

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ

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

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ με τη:



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

11ⁿ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ
ΜΕ ΘΕΜΑ:

Αγγειίτιδες

Ξεχωριστή ενότητα με παρουσίαση
πρωτότυπων ερευνητικών εργασιών

θα χορηγηθούν
13 Μόρια
Συνεχιζόμενης
Ιατρικής
Εκπαίδευσης
(CME-CPD)

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ
Crowne Plaza
Αθήνα

26-27
Σεπτεμβρίου
2025

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Άσθμα

Το FASENRA® ενδείκνυται ως επιπρόσθετη θεραπεία συντήρησης σε ενήλικες ασθενείς με σοβαρό ηωσινοφιλικό άσθμα ανεπαρκώς ελεγχόμενο παρά τα υψηλή δόση εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή και τους β-αγωνιστές μακράς δράσης¹

Ηωσινοφιλική κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα (EGPA)

Το FASENRA® ενδείκνυται ως επιπρόσθετη θεραπεία σε ενήλικες ασθενείς με υποτροπιάζουσα ή ανθεκτική ηωσινοφιλική κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα²

Με το FASENRA® μπορείτε αποδεδειγμένα να ΜΕΙΩΣΕΤΕ ή να ΕΞΑΛΕΨΕΤΕ¹⁻⁷:

ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΠΑΡΟΥΝΣΕΙΣ ΦΟΡΤΙΟ ΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ

ΑΜΕΣΟ ΚΑΙ ΜΕ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΑΠΟ
ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ⁸

MOVE
BEYOND WITH
Fasenra®
(benralizumab) Subcutaneous
Injection 30 mg

AstraZeneca

Βιβλιογραφία:

1. Fasenra®. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος 10/24. 2. Jackson DJ, et al. Lancet. 2024;403(10423):271-281. 3. Jackson DJ, et al. Eur Respir J. Published online April 4, 2024. doi:10.1183/13993003.01521-2023. 4. Menzies-Gow A, et al. ERJ Open Res. 2019;5(3):00009-2019. 5. Menzies-Gow A, et al. Lancet Respir Med. 2022;10(1):47-58. 6. Menzies-Gow A, et al. Eur Respir J. 2022;60(6):2103226. 7. Le TT, et al. J Asthma Allergy. 2024;17:313-324. 8. Vultaggio A, et al. Respir Res. 2023;24(1):135.

Το προφίλ ασφάλειας της μπενραλιζουμάμπης στο άσθμα και την EGPA είναι παρόμοιο.

Οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια της θεραπείας στο άσθμα είναι η κεφαλαλγία (8%) και η φαρυγγίτιδα (3%). Η πιο συχνά αναφερόμενη ανεπιθύμητη ενέργεια στην EGPA είναι η κεφαλαλγία (17%). Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις αναφυλακτικής αντίδρασης ποικίλης σοβαρότητας για την μπενραλιζουμάμπη¹.

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ: Με περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό λόγω ανάγκης παρακολούθησης κατά την διάρκεια της αγωγής.

ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ:

FASENRA® INJ.SOL 30MG/ML BTx1 PF.SYR, Λ.Τ: 2014,32€

FASENRA® INJ.SOL 30MG/ML BTx1 PF.PEN, Λ.Τ: 2014,32€



Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε
την Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος
που διατίθεται σκανάροντας το QR code

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

AstraZeneca AE
Αγισσίου 6-8, Μαρούσι 151 23
Τ: +30 210 6871 500
Αρ. Γ.Ε.ΜΗ. 000638901000
www.astrazeneca.gr

Χαιρετισμός

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Με χαρά σας καλωσορίζουμε στην 11ⁿ Διημερίδα για τις «**Αγγειίτιδες**» που συνδιοργανώνεται για άλλη μια χρονιά από τη Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας της Β' Παθολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ (Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο») σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Μελέτης, Έρευνας και Εκπαίδευσης Νοσημάτων Αγγείων, Καρδιάς, Εγκεφάλου και Νεφρών» (Ι.Ν.Α.Κ.Ε.Ν) την **Παρασκευή 26** και το **Σάββατο 27 Σεπτεμβρίου 2025** στην Αθήνα (**Ξενοδοχείο Crowne Plaza**).

Για φέτος έχουν προγραμματιστεί Στρογγυλά Τραπέζια για τα νέα δεδομένα στην παθογένεση, διάγνωση και θεραπεία των αγγειιτίδων, για τις θρομβώσεις στις συστηματικές αγγειίτιδες, για τις αγγειίτιδες με προσβολή ενός οργάνου-στόχου καθώς και για επίκαιρα θέματα στις αγγειίτιδες όπως την ανάπτυξη αγγειοιδικών συνδρόμων μετά από χορήγηση ανοσοθεραπείας για τον καρκίνο, την επιδημιολογία των αγγειιτίδων με Ελληνικά δεδομένα και την πνευμονική ίνωση στα συστηματικά ρευματικά νοσήματα με έμφαση στις αγγειίτιδες.

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

Επιπλέον, φέτος θα έχουμε την χαρά να έχουμε μαζί μας δύο διακεκριμένους ξένους Ομιλητές: τον **Καθηγητή Augusto Vaglio** από την Ιταλία (University of Florence) που θα δώσει την εναρκτήρια ομιλία με θέμα την ηωσινοφιλική κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα (EGPA) και τον “γνώριμο” μας **Καθηγητή Αλέξανδρο Καρρά** από την Γαλλία που θα δώσει την τελευταία ομιλία με θέμα: «Τι νεότερο στις ANCA-αγγειίτιδες?».

Η παρουσία ενός εκλεκτού επιτελείου Προεδρείων και Ομιλητών με εμπειρία και ενασχόληση στο αντικείμενο αυτό, εγγυάται την επιτυχία της εκδήλωσης και την εκπλήρωση των εκπαιδευτικών στόχων που έχουν τεθεί.

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

Με εκτίμηση,

Δημήτριος Βασιλόπουλος
Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής
Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας



FARAN

IMMUNOLOGY

FARAN

Αχαΐας 5 & Τροιζηνίας, 145 64 Ν. Κηφισιά, Αττική
Τηλ: +30 210 6254175 • Email: faran@faran.gr

Επιτροπές

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δ. Βασιλόπουλος

ΜΕΛΗ

Ι. Μπολέτης

Δ. Πετράς

Κ. Τσιούφης

Κ. Φίλης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Α. Γαρύφαλλος

Α. Γεωργούντζος

Π. Γιάννου

Α. Γουλές

Θ. Δημητρούλας

Κ. Θωμάς

Π. Κατσιμπρή

Χ. Κουτσιανάς

Π. Κωνσταντοπούλου

Σ. Λιονάκη

Σ. Μαρινάκη

Κ. Μαυραγάνη

Γ. Μουστάκας

Α. Μπανός

Κ. Μποκή

Χ. Παπαγόρας

Π. Σταμάτης

Κ. Στυλιανού

Π. Π. Σφηκάκης

Χ. Τσαλαπάκη

Α. Φανουριάκης

Ε. Φράγκου

Α. Χαλκιά



XELJANZ[®]

[tofacitinib citrate]
5 mg tablets

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από την εταιρεία.



Pfizer Ελλάς Α.Ε.,
Λ. Μεσογείων 243, Ν. Ψυχικό 15451, Αθήνα, Ελλάδα,
Τηλ. Επικοινωνίας 210-6785800,
Αριθ. Γ.Ε.ΜΗ. 000242901000
Pfizer Ελλάς Α.Ε. (Cyprus Branch)
Λεωφόρος Αθαλάσσας 26, 2018 Λευκωσία, Κύπρος,
Τηλ : 22817690

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

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

26

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ

2025

14:00 - 14:30 ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ - ΕΓΓΡΑΦΕΣ

14:30 - 17:30 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΒΗΜΑ - ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ: ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Προεδρείο: Π. Κατσιμπρή - Κ. Μαυραγάνη

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

ΕΑ01: IgG4 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΝΟΣΟΣ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Πράσινου Μ., Κοττάς Κ., Φαλάκα Α., Παναγόπουλος Π., Κασιφής Γκ.

Ρευματολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών (NNA)

ΕΑ02: ΑΝΟΣΟΠΕΝΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ: Η ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΥΨΗΛΟΤΕΡΗ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Λιονάκη Σ.¹, Παντζοπούλου Ε.¹, Τσουμπού Ι.¹, Σκαλιώτη Χ.², Κουκουλάκη Μ.³, Γκαλίτσιου Δ.⁴, Κουρτίδου Χ.⁵, Κρίκη Π.⁶, Γκίκα-Ζερβού Α.⁷, Ντουνούση Ε.⁷, Ζερμπαλά Σ.³, Παπασωτηρίου Μ.⁸, Παπαχρήστου Ε.⁸, Μουστάκας Γ.⁴, Πετράκης Ι.⁹, Στυλιανού Κ.⁹, Διβάνη Μ.¹⁰, Στεφανίδης Ι.¹⁰, Λιακόπουλος Β.⁵, Χριστοδούλου Μ.¹¹, Στάγκου Μ.¹¹, Παναγούτσος Σ.⁶, Μαρινάκη Σ.²

1. Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, Π.Γ.Ν "Αττικόν", Αθήνα
2. Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, Γ.Ν.Α «Λαϊκό», Αθήνα
3. Νεφρολογικό Τμήμα «Γεώργιος Παπαδάκης» Γ.Ν Νικαίας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»
4. Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν «Γεώργιος Γεννηματάς»
5. Β' Νεφρολογική Κλινική, ΑΠΘ, Π.Γ.Ν Θεσσαλονίκης, «ΑΧΕΠΑ»
6. Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν Αλεξανδρούπολης
7. Νεφρολογική Κλινική Π.Γ.Ν Ιωαννίνων
8. Νεφρολογική Κλινική και Μεταμοσχευτικό Κέντρο, Π.Γ.Ν Πατρών
9. Νεφρολογική Κλινική, ΠΕ.Πα.Γ.Ν.Η, Ηράκλειο Κρήτης
10. Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν Θεσσαλίας
11. Α' Νεφρολογική Κλινική, Α.Π.Θ Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης

ΕΑ03: THE ROLE OF GLUCOCORTICOIDS IN ANCA VASCULITIS MAINTENANCE TREATMENT: DATA FROM ATTIKON AND HIPPOKRATION COMBINED COHORTS.

In a longitudinal two center study of 86 patients from two academic centers low – dose GCs during maintenance treatment do not reduce the risk of major flares. Should GCs withdrawal after first remission could be more aggressive?

Chavatza K.^{1,2}, Chryssa Gialouri C.^{2*}, Drougkas K.¹, Chalkia A.³, Flouda S.¹, Kapsala N.⁴, Banos A.¹, Fanouriakis A.¹, Petras D.³, Boumpas D.T.¹, Vassilopoulos D.²

1. Clinical Immunology-Rheumatology Unit, 4th Department of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens School of Medicine, Attikon General Hospital, Athens, Greece
2. Clinical Immunology-Rheumatology Unit, 2nd Department of Medicine and Laboratory, National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine, General Hospital of Athens "Hippokration", Athens, Greece
3. Nephrology Department, General Hospital of Athens "Hippokration", Athens, Greece
4. 4th Department of Internal Medicine, National and Kapodistrian University of Athens School of Medicine, Attikon General Hospital, Athens, Greece

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

26

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ

2025

ΕΑ04: ΑΝΑΛΥΣΗ ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ CΥΤΟΦ, ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΩΝ ΚΑΙ ΜΙΚΡΩΝ ΛΙΠΙΔΙΚΩΝ ΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ ΣΤΑ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΥΜΥΑΛΓΙΑ ΚΑΙ ΠΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΡΘΡΗΡΙΤΙΔΑ

Παλαμυδάς Δ.Α.¹, Παπαδάκη Μ.², Πασχαλίδης Ν.², Παύλου Ε.², Χατζής Λ.^{1,2}, Πάλλα Π.¹, Αργυροπούλου Ο.¹, Γαλάνη Ι.², Γουλές Α.¹, Ανδρεάκος Ε.², Τζιούφας Α.Γ.^{1,2}

1. Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
2. Εργαστήριο Ανοσολογίας, Κέντρο Κλινικής, Πειραματικής Χειρουργικής & Μεταφραστικής Έρευνας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

ΕΑ05: ΑΝΟΣΟΠΕΝΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ: ΤΟ ΜΟΝΟΠΑΤΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Λιονάκη Σ.¹, Παντζοπούλου Ε.¹, Τσουμπού Ι.¹, Κουκουλάκη Μ.², Σκαλιώτη Χ.³, Γκαλίτσιου Δ.⁴, Κρίκη Π.⁵, Κουρτίδου Χ.⁶, Γκίκα-Ζερβού Λ.⁷, Ντουνούση Ε.⁷, Ζερμπαλά Σ.², Παπασωτηρίου Μ.⁸, Παπαχρήστου Ε.⁸, Μουστάκας Γ.⁴, Πετράκης Ι.⁹, Στυλιανού Κ.⁹, Διβάνη Μ.¹⁰, Στεφανίδης Ι.¹⁰, Χριστοδούλου Μ.¹¹, Στάγκου Μ.¹¹, Λιακόπουλος Β.⁶, Παναγιώτσος Σ.⁵, Μαρινάκη Σ.³

1. Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, Π.Γ.Ν "Αττικόν", Αθήνα
2. Νεφρολογικό Τμήμα «Γεώργιος Παπαδάκης» Γ.Ν Νικαίας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»
3. Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, Γ.Ν.Α «Λαϊκό», Αθήνα
4. Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν «Γεώργιος Γεννηματάς»
5. Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν Αλεξανδρούπολης
6. Β' Νεφρολογική Κλινική, ΑΠΘ, Π.Γ.Ν Θεσσαλονίκης, «ΑΧΕΠΑ»
7. Νεφρολογική Κλινική Π.Γ.Ν Ιωαννίνων
8. Νεφρολογική Κλινική και Μεταμοσχευτικό Κέντρο, Π.Γ.Ν Πατρών
9. Νεφρολογική Κλινική, ΠΕ.Πα.Γ.Ν.Η, Ηράκλειο Κρήτης
10. Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν Θεσσαλίας
11. Α' Νεφρολογική Κλινική, Α.Π.Θ Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης

ΕΑ06: ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΡΘΡΗΡΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ, ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ, ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Νίτσα Μ.¹, Τσαλαπάκη Χ.¹, Λαζαρίνη Α.^{1,7}, Αργυρίου Ε.², Δανιά Β.², Μποκή Κ.², Ευαγγελάτος Γ.³, Ηλιόπουλος Α.³, Παππά Μ.⁴, Σφήκας Π.Π.⁴, Τεκτονίδου Μ.⁴, Γεωργούντζος Α.⁵, Καλτσονούδης Ε.⁶, Βούλγαρη Π.⁶, Δρόσος Α.⁶, Θεότικος Ε.⁷, Παπαγόρας Χ.⁸, Δημητρούλας Τ.⁹, Γαρυφάλλος Α.⁹, Καταξάκη Ε.¹⁰, Βοσβοτέκας Γ.¹¹, Μπούμπας Δ.¹², Χατζηγιάννη Α.¹, Βασιλόπουλος Δ.¹

1. Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα,
2. Ρευματολογική Κλινική, Νοσοκομείο Σισμανόγλειο, Αθήνα,
3. Ρευματολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΙΤΣ, Αθήνα
4. Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα
5. Ρευματολογική Κλινική, Γ. Γεννηματάς Γενικό Νοσοκομείο Αθηνάς
6. Ρευματολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων,
7. Ρευματολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα
8. Ρευματολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης,
9. Δ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη
10. Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας Θριάσιο, Αθήνα
11. Ιδιώτης Ρευματολόγος, Θεσσαλονίκη
12. Δ' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Αττικόν, Αθήνα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

26

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ

2025

ΕΑ07: ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ANCA ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ Η ΝΟΣΟ ΑΝΤΙ-GBM

Κλεινάκη Ζ.¹, Σκαλιώτη Χ.¹, Αβρονιδάκη Α.¹, Σμυρλή Μ.¹, Μαρινάκη Σ.¹

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

ΕΑ08: Η ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΤΟΥ ANACORAN ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΠΕΝΙΚΗΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΣΥΧΝΟΤΕΡΗ ΚΑΙ ΤΑΧΥΤΕΡΗ ΥΦΕΣΗ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ 1^{ΟΥ} ΕΤΟΥΣ

Λιονάκη Σ.¹, Τσουμπού Ι.¹, Γκαλίτσιου Δ.², Σκαλιώτη Χ.³, Κουκουλάκη Μ.⁴, Παπασωτηρίου Μ.⁵, Παπαχρήστου Ε.⁵, Γκίκα-Ζερβού Α.⁶, Ντουνούση Ε.⁶, Ζερμπαλά Σ.⁴, Μουστάκας Γ.², Πετράκης Ι.⁷, Στυλιανού Κ.⁷, Σπανός Γ.⁸, Μπαμίας Γ.⁸, Φιλιππίδης Γ.⁹, Στεφανίδης Ι.⁹, Μαρινάκη Σ.²

1. Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, Π.Γ.Ν "Αττικόν", Αθήνα
2. Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν «Γεώργιος Γεννηματάς»
3. Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, Γ.Ν.Α «Λαϊκό», Αθήνα
4. Νεφρολογικό Τμήμα «Γεώργιος Παπαδάκης» Γ.Ν Νικαίας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»
5. Νεφρολογική Κλινική και Μεταμόσχευτικό Κέντρο, Π.Γ.Ν Πατρών
6. Νεφρολογική Κλινική Π.Γ.Ν Ιωαννίνων
7. Νεφρολογική Κλινική, ΠΕ.Πα.Γ.Ν.Η, Ηράκλειο Κρήτης
8. Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
9. Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν Θεσσαλίας

ΕΑ09: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ANACORAN ΣΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ANCA-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ: ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΣΕΙΡΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Χαλκιά Α.¹, Κουτσιανάς Χ.², Ανδρουλάκη Μ.³, Κουρτίδου Χ.⁴, Πατεινάκης Π.⁵, Πετράκης Ι.⁶, Παπράς Α.¹, Πολίτη Α.¹, Σταθοπούλου Ε.¹, Τσαλαπάκη Χ.², Στυλιανού Κ.⁶, Παπαδοπούλου Δ.⁵, Ανδρίκος Α.³, Λιακόπουλος Β.⁴, Βασιλόπουλος Δ.², Πετράς Δ.¹

1. Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Αθήνα
2. Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα
3. Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΙ Ι Χατζηκώστα, Ιωάννινα
4. Β' Νεφρολογική Κλινική, ΑΠΘ, ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
5. Νεφρολογική Κλινική, ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
6. Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΕΑ10: Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ-5 (IL-5i) ΣΤΗΝ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΠΟ ΕΝΑ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

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

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

ΕΑ11: A RELAPSE-SPECIFIC MOLECULAR SIGNATURE IN PATIENTS WITH ANCA-ASSOCIATED VASCULITIS

Gialouri C.G.^{1*}, Valakos D.^{2*}, Moustafa S.¹, Koutsianas C.¹, Chalkia A.³, Petras D.³, Boumpas D.T.^{4,5}, Banos A.^{4,5*}, Vassilopoulos D.^{1**}

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

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

26

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ

2025

2. *Laboratory of Molecular Biology, Biomedical Research Foundation, Academy of Athens (BRFAA), Greece*
3. *Nephrology Department, General Hospital of Athens "Hippokration", Athens, Greece*
4. *Joint Rheumatology Program, 4th Department of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine, Attikon General Hospital, Athens, Greece*
5. *Laboratory of Autoimmunity and Inflammation, Center of Clinical, Experimental Surgery and Translational Research, Biomedical Research Foundation Academy of Athens, Athens, Greece*

*/** equal author contribution

ΕΑ12: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΥΜΥΑΛΓΙΑ: ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ.

Τσαλαπάκη Χ., Κουτσιανός Χ., Λαζαρίνη Α., Δημοπούλου Ν.Β., Νίτσα Μ., Μαυρέα Τ., Βασιλόπουλος Δ.

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

- | | | |
|---------------|--|-------------------|
| 16:30 - 16:50 | Ποιος ο ρόλος των spatial transcriptomics στην διερεύνηση της παθογένειας των αγγειϊτιδων; | A. Μπανός |
| 16:50 - 17:10 | Τι νεότερο στην παθογένεση της HCV-σχετιζόμενης κρουσφαιριναιμικής αγγειϊτιδας; | A. Γουλές |
| 17:10 - 17:30 | Διαταραχές της έμφυτης ανοσίας και ANCA-αγγειϊτιδες | X. Σκαρλής |

17:30 - 18:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

18:00 - 19:30 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ANCA-ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ

Προεδρείο: Π. Κωνσταντοπούλου - Π. Π. Σφηκάκης

- | | | |
|---------------|---|-----------------------|
| 18:00 - 18:30 | Πνευμονική ίνωση: Παθογενετικοί μηχανισμοί και νέοι θεραπευτικοί στόχοι | B. Τζίλας |
| 18:30 - 19:00 | Πνευμονική ίνωση στα συστηματικά ρευματικά νοσήματα | Θ. Καραγεωργας |
| 19:00 - 19:30 | Πνευμονική ίνωση στην MPO-ANCA αγγειϊτιδα | A. Χαλκιά |

19:30 - 19:45 ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ - ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

19:45 - 20:45 OPENING LECTURE

Chairs: I. Boletis - D. Vassilopoulos

EGPA: Diagnostic and classification issues, and new approaches to treatment

A. Vaglio

ΣΑΒΒΑΤΟ

27

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ

2025

09:00 - 10:00 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ (2024-2025)

Προεδρείο: Α. Γεωργούντζος - Κ. Στυλιανού

09:00 - 09:30	Βασική έρευνα	Χ. Γιαλούρη
09:30 - 10:00	Κλινική έρευνα	Ε. Σταθοπούλου Β. Δημοπούλου

10:00 - 11:00 ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ ΜΕ ΚΥΡΙΑΡΧΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΕΝΟΣ ΟΡΓΑΝΟΥ-ΣΤΟΧΟΥ

Προεδρείο: Σ. Λιονάκη - Γ. Μουστάκας

10:00 - 10:20	Νεφρική νόσος σε ενήλικες ασθενείς με IgA αγγειίτιδα	Ν. Μαρκέτος
10:20 - 10:40	Αορτίτιδα: Διαφορική διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση	Α. Λαζαρίνη
10:40 - 11:00	ANCA αρνητική ανοσοπενική σπειραματονεφρίτιδα	Ε. Φράγκου

11:00 - 11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

11:30 - 13:00 ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΙΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Προεδρείο: Α. Γαρύφαλλος - Α. Ρέπα

11:30 - 11:50	Μη αρτηριδική vs. αρτηριδική πρόσθια ισχαιμική οπτική νευροπάθεια: Πρακτικές γνώσεις για τον μη ειδικό	Δ. Λαδάς
11:50 - 12:10	Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα και ανευρύσματα αορτής: Ποιος ο πραγματικός κίνδυνος και πως μπορεί να προληφθούν;	Θ. Δημητρούλας
12:10 - 12:35	Μακροχρόνια δεδομένα από την αναστολή της IL-6 στην γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα	Χ. Τσαλαπάκη
12:35 - 13:00	Νεότερες θεραπείες στην γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα	Π. Σταμάτης

ΣΑΒΒΑΤΟ

27

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ

2025

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

Προεδρείο: Κ. Μποκή - Δ. Πετράς

Δ. Μαστρογιωργάκης – Σ. Πιτσιγαυδάκη

Ρευματολογική Κλινική ΠαΓΝΗ, Ηράκλειο, Κρήτη

Ι. Σαριδάκης – Α. Ρέπα

Ρευματολογική Κλινική ΠαΓΝΗ, Ηράκλειο, Κρήτη

Ε. Αλμαλιώτης – Γ. Βαρουκτσή

Β' Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ. - Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Η. Λέφας – Π. Κωνσταντοπούλου

Ρευματολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Ε. Παπαδημητρίου – Θ. Δημητρούλας

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

Α. Πολίτη – Α. Χαλκιά

Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Φ. Σιδερίδου – Δ. Δαούσης

Π.Γ.Ν. Πατρών

Α. Παναγιωτόπουλος – Κ. Λάσκαρη

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Μονάδα Ρευματολογίας, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Μ. Βαρβέρη – Ε. Ευαγγέλου

Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Ε. Παπαδημητρίου – Χ. Αντωνιάδου

Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Μ. Νίτσα – Χ. Κουτσιανάς

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

Ι. Ογρότης, Γ. Κορομηλά – Ι. Τσουμπού

Β' ΠΠΚ, Μονάδα Κλινικής και Επεμβατικής Νεφρολογίας, Π.Γ.Ν.Π «Αττικόν», Γ.Ν. Δυτικής Αττικής «Αγία Βαρβάρα»

Δ. Παυλίδης – Σ. Τσιάκας

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

Α. Αβρονιδάκη – Μ. Σμυρλή

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

16:00 - 16:15 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

ΣΑΒΒΑΤΟ

27

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ

2025

16:15 - 17:15 ΘΡΟΜΒΩΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ

Προεδρείο: Γ. Κατσίκας - Ε. Νομικού

- | | | |
|---------------|--|---------------------|
| 16:15 - 16:35 | Μηχανισμοί θρόμβωσης στις συστηματικές αγγειίτιδες | Χ. Παπαγόρας |
| 16:35 - 16:55 | Θρομβοεμβολική νόσος στις συστηματικές αγγειίτιδες | Ε. Αργυρίου |
| 16:55 - 17:15 | Θρομβωτική νόσος στη νόσο Αδαμαντιάδη-Behcet | Ν. Κούγκας |

17:15 - 18:35 ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ

Προεδρείο: Δ. Δαούσης - Β. Λιακόπουλος

- | | | |
|---------------|---|-----------------------|
| 17:15 - 17:35 | Ανοσοθεραπεία για τον καρκίνο και αγγειίτιδες | Φ. Σιδερίδου |
| 17:35 - 17:55 | Έχει νόημα η διαλογή (screening) για προσβολή μεγάλων αγγείων σε ασθενείς με ρευματική πολυμυαλγία ή/και κρανιακή γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα | Μ. Ευαγγελάτος |
| 17:55 - 18:15 | Επιδημιολογία συστηματικών αγγειιτίδων: Τι αλλάζει; Ελληνικά και διεθνή δεδομένα | Β. Μπουρνιά |
| 18:15 - 18:35 | Έχουμε πετύχει την ίαση της HCV-σχετιζόμενης κρουσφαιριναιμικής αγγειίτιδας με τα νεότερα αντιικά φάρμακα; | Χ. Κρανιδιώτη |

18:35 - 19:15 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

19:15 - 20:15 ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΙΣ ANCA-ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ

Προεδρείο: Σ. Μαρινάκη - Α. Φανουριάκης

- | | | |
|---------------|--|-----------------------|
| 19:15 - 19:35 | ANCA αγγειίτιδες με νεφρική προσβολή στα παιδιά | Λ. Φώτης |
| 19:35 - 19:55 | Τι νεότερο για την πλασμαφαίρεση στη σοβαρή ANCA-αγγειίτιδα; | Μ. Κωστοπούλου |
| 19:55 - 20:15 | Αναστολείς συμπληρώματος στις ANCA-αγγειίτιδες | Χ. Κουτσιανάς |

20:15 - 20:45 CLOSING LECTURE

Chairs: D. Boumpas - D. Vassilopoulos

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| ANCA vasculitides: What's new? | A. Karras |
|--------------------------------|------------------|

20:45 - 21:00 ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑΣ

Ομιλητές - Πρόεδροι

Karras Alexandre	MD. PhD. Université Paris Cité, Service de Néphrologie, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Hôpital Européen Georges Pompidou
Vaglio Augusto	MD, PhD, Nephrology Unit, Meyer Children's Hospital, Associate Professor of Nephrology, University of Florence
Αβρονιδάκη Άννα	Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού Ε.Κ.Π.Α., Ιατρική Σχολή Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Αλμαλιώτης Εμμανουήλ	Ειδικευόμενος Νεφρολογίας, Β' Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ. - Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Αντωνιάδου Χριστίνα	Παθολόγος, PhD, Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ, Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης
Αργυρίου Ευαγγελία	Ρευματολόγος, Αθήνα
Βαρβέρη Μαρία	Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Βαρουκσή Γαρυφαλλιά	Νεφρολόγος, Β' Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ. - Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Βασιλόπουλος Δημήτριος	Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας, Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής και Ομώνυμου Εργαστηρίου, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Γαρύφαλλος Αλέξανδρος	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.
Γεωργούντζος Αθανάσιος	PhD, MPH, Διευθυντής Ρευματολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Γιαλούρη Χρύσα	Ιατρός, Επιστημονική Συνεργάτης, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Γουλές Ανδρέας	Επίκουρος Καθηγητής Παθολογικής Φυσιολογίας, Ρευματολόγος, Κλινική και Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Δαούσης Δημήτριος	Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πρόεδρος Ελληνικής Ρευματολογικής Εταιρείας (ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ)
Δημητρούλας Θεόδωρος	Ρευματολόγος, Καθηγητής Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

Δημοπούλου Νίκη-Βιολέτα	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Μονάδα Ρευματολογίας Κλινικής Ανοσολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Ευαγγελάτος Μάκης	Ρευματολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Γ' Παθολογική Κλινική Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»
Ευαγγέλου Ειρήνη	Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Α', Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Καράγεωργας Θεοφάνης	Ρευματολόγος, Συνεργάτης Μονάδας Ρευματολογίας-Κλινικής Ανοσολογίας, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»
Κατσίκας Γεώργιος	Ρευματολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
Κατσιμπρή Πελαγία	Ρευματολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
Κλεινάκη Ζωή	Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Κορομηλά Γεωργία	Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Β' ΠΠΚ, Μονάδα Κλινικής και Επεμβατικής Νεφρολογίας, Π.Γ.Ν.Π. «Αττικόν»,
Κούγκας Νικόλαος	Ρευματολόγος, Επιμελητής Α', Δ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
Κουτσιανάς Χρήστος	Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Κρασιδίωτη Χαρίκλεια	Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας-Ηπατολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Κωνσταντοπούλου Πηνελόπη	Ρευματολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Κωτσοπούλου Μυρτώ	Νεφρολόγος, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Λαδάς Δημήτριος	Οφθαλμίατρος, MD, PhD, Ινστιτούτο Οφθαλμικής Φλεγμονής & Παθολογίας Οφθαλμού, Α' Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική, Τμήμα Οφθαλμικών Φλεγμονών, Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς»
Λαζαρίνη Αργυρώ	Ρευματολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης, Μονάδα Ρευματολογίας Κλινικής Ανοσολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Λάσκαρη Κατερίνα	Ρευματολόγος, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Μονάδα Ρευματολογίας, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Λέφας Ηρακλής	Ειδικευόμενος Ρευματολογίας, Ρευματολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Λιακόπουλος Βασίλειος	Καθηγητής Νεφρολογίας, Διευθυντής Β' Νεφρολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ.
Λιονάκη Σοφία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νεφρολογίας, Νεφρολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»
Μαρινάκη Σμαραγδή	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Διευθύντρια Κλινικής Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Μαρκέτος Νικόλαος	Ρευματολόγος, Μονάδα Μοριακής Φυσιολογίας & Κλινικών Εφαρμογών, Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.
Μαστρογιωργάκης Δημήτριος	Ειδικευόμενος Ρευματολογίας, Ρευματολογική Κλινική ΠαΓΝΗ, Ηράκλειο Κρήτης
Μαυραγάνη Κλειώ	Ρευματολόγος, Καθηγήτρια Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.
Μουστάκας Γεώργιος	Νεφρολόγος, Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Μπανός Αγγελος	Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»
Μποκή Κυριακή	Ρευματολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης, «Metropolitan General»
Μπολέτης Ιωάννης	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας-Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.
Μπούμπας Δημήτριος	Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Πρόεδρος Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ)
Μπουρνιά Βασιλική-Καλλιόπη	Ρευματολόγος
Νίτσα Μαρία	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας – Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Νομικού Ευφροσύνη	Αιματολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Ογρότης Ιωάννης	Ειδικευόμενος Νεφρολογίας, Β' ΠΠΚ, Μονάδα Κλινικής και Επεμβατικής Νεφρολογίας, Π.Γ.Ν.Π. «Αττικόν», Γ.Ν. Δυτικής Αττικής «Αγία Βαρβάρα»
Παλαμηδάς Δημήτρης-Αναστάσιος	Μοριακός Βιολόγος-Γενετιστής, PhD, Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.
Παναγιωτόπουλος Αλέξανδρος	Ειδικευόμενος Ρευματολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Μονάδα Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Παντζοπούλου Ευαγγελία	Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Β' ΠΠΚ, Μονάδα Κλινικής και Επεμβατικής Νεφρολογίας, Π.Γ.Ν.Π. «Αττικόν», Γ.Ν. Δυτικής Αττικής «Αγία Βαρβάρα»
Παπαγόρας Χαράλαμπος	Αναπληρωτής Καθηγητής Ρευματολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Δ.Π.Θ.
Παπαδημητρίου Ευάγγελος	Ειδικευόμενος Ρευματολογίας, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης
Παπαδημητρίου Ευδοκία	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Δ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Α.Π.Θ.
Παυλίδης Δημήτριος	Ειδικευόμενος Νεφρολογίας, Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού Ε.Κ.Π.Α., Ιατρική Σχολή Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Πετράς Δημήτριος	Νεφρολόγος, Διευθυντής, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Πιτσιγαυδάκη Σοφία	Ρευματολόγος, Επικουρική Επιμελήτρια, Ρευματολογική Κλινική, ΠαΓΝΗ, Κρήτη
Πολίτη Αναστασία	Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Πράσινου Μαρία	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών
Ρέπα Αργυρώ	Ρευματολόγος, Επιμελήτρια, Α' Ρευματολογική Κλινική ΠαΓΝΗ, Ηράκλειο Κρήτης
Σαριδάκης Ιωάννης	Ειδικευόμενος Ρευματολογίας, Ρευματολογική Κλινική ΠαΓΝΗ, Ηράκλειο Κρήτης
Σιδερίδου Φανή	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Π.Γ.Ν. Πατρών «Παναγία η Βοήθεια»
Σκαρλής Χαράλαμπος	Pharm.D, MSc, PhD, Μέτα-Διδακτορικός Ερευνητής στη Μονάδα Μοριακής και Εφαρμοσμένης Φυσιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α. και Εντεταλμένος Διδάσκων της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α.
Σμυρλή Μαρία	Νεφρολόγος, Επικουρική Επιμελήτρια, Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού Ε.Κ.Π.Α., Ιατρική Σχολή Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Σταθοπούλου Ελπινίκη	Ειδικεύομενη Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Σταμάτης Παύλος	MD, MSc, PhD, Senior Consultant Rheumatologist, Sunderby Hospital, Sweden Postdoctoral Researcher Lund University, Sweden
Στυλιανού Κωνσταντίνος	Επίκουρος Καθηγητής Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ηρακλείου
Σφηκάκης Πέτρος	Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Μονάδα Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Τζίλας Βασίλειος	Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο «Αττικών», Research Collaborator Pulmonary Medicine, Mayo Clinic, Rochester Minnesota, USA
Τσαλαπάκη Χριστίνα	Ρευματολόγος, Επιμελήτρια Α', Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Τσιάκας Στάθης	Νεφρολόγος, Επιμελητής Β', Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού Ε.Κ.Π.Α., Ιατρική Σχολή Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Τσουμπού Ιωάννα	Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Νεφρολογίας 401 ΓΣΝ Αθηνών -Επιστημονική Συνεργάτης Π.Γ.Ν.Π. «Αττικών»
Φανουριάκης Αντώνιος	Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.Α. «Αττικών»
Φράγκου Ελένη	Επίκουρη Καθηγήτρια Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.
Φώτης Λάμπρος	Παιδίατρος - Παιδορευματολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής, Υπεύθυνος Μονάδας Παιδιατρικής Ρευματολογίας, Γ' Παιδιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.Α. «Αττικών»
Χαβάτζα Κατερίνα	Ειδικεύομενη Ρευματολογίας, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.Α. «Αττικών»
Χαλκιά Αγγαΐα	Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Β' Ε.Σ.Υ. Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Research Fellow in Vasculitis and Lupus Research Group, University of Cambridge, supported by HSS Stavros Niarchos Foundation through Hellenic Society of Nephrology and European Renal Association

Γενικές Πληροφορίες

Διοργάνωση:

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

Σε συνεργασία με τη:

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

Ημερομηνία διεξαγωγής:

26-27 Σεπτεμβρίου 2025

Τόπος Διεξαγωγής:

Ξενοδοχείο Crowne Plaza

Μιχαλακοπούλου 50

Αθήνα 11528

Τηλ.: 210 7278 000

Εγγραφές:

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

Οδηγίες παρακολούθησης με φυσική παρουσία:

Όσοι συμμετέχοντες επιθυμούν να έχουν φυσική παρουσία θα πρέπει να προσέλθουν στο χώρο διεξαγωγής για την εγγραφή τους ή να πραγματοποιήσουν την προεγγραφή τους ηλεκτρονικά μέσω της ιστοσελίδας www.events.gr.

Στους συμμετέχοντες θα σταλεί ηλεκτρονικό barcode που θα πρέπει να σαρώνουν κατά την είσοδό τους στην αίθουσα. Για την είσοδο στην αίθουσα θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας βάσει της ώρας άφιξης στον συνεδριακό χώρο και όχι το πότε πραγματοποιήθηκε η εγγραφή στο συνέδριο.

Οδηγίες διαδικτυακής παρακολούθησης:

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



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



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

Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης:

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

Παραλαβή πιστοποιητικού:

Βάσει της εγκυκλίου του ΕΟΦ, θα υπάρχει σύστημα καταμέτρησης του χρόνου παρακολούθησης. Το πιστοποιητικό παρακολούθησης θα είναι διαθέσιμο μετά το πέρας των εργασιών της Διημερίδας σε όσους σύνεδρους έχουν κάνει εγγραφή. Απαραίτητη προϋπόθεση για την παραλαβή του πιστοποιητικού παρακολούθησης είναι η συμπλήρωση τουλάχιστον του 60% των συνολικών ωρών του επιστημονικού προγράμματος και η ηλεκτρονική συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αξιολόγησης του Συνεδρίου.

Ο αριθμός Μορίων Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD), θα υπολογιστεί βάσει του χρόνου παρακολούθησης που θα καταγραφεί στην πλατφόρμα Livemed για όσους έχουν διαδικτυακή παρουσία και στο σύστημα καταμέτρησης στην είσοδο της αίθουσας για όσους έχουν φυσική παρουσία. Πιστοποιητικό δεν μπορεί να δοθεί για την on-demand παρακολούθηση.

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

Γραμματεία:



Events & Travel Solutions

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

Ελ. Βενιζέλου 154, 171 22 Ν. Σμύρνη, Τηλ.: 210 98 80 032

Website: www.events.gr • E-mail: ets@events.gr

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

Χορηγοί

abbvie

AstraZeneca 



SANDOZ



Περίληψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων

ΕΑ01: IgG4 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΝΟΣΟΣ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Πράσινου Μ., Κοττάς Κ., Φαλάκας Α., Παναγόπουλος Π., Κατσαφής Γκ.

Ρευματολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών (NNA)

Εισαγωγή: Η IgG4-σχετιζόμενη νόσος αποτελεί μια χρόνια, συστηματική, ανοσομεσολαβούμενη διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από διήθηση ιστών με IgG4-θετικά πλασματοκύτταρα, ίνωση και συχνά σχηματισμό μάζας που μιμείται κακοήθεια. Πρόκειται για σχετικά σπάνια νοσολογική οντότητα, με μεγαλύτερη συχνότητα σε άνδρες μέσης ή μεγαλύτερης ηλικίας, αν και μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε φύλο και ηλικία. Η παθογένειά της σχετίζεται με δυσρύθμιση της ανοσολογικής απόκρισης, όπου εμπλέκονται T-ρυθμιστικά κύτταρα και αυτοαντισώματα, χωρίς να έχει πλήρως αποσαφηνιστεί ο μηχανισμός.

Σκοπός μελέτης: Παρουσιάζουμε δύο περιστατικά με IgG4-σχετιζόμενη νόσο, που αναδεικνύουν την ετερογένεια της κλινικής εικόνας και τη διαγνωστική πρόκληση που θέτει.

Παρουσίαση περιστατικών: Το πρώτο αφορά γυναίκα 53 ετών με υποτροπιάζοντα επεισόδια δακρυοκυστίτιδας, η οποία προσήλθε με οξύ άλγος δεξιού υποχονδρίου και ίκτερο. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε μικτού τύπου ηπατική δυσλειτουργία με αύξηση τρανσαμινασών και χολοστατικών ενζύμων. Από αξονική τομογραφία ανω/κάτω κοιλίας διαπιστώθηκε διάταση χοληδόχου πόρου και μάζα στην κεφαλή του παγκρέατος. Η ΕΥS-καθοδηγούμενη βιοψία ανέδειξε χρόνια αυτοάνοση παγκρεατίτιδα, ενώ ορολογικά βρέθηκαν αυξημένα επίπεδα IgG4. Το δεύτερο περιστατικό αφορά άνδρα 41 ετών με αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα υπό θεραπεία με golimumab, ο οποίος εμφάνισε μάζα παρασπονδυλικά δεξιά σε επαφή με την αορτή και παθολογικά διογκωμένους λεμφαδένες. Η διερεύνηση με PET-CT και βιοψία κατέδειξε IgG4-σχετιζόμενη σκληρυντική μεσοθωρακίτιδα ενώ ορολογικά βρέθηκαν αυξημένα επίπεδα IgG4.

Συμπεράσματα: Η IgG4-σχετιζόμενη νόσος μπορεί να εκδηλωθεί με ποικίλες κλινικές εικόνες, μιμούμενη συχνά νεοπλασματικές ή λοιμώδεις καταστάσεις. Η έγκαιρη διάγνωση βασίζεται στον συνδυασμό κλινικών, απεικονιστικών, ιστολογικών και ορολογικών δεδομένων. Η αναγνώριση τέτοιων περιστατικών είναι καίρια για την έναρξη κατάλληλης ανοσοκατασταλτικής αγωγής.

ΕΑ02: ΑΝΟΣΟΠΕΝΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ: Η ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΥΨΗΛΟΤΗΡΗ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Λιονάκη Σ.¹, Παντζοπούλου Ε.¹, Τσουμπού Ι.¹, Σκαλιώτη Χ.², Κουκουλάκη Μ.³, Γκαλίτσιου Δ.⁴, Κουρτίδου Χ.⁵, Κρίκη Π.⁶, Γκίκα-Ζερβού Α.⁷, Ντουνούση Ε.⁷, Ζερμπαλά Σ.³, Παπασωτηρίου Μ.⁸, Παπαχρήστου Ε.⁸, Μουσάκας Γ.⁴, Πετράκης Ι.⁹, Στυλιανού Κ.⁹, Διβάνη Μ.¹⁰, Στεφανίδης Ι.¹⁰, Λιακόπουλος Β.⁵, Χριστοδούλου Μ.¹¹, Στάγκου Μ.¹¹, Παναγιώτσος Σ.⁶, Μαρινάκη Σ.²

1. *Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, Π.Γ.Ν "Αττικόν", Αθήνα*
2. *Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, Γ.Ν.Α «Λαϊκό», Αθήνα*
3. *Νεφρολογικό Τμήμα «Γεώργιος Παπαδάκης» Γ.Ν Νικαίας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»*
4. *Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν «Γεώργιος Γεννηματάς»*
5. *Β' Νεφρολογική Κλινική, ΑΠΘ, Π.Γ.Ν Θεσσαλονίκης, «ΑΧΕΠΑ»*
6. *Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν Αλεξανδρούπολης*
7. *Νεφρολογική Κλινική Π.Γ.Ν Ιωαννίνων*
8. *Νεφρολογική Κλινική και Μεταμοσχευτικό Κέντρο, Π.Γ.Ν Πατρών*
9. *Νεφρολογική Κλινική, ΠΕ.Πα.Γ.Ν.Η, Ηράκλειο Κρήτης*

10. Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν Θεσσαλίας

11. Α' Νεφρολογική Κλινική, Α.Π.Θ Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Καθυστερήσεις στη διάγνωση της ανοσοπενικής σπειραματονεφρίτιδας (ΑΠΣΝ) μπορεί να είναι συχνές και να επιδρούν αρνητικά στην πρόγνωση.

Σκοπός **Να εκτιμηθεί η συχνότητα και η επίδραση των καθυστερήσεων στη διάγνωση της ΑΠΣΝ.**

Μέθοδοι: Αναδρομική, πολυκεντρική μελέτη σε ασθενείς >16 ετών, με ιστολογικά επιβεβαιωμένη ΑΠΣΝ, που έλαβαν την καθιερωμένη θεραπεία, με παρακολούθηση >12 μήνες μέχρι τη ΧΝΝΤΣ ή το θάνατο. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, χαρακτηριστικά της νόσου και η έκβαση. Οι ασθενείς ομαδοποιήθηκαν ανάλογα με την αρχική διαχείριση σε καθυστερημένη ή μη διάγνωση.

Αποτελέσματα: 249 ασθενείς με ηλικία 61,975 ($\pm 13,8$) έτη μελετήθηκαν, 132 (53,01%) ήταν άνδρες, 231(93,5%) ANCA-θετικοί, 168(68,02%) είχαν P/MPO-ANCA, 116(46,6%) είχαν καθυστερημένη διάγνωση. Ο χρόνος από την 1^η ιατρική επίσκεψη μέχρι τη διαγνωστική βιοψία (ΔΒx) ήταν 104,3($\pm 87,1$) ημέρες στην ομάδα με καθυστερημένη διάγνωση έναντι 15,6($\pm 7,5$) στη μη καθυστερημένη ($p < 0.0001$). Η κρεατινίνη του ορού ήταν παρόμοια μεταξύ των ομάδων στην 1^η επίσκεψη, ενώ στη ΔΒx διαπιστώθηκε αύξηση συγκριτικά με την 1^η επίσκεψη στην ομάδα με καθυστερημένη διάγνωση [2,8($\pm 1,85$) vs. 3,5($\pm 2,4$) mg/dl, $p = 0,0254$], αλλά όχι στην ομάδα χωρίς καθυστέρηση. Ο δείκτης BVAS αυξήθηκε μεταξύ 1^{ης} εκτίμησης και ΔΒx στους ασθενείς με καθυστερημένη διάγνωση [13,9($\pm 6,6$) vs. 17,7($\pm 5,9$), $p < 0,0001$], ενώ αυτό δεν παρατηρήθηκε στην ομάδα χωρίς καθυστερημένη διάγνωση. Η πιθανότητα ανταπόκρισης στη θεραπεία δε διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων αλλά η θνητότητα από κάθε αιτία ήταν υψηλότερη στην ομάδα με καθυστερημένη διάγνωση συγκριτικά με τη μη καθυστερημένη (14,1 vs. 6,1, $p = 0,0352$).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με καθυστερημένη διάγνωση ΑΠΣΝ είχαν μεγαλύτερη ενεργότητα νόσου κατά την έναρξη της θεραπείας και μεγαλύτερη πιθανότητα θανάτου.

EA03: THE ROLE OF GLUCOCORTICOIDS IN ANCA VASCULITIS MAINTENANCE TREATMENT: DATA FROM ATTIKON AND HIPPOKRATION COMBINED COHORTS.

In a longitudinal two center study of 86 patients from two academic centers low – dose GCs during maintenance treatment do not reduce the risk of major flares. Should GCs withdrawal after first remission could be more aggressive?

Chavatza K.^{1*}, Chryssa Gialouri C.^{2*}, Drougkas K.¹, Chalkia A.³, Flouda S.¹, Kapsala N.⁴, Banos A.¹, Fanouriakis A.¹, Petras D.³, Boumpas D.T.¹, Vassilopoulos D.²

1 *Clinical Immunology-Rheumatology Unit, 4th Department of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens School of Medicine, Attikon General Hospital, Athens, Greece*

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

3 *Nephrology Department, General Hospital of Athens "Hippokration", Athens, Greece*

4 *4th Department of Internal Medicine, National and Kapodistrian University of Athens School of Medicine, Attikon General Hospital, Athens, Greece*

* *Equal contribution*

Background: Rituximab (RTX) maintenance therapy in patients with ANCA vasculitis (AAV) reduced relapse rate to 25%[1]. However, there are few data concerning the role of concomitant glucocorticoid (GCs) use in reducing major flares during maintenance treatment.

Objectives: To examine the role of low-dose GCs (<7.5mg) in the relapse risk during maintenance treatment.

Methods: We included all patients who had achieved complete remission for at least one time, from the Clinical Immunology-Rheumatology Unit of Attikon and Hippokration hospital, using visit-by-visit, longitudinal data from the ANCA Vasculitis Registry. The relapses were defined by a BVAS

(Birmingham Vasculitis Activity Score) increase after remission achievement (BVAS=0), while increase in VDI (Vasculitis Damage Index) and hospitalizations were also recorded. For statistical analysis, we used time-varying extended Cox model to examine the effect of GCs (recorded in each visit) on the frequency of the 1st major flare. The same models were used for the secondary outcomes.

Results: We registered 165 patients for whom analysis was available for 86 patients, concerning the main outcome. Induction therapy included RTX or CYC (86%) while the median time (IQR) to remission after induction was 217 (177.6) days and the GCs cumulative dose during induction period was 6.1 (3.3) gm. 76 (88.4%) patients received RTX during maintenance treatment period. We recorded 29 major flares in 20 patients (23%) during the follow-up period (**Table 1**). Concerning the risk for the 1st major flare after complete remission, GC use (adjusted for RTX maintenance treatment and cumulative GCs dose during induction) did not have a protective role ($p = 0.6$). Cumulative data on the entire cohort of 165 patients will be presented at the meeting.

Conclusion: In these preliminary data, low – dose GCs added to standard maintenance treatment, did not reduce the risk of major flares in patients with AAVs. More aggressive GC withdrawal after first remission should be explored.

Table 1. Baseline characteristics

Age at diagnosis, median (IQR) years	64 (21.5)
Charlson comorbidity Index at diagnosis, median (IQR)	2 (3.8)
BVAS at diagnosis, median (IQR)	13 (7)
Time to first remission, median (IQR), days	217 (177.6)
Cumulative GCs during induction period, median (IQR), gr	6.1 (3.3)
RTX or CYC for induction, % (n)	86 (74)
GPA, % (n)	62.8 (54)
MPA, % (n)	31.4 (27)
EGPA, % (n)	5.8 (5)
Major flares overall, n	29
Minor flares overall, n	52
Patients with at least one major flare, % (n)	23 (20)
RTX maintenance treatment*, % (n)	88.4 (76)
RTX maintenance treatment (subset)** , % (n)	73.3 (63)

* All patients who received RTX at any time during maintenance period

** Patients without a major flare who received RTX at any time during maintenance period and patients who were under RTX when 1st major flare occurred

Βιβλιογραφία:

1. Gialouri CG, Chalkia A, Koutsianas C *et al*. Relapses and serious adverse events during rituximab maintenance therapy in ANCA-associated vasculitis: a multicentre retrospective study. Rheumatology 2024;

ΕΑ04: ΑΝΑΛΥΣΗ ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ CΥΤΟF, ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΩΝ ΚΑΙ ΜΙΚΡΩΝ ΛΙΠΙΔΙΚΩΝ ΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ ΣΤΑ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΥΜΥΑΛΓΙΑ ΚΑΙ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΡΘΡΗΡΙΤΙΔΑ

Παλαμηδός Δ.Α.¹, Παπαδάκη Μ.², Πασχαλίδης Ν.², Παύλου Ε.², Χατζής Λ.^{1,2}, Πάλλα Π.¹, Αργυροπούλου Ο.¹, Γαλάνη Ι.², Γουλές Α.¹, Ανδρεάκος Ε.², Τζιούφας Α.Γ.^{1,2}

1. Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
2. Εργαστήριο Ανοσολογίας, Κέντρο Κλινικής, Πειραματικής Χειρουργικής & Μεταφραστικής Έρευνας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

Εισαγωγή: Ρευματική Πολυμυαλγία (ΡΠ) και η Γιγαντοκυτταρική Αρθρίτιδα (ΓΑ) είναι αυτοάνοσες/ αυτοφλεγμονώδεις διαταραχές που εκδηλώνονται ως οξεία φλεγμονώδης απόκριση και παρουσιάζουν ταχεία κλινική βελτίωση μετά την έναρξη θεραπείας με κορτικοστεροειδή (GCs).

Σκοπός: Στόχος ήταν η εκτενής χαρτογράφηση του ανοσολογικού προφίλ των ασθενών στα πρώιμα στάδια της θεραπείας, μέσω της ανάλυσης υποπληθυσμών ανοσοκυττάρων, κυτταροκινών του πλάσματος και μικρών λιπιδικών διαμεσολαβητών (LMs) σε τέσσερα χρονικά σημεία: 0 ώρες (T1), 48 ώρες (T2), 96 ώρες (T3) και 24 εβδομάδες (T4).

Μέθοδοι: Συμμετείχαν 8 ασθενείς με ΓΑ, 6 με ΡΠ και 16 υγιείς δότες. Τα περιφερικά μονοπύρηνια κύτταρα αναλύθηκαν με CυΤΟF για λεπτομερή ανοσοφαινοτυπικό χαρακτηρισμό. Οι 21 κυτταροκίνες μετρήθηκαν με Luminex Assay και οι LMs προσδιορίστηκαν με LC-MS/MS.

Αποτελέσματα: Τα συνολικά CD8+ Τ κύτταρα και τα δενδριτικά κύτταρα μειώθηκαν μέσα σε 48–96 ώρες μετά την έναρξη θεραπείας με κορτικοστεροειδή, ενώ τα Β κύτταρα αυξήθηκαν στις 48 ώρες. Η ανάλυση των υποπληθυσμών που περιλαμβάνουν τους κύριους τύπους κυττάρων αποκάλυψε διαφορετικές συχνότητες συγκεκριμένων υποτύπων CD8+, CD4+, δενδριτικών κυττάρων και Β κυττάρων. Από τις 21 κυτταροκίνες/χημοκίνες, μόνο τα επίπεδα ITAC μειώθηκαν στο T3. Ο λόγος φλεγμονωδών/αντι-φλεγμονωδών LMs ήταν υψηλός στο T1 τόσο στους ασθενείς με ΡΠ όσο και σε αυτούς με ΓΑ. Μετά από 6 μήνες θεραπείας με κορτικοστεροειδή, ο λόγος επέστρεψε στα φυσιολογικά επίπεδα στους ασθενείς με ΡΠ, ενώ παρέμεινε υψηλός στους ασθενείς με ΓΑ, αποτελώντας το μοναδικό στοιχείο που διαφοροποιεί τις δύο παθήσεις.

Συμπεράσματα: Η ταχεία κλινική βελτίωση συνδέεται με μεταβολές στους φαινότυπους ανοσοκυττάρων. Οι LMs διαφοροποιούν ΡΠ και ΓΑ, ενώ η παρατεταμένη αύξηση των LMs στους ασθενείς με ΓΑ υποδηλώνει υποκείμενη ιστική φλεγμονή. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες σε μεγαλύτερο δείγμα για την επικύρωση των ευρημάτων.

Ευχαριστίες: Η εργασία έχει χρηματοδοτηθεί εν μέρη από τον Ειδικό Λογαριασμό Κονδυλίων Έρευνας [ΕΛΚΕ] του Πανεπιστημίου Αθηνών, την ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ και το ευρωπαϊκό πρόγραμμα ImmunAID (Grant Agreement No. 779295).

ΕΑ05: ΑΝΟΣΟΠΕΝΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ: ΤΟ ΜΟΝΟΠΑΤΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Λιονάκη Σ.¹, Παντζοπούλου Ε.¹, Τσουμπού Ι.¹, Κουκουλάκη Μ.², Σκαλιώτη Χ.³, Γκαλίτσιου Δ.⁴, Κρίκη Π.⁵, Κουρτίδου Χ.⁶, Γκίκα-Ζερβού Λ.⁷, Ντουνούση Ε.⁷, Ζερμπαλά Σ.², Παπασωτηρίου Μ.⁸, Παπαχρήστου Ε.⁸, Μουστάκας Γ.⁴, Πετράκης Ι.⁹, Στυλιανού Κ.⁹, Διβάνη Μ.¹⁰, Στεφανίδης Ι.¹⁰, Χριστοδούλου Μ.¹¹, Στάγκου Μ.¹¹, Λιακόπουλος Β.⁶, Παναγιώτσος Σ.⁵, Μαρινάκη Σ.³

1. Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, Π.Γ.Ν "Αττικόν", Αθήνα
2. Νεφρολογικό Τμήμα «Γεώργιος Παπαδάκης» Γ.Ν Νικαίας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»
3. Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, Γ.Ν.Α «Λαϊκό», Αθήνα
4. Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν «Γεώργιος Γεννηματάς»
5. Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν Αλεξανδρούπολης
6. Β' Νεφρολογική Κλινική, ΑΠΘ, Π.Γ.Ν Θεσσαλονίκης, «ΑΧΕΠΑ»
7. Νεφρολογική Κλινική Π.Γ.Ν Ιωαννίνων
8. Νεφρολογική Κλινική και Μεταμοσχευτικό Κέντρο, Π.Γ.Ν Πατρών
9. Νεφρολογική Κλινική, ΠΕ.Πα.Γ.Ν.Η, Ηράκλειο Κρήτης
10. Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν Θεσσαλίας
11. Α' Νεφρολογική Κλινική, Α.Π.Θ Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η διαδρομή για τη διάγνωση της ανοσοπενικής σπειραματονεφρίτιδας (ΑΠΣΝ) και αγγειίτιδας ενίοτε ακολουθεί πορεία που συσχετίζεται με καθυστέρηση και δυσμενή έκβαση.

Σκοπός: Διερεύνηση της διαδρομής των ασθενών με ΑΠΣΝ από την αρχική εγκατάσταση της νόσου και την είσοδο στο ιατρικό σύστημα μέχρι τη διάγνωση.

Μέθοδοι: Αναδρομική, πολυκεντρική μελέτη σε ασθενείς >16 ετών, με ιστολογικά επιβεβαιωμένη ΑΠΣΝ, με παρακολούθηση >12 μήνες, μέχρι τη ΧΝΝΤΣ ή το θάνατο. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά, η αρχική συμπτωματολογία, ο χρόνος μέχρι την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, τα βήματα από την 1^η ιατρική επίσκεψη ως τη διαγνωστική βιοψία (ΔΒx), ο αριθμός επισκέψεων και ειδικοτήτων, η διαχείριση που ακολούθησε. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν βάσει της διαχείρισης στην πρώιμη φάση σε καθυστερημένη ή μη διάγνωση.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 249 ασθενείς με ηλικία 61,975(±13,8) έτη, 132 (53,01%) άνδρες, 231(93,5%) ANCA-θετικοί, 168(68,02%) είχαν Ρ/ΜΡΟ-ANCA, και 116(46,6%) κατηγοριοποιήθηκαν ως καθυστερημένη διάγνωση βάσει της αρχικής διαχείρισης. Ιατρική βοήθεια αναζητήθηκε λόγω γενικών συμπτωμάτων στο 58,6% των περιπτώσεων ενώ παθολόγοι και γενικοί γιατροί διαχειρίστηκαν την πρώιμη φάση στο 57,4%. Οι ιατρικές επισκέψεις μέχρι τη ΔΒx ήταν 2,9(±1,9) σε καθυστερημένη διάγνωση και 1,4(±1,2) σε μη καθυστερημένη (p<0.0001), ενώ μέχρι τη νεφρολογική παραπομπή μεσολάβησαν 111,1(±78,9) και 18(±6,9) ημέρες αντίστοιχα. Γενική εξέταση ούρων πραγματοποιήθηκε στην πρώιμη φάση σε 68(65%) ασθενείς με καθυστερημένη διάγνωση και 108(87,8%) χωρίς καθυστέρηση (p<0,0001). Ο χρόνος από την 1^η ιατρική επίσκεψη μέχρι το 1^ο ANCA-test ήταν μεγαλύτερος στους ασθενείς με καθυστέρηση έναντι αυτών χωρίς καθυστέρηση [12,3(±9,45) vs. 115,8(±86,9), ημέρες p<0,0001].

Συμπεράσματα: Η γενική εξέταση ούρων και η διενέργεια ANCA-test στην αρχική φάση διερεύνησης παίζουν καθοριστικό ρόλο στην έγκαιρη διάγνωση της ΑΠΣΝ.

ΕΑ06: ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ, ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ, ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Νίτσα Μ.¹, Τσαλαπάκη Χ.¹, Λαζαρίνη Α.^{1,7}, Αργυρίου Ε.², Δανιά Β.², Μποκή Κ.², Ευαγγελάτος Γ.³ Ηλιόπουλος Α.³, Παππά Μ.⁴, Σφηκάκης Π.Π.⁴, Τεκτονίδου Μ.⁴, Γεωργούντζος Α.⁵, Καλτσονούδης Ε.⁶, Βούλγαρη Π.⁶, Δρόσος Α.⁶, Θεότικος Ε.⁷, Παπαγόρας Χ.⁸, Δημητρούλας Τ.⁹, Γαρυφαλλός Α.⁹, Καταξάκη Ε.¹⁰, Βοσβοτέκας Γ.¹¹, Μπούμπας Δ.¹², Χατζηγιάννη Α.¹, Βασιλόπουλος Δ.¹.

- 1 Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα,
- 2 Ρευματολογική Κλινική, Νοσοκομείο Σισμανόγλειο, Αθήνα,
- 3 Ρευματολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΙΤΣ, Αθήνα
- 4 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα
- 5 Ρευματολογική Κλινική, Γ. Γεννηματάς Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας
- 6 Ρευματολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων,
- 7 Ρευματολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα
- 8 Ρευματολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης,
- 9 Δ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη
- 10 Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας Θριάσιο, Αθήνα
- 11 Ιδιώτης Ρευματολόγος, Θεσσαλονίκη
- 12 Δ' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Αττικόν, Αθήνα

Εισαγωγή: Τα δεδομένα σχετικά με την μακρόχρονη επιβίωση ασθενών με γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα (ΓΚΑ) είναι περιορισμένα.

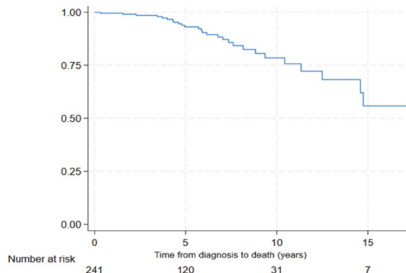
Σκοπός της μελέτης: Η διερεύνηση της θνησιμότητας, των αιτίων της καθώς και των πιθανών παραγόντων κινδύνου σε μια μεγάλη κοορτή ασθενών με ΓΚΑ στην Ελλάδα.

Μέθοδοι: Ασθενείς με ΓΚΑ καταγράφηκαν συγχρονικά από τον Δεκέμβριο 2015 έως τον Δεκέμβριο 2019 σε 12 ελληνικά κέντρα. Οι ασθενείς παρακολούθησαν προοπτικά και δεδομένα συλλέχθηκαν σε 3 χρονικά σημεία: α) αρχική αξιολόγηση, β) 2 και γ) 5 χρόνια αργότερα. Για την εκτίμηση της επιβίωσης, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Kaplan-Meier, ενώ διενεργήθηκαν Peto-Peto test και Log-rank test για την σύγκριση της επιβίωσης με τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου. Πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης αναλογικών κινδύνων Cox χρησιμοποιήθηκε για την περαιτέρω αξιολόγηση πιθανών παραγόντων κινδύνου.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν συνολικά 241 ασθενείς με ΓΚΑ, 68% (n=163) ήταν γυναίκες με μέση ηλικία τα 73.2 (±10.1) χρόνια και διάμεσο χρόνο παρακολούθησης τα 5 χρόνια (Ε.Ε: 3.0 – 7.5). Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, 27 ασθενείς (11.1%) απεβίωσαν (Εικόνα 1). Ο εκτιμώμενος δείκτης θνησιμότητας ήταν 19.9 θάνατοι ανά 1,000 ανθρωποέτη παρακολούθησης. Η ακριβής αιτία θανάτου ήταν διαθέσιμη για 20 ασθενείς και αποδόθηκε σε καρδιαγγειακά συμβλήματα (n=7/27, 26%), λοιμώξεις (n=3/27, 11%) και κακοήθειες (n=2/27, 7%). Τα αποτελέσματα επιβίωσης συγκρίθηκαν μεταξύ διαφορετικών υποομάδων ασθενών ανάλογα με το φύλο, την προσβολή μεγάλων αγγείων, την καρδιαγγειακή νόσο, την κεφαλαλγία κατά τη διάγνωση, την οφθαλμική προσβολή, την χρήση τροποποιητικών της νόσου φαρμάκων και την εμφάνιση υποτροπών. Οι ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο κατά την διάγνωση της νόσου εμφάνισαν αυξημένη θνησιμότητα (pPeto-Peto=0.015) ενώ οι ασθενείς που έλαβαν ≥1 τροποποιητικό της νόσου (DMARD) παρουσίασαν μικρότερο κίνδυνο θανάτου (pLog-rank<0.001) (Εικόνα 2Α και 2Β, αντίστοιχα).

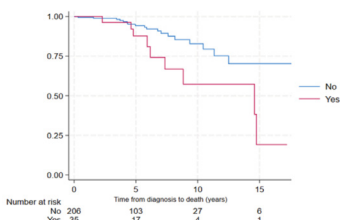
Συμπεράσματα: Σε αυτήν την κοορτή ασθενών με ΓΚΑ ο δείκτης θνησιμότητας ήταν παρόμοιος με αυτόν που έχει αναφερθεί σε παρόμοιες μελέτες (10-20 θάνατοι/1,000 ανθρωποέτη). Με την πολυπαραγοντική ανάλυση, μόνο η χρήση DMARD συσχετίστηκε με μειωμένη θνησιμότητα. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν την ανάγκη για στενότερη παρακολούθηση και καλύτερο έλεγχο της νόσου σε ασθενείς με GCA.

Εικόνα 1. Συνολική επιβίωση ασθενών

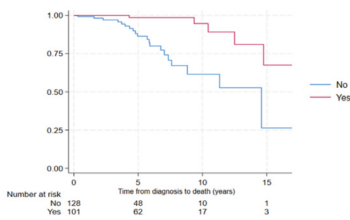


Εικόνα 2. Επιβίωση ασθενών:

A. Με ή χωρίς καρδιαγγειακή νόσο



B. Με ή χωρίς χορήγηση DMARDs



Ευχαριστίες: Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε εν μέρει από τον Ειδικό Λογαριασμό Κονδυλίων Έρευνας [ΕΛΚΕ] του Πανεπιστημίου Αθηνών (#12085, 12086, Επιστ. Υπεύθυνος: Δ. Βασιλόπουλος) και την Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία και Επαγγελματική Ένωση Ρευματολόγων Ελλάδος (ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ).

ΕΑ07: ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ANCA ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ Η ΝΟΣΟ ANTI-GBM

Κλεινάκη Ζ.¹, Σκαλιώτη Χ.¹, Αβρονιάκη Α.¹, Σμυρλή Μ.¹, Μαρινάκη Σ.¹

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

Εισαγωγή: Η ANCA σχετιζόμενη αγγειίτιδα (AAV) και η νόσος anti-GBM είναι σπάνιες αυτοάνοσες παθήσεις. Η νεφρική προσβολή καταγράφεται σε 70-90% των ασθενών με AAV και 80-100% των ασθενών με νόσο anti-GBM. Εντός πενταετίας από τη διάγνωση, 20-30% των ασθενών με AAV και περίπου 70% των ασθενών με anti-GBM νόσο εμφανίζουν χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ΧΝΝΤΣ).

Σε αυτές τις ομάδες ασθενών, τα δεδομένα σχετικά με την επιβίωση ασθενών και μοσχευμάτων μετά τη μεταμόσχευση νεφρού και την υποτροπή της πρωτοπαθούς νόσου στο μόσχευμα είναι περιορισμένα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της έκβασης της μεταμόσχευσης νεφρού σε λήπτες νεφρικού μοσχεύματος με ΧΝΝΤΣ λόγω AAV ή anti-GBM νόσο σε σύγκριση με λήπτες με άλλα πρωτοπαθή αίτια ΧΝΝΤΣ.

Ασθενείς – Μέθοδοι: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη περίπτωσης-ελέγχου. Στη μελέτη θα συμπεριληφθούν ενήλικοι ασθενείς >18 ετών, τουλάχιστον 6 μήνες μετά τη μεταμόσχευση νεφρού, που παρακολουθούνται στην Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού του ΓΝΑ «Λαϊκό». Θα καταγραφούν όλοι οι λήπτες νεφρικού μοσχεύματος με ΧΝΝΤΣ λόγω AAV ή anti-GBM νόσο που μεταμοσχεύτηκαν στη χρονική περίοδο 1995-2024 (ομάδα μελέτης). Θα συγκριθούν με ασθενείς που μεταμοσχεύτηκαν την ίδια χρονική περίοδο λόγω άλλης πρωτοπαθούς νόσου (ομάδα ελέγχου) μετά από προσαρμογή ως προς το φύλο, την ηλικία (± 5 έτη), το έτος μεταμόσχευσης (± 5 έτη) και το είδος δότη (ζων ή αποβιώσας). Η αναλογία ομάδας ελέγχου και ομάδας μελέτης θα είναι 3:1.

Θα συγκρίνουμε την επίπτωση των υπό μελέτη παραμέτρων (επιβίωση ασθενών, επιβίωση

μοσχευμάτων, απόρριψη μοσχεύματος, υποτροπή νόσου, καθυστερημένη λειτουργία του μοσχεύματος, λοιμώξεις, νεοπλασματικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές) χρησιμοποιώντας καμπύλες Kaplan-Meier. Οι μεταβλητές που σχετίζονται με αυτά τις παραμέτρους θα προσδιοριστούν χρησιμοποιώντας Cox proportional hazards models.

Καταληκτικά σημεία - Αποτελέσματα: Με την παρούσα μελέτη θα εκτιμηθούν η επίπτωση και οι παράγοντες κινδύνου των ακόλουθων παραμέτρων: Επιβίωση ασθενών με AAV ή anti-GBM νόσο, επιβίωση μοσχευμάτων, νεφρική λειτουργία, απόρριψη νεφρικού μοσχεύματος, υποτροπή πρωτοπαθούς νόσου (νεφρική ή εξωνεφρική), εμφάνιση σημαντικών επιπλοκών στην πορεία της μεταμόσχευσης (καθυστερημένη λειτουργία μοσχεύματος, νεοπλασίες, λοιμώξεις, καρδιαγγειακά συμβάματα) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Συμπεράσματα: Η εκτίμηση της μακροχρόνιας έκβασης των ασθενών με AAV ή anti-GBM νόσο, μετά τη μεταμόσχευση νεφρού και η καταγραφή των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση σημαντικών επιπλοκών, μπορούν να συμβάλουν στη διαμόρφωση βέλτιστων πρακτικών σχετικά με το κατάλληλο χρονικό διάστημα διενέργειας της μεταμόσχευσης, την κατανομή των μοσχευμάτων και τα πρωτόκολλα διαχείρισης και παρακολούθησης των ασθενών.

ΕΑ08: Η ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΤΟΥ ANACORAN ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΠΕΝΙΚΗΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΣΥΧΝΟΤΕΡΗ ΚΑΙ ΤΑΧΥΤΕΡΗ ΥΦΕΣΗ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ 1^{ΟΥ} ΕΤΟΥΣ

Λιονάκη Σ.¹, Τσουμπού Ι.¹, Γκαλίτσιου Δ.², Σκαλιώτη Χ.³, Κουκουλάκη Μ.⁴, Παπασωτηρίου Μ.⁵, Παπαχρήστου Ε.⁵, Γκίκα-Ζερβού Α.⁶, Ντουνούση Ε.⁶, Ζερμπαλά Σ.⁴, Μουστάκας Γ.², Πετράκης Ι.⁷, Στυλιανού Κ.⁷, Σπανός Γ.⁸, Μπαμίχας Γ.⁸, Φύλλυτιδης Γ.⁹, Στεφανίδης Ι.⁹, Μαρινάκης Σ.²

1. Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, Π.Γ.Ν "Αττικόν", Αθήνα
2. Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν «Γεώργιος Γεννηματάς»
3. Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, Γ.Ν.Α «Λαϊκό», Αθήνα
4. Νεφρολογικό Τμήμα «Γεώργιος Παπαδάκης» Γ.Ν Νικαίας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»
5. Νεφρολογική Κλινική και Μεταμοσχευτικό Κέντρο, Π.Γ.Ν Πατρών
6. Νεφρολογική Κλινική Π.Γ.Ν Ιωαννίνων
7. Νεφρολογική Κλινική, ΠΕ.Πα.Γ.Ν.Η, Ηράκλειο Κρήτης
8. Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
9. Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Η προσθήκη του anacorap στην θεραπεία της ανοσοπενικής σπειραματονεφρίτιδας (ΑΠΣΝ) και αγγειίτιδας στοχεύει στη βελτίωση της έκβασης της νόσου. Σκοπός να καταγραφούν τα χαρακτηριστικά και η έκβαση των ασθενών που έλαβαν anacorap συμπληρωματικά στην καθιερωμένη θεραπεία συγκριτικά με αυτούς που δεν έλαβαν.

Μέθοδοι: Αναδρομική, πολυκεντρική μελέτη ασθενών με ιστολογικά επιβεβαιωμένη ΑΠΣΝ που κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με τη προσθήκη ή όχι του anacorap στην καθιερωμένη θεραπεία. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, ιστοπαθολογικά ευρήματα της διαγνωστικής βιοψίας (ΔΒx), κλινικο-εργαστηριακά δεδομένα και η 1^η έκβαση (ύφεση, ΧΝΝΤΣ, θάνατος).

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 225 ασθενείς με ηλικία 58,2(±15,9) έτη, 113(50,2%) ήταν άνδρες, 209(92,9%) ANCA-θετικοί, 156(74,6%) είχαν P/ΜΡΟ-ANCA, με BVAS 14,7(±5,7), ενώ 36(14,2%) χρειάστηκαν οξεία αιμοκάθαρση. Είκοσι-οκτώ (12,4%) ασθενείς έχουν λάβει anacorap. Σε χρόνο 12,7(±7,9) μήνες από τη ΔΒx, 92,85% των ασθενών στην ομάδα του anacorap έχουν πετύχει ύφεση έναντι 75,85% αυτών που έλαβαν μόνο την καθιερωμένη θεραπεία (p=0.042) (Πίνακας).

N(%) ή mean((±SD)	Καθιερωμένη θεραπεία, N=197	Καθιερωμένη θεραπεία + anacoran, N=28	p-value
p/MPO-ANCA	135/186 (72,5%)	21/26 (80,7%)	0,376
Κρεατινίνη ορού ΔBx (mg/dl)	3,5(±2,48)	3,1(±1,22)	0,397
Οξεία αιμοκάθαρση	32/195 (16,4%)	4/28 (14,2%)	0,213
Σφαιρική σπειραματοσκλήρυνση στη ΔBx (%)	24,05 (±17,005)	21,8 (±17,3)	0,515
Φυσιολογικά σπειράματα ΔBx (%)	26,6(±23,8)	29,5(±18,8)	0,538
1 ^η έκβαση Υφεση (πλήρης ή μερική) ΧΝΝΤΣ Θάνατος	N=186 141(75,85%) 33 (17,55%) 6 (3,2%)	N=28 26(92,85%) 2 (7,15%) 0	0,042 0,165 0,338
Χρόνος μέχρι την ύφεση (μήνες)	11,4(±9,5)	7,2(±5,9)	0,003

Συμπέρασμα: Η προσθήκη του anacoran στην καθιερωμένη θεραπεία της ΑΠΣΝ φαίνεται ότι συσχετίζεται με επίτευξη υψηλότερων ποσοστών ύφεσης στο 1^ο έτος, συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν έλαβαν anacoran.

ΕΑ09: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ANACORAN ΣΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ANCA-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ: ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΣΕΙΡΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Χαλκιά Α.¹, Κουτσιανός Χ.², Ανδρουλάκη Μ.³, Κουρτίδου Χ.⁴, Πατεινάκης Π.⁵, Πετράκης Ι.⁶, Παπράς Α.¹, Πολίτη Α.¹, Σταθοπούλου Ε.¹, Τσαλαπάκη Χ.², Στυλιανού Κ.⁶, Παπαδοπούλου Δ.⁵, Ανδρίκος Α.³, Λιακόπουλος Β.⁴, Βασιλόπουλος Δ.², Πετράς Δ.¹

- 1 Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Αθήνα
- 2 Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα
- 3 Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΙ Ι Χατζηκώστα, Ιωάννινα
- 4 Β' Νεφρολογική Κλινική, ΑΠΘ, ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- 5 Νεφρολογική Κλινική, ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
- 6 Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Εισαγωγή: Το anacoran, αναστολέας C5a receptor, αποτελεί μία νέα θεραπεία στην ANCA-σχετιζόμενη αγγειίτιδα. Διαθέτουμε περιορισμένα δεδομένα για την χρήση του στην κλινική πρακτική.

Μέθοδος: Αναδρομική, πολυκεντρική σειρά ασθενών με ANCA-σχετιζόμενη αγγειίτιδα και νεφρική προσβολή στους οποίους προστέθηκε anacoran στη θεραπεία επαγωγής της ύφεσης.

Αποτελέσματα: 24 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν (71% MPO, 25% PR3, 4% negative). Η διάμεση ηλικία ήταν 67 έτη (IQR 59-75; 46% γυναίκες). 83% με νέα διάγνωση και 17% με υποτροπιάζουσα νόσο. Η πιο συχνή εξωνεφρική προσβολή αποτελεί ο πνεύμονας (1 ασθενής με υποξαιμική πνευμονική αιμορραγία, 4 με όζους, 3 με διάμεση πνευμονική νόσο και 1 με διηθήματα). Η κατά Berden ταξινόμηση παρουσίαζε: εστιακή τάξη στο 14% (3/22), μικτή τάξη στο 41% (9/22), μηνοειδική τάξη στο 23% (5/22) και σκληρυντική τάξη στο 23% (5/22). Ως θεραπείας επαγωγής έλαβαν μονοθεραπεία με rituximab το 75% και συνδυασμό κυκλοφωσφαμίδης και rituximab το 25%. Όλοι εκτός από δύο ασθενείς έλαβαν κορτικοστεροειδή (GCs), συμπεριλαμβανομένου τις ώσεις. Οι κύριες ενδείξεις για την έναρξη του anacoran ήταν: αποφυγή GCs (20/24 ασθενείς),

σοβαρή νεφρική βλάβη (12/24 ασθενείς) ή grumbling disease/ανθεκτική νόσος (3/24 ασθενείς). Το anacoran προστέθηκε μετά την έναρξη της θεραπείας επαγωγής μέσα στον 1^ο μήνα στους 13 ασθενείς, κατά τον 2^ο- 3^ο μήνα στους 7 ασθενείς και μετά τους 6 μήνες σε 3 ασθενείς και 5 ασθενείς συνεχίζουν anacoran και μετά τους 12 μήνες.

Μετά την έναρξη του anacoran, πλήρη διακοπή των GCs καταγράφηκε σε διάμεσο χρόνο 4 εβδομάδες (IQR 3-5). Στην έναρξη του anacoran, η διάμεση τιμή eGFR ήταν 26 ml/min/1.73m² (IQR 12-42) και καταγράφηκε μετά τους 6 μήνες μέση αύξηση της απόλυτης τιμής του eGFR +6.6ml/min/1.73m². Δύο ασθενείς αποδεσμεύτηκε από την αιμοκάθαρση από τους αρχικά 7 ασθενείς. Μετά την έναρξη του anacoran, η μικροσκοπική αιματοουρία υποχώρησε σε όλους μετά από 3 μήνες και η πρωτεϊνουρία μειώθηκε κατά 58% μέχρι τον 6^ο μήνα. Το anacoran διεκόπη προσωρινά σε 6 ασθενείς λόγω ουδετεροπενίας, σε 3 λόγω ηπατοτοξικότητας, ενώ σε ένα ασθενή διεκόπη μόνιμα λόγω εκτεταμένου οιδήματος (3 μέρες μετά την έναρξη του anacoran και άμεση βελτίωση μετά τη διακοπή). Καταγράφηκαν 4 σοβαρές λοιμώξεις με COVID-19 και γρίπη Α, δύο με λοίμωξη ουροποιητικού και HSV-2. Σε διάμεσο χρόνο παρακολούθησης 11 μήνες (IQR 5-13) μετά την έναρξη του anacoran όλοι οι ασθενείς επιβίωσαν και παραμένουν σε κλινική ύφεση.

Συμπεράσματα: Στην ANCA-σχετιζόμενη αγγειίτιδα, η χρήση του anacoran στη κλινική πρακτική σημειώνεται καλώς ανεκτή και προωθεί την ελαχιστοποίηση των κορτικοστεροειδών με όφελος στη νεφρική βλάβη.

ΕΑ10: Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ-5 (IL-5i) ΣΤΗΝ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΠΟ ΕΝΑ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Κουτσιανάνης Χ., Δημοπούλου Β., Μαυρέα Ε., Τσαλαπάκη Χ., Βασιλόπουλος Δ.

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

Εισαγωγή: Η ηωσινοφιλική κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα (EGPA) είναι μια μορφή ANCA-αγγειίτιδας που ανταποκρίνεται στη χρήση γλυκοκορτικοειδών, αλλά είναι πολύ συχνά ανθεκτική στη μείωση της δόσης ή/και τη διακοπή τους. Οι πρόσφατα εγκεκριμένοι αναστολείς της ιντερλευκίνης-5 (IL-5i), mepolizumab και benralizumab έχουν καταδείξει αποτελεσματικότητα και ασφάλεια σε ασθενείς με EGPA σε τυχαιοποιημένες μελέτες, ωστόσο μέχρι σήμερα τα δεδομένα καθημερινής πρακτικής από τον Ελληνικό χώρο είναι περιορισμένα.

Σκοπός: Η μελέτη της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας των IL-5i στην καθημερινή Ελληνική κλινική πρακτική.

Ασθενείς - Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη ασθενών με EGPA που έλαβαν IL-5i σε Ελληνικό Κέντρο Αναφοράς (Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»). Καταγράφηκαν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και δεδομένα της νόσου πριν και μετά την χορήγηση IL-5i (διάρκεια, προσβολή συστημάτων, αριθμός υποτροπών, ιστορικό ανθεκτικού άσθματος στα κορτικοστεροειδή, είδος θεραπείας και δόση γλυκοκορτικοειδών, δείκτης ενεργότητας BVASv3, ο απόλυτος αριθμός ηωσινοφίλων, δόση γλυκοκορτικοειδών πριν και μετά την έναρξη του φαρμάκου).

Αποτελέσματα: 28 ασθενείς με EGPA που έλαβαν αγωγή με IL-5i (mepolizumab: 26, benralizumab: 6) συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη (γυναίκες 82%, διάμεση ηλικία: 49 έτη, μέση διάρκεια νόσου: 7.5 έτη, ιστορικό άσθματος: 100%, ιστορικό χρόνιας ρινίτιδας - πολυποδίασης: 93%, αγγειιτικός φαινότυπος: 64%, MPO-ANCA+ 18%). Οι IL-5i χορηγήθηκαν είτε ως θεραπεία επαγωγής (43%) είτε για ανθεκτική/υποτροπιάζουσα νόσο (57%). Η χορήγησή τους έγινε σαν μονοθεραπεία (14/28, 50%) ή σε συνδυασμό με μη βιολογικούς (9/28, 32%) ή βιολογικούς (Rituximab: 5/18, 18 %) παράγοντες. Κατά την έναρξη χορήγησης των IL-5i, το διάμεσο BVASv3 ήταν 13.5 (IQR: 11.8-16.2), 57% των ασθενών είχαν FFS≥1 ενώ η διάμεση ημερήσια δόση πρεδνιζολόνης ήταν 15 mg (IQR: 5-40). 26 ασθενείς (93%) έλαβαν αρχικά mepolizumab και 2 (7%) benralizumab. Σε 6 ασθενείς (6/26, 23%) έγινε αλλαγή του mepolizumab σε benralizumab λόγω μη ικανοποιητική ανταπόκρισης. Κατά τη διάρκεια χορήγησης των IL-5i παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στο διάμεσο BVAS στους 6 και 12 μήνες (BVAS=0) και στην διάμεση ημερήσια δόση των γλυκοκορτικοειδών (2.5 mg στους 6 και

12 μήνες). Στους 12 μήνες, 57% (12/21) των ασθενών ήταν σε ύφεση (BVAS=0, πρεδνιζολόνη < 4 mg/ημ.) ενώ 29% (6/21) είχαν διακόψει πλήρως τα γλυκοκορτικοειδή. Η θεραπεία με IL-5i ήταν γενικώς εξαιρετικά ανεκτή με μόνο 1 διακοπή λόγω αλλεργικής αντίδρασης στο mepolizumab.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση IL-5i σε ασθενείς με EGPA σε συνθήκες καθημερινής κλινικής πρακτικής, ήταν ασφαλής και συνοδεύθηκε από σημαντική κλινική ανταπόκριση σε ασθενείς τόσο με νέα όσο και ανθεκτική/υποτροπιάζουσα EGPA με ταυτόχρονη επίτευξη σημαντικής μείωσης της δόσης των γλυκοκορτικοειδών ή/και διακοπή τους.

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

EA11: A RELAPSE-SPECIFIC MOLECULAR SIGNATURE IN PATIENTS WITH ANCA-ASSOCIATED VASCULITIS

Gialouri C.G.^{1*}, Valakos D.^{2*}, Moustafa S.¹, Koutsianas C.¹, Chalkia A.³, Petras D.³, Boumpas D.T.^{4,5}, Banos A.^{4,5**}, Vassilopoulos D.^{1**}

1. Joint Rheumatology Program, Clinical Immunology-Rheumatology Unit, 2nd Department of Medicine and Laboratory, National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine, General Hospital of Athens "Hippokration", Athens, Greece
2. Laboratory of Molecular Biology, Biomedical Research Foundation, Academy of Athens (BRFAA), Greece
3. Nephrology Department, General Hospital of Athens "Hippokration", Athens, Greece
4. Joint Rheumatology Program, 4th Department of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine, Attikon General Hospital, Athens, Greece
5. Laboratory of Autoimmunity and Inflammation, Center of Clinical, Experimental Surgery and Translational Research, Biomedical Research Foundation Academy of Athens, Athens, Greece

/ equal author contribution*

ABSTRACT

Background: Relapses are common in patients with ANCA-associated vasculitis (AAV) such as microscopic polyangiitis (MPA) and granulomatosis with polyangiitis (GPA), occurring during treatment or after discontinuation of maintenance therapy. However, the molecular basis of relapsing versus new onset disease has not been thoroughly studied so far.

Objectives: We sought to identify the relapse-specific transcriptional signature in patients with AAVs.

Methods: We conducted bulk whole blood RNA-sequencing in 21 patients with MPA or GPA and 12 age/sex-matched healthy controls. Among MPA/GPA patients, we included 11 with active disease (newly diagnosed - treatment naive n=6; relapsed - off therapy n=5) and 10 on remission (on Rituximab maintenance therapy n=4 or off therapy n=6). All relapsed patients had experienced a major relapse. Samples from patients with active disease were collected before the administration of induction therapy. Differential gene expression analysis with DESeq2 and Functional enrichment analysis with EnrichR were performed, using Pathway databases (Reactome and KEGG) and Gene Ontology terms (Biological Process).

Results: Newly diagnosed MPA/GPA patients, compared to healthy controls, exhibited a distinct molecular profile characterized by enhanced mitochondrial disassembly and mitophagy, while relapsed patients displayed upregulated neutrophil degranulation and innate immunity pathways. Specifically, relapsed patients displayed a unique pattern of 52 neutrophil degranulation and 17 neutrophil extracellular trap associated genes that distinguished them from patients with active newly diagnosed disease and those in remission.

Conclusions: In this well-defined MPA/GPA cohort, we identified for the first time a relapse-specific transcriptional signature consistent with enhanced neutrophil activity. These findings support that neutrophil deactivation could represent a key therapeutic target for MPA and GPA.

Key words: ANCA vasculitis, relapse, neutrophils, innate immunity, transcriptomics

Acknowledgements: This work was supported in part by the Special Account for Research Grants, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece (DV #12085, 12086) and by the Greek Rheumatology Society and the Greek Association of Professional Rheumatologists (ERE-EPERE).

ΕΑ12: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΥΜΥΑΛΓΙΑ: ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ.

Τσαλαπάκη Χ., Κουτσιανάνης Χ., Λαζαρίνη Α., Δημοπούλου Ν.Β., Νίτσα Μ., Μαυρέα Τ., Βασιλόπουλος Δ.

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

Εισαγωγή: Η ρευματική πολυμυαλγία (ΡΠ) αποτελεί τη συχνότερη φλεγμονώδη ρευματοπάθεια σε ηλικιωμένους ασθενείς που η θεραπεία της βασίζεται κυρίως στα γλυκοκορτικοειδή. Σύγχρονα δεδομένα σχετικά με την συχνότητα υποτροπών, την χρήση βιολογικών ή μη θεραπειών και την συχνότητα διακοπής των θεραπειών είναι περιορισμένα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η παρουσίαση δεδομένων μακροχρόνιας παρακολούθησης ασθενών με ΡΠ από τον Ελληνικό χώρο.

Ασθενείς - Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη ασθενών με ΡΠ και ≥1 έτος παρακολούθησης από κέντρο αναφοράς (Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»). Συλλέχθηκαν δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά κατά τη διάγνωση (φύλο, ηλικία, BMI, κάπνισμα, αλκοόλ, ΤΚΕ, CRP, δόση γλυκοκορτικοειδών) καθώς και δεδομένα παρακολούθησης (διακοπή γλυκοκορτικοειδών, υποτροπές, εμφάνιση γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας) και συννοσηροτήτων.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη εντάχθηκαν 99 ασθενείς με ΡΠ (62% γυναίκες, μέση ηλικία στη διάγνωση: 73 έτη, περιφερική αρθρίτιδα: 39%, μέση τιμή ΤΚΕ: 65 mm/h και CRP 26 mg/L). Κατά τη διάγνωση, 16% των ασθενών ήταν καπνιστές, 6% κατανάλωνε αλκοόλ, 50% είχαν αρτηριακή υπέρταση, 27% δυσλιπιδαιμία, 24% οστεοπόρωση, 19% σακχαρώδη διαβήτη, ενώ η μέση τιμή BMI ήταν 26.1 mg/Kg². Όλοι οι ασθενείς έλαβαν αρχικά γλυκοκορτικοειδή (μέση αρχική ημερήσια δόση 16.5 mg) ενώ κατά την διάρκεια της παρακολούθησης, 19 ασθενείς (19%) έλαβαν επιπλέον αγωγή με μη βιολογικούς (υδροξυχλωροκίνη n=1, μεθοτρεξάτη n=18) και 5 ασθενείς με βιολογικούς παράγοντες (αντι-IL6 Tocilizumab n=4, anti-TNF n=1). Κατά την παρακολούθηση (μέση διάρκεια: 4.1 ± 3.8 έτη, median 3 έτη) υποτροπές καταγράφηκαν σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς (55%), κυρίως κατά τα 2 πρώτα έτη της παρακολούθησης (37%) ενώ σε 6 ασθενείς διαπιστώθηκε απεικονιστικά εικόνα γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας. Στο τέλος της παρακολούθησης, οι μισοί ασθενείς είχαν διακόψει την αγωγή με γλυκοκορτικοειδή (n=49, 50%).

Συμπεράσματα: Σε αυτή την μεγάλη κοορτή ασθενών με ΡΠ από τον Ελληνικό χώρο, παρά την χορηγούμενη αγωγή με γλυκοκορτικοειδή, περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς εμφάνισαν υποτροπές (55%), κυρίως στα 2 πρώτα έτη ενώ μόνο στους μισούς ασθενείς στο τέλος της 4ετούς παρακολούθησης ήταν δυνατή η διακοπή των γλυκοκορτικοειδών. Τα δεδομένα αυτά αναδεικνύουν την ανάγκη για νέες αποτελεσματικές και ασφαλείς θεραπευτικές στρατηγικές που θα μειώνουν την μακροχρόνια έκθεση στα γλυκοκορτικοειδή.

Ευχαριστίες: Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε εν μέρει από τον Ειδικό Λογαριασμό Κονδυλίων Έρευνας [ΕΛΚΕ] του ΕΚΠΑ (#12085, #12086, Επιστ. Υπεύθυνος: Δ. Βασιλόπουλος).

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Σημειώσεις

This image shows a single sheet of white paper with horizontal purple lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

11ⁿ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ
ΜΕ ΘΕΜΑ:

Αγγειίτιδες

Ώχωριστή ενότητα με παρουσίαση
πρωτότυπων ερευνητικών εργασιών

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ
Crowne Plaza
Αθήνα

26-27
Σεπτεμβρίου
2025