

Διοργάνωση:

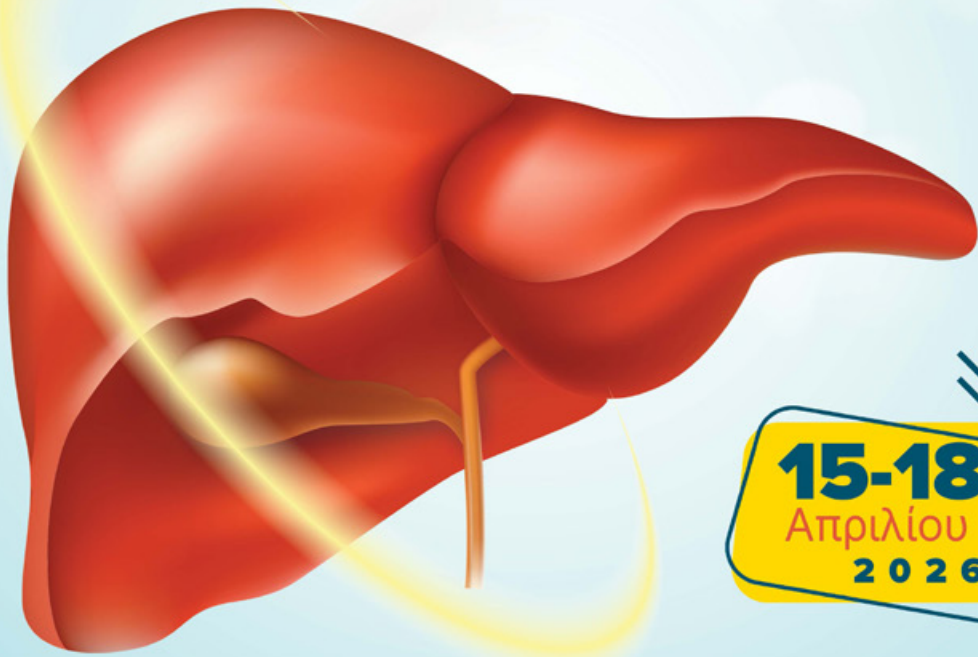


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΗΠΑΤΟΣ

33^η Διημερίδα
Στέφανος Χατζηγιάννης

24^ο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο

 www.eemh2026.gr



⇓
15-18
Απριλίου
2026

⇓
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ
Corfu Holiday Palace
Κέρκυρα

Βιβλίο Περιλήψεων



- ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ -

Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Περιλήψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων «Ιογενείς Ηπατίτιδες»	EA01-EA06
Περιλήψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων «MASLD και Ιογενείς Ηπατίτιδες»	EA07-EA12
Περιλήψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων «Ηπατοκυτταρικός Καρκίνος»	EA13-EA17
Περιλήψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων «Επιλεγμένες Ανακοινώσεις»	EA18-EA23
Περιλήψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων «Αυτοάνοσα Νοσήματα και Μεταμόσχευση»	EA24-EA29
Περιλήψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων «Κίρρωση»	EA30-EA35

e-Posters

Περιλήψεις ePosters με βραχεία παρουσίαση	eP01-eP18
Περιλήψεις ePosters προς βράβευση	eP19-eP24
Περιλήψεις ePosters	eP25-eP58

Ευρετήριο Ονομάτων

33^η Διημερίδα
Στέφανος Χατζηγιάννης

Διοργανωτής:  ΕΕΗΕ



www.eemh2026.gr

Περίληψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων «Ιογενείς Ηπατίτιδες»



ΕΑ01

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΙΑΙΜΙΑΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΣΤΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ 2024–2025, ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΕΤΗ

Ρούσσος Σ.¹, Πρόκτερ Κ.^{2,3}, Κόνσολα Α.^{2,3}, Παρασκευοπούλου Σ.⁴, Λεομπίλλα Φ.⁵, Τραφαλή Δ.⁵, Νταγιάντα Ε.⁵, Καλαμίτσης Γ.⁶, Ψυχογιού Μ.⁷, Μπελούκας Α.^{2,3}, Παπαθεοδωρίδης Γ.⁴, Χατζάκης Α.^{1,8}, Σύψα Β.¹

1. Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
2. Εργαστήριο Μοριακής Μικροβιολογίας και Ανοσολογίας, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα
3. Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Νοτίου Ελλάδος, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα
4. Α΄ Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα
5. ΘΕΡΕΝΑ, Κοινωνική Συνεταιριστική Επιχείρηση, Αθήνα
6. Σύλλογος Ασθενών Ήπατος Ελλάδας «Προμηθέας», Αθήνα
7. Α΄ Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
8. Ελληνική Επιστημονική Εταιρεία Έρευνας AIDS Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων και Αναδυόμενων Νοσημάτων, Αθήνα.

Εισαγωγή: Οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών (XEN) αποτελούν πληθυσμό-κλειδί για την εξάλειψη της ηπατίτιδας C (HCV). Η παρακολούθηση του επιπολασμού της HCV ιαμίας αποτελεί βασικό δείκτη προόδου των παρεμβάσεων. Στην Ελλάδα, τα διαθέσιμα δεδομένα για τη διαχρονική εξέλιξη της HCV ιαμίας στους XEN παραμένουν περιορισμένα.

Σκοπός: Να εκτιμηθεί η μεταβολή του επιπολασμού HCV ιαμίας μεταξύ anti-HCV θετικών XEN σε δύο χρονικές περιόδους στην Αθήνα (2018–2020 και 2024–2025).

Μέθοδοι: Αναλύθηκαν δεδομένα από το πρόγραμμα ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ, που υλοποιήθηκε στην Αθήνα κατά τις χρονικές περιόδους (2018–2020 και 2024–2025) στους XEN. Τα κριτήρια συμμετοχής στο πρόγραμμα ήταν ηλικία 18 ετών και άνω, ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης τους τελευταίους 12 μήνες και διαμονή στην Αθήνα. Ο πληθυσμός των XEN προσεγγίστηκε μέσω δειγματοληψίας κατευθυνόμενης από τους συμμετέχοντες (RDS). Μετά τη λήψη έγγραφης ενημερωμένης συγκατάθεσης, διενεργούνταν συνέντευξη με δομημένο ερωτηματολόγιο, έλεγχος με rapid anti-HCV test και, στους anti-HCV(+), έλεγχος HCV-RNA. Η ανάλυση βασίστηκε στα δεδομένα από την πρώτη επίσκεψη κάθε συμμετέχοντα.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 1.634 XEN την περίοδο 2018–2020 και 688 την περίοδο 2024–2025. Από τους συμμετέχοντες της περιόδου 2024–2025, το 33,1% είχε συμμετάσχει και στο πρόγραμμα της περιόδου 2018–2020. Η μέση ηλικία (τυπική απόκλιση) αυξήθηκε από 39,2 (8,3) σε 44,3 έτη (8,4), αντίστοιχα. Η ενεργή ενέσιμη χρήση τον τελευταίο μήνα ήταν 75,0% το 2018–2020 και 77,3% το 2024–2025, ενώ η συμμετοχή σε προγράμματα υποκατάστασης οπιοειδών ήταν 22,9% και 18,4%, αντίστοιχα. Ο επιπολασμός anti-HCV ήταν 76,9% την περίοδο 2018–2020 και 67,3% την περίοδο 2024–2025. Μεταξύ των anti-HCV θετικών με διαθέσιμα δεδομένα HCV-RNA, ο επιπολασμός HCV ιαμίας μειώθηκε από 84,0% (95% ΔΕ: 81,4%–86,4%) σε 57,9% (95% ΔΕ: 52,7%–62,9%) ($p < 0,001$). Παράλληλα, το ποσοστό των συμμετεχόντων που κατά τη συνέντευξη ανέφεραν ιστορικό λήψης νεότερων αντικικών θεραπειών (DAAs) αυξήθηκε από 3,3% σε 28,7% ($p < 0,001$).



Συμπέρασμα: Σε σύγκριση με την περίοδο 2018–2020, την περίοδο 2024–2025 στην Αθήνα καταγράφεται σαφής μείωση του επιπολασμού HCV ιαμίας σε άτομα που κατά κύριο λόγο έκαναν ενεργή ενέσιμη χρήση ναρκωτικών και ήταν εκτός προγραμμάτων υποκατάστασης με οπιοειδή. Τα ευρήματα είναι συμβατά με βελτίωση της κάλυψης της διάγνωσης και θεραπείας της HCV σε ένα πληθυσμό που βρίσκεται στον πυρήνα της μετάδοσης της ηπατίτιδας C. Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν τη σημασία της διαρκούς λειτουργίας προγραμμάτων που απευθύνονται στους ΧΕΝ στην κοινότητα με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και διασύνδεση σε θεραπεία.

Υποστήριξη:

Το πρόγραμμα ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ 2024-2025 χρηματοδοτήθηκε από τον Δήμο Αθηναίων μέσω του Προγράμματος «Ανταγωνιστικότητα, Επιχειρηματικότητα και Καινοτομία» (ΕΠΑνΕΚ) 2014-2020 της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο μοριακός έλεγχος HCV-RNA χρηματοδοτήθηκε από τη Gilead Sciences Hellas & Cyprus. Το πρόγραμμα ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ HCV-HIV 2018–2020 χρηματοδοτήθηκε από τη Gilead Sciences.

EA02

Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ BULEVIRTIDE ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΔΕΛΤΑ

Πελεκάνος Α.¹, Κρανιδιώτη Χ.¹, Μάνη Η.¹, Γελαδάρη Ε.², Τσιαμπέρας Ν.¹, Χαραλάμπους Ο.¹, Κόντος Γ.¹, Ταμπάκη Μ.¹, Παπαδόπουλος Ν.¹, Παπαδημητρόπουλος Β.¹, Σεβαστιανός Β.², Χατζηγιάννη Α.¹, Αλεξοπούλου Α.¹, Deutsch M.¹, Μανωλακόπουλος Σ.¹

1. Ηπατοαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
2. Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή-Σκοπός: Η bulevirtide (BLV) αποτελεί τη μοναδική εγκεκριμένη θεραπεία για τη χρόνια ηπατίτιδα δέλτα (ΧΗΔ). Τα δεδομένα πραγματικής κλινικής πρακτικής σχετικά με τη μακροχρόνια ανταπόκριση στη θεραπεία και τις μεταβολές της ηπατικής ίνωσης, ιδίως σε υποομάδες ασθενών, παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης είναι η σύγκριση της ανταπόκρισης μεταξύ ασθενών με ή χωρίς κίρρωση.

Μέθοδοι: Ασθενείς με ΧΗΔ και ανιχνεύσιμο HDV-RNA ορού που έλαβαν BLV 2 mg ημερησίως, με ή χωρίς νουκλεοσιδικό ανάλογο (NA), συμπεριλήφθηκαν στην αναδρομική-προοπτική μελέτη που διεξήχθη σε δύο ηπατολογικές μονάδες. Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, η ανταπόκριση στη θεραπεία και οι μετρήσεις ελαστογραφίας αξιολογήθηκαν στην έναρξη (baseline, BL) και ανά 6-12 μήνες. Ιολογική ανταπόκριση (VR) ορίστηκε ως μείωση >2 log₁₀ IU/mL του HDV-RNA από την αρχική τιμή ή μη ανιχνεύσιμο HDV-RNA, βιοχημική ανταπόκριση (BR) ως ALT <40 IU/L και συνδυασμένη ανταπόκριση (CR) ως η παρουσία και των δύο. Η κίρρωση ορίστηκε βάσει κλινικών, βιοχημικών, απεικονιστικών και/ή ελαστογραφικών κριτηρίων.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 38 ασθενείς με ΧΗΔ που ξεκίνησαν θεραπεία με BLV (Σεπτέμβριος 2021 - Απρίλιος 2025). Η μέση ηλικία ήταν 54±12 έτη, 21 (55,3%) άνδρες, 17 (44,7%) γεννήθηκαν στην Ελλάδα και 5 (13%) είχαν ιστορικό χρήσης ουσιών. 33 (87%) έλαβαν BLV σε συνδυασμό με NA. Δύο ασθενείς χάθηκαν από την παρακολούθηση και δύο απεβίωσαν (ένας από επιπλοκή σχετιζόμενη με το ήπαρ) εντός των πρώτων 6 μηνών. Δεν αναφέρθηκαν διακοπές της BLV λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών. Κατά την έναρξη, κίρρωση είχαν 26 (68,4%) ασθενείς (11 κίρρωσης Child-Pugh >7, 5 ηπατοκυτταρικό καρκίνο). Όλοι οι ασθενείς ολοκλήρωσαν 12 μήνες θεραπείας, 24 (63%) ολοκλήρωσαν 24, 11 (30%) 36 και 4 (10,5%) 48 μήνες. Τα ποσοστά ανταπόκρισης ήταν: στους 12 μήνες VR 68,8%, BR 53%, CR 37,5%, και στους 24 μήνες VR 76,5%, BR 58,3%, CR 41,7%. Μη ανιχνεύσιμο HDV-RNA στους 12 και 24 μήνες παρατηρήθηκε στο 44% και 65% αντίστοιχα. Τα ποσοστά ανταπόκρισης δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ ασθενών με και χωρίς κίρρωση: VR12 75% έναντι 58,3%, BR12 50% έναντι 58,3%, CR12 35% έναντι 41,7%, VR24 83% έναντι 60%, BR24 58% έναντι 57%, CR24 47% έναντι 29%. Οι τιμές ηπατικής ίνωσης (LSM) μειώθηκαν σημαντικά από διάμεση τιμή (εύρος) 12 (4,5–63) kPa κατά την έναρξη σε 10 (3–39) kPa στους 12 μήνες και 8 (3–30) kPa στους 24 μήνες (p=0,02). Η μείωση της LSM από την έναρξη έως τους 24 μήνες ήταν σημαντική τόσο στους κίρρωτικούς ασθενείς [22 (10–63) σε 11,7 (6–30) kPa, p=0,002] όσο και στους μη κίρρωτικούς [6,7 (4,5–9) σε 5,9 (3–8) kPa, p=0,02]. Σημαντική μείωση της LSM παρατηρήθηκε επίσης σε ασθενείς με VR [14,8 (4,5–45) σε 9,7 (3–30) kPa, p=0,012] ή BR [13,6 (4,5–46) σε 8 (3–23) kPa, p=0,002] στους 24 μήνες. Μη στατιστικά σημαντική τάση μείωσης της LSM καταγράφηκε σε ασθενείς χωρίς VR [21(6.7-63) σε 8 (6-8.6) kPa, p=0.1] ή BR [22 (6-63) σε 8.6 (6-30) kPa, p=0.1].

Συμπεράσματα: Η θεραπεία με bulevirtide πέτυχε συγκρίσιμα ποσοστά ιολογικής και βιοχημικής ανταπόκρισης σε ασθενείς με ΧΗΔ με και χωρίς κίρρωση. Σημαντική και προοδευτική μείωση της ηπατικής ίνωσης παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια της θεραπείας, κυρίως σε ασθενείς που πέτυχαν ιολογική και βιοχημική ανταπόκριση.



EA03

ΑΝΟΣΟΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΕΞΩΣΩΜΙΚΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΣΤΗΝ HCV ΛΟΙΜΩΞΗ ΠΡΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΞΩΣΩΜΙΚΟΥ PD-L1 ΣΤΗΝ ΑΝΟΣΙΑΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΗΚΚ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

Καραμιχάλη Ε. ¹, Φωκά Π. ¹, Παπαδοπούλου Γ. ¹, Ηλιάδης Π. ³, Γεωργοπούλου Ο. ¹, Κοσκίνας Ι. ²

1. Εργαστήριο Μοριακής Ιολογίας, Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ, Αθήνα.
2. Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα.
3. Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας και Ανοσοβιοτεχνολογίας, Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ, Αθήνα.

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι ιοί χρησιμοποιούν τη διακυτταρική επικοινωνία η οποία διαμεσολαμβάνεται από τα εξωσώματα (exosomes) με σκοπό την εγκαθίδρυση χρόνιας λοίμωξης μέσω απορρύθμισης της ανοσολογικής απόκρισης. Η λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή ηπατική νόσο (κίρρωση, ΗΚΚ). Η ανοσολογική ομοίωση του ξενιστή, παρά τη χρήση αντι-ιικών φαρμάκων (DAAs) και την εκρίζωση του ιού, δεν αποκαθίσταται πλήρως και ο κίνδυνος ανάπτυξης ΗΚΚ είναι υπαρκτός σε ασθενείς με κίρρωση. Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε ο ανοσορρυθμιστικός ρόλος του εξωσωμικού φορτίου σε ασθενείς με χρόνια HCV λοίμωξη, σε διαφορετικά στάδια ηπατικής ίνωσης, πριν και μετά τη χορήγηση DAAs.

Υλικό/Μέθοδοι: Εξωσώματα ορού και περιφερικά μονοπύρρηνα κύτταρα αίματος (PBMCs) απομονώθηκαν από 44 ασθενείς (21 άνδρες και 23 γυναίκες) με χρόνια HCV λοίμωξη προ και μετά θεραπείας με DAAs. Οι ασθενείς διαχωρίστηκαν με βάση το στάδιο ίνωσης: 19 με ήπια ίνωση (F1/F2), 12 με προχωρημένη ίνωση (F3) και 13 κίρρωση (F4). Ο φαινότυπος των T-λεμφοκυττάρων αναλύθηκε με κυτταρομετρία ροής, ενώ η ανάλυση ιχνηλάτησης νανοσωματιδίων (nanoparticle tracking analysis, NTA) και η ηλεκτρονική μικροσκοπία διέλευσης (transmission electron microscopy, TEM) χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση του μεγέθους, της συγκέντρωσης και της μορφολογίας των εξωκυτταρικών κυστιδίων. Επιλεγμένοι ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες του εξωσωμικού φορτίου (TGF- β , PD-L1) αναλύθηκαν με ανοσοαποτύπωση κατά Western, κυτταρομετρία ροής και ELISA.

Αποτελέσματα: Όλα τα δείγματα που αναλύθηκαν με NTA περιείχαν υψηλά επίπεδα εξωσωμάτων. Τα αποτελέσματά έδειξαν αυξημένα επίπεδα εξωσωμικού TGF- β στην προχωρημένη ίνωση σε σύγκριση με την ήπια, πριν από την θεραπεία, μια αύξηση που αντικατοπτρίζεται στα αντίστοιχα επίπεδα στον ορό. Η έκφραση του εξωσωμικού TGF- β μετά τη θεραπεία, μειώθηκε στη προχωρημένη ίνωση. Ομοίως, οι συγκεντρώσεις TGF- β στον ορό μετά τη θεραπεία παρουσίασαν σημαντική μείωση κυρίως σε ασθενείς με προχωρημένη ίνωση/κίρρωση.

Τα επίπεδα του εξωσωμικού PD-L1 προ θεραπείας ήταν αυξημένα στους ασθενείς με προχωρημένη ίνωση/κίρρωση σε σύγκριση με τους ασθενείς με ήπια ίνωση και παρέμειναν αμετάβλητα ακόμα και μετά την αντι-ιική θεραπεία. Προ θεραπείας δεν διαπιστώθηκε καμία διαφορά στα επίπεδα του PD-L1 στον ορό μεταξύ των διαφορετικών σταδίων ίνωσης ενώ τα επίπεδα μειώθηκαν μετά τη θεραπεία σε όλες τις ομάδες των ασθενών.

Ο λόγος CD3⁺/CD8⁺ T-λεμφοκυττάρων παρέμεινε αμετάβλητος σε όλες τις εξεταζόμενες συνθήκες. Το ποσοστό των ρυθμιστικών T-λεμφοκυττάρων (CD4⁺CD25⁺FOXP3⁺) δεν είχε διαφορά μεταξύ των διαφορετικών σταδίων ίνωσης προ θεραπείας αλλά μειώθηκε σε ασθενείς με ήπια ίνωση και αυξήθηκε σημαντικά σε ασθενείς με προχωρημένη ίνωση/κίρρωση μετά τη θεραπεία με DAAs.



Συμπεράσματα: Συνολικά, τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι στο στάδιο της προχωρημένης ίνωσης/κίρρωσης η παρουσία αυξημένου ανοσορρυθμιστικού παράγοντα PD-L1 στα εξωσώματα, που παραμένει ακόμα και μετά τη θεραπεία, συμβάλλει στη διατήρηση και περαιτέρω αύξηση των ρυθμιστικών T-κυττάρων. Το εναπομείναν αυτό ανοσοκατασταλτικό «ικκό αποτύπωμα» δύναται να διατηρεί την ανοσολογική δυσλειτουργία και να προάγει την ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού καρκίνου σε ευάλωτα άτομα, παρά την επιτυχή εκρίζωση του HCV.



ΕΑ04

Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΙΑΙΜΙΑΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C

Χατζηγιάννη Α.¹, Οικονομίδου Χ.², Deutsch Μ.¹, Σκαγιάκου Ν.², Μανωλακόπουλος Σ.¹

1. Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

2. Βιοπαθολογικό Εργαστήριο Affidea Καλλιθέας

Εισαγωγή: Η ταχεία διάγνωση της λοίμωξης από τον ιό ηπατίτιδας C (HCV), ειδικά σε ομάδες υψηλού κινδύνου, είναι σημαντική για την άμεση έναρξη θεραπείας και την εξάλειψη της νόσου. Παρακλινικές ταχείες (POC -RDT) εξετάσεις χρησιμοποιούνται ήδη ευρέως για διαλογή, αλλά η επιβεβαίωση της HCV ιαμίας (απαραίτητη για τη διάγνωση) γίνεται σε δεύτερο χρόνο με συνέπεια την καθυστέρηση της θεραπείας και απώλεια ασθενών κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.

Σκοπός: Στόχος της μελέτης είναι η αξιολόγηση της δοκιμασίας Elecsys HCV Duo που ανιχνεύει ταυτόχρονα αντι-HCV αντισώματα και ως δείκτη ιαμίας το αντιγόνο HCV-core (HCvAg), σε δείγματα χρηστών ενδοφλέβιων ουσιών, θετικών για αντι-HCV με POC -RDT δοκιμασίες.

Υλικό και μέθοδοι: Εξετάστηκαν αναδρομικά με την ανοσοενζυμική δοκιμασία Elecsys HCV Duo, 698 RDT anti-HCV θετικά δείγματα. Ο έλεγχος για ιαμία με HCV-RNA real-time PCR είχε προηγηθεί, αναδεικνύοντας 323 HCV RNA+ και 375 HCV RNA- δείγματα. Αξιολογήθηκαν και στις δύο ομάδες το Duo/anti-HCV και το Duo/HCvAg καθώς και ο αριθμός των απαιτούμενων δοκιμασιών ανίχνευσης HCV RNA με τον Duo αλγόριθμο, σε σύγκριση με την κλασική διαδικασία διάγνωσης.

Αποτελέσματα: Στους ασθενείς ανιχνεύσιμο HCV RNA η δοκιμασία Duo είχε ευαισθησία 100% για την ανίχνευση anti-HCV και 64.1% για το HCvAg. Η αρνητική προγνωστική αξία (NPV) του HCvAg ήταν 76.4% (375/491). Duo/anti-HCV αρνητικά βρέθηκαν 47 δείγματα που σε επανεξέταση με τη δοκιμασία Elecsys anti-HCV επιβεβαιώθηκαν ως αληθώς αρνητικά, σε ποσοστό 72% (34/47). Η διάρκεια της εξέτασης ήταν 27 λεπτά. Επιπρόσθετα, με την εφαρμογή του Elecsys HCV Duo αλγορίθμου οι απαιτούμενες HCV-RNA εξετάσεις βρέθηκαν ότι θα ήταν λιγότερες κατά 36% σε σχέση με τον κλασικό αλγόριθμο.

Συμπεράσματα: Η δοκιμασία Elecsys HCV Duo έχει υψηλή διαγνωστική ακρίβεια για τα άτομα με HCV-RNA ιαμία. Σε συνδυασμό με το γρήγορο αποτέλεσμα και τη μείωση των HCV-RNA εξετάσεων σε σχέση με τον κλασικό αλγόριθμο διάγνωσης, η εξέταση μπορεί να είναι κατάλληλη για πληθυσμούς υψηλού επιπολασμού και σε προγράμματα μικροεξάλειψης της ηπατίτιδας C.



EA05

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΕΤΥΧΑΝ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ (SVR) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΜΕΣΑ ΔΡΩΝΤΑ ΑΝΤΙΙΚΑ (DAAS)

Πελεκάνος Α., Ταμπάκη Μ., Τσιαμπέρας Ν., Σιακαβέλλας Σ., Μανωλακοπούλου Μ., Ζαΐμης Τη., Χαραλάμπους Ο., Κόντος Γ., Ντόιτς Μ., Μανωλακόπουλος Σ.

Ηπατοαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Παν/κή Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Οι μελέτες των μακροχρόνιων κλινικών επιπτώσεων της επίτευξης παρατεταμένης ιολογικής ανταπόκρισης (SVR) μετά από θεραπεία ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C (HCV) με άμεσα δρώντα αντιικά (DAAs) έχουν συμπεριλάβει μέχρι τώρα κυρίως ετερογενείς πληθυσμούς χωρίς διαχωρισμό των ασθενών βάσει ιστορικού χρήσης ενδοφλέβιων ουσιών, τρόπου ζωής και συννοσηροτήτων.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης μας ήταν η μακροχρόνια κλινική, εργαστηριακή και απεικονιστική παρακολούθηση ασθενών που έλαβαν θεραπεία με DAAs και η συσχέτιση τους με κλινικές εκβάσεις όπως η εξέλιξη της ηπατικής ίνωσης, η εμφάνιση ηπατοκυτταρικού καρκίνου (ΗΚΚ) και η συνολική θνητότητα.

Μέθοδοι: Αναλύθηκαν αναδρομικά και προοπτικά δεδομένα ασθενών με χρόνια HCV μονο-λοίμωξη οι οποίοι έλαβαν θεραπεία με DAAs από το 2015-2023. Τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν: τεκμηριωμένο SVR, απουσία ιστορικού χρήσης ενδοφλέβιων ουσιών, απουσία συλλομιώξεων και διαθέσιμα επαρκή αρχικά κλινικο-εργαστηριακά στοιχεία. Κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας έγινε επανεκτίμηση, νέος εργαστηριακός έλεγχος και ελαστογραφία. Ως ήπια/μέτρια ίνωση θεωρήθηκαν τιμές ελαστογραφίας <8 kPa.

Αποτελέσματα: Συνολικά κλήθηκαν τηλεφωνικά 295 ασθενείς από τους οποίους εντάχθηκαν στη μελέτη 156 άτομα (ηλικία κατά τη λήψη θεραπείας :48±15 έτη, άρρνες: 53%) με μέση διάρκεια παρακολούθησης 6.5 ± 2.5 έτη. Από το σύνολο των ασθενών, 39/156 (25%) κατέληξαν 4.5±2.5 έτη μετά το SVR και με μέση ηλικία θανάτου τα 71±12 έτη. 14/39 (36%) θάνατοι σχετιζόνταν με ηπατική νόσο, 9 εκ των οποίων λόγω ΗΚΚ σε 2.6±2.3 έτη μετά το SVR και μέση ηλικία 69.7±10.7 έτη. Από τους 117 ασθενείς που προσήλθαν στον επανέλεγχο όλοι είχαν αρνητικό HCV RNA, ενώ σε ελαστογραφία έως τώρα υποβλήθηκαν συνολικά 43. Στην αρχική εκτίμηση προ λήψης θεραπείας και βάσει διαθέσιμων τιμών ελαστογραφίας, 69/115 (60%) ασθενείς είχαν προχωρημένη ίνωση/κίρρωση. Οι μέσες τιμές ελαστογραφίας, FIB-4 και αλβουμίνης κατά την αρχική επίσκεψη ήταν 13.2±12.4 kPa, 2.76±2.3 και 3.08±3.07 g/dL αντίστοιχα. Σε 43 ασθενείς που είχαν διαθέσιμη πρόσφατη ελαστογραφία οι μέσες τιμές ήταν 7.75±2.04 kPa και διέφεραν σημαντικά από τις αρχικές μέσες τους τιμές (10.6 ± 7.3 kPa, p<0.001), ενώ παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή του σταδίου ίνωσης από προχωρημένη ίνωση/κίρρωση σε ήπια/μέτρια ίνωση (McNemar test, p < 0.05). Η παρουσία προχωρημένης ίνωσης/κίρρωσης στην αρχική επίσκεψη σχετίστηκε σημαντικά με τριπλάσιο κίνδυνο θανάτου (27.5% vs 10.9%; χ^2 test, p = 0.031), ενώ 9/9 (100%) ασθενείς που εμφάνισαν ΗΚΚ είχαν προχωρημένη ίνωση/κίρρωση κατά την αρχική αξιολόγηση.

Συμπεράσματα: Η επίτευξη SVR μετά από θεραπεία με DAAs συνοδεύεται από βελτίωση μη επεμβατικών δεικτών ίνωσης και μείωση της σοβαρότητας της ηπατικής νόσου κατά τη μακροχρόνια παρακολούθηση ασθενών χωρίς ιστορικό χρήσης ουσιών. Ο κίνδυνος εμφάνισης ΗΚΚ και τα ποσοστά θνητότητας είναι υψηλότερα για τους ασθενείς με προχωρημένη ίνωση/κίρρωση προ θεραπείας.



EA06

ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β (HBV)

Τσιαμπέρας Ν., Σιακαβέλλας Σ., Τσιάρα Ι., Κρανιδιώτη Χ., Σαπουνάς Χ., Πελεκάνος Α., Μανωλακοπούλου Μ., Αντωνακάκη Π., Ταμπάκη Μ., Ντόιτς Μ., Μανωλακόπουλος Σ.

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

Εισαγωγή: Η χρόνια λοίμωξη από τον HBV συνεχίζει να αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως ενώ είναι γνωστό ότι μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια ηπατίτιδα Β (ΧΗΒ), κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Παράλληλα, τα τελευταία χρόνια συνεχώς αυξάνεται ο αριθμός περιπτώσεων μεταβολικού συνδρόμου (ΜΣ) στο γενικό πληθυσμό με η χωρίς συνοδό μεταβολικής αρχής λιπώδους νόσου του ήπατος (MASLD) που μπορεί να επιβαρύνει μια προϋπάρχουσα ηπατική νόσο. Οι επιπτώσεις της συνύπαρξης του ΜΣ ή των βασικών παραμέτρων του με τη ΧΗΒ (ΜΕΤ-ΗΒV) δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς.

Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να περιγράψει τα χαρακτηριστικά ασθενών με ΜΕΤ-ΗΒV που παρακολουθούνται στο Κέντρο μας .

Μέθοδος: Ταυτοποιήθηκαν όλοι οι ασθενείς με ΗΒsAg(+) που παρακολουθήθηκαν το διάστημα 2015-2025 από τρεις ειδικούς Ηπατολόγους στη Μονάδα μας. Οι ασθενείς αυτοί είτε προσήλθαν με πρόσφατη διάγνωση για εξειδικευμένη αντιμετώπιση είτε διαγνώστηκαν από τη Μονάδα μας στα πλαίσια διερεύνησης διαταραχών ηπατικής βιοχημείας. Κλινικοεργαστηριακά και δημογραφικά δεδομένα αναζητήθηκαν από τα ιατρικά αρχεία. Η διάγνωση της κίρρωσης έγινε με κλινικο-εργαστηριακά δεδομένα ή/και τιμές ηπατικής ακαμψίας >12 kPa στην ελαστογραφία. Ως ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης ορίστηκε η λήψη αντι-υπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής κατά την πρώτη επίσκεψη, ως παρουσία σακχαρώδη διαβήτη η μέτρηση γλυκόζης νηστείας > 126 mg/dl κατά την πρώτη επίσκεψη, ή/και λήψη αντιδιαβητικής αγωγής ενώ ως δυσλιπιδαιμία η λήψη αντιλιπιδαιμικής αγωγής κατά την πρώτη επίσκεψη. Αποκλείστηκαν ασθενείς που κατανάλωναν > 30 γρ αλκοόλ καθημερινά.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν δεδομένα από 747 ασθενείς με διάμεση ηλικία 49.9 έτη(εύρος 17-83). Το 55.7% (n=416) ήταν άρρενες. Το 50.9% των ασθενών είχε ελληνική καταγωγή, το 34.9% προερχόταν από άλλες χώρες των Βαλκανίων ενώ το υπόλοιπο 14.2% είχε προέλευση από τον υπόλοιπο κόσμο. 42.6% των ασθενών είχαν φυσιολογικές τιμές BMI (18.5 – 25 kg/m²), 36.7% ήταν υπέρβαροι (25 – 30 kg/m²) ενώ το 20.7% ήταν παχύσαρκοι (BMI>30 kg/m²) με τους άνδρες να έχουν υψηλότερες τιμές από τις γυναίκες (26.83 vs 26.12 kg/m², p=0.046) Σακχαρώδη διαβήτη τύπου II είχε το 9.5% , αρτηριακή υπέρταση 22.6% και δυσλιπιδαιμίας το 21.8%. 388 ασθενείς (52%) υπεβλήθησαν σε ελαστογραφία και 54 (7.2%) σε βιοψία ήπατος κατά τη διάγνωση τους/1η επίσκεψη τους με 68.6% να έχουν καθόλου ή ήπια ίνωση, 13.1% μετρίου βαθμού, 8.8% προχωρημένη ίνωση και 9.5% να έχουν ήδη περάσει σε κίρρωση. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση φάνηκε ότι η παρουσία σακχαρώδους διαβήτη (p=0.028), BMI >30kg/ m² (p=0.077) και το ιστορικό λήψης θεραπείας (p=0.001) είχαν σημαντική συσχέτιση με τιμές ελαστογραφίας >9 kPa. Η συσχέτιση της παρουσίας ηπατικής ακαμψίας >9kPa με την παρουσία υψηλών τιμών BMI (p=0.086) παρέμεινε όταν η ανάλυση έγινε μόνο για τους ασθενείς που έλαβαν αντική θεραπεία ενώ σε ασθενείς χωρίς θεραπεία (ανεργνοί φορείς) υπήρχε συσχέτιση με παρουσία σακχαρώδους διαβήτη (p=0.008), υψηλών τιμών BMI (p=0.016) και δυσλιπιδαιμίας (p=0.017).

Συμπεράσματα: Σημαντικό ποσοστό ασθενών στον ελλαδικό χώρο με ΧΗΒ είναι υπέρβαροι / παχύσαρκοι ή έχουν χαρακτηριστικά ΜΣ. BMI >30kg/ m² φαίνεται να επιβαρύνει την ηπατική βλάβη και να οδηγεί σε προχωρημένη ηπατική ίνωση ανεξάρτητα της φάσης της λοίμωξης.



Περίληψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων
«MASLD και Ιογενείς Ηπατίτιδες»



ΕΑ07

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΡΔΙΟ-ΝΕΦΡΙΚΟ-ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΕΑΤΩΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΗΠΑΤΟΣ

Μουρελάτου Ν.Γ.^{1,2}, Σχινάς Γ.², Μπαλή Τ.², Αδάμαντου Μ.², Χρυσάυγης Λ.², Σαριδάκη Α.², Τσίτσου Σ.², Χολόγκιτας Χ.², Σαρρή Μ.², Παυλοπούλου Δ.², Καραγιαννάκης Δ.³, Παπαθεοδωρίδης Γ.³, Μαυρογιαννάκη Α.¹, Χολόγκιτας Ε.^{2,3}

1. Β' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό κέντρο, ΝΙΜΤΣ
2. Α' Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., ΓΝΑ Λαϊκό
3. Γαστρεντερολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., ΓΝΑ Λαϊκό

Εισαγωγή-Σκοπός: Το καρδιο-νεφρικό-μεταβολικό σύνδρομο (Cardio-Kidney-Metabolic syndrome, CKM) αποτελεί μια πρόσφατα περιγραφείσα κλινική οντότητα που συνδέει την καρδιακή με τη νεφρική και μεταβολική δυσλειτουργία, όμως η ακριβής σημασία της παρουσίας του συνδρόμου σε ασθενείς με μεταβολική στεάτωση του ήπατος (MASLD) δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί (Hepatology 2025 Dec. doi: 10.1097/HEP.0000000000001645).

Υλικό-Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη που συμπεριέλαβε 346 άτομα >18 ετών με MASLD που παρακολουθούνται στο ηπατολογικό ιατρείο και είχαν κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα. Καταγράφηκαν: ηλικία, φύλο, ανθρωπομετρικοί παράμετροι [σωματικό βάρος (ΣΒ), δείκτης μάζας σώματος (BMI), περίμετρος μέσης (WC)], συννοσηρότητες [αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔτ2), χρόνια νεφρική νόσος (XNN), εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσος (KAN)], βασικός εργαστηριακός έλεγχος. Σταδιοποίηση CKM: στάδιο 0 (χωρίς παράγοντες κινδύνου), στάδιο 1 (υπερβαρότητα, αυξημένη WC, προδιαβήτης), στάδιο 2 (πρόσθετοι μεταβολικοί παράγοντες κινδύνου, μετρίου/υψηλού κινδύνου XNN), στάδιο 3 (πολύ υψηλού κινδύνου XNN), στάδιο 4 (εγκατεστημένη KAN). Οι δείκτες ηπατικής στεάτωσης και σκληρίας μετρήθηκαν με ελαστογραφία ήπατος. Η σαρκοπενία εκτιμήθηκε βάσει χειροδυναμομέτρησης, μέσης μυϊκής περιμέτρου βραχίονα (MAMC), δείκτη άλιπτης μυϊκής μάζας άνω/κάτω άκρων (DEXA-based ALMI) και υπολογισμού σκελετικής μυϊκής επιφάνειας στο επίπεδο τρίτου οσφυϊκού σπονδύλου (CT-O3). Η φυσική απόδοση εκτιμήθηκε με το Short Physical Performance Battery (SPPB) και τον δείκτη Liver Frailty Index (LFI).

Αποτελέσματα: Από τα 346 άτομα, CKM σταδίου 0, 1, 2 και 3 έπασχαν 37 (10.7%), 125 (36,1%), 181 (52,3%) και 3 (0,9%) ασθενείς, αντιστοίχως. Κανείς ασθενής δεν ανήκε στο στάδιο CKM 4. Οι ασθενείς CKM σταδίου 0, έναντι των υπολοίπων σταδίων CKM 1-3, είχαν μικρότερη ηλικία (41 vs 56 έτη) και χαμηλότερα επίπεδα τριγλυκεριδίων (99 vs 131 mg/dl), γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (5,3% vs 5,9%), FIB4 (0,8 vs 1,2), καθώς και καλύτερη φυσική απόδοση (SPPB: 11,7 vs 11) και μικρότερη ευθραυστότητα (LFI: 3,5 vs 3,8) (πάντα $p < 0,05$). Όσον αφορά τους δείκτες σαρκοπενίας, δε διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων. Οι ασθενείς σταδίου 0-1, έναντι των ασθενών 2-3, είχαν μικρότερη ηλικία (48 vs 61 έτη), AST (27 vs 34 U/L), ALT (36 vs 45 U/L), γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (5,5% vs 6,2%), FIB4 (1 vs 1,4), καθώς και μικρότερου βαθμού στεάτωση (273 vs 298 dB/m) και σκληρία ήπατος (5,7 vs 7,9 kPa) στην ελαστογραφία, καθώς και καλύτερη φυσική απόδοση (SPPB: 11,3 vs 10,9) και μικρότερη ευθραυστότητα (LFI: 3,6 vs 3,8) (πάντα $p < 0,05$). Όσον αφορά στη σαρκοπενία δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των 2 ομάδων στις τιμές DEXA-based ALMI, CT-O3 και MAMC, αλλά οι ασθενείς CKM 2-3 είχαν χειρότερη χειροδυναμομέτρηση (20 vs 24 kg, $p = 0,035$). Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε ότι το CKM στάδιο 2-3 (OR 2,3 95%CI: 1,05-3,89, $p = 0,035$) και το SPPB (OR 0,74 95%CI: 0,58-0,94, $p = 0,016$) αποτελούσαν τις δύο ανεξάρτητες μεταβλητές που σχετιζόνταν με την παρουσία FIB4 > 1,3. Τέλος, η παρουσία > 8kPa στην ελαστογραφία σχετιζόταν ανεξάρτητα με τα επίπεδα φερριτίνης (OR 1,003 95%CI: 1,001-1,006, $p = 0,011$) και το CKM στάδιο 2-3 (5,6 95%CI: 1,68-18,6, $p = 0,005$)



Συμπεράσματα: Το CKM στάδιο 2-3 σε ασθενείς με MASLD σχετίζεται με βαρύτερη ηπατική νόσο, αυξημένο FIB-4 και υψηλότερη σκληρία ήπατος. Η μειωμένη φυσική απόδοση σχετίζεται επίσης ανεξάρτητα με αυξημένο FIB4. Η σταδιοποίηση CKM μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο διαστρωμάτωσης κινδύνου ηπατικής βλάβης σε πληθυσμό με MASLD.



ΕΑ08

ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ RESMETIROM Ή SEMAGLUTIDE ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΕΑΤΩΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ (MASLD) ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

Παπαθεοδωρίδη Μ1, Νεονάκη Α1, Αργυρού Α¹, Σακελλαρίου Σ², Ιωαννίδου Π¹, Φυτιλή Π¹, Καραγιαννάκης Δ¹, Χολόγκιτας Ε¹, Βλαχογιαννάκος Ι¹, Παπαθεοδωρίδης Γ.1

1. Α΄ Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»,
2. Α΄ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»,

Εισαγωγή: Φαρμακολογικές θεραπείες για τη MASLD, και ειδικά το resmetirom και η semaglutide, έχουν πρόσφατα εγκριθεί από διεθνείς φορείς όπως το FDA. Ωστόσο, το ποσοστό των ασθενών της καθημερινής κλινικής πρακτικής που θα είναι επιλέξιμοι για αυτές τις θεραπείες παραμένει αβέβαιο.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσει το ποσοστό και την κλινική σημασία των ασθενών με MASLD που πληρούν τα κριτήρια επιλεξιμότητας όπως προτείνονται στις Αμερικάνικες οδηγίες (AASLD) του 2025.

Μέθοδοι: Ενήλικες ασθενείς με MASLD που παρακολούθηθηκαν στα εξωτερικά μας ιατρεία μεταξύ 2008-2024 συμπεριλήφθηκαν εφόσον είχαν ≥ 1 μέτρηση ηπατικής ακαμψίας (LS) και/ή βιοψία ήπατος. Ασθενείς με κατανάλωση αλκοόλ $>20/30\text{g}/\text{εβδομάδα}$ (γυναίκες/άνδρες) ή με οποιαδήποτε άλλη αιτία ηπατικής βλάβης αποκλείστηκαν. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, συννοσηρότητες και κλινικά συμβάματα. Βάσει των οδηγιών AASLD 2025, ενδείξεις για θεραπεία ήταν: μεταβολικά σχετιζόμενης στεατοηπατίτιδας και/ή ιστολογικό στάδιο F2–F3 και/ή LS 8–15 kPa, ενώ προχωρημένη ηπατική νόσος ορίστηκε ως LS >15 kPa και/ή παρουσία κίρρωσης.

Αποτελέσματα: Συνολικά, συμπεριλήφθηκαν 777 ασθενείς με MASLD (άνδρες 54%, μέση ηλικία 62 ± 14 έτη, BMI <25 kg/m^2 : 10%, 25–30: 39%, >30 : 51%). Σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, καρδιαγγειακή νόσος και δυσλιπιδαιμία παρουσίαζαν 26%, 35%, 8% και 35% των ασθενών, αντίστοιχα. Από τους 777 ασθενείς, 158 (20,3%) πληρούσαν τα κριτήρια επιλεξιμότητας για θεραπεία, ενώ 523 (67,3%) είχαν μόνο στεάτωση και/ή LS <8 kPa και 96 (12,4%) είχαν προχωρημένη ηπατική νόσο. Από τους 158 επιλέξιμους για θεραπεία ασθενείς, 40 (25,6%) είχαν διαβήτη, 85 (58,6%) είχαν BMI >30 και 14 (8,9%) BMI <25 . Κανένας από τους 158 επιλέξιμους για θεραπεία ασθενείς δεν απεβίωσε ούτε ανέπτυξε ηπατοκυτταρικό καρκίνο, αλλά 4 (3,3%) παρουσίασαν ρήξη της αντιρρόπησης (2 ασκίτη, 1 αιμορραγία από κίρσους, 1 ηπατική εγκεφαλοπάθεια) κατά την παρακολούθηση. Στους 681 ασθενείς χωρίς προχωρημένη ηπατική νόσο, η επιλεξιμότητα για θεραπεία συσχετίστηκε σημαντικά με υψηλότερο BMI [OR ανά kg/m^2 : 1,01 (95%CI: 1,00–1,03), $P=0,011$], διαβήτη [OR: 2,29 (1,53–3,43), $P<0,001$], υπέρταση [OR: 1,89 (1,31–2,73), $P<0,001$] και δυσλιπιδαιμία [OR: 2,26 (1,57–3,24), $P<0,001$]. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, η επιλεξιμότητα για θεραπεία συσχετίστηκε ανεξάρτητα με υψηλότερο BMI [OR ανά kg/m^2 : 1,02 (1,00–1,03), $P=0,014$], διαβήτη [OR: 1,77 (1,10–2,82), $P=0,017$] και δυσλιπιδαιμία [OR: 2,05 (1,36–3,09), $P<0,001$].

Συμπεράσματα: Οι πρόσφατες ενδείξεις θεραπείας της AASLD με resmetirom ή semaglutide πληρούνται από περίπου το 1/5 των ασθενών με MASLD που παρακολουθούνται σε ελληνικά τριτοβάθμια ηπατολογικά κέντρα, οι οποίοι διατρέχουν κίνδυνο προόδου ηπατικής νόσου στο εγγύς μέλλον.



ΕΑ09

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Στεφανάκη Κ.¹, Καραγιαννάκης Δ.², Μανωλακοπούλου Μ.³, Μάγκου Σ.⁴, Καζάκου Π.¹, Ζαχαράκη Π.¹, Βρυωνίδου Α.⁵, Πέττα Μ.⁶, Κασσή Ε.⁷, Ψαλτοπούλου Θ.¹, Πάσχου Σ.Α.¹

1. Ενδοκρινολογική Μονάδα - Διαβητολογικό Κέντρο, Θεραπευτική Κλινική, ΓΝΑ "Αλεξάνδρα", Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
2. 4^η Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό ΓΝΑ "Αττικό", Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
3. Θεραπευτική Κλινική, ΓΝΑ "Αλεξάνδρα", Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
4. Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
5. Ενδοκρινολογική Κλινική, ΓΝΑ "Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ"
6. Ενδοκρινολογική Μονάδα, 2^η Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό ΓΝΑ "Αττικό" και Ενδοκρινολογική Μονάδα, Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ "Σωτηρία", Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
7. 1^η Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ "Λαϊκό", Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Σκοπός: Η μεταβολικώς συσχετιζόμενη στεατωτική νόσος του ήπατος (ΜΣΣΝΗ) είναι συχνή στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2) και σχετίζεται με εξωηπατικές εκδηλώσεις συμπεριλαμβανομένης της χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ). Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση μη επεμβατικών δεικτών ηπατικής ίνωσης και δεικτών καρδιολογικού κινδύνου, ως προς την ικανότητα τους να ανιχνεύσουν την παρουσία ΧΝΝ σε ασθενείς με ΣΔΤ2.

Υλικό/Μέθοδοι: Αναλύσαμε αναδρομικά δεδομένα από διαδοχικούς ασθενείς ηλικίας ≥ 18 ετών με ιστορικό ΣΔΤ2, καταγράφοντας επιδημιολογικά και σωματομετρικά χαρακτηριστικά, καθώς και αιματολογικές εξετάσεις. Ως ΧΝΝ ορίστηκε τιμή CKD-EPI ≤ 60 ml/min/1.73 m². Εκτιμήθηκε το FIB-4, το APRI, το Fibrotic NASH index (FNI) και το Hellenic score II στην εισαγωγή.

Αποτελέσματα: Εντάχθηκαν 214 ασθενείς, 158 (73.8%) άνδρες και 56 (26.2%) γυναίκες, μέσης ηλικίας 67.6 ± 10.3 ετών και μέσης διάρκειας ΣΔΤ2 10 ± 8.1 ετών. Εβδομήντα έξι (44.8%) ασθενείς βρέθηκαν με φυσιολογική νεφρική λειτουργία και 54 (25.2%) με ΧΝΝ. Για τους υπόλοιπους 64/29.9% ασθενείς, η GFR δεν μπόρεσε να υπολογιστεί λόγω ελλειψών δεδομένων. Οι ασθενείς με ΧΝΝ είχαν σημαντικά μεγαλύτερη ηλικία (70.2 ± 7.8 vs. 64.5 ± 10.2 έτη; $p=0.002$), και σημαντικά υψηλότερο Hellenic score II (6.5 ± 3.5 vs. 4.7 ± 3.6 ; $p=0.004$), APRI (0.27 ± 0.21 vs. 0.18 ± 0.08 ; $p=0.001$) και FIB-4 (1.48 ± 0.76 vs. 0.94 ± 0.38 ; $p<0.001$) σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς ΧΝΝ αντίστοιχα. Επιπλέον, εμφάνιζαν πιο συχνά τιμές FIB-4 ≥ 1.3 ($\chi^2=18.8$, $p<0.001$) και FNI ≥ 0.1 ($\chi^2=3.9$, $p=0.048$) σε σχέση με την ομάδα χωρίς ΧΝΝ. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, μόνο το φύλο (άρρεν: OR: 0.13, 95%CI: 0.03-0.6, $p=0.008$) και το FIB-4 (OR: 10.4, 95%CI: 2-54.1, $p=0.005$) συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με την παρουσία ΧΝΝ. Το FIB-4 είχε την καλύτερη διακριτική ικανότητα αναγνώρισης της ΧΝΝ (AUROC: 0.763; 95%CI: 0.66-0.867), ακολουθούμενο από το APRI (AUROC: 0.662; 95%CI: 0.549-0.775) και το Hellenic score II (AUROC: 0.647; 95%CI: 0.54-0.756), ενώ η διακριτική ικανότητα του FNI δεν ήταν στατιστικώς σημαντική (AUROC: 0.571; 95%CI: 0.462-0.679).

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα FIB-4 σχετίζονται με την παρουσία ΧΝΝ σε ασθενείς με ΣΔΤ2 και πιθανότατα θα μπορούσαν να αποτελέσουν ένα χρήσιμο εργαλείο για την πρώιμη αναγνώριση ασθενών υψηλού κινδύνου.



EA10

Η ΣΟΒΑΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΣΤΕΑΤΩΣΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Βουδούρης Β. ¹, Λυγούρα Β. ^{1,2}, Χαραλαμπίδης Κ. ³, Γκαμπέτα Σ. ^{1,2}, Γατσέλης Ν. ^{1,2}, Ζάχου Κ. ^{1,2}, Σινάκος Ε. ³, Ρηγοπούλου Ε. Ι. ^{1,2}, Νταλέκος Γ. Ν. ^{1,2}

1. Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος
2. Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERNRARE LIVER, Π.Γ.Ν. Λάρισας
3. Δ' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η Στεατωτική Νόσος του Ήπατος σχετιζόμενη με ΜΕταβολική Δυσλειτουργία (ΜΕΣΝΗ), η συχνότερη ηπατοπάθεια που προσβάλλει το 25% του γενικού πληθυσμού, μπορεί να συνυπάρχει με άλλες χρόνιες ηπατικές νόσους. Η επίδραση της στεάτωσης στην χρόνια ηπατίτιδα Β (ΧΗΒ) έχει συζητηθεί ιδιαίτερα τελευταία, αλλά παραμένει ασαφής.

Σκοπός: Να εκτιμήσουμε τα χαρακτηριστικά ασθενών με ΧΗΒ παρουσία ή όχι σοβαρής στεάτωσης χρησιμοποιώντας ελαστογραφία ήπατος (Fibroscan, ECHOSENS) ως μη επεμβατική μέθοδο εκτίμησης της ηπατικής ακαμψίας (liver stiffness measurement-LSM) και της ηπατικής στεάτωσης (Controlled Attenuation Parameter-CAP) στον ίδιο χρόνο.

Μέθοδοι: Αναλύθηκαν δεδομένα 100 ασθενών με ΧΗΒ, συμπεριλαμβανομένων 50 ασθενών (24 άντρες, μέση ηλικία: 58.8±9.8) με σοβαρή στεάτωση (S3-CAP>280dB/m) και 50 ασθενών (22 άντρες, μέση ηλικία: 56.43±11.3) με ήπια ή καθόλου στεάτωση (S0-S1-CAP<248dB/m). Δεν συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με αλκοολική ηπατοπάθεια.

Αποτελέσματα: Ασθενείς με S3 είχαν σημαντικά υψηλότερες μετρήσεις LSM συγκριτικά με ασθενείς με S0-S1 (vs 6.2 (2.4) vs 5.4(3.1) p=0.02), αν και δεν υπήρχε διαφορά στο ποσοστό των ασθενών με κίρρωση ανάμεσα στις δυο ομάδες. Επίσης δεν υπήρχε διαφορά στο ποσοστό των ασθενών που ελάμβανε αντιική θεραπεία. Ασθενείς με S3 είχαν υψηλότερο BMI (28.7(5) vs (25.3 (6), p<0.001), υψηλότερα επίπεδα τριγλυκεριδίων (146(82) vs 81(32), p<0.001), χαμηλότερη HDL (42.5(12.3) vs 52(17), p=0.017), είχαν συχνότερα υπέρταση (51.1% vs 14.6%, p<0.001) και σακχαρώδη διαβήτη (44.9% vs 8%, p<0.001) συγκριτικά με τους ασθενείς με S0-S1. 78.7% των ασθενών με S3 έναντι 6.5% των ασθενών με S0-S1 (p<0.001) πληρούσαν τα κριτήρια της ΜΕΣΝΗ.

Συμπεράσματα: Η παρουσία σοβαρής στεάτωσης ενδέχεται να επηρεάζει την εξέλιξη της ηπατικής ίνωσης σε ασθενείς με ΧΗΒ. Ασθενείς με σοβαρή στεάτωση πληρούν στην πλειοψηφία τους κριτήρια για ΜΕΣΝΗ. Τα δεδομένα μας τονίζουν την ανάγκη για πιο προσεκτική παρακολούθηση των ασθενών με ΧΗΒ στους οποίους συνυπάρχει σοβαρή στεάτωση.

EA11

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ

Καμηλίου Α.¹, Αδάμαντου Μ.¹, Περγαντίνα Ε.¹, Ραχιώτης Ν.¹, Μπαλή Τ.¹, Μουζιούρας Δ.², Λακιωτάκη Δ.², Λεκάκης Β.², Μπάφα Κ.¹, Χαλκίδης Ε.¹, Κουλούρης Ά.¹, Καζαμάκης Χ.¹, Σαριδάκη Α.¹, Κωτσόπουλος Φ.¹, Μάρκου Ε.¹, Αλεξοπούλου Α.³, Παπαθεοδωρίδης Γ.², Χολόγκιτας Ε.^{1,2}

1. Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα
2. Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα
3. Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Η κατανομή του λιπώδους ιστού έχει μελετηθεί ως προγνωστικός δείκτης σε διάφορα εξωηπατικά νοσήματα, ωστόσο τα δεδομένα που αφορούν ασθενείς με κίρρωση είναι περιορισμένα.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης των δεικτών λιπώδους κατανομής με τη βαρύτητα και την πρόγνωση της ηπατικής νόσου.

Υλικό - Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν προοπτικά 337 ασθενείς με κίρρωση (67% άντρες, μέση ηλικία 56±11 έτη). Καταγράφηκαν κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα, υπολογίστηκαν οι δείκτες MELD-Na και Child-Pugh, ενώ η φυσική κατάσταση των ασθενών αξιολογήθηκε με βάση τους δείκτες Liver Frailty Index και Short Physical Performance Battery. Η κατανομή της μυϊκής και λιπώδους μάζας αξιολογήθηκε με μέθοδο DEXA.

Αποτελέσματα: Το ποσοστό λιπώδους ιστού στον κορμό συσχετίστηκε ανεξάρτητα με MELD-Na ≥ 15 (OR: 0.92, $p=0.007$). Ο δείκτης MELD-Na και το ποσοστό λιπώδους ιστού στον κορμό ήταν οι μόνοι παράγοντες που συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με την επιβίωση σε ασθενείς χωρίς μεταμόσχευση (HR:1.078, $p=0.02$ και HR:0.95, $p=0.032$, αντίστοιχα). Τα ευρήματα επιβεβαιώθηκαν στους άντρες (HR:1,11, $p=0,03$ και HR:0,92, $p=0,01$, αντίστοιχα), ενώ στις γυναίκες μόνο το MELD-Na ήταν ο ανεξάρτητος παράγοντας (HR: 1.27, $p=0,02$). Στο σύνολο των ασθενών, η κατηγοριοποίηση των ασθενών σύμφωνα με το best cut-off του ποσοστού λιπώδους ιστού στον κορμό κατέδειξε ότι ποσοστό χαμηλότερο του 27,5% σχετίζεται με σημαντικά δυσμενέστερη πρόγνωση σε σύγκριση με ποσοστό $\geq 27,5\%$ (log-rank=11,4, $p<0,001$).

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή είναι η πρώτη που αναδεικνύει τη συσχέτιση της κατανομής λιπώδους ιστού με τη βαρύτητα της κίρρωσης και την πρόγνωση αυτής. Μεταξύ των σωματομετρικών παραμέτρων, το ποσοστό λιπώδους ιστού στον κορμό αναδείχθηκε ως ο μόνος ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης.



EA12

Ο FIB-4 ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ: ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Παπαδάκος Σ.¹, Σπάχο Μ.², Αργυρού Α.¹, Σαμαράς Α.³, Πατάζογλου Α.⁴, Μωυσίδης Δ.⁴, Μπεκαρίδου Α.⁵, Σινάκος Ε.², Βλαχογιαννάκος Ι.¹, Γιαννακούλας Γ.⁶

1. Α' Γαστρεντερολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα
2. Δ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
3. Β' Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
4. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
5. Institute of Bioelectronic Medicine, Feinstein Institutes for Medical Research, Manhasset, New York, USA
6. Α' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν συχνή συννοσηρότητα σε ασθενείς με ηπατική νόσο. Ο μη επεμβατικός δείκτης ηπατικής ίνωσης FIB-4 θα μπορούσε να έχει προγνωστική αξία για την εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

Σκοπός: Η διερεύνηση της προγνωστικής αξίας του FIB-4 $[= (Age * x AST) / (Platelets * \sqrt{ALT})]$ στην εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο και στη διάρκεια νοσηλείας των καρδιαγγειακών ασθενών.

Μέθοδοι: Η παρούσα μελέτη αποτελεί υπο-ανάλυση μιας αναδρομικής πολυκεντρικής μελέτης ασθενών, από την καταγραφή CardioMining, που νοσηλεύθηκαν σε καρδιολογικά τμήματα ελληνικών τριτοβάθμιων νοσοκομείων (2015-2022). Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε ομάδες χαμηλού (<1,3), ενδιάμεσου (1,3-2,67) και υψηλού (>2,67) κινδύνου για ίνωση με βάση τον FIB-4. Αποτελέσματα ενδιαφέροντος ήταν η συσχέτιση του FIB-4 με τη στεφανιαία νόσο (ΣΝ), το έμφραγμα μυοκαρδίου με/χωρίς ανύψωση ST (STEMI/NSTEMI), το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ), την καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) και την κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ). Πραγματοποιήθηκαν chi square test, πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση μετά από προσαρμογή για συγχυτικούς παράγοντες και ANCOVA.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 15.555 ασθενείς (66,5% άνδρες, μέση ηλικία 68,3±13,5 έτη). Οι ασθενείς με τις εξής διαγνώσεις εξόδου παρουσίασαν ενδιάμεσο/υψηλό FIB-4: STEMI (81%), NSTEMI (75,1%), ΟΣΣ (72,2%), ΚΑ (77,2%) και ΚΜ (74,1%). Οι ενδιάμεσες και υψηλές τιμές του δείκτη FIB-4 συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης STEMI (aOR = 2,4, 95% CI: 2,0-2,8, p < 0,001 για ενδιάμεσες τιμές και aOR = 13,0, 95% CI: 11,0-15,5, p < 0,001 για υψηλές τιμές), NSTEMI (aOR = 1,3, 95% CI: 1,2-1,6, p < 0,001 και aOR = 2,0, 95% CI: 1,7-2,4, p < 0,001, αντίστοιχα), ΟΣΣ (aOR = 1,1, 95% CI: 0,9-1,5, p = 0,247 και aOR = 2,1, 95% CI: 1,6-2,6, p < 0,001, αντίστοιχα) και ΚΑ (aOR = 1,2, 95% CI: 1,1-1,3, p < 0,001 και aOR = 1,9, 95% CI: 1,7-2,1, p < 0,001, αντίστοιχα). Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική ανεξάρτητη συσχέτιση του FIB-4 με την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής, όπου οι υψηλές τιμές του δείκτη φάνηκαν να συνδέονται με χαμηλότερη πιθανότητα παρουσίας της νόσου (aOR = 0,78, 95% CI: 0,67-0,92, p = 0,002). Ο δείκτης FIB-4 παρέμεινε ανεξάρτητα συσχετισμένος με τη διάρκεια νοσηλείας (ANCOVA: F(2, 15.552)=6,38, p<0.002). Η ομάδα χαμηλού κινδύνου είχε κατά 1,2 ημέρες μικρότερη μέση διάρκεια νοσηλείας (B = -1.241, 95% CI: -1.502 έως -0.979, p < 0.001) σε σύγκριση με τους ασθενείς υψηλού κινδύνου, ενώ η ομάδα ενδιάμεσου κινδύνου είχε κατά 1 ημέρα μικρότερη διάρκεια (B = -0,986, 95% CI: -1.209 έως -0.764, p < 0.001) σε σύγκριση με τους ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Συμπεράσματα: Ο δείκτης FIB-4 αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη νοσηλείας για μείζονες καρδιαγγειακές παθήσεις και πιθανώς σχετίζεται με αυξημένη διάρκεια νοσηλείας.



Περίληψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων «Ηπατοκυτταρικός Καρκίνος»



EA13

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΩΝ TGFβ1, IDO1 ΚΑΙ IL10 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΚΚ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ 1^{ος} ΓΡΑΜΜΗΣ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πάντζιος Σ.¹, Νικολακοπούλου Π.², Σιδηρόπουλος Ο.¹, Συρίχα Α.¹, Ζώγας Γ.¹, Μαλατέστα Μ.-Σ.¹, Γυρίκη Δ.¹, Χατζηγεωργίου Α.², Ελευσινιώτης Ι.¹

1. Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική - Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», ΕΚΠΑ, Αθήνα
2. Τμήμα Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Σκοπός: Παρά το γεγονός ότι οι ανοσοκατασταλτικές κυτταροκίνες TGFβ1, IDO1 και IL10 παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανοσολογία του καρκίνου και στην πρόγνωση των ασθενών, εντούτοις δεν έχουν μελετηθεί ιδιαίτερα ως προγνωστικοί βιοδείκτες σε ασθενείς με ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ) που λαμβάνουν ανοσοθεραπεία. Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσουμε τη συσχέτιση των κυτταροκινών αυτών - προ έναρξης και κατά τη διάρκεια της ανοσοθεραπείας - με τη συνολική επιβίωση (OS) και την επιβίωση χωρίς υποτροπή (PFS) για ασθενείς με ΗΚΚ που έλαβαν 1ης γραμμής ανοσοθεραπεία.

Μέθοδοι: Αξιολογήθηκαν συνολικά 86 ασθενείς για τα βασικά χαρακτηριστικά τους και έγινε μέτρηση των τιμών των TGFβ1, IDO1 και IL10 πριν την έναρξη και κατά τη διάρκεια της θεραπείας (στους 2 και 4 μήνες). Έγινε συσχέτιση των αρχικών τιμών αυτών των κυτταροκινών με τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών και μελετήθηκε η σχέση τους με τα OS/PFS. Επίσης, μελετήθηκε η συσχέτιση της μεταβολής αυτών των κυτταροκινών κατά τη διάρκεια της θεραπείας με τα OS/PFS. Για όλους τους ασθενείς χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια up-to-7 για να εκτιμηθεί η ενδοηπατική έκταση νόσου, ανεξαρτήτως εξωηπατικής επέκτασης ή μακροαγγειακής διήθησης.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με κίρρωση και διαβήτη είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές TGFβ1 ($p=0.007$ και $p=0.039$, αντίστοιχα), όπως και οι ασθενείς χωρίς εξωηπατική νόσο ($p=0.03$) και αυτοί που ήταν εντός των κριτηρίων up-to-7 ($p=0.002$). Δεν υπήρχε διαφορά στα OS/PFS μεταξύ ασθενών με χαμηλό ή υψηλό αρχικό TGFβ1, χρησιμοποιώντας τη διάμεση αρχική τιμή του TGFβ1 ως διαχωριστικό όριο. Οι ασθενείς με αυξημένο TGFβ1 στους 2 και 4 μήνες θεραπείας σε σύγκριση με τον αρχικό, είχαν σημαντικά καλύτερο OS από αυτούς που εμφάνισαν μείωση του TGFβ1 κατά τη θεραπεία (29 έναντι 12 μηνών, $p=0.023$ και 41 έναντι 14 μηνών, $p=0.04$, αντίστοιχα). Όσον αφορά την IDO1, οι ασθενείς χωρίς πρόοδο νόσου είχαν σημαντικά υψηλότερες αρχικές τιμές σε σύγκριση με αυτούς που εμφάνισαν πρόοδο νόσου ($p=0.01$), όπως και αυτοί που εμφάνισαν αντικειμενική ανταπόκριση ($p=0.049$) σε σύγκριση με αυτούς χωρίς ανταπόκριση. Η αρχική τιμή IDO1 συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το PFS στην πολυπαραγοντική ανάλυση ($p=0.015$, HR=0.615) και μάλιστα οι ασθενείς με υψηλότερη αρχική IDO1 είχαν καλύτερο PFS συγκριτικά με αυτούς με χαμηλότερες αρχικές τιμές, χρησιμοποιώντας ως όριο τη διάμεση αρχική τιμή της IDO1 (17.6 έναντι 14.6 μηνών, αντίστοιχα, $p=0.046$). Τέλος, για την IL10 φάνηκε ότι η αρχική τιμή της ήταν σημαντικά μικρότερη σε ασθενείς άνω των 65 ετών ($p<0.001$), ενώ δεν ανευρέθη συσχέτισή της με το OS και το PFS. Ωστόσο, χαμηλότερες τιμές IL10 συσχετίστηκαν με πιο πρώιμο στάδιο BCLC ($p=0.015$), απουσία μακροαγγειακής διήθησης ($p=0.023$) και ενδονεοπλασματική λεμφοκυτταρική διήθηση ($p=0.006$). Δεν υπήρξε συσχέτιση της μεταβολής της IDO1 και της IL10 κατά τη διάρκεια της θεραπείας με τα OS/PFS.

Συμπεράσματα: Η αύξηση του TGFβ1 κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οι υψηλότερες αρχικές τιμές IDO1 καθώς και η χαμηλότερη IL10 πριν την έναρξη της θεραπείας φαίνεται ότι συσχετίζονται σημαντικά με το OS, το PFS και καλύτερα βιολογικά χαρακτηριστικά του όγκου, αντίστοιχα, σε ασθενείς με ΗΚΚ που λαμβάνουν πρώτης γραμμής ανοσοθεραπεία. Τα ευρήματα αυτά χρήζουν επαλήθευσης σε μεγαλύτερες κοορτές ασθενών, προκειμένου να αποσαφηνιστεί η χρησιμότητά τους ως προγνωστικοί βιοδείκτες στην ανοσοθεραπεία του προχωρημένου ΗΚΚ.



EA14

ΑΡΧΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΙΟΔΕΙΚΤΗ ΡΙΥΚΑ-II ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΟ CRAFTY SCORE (CS) ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΚΚ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΑΤΕΖΟΛΙΖΥΜΑΒ/ΒΕΝΑΚΙΖΥΜΑΒ (Α/Β)

Συρίχα Α., Μόσιαλος Β., Χατζηευστρατίου Α., Αγγελόπουλος Χ., Αντωνιάδη Δ., Ιωακείμ Μ., Μαλατέστα Μ., Μπινιάρη Θ., Ελευσινιώτης Ι.

Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική - Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Εισαγωγή: Το χαμηλό CS score (CRP και AFP) έχει συσχετιστεί θετικά με τον έλεγχο της νόσου (DCR) ενώ τα υψηλά επίπεδα της πρωτεΐνης της επαγόμενης από την έλλειψη βιταμίνης Κ (PIVKA-II) με το ανοσοκατασταλτικό μικροπεριβάλλον του όγκου σε ασθενείς με ανεγχείρητο, προχωρημένο ΗΚΚ υπό αγωγή με Α/Β.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης μας ήταν η εκτίμηση των αρχικών (baseline) επιπέδων ορού των CS και ΡΙΥΚΑ-II σε ασθενείς με προχωρημένο και ανεγχείρητο ΗΚΚ και η συσχέτιση αυτών με την αντικειμενική ανταπόκριση των ασθενών, σύμφωνα με τα mRECIST κριτήρια.

Μέθοδοι: Εβδομήντα-επτά ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένο, ανεγχείρητο και προχωρημένο ΗΚΚ, υπό συνδυαστική αγωγή με Α/Β από τον Ιανουάριο του 2020 έως και το Σεπτέμβριο του 2025 εκτιμήθηκαν στην αρχή και ακολούθως κάθε 3 κύκλους θεραπείας κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 θεραπευτικών κύκλων. Δεκαεπτά εξ αυτών παρουσίαζαν πλήρη (CR, n=4) ή μερική (PR, n=13) ανταπόκριση ενώ 21 σταθερή νόσο (SD) και 33 πρόοδο νόσου (PD). Η απουσία PD θεωρήθηκε DCR. Το CS υπολογίστηκε με τη χρήση των τιμών των CRP (cut-off 1mg/dl) και AFP (cut-off 100 ng/ml) ορού. Υψηλά επίπεδα της ΡΙΥΚΑ-II ορού θεωρήθηκαν εκείνα που υπερβάναν τα 300 U/ml.

Αποτελέσματα: Είκοσι-πέντε ασθενείς παρουσίαζαν χαμηλό και 46 ενδιάμεσο/υψηλό CS κατά την αρχική εκτίμηση ενώ 46/71 (64.8%) επίπεδα ΡΙΥΚΑ-II πάνω από 300 IU/ml. Επιπλέον, διαπιστώθηκε DCR σε 38 (53.5%) ασθενείς (17 εκ των οποίων με χαμηλό και 21 με ενδιάμεσο/υψηλό CS, p=0.033) ενώ μεταξύ των 33 ασθενών με PD η πλειοψηφία (25/33, 75.8%) παρουσίαζε ενδιάμεσο/υψηλό CS καθώς και υψηλά επίπεδα ΡΙΥΚΑ-II. Αξίζει να σημειωθεί πως DCR ανευρέθη σε 12/16 (75%) των ασθενών με χαμηλό CS και χαμηλά επίπεδα ΡΙΥΚΑ-II συγκριτικά με 5/9 (55.5%) εκείνων με χαμηλό CS και υψηλό ΡΙΥΚΑ-II και με μόνο 16/37 (43.2%) εκείνων με υψηλό CS και υψηλά επίπεδα ΡΙΥΚΑ-II (p=0.041). Μεταξύ των 25 ασθενών με χαμηλό baseline CS, διαπιστώθηκε PD μόνο σε 25% (4/16) εκείνων με χαμηλή τιμή ΡΙΥΚΑ-II σε αντίθεση με το 44.4% (4/9) εκείνων με υψηλά επίπεδα ΡΙΥΚΑ-II ορού. Στους υπό θεραπεία ασθενείς που παρουσίαζαν είτε χαμηλό baseline CS είτε χαμηλά επίπεδα ΡΙΥΚΑ-II ανευρέθησαν παρόμοιες τάσεις για PD σε ποσοστό 44.4% (4/9).

Συμπεράσματα: Περίπου τα 2/3 (16/25, 64%) των ασθενών με ανεγχείρητο-προχωρημένο ΗΚΚ υπό αγωγή με Α/Β και χαμηλό baseline CS παρουσιάζουν ταυτόχρονα και χαμηλά επίπεδα ΡΙΥΚΑ-II ορού. Η εν λόγω ομάδα φαίνεται να έχει το μεγαλύτερο όφελος από τη θεραπεία, ένα εύρημα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.



EA15

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΡΙΝΚΑ-II ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΛΣΙΤΟΝΙΝΗΣ ΟΡΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΗΚΚ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΑΤΕΖΟΛΙΖΟΥΜΑΒ/ΒΕΝΑΚΙΖΟΥΜΑΒ (Α/Β)

Συρίχα Α., Χατζηευστρατίου Α., Πάντζιος Σ., Σιδηρόπουλος Ο., Ζώγας Γ., Μόσιαλος Β., Μπινιάρη Θ., Φώτος Ν., Ελευσινιώτης Ι.

Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική- Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Εισαγωγή: Τα υψηλά επίπεδα ορού της πρωτεΐνης επαγόμενης από την έλλειψη βιταμίνης Κ (PIVKA-II) έχουν συσχετιστεί με μικροπεριβάλλον ανοσοκαταστολής του όγκου σε ασθενείς με ΗΚΚ υπό αγωγή με Α/Β. Επιπλέον, η προκαλσιτονίνη (PCT) αποτελεί μία πρωτεΐνη οξείας φάσης που αυξάνεται σε φλεγμονώδεις καταστάσεις, ιδίως σε βακτηριακές λοιμώξεις.

Σκοπός: Η εκτίμηση των επιπέδων ΡΙΝΚΑ-II και PCT ορού τόσο των αρχικών (baseline) όσο και εκείνων κατά τη διάρκεια της θεραπείας ασθενών με ανεγχείρητο, προχωρημένο ΗΚΚ και η συσχέτιση αυτών με την ολική επιβίωση (OS) καθώς και την ελεύθερη προόδου νόσου επιβίωση (PFS).

Μέθοδοι: Εβδομήντα-επτά ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένο ΗΚΚ (66 άνδρες, 34 με ιογενούς αιτιολογίας (ΙΑ) ΗΚΚ, 36 με ALBI-I, 66 με CPT-A, 21 με κίρσους, μέσου MELD 8.99) που έλαβαν συνδυαστική θεραπεία με Α/Β από τον Ιανουάριο του 2020 έως το Σεπτέμβριο του 2025 εκτιμήθηκαν στην αρχή και κάθε 3 κύκλους θεραπείας. Διενεργήθηκε λήψη καλλιεργείων αίματος/ούρων/ασκιτικού υγρού στην αρχή και μετά από κάθε κύκλο θεραπείας προς αποκλεισμό βακτηριακών λοιμώξεων. Σαράντα-έννας ασθενείς παρουσίασαν ανταπόκριση ενώ 36 πρόοδο νόσου, σύμφωνα με τα mRECIST κριτήρια. Υψηλά επίπεδα ΡΙΝΚΑ-II και PCT θεωρήθηκαν εκείνα πάνω από 7000 U/ml και 0.20 ng/ml, αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Τα μέσα baseline επίπεδα των AFP/CRP/PIVKA-II/PCT ήταν 11327 (\pm 44457) ng/ml, 1.76 (\pm 2.72) mg/dl, 7005 (\pm 10004) U/ml και 0.20 (\pm 0.30) ng/ml, αντίστοιχα. Η OS ανευρέθη σημαντικά θετικά συσχετιζόμενη με το χαμηλότερο MELD ($p = 0.039$), την υψηλή PCT ($p = 0.041$), τον ΙΑ ΗΚΚ ($p = 0.044$), το ALBI ($p = 0.007$) και τα χαμηλά baseline επίπεδα ΡΙΝΚΑ-II ($p = 0.022$) στην μονοπαραγοντική ανάλυση αλλά μόνο με τα baseline ΡΙΝΚΑ-II επίπεδα κάτω από 7000 U/ml ($p = 0.039$) και το ALBI-I έναντι II score ($p = 0.036$) στην πολυπαραγοντική ανάλυση.

Επιπλέον, το PFS ανέδειξε σημαντική θετική συσχέτιση με τα baseline χαμηλά επίπεδα ΡΙΝΚΑ-II ($p = 0.022$), τα baseline υψηλά PCT επίπεδα ($p = 0.049$) και το ALBI score ($p = 0.042$) στην μονοπαραγοντική ανάλυση αλλά μόνο τα baseline χαμηλά ΡΙΝΚΑ-II επίπεδα ($p = 0.008$) και το ALBI-I έναντι II ($p = 0.029$) ήταν ανεξάρτητα συσχετιζόμενα με το PFS στην πολυπαραγοντική ανάλυση. Λαμβάνοντας υπόψιν τις τιμές των βιοδεικτών κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οποιαδήποτε μείωση της ΡΙΝΚΑ-II ή/και αύξηση της PCT μεταξύ των baseline τιμών και του κύκλου 6 της θεραπείας ανέδειξε σημαντική συσχέτιση με το PFS (Log-Rank test, $p = 0.029$).

Συμπεράσματα: Ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες των OS και PFS αποτελούν τα baseline επίπεδα ορού της ΡΙΝΚΑ-II κάτω από 7000 U/ml καθώς και το ALBI-I ενώ οποιαδήποτε μείωση της ΡΙΝΚΑ-II ή/και αύξηση της PCT κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 κύκλων της θεραπείας με Α/Β συσχετίζεται θετικά με το PFS, ευρήματα που χρήζουν περαιτέρω προοπτικής αξιολόγησης.



EA16

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ, ΤΗΣ ΕΚΤΑΣΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΜΟΝΟΕΤΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΗΚΚ ΥΠΟ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ζώγας Γ., Πάντζιος Σ., Συρίχα Α., Αντωνιάδη Δ., Μαλατέστα Μ., Μόσιαλος Β., Ελευσινιώτης Ι.

Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική – Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», ΕΚΠΑ, Αθήνα

Σκοπός: Η ανοσοθεραπεία αποτελεί πλέον καθιερωμένη θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με προχωρημένο ηπατοκυτταρικό καρκίνο (ΗΚΚ), ωστόσο η συνολική επιβίωση (OS) παρουσιάζει σημαντική διακύμανση. Η αναγνώριση παραγόντων που σχετίζονται με τη μονοετή επιβίωση μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη επιλογή και διαστρωμάτωση των ασθενών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση κλινικών, εργαστηριακών και ογκολογικών παραγόντων που σχετίζονται με τη μονοετή επιβίωση σε ασθενείς με ΗΚΚ υπό ανοσοθεραπεία, καθώς και η αξιολόγηση της προγνωστικής αξίας των συννοσηροτήτων τους, όπως αυτές αξιολογήθηκαν με βάση το Charlson Comorbidity Index (CCI).

Μέθοδοι: Από συνολικό πληθυσμό περίπου 135 ασθενών με ΗΚΚ που έλαβαν ανοσοθεραπεία, εξαιρέθηκαν ασθενείς που βρίσκονταν εν ζωή και σε ενεργό παρακολούθηση χωρίς να έχουν συμπληρώσει 12 μήνες επιβίωσης, καθώς και ασθενείς με ανώριμα δεδομένα επιβίωσης. Ο τελικός αναλύσιμος πληθυσμός περιλάμβανε 81 ασθενείς, οι οποίοι κατηγοριοποιήθηκαν σε δύο ομάδες βάσει μονοετούς επιβίωσης (<1 έτος έναντι ≥ 1 έτους). Καταγράφηκαν δημογραφικά, κλινικά και ογκολογικά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένων όλων των παραμέτρων που συμπεριλαμβάνονται στον υπολογισμό CCI. Πραγματοποιήθηκε μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση για την αναγνώριση παραγόντων ανεξάρτητα συσχετιζόμενων με τη μονοετή επιβίωση.

Αποτελέσματα: Στη μονοπαραγοντική ανάλυση, οι παράγοντες που συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με τη μονοετή επιβίωση ήταν: ο CCI (διάμεσος 5 έναντι 4 στους ασθενείς με επιβίωση <1 έτους, $p=0.02$), η παρουσία κίρρωσης ($p=0.009$), το ALBI grade (1 έναντι 2, $p<0.001$), τα up-to-7 criteria (εντός έναντι εκτός, $p=0.033$), το BCLC στάδιο ($p<0.001$), η παρουσία μακροαγγειακής διήθησης (MVI, $p<0.001$), τα επίπεδα α-fetoprotein (AFP, $p=0.039$) και η ενδοεπιδερμική λεμφοκυτταρική διήθηση ($p<0.001$). Επιπλέον, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς το objective response rate (ORR, $p<0.001$) και την εμφάνιση progressive disease ($p=0.05$), όπως αναμενόταν. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, ως ανεξάρτητοι παράγοντες συσχετιζόμενοι με τη μονοετή επιβίωση αναδείχθηκαν μόνο το ALBI grade, τα up-to-7 criteria και η ενδοεπιδερμική φλεγμονώδης διήθηση. Συγκεκριμένα, ασθενείς με ALBI grade II είχαν κατά 66% μικρότερη πιθανότητα μονοετούς επιβίωσης σε σύγκριση με αυτούς με ALBI grade I ($p=0.05$), ασθενείς με νόσο εκτός των κριτηρίων up-to-7 είχαν περίπου 89% μικρότερη πιθανότητα μονοετούς επιβίωσης ($p=0.013$), ενώ η παρουσία ενδοεπιδερμικής φλεγμονώδους διήθησης συσχετίστηκε με εξαπλάσια πιθανότητα επιβίωσης στο 1 έτος ($p=0.01$). Ο δείκτης CCI δεν διατήρησε στατιστικά σημαντική συσχέτιση στην πολυπαραγοντική ανάλυση.

Συμπεράσματα: Η μονοετής επιβίωση ασθενών με ΗΚΚ υπό ανοσοθεραπεία συσχετίζεται ανεξάρτητα με δείκτες ηπατικής λειτουργίας (ALBI), ογκολογικού φορτίου (up-to-7 criteria) και ανοσολογικού μικροπεριβάλλοντος (ενδοεπιδερμική φλεγμονώδης διήθηση), επιβεβαιώνοντας την προγνωστική αξία του ALIVE-IO score. Αντίθετα, ο CCI δεν φαίνεται να αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη στη συγκεκριμένη ανάλυση. Μελλοντικές μελέτες με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών θα πρέπει να εστιάσουν σε πιο εξειδικευμένα καρδιαγγειακά scores και σε ξεχωριστή ανάλυση κίρρωτικών και μη κίρρωτικών ασθενών.

EA17

Η ΕΚΦΡΑΣΗ p62/SQSTM1 ΕΙΝΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΔΥΣΜΕΝΟΥΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Κοζώνης Θ.¹, Βλάχος Ι.², Δημοπούλου Κ.³, Μυωτέρη Δ.², Μπούκλας Δ.⁴, Καρανδρέα Δ.², Αρκαδόπουλος Ν.⁵, Παναγιωτίδης Ι.⁶, Φούκας Π.⁷, Μπράμης Κ.¹, Κωνσταντουλάκης Μ.¹, Τηλιακού Ντ.².

1. Β' Χειρουργική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.
2. Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.
3. Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα, Ελλάδα
4. Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γεώργιος Γεννηματάς»
5. Δ' Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικών, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.
6. Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικών, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.
7. Β' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικών, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.

Εισαγωγή: Η p62 (SQSTM1) είναι πρωτεΐνη με πολλές λειτουργίες εμπλεκόμενη στην αυτοφαγία, την πρωτεασωματική αποδόμηση και την ογκογένεση. Η p62 είναι κύριο συστατικό των ενδοκυττάρων εγκλείστων των ΗΚΚ [σωμάτια Mallory-Denk (MDB), σωμάτια υαλίνης (ΣΥ)], τα οποία ενδέχεται να αποτελούν δείκτες κατεσταλμένης αυτοφαγίας. Η συσσώρευση της p62 προάγει την ενεργοποίηση ογκογόνων οδών μεταγωγής σήματος. Τα δεδομένα που αφορούν στην έκφραση της p62 στο ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ) είναι περιορισμένα και δεν υπάρχουν στοιχεία της στην Ελλάδα.

Σκοπός: Μελετήσαμε την ανοσοϊστοχημική έκφραση p62 και τη μορφολογική παρουσία MDB και ΣΥ σε ΗΚΚ Ελλήνων ασθενών με σκοπό τη συσχέτισή τους με κλινικο-παθολογοανατομικές παραμέτρους και την αξιολόγηση της προγνωστικής τους αξίας.

Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη 97 ΗΚΚ από 97 ασθενείς [77 (79,4%) άνδρες, διάμεση ηλικία 72 έτη (IQR 62–77, εύρος 17–96)] που υποβλήθηκαν σε ηπατεκτομή μεταξύ 2001 και 2018. Μέση παρακολούθηση 52 μήνες (εύρος 2–161). Η αιτιολογία της υποκείμενης χρόνιας ηπατικής νόσου ήταν μεταβολική δυσλειτουργία 40,2%, ηπατίτιδα Β 30,9%, ηπατίτιδα C 10,3% και χρήση αλκοόλ 5,1%. Πραγματοποιήθηκε κεντρική ιστοπαθολογική ανασκόπηση (WHO 2019) και επανασταδιοποίηση (TNM 9η έκδοση) όλων των ΗΚΚ: Βαθμός ιστολογικής κακοήθειας-grade: 1 n=6 (6,2%), 2 61 (62,9%) και 3 30 (30,9%), στάδιο I 32%, II 39,2%, III 24,7% και IV 4,1%. Το στάδιο ίνωσης στο μη νεοπλασματικό ηπατικό παρέγχυμα ήταν F1 16,5%, F2 12,4%, F3 11,3% και F4 23,7%. Επίσης, καταγράφηκε η μορφολογική παρουσία MDB και ΣΥ στα ΗΚΚ. Διενεργήθηκε ανοσοϊστοχημική χρώση για p62 (κλώνος D, Santa Cruz Biotechnology, Dallas, TX, USA) σε ιατρικές μικροσυστοιχίες. Θετικά για υπερέκφραση p62 θεωρήθηκαν ΗΚΚ με θετική ανοσοέκφραση p62 [p62(+)] σε >5% των καρκινικών κυττάρων. Οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών ελέγχθηκαν με t-test ανά ζεύγη. Η προγνωστική αξία της ανοσοέκφρασης p62 αξιολογήθηκε με log rank test, καμπύλες Kaplan-Meier και πολυπαραγοντικά μοντέλα Cox. Για τις στατιστικές συσχετίσεις, τιμή p<0,05 θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική.



Αποτελέσματα: Αναδείχθηκαν 54 (56,93%) p62(+) ΗΚΚ. ΜΔΒ, ΣΥ ή αμφότερα αναγνωρίστηκαν μορφολογικά σε 10 (10,3%), 33 (34%) και 8 (8,2%) των ΗΚΚ, αντίστοιχα, και η παρουσία τους δεν συσχετίστηκε με κλινικο-παθολογοανατομικές παραμέτρους ή τη συνολική επιβίωση των ασθενών. Η p62(+) ήταν σημαντικά υψηλότερη στα ΗΚΚ σε σύγκριση με το παρακείμενο μη νεοπλασματικό ηπατικό παρέγχυμα ($p < 0,001$) και συσχετίστηκε θετικά με το ιστολογικό grade ΗΚΚ ($p < 0,001$), το στάδιο pTNM ($p < 0,001$) και τη μικροαγγειακή διήθηση ($p = 0,045$). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση της p62(+) με τον ιστολογικό υπότυπο ΗΚΚ ή τις υπόλοιπες κλινικο-παθολογοανατομικές παραμέτρους. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της p62(+) με μικρότερη συνολική επιβίωση ασθενών με ΗΚΚ ($p < 0,003$). Η σταδιακή πολυπαραγοντική ανάλυση Cox ανέδειξε την θετική ανοσοέκφραση p62 ως ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη στο ΗΚΚ ($p = 0,011$, CI 1,283–6,739).

Συμπεράσματα: Η p62 (SQSTM1) υπερεκφράζεται σε περίπου το ήμισυ των ΗΚΚ Ελλήνων ασθενών. Η ανοσοέκφραση p62 είναι συχνότερη σε ΗΚΚ χαμηλής διαφοροποίησης, προχωρημένου σταδίου TNM ή με μικροαγγειακή διήθηση και αποτελεί ανεξάρτητο δείκτη δυσμενούς πρόγνωσης σε Έλληνες ασθενείς με ΗΚΚ. Τα ανωτέρω υποδηλώνουν ότι η διαταραχή της αυτοφαγίας ενδέχεται να συμβάλλει στην επιθετικότητα του ΗΚΚ. Περαιτέρω μελέτες βρίσκονται σε εξέλιξη για την επιβεβαίωση της προγνωστικής σημασίας της υπερέκφρασης της p62 σε μεγαλύτερες, ανεξάρτητες σειρές ΗΚΚ.

33^η Διημερίδα
Στέφανος Χατζηγιάννης

Διοργανωτής



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΕΡΟΣΠΕΡΜΑΤΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΑ

**24^ο Πανελλήνιο
Ηπατολογικό
Συνέδριο**

www.eemh2026.gr

Περίληψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων
«Επιλεγμένες Ανακοινώσεις»



EA18

ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΣΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΕΑΤΩΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΗΠΑΤΟΣ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Μουρελάτου Ν.Γ.^{1,2}, Μπαλή Τ.², Αδάμαντου Μ.², Χρυσούγης Λ.², Χολόγκιτας Χ.², Σαρρή Μ.², Παυλοπούλου Δ.², Σχινάς Γ.², Ανδρουτσάκος Θ.³, Σύψα Γ.⁴, Καραγιαννάκης Δ.⁵, Μαυρογιαννάκη Α.¹, Τεντολούρης Ν.⁶, Παπαθεοδωρίδης Γ.⁷, Χολόγκιτας Ε.^{2,7}

1. Β' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό κέντρο, ΝΙΜΤΣ
2. Α' Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., ΓΝΑ Λαϊκό
3. Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας Ε.Κ.Π.Α, ΓΝΑ Λαϊκό
4. Τμήμα Ακτινολογίας Ε.Κ.Π.Α, ΓΝΑ Λαϊκό
5. Δ' Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α, ΓΝΑ Αττικό
6. Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., ΓΝΑ Λαϊκό
7. Γαστρεντερολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., ΓΝΑ Λαϊκό

Εισαγωγή-Σκοπός: Η σαρκοπενική παχυσαρκία (SO) ορίζεται ως συνύπαρξη μειωμένης μυϊκής μάζας και αυξημένου λιπώδους ιστού και σχετίζεται με αυξημένο καρδιομεταβολικό κίνδυνο. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση του επιπολασμού της σε άτομα με μεταβολικά σχετιζόμενη στεατωτική νόσο ήπατος (MASLD), με διαφορετικούς ορισμούς, για πρώτη φορά σε ελληνικό πληθυσμό και η διερεύνηση της σχέσης της SO με φυσική απόδοση και ευθραυστότητα.

Υλικό-Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη που συμπεριέλαβε 200 άτομα >18 ετών με MASLD που παρακολουθούνται σε ιατρείο στεάτωσης ήπατος κι είχαν δεδομένα διπλής ενεργειακής απορροφησιμετρίας ακτίνων Χ (DEXA). Καταγράφηκαν: ηλικία, φύλο, ανθρωπομετρικοί παράμετροι [σωματικό βάρος (ΣΒ), δείκτης μάζας σώματος (BMI), περίμετρος μέσης (WC)], συννοσηρότητες [αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔτ2)], βασικός εργαστηριακός έλεγχος [γλυκόζη αίματος, δείκτης ινσουλινοαντίστασης (HOMA-IR), λιπιδαιμικό προφίλ (CHOL, LDL, HDL, TGs)]. Διάγνωση SO: παρουσία παχυσαρκίας είτε με BMI(kg/m²) ≥30 (BMI-SO), είτε με ποσοστό σωματικού λίπους [BF(%)] ≥27 για άνδρες, ≥38 για γυναίκες (BF%-SO) και παρουσία σαρκοπενίας με δείκτη άλιπης μάζας άκρων/σωματικό βάρος [ALM/W(%)] <23.47% για γυναίκες, <28.27% για άνδρες. Οι δείκτες ηπατικής στεάτωσης [CAP(dB/m)] και σκληρίας (kPa) μετρήθηκαν με ελαστογραφία ήπατος. Η φυσική απόδοση εκτιμήθηκε με το Short Physical Performance Battery (SPPB) και τον δείκτη Liver Frailty Index (LFI).

Αποτελέσματα: Από τα 200 άτομα BMI-SO ανεδείχθη στο 51% και BF%-SO στο 76.5%. Τα άτομα με, συγκριτικά με εκείνα χωρίς BMI-SO, παρουσίασαν μεγαλύτερο ΣΒ (98.5 vs 75.5 kg), BMI (34.05 vs 27.85 kg/m²), BF% (48.95% vs 38.45%) και WC (110 vs 97 cm) (p<0.001). Είχαν συχνότερα ΑΥ (44.5% vs 28.7%, p=0.022), υψηλότερες τιμές HOMA-IR (3.25 vs 2.57, p<0.001) και TGs (126.5 vs 107 mg/dl, p=0.044). Τα άτομα με, συγκριτικά με εκείνα χωρίς BF%-SO, ήταν μεγαλύτερα σε ηλικία (59 vs 47 έτη, p=0.003), συχνότερα γυναίκες (59.5% vs 40.5%, p=0.011), είχαν μεγαλύτερο ΣΒ (91 vs 82.5 kg), BMI (32.4 vs 26.6 kg/m²), BF% (45.8% vs 34.8%) και WC (104 vs 93 cm) (p<0.001). Επίσης, είχαν συχνότερα ΑΥ (40.9% vs 23.9%, p=0.036), υψηλότερες τιμές γλυκόζης αίματος (88 vs 82 mg/dl, p=0.005) και HOMA-IR (3.17 vs 1.17, p<0.001). Τα άτομα με BMI-SO κι εκείνα με BF%-SO είχαν σημαντικά υψηλότερο CAP [(292.5 vs 270 dB/m, p<0.001) και (280 vs 268 dB/m, p=0.013), αντίστοιχα] σε σχέση με τα άτομα χωρίς. Τέλος, τα άτομα με BMI-SO είχαν χαμηλότερη φυσική απόδοση (SPPB: 11 vs 12, p=0.002), ενώ τα άτομα με BF%-SO είχαν χαμηλότερη φυσική απόδοση (SPPB: 11 vs 12, p=0.041) και υψηλότερη ευθραυστότητα (LFI: 3.9 vs 3.62, p=0.004).

Συμπεράσματα: Η SO είναι συχνή σε καυκάσιους ασθενείς με MASLD και συνοδεύεται από μεταβολικές, ηπατικές, και λειτουργικές διαταραχές, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για καλύτερη αναγνώρισή της στην κλινική πράξη.

EA19

Η ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΧΟΛΙΚΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΕΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΜΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ρηγοπούλου Ε. Ι.^{1,2}, Λυγούρα Β.^{1,2}, Βουδούρης Β.¹, Γαλάνης Κ.^{1,2}, Γκαμπέτα Σ.^{1,2}, Γατσέλης Ν.^{1,2}, Ζάχου Κ.^{1,2}, Νταλέκος Γ. Ν.^{1,2}

1. Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος
2. Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN RARE LIVER, Π.Γ.Ν. Λάρισας

Εισαγωγή: Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ) των ασθενών με πρωτοπαθή χολική χολαγγειίτιδα (ΠΧΧ) είναι συχνά επηρεασμένη. Δεν υπάρχουν δεδομένα όσον αφορά στους παράγοντες που δυνητικά μπορεί να επηρεάσουν την ΣΥΠΖ των ασθενών με ΠΧΧ κατά την φυσική πορεία της νόσου.

Σκοπός: Η προοπτική αξιολόγηση της ΣΥΠΖ σε ασθενείς με ΠΧΧ και η συσχέτισή της με διάφορες παραμέτρους κατά τη φυσική πορεία της νόσου.

Μέθοδοι και ασθενείς: Χρησιμοποιήσαμε το PBC-40, ένα ειδικό ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της ΣΥΠΖ σε ασθενείς με ΠΧΧ, που αποτελείται από επιμέρους κατηγορίες («συμπτώματα», «κνησμός», «κόπωση», «γνωσιακές λειτουργίες», «κοινωνική ζωή», «συναίσθημα»).

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 80 ασθενείς με ΠΧΧ (74 γυναίκες) (συνολική διάρκεια παρακολούθησης: 129 μήνες (IQR 45)) σε 2 διαδοχικές χρονικές στιγμές (QoL1 και QoL2, μεσοδιάστημα: 87 μήνες (IQR 14)). Ηλικία των ασθενών στην QoL1 ήταν 58 έτη (IQR 15) και στην QoL2 65 έτη (SD 11). Ένας ασθενής είχε κίρρωση στις δυο χρονικές στιγμές.

Στην QoL1, 68 (85%) ασθενείς ελάμβαναν αγωγή με αρκτοδεοξυχολικό οξύ (UDCA), συμπεριλαμβανομένων 2 σε συνδυασμό με μπεζαφιμπράτη, εκ των οποίων 61 (89.7%) θεωρήθηκαν ότι είχαν απάντηση στην θεραπεία (GLOBE score) και 48 (70.6%) παρουσίαζαν ομαλοποίηση της αλκαλικής φωσφατάσης (ΑΛΦ). Στην QoL2, 79 (98.8%) ελάμβαναν UDCA, συμπεριλαμβανομένων 5 σε συνδυασμό με φαينوφιμπράτη και 2 με Elafibanor, εκ των οποίων οι 54 (68.4%) θεωρήθηκαν ότι είχαν απάντηση στην θεραπεία, ενώ ομαλοποίηση της ΑΛΦ παρουσίαζαν 55 (69.6%).

Αποτελέσματα: Στο σύνολο των 80 ασθενών, βρέθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων, της κόπωσης, των γνωσιακών λειτουργιών, του συναισθήματος και της συνολικής ποιότητας ζωής κατά την QoL2 συγκριτικά με την QoL1 [Wilcoxon signed rank test, Table]

Table.

	QoL1	QoL2	p
Συμπτώματα	12 (7)	10 (6)	0.04
Κνησμός	3 (5)	3 (1)	0.3
Κόπωση	21 (17)	14 (9)	<0.001
Γνωσιακές λειτουργίες	7 (6)	6 (3)	0.002
Κοινωνική ζωή	18 (10)	16 (10)	0.06
Συναίσθημα	8 (6)	7 (5)	0.002
Συνολικό PBC-40 score	72 (38)	60 (22)	<0.001



Βελτίωση των συμπτωμάτων αναφέρθηκε στο 48.8% των ασθενών, του κνησμού στο 28.7%, της κόπωσης στο 51.2%, των γνωσιακών λειτουργιών στο 31.3%, της κοινωνικής ζωής στο 55%, του συναισθήματος στο 51.3% και του συνολικού PBC-40 score στο 58.8% των ασθενών. Στους υπόλοιπους ασθενείς καταγράφηκε είτε επιδείνωση είτε μη μεταβολή των επιμέρους κατηγοριών του PBC-40. Οι ασθενείς που ανέφεραν βελτίωση της κόπωσης παρουσίαζαν συχνότερα ομαλοποίηση των επιπέδων της ΑΛΦ σε σύγκριση με εκείνους που δεν εμφάνισαν βελτίωση (58.5% vs 41.5%, $p=0.03$), το οποίο επιβεβαιώθηκε και στην πολυπαραγοντική ανάλυση. Η βελτίωση των συμπτωμάτων, του κνησμού, των γνωσιακών λειτουργιών, της κοινωνικής ζωής, του συναισθήματος και του συνολικού PBC-40 δεν συσχετίστηκε με την ηλικία, το φύλο, την απάντηση στην θεραπεία (GLOBE score) και την ομαλοποίηση της ΑΛΦ.

Συμπέρασμα: Η ΣΥΠΖ των ασθενών με ΠΧΧ παρουσιάζει μεταβολές κατά την διάρκεια της φυσικής πορείας της νόσου. Η βελτίωση της κόπωσης φαίνεται ότι σχετίζεται με την επίτευξη πλήρους βιοχημικής ανταπόκρισης. Απαιτούνται περαιτέρω προοπτικές μελέτες για την πληρέστερη κατανόηση των παραμέτρων που επηρεάζουν την ΣΥΠΖ στους ασθενείς με ΠΧΧ διαχρονικά.

EA20

ALIVE-IO: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΝΟΣ ΝΕΟΥ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΜΟΝΟΕΤΟΥΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΚΚ ΥΠΟ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πάντζιος Σ.¹, Σιδηρόπουλος Ο.¹, Συρίχα Α.¹, Πτώχης Ν.², Σκούρας Ι.³, Μαϊντά Ε.³, Κορκολής Δ.⁴, Μαχαίρας Ν.⁵, Σωτηρόπουλος Γ.⁵, Ελευσιναίωτης Ι.¹

1. Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική-Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Γ.ΟΝ.Κ.«Οι Άγιοι Ανάργυροι», ΕΚΠΑ
2. Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
3. Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι»
4. Χειρουργική Κλινική, ΓΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας»
5. Χειρουργική Κλινική Μεταμόσχευσης Ήπατος και Χειρουργικής Ηπατοπαθών ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Σκοπός: Παρά την ολοένα και πιο συχνή χρήση της ανοσοθεραπείας σε ασθενείς με προχωρημένο ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ), υπάρχει έλλειψη αξιόπιστων και ευρέως χρησιμοποιούμενων προγνωστικών μοντέλων συνολικής επιβίωσης (OS) σε αυτούς τους ασθενείς. Πιθανοί βιοδείκτες περιλαμβάνουν το ALBI grade και την ενδονεοπλασματική λεμφοκυτταρική διήθηση, ενώ η έκταση της νόσου πιθανώς σχετίζεται με το OS. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να αναπτυχθεί ένα προγνωστικό μοντέλο για την πρόβλεψη της μονοετούς επιβίωσης σε ασθενείς με ΗΚΚ που λαμβάνουν ανοσοθεραπεία.

Μέθοδοι: Μελετήθηκαν συνολικά 100 ασθενείς με ΗΚΚ που έλαβαν 1^{ης} γραμμής ανοσοθεραπεία. Η ενδοπαθολογική έκταση νόσου αξιολογήθηκε με τα κριτήρια up-to-7. Αρχικά, έγινε μονοπαραγοντική ανάλυση για να αξιολογηθούν τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών που συσχετιζόνταν με το OS και οι παράγοντες με στατιστικά σημαντική συσχέτιση μελετήθηκαν στο πολυπαραγοντικό μοντέλο. Χρησιμοποιήθηκαν οι συντελεστές βαρύτητας από το πολυπαραγοντικό μοντέλο για τη δημιουργία ενός προγνωστικού μοντέλου (ALIVE-IO score) για την πρόβλεψη της μονοετούς επιβίωσης. Έγινε εσωτερική επαλήθευση του μοντέλου με ανάλυση ROC και μεθόδους μηχανικής μάθησης. Στη συνέχεια, οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες κινδύνου με βάση το νέο score και μελετήθηκαν τα χαρακτηριστικά τους, η ανταπόκριση στην ανοσοθεραπεία και η OS.

Αποτελέσματα: Στη μονοπαραγοντική ανάλυση ανευρέθη στατιστικά σημαντική σχέση με το OS για το ALBI grade ($p < 0.001$, HR=2.725), το στάδιο BCLC ($p = 0.031$, HR=1.809), τη μακροαγγειακή διήθηση ($p < 0.001$, HR=2.587), την έκταση νόσου με βάση τα up-to-7 κριτήρια ($p < 0.001$, HR=0.218) και την ενδονεοπλασματική λεμφοκυτταρική διήθηση ($p = 0.005$, HR=0.485). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, τρεις παράγοντες συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με το OS: το ALBI grade (grade II vs. grade I, $p = 0.025$, HR=1.946), η έκταση νόσου με βάση τα up-to-7 κριτήρια (εκτός vs. εντός, $p = 0.001$, HR=3.506) και η ενδονεοπλασματική λεμφοκυτταρική διήθηση (μη ύπαρξη vs. ύπαρξη, $p = 0.016$, HR=1.889). Το ALBI/Inflammation/up-to-seVen (ALIVE-IO) score υπολογίστηκε με βάση αυτούς τους παράγοντες (ALBI: 0 πόντοι για grade I και 1 πόντος για grade II, up-to-7: 0 πόντοι αν εντός και 2 πόντοι αν εκτός κριτηρίων, ενδονεοπλασματική λεμφοκυτταρική διήθηση: 0 πόντοι σε παρουσία και 1 πόντος σε απουσία διήθησης). Το μοντέλο εμφάνισε AUROC=0.755 για την πρόβλεψη της μονοετούς επιβίωσης, με 75% ευαισθησία και 65.4% ειδικότητα. Με βάση το μοντέλο, σχηματίστηκαν 3 ομάδες κινδύνου: χαμηλός κίνδυνος για score=0-1, ενδιάμεσος κίνδυνος για score=2-3 και υψηλός κίνδυνος για score=4. Αντικειμενική ανταπόκριση παρατηρήθηκε σε 34.8% των ασθενών χαμηλού κινδύνου, σε 18.5% των ασθενών ενδιάμεσου κινδύνου και σε 4.3% των ασθενών υψηλού κινδύνου ($p = 0.031$). Η διάμεση OS των τριών ομάδων ήταν 41, 12 και 3 μήνες αντίστοιχα ($p < 0.001$). Η μονοετής επιβίωση ήταν 80% για ασθενείς χαμηλού κινδύνου, 41% για ασθενείς ενδιάμεσου κινδύνου και 16% για υψηλού κινδύνου ασθενείς.



Συμπεράσματα: Το ALIVE-IO score αποτελεί ένα χρήσιμο προγνωστικό μοντέλο απαρτιζόμενο από εργαστηριακά, απεικονιστικά και ιστολογικά δεδομένα που συχνά είναι διαθέσιμα στην καθημερινή κλινική πρακτική, για την πρόβλεψη της μονοετούς επιβίωσης των ασθενών με ΗΚΚ που λαμβάνουν ανοσοθεραπεία, ωστόσο χρήζει εξωτερικής επαλήθευσης. Περαιτέρω μελέτες στο μέλλον οφείλουν να εστιάσουν στη χρήση του από κοινού με άλλους βιοδείκτες για τη βελτιστοποίηση της χρήσης του ως προγνωστικού μοντέλου σε αυτή την κατηγορία ασθενών.



EA21

ΟΙ ΝΕΕΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗ ΗΒεAg-ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ΜΕΙΩΝΟΥΝ ΤΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΖΩΝΗ» ΚΑΙ ΑΝΤΑΝΑΚΛΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Παπαθεοδωρίδη Μ¹, Παρασκευοπούλου Σ¹, Ιωαννίδου Π¹, Φυτιλή Π¹, Καραγιαννάκης Δ¹, Παπαθεοδωρίδη Α¹, Σακελλαρίου Σ², Χολόγκιτας Ε¹, Βλαχογιαννάκος Ι¹, Παπαθεοδωρίδης Γ¹

1. Α' Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»,
2. Α' Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό».

Εισαγωγή: Οι Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες (EASL-CPGs) του 2025 για την ηπατίτιδα Β διευρύνουν τις ενδείξεις θεραπείας για ασθενείς με ΗΒεAg-αρνητική χρόνια ΗΒV λοίμωξη (CHBVe-), προωθώντας την πιο πρώιμη έναρξη θεραπείας σε παλαιές περιπτώσεις «γκρίζας ζώνης» (GZ). Ωστόσο, η εφαρμογή τους στην καθημερινή κλινική πρακτική είναι άγνωστη.

Σκοπός: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί πώς οι ενδείξεις θεραπείας των EASL-CPGs του 2025 συγκρίνονται με αυτές του 2017 στους CHBVe- ασθενείς και πώς σχετίζονται με την έναρξη θεραπείας στην CHBVe- στην κλινική πρακτική τα τελευταία χρόνια.

Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν όλοι οι CHBVe- ασθενείς με ≥ 1 επίσκεψη μεταξύ 2010-2019, εφόσον δεν πληρούσαν τις ενδείξεις θεραπείας των EASL-CPGs 2017 με βάση τα αρχικά ALT/HBV DNA, δηλ. δεν είχαν HBVDNA >20.000 IU/ml και ALT $>2 \times$ ULN. Ασθενείς με συνλοίμωξη, ανοσοκαταστολή, μη αντιρροπούμενη κίρρωση ή ηπατοκυτταρικό καρκίνο, κατάχρηση αλκοόλ ή άλλη ηπατική βλάβη αποκλείστηκαν. Συλλέχθηκαν παράμετροι σύμφωνα με προκαθορισμένο φύλλο δεδομένων. Μεταξύ των ασθενών χωρίς ένδειξη θεραπείας το πρώτο έτος, ως τυπικοί ασθενείς με χρόνια λοίμωξη (Cle-) ορίστηκαν εκείνοι με επίμονα ALT \leq ULN και HBV DNA <2000 IU/ml, ενώ ως GZ ασθενείς όσοι δεν πληρούσαν τον ορισμό της Cle-. Οι ενδείξεις θεραπείας των EASL-CPGs 2017 ήταν: α) HBVDNA >20.000 και ALT $>2 \times$ ULN, β) HBV DNA ≥ 2000 και Ishak-στάδιο (F) = 3-4 ή ηπατική ακαμψία (LS) = 9, 1-12/12, 1-15 kPa ανάλογα με ALT $\leq / >$ ULN, γ) ανιχνεύσιμο HBVDNA και F = 5-6 ή LS $>12 / >15$ kPa ανάλογα με ALT $\leq / >$ ULN. Οι ενδείξεις θεραπείας των EASL-CPGs 2025 είναι: 1) ανιχνεύσιμο HBVDNA και LS >8 kPa ή F ≥ 4 και 2) HBVDNA ≥ 2000 και ALT $>$ ULN ή LS = 7, 1-8 kPa ή F3.

Αποτελέσματα: Από 2012 CHBVe- ασθενείς, 1501 (75%) πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου-αποκλεισμού (άνδρες: 60%, μέση ηλικία = 44 ± 15 έτη, BMI = 26 ± 4 kg/m²). Η μέση παρακολούθησή τους ήταν $6,0 \pm 4,6$ έτη. Με βάση τις EASL-CPGs του 2017 vs του 2025, 679 (45%) vs 660 (44%) είχαν Cle-, 577 (38%) vs 297 (20%) ήταν GZ ασθενείς και 245 (16%) vs 544 (36%) είχαν ένδειξη θεραπείας, αντίστοιχα. Ενδείξεις θεραπείας βάσει των EASL-CPGs 2025 πληρούνταν κατά το πρώτο έτος από 19 (2,8%) πρώην Cle-, 280 (48,5%) πρώην GZ και όλους τους 145 ασθενείς με ενδείξεις θεραπείας βάσει EASL-CPGs 2017. Από τους 297 πρώην GZ ασθενείς χωρίς ένδειξη θεραπείας βάσει των EASL-CPGs 2025, 238 (80%) είχαν HBVDNA ≥ 2000 αλλά ALT \leq ULN και 59 (20%) είχαν ALT $>$ ULN αλλά HBVDNA <2000 (όλοι με LS ≤ 7 kPa). Θεραπεία το πρώτο έτος ξεκίνησε σε 9/660 (1,4%) νέους Cle-, 34/297 (11,4%) ασθενείς νέας GZ και 366/544 (67%) ασθενείς με ένδειξη θεραπείας βάσει EASL-CPGs 2025 ($p < 0,001$). Η αθροιστική πιθανότητα έναρξης θεραπείας σε 1-/3-/5-έτη ήταν 67/77/85% στους ασθενείς με ένδειξη θεραπείας και 4,5/9/16% στους ασθενείς χωρίς ένδειξη θεραπείας βάσει EASL-CPGs 2025 κατά το πρώτο έτος (log-rank, $p < 0,001$).

Συμπέρασμα: Οι ενδείξεις θεραπείας των EASL-CPGs 2025 μειώνουν κατά το ήμισυ τους GZ CHBVe- ασθενείς και αντανάκλουν καλύτερα τις θεραπευτικές πολιτικές στην καθημερινή κλινική πρακτική τα τελευταία 15 χρόνια, εντοπίζοντας την πλειονότητα των ασθενών που οι κλινικοί ιατροί είναι ήδη πιο πιθανό να θεραπεύσουν.

EA22

Η ΣΧΕΤΙΚΗ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΚΑΙ ΑΣΚΙΤΗ ΣΥΝΔΥΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗΣ, ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Δεσπότης Γ.¹, Μπίρος Δ.¹, Κωνσταντοπούλου Ρ.¹, Τσιάκας Η.¹, Χρηστάκη Μ.¹, Μηλιώνης Χ.¹, Τσιούρης Σ.², Ξουργιά Ξ.², Λάκκας Λ.³, Χριστοδούλου Δ.⁴, Μπαλταγιάννης Γ.⁴, Καλαμπόκης Γ.¹

1. Α΄ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
2. Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
3. Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
4. Γαστρεντερολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η σχετική επινεφριδιακή ανεπάρκεια (ΣΕΑ) είναι συχνή σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση, ιδιαίτερα σε παρουσία ασκίτη και επηρεάζει αρνητικά την πρόγνωση. Το low-dose Synachten test (LDST) θεωρείται η πιο ευαίσθητη μέθοδος για τη διάγνωση της ΣΕΑ σε ασθενείς με κίρρωση. Σε αντίθεση με την ολική κορτιζόλη ορού, η κορτιζόλη σιέλου (ΚΟΡ.ΣΙ) δεν επηρεάζεται από την υποαλβουμιναιμία και την μείωση της δεσμευτικής πρωτεΐνης της κορτιζόλης στην προχωρημένη κίρρωση και αποτελεί υποκατάστατο δείκτη της ελεύθερης κορτιζόλης ορού.

Σκοπός: Να διερευνηθεί η συσχέτιση της ΣΕΑ με την συστηματική αιμοδυναμική, τη νεφρική λειτουργία και αιμάτωση και την διαστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας (ΔΛΑΚ) σε ασθενείς με κλινικά σταθερή κίρρωση και ασκίτη.

Μέθοδοι: Αποκλείστηκαν ασθενείς με εμπύρετο λοίμωξη τις προηγούμενες 4 εβδομάδες, λήψη κορτικοειδών τους προηγούμενους 6 μήνες, ενεργό κατανάλωση αλκοόλ και νεοπλασία. Εκτιμήθηκαν κλινικές παράμετροι και η βαρύτητα της κίρρωσης (Child-Pugh διαβάθμιση/MELD score). Αρχικά λήφθηκαν δείγματα αίματος για τον προσδιορισμό της δραστηριότητας ρενίνης πλάσματος (ΔΡΠ), της αλδοστερόνης πλάσματος (ΑΛΔΟ) και της νοραδρεναλίνης (ΝΟΡ) ορού. Ακολούθως, λήφθηκαν δείγματα ΚΟΡ.ΣΙ σε ειδικά σωληνάκια πριν (T0) και 30 min (T30) μετά το LDST (1μg). Ως ΣΕΑ ορίστηκε η αύξηση της ΚΟΡ.ΣΙ <12.7 ng/ml με διαφορά μεταξύ των τιμών T0-T30 (ΔΚΟΡ.ΣΙ) <3 ng/ml. Στη συνέχεια προσδιορίστηκαν υπερηχοκαρδιογραφικά η καρδιακή παροχή (ΚΠ), ο λόγος μέγιστη πρώιμη διαστολική διαμιτροειδική ταχύτητα ροής/μέγιστη πρώιμη ταχύτητα διαστολικής κίνησης (E/e') ως κύριος δείκτης της ΔΛΑΚ, ο λόγος ταχύτητα πρώιμης/ταχύτητα όψιμης διαστολικής πλήρωσης (E/A), ο δείκτης μάζας αριστερού κόλπου (LAVI) και η μέγιστη ταχύτητα ροής διαμέσου της τριγλώχινας (TRV). Τέλος, εκτιμήθηκαν η μέση αρτηριακή πίεση (ΜΑΠ), η συστηματική αγγειακή αντίσταση (ΣΑΑ=ΜΑΠ/ΚΠ), ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης (ΡΣΔ) με Technetium99m-DTPA και η νεφρική ροή αίματος (ΝΡΑ) με Technetium99m-MAG3. Η διαστολική δυσλειτουργία ορίστηκε με βάση τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές του 2016. Αναζητήθηκαν παράγοντες με ανεξάρτητη συσχέτιση με την ΣΕΑ (linear regression analysis) και συσχετίσεις της ΚΟΡ.ΣΙ-T30 με άλλες παραμέτρους (Spearman rank correlation).



Αποτελέσματα: Εκτιμήθηκαν διαδοχικά 163 ασθενείς με κίρρωση και ασκίτη και 90 (55.2%) διαγνώστηκαν με ΣΕΑ. Η βαρύτητα της κίρρωσης ήταν παρόμοια στους ασθενείς με και χωρίς ΣΕΑ. Οι ασθενείς με ΣΕΑ συγκριτικά με αυτούς χωρίς ΣΕΑ είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές ΚΟΡ.ΣΙ-T0 ($2.97 \pm 0.21 - 7.54 \pm 0.77$ ng/ml; $p < 0.001$), ΚΟΡ.ΣΙ-T30 ($6 \pm 0.36 - 19.63 \pm 0.88$ ng/ml; $p < 0.001$), ΔΚΟΡ.ΣΙ ($3.03 \pm 0.22 - 12.15 \pm 0.62$ ng/ml; $p < 0.001$), ΜΑΠ ($82.4 \pm 0.5 - 85.5 \pm 0.6$ mmHg; $p = 0.04$), ΣΑΑ ($1281 \pm 13 - 1360 \pm 11$ dynes/sec/cm-5; $p = 0.005$), ΡΣΔ ($73.1 \pm 1.4 - 79.5 \pm 1.6$ ml/min; $p = 0.01$) και ΝΡΑ ($637 \pm 9 - 683 \pm 9$ ml/min; $p = 0.009$) και σημαντικά υψηλότερες τιμές ΚΠ ($6.73 \pm 0.08 - 6.1 \pm 0.07$ l/min; $p = 0.02$), ΔΡΠ ($7.92 \pm 0.59 - 4.95 \pm 0.64$ ng/ml/h; $p = 0.008$), ΑΛΔΟ ($586 \pm 43 - 353 \pm 38$ ng/ml; $p = 0.04$) και ΝΟΡ ($112.4 \pm 7.4 - 87.8 \pm 7$ pg/ml; $P = 0.05$). Στους ασθενείς με ΣΕΑ συγκριτικά με αυτούς χωρίς ΣΕΑ, διαπιστώθηκαν σημαντικά υψηλότερες τιμές του λόγου E/e' ($9.7 \pm 0.32 - 7.91 \pm 0.13$; $p = 0.002$), του LAVI ($33.7 \pm 2.1 - 29.2 \pm 2.2$ ml/m²; $p = 0.04$) και της TRV ($2.39 \pm 0.18 - 2.13 \pm 0.13$ m/s; $p = 0.04$) και υψηλότερο ποσοστό διαστολικής δυσλειτουργίας (20%-4.4%; $p = 0.02$). Η παρουσία ΣΕΑ σχετίστηκε ανεξάρτητα με τον λόγο E/e' ($B = 0.113$; 95%CI: 0.073-0.153; $p = 0.01$, την ΣΑΑ ($B = 0.001$; CI95%: 0.000-0.001; $p = 0.043$) και τη ΝΡΑ ($B = -0.001$; CI95%: -0.003-0.000; $p = 0.047$). Ο λόγος E/e', η ΣΑΑ και η ΝΡΑ συσχετίστηκαν σημαντικά με τις τιμές ΚΟΡ.ΣΙ-T30 ($r = -0.585$; $p = 0.01$, $r = 0.418$; $p = 0.03$ και $r = 0.201$; $p = 0.04$, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με κίρρωση και ασκίτη η ΣΕΑ συνοδεύεται από επιβάρυνση της συστηματικής κυκλοφορίας, της νεφρικής αιμάτωσης και λειτουργίας και της ΔΛΑΚ.



EA23

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (AKD) ΣΤΗ ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ. ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Λεκάκης Β.¹, Αδαμάντου Μ.², Μουζιούρας Δ.¹, Λακιωτάκη Δ.¹, Στρατηγάκης Λ.¹, Καραγιαννάκης Δ.¹, Παπαθεοδωρίδης Γ.¹, Βλαχογιαννάκος Ι.¹, Χολόγκιτας Ε.^{1,2}

1. Α' Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα
2. Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η οξεία νεφρική νόσος (Acute kidney disease, AKD) όπως πρόσφατα επαναπροσδιορίστηκε από την ομοφωνία ADQI-ICA, περιλαμβάνει την νεφρική δυσλειτουργία διάρκειας μικρότερης των 3 μηνών, η οποία είτε είναι αποτέλεσμα της εμμένουσας νεφρικής βλάβης μετά από ένα επεισόδιο AKI (οξείας νεφρικής βλάβης) (AKI-AKD), είτε αντικατοπτρίζει μια σταδιακή, συχνά υποκλινική, μείωση της νεφρικής λειτουργίας [εκτιμώμενη GFR (eGFR)<60ml/min/1.73m²] επί απουσίας προηγηθέντος επεισοδίου AKI (Non-AKI AKD, NAKI-AKD).

Σκοπός: Η εκτίμηση της επίδρασης της AKD αλλά και των διαφορετικών φαινοτύπων της (AKI-AKD & NAKI-AKD) στην φυσική πορεία (θνητότητα/μεταμόσχευση ήπατος και επιπλοκές της κίρρωσης) ασθενών με σταθερή μη αντιρροπούμενη κίρρωση που παρακολουθούνται στο τακτικό ηπατολογικό ιατρείο τριτοβάθμιου μεταμοσχευτικού κέντρου.

Μέθοδοι: Πρόκειται για μια προοπτική (12/2020 έως 10/2025), μονοκεντρική μελέτη η οποία συμπεριέλαβε 125 ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση και διατηρημένη νεφρική λειτουργία (eGFR>60ml/min/1.73m²) κατά την ένταξη στην μελέτη, οι οποίοι παρακολουθήθηκαν για έως 60 μήνες. Η AKD ορίστηκε με βάση τα πρόσφατα κριτήρια ADQI-ICA και ο eGFR υπολογίστηκε με βάση την εξίσωση MDRD-6. Οι ασθενείς παρακολουθούνταν σε τακτικές επισκέψεις ανά 4-6 εβδομάδες, με εργαστηριακό έλεγχο για την εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας αλλά και καταγραφή όλων των σχετιζόμενων με την κίρρωση επιπλοκών/νοσηλείων. Τα πρωτογενή καταληκτικά σημεία της μελέτης περιλάμβαναν την θνητότητα/μεταμόσχευση ήπατος αλλά και τις σχετιζόμενες με την κίρρωση επιπλοκές/νοσηλείες ανάμεσα στους ασθενείς που ανέπτυξαν AKD κατά την διάρκεια της παρακολούθησης σε σύγκριση με αυτούς που διατήρησαν φυσιολογική νεφρική λειτουργία (No kidney disease, NKD). Τα δευτερογενή καταληκτικά περιλάμβαναν τη σύγκριση των παραπάνω καταληκτικών σημείων μεταξύ των ασθενών με AKI- vs. NAKI-AKD, καθώς και μεταξύ αυτών με NAKI-AKD vs. NKD. Time-to-event ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας competing risk και cause-specific Cox μοντέλα παλινδρόμησης, σταθμισμένα για την βαρύτητα της υποκείμενης ηπατοπάθειας. Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με την χρήση R statistical software (version 4.4.1).

Αποτελέσματα: Από τους 125 ασθενείς, οι 51 (40,8%) ανέπτυξαν AKD (AKI-AKD:18 & NAKI-AKD:33) κατά την διάρκεια της παρακολούθησης. Σε σχέση με τους NKD, οι ασθενείς που εμφάνισαν AKD, εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά περισσότερες σχετιζόμενες με την κίρρωση επιπλοκές/νοσηλείες και υψηλότερη θνητότητα [Sub-distribution Hazard Ratio (sHR):5.32, p<0.001], ανεξάρτητα από την βαρύτητα της υποκείμενης ηπατοπάθειας. Επιπλέον, η φαινοτυπική διαστρωμάτωση της AKD φαίνεται να προσφέρει περαιτέρω προγνωστική αξία, καθώς οι ασθενείς με AKI-AKD είχαν σημαντικά περισσότερες σχετιζόμενες με την κίρρωση επιπλοκές/νοσηλείες και υψηλότερη θνητότητα (sHR:2.18, p=0.006), σε σύγκριση με τους NAKI-AKD ασθενείς, οι οποίοι εμφάνισαν δυσμενέστερη πρόγνωση σε σχέση με τους NKD ασθενείς (sHR:3.86, p<0.001), ανεξάρτητα από την βαρύτητα της υποκείμενης ηπατοπάθειας. Υποστροφή της AKD παρατηρήθηκε κυρίως στους ασθενείς με NAKI-AKD και συσχετίστηκε με σημαντικό όφελος επιβίωσης (sHR:0.10, p=0.025).



Συμπεράσματα: Η ΑΚΔ αποτελεί μια ιδιαίτερα συχνή επιπλοκή σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση ήπατος και σχετίζεται με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο θνητότητας και νοσηρότητας σχετιζόμενης με την κίρρωση. Οι ασθενείς με ΑΚΙ-ΑΚΔ φαίνεται να αποτελούν την ομάδα υψηλότερου κινδύνου, ενώ εκείνοι με ΝΑΚΙ-ΑΚΔ βρίσκονται σε ένα κλινικά σημαντικό αλλά δυνητικά αναστρέψιμο στάδιο νεφρικής βλάβης με σημαντικές προγνωστικές επιπτώσεις, αναδεικνύοντας την σημασία της τακτικής και λεπτομερούς παρακολούθησης της νεφρικής λειτουργίας των ασθενών αυτών.



Περιλήψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων
«Αυτοάνοσα Νοσήματα και
Μεταμόσχευση»

EA24

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΑΚΔ) ΣΤΗ ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΜΗ ΑΝΤΙΠΡΟΠΟΥΜΕΝΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ. ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Παπαντωνίου Κ.¹, Τσουνής Ε.^{1,2}, Αγγελετοπούλου Ι.¹, Μπαλή Μ.¹, Κιμσκίδης Ν.¹, Αμπαζής Ο.¹, Διαμαντοπούλου Γ.¹, Θωμόπουλος Κ.¹, Τριάντος Χ.¹

1. Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Πατρών
2. Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

Εισαγωγή και Σκοπός: Το ουρσοδεοξυχολικό οξύ (UDCA) αποτελεί θεραπεία πρώτης γραμμής για την πρωτοπαθή χολική χολαγγειίτιδα (PBC), ωστόσο σημαντικό ποσοστό ασθενών δεν επιτυγχάνει επαρκή βιοχημική ανταπόκριση. Το μεταβολικό σύνδρομο (MetS) ενδέχεται να επηρεάζει την ανταπόκριση στη θεραπεία στην PBC, πέραν της επίδρασης μεμονωμένων μεταβολικών παραγόντων κινδύνου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ MetS και βιοχημικής ανταπόκρισης στο UDCA σε ασθενείς με PBC.

Μέθοδοι: Συλλέχθηκαν αναδρομικά δεδομένα από ασθενείς με PBC που έλαβαν UDCA σε ένα τριτοβάθμιο κέντρο αναφοράς στη Δυτική Ελλάδα, με προοπτική παρακολούθηση για την εκτίμηση της έκβασης. Η βιοχημική ανταπόκριση στους 12 μήνες ορίστηκε ως αλκαλική φωσφατάση (ALP) $\leq 1,67$ x ανώτερο φυσιολογικό όριο (ULN) και ομαλοποίηση της ολικής χολερυθρίνης. Το MetS ορίστηκε ως η παρουσία τριών ή περισσότερων μεταβολικών διαταραχών κατά την έναρξη, συμπεριλαμβανομένων της παχυσαρκίας (βάσει δείκτη μάζας σώματος), της δυσλιπιδαιμίας, της αρτηριακής υπέρτασης και του διαταραγμένου μεταβολισμού της γλυκόζης. Οι συγκρίσεις πραγματοποιήθηκαν με τις δοκιμασίες Mann–Whitney U και Pearson Chi-Square, ενώ χρησιμοποιήθηκε δυαδική λογιστική παλινδρόμηση για την αναγνώριση ανεξάρτητων προγνωστικών παραγόντων βιοχημικής ανταπόκρισης.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 95 ασθενείς με PBC (διάμεση ηλικία 62 έτη, 91,6% γυναίκες, 81,1% AMA θετικοί, 47,4% ANA θετικοί, 13,7% κίρρωση κατά τη διάγνωση, 15,8% ενεργοί καπνιστές, 7,4% σύνδρομο επικάλυψης PBC–αυτοάνοσης ηπατίτιδας). Το MetS ήταν σημαντικά συχνότερο στους μη ανταποκρινόμενους σε σύγκριση με τους ανταποκρινόμενους στο UDCA (42,1% έναντι 19,3%, $p = 0,021$). Οι μη ανταποκρινόμενοι ήταν μεγαλύτερης ηλικίας και εμφάνιζαν υψηλότερη ALP κατά την έναρξη, υψηλότερη ALP στους 6 μήνες και υψηλότερη βασική χολερυθρίνη σε σύγκριση με τους ανταποκρινόμενους ($p = 0,048$, $p = 0,004$, $p < 0,001$ και $p = 0,035$, αντίστοιχα). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, μετά από προσαρμογή με βάση την ηλικία, την αρχική χολερυθρίνη και την αρχική ALP, το MetS προέβλεψε ανεξάρτητα την έλλειψη βιοχημικής ανταπόκρισης (OR = 3,95, 95% ΔΕ: 1,06–14,76, $p = 0,041$). Όταν η ALP στους 6 μήνες συμπεριλήφθηκε αντί της αρχικής ALP, η χαμηλότερη ALP στους 6 μήνες αναδείχθηκε ως ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας ανταπόκρισης ($p = 0,016$), ενώ η συσχέτιση με το MetS αποδυναμώθηκε (OR = 5,81, 95% ΔΕ: 0,85–39,84, $p = 0,073$).

Συμπεράσματα: Το MetS σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα ανεπαρκούς βιοχημικής ανταπόκρισης στο UDCA σε ασθενείς με PBC. Η πρώιμη βιοχημική ανταπόκριση, όπως αποτυπώνεται από την ALP στους 6 μήνες, φαίνεται να αποτελεί ισχυρό καθοριστικό παράγοντα της θεραπευτικής έκβασης και ενδέχεται να μεσολαβεί εν μέρει στην επίδραση της μεταβολικής δυσλειτουργίας. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τη δυναμική κλινική σημασία της αξιολόγησης του μεταβολικού κινδύνου στην PBC.



EA25

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗ ΑΠΟ ΟΜΠΕΤΙΧΟΛΙΚΟ ΟΞΥ (ΟΧΟ) ΣΕ ΕΛΑΦΙΜΠΡΑΝΟΡΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΧΟΛΙΚΗ ΧΟΛΑΓΓΕΪΤΙΔΑ (ΠΧΧ): ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

Γατσέλης Ν.Κ., Λυγούρα Β., Γκαμπέτα Στ., Σαμακίδου Α., Σβερώνη Δ., Γιαννούλης Γ., Ζάχου Κ., Ρηγοπούλου Ε.Ι., Νταλέκος Γ.Ν.

Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Μονάδα Λοιμώξεων και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-Rare Liver, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Εισαγωγή: Μετά την απόσυρση του ΟΧΟ το 2024, προέκυψε η ανάγκη αξιολόγησης άλλων θεραπειών δεύτερης γραμμής (add-on) για ασθενείς με ΠΧΧ σε συνθήκες καθημερινής κλινικής πρακτικής. Η ελαφιμπρανόρη, ένας διπλός αγωνιστής των PPAR-α/δ υποδοχέων, έχει δείξει ενθαρρυντικά αποτελέσματα σε κλινικές μελέτες, ωστόσο απουσιάζουν δεδομένα καθημερινής πρακτικής μετά από αναγκαστική αλλαγή από το ΟΧΟ.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφαλείας της ελαφιμπρανόρης μετά από 6 μήνες αγωγής σε όλους τους ασθενείς με ΠΧΧ του κέντρου μας που αντικατέστησαν το ΟΧΟ.

Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με τεκμηριωμένη ΠΧΧ και ανεπαρκή βιοχημική ανταπόκριση στο ουρσοδεοξυχολικό οξύ (ΟΔΧΟ), οι οποίοι έλαβαν αρχικά ΟΧΟ και κατόπιν ελαφιμπρανόρη λόγω μη διαθεσιμότητας. Συλλέχθηκαν δεδομένα σχετικά με την ηπατική βιοχημεία, την ένταση του κνησμού βάσει αριθμητικής κλίμακας (pruritus numerical rating scale, NRS), τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τη διακοπή θεραπείας. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο αποτελεσματικότητας ήταν η βιοχημική ανταπόκριση στους 6 μήνες με βάση τα κριτήρια POISE και την ομαλοποίηση της αλκαλικής φωσφατάσης (ΑΛΦ).

Αποτελέσματα: Συνολικά, 15 μη-κίρρωτικοί ασθενείς [14/15 (93,3%) γυναίκες, διάμεση ηλικία 58 έτη], οι οποίοι είχαν λάβει ΟΧΟ για διάμεση διάρκεια 9,5 (ενδοτεταρτημοριακό εύρος, IQR 10) μηνών, άλλαξαν τη θεραπευτική αγωγή με ελαφιμπρανόρη. Ένας από τους 15 ασθενείς διέκοψε την ελαφιμπρανόρη λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών. Τα επίπεδα της ΑΛΦ (ανώτερο φυσιολογικό όριο: 104 U/L) μειώθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας με ΟΧΟ από 161 (66) σε 139 (87) U/L ($p = 0,049$) και παρουσίασαν περαιτέρω μείωση μετά από 6 μήνες θεραπείας με ελαφιμπρανόρη, από 139 (87) σε 99 (60) U/L ($p = 0,084$). Το ποσοστό των ασθενών που πληρούσαν τα κριτήρια ανταπόκρισης POISE αυξήθηκε από 5/16 (31,3%) στο τέλος της θεραπείας με ΟΧΟ σε 10/14 (71,4%) μετά από 6 μήνες θεραπείας με ελαφιμπρανόρη ($p = 0,109$). Τα ποσοστά ομαλοποίησης της ΑΛΦ αυξήθηκαν από 3/16 (18,8%) στο τέλος της θεραπείας με ΟΧΟ σε 9/14 (64,3%) ασθενείς μετά από 6 μήνες θεραπείας με ελαφιμπρανόρη ($p = 0,07$). Το ποσοστό των ασθενών με μέτριο ή σοβαρό κνησμό (NRS ≥ 4) παρέμεινε σταθερό, επηρεάζοντας 5/16 (31,2%) ασθενείς στο τέλος της θεραπείας με ΟΧΟ και 4/14 (28,6%) μετά από 6 μήνες θεραπείας με ελαφιμπρανόρη ($p = 1,000$).

Συμπεράσματα: Σε αυτό το δείγμα ασθενών με ΠΧΧ οι οποίοι υποχρεώθηκαν να διακόψουν το ΟΧΟ, η αντικατάσταση με ελαφιμπρανόρη συσχετίστηκε με επιπλέον κλινικά σημαντική βιοχημική βελτίωση, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης των ποσοστών ανταπόκρισης κατά POISE και της αξιοσημείωτης αύξησης των ποσοστών ομαλοποίησης της ΑΛΦ στους 6 μήνες, με παράλληλη σταθερότητα των συμπτωμάτων κνησμού. Η ελαφιμπρανόρη ήταν γενικά καλά ανεκτή, υποστηρίζοντας τον ρόλο της ως αποτελεσματικής και πρακτικής θεραπευτικής εναλλακτικής μετά την απόσυρση του ΟΧΟ. Τα προκαταρκτικά αυτά ευρήματα χρήζουν εκτίμησης σε μεγαλύτερο δείγμα ασθενών σε πολυκεντρικό επίπεδο.

[Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε από την IPSEN. Η IPSEN δεν είχε καμία συμμετοχή στο σχεδιασμό της μελέτης, στην ανάλυση των δεδομένων ή στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων]



EA26

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΧΟΛΙΚΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Στρατηγάκης Λ., Ασλάνογλου Α., Νεονάκη Α., Παπαθεοδωρίδη Μ., Φυτιλή Π., Ιωαννίδου Π., Ακτύπης Χ., Χολόγκιτας Ε., Βλαχογιαννάκος Ι., Παπαθεοδωρίδης Γ.

Α' Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α «Λαϊκό»

Υπόβαθρο: Η Πρωτοπαθής Χολική Χολαγγειίτιδα (ΠΧΧ) είναι ένα σχετικά σπάνιο αυτοάνοσο χολοστατικό νόσημα του ήπατος, για το οποίο η 1ης γραμμής θεραπεία είναι το αρκτοδεοξυχολικό οξύ (UDCA, 12-15 mg/kg/ημέρα), ενώ πρόσφατα διευρύνθηκαν οι 2ης γραμμής θεραπευτικές επιλογές με την προσθήκη PPAR αγωνιστών (elafibranor, seladelpar). Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της αντιμετώπισης των ασθενών με ΠΧΧ και η ανταπόκρισή τους μετά από 1ης και 2ης γραμμής θεραπεία στην σημερινή κλινική πράξη.

Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ενήλικες (>18 ετών) ασθενείς με ΠΧΧ που ξεκίνησαν να παρακολουθούνται στα ηπατολογικά μας ιατρεία μεταξύ 2001-2025. Καταγράφηκαν δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, συννοσηρότητες, βιοχημικά δεδομένα, θεραπείες και βιοχημικές ανταποκρίσεις. Η ανταπόκριση στη θεραπεία ορίστηκε με βάση τα κριτήρια: POISE [Αλκαλική φωσφατάση (ALP) <1,67xULN, φυσιολογική χολερυθρίνη και >15% μείωση ALP], PARIS II (AST<1,5xULN, ALP<1,5xULN και φυσιολογική χολερυθρίνη), Barcelona (>40% μείωση ή φυσιολογική ALP).

Αποτελέσματα: Συνολικά, συμμετείχαν 168 ασθενείς (γυναίκες: 88%, μέση ηλικία: 55±14 έτη) με διάμεση παρακολούθηση από τη διάγνωση 56 (IQR:109) μήνες και από την αρχική επίσκεψη 30 (IQR: 64) μήνες. Από τους 168 ασθενείς, 32 (19%) είχαν κίρρωση κατά τη διάγνωση και άλλοι 11 (6.5%) ανέπτυξαν κίρρωση κατά την παρακολούθηση (5-/10-ετής αθροιστική επίπτωση κίρρωσης: 4%/10%), 111 (66%) ήταν ασυμπτωματικοί, 61 (36%) είχαν εξωηπατικά αυτοάνοσα νοσήματα και 44 (26%) άλλη συνυπάρχουσα ηπατική νόσο. Πενήντα οκτώ (34,5%) ασθενείς χάθηκαν κατά τον 1ο χρόνο της παρακολούθησης. Από 110 ασθενείς με UDCA ως θεραπεία 1ης γραμμής και διαθέσιμα στοιχεία, ανταπόκριση στους 12 μήνες είχαν 74 (67%), 72 (66%) και 84 (76%) με βάση τα κριτήρια POISE, PARIS II και Barcelona, αντίστοιχα, ενώ ομαλοποίηση της ALP πέτυχαν 56 (51%) ασθενείς. Από τους 74 ασθενείς που ανταποκρίθηκαν με βάση τα κριτήρια POISE, 67 (91%) και 65 (87%) είχαν ανταπόκριση και με τα κριτήρια PARIS II και Barcelona, αντίστοιχα. Δεύτερης γραμμής θεραπεία έχουν λάβει 24 ασθενείς (φenoφιμπράτη: 9, μπεζαφιμπράτη: 7, ομπετιχολικό οξύ: 2, elafibranor: 4, seladelpar: 2) Από 16 ασθενείς με 12μηνη παρακολούθηση υπό θεραπεία 2ης γραμμής, 9 (56,5%) πέτυχαν ALP<ULN και συνολικά 12 (75%) ανταπόκριση βάσει κριτηρίων POISE. Από τους 9 ασθενείς με φυσιολογική αλκαλική φωσφατάση, οι 2 (22,2%) δεν πληρούσαν τα κριτήρια POISE.

Συμπεράσματα: Σημαντικό ποσοστό των ασθενών με ΠΧΧ χάνονται στην αρχή της παρακολούθησης. Η 1^{ης} γραμμής θεραπεία με UDCA δεν επιτυγχάνει βιοχημική ανταπόκριση σε περίπου 25%-35% με καλή συμφωνία μεταξύ των κριτηρίων POISE, PARIS II και Barcelona, ενώ 50% των ασθενών δεν επιτυγχάνουν ομαλοποίηση της ALP. Δεύτερης γραμμής θεραπεία λαμβάνει μικρό ποσοστό των ασθενών χωρίς ανταπόκριση στο UDCA με >50% από αυτούς να ομαλοποιούν την ALP υπογραμμίζοντας την επιτακτική ανάγκη για πιο προσεκτική θεραπευτική προσέγγιση.



EA27

ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΝΟΣΟΦΑΙΝΟΤΥΠΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Οικονόμου Θ.¹, Λιούλιος Γ.², Νικολαΐδου Β.³, Σαμαλή Μ.³, Ηλιοπούλου Ε.³, Βαγιώτας Α.⁴, Τσουλφάς Γ.⁴, Σινάκος Ε.¹, Γουλής Ι.¹, Φυλάκτου Α.³

1. Δ' Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»
2. Νεφρολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
3. Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Ανοσολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»
4. Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Η χρόνια ηπατική νόσος σχετίζεται με σημαντικές μεταβολές της ανοσιακής απόκρισης. Δεν είναι γνωστό αν και κατά πόσο η ηπατική μεταμόσχευση (ΗΜ) μπορεί να αποκαταστήσει τους λεμφοκυτταρικούς υποπληθυσμούς.

Σκοπός: Να προσδιοριστούν οι μεταβολές των λεμφοκυτταρικών υποπληθυσμών πριν και μετά την ΗΜ, να συγκριθούν με υγιείς εθελοντές (ΥΕ) και με αντίστοιχες μεταβολές ληπτών νεφρικού μοσχεύματος (ΝΜ).

Μέθοδοι: Σε 48 λήπτες ΗΜ εξετάστηκαν με κυτταρομετρία ροής περιφερικού αίματος πριν (Τ0), και σε 19 από αυτούς ένα έτος μετά τη μεταμόσχευση (Τ1), ποσοστά ολικών, CD4+, CD8+, CD28-, ρυθμιστικών Τ-λεμφοκυττάρων, Natural Killers (NK), παρθένων, μνημονικών και μεταβατικών Β λεμφοκυττάρων. Ως ομάδες ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν 34 ΥΕ και 74 λήπτες ΝΜ παρόμοιας ηλικίας.

Αποτελέσματα: Από την σύγκριση ΗΜ και ΥΕ προέκυψαν: Στην Τ1 οι λήπτες ΗΜ παρουσίασαν αύξηση του ποσοστού των συνολικών λεμφοκυττάρων (CD4+ και CD8+) σε σύγκριση με την Τ0 [17,7(10–25,2) vs 6,9(3,8–16,4)%, p=0.003], χωρίς ωστόσο να φτάσουν τα επίπεδα των ΥΕ [27,8(23–37,7)%, p=0.001]. Ωστόσο, ως ποσοστό επί των ολικών Τ λεμφοκυττάρων τα CD4+ δε μεταβλήθηκαν σημαντικά με την ΗΜ και το ποσοστό τους παρέμεινε χαμηλότερο από τους ΥΕ [40,5(33–48,1) vs 50,8(45,4–55,7)%, p=0.002]. Το ποσοστό των CD8+ Τ λεμφοκυττάρων αυξήθηκε σημαντικά στους ΗΜ [33,3(23,7–45,8) vs 19,7(13,6–30,6)%, p<0.001], υψηλότερα από τους ΥΕ [21,8(17,2–31,4)%, p=0.01]. Το ποσοστό των NK μειώθηκε με την ΗΜ [9,4(6,2–20,5) έναντι 15,6(8,8–25,5)%, p=0,01]. Το ποσοστό των ρυθμιστικών, των CD28- Τ υποπληθυσμών, τα συνολικά Β λεμφοκύτταρα και οι υποπληθυσμοί τους δε μεταβλήθηκαν στους ΗΜ. Σε σύγκριση με τους υγιείς, το ποσοστό των συνολικών Β λεμφοκυττάρων στην ΗΜ-Τ1 ήταν ελαττωμένο [47(3,4–9,3) vs 12,8(9,3–16)%, p<0.001], χωρίς διαφορά στο ποσοστό των παρθένων Β λεμφοκυττάρων [63,1(53,7–79,3) vs 65,4(27,8–53)%, p=0.33]

Από την σύγκριση των δύο μεταμοσχευμένων πληθυσμών ΗΜ και ΝΜ: Στην Τ0 οι ΗΜ είχαν μικρότερο ποσοστό ολικών λεμφοκυττάρων από τους ΝΜ [6,9(3,8–16,4) έναντι 17,3(13,4–22,4)%, p<0,001], χωρίς διαφορές στους υπόλοιπους υποπληθυσμούς. Στην Τ1 οι ΗΜ διατηρούσαν χαμηλότερο ποσοστό συνολικών λεμφοκυττάρων έναντι των ΝΜ [17,7(10–25,2) vs 23,1(19,2–27,5)%, p<0.001]. Το ποσοστό των CD4+, CD8+ Τ λεμφοκυττάρων και των NK στην ΗΜ-Τ1 ήταν σε παρόμοια επίπεδα με την ΝΜ-Τ1 [CD4+: 40,5(33–48,1) vs 44,6(34,8–53,3)%, p=0.15, CD8+: 33,3(23,7–45,8) vs 28,7(23,6–39,7)%, p=0.28, NK: 9,4(6,2–20,5) vs 9,4(5,7–16,4)%, p=0.64]. Σε σύγκριση με την ΝΜ-Τ1, οι ΗΜ-Τ1 είχαν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό CD8+CD28- [61,5(51,7–73,8) vs 38,8(25,8–57,7)%, p=0.003]. Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στα CD4+CD28- Τ λεμφοκύτταρα.



Η ηλικία των ΗΜ συσχετίστηκε αρνητικά στην Τ0 με το ποσοστό των συνολικών λεμφοκυττάρων ($r=-0,18$, $p=0.04$) και των συνολικών Β λεμφοκυττάρων ($r=-0,24$, $p=0.007$) και θετικά με τον ποσοστό των CD8+CD28- Τ λεμφοκυττάρων ($r=0,31$, $p<0.001$). Οι συσχετίσεις αυτές διατηρήθηκαν στην Τ1 (συνολικά λεμφοκύτταρα: $r=-0,16$, $p=0.03$, Β λεμφοκύτταρα: $r=-0,27$, $p<0.001$, CD8+CD28-: $r=0,31$, $p<0.001$), με θετική επίσης συσχέτιση ηλικίας και μεταβατικών Β λεμφοκυττάρων ($r=0,32$, $p=0.007$) και NK ($r=0,31$, $p<0.001$).

Συμπεράσματα: Η ΗΜ αποκατέστησε τους λεμφοκυτταρικούς υποπληθυσμούς, σε χαμηλότερο βαθμό από την ΝΜ. Η ΗΜ σχετίστηκε με υψηλότερο ποσοστό CD8+CD28-, πρότυπο ανοσογήρανσης/τελικής διαφοροποίησης, χαρακτηριστικό μακροχρόνια σταθερών ληπτών πιθανά αντανακλώντας αυξημένη ανοσολογική ανοχή. Η ηλικία επηρεάζει την ανοσιακή κατάσταση μετά τη μεταμόσχευση.

EA28

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΓΝΘ

Οικονόμου Θ.¹, Μαυροπούλου Δ.², Κόγιας Δ.¹, Κουτσούλας Κ.¹, Χύτας Η.¹, Τσουλφάς Γ.², Γιουλεμέ Ο.³, Σινάκος Ε.¹, Γουλής Ι.¹

1. Δ' Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»
2. Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»
3. Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με μεταμόσχευση ήπατος (ΜΗ) αποτελούν ευάλωτο πληθυσμό σε λοιμώξεις λόγω της λήψης χρόνιας ανοσοκατασταλτικής αγωγής. Σύμφωνα με τις διεθνείς συστάσεις αλλά και το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών θα πρέπει να υποβάλλονται σε συγκεκριμένο και επικαιροποιημένο σχήμα εμβολιασμών.

Σκοπός & Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική καταγραφή της εμβολιαστικής κάλυψης έναντι της γρίπης, του πνευμονιόκοκκου, έρπητα ζωστήρα (RZV), αναπνευστικού συγκυτιακού ιού (RSV), COVID-19 σε ΜΗ που παρακολουθούνται στη Μονάδα Μεταμόσχευσης Ήπατος του Ιπποκράτειου ΓΝΘ. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης με τους ασθενείς. Οι απαντήσεις καταγράφηκαν σε μορφή «ναι/όχι». Σε περίπτωση αρνητικής απάντησης, διευκρινίστηκε εάν οφειλόταν σε άγνοια της σύστασης ή προσωπική επιλογή. Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν σχετικά με την κύρια πηγή ενημέρωσής τους (ιατρικό περιβάλλον, ΜΜΕ/διαδίκτυο, καμία ενημέρωση).

Αποτελέσματα: Η καταγραφή αφορούσε ασθενείς με ΜΗ στο διάστημα 1989-2025. Από τους 337 ανταποκρίθηκαν 220 ασθενείς, οι 136 (61.8%) άνδρες, μέσης ηλικίας 59+13 έτη. Ο διάμεσος χρόνος από τη μεταμόσχευση ήταν 13 έτη (εύρος: 0-37). Στο ερώτημα για τον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό το 81.8% των ασθενών απάντησε θετικά, ενώ το 18.2% δεν ακολουθεί την σύσταση. Αυτό αποτέλεσε συνειδητή επιλογή σε ποσοστό 12.8% (επί του συνόλου της κοόρτης- 28 ασθενείς), ενώ 5.4% δήλωσε άγνοια. Για τον πνευμονιόκοκκο οποιοσδήποτε εμβολιασμός δηλώθηκε στο 68.6% (151 ασθενείς), το είδος του εμβολίου μπορούσαν να ανακαλέσουν περίπου οι μισοί (42 ασθενείς ανέφεραν μία δόση 13-δ, ή 23-δ ή συνδυασμό αυτών), το νεότερο εμβόλιο (20-δύναμο) αναφέρθηκε από 30 ασθενείς. Η αποχή από τον εμβολιασμό ήταν αποτέλεσμα άγνοιας στο 22.8% (50 ασθενείς) και 19 επέλεξαν να μην εμβολιαστούν (8.6%). Για τον RZV εμβολιασμό πραγματοποίησε το 30.4% (67 ασθενείς), το 76% αυτών και με τις δύο προβλεπόμενες δόσεις. Η έλλειψη ενημέρωσης ως αιτία μη εμβολιασμού αναφέρθηκε από 93 ασθενείς (42.3%), 38 επέλεξαν να μην εμβολιαστούν, ενώ 22 (10%) επικαλέστηκαν άλλους λόγους. Για τον RSV θετική απάντηση καταγράφηκε μόνο στο 12% από τους 125 ασθενείς που ήταν εφικτή η συνταγογράφηση του εμβολίου (στο 45.9% της κοόρτης), με βάση το ηλικιακό κριτήριο όπως ορίζεται από το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού (άνω των 60 ετών). Όσοι δεν εμβολιάστηκαν, ενώ ήταν εφικτό, δήλωσαν στην πλειοψηφία (91%) ότι δεν είχαν ενημερωθεί, μόνο το 9% επέλεξε να μην εμβολιαστεί. Για τον COVID19 οποιοδήποτε εμβολιασμό ανέφερε το 78.6% (173 ασθενείς), οι 40 μπορούσαν να ανακαλέσουν αριθμό δόσεων, οι 36 ανέφεραν τουλάχιστον 3 δόσεις. Ο μη εμβολιασμός ήταν προσωπική επιλογή στο 18.2% της κοόρτης. Η ενημέρωση για τον εμβολιασμό προήλθε στην συντριπτική πλειοψηφία (80.5%) από ιατρικό περιβάλλον (θεράποντα ιατρό, συντονιστές μεταμοσχεύσεων, προσωπικό ιατρό), πολύ σπάνια αναφέρθηκαν άλλοι τρόποι (διαδίκτυο, ΜΜΕ, άλλος ασθενής -4.5%). Προέκυψε ένα σημαντικό ποσοστό που ανέφερε ότι δεν είχε καμία ενημέρωση γύρω από το θέμα των εμβολιασμών (15%). Πλήρης εμβολιασμός καταγράφηκε στο 24% των ασθενών, κάτι που σχετίστηκε ισχυρά με την δοθείσα ιατρική οδηγία ($\chi^2=10.08$, $p=0.01$).



Συμπεράσματα: Στην κλινική πράξη παρατηρούνται συχνά ελλείψεις στην καταγραφή και εφαρμογή των προτεινόμενων εμβολιασμών στους ασθενείς με ΜΗ, ιδιαίτερα για τα εμβόλια που εντάχθηκαν πιο πρόσφατα στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών. Η συστηματική αποτύπωση είναι απαραίτητη για την αναγνώριση των κενών, με στόχο τη βελτίωση της συμμόρφωσης σύμφωνα με τις εθνικές συστάσεις.



EA29

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΕΣ ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΚΟΛΟΟΡΘΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Βλάχος Δ.¹, Μαχαίρας Ν.², Αγγέλης Α.², Κύκαλος Σ.², Γιαννακόπουλος Κ.², Λυμπέρης Ι.², Πρεβεζάνος Δ.¹, Τάγκαλος Ε.¹, Βερναδάκης Σ.⁴, Λαμπαδαρίου Α.⁵, Ζιώγας Δ.⁶, Σακελλαρίου Σ.³, Σωτηρόπουλος Γ.Χ.¹

1. Χειρουργική Κλινική Μεταμόσχευσης Ήπατος και Χειρουργικής Ηπατοπαθών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
2. Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
3. Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
4. Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα
5. Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα
6. Α' Παθολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Η μεταμόσχευση ήπατος (ΜΗ) αποτελεί μια αναδυόμενη και ελπιδοφόρα προσέγγιση για τη θεραπεία καλά επιλεγμένων ασθενών με μη χειρουργικά εξαιρέσιμες μεταστάσεις από καρκίνο παχέος εντέρου στο ήπαρ (uCRLM).

Σκοπός: Σκοπό της μελέτης αποτελεί η ανάδειξη της εμπειρίας μας στη μεταμόσχευση ήπατος σε επιλεγμένους ασθενείς με uCRLM

Υλικό-Μέθοδοι: Αναλύθηκαν δεδομένα από προοπτικά διατηρούμενη βάση ασθενών του μεταμοσχευτικού μας κέντρου για την περίοδο 2018 έως 2026 που περιλαμβάνει συνολικά δεδομένα από 120 μεταμοσχεύσεις ήπατος. Αξιολογήθηκε η χειρουργική τεχνική, η νοσηλεία και η πρώιμη έκβαση.

Αποτελέσματα: Κατά την περίοδο της μελέτης, 6 ασθενείς αξιολογήθηκαν για πιθανή ένταξη στη λίστα μεταμόσχευσης. Τρεις αποκλείστηκαν, ένας λόγω πρωτοπαθούς όγκου δεξιού κόλου και δύο λόγω μη ικανοποιητικής ανταπόκρισης στη χημειοθεραπεία. Δύο άνδρες και μια γυναίκα ασθενείς ηλικίας 40, 43 και 48 ετών αντίστοιχα υποβλήθηκαν σε ΜΗ για uCRLM στο κέντρο μας. Ο πρώτος ασθενής είχε διαγνωσθεί με σύγχρονη νόσο και οι υπόλοιποι 2 με μετάγχρονη μεταστατική νόσο για την οποία είχαν ήδη υποβληθεί σε ηπατεκτομή στο παρελθόν. Όλοι οι ασθενείς δεν παρουσίαζαν μεταλλάξεις στα KRAS/BRAF γονίδια και παρουσίασαν ύφεση/σταθερή νόσο μετά από συστηματική θεραπεία κατά την προμεταμοσχευτική εκτίμηση. Οι μεταμοσχεύσεις τους πραγματοποιήθηκαν χωρίς διεχειρητικά συμβλήματα, η μέση απώλεια αίματος ήταν 500 ml ενώ δεν χρειάστηκαν μετάγγιση αίματος κατά τη διάρκεια της ΜΗ. Η διάμεση μετεγχειρητικά νοσηλεία σε ΜΕΘ ήταν 1 ημέρα (ευρος 1-2 ημέρες). Η διάμεση διάρκεια νοσηλείας τους ήταν 14 ημέρες. Η διάμεση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 8 μήνες, με καλή λειτουργία των μοσχευμάτων σε όλους τους ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η μεταμόσχευση ήπατος μπορεί να αποτελέσει ασφαλή και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή σε επιλεγμένους ασθενείς με uCRLM, εντός αυστηρών κριτηρίων και στο πλαίσιο εξειδικευμένων κέντρων.



EA30

ΜΕΛΕΤΗ ΟΡΘΙΚΟΥ ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΟΥΣ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ: ΕΠΙΠΤΩΣΗ, ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ

Δημητρίου Κ.¹, Κρυσταλλάκη Δ.1, Αθανασάκη Φ.¹ Καραμανώλης Ν.1, Βασιλιεβα Α.2, Μάνη Η.¹, Κολιού Θ.³, Κριτικού Σ.³, Μηλιώνη Α.³, Μαυρογιάννη Θ.³, Πηρουνάκη Ε.¹ Σαμπατάκου Ε.¹, Βρυώνη Γ.³, Αλεξοπούλου Α.¹

1. Β' Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α «Ιπποκράτειο»
2. Γαστρεντερολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α «Αλεξάνδρα»
3. Εργαστήριο Μικροβιολογίας Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με κίρρωση του ήπατος έχουν 4-5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο βακτηριακών λοιμώξεων από το γενικό πληθυσμό, οι οποίες συχνά οδηγούν στην εκδήλωση οξείας-επί-χρονίας ηπατικής ανεπάρκειας και υψηλή θνητότητα. Οι λοιμώξεις από πολυανθεκτικά βακτήρια (MDRO) αυξάνονται παγκοσμίως. Οι κίρρωτικοί ασθενείς συγκεντρώνουν παράγοντες κινδύνου MDRO λοιμώξεων, όπως πολλαπλές νοσηλείες και έκθεση σε αντιβιοτικά. Ωστόσο τα δεδομένα σχετικά με το ρόλο του ορθικού MDRO αποικισμού και η πιθανή συσχέτισή του με επακόλουθη λοίμωξη είναι περιορισμένα.

Σκοπός: Να αξιολογηθεί η επίπτωση του MDRO αποικισμού, τα πρότυπα αντοχής, οι παράγοντες κινδύνου και η κλινική τους επίδραση στις λοιμώξεις.

Μέθοδοι: Οι ασθενείς εντάχθηκαν στη μελέτη είτε κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, είτε κατά την προσέλευσή τους στο ΤΕΠ για προγραμματισμένες παρεμβάσεις και ελήφθησαν δείγματα ορθικού επιχρίσματος. Η συλλογή των δεδομένων περιλάμβανε δημογραφικές, κλινικές, εργαστηριακές και μικροβιολογικές παραμέτρους. συλλογή των δεδομένων περιλάμβανε δημογραφικές, κλινικές, εργαστηριακές και μικροβιολογικές παραμέτρους. Η καλλιέργεια έγινε σε χρωμογόνα καλλιεργητικά υλικά, η ταυτοποίηση με φασματομετρία μάζας, ο έλεγχος παρουσίας καρβαπενεμασών με ανοσοχρωματογραφία (NG-Test Carba 5) και ο προσδιορισμός των Ελάχιστων Ανασταλτικών Συγκεντρώσεων (MICs) με το ημιαυτοματοποιημένο σύστημα Vitek II (bioMérieux).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 71 διαδοχικοί ασθενείς με κίρρωση (80,3% άνδρες) με διάμεση ηλικία 63 (54-77) έτη κατά το χρονικό διάστημα 30/11/2024-30/08/2025. Η βαρύτητα της ηπατικής νόσου κατά Child-Pugh και MELD ήταν 17 (12-21) και 9 (7-10), αντιστοίχως. Η αιτιολογία της κίρρωσης ήταν αιθυλική (52,1%), ιογενής (14,1%) και άλλης αιτιολογίας (33,8%). Κατά την ένταξη, 50 (70,4%) ασθενείς νοσηλεύθηκαν ενώ οι υπόλοιποι (29,6%) προσήλθαν στο ΤΕΠ για προγραμματισμένες παρεμβάσεις. Τριάντα-τρεις ασθενείς (46,5%) είχαν τουλάχιστον μία νοσηλεία το προηγούμενο τρίμηνο. MDRO αποικισμός διαπιστώθηκε σε 29 (40,8%) ασθενείς. Επικρατέστερος ήταν ο μεικτός μικροβιακός πληθυσμός με ≥ 2 μικροοργανισμούς σε 21 (72,4%) ασθενείς. Συχνότερο πρότυπο αντοχής ήταν οι XDR μικροοργανισμοί (18 ασθενείς, 62,1%) και ακολούθως οι MDR (9 ασθενείς, 31,0%). Συχνότερο πρότυπο αποικισμού ήταν μεικτός πληθυσμός Gram-θετικών και Gram-αρνητικών βακτηρίων (40,3%), με συχνότερη απομόνωση *Enterococcus faecium* Vancomycin Resistant *Enterococcus* (VRE) (47%), *Klebsiella pneumoniae* παράγουσα *Klebsiella pneumoniae* καρβαπενεμάση (KPC) (9,8%) και KPC/ παράγουσα Νέο Δελχι μεταλλο-β-λακταμάση (NDM) (9,8%). Στην μονοπαραγοντική ανάλυση, η πρόσφατη λήψη αντιβιοτικής αγωγής ($p < 0.001$), η χρήση ριφαξιμίνης ($p = 0.001$), το ιστορικό ηπατικής εγκεφαλοπάθειας ($p = 0.007$), το υψηλότερο Child-Pugh score ($p = 0.012$) και η πρόσφατη νοσηλεία ($p = 0.002$) συσχετίστηκαν σημαντικά με MDRO αποικισμό. Ωστόσο στην πολυπαραγοντική ανάλυση μόνο η πρόσφατη λήψη αντιβιοτικών ήταν ανεξάρτητος παράγοντας MDRO αποικισμού (OR 6.19, 95% CI 1.44–26.55, $p = 0.014$).

Λοίμωξη παρουσίασαν 29 (40,8%) ασθενείς, συχνότερα αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα και αυτόματη βακτηριαμία. Από τους 22 ασθενείς με λοίμωξη και θετικές καλλιέργειες, σε 10 (45,5%) το παθογόνο που απομονώθηκε ταυτιζόταν με το στέλεχος του αποικισμού.



Συμπεράσματα: Οι κίρρωτικοί ασθενείς παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ορθικού MDRO αποικισμού, κυρίως από XDR στελέχη, με κυρίαρχο το πολυμικροβιακό πρότυπο. Οι συχνότεροι μικροοργανισμοί είναι οι *E. faecium* VRE και *K. pneumoniae* KPC. Η προηγηθείσα λήψη αντιβιοτικών αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου. Σχεδόν στις μισές λοιμώξεις με θετικές καλλιέργειες απομονώθηκε στέλεχος ίδιο με αυτό του αποικισμού, επιβεβαιώνοντας κλινικά την θεωρία της βακτηριακής διαμετάθεσης.

EA31

ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΤΕΣΤΟΣΤΕΡΟΝΗΣ ΟΡΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΜΥΪΚΗ ΜΑΖΑ, ΦΥΣΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΥΘΡΑΥΣΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ

Αδάμαντου Μ.¹, Κοτσόπουλος Φ.¹, Μάρκου Ε.¹, Σχινάς Γ.¹, Γιατζόγλου Μ.¹, Περγαντίνα Ε.1, Καμηλίου Α.¹, Μουζιούρας Δ.², Λεκάκης Β.², Νεονάκη Α.², Ταμπάκη Μ.², Τζικοπούλου Μ.Ε.¹, Χαλκίδης Ε.¹, Παπαθεοδωρίδης Γ.², Αγγελούση Α.¹, Χολόγκιτας Ε.^{1,2}

1. Α΄ Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα
2. Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Εισαγωγή: Η παρουσία του υπογοναδισμού είναι καλά τεκμηριωμένη σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση, αλλά συνήθως αξιολογείται με βάση τα επίπεδα της ολικής τεστοστερόνης ορού (ΤΤ). Εντούτοις, η τελευταία υπερεκτιμά το ποσό της κυκλοφορούσας τεστοστερόνης στους ασθενείς αυτούς, ενώ η ελεύθερη τεστοστερόνη (FT) ενδέχεται να αποτελεί πιο αξιόπιστο δείκτη πρόγνωσης και παρουσίας σαρκοπενίας/ευθραυστότητας. Σε άντρες ασθενείς με κίρρωση η αντίστοιχη βιβλιογραφία είναι πολύ περιορισμένη (Liver Int. DEC 2025, doi: 10.1111/liv.70393) ενώ δεν υπάρχουν αντίστοιχες μελέτες σε Ελληνικό πληθυσμό.

Σκοπός: Συσχέτιση της FT με τη βαρύτητα της ηπατικής νόσου, την έκβαση αλλά και την παρουσία σαρκοπενίας, μειωμένης λειτουργικότητας και ευθραυστότητας σε άντρες ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση.

Μέθοδοι: Συμπεριελήφθησαν 85 ασθενείς με σταθερή μη αντιρροπούμενη κίρρωση. Έγινε καταγραφή κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων, υπολογισμός MELD-Na και Child-Turcotte-Pugh (CTP) σκορς και ορμονολογικός έλεγχος περιλαμβανομένων των ΤΤ και SHBG για τον υπολογισμό της FT με τη μέθοδο Vermeulen. Η μυϊκή μάζα αξιολογήθηκε με την περιφέρεια μυός στο μέσο του βραχίονα (MAMC) και τη διπλή φωτονιακή απορροφησιομέτρηση (DEXA) για τον υπολογισμό του ALMI. Η μυϊκή δύναμη εκτιμήθηκε με τη χειροδυναμομέτρηση, τη δοκιμασία βάδισης 4 μέτρων και τη δοκιμασία έγερσης από καρέκλα. Υπολογίσθηκε, επίσης, το σύντομο τεστ σωματικής απόδοσης (SPPB) και ο δείκτης ευθραυστότητας με το Liver Frailty Index (LFI). Ως όριο της απόλυτης τιμής της FT ορίσθηκαν τα 230 pmol/L σύμφωνα με προηγούμενες αναφορές σε ασθενείς με κίρρωση.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με χαμηλά επίπεδα FT (n=54, 63,5%), σε σχέση με εκείνους με φυσιολογικά (n=31, 36,5%), είχαν υψηλότερες τιμές κρεατινίνης(1,16 vs 0,78 mg/dl, p=0,01), ολικής χολερυθρίνης(3,3 vs 1,66 mg/dl, p=0,013), φερριτίνης(410 vs 168 ng/ml, p=0,005), CTP (8,5 vs 6,6, p=0,001) και MELD-Na (17,6 vs 12,9, p=0,002), καθώς και χαμηλότερα επίπεδα λευκωματίνης(3,3 vs 3,6 g/dl, p=0,007) και νατρίου(132 vs 136 mmol/L, p=0,005). Όσον αφορά τη σαρκοπενία, η πρώτη ομάδα ασθενών είχε σημαντικά χειρότερη MAMC(21 vs 24cm, p=0,04), αλλά παρόμοια χειροδυναμομέτρηση(21 vs 23kg, p=0,372), ταχύτητα βάδισης(0.9 vs 0.99 m/sec, p=0,168) και χρόνο έγερσης από καρέκλα(5.2 vs 4.39sec, p=0,188) καθώς και ALMI(7 vs 6.9 kg/m², p=0,888), ενώ σε σχέση με τη φυσική κατάσταση είχε χειρότερη σωματική απόδοση με βάση το SPPB (9,9 vs 11, p=0,034), καθώς και μεγαλύτερη ευθραυστότητα (LFI: 4,2 vs 3,9, p=0,044). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, οι ανεξάρτητες μεταβλητές που σχετίζονταν με την παρουσία χαμηλών επιπέδων FT, ήταν η φερριτίνη (OR: 1,004, 95% C.I.: 1,001-1,007, p=0,008) και το SPPB (OR: 0,72, 95% C.I.: 0,52-0,98, p=0,03). Παρόμοια ευρήματα προέκυψαν όταν η FT αξιολογήθηκε με βάση το % ποσοστό της ΤΤ. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που συσχετίστηκαν με την επιβίωση ήταν η FT [HR: 0.05, 95% CI (0,1-0,22), p=0,007], το MELD-Na [HR: 1.084, 95% CI (1,012-1.162), p=0,022] και το SPPB [HR: 0,67, 95% CI (0,52-0,87), p=0,003]. Τέλος, οι ασθενείς με χαμηλά επίπεδα FT, σε σχέση με εκείνους με φυσιολογικά επίπεδα, είχαν χειρότερη έκβαση (θάνατος /μεταμόσχευση) (Log rank: 6,42, p=0,011). Τα επίπεδα της ΤΤ δεν αποτελούσαν μεταβλητή που σχετίζονταν με την έκβαση των ασθενών ή με την παρουσία σαρκοπενίας/ευθραυστότητας.



Συμπεράσματα: Η FT αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα έκβασης των αντρών ασθενών με μη αντιρροπούμενη κίρρωση και υπερέχει έναντι της TT, καθιστώντας την πιθανό χρήσιμο δείκτη αξιολόγησης της ευθραυστότητας αλλά και της έκβασης αυτών των ασθενών.

EA32

Η ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ CLOSTRIDIoidES DIFFICILE ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΧΕΙ ΣΥΓΚΡΙΣΙΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΩΝ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΒΑΚΤΗΡΙΩΝ

Κρυσταλλάκη Δ.¹, Αθανασάκη Φ.¹, Γελαδάρη Ε.², Δημητρίου Κ.¹, Καραμανώλης Ν.-Ν.¹, Μάνη Η.¹, Σεβαστιανός Β.², Ξανθάκη Α.³, Αλεξοπούλου Α.¹

1. Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
2. Γ' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
3. Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με κίρρωση του ήπατος (ΚΗ) εμφανίζουν συχνά βακτηριακές λοιμώξεις, ιδιαίτερα στα προχωρημένα στάδια της νόσου. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει πως το είδος της λοίμωξης επηρεάζει την πρόγνωση. Η λοίμωξη από *Clostridioides difficile* (CDI) έχει συσχετιστεί με αυξημένη βραχυπρόθεσμη θνητότητα. Ωστόσο, λίγα δεδομένα είναι διαθέσιμα για την έκβαση της CDI συγκριτικά με άλλες βακτηριακές λοιμώξεις στην εποχή της αυξανόμενης αντιμικροβιακής αντοχής.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της πρόγνωσης μεταξύ κίρρωτικών ασθενών με CDI και αυτών με άλλες βακτηριακές λοιμώξεις, καθώς και η αναγνώριση ανεξάρτητων παραγόντων θνητότητας.

Μέθοδοι: Αναλύθηκαν αναδρομικά δεδομένα, διαδοχικά εισαχθέντων ασθενών με (ΚΗ) σε δύο τριτοβάθμια νοσοκομεία: με CDI (Ιανουάριος 2022-Ιούνιος 2025) και με άλλες βακτηριακές λοιμώξεις (Ιούνιος 2024-Ιανουάριος 2025). Η διάγνωση CDI αφορούσε σε συμπτώματα κοιλίτιδας και προσδιορισμό θετικού αντιγόνου και τοξίνης A/B σε δείγμα κοπράνων με ανοσοενζυμική μέθοδο. Η διάγνωση των βακτηριακών λοιμώξεων βασίστηκε στις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Και στις δύο ομάδες καταγράφηκε η παρουσία επιπλέον λοίμωξης (λοίμωξη που εμφανίζεται στην ίδια νοσηλεία, αφορά άλλη εστία και οφείλεται σε άλλο μικροβιακό αίτιο) καθώς και η παρουσία πολυανθεκτικών μικροοργανισμών. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με προχωρημένο ηπατοκυτταρικό καρκίνο, υποτροπή CDI (2-8 εβδομάδες από το προηγούμενο επεισόδιο) και μυκητιασικές λοιμώξεις.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 36 κίρρωτικοί ασθενείς με CDI και 65 με άλλες βακτηριακές λοιμώξεις. Η πλειονότητα είχε μη αντιρροπούμενη κίρρωση (92,1%). Οι ασθενείς με CDI ήταν μεγαλύτερης ηλικίας (διάμεση ηλικία 73 vs 63 έτη, $p=0,024$) και εμφάνιζαν περισσότερες συνοσηρότητες σύμφωνα με το Charlson Comorbidity Index (7 vs 6, $p=0,004$). Επίσης, είχαν συχνότερη έκθεση σε αντιβιοτικά (80,6% vs 58,5%, $p=0,024$), αναστολείς αντλίας πρωτονίων (66,7% vs 41,5%, $p=0,016$), ριφαξιμίνη (58,3% vs 35,4%, $p=0,026$), και είχαν συχνότερα ιστορικά νοσηλείας (80,6% vs 58,5%, $p=0,005$) και προηγούμενου επεισοδίου CDI (27,8% vs 3,1%, $p<0,001$) εντός 3 μηνών από την εισαγωγή. Η παρουσία επιπλέον λοίμωξης στην ίδια νοσηλεία ήταν συχνότερη στην ομάδα CDI (44% vs 21,5%, $p=0,016$). Μεταξύ των μικροβιολογικά τεκμηριωμένων λοιμώξεων (ομάδα CDI: 11/16, άλλες λοιμώξεις: 44/79), η συχνότητα των MDROs δε διέφερε σημαντικά (72.7% vs 54.5%, $p=0,274$).

Η θνητότητα στις 30 και 90 ημέρες από τη διάγνωση δε διέφερε σε στατιστικά σημαντικά βαθμό μεταξύ των δύο ομάδων (13,9% vs 16,9%, log-rank $p=0,691$ και 27,8% vs 33,8%, $p=0,564$, αντίστοιχα). Στο σύνολο των ασθενών, το πολυπαραγοντικό μοντέλο Cox ανέδειξε την βαρύτητα της κίρρωσης, όπως εκφράζεται με την βαθμολογία Child-Pugh (HR 1,44, 95% CI 1,13-1,83, $p=0,003$) και τη λοίμωξη από MDROs (HR 3,07, 95% CI 1,06-8,87, $p=0,039$) ως προγνωστικούς παράγοντες θνητότητας στις 30 ημέρες, ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο, συνοσηρότητες και επιπλέον λοιμώξεις. Η λοίμωξη από CDI δεν αποτέλεσε παράγοντα θνητότητας. Στους ασθενείς με CDI, οι επιπλέον λοιμώξεις από MDROs προέβλεπαν ανεξάρτητα τη θνητότητα 30 ημερών μετά από διόρθωση ως προς ηλικία και φύλο (HR 6,04, 95% CI 1,01-36,2, $p=0,049$).

Συμπεράσματα: Στους κίρρωτικούς ασθενείς που νοσηλεύονται με λοίμωξη, η βραχυπρόθεσμη θνητότητα καθορίζεται κυρίως από τη βαρύτητα της ηπατικής νόσου και την παρουσία MDROs αλλά όχι από την παρουσία CDI. Σε ασθενείς με CDI, η επιπλέον λοίμωξη από MDRO αποτελεί στατιστικά σημαντικό ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα θνητότητας 30 ημερών.



EA33

Η ΧΡΟΝΙΑ ΛΗΨΗ ΚΑΡΒΕΔΙΛΟΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΣΥΝΔΕΕΤΑΙ ΜΕ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΤΕΡΟ ΒΑΘΜΟ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ

Τσιάκας Η.¹, Δεσπότης Γ.¹, Μπίρος Δ.¹, Κωνσταντοπούλου Ρ.¹, Χρηστάκη Μ.¹, Μηλιώνης Χ.¹, Τσαούση Χ.², Παπαπέτρου Ε.², Μαρκόπουλος Γ.³, Κολιός Γ.⁴, Μπαλταγιάννης Γ.⁵, Χριστοδούλου Δ.⁵, Καλαμπόκης Γ.¹

1. Α΄ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
2. Αιματολογικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
3. Μονάδα Μοριακής Βιολογίας και Μεταφραστικής Κυτταρομετρίας Ροής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
4. Βιοχημικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
5. Γαστρεντερολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Μελέτες σε πειραματικά μοντέλα κίρρωσης έδειξαν ότι η καρβεδιλόλη μειώνει την συστηματική φλεγμονή και βελτιώνει την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, δράσεις που θα μπορούσαν να μειώσουν την προθρομβωτική δραστηριότητα και την ηπατική ίνωση.

Σκοπός: Να διερευνηθεί η συσχέτιση της χρόνιας λήψης καρβεδιλόλης με την συστηματική φλεγμονώδη και την προθρομβωτική δραστηριότητα και το βαθμό ηπατικής ίνωσης σε ασθενείς με κίρρωση.

Μέθοδοι: Αποκλείστηκαν ασθενείς που λάμβαναν άλλο β-αποκλειστή πλην της καρβεδιλόλης και ασθενείς με νεοπλασία, θρόμβωση της πυλαίας φλέβας, ενεργό κατανάλωση αλκοόλ και ιστορικό λοίμωξης, αιμορραγίας πεπτικού ή λήψης αντιβιοτικών 4 εβδομάδες πριν την είσοδο στη μελέτη. Η ηπατική σκληρία (H_S) μετρήθηκε με shear wave ελαστογραφία (kPa) ως δείκτης ηπατικής ίνωσης. Μελετήθηκαν διαδοχικά ασθενείς με αντιρροπούμενη κίρρωση (AK) και μη-AK (ιστορικό ασκίτη ή/και κίρρωσης), και διαχωρίστηκαν με βάση τη λήψη καρβεδιλόλης 12.5mg ημερησίως >12 μήνες. Εκτιμήθηκαν κλινικά χαρακτηριστικά και η βαρύτητα της κίρρωσης (MELD score) και μετρήθηκαν στον ορό η δεσμευτική πρωτεΐνη του λιποπολυσακχαριδίου (lipopolysaccharide-binding protein:LBP) με ELISA και ο παράγοντας νέκρωσης όγκου-α (tumor-necrosis factor-α:TNF-α) και η ιντερλευκίνη-6 (interleukin-6:IL-6) με κυτταρομετρία ροής. Επίσης, εκτιμήθηκαν παράγοντες των οποίων η μείωση (πρωτεΐνη C [protein C:PC], πρωτεΐνη S [protein S:PS], αντιθρομβίνη, πλασμινογόνο) ή η αύξηση (παράγοντες von Willebrand factor [vWF] και VIII [factor VIII:FVIII]), ο λόγος FVIII/PC, ο αναστολέας του ενεργοποιητή του πλασμινογόνου τύπου-1) σχετίζονται με προθρομβωτικό κίνδυνο. Αναζητήθηκαν παράγοντες με ανεξάρτητη συσχέτιση με την λήψη καρβεδιλόλης στο σύνολο των ασθενών και τους ασθενείς με AK και μη-AK (linear regression analysis).

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 92 ασθενείς με AK και 103 με μη-AK. Καρβεδιλόλη λάμβαναν 109/195 (55.8%) ασθενείς συνολικά, 40/103 (43.4%) ασθενείς με AK και 69/92 (66.9%) ασθενείς με μη-AK. Η βαρύτητα της κίρρωσης δεν διέφερε μεταξύ των ασθενών που λάμβαναν και αυτών που δεν λάμβαναν καρβεδιλόλη στο συνολικό πληθυσμό και τους ασθενείς με AK και μη-AK. Οι ασθενείς που λάμβαναν καρβεδιλόλη έναντι αυτών που δεν λάμβαναν είχαν: α) μικρότερη H_S (24.5±0.7-26.8±0.9 kPa; p=0.05), σημαντικά χαμηλότερες τιμές της LBP (6.42±0.07-6.98±0.09 ng/ml; p=0.008) και του λόγου FVIII/PC (2.03±0.12-2.54±0.17; p=0.03) και σημαντικά υψηλότερες τιμές της PC (90.4±3.2-79.4±3.6 U/l; p=0.01) στο συνολικό πληθυσμό, β) σημαντικά μικρότερη H_S (20.9±0.9-25.6±1.1 kPa; p=0.002), σημαντικά χαμηλότερες τιμές της LBP (5.94±0.09-6.42±0.1 ng/ml; p=0.001), του λόγου FVIII/PC (1.41±0.11-1.92±0.17; p=0.01) και του vWF (160±12-205±16 U/l; p=0.04) και σημαντικά υψηλότερες τιμές της PC (106.2±4-88.5±4.4 U/l; p=0.009), της PS (95.2±3.8-82.9±3.4 U/l; p=0.04) και της αντιθρομβίνης (95.1±3.6-85.9±2.9 U/l; p=0.03) στους ασθενείς με AK και γ) σημαντικά χαμηλότερες τιμές της LBP (6.86±0.08-7.31±0.14 ng/ml; p=0.001), του λόγου FVIII/PC (2.37±0.16-3.48±0.28; p=0.007) και του vWF (288±16-349±24 U/l; p=0.03) και σημαντικά υψηλότερες τιμές της PC (81.1±4-66.5±5.3 U/l; p=0.02) στους ασθενείς με μη-AK.



Η λήψη καρβεδιλόλης σχετίστηκε ανεξάρτητα με τις τιμές LBP στο σύνολο των ασθενών ($B=0.086$; $CI_{95\%}:0.005-0.167$; $p=0.042$), στους ασθενείς με ΑΚ ($B=0.206$; $CI_{95\%}:0.054-0.358$; $p=0.009$) και στους ασθενείς με μη-ΑΚ ($B=0.125$; $CI_{95\%}:0.001-0.249$; $p=0.049$) και το λόγο FVIII/PC στους ασθενείς με μη-ΑΚ ($B=0.075$; $CI_{95\%}:0.001-0.150$; $p=0.047$).

Συμπεράσματα: Η χρόνια λήψη καρβεδιλόλης στους ασθενείς με κίρρωση συνδυάστηκε με μειωμένη συστηματική φλεγμονώδη και προθρομβωτική δραστηριότητα, πιο έκδηλα σε αυτούς με μη-ΑΚ, και μικρότερο βαθμό ηπατικής ίνωσης. Οι δράσεις αυτές θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στην μείωση της πυλαίας υπέρτασης.



EA34

Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΚΑΙ ΑΣΚΙΤΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΡΙΦΑΞΙΜΙΝΗΣ

Κωνσταντοπούλου Ρ.¹, Μπίρος Δ.¹, Τσιάκας Η.¹, Δεσπότης Γ.¹, Χρηστάκη Μ.¹, Μηλιώνης Χ.¹, Μαρκόπουλος Γ.², Κολιός Γ.³, Χριστοδούλου Δ.⁴, Μπαλταγιάννης Γ.⁴, Καλαμπόκης Γ.¹

1. Α΄ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
2. Μονάδα Μοριακής Βιολογίας και Μεταφραστικής Κυτταρομετρίας Ροής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
3. Βιοχημικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
4. Γαστρεντερολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η σχετική επινεφριδιακή ανεπάρκεια (ΣΕΑ) είναι συχνή στους ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση, ιδιαίτερα παρουσία ασκίτη. Το low-dose Synacthen test (LDST) είναι ευαίσθητη μέθοδος για τη διάγνωση της ΣΕΑ σε ασθενείς με κίρρωση ενώ η κορτιζόλη σιέλου (ΚΟΡ.ΣΙ) αποτελεί υποκατάστατο δείκτη της ελεύθερης κορτιζόλης ορού. Η παθολόγηση της ΣΕΑ στην κίρρωση είναι άγνωστη ωστόσο έχει πιθανολογηθεί η συμμετοχή της συστηματικής φλεγμονώδους δραστηριότητας (ΣΦΔ).

Σκοπός: Να διερευνηθεί η συσχέτιση της ΣΕΑ με την ΣΦΔ καθώς και η δράση της ριφαξιμίνης στην ΣΕΑ σε ασθενείς με κλινικά σταθερή κίρρωση και ασκίτη.

Μέθοδοι: Αποκλείστηκαν ασθενείς με εμπύρετο λοίμωξη τις προηγούμενες 4 εβδομάδες, λήψη κορτικοειδών τους προηγούμενους 6 μήνες, ενεργό κατανάλωση αλκοόλ και νεοπλασία. Μετρήθηκε η ΚΟΡ.ΣΙ πριν (Τ0) και 30 min (Τ30) μετά το LDST (1μg). Η ΣΕΑ ορίστηκε ως αύξηση της ΚΟΡ.ΣΙ <12.7 ng/ml με διαφορά μεταξύ των τιμών Τ0-Τ30 (ΔΚΟΡ.ΣΙ) <3ng/ml. Εκτιμήθηκαν κλινικές παράμετροι συμπεριλαμβανομένης της βαρύτητας της κίρρωσης (Child-Pugh διαβάθμιση/MELD score). Λήφθηκαν δείγματα ορού για τον προσδιορισμό των επιπέδων της δεσμευτικής πρωτεΐνης του λιποπολυσακχαριδίου (lipopolysaccharide-binding protein [LBP]) με ELISA και του παράγοντα νέκρωσης όγκου-α (tumor necrosis factor-α [TNF-α]) και της ιντερλευκίνης-6 (interleukin-6 [IL6]) με κυτταρομετρία ροής ως δείκτες ΣΦΔ και ακολούθως τυχαιοποιήθηκαν (1:1) να λάβουν ή μην λάβουν ριφαξιμίνη 1200mg ημερησίως. Κατά την είσοδο στη μελέτη, αναζητήθηκαν παράγοντες με ανεξάρτητη συσχέτιση με την παρουσία ΣΕΑ (linear regression analysis) και συσχετίστηκαν οι τιμές της ΚΟΡ.ΣΙ με αυτές των παραγόντων της ΣΦΔ (Spearman rank correlation). Στους 3 μήνες, πραγματοποιήθηκε νέο LDST και επανεκτιμήθηκαν οι παράγοντες της ΣΦΔ.

Αποτελέσματα: Εκτιμήθηκαν 163 ασθενείς με κίρρωση και ασκίτη. ΣΕΑ διαγνώστηκε σε 90 (55.2%) και 45 έλαβαν ριφαξιμίνη. Οι ασθενείς με ΣΕΑ συγκριτικά με αυτούς χωρίς ΣΕΑ είχαν παρόμοια βαρύτητα κίρρωσης αλλά σημαντικά υψηλότερες τιμές LBP (7.68±0.07-7.05±0.07 ng/ml; p=0.009), TNF-α (38.6±2.5-29.3±2.5 pg/ml; p=0.04) και IL6 (50.7±4.4-44.3±4.4 pg/ml; p=0.04). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, με συνεκτίμηση της ηλικίας και του MELD score, η παρουσία ΣΕΑ σχετίστηκε ανεξάρτητα με τις τιμές της LBP (B=-0.003; CI95%:-0.006-0.000; p=0.023). Οι τιμές LBP συσχετίστηκαν σημαντικά με αυτές της ΚΟΡ.ΣΙ-Τ0 (r=-0.646; p=0.01), της ΚΟΡ.ΣΙ-Τ30 (r=-0.554; p=0.03) και της ΔΚΟΡ.ΣΙ (r=-0.378; p=0.04) ενώ οι τιμές του TNF-α συσχετίστηκαν σημαντικά με αυτές της ΚΟΡ.ΣΙ-Τ0 (r=-0.256; p=0.04) και της ΚΟΡ.ΣΙ-Τ30 (r=-0.238; p=0.04) στο σύνολο των 90 ασθενών. Οι ασθενείς που τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν ριφαξιμίνη είχαν παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά και αρχικές τιμές ΚΟΡ.ΣΙ (Τ0/Τ30/ΔΚΟΡ.ΣΙ) και παραγόντων ΣΦΔ με αυτούς που δεν έλαβαν ριφαξιμίνη. Στους 3 μήνες, η ομάδα της ριφαξιμίνης παρουσίασε σημαντικά υψηλότερες τιμές ΚΟΡ.ΣΙ-Τ0 (4.13±0.39-3.37±0.36 ng/ml; p=0.01), ΚΟΡ.ΣΙ-Τ30 (9.33±0.76-6.34±0.56 ng/ml; p=0.008) και ΔΚΟΡ.ΣΙ (5.19±0.57-2.97±0.3 ng/ml; p=0.005) ενώ μειώθηκαν σημαντικά οι τιμές της LBP (6.4±0.12-3.37±0.36 ng/ml; p=0.009), του TNF-α (21.1±2.2-33.5±4.2 pg/ml; p=0.02) και της IL6 (33.3±4-56.2±6.9 pg/ml; p=0.02).



Δεν σημειώθηκαν σημαντικές μεταβολές στην ομάδα που δεν έλαβε ριφαξιμίνη πλην σημαντικής αύξησης των τιμών του TNF-α ($p=0.04$). Αποκατάσταση της ΣΕΑ παρατηρήθηκε στο 28.8% των ασθενών που έλαβαν ριφαξιμίνη και στο 4.4% αυτών που δεν έλαβαν ($p=0.001$).

Συμπεράσματα: Η παρουσία ΣΕΑ σε ασθενείς με κίρρωση και ασκίτη σχετίζεται με την βαρύτητα της ΣΦΔ ενώ η χορήγηση ριφαξιμίνης αυξάνει σημαντικά την ΚΟΡ.ΣΙ παράλληλα με τη μείωση της ΣΦΔ.



EA35

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΟΥ MELD 3.0 ΜΕ ΤΑ MELD, MELD-NA ΚΑΙ ΝΕΟΤΕΡΟΥΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΚΑΙ ΣΕ ΥΠΟΟΜΑΔΕΣ ΑΥΤΗΣ.

Μάνη Η.¹, Βασιλίεβα Λ.², Αθανασάκη Φ.¹, Δημητρίου Κ.¹, Καραμανώλης Ν.¹, Αλεξοπούλου Α.¹

1. Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
2. Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

Εισαγωγή: Το MELD 3.0, με την προσθήκη στις παραμέτρους του MELD του φύλου και της λευκωματίνης, σχεδιάστηκε για να βελτιώσει την ακρίβεια στην εκτίμηση της πρόγνωσης ασθενών στη λίστα μεταμόσχευσης ήπατος. Παρόλα αυτά, μελέτες καταδεικνύουν ότι σε συγκεκριμένες υποομάδες ασθενών, η αξιοπιστία του υπολείπεται.

Σκοπός: Αξιολόγηση της αξιοπιστίας του MELD 3.0 ως δείκτη θνητότητας 1 και 3 μηνών σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση του ήπατος (ΚΗ) και σε υποκατηγορίες αυτών και σύγκριση με άλλους δείκτες βαρύτητας της ηπατικής νόσου, συστηματικής φλεγμονώδους αντίδρασης ή και κατάστασης θρέψης.

Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη ασθενών με μη αντιρροπούμενη ΚΗ που νοσηλεύτηκαν στην Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική του Ιπποκράτειου νοσοκομείου Αθηνών. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν περαιτέρω σε ασθενείς με Οξεία-επί-Χρόνιας ηπατική ανεπάρκεια (ΟΕΧΗΑ), Οξεία Ρήξη Αντιρρόπησης χωρίς ΟΕΧΗΑ (ΟΡΑ) και σταθερή Μη Αντιρροπούμενη ΚΗ (ΜΑΚ). Όλοι οι δείκτες υπολογίστηκαν στην εισαγωγή ως εξής: CALLY=Λευκωματίνη ορού (ALB) (g/l) x Lymphocytes (x10⁹/L) / CRP (mg/L), CAR=CRP (mg/l) / ALB (g/dl), NLR=Neutrophil / Lymphocyte ratio, Systemic Immune-Inflammation Index (SII)=(Platelets x Neutrophils) / Lymphocytes και Prognostic Nutritional Index (PNI)=[10×ALB (g/dL)] + [0.005 × Lymphocytes/μL].

Αποτελέσματα: Στην μελέτη εντάχθηκαν 250 ασθενείς [74.8%♂, διάμεση ηλικία 61 (54-71) έτη]. Η αιτιολογία της κίρρωσης ήταν κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης στο 50%, χρόνια ιογενής ηπατίτιδα στο 30.4% και άλλο αίτιο στο 19.6%. ΟΕΧΗΑ είχαν οι 55 (22%), ΟΡΑ 95 (38%) και ΜΑΚ 100 (40%) με τη θνητότητα μηνός να είναι 18.8% στον 1 μήνα (52.7%, 16.8%, 2% στις 3 υποομάδες, αντιστοίχως) και 38% στους 3 μήνες (76.4%, 47.4% και 8%, στις 3 υποομάδες αντιστοίχως). Στο σύνολο των ασθενών, η Area Under the Receiver Operating Characteristic Curve (AUROC) για τους υπό μελέτη δείκτες για την θνητότητα μηνός ήταν: MELD 3.0: 0.830 [95% Confidence Interval (CI): 0.759-0.901], MELD: 0.811 (0.737-0.885), MELD-NA: 0.831 (0.759-0.903), CAR: 0.620 (0.530-0.710), NLR: 0.655 (0.569-0.741), με τους λοιπούς δείκτες να παρουσιάζουν τιμές <0.600. Η διαφορά μεταξύ των ζευγών MELD 3.0-MELD και MELD 3.0-MELD-Να ήταν μη στατιστικά σημαντική (p=0.08 και p=0.07, αντιστοίχως). Στους 3 μήνες, οι αντίστοιχες AUROC ήταν: MELD 3.0: 0.787 [95%CI: 0.726-0.847], MELD: 0.737 (0.670-0.804), MELD-Να: 0.785 (0.725-0.846), CAR: 0.649 (0.579-0.719), SII: 0.603 (0.528-0.677), ενώ για τους λοιπούς δείκτες οι τιμές ήταν <0.600. Η σύγκριση μεταξύ MELD 3.0-MELD και MELD 3.0-MELD-Να ανέδειξε υπεροχή του MELD 3.0 έναντι μόνο του MELD (p=0.001). Στην ομάδα ΟΕΧΗΑ, στον 1 μήνα, ο δείκτης με την υψηλότερη AUROC ήταν ο MELD-Να ακολουθούμενος από τον MELD 3.0 [0.780 (0.652-0.908) vs 0.761 (0.626-0.895), p=0.5]. Στην ομάδα ΟΡΑ ο μόνος δείκτης με AUROC > 0.600 στον 1 μήνα ήταν το MELD 3.0. Στην ομάδα ΜΑΚ, ο πιο αξιόπιστος δείκτης επιβίωσης 3 μηνών αναδείχθηκε ο CAR ακολουθούμενος από τον MELD 3.0 [0.801 (0.643-0.960) vs 0.733 (0.553-0.914), p=0.8].

Συμπεράσματα: Ο MELD 3.0 αποτελεί αξιόπιστο δείκτη πρόγνωσης σε όλες τις ομάδες μη αντιρροπούμενης κίρρωσης πλην της ΟΡΑ. Η συνεκτίμηση δεικτών φλεγμονώδους αντίδρασης, όπως ο CAR, ενδέχεται να βελτιώνουν την αξιοπιστία της πρόγνωσης σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών.



Περίληψεις ePosters
με βραχεία παρουσίαση



eP01

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΔΙΑΙΤΑΣ ΥΨΗΛΗΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΕ ΦΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΤΡΟΦΙΜΑ ΣΕ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΣ. (PLANT DOMINANT HIGH PROTEIN DIET, PLADO HIPRO DIET). ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Καραχοτζίτη Χ.¹, Λακιωτάκη Δ.², Μουζιούρας Δ.², Λεκάκης Β.², Αδάμαντου Μ.³, Χουρδάκης Μ.⁴, Χολόγκικας Ε.^{2,3} Πούλια Κ.-Α.¹

1. Εργαστήριο Διαιτολογίας και Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών
2. 1^η Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
3. Γαστρεντερολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
4. Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής-Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η υιοθέτηση διατροφικών προτύπων με χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και νάτριο και υψηλή πρωτεΐνη ενδείκνυται για άτομα με κίρρωση ήπατος.

Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης μιας δίαιτας υψηλής σε πρωτεΐνη φυτικής προέλευσης σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση ήπατος.

Μέθοδοι: Διενεργήθηκε μια μονά τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη ([ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT0702858) (NCT0702858)) όπου οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε 3 ομάδες (**Ομάδα Α** πρωτεΐνη ζωικής προέλευσης, **Ομάδα Β** πρωτεΐνη φυτικής προέλευσης και **Ομάδα Γ** ομάδα ελέγχου) λαμβάνοντας ενέργεια και πρωτεΐνες εξαιρούμενα. Πραγματοποιήθηκαν ανθρωπομετρικές μετρήσεις (σωματικό βάρος, ύψος, περιφέρεια μεσαίου βραχίονα, δερματικές πτυχές), δυναμομέτρηση και βιοχημικός/αιματολογικός έλεγχος. Αξιολογήθηκε η ποιότητα ζωής (QoL) (ερωτηματολόγιο SF-36) και η διατροφική πρόσληψη και συμμόρφωση με ανακλήσεις 24ώρου και ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων.

Αποτελέσματα: Εκατό άτομα (60 άνδρες, μέση ηλικία 56,7±9,49 έτη) εντάχθηκαν στη μελέτη (ΝομάδαΑ =39, ΝομάδαΒ =41 και ΝομάδαΓ =20). Οι ασθενείς στις δυο ομάδες παρέμβασης αύξησαν στατιστικά σημαντικά την πρόσληψη πρωτεΐνης μετά από 3 μήνες (γρ πρωτεΐνης/ημέρα = 73,6±13,1g vs 76,4±11,3g, p=0,026) και τα επίπεδα πρωτεΐνης ορού (69,8±10,2g/L vs 72,4±8,12g/L, p=0,015), καθώς και τη δύναμη της χειρολαβής (9,44±5,91kg vs 9,81±4,75kg, p=0.0015), ενώ παρατηρήθηκε μείωση της γ-GT (94,7±90,1U/L vs 87,8±83,3U/L, p=0,014). Η Ομάδα Β στο τέλος της παρέμβασης παρουσίασε στατιστικά χαμηλότερα επίπεδα CRP (10,3±12,5mg/L vs 8,06±7,52mg/L) και τριγλυκεριδίων (96,6±37,6mg/dL vs 89,9±36,10mg/dL, p= 0,006) σε σχέση με τις ομάδες Α και Γ.

Πίνακας 1. Βασικά χαρακτηριστικά.

	Συνολικά (N=100)	Ομάδα A (N=39)	Ομάδα B (N=41)	Ομάδα Γ (N=20)	P-value
Δημογραφικά χαρακτηριστικά					
Ηλικία (M, SD)	56.7±9.49	57.0±9.27	56.9±10.7	55.8±7.31	ns
Φύλο άνδρες (N)	60	25	26	9	ns
Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά					
Βάρος (kg) (M, SD)	80.6±19.90	81.3±20.5	77.0±15.8	87.5±25.0	ns
Δείκτης μάζας σώματος (kg/m^2) (M, SD)	27.7±5.84	27.5±5.02	26.7±4.79	30.2±8.24	ns
Περιφέρεια μέσης(cm) (M, SD)	102±16.4	103±15.4	99.6±12.5	107±23.6	ns
Περιφέρεια μέσου βραχίονα (cm) (M, SD)	29.3±11.2	27.4±4.48	30.9±16.3	29.9±6.21	ns

Πίνακας 2. Σύγκριση των χαρακτηριστικών σε αρχικό επίπεδο και 3 μήνες μετά την παρέμβαση στο συνολικό δείγμα.

	Συνολικά (N=100)	Ομάδα A (N=39)	Ομάδα B (N=41)	Ομάδα Γ (N=20)	P-value
Δημογραφικά χαρακτηριστικά					
Ηλικία (M, SD)	56.7±9.49	57.0±9.27	56.9±10.7	55.8±7.31	ns
Φύλο άνδρες (N)	60	25	26	9	ns
Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά					
Βάρος (kg) (M, SD)	80.6±19.90	81.3±20.5	77.0±15.8	87.5±25.0	ns
Δείκτης μάζας σώματος (kg/m^2) (M, SD)	27.7±5.84	27.5±5.02	26.7±4.79	30.2±8.24	ns
Περιφέρεια μέσης(cm) (M, SD)	102±16.4	103±15.4	99.6±12.5	107±23.6	ns
Περιφέρεια μέσου βραχίονα (cm) (M, SD)	29.3±11.2	27.4±4.48	30.9±16.3	29.9±6.21	ns



Συμπεράσματα: Η διατροφική παρέμβαση φαίνεται να βελτιώνει τη διατροφική πρόσληψη πρωτεΐνης. Η δίαιτα με πρωτεΐνη φυτικής προέλευσης φαίνεται να βελτιώνει καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση, ενώ δεν φαίνεται να διαφέρει ως προς την επίδραση στη χειροδυναμομέτρηση σε σχέση με τη πρωτεΐνη ζωικής προέλευσης. Τέλος, η QoL φαίνεται να παραμένει σταθερή ανεξάρτητα από την παρέμβαση διατροφής.



eP02

ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ

Αθανασάκη Φ.¹, Βασιλίεβα Λ.², Παύλου Ε.³, Δημητρίου Κ.¹, Κρυσταλλάκη Δ.¹, Μάνη Η.¹, Καραμανώλης Ν.Ν.¹, Φορμόζης Σ.³, Νομικού Ε.³, Αλεξοπούλου Α.¹

1. Β' Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»,
2. Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»,
3. Κέντρο Αιμοδοσίας και Αιμορροφιλικών, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Η μειωμένη συσσώρευση αιμοπεταλίων (PLT) έχει αναφερθεί συχνά σε ασθενείς με κίρρωση ήπατος (ΚΗ) σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες.

Σκοπός: Η διερεύνηση των μεταβολών στη λειτουργία των αιμοπεταλίων, η αξιολόγηση των παραμέτρων που συσχετίζονται με τον παράγοντα von Willebrand (vWF), καθώς και η διερεύνηση του προγνωστικού τους ρόλου σε ασθενείς με ΚΗ που εμφανίζουν βακτηριακή λοίμωξη.

Μέθοδος: Αξιολογήθηκαν οι μεταβολές στη συσσώρευση αιμοπεταλίων με τη χρήση της θρομβοελαστογραφίας (TEG), που περιλαμβάνει τη δοκιμασία χαρτογράφησης αιμοπεταλίων (PLT Mapping) υπό την επίδραση δύο αγωνιστών, της Διφωσφορικής Αδενοσίνης (ADP) και του Αραχιδονικού Οξέος (AA). Μετρήθηκαν οι τιμές του αντιγόνου του παράγοντα von Willebrand (vWF:Ag), της δραστηριότητας του vWF (Ristocetin cofactor-vWF:RCo) και του παράγοντα VIII (FVIII). Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη ΚΗ (DC) και ταυτόχρονη βακτηριακή λοίμωξη (BI) (DC+BI), σε ασθενείς με ΚΗ χωρίς οξύ επεισόδιο (Stable Cirrhosis-SC), καθώς και σε ασθενείς με λοιμώξεις χωρίς ΚΗ (Ομάδα Ελέγχου). Επιπλέον, διερευνήθηκε ο προγνωστικός ρόλος της συσσώρευσης αιμοπεταλίων στην ομάδα των ασθενών DC+BI.

Αποτελέσματα: Στην ομάδα DC+BI εντάχθηκαν 71, στην SC 42 και στην Ομάδα Ελέγχου 20 ασθενείς. Οι ασθενείς της DC+BI παρουσίασαν σημαντικά μειωμένη συσσώρευση αιμοπεταλίων υπό την επίδραση ADP συγκριτικά με την ομάδα SC ($p=0.029$) αλλά όχι την Ομάδα Ελέγχου ($p=0.842$). Οι τιμές vWF:Ag, vWF:RCo και FVIII ήταν αυξημένες στην ομάδα DC+BI έναντι της SC ($p<0.001$, $p<0.001$ και $p=0.017$, αντίστοιχα) αντισταθμίζοντας τη μειωμένη συσσώρευση αιμοπεταλίων. Οι ομάδες ασθενών με ΚΗ (DC+BI και SC) εμφάνιζαν επίσης σημαντικά μειωμένη ανταπόκριση των αιμοπεταλίων σε AA συγκριτικά με την Ομάδα Ελέγχου ($p=0.003$ και $p=0.005$, αντίστοιχα). Στην ομάδα DC+BI, οι ασθενείς με ανεπάρκεια οργάνων (σήψη, Οξεία Νεφρική Βλάβη-AKI ή οξεία επί χρόνιας ηπατικής ανεπάρκεια-ACLF) παρουσίασαν ακόμη χαμηλότερη συσσώρευση αιμοπεταλίων (ADP) ($p=0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, αντίστοιχα) έναντι αυτών χωρίς ανεπάρκεια. Οι τιμές των vWF:Ag και vWF:RCo ήταν υψηλότερες σε ασθενείς με AKI ($p=0.009$, $p=0.004$, αντίστοιχα), ενώ οι ίδιες παράμετροι μαζί με FVIII ήταν αυξημένες σε ασθενείς με ACLF συγκριτικά με αυτούς με οξεία ρήξη αντιρρόπησης (AD) ($p=0.003$, $p=0.017$, $p=0.031$, αντίστοιχα). Στην ανάλυση επιβίωσης της ομάδας των ασθενών DC+BI, οι μη επιζώντες παρουσίασαν μειωμένη συσσώρευση αιμοπεταλίων (ADP), με υψηλή προγνωστική ακρίβεια (AUROC=0.851). Συγκεκριμένα, τιμές συσσώρευσης (ADP) $<70,9\%$ συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με αυξημένη θνητότητα [HR 6.536 (95%CI 1.296–32.962), $p=0.023$] μετά από προσαρμογή για φύλο, ηλικία, MELD και ACLF.

Συμπεράσματα: Η συσσώρευση των αιμοπεταλίων επαγόμενη από ADP μειώνεται σε ασθενείς με κίρρωση ήπατος και βακτηριακή λοίμωξη, και η επιδείνωση είναι ανάλογη με τη βαρύτητα της λοίμωξης. Η μειωμένη συσσώρευση των αιμοπεταλίων (ADP) έχει προγνωστική σημασία, καθώς συσχετίζεται με αυξημένη θνητότητα 30 ημερών. Οι αυξημένες τιμές του αντιγόνου και της δραστηριότητας του παράγοντα von Willebrand αντισταθμίζουν την μειωμένη δραστηριότητα των αιμοπεταλίων. Επιπλέον, η μειωμένη συσσώρευση αιμοπεταλίων επαγόμενη από αραχιδονικό οξύ είναι χαρακτηριστική στην κίρρωση του ήπατος.

eP03

Η ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΛΗΨΗ ΡΙΦΑΞΙΜΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΚΑΙ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΝΕΑΣ ΡΗΞΗΣ ΑΝΤΙΡΡΟΠΗΣΗΣ, ΗΠΑΤΟΝΕΦΡΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ, ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΥΛΙΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ

Μπίρος Δ.¹, Κωνσταντοπούλου Ρ.¹, Τσιάκας Η.¹, Δεσπότης Γ.¹, Χρηστάκη Μ.¹, Μηλιώνης Χ.¹, Χριστοδούλου Δ.², Μπαλαγιάνη Γ.², Καλαμπόκης Γ.¹

1. Α΄ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
2. Γαστρεντερολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα για τον ρόλο της χρόνιας λήψης ριφαξιμίνης στην κλινική έκβαση των ασθενών με μη αντιρροπούμενη κίρρωση (μη-AK).

Σκοπός: Να εκτιμηθεί ο προγνωστικός ρόλος της χρόνιας λήψης ριφαξιμίνης σε ασθενείς με μη-AK.

Μέθοδοι: Το διάστημα 1/2020-12/2023, 124 ασθενείς εκτιμήθηκαν προοπτικά με ρήξη αντιρρόπησης (ασκίτης, κίρρωση, ηπατική εγκεφαλοπάθεια [HE] ή συνδυασμός αυτών) κι έλαβαν ριφαξιμίνη 1200 mg ημερησίως. Η κλινική έκβαση των ασθενών συγκρίθηκε με αυτή 126 ασθενών με μη-AK που εκτιμήθηκαν διαδοχικά το διάστημα 1/2016-12/2019. Αποκλείστηκαν ασθενείς με <6 μήνες παρακολούθηση, ασκίτη 1ου βαθμού, ασκίτη 2ου/3ου βαθμού μη ανταποκρινόμενο στη διουρητική αγωγή, προηγούμενο ιστορικό αυτόματης βακτηριακής περιτονιτιδας (ΑΒΠ), χρόνια λήψη αντιβιοτικής αγωγής, κρεατινίνη ορού >1.5mg/dl, πρόσφατη/ενεργό κατανάλωση αλκοόλ, θρόμβωση πυλίας φλέβας (ΘΠΦ) και νεοπλασία. Καταγράφηκαν δεδομένα έως την τοποθέτηση διασφαγιδικής ενδοηπατικής πυλαιοσυστηματικής αναστόμωσης, τη μεταμόσχευση ήπατος, την τελευταία παρακολούθηση, την έναρξη ριφαξιμίνης λόγω HE (ασθενείς περιόδου 1/2016-12/2019), τον θάνατο ή τη λήξη της μελέτης. Εκτιμήθηκαν συγκριτικά (καμπύλες Kaplan-Meier, log-rank test) η πιθανότητα εμφάνισης νέας ρήξης αντιρρόπησης (συνολικά και κατά σύμβαμα), ΑΒΠ, ηπατονεφρικού συνδρόμου (ΗΝΣ), ΘΠΦ, ηπατοκυτταρικού καρκίνου (ΗΚΚ) και θανάτου στα 5 έτη. Επίσης, διερευνήθηκαν παράγοντες με ανεξάρτητη συσχέτιση με τη θνητότητα (Cox regression analysis).

Αποτελέσματα: Κατά την είσοδο στη μελέτη, οι ασθενείς που έλαβαν ριφαξιμίνη και αυτοί που δεν έλαβαν δεν διέφεραν όσον αφορά την ηλικία (58.1±0.5 έναντι 58.8±0.6 έτη;p=0.3), το φύλο (άρρεν: 70.9% έναντι 72.2%;p=0.7), την αιτιολογία της κίρρωσης (αλκοολική/ιογενής/άλλη αιτιολογία: 89/27/8 έναντι 83/31/12;p=0.5), την βαρύτητα της κίρρωσης (Child-Pugh A/B/C: 37/57/30 έναντι 27/64/35;p=0.3) και την συχνότητα του ασκίτη (88.7% έναντι 84.1%;p=0.2) και της HE (7.2% έναντι 11.1%;p=0.2) ενώ η συχνότητα κίρρωσης ήταν σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα ασθενών που δεν έλαβε ριφαξιμίνη έναντι αυτής που έλαβε (23.8% έναντι 12%;p=0.01). Οι δύο ομάδες ασθενών δεν διέφεραν όσον αφορά τη λήψη β-αποκλειστών (62% έναντι 69.8%;p=0.1) την παρουσία σακχαρώδους διαβήτη (18.5% έναντι 19.8%;p=0.7) και την ενεργό κατανάλωση αλκοόλ στη διάρκεια της παρακολούθησης (32.2% έναντι 34.1%;p=0.7). Κανένας ασθενής δεν διέκοψε την ριφαξιμίνη λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών. Ριφαξιμίνη λόγω HE χορηγήθηκε στην πορεία σε 13 ασθενείς (10.3%) της ομάδας που δεν λάμβανε. Μεταξύ των 165 ασθενών που λάμβαναν β-αποκλειστή, το 76.3% λάμβανε καρβεδιλόλη. Στα 5 έτη, οι ασθενείς που έλαβαν ριφαξιμίνη, συγκριτικά με αυτούς που δεν έλαβαν, εμφάνισαν σημαντικά μικρότερο ποσοστό νέων συμβαμάτων ρήξης αντιρρόπησης συνολικά (36/124 [29%]-65/126 [51.5%];p<0.001), κίρρωσης (9/109 [8.2%]-26/97 [26.8%];p<0.001), HE (26/115 22.6%]-45/112 [40.1%];p=0.004), ΑΒΠ (3/110 [2.7%]-11/106 [10.3%] μεταξύ των ασθενών με ασκίτη; p=0.02), ΗΝΣ (6/110 [5.4%]-14/106 [13.2%] μεταξύ των ασθενών με ασκίτη; p=0.049), ΘΠΦ (4/124 [3.2%]-17/126 [13.4%];p=0.003) και θανάτων (39/124 [31.4%]-65/126 [51.5%];p=0.001) ενώ δεν διέφερε σημαντικά το ποσοστό ΗΚΚ (8/124 [6.4%]-15/126 [11.9%];p=0.1).



Στις καμπύλες Kaplan-Meier, οι ασθενείς που έλαβαν ριφαξιμίνη έναντι αυτών που δεν έλαβαν εμφάνισαν σημαντικά μικρότερη 5ετή πιθανότητα εμφάνισης νέας ρήξης αντιρρόπησης (36.4%-75.1%; $p<0.001$), κίρσορραγίας (12.9%-37.1%; $p<0.001$), ΗΕ (29.2%-59.7%; $p=0.004$), ΑΒΠ (4.1%-17.1%; $p=0.01$), ΗΝΣ (8.2%-25.3%; $p=0.03$), ΘΠΦ (4.6%-25.3%; $p=0.004$) και θνητότητας (41.4%-65.6%; $p=0.006$). Η λήψη ριφαξιμίνης (HR:0.615; CI:0.417-0.905; $p=0.01$) το Child-Pugh A στάδιο έναντι των Β/С (HR:0.149; CI:0.071-0.311; $p=0.001$) και η λήψη β-αποκλειστή (HR:0.741; CI:0.169-1.593; $p=0.008$) σχετίστηκαν ανεξάρτητα με χαμηλότερη θνητότητα.

Συμπεράσματα: Η χρόνια λήψη ριφαξιμίνης βελτιώνει σημαντικά την κλινική έκβαση των ασθενών με μη-ΑΚ συμπεριλαμβανομένης της εμφάνισης ΘΠΦ.

eP04

ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ: ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Καραμανώλης Ν.-Ν.¹, Δημητρόγλου Ι.², Κουρεμέτη Μ.², Αθανασάκη Φ.¹, Δημητρίου Κ.¹, Κρυσταλλάκη Δ.¹, Γελαδάρη Ε.³, Βασιλιεβα Λ.⁴, Παπαδημητρόπουλος Β.¹, Αγγέλη Κ.², Αλεξοπούλου Α.¹

1. Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα
2. Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α., «Ιπποκράτειο», Αθήνα
3. Γ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
4. Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», Αθήνα

Εισαγωγή: Η κίρρωτική μυοκαρδιοπάθεια αποτελεί ένα σύνδρομο που εξελίσσεται σιωπηλά και εκδηλώνεται κλινικά στα τελευταία μόνο στάδια της κίρρωσης του ήπατος (ΚΗ). Δύναται να οδηγήσει σε συμπτωματική καρδιακή ανεπάρκεια σε συνθήκες stress, ιδίως περί ή μετά την μεταμόσχευση. Η διαστολική δυσλειτουργία, δηλαδή η διαταραχή της διαστολικής πλήρωσης των κοιλιών, αποτελεί την πρωιμότερη εκδήλωσή της. Οι κατευθυντήριες οδηγίες του Cirrhotic Cardiomyopathy Consortium (2019) εστιάζουν σε δείκτες διαστολικής δυσλειτουργίας που δεν επηρεάζονται από το status όγκου των ασθενών, όπως η μέση πρώιμη διαστολική ταχύτητα του μιτροειδικού δακτυλίου (e'). Ωστόσο, οι πλέον πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής Εταιρείας Υπερηχογραφίας (2025) στερούνται ειδικών αναφορών στους ασθενείς με ΚΗ.

Σκοπός: Η καταγραφή δεικτών διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με ΚΗ.

Μέθοδοι: 31 ασθενείς με ΚΗ χωρίς γνωστή καρδιαγγειακή νόσο υποβλήθηκαν σε διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς δύο διαστάσεων και ιστικό Doppler (συσκευή EPIC 7, Philips) στην Μονάδα Δυναμικής Υπερηχοκαρδιογραφίας της Α' Καρδιολογικής Κλινικής του ΕΚΠΑ. Πρόκειται για σταθερούς ασθενείς χωρίς οξείες επιπλοκές ΚΗ, που είτε είχαν νοσηλευτεί πρόσφατα στην Β' Πανεπιστημιακή Κλινική του ΕΚΠΑ είτε προσήλθαν για προγραμματισμένο έλεγχο ή παρέμβαση και δεν διέκοψαν την χρόνια φαρμακευτική αγωγή τους.

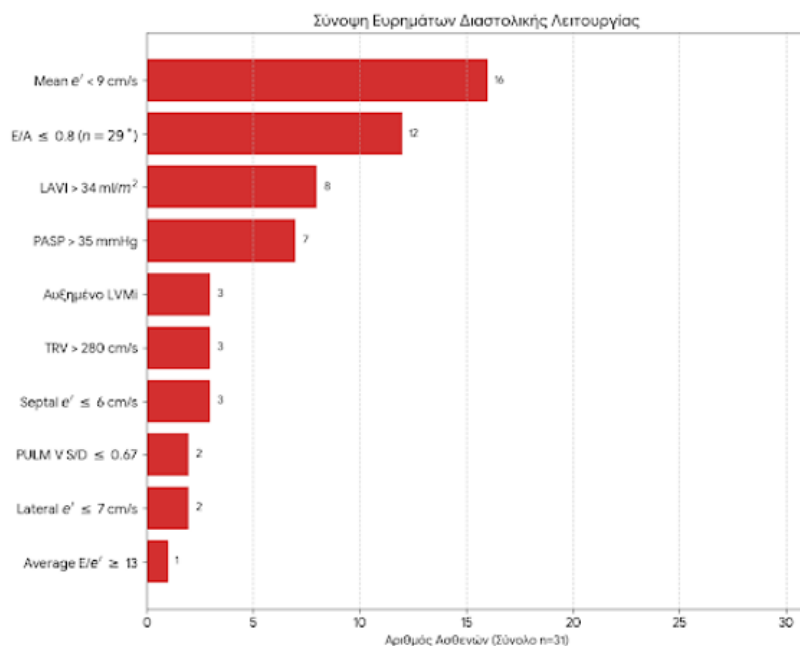
Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς είχαν Κλάσμα Εξώθησης (ΚΕ) > 50%. Αυξημένο Κατά Λεπτό Όγκο Αίματος (ΚΛΟΑ) στην ηρεμία παρουσίαζε το 12.9% (4/31) των ασθενών και ταχυκαρδία (καρδιακή συχνότητα > 100 παλμοί/λεπτό) το 6,4% (2/31). Όσον αφορά τους δείκτες διαστολικής δυσλειτουργίας, αυξημένο δείκτη μάζας αριστερής κοιλίας (LVMi) (≥ 115 g/m² σε άνδρες και ≥ 95 g/m² σε γυναίκες) είχε το 9.7% (3/31), λόγω πρώιμης διαστολικής ταχύτητας στην καταγραφή της διαμιτροειδικής ροής (E) προς ταχύτητα κατά την κοιλιακή συστολή (A) (E/A) ≤ 0.8 διαπιστώθηκε στο 38.7% (12/29), e' < 9 cm/s στο 51.6% (16/31) και δείκτης όγκου αριστερού κόλπου (LAVi) μεγαλύτερος του 34 ml/m² στο 25.8% (8/31) των ασθενών. Μόνο ένας παρουσίαζε λόγο E/e' ≥ 13 (δείκτη συμβατό με αυξημένη πνευμονική πίεση ενσφήνωσης). Το ποσοστό των ασθενών με εκτιμώμενη πίεση πνευμονικής αρτηρίας (PASP) > 35mmHg και μέγιστη ταχύτητα ανεπάρκειας τριγλώχινας (TRV) > 2.8 m/s ήταν 22.6% (7/31) και 9.7% (3/31), αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς με ΚΗ διαπιστώθηκαν παθολογικές τιμές δεικτών διαστολικής δυσλειτουργίας. Περισσότερο από το ένα τέταρτο των ασθενών παρουσίαζε διάταση του αριστερού κόλπου, ενδεικτική χρονίως αυξημένων ενδοκοιλιακών πιέσεων πλήρωσης. Όμως, η δομική αυτή διαταραχή δεν συνοδεύτηκε από υπερτροφία ή επηρεασμένη συσπαστικότητα της αριστερής κοιλίας, όπως φαίνεται από το μικρό ποσοστό αυξημένου LVMi και το διατηρημένο ΚΕ αντίστοιχα, πιθανότατα λόγω χαμηλών περιφερικών αντιστάσεων. Τέλος, στο 20% περίπου διαπιστώθηκαν ενδείξεις πυλαίοπνευμονικής υπέρτασης.

24^ο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο

www.eemh2026.gr

Παράμετρος	Μέση Τιμή (± SD)	Παθολογικοί (n)	Ποσοστό (%)
Mean e'	9.2 ± 2.1 cm/s	16/31	51.6%
E/A Ratio	0.9 ± 0.3	12/29	38.7%
LAVI	31.5 ± 9.3 ml/m ²	8/31	25.8%
PASP	29.0 ± 6.5 mmHg	7/31	22.6%
Septal e'	8.0 ± 1.9 cm/s	3/31	9.7%
Lateral e'	10.5 ± 2.9 cm/s	2/31	6.5%
TRV	231.0 ± 31.4 cm/s	3/31	9.7%
LV Mass Index	80.2 ± 16.8 g/m ²	3/31	9.7%
PULM V S/D	1.3 ± 0.4	2/31	6.5%





eP05

Ο ΡΥΘΜΟΣ ΕΠΑΝΑΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΚΙΡΡΩΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΙΝΑΙ ΥΨΗΛΟΣ ΚΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ρουσοπούλου Σ., Σπάχο Μ., Χαραλαμπίδης Κ., Σιδεράς Λ., Πλέκη Στ., Κολαζά Μ., Πανάς Π., Οικονόμου Θ., Γουλής Ι., Σινάκος Μ.

Δ' Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι επιπλοκές της κίρρωσης του ήπατος οδηγούν σε συχνές νοσηλείες, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και επιβαρύνοντας σημαντικά το σύστημα υγείας. Ο υπολογισμός της συχνότητας των νοσηλείων και η κατανόηση των παραγόντων, που συμβάλλουν σε αυτές, είναι απαραίτητα στοιχεία για την εκτίμηση της επιβάρυνσης από τη νόσο. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή της συχνότητας των νοσηλείων ασθενών με κίρρωση του ήπατος και των πιθανών παραγόντων, που την επηρεάζουν, καθώς και η διερεύνηση των κυριότερων αιτιών επανανοσηλείας.

Υλικό-Μέθοδοι: Η παρούσα μελέτη αποτελεί μελέτη παρατήρησης ασθενών, που νοσηλεύτηκαν λόγω κίρρωσης του ήπατος στη Δ' Παθολογική Κλινική του ΓΝΘ Ιπποκρατείου στο διάστημα 2022-2024. Η διάγνωση της κίρρωσης βασίστηκε στο ηλεκτρονικό σύστημα καταχώρησης εξιτηρίων. Καταγράφηκε αναδρομικά η πρώτη νοσηλεία στην κλινική μας και οι επακόλουθες νοσηλείες των ασθενών μέχρι το Φεβρουάριο του 2026 από το ηλεκτρονικό αρχείο του νοσοκομείου, ενώ συλλέχθηκαν και δημογραφικά και κλινικά δεδομένα, που αφορούσαν στην πρωτοπαθή νόσο, καθώς και στις συννοσηρώσεις των ασθενών. Αποκλείστηκαν ασθενείς με ελλιπή κλινικά δεδομένα. Κύριο σημείο ενδιαφέροντος ήταν ο αριθμός των νοσηλείων των ασθενών και οι αιτίες επανανοσηλείας τους. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση και ανάλυση αρνητικής διωνυμικής παλινδρόμησης για την εκτίμηση των παραμέτρων, που επηρεάζουν τον αριθμό επανανοσηλείων και τη διάρκεια νοσηλείας.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 69 ασθενείς (55,1% άνδρες, διάμεση ηλικία κατά την πρώτη νοσηλεία 61,5 έτη [IQR:54-74]). Οι πρωτοπαθείς νόσοι, που οδήγησαν τους ασθενείς σε κίρρωση, ήταν η διαταραχή χρήσης αλκοόλ (29%), η μεταβολικά σχετιζόμενη στεατωτική νόσος του ήπατος (24,6%), η αυτοάνοση ηπατίτιδα (21,7%), η HBV λοίμωξη (14,5%) και η HCV λοίμωξη (13%). Ο διάμεσος αριθμός επανανοσηλείων ήταν 4 (IQR:2-8,25) και ο διάμεσος ρυθμός επανανοσηλείων ήταν 4,3/έτος (IQR:1,77-9,25). Η διάμεση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών ήταν 7,75 ημέρες (IQR:3,89-12,81). Ο διάμεσος αριθμός επανανοσηλείων, μη συμπεριλαμβανόμενων των μονοήμερων νοσηλείων για παρακέντηση ασκτικού υγρού, ήταν ξανά 4 (IQR: 2-7) και η διάμεση διάρκεια νοσηλείας 8,6 ημέρες (IQR:4,14-14). Οι συχνότερες αιτίες εισόδου των ασθενών ήταν ο ασκίτης (43%), η αναιμία (7,9%) και οι λοιμώξεις (5,9%). Η διάμεση επιβίωση των ασθενών μετά την πρώτη τους νοσηλεία ήταν 26 μήνες (IQR:10,5-55,25). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού επανανοσηλείων ή της διάρκειας νοσηλείας και της ηλικίας, του MELD-Na score ή των εργαστηριακών εξετάσεων ηπατικής λειτουργίας κατά την πρώτη νοσηλεία.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει υψηλό ρυθμό επανανοσηλείων των ασθενών με κίρρωση του ήπατος, καθώς και εκτεταμένο χρονικό διάστημα νοσηλείας. Η αντιμετώπιση του ασκίτη αποτελεί τη συχνότερη αιτία επανεισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο. Οι επανανοσηλείες των ασθενών με κίρρωση του ήπατος φαίνονται να είναι ανεξάρτητες από την αρχική βαρύτητα της κίρρωσης και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.



eP06

ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ

Πρωτοπαπάς Άδ., Παπαθανασίου Ε., Κυρίτση Β., Τσανκώφ Α., Σαββόπουλος Χ., Πρωτοπαπάς Α.

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Η διενέργεια επεμβατικών πράξεων σε κίρρωτικούς ασθενείς συχνά αποθαρρύνεται, καθώς θεωρείται ότι οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο περιεπεμβατικής αιμορραγίας, ακόμη και σε επεμβάσεις χαμηλού κινδύνου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η προοπτική αξιολόγηση των αιμορραγικών επιπλοκών σε ασθενείς με κίρρωση που υποβάλλονται σε μη-χειρουργικές επεμβάσεις.

Μέθοδοι: Όλες οι μη χειρουργικές επεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς με κίρρωση στο τμήμα μας μεταξύ Μαΐου και Οκτωβρίου 2025 καταγράφηκαν προοπτικά, μαζί με τα χαρακτηριστικά των ασθενών. Οι επεμβάσεις κατηγοριοποιήθηκαν ως χαμηλού, αβέβαιου ή υψηλού κινδύνου σύμφωνα με ένα πρόσφατος διεθνές κείμενο ομοφωνίας.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 74 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε συνολικά 204 επεμβάσεις. Από αυτές τις επεμβάσεις, το 49% πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα και το 83.8% σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση. Οι ασθενείς είχαν μέση βαθμολογία MELD-Na 17.5 [6-37.7] και μέση βαθμολογία Child-Pugh 8 [5-13]. Επιπλέον, οι μέσες τιμές αιμοπεταλίων και INR ήταν 122 [23-391] 109/L και 1.23 [0.89-4.4], αντίστοιχα. Οι πιο συχνές επεμβάσεις ήταν η εκκενωτική παρακέντηση ασκίτη (36.3%), η διαγνωστική παρακέντηση ασκίτη (20.6%), η γαστροσκόπηση (14.2%), η ενδοσκοπική απολίνωση κισμών (6.9%), εισαγωγή κεντρικού φλεβικού καθετήρα (5.4%) και τοποθέτηση διασφαγιτιδικής ενδοηπατικής πυλαιοσυστηματικής αναστόμωσης (4.4%). Η πλειονότητα των επεμβάσεων ταξινομήθηκε ως χαμηλού κινδύνου (79.8%), με μόνο το 2% να είναι υψηλού κινδύνου. Το 20.3% των ασθενών λάμβανε αντιπηκτική αγωγή κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Ελάσσονες αιμορραγίες εμφανίστηκαν στο 4,4% των επεμβάσεων, χωρίς να σημειωθούν περιπτώσεις μείζονος αιμορραγίας. Παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ των περιπτώσεων ελάσσονος αιμορραγίας και της χρήσης αντιπηκτικών ($p=0.018$).

Συμπεράσματα: Σε αυτή την προοπτική κοόρτη ασθενών με κίρρωση, τα επεισόδια περιεπεμβατικής αιμορραγίας σε ασθενείς με κίρρωση ήταν σπάνια και περιοριζόταν σε ελάσσονες αιμορραγίες, γεγονός που υποστηρίζει την ασφάλεια των περισσότερων μη-χειρουργικών επεμβάσεων σε αυτόν τον πληθυσμό.



eP07

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

Οικονόμου Θ.¹, Καρακάση Κ.-Ε.², Λιούλιος Γ.^{3,4}, Ξωχέλλη Α.³, Κατσάνος Γ.², Τσουλφάς Γ.², Φυλάκτου Α.³, Γουλής Ι.¹

1. Δ' Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
2. Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
3. Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Ανοσολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
4. Νεφρολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Η μεταμόσχευση ήπατος θεωρείται κατάσταση χαμηλού ανοσολογικού κινδύνου, λόγω της ικανότητας του ήπατος να δεσμεύει και να καταστρέφει αντι-HLA αντισώματα τάξης-I, και μη έκφρασης μορίων HLA τάξης-II στα ηπατοκύτταρα.

Σκοπός & Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε ενδιαφέρουσα περίπτωση οξείας αντισωματικής απόρριψης σε λήπτη ηπατικού μοσχεύματος κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.

Αποτελέσματα: Άρρεν ασθενής 62 ετών υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση ήπατος από πτωματικό δότη 56 ετών, λόγω κίρρωσης σε έδαφος MASLD και ΗΚΚ εντός κριτηρίων Μιλάνου, χωρίς αξιόλογο λοιπό ατομικό ιστορικό. Άμεσα μετά το χειρουργείο τέθηκε σε ανοσοκατασταλτικό σχήμα βάση πρωτοκόλλου και σταθεροποιήθηκε σε αγωγή με κορτικοστεροειδή, τακρόλιμους, mycophenolate mofetil και χημειοπροφύλαξη με valganciclovir και trimethoprim/sulfamethoxazole. Από τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες παρατηρήθηκε δυσλειτουργία του μοσχεύματος με επιδεινούμενο ίκτερο (κορυφαίες τιμές ολικής χολερυθρίνης 30mg/dL, άμεσης 20mg/dL) και εμμένουσα τρανσαμινασαιμία (SGOT 250U/L, SGPT 350U/L). Αποκλείστηκαν χειρουργικά ή άλλα αίτια διαταραχής της ηπατικής λειτουργίας και αποφασίστηκε η διενέργεια βιοψίας στο μόσχευμα. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε υπερτροφία των ενδοθηλιακών κυττάρων, διάταση των πυλαίων τριχοειδών και περιπυλαίο οίδημα, με έντονα θετική χρώση έναντι C4d, ευρήματα συμβατά με οξεία απόρριψη αντισωματικού τύπου. Παράλληλα, έγινε HLA τυποποίηση υψηλής ανάλυσης σε δότη και λήπτη (0/6 συμβατά αλληλία), προσδιορίστηκαν αντι-HLA αντισώματα και βρέθηκε αυξημένος τίτλος DSA (HLA-A*02:01, HLA-B*45:01 και HLA-B*55:01), με MFI>10000. Συνδυάζοντας τα ιστολογικά δεδομένα με τα ευρήματα από τον ειδικό έλεγχο συμβατότητας/ αντισωμάτων DSA και τον αποκλεισμό άλλων αιτιών ηπατικής δυσλειτουργίας, υποστηρίχθηκε η διάγνωση της αντισωματικής απόρριψης. Με βάση την δημοσιευμένη εμπειρία, στον ασθενή μας εφαρμόστηκε το θεραπευτικό πρωτόκολλο που ακολουθείται για απευαισθητοποίηση σε μείζονες ασυμβατότητες: υποβλήθηκε σε 9 συνεδρίες πλασμαφαίρεσης, ακολουθούμενες από χορήγηση υψηλών δόσεων ενδοφλέβιας γ-σφαιρίνης (2-4gr/kg/d), ενώ λόγω καθυστερημένης ανταπόκρισης προχώρησε και σε επόμενη γραμμή θεραπείας και χορηγήθηκε rituximab. Στα μεσοδιαστήματα των θεραπειών γίνονταν διαδοχικές μετρήσεις αντι-HLA αντισωμάτων τα οποία σταδιακά κατέγραψαν υποχώρηση, με παράλληλη βελτίωση και της ηπατικής λειτουργίας. Δύο μήνες μετά ο τίτλος των αντι-HLA αντισωμάτων μειώθηκε κατά 50%, ενώ τέσσερις μήνες μετά αρνητικοποιήθηκε. Η λειτουργία του μοσχεύματος παραμένει φυσιολογική μέχρι και σήμερα, 9 μήνες μετά την μεταμόσχευση.

Συμπεράσματα: Τα προσχηματισμένα αντι-HLA αντισώματα μπορούν να προκαλέσουν οξεία αντισωματική απόρριψη ηπατικού μοσχεύματος. Ο έλεγχος ιστοσυμβατότητας, ο προσδιορισμός του τίτλου αντισωμάτων DSA και η υψηλή κλινική υποψία παίζουν καθοριστικό ρόλο στην έγκαιρη διάγνωση και ορθή αντιμετώπιση αυτής της σπάνιας και δύσκολης στην θεραπεία κλινικής οντότητας στην μεταμόσχευση ήπατος.



eP08

ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΛΗΠΤΩΝ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ

Σπάχο Μ.¹, Ρουσοπούλου Σ.¹, Οικονόμου Θ.¹, Αγοραστόυ Π.¹, Κοφινάς Α.², Καρακάση Κ.², Κατσάνος Γ.², Αντωνιάδης Ν.², Γουλεμέ Ο.³, Βασιλειάδης Θ.³, Ακριβιάδης Ε.¹, Γουλής Ι.¹, Τσουλφάς Γ.², Σινάκος Μ.¹

1. 'Δ Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
2. Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
3. 'Β Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι μακροπρόθεσμες επιπλοκές και η διαχείριση των συννοσηροτήτων των ληπτών ηπατικού μοσχεύματος παραμένουν σημαντικές προκλήσεις κατά τη μακρόχρονη παρακολούθησή τους. Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την επιβίωση και των μεταβολών στις συννοσηρότητες μετά τη μεταμόσχευση είναι κρίσιμη για τη βελτίωση της πρόγνωσης αυτών των ασθενών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των κυριότερων απώτερων αιτιών θανάτου μετά τη μεταμόσχευση ήπατος, καθώς και η συσχέτιση των συννοσηροτήτων με την επιβίωση των ασθενών.

Υλικό-Μέθοδοι: Η παρούσα μελέτη αποτελεί αναδρομική μελέτη παρατήρησης ασθενών που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση ήπατος και παρακολουθούνται στα Εξωτερικά Ιατρεία Μεταμοσχεύσεων του ΓΝΘ Ιπποκράτειου. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με επιβίωση μετά τη μεταμόσχευση μεγαλύτερη του ενός έτους. Συλλέχθηκαν δημογραφικά και κλινικά δεδομένα, που αφορούσαν στην πρωτοπαθή νόσο, καθώς και στις συννοσηρότητες πριν και μετά τη μεταμόσχευση. Αποκλείστηκαν ασθενείς με ελλιπή κλινικά δεδομένα. Κύριο σημείο ενδιαφέροντος ήταν οι αιτίες θανάτου των ασθενών μετά τη μεταμόσχευση. Πραγματοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση, ώστε να προσδιοριστούν οι ανεξάρτητοι παράγοντες που επηρεάζουν τον χρόνο επιβίωσης και McNemar test για την αξιολόγηση των συννοσηροτήτων πριν και μετά τη μεταμόσχευση.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 65 ασθενείς (81,5% άνδρες, μέση ηλικία μεταμόσχευσης $51,2 \pm 13,3$ έτη, μέση ηλικία θανάτου $61,9 \pm 12$ έτη). Οι κυριότερες πρωτοπαθείς ηπατικές νόσοι, που οδήγησαν στη μεταμόσχευση ήταν ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος (29,4%), η HBV κίρρωση (27,9%), η αλκοολική κίρρωση (27,9%) και η HCV κίρρωση (11,8%). Οι κύριες αιτίες θανάτου ήταν η ανάπτυξη κακοήθειας (45,6%), τα συμβάματα σχετιζόμενα με ηπατική νόσο (16,2%) και οι λοιμώξεις (15,4%). Οι κυριότεροι τύποι καρκίνου ήταν ο καρκίνος του πνεύμονα (37,5%) και η υποτροπή του ηπατοκυτταρικού καρκίνου (28,1%). Οι συχνότερες συννοσηρότητες μετά τη μεταμόσχευση ήταν η χρόνια νεφρική νόσος (38,2%), ο σακχαρώδης διαβήτης (22,1%), η αρτηριακή υπέρταση (19,1%), η δυσλιπιδαιμία (14,7%) και η ανάπτυξη αρρυθμιών (11,8%), ενώ υποτροπή της πρωτοπαθούς (μη νεοπλασματικής) ηπατικής νόσου συνέβη στο 7,4% των ασθενών. Το test McNemar επιβεβαίωσε στατιστικά τη σημαντική αύξηση στην εμφάνιση χρόνιας νεφρικής νόσου ($\chi^2 = 24,04$, $p < 0,001$) και κακοηθειών ($\chi^2 = 24,3$, $p < 0,001$) μετά τη μεταμόσχευση. Η γραμμική παλινδρόμηση ανέδειξε ότι η υποτροπή της πρωτοπαθούς ηπατικής νόσου μετά τη μεταμόσχευση συσχετίζεται με μειωμένο χρόνο επιβίωσης ($B = -9,27$, $p = 0,011$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει ως βασική αιτία θανάτου μετά τη μεταμόσχευση ήπατος την ανάπτυξη κακοήθειας. Η χρόνια νεφρική νόσος αποτελεί τη συχνότερη συννοσηρότητα στους λήπτες ηπατικού μοσχεύματος. Η επιτήρηση των ληπτών ηπατικού μοσχεύματος, ώστε να ανιχνευθεί τυχόν κακοήθεια σε πρώιμο στάδιο και οι παρεμβάσεις, που στοχεύουν στη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης χρόνιας νεφρικής νόσου αποτελούν βασικούς πυλώνες της μακροπρόθεσμης παρακολούθησης των ληπτών ηπατικού μοσχεύματος, που θα συντελέσουν και στη βελτίωση της επιβίωσής τους.



eP09

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Παχιαδάκης Ι.¹, Κουκουφίκη Α.¹, Σιδεράς Λ.¹, Πανάς Π.¹, Πλέκη Σ.¹, Τσουλάς Γ.², Αντωνιάδης Ν.², Κατσάνος Γ.², Γουλής Ι.¹

1. Δ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη
2. Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος (OLTx) αποτελεί τη μοναδική θεραπευτική επιλογή για ασθενείς με ηπατική νόσο τελικού σταδίου, εξασφαλίζοντας εξαιρετικά ποσοστά επιβίωσης. Ωστόσο, η εκτιμώμενη επίπτωση των επιπλοκών από τα χοληφόρα μετά τη μεταμόσχευση ανέρχεται σε ποσοστό 5-32% και παραμένουν σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε αυτή την ομάδα ασθενών. Οι πιο συχνές επιπλοκές περιλαμβάνουν τις στενώσεις χοληφόρων (αναστομωτικές και μη-αναστομωτικές) και τις διαφυγές χολής, ενώ εκδηλώνονται κυρίως κατά το πρώτο έτος μετά τη μεταμόσχευση. Η ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπακρεατογραφία (ERCP) με τοποθέτηση ενδοπροθέσεων χοληφόρων συστήνεται σαν αρχική μέθοδος εκλογής για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων επιπλοκών.

Σκοπός: Να ανασκοπηθούν τα δεδομένα αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της ενδοσκοπικής αντιμετώπισης των μεταμοσχευμένων ασθενών του κέντρου μας με επιπλοκές χοληφόρων.

Μέθοδος: Από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων του ενδοσκοπικού εργαστηρίου διενεργήθηκε αναδρομική αναζήτηση των ενήλικων ασθενών με ιστορικό OLTx που υποβλήθηκαν σε θεραπευτική ERCP για επιπλοκές χοληφόρων από τον Δεκέμβριο 2025 έως τον Ιανουάριο 2026. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, οι ενδείξεις της εξέτασης και δεδομένα αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της παρέμβασης. Η θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση των στενώσεων χοληφόρων περιλάμβανε ενδοσκοπική διαστολή με μπαλόνι και τοποθέτηση αυξανόμενου αριθμού πλαστικών ενδοπροθέσεων. Οι επαναληπτικές συνεδρίες ERCP για αντικατάσταση των ενδοπροθέσεων διενεργούνταν ανά 3-4 μήνες μέχρι την επίτευξη λύσης της στένωσης. Στην περίπτωση των διαφυγών χολής τοποθετούνταν μόνο ενδοσκοπική ενδοπρόθεση χοληφόρων. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό IBM SPSS Statistics version 29.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 20 μεταμοσχευμένοι ασθενείς (75% άνδρες, μέση ηλικία 56.5±10.8 έτη), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε θεραπευτική ERCP για επιπλοκές χοληφόρων. Αναστομωτική στένωση του χοληδόχου πόρου εμφάνισαν 16 (80%) ασθενείς και διαφυγή χολής μετά τη μεταμόσχευση παρατηρήθηκε σε 4 (20%) ασθενείς. Ο διάμεσος χρόνος από τη μεταμόσχευση μέχρι τη διάγνωση της επιπλοκής ήταν 2.7 (IQR 0.8-8.3) μήνες για τις στενώσεις και 0.4 (IQR 0.3-0.8) μήνες για τις διαφυγές χοληφόρων, αντίστοιχα. Διενεργήθηκε διαστολή της στένωσης με τοποθέτηση πολλαπλών ενδοπροθέσεων, με διάμεσο αριθμό 3 (IQR 0-4.75) ευθέων πλαστικών ενδοπροθέσεων διαμέτρου 10 French για την πλήρη λύση της αναστομωτικής στένωσης. Η διάμεση διάρκεια της θεραπείας ήταν 12.9 (IQR 5.05-50.6) μήνες, με διάμεσο αριθμό παρεμβάσεων 3 (IQR 1-5) ERCP ανά ασθενή. Στις συνολικά 36 ERCP που διενεργήθηκαν σε μεταμοσχευμένους ασθενείς, παρατηρήθηκε ήπια αιμορραγία σχετιζόμενη με σφιγκτηροτομή (16%), οξεία χολαγγειίτιδα (11%) και διάτρηση (2%). Οι επιπλοκές μετά από ERCP αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, ενώ δεν σημειώθηκε θάνατος σχετιζόμενος με την παρέμβαση.

Συμπεράσματα: Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση επιπλοκών από τα χοληφόρα μετά από μεταμόσχευση ήπατος είναι αποτελεσματική και ασφαλής.



eP10

ΠΥΛΑΙΟ-ΚΟΛΠΟΕΙΔΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (PSVD): ΜΙΑ ΟΝΤΟΤΗΤΑ ΜΕ ΠΟΛΛΑ ΠΡΟΣΩΠΑ- ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΜΙΑΣ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

Συρίχα Α., Σακελλαρίου Σ., Ζώγας Γ., Αντωνιάδη Δ., Μαλατέστα Μ., Μόσιαλος Β., Πάντζιος Σ., Σιδηρόπουλος Ο., Ελευσινιώτης Ι.

Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική- Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Εισαγωγή: Η PSVD αποτελεί μία σχετικά σπάνια ανευρισκόμενη ηπατική διαταραχή η οποία συνδέεται με διάφορα νοσήματα (αυτοάνοσα, λοιμώδη, αιματολογικά) και εμφανίζει ποικίλη κλινική έκφραση ενώ αρκετά συχνά παραμένει αδιάγνωστη. Χαρακτηρίζεται από απουσία κίρρωσης, με ή χωρίς σημεία πυλαίας υπέρτασης, και αγγειακές αλλοιώσεις των πυλαίων φλεβιδίων και κολποειδών.

Σκοπός: Η παρουσίαση ασθενών με PSVD που προσήλθαν τα τελευταία 2 έτη στη μονάδα μας.

Μέθοδοι: 1) Άνδρας 83 ετών με ιστορικό νόσου Crohn και απομυελινωτικής πολυνευροπάθειας προσεκομίσθη λόγω μέλαινων κενώσεων. Κλινικά παρουσίαζε σπληνομεγαλία και ασκίτη πυλαίας υπέρτασης ενώ από τον εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο ανευρέθη αναιμία, θρομβοπενία και μη κίρρωτικό ήπαρ με αυξημένο εύρος πυλαίας φλέβας αντίστοιχα. Η γαστροσκόπηση ανέδειξε αγγειεκτασίες άντρου στομάχου με ενεργό οozing αιμορραγία και διενεργήθη ενδοσκοπική περίδεση με ελαστικούς δακτυλίους.

2) Γυναίκα 50 ετών προσήλθε λόγω ανεύρεσης ασκίτικης συλλογής και μορφώματος ΔΕ ωσθήκης σε εξωτερικό έλεγχο. Διαπιστώθηκε ικτερική χροιά, σπληνομεγαλία, λευκοκυττάρωση, αναιμία, θρομβοκυττάρωση, υπερχοληρυθριναιμία, παράταση χρόνων πήξης και ασκίτικό υγρό υπέρ πυλαίας υπέρτασης με αρνητική κυτταρολογική εξέταση για κακοήθεια. Το επόμενο βήμα ήταν η διενέργεια οσσεομυελικής βιοψίας με την οποία ετέθη η διάγνωση της πρωτοπαθούς μυελοίνωσης (JAK-2 positive).

3) Γυναίκα 52 ετών διεκομίσθη στην κλινική μας λόγω διαλείποντος εμπυρέτου από διμήνου με συνοδό πρόσφατη ανεύρεση χολοστατικής ηπατίτιδας (AST 1055, ALT 716, γGt 141, ALP 135). Πρόκειται για ασθενή με ιστορικό ΣΕΛ υπό υδροξυχλωροκίνη και χειρουργηθέντος καρκίνου ενδομητρίου σε έδαφος συνδρόμου Lynch. Δεν παρουσίαζε εικόνα ενεργού αρθρίτιδας ενώ ανευρέθησαν στοιχεία μη κίρρωτικής πυλαίας υπέρτασης, όπως ηπατοσπληνομεγαλία και μεγάλη ασκίτικη συλλογή (SAAG 1.5). Η πυλαία φλέβα ήταν βατή και ο ιολογικός/ανοσολογικός έλεγχος αρνητικός. Οι απεικονίσεις (CT/MRI/PET-CT) απέκλεισαν την ενεργό κακοήθεια.

4) Άνδρας 35 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε λόγω εμμένουσας αδιευκρίνιστης τρανσαμινασαιμίας (AST 100, ALT 110) από δεκαετίας, υπό παρακολούθηση. Η ελαστογραφία ήπατος ανέδειξε μη κίρρωτικό ήπαρ.

5) Άνδρας 60 ετών με ιστορικό ψωρίασης από 40 ετών προσήλθε ασυμπτωματικός λόγω εμμένουσας εικόνας χολόστασης (γGT 100, ALP 220) υπό ουρσοδεοξυχολικό οξύ και αυξημένης CRP. Ο ιολογικός/μικροβιολογικός/ανοσολογικός/αιματολογικός του έλεγχος ήταν αρνητικός. Η MRI κοιλίας/MRCP ανέδειξε μη κίρρωτικό ήπαρ και οιδηματική απεικόνιση της ηπατικής κάψας και του παρεγχύματος, εικόνα συμβατή με φλεγμονώδη νόσο του οργάνου.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ανωτέρω ασθενείς υπεβλήθησαν σε βιοψία ήπατος από την οποία ανευρέθη μη κίρρωτικό ήπαρ καθώς και ευρήματα που εμπίπτουν στο φάσμα της PSVD και περιλαμβάνουν τη διεύρυνση του αυλού των ηπατικών φλεβιδίων (herniation), τη φλεγμονή, διάταση, συμφόρηση και τριχοειδοποίηση των κολποειδών καθώς και την περικολποειδική ίνωση. Επιπλέον, εναλλασσόμενες περιοχές αναγεννητικής υπερπλασίας των ηπατοδοκίδων με περιοχές με διάταση των κολποειδών. Αξιοσημείωτο είναι πως η δεύτερη βιοψία ανέδειξε και εστίες εξωμυελικής αιμοποίησης.

Συμπεράσματα: Οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να εξοικειωθούν με το ευρύ φάσμα εκδηλώσεων της PSVD το οποίο κυμαίνεται από την απλή διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας, απουσία συμπτωμάτων, μέχρι την εκδήλωση κλινικά σημαντικής, μη κίρρωτικής πυλαίας υπέρτασης.

eP11

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΚΙΡΡΩΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΒΑΡΚΕΛΩΝΗΣ

Αναστασίου Ι.¹, Αμύγδαλος Σ.¹, Παπαστεργίου Β.², Φωτεινού Α.¹, Ψαρομπάς Ι.¹, Σπανού Α.¹, Κούρτης Ι.¹, Κουκιά Σ.¹, Ντούμου Ε.¹, Σπάρταλης Κ.¹, Κεραμέας Ν.¹, Κουντούρης Η.¹, Καραταπάνης Σ.¹

1. Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου
2. Γαστρεντερολογική Κλινική Θεραπευτήριο «Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εισαγωγή: Η ανάπτυξη του ηπατοκυτταρικού καρκίνου (ΗΚΚ) γίνεται συνήθως σε κίρρωτικό υπέδαφος, και για στην αντιμετώπιση του ακολουθείται το σύστημα ταξινόμησης της Βαρκελώνης (BCLC). Το σύστημα αυτό συνδυάζει στο βέλτιστο δυνατό βαθμό τις θεραπευτικές επιλογές του ΗΚΚ ανάλογα με το στάδιο του νεοπλασματος.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης μας ήταν να ταξινομήσουμε τους ασθενείς με ΗΚΚ σύμφωνα με το σύστημα της Βαρκελώνης και να διερευνηθούν και άλλα κλινικά χαρακτηριστικά.

Μέθοδοι: Στη μελέτη μας έλαβαν μέρος 108(Α/Γ=77/31) ασθενείς με κίρρωση που διαγνώστηκαν με ΗΚΚ στο νοσοκομείο μας την τελευταία 7ετία. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε πλήρη εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο για τη διερεύνηση της αιτιολογίας και της βαρύτητας της κίρρωσης, αλλά και για την ορθή ταξινόμηση σύμφωνα με το BCLC σύστημα.

Αποτελέσματα: Η αιτιολογία της κίρρωσης ήταν ηπατίτιδα Β (20/108)18.5%, ηπατίτιδα C (21/108) 19.4%, ηπατίτιδα Β και αλκοόλ (5/108) 4.62%, ηπατίτιδα C και αλκοόλ (11/108)10.1%, αλκοολική κίρρωση (26/108)24.0%, μεταβολικά συνδεόμενη λιπώδης νόσος του ήπατος(MASLD) (21/108)19.4%, λουτά (4/108)3.7%. Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης BCLC, οι ασθενείς μας κατατάχτηκαν στα ακόλουθα στάδια : BCLC-A (17/108) 15.7%, BCLC-B (22/108)20.4%, BCLC-C (45/108)41.60%, BCLC-D (24/108) 22.2%. Παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των ασθενών ήταν στάδιο BCLC-C. Παρατηρήσαμε επίσης ότι σημαντικό ποσοστό ασθενών έπασχε από ΣΔ (28/108)25.9%

Συμπεράσματα: Στη μελέτη μας δείχθηκε ότι οι συνηθέστερες αιτίες δημιουργίας ηπατοκυτταρικού καρκινώματος είναι η χρόνια ηπατίτιδα Β, η κατάχρηση αλκοόλ και η χρόνια ηπατίτιδα C, ενώ σημαντικό ποσοστό ασθενών αναπτύσσουν ΗΚΚ σε έδαφος MASLD. Η πλειονότητα των ασθενών διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης της Βαρκελώνης.



eP12

ΣΗΜΑΣΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ TURNER ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΡΜΟΝΙΚΗΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ: ΣΕΙΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Πανουτσάκου Γ.¹, Διάκου Ε.¹, Τριφύλλη Ε.-Μ., Παπανικολάου Δ.¹, Παπαδόπουλος Ν.^{1,2}, Μανωλακόπουλος Σ.¹, Deutsch M.¹

1. Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝ. "Ιπποκράτειο", Αθήνα
2. Εθνικός Οργανισμός Πρόληψης και Θεραπείας Εξαρτήσεων (ΕΟΠΑΕ), Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Το Σύνδρομο Turner (TS, 45,X) είναι χρωμοσωμική διαταραχή που αφορά αποκλειστικά γυναίκες και χαρακτηρίζεται από πλήρη ή μερική απουσία ενός X χρωμοσώματος. Η νόσος συνοδεύεται από πολυσυστηματικές εκδηλώσεις, όπως καρδιομεταβολική και ηπατική δυσλειτουργία. Η ηπατική βλάβη είναι συχνά ασυμπτωματική, με 30-60% των ασθενών να εμφανίζουν αυξημένες τιμές ηπατικών ενζύμων (LFT's). Οι ηπατικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν κυρίως την ύπαρξη στεάτωσης με/χωρίς στεατοηπατίτιδα στο πλαίσιο της Μεταβολικά Σχετιζόμενης Στεατωτικής Νόσου του Ήπατος (MASLD) με δυναμική ανάπτυξη ίνωσης και εξέλιξη σε κίρρωση. Παρά την αναγκαιότητα της Θεραπείας Ορμονικής Υποκατάστασης (Hormone Replacement Therapy, HRT) στο TS, η επίδρασή της στην MASLD παραμένει ασαφής.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη διερευνά τη σχέση μεταξύ HRT και ηπατικής νόσου σε γυναίκες με TS, αξιολογώντας την επίδρασή της ως προς την εξέλιξη της ηπατικής νόσου.

Μέθοδοι: Με αφορμή τρία περιστατικά γυναικών με TS και διαταραχή LFTs, πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσω PubMed. Η ανάλυση επικεντρώθηκε στη σχέση μεταξύ TS, HRT και χρονίων ηπατικών νοσημάτων, κυρίως MASLD.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς (Α, Β και Γ) διαγνώστηκαν σε μέση ηλικία 15 ετών και ξεκίνησαν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (HRT) με οιστραδιόλη και προγεστεραιοειδή, ενώ η ασθενής Α έλαβε επιπλέον αυξητική ορμόνη. Το μέσο βάρος των ασθενών ήταν περίπου 56,7 kg και ο μέσος BMI 26,3 kg/m².

Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ετήσιο έλεγχο ηπατικών ενζύμων (LFTs) και ελαστογραφία ήπατος για αξιολόγηση του βαθμού στεάτωσης (Controlled Attenuation Parameter - CAP) και ίνωσης (Liver Stiffness Measurement - LSM). Κατά την παρακολούθηση των ασθενών Α, Β και Γ σε ηλικία 22, 27 και 29 έτη, αντιστοίχως παρατηρήθηκαν αυξημένα επίπεδα γ-γλουταμυλτρανσφεράσης (γGT, μέση τιμή: 152 U/L), ενώ η ασθενής Α εμφάνισε και παθολογική τιμή ALT (225 U/L). Και στις τρεις περιπτώσεις παρατηρήθηκε αύξηση σωματικού βάρους 2-5 κιλά (μέσος όρος 3,3 kg). Η ελαστογραφία ήπατος ανέδειξε ήπιο βαθμό ίνωσης στις ασθενείς Α και Β (μέσος όρος 6,55 kPa) και ήπιο βαθμό στεάτωσης (μέσος όρος 263 dB/m), ενώ στην ασθενή Γ παρατηρήθηκε μέτριος βαθμός ίνωσης (F2: 7,7 kPa) και ήπια στεάτωση (S1). Στον επόμενο έλεγχο, μετά από απώλεια βάρους και διαιτητικές τροποποιήσεις, παρατηρήθηκε μείωση των τιμών στην ασθενή Γ σε 6,1 kPa (F0-F1) και 221 dB/m (S0). Η HRT συνεχίστηκε σε όλες τις ασθενείς σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, σε συνδυασμό με διαιτητικές τροποποιήσεις, οδηγώντας σε σταθεροποίηση των επιπέδων ηπατικών ενζύμων. Ωστόσο, η απόφαση αυτή παραμένει υπό αμφισβήτηση, καθώς μελέτες έχουν δείξει συσχέτιση της HRT με την MASLD και την παχυσαρκία, ακόμη και σε άτομα χωρίς προϋπάρχουσα ηπατική νόσο.

Συμπεράσματα: Το κλινικό δίλημμα συνέχισης της HRT με δυναμικές ηπατικές επιπλοκές σε ασθενείς με TS χρήζει διερεύνησης. Όμως, η καλά ελεγχόμενη θεραπεία σε συνδυασμό με διατροφική τροποποίηση και σωματική άσκηση, φαίνεται να συμβάλλει στη σταθεροποίηση των ηπατικών ενζύμων, τη βελτίωση του μεταβολικού προφίλ και της ποιότητας ζωής, χωρίς να επιδεινώνει την ηπατική νόσο.



Αναφορές:

1. Ching, A. S.; Zhang, X.; Furuya, K. N.; Benoy, M. E.; Bartlett, H. L. Turner Syndrome May Be Associated with Hepatic Adenoma. *Am. J. Med. Genet. A* 2023, 191(10), 2578–2584. DOI: 10.1002/ajmg.a.63341.
2. Wójcik, M.; Ruszała, A.; Januś, D.; Starzyk, J. B. Liver Biochemical Abnormalities in Adolescent Patients with Turner Syndrome. *J. Clin. Res. Pediatr. Endocrinol.* 2019, 11(4), 395–399. DOI: 10.4274/jcrpe.galenos.2019.2018.0271.
3. Twhig, P.; Li, L.; Danford, D.; Craft, M.; Yetman, A. T. Prevalence of Hepatic Steatosis and Fibrosis in Turner Syndrome: A Prospective Case-Control Study. *Liver Int.* 2024, 44(6), 1309–1315. DOI: 10.1111/liv.15840.
4. Singh, I.; Noel, G.; Barker, J. M.; Chatfield, K. C.; Furniss, A.; Khanna, A. D.; et al. Hepatic Abnormalities in Youth with Turner Syndrome. *Liver Int.* 2022, 42(10), 2237–2246. DOI: 10.1111/liv.15358.
5. Bourcigaux, N.; Dubost, E.; Buzzi, J. C.; Donadille, B.; Corpechot, C.; Poujol-Robert, A.; et al. Focus on Liver Function Abnormalities in Patients With Turner Syndrome: Risk Factors and Evaluation of Fibrosis Risk. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2023, 108(9), 2255–2261. DOI: 10.1210/clinem/dgad108.
6. Roulot, D. Liver Involvement in Turner Syndrome. *Liver Int.* 2013, 33(1), 24–30. DOI: 10.1111/liv.12007.
7. Fuchs, M. M.; Attenhofer Jost, C.; Babovic-Vuksanovic, D.; Connolly, H. M.; Egbe, A. Long-Term Outcomes in Patients With Turner Syndrome: A 68-Year Follow-Up. *J. Am. Heart Assoc.* 2019, 8(11), e011501. DOI: 10.1161/JAHA.118.011501.
8. Yoon, S. H.; Kim, G. Y.; Choi, G. T.; Do, J. T. Organ Abnormalities Caused by Turner Syndrome. *Cells* 2023, 12(10), 1365. DOI: 10.3390/cells12101365.
9. Gravholt, C. H.; Andersen, N. H.; Christin-Maitre, S.; Davis, S. M.; Duijnhouwer, A.; Gawlik, A.; et al. Clinical Practice Guidelines for the Care of Girls and Women With Turner Syndrome. *Eur. J. Endocrinol.* 2024, 190(6), G53–G151. DOI: 10.1093/ejendo/lvae050.
10. Viuff, M. H.; Just, J.; Brun, S.; Dam, T. V.; Hansen, M.; Melgaard, L.; et al. Women With Turner Syndrome Are Both Estrogen and Androgen Deficient: The Impact of Hormone Replacement Therapy. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2022, 107(7), 1983–1993. DOI: 10.1210/clinem/dgac167.
11. Zaiem, F.; Alahdab, F.; Al Nofal, A.; Murad, M. H.; Javed, A. Oral Versus Transdermal Estrogen in Turner Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Endocr. Pract.* 2017, 23(4), 408–421. DOI: 10.4158/EP161622.OR.
12. Weiskirchen, R.; Lonardo, A. Sex Hormones and Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease. *Int. J. Mol. Sci.* 2025, 1, 26(19), 9594. DOI: 10.3390/ijms26199594
13. Dong, J.; Dennis, KMJH; Venkatakrisnan, R; Hodson, L; Tomlinson, JW. The Impact of Estrogen Deficiency on Liver Metabolism: Implications for Hormone Replacement Therapy. *Endocr. Rev.* 2025, 46(6), 790-809. DOI:10.1210/edrev/bnaf018



eP13

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β.

Τσιαμπέρας Ν, Σιακαβέλλας Σ, Ταμπάκη Μ, Σαπουνάς Χ, Μανωλακοπούλου Μ, Δεσποτίδης Ι, Κρανιδιώτη Χ, Ντόιτς Μ, Μανωλακόπουλος Σ

Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Η λοίμωξη από τον ιό ηπατίτιδας Β αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως. Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της νόσου επηρεάζονται από τις σύγχρονες γεωπολιτικές εξελίξεις με την αλλαγή των χαρακτηριστικών και των συνηθειών του πληθυσμού που κατοικεί στη χώρα μας. Το 2009 η καταγραφή HEPNET-GREECE ανέδειξε τα βασικά επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της νόσου στη χώρα μας. Η σύγχρονη εικόνα των χαρακτηριστικών της νόσου είναι άγνωστη.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης μας ήταν ο χαρακτηρισμός των σημαντικότερων επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών με HBsAg (+) στην Ελλάδα και η σύγκριση τους με τα αποτελέσματα της μελέτης HEPNET-GREECE του 2009.

Μέθοδος: Ταυτοποιήθηκαν όλοι οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β (HBsAg(+)) που επισκέφθηκαν ΕΙ 3 ηπατολόγων κατά το διάστημα 2015-2025. Οι ασθενείς αυτοί είτε προσήλθαν με πρόσφατη διάγνωση για εξειδικευμένη αντιμετώπιση είτε διαγνώστηκαν από τη Μονάδα μας στα πλαίσια διερεύνησης διαταραχών ηπατικής βιοχημείας. Κλινικοεργαστηριακά και δημογραφικά δεδομένα αναζητήθηκαν από τα ιατρικά αρχεία. Η διάγνωση της κίρρωσης έγινε με κλινικο-εργαστηριακά δεδομένα ή/και τιμές ηπατικής ακαμψίας >12 kPa.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν δεδομένα από 747 ασθενείς. 55.7% (n=416) ήταν άρρενες με διάμεση ηλικία 49.9 έτη. Το 50.9% των ασθενών είχε ελληνική καταγωγή, το 34.9% προερχόταν από άλλες χώρες των Βαλκανίων ενώ το υπόλοιπο 14.2% είχε προέλευση από τον υπόλοιπο κόσμο. Η πλειοψηφία (64.2%) των ασθενών δεν είχε οικογενειακό ιστορικό HBV λοίμωξης ή γνωστή αιτία μετάδοσης (59.6%), με τον πιο συχνό γνωστό τρόπο μετάδοσης να αναδειχθεί η ενδοοικογενειακή διασπορά (33.2%). Με βάση τις τιμές των τρανσαμινασών και του HBV DNA κατά τη διάγνωση/1^η επίσκεψη 5.6% είχαν HBeAg (+) HBV, 54.8% είχαν HBeAg (-) infection και 39.4% HBeAg (-) hepatitis. Τελικά αντική θεραπεία έλαβε το 47.4% των ασθενών. Σε σύγκριση με τη μελέτη HEPNET-GREECE η παρούσα κοορτή είχε περισσότερες γυναίκες (44.3% vs 37.3%, p<0.001), περισσότερους ασθενείς με καταγωγή εκτός των Βαλκανίων (14.2% vs 4.3%, p<0.001), πιο συχνό οικογενειακό ιστορικό (36.8% vs 32.7% p=0.017) και πιο συχνή χορήγηση θεραπείας (47.4% vs 26%, p<0.001). Για το 54% των ασθενών υπάρχουν στοιχεία για το HDV status τους με το 8.6% εξ αυτών να είναι anti-HDV (+). 388 ασθενείς (52%) υπεβλήθησαν σε ελαστογραφία και 54 (7.2%) σε βιοψία ήπατος κατά τη διάγνωση τους με το 68.6% να έχουν καθόλου ή ήπια ίνωση, 13.1% μετρίου βαθμού, 8.8% προχωρημένη ίνωση και 9.5% να έχουν ήδη περάσει σε κίρρωση. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης το 2.3% των ασθενών ανέπτυξαν ΗΚΚ μετά από ενδιάμεσο διάστημα 38 μηνών ενώ 7.7% των ασθενών απεβίωσαν.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα μας είναι ενδεικτικά μίας μεταβαλλόμενης επιδημιολογικής εικόνας των ασθενών με HBV λοίμωξη στον ελληνικό χώρο με σημαντικό ποσοστό αυτών να παρουσιάζονται ακόμη με προχωρημένη ίνωση ή κίρρωση ήπατος.



eP14

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΝΩΣΕΩΝ, ΣΤΑΣΕΩΝ, ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΣΕ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Στατήρη Α.¹, Αδαμακίδου Θ.², Μάργαρη Ν.², Γκοβίνα Ο.³, Γιακουμιδάκης Κ.⁴, Δοκουσιδίου Ε.³

1. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, Σχολική Νοσηλεύτρια, Κέρκυρα, Ελλάδα
2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αιγάλεω, Αττική, Ελλάδα
3. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αττική, Ελλάδα
4. Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, Κρήτης, Ελλάδα

Εισαγωγή: Οι φοιτητές Νοσηλευτικής λόγω της πρώιμης κλινικής έκθεσής τους σε αίμα και βιολογικά υγρά, ανήκουν σε ομάδα αυξημένου επαγγελματικού κινδύνου για λοιμώξεις, όπως η ηπατίτιδα Β (HBV). Ο εμβολιασμός τους έναντι του HBV αποτελεί βασικό μέτρο πρωτογενούς πρόληψης, ωστόσο τα ελληνικά δεδομένα για την ανοσοποίηση τους είναι περιορισμένα.

Σκοπός: Η διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων, πρακτικών και της εμβολιαστικής κάλυψης έναντι της ηπατίτιδας Β στους φοιτητές Νοσηλευτικής.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική, περιγραφική μελέτη με δείγμα ευκολίας 1.261 φοιτητών Νοσηλευτικής από τα δυο μεγαλύτερα Πανεπιστήμια της Ελλάδας (Σεπτέμβριο 2022-Ιούλιο 2023). Η συλλογή δεδομένων έγινε με ανώνυμο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία και ερωτήσεις σχετικά με γνώσεις, στάσεις, πρακτικές και εμβολιαστική κατάσταση έναντι του HBV. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το SPSS v.23.0 ($p \leq 0,05$).

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 21,9 έτη ($SD=5,6$ έτη) και το 78,8% ($N=993$) ήταν γυναίκες. Πλήρως εμβολιασμένο έναντι του HBV δήλωσε το 27,7% του δείγματος ($N=349$). Το επίπεδο γνώσεων για την ηπατίτιδα Β αξιολογήθηκε μέσω σκορ γνώσεων και κρίθηκε ικανοποιητικό ($SD=17$ μονάδες, Cronbach's $\alpha=0,83$). Τα σκορ γνώσεων παρουσίασαν στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τις στάσεις και πρακτικές πρόληψης ($p < 0,001$). Αναδείχθηκε ότι το έτος σπουδών και το επίπεδο γνώσεων σχετίζονται ανεξάρτητα με πιο ενδεδειγμένες στάσεις και πρακτικές έναντι της ηπατίτιδας Β, με τους φοιτητές ανώτερων ετών να εμφανίζουν ορθότερες συμπεριφορές ($p < 0,05$). Οι λόγοι μη εμβολιασμού δεν συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο γνώσεων ή τις στάσεις των συμμετεχόντων.

Συμπεράσματα: Η πλήρης εμβολιαστική κάλυψη έναντι του HBV στους φοιτητές Νοσηλευτικής παραμένει χαμηλή, παρά το ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων τους. Τα ευρήματα αναδεικνύουν την ανάγκη θεσμοθετημένων παρεμβάσεων από τα Πανεπιστήμια και τους φορείς υγείας για την ενίσχυση της εμβολιαστικής συμμόρφωσης και τη μείωση του επαγγελματικού κινδύνου.



eP15

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΤΩΝ ΙΩΝ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΚΑΙ C ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Καραμανώλης Ν.- Ν., Δημητρίου Κ., Παπαδημητρόπουλος Β.

Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Η χρόνια λοίμωξη από τους ιούς της ηπατίτιδας Β (HBV) και C (HCV) δύναται να οδηγήσει σε σημαντική θνητότητα και νοσηρότητα. Ειδικά στην περίπτωση του HBV, η παρελθούσα λοίμωξη εγκυμονεί κινδύνους για ασθενείς που λαμβάνουν ανοσοτροποποιητική θεραπεία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) στοχεύει στον περιορισμό των νέων λοιμώξεων και των θανάτων από τους ιούς αυτούς έως το 2030, εστιάζοντας στην διενέργεια προληπτικού εργαστηριακού ελέγχου (screening) σε συγκεκριμένους ευάλωτους πληθυσμούς. Η παγκόσμια βιβλιογραφία αναδεικνύει την χρησιμότητα και την ευκολία διενέργειας ενδονοσοκομειακού screening.

Σκοπός: Η καταγραφή των ορολογικών δεικτών των ιών HBV και HCV σε νοσηλευόμενους ασθενείς Παθολογικής Κλινικής.

Μέθοδοι: Το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε επιμέρους Πτέρυγα της Β' Πανεπιστημιακής Κλινικής του ΕΚΠΑ υπεβλήθη σε screening για τους ιούς HBV και HCV. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν κατά φύλο και κατά ηλικιακή ομάδα (<50, 51-70, >70 ετών).

Αποτελέσματα: Κατά το διάστημα 1/1/2025 έως και 30/4/2025 ελέγχθηκαν συνολικά 236 ασθενείς (μέση ηλικία 74,8±16,7 έτη). Εξ αυτών, θετικό HBsAg παρουσίαζε το 2,12% (5/236). Στο 27,97% (66/236) διαπιστώθηκε η παρουσία μόνο του antiHBc, ενδεικτικό παρελθούσας λοίμωξης. Η παρουσία του antiHBc συνδυαζόταν με θετικό antiHBs στο 75,7% (50/66) των ασθενών αυτών. Συνδυασμός αρνητικού HBsAg, αρνητικού antiHBc και θετικού antiHBs, ενδεικτικό προηγούμενου εμβολιασμού, παρατηρήθηκε στο 8,9% (21/236). Το 60,59% (142/236) των ασθενών δεν είχαν εκτεθεί στον ιό της ηπατίτιδας Β (αρνητικοί και οι 3 προαναφερθέντες ορολογικοί δείκτες). Το 3,4% (8/235) των ασθενών παρουσίαζε θετικό antiHCV και θετικό HCV RNA διαπιστώθηκε σε 2 εξ αυτών.

Η επιμέρους ανάλυση ανά ηλικιακές ομάδες ανέδειξε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό εμβολιασμένων ασθενών ηλικίας <50 συγκριτικά με τις δύο διαδοχικές ομάδες (44% v. 7,69% v. 3,8%, p<0.0001 αντίστοιχα). Σημαντικά χαμηλότερο ήταν το ποσοστό των ασθενών ηλικίας <50 με παρελθούσα λοίμωξη συγκριτικά με τους άνω των 70 (12% v. 32,91%, p<0.005). Το ποσοστό των ασθενών <50 ετών που δεν είχαν εκτεθεί στον ιό της ηπατίτιδας Β, ήταν χαμηλότερο συγκριτικά με τις δύο διαδοχικές ομάδες (40% v. 63,46% v. 62,66%, p=0.038 και 0.024 αντίστοιχα). Τέλος, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα σε κανένα από τα προαναφερθέντα εργαστηριακά προφίλ.

Συμπεράσματα: Μέσω screening διαπιστώθηκε ιστορικό παρελθούσας HBV λοίμωξης στο 27,97% των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική Κλινική με το ποσοστό αυτό να είναι υψηλότερο στους ασθενείς άνω των 70. Αυτό τους καθιστά ευάλωτους σε αναζοπύρωση της λοίμωξης σε περίπτωση λήψης ανοσοτροποποιητικής θεραπείας. Ταυτόχρονα, το ποσοστό επίνοσων ασθενών παραμένει ιδιαίτερα υψηλό (40-63,46%) ακόμα και στις νεαρότερες ηλικίες, γεγονός που αναδεικνύει σημαντικά κενά στην εμβολιαστική κάλυψη και την ανάγκη για ενημέρωση του πληθυσμού.



eP16

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C (ΧΗC) ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ

Αντωνακάκη Π., Αναγνώστου Ο., Μανωλακοπούλου Μ., Ταμπάκη Μ., Τσιαμπέρας Ν., Αυδής Θ., Παπαδόπουλος Ν., Κόντος Γ., Κρανιδιώτη Χ., Μανωλακόπουλος Σ., Ντίτσις Μ.,

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

Εισαγωγή: Η χρόνια ηπατίτιδα C αποτελεί ζήτημα δημόσιας υγείας, ειδικά στον πληθυσμό των ατόμων με ιστορικό χρήσης ουσιών. Η Ελλάδα από το 2017 εφαρμόζει εθνικό σχέδιο δράσης για την εξάλειψη της ακολουθώντας τις συστάσεις του ΠΟΥ για παγκόσμια εξάλειψη της νόσου μέχρι το 2030.

Σκοπός: Καταγραφή επιδημιολογικών και κλινικοεργαστηριακών δεδομένων ασθενών με Χρόνια Ηπατίτιδα C και ιστορικό χρήσης ουσιών

Μέθοδος: Αναλύθηκαν δεδομένα 771 ασθενών με anti-HCV+ και αναφερόμενο ιστορικό χρήσης ουσιών οι οποίοι εξετάστηκαν στο κέντρο μας από τον Ιανουάριο 2019 έως τον Δεκέμβριο 2025. Η πρώτη εξέταση περιελάμβανε κλινική εκτίμηση, λήψη ιστορικού, εργαστηριακό έλεγχο και έλεγχο με PCR.

Αποτελέσματα: 85% (655) ήταν άνδρες και 15% γυναίκες (διάμεση ηλικία 48 έτη). 90,6% ήταν ελληνικής καταγωγής και οι υπόλοιποι από βαλκανικές χώρες. 28% είχαν ολοκληρώσει βασική δετή εκπαίδευση ενώ η πλειονότητα (63%) ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (60%) και 5% απόφοιτοι τριτοβάθμιας. 478(62%) άτομα δήλωσαν άνεργοι και το 37,6% απασχολείται κυρίως σε χειρωνακτικές/αγροτικές εργασίες. 40% των ασθενών δήλωσαν πως δεν έχουν σύντροφο ή κάποιο φροντιστή και ζουν μόνοι, 12% είναι διαζευγμένοι ενώ 22% βρίσκεται σε σχέση/γάμο. 44 άτομα (5,7%) είχαν συλλοίμωξη με HIV και 9 συλλοίμωξη με ΧΗΒ. 96,2% των ασθενών ήταν καπνιστές με την πλειονότητα να αναφέρει περισσότερα από 10 τσιγάρα ημερησίως και ηλικία έναρξης 15 έτη. 13,7% (106 άτομα) ανέφεραν συστηματική χρήση αλκοόλ. Το 98% (756 άτομα) δεν είχε στοιχεία ελέγχου για ΣΔ και αντίστοιχα 95% (736 άτομα) δεν είχε ή δεν γνώριζε εάν πάσχει από αρτηριακή υπέρταση. 67,6% των εξεταζόμενων είχε BMI εντός φυσιολογικών ορίων (18.5 – 25 kg/m²), 25,7% ήταν υπέρβαροι (25 - 30 kg/m²) και 6,6%(30 άτομα) είχε BMI >30 kg/m². Με βάση το FIB-4 score 35,3% των ασθενών εμφανίζουν μέτρια ίνωση (Fib-4 score: 1.45-3.25/stage:2-3) ενώ 6,4% (50 ασθενείς) κίρρωση (Fib-4 score: >3.25/stage:4-6)

Συμπεράσματα: Η μέτρια - προχωρημένη ίνωση, ή έλλειψη ελέγχου για συνοδά νοσήματα (ΣΔ,ΑΥ), η παχυσαρκία, η κατανάλωση αλκοόλ αλλά και η έλλειψη φροντίδας είναι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε επιδείνωση όχι μόνο της ηπατοπάθειας αλλά και γενικότερα της υγείας. Η κινητοποίηση των ασθενών για παραμονή σε τακτική παρακολούθηση και η ενημέρωση των φορέων που ασχολούνται με τις ευάλωτες ομάδες αποτελούν άμεση προτεραιότητα για μείωση του φορτίου της νόσου στο μέλλον.



eP17

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΥΟ ΜΕΘΟΔΩΝ ΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ (FIBROSCAN ΚΑΙ SHEARWAVE) ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Αμύγδαλος Σ.¹, Ψαρομπάς Ι.¹, Σπανού Α.¹, Παπαστεργίου Β.², Κούρτης Ι.¹, Αναστασίου Ι.¹, Φωτεινού Α.¹, Κουκιά Σ.¹, Ντούμου Ε.¹, Σπάρταλης Κ.¹, Κεραμέας Ν.¹, Καραταπάνης Σ.¹

1. Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου,
2. Γαστρεντερολογική Κλινική, Θεραπευτήριο «Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εισαγωγή: Η ελαστογραφία ήπατος αποτελεί σήμερα τη μέθοδο αναφοράς για την μη επεμβατική εκτίμηση της ίνωσης σε ασθενείς με χρόνια ηπατοπάθεια. Η μέτρηση της ηπατικής ακαμψίας γίνεται συνηθέστερα με μέθοδο TransientElastography (FIBROSCAN), ωστόσο κάποια κέντρα χρησιμοποιούν την Shear-Wave-Elastography (SWE).

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

Μέθοδοι: Στη μελέτη μας συμπεριλήφθησαν 136 ασθενείς (Α/Γ=91/45, μέση ηλικία=48.3 έτη) με χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC, N=42), χρόνια ηπατίτιδα Β (ΧΗΒ, N=41) και μεταβολικά συνδεόμενη λιπώδη νόσο ήπατος (MASLD, N=53). Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε FIBROSCAN και SWE, σε κοντινό χρονικό διάστημα (<δυο εβδομάδες). Με το FIBROSCAN εγινετο μέτρηση και του βαθμού ηπατικής στεάτωσης με μέθοδο CAP (Controlled-Attenuation-Parameter). Ο βαθμός συσχέτισης των τιμών ηπατικής ακαμψίας με FIBROSCAN και SWE αξιολογήθηκε με συντελεστή συσχέτισης Spearman.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C ή Β δεν διέφεραν στην ηλικία (47.1 ± 6.8 προς 47.9 ± 5), το BMI (26.2 ± 3.9 προς 25.3 ± 3.7) και την εκτίμηση της λίπωσης μέσω CAP (244 ± 59 , προς 220 ± 43). Αντιθέτως, οι ασθενείς με MASLD διέθεταν υψηλότερη τιμή BMI (29.1 ± 3.5) και τη τιμή λίπωσης (290 ± 39). Διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση στη μέτρηση της ηπατικής ακαμψίας με τις δυο ελαστογραφικές μεθόδους και στις τρεις ομάδες ασθενών: ΧΗC ($r = 0.912$, $p < 0.001$), ΧΗΒ ($r = 0.740$, $p < 0.001$) και MASLD ($r = 0.848$, $p < 0.001$).

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

eP18

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΙΡΖΕΠΑΤΙΔΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΚΑΓΡΙΛΙΝΤΙΔΗΣ/ΣΕΜΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΕΑΤΩΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Δαμανάκου Αικατερίνη,¹ Αυγουστή-Βαρελά Ηλέκτρα,¹ Χαλκιάς Μιλτιάδης,¹ Στεργίου Ιωάννης,¹ Σαββίδου Σαββούλα²

1. Διαβητολογικό Ιατρείο, Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
2. Ηπατολογικό Ιατρείο, Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Εισαγωγή: Η μεταβολικά σχετιζόμενη στεατωτική νόσος του ήπατος (MASLD) συσχετίζεται άμεσα με την παχυσαρκία και το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (T2DM), με αποτέλεσμα να μοιράζονται κοινές θεραπείες όπως αυτή των αγωνιστών GLP1. Πρόσφατη έρευνα εστιάζεται στην ανάπτυξη αποτελεσματικότερων φαρμάκων για την απώλεια βάρους και τον γλυκαιμικό έλεγχο όπως είναι η τιρζεπατίδη (tirzepatide, ένας διπλός αγωνιστής GLP1/GIP) και ο συνδυασμός σεμαγλουτίδης με το ανάλογο αμυλίνης καγριλιντίδη, γνωστός ως CagriSema.

Σκοπός: Να μελετήσουμε και να συγκρίνουμε την αποτελεσματικότητα των δύο νέων φαρμάκων σε μικρή κοόρτη ασθενών με παχυσαρκία, T2DM και MASLD.

Μεθοδολογία: Καταγράφηκαν συνεχόμενοι ασθενείς του Διαβητολογικού Ιατρείου με παχυσαρκία (BMI \geq 30kg/m²), T2DM και MASLD, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν προοπτικά με εβδομαδιαίες υποδόριες ενέσεις είτε tirzepatide 5mg (=ομάδα 1) είτε CagriSema 2,4mg (=ομάδα 2) στα πλαίσια ερευνητικών πρωτοκόλλων και για τους πρώτους 6 μήνες παρακολούθησης. Εκτός από την καταγραφή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c), του σωματικού βάρους και του λιπιδαιμικού προφίλ, για την εκτίμηση της MASLD καταγράφηκαν τιμές ηπατικής λειτουργίας (AST, ALT, γGT, αριθμός αιμοπεταλίων) και υπολογίστηκαν τα μη-επεμβατικά σκορ FIB-4 και Liver Risk score. Για τη στατιστική σύγκριση των δύο ομάδων παρέμβασης χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες chi square και Mann-Whitney test, ενώ για τη μελέτη αποτελεσματικότητας της θεραπείας η δοκιμασία Wilcoxon signed rank test for paired samples.

Αποτελέσματα: Συμμετείχαν συνολικά 30 ασθενείς, με τα αρχικά χαρακτηριστικά τους να παρουσιάζονται στον Πίνακα. Από τη σύγκριση των δύο ομάδων προέκυψε ότι οι ασθενείς που έλαβαν tirzepatide ήταν κατά μία 10ετία περίπου νεότεροι και παρουσίαζαν στατιστικά υψηλότερη τιμή ALT.

	Ομάδα 1 (tirzepatide, n=15)	Ομάδα 2 (CagriSema, n=15)	p
Φύλο (Α/Γ)	6/9	9/6	NS
Ηλικία (έτη)	54,8 ± 11,1	66,6 ± 9,8	0.004
BMI (kg/m ²)	37,0 ± 5,8	34,3 ± 6,1	NS
HbA1c (%)	8,3 (IQR 7,7-9,6)	8,0 (IQR 7,7-8,2)	NS
Χοληστερόλη (mg/dL)	173,8 ± 51,6	175,0 ± 40,0	NS
AST (U/L)	26 (IQR 25-34)	24 (IQR 23-27)	NS
ALT (U/L)	44 (39-47)	20 (IQR 14-40)	0.001
PLT (x 10 ⁹ /L)	325 (IQR 266-340)	359 (IQR 312-418)	NS
FIB-4	0,74 (IQR 0,73-0,91)	0,90 (IQR 0,75-1,09)	NS
Liver Risk score	5,61 (IQR 5,50-6,18)	4,97 (IQR 4,89-5,53)	NS



Από την εκτίμηση των μη επεμβατικών σκορ για τη συνυπάρχουσα MASLD, καταγράφηκε χαμηλός κίνδυνος για ύπαρξη ηπατικής ίνωσης (FIB-4<1.30) και ελάχιστος έως χαμηλός κίνδυνος για δυσμενή έκβαση σχετιζόμενη με ηπατική ίνωση (Liver Risk score<10).

Η χορήγηση θεραπείας οδήγησε το σύνολο των ασθενών στην επίτευξη απώλειας βάρους (διάμεσος -8,46 kg, εύρος -1,6 έως -20,2kg, Δ =-9,4% επί του αρχικού βάρους), βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου (διάμεσος -1,75% στην HbA1c, εύρος -0,8 έως -2,4%), μείωση της ολικής χοληστερόλης (διάμεσος -20,4mg/dL) και βελτίωση της τιμής ALT κατά 20U/L (IQR -9 έως -31) (Wilcoxon signed rank test, $p<0.01$). Από τη σύγκριση των δύο ομάδων βρέθηκε ότι οι ασθενείς που έλαβαν CagriSema πέτυχαν μεγαλύτερη απώλεια βάρους (-16,4% επί του αρχικού vs. -5,9%, $p<0,001$) χωρίς ωστόσο στατιστικά σημαντική διαφορά στη βελτίωση των υπολοίπων παραμέτρων.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης παρέμβασης σε αυτή τη κοόρτη διαβητικών ασθενών με παχυσαρκία και ήπια MASLD δείχνουν ότι tirzepatide και CagriSema οδηγούν σε στατιστικά σημαντική απώλεια βάρους, βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου, λιπιδαιμικού προφίλ και της ηπατικής βιοχημείας.



Περίληψεις ePosters
προς βράβευση



eP19

ΜΕΤΑΒΟΛΟΜΙΚ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΣΤΕΑΤΩΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Καρτσώλη Σ.¹, Κωσταρά Χ.², Τσιμιχόδης Β.³, Μπαϊρακτάρη Ε.⁴, Χριστουδούλου Δ.⁵

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

Εισαγωγή: Η μεταβολικά επαγόμενη σχετιζόμενη νόσος του ήπατος (MASLD) είναι μία από τις πιο συχνές αιτίες χρόνιας ηπατικής νόσου και εξελίσσεται σε μείζον πρόβλημα υγείας παγκοσμίως. Η διαχείριση αυτών των ασθενών και η σχετική έρευνα περιορίζονται από την έλλειψη αξιόπιστων μη επεμβατικών βιοδεικτών για διάγνωση, πρόγνωση και παρακολούθηση. Ωστόσο, το κυκλοφορούν μεταβολικό προφίλ αντανακλά το συστηματικό μεταβολικό περιβάλλον και τις ηπατικές μεταβολές στους πάσχοντες.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση συνολικού μεταβολικού προφίλ του ορού και ασθενών με MASLD, με στόχο την αναγνώριση των μεταβολικών διαταραχών που σχετίζονται με την πάθηση.

Μέθοδοι: Μελετήθηκε με φασματοσκοπία ¹H-NMR το μεταβολικό προφίλ ορού 62 ασθενών με MASLD (υπερηχογραφικά επιβεβαιωμένη) και 43 υγιών εθελοντών.

Αποτελέσματα: Από τους συνολικά 53 μεταβολίτες που ποσοτικοποιήθηκαν, 37 παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών με MASLD και υγιών ατόμων. Η MASLD συσχετίστηκε με αυξημένα επίπεδα των BCAAs ισολευκίνης (76.97 ± 17.00 vs 67.56 ± 13.01 , $p < 0.01$) και βαλίνης (276.78 ± 45.74 vs 246.33 ± 36.65 , $p < 0.001$), καθώς και ενδιάμεσων μεταβολιτών του καταβολισμού τους, όπως 2-οξοκαπροϊκό (10.67 ± 0.88 vs 7.80 ± 3.34 , $p < 0.001$), 2-οξοϊσοκαπροϊκό (20.90 ± 1.75 vs 18.89 ± 5.83 , $p < 0.05$) και 3-υδροξυϊσοβουτυρικό (11.80 ± 1.38 vs 6.87 ± 2.56 , $p < 0.001$). Μεταβολίτες της κετογένεσης/κετόλυσης ήταν αυξημένοι στους ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων του οξικού (68.78 ± 22.64 vs 50.90 ± 19.78 , $p < 0.001$), ακετοξικού (46.59 ± 35.38 vs 25.70 ± 16.99 , $p < 0.001$), 2-υδροξυβουτυρικού (106.35 ± 26.15 vs 79.39 ± 19.09 , $p < 0.001$) και 3-υδροξυβουτυρικού (87.26 ± 81.57 vs 57.99 ± 24.04 , $p < 0.05$), ενώ η ακετόνη ήταν μειωμένη (18.52 ± 11.63 vs 28.26 ± 8.81 , $p < 0.05$). Το γαλακτικό (2822.8 ± 835.2 vs 2336.7 ± 606.1 , $p < 0.01$), το πυροσταφυλικό (101.00 ± 46.48 vs 51.63 ± 21.24 , $p < 0.001$) και το 2-οξογλουταρικό (29.03 ± 4.64 vs 12.56 ± 4.50 , $p < 0.001$) αυξήθηκαν σημαντικά. Επιπλέον, αυξημένοι ήταν βεταΐνη (84.45 ± 17.41 vs 69.73 ± 15.05 , $p < 0.001$), χολίνη (16.70 ± 3.97 vs 12.42 ± 4.20 , $p < 0.001$), διμεθυλαμίνη (8.79 ± 2.93 vs 5.72 ± 3.18 , $p < 0.001$), φορμικό (45.84 ± 12.98 vs 32.79 ± 14.16 , $p < 0.001$), μεθειονίνη (42.41 ± 7.71 vs 32.76 ± 7.57 , $p < 0.001$), σαρκίνη (7.01 ± 1.36 vs 3.61 ± 1.63 , $p < 0.001$) και N,N-διμεθυλογλυκίνη (5.14 ± 0.94 vs 3.59 ± 1.17 , $p < 0.001$). Αντίθετα, μειωμένα επίπεδα παρατηρήθηκαν για αργινίνη (103.10 ± 5.07 vs 185.21 ± 49.02 , $p < 0.001$), γλουταμίνη (492.90 ± 53.34 vs 530.44 ± 89.86 , $p < 0.05$), ορνιθίνη (63.47 ± 8.02 vs 72.56 ± 26.03 , $p < 0.05$), σερίνη (177.18 ± 10.38 vs 196.81 ± 22.86 , $p < 0.001$) και ταυρίνη (104.01 ± 7.31 vs 146.19 ± 27.36 , $p < 0.001$).

Συμπεράσματα: Η μελέτη ανέδειξε σημαντικές διαφορές σε ασθενείς με MASLD στον μεταβολισμό των BCAAs, στη δραστηριότητα του κύκλου κιτρικού οξέος, στον κύκλο της ουρίας, στη γλυκόλυση, στη σύνθεση κετονικών σωμάτων και στον μεταβολισμό των αρωματικών αμινοξέων. Τα ευρήματα υποδηλώνουν πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις που επηρεάζουν την ενεργειακή ομοιόσταση και αναδεικνύουν την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης των μηχανισμών της νόσου.



eP20

ΠΡΟΚΑΛΙΤΟΝΙΝΗ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΗΚΚ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΑΤΕΖΟΛΙΖΟΥΜΑΒ/ΒΕΝΑΚΙΖΟΥΜΑΒ (Α/Β): ΙΣΩΣ ΚΑΤΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΒΙΟΔΕΙΚΤΗ ΣΗΨΗΣ

Συρίχα Α., Μαλατέστα Μ., Γυρίκη Δ., Ιωακείμ Μ., Χατζηευστρατίου Α., Αντωνιάδη Δ., Σιδηρόπουλος Ο., Μπινιάρη Ο., Ελευσιωνίτης Ι.

Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική- Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Εισαγωγή: Η προκαλιτονίνη (PCT) αποτελεί πρωτεΐνη οξείας φάσης που αυξάνεται σε φλεγμονώδεις καταστάσεις, ιδίως σε βακτηριακές λοιμώξεις. Επιπλέον, το χαμηλό CRAFITY score (CS) έχει συσχετιστεί θετικά με τον έλεγχο της νόσου (DCR) ασθενών με προχωρημένο και ανεγχείρητο ΗΚΚ υπό αγωγή με Α/Β.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης μας ήταν η αξιολόγηση των μεταβολών των επιπέδων προκαλιτονίνης (PCT) καθώς και του CS κατά τη διάρκεια της θεραπείας αυτών και η συσχέτισή τους με την αντικειμενική ανταπόκριση σε αυτή, σύμφωνα με τα mRECIST κριτήρια.

Μέθοδοι: Εξήντα-πέντε ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένο, ανεγχείρητο, προχωρημένο ΗΚΚ, υπό αγωγή με Α/Β από τον Ιανουάριο 2020 έως και το Σεπτέμβριο του 2025, εκτιμήθηκαν στην αρχή (baseline) και ακολούθως κάθε 3 κύκλους θεραπείας. Τέσσερις ασθενείς δεν είχαν αξιολογηθεί για την ανταπόκριση κατά τη χρονική στιγμή της συλλογής των δεδομένων, 15 παρουσίαζαν πλήρη

(CR, n=2) ή μερική (PR, n=13) ανταπόκριση ενώ 20 σταθερή νόσο (SD) και 26 πρόοδο νόσου (PD). Η απουσία PD θεωρήθηκε DCR. Διενεργήθη λήψη καλλιεργιών αίματος/ούρων/ασκτικού υγρού κατά την έναρξη και ακολούθως πριν από κάθε κύκλο θεραπείας προς αποκλεισμό βακτηριακών λοιμώξεων. Το CS υπολογίστηκε με τη χρήση των τιμών των CRP (cut-off 1mg/dl) και AFP (cut-off 100 ng/ml). Σημαντική αύξηση της PCT θεωρήθηκε η τιμή πάνω από 0.5 ng/ml κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 θεραπευτικών κύκλων σε ασθενείς που δεν παρουσίαζαν λοίμωξη και είχαν χαμηλότερα baseline επίπεδα PCT.

Αποτελέσματα: Σε 22 ασθενείς ανευρέθησαν χαμηλά, σε 26 ενδιάμεσα και σε 13 υψηλά baseline CS κατά την αρχική εκτίμηση ενώ 19/61 (31.1%) παρουσίαζαν σημαντική αύξηση της PCT. Σε 36 ασθενείς διαπιστώθηκε DCR (13 με και 23 χωρίς σημαντική αύξηση της PCT) (p=0.133), ενώ μεταξύ των 25 ασθενών με PD μόνο σε 6 ανευρέθη σημαντική αύξηση της PCT (p=0.015). Επιπλέον, από τους ασθενείς που παρουσίαζαν DCR οι 20/43 (46.5%) είχαν χαμηλό και οι 23/43 (53.5%) ενδιάμεσο/υψηλό CS (p=0.03). Αξιοσημείωτο είναι πως μεταξύ των 8 ασθενών με χαμηλό CS και σημαντική άνοδο της PCT, σε 7 (87.5%) διαπιστώθηκε DCR σε αντίθεση με 6/11 (54.5%) ασθενείς με ενδιάμεσο/υψηλό CS και σημαντική αύξηση της PCT. Τέλος, από τους 42 ασθενείς χωρίς σημαντική άνοδο της PCT, παρατηρήθηκε DCR σε περίπου τους μισούς ανεξαρτήτως των baseline χαμηλών (57.3%) ή ενδιάμεσων/υψηλών (53.6%) CS.

Συμπεράσματα: Περίπου το 1/3 των ασθενών χωρίς λοίμωξη, οι οποίοι λαμβάνουν αγωγή με Α/Β παρουσιάζουν σημαντική άνοδο της τιμής της PCT, ένα εύρημα που θα μπορούσε να μειώσει τη διαγνωστική ακρίβεια του βιοδεικτη κατά τη διάρκεια βακτηριακής λοίμωξης. Από την άλλη πλευρά, ασθενείς με χαμηλά baseline επίπεδα CS και σημαντική αύξηση της PCT ορού πιθανά να αποτελούν εκείνους με το μεγαλύτερο θεραπευτικό όφελος, ένα εύρημα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης στο μέλλον.



eP21

ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΣΤΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΜΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗ (REBALANCED HEMOSTASIS)

Τζιτζή Ε. ⁴, Γαβριηλάκη Ε. ³, Ιασωνίδου Χ. ⁵, Σίληλη Μ. ⁵, Κώτσιος Ν. ³, Σινάκος Ε. ², Γιουλεμέ Ό. ¹

1. Γαστρεντερολογικό τμήμα Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
2. Γαστρεντερολογικό τμήμα Δ΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
3. Αιματολογικό τμήμα Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
4. Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Παπανικολάου»
5. Α΄ ΜΕΘ Γ.Ν.Θ. «Παπανικολάου»

Εισαγωγή: Η κίρρωση του ήπατος χαρακτηρίζεται από μια εξαιρετικά σύνθετη και εύθραυστη ισορροπία των προ-πηκτικών και αντιπηκτικών παραγόντων, με τη σύγχρονη παθοφυσιολογική προσέγγιση να εισάγει την έννοια της αντιρροπούμενης αιμόστασης (rebalanced hemostasis).

Σκοπός: Η αξιολόγηση και η ανάδειξη, μέσω στατικών και δυναμικών μεθόδων, μίας αξιόπιστης και σφαιρικής προσέγγισης του αιμοστατικού προφίλ των κίρρωτικών ασθενών που να επιτρέπει την ορθότερη κλινική διαχείριση τους.

Μέθοδοι: Πρόκειται για προοπτική μελέτη του αιμοστατικού μηχανισμού ασθενών με κίρρωση διαφορετικών σταδίων κατά Child-Pugh που παρακολουθούνται στο Ηπατολογικό Ε.Ι. των νοσοκομείων Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο και Γ.Ν.Θ. Παπανικολάου. Μέχρι σήμερα καταγράφηκαν 14 ασθενείς με κίρρωση οποιασδήποτε αιτιολογίας, εκ των οποίων οι 10 (71,4%) ήταν άνδρες και οι 4 (28,5%) γυναίκες. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 60,2 έτη, με διάμεση ηλικία τα 61 έτη. Όσον αφορά τη βαρύτητα της ηπατικής νόσου σύμφωνα με την ταξινόμηση Child-Pugh, 5 ασθενείς (35,7%) κατατάχθηκαν στο στάδιο Child A, 6 (42,8%) στο στάδιο Child B και 3 (21,4%) στο στάδιο Child C. Από τους ασθενείς λήφθηκε φλεβικό αίμα και προσδιορίστηκαν τα επίπεδα δραστηριότητας του ADAMTS13, των παραγόντων VIII (FVIII) και von Willebrand και των κλασικών παραμέτρων πήξης (ινωδογόνο, αιμοπετάλια, INR/PT).

Αποτελέσματα: Τα πρόδρομα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν αύξηση των επιπέδων FVIII, η οποία κλιμακώθηκε ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου (Child C > Child A, $p < 0.05$), επιβεβαιώνοντας την θρομβωτική τάση στη μη αντιρροπούμενη κίρρωση. Η δραστηριότητα του ενζύμου ADAMTS13 παρουσίασε σταδιακή μείωση, με τα χαμηλότερα επίπεδα να καταγράφονται στους ασθενείς με μη αντιρροπούμενη νόσο, υποδηλώνοντας αυξημένο κίνδυνο θρομβώσεων ($p < 0.05$). Επιπλέον, καταγράφηκε στατιστικά σημαντική ελάττωση του αριθμού των αιμοπεταλίων και παράταση των «κλασικών» χρόνων πήξης, οι οποίες παραδοσιακά ερμηνεύονται ως ενδείξεις αιμορραγικής διάθεσης.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τα βιβλιογραφικά δεδομένα των κλασικών παραμέτρων της πήξης στους κίρρωτικούς ασθενείς μέχρι σήμερα. Στο μελλοντικό σχεδιασμό της μελέτης περιλαμβάνεται η σύγκριση των παραπάνω με τις νέες λειτουργικές μεθόδους.



eP22

ΧΑΜΗΛΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΙΟΓΕΝΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ

Γκουλιαβέρα Μ.¹, Χατζηαντωνίου Α.¹, Χαλκίδου Α.², Μιμίδης Κ.^{1,2}

1. Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Δ.Π.Θ., Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης
2. Εργαστήριο Μελέτης Γαστρεντερικού Συστήματος και Ήπατος, Ιατρική Σχολή Δ.Π.Θ.

Εισαγωγή: Η από του στόματος χορήγηση νουκλεοσιδικών ανάλογων (NUCs), όπως η εντεκαβίρη (ENT), η τενοφοβίρη δισοπροξίλη (TDF) και η τενοφοβίρη αλαφεναμίδη (TAF) αποτελούν τις θεραπείες εκλογής για ασθενείς με Χρόνια Ιογενή Ηπατίτιδα Β (CHB), οδηγώντας στη μακροχρόνια καταστολή του γενετικού υλικού του ιού. Μετά από 48 εβδομάδες αντικής θεραπείας το 50%-80% των ασθενών μπορεί να πετύχει πλήρη βιολογική ανταπόκριση-Complete virological response (CVR), με επίπεδα HBV-DNA <10IU/ml στον ορό. Ωστόσο, ακόμη και μετά από μακροχρόνια αντική θεραπεία, εξακολουθεί να υπάρχει ένας αριθμός ασθενών με εμφάνιση επίμονης ή περιοδικής χαμηλού βαθμού ιαίμιας. Η χαμηλού βαθμού ιαίμια-Low level viremia (LLV) ορίζεται ως ανιχνεύσιμο φορτίο HBV-DNA <2000 IU/ml στον ορό ασθενούς που λαμβάνει θεραπεία με NUCs διάρκειας 12 μηνών ή και περισσότερο. Συνολικά μελέτες στην Ασία δείχνουν ότι το 20%-40% των ασθενών εξακολουθούν να αναπτύσσουν LLV στην καθημερινή κλινική πράξη.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η ανάδειξη περιπτώσεων με χαμηλού βαθμού ιαίμια (LLV) σε πληθυσμό ασθενών με Χρόνια Ιογενή Ηπατίτιδα Β, οι οποίοι λαμβάνουν αγωγή με NUCs, καθώς σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία οι ασθενείς αυτοί διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση κίρρωσης και Ηπατοκυτταρικού καρκινώματος (HCC).

Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη ασθενών με διάγνωση Ηπατίτιδας Β εντός των τελευταίων 15 ετών, για την οποία λαμβάνουν θεραπεία με NUCs (ENT, TDF, TAF), και βρίσκονται στα σε παρακολούθηση στα Εξωτερικά Ιατρεία του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης.

Αποτελέσματα: Συνολικά έγινε ανασκόπηση των μετρήσεων (PCR) του ιικού φορτίου 531 ασθενών με Χρόνια Ιογενή Ηπατίτιδα Β υπό θεραπεία. Η χαμηλού βαθμού ιαίμια παρατηρήθηκε σε 9 (1,7%) από τους ασθενείς (95% ΔΕ: 0,8%-3,2%). Από τους ασθενείς αυτούς, 3 λάμβαναν TDF (2 άνδρες, 1 γυναίκα, 33,3%), 2 TAF (1 άνδρας, 1 γυναίκα, 22,2%) και 4 ENT (2 άνδρες, 2 γυναίκες, 44,4%). Οι 5 ασθενείς (55,6%) ήταν άνδρες και οι 4 (44,4%) γυναίκες, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το φύλο. Η κακή συμμόρφωση εμφανίστηκε σε όλα τα θεραπευτικά σχήματα, αντιπροσωπεύοντας το 44,4% (4/9) των ασθενών. Σε 2 ασθενείς δεν κατέστη δυνατή η ερμηνεία της εμφάνισης χαμηλού ιικού φορτίου, ενώ στους υπόλοιπους 3 σχετίζεται με την υποκείμενη ανοσοκαταστολή, στην πρώτη περίπτωση δευτεροπαθώς λόγω μεταμόσχευσης νεφρού, στη δεύτερη περίπτωση λόγω φυλοσύνδετης υπογαμμασφαιριναιμίας και στην τελευταία περίπτωση λόγω αιματολογικής κακοήθειας (ΧΛΛ).

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, το ποσοστό των ασθενών μας με χαμηλού βαθμού ιαίμια (LLV) είναι πολύ μικρότερο σε σχέση με αυτό που αναφέρεται στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, πιθανότατα λόγω της υπεροχής ΗΒεΑg-αρνητικής ηπατίτιδας στον πληθυσμό της μελέτης. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που θα εμφανίσει LLV είναι αποτέλεσμα κακής συμμόρφωσης στη θεραπεία. Συνεπώς, ο προσδιορισμός του ιικού φορτίου των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία για Χρόνια Ιογενή Ηπατίτιδα Β, έχει μεγάλη σημασία στη θεραπευτική προσέγγιση αυτών, με σκοπό την ανάδειξη τόσο του ποσοστού που υποθεραπεύεται, όσο και του ποσοστού με χαμηλού βαθμού ιαίμια, καθώς η έρευνα σχετικά με την επίδραση της LLV στην κλινική έκβαση των ασθενών είναι περιορισμένη.



eP23

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΑΠΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΜΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

Ροδοσθένους Κ.¹, Ψαρράκης Γ.², Καβουσανάκη Μ.³, Τσαφαρίδου Μ.², Βασιλογιαννάκης Γ.², Σαμωνιάκης Δ.²

1. Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
2. Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
3. Α Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο Πανάνειο

Εισαγωγή: Η μεταμόσχευση ήπατος αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα της σύγχρονης ιατρικής και την πλέον αποτελεσματική θεραπεία για ασθενείς με τελικού σταδίου χρόνια ηπατική νόσο ή οξεία ηπατική ανεπάρκεια.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να μελετήσει τις ενδείξεις μεταμόσχευσης ήπατος σε 2 χρονικές περιόδους από το 1993 έως το 2015 και από το 2016 έως τον Ιανουάριο του 2026, καθώς και επιμέρους χαρακτηριστικά των ασθενών.

Μέθοδοι-Αποτελέσματα: Έχουν καταγραφεί συνολικά 60 ασθενείς από το 1993 έως και το 2026. Από το 1993 έως και το 2015 μεταμοσχεύθηκαν συνολικά 31 ασθενείς εκ των οποίων οι οκτώ (26%) μεταμοσχεύθηκαν στην Ελλάδα και το υπόλοιπο 74% των ασθενών σε διάφορα κέντρα του εξωτερικού. Από τους ασθενείς αυτούς οι 12(39%) ήταν γυναίκες και 19(61%) άντρες, έχουν αποβιώσει 11(35%) στο διαστήμα παρακολούθησης, χωρίς να καταγράφεται κανένας περιεγχειρητικός θάνατος. Τα αίτια της μεταμόσχευσης η μη αντιρροπούμενη κίρρωση με αιτιολογία τις ιογενείς ηπατίτιδες 13% (4 HBV), 6% την αλκοολική κίρρωση (n=2 ALD), 3% MASLD (n=1), 6% (n=2) από ιογενή ηπατίτιδα (HBV+HCV) και ΗΚΚ, 3% (n=1) PSC, 6% (n=2) PBC, ενώ ένας σημαντικός αριθμός (39%) των ασθενών μεταμοσχεύθηκαν λόγω γενετικών/μεταβολικών νοσημάτων (n= 1 Wilson, n=11 οικογενή αμυλοειδική πολυνευροπάθεια). Οι λοιπές ενδείξεις σχετιζόνταν με νοσήματα χοληφόρων (ατρησία χοληφόρων, νόσος Caroli, IgG 4 σχετιζόμενη χολοστατική κίρρωση). Τέλος 3% (n=1) είχε ως ένδειξη την υποξεία ηπατική ανεπάρκεια αγνώστου αιτιολογίας.

Κατά την περίοδο 2016-2026 μεταμοσχεύθηκαν συνολικά 29 ασθενείς εκ των οποίων μόνο 3 ασθενείς (10%) χρειάστηκε να μεταμοσχευθούν σε κέντρα του εξωτερικού, ενώ οι υπόλοιποι 24 (90%) μεταμοσχεύθηκαν στα δυο πλέον ελληνικά κέντρα. Το 55%(n=16) ήταν άντρες και το 45% (n=11) γυναίκες, εκ των οποίων το 35% (n=10) των ασθενών απεβίωσαν εκ των οποίων το 20%(n=6) περιεγχειρητικά, οι λοιποί από μακροχρόνιες επιπλοκές (καρδιαγγειακά, Ca πνεύμονος).

Όσον αφορά τις ενδείξεις της μεταμόσχευσης, στο 48%(n=14) των ασθενών η μη αντιρροπούμενη κίρρωση ήπατος αιτιολογίας αλκοολικής σε 24%(n=7), 7% αλκοολικής και αυτοάνοσης (n=2), 7% αλκοολικής και ιογενούς (n=2, ALD-HCV), 3,5% αλκοολικής-MASLD (n=1), 3,5% αυτοάνοσης και ιογενούς (n=1 AIH/HCV) και 7% νόσο Wilson (n=2). Επίσης, μεταμοσχεύθηκαν 3,5% των ασθενών λόγω αλκοολικής ηπατοπάθειας και ΗΚΚ (n=1 ALD-HCC), 3,5% MASLD και ΗΚΚ (n=1), μία για 3,5% Ινοπεταλιώδες ΗΚΚ και μια για ηπατικές μεταστάσεις ορθοκολικού καρκίνου με ευνοϊκό ογκολογικό προφίλ. Τέλος, μεταμοσχεύθηκαν δυο ασθενείς με PBC, ένας με PSC, και μια με πολυκυστική νόσο και μια για μη αντιρροπούμενη κίρρωση Wilson's. Στην συνολική ομάδα, 4 ασθενείς έλαβαν ήπαρ από ζώντα δότη (1 στην Ελλάδα) ενώ υπήρχαν 2 ασθενείς που έλαβαν μειωμένου όγκου ήπαρ (split, μεταμόσχευση σε βρεφική ηλικία – ατρησία χοληφόρων).

Συμπέρασμα: Στις 2 χρονικές περιόδους παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των ασθενών που μεταμοσχεύθηκαν λόγω αλκοολικής ηπατοπάθειας και μείωση των ασθενών με μεταβολικά/γενετικά νοσήματα. Διαπιστώνεται η αύξηση των ασθενών που μεταμοσχεύονται πλέον στη χώρα μας, συχνά με πολλαπλή αιτιολογία ηπατοπάθειας. Οι περιεγχειρητικοί θάνατοι που καταγράφησαν τη δεύτερη περίοδο σχετιζόνταν με πολύ ψηλά MELD, γεγονός που βελτιώθηκε με τη θέσπιση από τον EOM ανώτερου score αποδοχής το 35.



eP24

Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Νεονάκη Α.¹, Λεκάκης Β.¹, Χολόγκιτας Ε.^{1,2}

¹Α΄ Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

²Α΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ., ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

Εισαγωγή: Η νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος (AN) στην κίρρωση έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών και θνησιμότητας, καθώς και χειρότερη έκβαση πριν και μετά τη μεταμόσχευση ήπατος (ΜΗ). Τα βιβλιογραφικά δεδομένα είναι όμως περιορισμένα με αντικρουόμενα αποτελέσματα.

Μεθοδολογία: Μελετήθηκαν όλα τα άρθρα που δημοσιεύτηκαν μέχρι το Σεπτέμβριο του 2023 σχετικά με την AN στην κίρρωση και με διάγνωση της AN μέσω των λειτουργικών δοκιμασιών του ANS (CARTs), τη μέτρηση του διαστήματος QTc, τον έλεγχο μεταβλητότητας της καρδιακής συχνότητας (HRV), και τον έλεγχο της ευαισθησίας των τασεοϋποδοχέων (BRS). Στόχος να μελετηθεί η προγνωστική αξία της AN στην κίρρωση κατά την αναμονή για ΜΗ όσο και μετά τη ΜΗ.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριελήφθησαν 25 μελέτες: 5, 12, 9, και 1 μελέτες αξιολόγησαν την προγνωστική αξία της AN μέσω των CARTs, της παράτασης του QTc, του ελέγχου της HRV και της μελέτης της BRS, αντίστοιχα. Στην ανάλυση που αφορούσε τα CARTs, η θνησιμότητα πριν τη ΜΗ ήταν σημαντικά υψηλότερη σε κίρρωτικούς ασθενείς με AN συγκριτικά με εκείνους χωρίς AN (20 vs 6%, P=0,01). Παρόλα αυτά, ασθενείς με ή χωρίς παράταση QTc δε διέφεραν ως προς τη θνησιμότητα πριν (41 vs 18%, P=0,08), μετά τη μεταμόσχευση (15 vs 12%, P=0,36), ή στον κίνδυνο επιπλοκών κατά τη διάρκεια της ΜΗ (29 vs 17%, P=0,08). Στην ανάλυση που αφορούσε τον έλεγχο της HRV, η σταθερή απόκλιση μεταξύ φυσιολογικών R-R διαστημάτων (SDNN) ήταν σημαντικά μειωμένη σε ασθενείς που δεν επιβίωσαν σε σχέση με αυτούς που επιβίωσαν [SMD (95% CI) = -2.59 (-4.75, -0.43), P <0.01].

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, η παρουσία AN διαγνωσμένης μέσω των CARTs ή του ελέγχου της HRV ήταν σημαντικός προγνωστικός δείκτης θνησιμότητας σε ασθενείς πριν τη ΜΗ. Η παράταση του QTc από την άλλη δε φάνηκε να σχετίζεται με την έκβαση πριν ή μετά τη ΜΗ.

33^η Διημερίδα
Στέφανος Χατζηγιάννης

Διοργανωτής



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ



www.eemh2026.gr

Περίληψεις ePosters



eP25

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Παζιώνης Α., Βεχλίδης Ν., Τσιόδρας Σ., Καραγιαννάκης Δ.

Δ' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν»

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι λοιμώξεις είναι συχνές στους ασθενείς με κίρρωση ήπατος και η παρουσία τους επιδρά αρνητικά στην πρόγνωση. Σκοπός μας είναι η καταγραφή των λοιμώξεων, η αποτύπωση των χαρακτηριστικών τους, και η συσχέτιση τους με τα λοιπά κλινικό-εργαστηριακά δεδομένα των ασθενών με κίρρωση ήπατος.

Μέθοδοι: Καταγράφηκαν 54 διαδοχικοί ασθενείς με κίρρωση που νοσηλεύτηκαν στη διάρκεια 1 έτους (01/01/2025-31/12/2025) σε τεταρτοβάθμιο νοσοκομείο των Αθηνών.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν άντρες [Α/Γ: 41 (75.9%) / 13 (24.1%)]. Η μέση ηλικία ήταν 66.5±12.7 έτη, το μέσο MELD score ήταν 16±6.5, και το μέσο Child-Pugh score 7.9±1.7. Η πιο συχνή αιτία ηπατικής νόσου ήταν η κατάχρηση αλκοόλ (25/54;46.3%). Το στάδιο της νόσου κατά Child-Pugh A/B/C ήταν 16.7% (n=9), 63% (n=34) και 9.3% (n=5), αντίστοιχα, ενώ στο 11.1% (n=6) των ασθενών το στάδιο δεν ήταν δυνατό να υπολογιστεί. Λοίμωξη εμφάνισε το 50% (n=27) των ασθενών κατά τη νοσηλεία τους. Η πιο συχνή αιτία ήταν η ΑΒΠ (n=7;25.9%), ακολουθούμενη από την πνευμονία (n=5;18.5%), την ουρολοίμωξη (n=4;14.8%), τη χολοκυστίτιδα (n=4;14.8%), την κλωστηριδιακή λοίμωξη (n=4;14.8%), και τις ιογενείς λοιμώξεις (n=3;11.1%). Στο 59% (n=16/27) των περιπτώσεων, ο λοιμογόνος παράγοντας μπόρεσε να ταυτοποιηθεί. Η πλειοψηφία ήταν gram- μικρόβια (8/27;29.6%), ακολουθούμενη από το clostridium difficile (4/27;14.8%), ενώ gram+ ανιχνεύτηκαν σε 2 (7.5%) περιπτώσεις. Πολυανθεκτικά μικρόβια (MDR/XDR) ανευρέθηκαν σε 5/27 (18.5%) περιπτώσεις. Οι ασθενείς με λοίμωξη είχαν σημαντικά μεγαλύτερο χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο σε σχέση με αυτούς που δεν εμφάνισαν λοίμωξη (μέσος χρόνος παραμονής: 14.6±11 vs. 7.8±5 ημέρες, αντίστοιχα, p=0.014). Μεταξύ της 1ης και της 2ης ομάδας ασθενών, δεν υπήρχε αντίστοιχα στατιστικώς σημαντική διαφορά σε ότι αφορά τη μέση ηλικία (68.3±10.7 vs. 64.3±14.7 έτη; p=0.275), το φύλο (p=0.75), το μέσο MELD score (15.2±5.8 vs. 17.1±7.1; p=0.397), το μέσο Child-Pugh score (7.7±1.7 vs. 8.1±1.8; p=0.873), τη μέση τιμή αλβουμίνης (3.2±0.6 vs. 3.1±0.5 mg/dl; p=0.687), το μέσο αριθμό αιμοπεταλίων (164±109x103 vs. 159±92x103; p=0.813), τη μέση τιμή κρεατινίνης (1.4±0.9 vs. 1.4±1.1 mg/dl; p=0.68), τη χρήση β-αποκλειστών (p=0.631), τη χρήση ριφαξιμίνης (p=0.589), ή τη χρήση PPI's (p=0.42). Στην 1η όμως ομάδα, η κατάχρηση αλκοόλ αποτελούσε σε σημαντικά συχνότερο βαθμό την αιτία της κίρρωσης (χ²=12.6, p=0.049). Δε βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ εμφάνισης λοίμωξης και ιστορικού πρόσφατης νοσηλείας στο νοσοκομείο κατά το τελευταίο 3μηνο.

Συμπεράσματα: Οι λοιμώξεις είναι συχνές σε κίρρωτικούς ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και συμβάλουν στην παράταση της διάρκειας νοσηλείας τους. Η ΑΒΠ αποτελεί την πλειοψηφία των λοιμώξεων, ενώ σε συχνό πλέον παράγοντα αναδεικνύεται η κλωστηριδιακή λοίμωξη. Τα gram- συνεχίζουν να είναι η συχνότερη κατηγορία μικροβιακών παθογόνων, ενώ η ανάπτυξη πολυανθεκτικών στελεχών φαίνεται να αποτελεί σημαντικό ιατρικό πρόβλημα και στη χώρα μας.

eP26

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΚΟΡ AGILE 3+ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΙΝΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΑΤΩΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ (MASLD).

Αμύγδαλος Σ.¹, Ψαρομπάς Ι.¹, Σπανού Α.¹, Παπαστεργίου Β.², Κούρτης Ι.¹, Αναστασίου Ι.¹, Φωτεινού Α.¹, Κουκιά Σ.¹, Ντούμου Ε.¹, Σπάρταλης Κ.¹, Κεραμέας Ν.¹, Καραταπάνης Σ.¹

1. Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ρόδου
2. Γαστρεντερολογική Κλινική Θεραπευτήριο «Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εισαγωγή: Η MASLD μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη ίνωσης και κίρρωσης σε σημαντικό ποσοστό ασθενών. Η χρήση μη-επεμβατικών δεικτών αποτελεί τη συνήθη πρακτική για την εκτίμηση της ηπατικής ίνωσης σε ασθενείς με MASLD. Το FIB-4 και η ηπατική ελαστογραφία (Fibroscan) χρησιμοποιούνται ευρέως στην κλινική πράξη, ενώ πιο πρόσφατα προτάθηκε το AGILE 3+ που συνδυάζει την ελαστογραφία και εργαστηριακές παραμέτρους.

Σκοπός: Αξιολόγηση του AGILE 3+ στην ταξινόμηση του κινδύνου ίνωσης σε ασθενείς με MASLD σε σύγκριση με το FIB-4 και την ηπατική ελαστογραφία.

Μέθοδοι: Στη μελέτη μας συμπεριλάβαμε 132 ασθενείς με MASLD (Α/Γ=78/54), στους οποίους υπολογίστηκε το FIB-4, υποβλήθηκαν σε ελαστογραφία (Fibroscan), και στη συνέχεια υπολογίστηκε το σκορ AGILE 3+. Με βάση τις τιμές των 3 μη-επεμβατικών μεθόδων, οι ασθενείς της μελέτης κατηγοριοποιήθηκαν σε 3 ομάδες κινδύνου για την παρουσία προχωρημένης ίνωσης (χαμηλού, ενδιάμεσου και υψηλού κινδύνου). Τα αντίστοιχα όρια για το FIB-4 ήταν <1.30, 1.30-2.67, και >2.67, για την ελαστογραφία <8kpa, 9-9.6kpa, και >9.6kpa, ενώ για το AGILE 3+ ήταν <0.48, 0.48-0.65, και >0.65.

Αποτελέσματα: Με τη χρήση του FIB-4 διαπιστώσαμε 84/132 (63.6%) ασθενείς με σκόρ <1.30, 32/132 (24.2%) με σκόρ μεταξύ 1.30-2.67 και 16/132 (12.1%) ασθενείς με σκόρ >2.67. Με το Fibroscan διαπιστώθηκαν 74/132 (56.0%) ασθενείς με τιμή <8kpa, 18/132 (13.6%) με τιμή 8-9.6 kpa και 40/132 (30.3%) με τιμή >9.6kpa. Τέλος, με το AGILE 3+ διαπιστώθηκαν 94/132 (71.2%) ασθενείς με σκόρ <0.48, 14/132 (10.6%) με σκόρ μεταξύ 0.48-0.65 και 24/132 (18.2%) ασθενείς με σκόρ >0.65.

Συμπεράσματα: Σε σύγκριση με το FIB-4 και την ηπατική ελαστογραφία, το AGILE 3+ φαίνεται να ταξινομεί σημαντικά λιγότερους ασθενείς με MASLD στην ενδιάμεση «γκριζα» ζώνη κινδύνου ίνωσης, αποτελώντας έτσι ιδανικότερο δείκτη για χρήση στη κλινική πράξη.

eP27

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Σβορώνος Χ.¹, Γερμανός Σ.¹, Φεττά Σ.²

1. Χειρουργική κλινική ΓΝ Πάφου, Κύπρος
2. Παθολογική κλινική ΓΝ Πάφου, Κύπρος

Εισαγωγή - Σκοπός: Οι ασθενείς με κίρρωση του ήπατος παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης βουβωνοκήλης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση παραμένει ασαφώς καθορισμένη, καθώς οι ασθενείς με ηπατική κίρρωση διαθέτουν περιορισμένη ηπατική εφεδρεία και είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στο μετεγχειρητικό stress.

Υλικό και Μέθοδος: Διενεργήθηκε αναδρομική μελέτη 32 ασθενών με κίρρωση του ήπατος που υποβλήθηκαν σε πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης από τον Ιούνιο του 2020 έως τον Οκτώβριο του 2025. 13 ασθενείς ανήκαν στη κατηγορία Child-Pugh A (40,6%), 14 ανήκαν στη κατηγορία Child-Pugh B (43,75%) και 5 στη κατηγορία Child-Pugh C (15,62%). Σε όλους τους ασθενείς διενεργήθηκε πλαστική αποκατάσταση με τοποθέτηση πλέγματος, ενώ σε 8 ασθενείς (25%) διενεργήθηκε λαπαροσκοπική αποκατάσταση της κήλης TEP (Totally Extraperitoneal Repair).

Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος νοσηλείας των ασθενών ήταν 2 ημέρες και η μετεγχειρητική νοσηρότητα ανήλθε στο 15,62% (5/32). Οι ασθενείς που εμφάνισαν μετεγχειρητικές επιπλοκές ανήκαν στην κατηγορία Child-Pugh C, ενώ οι 4 από αυτούς εμφάνισαν ήπιες επιπλοκές, σέρομα και αιμάτωμα που δεν χρειάστηκαν ιατρική παρέμβαση (Clavien-Dindo I) και 1 εμφάνισε επιμόλυνση του τραύματος και χρειάστηκε αντιβιοτική αγωγή (Clavien-Dindo II). Η μετεγχειρητική θνητότητα τις πρώτες 30 ημέρες μετά την χειρουργική επέμβαση ήταν μηδενική. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική αποκατάσταση δεν εμφάνισαν μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Η χειρουργική αποκατάσταση των βουβωνοκηλών σε ασθενείς με κίρρωση ήπατος Child-Pugh A και B μπορεί να διενεργηθεί με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα με τοποθέτηση πλέγματος και λαπαροσκοπικά, εάν υπάρχει η κατάλληλη εξειδίκευση. Σε ασθενείς με κίρρωση ήπατος Child-Pugh C είναι αυξημένος ο κίνδυνος μετεγχειρητικών επιπλοκών, παρόλα αυτά είναι ασφαλής η χειρουργική τους αντιμετώπιση με σκοπό την πρόληψη απειλητικών επιπλοκών.

eP28

ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΦΑΣΙΚΗΣ ΟΞΕΙΑΣ HBV ΜΟΝΟ-ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Δημητρίου Κ., Καραμανώλης Ν., Ζιούτου Κ., Αβραμίδου Δ., Κυρίτσης Α., Παπαδημητρόπουλος Β.

Β΄ Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Τυπικά στην οξεία ικτερική ηπατίτιδα Β τα επίπεδα των αμινοτρανσφερασών συνήθως κορυφώνονται κατά την έναρξη των συμπτωμάτων ή πριν εμφάνιση του ικτέρου και υποχωρούν σταδιακά με ομαλοποίησή τους εντός 1-4 μηνών στους ασθενείς που αναρρώνουν πλήρως.

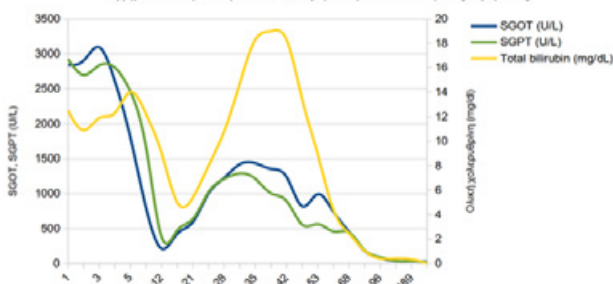
Σκοπός: Η παρουσίαση ενός πολύ σπάνιου περιστατικού οξείας HBV μονο-λοίμωξης με διφασική πορεία.

Μέθοδοι: Πρόκειται για γυναίκα 49 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό που προσήλθε με ίκτερο από τριήμερο. Κατά την κλινική εξέταση δεν διαπιστώθηκαν ευρήματα χρόνιας ηπατικής νόσου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: ALT 2838 U/L, AST 2924 U/L, ALP 217 IU/L, γGT 114 U/L, ολική χολερυθρίνη 12,5 mg/dL (άμεση χολερυθρίνη 9,6 mg/dl) και INR 1,4. Ο ιολογικός έλεγχος ήταν συμβατός με οξεία ηπατίτιδα Β με θετικά HBsAg και antiHBc IgM, αρνητικό HbeAg θετικό antiHBe, και HBV DNA: 221000 IU/ml. Στην ασθενή έγινε έναρξη εντεκαβίρης. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος ήπατος-χοληφόρων, σπληνός και αγγείων δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Ο ιολογικός έλεγχος (HDV, HCV, HAV, HEV, CMV, EBV, HSV) για συλλοίμωση ήταν αρνητικός, όπως επίσης και ο έλεγχος των αυτοαντισωμάτων (ANA, SMA, anti-LKM1). Ο ποσοτικός προσδιορισμός των ανοσοσφαιρινών ήταν φυσιολογικός ενώ η σερουλοπλασμίνη ορού 42 mg/dl. Μετά την αρχική μέγιστη τιμή των αμινοτρανσφερασών την 3η ημέρα από την εισαγωγή και της χολερυθρίνης την 5^η ημέρα, ακολούθησε βιοχημική βελτίωση έως τις ημέρες 12η-19η. Ωστόσο στη συνέχεια εμφανίστηκε μία δεύτερη αύξηση αμινοτρανσφερασών και χολερυθρίνης (μεγαλύτερη της προηγούμενης) που παρατηρήθηκε τις ημέρες 25η-35η, κορυφώθηκε τις ημέρες 35η-45η, και ακολούθησε προσοδευτική ομαλοποίησή τους κατά τους επόμενους τρεις μήνες (Σχήμα 1). Κάθαρση του παρατηρήθηκε στους 2,5 μήνες HBsAg και εμφάνιση του antiHBs στους 5,5 μήνες.

Αποτελέσματα: Μετά τη δεύτερη βιοχημική κορυφή, επανελέγχθηκαν αρνητικά anti-HDV, anti-HCV που επιβεβαιώθηκαν με αρνητικά HDV RNA και HCV RNA. Προσκομίστηκε παλαιότερος έλεγχος HBsAg –αρνητικός- καθιστώντας απίθανο το ενδεχόμενο την επανενεργοποίησης του HBV. Η φαρμακευτική ηπατοτοξικότητα αποκλείστηκε βάση του ιστορικού της ασθενούς.

Συμπεράσματα: Παραπάνω περιγράφεται μία πολύ σπάνια περίπτωση διφασικής πορείας οξείας HBV μονο-λοίμωξης, η διάγνωση της οποίας τεκμηριώθηκε μετά από ενδελεχή έλεγχο κατά τον οποίο αποκλείστηκαν αίτια συλλοίμωσης ή ηπατίτιδας άλλης αιτίας. Μέχρι σήμερα οι βιβλιογραφικές αναφορές διφασικής ή πολυφασικής αύξησης αμινοτρανσφερασών και χολερυθρίνης στο πλαίσιο οξείας HBV μονο-λοίμωξης είναι εξαιρετικά περιορισμένες. Υπογραμμίζεται η σημασία του follow-up των ασθενών μετά την αρχική βελτίωση μέχρι την πλήρη ανάρρωση.

Σχήμα 1. Πορεία ηπατικών ενζύμων με δύο διακριτές εξάρσεις



eP29

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΙΟΥ HDV ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Καραουλάνη Θ.¹, Καπάτας Χ.², Πίτσια Τ.¹, Λάσκος Ε.¹, Μαμάκου Β.³, Κόλλια Χ.³, Κουντούρη Α.⁴, Θεοδώρου Μ.⁵, Χατζηνικολάου Ν.⁶, Τσαγκιά Σ.⁷, Λαμπρόπουλος Π.², Αρμύρος Π.², Τσάκαλης Ν.², Υφαντή Α.², Τσιανίκα Α.⁸, Τσιανίκα Α.⁹, Βούλαρης Β.³, Καπάτας Χ.²

1. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο»
2. Παθολογικό-Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
3. Παθολογική Κλινική Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο»
4. Εργαστήριο Βιοχημικού, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»
5. Βιοχημικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
6. Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο»
7. Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»
8. Ιατρική Σχολή του Medical University of Sofia, Βουλγαρία
9. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών

Εισαγωγή: Ο ιός της ηπατίτιδας D συνδέεται επιδημιολογικά με τον ιό της ηπατίτιδας Β και απαιτεί την παρουσία του τελευταίου για την εκδήλωση λοίμωξης. Μεταδίδεται κυρίως με επαφή με μολυσμένο αίμα (μεταγγίσεις αίματος, χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών), με σεξουαλική επαφή και από μολυσμένη μητέρα στο νεογνό της κατά τη διάρκεια του τοκετού. Ομάδες υψηλού κινδύνου αποτελούν οι χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών, οι ομοφυλόφιλοι άνδρες, οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση, οι σεξουαλικοί σύντροφοι πασχόντων και τα νεογνά μολυσμένων μητέρων. Η ηπατίτιδα D εκδηλώνεται ως συλλοίμωξη, δηλαδή ταυτόχρονη λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας Β, που σχετίζεται με σοβαρή οξεία νόσηση και αυξημένο κίνδυνο (2-20%) ανάπτυξης οξείας ηπατικής ανεπάρκειας και επιλοίμωξη, δηλαδή εμφάνιση οξείας ηπατίτιδας D σε χρόνιους φορείς ηπατίτιδας Β. Η επιλοίμωξη είναι πιο συχνή από τη συλλοίμωξη και οδηγεί πιο συχνά σε χρόνια ηπατίτιδα D και κίρρωση (<https://www.eody.gov.gr/el/nosimata/metadotika/epidimiologiki-epitirisi-kai-prolipsis-hiv-aids-smn-kai-ipatitidon/iogeneis-ipatitides/ipatitida-d-e.html>).

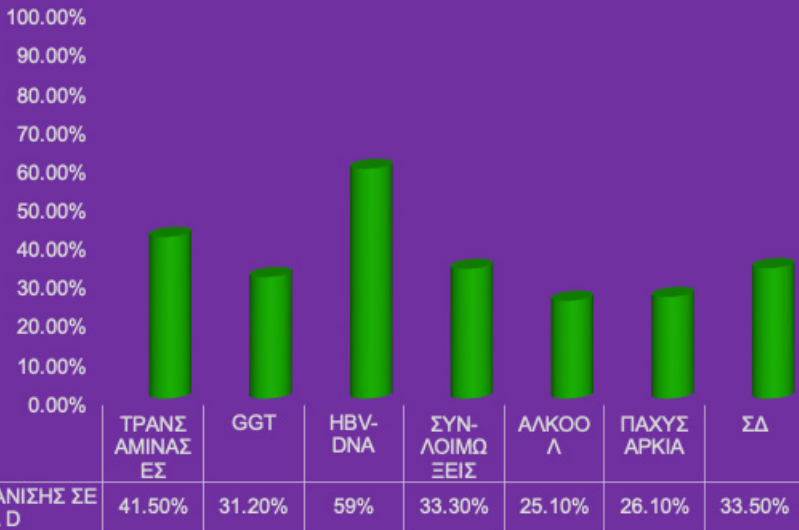
Σκοπός: Στόχος της εργασίας μας είναι να εκτιμήσουμε τον επιπολασμό της λοίμωξης από τον ιό HDV μεταξύ των HBsAg-θετικών ατόμων στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο» σε συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής «Αγία Βαρβάρα» όπου γίνεται έλεγχος για τον ιό της ηπατίτιδας D

Μέθοδοι: Στη μελέτη μας συμμετείχαν νοσηλεύόμενοι ψυχιατρικοί ασθενείς με θετικό HBsAg και ο έλεγχος για τον ιό της ηπατίτιδας πραγματοποιήθηκε μέσω του Ηπατολογικού τμήματος στο Εργαστήριο του Νοσοκομείου «Αγία Βαρβάρα» για τα χρονικά διάστημα 2023-2025.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν δεδομένα 128 ασθενών με θετικό HBsAg. Η συχνότητα ήταν αυξημένη στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (51,5%) και σε άτομα με HCV ή HIV (45,3%). Όσον αφορά την εξέταση για ανεύρεση συν-λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας D στους 68 εξεταζόμενους, οι 7 (5,5%) ανευρέθησαν θετικοί. Επιπροσθέτως διαπιστώθηκε αλλά όχι με στατιστική σημαντικότητα ($p < 0,05$) διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εξέλιξης της ηπατικής νόσου και συν-λοίμωξης με την ηπατίτιδα D, όσοι έχουν αυξημένα επίπεδα αμινοτρανσφερασών και GGT, προχωρημένο στάδιο ηπατικής νόσου, υψηλά επίπεδα HBV DNA στον ορό, ιογενείς συν-λοιμώξεις, κατάχρηση αλκοόλ, παχυσαρκία και διαβήτης.

24^ο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο

www.eemh2026.gr



Συμπεράσματα: Η θεραπεία της ηπατίτιδας D ήταν πολύπλοκη με τη χορήγηση ιντερφερόνης (συγκεκριμένα, πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης άλφα, Peg-IFNα), αλλά τελευταία χορηγείται η bulevirtide υποδορίως που αναστέλλει την είσοδο του ιού στο ηπατοκύτταρο αδρανοποιώντας το πολυπεπτίδιο NTCP. Δεν υπάρχουν επαρκείς μελέτες όσον αφορά το χρόνο χορήγησης του φαρμάκου για την επίτευξη πλήρους ίασης. Ο συνδυασμός ηπατίτιδας B και D έχει το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από όλες τις λοιμώδεις ηπατίτιδες, σύμφωνα με το ΕΟΔΥ. Είναι απαραίτητο να ελέγχονται όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα B για τον ιό της ηπατίτιδας D. Ο μόνος τρόπος πρόληψης έναντι του ιού είναι ο εμβολιασμός για την ηπατίτιδα B, ενώ σε ήδη χρόνιους φορείς ηπατίτιδας B θα πρέπει να συστήνεται αποφυγή συνηθειών υψηλού κινδύνου για λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας D (π.χ. αποφυγή χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών). Δυστυχώς δεν υπάρχει επίσημη κατευθυντήρια οδηγία για τον υποχρεωτικό έλεγχο ασθενών θετικών ΗΒsAg για ηπατίτιδα D και το αντιδραστήριο δεν είναι διαθέσιμο παρά μόνο σε ελάχιστα Τριτοβάθμια Νοσοκομεία.



eP30

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΣΕ ΜΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΗΠΑΤΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ Γ.Ν.Θ

Κυριακούλη Κ.¹, Οικονόμου Θ.², Γουλής Ι.², Παπαχρήστου Χ.¹

1. Τμήμα Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
2. Δ' Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η μεταμόσχευση ήπατος αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία με ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες. Η διεθνής βιβλιογραφία αναδεικνύει υψηλά ποσοστά ψυχολογικών δυσκολιών στους υποψήφιους λήπτες υπογραμμίζοντας την ανάγκη ένταξης ψυχολογικών υπηρεσιών για την αξιολόγηση και υποστήριξη μεταμοσχευμένων ασθενών.

Σκοπός: Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη του ρόλου του ψυχολόγου και των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων στην μεταμόσχευση ήπατος.

Μέθοδος: Η εργασία αποτελεί μια αναφορά κλινικής εμπειρίας στο πρόγραμμα μεταμόσχευσης ήπατος στο Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ. Είκοσι έξι περιστατικά αξιολογήθηκαν ή/και παρακολούθηθηκαν ψυχολογικά για δώδεκα μήνες. Μέσα από την ανασκόπηση του συνόλου των περιστατικών θα περιγραφεί η εμπειρία μου ως ψυχολόγος, οι προκλήσεις και η συμβολή στη φροντίδα των ασθενών.

Αποτελέσματα: Η προμεταμοσχευτική περίοδος χαρακτηρίζεται από υψηλή συναισθηματική επιβάρυνση, αποτελώντας στάδιο έντονης αβεβαιότητας, κατά το οποίο επηρεάζονται η ποιότητα ζωής και η λειτουργικότητα. Παράλληλα, παρουσιάζονται κοινωνικές και οικογενειακές προκλήσεις, με το υποστηρικτικό δίκτυο καλείται να αναλάβει σε μακροπρόθεσμο επίπεδο την φροντίδα του ασθενούς. Η ενίσχυση του υποστηρικτικού δικτύου και η ενδυνάμωσή στην ανάληψη του ρόλου φροντίδας αποτελούν κρίσιμα σημεία στη διαδικασία. Μετά τη μεταμόσχευση αναδύονται προκλήσεις, όπως περιορισμοί, ανάγκη για προσαρμογή, συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες, φόβος για επιπλοκές και συχνά, συναισθήματα ματαιώσης. Συχνές ανάγκες αποτέλεσαν η ενημέρωση, η διασύνδεση με άτομα με κοινές εμπειρίες και η υποστήριξη οικογένειας. Σε όλες τις φάσεις της μεταμοσχευτικής πορείας, οι συχνότερες ψυχολογικές δυσκολίες αφορούσαν τη διαταραχή προσαρμογής (38%), την κατάθλιψη (27%), το άγχος (23%) και τη διαταραχή χρήσης ουσιών ή αλκοόλ (19%). Η ψυχολογική αξιολόγηση προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, η ανίχνευση παραγόντων κινδύνου καθώς και το μακροχρόνιο follow-up μπορούν να συμβάλλουν στην έγκαιρη αντιμετώπιση ψυχολογικών δυσκολιών, στην προαγωγή της συμμόρφωσης και της συνολικής προσαρμογής. Παρά τις συστηματικές προκλήσεις, η ενσωμάτωση ψυχολογικών υπηρεσιών σε μεταμοσχευτικές μονάδες ενισχύει τη διεπιστημονική συνεργασία και στήριξη των ασθενών στο πλαίσιο της ολιστικής, βιοψυχοκοινωνικής φροντίδας.

Συμπέρασμα: Ο ρόλος ενός ψυχολόγου σε μία μεταμοσχευτική μονάδα αποδεικνύεται ουσιαστικός για τη βελτίωση της συνολικής ευημερίας των ασθενών, αλλά και για τη διεπιστημονική μεταμοσχευτική ομάδα.

eP31

ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C (CHC): ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Καπάτης Χ.¹, Καραουλάνη Θ.², Πίτσια Τ.², Λάσκος Ε.², Μαμάκου Β.³, Κόλλια Χ.³, Κουντούρη Α.⁴, Θεοδώρου Μ.⁵, Χατζηνικολάου Ν.⁶, Τσαγκιά Σ.⁷, Λαμπρόπουλος Π.¹, Αρμύρος Π.¹, Τσάκαλης Ν.¹, Υφαντή Α.¹, Τσιανίκα Α.⁸, Τσιανίκα Α.⁹, Βούλαρης Β.³, Καπάτης Α.¹

1. Παθολογικό-Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Δ.Α. "Αγία Βαρβάρα",
2. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ",
3. Παθολογική Κλινική Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ",
4. Εργαστήριο Βιοχημικού, Γ.Ν.Ν.Π. "Άγιος Παντελεήμων",
5. Βιοχημικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Δ.Α. "Αγία Βαρβάρα",
6. Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ",
7. Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας, Γ.Ν.Ν.Π. "Άγιος Παντελεήμων",
8. Ιατρική Σχολή του Medical University of Sofia, Βουλγαρία
9. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών

Εισαγωγή: Τα επιδημιολογικά και ιολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών με Ηπατίτιδα C μελετώνται συχνά στη βιβλιογραφία προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με τον τύπο ή τον υποτύπο της νόσου, τη σχέση με τον τρόπο μετάδοσης και τη μορφή της θεραπείας.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των επιδημιολογικών και ιολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών με CHC που εκτιμήθηκαν μεταξύ των ετών 2020-2024 σε ηπατολογικό ιατρείο στη Δυτική Αττική και οι πιθανές διαφοροποιήσεις τους σε σχέση με τον τρόπο μετάδοσης - χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών (XEN), ή άλλος τρόπος μετάδοσης.

Μεθοδολογία: Μελετήθηκαν 356 ασθενείς με antiHCV=(+), (235 άντρες-121 γυναίκες) από τους οποίους 287 ήταν ελληνικής καταγωγής και 169 XEN που δεν είχαν υποβληθεί σε θεραπεία στο παρελθόν και είχαν 2-3 καταγεγραμμένες επισκέψεις στο ηπατολογικό ιατρείο. Η λήψη ιστορικού, το επιδημιολογικό δελτίο και τα ιολογικά δεδομένα (HCV-RNA και HCV genotype) ήταν διαθέσιμα σε όλους τους συμμετέχοντες.

Αποτελέσματα: HCV-RNA μη ανιχνεύσιμο παρουσίασε το 20,3% (72 ασθενείς) των antiHCV (+) ασθενών. 140 ασθενείς με CHC (39 XEN) παρουσίασαν λοίμωξη με γονότυπο-1, 150 με γονότυπο-3 (102 XEN), 48 (28 XEN) με γονότυπο-4, 17 (2 XEN) με γονότυπο-2 και ένας με γονότυπο-6. Οι XEN ήταν νεότεροι (μ.ο. 32,5 έναντι 45,7 έτη, $p<0,001$), στην πλειονότητά τους άρρενες (60% έναντι 40% γυναίκες $p<0,001$), ελληνικής καταγωγής (54,7% έναντι 45,3% $p<0,001$) και με σημαντικά χαμηλότερο BMI (24,1 έναντι 25,2 $p<0,012$) σε σχέση με άλλους ασθενείς. Τα επίπεδα HCV-RNA ήταν συγκρίσιμα (920,024 έναντι 1.048.380 IU/ml, $p=0,587$) μεταξύ των δύο ομάδων, ενώ ο γονότυπος-3 ήταν ο επικρατέστερος στους XEN (78,8%) ενώ ο γονότυπος -1 (67,4%) στους υπόλοιπους ασθενείς. Αξιοσημείωτη είναι η παρουσία του υποτύπου 1a στην πλειονότητα των XEN με γονότυπο -1 (77,4%) σε αντίθεση με την παρουσία του υποτύπου 1b στην συντριπτική πλειοψηφία των άλλων ασθενών (91,4%) με CHC.

Συμπεράσματα: Η κατανομή των γονοτύπων και των υποτύπων της CHC λοίμωξης σχετίζεται ισχυρά με τον τρόπο μετάδοσης της λοίμωξης στους ασθενείς με CHC.

eP32

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΙΟΥ HDV

Καραουλάνη Θ.¹, Καπάτσης Χ.², Πίτσια Τ.¹, Λάσκος Ε.¹, Μαμάκου Β.³, Κόλλια Χ.³, Κουντούρη Α.⁴, Θεοδώρου Μ.⁵, Χατζηνικολάου Ν.⁶, Τσαγκιά Σ.⁷, Λαμπρόπουλος Π.², Αρμύρος Π.², Τσάκαλης Ν.², Υφαντή Α.², Τσιανίκα Α.⁸, Τσιανίκα Α.⁹, Βούλαρης Β.³, Καπάτσης Α.²

1. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο»
2. Παθολογικό-Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
3. Παθολογική Κλινική Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο»
4. Εργαστήριο Βιοχημικού, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»
5. Βιοχημικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Δ.Α. «Αγία Βαρβάρα»
6. Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο»
7. Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»
8. Ιατρική Σχολή του Medical University of Sofia, Βουλγαρία
9. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών

Εισαγωγή: Ο ιός της ηπατίτιδας D ή δέλτα (HDV) είναι ιός που ο κύκλος ζωής του εξαρτάται από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV), από τον οποίο ο HDV “δανείζεται” και τις τρεις πρωτεΐνες του περιβλήματός του HBV (αντιγόνο επιφανείας HBV [HBsAg]) για να εισέλθει και να εξέλθει από το ηπατοκύτταρο και να προκαλέσει ηπατική βλάβη. Έχει ένα γονιδίωμα RNA 1.700 νουκλεοτιδίων περίπου. Ο HDV ιός ευθύνεται για σπάνιες οξείες και χρόνιες ηπατικές παθήσεις και θεωρείται ο πιο επιθετικός ιός ηπατίτιδας. Η οξεία λοίμωξη μπορεί να προκαλέσει οξεία ηπατική ανεπάρκεια, ενώ η επίμονη λοίμωξη συνήθως προκαλεί μια σοβαρή μορφή χρόνιας ηπατίτιδας, η οποία σχετίζεται με ταχεία και συχνή εξέλιξη σε κίρρωση και επιπλοκές τελικού σταδίου, ηπατική ανεπάρκεια και ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (Journal of Hepatology, EASL Clinical Practice Guidelines on hepatitis delta virus, August 2023. vol. 79 j 433–460, doi.org/10.1016/j.jhep.2023.05.001).

Σκοπός: Στόχος της εργασίας μας είναι να εκτιμήσουμε τον επιπολασμό της λοίμωξης από τον ιό HDV και να διερευνήσουμε τη συμβολή της στην ανάπτυξη κίρρωσης και ηπατοκυτταρικού καρκινώματος (HCC) μεταξύ των HBsAg-θετικών ατόμων.

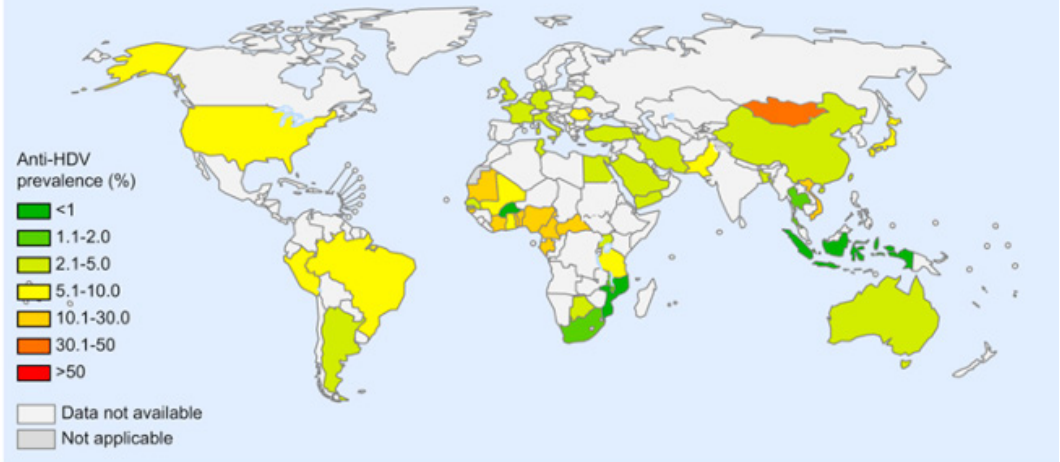
Μέθοδοι: Στη μελέτη μας κάναμε ανασκόπηση των μελετών σε Pubmed και Scopus που αναφέρονται σε ολική ή IgG αντι-HDV επίπεδα μεταξύ HbsAg+ ατόμων.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν δεδομένα 155 μελετών που περιλάμβαναν δείγματα πληθυσμού από 35 χώρες, οι οποίες συνολικά εξέτασαν 98.023 άτομα θετικά σε HBsAg για αντισώματα κατά του ιού HDV. Η εκτιμώμενη επικράτηση των αντισωμάτων κατά του HDV ήταν 4,2% (95% CI 3,4-5,2) μεταξύ όλων των ατόμων θετικών σε HBsAg και 17,2% (14,2-18,2) μεταξύ εκείνων που επισκέπτονταν ηπατολογικές κλινικές. Ο επιπολασμός της HDV, μεταξύ των ατόμων θετικών σε HbsAg, ήταν υψηλότερη σε χώρες της Ασίας, Αφρικής, της κεντρικής/νότιας Αμερικής και της ανατολικής Ευρώπης. Επίσης η συχνότητα ήταν αυξημένη στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, στους λήπτες αιμοκάθαρσης, στους άνδρες που έχουν σεξουαλικές επαφές με άνδρες, στους εργαζόμενους στο εμπόριο του σεξ και σε άτομα με HCV ή HIV. Επιπροσθέτως διαπιστώθηκε αλλά όχι με στατιστική σημαντικότητα ($p < 0,05$) ότι παράγοντες που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τον εντοπισμό ασθενών με στεφανιαία νόσο που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εξέλιξης της ηπατικής νόσου περιλαμβάνουν αυξημένα επίπεδα αμινοτρανσφερασών και GGT, προχωρημένο στάδιο ηπατικής νόσου, επιμονή της ιαμίας HDV, υψηλά επίπεδα HBV DNA στον ορό και ιογενείς συν-λοιμώξεις. Θα πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη οι συμπαράγοντες της χρόνιας ηπατικής βλάβης, όπως η κατάχρηση αλκοόλ, η παχυσαρκία και ο διαβήτης.

24^ο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο

www.eemh2026.gr

Prevalence of anti-HDV among HBsAg positive people in the general population



Σχήμα 1: *J Hepatol.* 2020 Sep;73(3):523–532. doi: 10.1016/j.jhep.2020.04.008

Συμπεράσματα: Υπολογίζεται ότι 12 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως έχουν προσβληθεί από τον ιό HDV, με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης σε ορισμένες γεωγραφικές περιοχές και πληθυσμούς. Ο έλεγχος για αντισώματα κατά του ιού HDV θα πρέπει να πραγματοποιείται τουλάχιστον μία φορά σε όλα τα άτομα που είναι θετικά για HbsAg. Επαναληπτικός έλεγχος για αντισώματα κατά του HDV θα πρέπει να πραγματοποιείται σε άτομα θετικά στο HbsAg όποτε ενδείκνυται κλινικά και ετησίως σε όσους παραμένουν σε κίνδυνο μόλυνσης. PCR HDV RNA θα πρέπει να πραγματοποιείται σε όλα τα άτομα που είναι θετικά για τον ιό HDV για τη διάγνωση της ενεργού λοίμωξης από HDV (Recommendations EASL 2023)



eP33

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΠΑΓΚΡΕΑΤΟΓΡΑΦΙΑ (ERCP): Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Παχιαδάκης Ι., Κουκουφίκη Α., Σιδεράς Λ., Πανάς Π., Πλέκη Σ., Γουλής Ι.

Δ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP) αποτελεί μια ελάχιστα επεμβατική μέθοδο για τη διάγνωση και κυρίως τη θεραπεία παθήσεων των χοληφόρων και του παγκρέατος. Η ERCP θεωρείται επέμβαση υψηλού κινδύνου, με ποσοστό εμφάνισης ήπιων έως σοβαρών επιπλοκών που κυμαίνεται από 5% έως 10%, ενώ η θνησιμότητα ανέρχεται σε ποσοστό 0.33-1%. Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν παγκρεατίτιδα, λοιμώξεις (όπως χολαγγειίτιδα και χολοκυστίτιδα), αιμορραγία πεπτικού, διάτρηση και επιπλοκές σχετιζόμενες με τη χορήγηση αναισθησίας. Η έγκαιρη αναγνώριση παραγόντων κινδύνου για εμφάνιση επιπλοκών μετά από ERCP είναι καθοριστικής σημασίας για τη βελτίωση της πρόγνωσης και της ασφάλειας των ασθενών.

Σκοπός: Να αποτιμηθούν οι επιπλοκές μετά από θεραπευτική ERCP και η διαχείρισή τους στους ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν στο κέντρο μας και τέλος να συζητηθούν τα μέτρα που ελήφθησαν για την πρόληψη τους και να αξιολογηθεί αν αυτά απέδωσαν.

Μέθοδος: Διενεργήθηκε αναδρομική μελέτη μέσω αναζήτησης στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων του ενδοσκοπικού μας εργαστηρίου, συμπεριλαμβάνοντας ενήλικες που υποβλήθηκαν σε θεραπευτική ERCP από τον Δεκέμβριο 2025 έως τον Ιανουάριο 2026. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, ενδείξεις της ενδοσκόπησης και ανεπιθύμητες ενέργειες σχετιζόμενες με ERCP. Η σοβαρότητα των επιπλοκών χαρακτηρίστηκε σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήριες συστάσεις. Μελετήθηκαν τα μέτρα που εφαρμόστηκαν για την πρόληψη και τη διαχείριση των επιπλοκών μετά από ERCP. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό IBM SPSS Statistics v29.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 164 ERCP, οι οποίες διενεργήθηκαν σε 118 ασθενείς (66% άνδρες, διάμεση ηλικία 65 έτη, IQR 55-77). Επιτυχής καθετηριασμός του χοληδόχου πόρου κατέστη εφικτός σε ποσοστό 87.8% των επεμβάσεων. Οι συχνότερες ενδείξεις για ERCP ήταν χοληδοχολιθίαση (24.5%), οξεία χολαγγειίτιδα (20.6%), καλοήθεις στενώσεις (36%) και κακοήθεις στενώσεις (32%) των χοληφόρων, καρκίνος παγκρέατος (7%), μετεγχειρητικές διαφυγές χολής (6.6%) και αντιμετώπιση επιπλοκών χρόνιας παγκρεατίτιδας (3.1%). Σημειώθηκαν συνολικά 31 (18.9%) ανεπιθύμητες ενέργειες σχετιζόμενες με την ενδοσκοπική παρέμβαση, από τις οποίες 4 (16.1%) ήταν μέτριας βαρύτητας. Δεν καταγράφηκαν σοβαρές επιπλοκές. Συγκεκριμένα, μετά από ERCP οξεία παγκρεατίτιδα παρατηρήθηκε σε 8 (4.9%) ασθενείς, οξεία χολαγγειίτιδα σε 9 (5.5%) ασθενείς, αιμορραγία σε 11 (6.7%) ασθενείς, διάτρηση σε 2 (1.2%) ασθενείς και ανεπιθύμητες ενέργειες σχετιζόμενες με την αναισθησία σε 2 (1.2%) ασθενείς. Όλες οι επιπλοκές αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά σύμφωνα με τα καθιερωμένα πρωτόκολλα και δεν παρατηρήθηκαν θάνατοι σχετιζόμενοι με την επέμβαση. Οι αιμορραγίες μετά από σφικτηροτομή αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς ενδοσκοπικά με μηχανική πίεση με μπαλόνι ανάσχυσης, έγχυση με βελόνα αιμόστασης υπέρτονου διαλύματος αδρεναλίνης και τοποθέτηση αιμοστατικού clip. Για την πρόληψη της μετά-ERCP παγκρεατίτιδας χορηγήθηκε δικλοφενάκη 100mg διορθικά στο 92.6% των ενδοσκοπήσεων αμέσως πριν την παρέμβαση. Σε 18 (11%) συνεδρίες ERCP τοποθετήθηκε προφυλακτικά παγκρεατική ενδοπρόθεση, ενώ μόνο ένας ασθενής (0.6%) εμφάνισε ήπια οξεία παγκρεατίτιδα.

Συμπεράσματα: Η θεραπευτική ERCP είναι αποτελεσματική και ασφαλής με χαμηλό ποσοστό σοβαρών επιπλοκών, ενώ η προφυλακτική χορήγηση δικλοφενάκης διορθικά και η τοποθέτηση παγκρεατικής ενδοπρόθεσης μείωσαν τον κίνδυνο παγκρεατίτιδας.

eP34

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β, ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ

Αμύγδαλος Σ.¹, Φωτεινού Α.¹, Ψαρομπάς Ι.¹, Σπανού Α.¹, Παπαστεργίου Β.², Κούρτης Ι.¹, Αναστασίου Ι.¹, Κολαινή Π.¹, Κουκιά Σ.¹, Ντούμου Ε.¹, Κουντούρης Η.¹, Σπάρταλης Κ.¹, Κεραμέας Ν.¹, Καραταπάνης Σ.¹

1. Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου
2. Γαστρεντερολογική Κλινική Θεραπευτήριο «Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η μακροχρόνια χορήγηση αγωγής με νουκλεοσιδικά ανάλογα έχει βελτιώσει σημαντικά την έκβαση των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β (ΧΗΒ), με συνέπεια την αύξηση της μέσης ηλικίας των ασθενών που λαμβάνουν τέτοια αγωγή.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης μας ήταν να διερευνήσουμε εάν αυτή η επιμήκυνση του προσδόκιμου των ασθενών ΧΗΒ συνδυάζεται με την ανάπτυξη συννοσηροτήτων που μπορεί να επηρεάσουν την πορεία της νόσου και το είδος της φαρμακευτικής αγωγής.

Μέθοδοι: Στη μελέτη μας έλαβαν μέρος 204 ασθενείς (Α/Γ= 122/82, μέσης ηλικίας 57,7) που ελάμβαναν αγωγή με νουκλεοσιδικά ανάλογα, με μέση περίοδο παρακολούθησης 9.8 έτη (εύρος 1-15). Οι ασθενείς υπεβάλλοντο στον ενδεικνυόμενο τακτικό εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο.

Αποτελέσματα: Από τους ασθενείς της μελέτης μας 76/204 (37.2%) ελάμβαναν αγωγή με tenofovir-disoproxil-fumarate (TDF), οι 107/204 (52,5%) ελάμβαναν εντεκαβίρη, ενώ 21/204(10.4%) ελάμβαναν αγωγή με tenofovir/afafenamide. Κίρρωση κατά την έναρξη της παρακολούθησης τους διαπιστώθηκε σε 26/204 (12,7%) ενώ ηπατοκυτταρικός καρκίνος (ΗΚΚ) αναπτύχθηκε σε 5/204 (2.4%). Όσον αφορά την ύπαρξη συννοσηροτήτων υπερλιπιδαιμία διαπιστώθηκε σε 67/204 (32.8%), υπέρταση σε 46/204 (22.5%), και ΣΔ-2 σε 29/172 (14.2%).

Συμπεράσματα: Από τη μελέτη μας διαπιστώθηκε η χαμηλή επίπτωση ΗΚΚ σε ασθενείς υπό αγωγή με νουκλεοσιδικά ανάλογα, ενώ σημαντικός αριθμός αυτών ανέπτυξαν ή διέθεταν συννοσηρότητες στη πορεία παρακολούθησης (υπερλιπιδαιμία, υπέρταση, ΣΔ-2).



eP35

ΜΗ ΚΙΡΡΩΤΙΚΗ ΠΥΛΑΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΓΥΝΑΙΚΑ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΣΠΛΗΝΟΜΕΓΑΛΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΥΛΑΙΟΚΟΛΠΟΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (PORTO-SINUSOIDAL VASCULAR DISEASE, PSVD)

Αυδής Θ.¹, Κόντος Γ.¹, Σαπουνάς Χ.¹, Τσιαμπέρας Ν.¹, Κουρίκου Α.¹, Σιακαβέλλας Σ.¹, Τηνιακού Κ.², Μανωλακόπουλος Σ.¹, Deutsch M.¹, Κρανιδιώτη Χ.¹

1. Β' Παθολογική κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
2. Παθολογοανατομικό εργαστήριο Αρεταίειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Η πυλαιοκολοειδική αγγειακή νόσος (PSVD) αποτελεί υποδιαγνωσμένη αιτία μη κίρρωτικής πυλαίας υπέρτασης ιδιαίτερα σε νεαρούς ασθενείς με διατηρημένη ηπατική λειτουργία. Η διαγνωστική προσέγγιση απαιτεί ισχυρή κλινική υποψία και αποκλεισμό άλλων συστηματικών νοσημάτων.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 21 ετών παραπέμφθηκε για διερεύνηση εμμένουσας θρομβοπενίας και προοδευτικά επιδεινούμενης σπληνομεγαλίας. Από την ηλικία των 12 ετών στο ιστορικό της καταγράφεται ήπια σπληνομεγαλία (μήκος σπληνός 12,5 cm), η οποία παρουσίασε σταδιακή αύξηση φθάνοντας τα 16 cm κατά την πρόσφατη απεικονιστική εκτίμηση. Η γενική αίματος ανέδειξε θρομβοπενία PLT $105 \times 10^3/\mu\text{L}$ (Hb 13.4 g/dL, WBC $4.42 \times 10^3/\mu\text{L}$). Ο αιματολογικός έλεγχος (επίχρισμα, οστεομυελική βιοψία, μοριακός έλεγχος για μυελουπερπλαστικά σύνδρομα) απέκλεισε πρωτοπαθή αιματολογικά νοσήματα. Επιπλέον, διενεργήθηκε ορολογικός έλεγχος νόσου Gaucher, έλεγχος αντιφωσfolιπιδικού συνδρόμου, θρομβοφιλίας και test δρεπανώσεως, τα οποία ήταν αρνητικά. Ο βιοχημικός έλεγχος ανέδειξε φυσιολογικές τρανσαμινάσες (AST 26 U/L, ALT 24 U/L) και ALP (55 U/L), ήπια αύξηση γ -GT (48 U/L) και ολική χολερυθρίνη 1.2 mg/dL. Η ηπατική συνθετική λειτουργία ήταν διατηρημένη (INR 1). Ο ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός καθώς και τα αντισώματα για αυτοάνοση ηπατίτιδα και πρωτοπαθή χολική χολαγγειίτιδα. Η ελαστογραφία ήπατος ανέδειξε τιμή ηπατικής ακαμψίας 4,6 kPa, συμβατή με απουσία σημαντικής ίνωσης. Η απεικονιστική διερεύνηση ανέδειξε σπληνομεγαλία χωρίς μορφολογικά χαρακτηριστικά κίρρωσης και η μαγνητική αγγειογραφία διάταση σπληνοπυλαίου άξονα και ανάπτυξη παράπλευρου πυλαιοσυστηματικού φλεβικού δικτύου χωρίς εικόνα θρόμβωσης. Στα πλαίσια διερεύνησης πυλαίας υπέρτασης ως πιθανού αιτίου δευτεροπαθούς σπληνομεγαλίας διενεργήθηκε γαστροσκόπηση, η οποία ανέδειξε κίρσους οισοφάγου και πυλαία γαστροπάθεια. Η ασθενής υποβλήθηκε συνολικά σε 3 συνεδρίες ενδοσκοπικής περιέδεσης κίρσων και ξεκίνησε φαρμακευτική αγωγή με καρβεδιλόλη. Δεδομένης της παρουσίας κλινικά σημαντικής πυλαίας υπέρτασης, και της απουσίας σημαντικής ίνωσης στην ελαστογραφία διενεργήθηκε βιοψία ήπατος. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε αγγειακές αλλοιώσεις στο φάσμα της πυλαιοκολοειδικής αγγειακής διαταραχής, με πυλαία στένωση (αποφρακτική πυλαία φλεβοπάθεια), αρχόμενη οζώδη αναγεννητική υπερπλασία και λεπτή γεφυροποιό ίνωση, χωρίς κριτήρια κίρρωσης. Τα ευρήματα ήταν διαγνωστικά συμβατά με PSVD.

Συζήτηση – Συμπεράσματα: Η παρούσα περίπτωση αναδεικνύει τη διαγνωστική προσέγγιση της σπληνομεγαλίας και θρομβοπενίας ως πρώιμες εκδηλώσεις πυλαίας υπέρτασης. Η πολύ χαμηλή τιμή ελαστογραφίας (4,6 kPa) σε συνδυασμό με εγκατεστημένους κίρσους αποτελεί ισχυρό στοιχείο υπέρ μη κίρρωτικής αιτιολογίας πυλαίας υπέρτασης. Η μακρόχρονη πορεία από την παιδική ηλικία υποδηλώνει πρωτοπαθή αγγειακή διαταραχή του πυλαίου συστήματος, με διατήρηση της ηπατικής λειτουργίας. Η PSVD πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη σε νεαρούς ασθενείς με πυλαία υπέρταση και η ιστολογική επιβεβαίωση είναι απαραίτητη για την ορθή διάγνωση και διαφοροδιάγνωση από την κίρρωση.

eP36

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Ε ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΡΟΣΦΑΤΟΥ ΤΑΞΙΔΙΟΥ

Καραπίττη Κ., Χιώτη Α., Χίνη Μ., Σκορδά Λ.

Γ' Παθολογικό Τμήμα- Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. "Κοργιαλένιο- Μπενάκειο" Ε.Ε.Σ., Αθήνα

Εισαγωγή: Οι αναφορές οξείας ηπατίτιδας Ε στην Ελλάδα είναι περιορισμένες και αφορούν κυρίως σποραδικά περιστατικά. Στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία, η ηπατίτιδα Ε θεωρείται σπάνια διάγνωση, ιδίως στον γενικό πληθυσμό.

Σκοπός: Αναφέρουμε την περίπτωση ασθενούς με οξεία ηπατίτιδα Ε, η οποία διαγνώσθηκε στην Ελλάδα, με ιστορικό πρόσφατου ταξιδιού σε Ευρωπαϊκό κράτος.

Μέθοδοι: Ασθενής 63 ετών με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και δυσλιπιδαιμίας διεκομίσθη στο ΤΕΠ λόγω εμέτων και γενικευμένης αδυναμίας διάρκειας τεσσάρων ημερών. Δέκα ημέρες πριν είχε πραγματοποιήσει ταξίδι στο Λονδίνο, με αναφερόμενη βρώση φαγητού αμφιβόλου ποιότητας, χωρίς κατανάλωση αλκοόλ, χρήση τοξικών ουσιών, πρόσφατη αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής ή υπερβολική λήψη παρακεταμόλης. Κατά την κλινική εξέταση ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, απύρετος, με φλεβοκομβική ταχυκαρδία και όψη πάσχοντος. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ηπατική βλάβη με αυξημένες τιμές τρανσαμινασών, χολοστατικών ενζύμων, γαλακτικής αφυδρογονάσης, καθώς και παράταση INR, χωρίς υπερχοληρυθριναιμία. Με συνύπαρξη, όμως, μεταβολικής-γαλακτικής οξέωσης στα αέρια αίματος, σε έδαφος υπεργλυκαιμίας. Το υπερηχογράφημα άνω και κάτω κοιλίας έδειξε ήπαρ φυσιολογικών διαστάσεων με ήπια αυξημένη ηχογένεια και χωρίς εστιακές αλλοιώσεις, τα ενδοηπατικά και εξωηπατικά χοληφόρα ήταν φυσιολογικά και η πυλαία φλέβα βατή, ενώ η αξονική τομογραφία με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό δεν ανέδειξε παθολογία. Ο ασθενής νοσηλεύθηκε στην Γ' Παθολογική Κλινική και έλαβε ενδοφλέβια χορήγηση διττανθρακικού νατρίου με βελτίωση της οξέωσης, ενδοφλέβια χορήγηση κρυσταλλοειδών υγρών και ρύθμιση υπεργλυκαιμίας με υποδόρια ινσουλίνη ταχείας και βραδείας δράσης. Εντός νοσηλείας έλαβε ενδοφλέβια Ν-ακετυλοκυστεΐνη, παρά τα χαμηλά επίπεδα παρακεταμόλης στο αίμα. Ο ιολογικός έλεγχος απέκλεισε οξεία ηπατίτιδα Α, Β και C (μη ανιχνεύσιμο HCV RNA), ενώ σημειώθηκε προηγούμενη νόσηση από Ηπατίτιδα Α (IgG θετικά, IgM αρνητικά). Επιπλέον, δεν απομονώθηκαν ηπατοτρόποι ιοί (HSV 1/2, CMV, EBV, VZV). Ο ανοσολογικός έλεγχος δεν ανέδειξε SMA, anti-LKM1, anti-SLA ή p-ANCA, AMA, ενώ η ηλεκτροφόρηση και η ανοσοκαθίλιωση λευκωμάτων έδειξαν μόλις υποσημαινόμενη ποσότητα μονοκλωνικής IgG-κ χωρίς συνολική αύξηση IgG. Τα ANA αναδείχθηκαν θετικά σε τίτλο 1:160. Η σεροουλτασμία και ο κορεσμός τρανσφερίνης ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Τέλος, ανιχνεύθηκε Ηπατίτιδα Ε (HEV) με PCR και IgM Abs θετικά σε εξωτερικό εργαστήριο, καθορίζοντας τη διάγνωση οξείας ηπατίτιδας Ε.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο μετά από 1 εβδομάδα νοσηλείας με πλήρη κλινική και εργαστηριακή βελτίωση. Πραγματοποιείται ηπατολογική παρακολούθηση του ασθενούς για έλεγχο εξέλιξης της ηπατίτιδας.

Συμπεράσματα: Η περίπτωση αυτή υπογραμμίζει ότι η οξεία ηπατίτιδα Ε μπορεί να εμφανιστεί σε ασθενείς με πρόσφατο ταξίδι σε ενδημικές περιοχές, απαιτεί έγκαιρη εργαστηριακή επιβεβαίωση και πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση οξείας ηπατικής βλάβης ακόμη και σε χώρες με χαμηλή ενδημικότητα.



eP37

ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΜΕ ΑΡΧΙΚΑ ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΟΡΟΛΟΓΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΚΑΙ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΗ ΟΡΟΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΕΝΔΟΑΡΘΡΙΚΕΣ ΕΝΕΣΕΙΣ

Ασλάνογλου Α., Στρατηγάκης Λ., Μαρκάκης Γ., Παπαδάκος Σ., Παπαζοΐνης Κ., Παπαθεοδωρίδης Γ., Βλαχογιαννάκος Ι.

Α' Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Η οξεία λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C αποτελεί πλέον σπάνια κλινική οντότητα. Η πλειονότητα των ασθενών (περίπου 70–80%) παραμένει ασυμπτωματική, ενώ όταν η νόσος εκδηλώνεται κλινικά χαρακτηρίζεται από μη ειδικά συμπτώματα και βιοχημικό πρότυπο οξείας ηπατοκυτταρικής βλάβης, με σημαντική αύξηση των τρανσαμινασών, συχνά άνω των 10 φορές του ανώτερου φυσιολογικού ορίου. Ωστόσο η διάγνωση της παραμένει απαιτητική, καθώς η ορομετατροπή των anti-HCV αντισωμάτων καθυστερεί (4–10 εβδομάδες μετά την έκθεση), οδηγώντας σε αρχικά αρνητικό ορολογικό έλεγχο. Σε ασθενείς με πρόσφατο δυνητικό παράγοντα έκθεσης, η διάγνωση της οξείας HCV προϋποθέτει επαναληπτικό ορολογικό έλεγχο και διενέργεια μοριακού ελέγχου για HCV RNA, προκειμένου να τεκμηριωθεί έγκαιρα η ενεργός λοίμωξη.

Παρουσίαση περίπτωσης περιστατικού: Άνδρας 42 ετών διακομίστηκε από το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας λόγω οξείας ηπατοκυτταρικής βλάβης, με ιδιαίτερα αυξημένες τρανσαμινάσες (AST 6205 U/L, ALT 8149 U/L) και φυσιολογικό INR. Από το ιστορικό αναφερόταν υποβολή σε ενδοαρθρικές ενέσεις στον αριστερό ώμο με επαναλαμβανόμενες συνεδρίες από μηνός. Ο αρχικός ορολογικός έλεγχος για ιογενείς ηπατίτιδες (HAV, HBV, HCV) ήταν αρνητικός.

Κατά την εισαγωγή του ασθενούς στην κλινική μας, οι τρανσαμινάσες παρέμεναν σημαντικά αυξημένες (AST 3400 U/L, ALT 4965 U/L), ενώ διαπιστώθηκε άμεση υπερχολερυθριναιμία (ολική χολερυθρίνη 4,8 mg/dL, άμεση 4,5 mg/dL), χωρίς κλινικά ή εργαστηριακά σημεία οξείας ηπατικής ανεπάρκειας. Διενεργήθηκε υπέρηχος άνω κοιλίας ο οποίος ανέδειξε ηπατομεγαλία με κεφαλουραία διάμετρο 21 εκ., χωρίς ενδείξεις θρόμβωσης του σπληνοπυλαίου άξονα. Κατά την έκτη ημέρα νοσηλείας του ασθενούς, επαναλήφθηκε ο ορολογικός έλεγχος για HCV και διαπιστώθηκε ορομετατροπή με θετικοποίηση των anti-HCV αντισωμάτων. Ο μοριακός έλεγχος ανέδειξε ιαμία με HCV RNA 384.000 IU/mL ενώ ο γονοτυπικός προσδιορισμός ανέδειξε γονότυπο 3. Τέθηκε η διάγνωση οξείας ηπατίτιδας C και αποφασίστηκε άμεση έναρξη αντιϊκής θεραπείας με συνδυασμό glecaprevir/sofosbuvir διάρκειας 8 εβδομάδων.

Κατά την παρακολούθηση του ασθενούς, παρατηρήθηκε σταδιακή βιοχημική βελτίωση με πτωτική τάση των τρανσαμινασών πριν από την έναρξη της θεραπείας. Μετά τη χορήγηση της αντιϊκής αγωγής επήλθε πλήρης ομαλοποίηση των ηπατικών ενζύμων εντός 20 ημερών. Δώδεκα εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας επιβεβαιώθηκε παρατεταμένη ιολογική ανταπόκριση (SVR12) με μη ανιχνεύσιμο HCV RNA.

Συμπεράσματα: Η περίπτωση αυτή αναδεικνύει τη διαγνωστική πρόκληση της οξείας ηπατίτιδας C και υπογραμμίζει τη σημασία της επανάληψης του ορολογικού ελέγχου αλλά και της διενέργειας μοριακού ελέγχου του HCV RNA σε ασθενείς με τεκμηριωμένη ή πιθανολογούμενη πρόσφατη έκθεση. Σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα, η έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση με αντιϊκή αγωγή επιτυγχάνει υψηλά ποσοστά παρατεταμένης ιολογικής ανταπόκρισης, προλαμβάνει την εγκατάσταση χρόνιας νόσου και συμβάλλει ουσιαστικά στον περιορισμό της περαιτέρω μετάδοσης του ιού. Παράλληλα, η ισχυρή υποψία ιατρογενούς μετάδοσης στο συγκεκριμένο περιστατικό καθιστά απαραίτητη την αυστηρή τήρηση των κανόνων αντισηψίας και των προβλεπόμενων πρωτοκόλλων ασφάλειας σε κάθε ιατρική ή παραϊατρική παρεμβατική πράξη.



eP38

ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ ΩΣ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΟ ΑΙΤΙΟ ΟΞΕΙΑΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Αυδής Θ., Τσόγκα Δ., Αβραμίδου Δ., Τσαβαρής Δ., Κεχαγιάς Λ., Κόντος Γ., Κρανιδιώτη Χ.

Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο Γ.Ν.Α «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Η οξεία επί χρόνιας ηπατική ανεπάρκεια (Acute-on-Chronic Liver Failure, ACLF) αποτελεί σοβαρή και δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή σε ασθενείς με υποκείμενη χρόνια ηπατική νόσο με ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά θνητότητας. Ανάμεσα στους διάφορους εκλυτικούς παράγοντες, οι λοιμώξεις κατέχουν κεντρική θέση. Η τοξοπλάσμωση, αν και συνήθως εκδηλώνεται με ήπια, μη ειδικά συμπτώματα σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς, δύναται σπάνια να οδηγήσει σε σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία, ιδίως σε ασθενείς με προϋπάρχουσα ηπατοπάθεια.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 47 ετών παραπέμπεται λόγω εμφάνισης ασκίτικης συλλογής και ικτέρου. Πρόκειται για ασθενή με μέχρι τώρα καλώς αντιροπούμενη κίρρωση ήπατος (CPT score A6), από το ιστορικό του οποίου αναφέρεται χρόνια ηπατίτιδα C από 15ετίας άνευ θεραπείας, διαταραχή χρήσης αλκοόλ από 5ετίας και αγωγή υποκατάστασης με μεθαδόνη λόγω παρελθούσας χρήσης ενδοφλέβιων ουσιών. Κατά την αρχική εξέταση ο ασθενής εμφάνιζε εγκεφαλοπάθεια και από τον αρχικό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε εικόνα πολυοργανικής ανεπάρκειας (ηπατική και νεφρική δυσλειτουργία). Ο βιοχημικός έλεγχος ανέδειξε σάκχαρο 52 mg/dl, SGOT 193 U/L, SGPT 57 U/L, ALP 451 U/L, γGT 156 U/L, ολική χολερυθρίνη 15,3 mg/dl (καθ' υπεροχήν άμηση), κρεατινίνη 4,5 mg/dl, ουρία 259 mg/dl, λευκωματίνη 2,24 g/dl, αμμωνία 113 mg/dl και INR 2,1. Μετά την εισαγωγή του ασθενούς στην Παθολογική Κλινική, έγινε έναρξη ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής (πιπερακιλλίνη ταζομπακτάμη), αντιαμμωνιακής αγωγής με λακτουλόζη και ριφαξιμίνη, ενδοφλέβιας λευκωματινής και διαλύματος γλυκόζης για την αντιμετώπιση των εμφανιζόμενων υπογλυκαιμιών. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε κίρρωτο ήπαρ χωρίς διατάσεις ενδοηπατικών και εξωηπατικών χοληφόρων και ασκίτικη συλλογή. Στα πλαίσια της αρχικής διερεύνησης εστάλη έλεγχος για ιογενείς ηπατίτιδες από τον οποίο ανευρέθη αντι HCV (+) με HCV RNA 53 IU/ml με τον λοιπό εργαστηριακό έλεγχο να είναι αρνητικός. Λόγω του κοινωνικού ιστορικού του ασθενούς (καθημερινή επαφή με μικρά ζώα, κυρίως αδέσποτες γάτες) εστάλη έλεγχος για τοξοπλάσμωση. Αρχικά ανευρέθη αντι Toxo IgM: 16 IU/ml με αρνητικό τον έλεγχο για IgG τα οποία σε επανέλεγχο μετά την πάροδο 2 εβδομάδων ανευρέθησαν θετικά (Toxo-G2: 20 IU/ml με συνοδό ελάττωση των IgM αντισωμάτων). Εστάλη επίσης PCR για γενετικό υλικό για *Toxoplasma gondii* που ήταν αρνητικό. Ο ασθενής με την χρήση συντηρητικών μέτρων και χωρίς να λάβει ειδική αντιπρωτοζωϊκή αγωγή εμφάνισε βελτίωση της κλινικής και εργαστηριακής του εικόνας, με αποτέλεσμα να εξέλθει σταθεροποιημένος σε 12 μέρες (CPT score B8).

Συζήτηση – Συμπεράσματα: Η παρούσα περίπτωση αναδεικνύει τη σπανιότητα αλλά και τη βαρύτητα της τοξοπλάσμωσης ως εκλυτικού παράγοντα ACLF. Αν και η οξεία λοίμωξη από *Toxoplasma gondii* θεωρείται απειλητική κυρίως για ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, σε συγκεκριμένες περιπτώσεις προϋπάρχουσας ηπατικής νόσου μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική επιδείνωση της ηπατικής λειτουργίας.

Η έγκαιρη αναγνώριση και διερεύνηση ιδιαίτερων λοιμωδών αιτιών, όπως η τοξοπλάσμωση, είναι κρίσιμα σημασίας για τη διαχείριση των ασθενών με ACLF. Παρά την αρνητική ανίχνευση DNA του παρασίτου, η παρουσία IgM και IgG αντισωμάτων ενισχύει τη διάγνωση πρόσφατης λοίμωξης.

Η περίπτωση υπογραμμίζει την ανάγκη για ευρεία διαγνωστική προσέγγιση και συμπερίληψη σπανίων αιτιών, όπως η τοξοπλάσμωση, στο διαγνωστικό φάσμα της ACLF.

eP39

PRIMARY HEPATIC PARAGANGLIOMA MIMICKING HEPATOCELLULAR CARCINOMA: A RARE DIAGNOSTIC CHALLENGE AND UPDATED LITERATURE REVIEW

Konstantinidis M.K., Vlachos D.K., Giannopoulos I., Prevezanos D., Machairas N., Sotiropoulos G.C.

Department of Liver Transplantation and Hepatobiliary Surgery, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Introduction: Primary hepatic paraganglioma (HPGL) is an exceptionally rare neuroendocrine tumor arising from sympathetic paraganglionic tissue within the liver. Although the liver is a common metastatic site for pheochromocytomas and paragangliomas, true primary hepatic involvement is extremely uncommon, with fewer than 20 cases reported in the literature. Due to nonspecific clinical presentation and radiologic characteristics, HPGL frequently mimics hepatocellular carcinoma (HCC) or other hypervascular liver tumors, making preoperative diagnosis challenging.

Purpose: To present a rare case of primary hepatic paraganglioma initially misdiagnosed as hepatocellular carcinoma and to highlight the diagnostic challenges, intraoperative findings, and management considerations associated with this entity.

Methods: A 72-year-old woman with a history of hypertension was referred to our hepatobiliary unit after incidental detection of a liver mass. Contrast-enhanced computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) demonstrated a 2.5-cm hypervascular lesion in segment IVb with peripheral enhancement. The patient underwent 18F-Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography / Computed Tomography scan (18F-FDG PET/CT) which showed moderate uptake without evidence of extrahepatic disease. Laboratory evaluation, including liver function tests and tumor markers, was unremarkable. Based on imaging findings, hepatocellular carcinoma was suspected, and surgical resection was planned. The patient underwent open wedge resection. Histopathological and immunohistochemical analyses were performed. Postoperative Iodine-131 Metaiodobenzylguanidine (I-131 MIBG) scintigraphy was used to exclude extrahepatic disease.

Results: During tumor manipulation, marked intraoperative blood pressure fluctuations were observed, suggestive of catecholamine release. The postoperative course of the patient was uneventful. Histopathology revealed a well-circumscribed neoplasm with characteristic organoid architecture. Immunohistochemistry showed positivity for synaptophysin and CD57, focal S100 staining in sustentacular cells, and a low proliferative index (Ki-67 about 5%), consistent with paraganglioma. Chromogranin expression was negative. Surgical margins were free of disease. Postoperative I-131 MIBG scintigraphy demonstrated no additional lesions, confirming the diagnosis of primary hepatic paraganglioma. At six-month follow-up, the patient remains disease-free.

Conclusions: Primary hepatic paraganglioma is a rare and diagnostically challenging tumor that may closely mimic hepatocellular carcinoma on imaging. Intraoperative hemodynamic instability should raise suspicion for catecholamine-secreting tumors, even in clinically asymptomatic patients. Complete surgical resection is the treatment of choice and is associated with favorable short-term outcomes. Given the uncertain malignant potential of paragangliomas, long-term postoperative surveillance is essential.

eP40

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ MASLD ΣΤΟΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΜΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ Δ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Καλτσούνης Ε.-Α.^{1,2,3}, Αλεξίου Ν.^{1,2}, Τούκλη Δ.^{1,2}, Παπαηλία Φ.^{1,2}, Δερδελάκου Θ.^{1,2}, Χειλετζάρης Θ.^{1,2}, Συμπάρδη Σ.¹, Καραγιαννάκης Δ.³

1. Α΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»
2. Ηπατολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»
3. Ηπατολογικό Ιατρείο, Δ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α «Αττικών»

Εισαγωγή: Η Μεταβολικά Σχετιζόμενη Στεατωτική Νόσος του Ήπατος αναδεικνύεται σε κύρια αιτία χρόνιας ηπατικής νόσου και ένδειξης για μεταμόσχευση ήπατος παγκοσμίως. Η συνύπαρξη της δε με χρόνιες ιογενείς ηπατίτιδες, επιδεινώνει περαιτέρω την ηπατική βλάβη και την πρόγνωση των ασθενών, με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο ωστόσο να αποτελεί την κυριότερη αιτία θνητότητας.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με σύνθετη ηπατική νόσο (συλλοίμωξη HBV/HDV και MASLD), η οποία, παρά την ιολογική ύφεση υπό αγωγή, εμφάνισε ηπατική απορρύθμιση και τελικά κατέληξε λόγω οξέος καρδιαγγειακού συμβάματος.

Αποτελέσματα: Γυναίκα 55 ετών, πακιστανικής καταγωγής, με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου II, υπερλιπιδαιμίας, νοσογόνου παχυσαρκίας (BMI 45.8 kg/m²) και καρδιακής ανεπάρκειας (κλάσμα εξώθησης 40%), παραπέμφθηκε στο ηπατολογικό ιατρείο λόγω παθολογικών ηπατικών δεικτών. Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε SGOT: 71 U/L, SGPT: 103 U/L, INR: 1.1 και φυσιολογική χολερυθρίνη, ενώ η γλυκοζυωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) ήταν 13%. Το υπερηχογράφημα ήπατος ανέδειξε λιπώδη διήθηση χωρίς εστιακές βλάβες, ενώ η ελαστογραφία ήπατος με Fibroscan ανέδειξε υψηλή ηπατική ακαμψία (13 kPa) και σοβαρού βαθμού στεάτωση (CAP: 280 dB/m). Ο ιολογικός έλεγχος αποκάλυψε συλλοίμωξη HBV/HDV (HBsAg+, HBV-DNA: 2.600 IU/mL, HDV-RNA: 130.000 IU/mL). Τέθηκε η διάγνωση αντιρροπούμενης προχωρημένης χρόνιας ηπατικής νόσου (cACLD) μικτής αιτιολογίας (HBV/HDV και MASLD). Η ασθενής έλαβε θεραπεία με εντεκαβίρη και μπουλεβριτίδη. Στους 6 μήνες, επιτεύχθηκε πλήρης ιολογική ύφεση (μη ανιχνεύσιμα HBV-DNA και HDV-RNA, αντίστοιχα) και βελτίωση, χωρίς φυσιολογικοποίηση, των τρανσαμινασών. Ωστόσο, 12 μήνες μετά η ασθενής προσήλθε με ασκίτη, επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας (Cr: 1.9 mg/dL) και αύξηση του MELD-Na score σε 18 από 12, χωρίς ενδείξεις ιολογικής διαφυγής (HBV-DNA και HDV-RNA παρέμειναν μη ανιχνεύσιμα), παρουσίας ενεργού λοιμώξης, ή ενεργού αιμορραγίας. Η ρήξη της αντιρρόπησης αποδόθηκε στη χρόνια ηπατική επιβάρυνση από τη MASLD. Σαράντα ημέρες μετά η ασθενής εισήχθη επειγόντως με προσθιοπλάγιο έμφραγμα του μυοκαρδίου (STEMI). Υπέστη καρδιοαναπνευστική ανακοπή και, παρά την αρχική ανάταξη και νοσηλεία στη ΜΕΘ, κατέληξε 10 ημέρες αργότερα.

Συμπεράσματα: Το παρόν περιστατικό καταδεικνύει την πολυπλοκότητα της διαχείρισης ασθενών με συλλοίμωξη HBV/HDV και συνυπάρχουσα MASLD. Παρόλο που οι νεότερες θεραπείες επιτυγχάνουν αποτελεσματική ιολογική καταστολή, η μεταβολική επιβάρυνση παραμένει σημαντική πρόκληση.



eP41

ΧΥΛΩΔΗΣ ΑΣΚΙΤΗΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗΣ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑΣ-ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Αμύγδαλος Σ., Φωτεινού Α., Ψαρομπάς Ι., Κούρτης Δ., Καΐκης Α., Σπανού Α., Ντούμου Ε., Κολαινή Π., Κεραμέας Ν., Σπαρταλης Κ., Κουντουρης Η., Κουκιά Σ., Καραταπάνης Σ.

Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ρόδου, Ρόδος

Εισαγωγή: Χυλώδης ορίζεται ο ασκίτης με τη παρουσία υψηλής περιεκτικότητας τριγλυκεριδίων (>200 mg%) στο σκικτικό υγρό, που προσδίδει μια γαλακτοχρωμη όψη σε αυτό. Η παρουσία χυλώδους ασκίτη αποτελεί σπάνιο φαινόμενο και τα κυριότερα αίτια για ενήλικες ασθενείς περιλαμβάνουν διαταραχές στα λεμφικά αγγεία, κακοήθειες της κοιλίας, και κίρρωση που αντιστοιχεί στα 2/3 των περιπτώσεων χυλώδους ασκίτη. Σπανιότερα αίτια είναι οι λοιμώξεις, άλλες φλεγμονώδεις παθήσεις καθώς επίσης και μετεγχειρητικά ή μετατραυματικά αίτια. Η σκληρυντική μεσεντερίτιδα αποτελεί σπάνια φλεγμονώδη και ινωτική πάθηση του μεσεντερίου που εκδηλώνεται με ποικιλία συμπτωμάτων από το πεπτικό. Η σκληρυντική μεσεντερίτιδα μπορεί να εμφανίσει χυλώδη ασκίτη μέχρι ποσοστού 15%.

Σκοπός: Να παρουσιαστεί η περίπτωση μιας ασθενούς που προσήλθε στο νοσοκομείο μας με χυλώδη ασκίτη σε έδαφος σκληρυντικής μεσεντερίτιδας

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής γυναίκα 74 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω πολλαπλών ενοχλήσεων από το πεπτικό (διαρροϊκό σύνδρομο, μετεωρισμός, εμετοί, απώλεια βάρους και διάταση κοιλίας). Στην αντικειμενική εξέταση η ασθενής ήταν με σημαντική απώλεια βάρους, υπήρχε σημαντική ποσότητα ασκικτικού υγρού και στην εν τω βάθει ψηλάφηση ψηλαφητό μόρφωμα στο κέντρο της κοιλίας. Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε ευρήματα συμβατά με σκληρυντική μεσεντερίτιδα, ενώ ελήφθησαν και βιοψίες από την ψηλαφητή βλάβη της κοιλίας με λαπαροσκοπική μέθοδο που έδειξε επίσης ευρήματα συμβατά με την νόσο. Στην παρακέντηση του σκικτικού υγρού διαπιστώθηκε χυλώδης ασκίτης (τριγλυκερίδια >900mf%). Στην ασθενή αποκλείστηκε η παρουσία κάποιας άλλης αιτίας παρουσίας χυλώδους ασκίτη (κακοήθεια, κίρρωση κλπ). Η ασθενής ξεκίνησε αγωγή με κορτικοειδή και ταμοξιφαίνη.

Συμπεράσματα: Η παρουσία χυλώδους ασκίτη είναι σπάνιο εύρημα που συνήθως οφείλεται σε ύπαρξη κίρρωσης, σπανιότερα όμως μπορεί να εμφανιστεί και σε μια ποικιλία άλλων παθήσεων μεταξύ των οποίων και η σκληρυντική μεσεντερίτιδα που αποτελεί μια σπάνια οντότητα.



eP42

ΟΓΚΟΜΟΡΦΗ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΛΛΟΙΩΣΗ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΚΤΙΝΟΜΥΚΗΤΙΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝΤΟΣ ΙΡΜΝ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Τσούνης Ε.¹, Σεϊμένη Β.¹, Μάγειρας Ν.¹, Πετρίκκος Π.², Κουγιουμτζιάν Α.¹, Κουρέτα Ε.¹

1. Γαστρεντερολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

2. Α' Παθολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

Εισαγωγή: Η ακτινομυκητίαση αποτελεί σπάνια, χρόνια βακτηριακή λοίμωξη, με δυνατότητα προσβολής του ήπατος και απεικονιστική εικόνα που συχνά μιμείται κακοήθεια. Η διάγνωση απαιτεί υψηλό δείκτη υποψίας και τεκμηριώνεται με τη μικροσκοπική αναγνώριση χαρακτηριστικών αποικιών και την απομόνωση του παθογόνου σε αναερόβιες καλλιέργειες από ιστό ή πύον, οι οποίες απαιτούν παρατεταμένη επώαση.

Περιγραφή περιστατικού: Γυναίκα 67 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω άλγους δεξιού υποχονδρίου καθώς και οιδήματος, ερυθρότητας και εκροής πυώδους υγρού από σημείο παλαιάς χειρουργικής τομής. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται ΙΡΜΝ παγκρέατος, για το οποίο είχε υποβληθεί σε επέμβαση Whipple προ 5ετίας (ιστολογικά: ΙΡΜΝ με εστιακή διηθητική συνιστώσα pT1aN0M0), ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης και υποθυρεοειδισμός. Στο πλαίσιο της μετεγχειρητικής παρακολούθησης, απεικονιστικός έλεγχος με CT και MRI άνω κοιλίας προ 2μήνου ανέδειξε υπόπυκνη αλλοίωση στον τετράπλευρο λοβό του ήπατος, διαμέτρου έως 4,3 εκ., με ασαφή όρια, εγείροντας υποψία κακοήθειας. Προ μηνός είχε πραγματοποιηθεί διαδερμική βιοψία της ηπατικής αλλοίωσης (το πόρισμα εκκρεμούσε).

Κατά την κλινική εκτίμηση, το πυώδες υλικό περιείχε μακροσκοπικά κίτρινωπά κοκκία και εστάλησαν καλλιέργειες αυτού καθώς και αιμοκαλλιέργειες. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αύξηση των χολοστατικών ενζύμων (AST = 61 IU/L, ALT = 29 IU/L, ALP = 1127 IU/L, γ-GT = 969 IU/L) και της CRP = 22 mg/L (φτ <10 mg/L). Κατόπιν επικοινωνίας με το παθολογοανατομικό εργαστήριο, η ιστολογική εξέταση της ηπατικής αλλοίωσης ανέδειξε φλεγμονώδη αλλοίωση λοιμώδους αιτιολογίας με αποικίες συμβατές με *Actinomyces* spp. (PAS+), ενώ οι καλλιέργειες πύου ανέδειξαν επίσης ανάπτυξη *Actinomyces* spp. καθώς και μικρή ανάπτυξη *E. coli*.

Βάσει των ανωτέρω, η ασθενής τέθηκε αρχικά σε ενδοφλέβια αντιμικροβιακή αγωγή με πενικιλίνη G σε υψηλή δόση (24 εκατ. IU ημερησίως, διαιρεμένη σε 6 δόσεις), η οποία χορηγήθηκε για 4 εβδομάδες. Λόγω της απομόνωσης *E. coli*, προστέθηκε τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη. Παρατηρήθηκε σταδιακή κλινική βελτίωση, υποχώρηση των ηπατικών ενζύμων και των δεικτών φλεγμονής, περιορισμός της πυώδους εκκρίσεως και μείωση των διαστάσεων της ηπατικής αλλοίωσης στον επανέλεγχο με αξονική τομογραφία. Η ασθενής εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση, με οδηγίες συνέχισης από του στόματος αγωγής με αμοξικιλίνη (2 g x 2) μακράς διάρκειας και προγραμματισμένο επανέλεγχο.

Συμπεράσματα: 1) Η ηπατική ακτινομυκητίαση, αν και σπάνια, μπορεί να μιμηθεί απεικονιστικά πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή ηπατική κακοήθεια. 2) Η παρουσία «θειωδών κοκκίων» στο πυώδες υλικό αποτελεί σημαντικό κλινικό εύρημα, που πρέπει να εγείρει την υποψία ακτινομυκητίασης και να καθοδηγήσει τον διαγνωστικό έλεγχο. 3) Η έγκαιρη ενημέρωση του μικροβιολογικού εργαστηρίου είναι καθοριστικής σημασίας, καθώς η απομόνωση του *Actinomyces* spp. απαιτεί ειδικές αναερόβιες συνθήκες και παρατεταμένη επώαση. 4) Η κατάλληλη αντιμικροβιακή θεραπεία οδηγεί σε άριστη κλινική και απεικονιστική ανταπόκριση, με ευνοϊκή πρόγνωση.



eP43

ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΗΚΚ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑΣ: Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥ

Φωλήνας Κ.¹, Αποστολοπούλου Β.², Μπάρτζη Δ.¹, Παπαδόπουλος Γ.¹, Ράπτη Κ.¹, Λίτος Ι.¹, Κελίδη Π.¹, Ραμφίδης Β.¹

1.Ογκολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας
2.Τμήμα Βιοπαθολογίας, Ν.Μ.Ι.Τ.Σ.

Εισαγωγή: Το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ) είναι ο συχνότερος πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος, αναπτυσσόμενος συχνά σε έδαφος κίρρωσης ή ηπατίτιδας. Το ΗΚΚ εμφανίζεται σπανιότερα (σε ποσοστό 15-20%) σε μη κίρρωτικό ήπαρ χωρίς ηπατίτιδα, συχνά συνδεδεμένο με μη αλκοολική λιπώδη νόσο (NAFLD), μεταβολικό σύνδρομο, ή περιβαλλοντικούς παράγοντες (παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη ή έκθεση σε αφλατοξίνες).

Σκοπός: Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι μια σοβαρή κακοήθεια, η οποία συνήθως διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο, αποτελώντας την πρώτη αιτία θανάτου από γυναικολογικούς καρκίνους. Εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες >60 ετών.

Μέθοδοι: Η παρουσία λεμφαδενοπάθειας στην κοιλιακή χώρα (διογκωμένοι λεμφαδένες) σε ασθενή με ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα υποδηλώνει ότι ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί πέρα από το ήπαρ. Η λεμφαδενοπάθεια στην κοιλιακή χώρα αποτελεί συχνή ένδειξη εξάπλωσης προχωρημένου καρκίνου των ωοθηκών, καθώς τα καρκινικά κύτταρα μεταφέρονται μέσω του λεμφικού συστήματος.

Αποτελέσματα: Το περιστατικό αφορά ασθενή 64 ετών, με ιστορικό καρκινώματος ωοθηκών διεγνωσθέν το 2007 και υποτραπέν το 2019, εμφανίζει αλλοίωση ήπατος σε US κοιλίας προεγχειρητικό έλεγχο λόγω εμβολών στον αριστερό οφθαλμό. Μετά από PET-CT αναδεικνύεται αλλοίωση ήπατος 3 εκ. και λεμφαδενοπάθεια κοιλίας. Η ασθενής υπεβλήθη σε βιοψία ήπατος (όπου ανεδείχθη ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα) και βιοψία λεμφαδένων (όπου ανεδείχθη υποτροπή από καρκίνωμα των ωοθηκών). Έπειτα, η ασθενής υπεβλήθη σε ablation του ΗΚΚ και σε λήψη χημειοθεραπείας 2ης γραμμής για το καρκίνωμα ωοθηκών.

Συμπεράσματα: Το παρόν περιστατικό υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα του θεσμού του ογκολογικού συμβουλίου (που εκλήθη να καθορίσει τον θεραπευτικό αλγόριθμο) καθώς και την αξία της βιοψίας υπό το φως του ιστορικού της ασθενούς.



eP44

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΑΛΥΨΗΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗΣ ΧΟΛΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΑΝΕΠΑΡΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ

Μιχαηλίδου Σ¹, Κυπραίος Δ¹, Δημητρουλόπουλος Δ¹, Μπολτέτσου Ε², Σαββανής Σ³

1. Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα
2. Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η Ελπίς», Αθήνα
3. Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η Ελπίς», Αθήνα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο επικάλυψης Πρωτοπαθούς Σκληρυντικής Χολαγγειίτιδας (ΠΣΧ) και Αυτοάνοσης Ηπατίτιδας (ΑΗ) αποτελεί σπάνια, αλλά κλινικά απαιτητική οντότητα, με συνύπαρξη χολοστατικής νόσου και ιστολογικών χαρακτηριστικών αυτοάνοσης ηπατίτιδας. Είναι συχνότερο σε νεότερους ασθενείς, ιδίως σε παιδιά και εφήβους, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε ενήλικες, με εκτιμώμενο επιπολασμό 7 - 17% μεταξύ ασθενών με πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα. Η διάγνωση βασίζεται στη συνεκτίμηση βιοχημικών, ανοσολογικών, απεικονιστικών και ιστολογικών δεδομένων, ενώ η θεραπευτική ανταπόκριση συχνά δεν είναι πλήρης.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού άνδρα 58 ετών με χρόνια πορεία ηπατικής νόσου, δυσανεξία σε ανοσοκατασταλτική αγωγή και τελική διάγνωση συνδρόμου επικάλυψης ΠΣΧ - ΑΗ.

Μέθοδοι: Άνδρας 58 ετών με ιστορικό επταετούς διάρκειας ηπατικής νόσου είχε λάβει κατά το παρελθόν ουρσοδεοξυχολικό οξύ και κορτικοστεροειδή, χωρίς επαρκή βιοχημική ύφεση. Προστέθηκε αζαθειοπρίνη, η οποία διεκόπη λόγω μυελοτοξικότητας. Τα τελευταία δύο έτη παρέμεινε με δική του πρωτοβουλία σε μονοθεραπεία με ουρσοδεοξυχολικό οξύ.

Κατά την επανεκτίμηση ο βιοχημικός έλεγχος ανέδειξε εικόνα μικτού τύπου ηπατικής βλάβης με κυρίαρχη χολόσταση (SGOT:107 U/L, SGPT: 121 U/L, γGT: 413 U/L και ALP:695 U/L). Ο ανοσολογικός έλεγχος κατά την αρχική εκτίμηση περιλάμβανε αυξημένα επίπεδα IgG (1985 mg/dl) και IgG4 (236 mg/dl), αρνητικά αντιπυρηνικά και αντιμιτοχονδριακά αντισώματα και θετικά έναντι λειών μυϊκών ινών (SMA: 1/80).

Η Μαγνητική Χολαγγειοπαγκρεατογραφία ανέδειξε διατάσεις και πολλαπλές στενώσεις των ενδοηπατικών χοληφόρων και του κοινού χοληδόχου πόρου, συμβατές με πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα. Στο ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε ομότιμη πάχυνση των χοληφόρων και πραγματοποιήθηκε κατευθυνόμενη βιοψία ήπατος.

Με βάση την ιστολογική εξέταση παρατηρήθηκε κατά θέσεις απουσία χολαγγείων και αλλού υπερπλασία αυτών στα πυλαία διαστήματα, αυξημένη χρόνια φλεγμονώδης διήθηση με παρουσία διήθησης του αφοριστικού πετάλου (interface ηπατίτιδα) και εστίες λοβιακής ηπατίτιδας, καθώς και περιπυλαία ίνωση. Στον ανοσοϊστοχημικό έλεγχο δεν παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση IgG4 θετικών πλασματοκυττάρων. Έγινε αποκλεισμός ιογενών ηπατίτιδων, μεταβολικής στεατοηπατίτιδας, νόσου Wilson και φαρμακευτικής ηπατοπάθειας.

Αποτελέσματα: Η συνεκτίμηση των κλινικών, εργαστηριακών, απεικονιστικών και ιστολογικών δεδομένων οδήγησε στη διάγνωση συνδρόμου επικάλυψης ΠΣΧ - ΑΗ. Βάσει των πρόσφατων ευρωπαϊκών κατευθυντήριων οδηγιών, ο ασθενής συγκεντρώνει βαθμολογία συμβατή με οριστική αυτοάνοση ηπατίτιδα. Παράλληλα, τα παθολογικά χολαγγειογραφικά ευρήματα με πολλαπλές στενώσεις και διατάσεις προσδίδουν θετική βαθμολογία για παραλλαγή αυτοάνοσης ηπατίτιδας με πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα, ενώ αφαιρούν βαθμούς από τη διάγνωση απομονωμένης αυτοάνοσης ηπατίτιδας. Η προηγούμενη ατελής ανταπόκριση και η δυσανεξία στην αζαθειοπρίνη ανέδειξαν τη θεραπευτική πρόκληση στη διαχείριση του ασθενούς.



Συμπεράσματα: Το σύνδρομο επικάλυψης ΠΣΧ - ΑΗ πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς με χρόνια χολόσταση και παράλληλα στοιχεία αυτοανοσίας, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις μη ικανοποιητικής ανταπόκρισης στη θεραπεία. Η κατευθυνόμενη βιοψία ήπατος μέσω ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη διαγνωστική τεκμηρίωση.

Βιβλιογραφία:

Dyson JK, Beuers U, Jones DEJ, Lohse AW, Hudson M. Primary sclerosing cholangitis. Lancet. 2018 Jun 23;391(10139):2547-2559. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30300-3. Epub 2018 Feb 13. PMID: 29452711.
European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of autoimmune hepatitis. J Hepatol. 2025 Aug;83(2):453-501. doi: 10.1016/j.jhep.2025.03.017. Epub 2025 May 10. PMID: 40348684.



eP45

OVERLAP SYNDROME: ΟΤΑΝ ΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΔΕ ΣΥΜΦΩΝΟΥΝ ΑΠΟΛΥΤΑ

Pallas D.¹, Boros C.¹, Campani C.^{1,2}, Demory A.¹, N'Kontchou G¹, Nahon P.^{1,2}, Nault JC.^{1,2}, Ganne N.^{1,2}

1. Liver Unit, Avicenne Hospital, APHP, Bobigny, France, University Sorbonne Paris Nord, Bobigny, France
2. Cordeliers Research Center, Sorbonne University, Inserm, Paris Cité University, "Functional Genomics of Solid Tumors" Team, Ligue Nationale Contre le Cancer Accredited Team, Labex Oncolimmunology, F-75006 Paris, France.

Εισαγωγή: Η πρωτοπαθής χολική χολαγγειίτιδα (PBC) και η αυτοάνοση ηπατίτιδα (AIH) μπορούν να συνυπάρχουν στο σύνδρομο επικάλυψης (overlap syndrome), δημιουργώντας διαγνωστικές προκλήσεις. Η διάγνωση βασίζεται στον συνδυασμό εργαστηριακών και ιστολογικών χαρακτηριστικών. Η ασυμφωνία μεταξύ εργαστηριακών και ιστοπαθολογικών ευρημάτων αν και σπάνια, μπορεί να περιπλέξει τις θεραπευτικές αποφάσεις.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με overlap syndrome αυτοάνοσης ηπατίτιδας και πρωτοπαθούς χολικής χολαγγειίτιδας.

Μέθοδοι: Γυναίκα 39 ετών από τη Σρι Λάνκα παραπέμφθηκε στα εξωτερικά ιατρεία με με ασυμπτωματική αύξηση ηπατικών ενζύμων, αρχόμενη από το Μάιο 2025, εμφανίζοντας αρχικά ήπια άνοδο τρανσαμινασών (2-3x ανώτερα φυσιολογικά όρια) και χολόσταση (γGT 3x φυσιολογικά, ALP 1,5x φυσιολογικά). Το ατομικό αναμνηστικό περιελάμβανε υποθυρεοειδισμό, λεύκη προσώπου και σιδηροπενία υπό χρόνια αγωγή. Πραγματοποιήθηκε πλήρης αυτοάνοσος, ιολογικός, μεταβολικός και απεικονιστικός έλεγχος (υπερηχογράφημα, ελαστογραφία, αξονική τομογραφία ήπατος). Πραγματοποιήθηκε επιπλέον και βιοψία ήπατος προς διασαφήνιση και οριστικοποίηση της διάγνωσης.

Αποτελέσματα: Οι εργαστηριακές εξετάσεις ανέδειξαν προφίλ συμβατό πρωτίστως με PBC με θετικά αντι-μιτοχονδριακά αντισώματα M2 (AMA-M2) σε τίτλο 1/1280, ANA 1/160, θετικά anti-SSA/Ro, anti-SSB/La, ASMA, anti-RNP, anti-Sm και ANCA. Αναδείχθηκε επίσης πολυκλωνική υπεργασμασφαιριναίμια με αξιοσημείωτη την άνοδο της IgG (47,2 g/L). Η ελαστογραφία έδειξε LSM 12,7 kPa (χαμηλής αξιοπιστίας λόγω αυξημένων τρανσαμινασών κατά την περίοδο διενέργειας της εξέτασης), ενώ ο υπόλοιπος απεικονιστικός έλεγχος δεν ανέδειξε ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα. Η βιοψία ήπατος ανέδειξε κυρίαρχα χαρακτηριστικά αυτοάνοσης ηπατίτιδας: περιτυλαία προσβολή με διεπιφανειακή ηπατίτιδα (interface hepatitis) με λεμφοκυτταρική διήθηση και καταστροφή ηπατοκυττάρων πέριξ των πυλαίων διασστημάτων, χωρίς προσβολή των μικρών χοληφόρων αγγείων (θα παρατεθούν ιστοπαθολογικές εικόνες). Τα ευρήματα ήταν συμβατά με AIH εν αντιθέσει με το εργαστηριακό προφίλ που ήταν συμβατό με PBC. Η ασθενής τέθηκε υπό συνδυαστική αγωγή με ουρσοδεοξυχολικό οξύ και αζαθειοπρίνη με καλή κλινική και εργαστηριακή απάντηση.

Συμπέρασμα: Το περιστατικό αναδεικνύει ένα σπάνιο φαινότυπο overlap syndrome όπου οι έντονα θετικοί τίτλοι AMA υποδηλώνουν PBC ενώ η βιοψία αποκαλύπτει κυρίαρχα χαρακτηριστικά AIH. Η εργαστηριακή-ιστολογική διάσταση υπογραμμίζει τη σημασία της ηπατικής βιοψίας για ακριβή διάγνωση σε περιπτώσεις κλινικής αμφιβολίας.

eP46

ΑΥΘΟΡΜΗΤΗ ΥΠΟΧΩΡΗΣΗ ΕΝΔΟΗΠΑΤΙΚΟΥ ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ EUS-FNA: ΠΙΘΑΝΟΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ

Αντωναράκη Μ.Μ.¹, Καρούντζος Ν.², Νικολινάκος Π.³, Τσατσαράγκου Αικ.⁴

1. Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Αθήνα, Ελλάδα.
2. Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα.
3. Τμήμα Ουρολογίας, Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο.
4. Ιατρός Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιπτάμενη Ιατρός ΕΚΑΒ, Ελλάδα.

Εισαγωγή: Η αυθόρμητη υποχώρηση του όγκου (Spontaneous Tumor Regression, STR) αποτελεί εξαιρετικά σπάνιο φαινόμενο, που χαρακτηρίζεται από μερική ή πλήρη εξαφάνιση κακοήθους νεοπλασματος απουσία ειδικής αντικαρκινικής θεραπείας. Στο ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα (iCCA), μια συνήθως επιθετική κακοήθεια με δυσμενή πρόγνωση, η STR αναφέρεται σποραδικά στη βιβλιογραφία.

Σκοπός: Είναι η περιγραφή περίπτωσης STR μετά από ενδοσκοπική υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη παρακέντηση με λεπτή βελόνα (EUS-FNA) και η διερεύνηση πιθανών παθοφυσιολογικών μηχανισμών.

Υλικό- Μέθοδοι: Όλα τα δεδομένα αντλήθηκαν από ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως το Pub med, Scopus, Cochrane κλπ.

Αποτελέσματα: Στη βιβλιογραφία προέκυψε ένας ασθενής με ιστολογικά επιβεβαιωμένο ενδοηπατικό αδενοκαρκίνωμα υποβλήθηκε σε EUS-FNA για διαγνωστικούς σκοπούς. Κατά την απεικονιστική επανεκτίμηση παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του μεγέθους της βλάβης χωρίς ενδιάμεση συστηματική ή τοπική αντικαρκινική θεραπεία, συμβατή με μερική STR. Πιθανολογείται ότι ο μηχανικός τραυματισμός του όγκου από τη βιοψία ενδέχεται να πυροδότησε ενισχυμένη τοπική και συστηματική ανοσολογική απάντηση, μέσω απελευθέρωσης νεοαντιγόνων και ενεργοποίησης κυτταροτοξικών Τ-λεμφοκυττάρων. Αντίστοιχοι μηχανισμοί έχουν περιγραφεί σπάνια και σε άλλα συμπαγή νεοπλάσματα.

Συμπεράσματα: Η STR στο ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα αποτελεί εξαιρετικά σπάνιο αλλά βιολογικά ενδιαφέρον φαινόμενο. Η πιθανή συσχέτιση με επεμβατικές διαγνωστικές πράξεις, όπως η EUS-FNA, υποδηλώνει ρόλο της ανοσολογικής ενεργοποίησης στην αντικαρκινική απόκριση. Η κατανόηση των υποκείμενων μηχανισμών θα μπορούσε να συμβάλει στην ανάπτυξη ανοσοθεραπευτικών στρατηγικών. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την τεκμηρίωση της αιτιολογικής συσχέτισης και τη διερεύνηση του ανοσολογικού μικροπεριβάλλοντος του iCCA.



eP47

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΚΤΟΜΗΣ ΣΤΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥΣ ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΟΦΕΛΟΣ Η ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗΣ;

Αντωναράκη Μ.Μ.¹, Καρούντζος Ν.², Νικολινάκος Π.³, Τσατσαράγκου Αικ.⁴

1. Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Αθήνα, Ελλάδα.
2. Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα.
3. Τμήμα Ουρολογίας, Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο.
4. Ιατρός Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιπτάμενη Ιατρός ΕΚΑΒ, Ελλάδα.

Εισαγωγή: Η λεμφαδενεκτομή (LND) κατά τη χειρουργική αντιμετώπιση των καρκίνων των χοληφόρων οδών (BTC) συνιστάται από τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για επαρκή παθολογοανατομική σταδιοποίηση (≥6 λεμφαδένες). Ωστόσο, η πραγματική της ογκολογική αξία ως προς το όφελος επιβίωσης παραμένει αμφιλεγόμενη.

Σκοπός της παρούσας ανάλυσης: είναι η αποτίμηση της συσχέτισης μεταξύ εκτεταμένης LND, μετεγχειρητικής νοσηρότητας και συνολικής επιβίωσης σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μείζονα ηπατεκτομή για BTC.

Υλικό- Μέθοδοι: Όλα τα δεδομένα αντλήθηκαν από ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως το Pub med, Scopus, Cochrane κλπ.

Αποτελέσματα: Η εκτεταμένη λεμφαδενεκτομή συσχετίστηκε με αυξημένο ποσοστό μετεγχειρητικών επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένων λοιμώξεων, χολόρροιας και ηπατικής ανεπάρκειας, και αναδείχθηκε ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για μετεγχειρητική νοσηρότητα σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μείζονα ηπατεκτομή. Παρά την πιο εκτενή σταδιοποίηση, δεν τεκμηριώθηκε σαφές όφελος ως προς τη συνολική ή τη νόσο-ελεύθερη επιβίωση. Τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η LND συμβάλλει κυρίως στη βελτίωση της ακρίβειας της παθολογοανατομικής σταδιοποίησης και λιγότερο σε άμεσο θεραπευτικό όφελος.

Συμπεράσματα: Η εκτεταμένη LND στους καρκίνους των χοληφόρων οδών φαίνεται να αυξάνει τη μετεγχειρητική νοσηρότητα χωρίς αποδεδειγμένο όφελος επιβίωσης. Ο ρόλος της ενδέχεται να είναι πρωτίστως διαγνωστικός, διασφαλίζοντας ορθή σταδιοποίηση και καθοδήγηση επικουρικής θεραπείας. Πιο επιλεκτικές, βιολογικά προσανατολισμένες χειρουργικές στρατηγικές ενδέχεται να είναι καταλληλότερες. Απαιτούνται προοπτικές, πολυκεντρικές μελέτες για την οριστική αποσαφήνιση της θεραπευτικής αξίας της λεμφαδενεκτομής στα BTC.

eP48

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

Δάφνου Π.¹, Ελευσινιώτης Ι.², Μάργαρη Ν.³, Τσίου Χ.⁴, Γιακουμδάκης Κ.⁵, Αδαμακίδου Θ.³, Δοκουτσίδου Ε.⁴

1. Νοσηλεύτρια MSc PhD©, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ», Αθήνα,
2. Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
3. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα
4. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα
5. Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, Κρήτης

Εισαγωγή: Ο αντιγριπικός εμβολιασμός σε ασθενείς με χρόνια ηπατοπάθεια συχνά θεωρείται μια αποτελεσματική στρατηγική πρόληψης των λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος.

Σκοπός: Διερεύνηση της εμβολιαστικής κάλυψης του εμβολίου της γρίπης σε ασθενείς με χρόνια ηπατοπάθεια και παραγόντων που την επηρεάζουν.

Υλικό - Μέθοδος: Συγχρονική περιγραφική, μη τυχαιοποιημένη μελέτη με δείγμα ευκολίας 300 ασθενών με χρόνιες ηπατοπάθειες. Πραγματοποιήθηκε σε δύο Τριτοβάθμια Νοσοκομεία της Αττικής (Μάρτιο 2022 - Ιούλιο 2023). Χρησιμοποιήθηκε δελτίο καταγραφής με τα κοινωνικά-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών και ερωτήματα για τις πεποιθήσεις σχετικά με το εμβόλιο της γρίπης. Το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε $p \leq 0,05$ και για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 26.0.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 61,4 έτη (SD=12,1 έτη) και το 56,3% ήταν άντρες. Το 54,7% είχε εμβολιαστεί έναντι της γρίπης, το τρέχον έτος και το 53,2% δήλωσε ότι εμβολιάζεται κάθε χρόνο. Για το εμβόλιο του πνευμονιόκοκκου η κάλυψη ήταν 44,8% και του SAR-Covid-19 ήταν 88,3%. Το 55,0% έπασχε από ηπατίτιδα (B,C), το 39% από κίρρωση ήπατος και το 11,3% είχε ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Τα ποσοστά εμβολιασμού ήταν υψηλότερα και διέφεραν σημαντικά ανάλογα με την ηλικία ($p < 0,001$), την εργασία ($p < 0,001$) και την εθνικότητα ($p = 0,044$). Επίσης, βρέθηκαν να διαφέρουν ανάλογα με τη νόσο, (ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα $p = 0,044$, ηπατίτιδα Β $p = 0,012$ και ηπατίτιδα C $p = 0,025$) και ανάλογα με τη συννοσηρότητα (σακχαρώδη διαβήτης $p = 0,012$ και καρδιακή νόσο $p = 0,018$). Όσοι ήταν εμβολιασμένοι έναντι της γρίπης, του πνευμονιόκοκκου και του SAR-Covid-19 πίστευαν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι ο εμβολιασμός είναι η καλύτερη μέθοδος αντιγριπικής πρόληψης ($p < 0,001$). Επίσης, βρέθηκε ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας πίστευαν ότι ο εμβολιασμός είναι ο καλύτερος τρόπος πρόληψης ($p < 0,001$) και εφάρμοζαν τις εθνικές συστάσεις.

Συμπεράσματα: Σημαντικά είναι τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης στο συγκεκριμένο δείγμα, ωστόσο υπάρχουν περιθώρια αύξησης του εμβολιασμού γεγονός που απαιτείται μια πολυπαραγοντική προσέγγιση.



eP49

ΕΚΣΕΣΗΜΑΣΜΕΝΗ ΑΥΞΗΣΗ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΩΝ ΣΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ 43ΧΡΟΝΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

Πανταζή Χ.¹, Λεμονίδης Α.¹, Σωτηράκου Κ.², Σαββανής Σ.¹, Συρίγος Δ.¹, Φράγκου Α.¹

1. Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΕΛΠΙΣ»

2. Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ΕΛΠΙΣ»

Εισαγωγή: Η οξεία ηπατίτιδα χαρακτηρίζεται από οξεία ηπατική βλάβη, ηπατική εγκεφαλοπάθεια και αυξημένο INR(>1,5), έναρξης κάτω των 26 εβδομάδων. Συχνότερες αιτίες αποτελούν η φαρμακευτική, ιογενής, η αλκοολική, ισχαιμική και αυτοάνοση ηπατίτιδα, καθώς και η νόσος του Wilson. Όσον αφορά την αυτοάνοση ηπατίτιδα, πρόκειται για μία αυτοάνοση νόσο που προσβάλλει συνήθως τις γυναίκες. Παρουσιάζεται συχνότερα ως ασυμπτωματική αύξηση των ηπατικών ενζύμων, και σπάνια ως οξεία ηπατίτιδα ή κεραυνοβόλος ηπατική ανεπάρκεια, με σημαντική αύξηση των ηπατικών ενζύμων. Η διάγνωση βασίζεται στον αποκλεισμό των λοιπών πιθανών αιτιών, την ανεύρεση αυξημένων τρανσαμινασών, την υπεργαμμασφαιριναιμία και την ανεύρεση αυτοαντισωμάτων. Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας 43χρονης ασθενούς που προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου μας με ίκτερο, καταβολή και αύξηση τρανσαμινασών >10 φορές του φυσιολογικού.

Παρουσίαση Περιστατικού: Γυναίκα 43 ετών μαροκινής καταγωγής χωρίς ιστορικό ηπατικής νόσου, παρουσιάστηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου μας λόγω καταβολής και επιδεινούμενης ικτερικής χροιάς δέρματος από εβδομάδας. Από το ατομικό της αναμνηστικό ανέφερε αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία και κάπνισμα, ενώ λάμβανε ακετυλοσαλικυλικό οξύ 100mg, ατορβαστατίνη 20mg, μετοπρολόλη 25mg, αγωγή που είχε διακοπεί από 10 ημερών, χωρίς να αναφέρει συνοδή λήψη ηπατοτοξικών ουσιών. Κατά τη φυσική εξέταση παρατηρήθηκε ικτερική χροιά δέρματος και σκληρών χιτώνων των οφθαλμών. Κατά την ψηλάφηση της κοιλίας δεν αναδείχθηκε ευαισθησία ούτε οργανομεγαλία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, η γενική αίματος ήταν φυσιολογική, ενώ αναδείχθηκε σημαντική αύξηση των τρανσαμινασών (SGPT 5854 IU/L, SGOT 5588 IU/L), της χολερυθρίνης (ολική χολερυθρίνη=15 mg/dl, άμεση=11,25), της LDH (1285 IU/L), της ALP (312 IU/L), INR (1,65). Στάλθηκαν επίπεδα παρακαταμόλης που ήταν αρνητικά, χωρίς ευρήματα από τον υπερηχογραφικό έλεγχο άνω-κάτω κοιλίας. Η ασθενής εισήχθη στην Παθολογική κλινική. Διενεργήθηκε CT άνω-κάτω κοιλίας με σκιαγραφικό που ανέδειξε ήπαρ αυξημένων διαστάσεων, ομοιογενές, με φυσιολογική απεικόνιση των αγγείων και τον σπλήνα οριακών διαστάσεων. Η καρδιολογική εκτίμηση δεν ανέδειξε κάποια παθολογία, ενώ από την οφθαλμολογική εκτίμηση δεν αναδείχθηκαν δακτύλιοι Kayser-Fleischer. Στάλθηκε ιολογικός έλεγχος ο οποίος ήταν αρνητικός για ηπατίτιδες (HAV, HBV, HEV) και ηπατοτρόπους ιούς (EBV, CMV, HSV, HIV), επιπλέον στάλθηκε σερουλοπλασμίνη ορού (32mg/dl) και χαλκός ούρων 24ωρου (128,2 μγ/L). Επιπλέον, διενεργήθηκε ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών, ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών (IgG 2380 με τρεις μικρές ζώνες IgG-κ, IgG-λ, IgM-λ), ανοσολογικός έλεγχος (ANA, AMA, anti-M2, ASMA, anti-Sp100, anti-grp210, c-ANCA, p-ANCA, anti-dsDNA, έναντι LKM- 1,2, anti-SLA/LP, f-aktin). Λόγω ανεύρεσης ANA 1:160 και ASMA 1:160, έγινε έναρξη πρεδνιζολόνης με πτώση των επιπέδων των τρανσαμινασών. Η ασθενής πήρε εξιτήριο και παρακολουθείται σε τακτική εξωτερική βάση, ενώ οι τιμές των τρανσαμινασών επέστρεψαν στα φυσιολογικά επίπεδα στους τρεις μήνες θεραπείας.

Συμπέρασμα: Η οξεία αυτοάνοση ηπατίτιδα αποτελεί μια κλινικά σημαντική, αν και σχετικά σπάνια, αιτία οξείας ηπατικής βλάβης, η οποία δύναται να εκδηλωθεί με ιδιαίτερα υψηλές τιμές τρανσαμινασών. Είναι σημαντικό να υπάρχει κλινική υποψία και να συμπεριλαμβάνεται ως οντότητα στη διαφοροδιάγνωση της οξείας ηπατίτιδας, γιατί η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση έναρξη ανοσοκατασταλτικής θεραπείας είναι καθοριστικής σημασίας, καθώς συνδέονται με ταχεία βιοχημική ανταπόκριση και καλή κλινική πορεία.



eP50

ΟΞΕΙΑ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ ΜΕ ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΕ ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Καλτσούνης Ε.-Λ.^{1,2}, Αλεξίου Ν.^{1,2}, Τούκλη Δ.^{1,2}, Παπαηλία Φ.^{1,2}, Κορδατζάκη Χ.¹, Λιακόπουλος Κ.¹, Tsaton Ο.^{1,2}, Παπαδάκη Α.¹, Κουπετώρη Μ.¹, Συμπάρδη Σ.¹

1. Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»
2. Ηπατολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

Εισαγωγή: Η *Leptospira interrogans* είναι ένα βακτήριο του γένους των σπειροχαϊτών που μεταδίδεται στον άνθρωπο μέσω της άμεσης ή έμμεσης επαφής με νερό ή έδαφος μολυσμένο από ούρα ζώων (τρωκτικά, οικόσιτα). Η κλινική εικόνα ποικίλλει από ήπια γριπώδη συνδρομή έως τη βαριά μορφή (νόσος του Weil). Σε ευπαθείς ομάδες, αλκοολικούς και ηλικιωμένους, η νόσος μπορεί να εξελιχθεί ραγδαία προκαλώντας πολυοργανική ανεπάρκεια. Χαρακτηριστική είναι η οξεία ηπατική και νεφρική βλάβη στα πλαίσια σηπτικού συνδρόμου, η οποία εκδηλώνεται με ίκτερο, αιμορραγική διάθεση και σοβαρή διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας.

Περιγραφή Περίπτωσης: Γυναίκα ασθενής 58 ετών, κτηνοτρόφος στο επάγγελμα, προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω εμπυρέτου, μυαλγιών, κεφαλαλγίας, ικτερικής χροιάς δέρματος και επιγαστραλγίας από δύο εβδομάδων. Ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης υπό λοσαρτάνη + Υδροχλωροθειαζίδη. Κλινική εικόνα: μέτρια πυρετική κίνηση (37,8^ο C), άριστο επίπεδο επικοινωνίας, καλά ζωτικά σημεία, ικτερική χροιά δέρματος-επιπεφυκτών. Εργαστηριακός έλεγχος με σημαντική αύξηση ηπατοκυτταρικών και χολοστατικών ενζύμων, (PLT: 140k/μL, AST: 1160, ALT: 1303, ALP: 252, TBil: 11,9/ dBil: 9,3). Απεικονιστικός έλεγχος (U/S, CT): ηπατοσπληνομεγαλία, χοληδόχος κύστη σε μερική σύσπαση, εντύπωση ήπιας πάχυνσης (~6χιλ), πολλαπλοί μικροί πολύποδες.

Αποτελέσματα: Η ασθενής εισάγεται για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση. Έγινε έλεγχος για όλα τα ηπατοτρόπα παθογόνα αίτια. Ο ιολογικός έλεγχος (HAV /HBV /HCV /EBV /HSV /CMV) και ο ανοσολογικός έλεγχος (IgG/ ANA /AMA / gp210 / sp100 / ASMA /ANCA/ antiLKM/ IgG4) ήταν αρνητικοί. Οι καλλιέργειες αίματος στείρες. Αντιμετωπίστηκε εμπειρικά με κεφτριαζόνη iv. Επαναληπτικός απεικονιστικός έλεγχος με MRI άνω κοιλίας/MRCP αρνητικός για παθολογικά ευρήματα από ήπαρ, χοληφόρα, πάγκρεας. Η διερεύνηση για λοιμώδη αίτια που προκαλούν ζωνόσους, ανέδειξε μόνο θετικά IgM αντισώματα για *Leptospira interrogans*. Ακολούθησε σταδιακή βελτίωση και αποκατάσταση των κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων. Επαναληπτικός έλεγχος αποκάλυψε ορομετατροπή.

Συμπέρασμα: Η *Leptospira interrogans* αποτελεί έναν σοβαρό παράγοντα που μπορεί να πυροδοτήσει οξεία ηπατική βλάβη. Το περιστατικό αυτό αναδεικνύει τη ζωτική σημασία της λήψης λεπτομερούς ιστορικού, ιδιαίτερα σχετικά με τις ζωνόσους, ακόμη και σε μη ενδημικές περιοχές. Σρη συγκεκριμένη περίπτωση η έγκαιρη χορήγηση κεφτριαζόνης ακολουθήθηκε από σταδιακή βελτίωση των ηπατικών ενζύμων.

eP51

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΟ ΗΠΑΡ ΚΑΙ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΑΝΤΙΣΤΑΣΗ

Καραουλάνη Θ.¹, Καπάταης Χ.², Πίτσια Τ.¹, Λάσκος Ε.¹, Μαμάκου Β.³, Κόλλια Χ.³, Κουντούρη Α.⁴, Θεοδώρου Μ.⁵, Χατζηνικολάου Ν.⁶, Τσαγκιά Σ.⁷, Λαμπρόπουλος Π.², Αρμύρος Π.², Τσάκαλης Ν.², Υφαντή Α.², Τσιανίκα Α.⁸, Τσιανίκα Α.⁹, Βούλαρης Β.³, Καπάταης Α.²

1. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ",
2. Παθολογικό-Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Δ.Α. "Αγία Βαρβάρα",
3. Παθολογική Κλινική Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ",
4. Εργαστήριο Βιοχημικού, Γ.Ν.Ν.Π. "Άγιος Παντελεήμων",
5. Βιοχημικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Δ.Α. "Αγία Βαρβάρα",
6. Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.-Ψ.Ν.Α. "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ",
7. Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας, Γ.Ν.Ν.Π. "Άγιος Παντελεήμων",
8. Ιατρική Σχολή του Medical University of Sofia, Βουλγαρία
9. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών

Εισαγωγή: Τα αυξανόμενα ποσοστά παχυσαρκίας θέτουν εκατομμύρια ανθρώπους σε κίνδυνο για προχωρημένη μορφή λιπώδους νόσου του ήπατος, προειδοποιούν οι ειδικοί. Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος παρουσιάζεται όταν πάνω από το 5% του συνολικού βάρους του ήπατος αποτελείται από λίπος που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο καρκίνου του ήπατος ή ηπατικής ανεπάρκειας. Η παχυσαρκία αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος. Οι ασθενείς με μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης μας ήταν η διερεύνηση της παχυσαρκίας, των παραγόντων φλεγμονής και ινσουλινοαντίστασης στους ασθενείς μας με λιπώδες ήπαρ.

Μέθοδοι: Στη μελέτη μας συμμετείχαν 168 ασθενείς (Α/Γ=120/48, ~52,6 έτη) που επισκέφθηκαν το νοσοκομείο μας από το 2024 έως το 2025, με ΠΚΤ(κεντρικού τύπου παχυσαρκία), με αρνητικούς δείκτες ιογενούς ηπατίτιδας, χωρίς αυτοάνοσα και κληρονομικά νοσήματα. Στους 69 ασθενείς από τους 168 (άνδρες 45- γυναίκες 24) διαπιστώθηκε λιπώδης διήθηση ήπατος στο U/S άνω κοιλίας.

Αποτελέσματα: Στους ασθενείς έγινε μέτρηση σακχάρου νηστείας και συγκεκριμένα σε 18 άνδρες και σε 9 γυναίκες και μετρήθηκε γλυκόζη νηστείας > 110 χωρίς να λαμβάνουν αγωγή για ΣΔ, καθώς οι υπόλοιποι ασθενείς από το ιστορικό τους διαπιστώθηκε ότι ελάμβαναν αγωγή για ΣΔ. Στους ασθενείς έγινε επίσης μέτρηση της περιμέτρου μέσης που ήταν για τους άνδρες > 103cm και > 89 cm για τις γυναίκες. Ο ηπατολογικός έλεγχος έδειξε μεγάλο ποσοστό παρουσίας αυξημένων τιμών ALT/AST που ήταν 15,2%. Τα TGL ορού νηστείας ήταν αυξημένα και στους 27 ασθενείς με μη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Η αρτηριακή πίεση ήταν αυξημένη σε ποσοστό 71,2%. Επίσης έγινε απεικονιστικός έλεγχος με U/S-CT άνω κοιλίας όπου διαπιστώθηκε χαρακτηριστική αύξηση της ηπατικής ηχογένειας και σημαντικού βαθμού λιπώδη διήθηση. Η ανάλυση μας έδειξε τον Δ.Μ.Σ. των ασθενών ως παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση Λ.Δ.Μ. (p<0,001). Η διαιτητική πρόσληψη μονοακόρεστων λιπών και οι τιμές CRP βρέθηκαν να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τις τιμές των ALT και AST (p<0,05), ενώ στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε αντίστοιχα, μεταξύ των τιμών HOMA-IR και SGOT αλλά και Π.Μ. και SGPT (p<0,05). Εφαρμόστηκε γραμμική παλινδρόμηση για τη διερεύνηση της σχέσης CRP και HOMA-IR στα επίπεδα των SGOT, SGPT και γGT. Βρέθηκε ότι η τιμή της CRP συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά σε όλα τα ηπατικά ένζυμα (p<0,05), ενώ η HOMA-IR μόνο με αύξηση της SGOT και γGT.



Συμπεράσματα: Ο Ιπποκράτης είχε γράψει ότι «η παχυσαρκία δεν είναι μόνο ασθένεια η ίδια, αλλά προάγγελος άλλων», αναγνωρίζοντας ότι η παχυσαρκία είναι μια νόσος που οδηγεί σε πολλά άλλα νοσήματα. Σήμερα, με βάση την πληθώρα των επιστημονικών δεδομένων, η παχυσαρκία είναι μία πολυπαραγοντική, χρόνια, δύσκολα αντιμετωπιζόμενη και υποτροπιάζουσα παθολογική κατάσταση. Η Ευρωπαϊκή Ένωση, αποδέχθηκε την έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής της 4^{ης} Μαρτίου του 2021, στην οποία ορίζεται η παχυσαρκία ως «χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος, η οποία με τη σειρά της προκαλεί μια σειρά άλλων μη μεταδοτικών ασθενειών όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, λιπώδες ήπατος, καρκίνο του ήπατος ή ηπατική ανεπάρκεια.

eP52

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΒΑΝΝΩΜΑΤΟΣ ΟΡΘΟΥ ΚΑΙ ΘΗΛΩΔΟΥΣ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ: ΣΠΑΝΙΑ ΔΙΠΛΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ

Αντωναράκη Μ.Μ.¹, Καρούντζος Ν.², Νικολινάκος Π.³, Τσατσαράγκου Αικ.⁴

1. Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Αθήνα, Ελλάδα.
2. Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα.
3. Τμήμα Ουρολογίας, Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο.
4. Ιατρός Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιπτάμενη Ιατρός ΕΚΑΒ, Ελλάδα.

Εισαγωγή: Οι σύγχρονοι (synchronous) γαστρεντερικοί όγκοι είναι εξαιρετικά σπάνιοι, ιδίως όταν συνδυάζονται ιστολογικά διακριτά καλοήγη και κακοήγη νεοπλασμάτα. Τα σβαννώματα του γαστρεντερικού σωλήνα αποτελούν ασυνήθιστους μεσεγγυματικούς όγκους, με συχνότερη εντόπιση στο στομάχι και εξαιρετικά σπάνια στο ορθό. Το θηλώδες αδενοκαρκίνωμα της χοληδόχου κύστης είναι επιθετική κακοήθεια που συχνά αναπτύσσεται επί εδάφους ενδοχοληκυστικών θηλωματοσωληνοειδών νεοπλασμάτων (ICPNs).

Σκοπός: Είναι η ανάδειξη μιας εξαιρετικά σπάνιας σύγχρονης καλοήθους-κακοήθους νεοπλασματικής συσχέτισης και η συζήτηση της κλινικής της σημασίας.

Υλικό- Μέθοδοι: Όλα τα δεδομένα αντλήθηκαν από ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως το Pub med, Scopus, Cochrane κλπ.

Αποτελέσματα: Αναφέρεται περίπτωση ταυτόχρονης διάγνωσης σβαννώματος ορθού και θηλώδους αδενοκαρκινώματος χοληδόχου κύστης, δύο νεοπλασμάτων με διαφορετική ιστογένεση και βιολογική συμπεριφορά. Το σβάννωμα επιβεβαιώθηκε ιστολογικά ως καλοήθους όγκος νευρικής θήκης (S100-θετικός), ενώ το θηλώδες αδενοκαρκίνωμα παρουσίαζε διηθητική ανάπτυξη, συμβατή με κακοήγη εξαλλαγή ICPN. Η πλήρης χειρουργική εκτομή με αρνητικά όρια (R0) επετεύχθη και για τις δύο βλάβες. Δεν αναγνωρίστηκε κοινός παθογενετικός μηχανισμός, γεγονός που υποδηλώνει ανεξάρτητη διπλή νεοπλασματική ανάπτυξη.

Συμπεράσματα: Η σύγχρονη εμφάνιση σβαννώματος ορθού και θηλώδους αδενοκαρκινώματος της χοληδόχου κύστης αποτελεί εξαιρετικά σπάνια καλοήγη-κακοήγη συσχέτιση. Η περίπτωση υπογραμμίζει τη σημασία της ενδελεχούς διεγχειρητικής διερεύνησης, της πλήρους ιστοπαθολογικής αξιολόγησης και της επίτευξης R0 εκτομής. Η διεπιστημονική παρακολούθηση είναι καθοριστική για τη βέλτιστη ογκολογική έκβαση και η καταγραφή τέτοιων περιστατικών συμβάλλει στην κατανόηση της διπλής παθογένεσης όγκων στον γαστρεντερικό σωλήνα.

eP53

ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΗΠΑΤΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ II ΑΠΟ ΚΡC(+) ΚΛΕΒΣΙΕΛΛΑ ΡΝΕΥΜΟΝΙΑΕ

Λεμονίδης Λ., Παρίση Χ., Πανταζή Χ., Συρίγος Δ., Φράγκου Α.

Παθολογική κλινική, Γ.Ν.Α. «ΕΛΠΙΣ»

Εισαγωγή: Το ηπατικό απόστημα από *Klebsiella pneumoniae* αποτελεί όλο και συχνότερο αίτιο λοιμώξεων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και χωρίς προϋπάρχουσα ηπατική νόσο. Η παρουσία στελέχους ΚΡC(+) καθιστά μεγαλύτερη πρόκληση στη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών και αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τις ημέρες νοσηλείας.

Κλινικό Περιστατικό: Γυναίκα, 55 ετών, με ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ 2), προσέρχεται στο Παθολογικό ΤΕΠ του νοσοκομείου μας με εμπύρετο έως 39°C, ρίγος και άλγος δεξιού υποχονδρίου με επιδείνωση κατά την εισπνοή από εβδομάδος. Η ασθενής δεν ανέφερε πρόσφατο ταξίδι, τραυματισμό ή γνωστή ενδοκοιλιακή λοίμωξη. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ευαισθησία στην ψηλάφηση του δεξιού υποχονδρίου χωρίς σημεία περιτονίτιδας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε λευκοκυττάρωση, αυξημένη CRP και προκαλσιτονίνη (PCT). Διενεργήθηκε U/S άνω κοιλίας όπου ανευρέθηκε υποχονδρικής αλλοίωση στον δεξιό λοβό του ήπατος, με διάμετρο 11 εκατοστών, ως επί ηπατικού αποστήματος. Η CT κοιλίας με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό επιβεβαίωσε την ύπαρξη ηπατικού αποστήματος με διαφραγμάτια εντός αυτού. Δεν ανευρέθηκε σαφής πρωτοπαθής εστία λοίμωξης, γεγονός που οδήγησε στη διάγνωση αυτόματου ηπατικού αποστήματος. Η ασθενής τέθηκε σε εμπειρική ενδοφλέβια αντιμικροβιακή αγωγή με σπροφλοξασίνη και μετρονιδαζόλη, ενώ διακομίστηκε για διαδερμική παροχέτευση του αποστήματος υπό καθοδήγηση U/S καθώς αυτό δεν ήταν δυνατό στο νοσοκομείο μας. Από την καλλιέργεια του υγρού απομονώθηκε *Klebsiella pneumoniae* με παραγωγή καρβαπενεμάσης (KPC). Οι αιμοκαλλιέργειες, ωστόσο ήταν στείρες μικροβίων, ο ιολογικός έλεγχος αρνητικός για ιογενείς ηπατίτιδες και η κολονοσκόπηση δεν ανέδειξε παθολογία. Με βάση το αντιβιογράμμα, η αντιβιοτική αγωγή τροποποιήθηκε σε κεφταζιδίμη/αβιμπακτάμη. Στην πορεία της νοσηλείας η ασθενής απυρέτησε, νε πτώση των δεικτών φλεγμονής, ωστόσο η παροχέτευση δεν απέδιδε σημαντική ποσότητα υγρού πιθανότατα λόγω διαφραγματίων εντός του αποστήματος, οπότε και έγινε επανοποθέτηση της παροχέτευσης από επεμβατικούς Ακτινολόγους. Ζητήθηκε επαναληπτική απεικόνιση του αποστήματος μετά από 2 εβδομάδες στοχευμένης αντιβίωσης που ανέδειξε σημαντική μείωση του μεγέθους του αποστήματος.

Συμπέρασμα: Η έγκαιρη διάγνωση μέσω απεικόνισης, η ταχεία έναρξη κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής και η επεμβατική παροχέτευση είναι βασικά στην αντιμετώπιση ηπατικού αποστήματος. Στο κλινικό περιστατικό που παρουσιάζουμε, η διεπιστημονική συνεργασία παθολόγων και ακτινολόγων οδήγησε στην κλινική βελτίωση της ασθενούς. Συμπερασματικά, το αυτόματο ηπατικό απόστημα από ΚΡC *Klebsiella pneumoniae* αποτελεί μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή κατάσταση. Η αυξανόμενη επίπτωση της ΚΡC *K. pneumoniae* σε ασθενείς πιθανότατα να οφείλεται στην αλόγιστη, από τις νοσοκομειακές μονάδες, χρήση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος (όπως οι καρβαπενέμες) προκαλώντας τη δημιουργία ανθεκτικών στελεχών ακόμη και σε ασθενείς χωρίς προηγούμενη επαφή με μονάδες υγείας. Ο προβληματισμός και η επαγρύπνιση θα πρέπει να υιοθετηθούν από κάθε νοσοκομείο για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

eP54

ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΑΓΓΕΙΟΣΑΡΚΩΜΑ ΗΠΑΤΟΣ. ΕΝΑΣ ΣΠΑΝΙΟΣ ΟΓΚΟΣ ΜΕ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Στρατηγάκης Λ.¹, Ασλάνογλου Α.¹, Μαρκάκης Γ.¹, Σακελλαρίου Σ.², Βεργαδής Χ.³, Παπαθεοδωρίδης Γ.¹, Φυτιλή Π.¹

1. Α' Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ «Λαϊκό»
2. Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ «Λαϊκό»
3. Γ' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Το πρωτοπαθές ηπατικό αγγειοσάρκωμα αποτελεί έναν εξαιρετικά σπάνιο αλλά ιδιαίτερα επιθετικό κακοήγη όγκο και αντιπροσωπεύει σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το 0,1%–2% όλων των πρωτοπαθών κακοηθειών του ήπατος. Κλινικά και απεικονιστικά, ο όγκος στερείται ειδικών χαρακτηριστικών. Τα ευρήματα σε υπερηχογράφημα, αξονική ή μαγνητική τομογραφία είναι συχνά μη ειδικά και μπορεί να μιμούνται άλλες ηπατικές βλάβες. Ως εκ τούτου, η οριστική διάγνωση βασίζεται στην ιστολογική και ανοσοϊστοχημική εξέταση του ιστού.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας, 52 ετών, εισήχθη στην κλινική μας λόγω ικτερικής χροιάς δέρματος και ασκικτικής συλλογής από δεκαπενθημέρου. Προ 7μήνου είχε υποβληθεί σε μαγνητική τομογραφία άνω κοιλίας/MRCP στο πλαίσιο επεισοδίου οξείας παγκρεατίτιδας, όπου τυχαία ανευρέθηκε εστιακή αλλοίωση στο τμήμα VI του ήπατος, διαμέτρου 1,5 cm με χαρακτηριστές άτυπου αιμαγγειώματος. Τρεις μήνες αργότερα, ο επανέλεγχος με μαγνητική τομογραφία άνω κοιλίας είχε αναδείξει αύξηση των διαστάσεων της βλάβης (3,5 × 1,5 cm) και εμφάνιση πολυάριθμων μικρότερων συμπαγών εστιακών αλλοιώσεων και στους δύο λοβούς του ήπατος. Στο πλαίσιο της διαφοροδιάγνωσης είχε τεθεί η υποψία δευτεροπαθών εντοπίσεων, αλλά αξονική θώρακος καθώς και κολονοσκόπηση και γαστροσκόπηση δεν ανέδειξαν κάποια πρωτοπαθή εστία, ενώ οι καρκινικοί δείκτες (AFP, CEA, CA 19-9, CA125) καθώς και ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Συστήθηκε κατευθυνόμενη βιοψία προς ιστολογική ταυτοποίηση της βλάβης, αλλά αυτή δεν πραγματοποιήθηκε για άγνωστο λόγο. Κατά την εισαγωγή του, αξονική τομογραφία άνω κοιλίας ανέδειξε σημαντική επιδείνωση της απεικονιστικής εικόνας με παρουσία πολλαπλών υπόπυκνων εστιών και στους δύο λοβούς του ήπατος. Διενεργήθηκε διαδερμική βιοψία (κατευθυνόμενη με υπέρηχο) της μεγαλύτερης βλάβης και τέθηκε η διάγνωση του ηπατικού αγγειοσαρκώματος. Ο ασθενής παραπέμφθηκε για χημειοθεραπεία στο ογκολογικό τμήμα και κατέληξε δύο μήνες αργότερα λόγω ηπατικής ανεπάρκειας.

Συμπεράσματα: Το αγγειοσάρκωμα του ήπατος χαρακτηρίζεται από ταχεία εξέλιξη και εξαιρετικά πτωχή πρόγνωση. Η διάγνωση είναι δύσκολη, καθώς δεν υπάρχουν ειδικά συμπτώματα στα αρχικά στάδια, οι καρκινικοί δείκτες μπορεί να παραμένουν εντός φυσιολογικών ορίων, ενώ η απεικονιστική εικόνα δεν είναι παθognωμονική και μπορεί να προσομοιάζει με μεταστατική νόσο. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα βιβλιογραφικά δεδομένα, όταν η διάγνωση τεθεί σε πρώιμο στάδιο και ο ασθενής υποβληθεί σε ριζική χειρουργική εκτομή ή λάβει συστηματική χημειοθεραπεία, παρατηρείται σχετική βελτίωση της πρόγνωσης σε σύγκριση με περιπτώσεις ανεγχείρητων όγκων. Ωστόσο, η συνολική επιβίωση παραμένει ιδιαίτερα χαμηλή, καθώς μόλις περίπου το 3% των ασθενών επιβιώνει πέραν της διαίτας από τη διάγνωση.



eP55

ΤΟΞΙΚΗ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕ ΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΟΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΑΝΔΡΟΓΟΝΑ

Πετράκη Μ.¹, Σάββα Μ.¹, Μάρκου Δ.¹, Σφακιανάκη Μ.¹, Παπανικολάου Ν.¹, Παπάζογλου Γ.¹, Καβουσανάκη Μ.¹

Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Βενιζέλειο

Εισαγωγή: Η χρήση αναβολικών στεροειδών είναι γνωστό πως προκαλεί ηπατική βλάβη, με τέσσερις διαφορετικούς τρόπους: παροδική αύξηση ηπατικών ενζύμων, οξύ χολοστατικό σύνδρομο, χρόνια αγγειακή βλάβη (reliosis hepatis) και όγκους ήπατος (αδενώματα ή ΗΚΚ). Χαρακτηριστικό κλινικό φαινότυπο αποτελεί η χολόσταση των αναβολικών που συχνά θέτει τη διάγνωση, ακόμη και σε ασθενείς που αρνούνται τη χρήση τους.

Σκοπός-Μέθοδοι: Περιγράφεται στην παρούσα εργασία, κλινική περίπτωση ασθενούς με εμμένουσα και σοβαρή υπερχολερυθριναιμία, χωρίς σοβαρή ηπατοκυτταρική ή χολοστατική βλάβη, μετά από χρήση αναβολικών στεροειδών.

Αποτελέσματα: Ασθενής 54 ετών προσήλθε λόγω ικτερικής χροιάς δέρματος και επιπεφυκώτων, με συνοδό κνησμό, από 10 ημέρου. Από τον αρχικό εργαστηριακό έλεγχο AST 73, ALT 127, γGT 137, ALP 112, TBil 13,2, DBil 9 και από υπέρηχο άνω κοιλίας χωρίς παθολογικά ευρήματα. Εστάλη ιολογικός έλεγχος, ανοσολογικός για νοσήματα του ήπατος, ανοσοσφαιρίνες, σερουλοπλασμίνη, α1- αντιθρυψίνη, PCR HEV, αρνητικά, INR 0.9, APTT 36. Από τον υπόλοιπο έλεγχο TSH 0.8, HbA1c 9.4%, TGs 690, TChol 373, HDL 16.9, LDL 266. Χωρίς ευρήματα από τον γενόμενο απεικονιστικό έλεγχο (ΥΤ και ΜΤ άνω κοιλίας).

Ο ασθενής κατά την νοσηλεία του παραδέχτηκε τελικά σταθερή χρήση αναβολικών στεροειδών από του στόματος, από 3 μήνου (τεστοστερόνη 250-500mg/εβδομάδα, στανοζολόλη 10mg/εβδομάδα σε συνδυασμό με εξεμεστάνη 25mg x1), με διακοπή από 20 ημέρου προ της εισαγωγής λόγω του κνησμού και αδιαθεσίας. Η εργαστηριακή και κλινική εικόνα θεωρήθηκε συμβατή με τοξικότητα από τα στεροειδή, οπότε και τέθηκε σε συστηματική αγωγή με ουρσοδεοξυχολικό και χολεστυραμίνη (σταδιακά ως τη μέγιστη δοσολογία της), καθώς και σε παρεντερική χορήγηση ινσουλίνης glargine. Οι τιμές της χολερυθρίνης αυξήθηκαν με μέγιστες τιμές TBil 32 και DBil 22,2 περίπου έναν μήνα από την διακοπή των σκευασμάτων, και έκτοτε άρχισε η σταδιακή μείωση, με τιμές TBil 3,7 και DBil 2.9 δύο μήνες μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο και συνολικά 3 μήνες από την διακοπή χρήσης των σκευασμάτων. Ο κνησμός παρέμεινε επί μακρόν έως τη σημαντική μείωση των τιμών, και αντιμετωπίστηκε μερικώς με τη χορηγούμενη αγωγή. Σταδιακά επίσης βελτιώθηκαν και οι μεταβολικοί δείκτες, με μείωση των τιμών σακχάρου αίματος και μείωση αντίστοιχα της χορηγούμενης δόσης ινσουλίνης.

Συμπεράσματα: Αναδεικνύεται, στο παρόν περιστατικό, η αμιγής σχεδόν αύξηση της χολερυθρίνης, χωρίς βλάβη στα χοληφόρα, με ήπια συνοδό αύξηση των λοιπών ηπατικών και χολοστατικών ενζύμων, που είναι χαρακτηριστική της τοξικότητας από στεροειδή ανδρογόνα, καθώς και η μακρόχρονη περίοδος αποκατάστασης των τιμών αυτών. Σημαντική κρίνεται η επιμονή στη λήψη του ιστορικού, με συγκεκριμένα ερωτήματα, καθώς συχνά οι ασθενείς αρνούνται τη χρήση των αναβολικών.

eP56

ΣΥΝΔΡΟΜΟ BUDD-CHIARI ΕΠΑΓΩΜΕΝΟ ΑΠΟ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΑ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Γαβαλάς Ι., Κακουλίδου Ν., Καρατζής Ο., Φουτσιτσάκης Δ., Σαχλά Ζ.

Γ.Ν. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Budd–Chiari αποτελεί μια σπάνια κλινική οντότητα που χαρακτηρίζεται από απόφραξη ή παρεμπόδιση της εκροής των ηπατικών φλεβών. Η ετήσια επίπτωσή του υπολογίζεται σε 1-2 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Στις περισσότερες περιπτώσεις ανιχνεύεται υποκείμενη προθρομβωτική αιτία, όπως μυελοϋπερπλαστικά νεοπλασμάτα, αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, παροξυσμική νυχτερινή αιμοσφαιρινουρία, καθώς και άλλες επίκτητες ή κληρονομικές θρομβοφιλίες. Ωστόσο, σε ορισμένους ασθενείς η αιτιολογία παραμένει άγνωστη.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού συνδρόμου Budd–Chiari σε γυναίκα με ιστορικό επαναλαμβανόμενων φλεβικών θρομβώσεων και αρνητικό έλεγχο για γνωστές θρομβοφιλίες, αναδεικνύοντας τη σημασία της υψηλής κλινικής υποψίας, της έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης.

Μέθοδοι: Πρόκειται για περιγραφή περιστατικού 65χρονης γυναίκας με ιστορικό δύο επεισοδίων εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης και πρόσφατης θρόμβωσης των εγκεφαλικών φλεβωδών κόλπων, με αρνητικό εργαστηριακό έλεγχο για θρομβοφιλία. Η ασθενής προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω προσυγκοπτικού επεισοδίου. Η κλινική εξέταση ανέδειξε άλγος στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλίας, ενώ οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν διαταραχή των ηπατικών ενζύμων. Πραγματοποιήθηκε υπερηχογράφημα άνω κοιλίας, Triplex υπερηχογράφημα, αζονική τομογραφία και μαγνητική αγγειογραφία–φλεβογραφία (MRA–MRV).

Αποτελέσματα: Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε υποξεία θρόμβωση του σπληνοπυλαίου άξονα, καθώς και εκτεταμένη θρόμβωση των ηπατικών φλεβών, της πυλαίας φλέβας και των ενδοηπατικών κλάδων της, της σπληνικής και της άνω μεσεντερίου φλέβας. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, η κλινική κατάσταση της ασθενούς επιδεινώθηκε ραγδαία, με σημαντική αύξηση των ηπατικών ενζύμων, εμφάνιση ηπατονεφρικού συνδρόμου, ανουρία και αιμοδυναμική αστάθεια που κατέστησε αναγκαία τη χορήγηση αγγειοσπαστικών φαρμάκων. Η ασθενής διακομίστηκε σε εξειδικευμένο κέντρο για διενέργεια της επέμβασης DIPS (Direct Intrahepatic Portosystemic Shunt).

Συμπεράσματα: Το σύνδρομο Budd–Chiari θα πρέπει να τίθεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με ανεξήγητη ηπατική δυσλειτουργία και ιστορικό φλεβικών θρομβώσεων, ακόμη και όταν ο έλεγχος για γνωστές θρομβοφιλίες είναι αρνητικός. Η έγκαιρη αναγνώριση και η άμεση θεραπευτική παρέμβαση είναι καθοριστικής σημασίας για την πρόληψη της ηπατικής ανεπάρκειας και τη βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών.

eP57

ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΛΙΘΙΑΣΤΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑΣ: Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Αντωναράκη Μ.Μ.¹, Καρούντζος Ν.², Νικολινάκος Π.³, Τσατσαράγκου Αικ.⁴

1. Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Αθήνα, Ελλάδα.
2. Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα.
3. Τμήμα Ουρολογίας, Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο.
4. Ιατρός Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιπτάμενη Ιατρός ΕΚΑΒ, Ελλάδα.

Εισαγωγή: Το μικροκυτταρικό νευροενδοκρινικό καρκίνωμα (SCNEC) της χοληδόχου κύστης αποτελεί εξαιρετικά σπάνια και ιδιαίτερα επιθετική κακοήθεια, με υψηλό δείκτη πολλαπλασιασμού και πρώιμη μεταστατική δυναμική. Η χρόνια λιθιασική χολοκυστίτιδα (CCC), μέσω παρατεταμένης φλεγμονής, επαναλαμβανόμενης επιθηλιακής βλάβης και επανορθωτικών μηχανισμών, έχει ενοχοποιηθεί ως πιθανός προδιαθεσικός παράγοντας για κακοήγη εξαλλαγή.

Σκοπός: είναι η ανάδειξη της παθοφυσιολογικής συσχέτισης CCC και SCNEC, καθώς και της σημασίας της έγκαιρης χειρουργικής παρέμβασης.

Υλικό- Μέθοδοι: Όλα τα δεδομένα αντλήθηκαν από ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως το Pub med, Scopus, Cochrane κλπ.

Αποτελέσματα: Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με ιστορικό χρόνιας λιθιασικής χολοκυστίτιδας που διαγνώστηκε με προχωρημένο SCNEC της χοληδόχου κύστης. Η νόσος χαρακτηριζόταν από τοπική διήθηση και υψηλή βιολογική επιθετικότητα, συμβατή με τα γνωστά χαρακτηριστικά των εξωπνευμονικών μικροκυτταρικών νευροενδοκρινικών νεοπλασμάτων (υψηλό Ki-67, συχνή αγγειακή και λεμφαγγειακή διήθηση). Η καθυστερημένη διάγνωση περιόρισε τις θεραπευτικές επιλογές. Παρά τη χειρουργική και συστηματική θεραπευτική προσέγγιση, η πρόγνωση παρέμεινε επιφυλακτική, όπως αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία για αντίστοιχες περιπτώσεις.

Συμπεράσματα: Η χρόνια λιθιασική χολοκυστίτιδα ενδέχεται να συμβάλλει στην ανάπτυξη σπάνιων και επιθετικών ιστολογικών τύπων καρκίνου της χοληδόχου κύστης, όπως το SCNEC, μέσω μηχανισμών χρόνιας φλεγμονής και νεοπλασματικής μεταπλασίας. Δεδομένης της επιθετικής βιολογίας του όγκου, η πρώιμη ανίχνευση και η έγκαιρη χειρουργική παρέμβαση αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για τη βελτίωση της πρόγνωσης. Απαιτείται υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας σε ασθενείς με μακροχρόνια λιθιασική νόσο και άτυπα απεικονιστικά ή κλινικά ευρήματα.

eP58

ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΕΤΑΙ ΩΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ ΗΠΑΤΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΠΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΘΕΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΟΝΤΟΤΗΤΑΣ

Αντωναράκη Μ.Μ.¹, Καρούντζος Ν.², Νικολινάκος Π.³, Τσατσαράγκου Αικ.⁴

1. Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Αθήνα, Ελλάδα.
2. Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα.
3. Τμήμα Ουρολογίας, Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο.
4. Ιατρός Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιπτάμενη Ιατρός ΕΚΑΒ, Ελλάδα.

Εισαγωγή: Το πλακώδες (ακανθοκυτταρικό) καρκίνωμα (SCC) της χοληδόχου κύστης και των χοληφόρων οδών αποτελεί εξαιρετικά σπάνια ιστολογική παραλλαγή (<5% των κακοηθειών της χοληδόχου κύστης) με έντονα επιθετική βιολογική συμπεριφορά, ταχεία τοπική διήθηση και καθυστερημένη διάγνωση.

Σκοπός της παρούσας εργασίας: είναι η περιγραφή περίπτωσης SCC που εκδηλώθηκε με υποτροπιάζοντα ηπατικά αποστήματα, καθώς και η ανάδειξη της διαγνωστικής πρόκλησης και της πιθανής παθοφυσιολογικής συσχέτισης μεταξύ νεοπλασίας και ενδοηπατικής λοίμωξης.

Υλικό- Μέθοδοι: Όλα τα δεδομένα αντλήθηκαν από ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως το Pub med, Scopus, Cochrane κλπ.

Αποτελέσματα: Προέκυψε από την βιβλιογραφία περιστατικό με μεσήλικα άνδρα χωρίς αξιόλογο ιατρικό ιστορικό, ο οποίος παρουσίασε επαναλαμβανόμενα επεισόδια ηπατικών αποστημάτων βακτηριακής αιτιολογίας, τα οποία αρχικά αντιμετωπίστηκαν ως μεμονωμένη λοίμωξης διεργασία με αντιβιοτική αγωγή και παροχέτευση. Η επιμονή της συμπτωματολογίας, η προοδευτική χολόσταση και τα απεικονιστικά ευρήματα οδήγησαν σε περαιτέρω διερεύνηση, αποκαλύπτοντας εκτεταμένη ηπατοχολική μάζα με διήθηση παρακείμενων δομών, μη εξαιρεσίμη χειρουργικά. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε καθαρό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα χωρίς αδενικό στοιχείο. Ο ασθενής τέθηκε σε συστηματική αντικαρκινική θεραπεία, επιτυγχάνοντας κλινική σταθερότητα κατά την παρακολούθησή. Η περίπτωση αναδεικνύει την πιθανή συσχέτιση μεταξύ νεοπλασματικής απόφραξης/νέκρωσης και δευτερογενούς μικροβιακής επιμόλυνσης με σχηματισμό αποστημάτων.

Συμπεράσματα: Το καθαρό SCC της χοληδόχου κύστης αποτελεί σπάνια αλλά ιδιαίτερα επιθετική κακοήθεια με δυσμενή πρόγνωση και συχνά προχωρημένο στάδιο κατά τη διάγνωση. Τα υποτροπιάζοντα ηπατικά αποστήματα, ιδίως όταν συνοδεύονται από χολόσταση ή άτυπα απεικονιστικά ευρήματα, θα πρέπει να εγείρουν υποψία υποκείμενης κακοήθειας. Η έγκαιρη ιστολογική τεκμηρίωση και η διεπιστημονική προσέγγιση είναι καθοριστικής σημασίας, δεδομένων των περιορισμένων θεραπευτικών επιλογών και της έλλειψης καθιερωμένων πρωτοκόλλων για το καθαρό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα των χοληφόρων.

33^η Διημερίδα
Στέφανος Χατζηγιάννης

Διοργανωτής



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΕΡΟΣΠΕΡΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΑ



24^ο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο

www.eemh2026.gr



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΟΝΟΜΑΤΩΝ

24^ο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο



Όνόματα συγγραφέων

Σελίδα

Boros C.	113	Αργυρού Α.	15, 19
Campani C.	113	Αρκαδόπουλος Ν.	25
Demory A.	113	Αρμύρος Π.	94, 97, 98, 119
Deutsch M.	6, 9, 10, 11, 73, 75, 78, 102	Ασλάνογλου Α.	41, 104, 123
Ganne N.	113	Αυγουστή Β.-Η.	80
Καραουλάνη Θ.	94, 97, 98, 119	Αυδής Θ.	78, 102, 105
Nahon P.	113	Βαγιώτας Λ.	42
Nault JC.	113	Βασιλειάδης Θ.	69
N'kontchou G.	113	Βασιλιεβα Λ.	47, 56, 61, 64
Pallas D.	113	Βασιλογιαννάκης Γ.	87
Tsaton O.	118	Βεργαδής Χ.	123
Αβραμίδου Δ.	93, 105	Βερναδάκης Σ.	46
Αγγελετοπούλου Ι.	39	Βεχλίδης Ν.	90
Αγγέλη Κ.	64	Βλαχογιαννάκος Ι.	15, 19, 33, 36, 41, 104
Αγγέλης Α.	46	Βλάχος Δ.	46, 106
Αγγελόπουλος Χ.	22	Βλάχος Ι.	25
Αγγελούση Α.	49	Βουδούρης Β.	17, 29, 94, 97, 98, 119
Αγοραστόυ Π.	69	Βρυώνη Γ.	47
Αδαμακίδου Θ.	76, 116	Βρυωνίδου Α.	16
Αδάμαντου Μ.	13, 18, 28, 36, 49, 58	Γαβαλάς Ι.	125
Αθανασάκη Φ.	47, 51, 56, 61, 64	Γαβριηλάκη Ε.	85
Ακριβιάδης Ε.	69	Γαλάνης Κ.	29
Ακτύπης Χ.	41	Γατσέλης Ν.	17, 29, 40
Αλεξίου Ν.	107, 118	Γελαδάρη Ε.	6, 51, 64
Αλεξοπούλου Α.	6, 18, 47, 51, 56, 61, 64	Γερμανός Σ.	92
Αμπαζής Ο.	39	Γεωργοπούλου Ο.	7
Αμύγδαλος Σ.	72, 79, 91, 101, 108	Γιακουμιάκης Κ.	76, 116
Αναγνώστου Ο.	78	Γιαννακόπουλος Κ.	46
Αναστασίου Ι.	72, 79, 91, 101	Γιαννακούλας Γ.	19
Ανδρουτσάκος Θ.	28	Γιαννόπουλος Ι.	106
Αντωνάκη Π.	11	Γιαννούλης Γ.	40
Αντωνάκη Π.	78	Γιατζόγλου Μ.	49
Αντωνάρακη Μ.Μ.	114, 115, 121, 126, 127	Γιουλεμέ Ο.	44, 69, 85
Αντωνιάδη Δ.	22, 24, 71, 84	Γκαμπέτα Σ.	17, 29, 40
Αντωνιάδης Ν.	69, 70	Γκοβίνα Ο.	76
Αποστολοπούλου Β.	110	Γκουλιαβέρα Μ.	86

24^ο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο

www.eemh2026.gr

Ονόματα συγγραφέων

Σελίδα

Γουλής Ι.	42, 44, 66, 68, 69, 70, 96, 100	Καμηλίου Α.	18, 49
Γυρίκη Δ.	21, 84	Καμηλίου Α.	49
Δαμιανάκου Α.	80	Καπάτας Α.	94, 97, 98, 119
Δάφνου Π.	116	Καπάτας Χ.	94, 97, 98, 119
Δερδελάκου Θ.	107	Καραγιαννάκης Δ.	13, 15, 16, 28, 33, 36, 90, 107
Δεσπότης Γ.	34, 52, 54, 62	Καρακάση Κ.	68, 69
Δεσποτιδής Ι.	75	Καραμανώλης Ν.	47, 51, 56, 61, 64, 77, 93
Δημητρίου Κ.	47, 51, 56, 61, 64, 77, 93	Καραμιχάλη Ε.	7
Δημητρόγλου Ι.	64	Καρανδρέα Δ.	25
Δημητρολόπουλος Δ.	111	Καραπίττη Κ.	103
Δημοπούλου Κ.	25	Καραταπάνης Σ.	72, 79, 91, 101, 108
Διάκου Ε.	73	Καρατζής Ο.	125
Διαμαντοπούλου Γ.	39	Καραχοτζίτη Χ.	58
Δοκουσιδίου Ε.	76, 116	Καρούντζος Ν.	114, 115, 121, 126, 127
Ελευσινιώτης Ι.	21, 22, 23, 24, 31, 71, 84, 116	Καρτσώλη Σ.	83
Ζαΐμης Τ.	10	Κασσή Ε.	16
Ζαχαράκη Π.	16	Κατσάνος Γ.	68, 69, 70
Ζάχου Κ.	17, 29, 40	Κελίδη Π.	110
Ζιούτου Κ.	93	Κεραμέας Ν.	72, 79, 91, 101, 108
Ζιώγας Δ.	46	Κεχαγιάς Λ.	105
Ζώγας Γ.	21, 23, 24, 71	Κιμισκίδης Ν.	39
Ηλιάδης Π.	7	Κόγιας Δ.	44
Ηλιοπούλου Ε.	42	Κοζώνης Θ.	25
Θεοδώρου Μ.	94, 97, 98, 119	Κολαζά Μ.	66
Θωμόπουλος Κ.	39	Κολαινή Π.	101, 108
Ιασωνίδου Χ.	85	Κολιός Γ.	52, 54
Ιωακείμ Μ.	22, 84	Κολιού Θ.	47
Ιωαννίδου Π.	15, 33, 41	Κόλλια Χ.	94, 97, 98, 119
Καβουσανάκη Μ.	87, 124	Κόνσολα Α.	4
Καζάκου Π.	16	Κόντος Γ.	6, 10, 78, 102, 105
Καζαμάκης Χ.	18	Κορδατζάκη Χ.	118
Καΐκης Α.	108	Κορκολής Δ.	31
Κακουλίδου Ν.	125	Κοσκίνας Ι.	7
Καλαμίτσης Γ.	4	Κοτσόπουλος Φ.	49
Καλαμπόκης Γ.	34, 52, 54, 62	Κουγιουμτζιάν Α.	109
Καλτσούνης Ε. -Λ.	107, 118	Κουκιά Σ.	72, 79, 91, 101, 108

24^ο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο

www.eemh2026.gr

Όνόματα συγγραφέων

Σελίδα

Κουκουφίκη Α.	70, 100	Λίτος Ι.	110
Κουλούρης Ά.	18	Λυγούρα Β.	17, 29, 40
Κουντούρη Α.	94, 97, 98, 119	Λυμπέρης Ι.	46
Κουντουρης Η.	72, 101, 108	Μάγειρας Ν.	109
Κουπετώρη Μ.	118	Μάγκου Σ.	16
Κουρεμέτη Μ.	64	Μαϊντά Ε.	31
Κουρέτα Ε.	109	Μαλατέστα Μ.	21, 22, 24, 71, 84
Κουρίκου Α.	78, 102	Μαμάκου Β.	94, 97, 98, 119
Κούρτης Δ.	108	Μάνη Η.	6, 47, 51, 56, 61
Κούρτης Ι.	72, 79, 91, 101	Μανωλακόπουλος Σ.	6, 9, 10, 11, 73, 75, 78, 102
Κουτσούλας Κ.	44	Μανωλακοπούλου Μ.	10, 11, 16, 75, 78
Κοφινάς Α.	69	Μάργαρη Ν.	76, 116
Κρανιδιώτη Χ.	6, 11, 75, 78, 102, 105	Μαρκάκης Γ.	104, 123
Κριτικού Σ.	47	Μαρκόπουλος Γ.	52, 54
Κρυσταλλάκη Δ.	47, 51, 61, 64	Μάρκου Δ.	124
Κύκαλος Σ.	46	Μάρκου Ε.	18, 49
Κυπραίος Δ.	111	Μαυρογιαννάκη Α.	13, 28
Κυριακούλη Κ.	96	Μαυρογιάννη Θ.	47
Κυρίτση Β.	67	Μαυροπούλου Δ.	44
Κυρίτσης Α.	93	Μαχαίρας Ν.	31, 46, 106
Κωνσταντινίδης Μ.	106	Μηλιώνη Α.	47
Κωνσταντοπούλου Ρ.	34, 52, 54, 62	Μηλιώνης Χ.	34, 52, 54, 62
Κωνσταντουλάκης Μ.	25	Μιμίδης Κ.	86
Κωσταρά Χ.	83	Μιχαηλίδου Σ.	111
Κώτσιος Ν.	85	Μόσιαλος Β.	22, 23, 24, 71
Κωτσόπουλος Φ.	18	Μουζιούρας Δ.	18, 36, 49, 58
Λακιωτάκη Δ.	18, 36, 58	Μουρελάτου Ν.Γ.	13, 28
Λάκκας Λ.	34	Μπαϊρακτάρη Ε.	83
Λαμπαδαρίου Α.	46	Μπαλή Μ.	39
Λαμπρόπουλος Π.	94, 97, 98, 119	Μπαλή Τ.	13, 18, 28
Λάσκος Ε.	94, 97, 98, 119	Μπαλταγιάννης Γ.	34, 52, 54, 62
Λεκάκης Β.	18, 36, 49, 58, 88	Μπάρτζη Δ.	110
Λεμονίδης Λ.	117, 122	Μπάφα Κ.	18
Λεομπίλλα Φ.	4	Μπεκιαρίδου Α.	19
Λιακόπουλος Κ.	118	Μπελούκας Α.	4
Λιούλιος Γ.	42, 68	Μπινιάρη Θ.	22, 23, 84

24^ο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο

www.eemh2026.gr

Όνόματα συγγραφέων

Σελίδα

Μπίρος Δ.	34, 52, 54, 62	Παπαθεοδωρίδη Μ.	15, 41
Μπολτέτσου Ε.	111	Παπαθεοδωρίδης Γ.4, 13, 15, 18, 28, 33, 36, 41, 49, 104, 123
Μπούκλας Δ.	25	Παπανικολάου Δ.	73
Μπράμης Κ.	25	Παπανικολάου Ν.	124
Μυωτέρη Δ.	25	Παπαντωνίου Κ.	39
Μωυσίδης Δ.	19	Παπαζοΐνης Κ.	104
Νεονάκη Α.	15, 41, 49, 88	Παπαπέτρου Ε.	52
Νικολαΐδου Β.	42	Παπαστεργίου Β.	72, 79, 91, 101
Νικολακοπούλου Π.	21	Παπαχρήστου Χ.	96
Νικολινάκος Π.	114, 115, 121, 126, 127	Παρασκευοπούλου Σ.	4, 33
Νομικού Ε.	61	Παρίση Χ.	122
Νταγιάντα Ε.	4	Πάσχου Σ.Α.	16
Νταλέκος Γ.	17, 29, 40	Παυλοπούλου Δ.	13, 28
Ντούμου Ε.	72, 79, 91, 101, 108	Παύλου Ε.	61
Ξανθάκη Α.	51	Παχιαδάκης Ι.	70, 100
Ξουργιά Ξ.	34	Πελεκάνος Α.	6, 10, 11
Ξωχέλλη Α.	68	Πέππα Μ.	16
Οικονομίδου Χ.	9	Περγαντίνα Ε.	18, 49
Οικονόμου Θ.	42, 44, 66, 68, 69, 96	Πετράκη Μ.	124
Παζιώνης Α.	90	Πετρίκκος Π.	109
Παναγιωτίδης Ι.	25	Πηρουνάκη Ε.	47
Πανάς Π.	66, 70, 100	Πίτσια Τ.	94, 97, 98, 119
Πανουτσάκου Γ.	73	Πλέκη Σ.	66, 70, 100
Πανταζή Χ.	117, 122	Πούλια Κ.Α.	58
Πάντζιος Σ.	21, 23, 24, 31, 71	Πρεβεζάνος Δ.	46, 106
Παπαδάκη Α.	118	Πρόκτερ Κ.	4
Παπαδάκος Σ.	19, 104	Πρωτοπαπάς Άδ.	67
Παπαδημητρόπουλος Β.	6, 64, 77, 93	Πρωτοπαπάς Αν.	67
Παπαδόπουλος Ν.	6, 73	Πτώχης Ν.	31
Παπαδοπούλου Γ.	7, 110	Ραμφίδης Β.	110
Παπάζογλου Α.	19	Ράπτη Κ.	110
Παπάζογλου Γ.	124	Ραχιώτης Ν.	18
Παπαηλία Φ.	107, 118	Ρηγοπούλου Ε.	17, 29, 40
Παπαθανασίου Ε.	67	Ρουσοπούλου Σ.	66, 69
Παπαθεοδωρίδη Μ.	33	Ρούσσοσ Σ.	4
Παπαθεοδωρίδη Α.	33		

24^ο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο



www.eemh2026.gr

Ονόματα συγγραφέων

Σελίδα

Σάββα Μ.	124	Σύψα Β.	4
Σαββανής Σ.	111, 117	Σύψα Γ.	28
Σαββίδου Σ.	80	Σφακιανάκη Μ.	124
Σαββόπουλος Χ.	67	Σχινάς Γ.	13, 28, 49
Σακελλαρίου Σ.	15, 33, 46, 71, 123	Σωτηράκου Κ.	117
Σαμακίδου Α.	40	Σωτηρόπουλος Γ.	31, 46, 106
Σαμαλή Μ.	42	Τάγκαλος Ε.	46
Σαμαράς Α.	19	Ταμπάκη Μ.	6, 10, 11, 49, 75, 78
Σαμπατάκου Ε.	47	Τεντολούρης Ν.	28
Σαμωνάκης Δ.	87	Τζικοπούλου Μ.Ε.	49
Σαπουνάς Χ.	11, 75, 102	Τζιτζή Ε.	85
Σαριδάκη Α.	13, 18	Τηνιακού Ντ.	25, 102
Σαρρή Μ.	13, 28	Τούκλη Δ.	107, 118
Σαχλά Ζ.	125	Τραφαλή Δ.	4
Σβερώνη Δ.	40	Τριάντος Χ.	39
Σβορώνος Χ.	92	Τριφύλλη Ε-Μ.	73
Σεβαστιανός Β.	6, 51	Τσαβαρής Δ.	105
Σειμμένη Β.	109	Τσαγκιά Σ.	94, 97, 98, 119
Σιακαβέλλας Σ.	11, 75, 102	Τσάκαλης Ν.	94, 97, 98, 119
Σιδεράς Λ.	66, 70, 100	Τσανκώφ Α.	67
Σιδηρόπουλος Ο.	21, 23, 31, 71, 84	Τσαούση Χ.	52
Σίλελη Μ.	85	Τσατσαράγκου Αικ.	114, 115, 121, 126, 127
Σινάκος Ε.	17, 19, 42, 44, 66, 69, 85	Τσαφαρίδου Μ.	87
Σκαγιακού Ν.	9	Τσιάκας Η.	34, 52, 54, 62
Σκορδά Λ.	103	Τσιαμπέρας Ν.	6, 10, 11, 75, 78, 102
Σκούρας Ι.	31	Τσιανικά 'Α.	94, 97, 98, 119
Σπανού Α.	72, 79, 91, 101, 108	Τσιανικά Α.	94, 97, 98, 119
Σπάρταλης Κ.	72, 79, 91, 101, 108	Τσιάρα Ι.	11
Σπάχο Μ.	19, 66, 69	Τσιμιχόδημος Β.	83
Στατήρη Α.	76	Τσιόδρας Σ.	90
Στεργίου Ι.	80	Τσίου Χ.	116
Στεφανάκη Κ.	16	Τσιούρης Σ.	34
Στρατηγάκης Λ.	36, 41, 104, 123	Τσίτσου Σ.	13
Συμπάρδη Σ.	107, 118	Τσόγκα Δ.	105
Συρίγος Δ.	117, 122	Τσουφάς Γ.	42, 44, 68, 69, 70
Συρίχα Α.	21, 22, 23, 24, 31, 71, 84	Τσουνής Ε.	39, 109



24^ο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο

Ονόματα συγγραφέων

Σελίδα

Υφαντή Α.	94, 97, 98, 119	Ψαρράκης Γ.	87
Φεττά Σ.	92	Ψυχογιού Μ.	4
Φορμόζης Σ.	61		
Φούκας Π.	25		
Φουτσιτσάκης Δ.	125		
Φράγκου Α.	117, 122		
Φυλάκτου Α.	42, 68		
Φυτιλή Π.	15, 33, 41, 123		
Φωκά Π.	7		
Φωλήνας Κ.	110		
Φωτεινού Α.	72, 79, 91, 101, 108		
Φώτος Ν.	23		
Χαλκιάς Μ.	80		
Χαλκίδης Ε.	18, 49		
Χαλκίδου Α.	86		
Χαραλαμπίδης Κ.	17, 66		
Χαραλάμπους Ο.	6, 10		
Χατζάκης Α.	4		
Χατζηαντωνίου Α.	86		
Χατζηγεωργίου Α.	21		
Χατζηγιάννη Α.	6, 9		
Χατζηευστρατίου Α.	22, 23, 84		
Χατζηνικολάου Ν.	94, 97, 98, 119		
Χειλετζάρης Θ.	107		
Χίνη Μ.	103		
Χιώτη Α.	103		
Χολόγκιτας Ε.	13, 15, 18, 28, 33, 36, 41, 49, 58, 88		
Χολόγκιτας Χ.	13, 28		
Χουρδάκης Μ.	58		
Χρηστάκη Μ.	34, 52, 54, 62		
Χριστοδούλου Δ.	34, 52, 54		
Χριστοδούλου Δ.	62, 83		
Χρυσάυγης Λ.	13, 28		
Χύτας Η.	44		
Ψαλτοπούλου Θ.	16		
Ψαρομπάς Ι.	72, 79, 91, 101, 108		

