

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ

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



ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ με τη:  
ΜΟΝΑΔΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ  
ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ-ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ,  
Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ  
& ΟΜΩΝΥΜΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ,  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΕΚΠΑ,  
ΓΝΑ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

8<sup>η</sup>  
ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ  
ΜΕ ΘΕΜΑ:

# Αγγειίτιδες

Ξεχωριστή ενότητα με παρουσίαση  
πρωτότυπων ερευνητικών εργασιών

Χορηγούνται  
Μόρια  
Συνεχιζόμενης  
Ιατρικής  
Εκπαίδευσης  
(CME-CPD)

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ  
Crowne Plaza  
Αθήνα

23-24  
Σεπτεμβρίου  
2022

Επιστημονικό Πρόγραμμα

# RINVOQ<sup>®</sup> ▽

upadacitinib

ΕΝΑ ΟΙΣ  
ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ<sup>1</sup>

ΞΕΠΕΡΝΩΝΤΑΣ ΤΙΣ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ

Ο ΕΚΛΕΚΤΙΚΟΣ και ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΟΣ  
JAK αναστολέας της AbbVie  
με **3 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ** στη ρευματολογία<sup>1\*</sup>



ΡΑ

\*Υφεση κατά DAS28-CRP <2,6  
vs. ADA (41% vs 27%)  
την 26<sup>η</sup> εβδομάδα



ΑΣ

\*ASAS40 vs. placebo  
(52% vs. 26%)  
την 14<sup>η</sup> εβδομάδα



ΨΑ

\*ACR70 vs. ADA (29% vs. 23%)  
& MDA (37% vs. 33%)  
την 24<sup>η</sup> εβδομάδα

ΡΑ: Ρευματοειδής Αρθρίτιδα, ΑΣ: Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα, ΨΑ: Ψωριασική Αρθρίτιδα, ADA: adalimumab, MDA: Minimal Disease Activity.

▽ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει το γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφαλείας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιοδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. Βλ. παράγραφο 4.8 για τον τρόπο αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

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

Τρόπος διάθεσης: Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό  
ιατρό και παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αγωγής.  
Δισκίο παρατεταμένης αποδέσμευσης 15 MG/TAB, ΒΤx28  
Λ.Τ.: 892,69 €  
Βιβλιογραφία: 1. RINVOQ<sup>®</sup> ΠΧΠ, 12/2021.

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία:

AbbVie ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.

Μαρίνου Αντύπα 41-45, Νέο Ηράκλειο, 14121, Ελλάδα, Τηλ.: +30 214 4165555

abbvie

## Χαιρετισμός

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Με χαρά σας καλωσορίζουμε για **8<sup>η</sup> συνεχή χρονιά** στη Διημερίδα που είναι αποκλειστικά αφιερωμένη στις **«Αγγειίτιδες»**. Η Διημερίδα συνδιοργανώνεται και φέτος από τη Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας της Β' Παθολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ (Ιπποκράτειο ΓΝΑ) σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Μελέτης, Έρευνας και Εκπαίδευσης Νοσημάτων Αγγείων, Καρδιάς, Εγκεφάλου και Νεφρών» (Ι.Ν.Α.Κ.Ε.Ν) την **Παρασκευή 23** και το **Σάββατο 24 Σεπτεμβρίου 2022** στην Αθήνα (Ξενοδοχείο Crowne Plaza) με ταυτόχρονη διαδικτυακή μετάδοση (υβριδική μορφή).

Παρά την συνεχιζόμενη πανδημία COVID-19 η διοργάνωση παρόμοιων εκδηλώσεων με υβριδικό τρόπο πιστεύουμε ότι συνεχίζει να προσφέρει σημαντικά στον κύριο στόχο που είναι η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε μια δύσκολη, στην κατανόηση της ομάδας παθήσεων όπως είναι οι αγγειίτιδες.

Για φέτος έχουν προγραμματιστεί Στρογγυλά Τραπέζια για την παθογένεση των αγγειίτιδων, την αντιμετώπιση ασθενών με αγγειίτιδες και τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο, την διάγνωση και αντιμετώπιση συννοσηροτήτων όπως οι λοιμώξεις και η κνίδωση/κνιδωτική αγγειίτιδα, την διαχείριση ασθενών με αγγειίτιδες και προσβολή του πνεύμονα καθώς τις τελευταίες εξελίξεις με την είσοδο των στοχευμένων θεραπειών στην αντιμετώπισή τους.

Όπως και τις προηγούμενες χρονιές, θα υπάρχουν ειδικές συνεδρίες με την παρουσίαση πρωτότυπων Ελληνικών ερευνητικών εργασιών, την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας της τελευταίας χρονιάς, καθώς και την παρουσίαση-συζήτηση διδακτικών περιπτώσεων ασθενών με αγγειίτιδες από όλη την χώρα. Επιπλέον, θα έχουμε και φέτος την χαρά να έχουμε μαζί μας τον **Καθηγητή Νεφρολογίας Αλέξανδρο Καρρά** από την Γαλλία που θα δώσει την εναρκτήρια ομιλία της Διημερίδας με θέμα: *«Τι νεότερο στις ANCA-αγγειίτιδες»*.

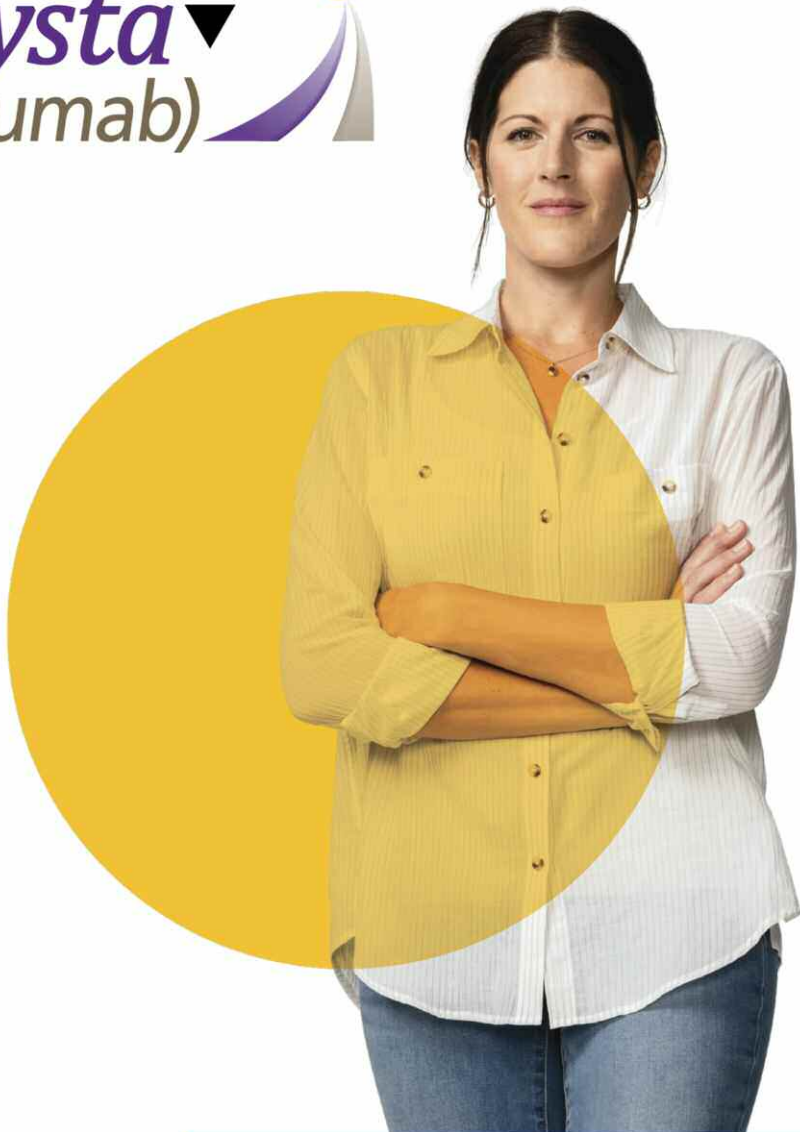
Η παρουσία για άλλη μια φορά ενός εκλεκτού επιτελείου Προεδρείων και Ομιλητών με μακροχρόνια εμπειρία στο αντικείμενο αυτό εγγυάται την επιτυχία της εκδήλωσης και την εκπλήρωση των στόχων που έχουν τεθεί.

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

Με εκτίμηση,

**Δημήτριος Βασιλόπουλος**  
Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής  
Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας

# Benlysta▼ (belimumab)



#### Λιανική τιμή\*

- BENLYSTA INJ.SOL 200MG/1ML BTx4 PF.PENS x1ML: 899,23€
- BENLYSTA PD.C.SO.IN 120MG/VIAL BTx1 VIAL: 164,80€
- BENLYSTA PD.C.SO.IN 400MG/VIAL BTx1 VIAL: 498,36€

\*Αφορά μόνο τις πωλήσεις από ιδιωτικά φαρμακεία.

Ποσοστό επιχορήγησης από τους οργανισμούς κοινωνικών ασφαλίσεων: 100%

Με περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό λόγω ανάγκης παρακολούθησης κατά τη διάρκεια της αγωγής. Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος την οποία βρίσκετε [εδώ](#).

Τα ανωτέρω ισχύουν κατά την ημερομηνία σύνταξης του υλικού.

Παρακαλούμε επικοινωνήστε με την εταιρεία για επιβεβαίωση πλήρως ενημερωμένων δεδομένων, για οποιαδήποτε πληροφορία ή/και αναφορά Ανεπιθύμητων Ενεργειών στο τηλέφωνο 210 6882100.

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

PM-GR-BEL-ADVT-220002 ΙΣΧΥΣ 06.22-06.24

#### ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:

Προγεμιμαμένη συσκευή τύπου πένας:

Κάθε 1ml προγεμιμαμένης συσκευής τύπου πένας περιέχει 200mg μελιμουμάμης 120 mg κόνις για πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση. Κάθε φιαλίδιο περιέχει 120 mg μελιμουμάμης. Μετά την ανασύσταση, το διάλυμα περιέχει 80 mg μελιμουμάμης ανά ml. 400 mg κόνις για πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση. Κάθε φιαλίδιο περιέχει 400 mg μελιμουμάμης. Μετά την ανασύσταση, το διάλυμα περιέχει 80 mg μελιμουμάμης ανά ml. Η μελιμουμάμη είναι ένα ανθρώπινο, IgG1λ μονοκλωνικό αντίσωμα, το οποίο παράγεται σε κυτταροκαλλιέργεια θηλαστικών (NSO) μέσω τεχνολογίας ανασυνδυασμένου DNA. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1 στην ΠΧΠ.

## GSK

GlaxoSmithKline

Λ. Κηφισίας 266, 152 32 Χαλάνδρι | Τηλ.: 2106882100

[www.glaxosmithkline.gr](http://www.glaxosmithkline.gr)

Το εμπορικό σήμα ανήκει ή έχει παραχωρηθεί στον Όμιλο Εταιρειών GSK

©2022 Όμιλος εταιρειών GSK ή δικαιούπαρχος του Όμιλου GSK

## Επιτροπές

### ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**ΠΡΟΕΔΡΟΣ:**

Δ. Βασιλόπουλος

**ΜΕΛΗ:**

Ι. Μπολέτης

Δ. Πετράς

Κ. Τσιούφης

Κ. Φίλης

### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Α. Γαρύφαλλος

Π. Γιάννου

Α. Γουλές

Δ. Γούμενος

Κ. Θωμάς

A. Karras

Π. Κατσιμπρή

Χ. Κουτσιανάς

Μ. Κωστοπούλου

Σ. Λιονάκη

Σ. Μαρινάκη

Κ. Μποκή

Δ. Μπούμπας

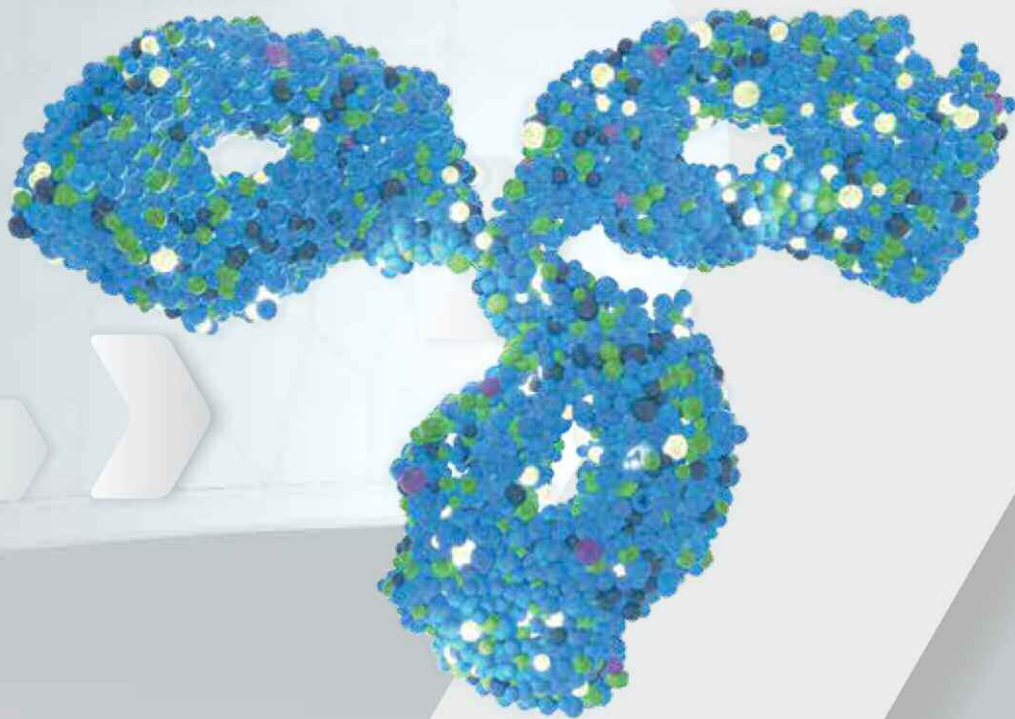
Χ. Τσαλαπάκη

Α. Φανουριάκης

Α. Χαλκιά

 **Imraldi™**  
Adalimumab

 **Benepali™**  
Etanercept



Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τη ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ Α.Ε.

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

Ενδεικτική Τιμή (Ν.Τ.):  
BENEPALI INJ.SO.PFS 50MG/ML BTx4 PFSx50mg/ML: 407,94€  
BENEPALI INJ.SO.PFP 50MG/ML BTx4 PFPx50mg/ML: 407,94€  
IMRALDI INJ.SOL 40MG/0,8ML BTx2 PF. PENx0,8 ML+ 2 επιθέματα αλκοόλης: 393,70€  
IMRALDI INJ.SOL 40MG/0,8ML BTx2 PF. SYRSx0,8 ML + 2 επιθέματα αλκοόλης: 393,70€

 **Biogen.**

Λ. Κηφισίας 274, 15232 Χαλάνδρι, Αθήνα  
Τηλ.: 210 8771500, Fax: 210 6891918  
e-mail: [info@genesishpharma.com](mailto:info@genesishpharma.com), [www.genesishpharma.com](http://www.genesishpharma.com)

 **GENESIS**  
pharma

## Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

23 Σεπτεμβρίου

2022

14:00-15:00 ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ – ΕΓΓΡΑΦΕΣ

15:00-16:30 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΒΗΜΑ

Προεδρείο: Α. Φανουριάκης, Ε. Παπαχρήστου

**ΕΑ1: ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΡΘΗΡΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ 2<sup>ης</sup> ΦΑΣΗΣ**

**Τσαλαπάκη Χ.<sup>1,2</sup>, Λαζαρίνη Α.<sup>1,8</sup>, Μποκή Κ.<sup>1,3</sup>, Ηλιόπουλος Α.<sup>4</sup>, Σφηκάκης Π.Π.<sup>1,5</sup>, Τεκτονίδου Μ.<sup>1,5</sup>, Γεωργούντζος Α.<sup>6</sup>, Βούλγαρη Π.<sup>7</sup>, Θεότικος Ε.<sup>8</sup>, Παπαγόρας Χ.<sup>9</sup>, Δημητρούλας Τ.<sup>10</sup>, Καταδάκη Ε.<sup>11</sup>, Βοσβοτέκας Γ.<sup>12</sup>, Μπούμπας Δ.<sup>1,13</sup>, Βασιλόπουλος Δ.<sup>1,2</sup>.**

- <sup>1</sup> Κοινό Πρόγραμμα Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΕΚΠΑ,
- <sup>2</sup> Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιπποκράτειο ΓΝΑ, Αθήνα,
- <sup>3</sup> Ρευματολογική Κλινική, Νοσοκομείο Σισμανόγλειο, Αθήνα,
- <sup>4</sup> Ρευματολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΙΤΣ, Αθήνα
- <sup>5</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα
- <sup>6</sup> Ρευματολογική Κλινική, Γ. Γεννηματάς Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας
- <sup>7</sup> Ρευματολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων,
- <sup>8</sup> Ρευματολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα
- <sup>9</sup> Ρευματολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης,
- <sup>10</sup> Δ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη
- <sup>11</sup> Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας Θριάσιο, Αθήνα
- <sup>12</sup> Ιδιώτης Ρευματολόγος, Θεσσαλονίκη
- <sup>13</sup> Δ' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Αττικών, Αθήνα

**ΕΑ2: ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΜΕΣΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΤΟΥ RENAL RISK SCORE ΣΤΗΝ ANCA ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ**

**Χαλκιά Α<sup>1</sup>, Κουτσιανός Χ<sup>2</sup>, Αγγελής Γ<sup>1</sup>, Γιάννου Π<sup>1</sup>, Γακιοπούλου Χ<sup>3</sup>, Παναγιωτόπουλος Α<sup>2</sup>, Θωμάς Κ<sup>2</sup>, Βασιλόπουλος Δ<sup>2</sup>, Πετράς Δ<sup>1</sup>**

- <sup>1</sup> Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α Ιπποκράτειο, Αθήνα
- <sup>2</sup> Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα
- <sup>3</sup> Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

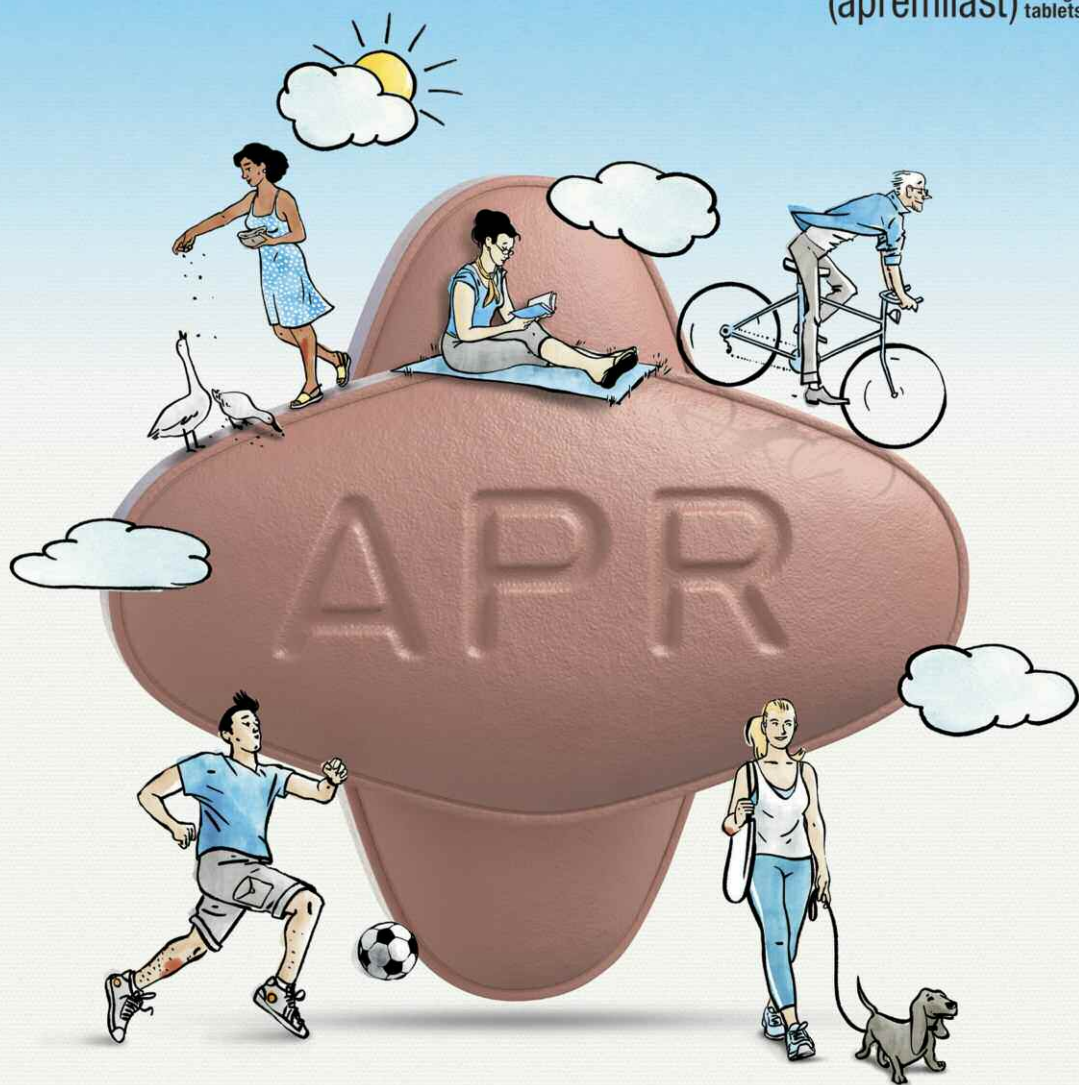
**ΕΑ3: MORTALITY IN ANCA – ASSOCIATED VASCULITIDES (AAVs): DATA FROM 165 PATIENTS FROM THE GREEK ANCA REGISTRY**

**Christos Koutsianas<sup>1</sup>, Alexandros Panagiotopoulos<sup>1</sup>, Konstantinos Thomas<sup>2</sup>, Aglaia Chalkia<sup>3</sup>, Argyro Lazarini<sup>4</sup>, Noemin Kapsala<sup>2</sup>, Sofia Flouda<sup>2</sup>, Evangelia Argyriou<sup>5</sup>, Kyriaki Boki<sup>5</sup>, Dimitrios Petras<sup>3</sup>, Dimitrios T. Boumpas<sup>2</sup> and Dimitrios Vassilopoulos<sup>1</sup>**

- <sup>1</sup> Joint Rheumatology Program, Clinical Immunology-Rheumatology Unit, 2<sup>nd</sup> Department of Medicine and Laboratory, National and Kapodistrian University of Athens School of Medicine, Hippokraton General Hospital, 114 Vass. Sophias Ave, 115 27 Athens, Greece
- <sup>2</sup> Joint Rheumatology Program, Clinical Immunology-Rheumatology Unit, 4<sup>th</sup> Department of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens School of Medicine, Athens, Greece
- <sup>3</sup> Nephrology Department, Hippokraton General Hospital, Athens, Greece
- <sup>4</sup> Rheumatology Department, Asclepeion General Hospital, Voula, Greece
- <sup>5</sup> Rheumatology Department, Sismanoglio General Hospital, Athens, Greece



**Otezla**<sup>®</sup>  
(apremilast) 30mg  
tablets



**ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ** Otezla 10 mg, 20 mg και 30 mg επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκία. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ** Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 10 mg, 20 mg και 30 mg απρεμιλάστης. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** Amgen Europe B.V. Minervum 7061 4817 ZK Breda Ολλανδία.

**ΤΙΜΗ Ενδεικτική (Ν.Τ.):** ΟΤΕΖΛΑ F.C.TAB 10MG/TAB, 20MG/TAB, 30MG/TAB (BTx27): 217,85€, ΟΤΕΖΛΑ F.C.TAB 30MG/ TAB (BTx56): 448,36€

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τη GENESIS Pharma.

**AMGEN**<sup>®</sup> ) **GENESIS**  
pharma

Λ. Κηφισίας 270, 15232 Χαλάνδρι, Αθήνα  
Τηλ.: 210 8771500, Fax: 210 6891918  
e-mail: [info@genesispharma.com](mailto:info@genesispharma.com)  
[www.genesispharma.com](http://www.genesispharma.com)

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και  
Αντιφάρμακα  
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για  
ΟΛΑ τα φάρμακα  
Συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"



**EA4: <sup>1</sup>H-NMR BASED METABOLOMIC PROFILE OF PATIENTS WITH GIANT CELL ARTERITIS AND POLYMYALGIA RHEUMATICA IN ACTIVE AND INACTIVE DISEASE STATE****O.D Argyropoulou<sup>1\*</sup>, M. Karagiannakou<sup>2\*</sup>, D.-A. Palamidis<sup>1</sup>, D. Benaki<sup>2</sup>, K. Tsezou<sup>1</sup>, P.G Vlachoyiannopoulos<sup>1</sup>, E. Mikros<sup>2\*\*</sup>, A. G Tzioufas<sup>1\*\*</sup>**<sup>1</sup> Department of Pathophysiology, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece<sup>2</sup> Department of Pharmaceutical Chemistry, School of Pharmacy, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece.

\*and \*\* Equal contribution

**EA5: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΜΕΡΟΛΙΖΟΜΑΒ ΣΤΗΝ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ (EGRA). Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ.****Κουτσιανός Χ., Παναγιωτόπουλος Α., Μαυρέα Ε., Τσαλαπάκη Χ., Βασιλόπουλος Δ.**

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

**EA6: MYOCARDIAL INFARCTION IN A POPULATION – BASED COHORT OF BIOPSY – PROVEN GIANT CELL ARTERITIS IN SOUTHERN SWEDEN.****Pavlos Stamatis<sup>1,2</sup>, Moman A Mohammad<sup>3</sup>, Karl Gisslander<sup>1</sup>, Peter A. Merkel<sup>4</sup>, Martin Englund<sup>5</sup>, Carl Turesson<sup>6</sup> David Erlinge<sup>3</sup> and Aladdin J Mohammad<sup>1,7</sup>**<sup>1</sup> Department of Clinical Sciences Lund, Rheumatology, Lund University, Sweden<sup>2</sup> Department of Rheumatology, Sunderby Hospital, Norrbotten, Sweden<sup>3</sup> Department of Clinical Sciences Lund, Cardiology, Lund University, Sweden<sup>4</sup> Division of Rheumatology and Department of Biostatistics, Epidemiology, and Informatics, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA<sup>5</sup> Department of Clinical Sciences Lund, Orthopedics, Clinical Epidemiology Unit, Lund University, Sweden.<sup>6</sup> Department of Clinical Sciences Malmö, Rheumatology, Lund University, Sweden <sup>7</sup>Department of Medicine, University of Cambridge, UK**16:30-17:30 ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ: ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ****Προεδρείο: Α. Γουλές, Β. Μαργέλλος**16:30-16:50 Παθογένεση γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας:  
Τι νεότερο;**Ο. Αργυροπούλου**16:50-17:10 Διαταραχές του σηματοδοτικού μονοπατιού των  
ιντερφερονών στις συστηματικές αγγειίτιδες**Ν. Βλαχόγιαννης**17:10-17:30 Παθογενετικός ρόλος των μονοκυττάρων/μακροφάγων  
στη συστηματική φλεγμονή – αγγειίτιδες**Π. Βεργίνης****17:30-18:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ****18:00-19:30 ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ****Προεδρείο: Α. Αλεξοπούλου, Γ. Μουστάκας**18:00-18:30 Φυσική πορεία και θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών  
με ANCA-αγγειίτιδες και τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο**Π. Γιάννου**18:30-19:00 Μεταμόσχευση νεφρού στις ANCA-αγγειίτιδες:  
Που βρισκόμαστε;**Σ. Τσιάκας**19:00-19:30 Διαχείριση καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με  
χρόνια νεφρική νόσο**Κ. Τσιούφης**



# SHINGRIX ▼

(ZOSTER VACCINE  
RECOMBINANT, ADJUVANTED)

**Για την πρόληψη  
του έρπητα ζωστήρα,  
τώρα μπορείτε να συμβάλλετε  
στην προστασία των ασθενών σας  
ηλικίας 18 ετών και άνω που  
διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο  
νόσησης...<sup>1</sup>**

## ...με το SHINGRIX<sup>1</sup>

Το SHINGRIX ενδείκνυται για την πρόληψη του έρπητα ζωστήρα (HZ) και της μεθερπητικής νευραλγίας (PHN), σε:

- ενήλικες ηλικίας 50 ετών και άνω,
- ενήλικες ηλικίας 18 ετών και άνω που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο HZ

### Σύνοψη προφίλ ασφαλείας<sup>2</sup>:

Το Shingrix αντενδείκνυται σε οποιοδήποτε έχει υπερευαίσθηση στις δραστικές ουσίες ή σε κάποιο από τα έκδοχα. Όπως συμβαίνει με όλα τα ενέσιμα εμβόλια, η κατάλληλη ιατρική θεραπεία και επίβλεψη θα πρέπει να είναι πάντα άμεσα διαθέσιμη σε περίπτωση αναφυλακτικού συμβάντος μετά τη χορήγηση του εμβολίου.

Σε ενήλικες ηλικίας 50 ετών και άνω οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν άλγος στη θέση ένεσης (68,1% συνολικά/δόση, 3,8% σοβαρού βαθμού/δόση), μυαλγία (32,9% συνολικά/δόση, 2,9% σοβαρού βαθμού/δόση), κόπωση (32,2% συνολικά/δόση, 3,0 % σοβαρού βαθμού/δόση) και κεφαλαλγία (26,3% συνολικά/δόση, 1,9% σοβαρού βαθμού/δόση). Οι περισσότερες από αυτές τις ανεπιθύμητες ενέργειες δεν ήταν μεγάλης διάρκειας (διάμεση διάρκεια 2 έως 3 ημέρες). Η διάρκεια των ανεπιθύμητων ενεργειών που αναφέρθηκαν ως σοβαρές ήταν 1 έως 2 ημέρες. Σε ενήλικες ηλικίας  $\geq 18$  ετών που έχουν ανοσοανεπάρκεια ή βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή λόγω νόσου ή θεραπείας (αναφέρονται ως ανοσοκατεσταλμένοι (IC)), το προφίλ ασφαλείας ήταν σε συμφωνία με εκείνο που παρατηρήθηκε σε ενήλικες ηλικίας 50 ετών και άνω. Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σε ενήλικες ηλικίας 18-49 ετών με αυξημένο κίνδυνο HZ που δεν είναι IC. Συνολικά, υπήρξε υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης κάποιας ανεπιθύμητων ενεργειών σε νεότερες ηλικιακές ομάδες:

- μελέτες σε IC ενήλικες ηλικίας  $\geq 18$  ετών (συγκεντρική ανάλυση): η συχνότητα εμφάνισης πόνου στο σημείο της ένεσης, κόπωσης, μυαλγίας, κεφαλαλγίας, ρίγους και πυρετού ήταν υψηλότερη σε ενήλικες ηλικίας 18-49 ετών σε σύγκριση με αυτούς ηλικίας 50 ετών και άνω.
- μελέτες σε ενήλικες ηλικίας  $\geq 50$  ετών (συγκεντρική ανάλυση): η συχνότητα εμφάνισης μυαλγίας, κόπωσης, κεφαλαλγίας, ρίγους, πυρετού και γαστρεντερικών συμπτωμάτων ήταν υψηλότερη σε ενήλικες ηλικίας 50-69 ετών σε σύγκριση με αυτούς ηλικίας 70 ετών και άνω.

Δεν υπάρχουν δεδομένα από τη χρήση του Shingrix σε έγκυες γυναίκες. Ως προληπτικό μέτρο, είναι προτιμότερο να αποφεύγεται η χρήση του Shingrix κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι άγνωστο εάν το Shingrix απεκκρίνεται στο ανθρώπινο γάλα. Όπως συμβαίνει με οποιοδήποτε εμβόλιο, ο εμβολιασμός με Shingrix μπορεί να μην έχει ως αποτέλεσμα την προστασία όλων των εμβολιασμένων.

Βιβλιογραφία: 1. Shingrix, Περιληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος, Σεπτέμβριος 2021, Λ.Τ.: 165,86 €

% επιχορήγησης από τους οργανισμούς κοινωνικών ασφαλίσεων: αναμένεται Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή. Τα ανωτέρω ισχύουν κατά την ημερομηνία σύνταξης του εντύπου/καταχώρησης. Παρακαλούμε επικοινωνήστε με την εταιρία για επιβεβαίωση πλήρους ενημερωμένων δεδομένων, για οποιαδήποτε πληροφορία ή/και αναφορά Ανεπιθύμητων Ενεργειών στο τηλέφωνο 210 6882100. Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περιληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος. Για την Περιληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος πατήστε [εδώ](#)

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

Α. Κηφισίας 266, 152 32 Χαλάνδρι, Αθήνα, Τηλ.: 210 6882100  
Το εμπορικό σήμα ανήκει ή έχει παραχωρηθεί στον Όμιλο Εταιρειών GSK  
© 2022 Όμιλος εταιρειών GSK η δικαιοπάροχος του Όμιλου GSK



PM-GR-SGX-ADVT-220005 ΙΣΧΥΣ: 02/2022-02/2024

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 23 Σεπτεμβρίου

2022

19:30-19:45 ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ – ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

19:45-20:45 ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ  
Προεδρείο: Ι. Μπολέτης

What is new in ANCA-vasculitides? A. Karras

ΣΑΒΒΑΤΟ 24 Σεπτεμβρίου

2022

09:00-10:00 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΓΙΑ  
ΤΙΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ (2021-22)  
Προεδρείο: Δ. Γούμενος, Π. Κατσιμπρή

09:00-09:30 Βασική έρευνα A. Μπανός

09:30-10:00 Κλινική έρευνα Z. Αλεξάκου – Α. Λαζαρίνη

10:00-11:00 ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ  
ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ  
Προεδρείο: Α. Γαρούφαλλος, Κ. Στυλιανού

10:00-10:20 Νέα Κριτήρια Ταξινόμησης ACR/EULAR των  
ANCA-αγγειιτίδων (2022) E. Αργυρίου

10:20-10:40 Οδηγίες KDIGO για την αντιμετώπιση συστηματικών  
αγγειιτίδων με νεφρική προσβολή (2021) E. Κάψια

10:40-11:00 Οδηγίες ACR για την αντιμετώπιση των αγγειιτίδων μεγάλων  
αγγείων (Γιγαντοκυτταρική - Takayasu αρτηρίτιδα, 2021) Π. Σταμάτης

11:00-11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

11:30-13:00 ΠΝΕΥΜΟΝΑΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ  
Προεδρείο: Ι. Κοσκίνας, Μ. Ντόιτς

11:30-12:00 Διάμεσες πνευμονοπάθειες: Τι πρέπει να γνωρίζει ο  
μη-ειδικός; Θ. Καράγεωργας

12:00-12:30 Πνευμονική αιμορραγία: Σύγχρονη διάγνωση και  
αντιμετώπιση Λ. Κολιλέκας

12:30-13:00 Πνευμονική προσβολή στις ANCA-αγγειίτιδες Χ. Καμπόλης

# Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της Ψωριασικής Αρθρίτιδας<sup>1-5</sup>



ΧΡΟΝΙΑ ΣΥΜΜΑΧΟΙ<sup>1,5,7,8</sup>

 **Cosentyx**<sup>®</sup>  
secukinumab

- Γρήγορη δράση<sup>6</sup>
- Μακροχρόνια αποτελεσματικότητα<sup>1-3</sup>
- Ευνοϊκό και συνεπές προφίλ ασφαλείας<sup>7</sup>

Σύμμαχος σε κάθε βήμα

#### Βιβλιογραφία

1. McTavish EJ et al. Long term efficacy and safety of secukinumab in patients with psoriatic arthritis: 5 year (end of study) results from the phase 3 FUTURE 2 study. *Lancet Rheumatol.* 2020;2(4):e227-e235. 2. Baraliakos X et al. Secukinumab in patients with psoriatic arthritis and axial manifestations: results from the double blind, randomised, phase 3 MAXIMISE trial. *Ann Rheum Dis.* 2020;69(5):582-590. 3. Reich K, et al. Secukinumab shows high and sustained efficacy in nail psoriasis: 2.5 year results from the randomized placebo controlled TRANSFIGURE study. *Br J Dermatol.* 2021;184(1):25-34. 4. Coates LC et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis. 2015 Treatment Recommendations for Psoriasis, Arthritis, Rheumatoid Arthritis, Psoriatic Arthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2016;68(5):1060-1071. 5. Περίληψη Χαρτοφυλακιστών Προϊόντων Cosentyx 6. Van der Heijde et al. Secukinumab provides sustained low rates of radiographic progression in psoriatic arthritis: 52-week results from a phase 3 study. *FUTURE 5 study. Rheumatology (Oxford).* 2020 Jun;19(6):1325-1334. 7. Deodhar A, et al. Long-term safety of secukinumab in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis, psoriatic arthritis, and enthesitis/triggering spondylitis: integrated pooled clinical trial and postmarketing surveillance data. *Arthritis, Research & Therapy* (2019) 21:111.

Cosentyx<sup>®</sup> INJ.SOL.PF.P 150mg/1ml BTK2, PF.PENX1 ml, N 1.600.526, AT 1.006.406.

Cosentyx<sup>®</sup> INJ.SOL.PF.P 150mg/1ml BTK1, PF.PENX1 ml N.T. 401.996, AT 516.526

Ημερομηνία έκδοσης: 13/12/2021 – σε περίπτωση τροποποίησης του ΔΤ ισχύει η νεότερη τιμή, συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ όπως ισχύει

Τρόπος διάθεσης: Με παραγραφή ιατρικού συνταγής. Η διάθεση καθή η έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και, μπορεί να συνιστάται και εντός νοσοκομείου υπό την παρακολούθηση ειδικού ιατρού



Πριν από τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την ΓΓΧΤ σκανάροντας το QRcode

Βεβαιώστε να γίνουν οι φάρμακα με ασφαλή και Ανεπιβλαβή ΟΥΞΕ σε συνδυασμό ενόστας για ΟΛΑ τα φάρμακα Συμπεριλαμβανομένης της «ΚΤΡΠΗΣ ΚΑΡΤΑ»

 **NOVARTIS**

Novartis (Hellas) A.E.B.E.  
12<sup>η</sup> γκα. Εθνικής Οδού Αθηνών - Λαμία 144 51 Μεταμόρφωση  
Τηλ.: +30 210 281 1712

ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ:  
Τηλ.: +30 210 2822812, +30 210 2897200 (εκτός ωρών γραφείου)  
E-mail: drug\_safety.greece@novartis.com

13:00-16:00

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ**

Προεδρείο: **Κ. Μποκή, Δ. Πετράς**

Παρουσίαση περιπτώσεων ασθενών με αγγειίτιδες

**Γ. Ευαγγελάτος - Α. Καραμανάκος**

(Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα)

**Γ. Αγγελής - Α. Χαλκιά**

(Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα)

**Κ. Τσαφής - Θ. Δημητρούλας**

(Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη)

**Α. Σαρδέλη - Σ. Λιονάκη**

(Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Παθολογική Προπαιδευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», Αθήνα)

**Δ. Νικολόπουλος - Χ. Κουτσιανάς**

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

**Α. Λιάτσος - Δ. Οικονομάκη**

(Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα)

**Ρ.Γ. Σμέρλα**

(Α' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α, Νοσοκομείο Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», Αθήνα)

**Σ. Χατζής - Σ. Γιαννούλη**

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

**Μ. Σικαρά - Ο. Αργυροπούλου**

(Κλινική και Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα)

**Θ. Πέννα - Ε. Κάψια**

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

**Μ. Κοσμετάτου - Π. Κατσιμπρή**

(Μονάδα Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», Αθήνα)

**Ε. Δροσατάκη - Κ. Στυλιανού**

(Νεφρολογική Κλινική ΠΑΓΝΗ)

**Λ. Αθανασίου - Ε. Θεότικος**

(Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα)

16:00-16:15

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

ΣΑΒΒΑΤΟ

24 Σεπτεμβρίου

2022

- 16:15-17:45 ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ: ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΜΗ ΕΙΔΙΚΟ**  
Προεδρείο: Ε. Καταξάκη, Ε. Σαμπατάκου
- 16:15-16:45 Λοιμώξεις – Εμβολιασμοί σε ασθενείς με αγγειίτιδες:  
Τι νεότερο; **Κ. Θωμάς**
- 16:45-17:15 Δοσολογία γλυκοκορτικοειδών σε ασθενείς με  
συστηματικές αγγειίτιδες: Τι αλλάζει; **Α. Φιλιπποπούλου**
- 17:15-17:45 Διαγνωστική προσέγγιση και αντιμετώπιση ασθενών  
με κνίδωση – κνιδωτική αγγειίτιδα **Μ. Μακρής**
- 
- 17:45-18:45 ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ**  
Προεδρείο: Α. Γεωργούντζος, Σ. Μαρινάκη
- 17:45-18:05 Μπορούμε να προβλέψουμε την πορεία των  
ANCA-αγγειιτίδων με νεφρική προσβολή; **Α. Χαλκιά**
- 18:05-18:25 Υπερηχογράφημα κροταφικών αρτηριών στην διάγνωση  
και παρακολούθηση ασθενών με γιγαντοκυτταρική  
αρτηρίτιδα: Έχουν επαληθευθεί οι προσδοκίες; **Γ. Ευαγγελάτος**
- 18:25-18:45 Πλασμαφαίρεση στις συστηματικές αγγειίτιδες:  
Έχει θέση και πότε στην θεραπεία τους το 2022; **Μ. Κωστοπούλου**
- 18:45-19:15 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**
- 19:15-20:45 ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ**  
Προεδρείο: Δ. Βασιλόπουλος, Δ. Μπούμπας
- 19:15-19:45 Στοχευμένες θεραπείες στην ηωσινοφιλική κοκκιωμάτωση  
με πολυαγγειίτιδα (EGPA): Τι νεότερο; **Χ. Κουτσιανάς**
- 19:45-20:15 Αναστολείς συμπληρώματος: Πως αλλάζουν την  
θεραπευτική μας προσέγγιση σε ασθενείς με ANCA  
αγγειίτιδες (GPA/MPA); **Σ. Λιονάκη**
- 20:15-20:45 Στοχευμένες θεραπείες στην Γιγαντοκυτταρική  
Αρτηρίτιδα: Πόσο έχουμε προχωρήσει; **Χ. Τσαλαπάκη**
- 
- 20:45-21:00 ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΗΜΕΡΙΔΑΣ**

## Ομιλητές - Πρόεδροι

Αγγελής Γεώργιος	Ειδικευόμενος Νεφρολογίας, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα
Αθανασίου Λάμπρος	Ειδικευόμενος Ρευματολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπείο Βούλας, Αθήνα
Αλεξάκου Ζωή	Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Αλεξοπούλου Αλεξάνδρα	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Αργυρίου Ευαγγελία	Ρευματολόγος, Επικουρική Επιμελήτρια, Ρευματολογικό Τμήμα Γ.Ν. «Σισμανόγλειο»
Αργυροπούλου Ουρανία	Ρευματολόγος, Ακαδημαϊκός υπότροφος Ε.Κ.Π.Α., Κλινική και Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Βασιλόπουλος Δημήτριος	Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Διευθυντής, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Βεργίνης Παναγιώτης	Αναπληρωτής Καθηγητής Ανοσολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης
Βλαχόγιαννης Νικόλαος	MD, PhD, Μεταδιδακτορικός ερευνητής, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
Γαρύφαλλος Αλέξανδρος	Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Διευθυντής Δ' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη
Γεωργούντζος Αθανάσιος	PhD, MPH, Διευθυντής Ρευματολογικής Κλινικής Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Γιάννου Παναγιώτα	Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Β', Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Γιαννούλη Σταυρούλα	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας-Αιματολογίας, Μονάδα Αιματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα
Γουλές Ανδρέας	Επίκουρος Καθηγητής Παθολογικής Φυσιολογίας, Ρευματολόγος, Κλινική και Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Γούμενος Δημήτριος	Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Διευθυντής Νεφρολογικού και Μεταμοσχευτικού Κέντρου, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα
Δημητρούλας Θεόδωρος	Αναπληρωτής Καθηγητής Ρευματολογίας, Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
Δροσατάκη Ελένη	Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ)
Ευαγγελάτος Γεράσιμος	Ειδικευόμενος Ρευματολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Θεότικος Ευάγγελος	Επικουρικός Ρευματολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα
Θωμάς Κωνσταντίνος	Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ., Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»
Καμπόλης Χρήστος	Πνευμονολόγος- Φυματιολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Καράγεωργας Θεοφάνης	Ρευματολόγος, Συνεργάτης Μονάδας Ρευματολογίας-Κλινικής Ανοσολογίας, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα
Καραμανάκος Αναστάσιος	Ρευματολόγος, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα
Καρράς Αλέξανδρος	Pr. Hôpital G. Pompidou, Université Paris Descartes, Paris, France
Καταξάκη Ευαγγελία	MD, MSc, PhD, Ρευματολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», Πρόεδρος ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ
Κατσιμπρή Πελαγία	Ρευματολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Μονάδα Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», Αθήνα
Κάψια Ελένη	Επικουρική Επιμελήτρια Νεφρολογίας, Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα
Κολιλέκας Λυκούργος	PhD, Διευθυντής ΕΣΥ, 7η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία»
Κοσκίνας Ιωάννης	Ηπατολόγος - ΠαθολόγοςΚαθηγητής Παθολογίας-Ηπατολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Κοσμετάτου Μαρία	Ειδικεύομενη Ρευματολογίας, Μονάδα Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», Αθήνα
Κουτσιανάς Χρήστος	Ρευματολόγος-Ειδικός Παθολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Κωστοπούλου Μυρτώ	Νεφρολόγος, MD,MSc
Λαζαρίνη Αργυρώ	Ειδικεύομενη Ρευματολογίας, Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας»
Λιάτσος Αλέξανδρος	Ειδικεύομενος Νεφρολογίας, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
Λιονάκη Σοφία	Επίκουρη Καθηγήτρια Νεφρολογίας, Νεφρολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»
Μακρής Μιχαήλ	Αλλεργιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Υπεύθυνος Μονάδας Αλλεργιολογίας «Δημήτριος Καλογερομήτρος», Β' Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν»
Μαργέλλος Βασίλειος	Νεφρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»



Μαρινάκη Σμαραγδή	Επίκουρη Καθηγήτρια Νεφρολογίας, Διευθύντρια, Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Μουστάκας Γεώργιος	Νεφρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Μπανός Άγγελος	Μεταδιδακτορικός Ερευνητής, ΙΙΒΕΑΑ και Ειδικευόμενος Παθολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Μποκή Κυριακή	Ρευματολόγος, Διευθύντρια, Metropolitan General
Μπολέτης Ιωάννης	Καθηγητής Παθολογίας-Νεφρολογίας, Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Μπούμπας Δημήτριος	Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής, Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Υπεύθυνος Μονάδας Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», Πρόεδρος Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ)
Νικολόπουλος Διονύσιος	Ειδικευόμενος Παθολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα
Ντόιτς Μαρία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας - Ηπατολογίας, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Οικονομάκη Δώρα	Επιμελήτρια ΕΣΥ, Νεφρολόγος, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
Παπαχρήστου Ευάγγελος	Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας – Νεφρολογίας Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών Νεφρολογικό Κέντρο Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών
Πέννα Θεοδώρα	Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα
Πετράς Δημήτριος	Νεφρολόγος, Διευθυντής, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Σαμπατάκου Ελένη	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας - Λοιμώξεων, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Σαρδέλη Αγγελική	Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Παθολογική Προπαιδευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», Αθήνα
Σικαρά Μαρίνα	Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Κλινική και Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα
Σμέρλα Ρουμπίνη	Παιδίατρος - Παιδορευματολόγος, Ακαδημαϊκή Υπότροφος, Α' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα
Σταμάτης Παύλος	Επιμελητής Β' Ρευματολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Lund/Malmö, Σουηδία

Στυλιανού Κωνσταντίνος	Επίκουρος Καθηγητής Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής ΠΑΓΝΗ
Τσαλαπάκη Χριστίνα	Ρευματολόγος, Επιμελήτρια Β', Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Τσαφής Κωνσταντίνος	Ειδικεύομενος Ρευματολογίας, Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
Τσιάκας Στάθης	Νεφρολόγος
Τσιούφης Κωνσταντίνος	Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής, Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Φανουριάκης Αντώνιος	Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Φιλιπποπούλου Αλεξάνδρα	Ρευματολόγος, Επιμελήτρια Β', ΕΣΥ, Μονάδα Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»
Χαλκιά Αγλαΐα	Νεφρολόγος, Επικουρική Επιμελήτρια, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Χατζής Σταμάτιος	Επικουρικός Επιμελητής ΕΣΥ, Παθολόγος, Μονάδα Αιματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

# ΝΕΑ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ



# x7

Διαβαθμισμένες  
Προγεμισμένες  
Σύριγγες

Πριν τη συνταγογράφηση του Kineret® 100mg /0,67 ml παρακαλούμε συμβουλευτείτε την περίληψη χαρακτηριστικών του προϊόντος, που είναι διαθέσιμη κάνοντας κλικ [εδώ](#).

Kineret® συσκευασία 7 Διαβαθμισμένων προγεμισμένων συριγγών, NT: 163,88€  
Kineret® συσκευασία 28 Διαβαθμισμένων προγεμισμένων συριγγών, NT: 677,51€

**Τρόπος διάθεσης:** Η διάγνωση και/ή η έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και μπορεί να συνεχίζεται και εκτός νοσοκομείου υπό την παρακολούθηση ειδικού ιατρού.

## 1. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Kineret®

Τα Sobi και Kineret® είναι εμπορικά σήματα της Swedish Orphan Biovitrum AB (publ).  
© 2021 Swedish Orphan Biovitrum AB (publ) - Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

KNR/05/Apr2021

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

Κωδικός: PP-11389  
Ημερομηνία προετοιμασίας: Απρίλιος 2021

Sobi  
Ερμού 56  
105 63 Αθήνα, Ελλάδα  
[www.sobi.com](http://www.sobi.com)



## Γενικές Πληροφορίες

### Διοργάνωση

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

### Σε συνεργασία με τη

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

### Ημερομηνία

23-24 Σεπτεμβρίου 2022

### Τόπος Διεξαγωγής

Ξενοδοχείο Crowne Plaza  
Μιχαλακοπούλου 50  
11528 Αθήνα  
<https://www.cpathens.com/>

### Εγγραφές

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

### Συμμετοχή

Η συμμετοχή στη διημερίδα είναι δωρεάν.

### Οδηγίες Παρακολούθησης με Φυσική Παρουσία

Όσοι συμμετέχοντες επιθυμούν να έχουν φυσική παρουσία, έχουν τη δυνατότητα να πραγματοποιήσουν την προεγγραφή τους ηλεκτρονικά μέσω της ιστοσελίδας [www.events.gr](http://www.events.gr). Κατόπιν της εγγραφής, θα τους αποσταλεί ηλεκτρονικό barcode μέσω e-mail που θα πρέπει να σαρώσουν κατά την είσοδο και έξοδό

τους στην αίθουσα. Για την είσοδο στην αίθουσα θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας βάσει της ώρας άφιξης στον συνεδριακό χώρο και όχι το πότε πραγματοποιήθηκε η εγγραφή στο συνέδριο

### Οδηγίες Διαδικτυακής Παρακολούθησης

Η Διημερίδα θα προβάλλεται ταυτόχρονα διαδικτυακά σε ζωντανή μετάδοση μέσω της ιστοσελίδας [www.livemed.gr](http://www.livemed.gr)

Εάν είστε **νέος χρήστης** παρακαλούμε ακολουθήστε τη διαδικασία δημιουργίας λογαριασμού συμπληρώνοντας τα απαραίτητα πεδία στο Livemed (πατήστε στο πεδίο **Register / Εγγραφή**). Η δημιουργία λογαριασμού είναι δωρεάν και υποχρεωτική για την παρακολούθηση των ομιλιών.

Εάν έχετε ήδη λογαριασμό στο Livemed χρησιμοποιήστε τους κωδικούς σας για να συνδεθείτε, επιλέξτε από το μενού την κατηγορία **Live**, το συνέδριο που θέλετε να παρακολουθήσετε και στη συνέχεια το εικονίδιο **Go Live ή Go Virtual**.



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



**Σημείωση: Εφόσον θέλετε να παραλάβετε πιστοποιητικό**, μετά τη σύνδεσή σας στο Livemed, είναι απαραίτητο να μεταβείτε στην εικονική «**Γραμματεία Συνεδρίου**», πατώντας το αντίστοιχο εικονίδιο και να ολοκληρώσετε την «**Εγγραφή**» σας στην επιστημονική εκδήλωση που επιθυμείτε, ώστε να αρχίσει να καταγράφεται ο χρόνος παρακολούθησης.



### Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

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

### Παραλαβή Πιστοποιητικού

Βάσει της τελευταίας εγκυκλίου του ΕΟΦ, θα υπάρχει σύστημα καταμέτρησης του χρόνου παρακολούθησης.



Οι συμμετέχοντες που θα παρακολουθήσουν δια ζώσης ή διαδικτυακά πάνω από το 60% των συνολικών ωρών του προγράμματος, μπορούν να παραλάβουν το πιστοποιητικό τους απευθείας από την πλατφόρμα μέσω του πεδίου «**Παραλαβή Πιστοποιητικού**», το οποίο ενεργοποιείται μετά τη λήξη του Συνεδρίου. Πιστοποιητικό δε μπορεί να δοθεί για την on-demand παρακολούθηση.

Ο αριθμός Μορίων Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD), θα υπολογιστεί βάσει του χρόνου παρακολούθησης που θα καταγραφεί στο σύστημα καταμέτρησης στην είσοδο της αίθουσας, καθώς και στην πλατφόρμα Livemed



Εδώ μπορείτε να βρείτε το «**Πρόγραμμα**» της Επιστημονικής Εκδήλωσης

### Γραμματεία



Events & Travel Solutions

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

Ελ. Βενιζέλου 154, 17122 Ν. Σμύρνη, Τηλ.: 210- 98 80 032

Φαξ: 210-98 81 303 • E-mail: ets@otenet.gr, ets@events.gr

Website: www.events.gr

**Απαγορεύεται ρητά** η αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, λήψη (download), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση της Εταιρίας, του συνόλου ή μέρους του περιεχομένου του Προγράμματος. Η E.T.S. Events & Travel Solutions επιφυλάσσεται ρητώς παντός νομίμου δικαιωμάτός της για τη διαφύλαξη των δικαιωμάτων πνευματικής

## Χορηγοί

abbvie

IMMUNOLOGY  
ZENORASIS

AMGEN®

AstraZeneca 

Boehringer  
Ingelheim

DEMO ABEE  
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

  
FARAN

GENESIS  
pharma

GSK

Lilly  
Φ Α Ρ Μ Α Σ Ε Ρ Β

MSD  
INVENTING FOR LIFE

NOVARTIS

Pfizer  
Inflammation & Immunology

Roche

SANDOZ A Novartis  
Division

sobi  
rare strength

ucb

VIATRIS

## Περιλήψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων

**ΕΑ1: ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ 2<sup>ης</sup> ΦΑΣΗΣ**

**Τσαλαπάκη Χ.<sup>1,2</sup>, Λαζαρίνη Α.<sup>1,8</sup>, Μποκή Κ.<sup>1,3</sup>, Ηλιόπουλος Α.<sup>4</sup>, Σφηκάκης Π.Π.<sup>1,5</sup>, Τεκτονίδου Μ.<sup>1,5</sup>, Γεωργούντζος Α.<sup>6</sup>, Βούλγαρη Π.<sup>7</sup>, Θεότικος Ε.<sup>8</sup>, Παπαγόρας Χ.<sup>9</sup>, Δημητρούλας Τ.<sup>10</sup>, Καταξάκη Ε.<sup>11</sup>, Βοσβοτέκας Γ.<sup>12</sup>, Μπούμπας Δ.<sup>1,13</sup>, Βασιλόπουλος Δ.<sup>1,2</sup>.**

- <sup>1</sup> Κοινό Πρόγραμμα Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΕΚΠΑ,
- <sup>2</sup> Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας - Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιπποκράτειο ΓΝΑ, Αθήνα,
- <sup>3</sup> Ρευματολογική Κλινική, Νοσοκομείο Σισμανόγλειο, Αθήνα,
- <sup>4</sup> Ρευματολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΙΜΙΤΣ, Αθήνα
- <sup>5</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα
- <sup>6</sup> Ρευματολογική Κλινική, Γ. Γεννηματάς Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας
- <sup>7</sup> Ρευματολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων,
- <sup>8</sup> Ρευματολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπείο Βούλας, Αθήνα
- <sup>9</sup> Ρευματολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης,
- <sup>10</sup> Δ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη
- <sup>11</sup> Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας Θριάσιο, Αθήνα
- <sup>12</sup> Ιδιώτης Ρευματολόγος, Θεσσαλονίκη
- <sup>13</sup> Δ' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Αττικόν, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα είναι η συχνότερη συστηματική αγγειίτιδα, ωστόσο τα δεδομένα για την πορεία της νόσου, τη σύγχρονη θεραπεία και τις συνοσηρότητες της στη καθημερινή κλινική πρακτική στον Ελληνικό χώρο είναι περιορισμένα.

**ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης:** Η καταγραφή των κλινικοεργαστηριακών χαρακτηριστικών, των σύγχρονων θεραπειών, των συνοσηροτήτων καθώς και των επιπλοκών της νόσου στον ελληνικό χώρο.

**Μέθοδοι:** Πρόκειται για πολυκεντρική προοπτική μελέτη ηλεκτρονικής καταγραφής (μέσω ειδικής διαδικτυακής σελίδας) ασθενών με γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα που παρακολουθούνται σε Ελληνικά Κέντρα. Παρουσιάζονται δημογραφικά, κλινικά, εργαστηριακά και θεραπευτικά δεδομένα από την ολοκλήρωση της 2<sup>ης</sup> φάσης καταγραφής των ασθενών .

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από την αρχική κοορτή των 254 ασθενών της 1<sup>ης</sup> καταγραφής έχουμε δεδομένα παρακολούθησης από 199 ασθενείς. 67% (n=104) ήταν γυναίκες με μέση ηλικία διάγνωσης 72.4 ± 8 έτη.

Καταγράφηκε θάνατος σε 10 ασθενείς (αιτία θανάτου: καρδιαγγειακά νοσήματα και λοιμώξεις), ενώ 39 ασθενείς διέκοψαν παρακολούθηση.

Κατά τη επανεκτίμηση των ασθενών στη 2<sup>η</sup> φάση της καταγραφής, ~ 2 έτη μετά την αρχική καταγραφή, διαπιστώθηκε ότι 59% λάμβαναν θεραπεία με κορτικοστεροειδή (median dose 5mg/d), 17% με csDMARD και 13% με bDMARD. 28% των ασθενών είχε διακόψει κάθε θεραπεία, ενώ 41% είχε διακόψει τη αγωγή με κορτικοστεροειδή.

78% των ασθενών πέτυχε αρχική ύφεση ωστόσο 27% των ασθενών παρουσίασαν υποτροπή στο διάστημα από την αρχική καταγραφή. 19% είχαν 1 επεισόδιο υποτροπής, ενώ 8% παρουσίασαν 2 επεισόδια. Καταγράφηκαν συνολικά 55 υποτροπές που στην πλειοψηφία των περιπτώσεων πρόκειται για συνδυασμό κλινικής και εργαστηριακής υποτροπής (25/55) και αντιμετωπίστηκαν ως επί το πλείστον με αύξηση της χορηγούμενης δόσης κορτικοστεροειδών.

Από τη μονοπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης φάνηκε ότι η διάρκεια νόσου κατά την 1<sup>η</sup> εκτίμηση, η παρουσία προσβολής μεγάλων αγγείων και η δόση έναρξης των κορτικοστεροειδών είναι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση

υποτροπής.

Επιπλέον, στο διάστημα αυτό της παρακολούθησης καταγράφηκαν συνολικά 33 νοσηλείες. 11 νοσηλείες για καρδιαγγειακά συμβάματα (3,6/100py), 10 νοσηλείες για σοβαρές λοιμώξεις (3,3/100py) και 12 νοσηλείες για άλλες αιτίες (αναμία) (4/100py). Επίσης, παρατηρήθηκαν 5 λοιμώξεις από έρπητα ζωστήρα (1,6/100py), 7 κακοήθειες (2,3/100py), 3 ανευρύσματα αορτής (1/100py) και 12 οστεοπορωτικά κατάγματα (4/100py). 3 ασθενείς ανέπτυξαν Σακχαρώδη Διαβήτη (1/100 py) , 20 ασθενείς (6,6/100 py) οστεοπόρωση και 9 ασθενείς καταρράκτη (3/100py) μετά την έναρξη των γλυκοκορτικοειδών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε αυτή την μεγάλη σειρά ασθενών με γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα από τον Ελληνικό χώρο κατά την επανεκτίμηση των ασθενών ~2 έτη μετά την αρχική καταγραφή 60% συνεχίζει να λαμβάνει κορτικοστεροειδή, ενώ 1/3 των ασθενών έχει παρουσιάσει τουλάχιστον 1 επεισόδιο υποτροπής. Σοβαρά συμβάματα, νοσηλείες και επιπλοκές από τη μακρόχρονη χρήση των κορτικοστεροειδών έχουν παρατηρηθεί αναδεικνύοντας την αναγκαιότητα αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης των ασθενών αυτών.

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

## **ΕΑ2: ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΜΕΣΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΤΟΥ RENAL RISK SCORE ΣΤΗΝ ANCA ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΣΠΕΙΡΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ**

**Χαλκιά Α<sup>1</sup>, Κουτσιανός Χ<sup>2</sup>, Αγγελής Γ<sup>1</sup>, Γιάννου Π<sup>1</sup>, Γακιοπούλου Χ<sup>3</sup>, Παναγιωτόπουλος Α<sup>2</sup>, Θωμάς Κ<sup>2</sup>, Βασιλόπουλος Δ<sup>2</sup>, Πετράς Δ<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α Ιπποκράτειο, Αθήνα

<sup>2</sup> Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

<sup>3</sup> Α΄ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η βιοψία νεφρού στην ANCA σχετιζόμενη αγγειίτιδα (AAV) προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για τη διάγνωση και τη νεφρική επιβίωση.

**ΣΚΟΠΟΣ της Μελέτης:** Διάμεση φλεγμονή παρατηρείται συχνά αλλά η τυποποίηση των κυττάρων και η συσχέτιση τους με κλινικο-ιστολογικές παραμέτρους παραμένει ελλιπής. Πρόσφατα, το Renal Risk Score αναπτύχθηκε και προέβλεψε αξιόπιστα τη νεφρική εξέλιξη σε πληθυσμό της Βορείου Ευρώπης.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αναδρομική μελέτη 40 ασθενών με AAV και νεφρική προσβολή επιβεβαιωμένη με βιοψία νεφρού. Πραγματοποιήθηκαν ειδικές ανοσοϊστοχημικές χρώσεις με CD3, CD20, CD4, CD8, PGM1, CD138. Επιπλέον, αξιολογήθηκε η εξέλιξη σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΧΝΝΤΣ) με βάση το Renal Risk Score.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 40 ασθενείς (ΜΡΟ 78%, ΜΡΑ 60%) κατηγοριοποιημένοι σε εστιακή (28%), μηνοειδική (18%), μικτή (28%), σκληρυντική (20%) τάξη και μεμονωμένη διαμεσοσωληνιακή νεφρίτιδα (8%). Όσον αφορά το διάμεσο χώρο, η μικτή τάξη (n=11) παρουσιάζει πιο έντονη διάμεση φλεγμονή (66.6 vs 25%, p=0.029) με πιο συχνά ≥10% ηωσινόφιλα (45 vs 12.5%, p=0.086) και/ή μακροφάγα (55 vs 18%, p=0.021) σε σχέση με τις εστιακή/σκληρυντική/μηνοειδική τάξεις (n=26). Αντίθετα, ≥10% μακροφάγα και/ή ουδετεροφιλική διήθηση παρατηρούνται λιγότερο συχνά στην εστιακή τάξη σε σχέση με τις υπόλοιπες (27% vs 38%, p=0.077, 9% vs 39%, p=0.012, αντίστοιχα). Η εστιακή τάξη τείνει να παρουσιάζει τον μικρότερο κίνδυνο εξέλιξης σε ΧΝΝΤΣ σε μέσο χρόνο παρακολούθησης 47.87 μήνες (6-216) (HR 0.148 95% CI 0.019-1.152, p=0.068) και η σκληρυντική τον μεγαλύτερο (HR



8.36 95% CI 2.324-30.126,  $p=0.001$ ). Η αθροιστική συνάρτηση νεφρικής επιβίωσης τον 1<sup>ο</sup>, 2<sup>ο</sup> και 5<sup>ο</sup> έτος ήταν 100, 100% και 100% στους low-risk, 94, 94 και 80% στους medium-risk και 55, 40 και 20% στους high-risk. ( $p<0.001$ ). Οι high-risk παρουσιάζουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο εξέλιξης σε ΧΝΝΤΣ (HR 14.26, CI 95% 2.85-71.41,  $p=0.001$ )

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το Renal Risk Score αποδείχτηκε χρήσιμο εργαλείο στην κλινική πράξη προβλέποντας αξιόπιστα την εξέλιξη σε ΧΝΝΤΣ. Η τυποποίηση των φλεγμονωδών κυττάρων στο διάμεσο χώρο στις διάφορες υποτάξεις θα μπορούσε να βελτιώσει την κατανόηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών και να αναδείξει πιο στοχευμένες θεραπευτικές στρατηγικές.

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΕΙΕΣ:** Ειδικός Λογαριασμός Κονδυλίων Έρευνας [ΕΛΚΕ] Πανεπιστημίου Αθηνών (DV #12085, 12086) και Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία και Επαγγελματική Ένωση Ρευματολόγων (ERE-EPERE).

### EA3: MORTALITY IN ANCA – ASSOCIATED VASCULITIDES (AAVs): DATA FROM 165 PATIENTS FROM THE GREEK ANCA REGISTRY

**Christos Koutsianas<sup>1</sup>, Alexandros Panagiotopoulos<sup>1</sup>, Konstantinos Thomas<sup>2</sup>, Aglaia Chalkia<sup>3</sup>, Argyro Lazarini<sup>4</sup>, Noemin Kapsala<sup>2</sup>, Sofia Flouda<sup>2</sup>, Evangelia Argyriou<sup>5</sup>, Kyriaki Boki<sup>5</sup>, Dimitrios Petras<sup>3</sup>, Dimitrios T. Boumpas<sup>2</sup> and Dimitrios Vassilopoulos<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Joint Rheumatology Program, Clinical Immunology-Rheumatology Unit, 2<sup>nd</sup> Department of Medicine and Laboratory, National and Kapodistrian University of Athens School of Medicine, Hippokraton General Hospital, 114 Vass. Sophias Ave, 115 27 Athens, Greece

<sup>2</sup> Joint Rheumatology Program, Clinical Immunology-Rheumatology Unit, 4th Department of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens School of Medicine, Athens, Greece

<sup>3</sup> Nephrology Department, Hippokraton General Hospital, Athens, Greece

<sup>4</sup> Rheumatology Department, Asclepeion General Hospital, Voula, Greece

<sup>5</sup> Rheumatology Department, Sismanoglio General Hospital, Athens, Greece

**BACKGROUND:** AAVs are associated with increased morbidity and mortality compared to the general population. There are limited real life data regarding mortality trends in contemporary patient cohorts.

**OBJECTIVE:** To investigate the overall long-term, all-cause mortality in a contemporary AAV cohort.

**METHODS:** Multicenter cohort study of patients registered and prospectively followed in the Greek ANCA Registry.

**RESULTS:** Data for 165 patients with AAV (GPA  $n=95$ , 58%, MPA  $n=54$ , 33%, EGPA  $n=16$ , 9%) were analyzed (1998-2022). 53% of patients were females, with a mean age of 65 years; the majority (97%) had generalized disease and were ANCA positive (76%). The mean follow-up since diagnosis was 5.9 years (989 patient-years). At the end of follow-up, the overall mortality rate was 20% (33/165), whereas the cumulative mortality rates at 5 and 10 years were 24% and 26% respectively. Overall 5-year survival was worse in patients with MPA (57%) compared to GPA (81%) and EGPA (92%), ( $p<0.001$ ). There was a trend for better survival in patients treated with rituximab (RTX) as induction regimen (90%) compared to those treated with cyclophosphamide (CYC, 71.1%) or their combination (81.3%), although the difference was not statistically significant. Cumulative 5-year survival was worse in patients who initially presented with lung (66% vs. 90%,  $p=0.007$ ), kidney (56% vs. 96%,  $p<0.001$ ) or simultaneous lung and kidney (39% vs. 93%,  $p<0.001$ ) involvement. The most common causes of death were infections (52%), followed by cardiovascular events (24%), disease flares (14%) and malignancies (10%).

**Conclusions:** In a contemporary multi-center AAV cohort, the cumulative mortality rates at 5 and 10 years were 24% and 26% respectively. Overall survival was worse in patients with MPA

as well as those with combined lung and kidney involvement. Infection was the most common cause of death. These findings emphasize the need for more efficacious and safer therapies. Acknowledgements: Supported in part by the Greek Rheumatology Society and Professional Association of Rheumatologists (ERE-EPERE) and the Special Account for Research Grants (S.A.R.G.), National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece (DV #12085, 12086).

#### EA4: 1H-NMR BASED METABOLOMIC PROFILE OF PATIENTS WITH GIANT CELL ARTERITIS AND POLYMYALGIA RHEUMATICA IN ACTIVE AND INACTIVE DISEASE STATE

O.D. Argyropoulou<sup>1\*</sup>, M. Karagiannakou<sup>2\*</sup>, D.-A. Palamidas<sup>1</sup>, D. Benaki<sup>2</sup>, K. Tsezou<sup>1</sup>, P.G Vlachoyiannopoulos<sup>1</sup>, E. Mikros<sup>2\*\*</sup>, A. G Tzioufas<sup>1\*\*</sup>

<sup>1</sup> Department of Pathophysiology, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

<sup>2</sup> Department of Pharmaceutical Chemistry, School of Pharmacy, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece.

\*and \*\* Equal contribution

**BACKGROUND:** Giant cell arteritis (GCA) is the most common form of systemic vasculitis in the elderly. The disease is characterized by a remarkable heterogeneity in terms of clinical picture, histologic pattern of the affected vessels, pathogenetic mechanisms and treatment selection strategies. Approximately half of GCA patients present with polymyalgia rheumatica (PMR), while 20% of PMR patients will develop GCA during follow-up. Organ or life-threatening complications of GCA, include vision loss, strokes, aneurysm formation and accelerated atherosclerosis. The clinical heterogeneity along with the increased relapse rate, even under treatment and the fact that ESR and C-Reactive Protein are the only laboratory tools for the assessment of active disease suggest that the definition of new biomarkers with diagnostic, prognostic and predictive value is an unmet need (1). Among the high throughput approaches towards this direction, <sup>1</sup>H NMR spectra of serum samples provides a direct, untargeted, and holistic metabolic profile offering a wealth of information that could be proved useful to discover outcome tools for the management of the disease (2).

**OBJECTIVE:**1. To characterize and compare the metabolic profile of GCA/PMR serum samples, as captured in <sup>1</sup>H NMR spectra, in 3-time points: diagnosis, 1 and 6 months of treatment with steroids (remission), 2. evaluate whether <sup>1</sup>H NMR-based metabolomics in serum from patients with GCA/PMR associate with response to treatment and 3. identify potential discriminatory serum metabolic profiles correlating with disease activity.

**METHODS:** One-hundred and ten serum samples from 50 consecutive patients (33-GCA and 17-PMR) were evaluated in the study. GCA serum samples consisted of 33 naïve, 22 in 1 and 21 after 6 months of treatment (25 females, mean age 73.0 ± 7.6 years and 8 males, mean age 69.5 ± 4.9 years), while PMR of 15 naïve, 10 in 1st and 8 respectively (9 females, mean age 65.0 ± 5.3 years and 8 males, mean age 77.0 ± 6.6 years). The serum metabolic profiles of patients were obtained at a 600 MHz NMR spectrometer and analysed by means of uni- and multivariate statistical methods.

**RESULTS:** Multivariate analysis showed metabolic differences between GCA/PMR patients in activity and in remission using unsupervised principal component analysis (PCA: R2X= 0.698, Q2= 0.561) and supervised partial least squares discriminant analysis (PLS-DA: R2X= 0.596, Q2= 0.219) (Figure 1). In accordance with univariate analysis (p<0.05), the following discriminatory metabolites were identified: N-acetyl glycoproteins, 3-hydroxybutyric acid and phenylalanine were increased in inflammation, while cholines, lipoproteins, and lipids were decreased in these patients.

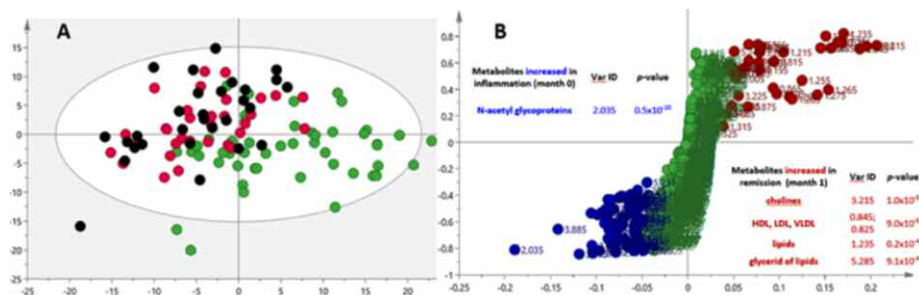


Figure 1: (A) PLS-DA scores plot and (B) S-plot from OPLS-DA of <sup>1</sup>H NMR profiling of GCA/PMR serum samples before treatment (green dots) and after 1 (red dots) and 6 months (black dots) of treatment. Characteristic metabolites in inflammation and remission are annotated and the corresponding p-values are given. PLS-DA: partial least square discriminant analysis, OPLS-DA: orthogonal partial least squares discriminant analysis.

**CONCLUSION:** <sup>1</sup>H NMR-based serum metabolomics revealed a clear discrimination of GCA/PMR metabolic profiles before (active inflammation) and after treatment with steroids (remission), suggesting that the metabolomic analysis may serve as a useful tool to identify potential biomarkers related to disease activity in both GCA and PMR, as well as give further insights into pathogenetic mechanisms mediating the inflammatory response. Further validation studies to dissect the clinical value of specific metabolites are ongoing in our laboratory.

References: Robinette ML et al. Front Immunol 2021  
Emwas A-M et al., Metabolites 2019

#### EA5: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΜΕΡΟΛΙΖΙΜΑΒ ΣΤΗΝ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ (EGPA). Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ.

**Κουτσιανός Χ., Παναγιωτόπουλος Α., Μαυρέα Ε., Τσαλαπάκη Χ., Βασιλόπουλος Δ.**

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

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ηωσινοφιλική κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα (EGPA) είναι μια σπάνια μορφή ANCA-σχετιζόμενης αγγειίτιδας που ανταποκρίνεται στη χρήση γλυκοκορτικοστεροειδών, αλλά είναι πολύ συχνά ανθεκτική στη μείωση της δόσης και τη διακοπή τους. Το Meprolizumab (MEPO) είναι ένας πρόσφατα εγκεκριμένος αντι-IL5 παράγοντας (EMA) που έχει καταδείξει αποτελεσματικότητα και ασφάλεια σε ασθενείς με EGPA. Ωστόσο, τα δεδομένα καθημερινής πρακτικής από την χορήγηση του σε ασθενείς με EGPA είναι περιορισμένα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας του MEPO στην καθημερινή κλινική πρακτική.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αναδρομική μελέτη ασθενών με ανθεκτική EGPA που έλαβαν MEPO στο κέντρο μας (ΓΝΑ Ιπποκράτειο) ως και την 1<sup>η</sup> Σεπτεμβρίου 2022. Καταγράφηκαν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και δεδομένα της νόσου πριν και μετά την χορήγηση MEPO (διάρκεια, προσβολή συστημάτων, αριθμός υποτροπών, ιστορικό ανθεκτικού άσθματος στα κορτικοστεροειδή, είδος θεραπείας και δόση γλυκοκορτικοστεροειδών, δείκτης ενεργότητας BVASv3, ο απόλυτος αριθμός ηωσινοφίλων, δόση γλυκοκορτικοστεροειδών πριν και μετά την έναρξη του φαρμάκου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 9 ασθενείς με EGPA (γυναίκες 100%, μέση ηλικία 47 έτη, γενικευμένη νόσος 89%, μέση διάρκεια νόσου: 8.1 έτη, ιστορικό άσθματος: 100%, ιστορικό ρινικών πολυπόδων: 60%) συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη. Όλοι οι ασθενείς είχαν ιστορικό ανθεκτικού άσθματος στα γλυκοκορτικοειδή. 55% (5/9) των ασθενών είχε αποτύχει στο παρελθόν σε ανοσοτροποποιητική (αζαθειοπρίνη, κυκλοφωσφαμίδη, μεθοτρεξάτη) ενώ 3/9 (33%) είχαν αποτύχει στον βιολογικό

παράγοντα Omalizumab (anti-IgE). Ο μέσος αριθμός υποτροπών πριν την χορήγηση του MEPO ήταν 2.2. Κατά την έναρξη χορήγησης του MEPO, όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν γλυκοκορτικοειδή (διάμεση δόση: 15 mg/ημέρα) ενώ το 44.4% ελάμβανε κάποια ανοσοτροποποιητική αγωγή (mycophenolate mofetil n=3, methotrexate n=1). 4 ασθενείς έλαβαν αρχικά δόση 100 mg/μήνα και σε 3 από αυτούς η δόση αυξήθηκε 6 μήνες μετά σε 300 mg/μήνα. Κατά την διάρκεια χορήγησης του MEPO, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στη δόση των γλυκοκορτικοειδών ( $p < 0.01$ ) και στον απόλυτο αριθμό των ηωσινοφίλων (από  $1591 \pm 846 \text{ mm}^3$  σε  $88 \pm 51 \text{ mm}^3$ ,  $p < 0.01$ ). Το MEPO ήταν καλά ανεκτό και στους 9 ασθενείς, χωρίς εμφάνιση παρενεργειών. Η πλειοψηφία των ασθενών (7/9, 78%) εμφάνισε πλήρη ή μερική ανταπόκριση και συνεχίζει την αγωγή.

Συμπεράσματα: Σε μια μικρή ομάδα ασθενών με ανθεκτική EGPA, η χορήγηση MEPO συνοδεύθηκε από σημαντική κλινική ανταπόκριση με ταυτόχρονη μείωση της δόσης των γλυκοκορτικοειδών και χωρίς την εμφάνιση παρενεργειών.

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

---

#### **EA6: MYOCARDIAL INFARCTION IN A POPULATION – BASED COHORT OF BIOPSY – PROVEN GIANT CELL ARTERITIS IN SOUTHERN SWEDEN.**

**Pavlos Stamatidis<sup>1,2</sup>, Moman A Mohammad<sup>3</sup>, Karl Gisslander<sup>1</sup>, Peter A. Merkel<sup>4</sup>, Martin Englund<sup>5</sup>, Carl Turesson<sup>6</sup> David Erlinge<sup>3</sup> and Aladdin J Mohammad<sup>1,7</sup>**

<sup>1</sup> Department of Clinical Sciences Lund, Rheumatology, Lund University, Sweden

<sup>2</sup> Department of Rheumatology, Sunderby Hospital, Norrbotten, Sweden

<sup>3</sup> Department of Clinical Sciences Lund, Cardiology, Lund University, Sweden

<sup>4</sup> Division of Rheumatology and Department of Biostatistics, Epidemiology, and Informatics, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA

<sup>5</sup> Department of Clinical Sciences Lund, Orthopedics, Clinical Epidemiology Unit, Lund University, Sweden.

<sup>6</sup> Department of Clinical Sciences Malmö, Rheumatology, Lund University, Sweden <sup>7</sup>Department of Medicine, University of Cambridge, UK

**RURPOSE:** To estimate the incidence rate (IR) of myocardial infarction (MI) in patients with biopsy-confirmed giant cell arteritis (GCA). We also sought to study the impact of incident MI on mortality as well as the relative risk (RR) for MI expressed as incidence rate ratio (IRR)

**METHODS:** Patients diagnosed with biopsy-confirmed GCA 1998-2016 in Skåne, Sweden, were linked to the national heart intensive care register (SWEDEHEART) and to the Skåne Healthcare Register (SHR). These registers cover all coronary care admissions and all inpatient consultations in Skåne. To compare the risk for MI in GCA patients and the background population, 10 controls matched for age, sex and area of residence were identified through the SHR and the IRR was calculated.

**RESULTS:** There were 1134 patients with biopsy-confirmed GCA. Of those, 102 patients were diagnosed with incident MI. During a total follow-up time of 7957.5 person-years, the IR of MI in patients with biopsy-confirmed GCA was 12.8 per 1000 person-years (95% CI 10.3 –15.3). The incidence rates were higher the first month after the GCA diagnosis and then gradually declined. Mortality was higher in GCA patients diagnosed with incident MI compared to those without MI (HR 2.8; 95% CI 2.2-3.6). The RR for MI was higher in patients with GCA compared to the reference population, with IRR 1.29 (95% CI, 1.05-1.59).

**CONCLUSIONS:** The highest incidence of MI was observed during the first month following GCA diagnosis. Incident MI had a major impact on mortality in patients with GCA. Patients with GCA have 29% higher risk for MI compared to the reference population.

## Σημειώσεις

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





