

Διοργάνωση

Εταιρεία Διάδοσης
Ιπποκρατείου Πνεύματος
(ΕΔΙΠ)



Εθνικό Κέντρο
Εμπειρογνώμοσύνης
Δερματικών Λεμφωμάτων
- Σπανίων Νόσων

Υπό την Αιγίδα



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικών και Καποδιστριακών
Πανεπιστημίων Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —



Επιστημονική Εκδήλωση

ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΛΕΜΦΩΜΑ 2021

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: *Αφετηρία & προσορισμός*

27-28 Φεβρουαρίου
Διαδικτυακή Διεξαγωγή

*Είσοδος
Ελεύθερη*

Τελικό Πρόγραμμα



Περιεχόμενα

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Μήνυμα Προέδρου	3
Οργανωτική Επιτροπή	4
Επιστημονικό Πρόγραμμα	5
Ευρετήριο Ομιλητών - Προέδρων	10

Περιλήψεις ομιλιών	14
--------------------	----

Γενικές Πληροφορίες

Δορυφορικές Διαλέξεις	37
Χρήσιμες Πληροφορίες	40
Ευχαριστίες	43

Αγαπητές/οι συνάδελφοι,

Με ιδιαίτερη χαρά σας ανακοινώνω ότι από το Νοέμβριο του 2019 (ΦΕΚ 22.11.2019) το Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Δερματικών Λεμφωμάτων - Σπάνια Νοσήματα (<https://cutaneouslymphoma.gr/>) λειτουργεί στη Β΄ Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. του Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ». Το κέντρο λειτουργεί με τη συνεργασία μιας ομάδας εμπειρογνομόνων και συνεργαζόμενων εθνικών και διεθνών δομών για την αποτελεσματική παρακολούθηση και θεραπεία των ασθενών με Δερματικά Λεμφώματα και Σπάνια Νοσήματα.

Ως Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης έχουμε συνεργασίες με νοσοκομεία τόσο από τη Β ΥΠΕ, του Αιγαίου μέσω της τηλεϊατρικής αλλά και με νοσοκομεία ολόκληρης της χώρας, στοχεύοντας στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς όλους τους Έλληνες εφάμιλλων με αυτές των μεγάλων διεθνών κέντρων.

Στο πλαίσιο των εκπαιδευτικών και επιστημονικών μας δραστηριοτήτων με χαρά θα ήθελα να σας προσκαλέσω εφέτος στην 3^η Επιστημονική Εκδήλωση με τίτλο **«Δερματικό Λέμφωμα 2021. Θεραπεία: Αφετηρία και Προορισμός»** η οποία θα διεξαχθεί διαδικτυακά στις **27 & 28 Φεβρουαρίου 2021**, προς τιμήν των ασθενών με Σπάνια Νοσήματα και με αφορμή την **Παγκόσμια Ημέρα Σπανίων Νόσων**.

Θα ήταν χαρά μου να συμμετάσχετε στην εκδήλωση, στην οποία εκτός από τους Έλληνες διακεκριμένους συναδέλφους που θα αναφερθούν στις νεότερες εξελίξεις γύρω από τα Δερματικά Λεμφώματα έχουν προσκληθεί και θα συμμετέχουν έγκριτοι συνάδελφοι από το εξωτερικό.

Με την πεποίθηση ότι θα στηρίξετε ενεργά και αυτήν την προσπάθεια όλων των στελεχών του Εθνικού Κέντρου Εμπειρογνωμοσύνης Δερματικών Λεμφωμάτων, σας περιμένουμε όλους στη διαδικτυακή μας συνάντηση, το Σάββατο 27 και την Κυριακή 28 Φεβρουαρίου 2021.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Ευαγγελία Παπαδαυίδ



Καθηγήτρια Δερματολογίας- Αφροδισιολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Διευθύντρια Εθνικού Κέντρου Εμπειρογνωμοσύνης Δερματικών Λεμφωμάτων

Οργανωτική Επιτροπή

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ε. Παπαδαυίδ

ΜΕΛΗ

Β. Κουλουρίας

Κ. Λαμπαδάκη

Β. Νικολάου

Μ. Νταλαμάγκα

Β. Παπά

Χ. Πιπέρη

Π. Τσιριγώτης

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

08.50-09.00 ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αναφορά στο Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης
Ε. Παπαδαυίδ

09.00-11.00 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΛΕΜΦΩΜΑΤΩΝ

Προεδρείο: **Λ. Μαρίνος, Β. Νικολάου, Ε. Παπαδαυίδ, Δ. Ρηγόπουλος**

1. Πρωτοπαθές Β δερματικό λέμφωμα με ασυνήθιστη εξωδερματική συμμετοχή, **Θ. Θωμόπουλος** (Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»)
2. Πρωτοπαθές δερματικό λέμφωμα Β-λεμφοκυττάρων οριακής ζώνης με σπάνια κλινική εικόνα υποδόριων οζιδίων, **Β. Γκαντή** (Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»)
3. Περιστατικό κοκκιωματώδους σπογγοειδούς μυκητιάσης με άτυπα κλινικά χαρακτηριστικά και επιθετική βιολογική συμπεριφορά, **Αικ. Τσαούτου** («ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ»)
4. Οικογενής σπογγοειδής μυκητίαση, **Σ. Καλιάμπου** («ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ»)
5. Ποικιλοδερμική Σπογγοειδής Μυκητίαση και θεραπευτικά διλήμματα, **Αικ. Πατσατσή** (Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»)
6. Σπογγοειδής Μυκητίαση και τεκνοποίηση: διαχείριση ασθενών, **Ο. Πίκου** (Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»)
7. Β μεγαλοκυτταρικό πρωτοπαθές δερματικό λέμφωμα EBV+ NOS, **Η. Κωνσταντίνου** (Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»)
8. Υπερανοσοσφαιριναιμία IgE ως πρώτη εκδήλωση θυλακιοτρόπου πρωτοπαθούς λεμφώματος από Τ λεμφοκύτταρα, **Δ. Γαλόπουλος** (Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»)

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

11.00-13.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 1

«Γενετικές και επιγενετικές αλλαγές»

Προεδρείο: **Β. Παππά, Χρ. Πιπέρη, Α. Ψαρρά**

- Γενετικές και επιγενετικές αλλαγές στα T δερματικά λεμφώματα, **Β. Μπάκου**
- Μονοπάτια και μικροπεριβάλλον στη σπογγοειδή μυκητίαση, **Φ. Καραγιάννη**
- Ο ρόλος των Mirs στα T δερματικά λεμφώματα, **Μ. Παπαδάκη**
- Ο ρόλος της κυτταρομετρίας στα T δερματικά λεμφώματα, **Α. Ψαρρά**
- Η δυνατότητα διαφοροδιάγνωσης του ερυθροδέρματος με τεχνικές που εφαρμόζονται στο Κέντρο Εμπειρογνώμοσύνης, **Α. Παυλίδης**
- New markers in erythroderma, **L. Michel, G. Dobos**

13.00-14.00 ΔΙΑΛΕΞΗ

«Histopathology of cutaneous lymphomas, novel techniques»

Προεδρείο: **Ε. Παπαδαυίδ, Β. Παππά**

Ομιλητής: **M. Battistella**

14.00-16.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 2

«Τι πρέπει να ξέρω για τα T δερματικά λεμφώματα»

Προεδρείο: **Κ. Κρασαγάκης, Ι. Μπασούκας, Α. Στρατηγός**

- Πώς διακρίνω ένα T δερματικό λέμφωμα από μια δερματοπάθεια ιστολογικά; Ιστολογική εικόνα T δερματικών λεμφωμάτων, **Λ. Μαρίνος**
- Κλινική εικόνα T δερματικών λεμφωμάτων. Πώς διακρίνονται από τις άλλες δερματοπάθειες; **Α. Παπαθανάση**
- Συχνότητα και σταδιοποίηση - Σπογγοειδής Μυκητίαση και Σύνδρομο Sezary, **Β. Νικολάου**
- Πρόγνωση και επιβίωση - Σπογγοειδής Μυκητίαση και Σύνδρομο Sezary, **Ε. Παπαδαυίδ**
- CD30 T Δερματικά Λεμφώματα, **Αικ. Πατσοσσή**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

16.00-19.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 3

«Σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις στα T Δερματικά Λεμφώματα»

Προεδρείο: **Β. Κουλουλίας, Β. Παππά, Π. Τσιριγώτης**

- Αντιμετώπιση αρχικών σταδίων T δερματικών λεμφωμάτων με Ledaga, **Κ. Λαμπαδάκη**
- Ο ρόλος της φωτοχημειοθεραπείας, **Δ. Βουδούρη**
- Θεραπεία με ολοσωμική δέσμη ηλεκτρονίων στα T δερματικά λεμφώματα. Η εμπειρία του Κέντρου Εμπειρογνωμοσύνης, **Ι. Γεωργακόπουλος**
- Αντιμετώπιση των CD30+ T δερματικών με Brentuximad, **Ε. Καπνιάρη**
- Αντιμετώπιση των T δερματικών λεμφωμάτων με χημειοθεραπεία, **Θ. Ηλιάκης**
- Αποτελέσματα από την αλλογενή μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων στην θεραπεία των πρωτοπαθών T-δερματικών λεμφωμάτων, **Π. Τσιριγώτης**
- Κλινική μελέτη RESMAIN: εξελίξεις και προοπτικές στη θεραπεία συντήρησης ασθενών με δερματικό λέμφωμα, **Μ. Ρόπη**
- Η εμπειρία της ακτινοθεραπείας από το Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης, **Ε. Κυπραίου**

19.00-20.00 Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Προεδρείο: **Κ. Λαμπαδάκη, Ε. Παπαδαυίδ, Ε. Πισιμίση**

- Από την πλευρά των νοσηλευτών, **Ε. Κράνη**
- Από την πλευρά των ασθενών, **Β. Αρχοντάκη, Γ. Τομπούλογλου**
- Από την πλευρά των Συλλόγων, **Ε. Χατζηχαλαράμους**

20.00-20.30 ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

Η σάτιρα ως ανταμοιβή στην προσφορά του ιατρού, **Π. Ζηρογιάννης**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Κυριακή 28 Φεβρουαρίου 2021

09.00-10.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 4

«Τι πρέπει να ξέρω για τα Β δερματικά λεμφώματα»

Προεδρείο: **Σ. Γεωργίου, Δ. Ιωαννίδης, Αικ. Πατσαοτή, Μ. Σιακαντάρη**

- Κλινική εικόνα Β δερματικών λεμφωμάτων, **Μ. Κουμουρτζής**
- Ιστολογική εικόνα Β δερματικών λεμφωμάτων, **Π. Φούκας**
- Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στα Β δερματικά λεμφώματα, **Εμμ. Μαραγκουδάκης**
- Ο ρόλος του rituximab στα Β δερματικά λεμφώματα, **Μ. Σιακαντάρη**

10.30-11.00 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

11.00-11.30 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

11.30-12.30 ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΟΜΙΛΙΑ

«What is new in Cutaneous Lymphomas»

Προεδρείο: **Β. Νικολάου, Ε. Παπαδαυίδ, Β. Παππά**

Ομιλητής: **P. Quaglino**

12.30-13.00 ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Κυριακή 28 Φεβρουαρίου 2021

13.00-14.30 ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ

Συζήτηση για τις Ελληνικές Θεραπευτικές Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Σπογγοειδή Μυκητίαση και το Σύνδρομο Sezary ανά στάδιο

Συντονίστριες: **Ε. Παπαδαΐδ, Β. Νικολάου, Β. Παππά**

1. Topical agents (mechlormethine hydrochloride APPROVED, topical corticosteroids)
2. Phototherapy, photochemotherapy (and combination treatments)
3. Systemic treatments bexarotene (approved), Intereferon-γ and methotrexate
4. Total skin electron beam therapy (TSEBT)
5. Radiotherapy
6. Brentuximab Ventotin (EMEA approved)
7. Monochemotherapy and combinations (doxorubicin, gemcitabine)
8. Polychemotherapy
9. Extracorporeal photochemotherapy or photopheresis (ECP)
10. Clinical trials
11. Allogeneic stem-cell transplantation

Συμμετέχουν: **P. Quaglino, Θ. Ηλιάκης, Β. Κουλουλίας, Ε. Κυπραίου, Κ. Λαμπαδάκη, Ι. Μπασούκας, Β. Νικολάου, Ε. Παπαδαΐδ, Β. Παππά, Αικ. Πατσατσή, Μ. Σιακαντάρη, Α. Στρατηγός, Π. Τσιριγώτης**

Ευρετήριο Ομιλητών - Προέδρων

Battistella Maxime

Professor of Pathology, Pathology Department, Hôpital Saint-Louis APHP, Université de Paris, INSERM U976, France

Dobos Gabor

INSERM U976 HIPI, Skin Research Center, Dermatology Department, Hôpital Saint-Louis, Paris, France

Michel Laurence

INSERM U976 HIPI, Skin Research Center, Dermatology Department, Hôpital Saint-Louis, Paris, France

Quaglino Pietro

Professor of Dermatology, Department of Medical Sciences, Dermatologic Clinic, University of Turin Medical School, Italy

Αρχοντάκη Βασιλική

Ασθενής

Βουδούρη Δήμητρα

Ιατρός, Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

Γαλόπουλος Δημήτριος

Ειδικευόμενος Αιματολόγος, Αιματολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

Γεωργακόπουλος Ιωάννης

MD, PhD, Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, 401 ΓΣΝΑ, Επιστημονικός Συνεργάτης Υγεία

Γεωργίου Σοφία

Καθηγήτρια Δερματολογίας Πανεπιστημίου Πατρών, Διευθύντρια Δερματολογικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, Πάτρα

Γκαντή Βασιλική

MD, MSc, Επιστημονικός Συνεργάτης, Β' Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Ζηρογιάννης Παναγιώτης

Νεφρολόγος, τ. Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Πρόεδρος Εταιρείας Διάδοσης Ιπποκρατείου Πνεύματος

Ηλιάκης Θεόδωρος

Αιματολόγος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

Θωμόπουλος Θωμάς

Ειδικευόμενος Αιματολογίας, Αιματολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Ιωαννίδης Δημήτριος

Καθηγητής Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας, Διευθυντής Α' Δερματολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Καλιάμπου Στέλλα

Ειδικευόμενη Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας, Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

Κανπιάρη Ειρήνη

MD, MSc, Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακή Υπότροφος, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Ευρετήριο Ομιλητών - Προέδρων

Καραγιάννη Φανή

Βιολόγος (PhD), Β΄ Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Δερματικών Λεμφωμάτων - Σπανίων Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Κουλουλίας Βασίλειος

Ακτινοθεραπευτής, Ογκολόγος, Καθηγητής Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας, Μονάδα ΑΚΘ, Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Δερματικών Λεμφωμάτων - Σπανίων Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Κουμουρτζής Μάριος

Ειδικευόμενος Δερματολόγος - Αφροδισιολογίας, Β΄ Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Κράνη Ευδοξία

Νοσηλεύτρια Π.Ε., MSc, Β΄ Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Κρασαγάκης Κωνσταντίνος

Καθηγητής Δερματολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθυντής Δερματολογικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, Ηράκλειο Κρήτης

Κυπραίου Ευφροσύνη

Επιμελήτρια Α΄, Ακτινοθεραπεύτρια, Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Δερματικών Λεμφωμάτων - Σπανίων Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Κωνσταντίνου Ηλιάνα

Αιματολόγος, Αιματολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

Λαμπαδάκη Κυριακή

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Επιμελήτρια Β΄, Β΄ Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Μαραγκουδάκης Εμμανουήλ

Ειδικευόμενος Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Δερματικών Λεμφωμάτων - Σπανίων Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Μαρίνος Λεωνίδας

Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Αιμοπαθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα

Μπάκου Βασιλική

Βιολόγος PhD, Επιστημονική Συνεργάτης, Αιματολογική Μονάδα, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Ευρετήριο Ομιλητών - Προέδρων

Μπασούκας Ιωάννης

Καθηγητής Δερματολογίας,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Νικολάου Βασιλική

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος,
Επιμελήτρια Β΄, Α΄ Κλινική
Αφροδισίων και Δερματικών
Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
Νοσοκομείο Αφροδισίων και
Δερματικών Νόσων «Α. ΣΥΓΓΡΟΣ»,
Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης
Δερματικών Λεμφωμάτων -
Σπανίων Νόσων, Αθήνα

Παπαδάκη Μαριάννα

Βιολόγος, MSc,
Υποψήφια Διδάκτωρ

Παπαδαυίδ Ευαγγελία

Καθηγήτρια Δερματολογίας
- Αφροδισιολογίας,
Διευθύντρια Εθνικού Κέντρου
Εμπειρογνωμοσύνης Δερματικών
Λεμφωμάτων - Σπανίων Νόσων,
Β΄ Κλινική Δερματικών και
Αφροδισίων Νόσων Ιατρικής
Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

Παπαθανάση Αργυρώ

Ειδικευόμενη Δερματολογίας-
Αφροδισιολογίας, Β΄ Κλινική
Δερματικών και Αφροδισίων
Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Παππά Βασιλική

Καθηγήτρια Αιματολογίας,
Αιματολογική Μονάδα Β΄
Προπαιδευτικής Παθολογικής
Κλινικής Ιατρικής Σχολής
Ε.Κ.Π.Α., Εθνικό Κέντρο
Εμπειρογνωμοσύνης Δερματικών
Λεμφωμάτων - Σπανίων Νόσων,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Πατσατσά Αικατερίνη

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας,
Β΄ Κλινική Δερματικών και
Αφροδισίων Νοσημάτων Ιατρικής
Σχολής Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»,
Θεσσαλονίκη

Παυλίδης Ανδρέας

Βιολόγος, Bsc,Msc, υπ. Διδάκτορας

Πίκου Όλγα

Επιστημονική Συνεργάτιδα
Β΄ Κλινικής Δερματικών και
Αφροδισίων Νοσημάτων Ιατρικής
Σχολής Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»,
Θεσσαλονίκη

Πιπέρη Χριστίνα

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Βιοχημείας, Ιατρική Σχολή
Ε.Κ.Π.Α., Εθνικό Κέντρο
Εμπειρογνωμοσύνης Δερματικών
Λεμφωμάτων - Σπανίων Νόσων,
Αθήνα

Πισιμίσση Ελένη

MSc, PhD, Νοσηλεύτρια,
Διευθύντρια Νοσηλευτικής
Υπηρεσίας, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Ρηγόπουλος Δημήτριος

Καθηγητής Δερματολογίας -
Αφροδισιολογίας, Α΄ Κλινική
Αφροδισίων και Δερματικών
Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
Διευθυντής Νοσοκομείου
Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων
«Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

Ρόππα Μαριτίνα

Δερματολόγος, Επιστημονική
Συνεργάτης Μονάδας Κλινικών
Μελετών και Ιατρείου Δερματικών
Λεμφωμάτων, Β΄ Κλινική
Δερματικών και Αφροδισίων
Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Ευρετήριο Ομιλητών - Προέδρων

Σιακαντάρη Μαρίνα

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Παθολογίας - Αιματολογίας,
Αιματολογική Κλινική Ιατρικής
Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο
Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

Στρατηγός Αλέξανδρος

Καθηγητής Δερματολογίας -
Αφροδισιολογίας, Διευθυντής
Α΄ Κλινικής Αφροδισίων και
Δερματικών Νόσων Ιατρικής
Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο
Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων
«ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ», Αθήνα

Τομπούλογλου Γεωργία

Ασθενής

Τσαούτου Αικατερίνη

Ιατρός, Ιατρείο Δερματικών
Λεμφωμάτων, Νοσοκομείο
Αφροδισίων και Δερματικών
Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

Τσιριγώτης Παναγιώτης

Αναπληρωτής Καθηγητής
Αιματολογίας, Αιματολογική
Μονάδα, Β΄ Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική Ιατρικής
Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Εθνικό Κέντρο
Εμπειρογνωμοσύνης Δερματικών
Λεμφωμάτων - Σπανίων Νόσων,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Φούκας Περικλής

Αναπληρωτής Καθηγητής,
Β΄ Εργαστήριο Παθολογικής
Ανατομικής Ιατρικής Σχολής
Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Χατζηχαραλάμπος Ευστράτιος

Πρόεδρος Ελληνικής Ομοσπονδίας
Συλλόγων Σπανίων Νοσημάτων -
Παθήσεων

Ψαρρά Κατερίνα

Χημικός PhD, Τμήμα
Ανοσολογίας - Ιστοσυμβατότητας,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα



Περίληψεις ομιλιών

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

09.00-11.00

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΛΕΜΦΩΜΑΤΩΝ

Πρωτοπαθές δερματικό λέμφωμα Β-λεμφοκυττάρων οριακής ζώνης με σπάνια κλινική εικόνα υποδόριων οζιδίων

Βασιλική Γκαντή

MD, MSc, Επιστημονικός Συνεργάτης, Β' Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Τα πρωτοπαθή δερματικά λεμφώματα Β λεμφοκυττάρων αποτελούν το 20-25% του συνόλου των δερματικών λεμφωμάτων. Κατά κανόνα είναι ήπια, με λίγα έως καθόλου συμπτώματα και έχουν βραδεία εξέλιξη. Η τυπική κλινική εικόνα του πρωτοπαθούς Β-δερματικού λεμφώματος οριακής ζώνης χαρακτηρίζεται από ερυθροϊώδεις βλατίδες, πλάκες ή όζους, που εντοπίζονται συνήθως στα (άνω) άκρα και τον κορμό, με συχνές υποτροπές. Επίσης, υπάρχει αιτιολογική συσχέτιση με *Borrelia burgdorferi*, ενώ η εξωδερματική επέκταση και η αυτόματη υποστροφή είναι σπάνια. Ασθενής 77 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ Δερματολογικού λόγω εμφάνισης επώδυνων υποδόριων οζιδίων σε αριστερό αντιβράχιο και αριστερή κνήμη. Είχαν αντιμετωπιστεί στο παρελθόν ως υποδερματίτιδα και οζώδες ερύθημα με τοπικά κορτικοστεροειδή και αντιβιοτική αγωγή, χωρίς ανταπόκριση. Ο υπέρηχος μαλακών μοριών δεν ήταν διαγνωστικός, καθώς ανέδειξε μόρφωμα στο υποδόριο με χαρακτήρα δερματικής κύστης. Αποφασίστηκε η χειρουργική αφαίρεση του οζιδίου στο αριστερό αντιβράχιο. Η ιστολογική εξέταση και η ανοσοϊστοχημεία ανέδειξαν πρωτοπαθές δερματικό λέμφωμα Β-λεμφοκυττάρων οριακής ζώνης (PCMZL). Η μέση ηλικία εμφάνισης του Β λεμφώματος οριακής ζώνης είναι τα 55 έτη. Η κλινική εικόνα της ασθενούς ήταν άτυπη και συμβατή με κυστικό μόρφωμα-υποδερματίτιδα, κάτι που επιβεβαιώθηκε από τον υπερηχογραφικό έλεγχο, δυσκολεύοντας την τελική διάγνωση. Για μεμονωμένες βλάβες, η χειρουργική εξαίρεση και η ακτινοβολήση είναι η θεραπευτική προσέγγιση που προτείνεται για το Β-λέμφωμα οριακής ζώνης, ενώ για πολυεστιακές βλάβες που εκτείνονται σε μεγαλύτερη επιφάνεια, προτείνεται η θεραπεία με Rituximab. Λόγω της καλοήθους πορείας και πρόγνωσης της νόσου, το «wait and see» επίσης αποτελεί πρώτης γραμμής θεραπευτική προσέγγιση. Επιπλέον, η σταδιοποίηση του ασθενούς με CT απεικονιστικό έλεγχο είναι απαραίτητη για αποκλεισμό συστηματικού λεμφώματος με δευτεροπαθή διήθηση του δέρματος. Συμπερασματικά, τόσο η διάγνωση, όσο και η αντιμετώπιση των δερματικών λεμφωμάτων αποτελούν πρόκληση για τον κλινικό δερματολόγο.

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

Περιστατικό κοκκιωματώδους σπογγοειδούς μυκητίασης με άτυπα κλινικά χαρακτηριστικά και επιθετική βιολογική συμπεριφορά,

Αικατερίνη Τσαούτου

Ιατρός, Ιατρείο Δερματικών Λεμφωμάτων, Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

Η κοκκιωματώδης σπογγοειδής μυκητίαση αποτελεί έναν ιδιαίτερος σπάνιο τύπο δερματικού Τ-λεμφώματος, ο οποίος μπορεί να εμφανίσει επιθετικότερη συμπεριφορά από τους άλλους υποτύπους της σπογγοειδούς μυκητίασης. Η ομιλία αφορά σε ένα περιστατικό κοκκιωματώδους σπογγοειδούς μυκητίασης με εκτροπή σε λεμφαδένα και συμμετοχή του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Οικογενής Σπογγοειδής Μυκητίαση

Στέλλα Καλιάμπου

Ειδικευομένη Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας, Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

Εισαγωγή: Η Σπογγοειδής Μυκητίαση αποτελεί το πιο συχνό πρωτοπαθές δερματικό Τ-κυτταρικό λέμφωμα. Παρόλα αυτά η οικογενής επίπτωση του συγκεκριμένου λεμφώματος παραμένει άγνωστη. Μέχρι σήμερα, ελάχιστα περιστατικά Οικογενούς Σπογγοειδούς Μυκητίασης έχουν αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία.

Σκοπός: Το αντικείμενο της σημερινής ομιλίας είναι η παρουσίαση περιστατικού Οικογενούς Σπογγοειδούς Μυκητίασης και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Δύο αδέρφια, άρρενες, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, διαγνώστηκαν με Σπογγοειδή Μυκητίαση κατα πλάκας. Ο πρώτος διαγνώστηκε σε ηλικία 52 ετών και ο δεύτερος σε ηλικία 51 ετών με παρόμοιες δερματικές βλάβες, ίδιες εντοπίσεις και σε πρώιμο στάδιο της νόσου. Η αρχική θεραπευτική προσέγγιση περιλάμβανε στον πρώτο αδερφό φωτοθεραπεία PUVA ενώ στο δεύτερο αδερφό τοπικά κορτικοστεροειδή με καλή ανταπόκριση.

Συμπεράσματα: Τα κλινικά χαρακτηριστικά και η απόκριση στη θεραπεία της Οικογενούς Σπογγοειδούς Μυκητίασης δε φαίνεται να διαφέρει από αυτά της σποραδικής μορφής. Η αιτιοπαθογένειά της παραμένει άγνωστη. Πιθανοί γενετικοί και επιγενετικοί παράγοντες ίσως παίζουν ρόλο. Η κοινή έκθεση σε κάποιον περιβαλλοντικό παράγοντα, η γενετική προδιάθεση ή ο συνδυασμός τους ίσως να εμπλέκεται στη παθογένεση του συγκεκριμένου λεμφώματος σε άτομα της ίδιας οικογένειας.

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

Ποικιλοδερμική Σπογγοειδής Μυκητίαση και Θεραπευτικά διλήμματα

Αικατερίνη Πατσατσή

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Δερματολογίας - Αφροδολογίας ΑΠΘ, Ειδικό Ιατρείο Δερματικών Λεμφωμάτων, Β΄ Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων Νοσημάτων ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Η ποικιλοδερμική σπογγοειδής μυκητίαση είναι μια σπάνια κλινική μορφή της νόσου που χαρακτηρίζεται κλινικά από πλάκες με εναλλαγή υπομελάγχρωσης και υπερμελάγχρωσης, ατροφία και ευρυαγγείες. Θα παρουσιάσουμε 2 περιπτώσεις ασθενών με εκτεταμένη ποικιλοδερμική σπογγοειδή μυκητίαση, ανθεκτικές στις θεραπευτικές μας επιλογές. Η διαχείριση της ποικιλοδερμικής σπογγοειδούς μυκητίασης οδηγεί συχνά σε θεραπευτικά διλήμματα, σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία αλλά και την κλινική εμπειρία.

Σπογγοειδής Μυκητίαση και τεκνοποίηση: διαχείριση ασθενών

Όλγα Πίκου

Επιστημονική Συνεργάτιδα Β΄ Κλινικής Δερματικών και Αφροδισίων Νοσημάτων Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η σπογγοειδής μυκητίαση, το πιο συχνό T- δερματικό λέμφωμα, αν και συνήθως διαγιγνώσκεται σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας (μέση ηλικία διάγνωσης: 55-60 έτη), εντούτοις, εμφανίζεται και σε νεότερες ηλικίες, συμπεριλαμβανομένων και των παιδιών. Κατά την αναπαραγωγική ηλικία και καθώς είναι επιβεβλημένη η λήψη μακροχρόνιας θεραπείας για την αντιμετώπιση της νόσου, προκύπτουν πολλαπλά ερωτήματα τόσο εκ μέρους τους ασθενούς όσο και του θεράποντος ιατρού, σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές και τη γονιμότητα, την υγεία του εμβρύου και την πορεία της νόσου κατά την εγκυμοσύνη.

Υλικό και Μέθοδος: Παρουσιάζονται 3 ασθενείς με σπογγοειδή μυκητίαση, οι οποίοι εξέφρασαν την επιθυμία τεκνοποίησης κατά τη διάρκεια της παρακολούθησής τους στο Ιατρείο Δερματικών Λεμφωμάτων της Β΄ Πανεπιστημιακής Δερματολογικής Κλινικής ΑΠΘ.

Αποτελέσματα: Η συμβουλευτική και θεραπευτική αντιμετώπιση κάθε ασθενούς (δυο γυναίκες και ένας άντρας) τροποποιήθηκε με βάση το φύλο, το στάδιο της νόσου, τις προηγηθείσες θεραπείες, τις κατάλληλες θεραπευτικές επιλογές, και τις ανάγκες του καθενός ξεχωριστά.

Συμπεράσματα: Η διαχείριση ασθενών με σπογγοειδή μυκητίαση που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν αποτελεί πρόκληση, καθώς οι θεραπευτικές επιλογές μειώνονται λόγω της τερατογόνου δράσης κάποιων φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της νόσου. Όλοι οι ασθενείς με σπογγοειδή μυκητίαση, που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, θα πρέπει να ενημερώνονται λεπτομερώς το συντομότερο δυνατό μετά τη διάγνωση, ώστε σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό να διασφαλίζουν ένα ορθολογικό οικογενειακό προγραμματισμό και κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

B μεγαλοκυτταρικό πρωτοπαθές δερματικό λέμφωμα EBV+ NOS

Κωνσταντίνου Ηλιάνη¹, Ασημακόπουλος Ιωάννης¹, Βασιλόπουλος Ιωάννης¹, Γαλόπουλος Δημήτριος¹, Αραπάκη Μαρία¹, Νικολάου Βασιλική², Αγγελοπούλου Μαρία¹, Στρατηγός Αλέξανδρος², Σιακαντάρη Μαρίνα¹

1. Αιματολογική Κλινική Ιατρικής Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

2. Α΄ Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Α. ΣΥΓΓΡΟΣ»

Το διάχυτο λέμφωμα από Β μεγάλα κύτταρα μη περαιτέρω προσδιοριζόμενο (DLBCL-NOS) EBV+ αποτελεί μία σπάνια αιματολογική οντότητα που απέκτησε πρόσφατα ξεχωριστή θέση στην κατάταξη αιμοποιητικών και λεμφούπερπλαστικών κακοθειών κατά WHO όπως επανεκδόθηκε το 2017. Στην πρότερη έκδοση η σπάνια αυτή οντότητα αναφερόταν ως EBV+ DLBCL-NOS λέμφωμα των ηλικιωμένων σχετιζόμενη με τη φυσική ανοσοκαταστολή που επιφέρει η γήρανση, ενώ αργότερα περιεγράφηκε και σε νεότερους καθώς και ανοσοεπαρκείς ασθενείς. Η πρόγνωση της νόσου είναι κατά κανόνα δυσμενέστερη από τα μη σχετιζόμενα με EBV DLBCL και απαντάται συχνότερα στον Ασιατικό πληθυσμό και τη Λατινική Αμερική με μικρή επίπτωση στον Ελλαδικό χώρο. Ως εκ τούτου η κλινική μας εμπειρία για τη νόσο αυτή είναι περιορισμένη και ο χειρισμός της αποτελεί πρόκληση.

Η κλινική περίπτωση αφορά σε μία ηλικιωμένη ασθενή με καλή γενική κατάσταση η οποία παραπέμφθηκε στην κλινική μας από συνάδελφο δερματολόγο που την παρακολουθούσε λόγω ιστορικού ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Εντυπωσιακά η νόσος της ασθενούς εντοπιζόταν κυρίως στο δέρμα με υποδόρια οζίδια στον κορμό και ιδίως τα άκρα με τη διάγνωση να τίθεται από βιοψία δερματικής βλάβης. Από το ιστορικό της ασθενούς αναφερόταν δυσανεξία στην γλουτένη, μία νόσος που παραδοσιακά έχει συνδεθεί με λεμφώματα εντέρου και ποικίλες μη λεμφωματικές δερματικές εκδηλώσεις. Αν και η συσχέτιση της κοιλιοκάκης με διαταραχή του ανοσολογικού συστήματος είναι μη αμφισβητήσιμη, ανατρέχοντας τη βιβλιογραφία δεν εντοπίσαμε αναφορά EBV+ DLBCL-NOS λεμφώματος σε ασθενή με το συγκεκριμένο ιστορικό. Τέλος, γίνεται μία σύντομη αναφορά στις θεραπευτικές επιλογές και τους προβληματισμούς που ανακύπτουν όταν ζυγίζουμε το προφίλ της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της ανοσοθεραπείας ως μονοθεραπεία σε ένα EBV+ αν και επιθετικό λέμφωμα, έναντι του συνδυασμού ανοσοχημειοθεραπείας με κίνδυνο το κλινικό όφελος να μην υπερκεράσει τις περισσότερες σχετιζόμενες με τη θεραπεία επιπλοκές.

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

Υπερανοσοσφαιριναιμία IgE ως πρώτη εκδήλωση θυλακιοτρόπου πρωτοπαθούς λεμφώματος από T λεμφοκύτταρα

Γαλόπουλος Δημήτριος¹, Κωνσταντίνου Ηλιάνα¹, Ασημακόπουλος Ιωάννης¹, Βασιλόπουλος Ιωάννης¹, Αραπάκη Μαρία¹, Νικολάου Βασιλική², Βασιλακόπουλος Θεόδωρος¹, Σιακαντάρη Μαρίνα¹

1. Αιματολογική Κλινική Ιατρικής Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

2. Α΄ Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Α. ΣΥΓΓΡΟΣ»

Παρουσιάζουμε ενδιαφέρουσα κλινική περίπτωση που αφορά σε άνδρα 33 ετών με ιστορικό ατοπικής δερματίτιδας, και πρόσφατης διάγνωσης βρογχικού άσθματος, που παρουσιάζει τα τελευταία 2 έτη κνιδωτικό εξάνθημα, που ξεκίνησε από τα άκρα κι επεκτάθηκε στο πρόσωπο. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα συμπτώματα βελτιώνονταν μετά από έκθεση στο ηλιακό φως. Στον εργαστηριακό έλεγχο είχε ηωσινοφιλία (700-800/μL) και αυξημένο τίτλο IgE (24.500 u/ml). Ετέθη διάγνωση υπερανοσοσφαιριναιμίας IgE (HIES) και έλαβε αγωγή με mepolizumab. Λόγω μη βελτίωσης των συμπτωμάτων ζητήθηκε η γνώμη του αιματολόγου. Το εξάνθημα αποτελούνταν από κηλίδες και πλάκες, ενώ σε απεικονιστικό έλεγχο ο ασθενής είχε μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια. Βιοψία δέρματος και λεμφαδένα κατέδειξε αντιδραστική λεμφαδενοίτιδα αλλά διήθηση δέρματος συμβατή με σπογγοειδή μυκητίαση, θυλακιοτρόπου ποικιλίας, στο στάδιο της κηλίδας, κλινικού σταδίου T2N1B0 κατά ISCL-EORTC. Αντιμετωπίστηκε με φωτοθεραπεία-PUVA σε συνδυασμό με υποδόρια ιντερφερόνη. Τρεις μήνες μετά παρουσίασε ύφεση του κνησμού και βελτίωση των δερματικών βλαβών, με μείωση των ηωσινοφίλων στο αίμα και των επιπέδων IgE (2000u/ml).

Το HIES σύνδρομο αποτελεί ένα σπάνιο πρωτοπαθές σύνδρομο ανοσοανεπάρκειας, αγνώστου αιτιολογίας. Εκδηλώνεται συνήθως στην παιδική ηλικία, με χαρακτηριστικά ατοπικής δερματίτιδας, υποτροπιάζουσών λοιμώξεων δέρματος και αναπνευστικού και υψηλών τίτλων IgE στον ορό. Έχει προταθεί διαγνωστικό σύστημα βαθμολόγησης. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν σπάνιες αναφορές ασθενών με T δερματικά λεμφώματα με σημαντική αύξηση επιπέδων IgE, με ή χωρίς ατοπία. Ο ασθενής αποτελεί μια ιδιαίτερη περίπτωση εκδήλωσης T δερματικού λεμφώματος με HIES.

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

11.00-13.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 1: «Γενετικές και επιγενετικές αλλαγές»

Γενετικές και επιγενετικές αλλαγές στα T Δερματικά λεμφώματα

Δρ. Βασιλική Μπάκου

Επιστημονική Συνεργάτης Αιματολογικής Μονάδας, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Τα T Δερματικά λεμφώματα αντιπροσωπεύουν μια ετερογενή ομάδα εξωλεμφαδενικών μη Hodgkin λεμφωμάτων και προέρχονται από κακοήθη κλωνικά ώριμα T λεμφοκύτταρα τα οποία διηθούν το δέρμα. Οι πιο κοινοί τύποι των λεμφωμάτων αυτών είναι η σπογγοειδής μυκητίαση (MF), που αποτελεί το 50%-72% των συνολικών T δερματικών λεμφωμάτων, και το σύνδρομο Sezary (SS), σε ποσοστό 1%-3%. Οι σύγχρονες τεχνικές ανάλυσης γονιδιώματος (whole genome/exome/single cell RNA sequencing) επέτρεψαν τον εντοπισμό ενός μεγάλου αριθμού μεταλλάξεων που φαίνεται να σχετίζονται με την παθογένεια των T δερματικών λεμφωμάτων. Οι μεταλλάξεις αυτές αφορούν κυρίως είτε σε παραλλαγές μονού νουκλεοτιδίου (single nucleotide variants, SNVs), είτε σε παραλλαγές στον αριθμό αντιγράφων γονιδίων (gene copy number alterations, GCNAs). Η δεύτερη κατηγορία αποτελεί και το επικρατέστερο είδος μεταλλάξης στα T δερματικά λεμφώματα, σε αντίθεση με άλλες μορφές καρκίνου όπου επικρατούν οι μεταλλάξεις τύπου SNVs. Γενετικές τροποποιήσεις στα T δερματικά λεμφώματα έχουν βρεθεί σε ογκογονίδια και ογκοκατασταλτικά γονίδια, σε γονίδια που εμπλέκονται σε μοριακά μονοπάτια μεταγωγής σήματος (όπως τα NF-κB και JAK-STAT), καθώς και σε γονίδια που σχετίζονται με τον κυτταρικό κύκλο και την απόπτωση. Επιπλέον, μεταλλάξεις έχουν βρεθεί σε γονίδια που σχετίζονται με τα T λεμφοκύτταρα -και συναντώνται αποκλειστικά σε νεοπλασίες T λεμφοκυττάρων-, επηρεάζοντας τόσο τη φυσιολογική T σηματοδότηση (TCR signaling) όσο και τη διαφοροποίηση των T κυττάρων (Th2 differentiation). Επιπλέον, ιδιαίτερα σημαντικές είναι οι μεταλλάξεις σε γονίδια που σχετίζονται με μηχανισμούς επιγενετικής ρύθμισης, επηρεάζοντας συνεπώς τη γονιδιακή έκφραση. Σε επιγενετικό επίπεδο, έχει επίσης διαπιστωθεί η συμμετοχή ενός μεγάλου αριθμού miRNAs, τόσο στην παθογένεια (miR-155, miR-21, miR-214, miR-22, miR-29b, miR-342 και miR-17-5p), όσο και στην πρόγνωση (miR-106b-5a, miR-342 και miR-17-5p) των T δερματικών λεμφωμάτων. Η συσσώρευση μεταλλάξεων οδηγεί σε διαρκή ενεργοποίηση και ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των T κυττάρων, με ταυτόχρονη αποφυγή της απόπτωσης, επιτρέποντας έτσι την ανάπτυξη ενός κλωνικού κακοήθους T κυττάρου συνεχούς επέκτασης και τελικά την εμφάνιση της νόσου.

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

Μονοπάτια και μικροπεριβάλλον στο T-δερματικό Λέμφωμα

Φανή Καραγιάννη

Βιολόγος (PhD), Β΄ Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Δερματικών Λεμφωμάτων - Σπανίων Νόσων,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Τα δερματικά λεμφώματα T-κυττάρων (CTCLs) είναι σπάνιες κακοήθειες του δέρματος, σχηματίζοντας μια ετερογενή ομάδα λεμφωμάτων μη Hodgkin που προέρχονται από skin-homing T-κύτταρα. Οι πιο κοινοί τύποι είναι η Σπογγοειδής μυκητίαση (ΣΜ) και το Σύνδρομο Sézary (ΣΣ), τα οποία προέρχονται από διαφορετικούς υποτύπους T κυττάρων. Η ΣΜ προέρχεται από TRm κύτταρα, ενώ το ΣΣ από από TCm.

Ο ακριβής μηχανισμός έναρξης και επιδείνωσης της νόσου δεν είναι πλήρως γνωστός. Ωστόσο μελέτες έχουν δείξει ότι η δυσλειτουργία ορισμένων γονιδίων και τα εμπλεκόμενα σηματοδοτικά μονοπάτια έχουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της νόσου.

Τα σημαντικότερα μονοπάτια που ευθύνονται για την παθογένεια του T δερματικού λεμφώματος είναι το TCR σηματοδοτικό μονοπάτι, το JAK/STAT και το NFκB. Η ερευνητική μας προσπάθεια στο παρελθόν ανάδειξε την ενεργοποίηση του AKT/mTOR μονοπατιού σε MF ασθενείς, ενώ η πρόσφατη δουλειά μας σε in vitro μοντέλο κυτταρικών σειρών έδειξε την επίδραση JAKi/HDACi στον πολλαπλασιασμό, την απόπτωση και σε σημαντικά σηματοδοτικά μονοπάτια όπως JAK/STAT, Akt, ERK1/2 και JNK.

Καταλυτικός είναι και ο ρόλος του μικροπεριβάλλοντος για την έναρξη και την εξέλιξη της νόσου. Για το λόγο αυτό, το ενδιαφέρον μας στρέφεται στην εις βάθος φαινοτύπιση μοναδιαίων κυττάρων, τόσο των κακοήθων όσο και των κυττάρων του μικροπεριβάλλοντος, διατομικές (intra-individual) και ενδοατομικές (inter-individual) διαφοροποιήσεις σε σχέση με το στάδιο της νόσου, στον έλεγχο της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής προσέγγισης, και τέλος στη δυνατότητα χάραξης εναλλακτικών θεραπευτικών στρατηγικών στις περιπτώσεις που απαιτείται.

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

Ο ρόλος των MiRs στα T δερματικά λεμφώματα

Μαριάννα Παπαδάκη

Βιολόγος, Αθήνα

Τα Τ-Δερματικά λεμφώματα (CTCL) αντιπροσωπεύουν μια ετερογενή ομάδα εξωλεμφαδενικών non-Hodgkin λεμφωμάτων, προερχόμενα από κακοήθη κλωνικά ώριμα Τ λεμφοκύτταρα τα οποία διηθούν το δέρμα. Έως και σήμερα δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία των CTCL. Επιπλέον, η δυσκολία στη διάγνωση, η αντίσταση των CTCL στη χημειοθεραπεία καθώς και η έλλειψη πλήρους κατανόησης της παθογένειας τους, απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση. Οι επιγενετικοί ρυθμιστικοί μηχανισμοί και συγκεκριμένα τα miRNAs κατέχουν σημαντικό ρόλο στα Τ δερματικά λεμφώματα. Τα miRNAs είναι λειτουργικά μόρια RNA τα οποία δεν μεταφράζονται σε πρωτεΐνη. Μελέτες έχουν παρουσιάσει ένα συγκεκριμένο πρότυπο miRNAs που υπερεκφράζονται ή υποεκφράζονται στα CTCL συμμετέχοντας στην παθογένειά του νοσήματος. Στη συγκεκριμένη παρουσίαση θα αναφερθεί ο ρόλος των miRNAs στην παθογένεια των CTCL καθώς και στην πρόγνωση και διάγνωση της ασθένειας. Στα πλαίσια της απόδειξης της διαγνωστικής αξίας των κυκλοφορούντων miRNAs θα αναφερθούν κάποια πρώιμα πειραματικά αποτελέσματα από την ερευνητική μας δραστηριότητα. Με τα αποτελέσματά μας δείξαμε πως η υγρή βιοψία με μέτρηση της έκφρασης miRNAs στο αίμα αποτελεί σημαντικό βιοδείκτη για τη διάγνωση της σπογγοειδούς μυκητιάσης (MF) από παθήσεις που την προσομοιάζουν (πχ. ατοπική δερματίτιδα).

Ο ρόλος της κυτταρομετρίας στα Τ δερματικά λεμφώματα

Αικατερίνη Ψαρρά

Χημικός PhD, Τμήμα Ανοσολογίας - Ιστοσυμβατότητας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα

Ανάμεσα στα Τ δερματικά λεμφώματα, που αποτελούν το 75-80% των δερματικών λεμφωμάτων, η σπογγοειδής μυκητίαση (mucosis fungoides -MF) και το σύνδρομο Sézary (Sézary syndrome - SS) είναι τα συνηθέστερα.

Η MF είναι ένα επιδερμοτροπικό Τ λέμφωμα από ώριμα μνημονικά (συνήθως CD4+) Τ λεμφοκύτταρα. Η σταδιοποίηση της MF απαιτεί μέτρηση των παθολογικών κυττάρων και προσδιορισμό κλωνικότητας, υπάρχει δε συσχέτιση με την πρόγνωση. Το σύνδρομο Sézary είναι επιθετικό Τ λέμφωμα επίσης από ώριμα μνημονικά (συνήθως CD4+) Τ λεμφοκύτταρα, με διήθηση στο αίμα και τους λεμφαδένες. Στο σύνδρομο Sézary ο απόλυτος αριθμός κυττάρων Sézary υπερβαίνει τα 1000/μl και/ή ο λόγος CD4/CD8 το 10, και/ή παρατηρείται έκτοπος ανοσοφαινότυπος με απώλεια παν Τ δεικτών.

Για τη διάγνωση και σταδιοποίηση των MF και SS είναι απαραίτητο να ταυτοποιηθούν τα κύτταρα με τον παθολογικό ανοσοφαινότυπο. Στον ανοσοφαινότυπο πρέπει να συμπεριλαμβάνονται τουλάχιστον 6 μονοκλωνικά αντισώματα: CD45, CD3, CD4, CD8, CD7, CD26.

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

Επιπρόσθετα είναι χρήσιμο να προσδιορίζεται η έκφραση των CD2, CD5, CD158k, CD194, CD279, CD38, CCR4. Χρήσιμη είναι εξ άλλου η τεκμηρίωση της μονοκλωνικότητας του παθολογικού πληθυσμού μέσω μελέτης του ρεπερτορίου των TCRVβ οικογενειών με κυτταρομετρία ροής. Η ανάλυση πρέπει να ανιχνεύσει τα παθολογικά T λεμφοκύτταρα. Η στρατηγική οριοθέτησης για την ταυτοποίηση των παθολογικών T κυττάρων πρέπει να βασίζεται στην ταυτοποίηση κυττάρων με ομοιογενή φαινότυπο διαφορετικό από τα φυσιολογικά T λεμφοκύτταρα. Ο προσδιορισμός της συγκέντρωσης των κυττάρων αυτών πρέπει να υπολογίζεται είτε με άμεση απαρίθμηση ή με μέθοδο διπλής πλατφόρμας με χρήση αιματολογικού αναλυτή και να αναφέρεται μαζί με την περιγραφή του ανοσοφαινότυπου του παθολογικού πληθυσμού (συμπεριλαμβανομένης της περιγραφής της έντασης έκφρασης κάθε αντιγόνου).

Η κυτταρομετρία ροής παίζει επομένως κεντρικό ρόλο στη μελέτη, διάγνωση και παρακολούθηση των δερματικών T λεμφωμάτων και ιδιαίτερα της σπογγοειδούς μυκητίασης και του συνδρόμου Sézary.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Horna P, Wang SA, Wolniak KL, et al. Flow cytometric evaluation of peripheral blood for suspected Sézary syndrome or mycosis fungoides: International guidelines for assay characteristics. *Cytometry*. 2020;1-14. <https://doi.org/10.1002/cyto.b.21878> Illingworth A, Johansson U, Huang S, et al. International guidelines for the flow cytometric evaluation of peripheral blood for suspected Sézary syndrome or mycosis fungoides: Assay development/optimization, validation, and ongoing quality monitors. *Cytometry*. 2020;1-27. <https://doi.org/10.1002/cyto.b.21963>

Η δυνατότητα διαφοροδιάγνωσης του ερυθροδέρματος με τεχνικές που εφαρμόζονται στο Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης

Ανδρέας Παυλίδης, BSc, MSc

Υπ. Διδάκτορας, Β΄ Δερματολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Το ερυθρόδερμα αποτελεί έναν διευρυμένο όρο βλαβών του δέρματος, που εκφράζει την γενικευμένη ερυθρότητα λόγω υποκείμενης φλεγμονώδους πάθησης. Το ερυθρόδερμα μπορεί να οφείλεται σε διάφορες καλοήθειες νόσους του δέρματος (δερματίτιδα, ατοπική δερματίτιδα, δερματίτιδα εξ επαφής, ψωρίαση κ.α.), είτε να αποτελεί σύμπτωμα κάποιας συστηματικής πάθησης (αιματολογικές κακοήθειες, HIV λοίμωξη, αντίδραση μοσχεύματος εναντίον ξενιστή, καρκίνοι ορθού, πνευμόνων κ.α.), αλλά επίσης μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα του δερματικού T-κυτταρικού λεμφώματος (CTCL). Από τα παραπάνω διαφαίνεται η σημασία της διαφορικής διάγνωσης του ερυθροδερμικού T-κυτταρικού λεμφώματος από τις καλοήθειες φλεγμονώδεις παθήσεις του δέρματος.

Το Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Δερματικών Λεμφωμάτων (Β΄ Δερματολογική Κλινική, ΕΚΠΑ) εφαρμόζει τις διεθνώς τυποποιημένες διαδικασίες για την διαφορική διάγνωση των ερυθροδερμικών ασθενών. Πρωτίστως, σημαντικός είναι ο ρόλος της κλινικής εξέτασης, καθώς και η λεπτομερής καταγραφή του ιστορικού του ασθενούς, όπου παρέχουν την δυνατότητα αποκλεισμού κάποιων εκ των καλοηθών φλεγμονωδών

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

παθήσεων του δέρματος. Έπειτα, η βιοψία δέρματος και η επακόλουθη ιστοπαθολογική και η ανοσοϊστοχημική εκτίμηση αποτελούν την χρυσή τομή για την διαφορική διάγνωση καλοήθους - κακοήθους ερυθροδερμίας. Ακόμα, σημαντική καθίσταται η συμβολή της κυτταρομετρίας ροής, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου η ιστοπαθολογική και η ανοσοϊστοχημική εκτίμηση δεν παρέχουν παθογνωμικό αποτέλεσμα. Μέσω της κυτταρομετρίας ροής επιτυγχάνεται η μέτρηση των κακοήθων κυττάρων στο περιφερικό αίμα, καθώς επίσης και ο λόγος CD4/CD8 κυττάρων, αλλά και άλλων επιφανειακών αντιγόνων, προσφέροντας αντικειμενικούς δείκτες για την διαφοροδιάγνωση του ερυθροδέρματος. Περαιτέρω διερεύνηση πραγματοποιείται με την μέτρηση της κλωνικότητας των T- λεμφοκυττάρων, αρχικά στο αίμα του ασθενούς και κατόπιν στον πάσχοντα ιστό. Συνολικά, στο Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Δερματικών Λεμφωμάτων διενεργείται κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος των ερυθροδερμικών ασθενών σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, παρέχοντας την μεγαλύτερη δυνατή διαγνωστική ακρίβεια προς όφελος του ασθενούς.

Περαιτέρω προσπάθειες γίνονται για προσθήκη νέων μεθόδων και βιοδεικτών στην διαφορική διάγνωση των ερυθροδερμικών ασθενών. Οι σύγχρονες μέθοδοι μοριακής διαγνωστικής αποτελούν ένα γρήγορο και αξιόπιστο εργαλείο προς αυτή τη κατεύθυνση. Η μέτρηση της διαφορικής έκφρασης των γονιδίων μέσω qRT-PCR, αποτελεί ένα γρήγορο και αντικειμενικό δείκτη για την διαφοροδιάγνωση του ερυθροδέρματος. Διεθνώς έχουν προταθεί διαφορετικά πρωτόκολλα, καθένα από τα οποία χρησιμοποιεί διαφορετικό συνδυασμό γονιδίων. Η μέτρηση της διαφορικής έκφρασης των γονιδίων *STAT4*, *TWIST1* και *DNM3*, όπως επίσης και *STAT4*, *TWIST1* και *PLS3*, σε CD4+ T-κυτταρικούς πληθυσμούς, αποτελούν χρήσιμους βιοδείκτες για την διάγνωση του συνδρόμου Sézary, με 98% ευαισθησία και 100% ειδικότητα. Νεότερα δεδομένα υποστηρίζουν την μέτρηση της διαφορικής έκφρασης των γονιδίων *TWIST1* και *PLS3* σε PBMCs, ως απαραίτητους βιοδείκτες για την διαφορική διάγνωση του συνδρόμου Sézary από τις καλοήθεις φλεγμονώδεις παθήσεις του δέρματος.

Η ανάπτυξη μεθόδων οι οποίες παρέχουν αξιόπιστους και αντικειμενικούς δείκτες για την διάγνωση του ερυθροδερμικού T- κυτταρικού λεμφώματος χρησιμεύουν επικουρικά στα ήδη υπάρχοντα διαγνωστικά κριτήρια και βοηθούν ώστε να εφαρμοστεί άμεσα το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα, μειώνοντας την νοσηρότητα και την θνησιμότητα.

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

14.00-16.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 2: «Τι πρέπει να ξέρω για τα T δερματικά λεμφώματα»

Πώς διακρίνω ένα T δερματικό λέμφωμα από μια δερματοπάθεια ιστολογικά; Ιστολογική εικόνα T δερματικών λεμφωμάτων

Λεωνίδας Μαρίνος

Διευθυντής Ε.Σ.Υ Αιμοπαθολογοανατομικό Εργαστήριο Γ.Ν.Α «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Η διαφορική διάγνωση μεταξύ μιας νεοπλασματικής T-λεμφουπερπλαστικής εξεργασίας από μία μη νεοπλασματική δερματοπάθεια αποτελεί συχνό φαινόμενο μείζονος σημασίας στη καθημερινή κλινική πρακτική και ο παθολογοανατόμος καλείται συχνά να δώσει κρίσιμες απαντήσεις που θα καθορίσουν τη θεραπεία, αλλά και τη πρόγνωση του ασθενούς.

Σε ιστολογικό επίπεδο οι δυσκολίες είναι πολλές και οφείλονται κατά κύριο λόγο στη μεγάλη αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των διαφόρων, νεοπλασματικών και μη οντοτήτων με τη διαφορική διάγνωση να απαιτεί συχνά τη χρήση πολλαπλών τεχνικών, αλλά κυρίως την αξιολόγηση από έμπειρο δερματοπαθολογοανατόμο με εξειδίκευση στο συγκεκριμένο αντικείμενο.

Από πλευράς διαγνωστικής μεθοδολογίας η μορφολογική αξιολόγηση παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος για την ιστολογική διάκριση μεταξύ T- λεμφώματος και δερματοπάθειας δεδομένου ότι αρκετά επί μέρους χαρακτηριστικά επιτρέπουν συχνά το διαχωρισμό τους. Πιο συγκεκριμένα, η ύπαρξη μονόμορφου λεμφοκυτταρικού πληθυσμού με μορφολογική ατυπία, καθώς και η παρουσία επιδερμοτροπισμού, θυλακιοτροπισμού ή συριγγοτροπισμού χαρακτηρίζουν συχνά τα T- δερματικά λεμφώματα και κατ'εξοχήν το συχνότερο εκπρόσωπο τους τη σπογγοειδή μυκητίαση. Συχνά όμως ένας ή περισσότεροι ή/και όλοι οι ανωτέρω χαρακτηριστικοί μορφολογικοί παράγοντες απουσιάζουν, έτσι ώστε να ακολουθήσει κατ'ανάγκη η ανοσοιστοχημική μελέτη. Παρά το γεγονός ότι και σε αυτό το επίπεδο υπάρχει αλληλοεπικάλυψη, εν τούτοις η παρουσία ανοσοφαινοτυπικών αποκλίσεων του λεμφοκυτταρικού πληθυσμού, όπως η απώλεια ή ταυτόχρονη συνέκφραση επί μέρους δεικτών (CD4+/CD8-, CD8+/CD4-, CD4+/CD8+, CD4-/CD8-, στο σύνολο του λεμφοκυτταρικού πληθυσμού ή η δυσανάλογη έκφραση δεικτών που δεν εκφράζονται σε μεγάλο ποσοστό υπό φυσιολογικές συνθήκες, όπως το CD56, CD30, TCL-1, οδηγούν με ασφάλεια τη διαφορική διαγνωστική μεταξύ T-λεμφώματος και δερματοπάθειας.

Υπάρχει όμως εν τούτοις, ένα ποσοστό περιπτώσεων όπου τόσο η μορφολογική, όσο και η ανοσοιστοχημική αξιολόγηση δεν επαρκούν για τεκμηρίωση της νεοπλασματικής ή μη φύσης μιας εξεργασίας, οπότε ακολουθεί περαιτέρω προσέγγιση με μοριακές τεχνικές, από τις οποίες η πιο διαδεδομένη λόγω της ευκολίας χρήσης, είναι η PCR ανάλυση για ταυτοποίηση κλωνικών αναδιατάξεων των γονιδίων του T- κυτταρικού υποδοχέα, TcRγ. Και αυτή εν τούτοις, η απόλυτα εξειδικευμένη τεχνική δεν αποτελεί από μόνη της πανάκεια για τη διάγνωση, δεδομένου ότι σε ένα μικρό, αλλά αξιολογήσιμο ποσοστό, περιπτώσεων, δυνατόν να δίνει ψευδώς

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

θετικά ή ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα και χρήζει ιδιαίτερης προσοχής στην αξιολόγηση της.

Συμπερασματικά, η διάκριση ενός T- δερματικού λεμφώματος από μια δερματοπάθεια μπορεί να είναι από εύκολη έως πολύ δύσκολη και η τελική διάγνωση θα πρέπει να είναι η συνισταμένη της αξιολόγησης όλων των επί μέρους μορφολογικών, ανοσοιστοχημικών και μοριακών παραμέτρων, σε συνάρτηση όμως πάντοτε με την απαραίτητη εμπειρία του αξιολογητή.

CD 30 + πρωτοπαθή δερματικά λεμφώματα

Αικατερίνη Πατσατσή

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Δερματολογίας - Αφροδιολογίας ΑΠΘ, Ειδικό Ιατρείο Δερματικών Λεμφωμάτων, Β΄ Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων Νοσημάτων ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Τα CD 30 + πρωτοπαθή δερματικά λεμφώματα αποτελούν τη δεύτερη πιο κοινή υποομάδα δερματικών T-λεμφωμάτων (CTCL) και αντιστοιχούν στο 30% των CTCL. Σύμφωνα με την πρόσφατη ταξινόμηση των δερματικών λεμφωμάτων ταξινομούνται σε λεμφωματοειδή βλατίδωση (LyP), πρωτοπαθές δερματικό αναπλαστικό λέμφωμα από μεγάλα κύτταρα (rcALCL) και σε οριακές περιπτώσεις.

Η λεμφωματοειδή βλατίδωση (LyP) εμφανίζεται σε νέους ενήλικες και χαρακτηρίζεται από ευρύ κλινικό και ιστολογικό φάσμα. Συνήθως παρουσιάζει αυτόματη ύφεση μέσα σε διάστημα 3-6 εβδομάδων. Έχει υποτροπιάζουσα πορεία και εξαιρετική πρόγνωση. Θεραπευτικά χρησιμοποιούνται κυρίως η φωτοθεραπεία, τα τοπικά στεροειδή και η μεθοτρεξάτη. Καθώς όμως περίπου 20% των ασθενών μπορεί να εμφανίσουν ταυτόχρονα ή αργότερα σπογγοειδή μυκητίαση, πρωτοπαθές δερματικό αναπλαστικό λέμφωμα από μεγάλα κύτταρα, λέμφωμα Hodgkin ή άλλες αιματολογικές κακοήθειες, οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Το πρωτοπαθές δερματικό αναπλαστικό λέμφωμα από CD30+ μεγάλα κύτταρα διαχωρίστηκε από το συστηματικό αναπλαστικό λέμφωμα λόγω της καλής πορείας και πρόγνωσης (πενταετής επιβίωση 90%). Κλινικά χαρακτηρίζεται από πλάκες, οζίδια ή όγκους με αργή εξέλιξη, οι οποίοι συχνά εξαελκούνται. Η ολοκληρωμένη ανοσοϊστοχημική διερεύνηση είναι απαραίτητη για τη διαφορική διάγνωση από τη σπογγοειδή μυκητίαση με εκτροπή και από το συστηματικό αναπλαστικό λέμφωμα. Θεραπευτικά, σε περίπτωση μονήρους βλάβης συνιστάται η χειρουργική αφαίρεση και / ή ακτινοθεραπεία. Επίσης, και ιδιαίτερα όταν οι βλάβες είναι περισσότερες, χρησιμοποιούνται η μεθοτρεξάτη ή το anti-CD30 αντίσωμα brentuximab vedotin.

Συμπερασματικά, τα CD 30+ πρωτοπαθή δερματικά λεμφώματα έχουν μεγάλη κλινική πολυμορφία και καλή συνολική πρόγνωση. Είναι σημαντική η λήψη καλού ιστορικού, η κλινικοπαθολογική συσχέτιση, η πλήρης ανοσοϊστοχημική διερεύνηση και η μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών.

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

16.00-19.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 3: «Σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις στα T Δερματικά Λεμφώματα»

Αντιμετώπιση αρχικών σταδίων T - δερματικών λεμφωμάτων με mechlorethamine gel

Κυριακή Λαμπαδάκη

Επιμελήτρια Β΄, Β΄ Δερματολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικών»

Τα πρωτοπαθή T-δερματικά λεμφώματα, ορίζονται ως non-Hodgkin λεμφώματα, όπου το δέρμα αποικίζεται από έναν κυρίαρχο T-κυτταρικό κλώνο. Η σπογγοειδής μυκητίαση (MF) είναι ο πιο κοινός τύπος CTCL που αντιπροσωπεύει το 65% όλων των πρωτοπαθών T δερματικών λεμφωμάτων. Η μέση ηλικία διάγνωσης είναι 55-60 έτη με αναλογία ανδρών: γυναικών είναι 1,6-2/1 . Η μέση διάρκεια από την έναρξη έως τη διάγνωση είναι 4-6 έτη. Η σταδιοποίηση του MF και του Sezary Syndrome (SS) βασίζεται σε ένα σύστημα ταξινόμησης TNMB, που χρησιμοποιείται για τον διαχωρισμό των συστάσεων θεραπείας. Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από τον τύπο της PCL και το στάδιο της νόσου. Οι συστάσεις, δίδονται από τον EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer). Στα πρώιμα στάδια της νόσου IA-IIA, πρώτης γραμμής θεραπείες αποτελούν οι στοχευμένες για το δέρμα θεραπείες, όπως τα τοπικά στεροειδή κατηγορίας I (κυρίως για T1a και T1a), η φωτοθεραπεία - nUVB, κυρίως για T1a και T1a και η PUVA κυρίως για T1b και T1b, η τοπική ακτινοθεραπεία, η οποία είναι αποτελεσματική/παρηγορητική θεραπεία για μεμονωμένες βλάβες (Stage IA-IIB) και μπορεί να προκαλέσει μακροχρόνια ύφεση σε δόση : 0,7 - 35 Gy και η τοπική μεχλωρεθαμίνη, μια νεότερη θεραπεία, η οποία συστήνεται ως πρώτης γραμμής τοπική θεραπεία, σε όλα τα στάδια της νόσου (IA-IVB). Πρόκειται για έναν διλειειτουργικό κυτταροτοξικό αλκυλιωτικό παράγοντα που οδηγεί σε κυτταρικό θάνατο (απόπτωση) των ταχεώς πολλαπλασιαζόμενων T νεοπλασματικών κυττάρων.

Ο ρόλος της φωτοχημειοθεραπείας

Δήμητρα Βουδούρη

Ιατρός, Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

Η φωτοθεραπεία αποτελεί μία θεραπευτική επιλογή που εφαρμόζεται εδώ και αρκετές δεκαετίες με ποικίλες ενδείξεις, συμπεριλαμβανομένης της ψωρίασης, της λεύκης, της αποπικής δερματίτιδας αλλά και δερματικών λεμφωμάτων. Η φωτοθεραπεία εφαρμόστηκε για την αντιμετώπιση της Σπογγοειδούς Μυκητίασης για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1970. Σήμερα αποτελεί θεραπεία πρώτης γραμμής για τη Σπογγοειδή μυκητίαση σταδίου πλάκας. Ανάλογα με το στάδιο της νόσου και την ανταπόκριση, μπορεί να εφαρμοστεί ως μονοθεραπεία είτε σε συνδυασμό με p.o.s. αγωγή για καλύτερη αποτελεσματικότητα και πιο μακρά διάρκεια ύφεσης.

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

Αντιμετώπιση των Τ-Δερματικών Λεμφωμάτων με χημειοθεραπεία

Θεόδωρος Ηλιάκης

Αιματολόγος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

Τα Τ-δερματικά λεμφώματα (cutaneous T-cell lymphomas, CTCL) καταλαμβάνουν ποσοστό 70-75% των δερματικών λεμφωμάτων, και τα 2/3 τους αφορούν σε διάγνωση σπογγοειδούς μυκητίασης ή συνδρόμου Sézary. Η κλινική πορεία τους παρουσιάζει έντονη ετερογένεια από ήπια, στάσιμη με περιοδικές εξάρσεις και υφέσεις ή και προοδευτικά επιδεινούμενη. Η θεραπεία τους απαιτεί τη συνεχή συνεργασία του αιματολόγου, του δερματολόγου και του ακτινοθεραπευτή και αποσκοπεί στην ανακούφιση των συμπτωμάτων (κνησμός, ξηροδερμία, λοιμώξεις), στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην επίτευξη ύφεσης και την πρόληψη προόδου νόσου με τις ελάχιστες δυνατές ανεπιθύμητες ενέργειες. Συνίσταται στη συνδυασμένη χρήση τοπικών και συστηματικών προσεγγίσεων, που περιλαμβάνουν σκευάσματα για δερματική επάλειψη, φωτοθεραπεία, ακτινοβολία, ρετινοϊκά οξέα, χημειοθεραπεία από του στόματος και ενδοφλεβίως, ανοσοτροποποιητικούς παράγοντες και μονοκλωνικά αντισώματα. Πολλά χημειοθεραπευτικά σκευάσματα είναι δραστικά έναντι των CTCL, με βραχύχρονη όμως ανταπόκριση και αυξημένη τοξικότητα. Ακολουθώς θεωρείται ότι η χρήση της χημειοθεραπείας στα Τ-δερματικά λεμφώματα θα έπρεπε να περιορίζεται σε περιπτώσεις προχωρημένης νόσου με εκτεταμένη εξωδερματική εντόπιση, μετά από πολλαπλές υποτροπές και ως γέφυρα διάσωσης πριν τη διενέργεια αλλογενούς μεταμόσχευσης προγονικών αιμοποιητικών κυττάρων σε προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς.

Αποτελέσματα από την αλλογενή μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων στην θεραπεία των πρωτοπαθών Τ-δερματικών λεμφωμάτων

Παναγιώτης Τσιριγώτης

Αναπληρωτής Καθηγητής Αιματολογίας, Αιματολογική Μονάδα, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Τα πρωτοπαθή Τ-δερματικά λεμφώματα και ειδικότερα οι δύο συχνότερες ιστολογικές μορφές της νόσου, η σπογγοειδής μυκητίαση (Mycosis Fungoides, MF) και το σύνδρομο Sezary (Sezary Syndrome, SS) είναι σπάνιες κακοήθειες του λεμφικού ιστού με κύρια εκδήλωση την προσβολή του δέρματος.

Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει ποικιλία φαρμακευτικών προϊόντων και μεθόδων και επεκτείνεται από την απλή παρακολούθηση ή την τοπική θεραπεία, στην χρήση ανοσοτροποποιητικών όπως η ιντερφερόνη-α, την συστηματική χορήγηση χημειοθεραπείας και μέχρι την αλλογενή μεταμόσχευση.

Βασικό χαρακτηριστικό είναι η πτωχή ανταπόκριση στην χημειοθεραπεία η οποία χαρακτηρίζεται συνήθως από μερικές ανταποκρίσεις μικρής

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

όμως διάρκειας. Η νόσος μετά από μακρά πορεία στον χρόνο και μετά από πολλαπλές θεραπευτικές γραμμές καθίσταται ανθεκτική σε όλες τις διαθέσιμες θεραπείες.

Ένα σημαντικό ερώτημα που απασχολεί είναι η επιλογή της κατάλληλης χρονικής στιγμής στην μακρά συνήθως πορεία ενός ασθενούς για την εφαρμογή της αλλογενούς μεταμόσχευσης. Ο προβληματισμός αυτός είναι αποτέλεσμα των κάτωθι διαπιστώσεων.

- 1) Η αλλογενής μεταμόσχευση είναι δυνατόν να προσφέρει την ίαση σε ένα ποσοστό ασθενών αλλά με το κόστος της αυξημένης νοσηρότητας και θνητότητας που συνοδεύουν την διαδικασία.
- 2) Τα συγκεκριμένα νοσήματα και ιδιαίτερα η MF είναι νοσήματα χαμηλής κακοήθειας με μακρά διαστήματα ελεύθερα προόδου της νόσου που δεν δικαιολογούν την επιλογή μίας τοξικής θεραπείας κατά τα αρχικά στάδια της νόσου. Όμως δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε το γεγονός ότι τα νοσήματα αυτά έχουν μία εξελικτική πορεία και στα πολύ προχωρημένα στάδια της νόσου η αλλογενής μεταμόσχευση είναι αφενός πολύ περισσότερο τοξική αλλά και πολύ λιγότερο αποτελεσματική.

Τα υπάρχοντα σταδιοποιητικά και προγνωστικά συστήματα δίνουν μία πολύ καλή εκτίμηση της μέσης συνολικής επιβίωσης στις διάφορες υπο-ομάδες των ασθενών, αλλά δεν είναι όσο θα θέλαμε υψηλής προβλεπτικής αξίας για την έκβαση του κάθε ξεχωριστού ασθενούς στις διαφορές χρονικές στιγμές στην πορεία της νόσου. Σημαντικό μειονέκτημα κατά την γνώμη του γράφοντος επίσης είναι η απουσία ισχυρών δεδομένων που να συσχετίζουν την επιβίωση με την ανταπόκριση και την διάρκεια της ανταπόκρισης σε διάφορες θεραπείες.

Σας αποτέλεσμα των ανωτέρω προβληματισμών η εμπειρία μας από την εφαρμογή της αλλογενούς μεταμόσχευσης είναι περιορισμένη στην ομάδα των ασθενών με πολύ προχωρημένο νόσο και μετά από αποτυχία πολλαπλών θεραπευτικών γραμμών. Τα δεδομένα από αυτή την εμπειρία συνοψίζονται ως εξής:

- Το σχήμα προετοιμασίας πρέπει να είναι πάντοτε μειωμένης έντασης διότι η χρήση μυελοαφανιστικών σχημάτων συσχετίζεται με αυξημένη τοξικότητα και θνητότητα
- Ιδανικά η μεταμόσχευση πρέπει να διενεργείται σχετικά νωρίς στην εξέλιξη της νόσου σε ασθενείς σε καλή κατάσταση ικανότητας, με όσο το δυνατόν μικρότερο φορτίο νόσου
- Η διενέργεια μεταμόσχευσης σε ασθενείς μετά από πολλές θεραπευτικές γραμμές συσχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα υποτροπής και μειωμένη ολική επιβίωση
- Η διενέργεια “In-vivo T-cell depletion” με χορήγηση είτε ATG είτε Alemtuzumab συσχετίζεται με μειωμένη πιθανότητα νόσου μοσχεύματος αλλά με αυξημένη πιθανότητα υποτροπής.

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

- Η αποτελεσματικότητα της μεταμόσχευσης δεν αποδίδεται στην κυτταροστατική δράση του σχήματος προετοιμασίας αλλά αποκλειστικά στην ανοσολογική δράση του μοσχεύματος. Για τον λόγο αυτό η αυτόλογη μεταμόσχευση δεν έχει καμία θέση στην θεραπευτική αυτών των νοσημάτων.
- Σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο η αλλογενής μεταμόσχευση συνολικά δύναται να προσφέρει την μακρά επιβίωση χωρίς νόσο η την “ίση” στο ένα τρίτο περίπου των ασθενών, ενώ η θνητότητα η σχετιζόμενη με την διαδικασία στην ίδια ομάδα ασθενών προσεγγίζει το 20-25%.

Οι συστάσεις από ομάδες ειδικών για την θέση της αλλογενούς μεταμόσχευσης στην θεραπεία των ανωτέρω νοσημάτων συνοψίζονται στα εξής:

1. Ασθενείς με πρώιμα στάδια νόσου (IA, IB, IIA) και μετά από ανταπόκριση στην 1η θεραπευτική γραμμή. Η αλλογενής μεταμόσχευση **ΑΝΤΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ**
2. Ασθενείς με προχωρημένα στάδια νόσου (IIB-IVB) και μετά από ανταπόκριση στην 1η θεραπευτική γραμμή. Ο ρόλος της αλλογενούς μεταμόσχευσης είναι **ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΗΣΤΟΣ**
3. Ασθενείς με πρώιμα στάδια νόσου (IA, IB, IIA) σε υποτροπή και μετά από επιτυχή ανταπόκριση στην θεραπεία που χορηγήθηκε για την υποτροπή. Ο ρόλος της αλλογενούς μεταμόσχευσης είναι **ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΗΣΤΟΣ**
4. Ασθενείς με προχωρημένα στάδια νόσου (IIB-IVB) σε υποτροπή και μετά από επιτυχή ανταπόκριση στην θεραπεία που χορηγήθηκε για την υποτροπή. **ΣΥΣΤΗΝΕΤΑΙ ΙΣΧΥΡΑ** Η αλλογενής μεταμόσχευση.
5. Ασθενείς με πρώιμα στάδια νόσου (IA, IB, IIA) σε υποτροπή και μετά από αστοχία στην θεραπεία που χορηγήθηκε για την υποτροπή. Η αλλογενής μεταμόσχευση **ΣΥΣΤΗΝΕΤΑΙ**.
6. Ασθενείς με προχωρημένα στάδια νόσου (IIB-IVB) σε υποτροπή και μετά από αστοχία στην θεραπεία που χορηγήθηκε για την υποτροπή. Η αλλογενής μεταμόσχευση **ΣΥΣΤΗΝΕΤΑΙ**.

Σε κάθε περίπτωση για την επιλογή της αλλογενούς μεταμόσχευσης θα ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες όπως η κατάσταση του ασθενούς, το είδος του διαθέσιμου δότη, οι συνοσπρότητες, και οι εναλλακτικές θεραπευτικές λύσεις.

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

Κλινική μελέτη RESMAIN: εξελίξεις και προοπτικές στη θεραπεία συντήρησης ασθενών με δερματικό λέμφωμα

Μαριτίνα Ρόππα

Δερματολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης Μονάδας Κλινικών Μελετών και Ιατρείου Δερματικών Λεμφωμάτων, Β΄ Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Η κλινική μελέτη RESMAIN είναι μια πολυκεντρική, διπλά τυφλή, τυχαιοποιημένη μελέτη, στην οποία συμμετέχουν ασθενείς με προχωρημένα στάδια σπογγοειδούς μυκητρίασης (στάδια IIB-IVB) και σ. Sezary, οι οποίοι είναι σε ύφεση ή σταθερή κατάσταση, μετά από πρόσφατη καλή ανταπόκριση σε θεραπείες πρώτης γραμμής. Το υπό μελέτη φάρμακο είναι το resminostat, το οποίο ανήκει στην κατηγορία των HDAC-inhibitors. Πρόκειται για μια καινούρια ομάδα αντικαρκινικών φαρμάκων, τα οποία επηρεάζουν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό, οδηγώντας καρκινικά κύτταρα στην απόπτωση (κυτταρικό θάνατο). Το resminostat ελέγχεται αν είναι σε θέση (εναντίον Placebo) να διατηρήσει τους ασθενείς σε ύφεση.

Το κέντρο εμπειρογνωμοσύνης για το δερματικό λέμφωμα στο νοσοκομείο Αττικών συμμετέχει στη μελέτη RESMAIN με 6 ασθενείς από το 2018, κατέχοντας πλέον την πέμπτη θέση μεταξύ των συμμετεχόντων χωρών ως προς την ένταξη ασθενών και στην επιτυχή διεξαγωγή της μελέτης αυτής με μεγάλο όφελος για τους ασθενείς.

Η εμπειρία της Ακτινοθεραπείας από το Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης

Κυπραίου Ευφροσύνη

Επιμελήτρια Α΄, Ακτινοθεραπεύτρια, Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Τα δερματικά λεμφώματα, αποτελούν μία ετερογενή και σπάνια νοσολογική οντότητα, η αντιμετώπιση της οποίας απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση.

Στόχος του Κέντρου Εμπειρογνωμοσύνης, που λειτουργεί από το 2019 στην Β κλινική δερματολογίας και αφροδισίων νόσων του ΕΚΠΑ στο ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», αποτελεί ο έγκαιρος εντοπισμός των ασθενών που πάσχουν από δερματικό λέμφωμα και η ορθή αντιμετώπισή τους.

Ως Ακτινοθεραπευτές Ογκολόγοι συμμετέχουμε ενεργά στο κέντρο, εκτιμώντας και απορροφώντας τους ασθενείς που χρήζουν ακτινοθεραπευτικής αντιμετώπισης, συμβάλλοντας αποτελεσματικά στην ποιοτική φροντίδα των ασθενών αυτών αλλά και στην ολοκληρωμένη και αποτελεσματική παροχή υγείας σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης.

Περιλήψεις Ομιλιών

Σάββατο 27 Φεβρουαρίου 2021

19.00-20.00

Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του ασθενούς με Δερματικό Λέμφωμα

Ευδοξία Κράνη

Νοσηλεύτρια Π.Ε., MSc, Β΄ Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Ο νοσηλευτής, αποτελεί αναπόσπαστο και πολύτιμο κομμάτι κάθε διεπιστημονικής ομάδας, στη διαχείριση και την αντιμετώπιση των ασθενών. Η ομιλία, έχει σκοπό να παρουσιάσει τον πολυσχιδή ρόλο του νοσηλευτή του ειδικού ιατρείου λεμφωμάτων και να κάνει κατανοητό το πώς αυτός ο ρόλος αποτελεί τη «γέφυρα» μεταξύ ιατρού και ασθενή, συμβάλλοντας έτσι στην καλύτερη έκβαση της θεραπείας του.

Περιλήψεις Ομιλιών

Κυριακή 28 Φεβρουαρίου 2021

09.00-10.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 4: «Τι πρέπει να ξέρω για τα Β δερματικά λεμφώματα»

Κλινική εικόνα Β δερματικών λεμφωμάτων

Μάριος Κουμουρτζής

Ειδικευόμενος Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας, Β' Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Τα Β δερματικά λεμφώματα (CBCL) αποτελούν το 20 με 25% όλων των πρωτοπαθών δερματικών λεμφωμάτων. Τα τρία βασικά είδη CBCL είναι το πρωτοπαθές δερματικό λέμφωμα βλαστικών κέντρων (PCFCL), το πρωτοπαθές δερματικό λέμφωμα Β-λεμφοκυττάρων οριακής ζώνης (PCMZL), και το πρωτοπαθές διάχυτο δερματικό λέμφωμα από μεγάλα κύτταρα, τύπου ποδός (PCLBCL-LT). Τα PCFCL και PCMZL είναι βραδείας εξέλιξης, χαμηλού βαθμού με καλή πρόγνωση (η 10ετής επιβίωση ξεπερνά το 90%), ενώ το PCLBCL-LT έχει πιο δυσμενή πρόγνωση (η 5ετής επιβίωση σχετιζόμενη με την ασθένεια είναι περίπου 50%).

Το PCFCL είναι το πιο κοινό είδος CBCL και συνήθως εντοπίζεται στο κεφάλι, τον αυχένα ή τον άνω κορμό, με τη μορφή ερυθρών οζιδίων, ή όγκων βραδείας ανάπτυξης. Σπάνια εξελίσσονται σε ανοιχτές πληγές ή έλκη. Οι ασθενείς με PCMZL παρουσιάζουν ερυθροιδείς ή ερυθρές βλατίδες, οζίδια και πλάκες, με ετόπιση οπουδήποτε στο δέρμα, αλλά συνήθως εκδηλώνεται στα χέρια, τα πόδια ή τον κορμό. Το PCLBCL-LT είναι ένα σπάνιο είδος CBCL, αλλά με δυσμενή πρόγνωση. Τις περισσότερες φορές εντοπίζεται στα κάτω άκρα, συνήθως σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, και μπορεί να αυξηθεί σημαντικά σε μέγεθος.

Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από Τ-δερματικό λέμφωμα, Ρινόψωμα, βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, ψευδολέμφωμα, Granuloma faciale και από τη Jessner Λεμφοκυτταρική διήθηση. Η κλινική εικόνα του ασθενούς θα μας θέσει την υποψία δερματικού Β-λεμφώματος και η βιοψία δέρματος θα επιβεβαιώσει τη διάγνωση.

Πρωτοπαθή Δερματικά Β-Λεμφώματα

Περικλής Γ. Φούκας

Β' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. Αττικών

Τα τελευταία χρόνια μεγάλη πρόοδος έχει συντελεστεί στην κατανόηση και στην ταξινόμηση των λεμφωμάτων. Η ενσωμάτωση μορφολογικών, ανοσοφαινοτυπικών, κλινικών και μοριακών χαρακτηριστικών έχει οδηγήσει όχι μόνο στον ακριβέστερο και διακριτό ορισμό υποτύπων, αλλά και σε παγκόσμια συναίνεση, όπως αυτή εκφράζεται στα “μπλε” βιβλία που εκδίδει η WHO. Οι αιμοπαθολογοανατόμοι και οι δερματοπαθολογοανατόμοι συνεργάζονται στενά με τους κλινικούς ιατρούς προκειμένου να ορίσουν τις νεοπλασματικές οντότητες του λεμφικού ιστού που αναπτύσσονται πρωτοπαθώς στο δέρμα.

Περιλήψεις Ομιλιών

Κυριακή 28 Φεβρουαρίου 2021

Τα Β-λεμφώματα του δέρματος είναι μια ετερογενής ομάδα νεοπλασμάτων, είτε πρωτοπαθή, με αποκλειστική εκδήλωση στο δέρμα κατά την διάγνωση, είτε δευτεροπαθή, με διήθηση του δέρματος από συστηματική νόσο. Κάποια Β-δερματικά λεμφώματα, με πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα το πρωτοπαθές δερματικό λέμφωμα από κύτταρα των βλαστικών κέντρων (Primary cutaneous follicle centre lymphoma) και το πρωτοπαθές λέμφωμα οριακής ζώνης (Primary cutaneous marginal zone [MALT] lymphoma), παρουσιάζουν διακριτά χαρακτηριστικά, τα οποία τα διαφοροποιούν από τα λεμφαδενικά τους ομόλογα, όχι μόνο ανοσοφαινοτυπικά και μοριακά αλλά και κλινικά, με σπάνια εξωδερματική επέκταση και εξαιρετική πρόγνωση, με πενταετή επιβίωση > 95%. Άλλα πάλι, όπως το πρωτοπαθές δερματικό διάχυτο από μεγάλα Β-κύτταρα λέμφωμα, τύπου ποδός (Primary cutaneous diffuse large B-cell lymphoma, leg type), παρουσιάζουν παρόμοιο προφίλ γονιδιακής έκφρασης με τα εξωδερματικά/λεμφαδενικά διάχυτα από μεγάλα Β-κύτταρα λεμφώματα, τύπου ενεργοποιημένου Β-λεμφοκυττάρου (DLBCL, NOS, activated B-cell subtype), με επιθετική βιολογική συμπεριφορά και πενταετή επιβίωση < 60%. Επιπρόσθετα, ο ιός Epstein-Barr φαίνεται να παίζει παθογενετικό ρόλο στην ανάπτυξη κάποιων από τις δερματικές λεμφοϋπερπλαστικές εξεργασίες, όπως το βλεννοδερματικό έλκος (EBV-positive mucocutaneous ulcer), το πλασμαβλαστικό λέμφωμα, καθώς επίσης στις περιπτώσεις EBV+ λεμφωμάτων οριακής ζωής.

Η σωστή διαχείριση των ασθενών με δερματικό λέμφωμα απαιτεί τη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων, όπως οι δερματολόγοι, οι παθολογοανατόμοι, οι αιματολόγοι και οι ακτινοθεραπευτές. Σε σχέση με την ιστολογική διαγνωστική προσέγγιση, είναι πολύ σημαντική η στενή συνεργασία αιμοπαθολογοανατόμων και δερματοπαθολογοανατόμων, καθώς οι πρώτοι γνωρίζουν καλύτερα τα συστηματικά νεοπλάσματα του λεμφικού ιστού και οι δεύτεροι τις φλεγμονώδεις δερματοπάθειες, οι οποίες μιμούνται λεμφώματα.

Ο ρόλος του rituximab στα πρωτοπαθή δερματικά λεμφώματα από Β-κύτταρα

Μαρίνα Σιακαντάρη

Αναπλ Καθηγήτρια Παθολογίας - Αιματολογίας ΕΚΠΑ

Τα πρωτοπαθή δερματικά λεμφώματα από Β-κύτταρα ανήκουν σε 3 ιστολογικές υποκατηγορίες: το λέμφωμα από τα βλαστικά κέντρα (PCFCL), της οριακής ζώνης (PCMZL) και το μεγαλοκυτταρικό τύπου άκρου ποδός (PCLBCL-LT). Το 80% αφορά στις 2 πρώτες κατηγορίες με ευνοϊκή πρόγνωση (5-ετής επιβίωση >95%), ενώ το μεγαλοκυτταρικό λέμφωμα θεωρείται επιθετικότερο με 5-ετή επιβίωση: 50-60%.

Λόγω σπανιότητας νόσων (25% του συνόλου των δερματικών λεμφωμάτων), οι πληροφορίες της βιβλιογραφίας προέρχονται από μικρές αναδρομικές μελέτες ή εμπειρία τμημάτων. Έτσι δεν υπάρχουν

Περιλήψεις Ομιλιών

Κυριακή 28 Φεβρουαρίου 2021

οριστικά δεδομένα για τη βέλτιστη θεραπεία τους. Αν και η χειρουργική εξαίρεση ή/και η ακτινοβολήση αποτελούν τη συνήθη πρακτική σε μονήρεις ή περιορισμένης έκτασης βλάβες, η πολυεστιακή νόσος αποτελεί θεραπευτική πρόκληση. Το Rituximab έχει αλλάξει την πρόγνωση των ασθενών στα αντίστοιχα λεμφαδενικά λεμφώματα, στην πρώτη γραμμή θεραπείας αλλά και στις θεραπείες διάσωσης. Η εμπειρία θεραπείας των συστηματικών λεμφωμάτων από B-κύτταρα δικαιολογεί τη χρήση του Rituximab στα δερματικά λεμφώματα. Υπάρχουν αρκετές αναφορές με χρήση του μονοκλωνικού αντισώματος, τόσο εντός της βλάβης, σε διάφορες δόσεις 10-30mg, τρεις φορές την εβδομάδα για 4 εβδομάδες, όσο και συστηματικά με ενδοφλέβια δόση 375mg/m² ανά εβδομάδα, για 4-8 εβδομάδες, ειδικά στην πολυεστιακή νόσο. Για τα PCFCL και PCMZL τα ποσοστά πλήρους ύφεσης είναι 70-100%, διάρκειας 6-63 μήνες, η νόσος εμφανίζει υποτροπές σε ποσοστό 40-60%, αλλά σχεδόν πάντα μόνο στο δέρμα. Όσον αφορά στο μεγαλοκυτταρικό λέμφωμα, τύπου άκρου ποδός, ο συνδυασμός Rituximab με χημειοθεραπεία έχει αλλάξει την πρόγνωση των ασθενών από 5-ετή επιβίωση ειδική για τη νόσο 50% σε 65-75%. Η ομάδα αυτή των ασθενών περιλαμβάνει κυρίως ηλικιωμένους ασθενείς, που στο παρελθόν αντιμετώπιζονταν με παρηγορητική θεραπεία ή ακτινοθεραπεία, ενώ η ενσωμάτωση του Rituximab στη χημειοθεραπεία με ή χωρίς ανθρακυκλίνη ή με προσαρμοσμένες στην ηλικία δόσεις ανθρακυκλίνης, επιφέρει ικανοποιητική έκβαση.

Περιλήψεις Ομιλιών

Κυριακή 28 Φεβρουαρίου 2021

10.30-11.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Τοπική θεραπεία και συντήρηση στην σπογγοειδή μυκητίαση

Κυριακή Λαμπαδάκη

Επιμελήτρια Β΄, Β΄ Δερματολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»

Η γέλη μεκλωρεθαμίνης (CL), εγκρίθηκε το 2013 στις ΗΠΑ και το 2017 στην ΕΕ αντίστοιχα, με βάση μια πολυκεντρική/τυχαιοποιημένη/τυφλή ελεγχόμενη μελέτη, του Lessin et al (2013) ή Μελέτη 201, όπου κατέδειξε την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια, μιας νέας μορφής Μεκλωρεθαμίνης, της γέλης 0,02% CL, ως μη κατώτερη από την 0,02% αλοιφή. Η συνολική απόκριση (OR) της 0,02% CLgel (76,2%) ήταν μεγαλύτερη σε σύγκριση με την 0,02% CL αλοιφή (56,2%), την εβδομάδα 52. Στη Μελέτη 201 (Lessin et al), το 20% των ασθενών που έλαβαν CLgel και το 17% με αλοιφή CL, αποσύρθηκε λόγω ερεθισμού του δέρματος που σχετίζεται με τη CL. Μεταξύ των ανεπιθύμητων ενεργειών (ΑΕ), η δερματίτιδα ήταν ο κύριος λόγος για τη διακοπή. Στην Ελλάδα κυκλοφορεί από τον Ιούνιο 2019, με τη μορφή γέλης 60 gr και την εμπορική ονομασία Ledaga 160mg/gr. Χορηγήθηκε σε 58 ασθενείς σταδίου IA-IIb, είτε ως μονοθεραπεία, είτε σε συνδυασμό με συστηματική αγωγή. Τον 9ο μήνα το 80,7% των ασθενών παρουσίασε ολική απόκριση (RR), έναντι του 37,9%, των ασθενών που ολοκλήρωσαν θεραπεία ένα μήνα. Πλήρη κάθαρση (Complete Responset), κατάφερε να επιτύχει το 53,9% των ασθενών, το 9ο μήνα θεραπείας, έναντι του 1,7% των ασθενών που ολοκλήρωσαν 1 μήνα θεραπείας. Ανεπιθύμητες ενέργειες, παρατηρήθηκαν τους πρώτους μήνες (1^ο-3^ο) με κυριότερη τη δερματίτιδα εξ επαφής στο 72,4% των ασθενών (42/58). Οι 9 ασθενείς αποσύρθηκαν (15,5%) και οι 33 (56,9%) ασθενείς συνέχισαν τη θεραπεία. Η αντιμετώπιση ήταν παρόμοια με της Μελέτης 201. Σε Ήπια-Μέτρια, έγινε μείωση της συχνότητας εφαρμογής σε 2-3 φορές την εβδομάδα και συνδυασμός με μαλακτικές κρέμες και αντιισταμινικά peros. Σε Σοβαρή/γενικευμένη δερματίτιδα, έγινε διακοπή ή μείωση της συχνότητας εφαρμογής σε 1 φορά/εβδομάδα και συνδυασμός με ισχυρά κορτικοειδή κατηγορίας I (clobetasole propionate), μαλακτικές κρέμες και αντιισταμινικά peros. Η θεραπεία με γέλη Μεκλωρεθαμίνης (Ledaga) αποτελεί νεότερη θεραπεία και ασφαλή σε όλα τα στάδια. Όσο περισσότερο εξοικειώνεται ιατρός και ασθενής, τόσο πιο εγγυημένη είναι η αποτελεσματικότητά της. Μεγαλύτερες μελέτες με περισσότερα δεδομένα θα είναι σημαντικές προκειμένου να αξιολογηθεί η χρήση του CL gel σε ασθενείς με διαφορετικές αλλοιώσεις MF.

Δορυφορική Διάλεξη

Κυριακή 28 Φεβρουαρίου 2021

10.30-11.00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

**«Τοπικές θεραπείες στη σπογγοειδή μυκητίαση.
Νεότερα δεδομένα για το gel μεχλωραιθαμίνης»**

Πρόεδρος: Ε. Παπαδαυίδ

Ομιλήτρια: Κ. Λαμπαδάκη



RECORDATI
RARE DISEASES

GROUP

11.00-11.30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

**«Πού βρισκόμαστε με τις νεότερες συστηματικές
θεραπείες για τα T δερματικά λεμφώματα. Ποιότητα
ζωής και επιβίωση»**

Προεδρείο: Β. Παππά

Ομιλήτρια: Ε. Παπαδαυίδ



ONCOLOGY

Therakos® CellEx® PHOTOPHERESIS SYSTEM



Η τελευταία εξέλιξη των Κλειστών Συστημάτων
Φωταφαίρεσης Εξωσωματικής Κυκλοφορίας



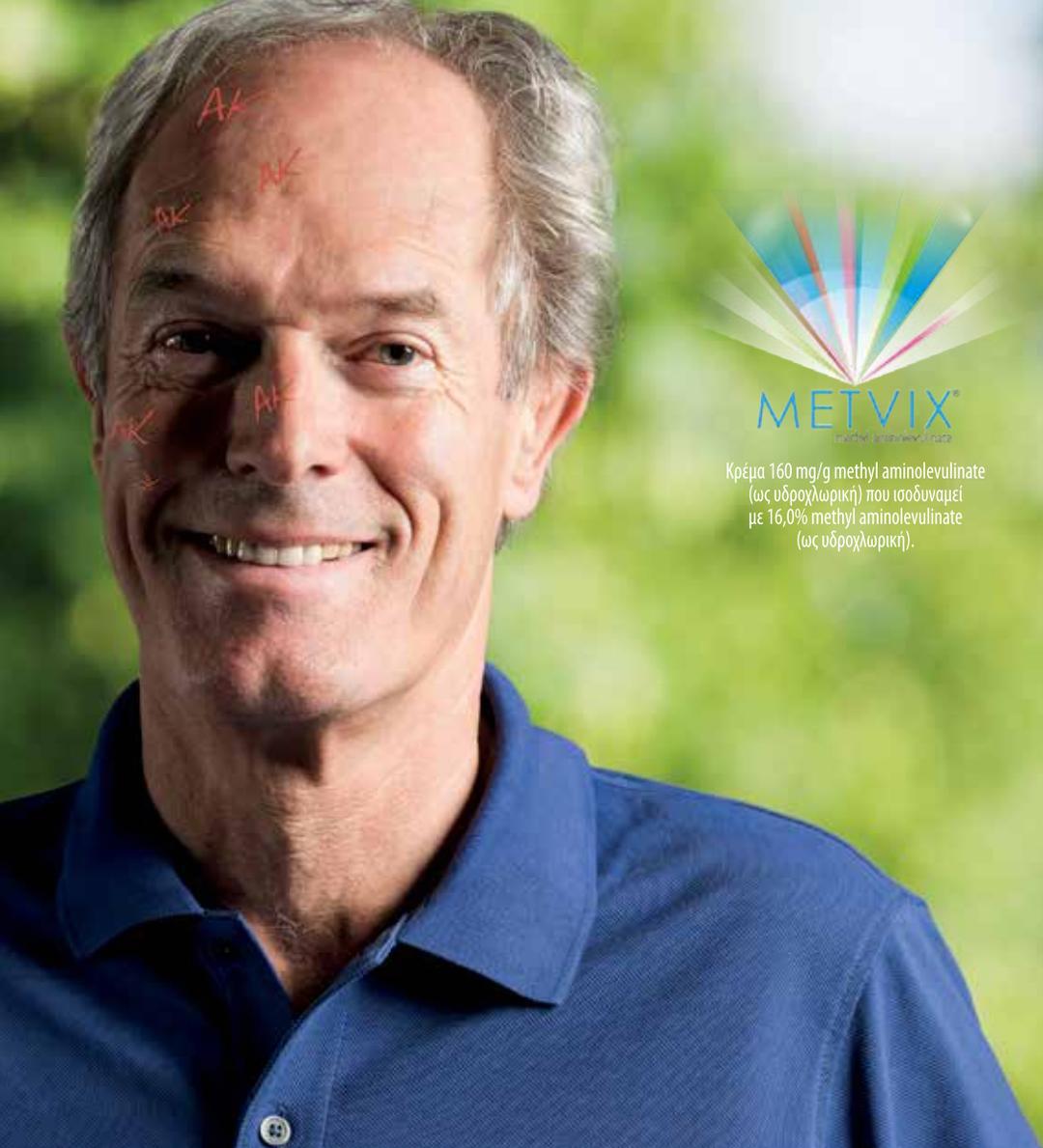
Mallinckrodt
Pharmaceuticals



- Μηδενικός κίνδυνος επιμόλυνσης
- Μέγιστη αποτελεσματικότητα
- Μειωμένος χρόνος θεραπείας

Αυτόλογη κυτταρική Θεραπεία

Νέα **EpiMed**



Κρέμα 160 mg/g methyl aminolevulinate
(ως υδροχλωρική) που ισοδυναμεί
με 16,0% methyl aminolevulinate
(ως υδροχλωρική).

Επίσημος διανομέας



ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΥ Α.Ε.Β.Ε.
15^ο χλμ. Εθνικής Οδού Αθηνών-Λαμίας, 14564
Κηφισιά τ210 6294600 f 210 6294610
www.lilly.gr

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



Λ.Τ.: 199,41€
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ: Με ιατρική συνταγή
4a_Metvix_03/20

Συνδεθείτε με τη ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΥ
στα κοινωνικά δίκτυα



Για την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος απευθυνθείτε στην εταιρεία ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

Γενικές Πληροφορίες

ΤΟΠΟΣ - ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η Διημερίδα «ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΛΕΜΦΩΜΑ 2021. Θεραπεία: Αφιετηρία & προορισμός» θα διεξαχθεί διαδικτυακά στις **27 & 28 Φεβρουαρίου 2021**. Η επίσημη γλώσσα θα είναι η Ελληνική.

LIVE STREAMING

Ο ηλεκτρονικός σύνδεσμος (link) για τη διαδικτυακή παρακολούθηση της εκδήλωσης είναι:

<https://www.events-free-spirit.gr/dermatiko-lemfoma-2021/live-streaming>.

ΕΓΓΡΑΦΕΣ

Όλες οι εγγραφές πραγματοποιούνται **ηλεκτρονικά** μέσω της ιστοσελίδας της εκδήλωσης:

<https://www.events-free-spirit.gr/dermatiko-lemfoma-2021/forma-symmetoxis>

Η εγγραφή για όλους τους Ιατρούς, λοιπούς Επαγγελματίες Υγείας, Φοιτητές είναι **ΔΩΡΕΑΝ** και περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση του Συνεδρίου
- Βεβαίωση Συμμετοχής
- Πιστοποιητικό παρακολούθησης με μοριοδότηση (για τους γιατρούς εφόσον έχει καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης)

ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Οι βεβαιώσεις παρακολούθησης θα σταλούν ηλεκτρονικά μετά τη λήξη της Επιστημονικής Εκδήλωσης. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η αποστολή σχετικού e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση **LParissi@free-spirit.gr**

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Το επιστημονικό πρόγραμμα της Διημερίδας μοριοδοτείται με δεκατέσσερα (14) Μόρια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (ΠΙΣ). Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, δικαίωμα παραλαβής πιστοποιητικού με μοριοδότηση έχει κάθε ιατρός ο οποίος έχει παρακολουθήσει τουλάχιστον 60% των ωρών του επιστημονικού προγράμματος. Δορυφορικά συμπόσια και δορυφορικές διαλέξεις δε μοριοδοτούνται. Η καταμέτρηση του χρόνου παρακολούθησης θα γίνεται μέσω της διαδικτυακής πλατφόρμας αναμετάδοσης. Με γνώμονα τα παραπάνω, η αποστολή των πιστοποιητικών θα γίνει ηλεκτρονικά μετά τη λήξη του Συνεδρίου, με την προϋπόθεση συμπλήρωσης του online δελτίου αξιολόγησης, το οποίο θα σταλεί ηλεκτρονικά στους εγγεγραμμένους ιατρούς μετά τη λήξη της εκδήλωσης.

Γενικές Πληροφορίες

Πληροφορίες για Ομιλητές

Για τη σύνδεσή σας στο συνέδριο παρακαλείσθε να διαθέτετε:

1. Σταθερή και πολύ καλή σύνδεση Internet
2. Αξιόπιστο hardware laptop/PC (με κάρτα γραφικών, ήχου, μνήμη)
3. Headset (ακουστικά & μικρόφωνο)

Παρακαλούνται όλοι οι Πρόεδροι - Ομιλητές του Συνεδρίου να τηρήσουν αυστηρά τους χρόνους του προγράμματος προκειμένου να διασφαλιστεί η ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του.

InterMed

Pharmaceutical Laboratories

Dermocort®

Fluticasone Propionate

0,005% W/W (0,05 mg/1G)



Η αλοιφή Dermocort® ενδείκνυται σε: Ενήλικες και παιδιά ηλικίας >1 έτους για την ανακούφιση από φλεγμονώδεις και κνημοίδεις δερματοπάθειες που ανταποκρίνονται στα τοπικά στεροειδή:

- ✓ Έκζεμα
- ✓ Οξώδης κνήφη
- ✓ Ψωρίαση
- ✓ Λειχήνας
- ✓ Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα

- ✓ Ίδρωα
- ✓ Μείωση του κινδύνου υποτροπής του χρόνιου υποτροπιάζοντος ατοπικού εκζέματος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ (Σ.Π.Χ)

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Dermocort® Αλοιφή 0,005% W/W (0,05mg/1gr). 2. ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΔΟΣΟΤΗΤΗ ΣΥΝΘΕΣΗ (σε δραστικό συστατικό): Κάθε g αλοιφής περιέχει 0,05 mg Fluticasone propionate (0,005% w/w). 3. ΦΑΡΜΑΚΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΠΡΟΦΗΛ: Αλοιφή. 4. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΝΘΕΤΑ: Αντιεπιθώδης: Ροδόχρους και κνηστικό. Περιεπιθημικό: Δερματίτιδα. Πρωτοπαθή δερματικό λοίμωξη κωχίτη (π.χ. από τις γρίπες, ανεμοβλογιά). Περιεπιθημικό και γεννητικό κνηστικό. Ιδιαίτερα προεκδομώδης και προφελίδια κατά τη χρήση: λόγω των απορροφούμενων στεροειδών από πιθανή απορρόφηση οριστικής φύσης/έτσι είναι εργαζόμενα σε μεγάλα σπυρίδια δέρματος ή σε παρατεταμένη χρήση/ήδη ιδιαίτερα στα παιδιά, καθώς και σε ασθενείς με βαρέα νεφροπάθεια, διαταραχή ήπιας και σε ασθενείς που υποφέρουν από βλάβες. Ανεπιθύμητες ενέργειες: Αίσθημα καύσου, κνησμός, ερυθρότητα, ξηρότητα, θλακώδη, υπερλιχίωση, λιπώση του δέρματος, τσίχλα/οιστίτιδα, τριφυλοποίηση της κλίμακας οκτών επί κονδυλωμάτων, γρίπη (ρινιτίτιδα, φάρμα, Α.Τ.2.79.6).

Καθαρίστε να είναι το φάρμακο να αγοράστεί με Ανεπίσημο ΟΑΕΣ ή σε περίπτωση σύμφωνο ΟΑΕ το φάρμακο. Συμβουλευθείτε την ΨΥΧΗ ΚΑΡΤΕ.

www.intermed.com.gr

Ευχαριστίες

Η Οργανωτική Επιτροπή της Επιστημονικής Εκδήλωσης
«ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΛΕΜΦΩΜΑ 2021. Θεραπεία: Αφετηρία & προορισμός»
ευχαριστεί για τη συμμετοχή τους τις παρακάτω εταιρίες

EAU THERMALE
Avène

CeraVe
DEVELOPED WITH DERMATOLOGISTS

innovis
Future health today

InterMed
Pharmaceutical Laboratories

LA ROCHE POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



RECORDATI
RARE DISEASES
GROUP



ONCOLOGY

NECA **EpiMed**

Lilly
ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ

Enstilar®

calcipotriol/betamethasone dipropionate

Νικητής
με διαφορά έναντι
κλομπεταζόλης
στη διαχείριση της
ψωρίασης

Αποτελέσματα συγκριτικής μελέτης
Ποσοστά μείωσης
των συμπτωμάτων της ψωρίασης:
Enstilar 80% - Κρέμα κλομπεταζόλης 43%¹

1. Yélamos O, et al. JEADV, May 4, 2020; doi:10.1111/jdv.16559



ΛΕΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΣ Α.Ε.
Λεωφόρος Κύμης και Ξενόκκω 10, 14564 Κηφισιά,
Τηλ.: 212 222 5000, Fax: 2106834342 <http://leo-pharma.gr>
Τηλ. εξυπηρέτησης πελατών 212 222 5150

© LEO Pharma copyright ENSTILAR ADV, MAT-42264 All LEO Pharma trademarks mentioned belong to the LEO Pharma Group



Λ.Τ. €47,95

ΔΤ 12/2020

Χαρακτηριστικά σχετιζόμενα με τη νόσο στην έναρξη

	Μελέτη 1 (N=426)	Μελέτη 2 (N=302)	Μελέτη 3 (N=376)
Βαρύτητα της νόσου στην έναρξη (PGA):			
Ήπια	65 (15,3%)	41 (13,6%)	63 (16,8%)
Μέτρια	319 (74,9%)	230 (76,2%)	292 (77,7%)
Σοβαρή	42 (9,9%)	31 (10,3%)	21 (5,6%)
Μέσος BSA (εύρος)	7,5% (2-30%)	7,1% (2-28%)	7,5% (2-30%)
Μέσος m-PASI (εύρος)	7,5 (2,0-47,0)	7,6 (2,0-28,0)	6,8 (2,0-22,6)

Ποσοτό ασθενών με «θεραπευτική επιτυχία» σύμφωνα με την PGA στο σώμα στην Εβδομάδα 4

	Enstilar	Αφρός χωρίς δραστική ουσία	BDP σε αφρό	Καλιποτριόλη σε αφρό	Donobet Αλοιφή	Αλοιφή χωρίς δραστική ουσία
Μελέτη 1	(N=323) 53,3%	(N=103) 4,8%	-	-	-	-
Μελέτη 2	(N=100) 45,0%	-	(N=101) 30,7%	(N=101) 14,9%	-	-
Μελέτη 3	(N=141) 54,6%	(N=49) 6,1%	-	-	(N=135) 43,0%	(N=51) 7,8%

Τα αποτελέσματα για το κύριο τελικό σημείο «θεραπευτική επιτυχία» (PGA) του σώματος στην Εβδομάδα 4 κατέδειξαν ότι το Enstilar είναι στατιστικά σημαντικά περισσότερο αποτελεσματικό από όλους τους συμπεριλαμβανόμενους συγκριτικούς παράγοντες, ενώ απαντήσεις παρατηρήθηκαν σε όλες τις κατηγορίες βαρύτητας της νόσου στην έναρξη της μελέτης. Στη Μελέτη 2, η επίδραση του Enstilar στη ψύξη στο τριχωτό της κεφαλής διερευνήθηκε στη βάση του ποσοστού ασθενών με «θεραπευτική επιτυχία» σύμφωνα με την PGA στο τριχωτό της κεφαλής στην Εβδομάδα 4.

Ποσοτό ασθενών με «θεραπευτική επιτυχία» σύμφωνα με την PGA στο τριχωτό της κεφαλής στην Εβδομάδα 4

	Enstilar	BDP σε αφρό	Καλιποτριόλη σε αφρό
Μελέτη 2	(N=100) 53,0%	(N=101) 47,5%	(N=101) 35,6%

Το Enstilar ήταν στατιστικά σημαντικά πιο αποτελεσματικό σε σύγκριση με την καλιποτριόλη, ενώ επίσης σχετίζεται με υψηλότερο ποσοστό θεραπευτικής επιτυχίας σε σύγκριση με την BDP αλλά η σύγκριση αυτή δεν έφθασε σε επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας. Η επίδραση του Enstilar στον κνησμό και τη σχετιζόμενη με τον κνησμό απόλυση ύπνου διερευνήθηκε στη Μελέτη 1 με τη χρήση οπτικής αναλογικής κλίμακας (VAS) που κυμαίνεται από 0 mm (απουσία κνησμού / καθόλου απόλυση ύπνου) έως 100 mm (ο χειρότερος κνησμός που μπορείτε να φανταστείτε / η χειρότερη duration απόλυση ύπνου). Στατιστικά σημαντικά υψηλότερος αριθμός ασθενών στην ομάδα του Enstilar σε σύγκριση με την ομάδα του αφρό χωρίς δραστική ουσία πέτυχαν μείωση κατά 70% στον κνησμό και τη σχετιζόμενη με τον κνησμό απόλυση ύπνου από την Ημέρα 3 και καθ' όλη την περίοδο της θεραπείας. Η επίδραση του Enstilar στην ποιότητα ζωής διερευνήθηκε στη Μελέτη 1 με τη χρήση του γενικού ερωτηματολογίου EQ-5D-5L και του ειδικού δερματολογικού ερωτηματολογίου DLQI. Στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση στην ποιότητα ζωής υπέρ του Enstilar καταδείχθηκε για το DLQI από την Εβδομάδα 1 και καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου θεραπείας και για το EQ-5D-5L στην Εβδομάδα 4. Μακροχρόνια δεδομένα Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια του Enstilar διερευνήθηκε σε μια τυχαιοποιημένη, διπλή-τυφή, ελεγχόμενη από αφρό χωρίς δραστική ουσία μελέτη (Μελέτη Τέσσαρα). Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε θεραπεία μία φορά ημερησίως με ανοιχτές επισημάνσεις Enstilar για 4 εβδομάδες, και οι ανταποκριθέντες τυχαιοποιήθηκαν για να λάβουν Enstilar (μακροχρόνια θεραπεία συντήρησης) ή αφρό χωρίς δραστική ουσία δύο φορές την εβδομάδα για έως 52 εβδομάδες. Οι ασθενείς και στα δύο σκέλη της θεραπείας που παραμέναν υποτροπή έλαβαν θεραπεία με Enstilar μία φορά ημερησίως για 4 εβδομάδες, και αυτοί που ανταποκρίθηκαν συνέχισαν μετά την τυχαιοποιημένη θεραπεία.

Χαρακτηριστικά σχετιζόμενα με τη νόσο στην έναρξη (όλοι οι τυχαιοποιημένοι ασθενείς)

Βαρύτητα της νόσου στην έναρξη (PGA):	Μελέτη 4 (N=545)	
	Ήπια	58 (10,6%)
Μέτρια	447 (82,0%)	
Σοβαρή	40 (7,3%)	
Μέσος BSA (εύρος)	8,3 (1,0-38,0)	
Μέσος m-PASI (εύρος)	7,5 (2,0-28,0)	

Ασθενείς σε μακροχρόνια θεραπεία συντήρησης με Enstilar είχαν περισσότερο χρόνο έως την πρώτη υποτροπή, μεγαλύτερη αναλογία ημερών σε ύφεση κατά τη διάρκεια της μελέτης, και λιγότερες υποτροπές σε σύγκριση με τους ασθενείς που χρησιμοποίησαν τον αφρό χωρίς δραστική ουσία. Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει μια επισκόπηση της επίδρασης της υποτροπής σε αυτή τη μελέτη.

Περίληψη της αποτελεσματικότητας της έως 52 εβδομάδων μακροχρόνιας θεραπείας συντήρησης (Μελέτη Τέσσαρα)

Τελικό σημείο	Παρατηρηθέντα δεδομένα στη μελέτη		Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης (N=521*)	
	Μακροχρόνια συντήρηση + θεραπεία υποτροπής (N=256)	Αφρός χωρίς δραστική ουσία + θεραπεία υποτροπών (N=265)	Εκτιμήσεις [95% CI]	Τιμή p
Κύριο: Χρόνος έως την πρώτη υποτροπή	Μέσος χρόνος έως την πρώτη υποτροπή = 56 ημέρες	Μέσος χρόνος έως την πρώτη υποτροπή = 30 ημέρες	HR=0,57 [0,47, 0,69] (Μείωση 43% [31%, 53%])	p<0,001

Δευτερεύον: Αναλογία ημερών σε ύφεση	Μέση αναλογία ημερών=69,3%	Μέση αναλογία ημερών = 56,6%	DP= 11% (8%, 14%) (Αύξηση 41 [29, 53] ημερών)	p<0,001
Δευτερεύον: Αριθμός υποτροπών	Μέσος αριθμός υποτροπών=2,0	Μέσος αριθμός υποτροπών = 3,0	RR=0,54 [0,46, 0,63] (Μείωση 46% [37%, 54%])	p<0,001

*Στατιστική ανάλυση που συγκρίνει τη μακροχρόνια θεραπεία συντήρησης + θεραπεία υποτροπών με αφρό χωρίς δραστική ουσία + θεραπεία υποτροπών

CI: Διάστημα εμπιστοσύνης,

DP: Διαφορά στην αναλογία των ημερών ανά έτος,

HR: Αναλογία ημερών,

N: αριθμός ασθενών στην ομάδα πλήρους ανάλυσης,

RR: Λόγος σχετιζομένων

Παιδιατρικός πληθυσμός Επίδρασεις στο μεταβολισμό του ασβεστίου διερευνήθηκαν σε μία μη ελεγχόμενη ανοικτή δοκιμή 4 εβδομάδων σε 106 εφήβους ηλικίας 12-17 ετών με ψύξη στο τριχωτό της κεφαλής και του σώματος. Οι ασθενείς χρησιμοποίησαν έως και 105 γραμμάρια Enstilar ανά εβδομάδα. Δεν αναφέρθηκαν περιπτώσεις υπερασβεσταιμίας και κλινικά σχετικές αλλαγές ασβεστίου στα ούρα. Η ανταπόκριση των επιπεφριδίων στην πρόκληση της ACTH μετρήθηκε σε ένα υποσύνολο 33 ατόμων με εκτεταμένη κατά πλάκα κοινή ψύξη στο περιελάμβανε τουλάχιστον το 20% του τριχωτού της κεφαλής και το 10% της επιφάνειας του σώματος. Μετά από θεραπεία 4 εβδομάδων με Enstilar, 2 ασθενείς είχαν επίπεδο κορτιζόλης ≤ 18 mcg/dL σε 30 λεπτά μετά την πρόκληση της ACTH, αλλά είχαν φυσιολογική ανταπόκριση στα 60 λεπτά. Ένας τρίτος ασθενής είχε ελάχιστη ανταπόκριση κορτιζόλης στη δοκιμασία πρόκλησης της ACTH κατά την έναρξη, με αποτέλεσμα να μην έχουν αποτελέσματα μετά τη θεραπεία. Καμία από αυτές τις περιπτώσεις δεν είχε κλινικές εκδηλώσεις. **5.2 Φαρμακοκινητικές ιδιότητες** Μετά από συστηματική έκθεση, και τα δύο δραστικά συστατικά – καλιποτριόλη και διπροπιοנית βηταμεθαζόνη – μεταβολίζονται ταχέως και εκκτεταμένα. Η κύρια οδός απέκκρισης της καλιποτριόλης είναι μέσω των κοπράνων (αουραουρίας και χοιριά) και της διπροπιοנית βηταμεθαζόνης είναι μέσω των ούρων (αουραουρίας και ποικιλία). Στους αουραουρίους, μελέτες κατανομής ιστών με ραδιοσημασμένη καλιποτριόλη και διπροπιοנית βηταμεθαζόνη, έδειξαν ότι οι νεφροί και το ήπαρ είχαν το υψηλότερο επίπεδο ραδιενέργειας. Η έκταση της διαδερμικής απορρόφησης των δύο δραστικών συστατικών μετά από τοπική εφαρμογή του Enstilar προσδιορίστηκε στη μελέτη στον άξονα υποθαλάσσιου-πύθρου-επιπεφριδίων (HPA) σε ασθενείς με εκτεταμένη ψύξη κατά πλάκα (βλ. παράγραφο 5.1). Τα επίπεδα της καλιποτριόλης και της διπροπιοנית βηταμεθαζόνης ήταν κάτω του ελάχιστου ορίου ποσοτικής μέτρησης στα περισσότερα δείγματα από 35 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία μία φορά την ημέρα για 4 εβδομάδες για εκτεταμένη ψύξη στο σώμα και στο τριχωτό της κεφαλής. Η καλιποτριόλη ήταν ποσοτικά ανιχνεύσιμη σε κάποιο χρονικό σημείο σε 1 ασθενή, η διπροπιοנית βηταμεθαζόνη σε 5 ασθενείς, ενώ μεταβολίτες της καλιποτριόλης και της διπροπιοנית βηταμεθαζόνης ήταν ανιχνεύσιμοι σε 3 και 27 ασθενείς, αντίστοιχα. **5.3 Προκλινικά δεδομένα για την ασφάλεια** Μελέτες με κορτικοστεροειδή σε πειραματόζωα έδειξαν τοξικότητα κατά την αναπαραγωγή (υπερωλοισμία, σκελετικές δυσπλασίες). Σε μελέτες τοξικότητας κατά την αναπαραγωγή με μακροχρόνια από του στόματος χορήγηση κορτικοστεροειδών σε αρουραίους, ανιχνεύθηκαν παρατεταμένη κύηση και παρατεταμένος και δύσκολος τοκετός. Επιπλέον παρατηρήθηκαν μείωση στην επίβληση των νεογνών, στο βάρος σώματος και στην αύξηση σωματικού βάρους. Δεν υπήρξε διαταραχή της γονιμότητας. Η συσχέτιση για τους ανθρακένους είναι άγνωστη. Η καλιποτριόλη έδειξε μητρική και εμβρυϊκή τοξικότητα σε αρουραίους και κουνέλια κατά την από του στόματος χορήγηση σε δόσεις 54 mg/kg/ημέρα και 12 mg/kg/ημέρα, αντίστοιχα. Οι εμβρυϊκές ανωμαλίες που παρατηρήθηκαν παράλληλα με μητρική τοξικότητα περιλάμβαναν σημεία ενδεικτικά σκελετικής ανωριμότητας (ατελής οστεοποίηση των ρηκίων οστών και των φαλλάγγων των εμπροσθίων άκρων, καθώς και διογκωμένες κρανιακές πηγές) και αυξημένη συχνότητα εμφάνισης υπερεφρίμων πλευρών. Τα μη κλινικά δεδομένα δείχνουν ότι δεν υπάρχει ιδιαίτερος κίνδυνος για τον άνθρωπο με βάση τις συμβατικές μελέτες φαρμακολογικής ασφάλειας, επαναλαμβανόμενων δόσεων τοξικότητας και γονοτοξικότητας. Μία μελέτη καρκινογένεσης σε αρουραίους έδειξε ότι δεν υπάρχει ιδιαίτερος κίνδυνος για τον άνθρωπο. Μελέτες φωτοκαρκινογένεσης σε ποικιλία ανασφύρων ότι η καλιποτριόλη μπορεί να ενισχύσει την επίδραση της υπεριώδους ακτινοβολίας να επάγει όγκους στο δέρμα. Μία μελέτη καρκινογένεσης του δέρματος σε ποικιλία και μια από του στόματος μελέτη καρκινογένεσης σε αρουραίους έδειξε ότι δεν υπάρχει ιδιαίτερος κίνδυνος της διπροπιοנית βηταμεθαζόνης για τον άνθρωπο. Σε μελέτη τοπικής δόσης σε χοιριά, το Enstilar προκάλεσε ήπιο έως μέτριο δερματικό ερεθισμό. **6. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ 6.1 Κατάλογος εκδόσεων** Υγρή παρήφηση Πλουκυθαίλευνασουλμικού αιδέρος Allergan-a-τοκοφερόλη Παρήφηση Δευκή μαλακή Βουτυλβουθόλυουόνη (E321) Βουτάνιο Διμέθυλαιθέρας **6.2 Ασυμβατότητες** Δεν εφαρμόζεται. **6.3 Διάρκεια ζωής 2** χρόνια. Μετά το πρώτο ανάχωμα: **6.4 Ιδιότητες προφύλαξης κατά τη φύλαξη του προϊόντος** Μη ψυκτώμενο σε θερμοκρασία μη υπερβαίνουσα των 30°C. Προσχύη: Εξαιρείται εύλεκτο αερόλυμα. Περιέκτη τύπου πίσης. Μπορεί να εκραγεί εάν θερμανθεί. Προστατέψτε από το ηλιακό φως. Μην εκθέτετε σε θερμοκρασίες που υπερβαίνουν του 50°C. Μην τριμπάει ή καίτε, ακόμη και μετά τη χρήση. Μην ψεκάζετε σε ανοιχτή φλόγα ή σε άλλη πηγή ανάφλεξης. Φυλάσσετε μακριά από σπινθήρες, ανοιχτές φλόγες και άλλες πηγές ανάφλεξης. Μην καπνίζετε. **6.5 Φύση και στατικά που περιέχει** Φιάλη από αλουμίνιο με εσωτερικό βερνίκι πολυαιθυλο-ψιδίου, εφοδιασμένη με συνηθισμένα βελβίδα και ενεργοποιητή. Η φιάλη περιέχει 60 γραμμάρια αφρού, μη συμπεριλαμβανομένης της ποσότητας προωθητικών αερίων. Μεγέθη συσκευασίας: 60 g και 2 x 60 g Μπορεί να μην κυκλοφορούν όλες οι συσκευασίες. **6.6 Ιδιότητες προφύλαξης απόρριψης** Κάθε χρησιμοποιημένο φαρμακευτικό προϊόν ή υπόλειμμα πρέπει να απορριπτεί σύμφωνα με τις κάθε τύπου ισχύουσες σχετικές διατάξεις. **7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΔΕΛΤΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** Leo Pharma A/S Industriparken 55 DK-2750 Ballerup Δανία **8. ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΔΕΛΤΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** 75880/25-10-2016 **9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΛΤΙΑΣ** 25-10-2016 **10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ** 10-9-2020 Λεπτομέρεια πληροφοριακά στοιχεία για το παρόν προϊόν είναι διαθέσιμα στο δικτυακό τόπο Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων: <http://www.eof.gr>

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

Οργάνωση - Γραμματεία



Θεσσαλονίκης 12, 15344 Γέρακας

Τηλ.: 210 6048260, 210 6047476

Fax: 210 6047457

E-mail: lparissi@free-spirit.gr

www.free-spirit.gr