



# Annals *of* Gastroenterology

BIMONTHLY PUBLICATION OF THE HELLENIC SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY



Abstracts  
of the 44th Hellenic Congress of Gastroenterology  
November 28–December 1, 2024, Athens-Greece

---

---

# Annals of Gastroenterology

Official Journal of the Hellenic Society of Gastroenterology

---

---

## GENERAL INFORMATION

**ISSN Print Edition:** 1108-7471

**ISSN Electronic Edition:** 1792-7463

**Journal Homepage:** [www.annalsgastro.gr](http://www.annalsgastro.gr)

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

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

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

**Copyright:** © 2024 Hellenic Society of Gastroenterology

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

---

### GOVERNING BOARD OF THE HELLENIC SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY (2024)

**President:** K. Paraskeva

**A' Vice President:** I. Papanikolaou

**B' Vice President:** A. Christidou

**Secretary-General:** N. Bobotsi

**Secretary:** G. Tziatzios

**Treasurer:** A. Sioulas

**Members:** C. Kalantzis

I. Katsogridakis

E. Xirouchakis

### HELLENIC SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY

67, Demokratias Ave.,

GR 15451 Athens, Greece

Tel.: +30-2106727531-3

Fax: +30-2106727535

e-mail: [annalsgastro@hsg.gr](mailto:annalsgastro@hsg.gr)

#### Publisher

Hellenic Society  
of Gastroenterology

#### Editor-in-Chief

I. Koutroubakis

e-mail: [annalsgastroed@gmail.com](mailto:annalsgastroed@gmail.com)

---

# Annals of Gastroenterology

Volume 37 • Supplement • November 2024 • ISSN 1108-7471

## EDITORIAL BOARD

### Editor-in-Chief

Professor Ioannis  
Koutroubakis  
*University Hospital Heraklion,  
University of Crete, Greece*

### Editorial Assistant

Dr Chris Zavos  
*Aristotle University of  
Thessaloniki, Greece*

### Associate Editors

Professor George Bamias  
*National and Kapodistrian  
University of Athens, Greece*

Professor Evangelos  
Cholongitas  
*National and Kapodistrian  
University of Athens, Greece*

Professor Demetrios  
Christodoulou  
*University of Ioannina School  
of Health Sciences, Ioannina,  
Greece*

Professor George  
Karamanolis  
*National and Kapodistrian  
University of Athens, Greece*

Professor Konstantinos  
Triantafyllou  
*National and Kapodistrian  
University of Athens, Greece*

### Statistical Advisors

Associate Professor Anna-  
Bettina Haidich  
*Aristotle University of  
Thessaloniki, Thessaloniki, Greece*

Associate Professor Vana  
Sypsa  
*National and Kapodistrian  
University of Athens, Greece*

Associate Professor Athina  
Tatsioni  
*University of Ioannina School  
of Health Sciences, Ioannina,  
Greece*

## Section Editors

### Basic research

Professor Maria Gazouli  
*National and Kapodistrian  
University of Athens, Greece*

### General GI

Dr Michael Doulberis  
*Aristotle University of  
Thessaloniki, Ippokraton  
Hospital, Thessaloniki, Greece*

Professor Olga Giouleme  
*Ippokraton Hospital, Thessaloniki,  
Aristotle University of  
Thessaloniki, Greece*

Dr Yoriaki Komeda  
*Kindai University Hospital,  
Osaka, Japan*

Associate Professor  
Silvio de Melo  
*OHSU Hospital, Portland, OR, USA*

Dr Nikolaos Viazis  
*Evangelismos General Hospital,  
Athens, Greece*

Professor John  
Vlachogiannakos  
*National and Kapodistrian  
University of Athens, Greece*

### UGI

Dr Anastasios Manolakis  
*University Hospital Heraklion,  
University of Crete, Greece*

Professor Konstantinos  
Thomopoulos  
*University Hospital of Patras,  
Patras, Greece*

Professor Tim Vanuytsel  
*University Hospitals Leuven,  
Belgium*

Dr Angelo Zullo  
*Nuovo Regina Margherita  
Hospital, Rome, Italy*

### LGI-IBD

Dr Pierre Ellul  
*Mater Dei Hospital, Msida, Malta*

Dr Jana Hashash  
*Mayo Clinic, FL, USA*

Dr Konstantinos Karmiris  
*Venizeleio General Hospital,  
Heraklion, Crete, Greece*

Professor  
Konstantinos Katsanos  
*University of Ioannina School of  
Health Sciences, Ioannina, Greece*

Associate Professor  
Uri Kopylov

*Tel-Aviv University, Tel-Aviv,  
Israel*

Associate Professor Ren Mao  
*The First Affiliated Hospital  
of Sun Yat-sen University, P.R.  
China Lerner Research Institute,  
Cleveland Clinic, OH, USA*

Dr Konstantinos Papamichael  
*Beth-Israel Deaconess Medical  
Center, Harvard Medical School,  
Boston, USA*

Assistant Professor  
Spyros Siakavellas  
*National and Kapodistrian  
University of Athens,*

*Hippokraton General Hospital,  
Athens, Greece*

Associate Professor  
Bram Verstockt  
*University Hospital Leuven,  
Belgium*

### Liver

Professor Alexandra  
Alexopoulou  
*National & Kapodistrian  
University of Athens,  
Hippokraton General Hospital,  
Athens, Greece*

Associate Professor  
Melanie Deutsch  
*National and Kapodistrian  
University, Athens, Greece*

Dr Alejandro Forner  
*Hospital Clinic Barcelona  
IDIBAPS, CIBERhd University  
of Barcelona, Spain*

Professor  
Georgios Germanidis  
*Aristotle University of  
Thessaloniki, Thessaloniki, Greece*

Professor  
Nikolaos T. Pysopoulou  
*Rutgers- New Jersey Medical  
School, University Hospital,  
Newark, USA*

Dr Lorenzo Ridola  
*Sapienza University of Rome,  
Italy*

Dr Demetrios Samonakis  
*University Hospital Heraklion,*

*University of Crete, Greece*

Assistant Professor  
Emmanuel Sinakos  
*Aristotle University of  
Thessaloniki, Thessaloniki, Greece*

Assistant Professor Christos  
Triantos  
*University Hospital of Patras,  
Rio, Greece*

Associate Professor  
Emmanuel Tsochatzis  
*UCL Institute for Liver and  
Digestive Health, Royal Free  
Hospital, London, UK*

Associate Professor Kalliopi  
Zachou  
*University of Thessaly, Larissa,  
Greece*

### Pancreas-Biliary tract

Professor  
Marianna Arvanitaki  
*Erasmus University Hospital ULB,  
Brussels, Belgium*

Professor Mark Ellrichmann  
*University Hospital Schleswig-  
Holstein, Campus Kiel, Germany*

Dr Christian Gerges  
*Medical University of Vienna,  
Austria*

Assist Professor  
Evangelos Kalaitzakis  
*University Hospital Heraklion,  
University of Crete, Greece*

Dr Wim Laleman, MD, PhD  
*University Hospitals Leuven,*

# Annals of Gastroenterology

Volume 37 • Supplement • November 2024 • ISSN 1108-7471

Leuven, Belgium

Professor Ioannis  
PapanikolaouNational and Kapodistrian  
University of Athens, GreeceProfessor Surinder S. Rana  
Post Graduate Institute of  
Medical Education and Research,  
Chandigarh, IndiaAssociate Professor Riadh  
SadikSahlgrenska University Hospital,  
SwedenDr Giuseppe Vanella  
IRCCS San Raffaele Scientific  
Institute, Milan, ItalyDr Theodor Voiosu  
Colentina Hospital, Bucharest,  
Romania**GI Endoscopy**Dr Sergio Cadoni  
CTO Hospital, Iglesias, Italy  
Associate ProfessorSilvio De Melo  
OHSU Hospital, Portland, OR, USADr Andrea Anderloni  
Humanitas Research Hospital,  
Rozzano, Milan, ItalyDr Alexander Eckardt  
DKD Helios Klinik Wiesbaden,  
Wiesbaden, Germany

Dr Paraskevas Gkolfakis

Consultant Gastroenterologist  
- Interventional Endoscopist  
Konstantopoulou-Patision  
General Hospital, Athens, GreeceDr Demetrios Kapetanios  
Papanikolaou Hospital,  
Thessaloniki, GreeceProfessor Hiroshi Kashida  
Kinki University of JapanProfessor Felix W. Leung  
Veterans Affairs Greater Los  
Angeles Healthcare System,  
North Hill, USADr George Tribonias  
Consultant Gastroenterology  
Department General Hospital  
of Nikaia-Piraeus "Agios  
Panteleimon", Athens, GreeceDr Andrea Tringali  
Fondazione Policlinico  
Universitario Agostino Gemelli  
IRCCS, Roma, ItalyProfessor Noriya Uedo  
Osaka International Cancer  
Institute, Osaka, Japan**GI Motility**Professor Konstantinos  
MimidisDemocritus University of  
Thrace Medical School,  
Aoloxandroupolis, GreeceProfessor Edoardo Savarino  
University of Padova, ItalyProfessor Daniel Sifrim  
Queen Mary University of  
London, UK**GI Surgery**Professor  
Georgios Glantzounis  
School of Medicine, University of  
Ioannina, GreeceProfessor John  
Papaconstantinou  
National and Kapodistrian  
University of Athens, GreeceProfessor George  
Sotiropoulos  
National and Kapodistrian  
University of Athens, Medical  
School, Athens, GreeceProfessor John Tsiaoussis  
University of Crete, Heraklion,  
Crete, GreeceAssociate Professor Vasiliki  
Liana Tsikitis  
Oregon Health and Science  
University, Portland, Oregon, USA**GI Pathology**Professor Dina Tiniakos  
Newcastle University, UK  
National and Kapodistrian  
University of Athens, GreeceAssociate Professor Maria  
Tzardi  
University Hospital of Heraklion,  
Crete, Greece**Pediatrics**Professor Jorge Amil Dias  
Centro Materno Pediátrico,  
Centro Hospitalar Universitário  
de São João, Porto, PortugalProfessor Maria Fotoulaki  
Aristotle University of  
Thessaloniki, GreeceProfessor Alexandra  
Papadopoulou  
Children's Hospital "Agia Sofia",  
Athens, Greece**GI Radiology**Assistant Professor  
Sofia Gourtsoyianni  
National and Kapodistrian  
University of Athens, Areteion  
Hospital, Athens, GreeceProfessor Demetrios Tsetis  
University of Crete Medical  
School, Heraklion, Crete, Greece**GI Oncology**Professor Hans Prenen  
University Hospital Antwerp,  
BelgiumAssistant Professor  
Emmanouil Saloustros  
University Hospital of Larissa,  
GreeceAssociate Professor John  
Souglakos  
University General Hospital of  
Heraklion, Crete, Greece**Editors Emeriti**I. Danielides  
Athens GreeceI. Karagiannis\*  
Athens GreeceJ. Triantafyllidis  
Athens Greece**ADVISORY BOARD**E. Akriviadis  
Thessaloniki GreeceR. Bisschops  
Leuven BelgiumG. Carrafiello  
Varese ItalyJ.F. Colombel  
New York USAS. Danese  
Milan ItalyT. Dassopoulos  
Dallas USACh. Dervenis  
Athens GreeceS. Dourakis  
Athens GreeceC. Hassan  
Rome ItalyN. Figura  
Siena ItalyC. Gasche  
Vienna AustriaS. Georgopoulos  
Athens GreeceH. Inoue  
Tokyo JapanP. Karayiannis  
Nicosia CyprusP. Katsinelos  
Thessaloniki, GreeceE. Kuipers  
Rotterdam The

Netherlands

George Kolios  
Alexandroupolis,  
GreeceP. Lakatos  
Budapest  
HungaryG. Leontiadis  
Ontario CanadaA. Mantides  
Athens GreeceSpilios  
Manolakopoulos  
Athens, GreeceGerassimos  
Mantzaris

Athens Greece

S. Michopoulos  
Athens GreeceC. O' Morain  
Dublin IrelandK. Papadakis  
Rochester USAG. Papatheodoridis  
Athens GreeceGeorgios-Ioannis  
Papachristou  
Columbus Ohio  
USAG. Paspatis  
Heraklion GreeceJ. Plevis  
Edinburgh UKS. Potamianos  
Larissa GreeceM. Pimentel  
Los Angeles USACh. Pothoulakis  
Los Angeles USAP. Prassopoulos  
Thessaloniki GreeceT. Rokkas  
Athens GreeceE. Roma  
Athens Greece

T. Savides

San Diego USA

W. Sandborn  
San Diego USAB. Saunders  
London UKJ. Tack  
Leuven BelgiumP. Tekkis  
London UKG. Van Assche  
Leuven BelgiumS. Vermeire  
Leuven BelgiumH. Wedemeyer  
Munster Germany



ΕΛΛΗΝΙΚΗ  
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ  
ΕΤΑΙΡΕΙΑ

# 44<sup>0</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

**ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**

**28 Νοεμβρίου 2024–1 Δεκεμβρίου 2024**

DIVANI CARAVEL

ΑΘΗΝΑ

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

### ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Πρόεδρος	Κ. Παρασκευά
Α' Αντιπρόεδρος	Ι. Παπανικολάου
Β' Αντιπρόεδρος	Α. Χρηστίδου
Γενικός Γραμματέας	Ν. Μπομπότση
Ειδικός Γραμματέας	Γ. Τζιάτζιος
Ταμίας	Α. Σιούλας
Μέλη	Χ. Καλαντζής Ι. Κατσογριδάκης Η. Ξηρουχάκης

## 44ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

### ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

#### ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος	Κ. Παρασκευά
Α' Αντιπρόεδρος	Ι. Παπανικολάου
Β' Αντιπρόεδρος	Α. Χρηστίδου
Γενική Γραμματέας	Ν. Μπομπότση
Ειδικοί Γραμματείς	Θ. Εμμανουήλ, Κ. Θωμόπουλος, Γ. Καραμανώλης, Χ. Λιάτσος, Γ. Τζιάτζιος, Μ. Τζουβαλά, Ν. Τηνιακού
Ταμίας	Α. Σιούλας
Μέλη	Θ. Βούλγαρης, Π. Γκολφάκης, Γ. Διαμαντοπούλου, Ξ. Έξαρχος, Α. Ιωάννου, Χ. Καλαντζής, Χ. Καπιζιώνη, Π. Καρατζάς, Ι. Κατσογριδάκης, Ε. Κουκουλιώτη, Γ. Κρανιδιώτης, Γ. Λαζαράκη, Ν. Λαζαρίδης, Α. Μάντακα, Γ. Μαυρογένης, Ι. Μητσέλος, Γ. Μιχαλόπουλος, Η. Ξηρουχάκης, Β. Παπαδόπουλος, Α. Παπαευθυμίου, Β. Παπαστεργίου, Σ. Πετράκη, Σ. Σιακαβελλας, Ι. Στασινός, Π. Τάσσιος, Δ. Τζιλβές, Α. Τρίκολα, Α. Τσαλουκα, Σ. Χατζηνικολάου

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Π. Αποστολόπουλος	Γ. Μάντζαρης
Μ. Αρβανιτάκη	Α. Μανωλάκης
Α. Αρμόνης	Σ. Μανωλακόπουλος
Κ. Βαρυτιμιάδης	Μ. Μελά
Α. Βεζάκης	Σ. Μιχόπουλος
Ν. Βιάζης	Γ. Μπάμιας
Ι. Βλαχογιαννάκος	Σ. Μπασσιούκας
Γ. Γερμανίδης	Α. Νταϊλιάνας
Σ. Γεωργόπουλος	Μ. Οικονόμου
Ό. Γιουλεμέ	Γ. Παπαθεοδωρίδης
Σ. Γούλας	Ι. Παπακωνσταντίνου
Δ. Δανδάκης	Λ. Παπαλαυρέντιος
Θ. Εμμανουήλ	Κ. Παρασκευά
Χ. Ζαβός	Γ. Πασπάτης
Ε. Ζαμπέλη	Ι. Παχιαδάκης
Α. Θεοδωροπούλου	Σ. Πετράκη
Κ. Θωμόπουλος	Α. Πρωτοπαπάς
Α. Ιωάννου	Ο. Σιδηρόπουλος
Ε. Καλαϊτζάκης	Γ. Στεφανίδης
Κ. Καρμίρης	Δ. Ταμπακόπουλος
Π. Κασαπίδης	Μ. Τζουβαλά
Κ. Κατσάνος	Χ. Τουμπανάκης
Α. Καψωριτάκης	Κ. Τριανταφύλλου
Α. Κογεβίνας	Χ. Τριάντος
Γ. Κουκλάκης	Γ. Τριμπόνιας
Ι. Κουτρομπάκης	Ε. Τσιρώνη
Α. Κωφοκότσιος	Δ. Χριστοδούλου

## ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ



CONGRESS WORLD, Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα  
Τηλ.: 210 72 100 01, 210 72 10 052, Fax: 210 72 100 51  
www.congressworld.gr, e-mail: info@congressworld.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ  
ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ



EA01

**ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΚΡΙΖΑΣ ΖΩΝΗΣ (GZ) ΜΕ ΗΒΕΑΓ-ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΧΡΟΝΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΙΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β (CHBVE-) ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Παπαθεοδωρίδη Μ., Παρασκευοπούλου Σ., Ιωαννίδου Π., Φιλιππίου Π., Καραγιαννάκης Δ., Χολογκίτας Ε., Βλαχογιαννάκος Ι., Παπαθεοδωρίδης Γ.  
Α' Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Εισαγωγή:** Η εκβασή των GZ-CHBVe- ασθενών είναι αμφιλεγόμενη και η διαχείρισή τους διαφέρει μεταξύ ιατρών και χωρών.

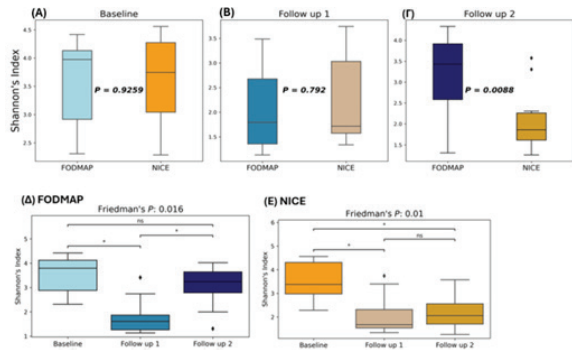
**Σκοπός:** Μελετήσαμε τη μακροχρόνια εκβασή τέτοιων ασθενών στην Ελλάδα. **Μέθοδοι:** Συμπεριλήφθηκαν όλοι οι CHBVe-ασθενείς μεταξύ 2010-2019 με αρχικό HBVDNA ≤20,000IU/ml ή αρχικό HBVDNA >20,000 και ALT≤2xULN. Ασθενείς με συλλοιμώξη HCV/HDV/HIV, ανοσοκαταστολή, κατάχρηση αλκοόλ, ρήξη αντιρρόπησης, ηπατοκυτταρικό καρκίνο (ΗΚΚ) ή άλλη ηπατοπάθεια εξαιρέθηκαν. Τυπικοί CHBVe-ασθενείς είχαν ALT≤ULN και HBVDNA<2000, ενώ GZ ασθενείς είχαν ALT>ULN±HBVDNA≥2000. Καταληκτικά σημεία ήταν: κάθαρση HBsAg, ΗΚΚ, ηπατολογικό συμβάν (ρήξη αντιρρόπησης, ΗΚΚ ή θάνατος λόγω ηπατοπάθειας).

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθηκαν 1501 ασθενείς (άνδρες:60%, ηλικία:44±15 έτη, BMI:26±4kg/m2, GZ:54%/CHBVe:46%, παρακολούθηση:6,0±4,6 έτη). Οι GZ-ασθενείς ήταν πιο συχνά άντρες (64% vs 56%, P=0,002), είχαν υψηλότερες τιμές ALT/AST/HBV DNA και χαμηλότερα αιμοπετάλια (όλα:P<0,001) και έλαβαν συχνότερα θεραπεία (1-/10-ετής αθροιστική πιθανότητα: 49/77% vs 1/15%, P<0,001). Η 1-/5-/10-ετής αθροιστική πιθανότητα απώλειας HBsAg σε GZ και CHBe- ασθενείς ήταν 0,1/1,0/4,2% vs 1/3/8%, P=0,012) και σχετίστηκε ανεξάρτητα με υψηλότερο BMI [HR/kg/m2:1,13(1,05-1,22), P=0,001] και αρχικά CHBVe- [HR:2,26(1,22-4,17), P=0,014]. ΗΚΚ διαγνώστηκε μόνο σε GZ-ασθενείς (1-/5-/10-ετής πιθανότητα:1/3/5%, P<0,001). Ο κίνδυνος ΗΚΚ συσχετίστηκε ανεξάρτητα με ηλικία [HR/έτος:1,10 (1,06-1,15), P<0,001], άρρεν φύλο [HR:3,29(1,39-8,91), P=0,006], αιμοπετάλια [HR/103/mm3: 0,98(0,97-0,99), P<0,001] και αρχικά GZ-CHBVe- [HR:36,47(4,30-4790)]. Η 1-/5-/10-ετής πιθανότητα ηπατολογικού συμβάντος ήταν 1/4/6% σε GZ-CHBVe- και 0,1% σε CHBVe- ασθενείς (P<0,001) και συσχετίστηκε ανεξάρτητα με ηλικία [HR/έτος:1,09(1,05-1,13), P<0,001], αιμοπετάλια [HR/103/mm3: 0,985(0,98-0,99), P<0,001] και αρχικά GZ-CHBVe- [HR:16,07(1,96-132), P=0,010].

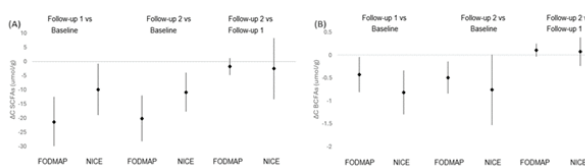
**Συμπεράσμα:** Ασθενείς τριτοβάθμιων ελληνικών κέντρων με αρχικά GZ-CHBVe-, έναντι τυπικής CHBVe-, έχουν δυσμενέστερες μακροχρόνιες εκβάσεις παρά τη συχνή έναρξη θεραπειών στην παρακολούθηση. Συνεπώς, η άμεση έναρξη θεραπειών σε GZ-CHBVe- είναι πιθανώς απαραίτητη.

Financial support: The study was supported by an unrestricted grant from Gilead Sciences.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):9



**Γράφημα 1.** Μεταβολή α-βιοποικιλότητας ανά χρονικό σημείο (Α, Β, Γ) και διαχρονικά (Δ και Ε). \*P<0,05. NS: Μη στατιστικά σημαντική διαφορά.



**Γράφημα 3.** Μεταβολή SCFAs (Α) και BCFAs (Β) μεταξύ ομάδων και διαχρονικά εντός ομάδας.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):9

EA02

**ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΛΙΠΑΡΩΝ ΟΞΕΩΝ ΣΤΑ ΚΟΠΡΑΝΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΣΕΕ) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΥΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Καστή Α.<sup>1</sup>, Κατσός Κ.<sup>1</sup>, Παυλίδης Δ.<sup>2</sup>, Βουγιουκλάκη Δ.<sup>3</sup>, Στυλιανάκης Μ.<sup>4</sup>, Πέτσος Κ.<sup>1</sup>, Νικολάκη Μ.<sup>1,5</sup>, Χούχουλα Δ.<sup>3</sup>, Παπαδημητρίου Κ.<sup>6</sup>, Καπόλος Ι.<sup>2</sup>, Τριανταφύλλου Κ.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Διατροφής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», <sup>2</sup>Τμήμα Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, <sup>3</sup>Τμήμα Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, <sup>4</sup>Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α, ΠΓΝ «Αττικόν», <sup>5</sup>Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, <sup>6</sup>Εργαστήριο Ποιοτικού Ελέγχου & Υγιεινής Τροφίμων και Ποτών, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Εισαγωγή:** Δεν υπάρχουν βιοδείκτες παρακολούθησης του θεραπευτικού αποτελέσματος στο ΣΕΕ.

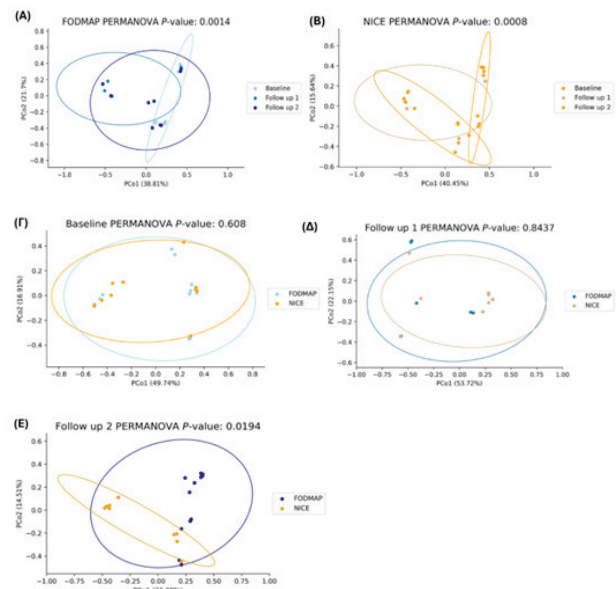
**Σκοπός:** Μελέτη μεταβολής μικροβιώματος, λιπαρών οξέων βραχείας (SCFAs) και διακλαδισμένης αλύσου (BCFAs) στα κόπρανα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Υπο-μελέτη RCT δίαιτας χαμηλή σε FODMAP vs. συστάσεων NICE ασθενών με ΣΕΕ χωρίς δυσκοιλιότητα. Μεταγενεμική μελέτη μικροβιώματος και μέτρηση SCFAs & BCFAs με αέρια χρωματογραφία στα κόπρανα 40 συμμετεχόντων, πριν την παρέμβαση (baseline), στο τέλος αυτής (1ο follow-up) και στους 6 μήνες (2ο follow-up).

**Αποτελέσματα:** Οι 2 ομάδες είχαν παρόμοια δημογραφικά, IBS-SSS, βιοποικιλότητα μικροβιώματος και επίπεδα SCFA, BCFAs, αρχικά (baseline). Η α- και β-βιοποικιλότητα δεν διέφεραν σημαντικά στο 1ο follow-up μεταξύ των ομάδων. Στο 2ο follow-up ήταν σημαντικά πλουσιότερες στη FODMAP (Γραφήματα 1, 2). Διαχρονικά, οι βιοποικιλότητες, μειώθηκαν σημαντικά στο 1ο follow-up και επανήλθαν στο 2ο στη NICE, ενώ στην FODMAP παρέμειναν σημαντικά μειωμένες στο 2ο. Ο λόγος Bacillota/Bacteroidota ήταν παρόμοιος στις 2 ομάδες αρχικά. Στο 1ο (44,3[2-174] vs. 2,2[1,7-22,9]) και 2ο (21[6,4-30,1 vs. 10,7[2,5-82,4]) follow-up, ο λόγος ήταν σημαντικά υψηλότερος στη FODMAP. Τα SCFAs & BCFAs μειώθηκαν σημαντικά και στις 2 ομάδες, αλλά η μείωση ήταν σημαντικότερη στη FODMAP και στα 2 follow-up (Γράφημα 3).

**Συμπεράσματα:** Η μεταβολή βιοποικιλότητας και SCFAs/BCFAs κοπράνων πιθανά είναι δείκτες παρακολούθησης του θεραπευτικού αποτελέσματος στο ΣΕΕ.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):9



**Γράφημα 2.** Μεταβολή β-βιοποικιλότητας διαχρονικά (Α και Β) και ανά χρονικό σημείο (Γ, Δ, Ε).

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):9



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ  
ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

















ΠΑ30

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά νεοπλασιών.

	eFTR	υβριδική eFTR
Ασθενείς	83	68
Μέγεθος νεοπλασίας, διάμεσος (ελαχ.-μεγ.)	15 (5-30)	25 (10-80)
Αδένωμα	49 (59%)	49 (72,1%)
Αδενοκαρκίνωμα	34 (41%)	19 (27,9%)
Μακροσκοπικά πλήρης εκτομή	89,2%	88,2%
Τεχνική επιτυχία	85,5%	85,3%

Πίνακας 2. Επιπλοκές.

	eFTR	υβριδική eFTR
Συνολικές επιπλοκές	8 (9,6%)	12 (17,6%)
Αιμορραγία	2	9
Διάρρηση, άμεση	2	3
Διάρρηση, καθυστερημένη	1	1
Στένωση	2	0
Σκωληκοειδίτιδα	1	0

Πίνακας 3. Υποτροπές.

	eFTR	υβριδική eFTR
Επαναληπτική ενδοσκόπηση (follow-up)	68 (81,9%)	50 (73,5%)
Follow-up σε μήνες, διάμεσος (ελαχ.-μεγ.)	14 (1-66)	12 (1-60)
Υποτροπές	6 (8,8%)	10 (20%)
Εκτομή της υποτροπής με:		
eFTR	3	6
Χειρουργείο	2	3
Καμία εκτομή λόγω κακής πρόγνωσης	1	1

ΠΑ31

**ΜΙΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΟΣ ΒΡΑΧΥΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΕΥΣ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΜΕ ΜΙΚΡΟΣΩΜΑΤΙΔΙΑ 32-ΦΩΣΦΟΡΟΥ: Η ΠΡΩΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**  
 Κουτσίος Δ<sup>1</sup>, Κυπραίος Δ<sup>1</sup>, Δημητρουλόπουλος Δ<sup>1</sup>, Αλεξιάκος Ν<sup>2</sup>, Ζωγράφος Γ<sup>3</sup>, Τσιτούρας Κ<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική κλινική, ΓΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας», <sup>2</sup> Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο

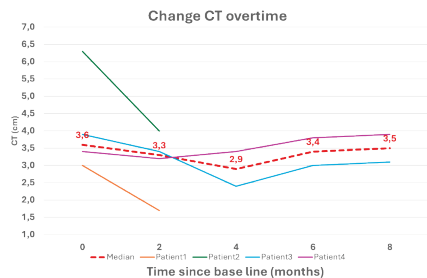
**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος παγκρέατος είναι η τέταρτη αιτία θανάτου από καρκίνο. Κλινικά σταδιοποιείται σε: εξαιρέσιμη, οριακά εξαιρέσιμη, τοπικά προχωρημένη και μεταστατική νόσο. Η τοπικά προχωρημένη νόσος έχει δυσμενή πρόγνωση (median OS ~13 μήνες) και είναι επιβεβλημένη εκτός από τη χημειοθεραπεία, η εφαρμογή και άλλων θεραπειών που θα βελτιώσουν την πρόγνωση.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρόκειται για μία προοπτική μελέτη που θα συμπεριλάβει 20 ασθενείς (με παρόμοια κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά) με τοπικά προχωρημένο καρκίνο παγκρέατος που θα λάβουν χημειοθεραπεία (Gemcitabine+nab-pancitaxel) σε συνδυασμό με μία ενδο-ογκική βραχυθεραπεία με ραδιοενεργό φώσφορο χορηγούμενης μέσω βελόνας FNA και EUS καθοδήγησης.

**Σκοπός:** Να αξιολογηθεί η ασφάλεια μέσω του Common Terminology Criteria for Adverse Events 4.0 καθώς και η διαδικασία εμφύτευσης του. Επίσης, θα μετρηθεί η Local Disease Control Rate στις 16 εβδομάδες και η μεταβολή του Tumour Volume ανά 2 μήνες το πρώτο έτος και ανά 3 μήνες το δεύτερο έτος σύμφωνα με τα κριτήρια Recist 1.1. Επίσης θα αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα μέσω του Overall Survival (OS) και του Progression Free Survival (PFS).

**Αποτελέσματα:** Μέχρι στιγμής έχουν ενταχθεί στη μελέτη 4 ασθενείς με παρόμοια κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Οι δύο παρακολουθούνται για περίπου 10 μήνες και οι δύο για περίπου 4 μήνες. Ο LDCR στις 16 εβδομάδες ήταν 100%, ένας από τους ασθενείς υποσταδιοποιήθηκε και χειρουργήθηκε (resection rate 25%) και ο ένας εμφάνισε Progression disease μετά από περίπου 10 μήνες.

**Συμπεράσματα:** Αν και μικρό ακόμα το δείγμα δείχνει υποσχόμενα αποτελέσματα και αναμένονται ακόμα χρησιμότερα αποτελέσματα με την ένταξη περισσότερων ασθενών στο άμεσο μέλλον.



**ΑΥΞΑΝΕΙ Η ΠΡΟΣΘΗΚΗ ENDOCUFF VISION ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΠΟΛΥΠΩΔΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ;**

Στασινός Ι<sup>1</sup>, Βούλγαρης Θ<sup>2</sup>, Βλαχογιαννάκος Ι<sup>3</sup>, Ζάντζα Π.-Σ<sup>1</sup>, Κουμίτσιδης Ι<sup>1</sup>, Χαχόπουλος Χ<sup>1</sup>, Λεβεντάκη Φ<sup>1</sup>, Rujante Α<sup>1</sup>, Θεοφανοπούλου Α<sup>1</sup>, Καλαντζής Χ<sup>1</sup>, Τσιμπούρης Π<sup>1</sup>, Θεοδοσόπουλος Θ<sup>2</sup>, Αποστολόπουλος Π<sup>1</sup>, Καραμανιώλης Γ<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική ΝΙΜΤΣ, <sup>2</sup> Β΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Α΄ Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική

**Εισαγωγή:** Το ηπλίο ανίχνευσης αδενωμάτων (ADR) αποτελεί σημαντικό δείκτη ποιότητας της κολonosκόπησης.

**Σκοπός:** Να εκτιμηθεί αν ο συνδυασμός χρήσης τεχνητής νοημοσύνης (AI) με Endocuff Vision σε σύγκριση με μόνη τη χρήση της (AI) οδηγεί στην αύξηση του ADR.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Τυχαιοποιημένη μελέτη διαδοχικών κολonosκοπήσεων που διενεργήθηκαν την ίδια μέρα από τον ίδιο ενδοσκόπο αρχικά με χρήση τεχνητής νοημοσύνης κι εν συνεχεία με συνδυασμό τεχνητής νοημοσύνης κι Endocuff Vision και αντιστρόφως. Ασθενείς με Boston Bowel Preparation (BPP) <6 αποκλείστηκαν από τη μελέτη.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά εντάχθηκαν 85 ασθενείς (Α/Γ: 51/34, μέση ηλικία 63±8). Στην αρχική κολonosκόπηση έγινε χρήση μόνο AI σε 39 ασθενείς και συνδυασμός AI και Endocuff σε 45. Δεν υπήρχε διαφορά στη μέση προετοιμασία (BPP= 8.6±1.0) (p=0.594) την ηλικία (p=0.467), το φύλο (p=0.113) και την ένδειξη (p=0.356) ανάμεσα στις δυο ομάδες. Το ηπλίο ανίχνευσης πολυπόδων δεν διέφερε με (25/39, 64.1%) ή χωρίς Endocuff (25/43, 58.1%, p=0.373). Το ADR αριθμητικά ήταν μεγαλύτερο επί μη χρήσης του Endocuff (19/39, 48.7% vs 14/43, 32.6% p=0.107) όπως και ο αριθμός ανίχνευσης πολυπόδων ανά κολonosκόπηση (1.7 ±2.5 vs 1.2±1.4, p=0.272). Το ηπλίο ανίχνευσης πολυπόδων στο αριστερό ή στο δεξιό κόλον δεν διέφερε ανάμεσα στις δύο ομάδες (AI+Endocuff:16.3% και 44.2% vs AI:28.2% και 51.3%, p=0.150 και p=0.307 αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Η προσθήκη του Endocuff στην υποβοηθούμενη με AI κολonosκόπηση δεν φαίνεται να αυξάνει την αποτελεσματικότητα της όσον αφορά στην ανίχνευση πολυπόδων γενικά και αδενωμάτων.

ΠΑ32

**Η ΠΡΩΤΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΑΣΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ERCP ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΕΞΑΜΗΝΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΠΟ 4 ΚΕΝΤΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Παπατζέλου Ι<sup>1</sup>, Καλοχριστιανάκης Μ<sup>2</sup>, Γερασιμάτος Γ<sup>3</sup>, Γκολφάκης Π<sup>3</sup>, Παρασκευά Κ<sup>3</sup>, Παπαδόπουλος Β<sup>4</sup>, Μουτζούκης Μ<sup>5</sup>, Χριστοδούλου Δ<sup>5</sup>, Καλαϊτζάκης Ε<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup> Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, <sup>2</sup> Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, <sup>3</sup> Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο, ΕΚΠΑ, <sup>4</sup> Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, <sup>5</sup> Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**Εισαγωγή:** Δημιουργήθηκε και χρησιμοποιήθηκε ενιαίο ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής δεδομένων από τις ERCP που διενεργούνται σε 4 διαφορετικά κέντρα στην Ελλάδα.

**Σκοπός:** Πιλοτική μελέτη των δεδομένων που καταγράφονται στο ηλεκτρονικό σύστημα, για διερεύνηση των ενδείξεων, του ποσοστού επιτυχίας και αναπεθόμενων συμβαμάτων των ERCP που καταγράφηκαν.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρόκειται για προοπτική μελέτη παρατήρησης των δεδομένων ERCP που καταγράφηκαν κατά την περίοδο Ιαν-Σεπ 2024 από τα 4 συμμετέχοντα κέντρα. Καταγράφηκαν σε ηλεκτρονική πλατφόρμα δεδομένα τόσο άμεσα μετά την παρέμβαση, όσο και μετά από περίοδο παρακολούθησης 30 ημερών.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά καταγράφηκαν 826 ERCP. Από αυτές ο καθητηριασμός ήταν επιτυχής στο 94.3% του συνόλου και στο 91.7% των μη σφικτηροτομημένων περιστατικών. Η βασική ένδειξη ήταν χοληδοχολιθίαση (62.3%) ακολουθούμενη από κλινικά εμφανή ίκτερο (34.9%). Οι επιπλοκές που εμφανίστηκαν έως και διάστημα 30 ημερών μετά την ERCP ήταν 117/464 (25.2%), με συχνότερες την οξεία παγκρεατίτιδα (11,2%) και χολαγγειίτιδα (10,8%). Διάρρηση εμφάνισαν 2 ασθενείς (0,4%) και αιμορραγία 7 ασθενείς (1,5%). Θάνατος ως επιπλοκή της ERCP καταγράφηκε σε 3 ασθενείς (0,65%). Άλλη παρέμβαση λόγω μη επιτυχίας της ERCP χρειάστηκε, εντός 30 ημερών, συνολικά 16 περιστατικά (1,72%).

**Συμπεράσματα:** Πρόκειται για την πρώτη προσπάθεια συνολικής ψηφιακής καταγραφής και μελέτης της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας των ERCP σε περισσότερα του ενός κέντρα σε διαφορετικές πόλεις της Ελλάδας. Τα ποσοστά επιτυχούς καθητηριασμού και επιπλοκών συμβαδίζουν με τα περιγραφόμενα στη διεθνή βιβλιογραφία. Η βάση δεδομένων έχει τη δυνατότητα να αποτελέσει μοναδικό εργαλείο έρευνας και διασφάλισης ποιότητας σε εθνικό επίπεδο. Σχεδιάζεται roll-out κατά το επερχόμενο έτος.

## ΠΑ33

**ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΜΟΡΦΟΜΟΡΙΑΚΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ/ΙΔΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**  
 Μωυτέρη Δ.<sup>1</sup>, Παρασκευοπούλου Ν.<sup>1</sup>, Γρυπάρη Ι.-Μ.<sup>1</sup>, Παπαδόπουλος Κ.<sup>1</sup>, Στούπη Ε.<sup>1</sup>, Βλάχος Ι.<sup>1</sup>, Μιχαλάκη Β.<sup>2</sup>, Παπαδημητρίου Χ.<sup>2</sup>, Κωνσταντουλάκης Μ.<sup>3</sup>, Τηλιακού Ν.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Αρεταίειο Νοσοκομείο, <sup>2</sup> Ογκολογική Μονάδα Β' Χειρουργικής Κλινικής, <sup>3</sup> Β' Χειρουργική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Εισαγωγή:** Πρόσφατες μελέτες προτείνουν τη μορφολογική ταξινόμηση του πορογενούς αδενοκαρκινώματος του παγκρέατος (PDAC) βασισμένη σε αρχιτεκτονικά πρότυπα που ενδεχομένως σχετίζονται με γνωστούς μοριακού τύπου και πιθανώς έχουν προγνωστική και προβλεπτική αξία.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της προγνωστικής σημασίας της πρόσφατα προταθείσας μορφομοριακής ταξινόμησης του PDAC σε Έλληνες/ίδες ασθενείς.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Εξετάσαμε αναδρομικά ιστοικό υλικό όγκου από 75 ασθενείς με PDAC (49 άνδρες/ 26 γυναίκες, ηλικίας 30-97) που χειρουργήθηκαν στη Β' Χειρουργική Κλινική του Αρεταίειου Νοσοκομείου κατά την τετραετία 2016-2019. Τα καρκινώματα ταξινομήθηκαν σε δύο κατηγορίες: «gland-forming» και «non gland-forming» βάσει της παρουσίας ή όχι καλά σχηματισμένων αδενίων και εν συνεχεία υπομοιδοποιήθηκαν βάσει τεσσάρων αρχιτεκτονικών προτύπων (conventional, tubulorapillary, squamous and composite). Πενήντα ασθενείς παρακολούθηθηκαν για 0 έως και 65 μήνες (μεσαία τιμή 22,9 μήνες).

**Αποτελέσματα και Συμπέρασμα:** Διαθέσιμη στατιστική ανάλυση υπάρχει για τους 50 από τους 75 ασθενείς, από όπου προέκυψαν 9 (19,6%) grade 1 καρκινώματα, 17 (37%) grade 2 και 20 (43,5%) grade 3. Από αυτά, 12 (24,5%) είχαν σταδιοποιηθεί ως pT1, 25 (51%) ως pT2, 10 (20,4%) ως pT3 και 2 (4,1%) ως pT4. 31 (62%) καρκινώματα ταξινομήθηκαν ως gland forming και 19 (38%) ως non-gland forming καρκινώματα, από τα οποία 21 (42%) υπομοιδοποιήθηκαν ως conventional, 10 (20%) ως tubulorapillary, 2 (4%) ως squamous και 17 (34%) ως composite. Η κατηγορία non-gland forming συσχετίστηκε θετικά με υψηλότερο tumor grade ( $r=0,435$ ,  $p=0,003$ ). Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση της μορφολογικής ταξινόμησης με τη συνολική επιβίωση των ασθενών ( $n=50$ ) μας. Επιβεβαιώθηκε ωστόσο η δυνατότητα εφαρμογής και η αναπαραγωγιμότητα της νέας μορφολογικής ταξινόμησης του PDAC.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):20

## ΠΑ35

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΓΙΓΑΝΤΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗΣ ΨΕΥΔΟΚΥΣΤΗΣ ΜΕ WALLED-OFF NECROSIS ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΕ ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ LAMS ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ DEBRIDEMENT**

Σωτηρόπουλος Χ., Κωνσταντάκης Χ., Αμπαζής Ο., Διαμαντοπούλου Γ., Θεοχάρης Γ., Τριάντος Χ., Θωμόπουλος Κ.

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

**Εισαγωγή:** Παγκρεατικές/περιπαγκρεατικές συλλογές και ψευδοκύστες μπορεί να αναπτυχθούν μετά από σοβαρή οξεία παγκρεατίτιδα. Η ενδοσκοπική παρέμβαση μπορεί να εφαρμοστεί για τη θεραπεία συλλογών που περιέχουν νεκρωτικό παγκρεατικό παρέγχυμα σε θέσεις που προβάλλουν άμεσα στο στόμαχο ή στο δωδεκαδάκτυλο.<sup>1,5</sup>

**Περιγραφή περιστατικού:** Άνδρας 56 ετών με ιστορικό αιθυλισμού παρουσίασε οξεία αλκοολική παγκρεατίτιδα με ανάπτυξη ευμεγέθους παγκρεατικής (Εικόνα Α/Β, κίτρινο βέλος) και μικρότερων περιπαγκρεατικών ψευδοκύστεων (Εικόνα Α/Β, πορτοκαλί βέλη). Η ευμεγέθης ψευδοκύστη εκτεινόταν στην κεφαλή και τον αυχένα του παγκρέατος προκαλώντας πίεση στον δωδεκαδακτυλικό βολβό και συμπτώματα στον ασθενή, έτσι πραγματοποιήθηκε ενδοσκοπική κυστεο-δωδεκαδακτυλοστομία με τοποθέτηση μεταλλικού στεντ (LAMS) και καθετήρα παροχέτευσης rig-tail (Εικόνα C/D). Στον επανέλεγχο με CT κοιλίας αναδείχθηκε εξελισσόμενη παγκρεατική φλεγμονή και walled-off necrosis της ευμεγέθους ψευδοκύστης (Εικόνα E/F). Στη συνέχεια, ακολούθησε ενδοσκοπική κυστεοσκόπηση μέσω του LAMS που ανέδειξε μεγάλες ποσότητες νεκρωτικού περιεχομένου και υγρών και πραγματοποιήθηκε necrosectomy (Βίντεο) Τα υγρά αναρροφήθηκαν και ο εγκυστωμένος νεκρωτικός ιστός απομακρύνθηκε μηχανικά με τη χρήση ενδοσκοπικής λαβίδας βιοψίας, λαβίδας σύλληψης ξένου σώματος και διχτού σύλληψης. Τέλος, πραγματοποιήθηκε ενδοσκοπική τοποθέτηση ρινονησιδικού καθετήρα σίτισης προκειμένου να εξασφαλιστεί επαρκής διατροφή κατά τη διάρκεια των συνεδριών debriement. Τέσσερις εβδομάδες αργότερα και μετά το 6ο ενδοσκοπικό debriement, εμφανίστηκε κοκκιοποίηση της κοιλότητας της κύστης με σχεδόν πλήρη απουσία νέκρωσης στα τοιχώματα, οπότε το LAMS αφαιρέθηκε.

**Συμπεράσματα:** Η ενδοσκόπηση παρέμβαση αποτελεί σημαντικό βοήθημα στη διαχείριση των παγκρεατικών ψευδοκύστεων, αντιπροσωπεύοντας μια σημαντική πρόοδο στην κλινική ιατρική. Μια ελάχιστη επεμβατική στρατηγική με

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):20

## ΠΑ34

**ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ERCP ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ BILLROTH II ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ**

Τσαμακίδης Ξ.<sup>1</sup>, Γιαννακόπουλος Β.<sup>1</sup>, Κοντός Α.<sup>1</sup>, Παπακωνσταντίνου Φ.<sup>1</sup>, Μιχαηλίδου Σ.<sup>1</sup>, Πατάκος Ι.<sup>1</sup>, Μανδηλαρά Δ.<sup>2</sup>, Μιχαλοπούλου Ε.<sup>1</sup>, Σαριμπεγίδη Ν.<sup>1</sup>, Σαχτούρης Γ.<sup>1</sup>, Ανδρέοπουλος Α.<sup>3</sup>, Τζιωτζιζιώτης Ι.<sup>1</sup>, Αλ-Ουντάτ Μ.<sup>1</sup>, Δημητρουλόπουλος Δ.<sup>1</sup>, Κυπραίος Δ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας» <sup>2</sup>Ιατρική Σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>3</sup>Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας»

**Εισαγωγή:** Η διενέργεια ERCP σε ασθενείς με Billroth II γαστρεκτομή και γαστρο-εντεροαναστόμωση αποτελεί πρόκληση λόγω τεχνικών δυσκολιών που απορρέουν από την παραλλαγμένη ανατομία.

**Σκοπός:** Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας και ασφάλειας διενέργειας ERCP σε ασθενείς με ιστορικό Billroth II γαστρεκτομής.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Αναδρομική μελέτη σε ασθενείς με Billroth II γαστρεκτομή που υποβλήθηκαν σε ERCP από τον ίδιο ενδοσκόπο κατά το διάστημα 2018-2024 στο ενδοσκοπικό τμήμα του Γ.Α.Ο.Ν.Α «Άγιος Σάββας».

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 30 ασθενείς με μέση ηλικία τα 77,2 έτη (SD± 9,7έτη, 16,7% γυναίκες, 83,3% άνδρες). Εξ αυτών, το 53,3% (n=16) είχε ιστορικό προηγηθείσας ERCP, ενώ το 46,7% όχι (naive ασθενείς, n=14). Συχνότερη ένδειξη για τη διενέργεια ERCP ήταν η χοληδοχολιθίαση (63,3%). Στο 60% των περιπτώσεων χρησιμοποιήθηκε ενδοσκόπιο ευθείας οράσεως, στο 36,7% 12δακτυλοσκόπιο ενώ σε μία περίπτωση (3,3%) έγινε συνδυασμός της χρήσης των δύο ενδοσκοπίων. Το ποσοστό επιτυχούς καθετηριασμού της προσιούσας έλικας ήταν 100%. Στους ασθενείς με ιστορικό προηγηθείσας ERCP, το ποσοστό επιτυχούς καθετηριασμού του χοληδόχου πόρου ήταν 100% ενώ στους naive ασθενείς 92,9% (συμβατικός καθετηριασμός 50%, pre-cut θηλοτομή 42,9%). Σχετικά με τον τύπο της σφιγκτηριακής θεραπείας στους naive ασθενείς, στην συντριπτική τους πλειοψηφία υποβλήθηκαν σε περιορισμένη σφιγκτηροτομή (84,6%). Επιπλοκές εμφανίστηκαν στο 13,3% του συνόλου των ασθενών με κυριότερες την αιμορραγία (6,7%) η οποία αυτοπεριορίστηκε και την παγκρεατίτιδα (10%) που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Δεν παρατηρήθηκε περίπτωση διάτρησης.

**Συμπεράσματα:** Η ERCP σε ασθενείς με Billroth II γαστρεκτομή παρουσιάζει τεχνικές δυσκολίες στον καθετηριασμό του χοληδόχου πόρου αλλά κυρίως στη διενέργεια ευρείας σφιγκτηροτομής εξαιτίας της ανεστραμμένης θέσης του φύματος. Παρόλ' αυτά, τα ποσοστά επιπλοκών παραμένουν σχετικά χαμηλά.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):20

κυστεο-δωδεκαδακτυλοστομία και ενδοσκοπικό καθαρισμό είναι εφικτή, εξαιρετικά αποτελεσματική και ασφαλής για τη θεραπεία μιας παγκρεατικής ψευδοκύστης με walled-off necrosis.

**Βιβλιογραφικές αναφορές**

1. Elmunzer B.J. Endoscopic Drainage of Pancreatic Fluid Collections. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2018;16(12): 1851–1863.e3, <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2018.03.021>
2. Cherdantsev, D.V., Noskov, I. G., Filistovich, V. G., & Solomennikov, V. A. Minimally invasive treatment of a giant pancreatic pseudocyst. *Maloinvazivnoe lechenie gigantaskoi infitsirovannoi psevdokisty podzheludochnoi zhelezy. Khirurgiya* 2023;2:120–126. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2023021120>
3. Simo, K. A., Niemeyer, D. J., Swan, R. Z., Sindram, D., Martinie, J. B., & Iannitti, D. A. Laparoscopic transgastric endoluminal cystogastrostomy and pancreatic debridement. *Surg endosc* 2014; 28(5):1465–1472, <https://doi.org/10.1007/s00464-013-3317-5>
4. Kirks RC Jr, Sola R Jr, Iannitti DA, Martinie JB, Vrochides D. Robotic transgastric cystogastrostomy and pancreatic debridement in the management of pancreatic fluid collections following acute pancreatitis. *J Vis Surg* 2016; 2:127, doi: 10.21037/jovs.2016.07.04
5. Tyberg, A., Karia, K., Gabr, M., Desai, A., Doshi, R., Gaidhane, M., Sharaiha, R. Z., & Kahaleh, M. Management of pancreatic fluid collections: A comprehensive review of the literature. *World J Gastroenterol* 2016; 22(7):2256–2270, <https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i7.2256>

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):20

## ΠΑ36

**ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ PULL-PEG ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΣΚΟΠΙΟΥ, ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΥΠΟΦΑΡΥΓΓΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Λακιωτάκη Δ.<sup>1</sup>, Λεκάκης Β.<sup>1</sup>, Αλεξόπουλος Θ.<sup>1</sup>, Μπουγά Γ.<sup>1</sup>, Βεργαδής Χ.<sup>2</sup>, Παπαθεοδωρίδης Γ.<sup>1</sup>, Κουτσούμπας Α.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», <sup>2</sup> Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

**Εισαγωγή:** Η διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία (PEG) παραμένει η προτιμώμενη μέθοδος για μακροχρόνια (>4 εβδομάδες) διατροφική υποστήριξη σε ασθενείς με αδυναμία σίτισης. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για ογκολογικούς ασθενείς με αποφρακτικούς όγκους, όπως καρκίνους της κεφαλής και του τραχήλου.<sup>1</sup>

Η PEG προτιμάται γενικά έναντι της χειρουργικής γαστροστομίας, ενώ η ESGE συνιστά τη χρήση της τεχνικής rush-PEG σε ασθενείς με αποφρακτικούς όγκους.<sup>2</sup> Ωστόσο, τόσο η rush-PEG όσο και η διαδερμική ακτινοσκοπική γαστροστομία (RIG) είναι τεχνικά δύσκολες και με αυξημένα ποσοστά επιπλοκών σε ασθενείς με τροποποιημένη ανατομία.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Ασθενής 60 ετών με ατομικό αναμνηστικό φάρυγο-λάρυγγο-οισοφαγεκτομής με gastric pull up σε έδαφος τοπικά προχωρημένου καρκίνου του υποφάρυγγα προσήλθε λόγω αδυναμίας σίτισης. Διενεργήθηκε ενδοσκοπικός έλεγχος αναδεικνύοντας σημαντικό βαθμού στένωση στη φαρυγγική αναστόμωση στα πλαίσια τραχηλικής υποτροπής της νόσου, που δεν επέτρεπε τη δίοδο λεπτού γαστροσκοπίου. Κατέστη δυνατή η δίοδος χολαγγειοσκοπίου (SpyGlass) και η προώθηση του διαμέσου του θωρακικού σωληνώδους στομάχου εντός του μικρότατου υποδιαφραγματικού τμήματος αυτού και εμφύσηση αέρα. Έπειτα, υπό υπερηχογραφική και ακτινοσκοπική καθοδήγηση διενεργήθηκε παρακέντηση του υποδιαφραγματικού γαστρικού τμήματος και προώθηση σύρματος. Έγινε ενδοσκοπική σύλληψη με βρόχο χολαγγειοσκοπίου και τοποθέτηση μικρής ενδοσκοπικής pull-PEG σε καλή θέση με καλή λειτουργία. Η ασθενής δεν εμφάνισε επιπλοκές και δύο μήνες αργότερα παρουσίασε σημαντική βελτίωση της θρέψης της.

**Συμπεράσματα:** Η ενδοσκοπική τοποθέτηση pull-PEG με τη χρήση χολαγγειοσκοπίου φαίνεται να είναι μία αποτελεσματική και ασφαλής τεχνική σε ογκολογικούς ασθενείς με αποφρακτικούς όγκους. Στο συγκεκριμένο περιστατικό, ο συνδυασμός ενδοσκοπικής (με χολαγγειοσκόπιο), υπερηχογραφικής και ακτι-

νοσκοπικής προσέγγισης επέτρεψε την επιτυχή εντερική σίτιση της ασθενούς και την αποφυγή μίας πολύπλοκης τοποθέτησης χειρουργικής γαστροστομίας.

**Βιβλιογραφικές αναφορές**

1. Kucha P, Zorniak M, Szmít M et al. To push or to pull? A clinical audit on the efficacy and safety of the pull and push percutaneous endoscopic gastrostomy techniques in oncological patients. *United European Gastroenterol J* 2023; 11(10):951-959, doi:10.1002/ueg2.12467
2. Gkolfakis P, Arvanitakis M, Despott EJ, et al. Endoscopic management of enteral tubes in adult patients - Part 2: Peri- and post-procedural management. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2021; 53(2):178-195, doi:10.1055/a-1331-8080

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ  
ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

## ΕΑΑ01

## ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΛΓΟΣ ΔΕ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΒΟΘΡΟΥ

Τσαμακίδης Ξ.<sup>1</sup>, Τζιφωτζιώτης Ι.<sup>2</sup>, Κοντός Α.<sup>1</sup>, Γιαννακόπουλος Β.<sup>1</sup>, Παπακωνσταντίνου Φ.<sup>1</sup>, Μιχαηλίδου Σ.<sup>1</sup>, Πατάκος Ι.<sup>1</sup>, Μανδηλαρά Δ.<sup>2</sup>, Μιχαλοπούλου Ε.<sup>1</sup>, Σαρμπενγιόγλου Ν.<sup>1</sup>, Σαχτούρης Γ.<sup>1</sup>, Αλ-Ουντάτ Μ.<sup>1</sup>, Κυπραίος Δ.<sup>1</sup>, Δημητρουλόπουλος Δ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», <sup>2</sup>Ιατρική Σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Εισαγωγή:** Άνδρας 24 ετών με ελεύθερο ιστορικό προσέρχεται λόγω άλγους δεξιού λαγονίου βόθρου και διαρροιών διάρκειας 20 ημερών, συμπτωματολογία που υφέθηκε αυτόματα τις τελευταίες ημέρες. Φέρει MRI κοιλίας με πολλαπλούς μεσεντέριους λεμφαδένες έως 12 mm δεξιά της μέσης γραμμής και βασικό εργαστηριακό έλεγχο ο οποίος ήταν φυσιολογικός.

**Σκοπός:** Παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης ασθενούς με κοιλιακό άλγος.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ανασκόπηση ιατρικού φακέλου ασθενούς.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής υπεβλήθη σε κολονοσκόπηση στην οποία παρατηρήθηκε φυσιολογικό παχύ έντερο αλλά εκτεταμένη περιοχή με πολυζώδη διαμόρφωση βλεννογόνου στον τελικό ειλεό. Η ιστολογική ανέδειξε υπερπλαστικά λεμφοκύτταρα με ενεργά βλαστικά κέντρα και καλά οριοθετημένο μανδύα λεμφοκυττάρων σε χόριο-υποβλεννογόνο, ευρήματα συμβατά με οξεία λεμφοειδή υπερπλασία (ΟΛΥ). Επίσης, έγινε γαστροσκόπηση χωρίς ανάδειξη βλάβης ενώ η ιστολογική στομάχου και 12δακτύλου ήταν αρνητική για *H. pylori* και κοιλιοκάκη. Οι ανοσοσφαιρίνες ορού, η ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων ορού και η παρασιτολογική κοπράνων ήταν φυσιολογικά. Περαιτέρω έλεγχος για λοιμώδη αίτια ανέδειξε IgA(+) αντισώματα για *Yersinia enterocolitica*. Λόγω αυτόματης ύφεσης των συμπτωμάτων του ασθενούς δε χορηγήθηκε θεραπεία.

**Συμπεράσματα:** Η ΟΛΥ του γαστρεντερικού αποτελεί σπάνιο εύρημα, εμφανίζεται συνήθως στον τελικό ειλεό και χαρακτηρίζεται ενδοσκοπικά από την παρουσία πολυάριθμων όζων διαμέτρου 2-10 mm. Οι ασθενείς, αν και συνήθως ασυμπτωματικοί, ενίοτε παρουσιάζουν κοιλιακό άλγος, διάρροια, αιμορραγία ή/και ειλεό. Η παρουσία της στο λεπτό έντερο έχει συσχετιστεί με ανοσοανεπάρκειες, κοιλιοκάκη, λαμβλίαση, φυματίωση, HIV, *H. pylori* και *Y. Enterocolitica*. Η τελευταία αποτελεί σπάνιο αίτιο και μπορεί να εκδηλωθεί με διάρροιες και μεσεντέριο λεμφαδενίτιδα («ψευδοσκωληκηοειδίτιδα»). Επί συμπτωματικής ΟΛΥ, θα πρέπει να θεραπεύεται πιθανή υποκείμενη λοίμωξη, ενώ σε κάθε περίπτωση απαραίτητη είναι η ενδοσκοπική παρακολούθηση λόγω του αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης λεμφώματος.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):23

## ΕΑΑ03

## ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΝΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΜΕ ΒΙΝΤΕΟΚΑΨΟΥΛΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΙΑΣ ΣΕΙΡΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Χαλκίδου Α.<sup>1,2</sup>, Παπαδόπουλος Β.<sup>3,4</sup>, Παπάζογλου Π.<sup>2</sup>, Μιμίδης Κ.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Μελέτης Ήπατος και Γαστρεντερικού Συστήματος Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, <sup>2</sup>Α' ΠΠ Κλινική Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, <sup>3</sup>Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή ΔΠΘ, <sup>4</sup>Μ.Χ.Α. «ΑΚΕΣΙΟΣ» Ξάνθης

**Εισαγωγή:** Μια πιθανή νέα εφαρμογή για την εντεροσκόπηση με βιντεοκάψουλα είναι η μη επεμβατική αξιολόγηση της ανταπόκρισης σε μια δίαιτα χωρίς γλουτένη.

**Στόχος της μελέτης:** Περιγραφή ενδοσκοπικών ευρημάτων με τη χρήση της εντεροσκόπησης με βιντεοκάψουλα στους ασθενείς με κοιλιοκάκη και συσχέτιση αυτών με την δίαιτα χωρίς γλουτένη.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Αναδρομική μελέτη ασθενών με κοιλιοκάκη που υπεβλήθησαν σε εντεροσκόπηση με βιντεοκάψουλα από τον Ιανουάριο 2020 έως τον Ιούλιο 2024, οι οποίοι προσήλθαν στο γαστρεντερολογικό ιατρείο του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης.

**Αποτελέσματα:** Συμμετείχαν 23 ασθενείς με διάγνωση κοιλιοκάκης, 4 άνδρες και 19 γυναίκες, μέσο όρου ηλικίας 50,3 ετών (31-77). Από αυτούς, 11 διαγνώστηκαν και τέθηκαν σε δίαιτα άνευ γλουτένης πρόσφατα (<1 έτος), ενώ οι υπόλοιποι 12 ευρίσκονταν σε δίαιτα άνευ γλουτένης για διάστημα >1 έτους. Στο 100% των ασθενών με δίαιτα χωρίς γλουτένη > 1 έτος ο ορολογικός επανέλεγχος με αντισώματα έναντι της ιστικής τρανσγλουταμίνωσης (anti-tTG) βρέθηκε αρνητικός. Εξ αυτών, ενδοσκοπικά ευρήματα κοιλιοκάκης (επιδείωση εντερικών λαχνών, εικόνα μωσαϊκού, εικόνα οδοντωτής παρυφής) επανελέγχθηκαν στο 66,6% (8/12) των περιπτώσεων (ασθενείς με <1 έτος δίαιτα: 11/11, p=0.035). Η εντόπιση των βλαβών ήταν σε δωδεκαδάκτυλο και νήστιδα σε 4/12 (ασθενείς με <1 έτος δίαιτα: 2/11, p=0.408), μόνο στο δωδεκαδάκτυλο σε 3/12 (ασθενείς με <1 έτος δίαιτα: 7/11, p=0.062), ενώ μόνο στη νήστιδα σε 1/12 ασθενείς (ασθενείς με <1 έτος δίαιτα: 0/11, p=0.328).

**Συμπεράσματα:** Σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών, που βρίσκονται σε δίαιτα χωρίς γλουτένη για διάρκεια μεγαλύτερη του ενός έτους, η εντεροσκόπηση με βιντεοκάψουλα είναι ενδεικτική της μη ενδοσκοπικής ύφεσης της νόσου.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):23

## ΕΑΑ02

## ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΚΤΡΕΟΤΙΔΗΣ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΟΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ

Χλωράκης Γ.<sup>1</sup>, Κουκούση Κ.<sup>1</sup>, Παπατζέλου Ι.<sup>1</sup>, Παναγιώτου Σ.<sup>1</sup>, Τσαβδάρη Σ.<sup>1</sup>, Θεοδώρα Ε.<sup>1</sup>, Κουτρομπάκης Ι.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «ΠΑΓΗΝΗ»

**Εισαγωγή:** Οι αγγειοδυσπλασίες λεπτού εντέρου αποτελούν μία σημαντική αιτία αιμορραγίας πεπτικού.

**Σκοπός:** Ο έλεγχος αποτελεσματικότητας Οκτρεοτίδης μακράς διάρκειας δράσης σε ασθενείς με αιμορραγία πεπτικού λόγω αγγειοδυσπλασιών λεπτού εντέρου.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 11 ασθενείς με αγγειοδυσπλασίες λεπτού εντέρου που αντιμετωπίστηκαν με Οκτρεοτίδη μακράς διάρκειας δράσης σε δόση 30 mg, μηνιαίως, σε υποδόρια έγχυση. Έγινε σύγκριση του αριθμού μεταγγίσεων και της μέσης τιμής αιμοσφαιρίνης με t-test, πριν και μετά τη θεραπεία.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά, μελετήθηκαν 6 άνδρες και 5 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας 76 έτη και βαθμό συννοσηρότητας βάσει του Charlson Comorbidity Index 6. Όλοι οι ασθενείς είχαν αγγειοδυσπλασίες λεπτού εντέρου, 4 είχαν ταυτόχρονα στο παχύ έντερο και 1 στο στομάχι. Η διάγνωση ετέθη με ενδοσκοπική κάψουλα σε 8 και εντεροσκόπηση σε 3. Μέση παρακολούθηση 12 μήνες. Η συχνότερη εκδήλωση της αιμορραγίας ήταν η αιματοχέσια (54.5%). Η μέση τιμή της αιμοσφαιρίνης εμφάνισε αύξηση κατά μέσο όρο 1.5 g/dl, με στατιστικά σημαντική διαφορά (p-value=0.002, 95% CI 2-0.9), έπειτα από μέσο όρο 5 δόσεων και μέση διάρκεια θεραπείας 5 μήνες (IQR 8-2). Οι ανάγκες σε μεταγγίσεις μειώθηκαν κατά 6 ΜΣΕ (p=0.001, 95% CI 4.4-7.6). Πλήρη ανταπόκριση, οριζόμενη ως μη-επανεμφάνιση αιμορραγίας, εμφάνισαν 7 ασθενείς (63.6%), μερική ανταπόκριση 3 ασθενείς και 1 ασθενής δεν ανταποκρίθηκε και αντιμετωπίστηκε με APC μέσω double-balloon. Ανεπιθύμητες ενέργειες: υποθυρεοειδισμός σε 1 ασθενή.

**Συμπεράσματα:** Η Οκτρεοτίδη μακράς διάρκειας δράσης, σε δόση 30 mg, υποδορίως, σε μηνιαία δόση, φαίνεται να είναι αποτελεσματική σε αιμορραγία πεπτικού λόγω αγγειοδυσπλασιών λεπτού εντέρου με μείωση των αναγκών σε μεταγγίσεις.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):23

## ΕΑΑ04

## ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Γερασιμάτος Γ.<sup>1</sup>, Παναγάκη Α.<sup>1</sup>, Αγγελόπουλος Γ.<sup>1</sup>, Γεροδημητρίου Β.<sup>1</sup>, Τζιάτζιος Γ.<sup>1</sup>, Γκολφάκης Π.<sup>1</sup>, Γιαννακόπουλος Α.<sup>1</sup>, Μάθου Ν.<sup>1</sup>, Παρασκευά Κ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα & Μονάδα Ενδοσκοπήσεων, «Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων», Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η κοιλιοκάκη, μία χρόνια αυτοάνοση εντεροπάθεια που προκαλείται από την έκθεση στη γλουτένη σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα, χαρακτηρίζεται από ευρύ κλινικό φάσμα συχνά με πολυσυστηματική συμμετοχή. Στα συμπτώματα από το γεννητικό σύστημα περιλαμβάνονται καθυστερημένη εμμηναρχή, πρόωμη εμμηνόπαυση, διαταραχές γονιμότητας, αποβολές, προωρότητα.

**Σκοπός:** Να μελετηθεί η επίδραση της κοιλιοκάκης στη γονιμότητα σε γυναίκες ελληνικό πληθυσμό.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Αναδρομική ανασκόπηση του συνόλου των φακέλων ασθενών από το ειδικό ιατρείο κοιλιοκάκης του νοσοκομείου μας.

**Αποτελέσματα:** Ανασκοπήθηκαν ιστορικά από 231 γυναίκες ασθενείς (ποσοστό 69% επί του συνόλου των ασθενών) με μέσο όρο ηλικίας τα 44,3 έτη και μέσο όρο ηλικίας διάγνωσης τα 35,3 έτη. Η μέση ηλικία έναρξης εμμήνου ρύσεως είναι τα 12,7 έτη. Διαταραχές εμμήνου ρύσεως αναφέρεται στο 27% (20% αστάθεια, 7% δυσμηνόρροια). Σε εμμηνόπαυση βρίσκεται ποσοστό 28% (65/231), με μέσο όρο ηλικίας εμμηνόπαυσης τα 50,7 έτη. Ιστορικό αποβολών καταγράφεται σε 15% του συνόλου των γυναικών (35/231), αλλά σε 29% των γυναικών σε εμμηνόπαυση (19/65). Ποσοστό 82% (53/65) των γυναικών σε εμμηνόπαυση τεκνοποίησαν, με ποσοστό 98% (52/53) να κυοφορούν πριν την διάγνωση της νόσου. Στο σύνολο των γυναικών που τεκνοποίησαν μόνο 12/113 (11%) είχαν διαγνωστεί πριν κυοφορήσουν. 56% (63/113) και 44% (50/113) γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και καισαρική τομή αντίστοιχα. Επιπλοκές της κύησης καταγράφονται σε 24 γυναίκες (18 προωρότητα, 15 λιποβαρή νεογνά, 1 ενδομήτριοις θάνατος).

**Συμπεράσματα:** Οι γυναίκες ασθενείς με κοιλιοκάκη παρουσιάζουν σχετικά καθυστερημένη εμμηναρχή και αυξημένο ποσοστό αποβολών. Εντούτοις, η νόσος δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη γονιμότητα.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):23







## ΕΑΑ13

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΣΩ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ**

Κόγιας Δ., Καφαλής Ν., Κουκλάκης Γ.

Α΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή:** Πρόκειται για μια μοναδική περίπτωση αναστροφής γαστροσκόπησης πριν από την τοποθέτηση γαστροστομίας σε ασθενή με δυσφαγία και στένωση οισοφάγου.

**Περιστατικό:** Γυναίκα 69 ετών παρουσιάστηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω σοβαρής δυσφαγίας σε στερεά και υγρά που επιδεινώθηκε προοδευτικά από τριμήνου. Ανέφερε σιελόρροια και πλήρη αδυναμία κατάποσης υγρών και στερεών από 5ημέρου. Διενεργήθηκε γαστροσκόπηση όπου δεν κατέστη δυνατή η διέλευση από τον ανώτερο οισοφαγικό σφικτήρα. Έγινε έναρξη παρεντερικής διατροφής και διενεργήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, σπλαχνικού κρανίου και τραχήλου όπου δεν ανέδειξε παθολογικά Προγραμματίστηκε χειρουργική γαστροστομία. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης, επιχειρήθηκε διαγνωστική αναστροφή γαστροσκόπηση μέσω της τομής του στομάχου (Εικόνα 1), έπειτα επιτυχής διέλευση από τον κατώτερο οισοφαγικό σφικτήρα (Εικόνα 2-4), τον οισοφάγο, έως το σημείο της στένωσης (Εικόνα 5), όπου ελήφθησαν βιοψίες και πραγματοποιήθηκε διαστολή με την πίεση του ενδοσκοπίου (Εικόνα 6). Κατά την ολοκλήρωση της ενδοσκόπησης παρατηρήθηκε ο ενδοτραχειακός σωλήνας στον υποφάρυγγα (Εικόνα 7). Το αποτέλεσμα των βιοψιών ανέδειξαν καλοήγητη στένωση του ανώτερου οισοφαγικού σφικτήρα. Στο follow up ένα χρόνο αργότερα, η ασθενής αναφέρει λειτουργική κατάποση.



Εικόνα 1. Χειρουργική τομή στομάχου.



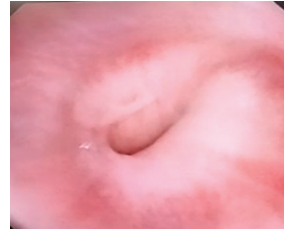
Εικόνα 2. Ενδοσκόπηση στομάχου: αριστερά ο κατώτερος οισοφαγικός σφικτήρας, δεξιά η χειρουργική τομή.



Εικόνα 3. Αριστερά ο κατώτερος οισοφαγικός σφικτήρας, δεξιά fundi gland.



Εικόνα 4. Κατώτερος οισοφαγικός σφικτήρας.



Εικόνα 5. Στένωση ανώτερου οισοφαγικού σφικτήρα, λευκή απεικόνιση του βλεννογόνου.



## ΕΑΑ14

**ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΘΟΛΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑ DOR ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΥΟΤΟΜΗ ΚΑΤΑ HELLER ΛΟΓΩ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ**Σάλιαρης Κ.<sup>2</sup>, Κατσιλά Σ.<sup>1</sup>, Τριανταφύλλου Τ.<sup>2</sup>, Κίτσου Ε.<sup>2</sup>, Κακούνης Κ.<sup>1</sup>, Καρικής Ι.<sup>2</sup>, Πάχος Ν.<sup>2</sup>, Βάρσος Π.<sup>2</sup>, Ξηρομερίτου Β.<sup>1</sup>, Θεοδώρου Δ.<sup>2</sup><sup>1</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, <sup>2</sup> Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, ΕΚΠΑ

**Εισαγωγή:** Η μυοτομή κατά Heller συνδυασμένη με θολοπλαστική κατά Dor αποτελεί θεραπεία εκλογής για την αχαλασία. "3 stitch" τροποποιημένη θολοπλαστική κατά Dor είναι μία απλή και εύκολη εναλλακτική λύση της παραδοσιακής Dor. Σε αυτή τη μελέτη παρουσιάζουμε την εμπειρία του τμήματός μας με τη χρήση της τροποποιημένης τεχνικής της θολοπλαστικής σε μία σειρά διαδοχικών ασθενών με αχαλασία.

**Μέθοδος:** Έγινε συλλογή δεδομένων από ασθενείς που χειρουργήθηκαν για αχαλασία. Όλοι οι ασθενείς είχαν μανομετρική επιβεβαίωση της διάγνωσης και χειρουργήθηκαν από την ίδια χειρουργική ομάδα. Συλλέχθηκαν δεδομένα σχετικά με τις προεγχειρητικές βαθμολογίες αξιολόγησης Eckardt, GERD και Ποιότητας Ζωής.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 118 ασθενείς υποβλήθηκαν σε μυοτομή κατά Heller και τροποποιημένη θολοπλαστική κατά Dor από 01/2014 έως 12/2020. Από αυτούς οι 97 ολοκλήρωσαν τα ραντεβού παρακολούθησης. Η διάμεση τιμή παρακολούθησης ήταν 72 μήνες (28-120). 97% των ασθενών ανέφεραν θετική επιρροή της επέμβασης στην ποιότητα ζωής τους και δεν μετάνιωσαν το χειρουργείο. 7/97 (7,2%) είχαν παθολογικό Eckardt score και 5/97 (5,2%) είχαν παθολογικό GERD score.

**Συμπεράσματα:** Η "3 stitch" τροποποιημένη θολοπλαστική κατά Dor μετά από μυοτομή κατά Heller είναι μία ασφαλής και με υψηλή αποτελεσματικότητα χειρουργική μέθοδος για την αντιμετώπιση της αχαλασίας. Η μακροχρόνια παρακολούθηση υποδεικνύει σημαντική και μεγάλης διάρκειας βελτίωση στη ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών, με πολύ χαμηλή υποτροπή των συμπτωμάτων τους. Πλέον αναμένονται αποτελέσματα από τις αντικειμενικές εξετάσεις (Μανομετρία Υψηλής Ανάλυσης και 24ωρη πεχαμετρία-εμπέδηση).

## ΕΑΑ15

**ΒENRALIZUMAB ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΣΤΙΣ ΣΥΜΒΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ**Πετρούσης Γ.<sup>1</sup>, Ρέτσας Π.<sup>2</sup>, Ιγκνάτοβα Σ.<sup>3</sup>, Καραπιπέρης Δ.<sup>1</sup><sup>1</sup> Τομέας Εσωτερικής Παθολογίας, Τμήμα Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας, Νοσοκομείο Βρίννεβι, Νορσέπινγκ, Σουηδία, <sup>2</sup> Τομέας Εσωτερικής Παθολογίας, Τμήμα Αλλεργιολογίας, Νοσοκομείο Βρίννεβι, Νορσέπινγκ, Σουηδία, <sup>3</sup> Τομέας Παθολογικής Ανατομίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λινσέπινγκ, Λινσέπινγκ, Σουηδία

**Εισαγωγή:** Η Ηωσινοφιλική Οισοφαγίτιδα (ΗΟ) αποτελεί ανοσοεπαγόμενο νόσημα, που χαρακτηρίζεται από ενδοεπιθηλιακή ηωσινοφιλική διήθηση του οισοφάγου. Ασθενείς με ΗΟ εμφανίζουν χαρακτηριστική κλινική συμπτωματολογία, προοδευτικά επιδεινούμενη με την πάροδο των ετών, καθώς και συγκεκριμένα ενδοσκοπικά και ιστοπαθολογικά ευρήματα. Χωρίς θεραπευτική παρέμβαση, η ΗΟ μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη ινώδους ιστού, επιδεινώνοντας τη συμπτωματολογία και επηρεάζοντας δραστικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

**Σκοπός:** Παρά την αυξημένη επίπτωση της ΗΟ παγκοσμίως, οι διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές παραμένουν περιορισμένες, περιλαμβάνοντας τη χρήση αναστολέων αντλίας πρωτονίων, τοπικά δρώντων κορτικοστεροειδών και διαιτητικών περιορισμών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού, ασθενούς με ΗΟ, ανθεκτική στη συμβατική θεραπεία, που παρουσίασε κλινική και ιστολογική ύφεση, κατόπιν χορήγησης benralizumab.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Το περιστατικό αφορά μία 47χρονη ασθενή, με ιστορικό γενικευμένων ατοπικών αντιδράσεων και αλλεργικού άσθματος, η οποία υποβλήθηκε σε γαστροσκόπηση λόγω δυσφαγίας και διαγνώστηκε με ΗΟ. Κατόπιν αποτυχημένων προσπαθειών, επί δύο έτη με επαναλαμβανόμενες θεραπείες τοπικών κορτικοστεροειδών και συνεχή χρήση PPI, αποφασίστηκε έπειτα από διεπιστημονική συνεδρίαση με τον θεράπων αλλεργιολόγο, η χορήγηση υποδόριου benralizumab. Η ασθενής παρουσίασε σταδιακή βελτίωση του άσθματος, εξαφάνιση της δυσφαγίας και ιστολογική ύφεση σε δύο διαδοχικές γαστροσκοπήσεις, 3 μήνες και 1 χρόνο μετά την έναρξη της αγωγής. Μέχρι σήμερα παραμένει σε κλινική και ιστολογική ύφεση.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Η επιλογή της θεραπείας για την ασθενή βασίστηκε σε εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση, και δεδομένα που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα του benralizumab τόσο στη διαχείριση του αλλεργικού άσθματος, όσο και στην επαγωγή κλινικής και ιστολογικής ύφεσης ασθενών με ΗΟ. Η διττή αυτή δράση του benralizumab, μπορεί μελλοντικά να αποτελέσει εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση για ασθενείς με ΗΟ.

## EAA16

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΙΡΣΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ ΜΕ ΕΓΧΥΣΗ ΙΣΤΙΚΗΣ ΚΟΛΛΑΣ (ΚΥΑΝΟΑΚΡΥΛΑΤΕ)**

Σωτηρόπουλος Χ., Κωνσταντάκης Χ., Διαμαντοπούλου Γ., Αμπαζής Ο., Θεοχάρης Γ., Τριάντος Χ., Θωμόπουλος Κ.

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

**Εισαγωγή:** Η αιμορραγία έκτοπου κίρσου είναι σπάνια (1–5% όλων των κίρσων αιμορραγιών), αλλά θανατηφόρα (ποσοστό θνησιμότητας έως και 40%). Οι αναστομωτικοί κίρσοι εμφανίζονται στο 27–50% των ασθενών με πυλαία υπέρταση και προϋπάρχουσα στομία. Οι θεραπευτικές επιλογές ποικίλλουν, αν και δεν είναι σαφώς καθορισμένες λόγω της χαμηλής επίπτωσης.<sup>1-6</sup>

**Περιγραφή περιστατικού:** Γυναίκα ασθενής 48 ετών, με ιστορικό χειρουργικής επέμβασης γαστρικής παράκαμψης (για νοσογόνο παχυσαρκία) και πυλαία υπέρταση λόγω μετεγχειρητικής θρόμβωσης της πυλαίας φλέβας, διακομίσθηκε στο τμήμα επείγουσων περιστατικών μετά από 3 επεισόδια αιματέμεσης και 1 επεισόδιο μέλαινας κένωσης. Η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά ασταθής (BP: 78/51 mmHg, HR: 121/min) με έντονη ευαισθησία στο επιγάστριο. Οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν σημαντική πτώση του αιματοκρίτη (Hct: 19,6%, Hb: 6,5 g/dL). Η ασθενής υποστηρίχθηκε αμέσως με ενδοφλέβια υγρά και μεταγγίσεις και μετά από σταθεροποίηση υποβλήθηκε σε επείγουσα γαστροσκόπηση που αποκάλυψε αιμορραγία αναστομωτικού κίρσου (Εικόνα Α/Β, κίτρινα βέλη) η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με έγχυση ιστικής κόλλας (Εικόνα Γ). Δεν παρατηρήθηκε καμία άμεση ή όψιμη επιπλοκή και στην παρακολούθηση 6 μήνες αργότερα η ασθενής υποβλήθηκε σε επαναληπτική γαστροσκόπηση χωρίς στίγματα αιμορραγίας (Εικόνα Δ).

**Συμπεράσματα:** Οι έκτοποι αναστομωτικοί κίρσοι αποτελούν κλινική πρόκληση. Καθώς δεν υπάρχουν γενικές κατευθυντήριες γραμμές διαχείρισης, η θεραπεία των αιμορραγούντων αναστομωτικών κίρσων θα πρέπει να εξατομικεύεται ανά περίπτωση και θα πρέπει να επιχειρούνται ενδοσκοπικές παρεμβάσεις πριν από ακτινολογικές ή χειρουργικές παρεμβάσεις.

**Βιβλιογραφικές αναφορές**

- Flynn K, Chung K, Brooke T, Keung J. Ectopic variceal bleeding from chronic superior mesenteric vein thrombosis after hemorrhagic pancreatitis. *Clin Case Rep* 2022, 10(4):e05731, doi: 10.1002/ccr3.5731
- Kopel J, Baucom R, Campbell S, Brower GL. Parastomal Varices with Recurrent Bleeding in the Absence of Liver Cirrhosis. *Case Rep Gastrointest Med* 2020; 2020:2653848, doi: 10.1155/2020/2653848.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):27

## EAA17

**ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΩΝ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ**

Γεωργόπουλος Η., Μπραϊμάκης Α., Ανδρικόπουλος Ε., Κουτρούμη Μ.-Θ., Χέρας Π

Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος παγκρέατος (ΚΠ) θεωρείται ψυχοσωματική νόσος. Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και η συσχέτισή τους με τον ΚΠ καταλαμβάνουν σημαντικό μερίδιο στο ερευνητικό πεδίο.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να δείξει ότι έχει σημασία η υποκειμενική και όχι η γενική-εκτίμηση των στρεσογόνων γεγονότων της ζωής και κλινικής εκδήλωσης του ΚΠ και συγκεκριμένα του πόνου (αναφερόμενη ένταση του πόνου).

**Ασθενείς και Μέθοδοι:** Το υλικό της μελέτης είναι 36 ασθενείς με γνωστό ΚΠ: 21 άνδρες και 15 γυναίκες. Η ηλικία κυμαίνονταν από 38-65 έτη. Η εκτίμηση της αναφερόμενης έντασης του πόνου (ΑΕΠ) έγινε σε μία κλίμακα από 0-20. Χορηγήθηκαν σε επίσης 2 τροποποιημένα ερωτηματολόγια, όσον αφορά τον τρόπο ερώτησης σεβόμενοι την βασική δομή των γεγονότων ζωής των κλιμάκων Holmes και Rahe. Στο πρώτο, ερωτάτο ο ασθενής αν το γεγονός που του συνέβη το τελευταίο έτος ήταν θετικό ή αρνητικό για τον ίδιο, και στο δεύτερο ερωτάτο ο βαθμός σημαντικότητας του γεγονότος. Η τροποποίηση αυτή έγινε προκειμένου να ερευνηθεί ο προσωπικός αντίκτυπος του κάθε γεγονότος στον ασθενή.

**Αποτελέσματα:** Η ΑΕΠ έχει αρνητική συσχέτιση με την τιμή της κλίμακας στρεσογόνων γεγονότων ζωής των Holmes και Rahe ( $p < 0,004$ ). Θετική συσχέτιση έχει η ΑΕΠ με την τιμή των στρεσογόνων γεγονότων ζωής που βιώθηκαν θετικά από τον ασθενή ( $p = 0,002$ ). Επίσης θετική συσχέτιση έχει η ΑΕΠ με την τιμή στρεσογόνων γεγονότων της ζωής που βιώθηκαν ως αρνητικά ( $p < 0,02$ ).

**Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά φαίνεται ότι δεν έχουν σχέση όλα γενικώς τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής με την εμφάνιση του ΚΠ, αλλά κάποια εξ' αυτών που έχουν υποκειμενική σημαντικότητα για το ίδιο το άτομο.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):27

- Sharma B, Raina S, Sharma R. Bleeding ectopic varices as the first manifestation of portal hypertension. *Case Reports Hepatol* 2014;2014:140959, doi: 10.1155/2014/140959.
- Ayoobi Yazdi N, Aletaha N, Mehrabinejad MM, Zare Dehnavi A, Rokni Yazdi H. Intractable parastomal bleeding in a portal hypertensive patient managed by direct sclerotherapy: a case report. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench* 2020 Winter;13(1):90-94
- Wang L, Zhou JL, Yang N, Zhang GN, Lu JY, Xiao Y, Qiu HZ. Ectopic variceal bleeding from colonic stoma: two case reports. *Medicine (Baltimore)* 2015; 94(2):e406, doi: 10.1097/MD.0000000000000406
- Park SW, Cho E, Jun CH, Choi SK, Kim HS, Park CH, Rew JS, Cho SB, Kim HJ, Han M, Cho KM. Upper gastrointestinal ectopic variceal bleeding treated with various endoscopic modalities: Case reports and literature review. *Medicine (Baltimore)* 2017;96(1):e5860, doi: 10.1097/MD.0000000000005860

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):27

## EAA18

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΠΕΠΤΙΚΟΥ**

Γεωργόπουλος Η., Μπραϊμάκης Α., Ανδρικόπουλος Ε., Κουτρούμη Μ.-Θ., Χέρας Π.

Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

**Εισαγωγή:** Η αλματώδης πρόοδος της ενδοσκόπησης του πεπτικού συστήματος καθιστά τον χρήστη υπηρεσιών υγείας ακόμη πιο απαιτητικό απέναντι στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Η ικανοποίηση των χρηστών αναγνωρίζεται ως ένας από τους σημαντικότερους και εγκυρότερους δείκτες αξιολόγησης και καθορισμού της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών/χρηστών που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση πεπτικού (γαστροσκόπηση, κολonosκόπηση, ορθοσιγμοειδοσκόπηση, ERCP και ενδοσκοπική κάψουλα) από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας. Απώτερος σκοπός της μελέτης είναι ο εντοπισμός των κενών στις ενδοσκοπικές μονάδες και η διατύπωση προτάσεων στο εκάστοτε νοσοκομείο προς βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Το δείγμα της μελέτης μας αποτέλεσαν 390 συμμετέχοντες που υποβλήθηκαν το χρονικό διάστημα Μάρτιος-Απρίλιος-Μάιος 2023. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα πιστοποιημένο ερωτηματολόγιο της Αμερικανικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας αποτελούμενο από 27 προτάσεις βαθμονομημένες σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert και 3 ανοιχτές ερωτήσεις. Επιπλέον χρησιμοποιήθηκε ένα έντυπο δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών δημιουργηθέν για τις ανάγκες της μελέτης.

**Αποτελέσματα:** Το σύνολο των ασθενών δήλωσε υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Οι τομείς που ικανοποίησαν λιγότερο ήταν ο χρόνος αναμονής στην ενδοσκοπική μονάδα την ημέρα της εξέτασης και ο χρόνος που μεσολάβησε από τον προγραμματισμό του ραντεβού μέχρι και την ημερομηνία της εξέτασης. Επιπλέον ήρθε στην επιφάνεια το θέμα της πληροφωρημένης συναίνεσης των ασθενών. Ένα μεγάλο μέρος των ασθενών που ενημερώθηκαν από νοσηλεύτη, ενημερωτικό φυλλάδιο, που τους δόθηκε στο Νοσοκομείο ή από ιατρό διαφορετικής ειδικότητας δήλωσαν λιγότερο ικανοποιημένοι.

**Συμπεράσματα:** Απαιτείται προσπάθεια για μείωση του χρόνου αναμονής έως την ενδοσκοπική εξέταση. Ιδιαίτερη βαρύτητα πρέπει να δοθεί στην πληροφωρημένη συναίνεση των ασθενών που πρέπει να ενημερώνονται πλήρως από τον ενδοσκόπο, ο οποίος θα εκτελέσει την διαδικασία.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):27

## ΕΑΑ19

**ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΟΛΙΚΟΥ ΠΑΧΟΥΣ (EFTR) ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ (rNET): Η ΝΕΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΚΛΟΓΗΣ;**

Σταθόπουλος Π.<sup>1</sup>, Wannhoff A.<sup>2</sup>, Zumblick M.<sup>1</sup>, Rinke A.<sup>1</sup>, Gress T.<sup>1</sup>, Denkert C.<sup>3</sup>, Casa K.<sup>2</sup>, Denzer U.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Marburg, Γερμανία, <sup>2</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο RKH Ludwigsburg, Γερμανία, <sup>3</sup> Ινστιτούτο Παθολογοανατομικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Marburg, Γερμανία

**Εισαγωγή:** Οι rNET διηθούν σχεδόν πάντα τον υποβλεννογόνο, ώστε οι συμβατικές τεχνικές πολυεκτομής (εκτομή με λαβίδα βιοψίας, ενδοσκοπική βλεννογονεκτομή (EMR)) να οδηγούν συχνά σε ατελή αφαίρεση. Γι' αυτό οι ευρωπαϊκές οδηγίες συνιστούν την τροποποιημένη EMR, την ενδοσκοπική υποβλεννογονία εκτομή ή τη διορθική ενδοσκοπική μικροχειρουργική με ένδειξη rNET. Τα δεδομένα σχετικά με την eFTR είναι ακόμα περιορισμένα.

**Σκοπός:** Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της eFTR στη θεραπεία των rNETs.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Αναδρομική μελέτη της διάρκειας, της πληρότητας της εκτομής, του ποσοστού επιπλοκών και υποτροπής των επεμβάσεων eFTR για rNETs που πραγματοποιήθηκαν σε δύο κέντρα αναφοράς της Γερμανίας από 02/2016-09/2024. Η συσκευή FTRD χρησιμοποιήθηκε για όλες τις eFTR.

**Αποτελέσματα:** 30 ασθενείς υποβλήθηκαν σε eFTR με ένδειξη rNET στα δύο κέντρα, εκ των οποίων 17 με προηγούμενη ατελή/μη ελεγχόμενη αφαίρεση (R1/Rx). Σε 11/17 περιπτώσεις, η ιστολογική δεν έδειξε υπόλειμμα του προ-διαγνωσμένου rNET. Στις υπόλοιπες 19/30 περιπτώσεις, το ποσοστό πλήρους εκτομής ήταν 94,7% (18/19). Πλην ενός, όλοι οι όγκοι με καλή διαφοροποίηση (G1). Το διάμεσο μέγεθος του όγκου ήταν 5 mm (2-12). Ο διάμεσος χρόνος της επέμβασης ήταν 26 λεπτά (13-63). Εκτός από 2 ήπιες αυτοπεριοριζόμενες αιμορραγίες (6,7%), δεν εμφανίστηκαν σοβαρές επιπλοκές. Μετά από μια διάμεση περίοδο παρακολούθησης 12,5 μηνών (2-71), η επαναληπτική ενδοσκόπηση δεν αποκάλυψε τοπική υποτροπή (0%).

**Συμπεράσματα:** Η eFTR είναι μια ασφαλής, γρήγορη και αποτελεσματική τεχνική για την αφαίρεση των rNETs, με το πλεονέκτημα της χρονικά σύντομης επέμβασης συγκριτικά με άλλες προηγμένες ενδοσκοπικές τεχνικές. Ωστόσο, συγκριτικές, κατά προτίμηση προοπτικές μελέτες θα πρέπει να υποδείξουν την καταλληλότερη ενδοσκοπική τεχνική.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):28

**Table 1.** Δημογραφικά και Κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών στους οποίους διενεργήθηκε ERCP για καρκίνο κεφαλής παγκρέατος και χοληδοχολιθίαση (2022-2024) (N = 300).

Factor		
Age (years)		
Mean (SD)	66.6 (9.8)	
Median (25th-75th percentile)	66 (61-76)	
Gender, n (%)		
Female	129 (43.0)	
Male	171 (57.0)	
Condition, n (%)		
Cancer	150 (50.0)	
Choledocholithiasis	150 (50.0)	
Precut, n (%)		
No	230 (76.7)	
Yes	70 (23.3)	

**Table 2.** Determinants of Precut during ERCP: Comparison between Locally Advanced Pancreatic Head Cancer and Choledocholithiasis.

Factor	Crude Odds Ratio (95% CI)	p-value	Adjusted Odds Ratio (95% CI)	p-value
Age (years)	1.02 (0.99-1.05)	0.206	1.02 (0.99-1.05)	0.274
Gender, n (%)				
Female	Ref.		Ref.	
Male	1.27 (0.73-2.19)	0.393	1.28 (0.73-2.26)	0.391
Condition, n (%)				
Cancer	Ref.		Ref.	
Choledocholithiasis	0.28 (0.16-0.51)	<0.001	0.28 (0.16-0.51)	<0.001

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):28

## ΕΑΑ20

**Η ΑΝΑΓΚΗ ΧΡΗΣΗΣ ΘΗΛΟΤΟΜΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΠÓΡΟΥ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΠÓΡΟΥ (PRECUT) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΟΛΗΔΟΧΟΛΙΘΙΑΣΗ ΚΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΕΦΑΛΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ**

Κοντός Α.<sup>1</sup>, Κυπραίος Δ.<sup>1</sup>, Τζιωρτζιώτης Ι.<sup>1</sup>, Παπακωνσταντίνου Φ.<sup>1</sup>, Τσαμακίδης Ξ.<sup>1</sup>, Μιχαηλίδου Σ.<sup>1</sup>, Γιαννακόπουλος Β.<sup>1</sup>, Αλ-Ουντάτ Μ.<sup>1</sup>, Δημητρουλόπουλος Δ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική κλινική, ΓΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας»

**Εισαγωγή:** Η θηλοτομή με μαχαιρίδιο για τον καθετηριασμό του χοληδόχου πόρου χρησιμοποιείται συχνά όταν υπάρχει δυσκολία καθετηριασμού με σφιγκτηροτόμο.

**Σκοπός:** Η σύγκριση των ποσοστών precut σε δύο ομάδες ασθενών με διαφορετική νόσο (καρκίνος κεφαλής παγκρέατος έναντι χοληδοχολιθίαση) ώστε να καταστεί σαφές αν η υποκείμενη νόσος συσχετίζεται με την ανάγκη θηλοτομής.

**Υλικό και Μέθοδος:** Συγκρίναμε 150 ασθενείς με χοληδοχολιθίαση με 150 ασθενείς με καρκίνο κεφαλής παγκρέατος (με παρόμοια χαρακτηριστικά όγκων και χωρίς διήθηση του φύματος ή του δωδεκαδακτύλου) που χρειάστηκαν ERCP. Όλες οι επεμβάσεις διενεργήθηκαν από τον ίδιο ενδοσκόπο, στο ίδιο κέντρο. Καταγράφηκαν οι παράμετροι των ασθενών κάθε ομάδας και αν διεργήθηκε ή όχι θηλοτομή και στη συνέχεια πολυπαραγοντική ανάλυση για τη διερεύνηση συσχέτισης.

**Αποτελέσματα:** Από τους ασθενείς με χοληδοχολιθίαση, οι 19 ασθενείς χρειάστηκαν precut ενώ από τους ασθενείς με καρκίνο παγκρέατος, οι 51 ασθενείς χρειάστηκαν precut. Στους υπόλοιπους ασθενείς των δύο ομάδων ο καθετηριασμός του χοληδόχου πόρου επιτεύχθηκε με σφιγκτηροτόμο και οδηγό σύρμα. Οι ασθενείς με χοληδοχολιθίαση ήταν σημαντικά λιγότερο πιθανό να χρειαστούν θηλοτομή σε σύγκριση με αυτούς με καρκίνο κεφαλής παγκρέατος (adjusted OR: 0.28, 95% CI: 0.16-0.51, p<0.001) προσαρμοζόμενο στις παραμέτρους ηλικίας και φύλου. Αυτό υποδεικνύει ότι οι πιθανότητες ανάγκης precut στη χοληδοχολιθίαση είναι περίπου 72% μικρότερη από ότι στον καρκίνο κεφαλής παγκρέατος. Η ισχυρή αυτή συσχέτιση μπορεί να αποδοθεί σε ανατομικές αλλαγές και τεχνικές δυσκολίες.

**Συμπεράσματα:** Από τη μελέτη μας φαίνεται ότι η ανάγκη θηλοτομής είναι αρκετά συχνότερη σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής παγκρέατος, που υποδεικνύει την ανάγκη βέλτιστης γνώσης της τεχνικής της θηλοτομής πριν την εμπλοκή με την ERCP στους ασθενείς αυτούς.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):28

## ΕΑΑ21

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΜΕ ΚΑΨΟΥΛΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Βιάζης Ν.<sup>1</sup>, Χριστοδούλου Δ.<sup>2</sup>, Παπαστεργίου Β.<sup>1</sup>, Μουσουράκης Κ.<sup>1</sup>, Κοζομπόλη Δ.<sup>1</sup>, Στασινός Ι.<sup>3</sup>, Δημοπούλου Κ.<sup>3</sup>, Αποστολόπουλος Π.<sup>3</sup>, Φουσεκής Φ.<sup>2</sup>, Λιάτσος Χ.<sup>4</sup>, Κυριάκος Ν.<sup>4</sup>, Αργυρόπουλος Θ.<sup>5</sup>, Τριμπόνας Γ.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική» Αθήνα, <sup>2</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, <sup>3</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, Αθήνα, <sup>4</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, 401 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Αθήνα, <sup>5</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Ερυθρός Σταυρός», Αθήνα

**Σκοπός:** Να διερευνήσουμε τη διαγνωστική ακρίβεια και την αποτελεσματικότητα της ενδοσκόπησης με κάψουλα λεπτού εντέρου (ΚΛΛ) σε ασθενείς με αιμορραγία λεπτού εντέρου (ΑΛΛ) που λαμβάνουν αντιθρομβωτική αγωγή

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πολυκεντρική αναδρομική ανάλυση δεδομένων που συλλέγησαν προοπτικά από όλους τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΚΛΛ για τη διερεύνηση ΑΛΛ από το Μάρτιο του 2003 έως τον Ιούνιο του 2023. Ως διαγνωστική ακρίβεια της ΚΛΛ ορίστηκε η ανίχνευση θετικών ευρημάτων που θα μπορούσαν να εξηγήσουν την αιτία της αιμορραγίας του ασθενούς. Ως επανααιμορραγία ορίστηκε η παρουσία νέας αιμορραγίας μέσα σε 1 χρόνο από το αιμορραγικό επεισόδιο αναφοράς.

**Αποτελέσματα:** Κατά τη διάρκεια της περιόδου καταγραφής, 8401 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ΚΛΛ για τη διερεύνηση ΑΛΛ. Αιμορραγικές εστίες αναδείχθηκαν σε 1103 από τους 2535 ασθενείς που ελάμβαναν αντιθρομβωτική αγωγή (43.5%) σε σύγκριση με τους 1113 από τους 5866 ασθενείς που δεν ελάμβαναν αντιθρομβωτική αγωγή (18.9%) [p<0.00001]. Μετά την ΚΛΛ, θεραπευτική παρέμβαση ήταν εφικτή σε 390 από τους 2216 ασθενείς στους οποίους αναδείχθηκε αιμορραγική εστία (17.5%). Επαναιμορραγία παρατηρήθηκε σε 927 από τους ασθενείς που ελάμβαναν αντιθρομβωτική αγωγή (36.5%) σε σύγκριση με τους 795 ασθενείς που δεν ελάμβαναν τη συγκεκριμένη αγωγή (13.5%) [p<0.00001]. Συμπεράσματα: Τόσο η διαγνωστική ακρίβεια της ΚΛΛ όσο και τα ποσοστά επανααιμορραγίας είναι υψηλότερα σε ασθενείς με ΑΛΛ που λαμβάνουν αντιθρομβωτική αγωγή. Θεραπευτική παρέμβαση είναι εφικτή μόνο σε μια μειοψηφία των ασθενών με θετικά ευρήματα.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):28













## ΕΑΑ41

**ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΑΓΓΕΙΤΙΔΑ: ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ, ΕΚΒΑΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ**

Παπαστεργίου Β., Αγορογιάννη Α., Θεμελή Σ., Μυλωνάς Ι., Κοζομπόλη Δ., Προβή Δ., Μουσουράκης Κ., Φιαγκουσάκης Κ., Λάππας Ι., Γεωργιλής Ε., Καραμπάτσος Β., Αρβανίτης Κ., Βερετάνος Χ., Πάτση Μ., Γεωργιάδη Τ., Χατζηευαγγελινού Χ., Μελά Μ., Χρηστίδου Α., Βαρυτιμάδης Κ., Αρχαυλής Ε., Βιάζης Ν.

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική»

**Εισαγωγή:** Η εμφάνιση βακτηριακών συχνά επιδεινώνει την κλινική πορεία των ασθενών με οξεία χολαγγειίτιδα (ΟΧ). Ωστόσο, ο ακριβής επιπολασμός, τα κλινικά χαρακτηριστικά και η επιρροή της στην έκβαση των ασθενών με ΟΧ δεν έχουν αποτυπωθεί επαρκώς σε Ελληνικούς πληθυσμούς.

**Σκοπός:** (1) Να μελετηθεί ο επιπολασμός βακτηριακίας σε ασθενείς με ΟΧ, (2) να αποτυπωθούν τα κλινικά χαρακτηριστικά και η έκβαση των βακτηριακικών ασθενών με ΟΧ, σε Ελληνικό νοσοκομείο.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Συνεχόμενοι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στο ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» λόγω ΟΧ μελετήθηκαν αναδρομικά. Σε όλους τους ασθενείς ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες κατά την εισαγωγή. Η διάγνωση και διαστρωμάτωση της κλινικής βαρύτητας της ΟΧ έγιναν βάσει των κριτηρίων Tokyo.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριελήφθησαν 62 ασθενείς με ΟΧ (53.2% άνδρες). Η χοληδόχολιθίαση (66.1%) και ο παγκρεατικός καρκίνος (16.1%) ήταν οι συχνότερες αιτίες χολικής απόφραξης, 56.5% είχαν ιστορικό προηγούμενης ERCP και 45.2% φέραν stent χοληφόρων κατά την εισαγωγή. Η κλινική βαρύτητα κατά Tokyo ήταν Grade-1/2/3: 48.4%/25.8%/25.8%. Βακτηριακία παρατηρήθηκε σε 20 (32.3%) ασθενείς, στους οποίους διαπιστώθηκαν 25 περιπτώσεις λοίμωξης από 11 διαφορετικά παθογόνα, πιο συχνά *Klebsiella pneumoniae* (8/25, 32%) και *E.coli* (6/25, 24%). Ο επιπολασμός βακτηριακίας ανά βαθμό κλινικής βαρύτητας κατά Tokyo ήταν Grade-1/2/3: 6.7%/50%/62.5% ( $p=0.0001$ ). Οι βακτηριακοί ασθενείς ήταν μεγαλύτεροι (79.1 vs 70.5 έτη,  $p=0.03$ ), ενώ είχαν υψηλότερη αριθμό πολυμορφοπύρηνων ( $p=0.02$ ) και χαμηλότερη ενδιάμεση τιμή αλβουμίνης ( $p=0.03$ ). Συνολικά 4/62 (6.4%) ασθενείς και 3/20 (15%) βακτηριακοί ασθενείς απεβίωσαν εντός νοσοκομείου.

**Συμπεράσματα:** Περίπου 1/3 των ασθενών με ΟΧ που εισάγονται σε Ελληνικό νοσοκομείο έχει βακτηριακία, φτάνοντας τα 2/3 σε εκείνους με σοβαρή ΟΧ. Η ύπαρξη βακτηριακίας φαίνεται να επιδεινώνει σημαντικά την πρόγνωση.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):34

κή εκτομή σε 15 κέντρα παγκοσμίως. Έν-bloc' μακροσκοπική εκτομή, R0 εκτομή, ποσοστά υποτροπής και ανεπιθύμητες ενέργειες μετά την εκτομή και την επικουρική θεραπεία καταγράφηκαν σε μια πολυκεντρική αναδρομική μελέτη κοόρτης.

**Αποτελέσματα:** Η διαγνωστική σταδιοποίηση (38/51, 75%) ήταν ο κύριος λόγος για ενδοσκοπική τοπική εκτομή. Μακροσκοπική 'έν-bloc' εκτομή παρατηρήθηκε σε 50/51 (98%) ασθενείς με μέσο χρόνο παρακολούθησης 20,6 μήνες. Ενδοσκοπική υποτροπή σημειώθηκε σε 7/51 (13,7%) των ασθενών, με μέσο χρόνο διάγνωσης της υποτροπής τους 8,9 μήνες. Η επικουρική θεραπεία αποτελούνταν από ακτινοθεραπεία στο 49,0% (25/51), χημειοθεραπεία στο 11,8% (6/51) και συνδυασμένη χημειο-ακτινοθεραπεία στο 39,2% (20/51) των περιπτώσεων. Διάτρηση, σοβαρή μετεγχειρητική αιμορραγία και ακράτεια ήταν οι πιο συχνές επιπλοκές. Η απουσία επιφανειακής εξέλιξης συσχετίστηκε με πλήρη μακροσκοπική εκτομή, ενώ βλάβες με χαμηλότερο budding score, καθαρά πλάγια όρια, μέγεθος <40 mm και όπου χρησιμοποιήθηκε μαχαίρι needle-knife+Hook-knife, συσχετίστηκαν με λιγότερες ενδοσκοπικές υποτροπές.

**Συμπεράσματα:** Τα δεδομένα μας δείχνουν την επικουρική ακτινοθεραπεία ή/και χημειοθεραπεία μετά από τοπική εκτομή με μαχαίρι διηθητικών καρκίνων του ορθού (pT1b-sm2,3-pT2), ως ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο για τοποπεριοχικό έλεγχο και ως μη χειρουργική επιλογή θεραπείας για ασθενείς με μη θεραπευτική εκτομή.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):34

## ΕΑΑ42

**ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΤΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΥΠΟΒΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΜΕ ΜΑΧΑΙΡΙΔΙΟ ΕΚΤΟΜΗΣ (ΚΑΡ) ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ Η/ΚΑΙ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ (T1b-sm2,3/T2) ΠΡΩΙΜΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ: ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ**

Τριμπόνιας Γ.<sup>1</sup>, Παπαευθυμίου Α.<sup>2</sup>, Ζορμπάς Π.<sup>1</sup>, Seewald S.<sup>3</sup>, Ζάχου Μ.<sup>4</sup>, Barbaro F.<sup>5</sup>, Kahaleh M.<sup>6</sup>, Andrisani G.<sup>7</sup>, Elkholy S.<sup>8</sup>, Elsherbiny M.<sup>9</sup>, Komeda Y.<sup>10</sup>, Yarlagaadda R.<sup>11</sup>, Τζιάτζιος Γ.<sup>12</sup>, Essam K.<sup>13</sup>, Hagag H.<sup>8</sup>, Πασπάτης Γ.<sup>15</sup>, Μαυρογενής Γ.<sup>16</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., <sup>2</sup>Digestive Diseases and Surgery Institute, Cleveland Clinic, London, UK, <sup>3</sup>Center for Gastroenterology, Hirlanden Clinic Zurich, Zurich, Switzerland, <sup>4</sup>Γαστρεντερολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Σισμανόγλειο», <sup>5</sup>Digestive Endoscopy Unit, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma, Italy, <sup>6</sup>Department of Gastroenterology, Rutgers Robert Wood Johnson Medical School New Brunswick, New Brunswick, United States, <sup>7</sup>Digestive Endoscopy Unit, Campus Bio-Medico, University of Rome, Rome, Italy, <sup>8</sup>Gastroenterology Division, Internal Medicine Department, Cairo University Kasr Alainy Faculty of Medicine, Cairo, Egypt, <sup>9</sup>Department of Basic Medical Sciences, College of Medicine, AlMaarefa University, Riyadh, Saudi Arabia, <sup>10</sup>Department of Gastroenterology and Hepatology, Kindai University Faculty of Medicine, Osaka-Sayama, Japan, <sup>11</sup>Asian Institute of Gastroenterology - Gastroenterology, Telangana, India, <sup>12</sup>Γαστρεντερολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων Αγία Όλγα, <sup>13</sup>Gastroenterology Division, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Cairo University, Cairo, Egypt, <sup>14</sup>Γαστρεντερολογικό τμήμα, Βενιζέλιο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, <sup>15</sup>Μονάδα υβριδικής επεμβατικής ενδοσκόπησης, Γαστρεντερολογικό τμήμα, Mediterraneo Hospital, Athens

**Εισαγωγή:** Ορθικοί πολύποδες με βαθιά διήθηση στον υποβλεννογόνο (pT1b-sm 2,3) ή στον μυϊκό χιτώνα (pT2), αντιμετωπίζονται με ριζικό χειρουργείο λόγω μη θεραπευτικής εκτομής.

**Σκοπός:** Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της επικουρικής ακτινοθεραπείας ή/και χημειοθεραπείας μετά από ενδοσκοπική υποβοηθούμενη από μαχαίριδιο εκτομή (Knife-Assisted Resection) σε ασθενείς με πρώιμο ορθικό καρκίνο, οι οποίοι δεν επιθυμούσαν ή δεν ήταν κατάλληλοι για ριζικό χειρουργείο.

**Υλικό και Μέθοδοι:** 51 ασθενείς με πρώιμο ορθικό καρκίνο pT1b ή pT2 υποβλήθηκαν σε επικουρική ακτινοθεραπεία ή/και χημειοθεραπεία μετά από τοπι-

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):34

## ΕΑΑ43

**ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΗΣ Z-POEM ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΥΜΕΓΕΘΗ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΑ ZENKER >3cm**

Δημοπούλου Κ.<sup>1</sup>, Παπαθανάσης Α.<sup>1</sup>, Ζορμπάς Π.<sup>1</sup>, Βούλγαρη Ε.<sup>1</sup>, Νάκου Ε.<sup>1</sup>, Δημητριάδης Δ.<sup>1</sup>, Βουδούκης Ε.<sup>1</sup>, Αργυρόπουλος Θ.<sup>1</sup>, Πούλου Α.<sup>1</sup>, Τριμπόνιας Γ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ., Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η ενδοσκοπική μυστομή που εφαρμόζεται για την αποκατάσταση εκκολπώματων Zenker (Z-POEM) είναι μία ελάχιστη επεμβατική ενδοσκοπική μέθοδος που επιτρέπει την πλήρη διατομή του κρικοφαρυγγικού μυός υπό άμεση όραση, ελαχιστοποιώντας τα μειονεκτήματα των χειρουργικών και συμβατικών ενδοσκοπικών τεχνικών.

**Σκοπός:** Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της Z-POEM σε ασθενείς με ευμεγέθη εκκολπώματα Zenker (ZD) >3cm.

**Υλικό/Μέθοδοι:** Αναδρομική καταγραφή ασθενών με ZD >3cm που υποβλήθηκαν σε Z-POEM. Η διάγνωση βασίστηκε σε απεικονιστικά ή/και ενδοσκοπικά ευρήματα. Εφαρμόστηκε η τροποποιημένη Z-POEM μόνη ή συνδυαστικά με βλεννογονεκτομή ή διαστολές και εκτιμήθηκαν η τεχνική και κλινική επιτυχία, τα ανεπιθύμητα συμβάντα, ο χρόνος επέμβασης, η διάρκεια νοσηλείας και η εμφάνιση υποτροπών.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθηκαν 7 ασθενείς (4 άνδρες/3 γυναίκες), διάμεσης ηλικίας 65 έτη {QR:17 (58-75)} με μέσο μέγεθος ZD 57,8±16cm. Προηγούμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις είχαν πραγματοποιηθεί σε 3/7 ασθενείς. Υποβλεννογονία ίνωση παρατηρήθηκε σε 3/7 ασθενείς, ενώ η δημιουργία υποβλεννογίου τούνελ επιτεύχθηκε σε όλους τους ασθενείς. Τέσσερις ασθενείς υποβλήθηκαν σε μυστομή, δύο σε μυστομή/βλεννογονεκτομή και ένας σε μυστομή/διαστολές. Τεχνική επιτυχία με πλήρη μυστομή καταγράφηκε στο 100% των ασθενών με μέσο χρόνο επέμβασης 98,5±23,4min. Δύο ασθενείς παρουσίασαν αιμορραγία και ένας εμφύσημα κατά την επέμβαση που αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 1 μέρα, ενώ κανένας ασθενής δεν εμφάνισε επιπλοκές. Κλινική επιτυχία καταγράφηκε στο 100% των ασθενών με στατιστικά σημαντική μείωση του σκορ δυσφαγίας, αναγωγών και θωρακικού άλγους ( $p<0.001$ ) χωρίς υποτροπές κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης (14,5±8 μήνες).

**Συμπεράσματα:** Η Z-POEM είναι αποτελεσματική και ασφαλής θεραπευτική επιλογή για ευμεγέθη ZD, προσφέροντας μια λιγότερο επεμβατική εναλλακτική που εξασφαλίζει ταχεία ανάρρωση και λιγότερες επιπλοκές.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):34

## EAA44

### Μελέτη των παραγόντων που συνδέονται με το κίνδυνο απώλειας οστικής μάζας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ

Παλατιανού Μ.<sup>1</sup>, Τσεντίδης Χ.<sup>2</sup>, Παπακωνσταντίνου Ι.<sup>3</sup>, Βεζάκης Α.<sup>3</sup>, Γουριγιώτης Δ.<sup>4</sup>, Μαρμαρινός Α.<sup>4</sup>, Τζουβαλά Μ.<sup>1</sup>, Καραμανώλης Γ.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» - Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα», Αττική, <sup>2</sup>Ενδοκρινολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», <sup>3</sup>Β' Τμήμα Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αρεταίειο», Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>4</sup>Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας - Μοριακής Διαγνωστικής, Β' Παιδιατρική Κλινική Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Ιατρικής, Νοσοκομείο Παιδών «Π&Α Κυριακού»

**Εισαγωγή:** Η φλεγμονή στις ΙΦΝΕ οδηγεί σε μειωμένη οστική πυκνότητα των πασχόντων και διαταραχή της ισορροπίας αναδόμησης του οστού

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της συγκέντρωσης των μορίων που συμμετέχουν στο σηματοδοτικό μονοπάτι Wnt (wingless-type), όπως ο παράγοντας Dickkopf-1 (DKK-1), η σκληροστίνη και η περισστίνη σε ασθενείς με ΙΦΝΕ

**Υλικό και Μέθοδοι:** Αξιολογήθηκαν 89 ασθενείς (μέσης ηλικίας 41.0±16.1 έτη, 58 CD/31 UC), εκ των οποίων 57 άνδρες (36 CD/21 UC) και 32 γυναίκες (22 CD/10 UC) καθώς και 73 υγιείς μάρτυρες (41 άνδρες), μέσης ηλικίας 42.3±15.0 έτη. Η μέτρηση των παραγόντων πραγματοποιήθηκε με ELISA Assay

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ (CD και UC), άνδρες και γυναίκες, εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα DKK-1 και χαμηλότερα επίπεδα σκληροστίνης. Ωστόσο, εντοπίστηκαν χαμηλότερα επίπεδα περισστίνης μόνο στους άνδρες με UC (Πίνακας 1)

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ χαρακτηρίζονται από αυξημένα επίπεδα του αναστολέα της οστεοβλαστικής δραστηριότητας DKK-1, μειωμένα επίπεδα του δείκτη της οστεοβλαστικής δραστηριότητας POSTN και μειωμένα επίπεδα του αναστολέα της οστεοβλαστικής δραστηριότητας SOST. Συμπερασματικά πρόκειται για μια κατάσταση υψηλότερης οστικής ανανέωσης αλλά με την οστική απορρόφηση να κυριαρχεί στον σχηματισμό οστού με σχετικά χαμηλότερη οστεοβλαστική δραστηριότητα

	Περισστίνη (pg/mL) (Διάμεσος / IQR)		DKK-1 (pg/mL) (Μέσος όρος ± τ.α.)		Σκληροστίνη (pg/mL) (Διάμεσος / IQR)	
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
Μάρτυρες	213 (148, 270)	259 (202, 364)	1617±252	1528±197	637 (515, 753)	856 (755, 1001)
CD	137 (104, 203)	180 (144, 334)	2325±347*	2491±522*	372* (305, 448)	358* (314, 501)
UC	113* (95, 154)	198 (134, 414)	2409±472*	2186±270*	408* (281, 688)	354* (313, 687)

\*Στατιστικά σημαντική διαφορά από τους μάρτυρες (p<0.05)

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ  
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (ePOSTERS)











## eP18

**ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΛΕΜΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΗΣ Μ.Κ.Ο. Γ.Τ.Κ. ΣΤΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ**

Ναλιμπαντίδης Γ.<sup>1</sup>, Ρούσος Α.<sup>1</sup>, Τριανταφύλλου Κ.<sup>1</sup>, Αβραμίδης Ι.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>«Γιατροί του Κόσμου» Ανοικτό Πολυιατρείο Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα «Γενικό Νοσοκομείο Σερρών»

**Εισαγωγή:** Ο πόλεμος στην Ουκρανία τα τελευταία χρόνια δημιούργησε κύμα προσφύγων. Ορισμένοι από αυτούς απευθύνονται στο πολυιατρείο της μη κυβερνητικής οργάνωσης (Μ.Κ.Ο) «Γιατροί του Κόσμου» (Γ.Τ.Κ.) στη Θεσσαλονίκη. Σκοπός: Η καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων και η αναζήτηση συσχέτισων στο χρόνο στους ασθενείς που αναζητούν γαστρεντερολογική εκτίμηση στο ανοικτό πολυιατρείο της Μ.Κ.Ο. «Γ.Τ.Κ.» στη Θεσσαλονίκη το χρονικό διάστημα 2020-2023.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Αναδρομική μελέτη με βάση τα δεδομένα που έχουν καταγραφεί στη βάση δεδομένων των ασθενών που έχουν αναζητήσει ιατρική βοήθεια στη Μ.Κ.Ο «Γ.Τ.Κ.» στη Θεσσαλονίκη.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Βοήθεια από γαστρεντερολόγο αναζητήσαν 502 ασθενείς, από τους οποίους οι περισσότεροι ήταν γυναίκες [57,9%]. Παρατηρήθηκε αυξητική τάση συν τη χρόνια. Οι χώρες προέλευσης των ασθενών ήταν κατά κύριο λόγο η Ελλάδα και το Αφγανιστάν. Παρατηρήθηκε αύξηση στον αριθμό των Ουκρανών ασθενών. Συνολικά εξετάστηκαν πρόσφυγες από 35 χώρες. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 43,5 έτη [εύρος 2,0 - 90,0 έτη]. Οι Έλληνες ασθενείς μέσης ηλικίας αποτελούν την πλειοψηφία των ασθενών που απευθύνονται για βοήθεια. Ο αριθμός των ασθενών συνολικά αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου. Οι γυναίκες εξακολουθούν να αποτελούν πλειοψηφία. Ο πόλεμος στην Ουκρανία οδήγησε σε ραγδαία αύξηση στον αριθμό των Ουκρανών προσφύγων που αναζητούν γαστρεντερολογική βοήθεια στο πολυιατρείο «Γ.Τ.Κ.» στη Θεσσαλονίκη.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):41

## eP20

**INEFFECTIVE ESOPHAGEAL MOTILITY: ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ. ΠΟΙΑ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΣΤΟ OES?**

Κατσιλά Σ.<sup>1</sup>, Τριανταφύλλου Τ.<sup>2</sup>, Σάλιαρης Κ.<sup>2</sup>, Μελά Ε.<sup>2</sup>, Κακούνης Κ.<sup>1</sup>, Μαυρίκος Ε.<sup>1</sup>, Δαρδάνης Γ.<sup>1</sup>, Ξηρομερίτου Β.<sup>1</sup>, Θεοδώρου Δ.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, <sup>2</sup>Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, ΕΚΠΑ

**Εισαγωγή:** Η αναποτελεσματική κατάποση (IEM: Ineffective Esophageal Motility) σύμφωνα με τα κριτήρια του Chicago 4.0 είναι μία κυρίαρχη διαταραχή του λείου οισοφάγου και μία από τις πιο συχνές διαγνώσεις στη μανομετρία υψηλής ανάλυσης. Οι περισσότεροι ασθενείς με υποκινητικότητα του οισοφάγου εμφανίζονται με συμπτώματα ΓΟΠΝ ή δυσφαγίας. Η IEM καταγράφεται στο 20-58% των ασθενών που υποβάλλονται σε μανομετρία. Έχει συσχετιστεί με αυξημένη σοβαρότητα παλινδρόμησης στα πλαίσια της συμπτωματολογίας, των ενδοσκοπικών ευρημάτων και της 24ωρης πεχαμετρίας-εμπέδησης.

**Σκοπός-Υλικό-Μέθοδοι:** Έγινε προοπτική καταγραφή της βάσης δεδομένων από 235 μανομετρικές μελέτες, από το εργαστήριο φυσιολογίας του οισοφάγου του νοσοκομείου μας, και έγινε εξαγωγή δεδομένων από 20 ασθενείς με IEM σύμφωνα με την ταξινόμηση Chicago 4.0. Η καταγραφή περιλάμβανε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τη συμπτωματολογία και τα αποτελέσματα της μελέτης φυσιολογίας του οισοφάγου (μανομετρία-πεχαμετρία), καθώς και την αντιμετώπιση σε ένα ποσοστό των ασθενών αυτών.

**Αποτελέσματα:** 20 ασθενείς (12 γυναίκες), με διάμεση ηλικία τα 58 έτη εισήχθησαν στη μελέτη. Από αυτούς, 15 ασθενείς (75%) ανέφεραν τυπικά συμπτώματα παλινδρόμησης (αναγωγές, οπισθοθερνικό κάυσος), ενώ μόλις 5 (25%) ανέφεραν δυσφαγία. Η μέση πίεση ηρεμίας του ΚΟΣ ήταν 19,84 mmHg και η μέση υπολειπόμενη πίεση 8,72 mmHg. 13/20 ασθενείς υποβλήθηκαν σε 24ωρη πεχαμετρία-εμπέδηση και από αυτούς 5/13 είχαν παθολογικό AET% με τους 4/5 να αναφέρουν δυσφαγία, ενώ 2/13 είχαν υπερευαίσθητο οισοφάγο. Όλοι αυτοί οι 7 ασθενείς εμφάνισαν ύφεση της συμπτωματολογίας είτε με χορήγηση PPIs (2/5) είτε με αντιπαλινδρομικό χειρουργείο(5/7). 7/13 είχαν παθολογικό DeMeester score (range 0.5-82.1). 12 ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο δυσφαγίας (Swallowing Disturbance Questionnaire) με σκορ >10 σε 5/12.

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με διάγνωση IEM που συνοδεύεται από θετική 24ωρη πεχαμετρία-εμπέδηση φαίνεται να επωφελούνται από την αντιμετώπιση της ΓΟΠΝ. Η δυσφαγία είχε φτωχή συσχέτιση με το IEM αλλά μεγάλη με παθολογικό AET (4/5). Παρόλ' αυτά, τέτοιοι ασθενείς αποτελούν μικρό ποσοστό και η αιτιολογία της αναποτελεσματικής κατάποσης θα πρέπει να διερευνάται περαιτέρω στο μεγαλύτερο ποσοστό της.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):41

## eP19

**ΑΣΘΕΝΗΣ 57 ΕΤΩΝ ΜΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ- ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ Πλούταρχος Πάστρας Π., Διαμαντοπούλου Γ., Κουρικού Α., Αλεξοπούλου Α., Μάνη Η.**

Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Ιπποκράτειο, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η ανθεκτική κοιλιοκάκη αποτελεί μια σπάνια κλινική εκδήλωση της κοιλιοκάκης. Οι περισσότερες αναφορές στη βιβλιογραφία είναι κλινικές περιπτώσεις κέντρων παραπομπής. Ο επιπολασμός είναι περίπου 1% των περιπτώσεων κοιλιοκάκης.

**Σκοπός:** Οι ασθενείς με ανθεκτική κοιλιοκάκη όντας σε βαριά κλινική κατάσταση, δυσκολία στη διαχείριση και υπό συνθήκες απειλητικές για τη ζωή είναι άξια καταγραφής λόγω της μη πλήρους κατανόησης της νόσου.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Η κλινική περίπτωση αναφέρεται σε άνδρα 57 ετών, με επίμονη απώλεια βάρους, διάρροιες, αυξημένα ηπατικά ένζυμα και εν τη βάρθαι φλεβική θρόμβωση. Ο συγκεκριμένος ασθενής διαγνώστηκε με κοιλιοκάκη πριν από ένα χρόνο, ακολουθώντας μια αυστηρή διαίτα χωρίς γλουτένη.

**Αποτελέσματα:** Η βιοψία ήπατος αποκάλυψε χρόνια ηπατίτιδα και ελκώδη νηστίτιδα απεικονίστηκε η ενδοσκόπηση λεπτού εντέρου με ασύρματη κάψουλα απεικόνισε ελκώδη νηστίτιδα. Η οριστική διάγνωση της ανθεκτικής κοιλιοκάκης έναντι του σχετιζόμενου με εντεροπάθεια T-λεμψώματος έγινε έπειτα από τη λήψη βιοψίας από τη νήστιδα διενεργώντας όμως γαστροσκόπηση με ενδοσκόπιο το οποίο χρησιμοποιείται σε κολονοσκόπηση. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε θεραπεία με βουδεσονίδη και η κλινική του κατάσταση βελτιώθηκε.

**Συμπεράσματα:** Μια ολοκληρωμένη προσέγγιση των άτυπων συμπτωμάτων, όπως βίωσε ο ασθενής μας, είναι ζωτικής σημασίας για τη διάγνωση. Η κοιλιοκάκη δεν είναι πάντα μια εύκολη κατάσταση και είναι δυνατό αρκετές φορές να λάβουμε τολμηρές αποφάσεις για τη διάγνωση και την καλύτερη φροντίδα των ασθενών μας.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):41

## eP21

**ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΑΤΟΤΙΚΗ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ (MASLD) ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΚΙΡΡΩΣΗΣ**

Vatsavayi S.P.<sup>1</sup>, Καλαφατέλη Μ.<sup>1</sup>, Forlano R.<sup>1</sup>, Mullish B.H.<sup>1</sup>, Μανούσου Π.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Department of Metabolism, Digestion and Reproduction, Faculty of Medicine, Imperial College London, London, United Kingdom

**Εισαγωγή:** Η στεατοτική ηπατοπάθεια σχετιζόμενη με μεταβολική δυσλειτουργία (MASLD) αποτελεί την ταχύτερα αυξανόμενη αιτία ηπατοκυτταρικού καρκίνου (ΗΚΚ) παγκοσμίως. Παρόλο που 20-50% των ΗΚΚ στη MASLD συμβαίνουν σε μη κίρρωτικούς, η επιτήρηση σε αυτή την ομάδα δε συστήνεται στην καθημερινή πρακτική. Απαιτείται βαθμονόμηση κινδύνου για να καθοδηγηθούν οι κατευθυντήριες οδηγίες διαλογής και επιλογής ασθενών για ΗΚΚ επιτήρηση.

**Στόχος:** Να ανιχνευτούν προγνωστικοί παράγοντες για ανάπτυξη ΗΚΚ σε ένα σύνθετο πληθυσμό MASLD και να δημιουργηθούν προγνωστικά μοντέλα κινδύνου ΗΚΚ σε ασθενείς με ή χωρίς κίρρωση.

**Υλικό/Μέθοδοι:** Αυτή η μελέτη συμπεριελάβε MASLD ασθενείς με μεγάλο χρόνο παρακολούθησης. Όλοι οι κλινικοί, ανθρωπομετρικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες εκτιμήθηκαν. Τα αρχικά χαρακτηριστικά που ανεξάρτητα προέβλεπαν την ανάπτυξη ΗΚΚ στην παλυπαράγοντική Cox ανάλυση παλινδρόμησης συμπεριλήφθηκαν σε μοντέλα πρόβλεψης κινδύνου (σύνολο/μη κίρρωτικοί). Οι τιμές Harrell's c-index χρησιμοποιήθηκαν για να εκτιμήσουν τη διάκριση των μοντέλων.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθηκαν 524 MASLD ασθενείς χωρίς και 99 ασθενείς με ΗΚΚ. Η ηλικία, η παρουσία κίρρωσης, η μέτρια κατανάλωση αλκοόλης (MAC), το FIB-4, η ALP και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) βρέθηκαν ως ανεξάρτητοι παράγοντες ΗΚΚ στη MASLD. Σε μη κίρρωτικούς, η ηλικία, η MAC, το FIB-4, η GGT και η HbA1c προέβλεπαν ανεξάρτητα το ΗΚΚ. Στις ομάδες MASLD και μη κίρρωτική MASLD, τα μοντέλα έδειξαν καλή διάκριση με τιμές Harrell's c-index 0.86 και για τα 2.

**Συμπεράσματα:** Αναγνωρίσαμε προγνωστικούς δείκτες ανάπτυξης ΗΚΚ και δημιουργήσαμε νέα scores πρόβλεψης κινδύνου ΗΚΚ σε μια σύνθετη ομάδα ασθενών MASLD. Αυτά τα μοντέλα μπορούν δυνητικά να υποστηρίξουν τη βαθμονόμηση κινδύνου και να καθοδηγήσουν την επιλογή ασθενών για επιτήρηση ΗΚΚ.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):41





















## eP59

**URADACITINIB ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΣΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΣΟΒΑΡΗ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΜΕ ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΕ INFILIXIMAB ΚΑΙ USTEKINUMAB**

Σιδεράς Λ., Κοκκώνης Γ., Κουκουφίκη Α., Πλέκη Σ., Μπιτούλη Α., Γουλίς Ι.  
Δ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

**Εισαγωγή:** Η οξεία σοβαρή ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) αποτελεί μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή κατάσταση, που αφορά περίπου 20% των ασθενών με ΕΚ. Η χορήγηση κορτικοστεροειδών ενδοφλεβίως σε υψηλές δόσεις παραμένει ο βασικός άξονας της θεραπείας, ενώ σε περιπτώσεις μη ανταπόκρισης συνιστάται η θεραπεία διάσωσης με infliximab ή κυκλοσπορίνη. Σε ανθεκτική νόσο όπου αποτυγχάνει η φαρμακευτική αγωγή, προκρίνεται η χειρουργική θεραπεία με κολεκτομή. Ως εκ τούτου, η αναζήτηση εναλλακτικών στρατηγικών είναι σημαντική. Το upadacitinib, ένας εκλεκτικός και αναστρέψιμος JAK αναστολέας, έλαβε πρόσφατα έγκριση για τη θεραπεία της μέτριας έως σοβαρής ενεργού ΕΚ σε ενήλικες.

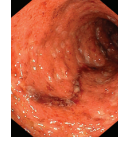
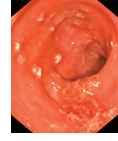
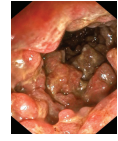
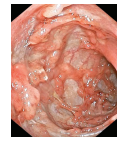
**Σκοπός:** Να εξετάσουμε την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια του upadacitinib ως εναλλακτική θεραπεία διάσωσης σε ασθενείς με οξεία σοβαρή ΕΚ.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Διενεργήθηκε αναδρομική αναζήτηση των ασθενών που νοσηλεύτηκαν για οξεία σοβαρή ΕΚ και έλαβαν upadacitinib σαν θεραπεία διάσωσης. Εκτιμήθηκε η κλινική, εργαστηριακή και ενδοσκοπική ανταπόκριση στη θεραπεία με upadacitinib.

**Αποτελέσματα:** Παραθέτουμε την περίπτωση μιας ασθενούς 33 ετών με σοβαρή ΕΚ και ενδοσκοπική εικόνα πανκολίτιδας Mayo 3 κατά τη διάγνωση τον Μάιο 2023. Η αρχική θεραπεία με infliximab 10mg/kg απέτυχε, παρά τη συγχρόνηση αζαθειοπρίνης, με κλινική και εργαστηριακή υποτροπή, ενώ παρέμεινε κορτικοεξαρτώμενη. Τον Αύγουστο 2023 αποφασίστηκε αλλαγή σε ustekinumab, χωρίς ωστόσο επαρκή ανταπόκριση με ενδοσκοπική εικόνα Mayo 2 και παύση φλεγμονώδους στένωσης στο κατιόν. Τον Δεκέμβριο 2023 τέθηκε σε παρατεταμένη θεραπεία επαγωγής με upadacitinib 45mg για 16 εβδομάδες, στην οποία ανταποκρίθηκε κλινικά και εργαστηριακά στις 60 ημέρες, ενώ σημειώθηκε ενδοσκοπική ύφεση (Mayo I) και λύση φλεγμονώδους στένωσης στις 180 ημέρες. Συμπεράσματα: Το upadacitinib θα μπορούσε να αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία διάσωσης στην οξεία σοβαρή ΕΚ. Ωστόσο, απαιτούνται επιπλέον τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

**Πίνακας 1.** Κλινικά, εργαστηριακά και ενδοσκοπικά χαρακτηριστικά ασθενή με οξεία σοβαρή ΕΚ με ανταπόκριση στη θεραπεία με upadacitinib.

	Διάγνωση (5/2023)	Υπό Infliximab (8/2023)	Υπό Ustekinumab (12/2023)	Υπό Upadacitinib (6/2024)
ΤΚΕ (mm/h)	113	93	67	61
CRP (mg/dL)	185	124,2	34,8	23,3
Φερεπτινίνη (ng/mL)	51,2	14,3	41,2	40,5
WBC (K/μL)	9,0	10,7	13,5	8,0
Αλβουμίνη (g/dL)	2,7	3,9	3,6	4,2
Αιμοσφαιρίνη (g/dL)	8,1	10,6	12,4	10,8
Αιμοπεταλία (K/μL)	476	375	437	431
Χρήση Κορτικοειδών	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι
Λοιμώδης αιτία	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι
Mayo score	3	3	2	1



ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):51

## eP60

**ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ERSTEIN-BARR VIRUS ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ**

Μπέλλου Γ.<sup>1</sup>, Ζαχαρόπουλος Ε.<sup>1</sup>, Κοσμπούλου Ο.<sup>2</sup>, Προβατάς Ι.<sup>3</sup>, Παντούλα Π.<sup>3</sup>, Ιντέρνος Ι.<sup>1</sup>, Τριμπώνιας Γ.<sup>4</sup>, Λεοντίδης Ν.<sup>1</sup>, Παγώνη Α.<sup>1</sup>, Νεοκλέους Α.<sup>1</sup>, Τσοκάντα Κ.<sup>1</sup>, Τζουβαλά Μ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα Γ.Ν.Ν.Π «Άγιος Παντελεήμων», <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Π «Άγιος Παντελεήμων», <sup>3</sup>Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν.Π «Άγιος Παντελεήμων», <sup>4</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Κοργιαλένιο - Μπενάκειο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός

**Εισαγωγή:** Η ερπητική οισοφαγίτιδα είναι η δεύτερη πιο κοινή αιτία μολυσματικής οισοφαγίτιδας, κυρίως σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Τυπικά σχετίζεται με τον ιό του απλού έρπητα (HSV) - 1 και σπάνια με τον HSV- 2 και τον ιό Epstein-Barr (EBV).

**Σκοπός:** Παρουσιάζουμε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα Εντέρου (ΙΦΝΕ) και δυσφαγία στο Νοσοκομείο μας που διαγνώστηκαν με EBV οισοφαγίτιδα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Καταγράψαμε 4 ασθενείς (Α/Γ:3/1 Ηλικίας 23-75 ετών). Ένας λάμβανε συστηματικά predνιζολόνη <20 mg/d και ένας anti-TNF. Όλοι παρουσίαζαν έντονη δυσφαγία αιφνίδιας έναρξης, χωρίς σημεία συστηματικής προσβολής. Ενδοσκοπικά είχαν έλκη κατά μήκος του οισοφάγου, εκτός από μία ανοσοεπαρκή ασθενή με ανθεκτικό έλκος στην γαστροοισοφαγική συμβολή. Ο ορολογικός έλεγχος για EBV λοίμωξη ήταν αρνητικός σε όλους. Η PCR σε βιοψίες οισοφάγου ήταν αρνητική για κυτταρομεγαλοϊό και HSV, αλλά θετική για EBV και συμβατή με την ενδοσκοπική και κλινική εικόνα.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς με εκτεταμένη ενδοσκοπικά νόσο έλαβαν Gancyclovir ενδοφλεβίως (5 mg/kg), με άμεση βελτίωση της δυσφαγίας, και 5-7 ημέρες μετά Valganciclovir p.o 900mg ημερησίως. Μετά από 21 ημέρες, επιβεβαιώθηκε η πλήρης ενδοσκοπική επούλωση. Η ασθενής με την εντοπισμένη προσβολή της ΓΟΣ έλαβε γαστροπροστασία και διαιτητικές τροποποιήσεις παρουσιάζοντας βραδεία ύφεση των συμπτωμάτων και ενδοσκοπική επούλωση μετά 3μήνου.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):51

## eP61

**ΑΛΛΑΓΗ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΣΕ ΥΠΟΔΟΡΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ INFILIXIMAB ΣΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΜΕ ΕΜΜΕΝΟΥΣΣΕΣ ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

Λακωτάκη Δ., Στρατηγάκης Λ., Κουτσούμπας Α., Καρατάς Π., Παπαθεοδωρίδης Γ. Α' Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

**Σκοπός:** Η υποδόρια χορήγηση infliximab φαίνεται πως σχετίζεται με σταθερότερα επίπεδα φαρμάκου στον ορό και εξίσου καλή αποτελεσματικότητα στην επίτευξη κλινικής και ενδοσκοπικής ανταπόκρισης σε σχέση με την ενδοφλεβία χορήγηση. Παραμένει άγνωστο ακόμα αν η υποδόρια χορήγηση του infliximab είναι εξίσου αποτελεσματική και στην αντιμετώπιση εξωεντερικών εκδηλώσεων

**Παρουσίαση περιστατικού:** Ασθενής, 31 ετών, με ιστορικό ελκώδους πανκολίτιδας διαγνωσθείσας από 7ετία, υπό anti-TNF αγωγή (infliximab 5mg/kg ανά 8 εβδομάδες) από 5ετία, με κλινική, ενδοσκοπική και ιστολογική ύφεση, προσήλθε για προγραμματισμένη έγχυση το Μάιο 2022. Η ασθενής ανέφερε προοδευτικά επιδεινούμενη αρθραλγία, περιφερικού τύπου, περίπου 4-6 εβδομάδες μετά την έγχυση του infliximab, η οποία υφίετο με την επόμενη ενδοφλεβία χορήγηση. Έγινε εντατικοποίηση του σχήματος χορήγησης anti-TNF αγωγής (infliximab 5mg/kg ανά 4 εβδομάδες) για 12 μήνες, η οποία οδήγησε σε έλεγχο της αρθραλγίας. Προοδευτικά υπήρξε υποτροπή των εξωεντερικών συμπτωμάτων με αποτέλεσμα περαιτέρω εντατικοποίηση της anti-TNF αγωγής (infliximab 10mg/kg ανά 4 εβδομάδες) για 4 μήνες, που οδήγησε σε έλεγχο των συμπτωμάτων για 2 περίπου εβδομάδες. Λόγω αυτού αποφασίστηκε η τροποποίηση της αγωγής σε υποδόρια έγχυση.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής έλαβε υποδορίες infliximab σε δόση 120mg ανά 2 εβδομάδες και δώδεκα μήνες μετά την τροποποίηση της οδού χορήγησης της anti-TNF αγωγής, δεν αναφέρει περιφερικού τύπου αρθραλγίες, ενώ ταυτόχρονα παραμένει σε κλινική ύφεση.

**Συμπεράσματα:** Η υποδόρια χορήγηση του infliximab φαίνεται ότι είναι αποτελεσματική και στην αντιμετώπιση των εξωεντερικών εκδηλώσεων της ελκώδους κολίτιδας καθώς η εξασφάλιση σταθερότερων επιπέδων φαρμάκου μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα καλύτερο έλεγχο εξωεντερικών συμπτωμάτων που μπορεί να εμφανίζονται στα μεσοδιαστήματα των ενδοφλεβίων εγχύσεων.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):51



eP66

**ΠΛΗΜΜΕΛΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΤΟΜΩΝ ΑΥΞΗΜΕΝΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Ρέλλου Σ.<sup>1</sup>, Λάμπρου Σ.<sup>1</sup>, Ευσταθίου Σ.<sup>1</sup>, Σπυράντης Α.<sup>1</sup>, Παγώνη Α.<sup>1</sup>, Μάνου Δ.<sup>1</sup>, Σδόνας Θ.<sup>1</sup>, Τασοβασιλίη Α.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

**Εισαγωγή:** Η συμμετοχή σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου για καρκίνο παχέος εντέρου από τον γενικό ελληνικό πληθυσμό, φαίνεται να είναι πλημμελής. Ατομα με συγγενή πρώτου βαθμού που έχει διαγνωστεί με κακοήθεια παχέος εντέρου, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση κακοήθειας παχέος εντέρου, ωστόσο δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο αυτής της κατηγορίας πληθυσμού στην Ελλάδα.

**Σκοπός:** Η μελέτη της συμμόρφωσης ατόμων με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου στην Ελλάδα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ερωτηματολόγιο, που δημιουργήθηκε μέσω Google Forms διαμοιράστηκε μέσω κοινωνικών δικτύων στο γενικό πληθυσμό.

**Αποτελέσματα:** Συμμετείχαν 104 εθελοντές, συγγενείς πρώτου βαθμού με άτομο που είχε διαγνωστεί με καρκίνο παχέος εντέρου, 72/104 γυναίκες, 31/104 άνδρες και 1/104 άλλο φύλο. 62/104 δήλωσαν ηλικία <40 έτη, 24/104 ηλικία μεταξύ 40-50 έτη και 18/104 ηλικία μεταξύ 50-75 έτη. Από το σύνολο των ασθενών 41/104 δεν ανέφεραν συμπτώματα, ενώ 63/104 ανέφεραν τουλάχιστον ένα σύμπτωμα συναγεράμυ (ανααιμία, κοιλιακό άλγος, διάρροια, δυσκοιλιότητα, απώλεια βάρους). Από τους 63 συμπτωματικούς ασθενείς, το 20.6% (13/63) δεν αναζήτησαν ιατρική συμβουλή. Το 44% (8/18) των ερωτηθέντων με ηλικία μεγαλύτερη από 50 έτη δεν έχει υποβληθεί ποτέ σε κολonosκόπηση.

**Συμπεράσματα:** Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί το τρίτο συχνότερο τύπο καρκίνου παγκοσμίως. Καθώς οι συγγενείς ατόμων που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο παχέος εντέρου παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, η ηλικία πρώτης προληπτικής κολonosκόπησης πρέπει να ξεκινάει 10 έτη πριν από την ηλικία διάγνωσης του συγγενή ή στα 50 έτη. Καλύτερη ενημέρωση των ασθενών και των συγγενών τους μπορεί να αυξήσει την συμμόρφωση και να μειώσει την επίπτωση της νόσου.

eP67

**ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ**

Κούρτη Α.<sup>1</sup>, Καναβάκη Ι.<sup>1</sup>, Σπανού Μ.<sup>1</sup>, Σμπαρούνη Ε.<sup>1</sup>, Πολύμερος Δ.<sup>2</sup>, Αλεξοπούλου Ε.<sup>3</sup>, Παναγιωτίδης Ι.<sup>4</sup>, Οικονομόπουλος Ν.<sup>3</sup>, Μπρούτζος Η.<sup>5</sup>, Τριανταφύλλου Κ.<sup>2</sup>, Φεσσάτος Σ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής, Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, <sup>2</sup>Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Κέντρο Διαβήτη, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, <sup>3</sup>Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, <sup>4</sup>Β' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, <sup>5</sup>Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η αιμορραγία του πεπτικού είναι μια σχετικά συχνή αιτία παραπομπής παιδιών σε παιδογαστρεντερολόγο με αίτια που ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία.

**Σκοπός:** Περιγραφή 3 περιπτώσεων αιμορραγίας πεπτικού λόγω αγγειακής αιτιολογίας. **Αποτελέσματα:** Η 1<sup>η</sup> ασθενής είναι μια έφηβη 17 ετών που σε ηλικία 13 ετών προσκομίστηκε λόγω σοβαρής αιμορραγίας κατώτερου πεπτικού (Hb 5mg/dl). Η ενδοσκόπηση πεπτικού ανέδειξε μεγάλες φλεβεκτασίες παχέος εντέρου και η ασύρματη κάψουλα ελέγχου λεπτού εντέρου φλεβεκτασίες νηστίδας. Η αξονική αγγειογραφία (CTA) ανέδειξε στένωση στη συμβολή της άνω μεσεντερίου με τη σπληνική φλέβα καθώς και παράπλευρο δίκτυο με διατεταμένες φλέβες στο ΔΕ κόλον. Προ έτους παρουσίασε άλλο ένα επεισόδιο αιμορραγίας από την ηλικία των 2 ετών. Αρχικά είχε αντιμετωπιστεί ως απροσδιόριστη κολίτιδα όμως σε πολλαπλές μετέπειτα ενδοσκοπήσεις δεν επιβεβαιώθηκε, αντίθετα αναδείχθηκαν στοιχείο ενδεικτικά αγγειακής εκτασίας-αιμορραγική συμφορήση και στη CTA φλεβική συμφορήση αιμορροειδικού πλέγματος χωρίς αγγειακή δυσπλασία. Η 2<sup>η</sup> είναι μία έφηβη 13 ετών με αιμορραγικές κενώσεις διαλείποντως από τη βρεφική ηλικία. Αρχικά αντιμετωπίστηκε ως αλλεργία στο γάλα αγελάδας, όμως λόγω επανεμφάνισης αιμορραγίας σε ηλικίες 5,5 και 14 μηνών υποβλήθηκε σε ενδοσκόπηση πεπτικού με εικόνα ορθίτιδας και ψευδοπολύποδες που ιστολογικά αναφέρθηκε πιθανότητα αγγειακής δυσπλασίας. Σε περαιτέρω έλεγχο με μαγνητική πύελου και μαγνητική αγγειογραφία αναδείχθηκε αγγειακή δυσπλασία (σηραγγώδες αιμαγγείωμα με αιμαγγειώματος) στον προκοκκικό χώρο, που μέσω αγγειακών κλάδων συνδέεται με το οπίσθιο τοίχωμα του ορθού. Η ασθενής έλαβε αγωγή με προπρανολόνη, με υποστοροφή της βλάβης. Σε όλους τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε περαιτέρω έλεγχος παραγόντων πήξης και αυτοανώσων νοσημάτων που ήταν αρνητικός.

**Συμπεράσματα:** Οι αγγειακές δυσπλασίες του πεπτικού είναι σπάνιες και μπορεί να μιμούνται άλλα νοσήματα. Σε περιπτώσεις με αιμορραγία, ειδικά σε νεαρούς ασθενείς, θα πρέπει να τίθενται στη διαφοροδιάγνωση πριν την απόφαση θεραπείας.

eP68

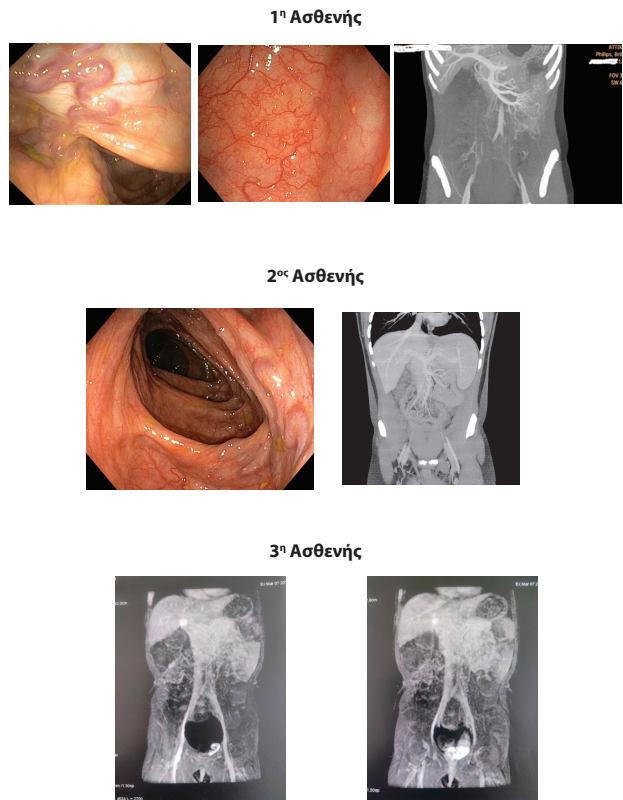
**ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΥΠΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΗ ΑΛΛΟΙΩΣΗ ΠΑΧΕΟΣ**

Λαμούρη Χ., Τσιολακίδου Γ., Τάτσιου Ζ.  
Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας

**Σκοπός:** Περιγραφή κλινικού περιστατικού με πρωτοπαθές non Hodgkin λέμφωμα που ανευρέθει ως υποεπιθηλιακή αλλοίωση παχέος εντέρου.

**Περιγραφή περιστατικού:** Πρόκειται για άντρα 73 ετών με ιστορικό εξεργασίας αριστερού κόλου το οποίο αντιμετωπίστηκε με χειρουργική αφαίρεση προ εξαιτίας και επικουρική ΧΜΘ προ τετραετίας. Έκτοτε πραγματοποιεί τακτικό εργασιολογικό, απεικονιστικό και ενδοσκοπικό έλεγχο και κατά την επίσκεψη στο ιατρείο θεωρούνταν ελεύθερος νόσου. Πραγματοποιήθηκε κολonosκόπηση χωρίς ανάδειξη αλλοιώσεων από την αναστόμωση. Στην περιοχή του ανιόντος αναγνωρίστηκε υποβλεννογόνιο μόρφωμα, 1.5εκ με ομαλό βλεννογόνιο και θετικό pillow sign από το οποίο ελήφθη βιοψία. Η παθολογοανατομική εξέταση ανέδειξε πυκνή λεμφοκυτταρική άθροιση στη βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα. Η περαιτέρω διερεύνηση ανέδειξε διήθηση του υποβλεννογόνιου και της βλεννιακής στρώσης από λεμφοειδή κύτταρα με ανοσοφαινότυπο CD20+, PAX5+, CD5+, CD23+, θέτοντας τη διάγνωση low grade non Hodgkin λέμφωμα β κυτταρικής αρχής (B-CLL/B-SII). Ο ασθενής παραπέμφθηκε στους θεράποντες ογκολόγους και ξεκίνησε ΧΜΘ.

**Συμπεράσματα:** Τα λεμφώματα εντέρου αποτελούν το 6-12% των λεμφωμάτων του γαστρεντερικού συστήματος ενώ το πρωτοπαθές λέμφωμα του παχέος αποτελεί το 0,4% όλων των όγκων του παχέος εντέρου. Σχεδόν όλα τα λεμφώματα του παχέος είναι B-κυτταρικής αρχής non Hodgkin. Η πιο κοινή εντόπιση είναι το τυφλό έντερο και ακολούθως το ορθό. Οι κλινικές εκδηλώσεις είναι συχνά μη ειδικές, ενώ τα ενδοσκοπικά ευρήματα ποικίλουν. Συχνά εμφανίζονται ως πολλαπλές, επίπεδες, ή πολυποειδείς βλάβες, με επιφάνεια λεία ή κοκκώδη. Τέλος, όπως στην παρούσα περίπτωση, μπορεί να παρατηρηθεί ως υποεπιθηλιακή αλλοίωση. Επομένως, πρέπει να δίνεται προσοχή κατά την παρατήρηση βλαβών κατά την κολonosκόπηση.











## eP81

**ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΧΟΛΗΔΟΧΟ-ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΟΥ ΕΚΣΕΣΗΜΑΣΜΕΝΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΛΙΘΙΑΣΗΣ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΧΟΛΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑΣ****Λεκάκης Β.<sup>1</sup>, Αλεξόπουλος Θ.<sup>1</sup>, Λακιωτάκης Δ.<sup>1</sup>, Μπουγά Γ.<sup>1</sup>, Βεργαδής Χ.<sup>2</sup>, Παπαθεοδώριδης Γ.<sup>1</sup>, Κουτσούμπας Α.<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Α' Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», <sup>2</sup> Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

**Εισαγωγή:** Το χοληδοχο-δωδεκαδακτυλικό συρίγγιο είναι μια σπάνια οντότητα, συνδεδεμένο με την επιπλεγμένη χοληδοχοχοληθλία και τη χρόνια δωδεκαδακτυλική ελκοπάθεια. Αντιπροσωπεύει το 5-25% όλων των χολοπεπτικών συρίγγιων, ενώ παρουσιάζεται συνήθως με άτυπη κλινική εικόνα.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Ασθενής 73 ετών με ιστορικό υποτροπιάζουσας χολαγγειίτιδας και πυλωρικής στένωσης σε έδαφος ελκοπάθειας, προσήλθε με κλινική εικόνα οξείας λιθιασικής χολαγγειίτιδας, παρουσιάζοντας εμπύρετο με ρίγος, άλγος δεξιού υποχονδρίου, ίκτερο και αύξηση των χολοστατικών ενζύμων. Η MRI/MRCP ανέδειξε χοληδοχολιθίαση με παρουσία εμμεγθών λίθων σε όλο το μήκος του χοληδόχου πόρου, με διάταση αυτού (CBD>20mm) και ασυνήθη πορεία του άνω τμήματός του, καθώς και διάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων. Έγινε προσπάθεια ERCP αναδεικνύοντας άτυπη ανατομία πυλωρού και 12/λου με αδυναμία εντοπισμού του φύματος Vater. Στη συνέχεια, μέσω διαδερμικής διηπατικής χολαγγειογραφίας (PTC) επετεύχθη πρόσβαση στο χοληφόρο δέντρο, με οδηγό σύρμα εισερχόμενο από περιφερικό διατεταμένο χοληφόρο και εξερχόμενο απρόσμενα από χοληδοχο-δωδεκαδακτυλικό συρίγγιο στο βολβό. Διενεργήθηκε εκ νέου ERC (rendez-vous technique) που ανέδειξε εμμεγείς λίθους χοληδόχου (>18mm), μη αντιμειωσίσιμους με μηχανική λιθοτριψία, και εισήχθη χολαγγειοσκόπιο (SpyGlass™ Discover) προς EHL λιθοτριψία υπό άμεση όραση. Λόγω των πολλαπλών χειρισμών και παρουσίας πολλαπλών καταμνημάτων που δεν ήταν δυνατόν να καθαριστούν σε μία συνεδρία, τοποθετήθηκε rigid tail stent. Η ασθενής εμφάνισε άμεση κλινικοεργαστηριακή βελτίωση και μετά από 3 μήνες υπεβλήθη σε νέα ERC (με ευθύ ενδοσκόπιο) με αφαίρεση του stent και πλήρη καθαρισμό.

**Συμπεράσματα:** Τα χοληδοχο-δωδεκαδακτυλικά συρίγγια, αν και σπάνια, μπορεί να είναι αίτια οξείας χολαγγειίτιδας. Η εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση, με τη συνεργασία γαστρεντερολόγων, επεμβατικών ακτινολόγων και χειρουργών, είναι κρίσιμη για τη βέλτιστη διαχείριση και την αποφυγή ανεπιθύμητων συμβαμάτων.

**Βιβλιογραφικές αναφορές**

1. Wu MB, Zhang WF, Zhang YL, Mu D, Gong JP. Choledochoduodenal fistula in Mainland China: a review of epidemiology, etiology, diagnosis and management. *Ann Surg Treat Res* 2015;89(5):240-246. doi:10.4174/ast.2015.89.5.240
2. BSB, Kar A, Dutta M, Mandal A, De Bakshi S. A case of choledochoduodenal fistula - an unusual case report. *Clin Case Rep* 2017;5(9):1462-1464. Published 2017 Jul 20. doi:10.1002/ccr3.991

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):57

## eP83

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΟΚΑΛΙΣΤΟΝΙΝΗΣ ΟΡΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ****Παπαστεργίου Β., Θεμελή Σ., Αγορογιάννη Α., Μυλωνάς Ι., Καλόηρος Γ., Μουσουράκης Κ., Αλμπάνη Φ., Τσατσά Α., Βερετάνος Χ., Μπέκα Ε., Αρβανίτης Κ., Γεωργιάδης Τ., Κοζομπόλη Δ., Προβή Δ., Πάτσι Μ., Χρηστίδου Α., Μελά Μ., Βαρτυμιάδης Κ., Χατζηευαγγελίνου Χ., Αρχαγιάννης Ε., Βιάζης Ν.**

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική»

**Εισαγωγή:** Η κλινική πορεία των ασθενών με οξεία χολαγγειίτιδα (OX) συχνά επιδεινώνεται από την ανάπτυξη βακτηριαίμιας. Η προκαλιστονίνη ορού (PCT) θα μπορούσε να αποτελεί χρήσιμο βιοδείκτη για την πρόβλεψη της βακτηριαίμιας και συνεπώς την εξατομικευμένη θεραπευτική διαχείριση των ασθενών με OX.

**Σκοπός:** Να μελετηθεί η κλινική χρησιμότητα της PCT στην διάκριση της βακτηριαίμιας σε ασθενείς με OX και να συγκριθεί με την αντίστοιχη κλασικών εργαστηριακών παραμέτρων (αριθμός πολυμορφοκυττάρων, CRP).

**Υλικό και Μέθοδοι:** Συνεχόμενοι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για OX και διέθεταν μέτρηση των επιπέδων PCT εντός 3 ημερών από την εισαγωγή μελετήθηκαν αναδρομικά. Η διακριτική αξία στην πρόβλεψη της βακτηριαίμιας μελετήθηκε με καμπύλη ROC και η σύγκριση των ROC έγινε με μέθοδο Hanley-McNeil.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθησαν 16 ασθενείς (10 άνδρες, 76.7±12.9 έτη) με OX εκ των οποίων οι 11 (68.8%) είχαν θετικές καλλιέργειες αίματος. Τα πιο συχνά μικροβιακά στελέχη ήταν *Escherichia Coli* και *Klebsiella Pneumoniae*. Η ενδιάμεση τιμή PCT στον συνολικό πληθυσμό ήταν 5.64 ng/ml (εύρος 0.2 έως >100 ng/ml), σημαντικά υψηλότερη σε ασθενείς με βακτηριαίμια έναντι χωρίς βακτηριαίμια (21.80 vs 0.68 ng/ml, p=0.008). Η PCT είχε άριστη διακριτική αξία στην πρόβλεψη της βακτηριαίμιας [area under ROC (AUROC): 0.93, 95%CI: 0.80-1.05], υψηλότερη σε σύγκριση με τον αριθμό των πολυμορφοκυττάρων (AUROC: 0.47, 95%CI: 0.22-0.73) και την CRP (AUROC: 0.74, 95%CI: 0.52-0.95). Η βέλτιστη διαχωριστική τιμή (cut-off) της PCT ήταν το 1.35 ng/ml, αποδίδοντας 100% ευαισθησία και 80% ειδικότητα στην πρόβλεψη της βακτηριαίμιας.

**Συμπεράσματα:** Η PCT αποτελεί αξιόπιστο δείκτη για την πρόβλεψη της βακτηριαίμιας σε ασθενείς με OX.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):57

## eP82

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ****Γεωργόπουλος Η., Μπραϊμάκης Α., Ανδρικόπουλος Ε., Κουτρομπή Μ.-Θ., Χέρας Π.** Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

**Εισαγωγή:** Η σοβαρή οξεία παγκρεατίτιδα επηρεάζει τους μηχανισμούς πέψης και απορρόφησης και συνδέεται με πρωτεϊνικό καταβολισμό, μεταβολική αστάθεια και αυξημένες διαιτητικές απαιτήσεις.

**Σκοπός:** Στην παρούσα μελέτη ανασκόπησης επισημαίνεται ο ρόλος της τεχνητής σίτισης σε ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα στο πλαίσιο της αποκατάστασης της υγείας τους.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Medline και της μηχανής αναζήτησης Google Scholar με τις λέξεις-κλειδιά: acute pancreatitis, nutritional support, enteral and parenteral feeding, για το χρονικό διάστημα 2015-2024. Κριτήρια αποκλεισμού των άρθρων αποτέλεσαν η γλώσσα εκτός της αγγλικής και της ελληνικής. Τελικά συμπεριλήφθησαν στην ανασκόπηση 23 άρθρα.

**Αποτελέσματα:** Η οξεία παγκρεατίτιδα (ΟΠ) διακρίνεται στην ήπια αυτοπεριοριζόμενη μορφή και στην σοβαρή νεκρωτική παγκρεατίτιδα με θνητότητα έως και 40%. Η ανάπτυξη αρνητικού ισοζυγίου αζώτου και επακόλουθη υποθρεψία καθιστούν επιτακτική την ανάγκη θερμίδικης υποστήριξης με τεχνητή σίτιση. Στην ήπια μορφή της δεν χρειάζεται θερμίδικη υποστήριξη. Στην σοβαρή ΟΠ προτιμάται πρώιμη εντερική σίτιση με ρινογαστρικό ή ρινονηστιδικό καθετήρα, επειδή υπερτερεί της παρεντερικής σίτισης στην διατήρηση της ακεραιότητας του εντερικού βλενογόνου, προλαμβάνοντας την μικροβιακή διαπίδωση και την επακόλουθη πολυοργανική ανεπάρκεια.

**Συμπεράσματα:** Η τεχνητή διατροφή με εύρος ρινογαστρικού ή ρινονηστιδικού καθετήρα είναι δυνατή, ασφαλής και ωφέλιμη σε ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):57

## eP84

**ΟΙ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΣΤΗΝ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ****Γεωργόπουλος Η., Χατζόπουλος Α., Κουτρομπή Μ.-Θ., Ανδρικόπουλος Ε., Μπραϊμάκης Α., Χέρας Π.**

Παθολογικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου

**Σκοπός:** Είναι γνωστό ότι λοιμώξεις και φλεγμονές μπορεί να συνοδεύονται από αυξημένο όγκο αιμοπεταλίων (MPV) και συχνά διαταραχή της λειτουργικότητας αυτών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η μεταβλητότητα των αιμοπεταλιακών παραμέτρων (μέσος όγκος αιμοπεταλίων: MPV, εύρος διακύμανσης των αιμοπεταλίων: PDW, και αιμοπεταλιοκρίτης: PCT) στην οξεία παγκρεατίτιδα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 34 ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα που νοσηλεύτηκαν στην Κλινική. Επρόκειτο για 22 άνδρες και 12 γυναίκες μέσης ηλικίας 61 ετών (48-72 ετών). Οι αιτίες της νόσου κατά σειρά συχνότητας ήταν: Χοληλιθίαση-20 ασθενείς (60%), κατανάληση οινοπνεύματος-2 ασθενείς (6%), φαρμακευτική αγωγή-1 ασθενής (2%), ιδιοπαθής-11 περιπτώσεις (32%). Η διάγνωση της νόσου βασίστηκε σε κλινικά και εργαστηριακά κριτήρια. Στους 26 ασθενείς επρόκειτο για ήπια νόσο, ενώ σε 8 ασθενείς αναπτύχθηκαν επιπλοκές διάφορης βαρύτητας. Ο αριθμός των αιμοπεταλίων και αιμοπεταλιακοί παράμετροι προσδιορίστηκαν σε αιματολογικό αναλυτή (sismex 6-2100). Μετρήθηκαν κατά την εισαγωγή και ανά 2 ημέρες στην συνέχεια, για χρονικό διάστημα μιας εβδομάδας. Κανένας ασθενής δεν ανέφερε ιστορικό νόσου που να επηρεάζει την αιμοπεταλιακή λειτουργία (Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο, Σακχαρώδης Διαβήτης, Κακοήθειες και Λοιμώξεις).

**Αποτελέσματα:** Ο PDW ήταν κατά βάση φυσιολογικός (9-17) εκτός από μία περίπτωση. Αντίθετα, παρουσιάστηκε μια αύξηση της MPV>13 fL σε όλους τους ασθενείς από την αρχή της νόσου ανεξάρτητα της αιτίας της, που διατηρήθηκε 3-7 ημέρες. Επίσης ο PCT εμφανίστηκε αυξημένος >0,45 σε 9 ασθενείς (26,4%). Στις περιπτώσεις που αναπτύχθηκαν σοβαρές επιπλοκές (συστηματικές-τοπικές) η μεταβλητότητα που παρατηρήθηκε, αφορούσε κυρίως την περιπτώση της Διάχυτης Ενδοαγγειακής Πήξης και δεν αξιολογήθηκε. Σε 20 ασθενείς παρατηρήθηκε επίσης αύξηση της CRP, η οποία συμβαδίζει με την αύξηση του MPV σε 14 περιπτώσεις. Ο αριθμός των αιμοπεταλίων παρέμεινε φυσιολογικός στους ασθενείς χωρίς επιπλοκές.

**Συμπεράσματα:** Η αύξηση του MPV κατά βάση σημαίνει ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων και συμμετοχή στην φλεγμονώδη διεργασία. Ειδικότερα στην οξεία παγκρεατίτιδα, χωρίς να αποτελεί ειδικό δείκτη, φαίνεται να συμβαδίζει με την εξέλιξη της νόσου και να αποτελεί παράμετρο συνεκτίμησης της πορείας της.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):57

## eP85

**ΕΙΛΕΟΣ ΕΚ ΧΟΛΟΛΙΘΟΥ ΠΕΝΤΕ ΕΤΗ ΜΕΤΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ**

Γεωργόπουλος Η., Χατζόπουλος Α., Κόνσολας Χ., Μπραιμάκης Α., Ανδρικόπουλος Ε., Κουτρούμη Μ.-Θ., Χέρας Π.

Παθολογικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου

**Σκοπός:** Παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης ειλεού από χολόλιθο πέντε έτη μετά χολοκυστεκτομή

**Υλικό-μέθοδοι:** Άνδρας 68 ετών νοσηλεύτηκε στην κλινική μας για έλεγχο διότι από 4μήνου περίπου εμφάνιζε διάχυτα κοιλιακά άλγη και διαρροϊκό σύνδρομο. Στο ιστορικό του ασθενούς αναφέρετο χολοκυστεκτομή λόγω χολολιθίασης προ 5ετίας, καθώς και εκκολπωματώσεως του παχέος εντέρου. Το υπερηχογράφημα και η αξονική τομογραφία άνω κοιλία.

**Αποτελέσματα:** Κατά την διάρκεια της νοσηλείας της επιδεινώθηκε η κλινική κατάσταση και παρατηρήθηκε εικόνα αποφρακτικού ειλεού. Η ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση: Διαπιστώθηκε εικόνα απόφραξης λεπτού εντέρου πλησίον της ειλεοσφυκτικής βαλβίδας από χολόλιθο διαμέτρου 4 εκατοστών.

**Συμπεράσματα:** Η περίπτωση παρουσιάζεται λόγω της σπανιότητας της, ιδίως λόγω της προηγηθείσας χολοκυστεκτομής προ 5ετίας, αλλά και της απουσίας ευρημάτων κατά τον έλεγχο των χοληφόρων με υπερηχογράφημα και αξονική τομογραφία.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):58

## eP87

**ΜΑΖΙΚΗ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΛΟΓΩ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΠΟ ΚΛΑΔΟΥΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ**

Σωτηρόπουλος Χ., Κωνσταντάκης Χ., Αμπαζής Ο., Διαμαντοπούλου Γ., Θεοχάρης Γ., Τριάντος Χ., Θωμόπουλος Κ.

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

**Εισαγωγή:** Η οξεία παγκρεατίτιδα μπορεί να προκαλέσει μαζική ενδοκοιλιακή αιμορραγία λόγω αγγειακής επιπλοκής που προκαλείται από τη διάβρωση ενός μείζονος παγκρεατικού ή περιπαγκρεατικού αγγείου. Αν και σπάνιες, οι αγγειακές επιπλοκές είναι η κύρια αιτία θανάτου σε >50% των θανατηφόρων περιπτώσεων παγκρεατίτιδας.<sup>1,4</sup>

**Περιγραφή περιστατικού:** Αναφέρομε την περίπτωση ασθενούς 71 ετών με ιστορικό αιθουλισμού νοσηλευόμενου λόγω οξείας παγκρεατίτιδας. Την 11η ημέρα νοσηλείας ο ασθενής έγινε αιμοδυναμικά ασταθής με σημαντική πτώση του αιματοκρίτη, χωρίς συμπτώματα και σημεία γαστρεντερικής αιμορραγίας. Διεγερήθηκε επείγουσα CT αγγειογραφία που αποκάλυψε νεκρωτική παγκρεατίτιδα με εκκυστωμένες συλλογές περιπαγκρεατικά και εκτεταμένο αιμάτωμα ισούψους παρά το έλασσον τόξο του στομάχου (Εικόνα Α, Β), με συνοδό εξαγγελίωση της σκιαγραφικής ουσίας (κόκκινα βέλη) από αιμορραγούντες κλάδους της αριστερής ηπατικής αρτηρίας και αριστερής γαστρικής αρτηρίας και εκτεταμένο αιμοπεριτόναιο (Εικόνα C, D, κίτρινα βέλη). Ακολούθησε αγγειογραφικός εμβολισμός με coils (Εικόνα E, F) των αιμορραγούντων αγγείων και μεταφέρθηκε σε ΜΕΘ. Έξι ημέρες μετά τον εμβολισμό ο ασθενής ανέπτυξε οξεία κοιλία, διεγερήθηκε CT κοιλίας που αποκάλυψε φυσαλίδες αέρα εντός του αιμάτωματος, κυρίως στην υπηπατική περιοχή (Εικόνα G, H, κίτρινα βέλη) και εστιακή λύση της συνεχέας του τοιχώματος του στομάχου στο έλασσον τόξο (Εικόνα G, H, κόκκινο βέλος), πιθανώς λόγω ισχαιμίας από τον προηγηθέντα εμβολισμό. Ο ασθενής τελικά κατέληξε παρά την διενέργεια χειρουργικής επέμβασης.

**Συμπεράσματα:** Η μαζική αιμορραγία από περιπαγκρεατικά αγγεία είναι μια σπάνια επιπλοκή της οξείας παγκρεατίτιδας, ωστόσο, σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Ο αγγειακός εμβολισμός δύναται να ελέγξει την αιμορραγία, αν και μπορεί να εμφανιστούν θανατηφόρες επιπλοκές όπως παρουσιάζεται και στην περίπτωση μας.

**Βιβλιογραφικές αναφορές**

- Luckhurst CM, El Hechi M, Maurer LR, et al. Treatment and Prevention of Intraabdominal Bleeding in Necrotizing Pancreatitis Patients Treated With a Step-Up Approach. *Pancreas* 2022; 51(5):516-522. doi: 10.1097/MPA.0000000000002067
- Lee SH, Yun SJ, Ryu S, et al. Massive Bleeding From Inferior Mesenteric Vein With Hypovolemic Shock: A Rare Complication of Acute Pancreatitis. *J Emerg Med* 2018; 55(1):e5-e8. doi: 10.1016/j.jemermed.2018.04.012
- Kreso A, Yamada K, Irani Z, Kalva S, Fagenholz P. Novel techniques for management of portal system hemorrhage in acute pancreatitis. *Pancreatol* 2020;20(8):1576-1581. doi: 10.1016/j.pan.2020.09.022
- Gupta V, Krishna P, Kochhar R, et al. Hemorrhage complicating the course of severe acute pancreatitis. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg* 2020; 24(3):292-300. doi: 10.14701/ahbps.2020.24.3.292.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):58

## eP86

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣ ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΠΑΓΚΡΕΑΤΟΓΡΑΦΙΑΣ (ERCP) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ >80 ΕΤΩΝ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**

Στασινός Ι., Λεβεντάκη Φ., Rujante A., Χαχόπουλος Χ., Κουϊμτσίδης Ι., Ζάντζα Π.-Σ., Θεοφανοπούλου Α., Τασσίδη Σ., Δουδουμπούλου Σ., Καλαντζής Χ., Τσιμπούρης Π., Αποστολόπουλος Π.  
Γαστρεντερολογική Κλινική ΝΙΜΤΣ

**Εισαγωγή:** Σημαντικός αριθμός επεμβάσεων ενδοσκοπικής Παλινδρόμης Χολαγγειοπαγκρεατογραφίας (ERCP) διενεργείται σε υπερήλικες ασθενείς (>80 ετών)

**Σκοπός:** Να εκτιμηθεί η ασφάλεια της ERCP στην ηλικιακή αυτή ομάδα

**Υλικό και Μέθοδοι:** Αναδρομικά καταγράφηκαν κλινικά, επιδημιολογικά, ενδοσκοπικά δεδομένα και ανεπιθύμητες ενέργειες σχετιζόμενες με ERCP που διενεργήθηκαν σε διαδοχικούς ασθενείς >80 ετών εντός τριετίας.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 103 ασθενείς (ΑΤ: 50/53, μέση ηλικία: 86±4 έτη) υποβλήθηκαν σε 122 επεμβάσεις ERCP. Η φυσική κατάσταση των ασθενών κατά ASA score ήταν: 1/2/3/4: 3(2.5%)/27(30.3)/54(44.2%)/28(23%). Αντιπηκτικά λάμβαναν 34(33%). Η ένδειξη ήταν: χολαγγειίτιδα: 37(30.3%), χοληδοχολιθίαση: 51(41.8%), αποφρακτικός ίκτερος: 17(14%), αντικατάσταση υπάρχουσας ενδοπρόθεσης: 15(12.3%) ενώ μετεχειρητική χολόρροια και παγκρεατίτιδα/ίκτερο σε 1 αντίστοιχα. Επιτυχής ήταν ο καθετηριασμός του χοληδόχου πόρου σε 119/122(97.5%). Προηγούμενη σφιγκτροτομή είχαν 51(41.8%) και ανάμεσα σε όσους δεν είχαν, ο καθετηριασμός ήταν επιτυχής σε 68/71(95.8%). Επί μη προηγούμενης σφιγκτροτομής, pre-cut έγινε σε 18/71(25.4%) και σφιγκτροτομή χωρίς pre-cut σε 53(74.6%). Το ποσοστό επιπλοκών ανήλθε σε 15.6%(παγκρεατίτιδα: 2/122 (1.6%), αιμορραγία: 3/122(2.5%), διάτρηση: 1/122(0.8%), χολαγγειίτιδα 7/122(5.7%). Το ποσοστό της χολαγγειίτιδας αριθμητικά ήταν μικρότερο επί τοποθέτησης ενδοπρόθεσης χοληφόρων (4.1% vs χωρίς 6.8%, p=0.413) ενώ παγκρεατίτιδα παρατηρήθηκε μόνο εάν είχε προηγηθεί σφιγκτροτομή / pre-cut (2/71 (2.8%) vs 0%, p=0.337) όπως και αιμορραγία (3/71, 4.2% vs 0%, p=0.194.). Η χρήση αντιπηκτικών δεν οδήγησε σε αυξημένη αιμορραγία (1/39, 2.6%, vs 2/83, 2.4%, p=0.689).

**Συμπεράσματα:** Σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι υπερήλικες ασθενείς στη χώρα μας εμφανίζουν μειωμένη συχνότητα post-ERCP παγκρεατίτιδας, ενώ η τοποθέτηση ενδοπρόθεσης χοληφόρων φαίνεται να μειώνει την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης χολαγγειίτιδας μετά την ERCP.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):58

## eP88

**ΑΙΜΟΧΟΛΙΑ ΠΡΟΧΡΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΨΕΥΔΟΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΚΟΙΝΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕ ΧΟΛΟΚΥΣΤΟ-ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΔΙΑΒΡΩΤΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑΣ**

Σωτηρόπουλος Χ., Κωνσταντάκης Χ., Αμπαζής Ο., Διαμαντοπούλου Γ., Θεοχάρης Γ., Τριάντος Χ., Θωμόπουλος Κ.

Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

**Εισαγωγή:** Τα ψευδοανευρύσματα της ηπατικής αρτηρίας έχουν χαμηλή συχνότητα (0,3-2,5%) αλλά αποτελούν απειλητική για τη ζωή επιπλοκή, με αναφερόμενα ποσοστά θνητότητας μεταξύ 33% και 78%, εάν αφεθούν χωρίς θεραπεία. Η δημιουργία συριγγίων τέτοιων ψευδοανευρυσμάτων στη χοληδόχο κύστη και στο δωδεκαδάκτυλο είναι εξαιρετικά σπάνια και είναι μια σπάνια αιτία αιμοχολίας.<sup>1,7</sup>

**Περιγραφή περιστατικού:** Αναφέρομε ασθενή 54 ετών που προσήλθε με αιματέμηση και μέλαινα, ίκτερο και κοιλιακό άλγος, χωρίς σφύζουσα κοιλιακή μάξα. Δεν υπήρχε ιστορικό τραυματισμού, χειρουργικής επέμβασης στο ήπαρ ή στα χοληφόρα. Ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά ασταθής με σημαντική πτώση του αιματοκρίτη (Hct: 25,4%, Hb: 8,3 g /dL), αυξημένους δείκτες φλεγμονής (WBCs: 20.500/μL, CRP: 25 mg/dL) και διαταραγμένη ηπατική βιοχημεία (TBL: 3,9 mg/dL, DBL: 3 mg/dL, SGOT: 220 U/L, SGPT: 413 U/L, γGT: 497 U/L, ALP: 211 U/L). Μετά την αρχική σταθεροποίηση υποβλήθηκε σε ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού που έδειξε προσκολλημένο θρόμβο στη δεύτερη μοίρα του δωδεκαδάκτυλου (Εικόνα Α), με παλλόμενο δωδεκαδακτυλικό τοίχωμα, ενώ η αποκόλληση του θρόμβου αποκάλυψε ένα εξωτερικό στόμιο συριγγίου (Εικόνα Β). Κατόπιν, πραγματοποιήθηκε επείγουσα CT αγγειογραφία η οποία ανέδειξε την παρουσία ενός ψευδοανευρύσματος της κοινής ηπατικής αρτηρίας στην περιοχή του θρόβου της χοληδόχου κύστης, επιπλεγμένο με χολοκυστο-δωδεκαδακτυλικό συρίγγιο σε εδάφος διαβρωτικής χολοκυστίτιδας (Εικόνα Γ). Ακολούθως, πραγματοποιήθηκε αγγειογραφική αξιολόγηση του ψευδοανευρύσματος και ενδαγγειακή τοποθέτηση πλήρους καλυμμένου stent (Εικόνα Δ).

**Συμπεράσματα:** Η εμφάνιση ψευδοανευρύσματος της κοινής ηπατικής αρτηρίας είναι μια σπάνια αλλά δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή. Η ενδαγγειακή τοποθέτηση stent να πρέπει να θεωρείται ως μια ελάχιστη επεμβατική και αποτελεσματική επιλογή για την αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων.

**Βιβλιογραφικές αναφορές**

- Landolsi S, Landolsi M, Mannai S. Spontaneous right hepatic artery branch gallbladder fistula revealed by haemobilia and upper cataclysmic gastrointestinal bleeding. *BMJ Case Rep* 2018; 2018:bcr2017222134. doi: 10.1136/bcr-2017-222134
- Totolici BD, Neamtu C, Bodog FD et al. Hemobilia by idiopathic aneurysm of cystic artery, fistulized in the biliary ways - clinical case. *Rom J Morphol Embryol* 2017;58(1):267-270.
- Das M, Volmar FH, Walayat S, Nolte R. Hemobilia from a right hepatic artery pseudoaneurysm due to chronic cholecystitis. *SAGE Open Med Case Rep* 2019;7:2050313X19872075. doi: 10.1177/2050313X19872075.
- Sawalha K, Kunnumpurath A, McCann R. An Unusual Cause of an Intraoperative Bleed: Bleeding Hepatic Artery Pseudoaneurysm Due to an Eroding Cholecystitis. *J Investig Med High Impact Case Rep* 2020;8:2324709620982431. doi: 10.1177/2324709620982431.
- Shelton J, Raviraj S. A Case Report: Hepatic artery pseudoaneurysm causing life-threatening haemobilia. *Int J Surg Case Rep* 2021;86:106350. doi: 10.1016/j.ijscr.2021.106350.
- Traa AC, Hoven-Gondrie ML, Diederik AL. A pseudoaneurysm of the right hepatic artery treated successfully with a stent graft - A case report. *Int J Surg Case Rep* 2020;77:407-411. doi: 10.1016/j.ijscr.2020.11.033
- Hangai S, Ohata A, Kageoka M et al. Successful transarterial embolization for recurrent pseudoaneurysm of the right hepatic artery with acute cholecystitis. *Clin J Gastroenterol* 2014;7(2):164-9. doi: 10.1007/s12328-013-0450-6.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):58

## eP89

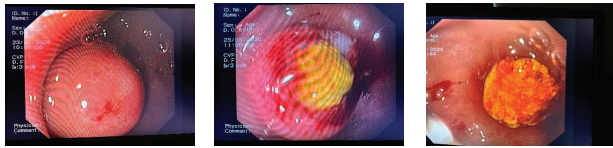
## ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ

Κοντός Α.<sup>1</sup>, Τζιωτζίωτης Ι.<sup>1</sup>, Παπακωνσταντίνου Φ.<sup>1</sup>, Τσαμακίδης Ξ.<sup>1</sup>, Μιχαηλίδου Σ.<sup>1</sup>, Γιαννακόπουλος Β.<sup>1</sup>, Αλ-Ουντάτ Μ.<sup>1</sup>, Κυπραίος Δ.<sup>1</sup>, Δημητρουλόπουλος Δ.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Γαστρεντερολογική κλινική, ΓΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας»

**Εισαγωγή:** Οι περισσότερες περιπτώσεις ασθενών με συρίγγια που περιλαμβάνουν το γαστρεντερικό σύστημα σχετίζονται με νόσο Crohn. Υπάρχουν όμως και άλλες περιπτώσεις συριγγίων που δεν σχετίζονται με νόσο Crohn και έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς για τη διάγνωσή τους απαιτείται λεπτομερές ιστορικό και κλινική υποψία ενώ η αντιμετώπισή τους είναι εντελώς διαφορετική.

**Κλινική Περίπτωση:** Ασθενής με ελεύθερο ιστορικό, παραπέμφθηκε για ΕUS λόγω διαταραχής ηπατικής βιοχημείας, προς αποκλεισμό μικρο-χοληδοχολιθίας που δεν ανεδείχθη σε MRCP. Στο ΕUS παρατηρήθηκε εικόνα ευμεγέθους προβολής του βλεννογόνου στο βολβό (Εικ.1) του 12δακτύλου (Δ.Δ: υποεπιθηλιακό όγκος? άλλο?) καθώς και παρουσία μικρών λίθων εντός του χοληδόχου πόρου. Στην γαστροσκόπηση που ακολούθησε, έγινε λήψη βιοψιών bite-on-bite από τον πιθανό υποεπιθηλιακό όγκο που οδήγησε σε αποβολή λιθιασικού περιεχομένου (Εικ 2 και 3). Τελικά διαπιστώθηκε ότι η ανωτέρω προβολή του βλεννογόνου αφορούσε χοληδοχο-δωδεκαδακτυλικό συρίγγιο με λίθο εντός αυτού. Ο λίθος συλλέχθηκε και εστάλη για ανάλυση που έδειξε σύσταση εκ χοληστερίνης κρυστάλλων.

**Συζήτηση:** Τα χοληδοχο-12δακτυλικά συρίγγια είναι σπάνια και συνήθως βρίσκονται τυχαία κατά τη διάρκεια ενδοσκόπησης. Ταξινομούνται σε εγγύς και άπω. Τα εγγύς συρίγγια εντοπίζονται σε απόσταση >2cm εγγύτερα του φύματος και συνήθως εκβάλλουν στον βολβό. Τα άπω συρίγγια εκβάλλουν πλησίον του φύματος και σε απόσταση <2cm από αυτό. Η συνηθέστερη αιτία είναι η μακροχρόνια χοληδοχολιθίαση. Αέρας στα χοληφόρα και διάταση χοληδόχου πόρου είναι συχνά ευρήματα. Επίσης ο κίνδυνος ανιούσας χολαγγειίτιδας είναι υψηλός.



Εικόνα 1

Εικόνα 2

Εικόνα 3

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):59

## eP91

## ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΙΜΟΧΟΛΙΑΣ ΛΟΓΩ ΡΗΞΗΣ ΨΕΥΔΟΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΑΝΩ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΕΝΤΟΣ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗΣ ΨΕΥΔΟΚΥΣΤΗΣ

Σωτηρόπουλος Χ., Κωνσταντάκης Χ., Αμπαζής Ο., Διαμαντοπούλου Γ., Θεοχάρης Γ., Τριάντος Χ., Θωμόπουλος Κ.  
 Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

**Εισαγωγή:** Παραδοσιακά, τα ψευδοανευρύσματα της άνω μεσεντερίου αρτηρίας σχετίζονται με αρτηριακό διαχωρισμό, παγκρεατίτιδα, λοίμωξη, τραύμα, διήθηση όγκου ή εμφανίζονται ως μετεχειρητική και ατρογενής επιπλοκή. Αν και η χειρουργική επέμβαση είναι η ιδανική θεραπευτική επιλογή, η ενδαγγειακή παρέμβαση αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική επιλογή.<sup>1-8</sup>

**Περιγραφή περιστατικού:** Άνδρας 51 ετών με ιστορικό χρόνιας κατανάλωσης αλκοόλ και χρόνιας παγκρεατίτιδας εμφάνισε πολλαπλά επεισόδια αιματέμεσης και αιμοχολίας, ίκτερο και έντονο κοιλιακό άλγος με ψηλαφητή σφύζουσα μάζα υπερομφαλικά. Κατά την προσέλευση, ήταν αιμοδυναμικά ασταθής (BP: 79/45 mmHg, HR: 123/min) με ανεπαρκή αναζωογόνηση παρά τις μεταγγίσεις προϊόντων αίματος και ενδοφλεβίως υγρών. Οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν σημαντική πτώση του αιματοκρίτη (Hct: 23,9%, Hb: 7,7 g/dL) και διαταραγμένη ηπατική βιοχημεία (TBL: 7,21 mg/dL, DBL: 4,88 mg/dL, SGOT: 156 U/L, SGPT: 92 U/L, γGT: 1822 U/L, ALP: 1577 U/L). Έγινε επείγουσα CT αγγειογραφία που ανέδειξε την παρουσία ραγέντος ψευδοανευρύσματος άνω μεσεντερίου αρτηρίας, διαμέτρου 11,5 cm, εντοπιζόμενου μέσα σε γιγάντια παγκρεατική ψευδοκύστη, σε έδαφος χρόνιας παγκρεατίτιδας (Εικόνα Α, Β). Λόγω κακής κλινικής κατάστασης του ασθενούς αποφασίσθηκε ενδαγγειακή αντιμετώπιση. Πραγματοποιήθηκε αρτηριακό καθετηριασμός και αγγειογραφική αξιολόγηση του ψευδοανευρύσματος της άνω μεσεντερίου αρτηρίας, με εικόνα ενεργού εξαγγείωσης σκιαγραφικού που αντιμετωπίστηκε με τοποθέτηση πλήρως καλυμμένου stent (Εικόνα Γ, Δ). Η τελική αγγειογραφία επιβεβαίωσε την επιτυχία της παρέμβασης.

**Συμπεράσματα:** Τα ψευδοανευρύσματα της άνω μεσεντερίου αρτηρίας, λόγω του υψηλού κινδύνου ρήξης και απειλητικής για τη ζωή αιμορραγίας, απαιτούν επείγουσα αντιμετώπιση. Μεταξύ των επιλογών θεραπείας, η ενδαγγειακή αποκατάσταση είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική τεχνική για οριστική αντιμετώπιση, ειδικά για αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς.

## Βιβλιογραφικές αναφορές

- Guirgis M, Xu JH, Kaard A, Mwirpatayi BP. Spontaneous Superior Mesenteric Artery Branch Pseudoaneurysm: A Rare Case Report. *EJVES Short Rep* 2017;37:1-4. doi: 10.1016/j.ejvsr.2017.09.001
- Patelis N, Doukas P, Dodos I, Karampelas T, Kanellopoulos I, Kyriakopoulou K, Bisdas T. Endovascular Repair of a Complex Isolated Dissecting Aneurysm of the Superior

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):59

## eP90

## ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΙΜΟΧΟΛΙΑΣ: ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΠΡΟΕΡΧΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΨΕΥΔΟΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟ-12ΔΑΚΤΥΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΔΙΑΒΡΩΤΙΚΗΣ ΨΕΥΔΟΚΥΣΤΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

Σωτηρόπουλος Χ., Κωνσταντάκης Χ., Αμπαζής Ο., Διαμαντοπούλου Γ., Θεοχάρης Γ., Τριάντος Χ., Θωμόπουλος Κ.  
 Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

**Εισαγωγή:** Η παγκρεατίτιδα είναι μια φλεγμονώδης διαταραχή με διάφορες επιπλοκές, όπως παρεγχυματικές/περιπαγκρεατικές συλλογές υγρού και σχηματισμό ψευδοκύστεων, καλοήγη στένωση των χοληφόρων και αγγειακές επιπλοκές, όπως φλεβική θρόμβωση και σχηματισμό ψευδοανευρύσματος. Η αιμορραγία ψευδοανευρύσματος είναι μια σπάνια αλλά δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή που απαιτεί υπερεπειγουσα παρέμβαση.<sup>1-5</sup>

**Περιγραφή περιστατικού:** Αναφέρουμε άνδρα 48 ετών με ιστορικό χρόνιου αιθουσιασμού που προσήλθε με επιαστραλγία και μέλαινες κενώσεις. Ο ασθενής δεν είχε ιστορικό τραυματισμού, χειρουργικής επέμβασης ή παρέμβασης στα χοληφόρα, αλλά ανέφερε υποτροπιάζοντα επεισόδια παγκρεατίτιδας. Ο ασθενής εμφάνισε μέλαινα, ίκτερο και κοιλιακό άλγος, χωρίς σφύζουσα κοιλιακή μάζα, ενώ ήταν αιμοδυναμικά σταθερός (BP: 136/78 mmHg, HR: 93/min), αλλά με σημαντική πτώση του αιματοκρίτη (Hct: 23,6%, Hb: 7,7 g/dL), υπεραμυλασαιμία (AMY: 780 U/l) και υπερχοληρυθρουραμία (TBL: 3 mg/dL, DBL: 2,3 mg/dL, γ-GT: 531 U/l, ALP: 443 U/l). Ο ασθενής υποβλήθηκε αρχικά σε ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού που έδειξε προσκολλημένο θρόμβο στο φύμα του Vater (Εικόνα Α) με σφύζον δωδεκαδακτυλικό τοίχωμα. Ακολούθως, πραγματοποιήθηκε επείγουσα CT αγγειογραφία η οποία ανέδειξε ψευδοανεύρυσμα παγκρεατο-12δακτυλικής αρτηρίας (Εικόνα Β, κόκκινο βέλος) σε έδαφος διαβρωτικής παγκρεατικής ψευδοκύστης (Εικόνα Β, πράσινο βέλος). Κατόπιν, πραγματοποιήθηκε αγγειογραφική αξιολόγηση του ψευδοανευρύσματος και ακολούθησε αγγειογραφικός εμβολιασμός με coils (Εικόνα C).

**Συμπεράσματα:** Η αιμορραγία περιπαγκρεατικού ψευδοανευρύσματος είναι μια σπάνια αλλά απειλητική για τη ζωή επιπλοκή της παγκρεατίτιδας με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία. Η έγκαιρη αναγνώριση και η κατάλληλη θεραπεία με αγγειογραφικό εμβολισμό, ως θεραπεία πρώτης γραμμής, είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της πρόγνωσης.

## Βιβλιογραφικές αναφορές

- Barka M, Rguez A, Ben Cheikh Y et al. A case report of gastroduodenal artery pseudoaneurysm and giant pancreatic pseudocyst following acute pancreatitis revealed by obstructive jaundice. *SAGE Open Med Case Rep* 2023;11:2050313X231188885
- Walid D, Saraya A, Gunjan D. Vascular complications of chronic pancreatitis and its management. *World J Gastrointest Surg* 2023;15(8):1574-1590
- Dhali A, Ray S, Sarkar A, et al. Peripancreatic arterial pseudoaneurysm in the background of chronic pancreatitis: clinical profile, management, and outcome. *Updates Surg* 2022;7(4):1367-1373
- Shelar SS, Dhande R, Nagendra V, Suryadevara M, Shetty N. Giant Abdominal Pseudoaneurysm Secondary to Recurrent Pancreatitis: Imaging and Endovascular Intervention. *Cureus* 2022;14(12):e32872
- Chiang HC, Lo YN, Chen CY, Chuang CH, Hong TC, Kuo HY. Acute pancreatitis complicated with peripancreatic pseudoaneurysm and subsequent intra-abdominal hematoma. *JGH Open* 2023;7(5):393-394.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):59

Mesenteric Artery. *EJVES Short Rep* 2019;44:5-8. doi: 10.1016/j.ejvsr.2019.05.003.

- Kochar S, Sharparis Y, Banerjee B, Karasek M, Brennan S. Endovascular Coil Embolization of Superior Mesenteric Artery Branch Pseudoaneurysm. *Cureus* 2021; 13(9):e18014. doi: 10.7759/cureus.18014
- Camarasa Pérez Á, Soto Sánchez A, Pérez Sánchez E, Hernández Barroso M, Hernández Hernández G, Barrera Gómez M. Obstructive jaundice secondary to a pseudoaneurysm of the superior mesenteric artery. *Rev Esp Enferm Dig* 2022;114(12):756. doi: 10.17235/reed.2022.8856/2022
- Chao CM, Wu TL, Cheong CU, Chang YK, Lai CC. Superior mesenteric artery pseudoaneurysm. *J Emerg Med* 2013;45(1):e21-2. doi: 10.1016/j.jemermed.2013.01.041.
- Kimbara Y, Sato Y, Hasegawa T, et al. Covered stent placement for emergency repair of a ruptured superior mesenteric artery pseudoaneurysm in advanced pancreatic head cancer. *Radiol Case Rep* 2018;14(1):133-135. doi: 10.1016/j.radcr.2018.10.012.
- Ogino H, Banno T, Sato Y, Hara M, Shibamoto Y. Superior mesenteric artery stent-graft placement in a patient with pseudoaneurysm developing from a pancreatic pseudocyst. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2004;27(1):68-70. doi: 10.1007/s00270-003-2727-5
- Dávila Arias C, Ruiz-Rodríguez AJ, Cabrera Peña Á. Hematochezia secondary to hemossuccus pancreaticus due to a pseudoaneurysm associated with a pancreatic pseudocyst. *Rev Esp Enferm Dig* 2021;113(8):618. doi: 10.17235/reed.2020.7376/2020

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):59

## eP92

**ΕΝΑ ΑΤΥΠΟ ΣΗΜΕΙΟ ΔΙΚΗΝ «ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΨΑΡΙΟΥ» (FISH MOUTH) ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΙΡΜΝ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ**

Κοντός Α.<sup>1</sup>, Τζιωρτζιώτης Ι.<sup>1</sup>, Παπακωνσταντίνου Φ.<sup>1</sup>, Τσαμακίδης Ξ.<sup>1</sup>, Μιχαηλίδου Σ.<sup>1</sup>, Γιαννακόπουλος Β.<sup>1</sup>, Αλ-Ουντάτ Μ.<sup>1</sup>, Κυπραίος Δ.<sup>1</sup>, Δημητρουλόπουλος Δ.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Γαστρεντερολογική κλινική, ΓΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας»

**Εισαγωγή:** Τα ενδοσκοπικά θηλώδη βλεννώδη νεοπλασμάτα (IPMN) του παγκρέατος παράγουν βλέννα η οποία αποβάλλεται στο 12δάκτυλο μέσω του φύματος Vater. Το σημείο δίκην «στόματος ψαριού» (fish mouth) αφορά σε διάταση του στομιού του φύματος, λόγω της μεγάλης ποσότητας βλέννας εντός του πόρου που παράγεται από το main duct IPMN και δίνει στο φύμα τη χαρακτηριστική αυτή εμφάνιση. Τις περισσότερες φορές είναι άμεσα ορατή η εκροή βλέννας από το φύμα κατά την επισκόπηση με δωδεκαδακτυλοσκόπιο.

**Περιστατικό:** Άνδρας 63 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω τυχαίου ευρήματος σε CT μιας κυστικής τύπου βλάβης την κεφαλή του παγκρέατος. Διενεργήθηκε ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (EUS) στο οποίο η αλλοίωση είχε χαρακτηριστικά IPMN του κύριου παγκρεατικού πόρου, διαμέτρου 5 εκατοστών με στοιχεία ύποπτα κακοήθους εξαλλαγής. Η ενδοσκοπική εικόνα ανέδειξε σημείο λύσης της συνέχειας του βλενογόνου του δωδεκαδακτύλου πλησίον του φύματος (Εικ. 1,2) το οποίο είχε εικόνα δίκην «στόματος ψαριού» και ορατή αποβολή βλέννας (Εικ. 3). Από την εικόνα του EUS και την MRI/MRPC ανεδείχθη ότι το IPMN είχε διηθήσει το τοίχωμα του δωδεκαδακτύλου. Αυτό επιβεβαιώθηκε με ιστολογική εξέταση δείγματος με FNB από το IPMN και με λαβίδα από την περιοχή με το σημείο "fish mouth".

**Συζήτηση:** Τα IPMN, αποτελούν μία από τις πιο συχνές (20%-50%) κυστικές βλάβες του παγκρέατος που ανευρίσκονται συχνά τυχαία. Το σημείο "fish mouth" είναι σπάνιο αλλά παθολογικό για τη διάγνωση main duct IPMN. Η περίπτωση αυτή μας δείχνει ότι η ανεύρεση του σημείου αυτού όχι στο φύμα αλλά σε σημείο πλησίον του φύματος, πιθανόν υποδηλώνει IPMN με κακοήθη εξαλλαγή.



Εικόνα 1

Εικόνα 2

Εικόνα 3

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):60

## eP94

**ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΡΡΕΝ ΑΣΘΕΝΗ 60 ΕΤΩΝ**

Κουτσοστάθης Ε.<sup>1,2</sup>, Τσόλου Α.<sup>1</sup>, Σκάζας Γ.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ΓΟΝΚ Αγ.Ανάργυροι, <sup>2</sup>Νοσοκομείο Καρπενησίου

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού άρρενος ασθενούς 60 ετών με ιστορικό χρόνιου αιθυλισμού ο οποίος νοσηλεύθηκε λόγω οξείας νεκρωτικής παγκρεατίτιδας.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρόκειται για άνδρα ασθενή, που νοσηλεύθηκε με αναφερόμενο άλγος (δε) υποχονδρίου και δεκατική πυρετική κίνηση. Από CT κοιλίας διαπιστώθηκε: οξεία νεκρωτική παγκρεατίτιδα πιθανότατα μικτής αιτιολογίας (μικρολίθιαση χοληδόχου κύστης – κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης). Λόγω ΟΑΑ Ι σε έδαφος ARDS νοσηλεύθηκε διασωληνωμένος σε ΜΕΘ. Αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με σταθεροποίηση της κλινικής του κατάστασης. Σε επαναληπτικό απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε μείωση περιπαγκρεατικής συλλογής με τάση εγκύστωσης. Ο ασθενής έφερε από την εισαγωγή του ρινονησιδικό καθετήρα οίτισης με το γαστρικό σκέλος σε παροχέτευση. Παράλληλα με τη διεντερική ελάμβανε και παρεντερική οίτιση.

Κατά την εισαγωγή του ο ασθενής ήταν απύρετος και ελάμβανε αγωγή με ενδοφλέβια και εισπνεόμενη κολιμικίνη λόγω VAP από Acinetobacter baumannii. Την 3η ημέρα νοσηλείας του παρουσίασε εμπύρετο έως 39,2 οC με παράλληλη αύξηση των δεικτών φλεγμονής οπότε προσετέθη εμπειρικά τικεκυκλίνη και μικαφουγκλίνη. Μετά την CT θώρακος όπου ανεδείχθη αύξηση των κυψελιδικών διηθημάτων έλαβε επιπλέον λινεζολιδή. Λόγω παραμονής του εμπυρέτου και των δεικτών φλεγμονής ετέθη επιπλέον σε αγωγή με κεφτριαξίμη-αβιβακτάμη.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής παρέμεινε στη ΜΕΘ μέχρι βελτίωσης της κλινικοεργαστηριακής του εικόνας με σκοπό να υποβληθεί σε 2ο χρόνο σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.

**Συμπεράσματα:** Η βαρύτητα με την οποία παρουσιάζεται ένα επεισόδιο οξείας παγκρεατίτιδας ορίζει και τον τρόπο που πρέπει να αντιμετωπιστεί. Σε πολύ βαρείς περιπτώσεις (που ευτυχώς δεν είναι συχνές) χρειάζεται εισαγωγή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας γιατί το πάγκρεας δεν φλεγμαίνει απλώς, αλλά έχει υποστεί νέκρωση. Αυτή είναι μια βαρύτερη περίπτωση με πάρα πολύ υψηλή θνητότητα (έως 40%). Συνήθως οι ασθενείς εισάγονται στο νοσοκομείο μέχρι να ιαθεί πλήρως η οξεία παγκρεατίτιδα, οπότε αμέσως μετά πρέπει να υποβληθούν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):60

## eP93

**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗΣ ΣΕ ΟΠΙΟΕΙΔΗ**

Βούκαλη Μ., Παναγόπουλος Φ., Καρνιώτη Σ., Κουφόπουλος Π., Δαλόπουλος Β., Βυθούλας-Μπιώτης Ν., Τσαρούχα Ε., Πανοηλία Μ.-Π., Δάσκου Α., Ζαχαριάδου-Μπαλάση Τ., Αδάμου Α., Αδαμίδης Ν., Βαλιάνου Ν.  
<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική ΓΝΑ «Σισμανόγλειο», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η επαγόμενη από φάρμακα οξεία παγκρεατίτιδα είναι μια σχετικά σπάνια αλλά σημαντική αιτία οξείας παγκρεατίτιδας. Χαρακτηρίζεται από την αιφνίδια φλεγμονή του παγκρέατος, που προκαλείται από ορισμένα φάρμακα. Τα φάρμακα που συνήθως συνδέονται περιλαμβάνουν ορισμένες κατηγορίες όπως διουρητικά, αντιβιοτικά, αντιρετροϊκά, χημειοθεραπευτικά και ανοσοκατασταλτικά.

**Σκοπός:** Παρουσιάζουμε σπάνιο περιστατικό οξείας παγκρεατίτιδας σε άνδρα 78 ετών οφειλόμενης σε λήψη οπιοειδών.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ασθενής 78 ετών λόγω έντονης επιγαστραλγίας και εμπυρέτου έως 38°C από ωρών. Από το ατομικό αναμνηστικό του αναφέρεται σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση καθώς και 2 πρόσφατες ορθοπαιδικές χειρουργικές επεμβάσεις. Δεν καπνίζει, δεν πίνει αλκοόλ. Ο εργαστηριακός έλεγχος αποκάλυψε επηρεασμένη ηπατική βιοχημεία με αύξηση τιμών αμυλάσης αίματος και ούρων (641 U/L και 1754 U/L αντίστοιχα). Τριγλυκερίδια 109 mg/dl. Το υπερηχογράφημα άνω κοιλίας δεν ανέδειξε εικόνα λίθιασης ή φλεγμονής χοληφόρων. Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία άνω κοιλίας με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό όπου δεν ανεδείχθησαν παθολογικά ευρήματα.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε ως οξεία παγκρεατίτιδα και ετέθη σε ουδέν per os και σε ενυδάτωση με ενδοφλέβια κρυσταλλοειδή διαλύματα. Σταδιακά υποχώρησε το κοιλιακό άλγος και παρατηρήθηκε πτώση όλων των παθολογικά αυξημένων ηπατικών ενζύμων και της αμυλάσης αίματος και ούρων, στις φυσιολογικές τιμές τους. Πραγματοποιήθηκε σταδιακή επανασίτιση χωρίς επιπλοκές. Η οξεία παγκρεατίτιδα αποδόθηκε στην πρόσφατη έναρξη -προ λίγων ημερών- ισχυρών αναλγητικών δισκίων τραμανδόλης και κωδεΐνης λόγω μυοσκελετικού άλγους, εφόσον αποκλεισθηκαν άλλες συχνότερες αιτίες της νόσου. Τα οπιοειδή φάρμακα αν και συνήθως αποτελούν μέρος της υποστηρικτικής θεραπείας της οξείας παγκρεατίτιδας για την αντιμετώπιση του άλγους, εντούτοις θα πρέπει να προστεθούν στη λίστα των φαρμάκων που μπορούν να επάγουν τη νόσο.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):60

## eP95

**Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ 251 ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΕΩΝ ΑΙΜΟΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ**

Παπασοστόλου Γ.-Ν., Σείμένη Β., Τσουής Δ., Μάγειρας Ν., Οικονομάκης Α., Κουγιουμτζιάν Α., Κουρέτα Ε.

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Νέες αιμοστατικές μέθοδοι έχουν εισαχθεί στην κλινική πράξη για την αντιμετώπιση της γαστρεντερικής αιμορραγίας.

**Σκοπός:** Η περιγραφή της εμπειρίας του 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας από την εφαρμογή νεότερων αιμοστατικών ενδοσκοπικών μεθόδων.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Δεδομένα από 46 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση με ένδειξη αιμορραγία πεπτικού ή πολυποδεκτομή πολυπόδων >2 εκ. εντός τριετίας συλλέχθηκαν αναδρομικά.

**Αποτελέσματα:** Από τις 46 ενδοσκοπήσεις για αιμόσταση που διενεργήθηκαν [μέση ηλικία 71 έτη, 14 γυναίκες (30,4%) και 32 άντρες (69,6%)] ελάμβαναν: ΗΧΜΒ 7 (15,2%), DOACS 7 (15,2%), ασενοκουμαρόλη 1 (2,2%), ακετυλοσαλικυλικό οξύ 6 (13,1%), κλοπιδογρέλη 3 (6,5%), συνδυασμό αντιαιμοπεταλιακών/αντιπηκτικών 2 (4,4%). Από τις ενδοσκοπήσεις διαπιστώθηκε έλκος σε 16 (34,8%), κακοήθεια σε 11 (23,9%), αιμορραγία μετά από πολυποδεκτομή σε 4 (8,7%), βλενογονική σπάση σε 2 (4,4%), μετακτινική βλάβη σε 1 (2,2%) και βλάβη Dieulafoy σε 1 (2,2%). Αιμόσταση στο τέλος της πολυποδεκτομής εφαρμόστηκε σε 11 ασθενείς (23,9%). Σε 7 ασθενείς (15,2%) χρησιμοποιήθηκε αιμοστατική γέλη (PuraStat), σε 4 (8,7%) Gold Probe, σε 11 (23,9%) αιμοστατική σκόνη (Hemospray), συνδυασμός των ανωτέρων μεθόδων ή νεότερων με κλασσικές αιμοστατικές μεθόδους (κλιπ και αδρεναλίνη) σε 24 (52,2%). Από τους 46 ασθενείς οι 8 (17,4%) επαναιμορράγησαν και οι 4 (8,7%) απεβίωσαν (follow up μηδόν). Επιβαρυντική σχέση φάνηκε μεταξύ άρρενος φύλου, αυξημένου INR, λήψης αντιαιμοπεταλιακών/αντιπηκτικών φαρμάκων και εμφάνισης επαναιμορραγίας, ενώ διαπιστώθηκε προστατευτική συσχέτιση των επιπέδων αιμοπεταλίων, σε μη στατιστικά σημαντικό βαθμό, πιθανώς λόγω του μικρού μεγέθους δείγματος.

**Συμπεράσματα:** Οι νεότερες αιμοστατικές μέθοδοι αποτελούν ένα επιπλέον όπλο στη φαρέτρα των ενδοσκόπων για την αντιμετώπιση της γαστρεντερικής αιμορραγίας με καλή έκβαση στην πλειονότητα των ασθενών.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):60

## eP96

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΑΨΟΥΛΑ ΣΕ ΥΠΟΨΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕΤΑΨΥ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΜΗ**

Σμυρλής Α.<sup>1</sup>, Κόγιας Δ.<sup>2</sup>, Χαλκίδου Α.<sup>2</sup>, Παναγιώτσος Σ.<sup>1</sup>, Κανταρτζή Κ.<sup>1</sup>, Παπαδόπουλος Β.<sup>3</sup>, Μιμιδής Κ.<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, <sup>2</sup>Α΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, <sup>3</sup>Άκεις, Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, Ξάνθη, <sup>4</sup>Εργαστήριο Μελέτης Γαστρεντερικού Συστήματος και Ήπατος, ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή:** Η αιμορραγία πεπτικού είναι συχνή μεταξύ των αιμοκαθαίρων ασθενών. Η γαστροσκόπηση και η κολonosκόπηση συχνά αποτυγχάνουν να εντοπίσουν εστίες αιμορραγίας σε αιμοκαθαίρουμενους ασθενείς με αναμία.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση των βλαβών του λεπτού εντέρου σε αιμοκαθαίρουμενους (HD) έναντι ασθενών με φυσιολογική νεφρική λειτουργία (non-HD) χρησιμοποιώντας ενδοσκοπική κάψουλα, λόγω υποψίας αιμορραγίας λεπτού εντέρου.

**Μέθοδοι:** Πρόκειται για μια προοπτική συγκριτική μελέτη που περιελάβε 25 HD ασθενείς της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης και 75 non-HD ασθενείς που εμφάνισαν λανθάνουσα αιμορραγία πεπτικού μεταξύ Ιουλίου 2022 και Ιουλίου 2023. Αξιολογήθηκαν τα δημογραφικά, εργαστηριακά, ενδοσκοπικά και θεραπευτικά δεδομένα.

**Αποτελέσματα:** Βρέθηκε ότι οι HD παρουσίασαν συχνότερα βλάβες λεπτού εντέρου, όπως oozing αιμορραγία (28% vs 15%, p=0,133), red spots (96% vs 44%, p<0,001), αγγειοδυσπλασίες (32% vs 9%, p=0,006) και διαβρωτικές/ελκωτικές βλάβες (64% vs 24%, p<0,001), σε οποιοδήποτε σημείο του. Σε 25 non-HD, δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά ευρήματα (p=0,001). Τα συνολικά ενδοσκοπικά ευρήματα συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με την αιμοκάθαρση (p<0,001) και το ανδρικό φύλο (p=0,048). Τέλος, βρέθηκε ότι οι HD επανααιμορραγούν συχνότερα (Rhemitt score, 6,5±1,4 vs 2,9±2,1, p<0,001). Το Rhemitt score συσχετίστηκε ανεξάρτητα με την αιμοκάθαρση (p<0,001), το δείκτη μάζας σώματος (p=0,024), την αιμορραγία πεπτικού (p<0,001) και την προετοιμασία του εντέρου (p=0,001).

**Συμπεράσματα:** Οι αιμοκαθαίρουμενοι ασθενείς που διερευνήθηκαν για πιθανή αιμορραγία πεπτικού επέδειξαν πιο σοβαρές και συχνές βλάβες του λεπτού εντέρου με μεγαλύτερη πιθανότητα επανααιμορραγίας σε σύγκριση με ασθενείς με φυσιολογική νεφρική λειτουργία.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):61

## eP98

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΟΥΝΤΑ ΠΕΠΤΙΚΑ ΕΛΚΗ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ**

Παπαστεργίου Β., Γεωργιλής Ε., Καραμπάτσος Β., Προβή Δ., Γεωργιάδη Τ., Μυλωνάς Ι., Βερετάνος Χ., Μπέκα Ε., Καραούζας Α., Πάτσος Μ., Αγορογιάννη Α., Θεμελί Σ., Νούσιος Γ., Κοζομπόλη Δ., Μελέα Μ., Χρηστίδου Α., Βαρυτιμάδης Κ., Χατζηεγγελείου Χ., Βιέννα Ε., Αργαυλίδης Ε., Βιάζης Ν.  
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική»

**Εισαγωγή:** Με βάση τυχαίως επιλεγμένες μελέτες, τόσο οι μηχανικές όσο και οι θερμικές μέθοδοι ενδοσκοπικής αιμόστασης θεωρούνται αποτελεσματικές σε ασθενείς με αιμορραγία από πεπτικά έλκη (ΑΠΕ). Ελλείπουν ωστόσο δεδομένα που να αποτυπώνουν την κλινική πράξη στην Ελλάδα.

**Σκοπός:** Να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα διαφόρων τεχνικών ενδοσκοπικής αιμόστασης σε ασθενείς με ΑΠΕ σε τεταρτοβάθμιο Ελληνικό νοσοκομείο.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ενδοσκοπική αιμόσταση λόγω ΑΠΕ αναλύθηκαν αναδρομικά και ομαδοποιήθηκαν ως ακολούθως: Ομάδα-Α (μόνο έγχυση αδρεναλίνης), Ομάδα-Β (αιμοστατικά clip), ομάδα-Γ (θερμικές μέθοδοι) και ομάδα-Δ (συνδυασμός θερμικής μεθόδου και αιμοστατικών clip). Καταληκτικό σημείο ήταν η εμφάνιση επανααιμορραγίας μετά την αρχική ενδοσκοπική αιμόσταση (υποτροπή αιματέμεση/καφεοειδών εμέτων/μέλαινας/αιματοχεζίας με πτώση Hb>2gr/dl).

**Αποτελέσματα:** Συμπεριελήφθησαν 51 ασθενείς (38 άνδρες, 72,2±16,94 έτη, 66,7% δωδεκαδακτυλικά έλκη, Forrest1a/1b/1la/1b/1lc/III: 2%/15,7%/47,1%/21,6%/9,8%/3,9%, αντιαιμοπηλατικά: 27,5%, νεότερα αντιπηκτικά: 18%, ασπασσομαρολόη 15,7%), εκ των οποίων 9 (17,6%) στην ομάδα-Α, 23 (45,1%) στην ομάδα-Β, 8 (15,7%) στην ομάδα-Γ (Argon Plasma Coagulation-APC=2, Coagrasper=4, Gold-Probe=2) και 11 (21,6%) στην ομάδα-Δ (APC=2, Coagrasper=5, Gold-Probe=4). Οι 4 ομάδες δεν διέφεραν στα δημογραφικά, θέση των ελκών και Forrest ταξινόμηση, ποσοστά λήψης αντιθρομβωτικών, συννοσηρότητες και χρήση αγγειοσπαστικών. Στις ομάδες-Β/Γ/Δ, πρωτογενής αιμόσταση με έγχυση διαλύματος αδρεναλίνης έγινε σε 78,3%/87,5%/100% αντίστοιχα (p=0,18) και συμπληρωματική εφαρμογή hemostag σε 8,7%/0%/9,1% (p=0,66). Συνολικά επανααιμορραγία διαπιστώθηκε σε 11 (21,6%) ασθενείς, ενώ τα επιμέρους ποσοστά στις ομάδες-Α/Β/Γ/Δ ήταν 44,4%/17,4%/25%/9,1%. Διαπιστώθηκε στατιστική τάση για μείωση του κινδύνου επανααιμορραγίας με τη χρήση τουλάχιστον μιας θερμικής ή μηχανικής (clipping) αιμοστατικής μεθόδου (oddsratio=0,25, 95%CI: 0,05-1,17, p=0,08).

**Συμπεράσματα:** Οι μηχανικές και θερμικές τεχνικές ενδοσκοπικής αιμόστασης μειώνουν αποτελεσματικά τον κίνδυνο υποτροπής της αιμορραγίας.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):61

## eP97

**ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΟΓΟΝΙΑ ΕΚΤΟΜΗ (ESD) ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΜΑΛΤ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Πετρούσης Γ.<sup>1</sup>, Ιγκνάντοβα Σ.<sup>2</sup>, Βρακάς Σ.<sup>3</sup>, Καραπιπέρης Δ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τομέας Εσωτερικής Παθολογίας, Τμήμα Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας, Νοσοκομείο Βρίννεβι, Νορβέπινγκ, Σουηδία, <sup>2</sup>Τομέας Παθολογικής Ανατομίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λινσέπινγκ, Λινσέπινγκ, Σουηδία, <sup>3</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Το MALT λέμφωμα, αποτελεί έναν σπάνιο τύπο non-Hodgkin λεμφώματος, ο οποίος εκτός από τους λεμφαδένες, εμφανίζεται σε διάφορα σημεία του σώματος, με το γαστρεντερικό σωλήνα να είναι την πιο συχνή εξωλεμφαδενική εντόπιση. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το πρωτοπαθές MALT λέμφωμα του παχέος εντέρου, που αποτελεί σπάνιο σημείο εκδήλωσης νόσου, αντιπροσωπεύοντας μόλις το 2,5% όλων των MALT λεμφωμάτων.

**Σκοπός:** Λόγω της σπανιότητας του MALT λεμφώματος παχέος εντέρου, μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν τυποποιημένες κατευθυντήριες οδηγίες για την θεραπεία του. Συνήθεις θεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν την ανοσοκαταστολή και την χειρουργική εκτομή. Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι η παρουσίαση περιστατικού, που υποβλήθηκε σε ριζική θεραπεία με Ενδοσκοπική Υποβλενογονία Εκτομή (ESD).

**Υλικό και Μέθοδοι:** Το περιστατικό μας αφορά μία 75χρονη ασθενή με ιστορικό χρόνιου διαρροϊκού συνδρόμου, που υποβλήθηκε σε κολonosκόπηση. Κατά την εξέταση, αποκαλύφθηκε πολυποειδής βλάβη ευρείας βάσης στον ανιόν κόλον με το βιοψικό υλικό να αποδεικνύει την ύπαρξη MALT λεμφώματος χαμηλής κακοήθειας. Ακτινολογικός έλεγχος που ακολούθησε, απέδειξε ότι επρόκειτο για πρωτοπαθή εστία παχέος εντέρου δίχως μεταστατικές εστίες. Μετά από συνεδρίαση της διεπιστημονικής ομάδας του νοσοκομείου μας, η ασθενής υπεβλήθη σε ριζική εκτομή της βλάβης με ESD. Σήμερα, 2 έτη μετά την θεραπευτική εκτομή, η ασθενής παραμένει ασυμπτωματική, και δίχως κλινικοεργαστηριακά ή ακτινολογικά σημεία υποτροπής.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Η επιλογή της θεραπείας βασίστηκε σε εκτενή βιβλιογραφική αξιολόγηση, με την απόφαση για χρήση μονοθεραπείας με ESD να στηρίζεται σε μελέτες σειράς, με καλά θεραπευτικά αποτελέσματα και μηδενικά ποσοστά υποτροπής. Η διατήρηση της ασθενούς σε ύφεση και η απουσία κλινικών συμπτωμάτων, επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα τεχνικών όπως η ESD, ως μονοθεραπεία ασθενών με εντοπισμένη νόσο παχέος εντέρου.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):61

## eP99

**ΟΛΙΚΟΥ ΠΑΧΟΥΣ ΕΚΤΟΜΗ ΒΛΑΒΩΝ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΜΕ ΧΡΗΣΗ FULL THICKNESS RESECTION DEVICE (FTRD): Η ΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Αραχωβίτη Δ.-Α., Τελάκης Ε., Γκόλφου Γ., Βόγκλη Σ., Κωνσταντίνου Ν., Μαλαμάνος Μ.-Α., Μαρκόπουλος Π., Φιλιππάκου Α., Τσιρώνη Ε.

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά», Πειραιά

**Εισαγωγή:** Η ολικού πάχους εκτομή βλαβών παχέος εντέρου με FTRD αποτελεί μία καινοτόμο ενδοσκοπική μέθοδο, που εφαρμόζεται σε βλάβες που δεν μπορούν να αφαιρεθούν αποτελεσματικά με τις κλασικές ενδοσκοπικές μεθόδους.

**Σκοπός:** Παρουσίαση αρχικών αποτελεσμάτων από την εφαρμογή της μεθόδου στο κατώτερο πεπτικό σε ασθενείς του νοσοκομείου μας.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Σε διάστημα ενός έτους, σε πέντε ασθενείς (Α/Γ: 3/2) μέσης ηλικίας 66,2 έτη, αποφασίσθηκε η πραγματοποίηση FTRD. Εξετάστηκαν οι ενδείξεις, τα αποτελέσματα, οι άμεσες (24ωρο) και απότερες (30 ημερών) επιπλοκές και τα τελικά ιστολογικά ευρήματα.

**Αποτελέσματα:** Η προσέγγιση της βλάβης ήταν εφικτή σε όλους τους ασθενείς. Δύο ασθενείς είχαν πολυποειδείς βλάβες (μία στο εγκάρσιο και μια στο ορθό) ύποπτες για υποβλενογονία διήθηση, ένας ασθενής είχε αδένωμα με υψηλόβαθμη δυσπλασία με κεντρική εμβάθυνση στο ανιόν, που δεν είχε αφαιρεθεί πλήρως με προηγούμενη rEMR και δύο ασθενείς είχαν νευροενδοκρινείς όγκους στο ορθό. Όλες οι βλάβες είχαν μέγεθος έως 25mm και αφαιρέθηκαν επιτυχώς, με εξάρσεις μια περίπτωση όπου ενώ ετέθη επιτυχώς το clip, δεν κατέστη δυνατή η en-block αφαίρεση λόγω τεχνικών δυσκολιών και πραγματοποιήθηκε συμπληρωματική εκτομή με βρόχο ύπερθεν του clip κατά τη διάρκεια της ίδιας συνεδρίας. Δύο ασθενείς εμφάνισαν εμπύρετο το πρώτο 24ωρο, το οποίο αντιμετωπίστηκε με αντιβιοτική αγωγή. Ένας ασθενής παρουσίασε ενδοεπιβεβαιωτική αιμορραγία, που ελέγχθηκε επιτυχώς με ενδοσκοπική αιμόσταση. Κανείς δεν παρουσίασε απότερες επιπλοκές. Ιστολογικώς ανευρέθηκαν δύο καλά διαφοροποιημένα NET (G1), δύο σωληνώδη αδενώματα LGD και ένα in situ αδενοκαρκίνωμα.

**Συμπεράσματα:** Τα αρχικά αποτελέσματα μας από τη χρήση της μεθόδου FTRD είναι εναρμονισμένα με τη διεθνή εμπειρία. Η FTRD φαίνεται να αποτελεί σημαντικό όπλο στη διαχείριση ασθενών με σημαντικές βλάβες του εντέρου.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):61

## eP100

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΔΙΗΠΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣ ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΠΑΓΚΡΕΑΤΟΓΡΑΦΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ**Αρβανιτάκης Κ.<sup>1</sup>, Τσιαμήτρος Σ.<sup>1</sup>, Χατζήδρακας Α.<sup>2</sup>, Γερμανίδης Γ.<sup>1</sup><sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό τμήμα, Α' Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, <sup>2</sup>Ακτινολογικό Εργαστήριο ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Θήλυ 89 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω βαρείας υποτροπιάζουσας οξείας χολαγγειίτιδας επι εδάφους χοληδοχολιθίας. Είχε προηγηθεί πρόσφατη νοσηλεία σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο λόγω οξείας χολαγγειίτιδας, όπου κρίθηκε αδύνατη η ενδοσκοπική παλινδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP), λόγω παρουσίας δύο **γιγάντιων** παραφατέριων εκκολπωμάτων στη δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου με σύσταση για χειρουργική αντιμετώπιση.

**Σκοπός:** Η διεπιστημονική συνεργασία γαστρεντερολόγων και επεμβατικών ακτινολόγων με σκοπό την επίτευξη καθετηριασμού του φύματος Vater είναι ιδιαίτερη σημασία για την αντιμετώπιση απαιτητικών κλινικών περιπτώσεων ασθενών. Η «μέθοδος ραντεβού» συνδυάζει τη διαδερμική διηπατική χολαγγειογραφία (PTC) με την ERCP για να καταστήσει δυνατό τον καθετηριασμό και την ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή του φύματος Vater, όταν οι προηγούμενες προσπάθειες έχουν αποτύχει, και δεν υπάρχει δυνατότητα ενδοσκοπικού υπερχορογραφήματος (EUS).

**Υλικό και Μέθοδοι:** Διενεργήθηκε εκ των επεμβατικών ακτινολόγων διαδερμική διηπατική τοποθέτηση πλαστικού οδηγού 5Fr διαμέσου του κοινού χοληδόχου πόρου στη δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου, ώστε να μειωθεί κριτικά η γωνιώση της ενδοδωδεκαδακτυλικής μοίρας του χοληδόχου πόρου και να επιτευχθεί ο ευθειασμός αυτού. Διενεργήθηκε εν συνεχεία ERCP όπου επισκοπήθηκε υποπλαστικό φύμα, παρουσία εκατέρωθεν δύο γιγάντιων εκκολπωμάτων. Έγινε επιτυχής καθετηριασμός του κοινού χοληδόχου πόρου με τη βοήθεια του οδηγού, ο οποίος μείωσε σημαντικά τη γωνιώση του φύματος, και εν συνεχεία διενεργήθηκε ευρεία σφιγκτηροτομή. Ακολούθησε σκιαγράφιση του κοινού χοληδόχου πόρου και παραχέτευση συγκριμάτων χολικής λάσπης, ενώ παράλληλα αφαιρέθηκε ο διαδερμικός διηπατικός πλαστικός οδηγός. Τοποθετήθηκαν δύο πλαστικές ενδοπροθέσεις 10Fr, χωρίς άμεσες ενδοσκοπικές επιπλοκές.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Η «μέθοδος ραντεβού» συνδυάζει την ERCP με τη PTC σε απουσία EUS, για να καταστήσει δυνατό τον καθετηριασμό και την ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή του φύματος Vater, μειώνοντας τον κίνδυνο ενδεχόμενης χειρουργικής αντιμετώπισης δυσχερών κλινικών περιπτώσεων.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):62

## eP101

**ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑ ΔΙΑΤΟΜΗ (ESD) ΓΙΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**Τζιάτζιος Γ.<sup>1</sup>, Γκολφάκης Π.<sup>1</sup>, Γερασιμάτος Γ.<sup>1</sup>, Παναγιάκη Α.<sup>1</sup>, Αγγελόπουλος Γ.<sup>1</sup>, Μάθου Ν.<sup>1</sup>, Γιαννακόπουλος Α.<sup>1</sup>, Τσακίρακη Ζ.<sup>2</sup>, Παπαπαρασκευά Κ.<sup>2</sup>, Τσαγκανιδής Κ.<sup>3</sup>, Μαστροκύστα Ε.<sup>3</sup>, Παρασκευά Κ.<sup>1</sup><sup>1</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΝΙ «Κωνσταντούλειο-Πατησίων», Αθήνα, <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝΝΙ «Κωνσταντούλειο-Πατησίων», <sup>3</sup>Ανασθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΝΙ «Κωνσταντούλειο-Πατησίων»

**Εισαγωγή:** Η ενδοσκοπική υποβλεννογονία διατομή (ESD) αποτελεί μια ενδοσκοπική τεχνική που επιτρέπει την αφαίρεση των πρώιμων νεοπλασματικών βλαβών του πεπτικού σωλήνα. Αν και ευρέως διαδεδομένη στην Ασία, η κλινική της εφαρμογή στον Δυτικό κόσμο παραμένει περιορισμένη.

**Σκοπός:** Να παρουσιαστεί η εμπειρία αναφορικά με την αποτελεσματικότητα (En-block εκτομή, R0 εκτομή, θεραπευτική εκτομή) και την ασφάλεια της τεχνικής.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Αναδρομική ανάλυση δεδομένων που συλλέχθηκαν προοπτικά σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ESD για νεοπλασματικά πεπτικού σε περίοδο 2 ετών (Ιούλιος 2022 – Ιούλιος 2024).

**Αποτελέσματα:** Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 39 επεμβάσεις ESD σε ισάριθμους ασθενείς (17 γυναίκες, μέση ηλικία 70,1±12,1 έτη) για 33 (84,6%) νεοπλασματικά παχέος εντέρου και 6 (15,4%) στομάχου, αντίστοιχα. Συχνότερη εντόπιση ήταν στο ορθό (ν=30, 76,9%) με μορφολογία LST – G mixed (ν=21, 71,4%) τύπου JNET-Type 2B (ν=15, 44,1%). Το μέσο μέγεθος των βλαβών ήταν 9,5±7,2 cm<sup>2</sup> ενώ η μέση διάμετρος 42±16,1 mm. Η εφαρμογή της τεχνικής ESD ήταν επιτυχής σε 34 βλάβες (84,9%) ενώ τα ποσοστά ενbloc, πλήρους (R0) και θεραπευτικής εκτομής ήταν 86,9%, 89,7% και 90,1% αντίστοιχα. Η μέση διάρκεια των επεμβάσεων ήταν 92 λεπτά, ενώ η πλειοψηφία τους (ν=36, 92,3%) διενεργήθηκε σε χειρουργική αίθουσα με την παρουσία αναισθησιολόγου (ν=35, 89,7%). Τα ποσοστά ενbloc και πλήρους εκτομής (R0) αυξήθηκαν στα τελευταία 10 περιστατικά σε σύγκριση με τα πρώτα 10 (92,3% έναντι 76,6%, p = 0,33 και 100% έναντι 82,5%, p = 0,18 αντίστοιχα) όπως και η μέση ταχύτητα εκτομής (0,07 έναντι 0,13 cm<sup>2</sup>/min, p < 0,0001). Επιπλοκές παρατηρήθηκαν σε 4/39 (10,3%) περιπτώσεις με το ποσοστό καθυστερημένης αιμορραγίας και διάτρησης να είναι 2,5% και 7,7%, αντίστοιχα, ενώ σε όλες τις περιπτώσεις η αντιμετώπιση έγινε ενδοσκοπικά. Μετά από μέσο χρόνο ενδοσκοπικής επιτήρησης 6 μηνών, τοπική υποτροπή παρατηρήθηκε σε 1/39 (2,5%) ασθενή η οποία και αντιμετωπίστηκε επιτυχώς ενδοσκοπικά.

**Συμπεράσματα:** Η ESD αποτελεί μία αποτελεσματική και ασφαλή μέθοδο ιστοπαθολογικής σταδιοποίησης με υψηλό δείκτη θεραπευτικής εκτομής νεοπλασματικών βλαβών του πεπτικού σωλήνα.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):62

## eP102

**ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ, ΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΩΝ ΣΤΕΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΦΥΓΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**Χλωράκης Γ.<sup>1</sup>, Νικολοζάκης Τ.<sup>2</sup>, Βαλάτας Β.<sup>1</sup>, Καλαϊτζάκης Β.<sup>1</sup><sup>1</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «ΠΑΓΝΗ», <sup>2</sup>Κλινική Γενικής Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «ΠΑΓΝΗ»

**Εισαγωγή:** Οι καλοήθειες, αναστομωτικές στενώσεις και διαφυγές μετά από χειρουργείο παχέος εντέρου σχετίζονται με αυξημένη θνητότητα, νοσηρότητα και κίνδυνο επαναληπτικού χειρουργείου. Ποικίλες ενδοσκοπικές μέθοδοι έχουν περιγραφεί για την αντιμετώπιση αυτών.

**Σκοπός:** Η αναφορά των ενδείξεων και της αποτελεσματικότητας των ενδοσκοπικών μεθόδων που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση καλοηθών, αναστομωτικών στενώσεων παχέος εντέρου.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από 2 ανεξάρτητους ερευνητές (Γ.Χ. και Τ.Ν.) εφαρμόζοντας ανάλογους όρους στις βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus. Αντίστοιχα άρθρα εντοπίστηκαν χειροκίνητα από τις αναφορές των μελετών. Συνολικά, βρέθηκαν 14 μελέτες και επιπλέον 21 άρθρα από τις αναφορές τους. Ο συνολικός αριθμός ασθενών που εντοπίστηκαν ήταν 992.

**Αποτελέσματα:** Το συνολικό ποσοστό επιτυχίας όλων των ενδοσκοπικών μεθόδων ήταν 78,3%. Για την αντιμετώπιση των διαφυγών 68 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με Over-the-Score clip με 67,2% ποσοστό επιτυχίας, 473 ασθενείς με Endoscopic Vacuum Therapy (EVT) επιτυγχάνοντας 86,3% θεραπεία και 31 ασθενείς με κόλλα ινικής με 79,8% επιτυχία. Σε 101 ασθενείς με αναστομωτική στένωση τοποθετήθηκε αυτοεκτινόμενο, μεταλλικό stent καταγράφοντας 54,7% βελτίωση, σε 182 ασθενείς εφαρμόστηκε διαστολή με μπαλόνι με 94% επιτυχία και 71 περιπτώσεις αντιμετωπίστηκαν με ενδοσκοπική stricturotomy με 41% υποχώρηση της στένωσης. Σε 44 ασθενείς με ταυτόχρονη διαφυγή και στένωση στην αναστόμωση εφαρμόστηκε EVT και μεταλλικό stent παρουσιάζοντας 82,1% ύφεση των συμπτωμάτων. Μειζονες επιπλοκές, όπως αιμορραγία ή διάτρηση καταγράφηκε στο 2,4% των ασθενών.

**Συμπεράσματα:** Οι καλοήθειες, αναστομωτικές στενώσεις και διαφυγές μπορούν να αντιμετωπιστούν ενδοσκοπικά μετά από προσεκτική επιλογή των κατάλληλων ασθενών. Μεγαλύτερες μελέτες απαιτούνται για την εφαρμογή των αποτελεσματικότερων μεθόδων.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):62

## eP103

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΑΤΡΗΣΗΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΓΧΥΣΗ ΑΙΜΟΣΤΑΤΙΚΗΣ ΣΚΟΝΗΣ TC-325 ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΠΟ ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ**Παπαντωνίου Κ.<sup>1</sup>, Καφετζή Θ.<sup>1</sup>, Σωτηρόπουλος Χ.<sup>1</sup>, Θωμόπουλος Κ.<sup>1</sup>, Κωνσταντάκης Χ.<sup>1</sup><sup>1</sup>Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

**Εισαγωγή:** Οι κακοήθειες όγκοι του ανώτερου πεπτικού συστήματος ευθύνονται για ένα σημαντικό ποσοστό αιμορραγιών από το ανώτερο πεπτικό [1]. Η αντιμετώπιση των ασθενών αυτών είναι δύσκολη εξαιτίας της κακής γενικής κατάστασης, των νοσηροτήτων, των μεγάλων αναγκών για μετάγγιση και του σημαντικού ποσοστού επανααιμορραγίας [2]. Οι κλασικές μέθοδοι ενδοσκοπικής αιμόστασης έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικές σε μεγάλο βαθμό. Η χορήγηση τοπικών αιμοστατικών παραγόντων είναι χρήσιμη για την επίτευξη αιμόστασης σε περιπτώσεις διάχυτης αιμορραγίας κακοήθους προέλευσης, ιδιαίτερα σαν θεραπεία γέφυρας πριν από ραδιοθεραπεία ή χειρουργική αντιμετώπιση [3]. Η ρήξη κοίλου σπλάγχχου έχει αναφερθεί ως μια σπάνια πιθανή επιπλοκή της χορήγησης τοπικού αιμοστατικού παράγοντα [4].

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Αναφέρουμε την περίπτωση ενός ασθενούς, 87 ετών, με μεταστατικό αδενοκαρκίνωμα στομάχου υπό χημειοθεραπεία, και πολλαπλές νοσηλείες / υποτροπές εξαιτίας μέλαινων κενώσεων και αναιμίας, στον οποίο είχε διενεργηθεί παλαιότερη γαστροσκόπηση με ενεργό εξαγγείωση από τη νεοπλασία του στομάχου, και επίτευξη αιμόστασης με τοπική χορήγηση αιμοστατικής σκόνης (Hemospray). Ο ασθενής προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας με αιματέμηση, βυσιονόχρωες κενώσεις και σοβαρή αναιμία. Σε γαστροσκόπηση ανεδείχθη εξεργασία στομάχου με ενεργό εξαγγείωση, και έγινε τοπική έγχυση Hemospray με επίτευξη ενδοσκοπικής αιμόστασης. Την ίδια ημέρα ο ασθενής παρουσίασε διάχυτο κοιλιακό άλγος με εμπύρετο και λευκοκυττάρωση. Σε απεικόνιση με αζονική τομογραφία ανεδείχθη παρουσία ελεύθερου αέρα στην κοιλιά και μικρή ποσότητα υγρού συμβατά με ρήξη κοίλου σπλάγχχου, χωρίς ενεργό εξαγγείωση. Παρά την επίτευξη αιμόστασης, ο ασθενής απεβίωσε εντός νοσηλείας.

**Συμπεράσματα:** Η τοπική χορήγηση Hemospray μπορεί να προκαλέσει διάτρηση κοίλου σπλάγχχου σε ασθενείς με προχωρημένη κακοήθεια της ανώτερης πεπτικής οδού.

**Βιβλιογραφικές αναφορές**

- Arena M, Masci E, Eusebi LH, et al. Hemospray for treatment of acute bleeding due to upper gastrointestinal tumours. Dig Liver Dis 2017;49(5):514-517
- Hussein M, Alzoubaidi D, Michael O'Donnell, et al. Hemostatic powder TC-325 treatment of malignancy-related upper gastrointestinal bleeds: International registry outcomes. J Gastroenterol Hepatol 2021;36(11):3027-3032
- Chen YI, Wyse J, Lu Y, et al. TC-325 hemostatic powder versus current standard of care in managing malignant GI bleeding: a pilot randomized clinical trial. Gastrointest Endosc 2020;91(2):321-328.e1
- Yau AHL, Ou G, Cherry Galoport C, et al. Safety and efficacy of Hemospray® in upper gastrointestinal bleeding. Can J Gastroenterol Hepatol 2014;28(2):72-76

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):62

## eP106

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΔΕΝΩΜΑ ΦΥΜΑΤΟΣ VATER ΟΠΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΤΗΚΑΝ Η ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ-ΔΙΗΠΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΡΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΠΟΡΟΥ**Τσιαμήτρος Σ.<sup>1</sup>, Αρβανιτάκης Κ.<sup>1</sup>, Κουγιάρης Α.<sup>2</sup>, Γερμανιδής Γ.<sup>1</sup><sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό τμήμα, Α Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, <sup>2</sup>Ακτινολογικό Εργαστήριο ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Πρόκειται για γυναίκα ασθενή 82 ετών, με πρόσφατο επεισόδιο κολικού χοληφόρων, αύξησης χολοστατικών ενζύμων και διάτασης κοινού χοληδόχου πόρου και ενδοηπατικών χολαγγείων. Διενεργήθηκε αρχικά ενδοσκοπική 12δακτύλου με πλάγιο 12δακτυλοσκόπιο και ανάδειξη γιγαντιαίου αδενώματος φύματος Vater 40 mmx40 mm, με αποτυχία καθητηριασμού του κοινού χοληδόχου πόρου, αλλά με λήψη βιοψιών με χαμηλόβαθμη και εστιακά υψηλόβαθμη επιθηλιακή δυσπλασία.

**Σκοπός:** Η ανάδειξη της χρησιμότητας του συνδυασμού της ERCP με τη διαδερμική διηπατική χολαγγειογραφία και τοποθέτηση πλαστικού οδηγού εντός του κοινού χοληδόχου πόρου (PTC) ώστε να χρησιμοποιηθεί σαν οδηγός για καθητηριασμό του, με τη μέθοδο «rendez vous» σε περιπτώσεις δυσχερούς καθητηριασμού του, όταν μάλιστα δεν είναι διαθέσιμο το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (EUS).

**Υλικό και Μέθοδοι:** Αρχικά τοποθετήθηκε από Επεμβατικό Ακτινολόγο, διαδερμικά και διηπατικά στον κοινό χοληδόχο πόρο και έπειτα στο 12δάκτυλο, πλαστικός οδηγός διαμέτρου 5fr, ώστε να πραγματοποιηθεί η μέθοδος «rendez vous». Ακολούθησε ERCP, όπου επισκοπήθηκε το αδένωμα, το οποίο καθιστούσε εξαιρετικά δυσχερή την ανέυρεση του στομίου του φύματος. Το στόμιο αποκαλύφθηκε μετά εκτεταμένων προσπαθειών και παράλληλης κινητοποίησης της μάζας. Έγινε καθητηριασμός του κοινού χοληδόχου πόρου με τη βοήθεια σφινκτεροτόμου και του πλαστικού οδηγού που είχε νωρίτερα τοποθετηθεί δι-αδερμικά. Νέο οδηγό σύρμα προωθήθηκε στον κοινό χοληδόχο πόρο, ο οποίος σκιαγραφήθηκε και τοποθετήθηκε μεταλλικό stent πλήρως επικεκαλυμμένο, διαστάσεων 10fr, 8cm, με δίοινο ή αυτού εκατέρωθεν της μάζας και έπειτα αφαίρεση του πλαστικού οδηγού. Επέμβαση χωρίς επιπλοκές.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Η μέθοδος «rendez vous» που συνδυάζει την ERCP με τη PTC είναι εξαιρετικά χρήσιμη σε περιπτώσεις δυσχερούς καθητηριασμού του κοινού χοληδόχου πόρου, όπως στη συγκεκριμένη, ειδικά εν απουσία EUS.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):63

## eP107

**Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ 251 ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΧΩΟΥ**Καλάκος Ν., Σειμένη Β., Κουρέτα Ε., Τσουλής Δ., Κουγιουμτζιάν Α.  
Γαστρεντερολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

**Εισαγωγή:** Ο ενδοσκοπικός υπέρχως (EUS) συνδυάζει τη συμβατική ενδοσκόπηση με το υπερηχογράφημα. Μπορεί να συνδυαστεί με την τεχνική αναρρόφηση με βελόνα (FNA) και της βιοψίας με βελόνα (FNB).

**Σκοπός:** Η περιγραφή της εμπειρίας του 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας στην χρήση του EUS.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Συλλέχθηκαν αναδρομικά δεδομένα ασθενών που πραγματοποιήσαν EUS την περίοδο 2018- 2023 στο ενδοσκοπικό τμήμα. Σε όλες τις εξετάσεις υπήρξε αρχική εκτίμηση από κυτταρολόγο.

**Αποτελέσματα:** Διενεργήθηκαν 269 EUS σε 240 ασθενείς (140 (58.3%) άνδρες και 100 (41.7%) γυναίκες), εκ των οποίων 122 EUS-FNA και 19 EUS-FNB. Οι συχνότερες ενδείξεις ήταν η διερεύνηση βλαβών: α) παγκρέατος n=113 (47,1%), β) στομάχου n=33 (13,8%), γ) χοληφόρων αγγείων n=21 (8,8%), και δ) η διερεύνηση ικτέρου n=12 (5%). Οι συχνότερες διαγνώσεις ήταν το αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος (n=57, 26,5%), οι γαστρεντερικοί στρωματικοί όγκοι (n=10, 4.5%) και η χοληδοχολιθίαση (n=10, 4.5%). Επιβαρυντική σχέση φάνηκε μεταξύ άρρενος φύλου [OR 4,3, 95%CI (1.2, 15.1)], μεγέθους βλάβης (για κάθε 1 mm αύξησης της βλάβης, αύξηση του κινδύνου κατά 7%, p=0.017), μικτής ηχογένειας [OR 5,7, 95%CI (1.6, 21.1)] σε σχέση με κατηγορία αναφοράς υποηχογενής βλάβη] και διάτασης του κοινού χοληδόχου πόρου [OR 8,1, 95%CI (1.4, 47.9)] σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στην πιθανότητα διάγνωσης αδενοκαρκινώματος παγκρέατος.

**Συμπεράσματα:** Ο EUS χρησιμοποιήθηκε κυρίως για την εκτίμηση βλαβών παγκρέατος, χοληφόρων αγγείων και υποεπιθηλιακών βλαβών οισοφάγου και στομάχου. Αποτελεί ένα ασφαλές διαγνωστικό μέσο (1 επεισόδιο βραδυκαρδίας σε ασθενή). Σε ασθενείς με μόρφωμα παγκρέατος, το άρρεν φύλο, το μέγεθος και η μικτή ηχογένεια της βλάβης σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα διάγνωσης αδενοκαρκινώματος.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):63

## eP108

**«ΥΠΕΡ-ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ» (ΕΝΤΟΣ 6 ΩΡΩΝ) ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ: ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ-ΚΙΡΣΗΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ; ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**Παπαστεργίου Β., Γεωργιάδης Ε., Καραμπάτσος Β., Κοζομπόλη Δ., Καραούζας Α., Μυλωνάς Ι., Θεμελί Σ., Φιαγκουσόσκης Κ., Λάμπας Ι., Πάτση Μ., Αγορογιάννη Α., Καλόγηρος Γ., Προβή Δ., Χατζηευαγγελίνου Χ., Μελά Μ., Καλόγηρος Γ., Μελά Μ., Χρηστίδου Α., Βαρυτιμάδης Κ., Αρκαυίλης Ε., Βιέννα Ε., Βιάζης Ν.  
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική»

**Εισαγωγή:** Σε ασθενείς με μη-κίρσική αιμορραγία ανώτερου πεπτικού (ΜΚΑΑΠ) συστήνεται γαστροσκόπηση εντός 24 ωρών. Ωστόσο, ο ρόλος της ακόμα ταχύτερης ενδοσκόπησης δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς.

**Σκοπός:** Να μελετηθεί η επίδραση της «υπερ-επείγουσας» (εντός 6 ωρών) ενδοσκόπησης (ΥΕΕ) στην έκβαση των ασθενών με ΜΚΑΑΠ.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ασθενείς με ΜΚΑΑΠ διατέθηκαν σε εκείνους που υπεβλήθησαν σε ΥΕΕ (Ομάδα-Α) και εκείνους που υπεβλήθησαν σε γαστροσκόπηση μεταξύ 6-24 ωρών (Ομάδα-Β). Η κλινική βαρύτητα αξιολογήθηκε με το Glasgow-Blatchford Score (GBS): ασθενείς με GBS>12 θεωρήθηκαν υψηλού και GBS<12 χαμηλού κινδύνου. Συγκρίθηκαν οι ομάδες-Α και -Β, ξεχωριστά για τους πληθυσμούς χαμηλού και υψηλού κινδύνου, για τα ακόλουθα καταληκτικά σημεία (ΚΣ):ΚΣ-1: επαναιμορραγία, ΚΣ-2:ενδονοσοκομειακός θάνατος, ΚΣ-3: τουλάχιστον 1 από εμβολισμό/χειρουργείο/θάνατο.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριελήφθησαν 98 ασθενείς (71.4% άνδρες, 70.3±16.7 έτη, πεπτική έλκη 54.1%,GBS>12 27.6%) εκ των οποίων 43 (43.9%) στην ομάδα-Α και 55 (56.1%) στην ομάδα-Β. Συνολικά, ταΚΣ-1, ΚΣ-2 και ΚΣ-3 παρατηρήθηκαν σε 20 (20.4%), 7 (7.1%) και 10 (10.2%) ασθενείς αντίστοιχα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για κανένα από τα 3 ΚΣ μεταξύ των ομάδων-Α και -Β, τόσο στον πληθυσμό χαμηλού[(ΚΣ-1: 14.7% vs 18.9% αντίστοιχα, p=0.76), (ΚΣ-2: 8.8% vs 5.4%, p=0.67), (ΚΣ-3: 11.8% vs 5.4%, p=0.42)] όσο και στον πληθυσμό υψηλού κινδύνου [ΚΣ-1: 22.2% vs 33.3%, p=0.68), (ΚΣ-2: 0% vs 11.1%, p=0.54), (ΚΣ-3: 0% vs 22.2%, p=0.27)].

**Συμπεράσματα:** Στη συγκεκριμένη ανάλυση, η ΥΕΕ δεν φάνηκε να επηρεάζει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό την έκβαση των ασθενών με ΜΚΑΑΠ. Ο ρόλος της, ειδικά σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για δυσμενή έκβαση, φαίνεται να χρήζει περαιτέρω αξιολόγησης σε μεγαλύτερες μελέτες.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):63

## eP110

**ΔΙΕΘΝΗΣ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΤΟΜΗΣ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΛΙΩΜ ΟΓΚΩΝ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΜΕ ESD ΚΑΙ STER**Δημητριάδης Σ.<sup>1</sup>, Andrisani G.<sup>2</sup>, Τριμυρόνιαν Γ.<sup>3</sup>, Galasso D.<sup>4</sup>, Elkholy S.<sup>5</sup>, Khare S.<sup>6</sup>, Leroux J.<sup>7</sup>, Benites Goñi H.-E.<sup>8</sup>, Seewald S.<sup>9</sup>, Do-Cong Pham K.<sup>10</sup>, Rosón P.-J.<sup>11</sup>, Madkour A.<sup>12</sup>, Sferazza S.<sup>13</sup>, Shehab H.<sup>14</sup>, Sundaram S.<sup>15</sup>, Ciocirlan M.<sup>16</sup>, Fouly A.<sup>12</sup>, Calderón L.-M.<sup>17</sup>, Cruz P.-B.<sup>18</sup>, Hagag H.<sup>5</sup>, El-Sherbiny M.<sup>5</sup>, Essam K.<sup>5</sup>, Varghese J.<sup>18</sup>, Marasco M.<sup>4</sup>, Di Matteo F.-M.<sup>2</sup>, Ζάχου Μ.<sup>19</sup>, Παπαευθυμιού Α.<sup>20</sup>, Μαυρογιάννης Γ.<sup>21</sup>

<sup>1</sup>Gastroenterology clinic, University Hospitals Coventry and Warwickshire, UK, <sup>2</sup>Digestive Endoscopy Unit, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Italy, <sup>3</sup>Red Cross Hospital Athens, Greece, <sup>4</sup>Hôpital Riviera Chablais, Switzerland, <sup>5</sup>Gastroenterology Division, Internal Medicine Department, Faculty of Medicine, Cairo University, Egypt, <sup>6</sup>Sir Ganga Ram Hospital, India, <sup>7</sup>Hôpital Cochin, France, <sup>8</sup>Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Universidad San Ignacio de Loyola, Peru, <sup>9</sup>GastroZentrum, Clinic Hirslanden, Switzerland, <sup>10</sup>Department of Medicine, Haukeland University Hospital, Norway, <sup>11</sup>Hospital Vivas Xanit International, Hospita Regional Universitario Malaga, Spain, <sup>12</sup>Helwan University of Cairo, Egypt, <sup>13</sup>Gastroenterology and Endoscopy Unit, ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli, Italy, <sup>14</sup>Integrated Clinical & Research Center for Intestinal Disorders (ICRID), Egypt, <sup>15</sup>Department of Digestive Diseases and Clinical Nutrition, Tata Memorial Hospital, Homi Bhabha National Institute, India, <sup>16</sup>Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Romania, <sup>17</sup>Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Peru, <sup>18</sup>NS hospital Kollam, India, <sup>19</sup>Department of Gastroenterology, "Sismanogleio" General Hospital, Greece, <sup>20</sup>Cleveland Clinic London, UK, <sup>21</sup>Unit of Hybrid Interventional Endoscopy, Department of Gastroenterology, Mediterranean Hospital, Greece

**Εισαγωγή:** Οι υποβλεννογονικοί όγκοι στομάχου (ΥΟΣ) είναι συνήθως τυχία ευρήματα που υποβάλλονται είτε σε ενδοσκοπική παρακολούθηση ή αφαιρούνται χειρουργικά.

**Σκοπός:** Αξιολόγηση της ενδοσκοπικής αφαίρεσης ΥΟΣ που προέρχονται από τη μυϊκή στοιβάδα με ενδοσκοπικά μαχαίριδια.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πολυκεντρική αναδρομική διεθνής μελέτη 18 κέντρων μεταξύ 02/2017 και 09/2024 με τεχνικές Endoscopic Submucosal Dissection (ESD) και Submucosal Tunneling Endoscopic Resection (STER).

**Αποτελέσματα:** Η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν τα 59 έτη (20-81) και το 62 % ήταν γυναίκες. Το διάμεσο μέγεθος ήταν 2 εκ (0.6-8). Από τους 82 όγκους, 33 (40.2%) ήταν στο σώμα, από 15 (18.3%) σε θόλο/ καρδιά και 19 (23.2%) στο άντρο. Επρόκειτο για 64 GIST, 16 λειomyωματα και 2 σβαννώματα. 16 όγκοι (19.5%) είχαν εξωφυτική επέκταση και 6 (7.3%) είχαν επέκταση πέρα από τον ορογόνο. Η αφαίρεση έγινε με ESD σε 54 περιστατικά (65.9%) και με STER σε 28 (34.1%). Η διάμεση διάρκεια ήταν 120 λεπτά (24-305). Σε 26 περιπτώσεις (31.7%) έγινε εσκεμμένη διάτρηση. En-block αφαίρεση επιτεύχθηκε σε 79 περιπτώσεις (96.3%). Σύγκλιση του τοιχωματικού ελλείματος έγινε σε 74 περιστατικά (90.2%) με clips (51.4%), loop και clips (35.1%), suturing (9.5%) ή OTSC (4.1%). Επιπλοκές όπως μη προβλεπόμενη διάτρηση, αιμορραγία, μετατροπή σε χειρουργική επέμβαση, περικτονιδα και παρατεταμένη διαμονή στο νοσοκομείο παρατηρήθηκε σε 6 περιπτώσεις (7%). Με διάμεσο χρόνο παρακολούθησης 9 μηνών (0-60) εντοπίστηκαν 2 υποτροπές.

**Συμπεράσματα:** Η ενδοσκοπική αφαίρεση ΥΟΣ προερχόμενων από τη μυϊκή στοιβάδα είναι εφικτή και ασφαλής. Σε εξειδικευμένα κέντρα, η ενδοσκοπική αφαίρεση θα μπορούσε να είναι εναλλακτική της χειρουργικής αφαίρεσης ή της τακτικής παρακολούθησης.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):63

## eP111

## ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΧΡΗΣΗ OVER-THE-SCOPE CLIP (OTSC) ΓΙΑ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ ΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΗΣ ΔΙΑΦΥΓΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ROUX-EN-Y GASTRIC BYPASS SURGERY

Σωτηρόπουλος Χ., Κωνσταντίνος Χ., Θεοχάρης Γ., Τριάντος Χ., Θωμόπουλος Κ.  
Γαστρεντερολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

**Εισαγωγή:** Η γαστρική παράκαμψη Roux-en-Y είναι ευρέως αποδεκτή μέθοδος στη θεραπεία της νοσογόνου παχυσαρκίας. Η αναστομωτική διαφυγή είναι μία από τις πιο συχνά αναφερόμενες και επίφοβες επιπλοκές. Η πλήρης επούλωση του χάσματος αποτελεί πρόκληση και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί να χρησιμοποιηθούν ενδοσκοπικές παρεμβάσεις, όπως η χρήση ενός Over-the-Scope Clip<sup>1-6</sup>.

**Περιγραφή περιστατικού:** Αναφέρουμε την περίπτωση ενός 57χρονου άνδρα με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη και νοσογόνου παχυσαρκίας που υποβλήθηκε σε επέμβαση γαστρικής παράκαμψης Roux-en-Y και ο οποίος εμφάνισε μεταεπεμβατικά αναστομωτική διαφυγή. Μετά από μία εβδομάδα συντηρητικής αντιμετώπισης, επιβεβαιώθηκε η εμμένουσα διαφυγή τόσο ακτινολογικά (Εικόνα Α) όσο και ενδοσκοπικά (Εικόνα Β) και ακολούθως πραγματοποιήθηκε ενδοσκοπική σύγκλιση με την εφαρμογή ενός Over-the-Scope Clip (OTSC<sup>®</sup>) χρησιμοποιώντας τη μέθοδο αναρρόφησης (Εικόνα C). Η διαφυγή γαστρικών υγρών σταμάτησε μετά τη σύγκλιση, ενώ δεν παρατηρήθηκε υποτροπή της διαφυγής κατά τη διάρκεια της 12μηνιας παρακολούθησης.

**Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά, παρόλο που έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες μέθοδοι για την αντιμετώπιση διαφυγών, η χρήση OTSC κερδίζει συνεχώς το ενδιαφέρον με ενθαρρυντικά αποτελέσματα στη διαχείριση πρώτων αναστομωτικών διαφυγών μετά από βαριατρική χειρουργική επέμβαση.

**Βιβλιογραφικές αναφορές**

- Sousa M, Proença L, Rodrigues A. What's next after failure of OTSC<sup>®</sup> for the closure of gastrostomy fistula? Another OTSC? Rev Esp Enferm Dig 2019;111(5):409
- Bona D, Giovannelli A, Micheletto G, et al. Treatment of Persistent Leaks After Laparoscopic Sleeve Gastrectomy with the Simultaneous Over-the-Scope Clip (OTSC) and Mega Stent Strategy. Obes Surg 2020;30(9):3615-3619
- Masaki S, Yamada K. Over-the-Scope Clip Closure of Persistent Gastrocutaneous Fistula After Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube Removal: A Report of Two Cases. Cureus 2021;13(2):e13206
- Sonamura J, Shimizu T, Taniguchi K, et al. Esophago-bronchial fistula treated by the Over-The-Scope-Clipping (OTSC) system with argon beam electrocoagulation: A case report. Medicine (Baltimore) 2021;100(4):e24494
- Zhang J, Da B, Diao Y, et al. Efficacy and safety of over-the-scope clips (OTSC<sup>®</sup>) for closure of gastrointestinal fistulas less than 2 cm. Surg Endosc 2022;36(7):5267-5274
- Ali O, Singh G, Kolachana S, Khan MA, Kesar V. Successful Closure of a Tracheoesophageal Fistula Using an Over-The-Scope Clip. Cureus 2023;15(4):e37577

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):64

## eP113

## ΕΜΠΕΙΡΙΑ 26 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ Z-ΠΟΕΜ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΤΟΥΝΕΛ

Μαυρογένης Γ., Τσευγάς Ι., Μαρκογλου Κ., Ζαχαριάδης Δ.

Τμήμα Υβριδικής Επεμβατικής Ενδοσκόπησης, Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο Mediterraneo, Αθήνα

**Σκοπός:** Παρουσία εμπειρίας ενός κέντρου από την εφαρμογή Z-ΠΟΕΜ το διάστημα 2019-2024, στο Mediterraneo Hospital με 3 παραλλαγές: την κλασσική Z-ΠΟΕΜ, Z-ΠΟΕΜ με ένα τούνελ και Z-ΠΟΕΜ χωρίς τούνελ, όπως δημοσιεύσαμε το 2023 στο περιοδικό Endoscopy.

**Μέθοδοι και Υλικά:** Συνολικά έγιναν 26 Z-ΠΟΕΜ υπό γενική αναισθησία. Η μέση ηλικία ήταν τα 68 έτη (47-85). 5 περιστατικά έγιναν με την κλασσική τεχνική, 5 με 1 τούνελ και 16 χωρίς τούνελ. Την επόμενη της επέμβασης έγινε οισοφαγογράφημα ή αξονική για τον έλεγχο στεγανότητας. Οι ασθενείς επανασυστήθηκαν την 2<sup>η</sup> μετεγχειρητική μέρα με μαλακός τροφές και έλαβαν προφυλακτική αντιβίωση για 7 μέρες.

**Αποτελέσματα:** Το μέσο μέγεθος του εκκολώματος ήταν 3 εκ (2-6). Η επέμβαση ήταν επιτυχής σε όλα τα περιστατικά. Η μέση διάρκεια της επέμβασης ήταν 34 λεπτά (20 με 45), με 1.3 μέρες νοσηλείας (1-7). Η διάμεση διάρκεια της επέμβασης ανά γκρουπ ήταν 45 λεπτά (30-45), 33 (29-40), 30 (16-43) για την τεχνική με 2, 1 και κανένα τούνελ αντιστοίχως (p<0.05). Σε έναν ασθενή χρειάστηκε να γίνει επανατοποθέτηση κλιπ λόγω δυσκαταποσίας. 25 ασθενείς αναφέρουν εξάλειψη των συμπτωμάτων και 1 ασθενής περιστασιακή δυσκαταποσία. Κανένας ασθενής δεν χρειάστηκε νέα επέμβαση σε μέσο follow up 15 μηνών (2-38).

**Συμπεράσματα:** Η Z-ΠΟΕΜ είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική επέμβαση για την ριζική αντιμετώπιση της δυσκαταποσίας σε ασθενείς με Zenker. Η παραλλαγή της Z-ΠΟΕΜ χωρίς τούνελ ή με 1 τούνελ μείωσε τον χρόνο της επέμβασης και άλλαξε την πρακτική στο νοσοκομείο μας.

**Βιβλιογραφικές αναφορές**

- Mavrogenis G, Maurommatis E, Koumentakis C, Tsevgas I, Zachariadis D, Bazerbach F. Single-tunnel Zenker's diverticulum peroral endoscopic myotomy. Endoscopy 2023; 55:878-879
- Mavrogenis G, Bazerbach F. Peroral endoscopic myotomy for Zenker's diverticulum without tunneling. Endoscopy 2023; 55:1148-1150
- Mavrogenis G, Zachou M, Tsevgas I et al. Tunnel-free peroral endoscopic myotomy reduces procedural time and maintains efficacy in Zenker's diverticulum. Ann Gastroenterol 2024; 37:509-513
- Mavrogenis G, Tsevgas I, Zachariadis D, Bazerbach F. Mucosotomy at the top of the septum facilitates tunneling and clipping during peroral endoscopic myotomy for Zenker's diverticulum (Z-ΠΟΕΜ). Ann Gastroenterol 2020; 33:101

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):64

## eP112

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΥΞΗΣΗΣ ADR ΜΕ ΧΡΗΣΗ HD-WL ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΟΥ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΚΕΝΤΡΟ Καβαλίας Α., Παυλιδής Χ.  
Ηπато-Γαστρεντερολογική Μονάδα Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

**Εισαγωγή:** Ένας από τους σημαντικότερους περιορισμούς στην ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου μέσω της χρήσης τυπικών ενδοσκοπίων λευκού φωτός SD-WL, είναι η ελλιπής αναγνώριση αδενωμάτων, κυρίως επίπεδων βλαβών < 0,5cm. Η ανάπτυξη νεότερων τεχνολογιών και κολονοσκοπίων υψηλής ευκρίνειας HD-WL, φαίνεται να αυξάνει σημαντικά τη δυνατότητα ανίχνευσης βλαβών.

**Σκοπός:** Σύγκριση της διαφοράς ανίχνευσης πολυπόδων του παχέος εντέρου μέσω της χρήσης HD-WL ενδοσκοπίου έναντι SD-WL ενδοσκοπίου.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Εντάχθηκαν στη μελέτη 25 ασθενείς, 15 άνδρες και 10 γυναίκες ηλικίας μεταξύ 48 και 70 ετών που πραγματοποίησαν προληπτική κολονοσκόπηση για πρώτη φορά. Η προετοιμασία του εντέρου σε όλους τους ασθενείς ήταν >7 στην κλίμακα της Βοστώνης. Η ενδοσκόπηση όλων των ασθενών έγινε παρουσία δεύτερου παρατηρητή. Οι ασθενείς μετά από ενημέρωση και ενυπόγραφη συγκατάθεση υποβλήθηκαν σε αρχική κολονοσκόπηση με ενδοσκόπιο SD-WL και εν συνεχεία υποβλήθηκαν εκ νέου σε κολονοσκόπηση μετά από διάστημα 6 μηνών με τη χρήση ενδοσκοπίου HD-WL.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Στον αρχικό έλεγχο με SD-WL ενδοσκόπιο, ευρέθησαν πολυπόδες σε 8 ασθενείς, μεγέθους από 0.5cm έως 3cm. Με βάση την ιστολογική ανάλυση, ήταν αδενώματα χαμηλής διαφοροποίησης ενώ ένας ήταν οδοντωτός πολυπόδας. Το ADR ανά ασθενή με τη χρήση του SD-WL ενδοσκοπίου κυμάνθηκε στο 32%. Με τη χρήση HD-WL ενδοσκοπίου ανιχνεύθηκαν επιπλέον 2 αδενώματα χαμηλής διαφοροποίησης μεγέθους 0,4εκ σε 2 άνδρες. Το ADR ανά ασθενή με τη χρήση HD-WL ενδοσκοπίου (συμπεριλαμβανομένων των προηγουμένων βλαβών) κυμάνθηκε στο 40%. Το δείγμα είναι αρκετά περιορισμένο ώστε να βγουν ασφαλή συμπεράσματα, όμως φαίνεται ότι τα αποτελέσματα αυτά της καθημερινής κλινικής πράξης συμφωνούν με τα διεθνή δεδομένα που αναφέρουν βελτίωση του ADR του ενδοσκόπου με τη χρήση HD-WL ενδοσκοπίου.

**Βιβλιογραφικές αναφορές**

- Robertson DJ, Greenberg ER, Beach M et al. Colorectal cancer in patients under close colonoscopic surveillance. Gastroenterology 2005;129:34-41.
- Rex DK, Cutler CS, Lemmel GT et al. Colonoscopic miss rates of adenomas determined by back-to-back colonoscopies. Gastroenterology 1997;112:24-8.
- East JE, Suzuki N, Bassett P et al. Narrow band imaging with magnification for the characterization of small and diminutive colonic polyps: pit pattern and vascular pattern intensity. Endoscopy 2008;40:811-7
- Rex DK, Schwartz H, Goldstein M et al. Safety and colon-cleansing efficacy of a new residue-free formulation of sodium phosphate tablets. Am J Gastroenterol 2006; 101:2594-604.
- Rex DK, Kahi C, O'Brien M et al. The American Society for Gastrointestinal Endoscopy PIVI (Preservation and Incorporation of Valuable Endoscopic Innovations) onreal-time endoscopic assessment of the histology of diminutive colorectal polyps. Gastrointest Endosc 2011; 73:419-22
- Sprung KJ, Zhao ZZ, Karamatic R et al. High prevalence of sessile serrated adenomas with BRAF mutations: a prospective study of patients undergoing colonoscopy. Gastroenterology 2006;131(5):1400-7

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):64

## eP114

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΛΟΘΘΟΥΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΟΡΘΟΥ ΜΕ LUMEN APPOSING METAL STENT

Παπατζέλου Ι., Θεοδώρου Ε., Αυγουστάκη Α., Βαλάτας Β., Καλαϊτζάκης Ε.

Γαστρεντερολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

**Εισαγωγή:** Οι μετεγχειρητικές καλοήθεις στενώσεις ορθού αποτελούν κλινικό πρόβλημα, στην αντιμετώπιση του οποίου κεντρική θέση έχουν ενδοσκοπικές μέθοδοι, όπως διαστολές και επί αποτυχίας τοποθέτηση SEMS (self-expandable metal stents).

**Σκοπός:** Η περιγραφή περίπτωσης μετεγχειρητικής καλοήθους στένωσης ορθού που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με τοποθέτηση LAMS (lumen-apposing metal stents).

**Υλικό και Μέθοδοι:** Περιγραφή περιστατικού που αντιμετωπίστηκε στην κλινική μας.

**Αποτελέσματα:** Πρόκειται για ασθενή 61 ετών με ατομικό αναμνηστικό ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου χωρίς υπολειπόμενη νευρολογική σημειολογία. Παραπέμφθηκε από περιφερικό κέντρο λόγω υποτροπιάζοντων επεισοδίων ατελούς ειλεού μετά από AP κολεκτομή και τελικοτελική αναστόμωση λόγω αδενοκαρκινώματος παχέος εντέρου (pT1N0). Η αρχική ορθοσιγμοειδοσκόπηση ανέδειξε ουλώδη στένωση στα 10 εκ. από την οδοντωτή γραμμή διαμέτρου 5 χιλ και μήκους 1 εκ. Βιοψία και εγκάρσια απεικόνιση χωρίς στοιχεία υποτροπής. Αντιμετώπιστηκε αρχικά με διαστολή με μπαλόνι. Πραγματοποιήθηκαν 6 συνεδρίες διαστολών έως τα 15χιλ με συνοδό τοπική έγχυση διαλύματος τριακινολόνης. Παρά τη συμπτωματική βελτίωση του ασθενή, λόγω της παραμονής της στένωσης κατά τον ενδοσκοπικό επανέλεγχο και της ανάγκης συχνών συνεδριών διαστολών (κάθε 3 εβδομάδες) αποφασίστηκε η τοποθέτηση SEMS (πλήρως επικαλυμμένο, 4 cm), το οποίο δεν έγινε ανεκτό και αφαιρέθηκε δέκα ημέρες μετά την τοποθέτησή του. Ακολούθησε μία επιπλέον συνεδρία διαστολής και τελικά τοποθετήθηκε LAMS διαμέτρου 2εκ. και μήκους 1εκ. Ένα μήνα μετά την τοποθέτηση ο ασθενής προήλθε ασυμπτωματικός για επανέλεγχο. Ενδοσκοπικά αναγνωρίστηκε το στενό σε πλήρη έκπτωση και μετά την αφαίρεσή του η στένωση ήταν ευχερώς βιβατό από το ενδοσκόπιο.

**Συμπεράσματα:** Τα LAMS μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση καλοήθους στένωσης ορθού, σε ασθενείς στους οποίους τα μεγαλύτερου μήκους SEMS δε γίνονται καλά ανεκτά.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):64











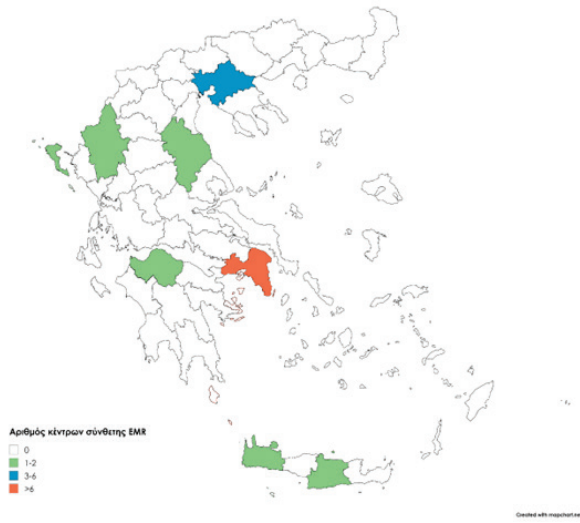


Figure 2. Αριθμός κέντρων που διεκπερούν σύνθετη EMR ανά νομό.

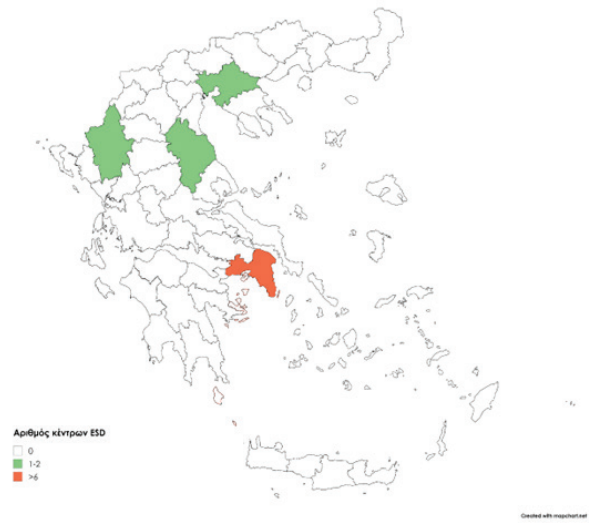


Figure 3. Αριθμός κέντρων που διεκπερούν ESD ανά νομό.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ  
ΒΙΝΤΕΟ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΩΝ



## V05

**Z-ROEM. ΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΘΕΜΑ**

Δελής Κ., Ρομποτής Ι., Νικολακοπούλου Ε., Λαμπρινάκος Σ., Κατσώρας Γ., Χαμαϊδός Α.

*Metropolitan Hospital, Ενδοσκοπικό Τμήμα*

Το εκκόλπωμα του Zenker (ZD) είναι μια σκακοειδής προβολή του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνιου χιτώνα μέσα από το τρίγωνο του Killian, ένα ευένδοτο σημείο της οπίσθιας φαρυγγοοισοφαγικής περιοχής, μεταξύ των εγκάρσιων ινών του κρικοφαρυγγικού μυός και των λοξών ινών του κατώτερου φαρυγγικού σφικτήρα.

Η Z-ROEM είναι μια καινοφανής τεχνική ενδοσκοπικής αντιμετώπισης του εκκόλπωματος Zenker που επιτρέπει την πλήρη και ασφαλή διατομή του διαφράγματος αυτού ενώ οδηγεί στην διόρθωση των συμπτωμάτων και στην μείωση των ποσοστών επανεμφάνισης τους. Παρά την πρόσφατη εμφάνιση της νέας αυτής μεθόδου έχουν εμφανιστεί διάφορες παραλλαγές της αρχικής τεχνικής. Σκοπός αυτού του βίντεο είναι να παρουσιάσει κάποιες παραλλαγές της μεθόδου που όμως στηρίζονται στην βασική τεχνική ROEM και έχουν στόχο την διατομή του διαφράγματος του εκκόλπωματος και την αποκατάσταση της βατότητας του οισοφαγικού αυλού. Στο βίντεο εμφανίζονται οι ομοιότητες και οι διαφορές των διαφόρων εκδοχών ενώ κατά την παρουσίασή του θα συζητηθούν τα αντίστοιχα τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά τους.

Το υλικό προέρχεται από το αρχείο του Ενδοσκοπικού Τμήματος του Θεραπευτηρίου μας και αφορά σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Z-ROEM με διάφορες εκδοχές. Όλες ήταν τεχνικά και κλινικά επιτυχείς.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):72

## V07

**FTRD ΓΙΑ NET ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ ΚΑΙ EUS-RFA ΓΙΑ NET ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΙΔΙΟ ΑΣΘΕΝΗ**

Μαυρογένης Γ., Τσευγάς Ι., Μαρκογλου Κ., Ζαχαριάδης Δ.

*Τμήμα Υβριδικής Επεμβατικής Ενδοσκόπησης, Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο Mediterraneo, Αθήνα, Αττική, Ελλάδα*

**Σκοπός:** Ασυμπτωματικός ασθενής 56 ετών προσήλθε για ενδοσκοπική θεραπεία G1 NET βωλβού 12λου 10 χιλ και G1 NET ουράς παγκρέατος 10 χιλ.

**Μέθοδοι και Υλικά:** το 68 G8 Dotatate Pet CT δεν ανέδειξε λεμφαδενοπάθεια ή άλλες μεταστάσεις. Στον ασθενή παρουσιάστηκε η επιλογή παρακολούθησης, χειρουργικής ή ενδοσκοπικής θεραπείας. Επιλέχθηκε η ενδοσκοπική αντιμετώπιση με σύστημα FTRD (ολικό πάχους εκτομή) της oncosco για την βλάβη του βωλβού δωδεκαδακτύλου και ο καυτηριασμός του όγκου παγκρέατος με EUS-RFA 5 mm της Taewoong. Οι 2 θεραπευτικές πράξεις έγιναν με διαφορά 1 μήνα και ολιγοήμερη νοσηλείας χωρίς επιπλοκές.

**Αποτελέσματα:** Στους 2 μήνες παρακολούθησης δεν υπήρξαν απεικονιστικά σημεία τοπικής υποτροπής.

**Συμπεράσματα:** Πρόκειται για ένα εξαιρετικά σπάνιο περιστατικό 2 σύγχρονων νευροενδοκρινών όγκων σε πάγκρεας και βωλβό δωδεκαδακτύλου όπου η ενδοσκοπική θεραπεία ήταν επιτυχής γλιτώνοντας τον ασθενή από 2 ακρωτηριαστικές χειρουργικές επεμβάσεις. Αναμένεται το μακροχρόνιο follow-up.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):72

## V06

**ΑΜΕΣΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΣΚΟΠΗΣΗ ΔΙΑΜΕΣΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΛΟΒΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΕΝΔΟΗΠΑΤΙΚΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΛΙΘΙΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ROUX-EN-Y ΗΠΑΤΟ-ΝΗΣΤΙΔΟΣΤΟΜΙΑ**

Γαλανόπουλος Μ., Γιακουμής Μ., Παπαδομιχαλάκης Μ., Κυριάκος Ν., Λιάτσος Χ. *Γαστρεντερολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών*

**Εισαγωγή:** Η διαδερμική άμεση χολαγγειοσκόπηση προσφέρει μια εναλλακτική λύση για ασθενείς με απροσπέλαστο χοληφόρο δέντρο δια της γαστρεντερικής ανατομίας γαστρεντερικού (πχ σε έδαφος Roux-en-Y ηπατο-νηστιδοστομίας ή παγκρεατο-δωδεκαδακτυλεκτομής τύπου Whipple) ή σε περιπτώσεις αδυναμίας προσέγγισης ενδοηπατικού χοληφόρου συστήματος μέσω ERCP.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Ασθενής άρρεν 56 ετών με ιστορικό εργώδους χολοκυστεκτομής και διεγχειρητικό τραυματισμό εξωηπατικού χοληφόρου συστήματος για το οποίο είχε υποβληθεί σε ηπατο-νηστιδοστομία τύπου Roux-en-Y, παρουσίαζε από 5μήνου διαλείποντα επεισόδια χολαγγειίτιδας που αυτοπεριορίζονταν με αντιβιοτική συντηρητική αγωγή. Λόγω αρχόμενων φλεγμονωδών αλλοιώσεων του ηπατικού παρεγχύματος βάσει μαγνητικής τομογραφίας και ενδοηπατικής χοληδοχολιθίασης του δεξιού λοβού του ήπατος, έγινε αρχικά, προσπάθεια ανεύρεσης της ηπατικό-νηστιδοστομίας με θεραπευτικό ενδοσκόπιο πρόσθιας όρασης ανεπιτυχώς. Προς αντιμετώπιση της χοληδοχολιθίασης και την μείωση του κινδύνου δευτεροπαθούς χολικής κίρρωσης αποφασίστηκε με την σύμφωνη γνώμη ασθενούς, η διενέργεια διαδερμικής προσπέλασης του ενδοηπατικού χοληφόρου συστήματος. Υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση έγινε καθετηριασμός αριστερού λοβού διαδερμικά με καθετήρα 12fr και σκιαγράφιση ενδο- και εξω ηπατικών χοληφόρων με ανεύρεση ελλειμμάτων πλήρωσης στα δεξιά ενδοηπατικά χολαγγεία. Εν συνεχεία, και διαμέσου του καθετήρα εισήχθη χολαγγειοσκόπιο dm 10fr επί σύρματος οδηγού. Με ιδιαίτερη δυσκολία καθετηριάστηκαν τα ενδοηπατικά χολαγγεία του δεξιού ηπατικού λοβού και με ηλεκτρο-υδραυλική λιθοτριψία έγινε θρυμματισμός πολυάριθμων χολόλιθων.

**Συμπεράσματα:** Η διαδερμική άμεση χολαγγειοσκόπηση, ειδικά με την χρήση των διαθέσιμων νέων χολαγγειοσκοπίων σχετίζεται με υψηλή διαγνωστική και θεραπευτική αποτελεσματικότητα σε εξειδικευμένα κέντρα ενδοσκόπησης.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):72

## V08

**ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΤΟΜΗ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ**

Παναγάκη Α., Αγγελόπουλος Γ., Γερασιμάτος Γ., Τζιτζιός Γ., Γκολφάκης Π., Γιαννακόπουλος Α., Μάθου Ν., Παρασκευά Κ.

*Γαστρεντερολογικό Τμήμα & Μονάδα Ενδοσκοπήσεων, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Η αναστομωτική στένωση οισοφάγου (ΑΣΟ) αποτελεί επιπλοκή της οισοφαγεκτομής. Η κλασική αντιμετώπιση της περιλαμβάνει την ενδοσκοπική διαστολή είτε με μπαλόνι είτε με κηρία, ενώ έχει προταθεί και η ενδοσκοπική διατομή.

**Σκοπός:** Η βίντεο-παρουσίαση περίπτωσης πρωτότυπης ενδοσκοπικής αντιμετώπισης ανθεκτικής καλοήθους ΑΣΟ σε ασθενή 85 ετών με δυσφαγία και απώλεια βάρους. **Υλικά και Μέθοδοι:** Παρουσιάζεται περίπτωση ενδοσκοπικής αντιμετώπισης ανθεκτικής καλοήθους ΑΣΟ σε ασθενή που υπεβλήθη προ 4ετίας σε οισοφαγεκτομή και ακτινοθεραπεία λόγω πλακώδους καρκινώματος. Ο ασθενής είχε υποβληθεί σε 3 συνεδρίες ενδοσκοπικής διαστολής με τη χρήση μπαλονιού μέχρι 12χιλ χωρίς κλινική ανταπόκριση. Αναλυτικότερα παρουσιάζονται το βίντεο καταγραφής και οι φωτογραφίες κατά την ενδοσκοπική αντιμετώπιση της στένωσης, καθώς και το αποτέλεσμα του οισοφαγογραφικού μετὰ την ενδοσκοπική αντιμετώπιση. Η ενδοσκοπική παρέμβαση έγινε με τον ασθενή διασωληνωμένο. Χρησιμοποιήθηκαν: ενδοσκόπιο Olympus (GIF-1TH190), πλαστικό cap και εμφύσηση CO<sub>2</sub>. Στα 25 εκ από του οδόντες αναγνωρίστηκε η ουλώδης στένωση και πραγματοποιήθηκαν κυκλοτερώς σχάσεις του βλεννογόνου σε 5 σημεία με τη χρήση μαχαϊριδίου (Fusion Needle Knife, Cook Medical) με αποτέλεσμα διάνοιξη της στένωσης.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Μετεπεμβατικά ο ασθενής σίτιστηκε με μαλακές τροφές και στη γαστροσκόπηση ελέγχου 10 ημέρες μετὰ την παρέμβαση η περιοχή της στένωσης ελέγχθηκε καλώς βατή. Η τεχνική της ενδοσκοπικής διατομής αποτελεί μια καινοτόμη τεχνική που έχει εφαρμοστεί επιτυχώς σε μικρές σειρές ασθενών. Πρόκειται για μια αποτελεσματική και ασφαλή μέθοδο με χαμηλά ποσοστά διατηρήσεων. Μέχρι σήμερα, 5 μήνες μετὰ την ενδοσκοπική παρέμβαση η ΑΣΟ του ασθενούς μας δεν παρουσιάζει υποτροπή.

**Βιβλιογραφικές αναφορές**

- Choi J, Choi SI. A new simple endoscopic incision therapy for refractory benign oesophageal anastomotic stricture. *BMJ Case Rep* 2021; 14(3):e239798. doi: 10.1136/bcr-2020-239798
- A Gelrud, J Fang, Endoscopic interventions for nonmalignant esophageal strictures in adults, In: *UpToDate*, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. (Accessed on September 5, 2024.)

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):72



## V09

**ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΥΟΤΟΜΗ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΓΧΥΣΗ ΝΕΡΟΥ (Underwater – Per Oral Endoscopic Myotomy – U – POEM)**

Κρασιδιώτης Γ, Τσοουκαλής Ν., Μαντιδής Α., Έλληνα Μ., Τρίκοιλα Α., Ροδιάς Μ., Βασιλειάδης Κ., Σγούρος Σ., Στεφανιδής Γ.

Γαστρεντερολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

**Εισαγωγή:** Η POEM είναι μία καθιερωμένη θεραπευτική επιλογή για την αχαλασία. Ωστόσο προκαλούνται συχνά επιπλοκές σχετιζόμενες με το CO<sub>2</sub> όπως καπνοθώρακας/καπνομεσοθωράκιο και καπνοπεριτόναιο. Η underwater τεχνική είναι μία αναδυόμενη στρατηγική στις εκτομές βλεννογονικών βλαβών του πεπτικού.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της U-POEM προς αποφυγή επιπλοκών λόγω χρήσης CO<sub>2</sub>.

**Παρουσίαση Περιστατικού-Μέθοδος:** Άνδρας, 55 ετών, διαγνωσθηκε με αχαλασία τύπου ΙΙ. Λόγω της σοβαρής χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και της στεφανιαίας νόσου, επιλέχθηκε η U-POEM. Η επέμβαση διενεργήθηκε υπό γενική αναισθησία. Χρησιμοποιήθηκε υψηλής ανάλυσης γαστροσκόπιο GIF 1100 με ST Hood Fujifilm cap και μαχαίριδιο Triangle TipKnife J, Olympus. Μετά την υποβλεννογονία έγχυση διαλύματος κυανού μεθυλενίου 8-9 cm κεντρικότερα της γαστροοισοφαγικής συμβολής(ΓΟΣ), διενεργήθηκε επιμήκης βλεννογονοτομή για την είσοδο του ενδοσκοπίου υποβλεννογονία. Σε αυτό το σημείο διακόπηκε η παροχή CO<sub>2</sub> και τέθηκε σε λειτουργία η έγχυση φυσιολογικού ορού από το επικουρικό κανάλι με τη χρήση αντλίας. Η δημιουργία «τούνελ» αρχικά και ακολούθως η μυοτομή, οι οποίες επεκτάθηκαν έως 2 cm κάτω από τη ΓΟΣ, διενεργήθηκαν με την επιλογή spray coagulation (Power100, effect4 - ESG 300 Electrosurgery Generator, Olympus). Η αιμορραγία καθώς και η προληπτική θερμοπηξία των αγγείων ήταν ευχερέστερη στο περιβάλλον της underwater μεθόδου. Η σύγκλιση του βλεννογονικού ελλείμματος πραγματοποιήθηκε με 5 clips υπό παροχή CO<sub>2</sub>. Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή άνευ επιπλοκών. 24 ώρες μετά, η διάβαση με γαστρογραφίνη ήταν ικανοποιητική και χωρίς εικόνα διαφυγής. Ο ασθενής εξήλθε το 3<sup>ο</sup> 24ώρο μετά από ικανοποιητική σίτιση.

**Συμπεράσματα:** Η τεχνική φαίνεται να είναι αποτελεσματική και ασφαλή, προσφέρει βελτιστοποίηση στην ορατότητα και στην αιμόσταση και μειώνει τις επιπλοκές από τη χρήση CO<sub>2</sub>.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):73

## V10

**ΚΥΚΛΟΤΕΡΗΣ ESD ΠΡΩΙΜΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ BARRETT ΜΕ ΕΠΙΤΥΧΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΕΝΩΣΗΣ**

Μαυρογένης Γ<sup>1</sup>, Μεταλλινός Α.<sup>2</sup>, Κασσιπίδης Π.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Υβριδικής Επεμβατικής Ενδοσκόπησης, Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο Mediterraneo, Αθήνα, <sup>2</sup>Ίδιώτης Γαστρεντερολόγος, Άμφισσα, <sup>3</sup>Διευθυντής Επεμβατικής Ενδοσκόπησης, Λευκός Σταυρός, Αθήνα

**Σκοπός:** Παρουσίαση κυκλωτέρας ESD για οισοφάγο Barrett με υψηλόβαθμη δυσπλασία

**Μέθοδοι και Υλικά:** Αρχικά έγινε τομή του περιφερικού ορίου και μετά του εγκύς ορίου της βλάβης. Δημιουργία πρόσθιου και οπίσθιου τούνελ. Χρήση τεχνικής clip and line για έλξη. Στο τέλος της εκτομής έγινε αλλαγή της κατεύθυνσης έλξης με την βοήθεια νέου κλιπ. Ριζική εκτομή της βλάβης. Πρόληψη στένωσης με υψηλή δόση κορτιζόνης και PPI.

**Αποτελέσματα:** Η ιστολογική ανάλυση έδειξε R0 εκτομής πολυεστιακής υψηλόβαθμης δυσπλασίας. Ακολούθησαν ενδοσκοπήσεις σε 14 μέρες, σε 1 μήνα και σε 4 μήνες. Δεν χρειάστηκε να γίνει διαστολή.

**Συμπεράσματα:** Η ριζική αντιμετώπιση κυκλωτέρας οισοφάγου Barrett με νεοπλασία με ESD είναι εφικτή. Η εντατική θεραπεία με κορτιζόνη στην εν λόγω περίπτωση ήταν άκρας αποτελεσματική για την πρόληψη στένωσης.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):73

## V11

**ΠΡΩΤΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΚΡΥΟΠΗΞΙΑΣ (CRYOABLATION) ΣΕ ΟΙΣΟΦΑΓΟ BARRETT**

Κρασιδιώτης Γ, Τσοουκαλής Ν., Μαντιδής Α., Έλληνα Μ., Τρίκοιλα Α., Ροδιάς Μ., Βασιλειάδης Κ., Σγούρος Σ., Στεφανιδής Γ.

Γαστρεντερολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

**Εισαγωγή:** Τα τελευταία χρόνια έχουν σημειωθεί σημαντικές εξελίξεις στην εξέλιξη του μεταπλαστικού επιθηλίου του οισοφάγου Barrett εφαρμόζοντας ελάχιστα επεμβατικές ενδοσκοπικές μεθόδους με υψηλά ποσοστά εξαλειψής και καλό προφίλ ασφάλειας. Εκτός από τη χρήση ραδιοκυμάτων (RFA, radiofrequency ablation) εναλλακτικά εφαρμόζεται η κρυοπηξία (cryoablation) με τη χρήση υπεροξειδίου του αζώτου (N<sub>2</sub>O).

**Σκοπός:** Η καταγραφή της εφαρμογής της τεχνικής ως πρώτη ελληνική εμπειρία.

**Μεθοδολογία-Παρουσίαση Περιστατικού:** Άνδρας, 50 ετών, με ιστορικό ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας και Barrett (COM3 κατά Πράγα) με στοιχεια χαμηλόβαθμης δυσπλασίας, επιλέχθηκε για ενδοσκοπική θεραπεία με την τεχνική cryoablation. Χρησιμοποιήθηκε γαστροσκόπιο (EG34-i10, Pentax) με κανάλι 3,8 mm. Η μέθοδος συμπεριλαμβάνει τα εξής: 1) καθήτρα μαλόνι μήκους 3cm που διέρχεται εντός του ενδοσκοπίου με δυνατότητα περιστροφής κατά τον επιμήκη άξονα και δυνατότητα στοχευμένου ψεκασμού ψυχρού αζώτου, 2) ποδόπληκτρο που μετακινεί τον καθήτρα μπρος-πίσω και τον περιστρέφει δεξιά – αριστερά καθώς και ορίζει την έναρξη του ψεκασμού, 3) χειριστήριο (controller) που συνδέεται με τον καθήτρα και το ποδόπληκτρο καθορίζοντας τις ιδιότητες της συσκευής. Το μαλόνι διατείνεται και έρχεται σε πλήρη επαφή με τον οισοφαγικό αυλό. Ο χρόνος ψεκασμού είναι 8 sec. Μετά το πέρας της διαδικασίας, ο ασθενής παρέμεινε στη βραχεία νοσηλεία προς παρακολούθηση και εξήλθε με οδηγίες. Σε διάστημα παρακολούθησης 5 ημερών δεν εμφανίσε επιπλοκές.

**Συμπεράσματα:** Το Cryoablation αποτελεί μία αποτελεσματική και ασφαλή προσέγγιση της ενδοσκοπικής διαχείρισης του οισοφάγου Barrett. Τα τρέχοντα δεδομένα δεν μπορούν να αναδείξουν υπεροχή σε σύγκριση με το RFA, ίσως μελλοντικές συγκριτικές μελέτες συμπεριλαμβανομένων των αναλύσεων κόστους – αποτελεσματικότητας να είναι σημαντικές ώστε να υποδείξουν τη βέλτιστη επιλογή στην κλινική πράξη.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):73

## V12

**ΠΛΗΡΗΣ ΔΙΑΒΡΩΣΗ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΑΠΟ ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΔΑΚΤΥΛΙΟ. ΣΥΝΔΑΣΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Κρασιδιώτης Γ<sup>1</sup>, Λεοντίδης Ν.<sup>2</sup>, Βούλγαρη Ε.<sup>1</sup>, Παλατιανού Μ.<sup>2</sup>, Παπαθανάσης Α.<sup>1</sup>, Μπέλλου Γ.<sup>2</sup>, Νάκου Ε.<sup>1</sup>, Νεοκλέους Α.<sup>2</sup>, Δημητριάδης Δ.<sup>1</sup>, Πενέσης Γ.<sup>2</sup>, Δημπούλου Κ.<sup>1</sup>, Βουδούκης Ε.<sup>1</sup>, Ιντέρνος Ι.<sup>2</sup>, Τζουβαλά Μ.<sup>2</sup>, Τριμπονιάς Γ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., <sup>2</sup> Γαστρεντερολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νίκιας-Πειραιά «Άγιος Πατελέμιων»

**Εισαγωγή:** Η τοποθέτηση γαστρικού δακτυλίου αποτελεί μια αρκετά διαδεδομένη επέμβαση για βαριατρικούς ασθενείς. Αν και σχετικά απλή, ορισμένες καθυστερημένες επιπλοκές μπορούν να απειλήσουν τη ζωή του ασθενούς. Η διάβρωση του τοιχώματος του στομάχου και ενδοαυλική μετανάστευση του δακτυλίου είναι μια σημαντική επιπλοκή που συμβαίνει σε έως 3% των ασθενών<sup>1</sup>. Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση φαίνεται να είναι ασφαλή και αποτελεσματική ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί και χειρουργική παρέμβαση.

**Σκοπός:** Περιγραφή περιστατικού, ασθενούς 35 ετών με ιστορικό τοποθέτησης γαστρικού δακτυλίου προ 5ετίας η οποία προήλθε με αίσθημα δυσπεψίας, φουσκάματος χωρίς σημεία συστηματικής φλεγμονής.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Διενεργήθηκε γαστροσκόπηση και παρατηρήθηκε πλήρης διάβρωση του τοιχώματος του στομάχου και μετανάστευση του δακτυλίου ενδοαυλικό στο άντρο. Αρχικά, έγινε διαδερμική χειρουργική αφαίρεση του τυμάνου του δακτυλίου και μέρους του καλωδίου. Έπειτα ενδοσκοπικά, με χρήση σύρματος ERCP και μηχανικό λιθοτρίπτη τύπου Soehendra έγινε διατομή του γαστρικού δακτυλίου ώστε να επιτραπεί η ασφαλής αφαίρεση του αφού πρώτα έγινε σύλληψη του με βρόχο.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής έλαβε εξιτήριο την ίδια μέρα και στο follow up διαπιστώθηκε πλήρης υποτροπή της συμπτωματολογίας.

**Συμπεράσματα:** Η ονία επιπλοκή της πλήρους διάβρωσης στομάχου και ενδοαυλικής μετανάστευσης γαστρικού δακτυλίου αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με συνδυαστική χειρουργική και ενδοσκοπική παρέμβαση.

**Βιβλιογραφικές αναφορές**

1. Deshmukh A, Desai PM, Ma C, et al. Endoscopic Management of Gastric Band Erosion: a Systematic Review and Meta-Analysis. Obes Surg 2024;34(2):494-502. doi: 10.1007/s11695-023-06995-4. Epub 2023 Dec 29. PMID: 38158502

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):73





## V22

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΓΑΛΟΥ ΕΚΚΟΛΩΜΑΤΟΣ ZENKER (EZ) ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΕΙΔΙΚΟΥ ΟΝΕΡΤΥΒΕ ΚΑΙ ΜΑΧΑΙΡΙΔΙΟΥ ΤΥΠΟΥ SB ΚΝΙΦΕ**

Μιχόπουλος Σ., Παντελάκης Ε, Κουμεντάκης Χ., Παρδάλης Π., Ιωάννου Α., Λεωνιδάκης Γ., Θεοφίλου Λ., Ζαμπέλη Ε., Βαλσαμίδης Δ.

Γαστρεντερολογική κλινική και Αναισθησιολογικό τμήμα ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»

Η ενδοσκοπική μυστομή για τα EZ (Z-POEM) είναι μια καθιερωμένη μέθοδος. Για τα μεγάλα όμως EZ, εμφανίζει αρκετές τεχνικές δυσκολίες που πιστεύεται ότι μειώνουν την επιτυχία και αυξάνουν τις επιπλοκές και τις υποτροπές. Ασθενής 65 ετών με μεγάλο EZ που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με τη βοήθεια μαχαιριδίου τύπου SB knife. Το EZ ήταν γνωστό από 10ετία. Από έτους επιδείνωση της δυσφαγίας, με δύσσομη αναπνοή, συχνές λοιμώξεις αναπνευστικού και σχεδόν μόνιμη παρουσία τροφών-υγρών στο στόμα ενοχλητικό κυρίως κατά τη διάρκεια του ύπνου, Kothari-Haber score (KHS)= 10. Επέμβαση υπό γενική αναισθησία με γαστροσκόπιο OLYMPUS GIF-1TH190, χρήση CO<sub>2</sub>, ειδικό overtube για EZ (Cook) και οδηγό σύρμα τύπου zebra στον οισοφαγικό αυλό. Αρχικώς, έγινε διατομή στην κορυφή του διαφράγματος του EZ με τον μεγάλο τύπο SB knife (Sumitomo, L7mm /W8 mm) λόγω του μεγέθους του EZ (≈5cm), με OLYMPUS ESG300, PCF-30W. Με διαδοχικές τομές έγινε διατομή του κρικοφαρυγγικού μυός. Έγινε αλλαγή του SB knife (junior L3.5mm /W4 mm) όταν εκτιμήθηκε ότι πλησιάζουμε τον πυθμένα, για μεγαλύτερη ασφάλεια. Τοποθετήθηκαν 4 μεγάλα clips 16 mm (Cook) λόγω του μεγάλου εύρους της τομής. Γαστροσκόπηση την επομένη ανεπιπλεκτή. Υποκειμενικό αίσθημα μόλις υποσημειωμένου ξένου σώματος. Συνεστήθη ημίρρευστη διαίτα ολίγων ημερών και παρακαταμολή σε περίπτωση πόνου. Έγινε νέα κατάποση σκιαγραφικού που ανέδειξε σχεδόν πλήρη εξαφάνιση του EZ. Ο ασθενής επανεκτιμήθηκε μετά από ένα μήνα, χωρίς κανένα από τα προαναφερθέντα συμπτώματα. Ευχερής είσοδος του ενδοσκοπίου στον οισοφάγο και το στόμαχο, με πλήρη επούλωση της περιοχής χωρίς παρουσία clips (αυτόματη απομάκρυνση). Μετά από 6 μήνες εξακολούθησε χωρίς υποτροπή, KHS=0. Παρουσιάζεται Video + ακτινογραφίες.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):76

## V26

**ΧΟΛΗΓΕΙΟΣΚΟΠΗΣΗ & LASER ΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΧΟΛΗΔΟΧΟΛΙΘΙΑΣΗ**

Τσουνής Δ.<sup>1</sup>, Καλάκος Ν.<sup>1</sup>, Βλέτσος Γ.<sup>2</sup>, Κουγιουμτζάν Α.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, <sup>2</sup> Α' Χειρουργική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η χοληδοχολιθίαση παρατηρείται στο 1-15% των ασθενών με χοληλιθίαση. Ανεξάρτητως κλινικής εικόνας η χοληδοχολιθίαση αποτελεί ένδειξη για διενέργεια θεραπευτικής ενδοσκοπικής παλίνδρομης χολαγγειογραφίας (ERCP). Σε ασθενείς με αποτυχία αφαίρεσης των λίθων του κοινού χοληδόχου πόρου (ΚΧΠ) με σφιγκτηροτομή και καθετήρες τύπου μπαλόνι/basket και ηλεκτροϋδραυλική λιθοτριψία (EHL), η λιθοτριψία με laser αποτελεί μία αποτελεσματική και ασφαλή θεραπευτική επιλογή.

**Παρουσίαση ασθενούς:** Άνδρας 79 ετών με ιατρικό ιστορικό 2 επεισοδίων χοληδοχολιθίασης, υπεβλήθη σε 4 ERCP (2 εκ των οποίων με σφιγκτηροτομή και διαστολή με μπαλόνι- αδυναμία αφαίρεσης λίθου και άλλες 2 ERCP με χολαγγειοσκόπηση και EHL, όπου λόγω μη αφαίρεσης του λίθου, τοποθετήθηκε πλαστική ενδοπρόθεση). Ατομικό αναμνηστικό κολπικής μαρμαρυγής, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας. Υποβλήθηκε σε προγραμματισμένη ERCP με Laser λιθοτριψία υπό άμεση χολαγγειοσκόπηση λόγω χοληδοχολιθίασης (διάταση ΚΧΠ πόρου με διάμετρο 13mm σε πρόσφατο υπερηχογράφημα άνω κοιλιάς). Πραγματοποιήθηκαν, αφαίρεση της πλαστικής ενδοπρόθεσης, χολαγγειογραφία, όπου παρατηρήθηκαν ελλείματα πλήρωσης καθόλο το μήκος του ΚΧΠ και καθετηριασμοί με μπαλόνι Fogarty. Εισήχθη χοληδοχοσκόπιο (SkyScore DS II) όπου εντοπίστηκε ο εν λόγω λίθος στη μεσότητα του ΚΧΠ. Τοποθετήθηκε λεπτή οπτική ίνα laser (SlimLine, Lumenis) και διενεργήθηκε λιθοτριψία (ενέργεια 0,8-1,4 Joules, συχνότητα 8 Hz, short pulse). Η τελική διερεύνηση του ΚΧΠ με το χοληδοχοσκόπιο ήταν φυσιολογική. Ο ασθενής παρέμεινε στην κλινική για παρακολούθηση για 4 ημέρες, λόγω παγκρεατικής αντίδρασης.

**Συμπέρασμα:** Η αποτελεσματικότητα της λιθοτριψίας με Laser στην αντιμετώπιση της ανθεκτικής χοληδοχολιθίασης κυμαίνεται από 69-81% (για μία συνεδρία) έως 97-100% (για πολλαπλές συνεδρίες). Αποτελεί μία ασφαλή επιλογή με συχνότητα επιπλοκών 0-25%, με συχνότερες επιπλοκές την χολαγγειίτιδα και την παγκρεατίτιδα.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):76

## V23

**ΑΧΑΛΑΣΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΤΥΠΟΥ II ΣΕ ΕΓΚΥΜΟΣΙΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Κωνσταντινίδου Β.<sup>1</sup>, Κωνσταντινίδου Ι.<sup>2</sup>, Κωνσταντινίδης Κ.<sup>3</sup>, Φορτούνης Κ.<sup>3</sup>, Κωνσταντινίδης Θ.<sup>4</sup>, Παπαβασιλείου Χ.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», <sup>2</sup>Απόφοιτος Τμήματος Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, <sup>3</sup>Α' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκης, <sup>4</sup>Ν.Υ. Αιμοδοσίας, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή:** Η αχαλασία οισοφάγου είναι μία σπάνια καλοήθης νόσος του οισοφάγου, που χαρακτηρίζεται από κινητική διαταραχή του. Η διάγνωση της αχαλασίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι εξαιρετικά σπάνια και η βέλτιστη αντιμετώπιση της παραμένει ασαφής.

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης ήταν η παρουσία ενδιάφεροντος περιστατικού της αχαλασίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης που υποβλήθηκε σε ενδοσκοπική αντιμετώπιση με μπαλόνι.

**Παρουσία περιστατικού:** Η ασθενής ηλικίας 26 ετών, προσήλθε στο ιατρείο με δυσκαταποσία, οπισθοστερνικό πόνο, κατά τη λήψη τροφής και απώλεια βάρους. Κατόπιν ενδοσκόπησης, τέθηκε η διάγνωση αχαλασία οισοφάγου. Στα πλαίσια της διερεύνησης των νοσημάτων που σχετίζονται με την αχαλασία, εστάλη πλήρης ανοσολογικός έλεγχος, καθώς και δείκτες θυρεοειδικής λειτουργίας και αντιθυρεοειδικά αντισώματα για να αποκλειστούν αυτοάνοσα νοσήματα. Τα αποτελέσματα δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα.

Λόγω της άρνησης της ασθενής να προβεί σε χειρουργική επέμβαση, αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί η ενδοσκοπική αποκατάσταση, διαστολή με μπαλόνι. Η διαστολή πραγματοποιήθηκε σε δυο φάσεις, προς αποφυγή της ρήξης οισοφάγου. Μετά τη διαστολή η ασθενής παρέμεινε υπό στενή παρακολούθηση από τους θεράποντες ιατρούς της (χειρουργό και γυναικολόγο). Ξεκίνησε η σίτησή της χωρίς δυσκολία. Τα κλινικά συμπτώματα και η διατροφική της κατάσταση βελτιώθηκαν. Η ασθενής ενημερώθηκε ότι σε δεύτερο χρόνο θα χρειαστεί να αντιμετωπίσει χειρουργικά μετά την ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης.

**Συμπέρασμα:** Το παρόν περιστατικό αποτελεί μία εφαρμογή μη χειρουργικής θεραπείας διαστολής αχαλασίας οισοφάγου με χρήση ενδοσκοπικής τεχνικής ως μέσο αποκατάστασης της διαπερατότητας του οισοφάγου. Οι θεραπευτικές αποφάσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει πάντα να λαμβάνουν υπόψη τόσο την ευημερία της μητέρας όσο και του εμβρύου. Η χρήση ενδοσκοπικής διαστολής με μπαλόνι είναι μια ασφαλής διαδικασία για τη θεραπεία της αχαλασίας στην εγκυμοσύνη.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):76

## V27

**ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΑΠΟ ΑΛΛΟΙΩΣΗ ΔΙΕΥΛΑΦΟΥ**

Νταϊλιάνας Δ., Θάνος Χ., Γεωργακοπούλου Ν., Πισκόπου Δ., Γεωργίου Ε., Μιχαλόπουλος Γ., Καρούμπαλης Ι.

Γαστρεντερολογική κλινική, ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς

**Εισαγωγή:** Η αλλοίωση Dieulafoy είναι μια σπάνια, αγνώστου αιτιολογίας, αλλά πιθανώς απειλητική για τη ζωή αιμορραγία στο πεπτικό σύστημα. Χαρακτηρίζεται από αιμορραγία από έκτοπη θέση στο βλεννογόνο παθολογικού υποβλεννογονίου αγγείου.

**Σκοπός:** Παρουσίαση περιστατικού με αιμορραγία ανώτερου πεπτικού από αλλοίωση Dieulafoy στο στομάχι και παρουσίαση της ενδοσκοπικής αντιμετώπισης αυτής.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ασθενής, θήλυ, 85 ετών, προσήλθε στο ΤΕΠ αιτώμενη αδυναμία και ναυτία από πενταήμερο. Στον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθη αναιμία (Hct 22%). Στα πλαίσια διερεύνησης, υπεβλήθη σε γαστροσκόπηση που ανέδειξε μόρφωμα δ=10mm με εξέρυθρη επιφάνεια στο μείζον τόξο, προς το οπίσθιο τοίχωμα. Ακολούθως υπεβλήθη σε ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα που περιέγραψε βλάβη συμβατή με αλλοίωση Dieulafoy. Έγινε εκ νέου γαστροσκόπηση και η βλάβη αντιμετωπίστηκε με έγχυση 5cc διαλύματος αδρεναλίνης 1:10.000 και με τοποθέτηση ενός ελαστικού δακτυλίου με το σύστημα του πολυλαπλού απολινωτή.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής παρουσίασε σταθερή κλινική πορεία, χωρίς επιπλοκές και έλαβε εξιτήριο μια ημέρα μετά.

**Συμπέρασμα:** Η διάγνωση και αντιμετώπιση της αιμορραγίας από διάβρωση Dieulafoy αποτελεί πρόκληση. Η ενδοσκόπηση πεπτικού έχει αποδειχθεί πολύτιμο και αποτελεσματικό εργαλείο τόσο διαγνωστικά όσο και θεραπευτικά στην πλειοψηφία των ασθενών.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):76

**V28**

**ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΩΣ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΟ-12ΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΗ ΓΥΝΑΙΚΑ**

Γαλανόπουλος Μ.<sup>1</sup>, Υφαντή Μ.<sup>2</sup>, Δούκας Π.<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, <sup>2</sup>Μαρούσι, <sup>2</sup>Παθολογική κλινική, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, <sup>2</sup>Μαρούσι

**Εισαγωγή:** Το χολοκυστοδωδεκαδακτυλικό συρίγγιο είναι μια σπάνια επιπλοκή της χολολιθίωσης. Τα συμπτώματα είναι συνήθως μη ειδικά και σπάνια παρουσιάζονται ως σοβαρή γαστρεντερική αιμορραγία. Η αιμορραγία που σχετίζεται με αυτό συνήθως απαιτεί χειρουργική επέμβαση επειδή σημαντική αιμορραγία από την κυστική αρτηρία είναι συνήθως άπιθανο να επιλυθεί με συντηρητική αντιμετώπιση ή ενδοσκοπική αιμόσταση.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Θήλυ ασθενής 87 ετών υποβλήθηκε σε επείγουσα ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού λόγω αναφερόμενων επεισοδίων μελαινών κενώσεων από διήμερο. Το συγγενικό περιβάλλον ανέφερε ότι η ασθενής λίγες μέρες προ έναρξης των επεισοδίων αιμορραγίας, ήταν σε ήπια ληθαργική κατάσταση με αραιά πυρετικά κύματα με πλήρη αποδρομή αυτής με την έναρξη των μελαινών κενώσεων. Η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή και κατά την διάρκεια της ενδοσκόπησης διαπιστώθηκε στον βολβό του 12δακτύλου μικρή οπή 2-3 χιλιοστών διαμέτρου, διά της οποίας πιο-αιματηρό υγρό ανέβλυζε κατά την διάρκεια της κινητικότητας του βολβικού τοιχώματος μετά την εμφύσηση αέρα. Δεν κρίθηκε σκόπιμο η σύγκλιση ενδοσκοπικώς της οπής και η ασθενής και καλής γενικής κατάστασης μετά την παραχέτευση του πιο-αιματηρού περιεχομένου της χοληδόχου κύστης διαμέσου του συρίγγιου, αποφασίστηκε η συντηρητική παρακολούθηση.

**Συμπεράσματα:** Η εμφάνιση αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού στα πλαίσια χολοκυστο-12δακτυλικού συρίγγιου σε έδαφος χρόνιας χολοκυστίτιδας αποτελεί μία σπάνια κλινική οντότητα που ο κλινικός γιατρός πρέπει να υποπτεύεται σε ασθενή με συστηματικές εκδηλώσεις χολοκυστίτιδας και αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):77

**V30**

**ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΦΥΓΗΣ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Ζορμπάς Π.<sup>1</sup>, Βουδούκας Ε.<sup>1</sup>, Βούλγαρη Ε.<sup>1</sup>, Νάκου Ε.<sup>1</sup>, Παπαθανάσης Α.<sup>1</sup>, Δημητριάδης Δ.<sup>1</sup>, Δημοπούλου Κ.<sup>1</sup>, Αργυρόπουλος Θ.<sup>1</sup>, Πούλου Α.<sup>1</sup>, Τριμπόνιας Γ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιάλειο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.

**Εισαγωγή:** Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση διατρήσεων πεπτικού γίνεται ολοένα και συχνότερη όσο εξελίσσονται οι επεμβατικές τεχνικές και απομακρυνόμενες από τις κλασικές χειρουργικές παρεμβάσεις.

**Σκοπός:** Εκτίμηση της σημασίας και αποτελεσματικότητας τέτοιων επεμβατικών τεχνικών με μέσο που πλέον βρίσκονται στη άμεσα στη διάθεση μας καθώς και της χρήσης υλικών για καινοτόμες πράξεις πέρα από αυτές για τις οποίες κατασκευάστηκαν εξ' αρχής.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Γυναίκα 62 προσήλθε στα επείγοντα με συμπτώματα κοιλακού άλγους, μετεωρισμού και εμέτων και τέθηκε η διάγνωση αποφρακτικού ειλεού, λόγω συστολής σιγμοειδούς. Υποβλήθηκε σε χαμηλή πρόσθια εκτομή με κατιορθική αναστόμωση και εμφάνισε διαφυγή τεκμηριωμένη ενδοσκοπικά και απεικονιστικά.

**Αποτελέσματα:** Η τοποθέτηση σπύγγου απορρίφθηκε καθώς η διαφυγή δεν σχημάτιζε κοιλότητα αλλά ήταν ελεύθερη στο περιτόναιο. Ενδοσκοπικά παρατηρήθηκαν δύο οπές διαμέτρου ~ 2 και 3 εκατοστών στο περιφερικό άκρο της αναστόμωσης. Αρχικά, έγινε APC προς νεαροποίηση των χηλέων των οπών. Η μικρότερη αντιμετωπίστηκε με χρήση over the score clip ικανοποιητικά. Η διάμετρος τις μεγαλύτερης οπής δεν επέτρεπε στη χρήση παρόμοιας τεχνικής, οπότε και αποφασίστηκε η σύγκλιση της με through the score clips και endoloop. Έγινε σύλληψη του endoloop με clip και εισήχθησαν ταυτόχρονα με το endoloop να βρίσκεται εκτός του καναλιού εργασίας του ενδοσκοπίου. Ακολούθως, καθηλώθηκε στο χείλος της οπής και τοποθετήθηκαν τρία ακόμα κλιπ. Τέλος, έγινε σύγκλιση και απελευθέρωση του endoloop με ικανοποιητική σύγκλιση της οπής.

**Συμπεράσματα:** Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση μετεγχειρητικών διαφυγών παχέως εντέρου είναι αποτελεσματική, αποτρέποντας τους κινδύνους του επαναληπτικού χειρουργείου. Η επιλογή της κατάλληλης τεχνικής θα πρέπει να βασίζεται στο είδος, τη θέση και τη διάμετρο της διαφυγής, προκειμένου να πραγματοποιηθεί επιτυχής σύγκλιση χωρίς εμφάνιση υποτροπών.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):77

**V29**

**ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΥΜΒΑΤΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ**

Λαζαρίδης Λ.-Δ.<sup>1</sup>, Εμμανουήλ Θ.<sup>1</sup>, Κορδώνης Γ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογική - Ηπατολογική, Metropolitan General Hospital, <sup>2</sup> Β' Ενδοσκοπική και Βαριατρική Χειρουργική Κλινική, Metropolitan General Hospital

**Εισαγωγή:** Η τοποθέτηση γαστρικού δακτυλίου είναι μια βαριατρική χειρουργική μέθοδος που έχει περιοριστεί τα τελευταία χρόνια. Μια γνωστή επιπλοκή είναι η ενδοαυλική είσφρωση του προσθετικού υλικού. Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση αυτής είναι η προτεινόμενη μέθοδος καθώς αποτρέπει τη μεγαλύτερη βλάβη του στομάχου και έχει μειωμένη περιεγχειρητική νοσηρότητα σε σχέση με τη χειρουργική προσέγγιση.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ενός περιστατικού ενδοσκοπικής αφαίρεσης γαστρικού δακτυλίου με τη χρήση συμβατικών ενδοσκοπικών εργαλείων και υλικών.

**Υλικό και μέθοδοι:** Ασθενής 49 ετών με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη προσήλθε για προγραμματισμένη αφαίρεση γαστρικού δακτυλίου, που τοποθετήθηκε προ 6ετίας στα πλαίσια αντιμετώπισης νοσογόνου παχυσαρκίας. Από την αξονική τομογραφία προεγχειρητικά διαπιστώθηκε μερική είσφρωση του γαστρικού δακτυλίου εντός του αυλού του στομάχου που επιβεβαιώθηκε και με ενδοσκόπηση. Η ασθενής υπεβλήθη σε προγραμματισμένη ενδοσκοπική αφαίρεση δακτυλίου σε χειρουργική αίθουσα σε συνεργασία με Χειρουργό. Με τη χρήση επεμβατικού γαστροσκοπίου, σφιγκτηροτόμου και οδηγού σύρματος ERCP έγινε περιβρογχισμός του δακτυλίου και στη συνέχεια διατομή αυτού με τη χρήση μηχανικού λιθοτρίπτη. Ακολούθως, μετά την κένωση του υδροθαλάμου μέσω του port του δακτυλίου έγινε αφαίρεση του γαστρικού δακτυλίου από του στόματος με βρόχο πολυεκτημής. Λόγω διακρούσας αιμορραγίας στο σημείο που βρισκόταν ο γαστρικός δακτύλιος τοποθετήθηκε μεταλλικό clip. Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές και η ασθενής εξήλθε την επόμενη ημέρα.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:** Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση της είσφρωσης γαστρικού δακτυλίου είναι ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος και θεωρείται η μέθοδος εκλογής για την αντιμετώπιση της επιπλοκής αυτής. Μπορεί να διενεργηθεί με εργαλεία και υλικά διαθέσιμα σε κάθε τμήμα επεμβατικής ενδοσκόπησης.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):77

**V31**

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΟΣ ZENKER ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ MODIFIED Z-ROEM ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΔΙΑΤΟΜΗ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΚΟΥ ΚΡΗΜΝΟΥ**

Νάκου Ε.<sup>1</sup>, Ζορμπάς Π.<sup>1</sup>, Δημοπούλου Κ.<sup>1</sup>, Δημητριάδης Δ.<sup>1</sup>, Βουδούκας Ε.<sup>1</sup>, Παπαθανάσης Α.<sup>1</sup>, Βούλγαρη Ε.<sup>1</sup>, Αργυρόπουλος Θ.<sup>1</sup>, Πούλου Α.<sup>1</sup>, Τριμπόνιας Γ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό τμήμα, Γ.Ν.Α. Κοργιάλειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.

**Εισαγωγή:** Η τεχνική της modified z-roem για τη θεραπεία ευμεγέθων εκκολπμάτων έχει ως προτεραιότητα, την παραμονή υπολειπόμενου βλεννογονικού κρημνού, ο οποίος προκύπτει μετά την πλήρη διατομή του κρικοφαρυγγικού μύδου του διαφράγματος και μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπή της συμπτωματολογίας, ιδίως σε εκκολπώματα μεγαλύτερα των 3 εκ.

**Σκοπός:** Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με ευμεγέθους εκκόλπωμα Zenker, το οποίο αντιμετωπίστηκε ενδοσκοπικά με την τεχνική της modified z-roem με συνοδό διατομή του βλεννογονικού κρημνού.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρόκειται για ασθενή 78 ετών με ατομικό αναμνηστικό δυσλιπιδαιμίας και συμπτωματολογία δυσφαγίας και αναγωγών από μηνών, στον οποίο ανευρέθη σε γαστροσκόπηση ευμεγέθους εκκόλπωμα Zenker μεγέθους 8 εκ. Αποφασίστηκε η ενδοσκοπική θεραπεία του εκκόλπωμα με την τεχνική της modified z-roem.

**Αποτελέσματα:** Η επέμβαση διενεργήθηκε υπό γενική αναισθησία. Έγινε μυστοτομή του διαφράγματος του εκκόλπωμας έως το επίπεδο του οισοφαγικού μύδου και στη συνέχεια διατομή του βλεννογονικού κρημνού με ψαλιδοειδές μαχαιριδίο και συρραφή σε σχήμα V με ενδοσκοπικά clip, χωρίς άμεσες επιπλοκές. Μικρές αιμορραγίες κατά την επέμβαση αντιμετωπίστηκαν με την χρήση αιμοστατικής λαβίδας (coagrasper). Ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός 6 μήνες μετά την ενδοσκοπική μυστοτομή, βελτιωμένος πλήρως στα συμπτώματά του.

**Συμπεράσματα:** Η επιρροή της διατομής του βλεννογονικού κρημνού μετά την μυστομή ευμεγέθων εκκολπμάτων μεγαλύτερων των 3 εκ., είναι επιφυλακτική και μειώνει τον κίνδυνο παραμονής ή υποτροπής της συμπτωματολογίας.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):77

## V32

**ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗ ΠΛΗΡΩΣ ΕΠΙΚΑΛΥΜΜΕΝΗΣ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΜΕ STENTFIX OTSC ΑΜΕΣΩΣ ΚΑΤΩΘΕΝ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟΥ ΣΦΙΚΤΗΡΑ**

Μιχόπουλος Σ.<sup>1</sup>, Παντελάκης Ε.<sup>1</sup>, Ιωάννου Α.<sup>1</sup>, Κουμεντάκης Χ.<sup>1</sup>, Παρδάλης Π.<sup>1</sup>, Λεωνιδάκης Γ.<sup>1</sup>, Θεοφίλου Α.<sup>1</sup>, Ζαμπέλη Ε.<sup>1</sup>, Στρατάκος Γ.<sup>2</sup>, Χαϊδόπουλος Δ.<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», <sup>2</sup>Α' Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», <sup>3</sup>Γυναικολογική κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»

Τα βρογχο-οισοφαγικά συρίγγια είναι μια σπάνια και εξαιρετικά δύσκολη επιπλοκή που συνήθως συνδέεται με νεοπλασίες ή τις θεραπείες των υπερδιαφραγματικών νεοπλασιών. Περιγράφουμε ασθενή 51 ετών με καρκίνο ενδομητρίου που υποβλήθηκε σε ολική υστερεκτομή τον Νοέμβριο 2018. Εμφάνισε υποτροπή με λεμφαδενική διασπορά άνω του διαφράγματος 2 έτη μετά για τις οποίες υποβλήθηκε σε 6 κύκλους χημειοθεραπειών και 25 συνεδρίες ακτινοθεραπείας. Προ 5μήνου εμφάνισε επιδεινούμενα επεισόδια δύσπνοιας από υποτροπιδικό νεκρωτικό σχηματισμό με στένωση της κυρίας τρόπιδας και βρόγχων που αφαιρέθηκε με άκαμπτη βρογχοσκόπηση. Τον Αύγουστο 2024 εμφάνισε υποτροπιάζουσες λοιμώξεις αναπνευστικού και επιδεινούμενη δυσφαγία. Στην αξονική διαπιστώθηκε τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο στο επίπεδο του διχασμού της τρόπιδας. Ακολούθησε ενδοσκοπική τοποθέτηση γαστροστομίας και τοποθέτηση δύο βρογχικών stents λόγω της θέσης του συριγγίου. Σε γαστροσκόπηση που ακολούθησε φάνηκε ευρεία σπη 2–3 εκ με ανώτερο σημείο τα 24 cm. Τοποθετήθηκε με προσοχή πλήρως επικαλυμμένη ενδοπρόθεση (WallFlex, Boston Scientific) έως τα 22 εκ για να υπερκαλύψει το συρίγγιο και ακολουθώντας stentfix OTSC® clip (βίντεο) προκειμένου να προληφθεί η μετανάστευση της ενδοπρόθεσης. Το ενδοσκοπικό και λειτουργικό αποτέλεσμα ήταν απολύτως ικανοποιητικό. Συμπερασματικά το stentfix OTSC® clip μπορεί να τοποθετηθεί πολύ υψηλά στον οισοφάγο χωρίς να παρενοχλεί τον ασθενή.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):78

## V34

**ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΒΛΑΒΕΣ ΟΡΘΟΥ ΕΞΟΡΩΜΕΝΕΣ ΑΠΟ ΣΤΟΜΙΑ ΣΥΡΙΓΓΙΩΝ**

Νάκου Ε.<sup>1</sup>, Ζορμπάς Π.<sup>1</sup>, Δημόπουλου Κ.<sup>1</sup>, Βούλγαρη Ε.<sup>1</sup>, Παπαθανάσης Α.<sup>1</sup>, Δημητριάδης Δ.<sup>1</sup>, Βουδούκης Ε.<sup>1</sup>, Αργυρόπουλος Θ.<sup>1</sup>, Πούλου Α.<sup>1</sup>, Τριμπόνας Γ.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό τμήμα, Γ.Ν.Α. Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.

**Εισαγωγή:** Η ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος από περιεδρικά συρίγγια είναι σπάνια κλινική οντότητα με δύσκολη διάγνωση και αντιμετώπιση.

**Σκοπός:** Παρουσίαση ασθενών με διάγνωση αδενοκαρκινώματος μετά από εκτομή πολύποδων ορθού, εξορμώμενων από στόμια συριγγίων.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Η πρώτη περίπτωση αφορά άνδρα 55 ετών με Crohn ελικοκλιτίδα και χρόνια περιεδρική νόσο, στον οποίο ανευρέθη ευμεγέθης πολύποδας ορθού 80χιλ. (PC:0-Is, NICE: 2, JNET: 2B, Kudo: VI). Η δεύτερη περίπτωση αφορά άνδρα 72 ετών με ιστορικό περιεδρικού συριγγίου, στον οποίο ανευρέθη πολύποδας 12χιλ. επί της οδοντωτής γραμμής και επέκταση προς το πρωκτόδερμα (NICE:2, JNET: 2B, Kudo: VI).

**Αποτελέσματα:** Στην πρώτη περίπτωση ο πολύποδας αφαιρέθηκε ενδοσκοπικά με συνδυασμό τεχνικών (single tunelling ESD, piecemeal EMR). Κατά την επέμβαση έγινε εκτομή των πόρων 2 συριγγίων. Η ιστολογική ανέδειξε ενδοβλεννογονίου καρκίνωμα αφαιρέθον σε υγιή όρια. Στον επανέλεγχο, ανευρέθη πολυποειδής βλάβη επί της οδοντωτής γραμμής, εξορμώμενη από έξω στόμιο συριγγίου, η οποία αφαιρέθηκε με βρόχο και η ιστολογική ανέδειξε βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα. Ο ασθενής παραπέμφθηκε για χειρουργική αντιμετώπιση. Στη δεύτερη περίπτωση, ο πολύποδας αφαιρέθηκε με ESD και η ιστολογική ανέδειξε ενδοβλεννογονίου καρκίνωμα. Στον επανέλεγχο, ανευρέθη πολυποειδής βλάβη, η οποία φαινόταν να εξορμάται από στόμιο συριγγίου. Ελήφθησαν βιοψίες και ετέθη η διάγνωση αδενοκαρκινώματος. Η μαγνητική πύελου ανέδειξε εξεργασία 2 εκ. που αναπτυσσόταν από το στόμιο του συριγγίου και επεκτεινόταν προς τον έξω σφικτήρα. Ο ασθενής παραπέμφθηκε για χειρουργική αντιμετώπιση.

**Συμπεράσματα:** Η ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος από περιεδρικά συρίγγια είναι σπάνια κλινική οντότητα και γίνεται συνήθως σε έδαφος χρόνιας φλεγμονής. Η δύσκολη ενδοσκοπική διάγνωση και αντιμετώπιση καθιστούν αναγκαία την έγκαιρη διάγνωση και χειρουργική θεραπεία.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):78

## V33

**ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΠΟΛΥΠΟΔΑ ΟΡΘΟΥ ΜΕ ESD ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΟ ΑΙΜΟΡΡΟΙΔΕΚΤΟΜΗ**

Νάκου Ε.<sup>1</sup>, Ζορμπάς Π.<sup>1</sup>, Δημητριάδης Δ.<sup>1</sup>, Βουδούκης Ε.<sup>1</sup>, Παπαθανάσης Α.<sup>1</sup>, Βούλγαρη Ε.<sup>1</sup>, Δημόπουλου Κ.<sup>1</sup>, Αργυρόπουλος Θ.<sup>1</sup>, Πούλου Α.<sup>1</sup>, Τριμπόνας Γ.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.

**Εισαγωγή:** Οι πολυποειδείς βλάβες στο ορθό με επέκταση στην οδοντωτή γραμμή συχνά συνυπάρχουν με αιμορροΐδες, οι οποίες καθιστούν τεχνικά απαιτητική την ενδοσκοπική εκτομή, λόγω της δυσκολίας στη διαχείριση των μεγάλων αγγείων των αιμορροΐδων και στην διατήρηση καλού ενδοσκοπικού πεδίου.

**Σκοπός:** Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με έμμιχο πολύποδα ορθού με βραχύ μίσχο επί της οδοντωτής γραμμής και συνυπάρχουσα αιμορροϊδοπάθεια, ο οποίος αφαιρέθηκε με την τεχνική της ESD, με ταυτόχρονη εκτομή αιμορροΐδας.

**Υλικό και μέθοδοι:** Πρόκειται για άνδρα 65 ετών με αναφερόμενο ατομικό αναμνηστικό στεφανιαίας νόσου (OEM-PTCA προ 5ετίας) και σκληροειδεκτομής, στον οποίο ανευρέθησαν σε προληπτική κολonosκόπηση έμμιχος πολύποδας ορθού με βραχύ μίσχο επί της οδοντωτής γραμμής (30χιλ., PC: Isr, NICE:2, JNET:2A, Kudo: IV) μαζί με συνυπάρχουσα αιμορροϊδοπάθεια και αποφασίτη η ενδοσκοπική αφαίρεση του πολύποδα με ESD.

**Αποτελέσματα:** Η επέμβαση διενεργήθηκε υπό γενική αναισθησία με την τεχνική της conventional ESD με ταυτόχρονη εκτομή της αιμορροΐδας από την οποία φαινόταν να εξορμάται ο μίσχος του πολύποδα. Ακολούθησε προληπτικός καυτηριασμός των ορατών αγγείων με αιμοστατική λαβίδα (coagraspfer). Ο ασθενής εμφάνισε έντονο περιπρωκτικό άλγος και θρόμβωση παρακείμενων αιμορροΐδων, πιθανά λόγω σπασμού του δακτυλίου. Η διαστολή μετά από αιμορροϊδεκτομή με ESD θα πρέπει να προτείνεται για την μείωση του μετεγχειρητικού άλγους.

**Συμπεράσματα:** Η ενδοσκοπική αφαίρεση πολυποειδών βλαβών ορθού με ταυτόχρονη εκτομή συνυπάρχουσών αιμορροΐδων είναι μια τεχνικά επιβίβη και ασφαλής ενδοσκοπική πράξη.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):78

## V35

**SNARE TIP ASSISTED ΕΚΤΟΜΗ (STAR) ΠΟΛΥΠΟΔΑ ΑΝΙΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΚΟΥ ΧΑΣΜΑΤΟΣ ΜΕ «MANTIS» CLIPS**

Βούλγαρη Ε.<sup>1</sup>, Ζορμπάς Π.<sup>1</sup>, Βουδούκης Ε.<sup>1</sup>, Παπαθανάσης Α.<sup>1</sup>, Νάκου Ε.<sup>1</sup>, Δημητριάδης Δ.<sup>1</sup>, Αργυρόπουλος Θ.<sup>1</sup>, Δημόπουλου Κ.<sup>1</sup>, Πούλου Α.<sup>1</sup>, Παπασσόλου Γ.<sup>1</sup>, Ν.2, Τριμπόνας Γ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ., <sup>2</sup>251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

**Εισαγωγή:** Η τεχνική KAR (knife-assisted snare resection) προκύπτει από συνδυασμό των αρχών EMR (endoscopic mucosal resection) και ESD (endoscopic submucosal dissection). Η τεχνική STAR (snare tip-assisted resection) αποτελεί παραλλαγή της KAR χρησιμοποιείται το άκρο του βρόχου αντί για μαχαίριδο.

**Σκοπός:** Παρουσιάζουμε κλινική περίπτωση piecemeal πολυποδεκτομής με την τεχνική STAR και σύγκλεισης του βλεννογονικού χάσματος με «MANTIS» clips.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Γυναίκα 77 ετών προσήλθε στο τμήμα μας προκειμένου να υποβληθεί σε πολυποδεκτομή ανιόντος (0-Ia+Is) LST - Granular mixed διαμέτρου 3,5εκ. (σωληνολαχνωτό αδένωμα με χαμηλόβαθμη δυσπλασία). Έγινε χρωμοενδοσκόπηση του πολύποδα με NBI και συμβατική με indigo carmine και ταξινομήθηκε ως 2 NICE/2A JNET/IV KUDO.

**Αποτελέσματα:** Ο πολύποδας αφαιρέθηκε με τη τεχνική STAR με υγιή ενδοσκοπικά όρια. Προηγήθηκε υπέγερση με υποβλεννογονία έγχυσης, τομή στον φυσιολογικό βλεννογόνο πλησίον της βλάβης και μικρή υποβλεννογονία εκτομής. Σταδιακά επεκτάθηκε η τομή του βλεννογόνου περιμετρικά της βλάβης. Ακολούθησε θερμοκαυτηριασμός των ορατών αγγείων στον πυθμένα εκτομής και στα χείλη εκτομής. Τέλος, έγινε σύγκλειση του βλεννογονικού ελλείμματος με συνδυασμό «MANTIS» και συμβατικών TTS clips.

**Συμπεράσματα:** Η παρουσίαση μας επισημαίνει την ασφαλέστερη επίτευξη υγιών ορίων (RO εκτομή) και τη μείωση του χρόνου επέμβασης μέσω της τεχνικής STAR, σε σύγκριση με την EMR, χωρίς την κατανάλωση περισσότερων αναλώσιμων υλικών. Η καμπύλη εκμάθησης φαίνεται να είναι χαμηλή. Επιπλέον, τα «MANTIS» clips φαίνεται να υποβοηθούν σημαντικά στη σύγκλειση βλεννογονικών ελλειμμάτων μετά από πολυποδεκτομή σε συνδυασμό με συμβατικά clip.

ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2024;37(Suppl):78

## V36

### ΣΟΒΑΡΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΦΙΓΚΤΗΡΟΤΟΜΗ ΠΟΥ ΕΛΕΓΧΘΗΚΕ ΠΟΛΥ ΔΥΣΚΟΛΑ ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΜΕΤΑΛΛΙΚΗΣ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗΣ

Μιχόπουλος Σ., Παντελάκης Ε., Ιωάννου Α., Κουμεντάκης Χ., Παρδάλης Π., Λεωνιδάκης Γ., Θεοφίλου Α., Ζαμπέλη Ε.  
Γαστρεντερολογική κλινική ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»

Η καθυστερημένη αιμορραγία μετά από σφιγκτηροτομή στην ERCP μπορεί να γίνει απειλητική για τη ζωή. Σε γυναίκα 79 ετών με ανεγχείρητο ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, ασκίτη, και θρόμβωση πυλαίας υπό μπεβασιζουμάμπη, ατεζολιζουμάμπη και ασενοκουμαρόλη, διενεργήθηκε σε άλλο νοσοκομείο ERCP, σφιγκτηροτομή και τοποθέτηση πλαστικού stent 10Fr λόγω ικτέρου. Μετά από 10ημερο προσήλθε λόγω μελαίνων κενώσεων με Hb=11.2gr/dL, Pl=142000/μL και INR=3. Στην ενδοσκόπηση με ευθύ και πλάγιο όργανο διεπιστώθη αιμοχολία. Έγινε αιμόσταση με αραιό διάλυμα αδρεναλίνης και APC. Κατά τη 6<sup>η</sup> μέρα νοσηλείας εμφανίζει νέα επεισόδια ερυθρομελαίνων κενώσεων, με εκ νέου πτώση της Hgb 7.3 g/dL και PLT 103.000. Μεταγγίστηκε με 1 μονάδα ερυθρών και έγινε νέα αιμόσταση με αδρεναλίνη APC και χρήση σφιγκτηροτόμου (soft coag). Η ασθενής τις επόμενες ημέρες νοσηλείας συνέχισε να εμφανίζει διαλειπόντως μέλαινες παρά τη διακοπή της ασενοκουμαρόλης. Έλαβε 3 μονάδες και την 12<sup>η</sup> ημέρα εμφάνισε επεισόδιο μεγάλης αιματοχεσίας με κατέρριψη (Shock index:1.8) Μετεφέρθη επειγόντως σε ακτινοσκοπική αίθουσα με μόλις ψηλαφητό σφυγμό όπου διενεργήθηκε ERCP σε πεδίο πλήρες αιμοπηγμάτων. Με τη βοήθεια ακτινοσκόπησης τοποθετήθηκε πλήρως επικαλυμμένη μεταλλική ενδοπρόθεση 10mm μήκους βεκ με άμεσο έλεγχο της αιμορραγίας. Εξήλθε χωρίς υποτροπή. Σε 1 μήνα επανήλθε με επεισόδια νέων μελαίνων Κατά τον έλεγχο η ενδοπρόθεση είχε απομακρυνθεί. Λόγω του μικρού προσδοκίμου τοποθετήθηκε μερικών επικαλυμμένη ενδοπρόθεση χωρίς νέα αιμορραγία.

**Συμπεράσματα:** 1) Η τοποθέτηση πλαστικού stent πρέπει να επιχειρείται χωρίς σφιγκτηροτομή. 2) Η καθυστερημένη αιμορραγία μπορεί να είναι πολύ σοβαρή και πρέπει να ακολουθούνται οι οδηγίες των επιστημονικών εταιρειών (ESGE) για την αντιμετώπισή τους.

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Οι αριθμοί παραπέμπουν στον αριθμό των εργασιών

<b>A</b>	
Αποστολίδου Σ. ....	eP51
Αβραμίδης Ι. ....	eP18
Αβραμοπούλου Ε. ....	ΕΑΑ35
Αγγελετοπούλου Ι. ....	ΕΑΑ28, ΕΑΑ35
Αγγέλη Π. ....	eP125
Αγγελγιαννοπούλου Π. ....	eP79
Αγγελόπουλος Γ. ....	ΠΑ01, ΠΑ05, V08, V15, ΕΑ04, ΕΑΑ04, eP79, eP101, eP117, eP118
Αγγελούση Α. ....	ΠΑ20
Αγοιμαμίτης Γ. ....	eP53
Αγορογιάννη Α. ....	ΠΑ12, ΠΑ16, ΕΑΑ09, ΕΑΑ24, ΕΑΑ25, ΕΑΑ38, ΕΑΑ41, eP25, eP83, eP98, eP108
Αδάμαντου Μ. ....	ΠΑ20
Αδάμου Α. ....	eP93
Αδάμου Ε. ....	ΕΑΑ09
Αθανασιάδης Η. ....	V01
Αθανασιάδου Ε. ....	eP80, eP121, eP128
Αθανασιάδου Κ. ....	ΕΑΑ31, ΕΑΑ34
Αθανασοπούλου Ε. ....	eP63
Αλεβιζόπουλος Ν. ....	eP42
Αλεξάκης Ν. ....	ΠΑ31
Αλεξόπουλος Θ. ....	ΕΑ06, ΠΑ20, ΠΑ36, eP24, eP32, eP81
Αλεξοπούλου Α. ....	eP19, eP24, eP32
Αλεξοπούλου Ε. ....	eP67
Αλμπάνη Φ. ....	ΕΑΑ09, ΕΑΑ22, ΕΑΑ38, eP83
Αλ-Ουντάτ Μ. ....	ΕΑΑ01, ΕΑΑ20, ΠΑ34, eP01, eP05, eP89, eP92
Αμπαζής Ο. ....	ΕΑΑ16, ΠΑ35, eP12, eP69, eP74, eP87, eP88, eP90, eP91, eP115
Αμπατζίς Ο. ....	ΕΑΑ35
Αναγνωστοπούλου Ε. ....	ΠΑ14, eP47
Αναγνώστου Α. ....	ΕΑΑ33
Αναγνώστου Ό. ....	ΠΑ23
Αναστασίου Ι. ....	eP30, eP33, eP36, eP37, eP40
Ανδρέοπουλος Α. ....	ΠΑ34
Ανδριανάκου Γ. ....	ΠΑ02
Ανδρικόπουλος Ε. ....	ΕΑΑ17, ΕΑΑ18, eP07, eP39, eP50, eP77, eP82, eP84, eP85
Αντωνοκάκη Π. ....	ΠΑ23
Αζιάρης Γ. ....	ΠΑ09
Αποστολάκης Ι. ....	ΠΑ14
Αποστολόπουλος Π. ....	ΕΑΑ21, ΠΑ30, eP86, eP125
Αποστολοπούλου Β. ....	eP42
Αραχωβίτη Δ.-Α. ....	V04, ΕΑΑ06, eP99, eP120
Αρβανιτάκης Κ. ....	eP43, eP100, eP106, eP125
Αρβανίτη Μ. ....	eP30, eP37, eP40
Αρβανίτης Κ. ....	ΕΑΑ22, ΕΑΑ41, eP25, eP83
Αργυράκης Τ. ....	ΕΑΑ05, eP06
Αργυρίου Κ. ....	V13, ΠΑ15, ΠΑ17, ΠΑ19
Αργυρόπουλος Θ. ....	V03, ΕΑΑ21, ΕΑΑ43, eP44, eP76, V30, V31, V33, V34, V35
Αργυρού Α. ....	ΠΑ24, ΕΑΑ27, ΕΑΑ32, eP123
Αργυρού Α. ....	eP30, eP33, eP36, eP37, eP40
Αρκαδόπουλος Ν. ....	ΕΑΑ31, ΕΑΑ34
Αρμόρος Π. ....	eP14, eP35, eP41
Αρνά Δ.-Ε. ....	ΕΑ05, ΠΑ19, ΕΑΑ33, ΕΑΑ37
Αρχαύλης Ε. ....	ΠΑ12, ΠΑ16, ΕΑΑ22, ΕΑΑ24, ΕΑΑ25, ΕΑΑ38, ΕΑΑ41, eP25, eP83, eP98, eP108
Αυγερινός Ν. ....	ΠΑ23
Αυγουστάκη Α. ....	eP114
<b>B</b>	
Βαδαρλής Α. ....	eP62
Βαλάτας Β. ....	ΕΑΑ07, eP102, eP114, eP125
Βαλλιάνου Ν. ....	ΠΑ04, eP93
Βαλασμιδής Δ. ....	V22
Βάρδας Ε.λ. ....	ΕΑ05, ΕΑΑ37
Βαρμπομίτης Ι. ....	V16, ΕΑΑ40
Βάρσος Π. ....	ΕΑΑ14
Βαρυτιμάδης Κ. ....	ΠΑ12, ΕΑΑ22, ΕΑΑ25, ΕΑΑ38, ΕΑΑ41, eP25, eP83, eP98, eP108, eP127
Βασιλειάδης Κ. ....	V02, V09, V11
Βασιλιέβα Λ. ....	eP24, eP32, eP52, eP55
Βασιλόπουλος Δ. ....	ΕΑ03
Βεζακής Α. ....	ΕΑ05, ΕΑΑ44, ΕΑΑ33
Βελεγράκη Μ. ....	ΕΑΑ37
Βεργαδής Χ. ....	ΠΑ36, eP81
Βερετάνος Χ. ....	ΠΑ03, ΠΑ12, ΕΑΑ22, ΕΑΑ41, eP25, eP83, eP98
Βιάζης Ν. ....	ΠΑ03, ΠΑ12, ΕΑ03, ΠΑ16, ΠΑ19, ΕΑΑ09, ΕΑΑ21, ΕΑΑ22, ΕΑΑ24, ΕΑΑ25, ΕΑΑ38, ΕΑΑ41, eP25, eP83, eP98, eP108, eP125, eP126
Βιέννα Ε. ....	ΠΑ12, ΕΑΑ22, eP98, eP108
Βίλλιας Κ. ....	eP72
Βλαχογιαννάκος Ι. ....	ΕΑ01, ΕΑ06, ΠΑ19, ΠΑ24, ΕΑΑ32, ΠΑ30
Βλάχος Ι. ....	ΠΑ33, eP13, eP17
Βλέτσος Γ. ....	ΕΑΑ08, V26
Βογιατζής Ι. ....	ΠΑ04
Βόγκλη Σ. ....	V04, ΕΑΑ06, eP99, eP120
Βουγαδιώτης Ι. ....	ΕΑΑ05, eP06, eP125
Βουγιουκλάκη Δ. ....	ΕΑ02
Βουδούκης Ε. ....	V03, V12, ΕΑΑ43, eP44, eP76, eP78, V30, V31, V33, V34, V35

Βούκαλη Μ. ....	eP93
Βούλγαρη Ε. ....	V03, V12, ΕΑΑ43, eP44, eP76, eP78, V30, V31, V33, V34, V35
Βούλγαρης Θ. ....	ΠΑ03, ΕΑ06, ΠΑ19, ΕΑΑ28, ΕΑΑ33, ΠΑ30
Βουλγαρόγλου Γ. ....	ΕΑΑ11, eP80
Βουρούμπά Α. ....	eP34
Βρακάς Σ. ....	ΕΑΑ05, eP06, eP53, eP97, eP128
Βυθούλλας-Μπιώτης Ν. ....	ΕΑΑ30, eP93
<b>Γ</b>	
Γαζή Σ. ....	ΕΑ03
Γαλανόπουλος Μ. ....	V06, ΕΑΑ36, ΠΑ26, eP124, V28
Γαλανοπούλου Α. ....	eP16
Γελαδάρη Ε. ....	eP24, eP32
Γεραμούτσος Γ. ....	ΠΑ19, ΕΑΑ35, eP45
Γερασιμάτος Γ. ....	ΠΑ01, ΠΑ05, V08, V15, ΕΑ04, ΕΑΑ04, ΠΑ32, eP101, eP117, eP118
Γερμανιδής Γ. ....	eP43, eP100, eP106, eP125
Γεροδημητρώ Β. ....	ΕΑΑ04
Γεφυροπούλου Ε. ....	eP14, eP35, eP41
Γεωργακάκης Ι. ....	eP04
Γεωργακόπουλος Α. ....	ΠΑ04
Γεωργακοπούλου Ν. ....	ΠΑ02, eP08, V27
Γεωργαντάς Θ. ....	eP72
Γεωργιάδη Τ. ....	ΠΑ03, ΕΑΑ09, ΕΑΑ22, ΕΑΑ41, eP25, eP83, eP98
Γεωργιάδου Γ. ....	ΕΑΑ11, eP121
Γεωργιλής Ε. ....	ΠΑ12, ΠΑ16, ΕΑΑ22, ΕΑΑ24, ΕΑΑ25, ΕΑΑ38, ΕΑΑ41, eP25, eP98, eP108
Γεωργίου Ε. ....	ΠΑ02, eP08, V27
Γεωργόπουλος Η. ....	ΕΑΑ17, ΕΑΑ18, eP07, eP39, eP50, eP77, eP82, eP84, eP85
Γεωργόπουλος Σ. ....	ΠΑ07, ΠΑ08
Γιακουμής Μ. ....	V06, ΠΑ26, eP124, eP125
Γιαννακίας Ν. ....	ΕΑΑ28
Γιαννακόδημος Α. ....	eP03
Γιαννακόδημος Η. ....	eP03
Γιαννακόπουλος Α. ....	ΠΑ01, ΠΑ05, V08, V15, ΕΑ04, ΕΑΑ04, eP101, eP117, eP118
Γιαννακόπουλος Β. ....	ΕΑΑ01, ΕΑΑ12, ΕΑΑ20, ΠΑ34, eP01, eP05, eP89, eP92
Γιαννακού Κ. ....	eP51
Γιγίη Ε. ....	eP28
Γιοβανίτης Δ. ....	eP71
Γιουλιέμι Ο. ....	ΕΑ03, eP28, ΠΑ19
Γκέρος Φ. ....	V21
Γκίκας Α. ....	ΕΑΑ26
Γκολφάκης Π. ....	ΠΑ01, ΠΑ05, V08, V15, ΕΑ04, ΕΑ05, ΕΑΑ04, ΠΑ32, eP79, eP101, eP117, eP118
Γκόλφου Γ. ....	V04, ΕΑΑ06, eP99, eP120
Γλέζου Κ. ....	eP117
Γόμπος Ν. ....	eP30, eP33, eP36, eP37, eP40
Γούλα Μ. ....	V16
Γουλιές Δ. ....	eP16
Γουλιής Ι. ....	ΠΑ23, eP59
Γουργιώτης Δ. ....	ΕΑΑ44
Γρυπάρη Ι.-Μ. ....	ΠΑ33
Γώγου Χ. ....	ΕΑΑ39
<b>Δ</b>	
Δαλόπουλος Β. ....	eP93
Δαμανάκη Α. ....	ΕΑΑ07
Δαρδάνης Γ. ....	eP20
Δάσκου Α. ....	eP93
Δελατόλας Β. ....	ΕΑ04, eP79
Δεληγιάννη Ε. ....	ΠΑ15, ΠΑ17
Δελής Κ. ....	V05, eP125, eP126, eP127
Δελαπόρτας Δ. ....	eP13, eP17
Δημάκου Ε. ....	ΕΑΑ24
Δημητρακάκη Α. ....	eP16
Δημητριάδης Δ. ....	V03, V12, ΕΑΑ43, eP44, eP76, eP78, V30, V31, V33, V34, V35
Δημητριάδης Κ. ....	ΕΑΑ40
Δημητριάδης Ν. ....	eP80, eP121
Δημητριάδης Σ. ....	eP110
Δημητριάδου Ι. ....	ΠΑ04
Δημητρίου Γ. ....	eP47
Δημήτρουλας Θ. ....	ΕΑ03
Δημητρουλόπουλος Δ. ....	ΕΑ05, ΕΑΑ01, ΕΑΑ12, ΕΑΑ20, ΕΑΑ30, ΠΑ31, ΠΑ34, eP01, eP05, eP89, eP92, eP125
Δημοπούλου Κ. ....	V03, V12, ΕΑ05, ΕΑΑ21, ΕΑΑ43, ΕΑΑ31, ΕΑΑ34, eP44, eP76, eP78, V30, V31, V33, V34, V35, eP128
Δημούλιος Φ. ....	eP127
Διαμαντοπούλου Γ. ....	eP19
Διαμαντοπούλου Γ. ....	ΕΑΑ16, ΕΑΑ28, ΕΑΑ35, ΠΑ35, eP12, eP69, eP74, eP87, eP88, eP90, eP91, eP115
Δικαϊάκος Π. ....	eP53
Δόβρολης Ν. ....	ΕΑΑ07
Δόκας Σ. ....	eP126, eP128
Δομάγεφ Φ.-Ρ. ....	ΠΑ14
Δουδομοπούλου Σ. ....	eP86
Δούκας Π. ....	V28



Δρακοντοειδής Π. .... eP63  
 Δριβα Τ. .... eP31  
 Δριτσάκος Κ. .... eP123  
 Δρυιαννάκης Ι. .... ΠΑ19, ΕΑΑ07, ΕΑΑ29, eP46, eP54, eP56

## Ε.

Ελευθεριάδης Ν. .... eP126  
 Έλληνα Μ. .... V02, V09, V11, eP116  
 Εμμανουήλ Θ. .... eP119, V29  
 Ευσταθίου Σ. .... eP65, eP66, eP70, eP75

## Ζ.

Ζαμπέλη Ε. .... ΠΑ09, V14, ΕΑ03, ΠΑ19, eP45, eP52, eP55, V22, V32, V36  
 Ζάντζα Π.-Σ. .... ΠΑ30, eP86  
 Ζαρρέας Η. .... eP49  
 Ζαχαριάδης Δ. .... V07, eP113  
 Ζαχαριάδου-Μπαλάση Τ. .... eP93  
 Ζαχαρία Κ. .... ΕΑΑ05, eP06  
 Ζαχαροπούλου Ε. .... ΕΑ03, ΠΑ13, eP53, eP60  
 Ζάγου Μ. .... ΕΑΑ42, eP110  
 Ζέβλας Α. .... V16  
 Ζιώγας Δ. .... eP71  
 Ζιώγου Α. .... eP03, eP73  
 Ζορμπάς Π. .... V03, V12, ΕΑΑ42, ΕΑΑ43, eP44, eP76, eP78, V30, V31, V33, V34, V35, eP128  
 Ζωγράφος Γ. .... ΠΑ31

## Θ.

Θάνος Χ. .... ΠΑ02, V16, eP08, V27  
 Θεμελί Σ. .... ΠΑ12, ΠΑ16, ΕΑΑ24, ΕΑΑ25, ΕΑΑ38, ΕΑΑ41, eP25, eP83, eP98, eP108  
 Θεοδοσίου Π. .... ΠΑ04  
 Θεοδοσόπουλος Θ. .... ΠΑ30  
 Θεοδούλου Α. .... V04, eP120  
 Θεοδωράκη Ε. .... ΕΑΑ07, ΕΑΑ29, eP46, eP54, eP56, eP58  
 Θεοδωρόπουλος Α. .... eP08  
 Θεοδωροπούλου Α. .... ΕΑ03, ΕΑΑ37  
 Θεοδώρου Δ. .... ΕΑΑ14, eP20  
 Θεοδώρου Ε. .... ΕΑΑ02, eP114  
 Θεοδώρου Μ. .... eP14, eP35, eP41  
 Θεολόγη Μ. .... ΠΑ15, ΠΑ17  
 Θεόπιστος Β. .... eP127  
 Θεοφανοπούλου Α. .... ΠΑ30, eP86  
 Θεοφίλου Λ. .... ΠΑ09, V14, V22, V32, V36  
 Θεοχάρης Α. .... ΠΑ23  
 Θεοχάρης Γ. .... ΕΑΑ16, ΕΑΑ28, ΠΑ35, eP12, eP45, eP69, eP74, eP87, eP88, eP90, eP91, eP111, eP115  
 Θεοχάρης Σ. .... ΕΑ04, eP79  
 Θεοχαρίδου Ε. .... eP28  
 Θυμής Ι. .... ΕΑΑ30  
 Θωμαΐδης Θ. .... V01  
 Θωμόπουλος Κ. .... ΕΑΑ16, ΕΑΑ28, ΕΑΑ35, ΠΑ35, eP12, eP45, eP69, eP74, eP87, eP88, eP90, eP91, eP103, eP111, eP115

## Ι.

Ιγκνάτοβα Σ. .... ΕΑΑ15, eP97  
 Ιντέρνος Ι. .... V12, eP60  
 Ισκά Π. .... eP30, eP33, eP36, eP37, eP40  
 Ιωαννίδου Π. .... ΕΑ01, ΠΑ19, ΠΑ22, ΠΑ24, ΕΑΑ32  
 Ιωάννου Α. .... V17  
 Ιωάννου Α. .... ΠΑ09, V14, ΕΑ05, eP45, eP52, eP55, eP125, eP126, eP127, V22, V32, V36, eP128  
 Ιωάννου Μ. .... V21

## Κ.

Καββαδίας Α. .... eP112  
 Καζαντζή Μ. .... eP72  
 Καϊκής Α. .... eP33  
 Καϊμακλιώτης Π. Ι. .... eP51  
 Κακούνης Κ. .... ΕΑΑ14, eP20  
 Καλαϊτζάκης Ε. .... ΠΑ32, eP102, eP114  
 Καλάκος Ν. .... eP107, eP123, V26  
 Καλαντζής Χ. .... ΠΑ30, eP86  
 Καλαποθάκος Π. .... eP125  
 Καλαφατέλη Μ. .... ΠΑ21, eP21, eP22, eP26, eP27  
 Καλλιδικίδης Σ. .... ΕΑΑ11, eP80  
 Καλόγηρος Γ. .... ΠΑ12, ΠΑ16, ΕΑΑ09, ΕΑΑ22, ΕΑΑ24, ΕΑΑ25, ΕΑΑ38, eP25, eP83, eP108  
 Καλοπήτας Γ. .... eP43  
 Καλοχριστιανάκης Μ. .... ΠΑ32  
 Καλτσά Α. .... ΠΑ15, ΠΑ17  
 Καμηλιού Α. .... ΠΑ20  
 Καμπέρογλου Δ. .... ΕΑ06  
 Καναβάκη Ι. .... eP63, eP67  
 Κανδηλογιαννάκης Λ. .... ΕΑΑ07  
 Κανελλόπουλος Π. .... ΠΑ03  
 Κανταρτζή Κ. .... eP96  
 Καπάτας Α. .... eP14, eP35, eP41  
 Καπάτης Χ. .... eP14, eP35, eP41  
 Καπετάνος Δ. .... eP126  
 Καπόλος Ι. .... ΕΑ02  
 Καραγιαννάκης Δ. .... ΕΑ01, ΠΑ24, ΕΑΑ32

Καραγιάννης Γ. .... ΠΑ08  
 Καρακατσάνης Σ. .... ΕΑΑ26  
 Καραμανιώλης Γ. .... ΠΑ03, ΕΑΑ44, ΠΑ30, eP17  
 Καραμανιώλης Γ. .... ΕΑ06, ΕΑΑ23, ΠΑ25, ΠΑ28  
 Καραμούτζος Α. .... V17  
 Καραμπάτσος Β. .... ΠΑ12, ΠΑ16, ΕΑΑ09, ΕΑΑ24, ΕΑΑ25, ΕΑΑ38, ΕΑΑ41, eP25, eP98, eP108  
 Καρασούζας Λ. .... ΠΑ16, ΕΑΑ24, ΕΑΑ25, eP98, eP108  
 Καραουλάνη Θ. .... eP14, eP35, eP41  
 Καραπιτέρης Δ. .... ΕΑΑ15, eP97  
 Καραταπάνης Σ. .... eP30, eP33, eP36, eP37  
 Καραταράκης Κ. .... eP04  
 Καρατζάς Π. .... ΠΑ19, eP61  
 Καρατζέζου Α. .... eP62  
 Καραχάλιου Α. .... ΠΑ13  
 Καργιώτη Σ. .... eP93  
 Καρίκης Ι. .... ΕΑΑ14  
 Καριπίδου Π. .... eP62  
 Καρμίρης Κ. .... ΕΑ03, ΠΑ14  
 Καρούμπιλης Ι. .... ΠΑ02, V16, eP08, eP127, V27  
 Καρτώλη Σ. .... ΕΑΑ05, eP06  
 Καρυπίδης Π. .... ΕΑΑ08  
 Κασπίδης Π. .... V10, V18, eP128  
 Καστή Α. .... ΕΑ02  
 Κατσαγιάννη Ν. Χ. .... eP34  
 Κατσάνος Κ. .... ΕΑ03, ΕΑΑ10, eP51  
 Κατσάς Κ. .... ΕΑ02  
 Κατσιάρη Μ. .... V15  
 Κάτσικας Γ. .... ΕΑ03  
 Κατούλα Σ. .... ΕΑΑ14, eP20  
 Κατσούλα Α. .... ΕΑ03, eP28  
 Κατωράς Γ. .... V05  
 Κατωγιάννης Κ. .... ΕΑΑ30  
 Κατωπόδη Κ. .... ΕΑΑ22, eP25  
 Καφαλής Ν. .... ΕΑΑ13, eP11  
 Καφεντζή Θ. .... ΕΑΑ35  
 Καφετζή Θ. .... eP103  
 Καψωριτάκης Α. .... V13, ΠΑ15, ΠΑ17, ΠΑ19, eP125, eP126, V21  
 Κεραλά Χ. .... eP30, eP33, eP37, eP40  
 Κεχαγιάς Α. .... ΠΑ11  
 Κίτσου Ε. .... ΕΑΑ14  
 Κλαδάκης Κ. .... eP122  
 Κόγιας Δ. .... ΕΑΑ13, eP11, eP96  
 Κοζομπόλη Δ. .... ΠΑ12, ΠΑ16, ΕΑΑ09, ΕΑΑ21, ΕΑΑ24, ΕΑΑ25, ΕΑΑ38, ΕΑΑ41, eP25, eP83, eP98, eP108

Κοκκίωνης Γ. .... eP59  
 Κολανής Β. .... eP30, eP33, eP36, eP37, eP40  
 Κολιός Γ. .... ΕΑΑ07  
 Κολιοφώτης Δ. .... eP13  
 Κολοβού Π. .... eP123  
 Κονδύλης Γ. .... ΕΑ04, eP79  
 Κόνσολας Χ. .... eP85  
 Κοντογιάννη Μ. .... ΠΑ13, eP34  
 Κοντός Α. .... ΕΑ05, ΕΑΑ01, ΕΑΑ12, ΕΑΑ20, ΠΑ31, ΠΑ34, eP01, eP05, eP89, eP92  
 Κόντος Γ. .... ΕΑΑ40  
 Κόρακας Ε. .... ΕΑΑ30  
 Κορδιώνης Α. .... eP119, V29  
 Κορκολοπούλου Π. .... ΕΑΑ08  
 Κοσμοπούλου Ο. .... eP60  
 Κοτζαγιαννίδου Ε. .... ΠΑ02, eP08  
 Κοτσικόρος Ν. .... eP116  
 Κούγιας Λ. .... eP106  
 Κουγιουμτζάν Α. .... ΕΑΑ08, eP71, eP95, eP107, eP123, eP126, V26  
 Κουγιουμτζάν Ε. .... eP71  
 Κουϊμτσίδης Ι. .... ΠΑ30, eP86  
 Κούκ Ανδρέας ..... eP30, eP33, eP36, eP37, eP40  
 Κουκλάκης Γ. .... ΕΑΑ13, eP11  
 Κουκούδης Α. .... ΕΑ03  
 Κουκουλιώτη Ε. .... ΠΑ22, ΕΑΑ33  
 Κουκούτση Κ. .... ΕΑΑ02, ΕΑΑ07  
 Κουκουφική Α. .... eP59  
 Κουλούρης Α. .... ΠΑ20  
 Κουλιτσίδης Κ. .... eP125  
 Κουμεντάκης Μ. .... eP57  
 Κουμεντάκης Χ. .... ΠΑ09, V14, eP45, eP52, eP55, V22, V32, V36  
 Κουμπάρηλου Κ. .... V16  
 Κουμπάτη Α. .... ΠΑ04  
 Κουντούρη Α. .... ΕΑΑ30  
 Κουντούρη Α. .... eP14, eP35, eP41  
 Κουρέτα Ε. .... ΕΑΑ08, eP71, eP95, eP107, eP123  
 Κουρικού Α. .... eP19  
 Κούρτη Α. .... eP63, eP67  
 Κούρτης Δ. .... eP30, eP33, eP36, eP37, eP40  
 Κουρτίδης Λ. .... eP53  
 Κουτάκη Δ. .... eP34  
 Κουτρομπάκης Ι. .... ΠΑ14, ΠΑ18, ΕΑΑ02, ΕΑΑ07, ΕΑΑ29, eP46, eP47, eP54, eP56, eP58, eP125  
 Κουτρομπή Μ.-Θ. .... ΕΑΑ17, ΕΑΑ18, eP07, eP39, eP50, eP77, eP82, eP84  
 Κουτσιανός Χ. .... ΕΑ03  
 Κουτσοσταθής Ε. .... eP94

Κουτσούμπας Α.	ΕΑΑ27, ΠΑ36, eP61, eP81
Κουφάκης Θ.	eP43
Κουφόπουλος Π.	eP93
Κρασιδίωτης Γ.	V02, V09, V11, ΕΑ05, eP116, eP128
Κρασιδίωτης Χ.	ΕΑΑ40
Κρητικός Ν.	ΠΑ11
Κριλής Α.	eP42
Κυβέλου Ε.	ΠΑ01, ΕΑ04, eP117
Κυζιρογλου Μ.	ΕΑΑ39
Κυπραίος Δ.	ΕΑ05, ΕΑΑ01, ΕΑΑ12, ΕΑΑ20, ΠΑ31, ΠΑ34, eP01, eP05, eP89, eP92, eP127
Κυριακίδης Σ.	ΠΑ15, ΠΑ17, V21
Κυριάκος Ν.	V06, ΕΑ03, ΠΑ19, ΕΑΑ21, ΠΑ26, eP124
Κυρίτση Β.	ΕΑΑ39, ΠΑ27
Κυρκιλή Α.	eP34
Κωνσταντάκης Χ.	ΕΑΑ16, ΠΑ35, eP12, eP69, eP74, eP87, eP88, eP90, eP91, eP103, eP111, eP115
Κωνσταντινίδης Θ.	V23
Κωνσταντινίδης Κ.	V23
Κωνσταντινίδου Β.	V23
Κωνσταντινίδου Ι.	V23
Κωνσταντίνου Θ.	ΠΑ04
Κωνσταντίνου Ν.	V04, ΕΑΑ06, eP99, eP120
Κωνσταντουλάκης Μ.	ΠΑ33
Κωσταράκης Δ.	eP16
Κώστας Ν.	eP30, eP37, eP40
Κωστέλλη Γ.	ΕΑΑ30
Κώτσα Κ.	eP43
<b>Λ.</b>	
Λαζαράκη Γ.	ΕΑΑ11, eP80, eP121
Λαζαριδής Α.-Δ.	eP119, V29
Λακωτάκη Δ.	ΕΑΑ27, ΠΑ36, eP61, eP81
Λακωτάκη Ε.	ΕΑΑ08
Λαμούρη Χ.	eP64, eP68
Λαμπαδιάρη Β.	ΕΑΑ30
Λαμπρινάκος Σ.	V05
Λαμπρόπουλος Π.	eP14, eP35, eP41
Λάμπρου Σ.	eP65, eP66, eP70, eP75
Λαούδη Φ.	ΠΑ07
Λάππας Ι.	ΠΑ12, ΠΑ16, ΕΑΑ24, ΕΑΑ25, ΕΑΑ38, ΕΑΑ41, eP108
Λάσκος Ε.	eP14, eP35, eP41
Λεβεντάκη Φ.	ΠΑ30, eP86
Λεκάκης Β.	ΠΑ20, ΠΑ36, eP81
Λεοντάκη Μ.	eP04
Λεοντίδης Ν.	V12, eP60, eP128
Λεωνίδακης Γ.	V14, V22, V32, V36, ΠΑ09, eP45, eP52, eP55
Λιάτσος Χ.	ΠΑ08, V06, ΕΑ03, ΠΑ19, ΕΑΑ21, ΠΑ26, eP124, eP125, eP126
Λυμπερίης Α.	eP73
<b>Μ.</b>	
Μάγειρας Ν.	ΕΑΑ08, eP95, eP123
Μάθου Ν.	ΠΑ01, ΠΑ05, V08, V15, ΕΑ04, ΠΑ19, ΕΑΑ04, eP101, eP117
Μαίση Ν.	eP16
Μαλαματένιος Μ.-Α.	ΕΑΑ06, eP99
Μαλανδρής Κ.	eP28
Μαλαργινός Γ.	ΕΑΑ26
Μάμωλης Σ.	eP80, eP121
Μανδηλαρά Δ.	ΕΑ05, ΕΑΑ01, ΠΑ34
Μάνη Η.	eP19, eP24, eP32
Μάνου Δ.	eP65, eP66, eP70, eP75
Μανούσου Π.	ΠΑ21, ΕΑΑ10, eP21, eP22, eP26, eP27
Μάντακα Α.	eP47, ΠΑ14
Μάντζαρης Γ.	ΠΑ13
Μαντίδης Α.	V09, V11
Μανώλακα Χ.	eP30, eP33, eP36
Μανωλάκης Α.	eP125, eP126, eP127, V13, V21, ΠΑ15, ΠΑ17, ΠΑ23, ΕΑΑ40, eP29
Μανωλακόπουλος Σ.	ΠΑ23, ΕΑΑ40, eP29
Μαράκης Ι.	eP128
Μαργαρίτης Ε.	ΕΑΑ05, eP06
Μάρης Θ.	ΠΑ15, ΠΑ17
Μαρκάκης Γ.	ΠΑ20
Μάρκογλου Κ.	eP113
Μαρκόπουλος Π.	eP45, eP99, eP120, V04
Μάρκου Σ.	eP76
Μαρμαρινός Α.	ΕΑΑ44
Μαστορογιάννη Ν.-Ι.	ΕΑΑ 10
Μαστροκώστα Ε.	eP101, eP118, ΕΑ04
Μαυρίκος Ε.	eP20
Μαυρογιάννης Γ.	eP110, eP113, eP126, V17, V18, V07, V10, ΕΑΑ42
Μελά Ε.	eP20
Μελά Μ.	eP25, eP83, eP98, eP108, ΠΑ03, ΠΑ12, ΠΑ16, ΕΑΑ24, ΕΑΑ25, ΕΑΑ38, ΕΑΑ41
Μέλλος Α.	eP06, eP53, ΕΑΑ05
Μεταλληνός Α.	V10
Μεταλλίδης Σ.	eP43
Μητσέλος Ι.	eP125, eP127, eP128
Μιμιδής Κ.	ΕΑΑ03, eP96
Μιχαηλίδης Ι.	eP122
Μιχαηλίδου Ε.	ΠΑ22
Μιχαηλίδου Σ.	ΕΑ05, ΕΑΑ01, ΕΑΑ12, ΕΑΑ20, ΠΑ34, eP01, eP05, eP89, eP92
Μίχα Κ.	ΠΑ23
Μιχαλακάς Ν.	ΕΑ03
Μιχαλάκη Β.	ΠΑ33
Μιχαλόπουλος Α.	ΕΑΑ39
Μιχαλόπουλος Γ.	eP08, V27, ΠΑ19
Μιχαλοπούλου Ε.	ΠΑ34, ΕΑΑ01, ΕΑΑ12, ΕΑΑ30
Μιχόπουλος Σ.	eP45, eP52, eP55, V22, V32, V36, ΠΑ08, ΠΑ09, V14, ΠΑ19, eP128
Μολέ Ε.	ΕΑ03
Μολ্লাγλουσούφογλου Μ.	ΕΑΑ11, eP121
Μουαλλημογλου Φ.	ΠΑ15, ΠΑ17
Μουδατσάκης Ν.	eP57
Μουζιούρας Δ.	ΠΑ20
Μουσουράκης Κ.	ΕΑΑ09, ΕΑΑ21, ΕΑΑ24, ΕΑΑ25, ΕΑΑ41, eP25, eP83, ΠΑ03, ΠΑ12, ΕΑ03, ΠΑ16, ΠΑ19
Μουτζούκης Μ.	ΠΑ32, eP10, eP23, eP127
Μουτζουρούνης Α.	ΠΑ27
Μπακογιάννης Κ.	ΕΑ03
Μπαλαγούτη Μ.	eP14, eP35, eP41
Μπαλή Τ.	ΠΑ20
Μπάλλου Ν.	V16
Μπάμιας Γ.	ΠΑ13, ΠΑ19
Μπασιούκας Σ.	ΕΑ05
Μπάφα Κ.	ΠΑ20
Μπέκα Ε.	ΕΑΑ09, ΕΑΑ22, ΕΑΑ38, eP25, eP83, eP98, ΠΑ12
Μπεκτιρίδης Α.	ΠΑ04
Μπέκτης Γ.	V13, ΠΑ17
Μπέλλου Γ.	V12, eP60
Μπικίης Χ.	eP04
Μπιπούλη Α.	eP59
Μπλέτσα Γ.	ΠΑ06
Μπλέτσα Μ.	ΠΑ13
Μποσσανά Π.	ΕΑΑ28
Μπουγά Γ.	ΠΑ36, eP81
Μπουρίκας Λ.	ΕΑΑ23, ΠΑ25, ΠΑ28
Μπραϊμάκης Α.	ΠΑ02
Μπραϊμάκης Α.	eP77, eP82, eP84, eP85, ΕΑΑ17, ΕΑΑ18, eP07, eP08, eP39, eP50
Μπριασούλης Π.	eP63
Μπρούτζος Η.	eP67
Μυλωνά Α.	eP117
Μυλωνάς Ι.	eP83, eP98, eP108, eP127, ΠΑ12, ΠΑ16, ΕΑΑ09, ΕΑΑ22, ΕΑΑ24, ΕΑΑ25, ΕΑΑ38, ΕΑΑ41, eP25
Μυωτέρη Δ.	ΠΑ33, eP13, eP17
<b>Ν.</b>	
Νάκου Ε.	eP78
Νάκου Ε.	V03, V12, ΕΑΑ43, eP44, eP76, V30, V31, V33, V34, V35
Ναλμαντιδής Γ.	eP18
Νεοκλέους Α.	V12, eP60
Νεοκλέους Κ.	eP109
Νεοκοσμίδης Γ.	ΠΑ27
Νεονάκη Α.	ΠΑ20, ΠΑ24, ΕΑΑ32
Νικολαΐδου Β.	eP42
Νικολάκη Μ.	ΕΑ02
Νικολακοπούλου Ε.	V05
Νικολάου Χ.	V15
Νικολούζακης Τ.	eP102
Νικολάου Ν. Α.	eP51
Νούσας Γ.	ΠΑ12, ΠΑ16, ΕΑΑ22, ΕΑΑ24, ΕΑΑ25, ΕΑΑ38, eP98
Νούσας Γ.	ΕΑΑ09
Ντάγκας Α.	eP04
Νταϊλιάνας Δ.	ΠΑ02, ΠΑ19, eP08, eP127, V27
Ντοτς Μ.	ΕΑΑ40
Ντότσικα Γ.	eP04
<b>Ξ.</b>	
Ξηρομερίτου Β.	ΕΑΑ14, eP20
Ξηρουαχάκης Η.	ΠΑ07, ΠΑ08
Ξηρουαχάκης Σ.	ΠΑ07
<b>Ο.</b>	
Οικονομάκης Α.	ΕΑΑ23, ΠΑ25, ΠΑ28, eP95, eP123, V20
Οικονομίδης Ι.	ΕΑΑ30
Οικονομόπουλος Ν.	eP67
Ορφανουδάκη Ε.	ΕΑΑ29, ΕΑΑ46, eP54, eP56, eP58
<b>Π.</b>	
Παγκράτης Σ.	V16
Παγιών Α.	eP60, eP65, eP66, eP70, eP75
Παλατιανού Μ.	V12, ΕΑ03, ΕΑΑ44
Παλιτόγλου Γ.	eP34
Παναγάκη Α.	ΠΑ01, ΠΑ05, V08, V15, ΕΑ04, ΕΑ05, ΕΑΑ04, eP79, eP101, eP117, eP118
Παναγάκης Π.	ΕΑ03
Παναγιωτίδης Ι.	ΕΑΑ31, ΕΑΑ34, eP67
Παναγιώτου Σ.	ΕΑΑ02, eP46, eP54, eP56
Παναγιώτου Σ.	ΠΑ18
Παναγόπουλος Φ.	eP93
Παναγουτσός Σ.	eP96
Πανοηλία Μ.-Π.	eP93
Παντελάκης Ε.	V14, V22, V32, V36

Παντελάκης Ε. ....	eP45, eP52, eP55	Πούλου Α. ....	V03, EAA43, eP44, eP76, eP78, V30, V31, V33, V34, V35
Παντούλα Π. ....	eP60	Πρέντζα Β. ....	EAA30
Παπαβασιλείου Κ. ....	eP30, eP33, eP36, eP37, eP40	Προβατάς Ι. ....	eP60
Παπαβασιλείου Χ. ....	V23	Προβή Δ. ....	ΠΑ12, ΠΑ16, EAA09, EAA22, EAA24, EAA25, EAA38, EAA41, eP25, eP83, eP98, eP108
Παπαγόρας Χ. ....	EA03	Πρωτοπαπάς Α. ....	EAA39, ΠΑ27
Παπαδάκος Σ. ....	ΠΑ22	Πρωτοπαπάς Α. ....	EAA39, ΠΑ27, eP125
Παπαδημητρίου Κ. ....	EA02	<b>Ρ.</b>	
Παπαδημητρίου Χ. ....	ΠΑ33	Ράνδου Ε. ....	eP62
Παπαδομηλιάκης Μ. ....	V06, ΠΑ26, eP124	Ραχιώτης Ν. ....	ΠΑ20
Παπαδόπουλος Β. ....	EAA03, ΠΑ32	Ρέλλου Σ. ....	eP65, eP66, eP70, eP75
Παπαδόπουλος Β. ....	ΠΑ15, ΠΑ17, eP96	Ρέτσας Π. ....	EAA15
Παπαδόπουλος Κ. ....	ΠΑ33	Ρισίλια Χ. ....	EAA31, EAA34
Παπαδόπουλος Ν. ....	eP29	Ρογαλίδου Μ. ....	eP34
Παπαδόπουλος Σ. ....	ΠΑ04	Ροδιάς Μ. ....	V02, V09, V11, eP116
Παπαδοπούλου Α. ....	eP34	Ρομποτής Ι. ....	V05
Παπαδοπούλου Σ. ....	eP118	Ρόμπου Α. ....	ΠΑ06
Παπαευθυμίου Α. ....	EAA42, eP110, eP128	Ρούσος Α. ....	eP18
Παπάζογλου Π. ....	EAA03	Ρούφας Ν. ....	eP30, eP33, eP36, eP37, eP40
Παπαθανάσης Α. ....	V03, V12, EAA43, eP44, eP76, eP78, V30, V31, V33, V34	<b>Σ.</b>	
Παπαθανασίου Ε. ....	EAA39	Σαββόπουλος Χ. ....	EAA39, ΠΑ27
Παπαθανασίου Ε. ....	EA03	Σακελλαρίου Σ. ....	ΠΑ24, EAA32, eP31
Παπαθεοδωρίδη Μ. ....	EA01, ΠΑ24, EAA27, EAA32, eP22	Σάλιαρης Κ. ....	EAA14, eP20
Παπαθεοδωρίδης Γ. ....	EA06	Σαμιωνάκης Ν. Δ. ....	eP22
Παπαθεοδωρίδης Γ. ....	EA01, ΠΑ19, ΠΑ20, ΠΑ22, ΠΑ24, EAA27, EAA32, ΠΑ36, eP22, eP61, eP81, eP125	Σαράφης Π. ....	ΠΑ14
Παπαϊωάννου Δ. ....	V01	Σαριδάκη Α. ....	ΠΑ20
Παπαϊωάννου Ε. ....	V21	Σαρμπεγιόγλου Ν. ....	EAA01, EAA12, ΠΑ34
Παπακωνσταντίνου Γ. ....	EA 44	Σαρρή Μ. ....	ΠΑ20
Παπακωνσταντίνου Φ. ....	EAA01, EAA20, EAA20, ΠΑ34, eP01, eP05, eP89, eP92	Σάση Μ. ....	eP08
Παπαμιχαήλ Χ. ....	EAA31, EAA34	Σαχτούρης Γ. ....	EAA01, ΠΑ34, eP119
Παπανικολάου Ι. ....	EA05, EAA30, eP127	Σαγούρας Ν. Δ. ....	ΠΑ04
Παπανικολάου Σ. Ι. ....	EAA33	Σαγούρας Σ. ....	V02, V09, V11, eP116
Παπαντωνίου Δ. ....	eP122	Σάογκος Ε. ....	ΠΑ04
Παπαντωνίου Κ. ....	EAA35, eP31, eP103	Σδόνας Θ. ....	eP65, eP66, eP70, eP75
Παπαντωνίου Ν. ....	eP122	Σεβαστιανός Β. ....	eP24, eP32
Παπαντωνίου Σ.-Β. ....	eP122	Σεϊμένη Β. ....	EAA08, eP95, eP107
Παπαπαρασκευά Κ. ....	eP101	Σερπάνου Α. ....	eP117
Παπαποστόλου Γ.-Ν. ....	eP71, eP95, V35	Σιακαβέλλας Σ. ....	EAA40
Παπαστεργίου Β. ....	ΠΑ03	Σιαφίκος Σ. ....	eP122
Παπαστεργίου Β. ....	ΠΑ12, ΠΑ16, EAA09, EAA21, EAA22, EAA24, EAA25, EAA38, EAA41, eP25, eP30, eP33, eP36, eP83, eP98, eP108, eP125, eP126, eP127	Σιβατιανίδης Α. ....	eP72
Παπατζέλου Ι. ....	ΠΑ32	Σιδεράς Α. ....	eP59
Παπατζέλου Ι. ....	ΠΑ18, EAA02, eP46, eP54, eP56, eP58, eP114	Σινάκος Ε. ....	eP28
Παπατζιτζέ Ο. ....	eP14, eP35, eP41	Σιουλίας Α. ....	EA05
Παπαχριστοφί Δ. ....	eP121	Σκάζας Γ. ....	eP94
Παπουτσάκη Μ. ....	EA03	Σκαμνέλος Α. ....	eP09, eP10, eP23
Παππά Α. ....	eP125, eP126	Σκοτινιώτης Η. ....	EA05
Παρασκευά Κ. ....	ΠΑ32	Σκουλούδης Ε. ....	EAA05, eP06
Παρασκευά Κ. ....	ΠΑ01, ΠΑ05, V08, V15, EA04, EA05, EAA04, eP79, eP101, eP117, eP118, eP125, eP126	Σμπαρούνη Ε. ....	eP67
Παρασκευοπούλου Α. ....	eP79	Σμυρλής Α. ....	eP96
Παρασκευοπούλου Ν. ....	ΠΑ33, eP17	Σολωμού Σ. ....	eP14, eP35, eP41
Παρασκευοπούλου Π. ....	eP79	Σουφλήρης Κ. ....	EAA11, eP80, eP121
Παρασκευοπούλου Σ. ....	EA01	Σπαθάκης Μ. ....	EAA07
Παρδάλης Π. ....	ΠΑ09, V14, V22, V32, V36	Σπάθης Α. ....	EAA31, EAA34
Παρδάλης Π. ....	eP45, eP52, eP55	Σπανογιάννη Α. ....	EA04, eP79
Πασπάτης Γ. ....	EA05, EAA42, EAA33, eP128	Σπανού Μ. ....	eP63, eP67
Πασπάτης Α. Γ. ....	EAA37	Σπηλιάδη Χ. ....	ΠΑ07
Πάστρας Π. ....	EAA28, EAA35, eP19, eP105	Σπίνου Μ. ....	EA04, eP79
Πάσχος Π. ....	eP28	Σπυράντης Α. ....	eP65, eP70, eP75
Πατάκος Ι. ....	EAA01, ΠΑ34	Σταθόπουλος Π. ....	EAA19, ΠΑ29
Πατερέλη Α. ....	eP02	Στάμου Δ. ....	EA05, EAA33, eP127
Πατούλιας Δ. ....	eP43	Στασινός Ι. ....	EAA21, EAA23, ΠΑ25, ΠΑ28, ΠΑ30, eP86, eP126, V20
Πατούσα Ε. ....	EAA82	Σταυροπούλου Ε. ....	EA10
Πάτη Μ. ....	ΠΑ16, EAA24, EAA25, EAA38, EAA41, eP25, eP83, eP98, eP108	Σταφυλίδου Μ. ....	EAA11, eP80
Παττάκος Ι. ....	EAA12	Στεφανίδης Γ. ....	V02, V09, V11, EA05, eP116, eP126
Παυλίδης Γ. ....	EAA30	Στεφανίδου Ε. ....	eP119
Παυλίδης Δ. ....	EA02	Στογιάννου Δ. ....	ΠΑ27
Παυλίδης Χ. ....	eP112, eP125	Στουπάκη Μ. ....	V14
Παυλοπούλου Δ. ....	ΠΑ20	Στούπη Ε. ....	ΠΑ33
Πάχος Ν. ....	EAA14	Στόφας Α. ....	eP02
Πελεκάνος Α. ....	ΠΑ07, EAA40	Στρατάκος Γ. ....	V32
Πενέσης Γ. ....	V12	Στρατηγάκης Α. ....	EAA27, eP61
Περγαντίνα Ε. ....	ΠΑ20	Στρατηγός Α. ....	EA03
Περλεπέ Ν. ....	ΠΑ09	Στρίκη Α. ....	ΠΑ02, eP08
Πετράκη Σ. ....	ΠΑ01, EA04	Στυλιανάκης Μ. ....	EA02
Πετρουλάκη Ε. ....	ΠΑ23	Σωτηρόπουλος Γ. ....	eP31
Πετρούσης Γ. ....	EAA15, eP97	Σωτηρόπουλος Χ. ....	EAA16, EAA35, ΠΑ35, eP12, eP45, eP69, eP74, eP87, eP88, eP90, eP91, eP103, eP111, eP115
Πέτσας Κ. ....	EA02	<b>Τ.</b>	
Πετσούκης Γ. ....	eP34	Ταμιτάκη Μ. ....	ΠΑ20, EAA27
Πήττας Σ. ....	ΠΑ04	Ταμπουρατζή Κ. ....	eP75
Πικούλη Α. ....	eP121	Τασοβασιλή Α. ....	eP65, eP66, eP70, eP75
Πισκόπου Δ. ....	ΠΑ02, eP08, V27	Τασσίδης Σ. ....	eP86
Πίτσινα Τ. ....	eP14, eP35, eP41	Τάτσιου Ζ. ....	eP64
Πλέκη Σ. ....	eP59	Τάτσιου Ζ. ....	eP68
Πλιούτα Α. ....	EAA30	Τέγος Θ. ....	eP42
Πολύμερος Δ. ....	EAA23, ΠΑ25, ΠΑ28, eP67, V20	Τελάκης Ε. ....	V04, EAA06, eP99, eP120, eP125
Πουλιάρης Α. ....	EAA31, EAA34		

Τέντα Ρ	.....	eP24, eP32
Τζάλλας Α	.....	ΕΑΑ28
Τζελιάς Γ	.....	ΠΑ15, ΠΑ17
Τζιάτζιος Γ	.....	ΠΑ01, ΠΑ05, V08, V15, ΕΑ04, ΕΑΑ04, ΕΑΑ42, eP101, eP117, eP118, eP125, eP126, eP127, eP128
Τζιλβές Δ	.....	ΕΑΑ11, eP80, eP121, eP125, eP127
Τζιωρτζιώτης Ι	.....	ΕΑΑ01, ΕΑΑ20, ΠΑ34, eP01, eP05, eP89, eP92
Τζουβαλά Μ	.....	V12, ΕΑ03, ΠΑ13, ΠΑ19, ΕΑΑ44, eP60, eP126, eP128
Τζωρτζιώτης Ι	.....	ΕΑΑ12
Τηνιακού Κ	.....	ΕΑΑ31, ΕΑΑ34, eP13
Τηνιακού Ν	.....	ΠΑ33, eP17
Τίγκας Σ	.....	ΕΑΑ05, eP06
Τολιόπουλος Α	.....	eP14, eP35, eP41
Τουλιά Μ	.....	ΕΑΑ05, eP06
Τουμπέλης Κ	.....	eP38
Τούτουρας Κ	.....	ΠΑ31
Τριανταφυλλίδης Ι	.....	eP38
Τριανταφυλλίδης Κ. Ι	.....	ΕΑΑ26
Τριανταφύλλου Τ	.....	ΕΑΑ14, eP20
Τριανταφύλλου Κ	.....	ΠΑ22, ΕΑΑ33, eP18, eP63, eP67, eP125
Τριαντοπούλου Χ	.....	ΕΑ04, eP79
Τριάντος Χ	.....	ΠΑ23, ΕΑΑ16, ΕΑΑ28, ΕΑΑ35, ΠΑ35, eP12, eP31, eP69, eP74, eP87, eP88, eP90, eP91, eP111, eP115
Τριάντου Α	.....	eP122
Τρίκολα Α	.....	V09, V11
Τριφύλλη, Ε. – Μ	.....	eP29
Τριμπόνιας Γ	.....	V03, V12, ΕΑ05, ΠΑ19, ΕΑΑ42, ΕΑΑ43, eP44, eP60, eP76, eP78, eP110, eP126, V30, V31, V35, eP128
Τριμπόνιας Γ	.....	ΕΑ03, ΕΑΑ21
Τρυπάκη Ε	.....	ΠΑ27
Τσαβδάρης Σ	.....	ΕΑΑ02
Τσαγκιά Σ	.....	eP14, eP35, eP41
Τσαγκίδου Κ	.....	V13
Τσακίρακη Ζ	.....	eP101
Τσακνάνη Α	.....	eP62
Τσακογιάννης Δ	.....	ΠΑ06
Τσαμακίδης Ξ	.....	ΕΑ06, ΕΑΑ01, ΕΑΑ20, ΠΑ34, eP01, eP05, eP89, eP92, eP125, eP127
Τσαμακίδης Ξ	.....	ΕΑΑ12
Τσανκώφ Α	.....	ΕΑΑ39
Τσάπας Α	.....	eP28
Τσαρούχα Ε	.....	eP93
Τσατσά Α	.....	ΕΑΑ09, ΕΑΑ22, ΕΑΑ38, eP83
Τσαφαριδίου Μ	.....	ΠΑ18
Τσεντίδης Χ	.....	ΕΑΑ44
Τσεγγιάς Ι	.....	V07, eP113
Τσιμηήτρος Σ	.....	eP100, eP106
Τσιμούλος Ζ	.....	ΕΑΑ23, ΠΑ25, ΠΑ28, V20
Τσιμπέρας Ν	.....	ΕΑΑ40
Τσιανίκα Α	.....	eP14, eP35, eP41
Τσιανούσης Γ	.....	eP125
Τσιάρα Ι	.....	ΕΑΑ40
Τσιγάλο Χ	.....	ΕΑΑ10
Τσιμπούρης Π	.....	ΠΑ30, eP86
Τσιόγκα Α	.....	ΠΑ06
Τσιολακίδου Γ	.....	eP64
Τσιολακίδου Γ	.....	eP68
Τσιόπουλος Φ	.....	eP127
Τσιουπρά Δ	.....	eP63
Τσιρογιάννη Ε	.....	ΠΑ23
Τσιρώνη Ε	.....	V04, ΕΑΑ06, eP45, eP99, eP120, eP125, eP126
Τσοκάντα Κ	.....	eP60
Τσόλου Α	.....	eP94
Τσουκαλάς Ν	.....	V02, V09, V11, ΕΑ05, eP16
Τσουκαλάς Ν	.....	ΕΑΑ40
Τσουμάνη Ν	.....	eP09, eP10, eP23
Τσουνής Δ	.....	eP95, eP107, V26
Τσουήνης Ε	.....	ΕΑΑ28, ΕΑΑ35

## Υ

Υφαντή Α	.....	eP14, eP35, eP41
Υφαντή Μ	.....	V28

## Φ

Φεσσάτου Σ	.....	eP63, eP67
Φιαγκουσάκης Κ	.....	ΠΑ03, ΠΑ12, ΠΑ16, ΕΑΑ24, ΕΑΑ25, ΕΑΑ38, ΕΑΑ41, eP108
Φιαγκουσάκης Κ	.....	ΕΑΑ09
Φιλίδου Ε	.....	ΕΑΑ07
Φιλιππάκου Α	.....	V04, ΕΑΑ06, eP99, eP120
Φιλιππίδης Α	.....	ΠΑ27
Φορτούνης Κ	.....	V23
Φούκας Π	.....	ΕΑΑ31, ΕΑΑ34
Φουσέκης Φ	.....	ΕΑ03, ΠΑ19, ΕΑΑ21, eP23
Φραγκάκη Μ	.....	ΕΑ05, ΕΑΑ33, ΕΑΑ37, eP125, eP126, eP127
Φράγκου Ε	.....	ΠΑ09
Φραγκούλης Γ	.....	ΕΑ03
Φρόνας Γ	.....	ΕΑΑ05, eP06
Φυτιλή Π	.....	ΕΑ01, ΠΑ19, ΠΑ22, ΠΑ24, ΕΑΑ32
Φυτιλή Χ	.....	eP30, eP37
Φυσιλής Φ	.....	ΠΑ15, ΠΑ17
Φωλήνας Κ	.....	eP42
Φωτεινογιαννοπούλου Κ	.....	ΠΑ18, ΕΑΑ07, ΕΑΑ29, eP46, eP54, eP56, eP58
Φωτεινού Α	.....	eP30, eP33, eP36, eP37, eP40
Φώτης Δ	.....	eP125

## Χ

Χαϊδόπουλος Δ	.....	V32
Χαλεπλίδης Ν	.....	ΕΑΑ08
Χαλκίδου Α	.....	ΕΑΑ03
Χαλκίδου Α	.....	eP96
Χαμαϊδός Α	.....	V05
Χαραλαμπίκης Ν	.....	eP03, eP73
Χαραλάμπους Χ	.....	eP29
Χαρμανδάρη Ε	.....	eP34
Χασάπη Β	.....	ΕΑ03
Χατζηδάκη Δ	.....	eP30, eP33, eP36, eP37, eP40
Χατζηδάκης Α	.....	eP100
Χατζευαγγελίνου Χ	.....	ΠΑ16, ΕΑΑ22, ΕΑΑ38, ΕΑΑ41, eP83, eP98
Χατζηκαλή Ε	.....	eP43
Χατζηκοσμά Χ	.....	ΕΑΑ39
Χατζόπουλος Α	.....	eP39, eP84, eP85
Χατζόπουλος Ε	.....	eP80
Χατζούδης Ι	.....	ΠΑ15, ΠΑ17
Χατωνίδης Β	.....	ΕΑ04, eP79
Χαχόπουλος Χ	.....	ΠΑ30, eP86
Χελά Μ	.....	ΕΑ03
Χέρας Π	.....	ΕΑΑ17, ΕΑΑ18, eP07, eP39, eP50, eP77, eP82, eP84
Χλωράκης Γ	.....	ΕΑΑ02
Χλωράκης Γ	.....	ΕΑΑ79, eP102
Χολόγκιτας Ε	.....	ΕΑ01, ΠΑ19, ΠΑ20, ΠΑ24, ΕΑΑ32
Χορευτάκη Θ	.....	eP08
Χούγιας Δ	.....	ΠΑ15, ΠΑ17
Χούχουλα Δ	.....	ΕΑ02
Χρηστίδου Α	.....	ΠΑ12, ΕΑ03, ΠΑ16, ΠΑ19, ΕΑΑ24, ΕΑΑ25, ΕΑΑ41, eP25, eP83, eP98, eP108
Χριστοδούλου Δ	.....	ΠΑ32
Χριστοδούλου Δ	.....	ΕΑΑ21
Χριστοδούλου Δ	.....	ΕΑ03, eP10, eP23, eP125, eP127
Δημήτριος Χ	.....	ΠΑ19
Χριστούλας Δ	.....	eP71
Χρύσανθος Ν	.....	eP49
Χρύσανθος Ν	.....	eP57
Χρύσανθος Ν	.....	eP04
Χρυσοστόμου Δ	.....	ΠΑ21

## Ψ

Ψαρομπάς Ι	.....	eP30, eP33, eP36, eP37, eP40
Ψαρουδάκης Ι	.....	ΕΑΑ37, ΕΑ03
Ψιστάκης Α	.....	ΠΑ14, ΕΑΑ37
Ψύχος Ν	.....	eP09, eP23

## Ω

Ωραιόπουλος Β	.....	eP42
---------------	-------	------

<b>A</b>			
Abdurrahman M. ....	eP27	Loglio A. ....	eP22
Abeles D. ....	eP22	Lombardi R. ....	eP22
Aghemo A. ....	eP22	Ludovica Fracanzani A. ....	eP22
Andrisani G. ....	EAA42, eP110	<b>M</b>	
Aziz J. ....	eP26	Madkour A. ....	eP110
<b>B</b>		Maffi G. ....	eP22
Barbaro F. ....	EAA42	Mallet V. ....	eP22
Bardalez Cruz P. ....	eP110	Mangia A. ....	eP22
Barnes E. ....	eP22	Manousou P. ....	EAA28
Brown A. ....	eP22	Marasco M. ....	eP110
Buti M. ....	eP22	Marchesi J. ....	ΠΑ21
<b>C</b>		Maria Di Matteo F. ....	eP110
Caca K. ....	EAA19	Marín Calderón L. ....	eP110
Challis B. ....	ΠΑ21	Martinez Gili L. ....	ΠΑ21, eP22
Ciocirlan M. ....	eP110	Martinez-Gonzalez B. ....	ΠΑ08
<b>D</b>		Monico S. ....	eP22
D'Ambrosio R. ....	eP22	<b>N</b>	
De Luca C. ....	eP22	Nadeen H. ....	ΠΑ21
Denkert C. ....	EAA19, ΠΑ29	Niamh Forde M. ....	eP22
Denzer U. ....	EAA19, ΠΑ29	<b>P</b>	
Deutsch M. ....	eP29	Parlati L. ....	eP22
Do-Cong Pham K. ....	eP110	Piazzolla V. ....	eP22
Dumas M.-E. ....	ΠΑ21	Popovic D. ....	eP43
<b>E</b>		Prerana Vatsavayi S. ....	eP21
Eduardo Benites Goñi H. ....	eP110	Pugliese N. ....	eP22
Elkholy S. ....	EAA42, eP110	Pujante A. ....	ΠΑ30, eP86
El-Sherbiny M. ....	EAA42, eP110	<b>R</b>	
Essam K. ....	EAA42, eP110	Raimondo G. ....	eP22
<b>F</b>		Richardson P. ....	eP22
Forlano R. ....	EAA28, eP21, eP22, eP26, eP27	Rinke A. ....	EAA19
Fouly A. ....	eP110	Robert G. ....	EAA28
<b>G</b>		R. Thursz M. ....	ΠΑ21, eP22
Galasso D. ....	eP110	Russo Francesco P. ....	eP22
Glas S. ....	ΠΑ29	<b>S</b>	
Gress T. ....	EAA19	Seewald S. ....	eP42, eP110
<b>H</b>		Serviddio G. ....	eP22
Hagag H. ....	EAA42, eP110	Sferrazza S. ....	eP110
H. Mullish B. ....	eP21, eP22, eP26, eP27	Shehab H. ....	eP110
<b>I</b>		Sigon G. ....	eP22
Ingiliz P. ....	eP22	Sundaram S. ....	eP110
<b>J</b>		<b>T</b>	
J. Rosón P. ....	eP110	Thursz M. ....	ΠΑ21, eP22
<b>K</b>		Tsagkanidis K. ....	eP101
Kahaleh M. ....	EAA42	<b>V</b>	
Khare S. ....	eP110	Varghese J. ....	eP100
Komeda Y. ....	EAA42	Vigano' M. ....	eP22
<b>L</b>		Villani R. ....	eP22
Lacey M. ....	eP22	<b>W</b>	
Lampertico P. ....	eP22	Wannhoff A. ....	EAA19
Lemoine M. ....	eP22	<b>Y</b>	
Lens Garcia S. ....	eP22	Yarlagadda R. ....	EAA42
Leroux J. ....	eP110	<b>Z</b>	
Leserre F. ....	eP22	Zhou P.-H. ....	V01
		Zumblick M. ....	EAA19, ΠΑ29