το επέτρεπαν, αποφασίστηκε τελικά η ενδοσκοπική αφαίρεση του αδενώματος.

Κατά τη νοσηλεία του ο ασθενής δεν παρουσίασε καμία μετεπεμβατική επιπλοκή και εξήχθη με p.os αγωγή.

Βιβλιογραφία

1. Espinel J, Pinedo E, Ojeda V, Guerra Del Rio M. Endoscopic ampullectomy: a technical review. *Rev Esp Enferm Dig* 2016, 108:271-8
2. Espinel J, Pinedo E, Ojeda V, Del Rio MG. Endoscopic management of adenomatous ampullary lesions. *World J Methodol* 2015, 5:127-35
3. Panzeri F, Crippa S, Castelli P, et al. Management of ampullary neoplasms: A tailored approach between endoscopy and surgery. *World J Gastroenterol* 2015, 21:7970-87
4. Tsuji S, Itoi T, Sofuni A, Mukai S, Tonozuka R, Moriyasu F. Tips and tricks in endoscopic papillectomy of ampullary tumors: single-center experience with large case series (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2015, 22:E22-7
5. De Palma GD. Endoscopic papillectomy: indications, techniques, and results. *World J Gastroenterol* 2014, 20:1537-43

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):56

V10

ΕΚΤΟΜΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΠΟΛΥΠΟΔΑ ΤΡΗΜΑΤΟΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ OTSC® (OVESCO)

Σ. Σταυρινίδης,¹ Δ. Κυπραίος,¹ Λ. Θεοδωρόπουλος,¹ Μ.-Λ. Χατζηνικολάου,¹ Ν. Σαριμπεγίγλου,¹ Γ. Σοφινιδής,¹ Α. Μαλαχιάς,¹ Κ. Τσαμακίδης,¹ Δ. Ξυνόπουλος,¹ *Γαστρεντερολογική κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας»*

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα ασθενής 63 ετών εισήχθη στο νοσοκομείο προς αφαίρεση επίπεδου πολυπόδα ο οποίος ανευρέθηκε σε πρόσφατη κολονοσκόπηση στην περιοχή του τυφλού, επί και εντός του τρήματος της σκωληκοειδούς απόφυσης. Λόγω της θέσης του πολυπόδα και της υψηλής επικινδυνότητας για διάτρηση αποφασίστηκε η χρησιμοποίηση Clip OTSC® (Ovesco, Tübingen, Germany) και EMR.

Συζήτηση και συμπεράσματα: Η χρησιμοποίηση του clip OTSC® (Ovesco, Tübingen, Germany) αποδείχτηκε αποτελεσματική για την πρόληψη πιθανής διάτρησης σε τεχνικά δύσκολη περιοχή, όπως το τρήμα της σκωληκοειδούς απόφυσης.

Βιβλιογραφία

1. Joseph Elmunzer B. Just Clip It: Endoscopic Clipping in the 21st Century? *Am J Gastroenterol* 2016, 111:6-8
2. Schmidt A, Bauerfeind P, Gubler C et al. Endoscopic full-thickness resection in the colorectum with a novel over-the-scope device: first experience. *Endoscopy* 2015, 47:719-25
3. Sanchez-Munoz D, Ortiz-Moyano C, Gomez-Rodriguez B. Role of Clips in Therapeutic Endoscopy: A Review. *Journal of Gastroenterology and Hepatology Research* 2014;3
4. Tholoor S, Tsagakouris O, Basford P, Bhandari P. Managing difficult polyps: techniques and pitfalls. *Ann Gastroenterol* 2013, 26:114-121
5. ASGE Technology Committee, Banerjee S, Barth BA, Bhat YM et al. Endoscopic closure devices. *Gastrointest Endosc* 2012, 76:244-51
6. Vormbrock K, Mönkemüller K. Difficult colon polypectomy. *World J Gastrointest Endosc* 2012, 4:269-280

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):56

V12

ESD ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ CLIP-ΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΝΗΜΑΤΟΣ

Σ. Μπασισούκας, Β. Ντελής, Ι. Καρούμπιλης
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Β' Ενδοσκοπικό Τμήμα, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

Ασθενής 82 ετών με δυσπεπτικά ενοχλήματα υποβάλλεται σε γαστροσκόπηση και ανευρίσκεται βλάβη 0-IIa+Ic διαμέτρου 1,5 cm στην άνω μοίρα του ελάσσονος τόξου, ιστολογικά ως επί υψηλόβαθμης δυσπλασίας σε έδαφος εντερικής μετάπλασης.

Αποφασίζεται η αφαίρεση της βλάβης με την μέθοδο της ESD (ενδοσκοπική υποβλεννογόνια διατομή). Η ESD πραγματοποιείται με γαστροσκόπιο Olympus GIF-H180J, υπό CO₂ και ηλεκτροχειρουργικό μαχαίριδιο Olympus IT-2 Knife.

Λόγω της θέσης της βλάβης η διατομή γίνεται σε ανάστροφη θέση του ενδοσκοπίου. Μετά από ολική περιφερική βλεννογονοτομή και δημιουργία υποβλεννογόνιου χείλους, τοποθετείται στο άπω τμήμα του βλεννογόνου ενδοσκοπικό clip με οδοντικό νήμα για ανύψωση του χείλους (countertraction). Το πλάνο της διατομής με αυτήν την τεχνική διατηρείται άμεσα ορατό και ακριβές καθόλη τη διάρκεια της διατομής με σημαντικά μειωμένο χρόνο επέμβασης.

Συνολική διάρκεια ESD 35 λεπτά. Ιστολογικά η βλάβη (3,1x2,6 cm) χαρακτηρίζεται ως Ενδοβλεννογόνιος καρκίνος με αρνητικά περιφερικά και κάθετα όρια εκτομής (HMO/VMO), Ly (0), V(0), R0, curative resection.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):56

V13

GIST ΟΡΘΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕΡΙΚΟΥ ΠΑΧΟΥΣ ΕΚΤΟΜΗ ΜΕ “UNROOF”Σ. Μπασιούκας,¹ Ι. Καρούμπαλης²¹Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, ²Β' Ενδοσκοπικό Τμήμα, ΓΝΑ Γ. «Γεννηματάς»

Ανδρας 40 ετών υποβάλλεται σε ορθοσκόπηση μετά από δακτυλική εξέταση προστάτη, λόγω ψηλαφητού σκληρού όζου. Στην ορθοσκόπηση ανευρίσκεται υποβλεννογόνιο μórφωμα (SMT) διαμέτρου 5 mm, σκληρής υφής και ο ασθενής υποβάλλεται σε διορθικό υπερηχογράφημα.

Το SMT χαρακτηρίζεται ως ομοιογενές ηπόχο διαμέτρου 5.5x3.5 mm εντοπιζόμενο στην 3η υπερηχογραφική στοιβάδα (υποβλεννογόνιος) και σε επαφή με το μυϊκό τοίχωμα. Η MRI πυέλου και CT κοιλίας είναι αρνητική ευρημάτων. Αποφασίζεται η ενδοσκοπική εκτομή για ιστοπαθολογική εκτίμηση. Μετά από υποβλεννογόνια έγχυση διαλύματος Gelfoam η βλάβη δεν ανασκώνεται (- lifting sign) και καλύπτεται από βλεννογόνο. Αποφασίζεται βλεννογονική εκτομή για αποκάλυψη της βλάβης (unroof) με ηλεκτροχειρουργικό μαχαίριδιο Olympus Dual Knife. Η βλάβη εντοπίζεται και φαίνεται να εξορμά από το μυϊκό χιτώνα. Ακολουθεί ενδοσκοπική μυστομή και en-block αφαίρεση σκληρού λευκόφαιου όζου 9mm. Ιστολογικά διαπιστώνεται στρωματικός όγκος ορθού (GIST, c-kit +) με μιτώσεις 0/50HPF, σταδίου pT1/1 (κατά TNM) και μηδενικής εξέλιξης βάσει των κατατάξεων κατά NCCN και AFIP.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):57

V15

ΔΙΑΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΥΤΟΜΗ (ΡΕΟΜ)Κ.Χ. Δελής,¹ Ι. Ρομποτής,¹ Μ. Γουρδουράκου,¹ Γ. Καραμανώλης,² Ν. Βιάζης,³ J. Martinek⁴¹Γαστρεντερολογική Κλινική-Ενδοσκοπικό Τμήμα METROPOLITAN, ²Νοσοκομείο Λαϊκό, ³Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, ⁴IKEM, Department of Hepatogastroenterology, Prague, Czech Republic

Η ΡΟΕΜ είναι μια σύγχρονη ενδοσκοπική μέθοδος αντιμετώπισης της αχλασίας αλλά και άλλων σπαστικών διαταραχών του οισοφάγου. Σημαντικές μελέτες αναδεικνύουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά της όταν εκτελείται από έμπειρους, καλά εκπαιδευμένους ενδοσκόπους, σε τριτοβάθμια κέντρα με σύγχρονο εξοπλισμό. Οι επιπλοκές δεν είναι μείζονες και αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά κατά την διάρκεια της επέμβασης ή μετά από αυτήν. Απαιτεί αυξημένη ενδοσκοπική εμπειρία και επιδεξιότητα, γνώση της χειρουργικής ανατομίας και ικανότητα αντιμετώπισης των τυχόν επιπλοκών. Παρουσιάζουμε βίντεο με εκτέλεση πρόσθιας ΡΟΕΜ σε 72χρονη παύση ασθενή, με αχαλασία τύπου 2 και χρήση TT knife μαχαίριδιου. Στο βίντεο εμφανίζονται όλα τα στάδια της επέμβασης δηλαδή η δημιουργία επιμήκους τομής εισόδου, η δημιουργία τούνελ, η μυστομή της έξω κυκλωτούς μυϊκής στιβάδας και τέλος η σύγκλιση της τομής εισόδου με clips. Η επέμβαση ήταν επιτυχής.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):57

V14

PSC vs CHOLANGIOCa ΜΕ ΨΗΦΙΑΚΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΣΚΟΠΗΣΗ

Ι. Δήμας, Μ. Φραγκάκη, Α. Ταβερναράκη, Ε. Βάρδας, Α. Θεοδωροπούλου, Γ. Πασιπάτης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Βενιζέλιο Νοσοκομείο Ηρακλείου

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της AASLD η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα (PSC) διαγιγνώσκεται εφόσον υφίσταται ενζυμικό προφίλ χολόστασης, χαρακτηριστική (κομβολοιοειδής) απεικόνιση του χοληφόρου δέντρου στην MRCP ή την ERCP και έχουν αποκλειστεί αιτίες δευτεροπαθούς σκληρυντικής χολαγγειίτιδας, ενώ η διάγνωση του χολαγγειοκαρκινώματος προκύπτει από το συνδυασμό εργαστηριακών (CA19-9) και απεικονιστικών εξετάσεων (US, CT, MRI). Αναφέρεται η χολαγγειοσκόπηση ως υποσχόμενη μέθοδος για το μέλλον. 2 ασθενείς, ο ένας με PSC και ο δεύτερος με χολαγγειοκαρκίνωμα υπεβλήθησαν σε ERCP και ψηφιακή χολαγγειοσκόπηση. Η εικόνα της ψηφιακής χολαγγειοσκόπησης και στις δύο περιπτώσεις ήταν η ίδια και μόνο το ιστολογικό αποτέλεσμα τεκμηρίωσε τις διαγνώσεις.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):57

V16

ΕΥΘΡΥΠΤΟΤΗΤΑ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΩΣ ΜΟΝΑΔΙΚΟ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΕΥΡΗΜΑ ΣΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ

Ι. Κουτσούνας, Α. Κώστας, Γ. Παπαθεοδωρίδης, Γ. Μπάμιας

Παν/κή Γαστρεντερολογική Κλινική ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»

Ασθενής άρρεν 77 ετών προσήλθε για διερεύνηση διαρροϊκού συνδρόμου από 6μήνου με συνοδά παροδικά επεισόδια εμπυρέτων ως 39ο. Εκ της κλινικής εξέτασης παρατηρήθηκαν οιδήματα κάτω άκρων. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου διαπιστώθηκαν: αναιμία (Hb:11,4 g/dl), αλβουμίνη ορού: 2 g/dl, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη και ταχύτητα καθίζησης ερυθρών εντός φυσιολογικών ορίων, αντι-TTG (-), χρωμογρανίνη ορού και καλπροτεκτίνη κοπράνων φυσιολογικές. Η κολονοσκόπηση δεν ανέδειξε βλεννογονικές αλλοιώσεις, αλλά παρατηρήθηκε έντονη ευθρυπτότητα του βλεννογόνου σε όλα σε τμήματα του παχέος εντέρου μετά την πλύση με νερό (βίντεο). Από την ιστολογική εξέταση βιοψιών παχέος εντέρου βρέθηκαν εναποθέσεις στο χόριο άμορφης ουσίας, απόφραξη αγγείων, χρώση Congo (+), καθώς και ανοσοιστοχημική έκφραση λ-ελαφράς αλβουμίνης, ευρήματα τα οποία συνηγορούν υπέρ αμυλοείδωσης παχέος εντέρου. Τα αποτελέσματα της στεομετρικής βιοψίας έδειξαν μονοκλωνική (για την λ ελαφρά άλυσο) πλασματοκυτταρική διήθηση μυελού του τύπου clg (+), συμβατή με πλασματοκυτταρική δυσκρασία (πολλαπλό μυέλωμα). Η αμυλοείδωση χαρακτηρίζεται από την εναπόθεση πρωτεϊνικών ινιδίων (αμυλοειδούς) στους ιστούς. Η προσβολή μπορεί να είναι συστηματική ή εντοπισμένη και να αφορά τον πεπτικό σωλήνα. Κατά την προσβολή του πεπτικού σωλήνα τα συμπτώματα είναι μη ειδικά αλλά υπάρχει συσχέτιση του βάθους διήθησης του τοιχώματος του εντέρου από το αμυλοειδές με τα κλινικά και ενδοσκοπικά ευρήματα. Στην α' παθή αμυλοείδωση, που συνήθως σχετίζεται με το πολλαπλό μυέλωμα, υπάρχει διήθηση της μυϊκής στοιβάδας με αποτέλεσμα την εμφάνιση πολυποειδών επαρμάτων ή πάχυνσης των πτυχών του παχέος εντέρου, ενώ κλινικά εκδηλώνεται με δυσκοιλιότητα ή εντερική απόφραξη. Στη β' παθή αμυλοείδωση υπάρχει διήθηση μόνο του βλεννογόνου, ενδοσκοπικά παρατηρείται κοκκίωση και ευθρυπτότητα, ενώ συνήθως εκδηλώνεται με διαρροϊκό σύνδρομο.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):57

V17

ΚΑΛΟΘΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΔΙΑΤΟΜΗ ΜΕ NEEDLE KNIFE

Ε. Λάλλα, Ν. Τσουκαλάς, Σ. Σγούρος, Κ. Βασιλειάδης, Ν. Κοτσικόρος, Ε. Κυριακάκη, Γ. Στεφανίδης
Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Η διατομή πεπτικών στενώσεων με needle knife δεν είναι συνήθης πρακτική στην ελληνική πραγματικότητα. Δεν υπάρχει εκτενής βιβλιογραφία εντός ή εκτός Ελλάδος. Μπορεί να διενεργηθεί κυρίως σε αναστομωτικές ή μετά ακτινοθεραπεία στενώσεις, ανθεκτικές ή υποτροπιάζουσες μετά από θεραπεία με μπαλόνι ή κηρία. Λίγες συγκριτικές μελέτες διατομής και διαστολής δείχνουν παρόμοια βραχύχρονα αλλά καλύτερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα στη διατομή. Οι επιπλοκές είναι γενικά ήπιες και συγκρίσιμες με αυτές της διαστολής. Στο δικό μας περιστατικό, οι συνεδρίες μειώθηκαν σε συχνότητα, σε σύγκριση με αυτές της διαστολής λόγω της αύξησης των μεσοδιαστημάτων κατά τα οποία ο ασθενής μας παρέμενε ελεύθερος δυσφαγίας. Καμιά επιπλοκή δεν ανεφέρθη.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):58

V19

ΟΛΙΚΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΔΕΝΩΜΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ

Ε. Λάλλα, Ν. Τσουκαλάς, Κ. Βασιλειάδης, Σ. Σγούρος, Χ. Καρακίδιας, Μ. Ροδιάς, Ν. Κοτσικόρος, Ε. Κυριακάκη, Α. Τρικόλα, Γ. Στεφανίδης
Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Η ολικού πάχους ενδοσκοπική εκτομή (eFTR) βλεννογονικών αλλοιώσεων παχέος εντέρου με συσκευή εκτομής που εφαρμόζει σε εύκαμπτο ενδοσκόπιο (FTRD® system, Ovesco, Germany) αποτελεί μια καινοτόμο μέθοδο που βασίζεται στη μεθοδολογία εφαρμογής μεταλλικού κλιπ ολικού πάχους (OTSC system, Ovesco, Germany). Επιτρέπει την εκτομή όλων των στιβάδων του παχέος, έως και τον ορογόνο χιτώνα, εξασφαλίζοντας τη σύγκλιση του χάσματος πριν την εκτομή του παθολογικού ιστού.

Ασθενής και μέθοδος: Η μέθοδος εφαρμόστηκε σε άρρενα ασθενή 83 ετών με ιστολογικά επιβεβαιωμένο αδένωμα με χαμηλόβαθμη δυσπλασία βάσης τυφλού επί του εντυλώματος της σκωληκοειδούς απόφυσης. Έγινε σήμανση των ορίων του αδενώματος και έγινε έλξη του τοιχώματος στο καπάκι της συσκευής με τη βοήθεια λαβίδας σύλληψης. Εφαρμόστηκε στεγανή σύγκλιση με μεταλλικό κλιπ του τοιχώματος του εντέρου και ακολούθησε εκτομή ολικού πάχους με. Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές. Η ιστολογική μελέτη όλου του παρασκευάσματος ανέδειξε εκτομή επί υγιών ορίων. Η μέθοδος eFTR με σκοπό την ενδοσκοπική αφαίρεση ολικού πάχους ιστού είναι εφικτή, αποτελεσματική και χωρίς επιπλοκές.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):58

V18

ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΕΚ ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑΣ

Ε. Λάλλα, Ν. Τσουκαλάς, Χ. Καρακίδιας, Μ. Ροδιάς, Ν. Κοτσικόρος, Ε. Κυριακάκη, Α. Τρικόλα, Γ. Στεφανίδης
Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Ασθενής με απόφραξη οισοφάγου υπερβλήθη σε πρώτη γαστροσκόπηση για λήψη βιοψιών. Οι βιοψίες ήταν αρνητικές για κακοήθεια. Γίνονται, εντός των επομένων εβδομάδων, εκ νέου προσπάθειες για γαστροσκόπηση, ανεπιτυχής επίσης. Λόγω ταυτόχρονης αδυναμίας σίτισης ετέθη γαστροστομία εκ των ακτινολόγων. Μετά διμήνου προσήλθε στο νοσοκομείο μας, αδιάγνωστος, για επανάληψη λήψης βιοψιών. Εκρίθη αναγκαίο να εισέλθουμε δια της γαστροστομίας μιας και ο ορθόδοξος δρόμος ήταν αποφραγμένος. Έγινε εύκολη λήψη βιοψιών που ανέδειξαν αδενοκαρκίνωμα γαστροοισοφαγικής συμβολής.

Δεν υπάρχει βιβλιογραφία για τη συγκεκριμένη πράξη. Ωστόσο σε αδυναμία πρόσβασης της βλάβης από τον ορθόδοξο δρόμο μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε το στόμιο της γαστροστομίας η οποία δύναται να τεθεί είτε χειρουργικά είτε ακτινολογικά. Παρουσία επιπλοκών ή αντενδείξεων ως και επί της κανονικής γαστροσκόπησης.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):58

V20

ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΕΥΡΕΙΑ EMR ΣΕ ΟΙΣΟΦΑΓΟ BARRETT ΜΕ ΠΟΛΥΕΣΤΙΑΚΗ ΧΑΜΗΛΟΒΑΘΜΗ ΚΑΙ ΥΨΗΛΟΒΑΘΜΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ

Σπ. Μιχόπουλος¹, Η. Κουρκουτάς,¹ Κ. Αργυρίου,¹ Γ. Λεωνιδάκης,¹ Κ. Μαύρου,¹ Ε. Ζαμπέλη,¹ Μ. Σωτηροπούλου,² Κ. Πετράκη,³ Δ. Θεοδώρου⁴
¹Γαστρεντερολογική Κλινική ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», ²Παθολογοανατομικό Τμήμα ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», ³Παθολογοανατομικό Τμήμα «Metropolitan», ⁴Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική «Ιπποκράτειου» ΕΚΠΑ

Γυναίκα 65 ετών με δακτύλιο Schatzki και οισοφάγο Barrett (OB) C2M5 με πολυεστιακή χαμηλόβαθμη και κατά τόπους υψηλόβαθμη επιθηλιακή δυσπλασία (2 παθολογοανατόμοι). Αποφασίσθηκε μετά από συζήτηση με χειρουργό οισοφάγου και την ασθενή να επιχειρηθεί ενδοσκοπική αφαίρεση του συνόλου του OB με ενδοβλεννογονική αφαίρεση (EMR). Μετά από σήμανση της περιοχής έγινε έγχυση αραιού διαλύματος αδρεναλίνης και gelofusin. Ακολούθησε τμηματική εκτομή του 60% του OB με την χρήση cap και προσαρμόσιμου βρόχου (Olympus kit) υπερθεν του δακτυλίου Schatzki. Μετά από 36 ώρες η ασθενής εμφάνισε σοβαρή αιματέμεση που αντιμετωπίστηκε με εγχύσεις αδρεναλίνης, clips και 2 μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών. Ιστολογική: 6 τεμάχια διαμέτρου (1,2–1,7 cm) με πολυεστιακή ΧΕΔ και κατά τόπους ΥΕΔ. Μετά από 2 μήνες έγινε επανέλεγχος με πλήρη επούλωση του εκταμένου βλεννογόνου. Ακολούθησε συμπληρωματική EMR αλλά κατά τη διάρκεια της επέμβασης μετά από αφαίρεση του υπολοίπου 30% περίπου παρουσιάστηκε σημαντική αιμορραγία που οδήγησε σε αιμόσταση με εγχύσεις αδρεναλίνης, χρήση goagrasper και clips. Διακοπή της προσπάθειας αφαίρεσης και του μικρού εναπομείναντος τμήματος OB. Ιστολογική: 3 τεμάχια διαμέτρου (0,7–1,5 cm) με πολυεστιακή ΧΕΔ. Η ασθενής ανέφερε ήπια δυσφαγία στα στερεά. Σε επανέλεγχο σε 2 μήνες πλήρης επαν επιθηλιοποίηση του βλεννογόνου στην περιοχή της EMR και μικρή έκταση εντερικής μετάπλασης (EM) και στένωση που επιτρέπει τη διόδο του οργάνου. Ελήφθησαν βιοψίες και κατόπιν εφαρμόστηκε APC στην περιοχή της EM. Ιστολογική: Τεμαχίδια OB με ΧΕΔ. Σε νέο επανέλεγχο σε 2 μήνες μικρή στένωση που επιτρέπει ευχερή διόδο του οργάνου. Η ασθενής δεν αναφέρει δυσφαγία. Πλήρης επαν επιθηλιοποίηση με αναγεννητικά στοιχεία χωρίς OB υπερθεν της στένωσης που επιβεβαιώνεται ιστολογικά. Καυτηριασμός με APC στην περιοχή 1 cm κάτωθεν της στένωσης. Ιστολογικά: OB χωρίς δυσπλασία.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2016;29(Suppl):58

V21

ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΕΥΡΕΙΑ ΕΝΔΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ (EMR) ΣΕ ΜΕΓΑΛΟ ΠΟΛΥΠΟΔΑ ΤΟΥ ΑΝΤΡΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Σπ. Μιχόπουλος,¹ Κ. Αργυρίου,¹ Γ. Λεωνιδάκης,¹ Γ. Αξιάρης,¹ Η. Κουρκουτάς,¹ Ε. Ζαμπέλη,¹ Μ. Σωτηροπούλου,² Κ. Πετράκη³
¹Γαστρεντερολογική Κλινική ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», ²Παθολογοανατομικό Τμήμα ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», ³Παθολογοανατομικό Τμήμα «Metropolitan»

Άνδρας 77 ετών, με οικογενειακό ιστορικό καρκίνων (παχέος εντέρου, παγκρέατος) προσήλθε για αφαίρεση πολυπόδων παχέος εντέρου. Μετά από γαστροσκόπηση για ασαφή συμπτώματα δυσπεψίας ανευρέθη ευμεγέθης πολύπους άντρου με χαμηλόβαθμη επιθηλιακή δυσπλασία (ΧΕΔ) στην ιστολογική. Εργαστηριακός έλεγχος: κφ. Λόγω συνυπάρχουσας ΧΕΔ και στο παρακείμενο άντρο υπήρξε διχογνωμία ως προς το αν έπρεπε ή όχι να αφαιρεθεί ο πολύπους. Μετά από εκτενή ενημέρωση και σύμφωνη γνώμη του ασθενούς που αρνήθηκε το χειρουργείο έγινε επιτυχώς ευρεία τμηματική (piecemeal) πολυποδεκτομή του άντρου με ενδοβλεννογονική αφαίρεση EMR. Μετά από λεπτομερή έλεγχο με ενδοσκόπιο υψηλής ευκρίνειας και NBI ακολούθησε σήμανση της περιοχής και έγχυση αραιού διαλύματος αδρεναλίνης και gelofusin. Ακολούθησε τμηματική εκτομή του πολύποδος αρχικώς με απλό βρόχο και στη συνέχεια με τη βοήθεια ευθέος cap που επέτρεπε καλύτερη όραση και στήριξη του βρόχου πολυποδεκτομής. Η επέμβαση ολοκληρώθηκε με τη χρήση ευρυκάναλου ενδοσκοπίου και τη χρήση λοξού cap. Έγινε καυτηριασμός των χειλέων της τομής με APC. Έγινε έλεγχος την επομένη και μετά από 5 ημέρες. Την 5η ημέρα έγινε μικρή συμπληρωματική αιμόσταση με Argon 2 χαμηλής έντασης αιμορραγίας στην περιοχή της επέμβασης. Την 15η ημέρα υπήρχε έλκος χωρίς θρόμβο. ιστολογική ανέδειξε 17 τεμαχίδια διαμέτρου 0,4-11 mm: Τμήματα Αδενώματος με εντερική μετάπλαση και ΧΕΔ. Ο ασθενής βρίσκεται υπό παρακολούθηση για τον παρακείμενο βλεννογόνο.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ
ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Οι αριθμοί παραπέμπουν στον αριθμό των εργασιών

Abdulkarim M.....	ΠΑ33	Βαρυτιμάδης Λ.....	ΠΑ08, ΠΑ37, eP99
Adam G.....	ΠΑ33	Βασιλάκη Κ.....	ΠΑ27
Anders M.....	ΠΑ31, ΠΑ41	Βασιλειάδης Θ.....	ΠΑ17
Azzaroli F.....	eP09, eP10	Βασιλειάδης Κ.....	ΠΑ09, eP110, V17, V19
Bazzoli F.....	eP08, eP09, eP10	Βασιλιεβα Λ.....	ΠΑ04, ΠΑ18, eP79
Busch P.....	ΠΑ33	Βεζάκης Α.....	ΠΑ40
Cimatti M.....	eP08	Βείμου Χ.....	eP32
Denzer U.....	ΠΑ31, ΠΑ33, ΠΑ41	Βενιζέλος Ι.....	eP14
Dinis-Ribeiro M.....	ΠΑ35	Βερνάδου Α.....	eP72, eP78
El-Marsy M.....	ΠΑ31	Βέσκου Θ.....	eP104
Groth S.....	ΠΑ31, ΠΑ33, ΠΑ41	Βιάζης Ν.....	ΠΑ02, ΠΑ05, ΠΑ08, ΠΑ22, ΠΑ37, eP26, eP102, eP103, eP106, eP114, V15
Hassaini H.....	eP101	Βιέννα Ε.....	ΠΑ08
Hassan C.....	ΠΑ35	Βλαχογιαννάκος Ι.....	ΠΑ03, ΠΑ16
Hinsch A.....	ΠΑ41	Βλαχοδημητρόπουλος Δ.....	eP49
Ioannou A.....	eP08	Βλαχονικολού Γ.....	eP99, eP107, V08
Ittrich H.....	ΠΑ33	Βλάχου Χ.....	ΠΑ27
Izbicki J.....	ΠΑ33	Βολονάκη Ο.....	eP21, eP47, eP88, eP115
Kontos C.K.....	ΠΑ41	Βοργιάς Μ.....	eP111
Liverani E.....	eP08, eP09, eP10	Βόρρη Σ.-Χ.....	ΠΑ38, eP90
Lopes Brandao C.....	ΠΑ35	Βούγαρης Θ.....	ΠΑ03, ΠΑ16
Mancini M.....	eP08	Βουλαγάρη Β.....	ΠΑ13
Mandolesi D.....	eP08, eP09, eP10	Βουλαγρόπουλος Δ.....	eP31, eP67, eP68, eP69
Martinek J.....	eP114, V15	Βραδέλης Σ.....	ΠΑ21, eP50
Martinez-Gonzalez B.....	ΠΑ11	Βρακάς Σ.....	eP11, eP30, V07
Pirodda A.....	eP08	Βραχάτης Δ.....	ΠΑ19
Repici A.....	ΠΑ35	Γ	
Rosch T.....	ΠΑ31, ΠΑ33, ΠΑ41	Γαβαλάς Ε.....	eP71
Schachschal G.....	ΠΑ31, ΠΑ33, ΠΑ41	Γαζούλη Μ.....	ΠΑ06, ΠΑ22, eP26, eP28, eP30, eP46
Schiavon P.....	eP08	Γαλανόπουλος Μ.....	ΠΑ22, ΠΑ37, eP102
Sterlacci W.....	ΠΑ41	Γατοπούλου Α.....	eP37
Torresan F.....	eP08, eP09, eP10	Γάτος-Γατόπουλος Π.....	eP37, eP107, V08
Veits L.....	ΠΑ41	Γατοπούλου Ν.....	ΠΑ03, ΠΑ16, ΠΑ17
Vieth M.....	ΠΑ41	Γεροβασίλης Φ.....	eP53, eP54
Warzee P.....	eP101, V06	Γεροθανάση Ν.....	ΠΑ12, ΠΑ13
A		Γεωργάκης Ν.....	eP53, eP54
Αβραάμ Ο.....	eP104	Γεωργακόπουλος Χ.....	eP72, eP78
Αβραμίδης Ι.....	eP105	Γεωργιάδης Θ.....	eP21, eP115
Αβραμοπούλου Μ.....	eP43	Γεωργίου Μ.....	eP116
Αγγελετοπούλου Ι.....	eP55	Γεωργιτισσιαννάκου Μ.....	eP72, eP78
Αγγελόπουλος Α.....	eP25	Γεωργόπουλος Η.....	eP12, eP13, eP33, eP51, eP93
Αγγέλου Ε.....	eP70	Γεωργόπουλος Σ.....	ΠΑ02, ΠΑ10, eP99, eP103
Αγιασωτέλλη Δ.....	ΠΑ04, ΠΑ18, eP79	Γεωργόπουλος Φ.....	eP111
Αγοραστός Α.....	eP76, eP84	Γιακουμής Μ.....	ΠΑ05
Αγρογιάννη Μ.....	eP56, eP62, eP63, eP64, eP65, eP87	Γιαννακάς Κ.....	eP56, eP62
Αγρογιάννης Γ.....	eP03	Γιαννακόπουλος Α.....	ΠΑ01, ΠΑ29, eP100
Αδάμου Ε.....	ΠΑ37	Γιαννουκάκος Δ.....	eP40
Αθανασιάδου Ε.....	eP39	Γιουλεμέ Ο.....	ΠΑ27, eP38, eP39
Αθανασίου Ι.....	eP47, eP115	Γιωργάκης Ν.....	eP14
Ακριβιάδης Ε.....	ΠΑ03, ΠΑ16	Γκαγκάλης Α.....	eP15
Αλεβιζάκης Ι.....	V02	Γκαργακάνης Δ.....	ΠΑ34
Αλεξάκου Π.....	V02	Γκάτσης Χ.....	eP53, eP54
Αλεξανδράκη Π.....	eP94, eP95	Γκέρος Φ.....	ΠΑ37
Αλεξανδράκης Γ.....	ΠΑ35, eP106	Γκίζης Μ.....	ΠΑ25
Αλεξοπούλου Α.....	ΠΑ04, ΠΑ18, eP79	Γκολφάκης Π.....	ΠΑ35, ΠΑ38, eP37, eP98, eP99, eP106, eP107, V08
Αναγνωστοπούλου Ε.....	eP01, eP02, eP03, eP94, eP95	Γούγουλας Θ.....	eP108, eP109
Αναγνώστου Ο.....	ΠΑ15, eP77	Γούκος Δ.....	ΠΑ04, ΠΑ05, ΠΑ18
Αναστασιάδης Σ.....	ΠΑ08	Γουλιής Ι.....	ΠΑ03, ΠΑ16
Αναστασιάδου Κ.....	eP14, eP53, eP54	Γουλιής Ι.....	ΠΑ03, ΠΑ16
Αναστασιάδου Κ.....	eP54	Γουρδουράκου Μ.....	V15
Αναστασιάου Ε.....	eP31, eP67, eP68, eP69	Γραμματικός Κ.....	eP37, eP107, V08
Αναστασίου Σ.....	eP31	Γραμματικός Ν.....	ΠΑ27
Ανδρικόπουλος Ε.....	eP12, eP13, eP33, eP51, eP93	Γραμματόπουλος Α.....	eP112, eP113
Αζιάρης Γ.....	ΠΑ11, eP42, V21	Γρηγοροπούλου Χ.....	eP55
Απέσσου Δ.....	eP100	Γρίβας Η.....	V01
Αποστολόπουλος Π.....	ΠΑ35, eP106	Γρινάκης Ε.....	eP80
Αρβανιτίδης Κ.....	ΠΑ21	Γώγος Χ.....	eP55
Αργυρίου Κ.....	ΠΑ11, eP42, V20, V21	Δ	
Αργυροπούλου Ε.....	eP104	Δαΐκος Γ.....	ΠΑ04, ΠΑ18
Αρμένη Ε.....	eP72, eP78	Δαניהλίδης Δ.....	eP27
Αρσενίου Β.....	eP108	Δελαμαρινής Κ.....	eP109
Αρχαύλης Ε.....	eP102	Δελής Κ.....	eP114, V15
Ασημακόπουλος Σ.....	eP55	Δελλαδέτσιμα Ι.....	eP03
Αυγερινός Α.....	eP29, eP105	Δεναξάς Κ.....	ΠΑ07, eP05
Αυγουστάκη Α.....	ΠΑ20	Δήμας Ι.....	ΠΑ30, eP110, V03, V14
Αχμέτογλου Ν.....	eP27	Δημητρέλλος Ε.....	eP72, eP78
B		Δημητριάδης Γ.....	ΠΑ38, eP37, eP98, V08
Βαγενά Α.....	eP40	Δημητριάδης Π.....	eP76, eP84
Βαλάτας Β.....	ΠΑ21	Δημητριάδης Χ.....	ΠΑ12, ΠΑ13, eP85, eP86
Βαμβακά Ε.....	eP70	Δημητρουλόπουλος Δ.....	ΠΑ23, eP75, eP82, eP83, V09, V10, V11
Βάρδας Ε.....	ΠΑ30, eP52, V14	Δημόπουλος Α.....	eP42

Δημόπουλος Χ.....	eP21, eP47, eP88, eP115	Καπετάνος Δ.....	eP29, eP105
Δημουλιός Φ.....	eP29, eP105	Καπιζιώνη Χ.....	eP28, eP99
Διακονικόλα Δ.....	eP31, eP68, eP69	Καραγιαννάκης Δ.....	ΠΑ03, ΠΑ16
Διαμαντόγιαννης Κ.....	V01	Καραγιάννη Ε.....	eP108, eP109
Διαμαντόπουλος Δ.....	eP81	Καραγιάννη Μ.....	eP65
Διαμαντοπούλου Γ.....	eP20, eP45	Καραγιάννης Ι.....	ΠΑ01, ΠΑ29, eP100
Διγενάκης Ε.....	ΠΑ17, eP19	Καραγιώργη Ι.....	eP68, eP69
Δουλάμη Γ.....	eP24	Καραγκούνη Α.....	ΠΑ38, eP90
Δρακονταειδής Α.....	eP88	Καρακασιλιώτης Ι.....	eP73
Δρακούλης Χ.....	eP56, eP62, eP63, eP64, eP65, eP81, eP87	Καρακοίδας Χ.....	eP110, V18, V19
Δρίτσας Σ.....	V02	Καρακούσης Ν.....	eP72, eP78
Δρυγιαννάκης Ι.....	ΠΑ21, eP81	Καρακώστα Α.....	eP32
Δωροβίνη Π.....	eP12, eP13, eP51, eP93	Καραμανώλης Γ.....	ΠΑ07, eP05, eP26, eP28, eP30, eP40, eP114, V15
Ε		Καραμανώλης Δ.....	ΠΑ05, ΠΑ08, ΠΑ22, ΠΑ37, eP26, eP102, eP106
Ελευθεριάδης Ν.....	eP112, eP113	Καραμαρουδής Σ.....	ΠΑ38, eP90
Ελευθεριάδου Α.....	eP56, eP62, eP63, eP64	Καράμπαμπα Χ.....	eP56, eP62, eP63, eP64, eP65, eP87
Ελευσινώτης Ι.....	ΠΑ03, ΠΑ16, ΠΑ19	Καραμπέκος Γ.....	ΠΑ08
Έλληνα Χ.....	eP56, eP62, eP63, eP64, eP65	Καραμπιτσάκος Θ.....	eP50
Εμμανουήλ Α.....	eP55	Καρανάνος Π.....	eP108, eP109
Εμμανουήλ Θ.....	eP49	Καραουλάνη Θ.....	ΠΑ03, eP57, eP58, eP59, eP60, eP61
Ερωτοκρίτου Γ.....	eP32	Καρασαββίδου Λ.....	eP64, eP63
Ευαγγελίδου Ε.....	ΠΑ03	Καραταπάνης Σ.....	ΠΑ03, ΠΑ10, ΠΑ16, eP31, eP67, eP68, eP69, eP70, eP81
Ευγενίδη Α.....	ΠΑ01, ΠΑ29, eP100	Καρατζά Χ.....	ΠΑ14
Ζ		Καρατζάς Π.....	ΠΑ05
Ζαμπέλη Ε.....	ΠΑ11, eP42, V20, V21	Καρμίρης Κ.....	eP52
Ζαμπέτας Δ.....	ΠΑ15, eP77	Καρμπαλιώτη Μ.....	eP72, eP78
Ζαφειρόπουλος Β.....	ΠΑ20	Καρούμπαλης Ι.....	ΠΑ34, V12, V13
Ζαχαριάδης Δ.....	eP101, V04, V05	Καρούδα Σ.....	ΠΑ27
Ζαχαροπούλου Ε.....	eP32	Κασαπίδης Π.....	V01
Ζάχου Κ.....	ΠΑ17	Κασσελά Κ.....	eP73
Ζεγλίνας Χ.....	ΠΑ27	Καστή Α.....	eP37
Ζορμπάς Π.....	eP87	Κατζάκης Χ.....	ΠΑ34
Ζουμπούλη Χ.....	eP23	Κατσακούλης Ε.....	eP20
Ζουριδάκης Κ.....	eP29	Κατσάνος Κ.....	eP41, eP66
Ζωγράφος Κ.....	ΠΑ39	Κατσίλη Α.....	eP67
Ζωγράφου Ε.....	ΠΑ22	Κατσίλης Α.....	eP69
Η		Κατσίλης Ν.....	eP31, eP67, eP68, eP69
Ηλιάδης Δ.....	eP15	Κατσινέλος Π.....	eP14, eP53, eP54
Ηλίας Α.....	eP29, eP105	Κατσιώτης Ε.....	eP37
Θ		Κατσογιδάκης Ι.....	eP112, eP113
Θαλασσινός Ε.....	ΠΑ17, eP81	Κατσούλα Α.....	eP38, eP39
Θεοδωράκη Ε.....	ΠΑ06, ΠΑ24, eP43, eP44, eP46	Κατσούλη Π.....	ΠΑ38, eP90
Θεοδωρόπουλος Γ.....	V05	Κατωώρας Γ.....	eP112, eP113
Θεοδωρόπουλος Λ.....	eP75, eP82, eP83, V09, V10, V11	Κατωδρότου Ε.....	eP71
Θεοδωροπούλου Α.....	ΠΑ30, eP52, V14	Κατωπόδη Κ.....	ΠΑ05, ΠΑ08
Θεοδώρου Δ.....	V20	Καφαλής Ν.....	eP36
Θεόπιστος Β.....	eP20, eP45	Καψωριτάκης Α.....	ΠΑ28, ΠΑ32, eP17, eP18, eP92
Θεοφίλου Α.....	eP57, eP60, eP61	Κεϊμαλή Ε.....	eP102
Θεοχάρη Γ.....	ΠΑ05, eP20, eP45	Κετίκογλου Ι.....	ΠΑ03, ΠΑ16, eP79, eP81
Θωμόπουλος Κ.....	ΠΑ14, eP20, eP45, eP55	Κεχαγιάς Γ.....	eP32
Ι		Κηρυττόπουλος Π.....	eP76, eP84
Ίσκος Κ.....	eP72, eP78	Κίτνα Α.....	eP57, eP58, eP60, eP61
Ιωαννίδης Π.....	eP32	Κλεισιώτη Κ.....	eP27
Ιωαννίδου Α.....	eP56, eP62, eP63, eP64, eP65, eP87	Κοκκώνης Γ.....	eP29
Ιωαννίδου Π.....	ΠΑ03, ΠΑ16	Κολιός Γ.....	ΠΑ21
Ιωάννου Α.....	eP09, eP10	Κολοβού Α.....	eP02
Ιωνάς Ε.....	eP77	Κονναρή Κ.....	eP72, eP78
Κ		Κόντης Ε.....	ΠΑ40
Καζακίδης Π.....	eP32	Κόντος Γ.....	ΠΑ15, eP74, eP77
Καιάφα Γ.....	eP85	Κορατζάνης Ε.....	eP88
Καϊμακλιώτης Ι.....	eP34, eP35	Κορκολοπούλου Π.....	eP01, eP03
Κακούνης Κ.....	eP06, eP24, eP48, eP96, eP97, eP22	Κοσκίνας Ι.....	ΠΑ03, ΠΑ16
Καλαθενός Σ.....	eP31	Κοσμίδης Π.....	eP88
Καλαμπάκας Α.....	eP15	Κοσμίδης Χ.....	ΠΑ25
Καλαπόδη Μ.....	eP25	Κοτσικόρος Ν.....	ΠΑ09, V17, V18, V19
Καλαφατέλη Μ.....	ΠΑ14	Κουκιάς Ν.....	eP55
Καλέλης Σ.....	ΠΑ19	Κουκουράτος Θ.....	ΠΑ05
Καλίγερος Κ.....	eP72, eP78	Κουκουφίκη Α.....	ΠΑ03, ΠΑ16
Καλιούλη Χ.....	eP56, eP62, eP65	Κουλεντάκη Μ.....	ΠΑ20, eP19, eP80, eP81
Καλλιτακιάδης Ι.....	eP21, eP47, eP88, eP115	Κουλλιάς Ε.....	eP74
Καλτσά Α.....	ΠΑ28, ΠΑ32, eP17, eP92	Κουμαδωράκη Ε.....	eP16
Καλτσιδής Χ.....	eP89	Κουντουράς Ι.....	eP14, eP53, eP54
Καλφαρέντζος Φ.....	ΠΑ14	Κουρή Α.....	ΠΑ14
Καμπέρογλου Δ.....	ΠΑ07, eP05	Κουρικού Α.....	ΠΑ03, ΠΑ15, eP74, eP77
Καμπουρίδου Π.....	ΠΑ27	Κουρκοτάς Η.....	ΠΑ11, eP40, eP42, V20, V21
Κάντζος Ν.....	eP116	Κουρούμαλης Η.....	ΠΑ17, ΠΑ20
Κάντζος Χ.....	eP116	Κουρουπάκης Π.....	eP72, eP78
Καπάτης Α.....	ΠΑ03, ΠΑ16, eP57, eP58, eP59, eP60, eP61, eP81	Κούσκος Ε.....	V11
Καπέλλος Γ.....	eP72, eP78	Κουσοπούλου Ν.....	eP29, eP105
Καπετανάκης Ν.....	eP14, eP53, eP54	Κουτούφαρης Γ.....	eP11, V07
Καπετανίου Α.....	eP88	Κουτρομπάκης Ι.....	eP46, ΠΑ06, ΠΑ24, ΠΑ26, eP43, eP44
		Κουτρομπή Μ.....	eP12, eP13, eP33, eP51, eP93
		Κουτσομουράκης Α.....	eP07
		Κουτσούμπας Α.....	eP89

Κουτσουνας Ι.....	ΠΑ25, V16
Κουφομιάλη Ξ.....	eP64, eP65
Κρασιδιώτη Χ.....	ΠΑ15, eP77
Κρασούλη Σ.....	eP27
Κρητικός Π.-Ι.....	eP72, eP78
Κυπραίος Δ.....	ΠΑ23, eP47, eP75, eP82, eP83, V09, V10, V11
Κυριακάκη Ε.....	ΠΑ09, V17, V18, V19
Κυριακίδου Β.....	eP88
Κωνσταντινίδου Π.....	eP71
Κώστας Α.....	ΠΑ25, V16
Κωτσάκου Δ.....	eP115

Λ

Λαβράνος Γ.....	eP34, eP35
Λαδάς Σ.....	ΠΑ05, ΠΑ07
Λαζαράκη Γ.....	eP07, eP36, eP71
Λάλλα Ε.....	eP110, V17, V18, V19
Λάμπρης Κ.....	eP95
Λαμπρόπουλος Π.....	eP57, eP58, eP59, eP60, eP61
Λάτσης Μ.....	eP59, eP61
Λεγάκη Ε.....	ΠΑ06, eP28, eP46
Λεωνιδάκης Γ.....	ΠΑ11, eP42, V20, V21
Λιατζάκης Χ.....	eP15
Λιοδάκη Ν.....	eP80
Λουρουτζής Α.....	eP57, eP58, eP59, eP60, eP61
Λύγκος Δ.....	eP98
Λυκούση Σ.....	ΠΑ01
Λώτης Β.....	ΠΑ28, eP92

Μ

Μαδενίδου Α.-Β.....	eP39
Μάθου Ν.....	ΠΑ01, ΠΑ29, eP100
Μακαρονάς Χ.....	eP105
Μακρής Κ.....	eP11, V07
Μαλάκος Ζ.....	eP41
Μαλαχιάς Α.....	ΠΑ23, eP75, eP82, eP83, V09, V10, V11
Μαλγαρινός Γ.....	eP111
Μάλλη Χ.....	eP98
Μάνεσης Ε.....	ΠΑ03, ΠΑ16
Μάνη Η.....	ΠΑ04
Μανιός Ε.....	eP42
Μάντακα Α.....	ΠΑ06, ΠΑ20, ΠΑ26, eP19, eP46
Μάντζαρης Γ.....	ΠΑ05, ΠΑ08, ΠΑ22, ΠΑ37, eP26, eP102
Μαντιδής Α.....	ΠΑ02, eP103
Μανωλάκης Α.....	ΠΑ28, ΠΑ32, eP17, eP92
Μανωλακόπουλος Σ.....	ΠΑ03, ΠΑ15, ΠΑ16, eP74, eP77
Μανωλουδάκη Κ.....	V07
Μάρης Θ.....	eP29, eP105
Μαριάς Μ.....	eP69
Μαρίνου Μ.....	eP89
Μαρκάκη Α.....	ΠΑ20
Μάρκογλου Κ.....	ΠΑ37
Μαρόπουλος Γ.....	ΠΑ25
Μασγάλα Α.....	ΠΑ29
Μασσαράς Δ.....	ΠΑ29
Ματσούκα Φ.....	eP88
Μαυρογένης Γ.....	eP101, V03, V04, V05, V06
Μαυρογιάννης Χ.....	ΠΑ19
Μαυρομαρά Π.....	eP73
Μαυρομάτης Θ.....	V02
Μαύρου Κ.....	V20
Μελά Μ.....	ΠΑ08, ΠΑ17
Μέλλιος Α.....	eP01
Μενενάκος Ε.....	eP49
Μεντής Α.....	ΠΑ11
Μητροπούλου Ε.....	eP21
Μητσέλος Ι.....	eP41, eP66
Μίγγος Ζ.....	eP84
Μιμίδης Κ.....	eP73
Μιχαηλίδης Θ.....	eP76, eP84
Μιχαηλίδης Θ.....	eP68
Μιχαλάκης Ε.....	eP56
Μιχαλόπουλος Γ.....	eP11, eP30
Μιχελάκης Ε.....	eP62
Μιχόπουλος Σ.....	ΠΑ11, eP40, eP42, V20, V21
Μόσχοβης Δ.....	eP32
Μουζάς Ι.....	eP19, eP80
Μουντζούρης Κ.....	eP30
Μπαλάς Κ.....	ΠΑ27
Μπαλατιγιάννης Γ.....	eP66, eP81
Μπάμιας Γ.....	ΠΑ05, ΠΑ25, V16
Μπαρδάτσου Ν.....	eP94, eP95
Μπάρλα Γ.....	ΠΑ19
Μπασσιούκας Σ.....	V09, V10, V12, V13
Μπαχλιτζανάκη Μ.....	eP52

Μπεκιαρίδης Α.....	eP105
Μπέλλου Α.....	ΠΑ17
Μπέτση Γ.....	eP87
Μπουζάκης Η.....	eP04
Μπραϊμάκης Α.....	eP12, eP13, eP33, eP51, eP93
Μυλοπούλου Θ.....	eP73
Μωριχοβίτου Α.....	ΠΑ27

Ν

Ναλμπαντιδής Γ.....	eP29
Νεοκοσμίδης Γ.....	ΠΑ12, ΠΑ13, eP85, eP86
Νίκας Σ.....	eP21
Νικολάου Α.....	eP34, eP35
Νικολοπούλου Β.....	eP45
Ντάγκας Α.....	ΠΑ28, ΠΑ32
Νταλέκος Γ.....	ΠΑ03, ΠΑ16, ΠΑ17
Ντελής Β.....	ΠΑ34, V12
Ντέτσας Γ.....	ΠΑ03, eP31, eP67, eP68, eP69, eP70
Ντότις Μ.....	ΠΑ03, ΠΑ15, ΠΑ16, eP74, eP77
Ντόντση Π.....	eP25
Ντουγιουντζού Ι.....	eP104
Ντούλη Β.....	eP11
Ντουράκης Σ.....	ΠΑ04, ΠΑ18, eP79

Ξ

Ξηρομερίτου Β.....	eP06, eP22, eP23, eP24, eP48, eP96, eP97
Ξηρού Π.....	eP36
Ξηρουχάκης Η.....	ΠΑ10
Ξουργιά Ε.....	eP28
Ξουργιάς Β.....	eP11, V07
Ξυνιάς Ι.....	ΠΑ27
Ξυνόπουλος Δ.....	ΠΑ23, eP47, eP75, eP82, eP83, V09, V10, V11

Ο

Οικονόμου Κ.....	ΠΑ32, eP92
Ορφανουδάκη Ε.....	ΠΑ06, ΠΑ24, eP43, eP44, eP46, eP81
Ουρανού Ε.....	eP57, eP58, eP59, eP60, eP61

Π

Παγιατάκη Ι.....	eP06, eP22, eP23, eP24, eP48, eP96, eP97
Πάλλα Ε.....	ΠΑ29
Πάλλα Κ.....	eP02
Πανόπουλος Σ.....	eP05
Πάνου Χ.....	eP58, eP59, eP60
Παντελίδης Θ.....	eP07
Παντιώρα Ε.....	ΠΑ40
Παπαβδή Μ.....	eP74
Παπαγεωργίου Μ.-Β.....	ΠΑ03, ΠΑ16
Παπαγιάννη Ε.....	V02
Παπαδάκη Κ.....	ΠΑ39
Παπαδημητρίου Ε.....	eP18, eP91
Παπαδόπουλος Α.....	eP76, eP84
Παπαδόπουλος Β.....	ΠΑ38, eP37, eP73, eP99, eP107, V08
Παπαδόπουλος Θ.....	eP47
Παπαδόπουλος Ν.....	eP74
Παπαδόπουλος Σ.....	eP21, eP115
Παπαδοπούλου Α.....	eP26
Παπαευθυμίου Μ.....	ΠΑ29
Παπαζαχαριάδης Ο.....	eP94
Παπαθεοδωρίδης Γ.....	ΠΑ03, ΠΑ07, ΠΑ15, ΠΑ16, ΠΑ22, ΠΑ25, eP05, eP30, V16
Παπακωνσταντίνου Ι.....	eP28, eP40
Παπαλαυρέντιος Λ.....	eP105
Παπαναστασίου Α.....	eP57, eP58, eP59, eP60, eP61
Παπανικολάου Α.....	eP02, ΠΑ22, ΠΑ35, eP26, eP107, V08
Παπασάββας Σ.....	eP89
Παπαστεργίου Β.....	ΠΑ01, ΠΑ02, ΠΑ10, ΠΑ15, ΠΑ29, eP31, eP67, eP68, eP69, eP70, eP77, eP100, eP108, eP109
Παπαχαλαράμπος Γ.....	eP47
Παππάς Α.....	ΠΑ09, eP108, eP109, eP108, eP109
Παρασκάκης Ε.....	eP50
Παρασκευά Κ.....	ΠΑ01, ΠΑ02, ΠΑ29, eP89, eP100, eP103
Παρασκευά Μ.....	eP68
Παρασκευαΐδου Κ.....	eP36, eP76
Παρούτογλου Γ.....	eP18, eP91
Πασπάτης Γ.....	ΠΑ30, eP52, V03, V14
Πάσχος Π.....	eP15, eP38, eP39
Πατακίουτα Φ.....	eP07
Πατσαβέλα Σ.....	eP01
Παυλίδης Θ.....	eP47
Παύλιση Π.....	eP36
Πελεκάνου Α.....	eP56, eP62, eP63, eP64, eP65, eP87
Πένου Α.....	eP27
Περιφάνης Β.....	eP85
Πετράκη Κ.....	ΠΑ11, V20, V21
Πιλάκη Κ.-Θ.....	eP107
Πιλιπιδής Ι.....	eP07, eP36

Πλατσούκα Ε.....	ΠΑ29	Τζάθας Χ.....	eP11, eP28, eP30
Πνευματικάκη Ε.....	eP17	Τζαμπούρας Ν.....	eP66
Πολίτης Δ.....	eP41, eP66	Τζατζάγου Γ.....	eP15
Πολυδώρου Α.....	ΠΑ40	Τζελέπη Α.....	eP27
Πολύζος Σ.....	eP14, eP53, eP54	Τζιάτζιος Γ.....	ΠΑ38, eP37, eP98, eP99, eP107, V08
Πολύμερος Δ.....	ΠΑ35	Τζιλβές Δ.....	eP07, eP36, eP71
Πολυμίλη Γ.....	eP03	Τζιωρτζιώτης Ι.....	ΠΑ37, eP102
Πόντας Χ.....	ΠΑ08, ΠΑ37	Τζουβαλά Μ.....	eP32
Ποταμιάνος Σ.....	ΠΑ28, ΠΑ32, eP17, eP18, eP91, eP92	Τοπαλίδης Τ.....	ΠΑ41
Πουρλιωτοπούλου Χ.....	eP104	Τριανταφυλλίδης Ι.....	eP111
Πρεβεζιάνου Α.....	eP114	Τριανταφύλλου Ε.....	ΠΑ12, ΠΑ13
Προκοπίου Σ.....	eP25	Τριανταφύλλου Κ.....	ΠΑ35, ΠΑ38, eP37, eP90, eP98, eP99, eP106, V08
Πρωτοπαπάς Αδ.....	ΠΑ36, eP50	Τριανταφύλλου Σ.....	eP24
Πρωτοπαπάς Αν.....	ΠΑ12, ΠΑ13, ΠΑ36, eP85, eP86	Τριαντοπούλου Χ.....	eP89
Ρ		Τριάντος Χ.....	ΠΑ03, ΠΑ05, ΠΑ14, ΠΑ16, eP20, eP45, eP55
Ράπτη Ε.....	ΠΑ34	Τρικόλα Α.....	V18, V19, ΠΑ09, eP110
Ράπτης Ν.....	eP102	Τριφύλλη Γ.....	eP63
Ρελάκης Ι.....	eP06, eP22, eP24, eP48, eP96, eP97	Τσαγκάρης Γ.....	eP26
Ρενιέρη Β.....	ΠΑ26	Τσαγκουρνής Γ.....	ΠΑ19
Ροδιάς Μ.....	ΠΑ09, V18, V19	Τσακίρης Σ.....	ΠΑ19
Ρομποτής Ι.....	eP114, V15	Τσαλαβούτας Σ.....	eP87
Ρουσσάκης Α.....	eP88	Τσαμακίδης Κ.....	eP75, eP82, eP83, V10, V11
Ρώσιου Κ.....	ΠΑ34	Τσαμούκας Ε.....	eP116
Σ		Τσανάκαλης Μ.....	ΠΑ29
Σαββαΐδου Β.....	eP47	Τσάπας Α.....	eP38, eP39
Σαζανίδης Β.....	V01	Τσενεκίδου Α.....	eP27
Σάλλα Χ.....	eP88	Τσευγιάς Ι.....	eP101, V04, V05
Σαμωνάκης Δ.....	ΠΑ17, eP81	Τσιμαντάς Α.....	ΠΑ14
Σαπουντζής Α.....	ΠΑ14	Τσιγαρίδας Α.....	eP26, eP106
Σαρήπουλος Π.....	eP15	Τσιγαρίδας Θ.....	ΠΑ37, eP102
Σαριμπεγιόγλου Ν.....	eP75, eP82, eP83, V09, V10, V11	Τσιμπούρης Π.....	eP106
Σγούρας Δ.....	ΠΑ11	Τσιολακίδου Γ.....	eP27
Σγουρός Σ.....	V19, eP110, V17	Τσιόπουλος Φ.....	ΠΑ28, ΠΑ32, eP17, eP92
Σεβαστιανός Β.....	ΠΑ03, ΠΑ16	Τσιρονικός Δ.....	eP86
Σεραφετινίδης Ι.....	ΠΑ34	Τσιτσάκη Μ.....	eP89
Σηφάκη-Πιστόλλα Δ.....	ΠΑ17, ΠΑ20	Τσόκολα Ε.....	eP12, eP13, eP51, eP93
Σιακαβέλλας Σ.....	ΠΑ25	Τσολιας Χ.....	ΠΑ16, ΠΑ03, ΠΑ05, eP20, eP55
Σιασιάκου Σ.....	eP79	Τσουκάκη Ε.....	eP102
Σιδέρη Ε.....	eP32, eP57, eP58, eP59, eP61	Τσουκαλάς Ν.....	ΠΑ09, eP110, V17, V18, V19
Σινάκος Ε.....	ΠΑ03, ΠΑ16	Τσουκάλη Ε.....	ΠΑ08
Σινάκος Ε.....		Φ	
Σιούλας Α.....	ΠΑ31, ΠΑ33, ΠΑ39, ΠΑ41	Φαλιάκος Χ.....	eP116
Σκαμνέλος Α.....	eP41	Φαμηλιάς Ι.....	ΠΑ10, eP31, eP68, eP69
Σκαρπίδη Ε.....	eP21, eP115	Φαρμάκη Α.....	eP62, eP65
Σκιάνης Ι.....	eP106	Φέρκε Α.....	eP70
Σκοτινιώτης Η.....	ΠΑ39	Φιλίδου Ε.....	ΠΑ21
Σκρουμπή Γ.....	eP25, ΠΑ14, eP20, eP45	Φίλιππίδης Γ.....	ΠΑ08
Σολωμού Σ.....	eP32, eP57, eP58, eP59, eP60, eP61	Φίλιππου Κ.....	eP56
Σουγλέρης Κ.....	eP36	Φραγκάκη Μ.....	ΠΑ30, eP52, V03, V14
Σουφλέρης Κ.....	ΠΑ27, eP07, eP71, eP104	Φραγκουλίδης Γ.....	ΠΑ40
Σοφινίδης Γ.....	eP75, eP82, eP83, V09, V10, V11	Φύλλας Η.....	eP72, eP78
Σπανού Ε.....	eP68	Φωστήρα Φ.....	eP40
Σπιθάκης Γ.....	eP108, eP109	Φωτεινογιαννοπούλου Κ.....	ΠΑ06, ΠΑ24, eP43, eP44, eP46, eP80
Στάθης Π.....	eP111	Φωτόπουλος Α.....	eP109
Σταθοπούλου Ι.....	ΠΑ19	Χ	
Σταματελόπουλος Κ.....	eP42	Χαΐδιτς Α.-Μ.....	eP38
Στάμου Α.....	ΠΑ38, eP90	Χαλκισιάκη Α.....	ΠΑ20
Σταμπόρη Μ.....	eP31, eP67, eP68, eP69	Χανιάς Μ.....	ΠΑ37
Σταυρινίδης Σ.....	ΠΑ23, eP75, eP82, eP83, V09, V10, V11	Χαραλαμπίδης Μ.....	eP76, eP84
Σταφυλίδου Μ.....	eP15	Χαρπαντίδης Σ.....	eP73
Στεφανίδης Γ.....	ΠΑ09, eP110, V17, V18, V19	Χατζηγιάνη Α.....	ΠΑ04, ΠΑ18
Στεφανίδης Ε.....	eP29, ΠΑ12, ΠΑ13, eP85, eP86	Χατζηδάκη Δ.....	eP70
Στυλιανίδης Σ.....	ΠΑ12, ΠΑ13, eP85, eP86	Χατζηευαγγελινού Χ.....	eP102
Συρανίδη Κ.....	eP79	Χατζημιχαήλ Α.....	eP50
Σφακιανάκη Α.....	eP80	Χατζημιχάλης Γ.....	eP67, eP68
Σφηκάκης Π.....	eP05	Χατζηνάκος Γ.....	eP71, eP84
Σφουγκατάκης Ν.....	eP06, eP22, eP23, eP24, eP48, eP96, eP97	Χατζηνικολάου Μ.-Λ.....	V09, V10, V11
Σχινά Μ.....	ΠΑ03, ΠΑ16	Χατζηνικολάου Σ.....	eP75, eP82, eP83, ΠΑ23
Σωτηροπούλου Μ.....	ΠΑ11, V20, V21	Χέρας Π.....	eP12, eP13, eP33, eP51, eP93
Ταβερναράκη Α.....	ΠΑ30, V14	Χιωτακάκου Ε.....	eP116
Τ		Χολόγκιτας Ε.....	ΠΑ03, ΠΑ16
Ταβερναράκη Α.....		Χούντα Α.....	eP81
Τάκου Α.....	ΠΑ25	Χούντα Ε.....	eP106
Ταλιέρη Μ.....	ΠΑ23	Χρηστίδου Α.....	eP102
Ταμπάκη Μ.....	ΠΑ03	Χριστοδούλου Δ.....	eP41, eP66
Ταμπουρατζή Κ.....	ΠΑ19	Χριστοφορίδης Χ.....	eP63
Ταρπάγκος Α.....	eP07, eP36, eP71	Χρύσανθος Β.....	eP03
Τασοβασίλη Α.....	ΠΑ16, ΠΑ19	Χρύσανθος Ν.....	eP01, eP02, eP06, eP24, eP94, eP95, eP96, eP97
Τάτση Π.....	eP18, eP91	Ψ	
Τερζή Σ.....	eP104	Ψαρολόγος Μ.....	eP12, eP13, eP33, eP51, eP93
Τερροβίτου Χ.....	eP27	Ψύχος Α.....	ΠΑ28, ΠΑ32, eP92