



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ (ΕΛ.Ε.ΒΕ.ΘΕ.Ν.Α.)
GREEK SOCIETY OPTIMIZING the TREATMENT of NEUROLOGICAL DISEASES
GRIECHISCHE GESELLSCHAFT zur OPTIMIERUNG der BEHANDLUNG
NEUROLOGISCHER KRANKHEITEN



6^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ “ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΤΑ ΣΥΝΑΦΗ ΠΕΔΙΑ”

ΜΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ



**5 - 7
ΜΑΡΤΙΟΥ 2020**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
Hotel Nikopolis**



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ:



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΤΕΡΝΩΝ
(Γ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ - ΘΡΑΚΙΑΣ)



ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ



ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
Α.Π.Θ.



1^η ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Γ.Ν.Α. ΠΑΓΙΔΟΚΟΛΛΟΥ



**ΤΕΛΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ	4
ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ	5
ΚΥΡΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ	5
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ	6
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	7-16
ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ	17-21
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ	23-30
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ	31-32
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	33-35
ΚΑΤΟΨΗ	37
ΕΚΘΕΤΕΣ	37
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	38

Θεσσαλονίκη, Ιανουάριος 2020

Αγαπητοί/ές Συνάδελφοι,

το 6^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο με θέμα «**ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΤΑ ΣΥΝΑΦΗ ΠΕΔΙΑ**» με Πανελλήνια και Διεθνή Συμμετοχή, που διοργανώνεται από την Ελληνική Εταιρεία Βελτιστοποίησης της Θεραπείας των Νευρολογικών Ασθενειών (ΕΛ.Ε.ΒΕ.ΘΕ.Ν.Α.) θα διεξαχθεί από τις 5 έως τις 7 Μαρτίου 2020 στο συνεδριακό κέντρο του Ξενοδοχείου «**ΝΙΚΟΠΟΛΙΣ**» στη Θεσσαλονίκη.

Και στο Συνέδριο αυτό - στην προσπάθεια της προώθησης των πλέον σύγχρονων αλλά και ταυτόχρονα πρακτικών γνώσεων - θα παρουσιαστούν και θα αναλυθούν οι Πρόοδοι που επιτελέστηκαν, που πραγματοποιούνται και υπάρχει δικαιολογημένη αισιοδοξία ότι θα συνεχίσουν να πραγματώνονται και στο μέλλον, στους τομείς της Διάγνωσης και της Θεραπείας σχετικά με τις Παθήσεις της Νευρολογίας και των Συναφών Πεδίων.

Το 6^ο Συνέδριο έχει σκοπό να εξιχνιάσει, να διευκρινίσει και να απαντήσει σε ερωτήματα, απορίες και αμφιβολίες που προκύπτουν από την κατακλυσμιαία πληροφόρηση, κυρίως δια των ηλεκτρονικών μέσων και λιγότερο δια των παραδοσιακών έγκυρων ιατρικών και μη περιοδικών, που καταλήγουν συνήθως σε αντικρουόμενα συμπεράσματα και τροφοδοτούν καθημερινά τα ευήκοα ώτα των ασθενών (και ενίοτε και ορισμένων ιατρών) με αστήρικτες ελπίδες, αλλά και αδικαιολόγητα εκμηδενιστικές εκτιμήσεις.

Ιδιαίτερη βαρύτητα θα δοθεί στη διάγνωση, τη διαφορική διάγνωση και την αντιμετώπιση των Απομυελινωτικών νοσημάτων, των Αγγειακών νοσημάτων του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, της Επιληψίας, της Κεφαλαλγίας, των Εξωπυραμιδικών νοσημάτων, των βλαβών των Αισθητηρίων οργάνων, της Νευροχειρουργικής αντιμετώπισης της Επιληψίας, των βλαβών του Εγκεφάλου και του Νωτιαίου μυελού με Καινοτόμες Μεθόδους, της Νόσου του Alzheimer και των άλλων Εκφυλιστικών διεργασιών του Εγκεφάλου και του Νωτιαίου μυελού, των Ψυχικών διαταραχών, των βλαβών του Περιφερικού νευρικού συστήματος (πίεσεις, βλάβες, φλεγμονές, ανοσοποιητικές, ενδοκρινικές και γενικότερα μεταβολικές διαταραχές), καθώς και στην Αλληλεξάρτηση και την Αλληλεπίδραση των Νευρολογικών με άλλα Ιατρικά νοσήματα.

Το Συνέδριο απευθύνεται όχι μόνο στους Νευρολόγους, όχι μόνον στους διακονούντες την Ιατρική του Νευρικού συστήματος, των Αισθητηρίων οργάνων και της Ψυχικής Υγείας, αλλά και σε όλους τους Ιατρούς και η συμμετοχή υπολογίζεται στους 500 συνέδρους.

Με φιλικούς συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Ο Πρόεδρος του Συνεδρίου



Νικόλαος Δ. Βλαϊκίδης
Ομ. Καθηγητής Νευρολογίας

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Βλαϊκίδης Νικόλαος

Μέλη:	Αγγελόπουλος Π. Αργυροπούλου Ο. Αρναούτογλου Μ. Βαδικόλιας Κ. Γρηγοριάδης Ν. Ηλιόπουλος Ι. Ιωαννίδης Π. Κάζης Δ. Καρακώστας Δ. Καραπαναγιωτίδης Θ.	Κιμισκίδης Β. Κουτσουράκη Ε. Κωδούνης Α. Μαυρομάτης Ι. Μήτσιας Π. Μητσικώστας Δ. Μποστταντζοπούλου Σ. Νηματούδης Ι. Παπαγιαννόπουλος Σ. Παπαδημητρίου Α.	Παπαθανασόπουλος Π. Παρίσης Δ. Πιπερίδου Χ. Σταμπουλής Ε. Στεφανής Α. Τέγος Θ. Τσιβγούλης Γ. Χατζηγεωργίου Γ.
-------	---	---	--

ΕΠΙΤΙΜΑ ΜΕΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Αμπατζόγλου Γ. Αρτέμης Ν. Γιώβος Ι. Γκιουζέπας Ι. Ζεμπεκάκης Π.	Ζηλίκης Ν. Ιακωβίδης Α. Κάζης Α. Καραβάτος Α. Καρλοβασίτου Α.	Μπαλογιάννης Σ. Μυλωνάς Ι. Πολυζωίδης Κ. Σελβιαρίδης Π. Ταρλατζής Β.	Τάσκος Ν. Τσονίδης Χ. Φωκάς Κ.
---	---	--	--------------------------------------

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αμοιρίδης Γ. Αργυροπούλου Ο. Αρναούτογλου Μ. Βαδικόλιας Κ. Γαρυφαλλός Γ. Γρηγοριάδης Ν. Ηλιόπουλος Ι. Ιωαννίδης Π. Κάζης Δ.	Καπάκη Ε. Καρακώστας Δ. Καραπαναγιωτίδης Θ. Κιμισκίδης Β. Κουτσουράκη Ε. Κωδούνης Α. Κωνσταντινίδης Θ. Κώνστα Α. Κώστα Β.	Λιάκος Π. Μαυρομάτης Ι. Μήτσιας Π. Μητσικώστας Δ. Μπαλογιάννης Σ. Μποστταντζοπούλου Σ. Νηματούδης Ι. Παρίσης Δ. Παπαγιαννόπουλος Σ.	Παπαδόπουλος Δ. Παπαθανασόπουλος Π. Παπαδημητρίου Α. Πιπερίδου Χ. Σταμπουλής Ε. Στεφανής Α. Τσονίδης Χ. Φωκάς Κ. Χατζηγεωργίου Γ.
---	---	---	---

ΘΕΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

- Απομυελινωτικές παθήσεις
- Εξωπυραμιδικά και άλλες κινητικές διαταραχές
- Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
- Επεισόδια απώλειας συνείδησης - Επιληψία
- Εκφυλιστικές παθήσεις του ΚΝΣ
- Ζάλη - Ίλιγγος - Αστάθεια βάδισης - Αταξικές διαταραχές
- Αγγειακές παθήσεις του νωτιαίου μυελού
- Συγχυτική - Διεγερτική κατάσταση - Κώμα - Εγκεφαλικός θάνατος
- Ανώτερες φλοιικές λειτουργίες - Άνοια
- Φλεγμονές του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού
- Αυξημένη ενδοκρανική πίεση
- Διαταραχές της κυκλοφορίας του ΕΝΥ
- Ενδοκρανιακοί όγκοι
- Παρανεοπλασματικές παθήσεις
- Τραυματικές παθήσεις του ΝΣ
- Μεταβολικές διαταραχές
- Τοξικές παθήσεις
- Πολυνευροπάθειες
- Βλάβες εγκεφαλικών νευρών
- Παθήσεις ριζών, πλεγμάτων και περιφερικών νευρών
- Παθήσεις περιφερικού νευρώνα - Νόσος κινητικού νευρώνα
- Παθήσεις του αυτονόμου νευρικού συστήματος
- Νευροπαθητικός πόνος
- Κεφαλαλγία και Προσωπαλγία
- Παθήσεις μυών - Μυοπάθειες, μυασθένεια
- Παθήσεις προκαλούμενες από στέρηση ή υπερχορήγηση βιταμινών
- Νευροορθοπαιδικές παθήσεις
- Επείγουσα νευρολογική αντιμετώπιση
- Νευροψυχοφαρμακολογία
- Καρδιονευρολογία
- Νευροανοσολογία
- Ψυχικές διαταραχές σε νευρολογικά νοσήματα
- Νευρολογικές εκδηλώσεις σε ψυχιατρικά νοσήματα
- Λειτουργικές διαταραχές του νευρικού συστήματος αδιευκρίνιστης αιτιολογίας
- Νευροφυσιολογικός έλεγχος, απεικόνιση, υπέρηχοι
- Νευρολογικές εκδηλώσεις ψυχικών νοσημάτων
- Ψυχικές εκδηλώσεις νευρολογικών νοσημάτων
- Οργανικά Ψυχосύνδρομα

ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ - ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

Ν. Δ. Βλαϊκίδης

Πρόεδρος του Συνεδρίου

ΚΗΡΥΞΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Θ. Καράογλου

Υπουργός Μακεδονίας-Θράκης

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

19.00-20.00

Χρήση-Κατάχρηση σύγχρονων Ψυχοδραστικών ουσιών

Γ. Διακογιάννης

Καθηγητής Ψυχιατρικής Α.Π.Θ.

ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 5 ΜΑΡΤΙΟΥ 2020

12.30 - 13.30 ΕΓΓΡΑΦΕΣ - ΥΠΟΔΟΧΗ

13.30 - 16.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

“ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ στα ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ του ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ”

Πρόεδροι: Ο. Αργυροπούλου, Γ. Τσιβγούλης

Η Βυθοσκόπηση στις αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου
Β. Καραμπατάκης

Προθρομβωτικές καταστάσεις και Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια της Νεαρής ηλικίας
Θ. Τέγος

Κρυπτογενές ΑΕΕ και ανοικτό ωοειδές τρήμα
Θ. Καραπαναγιωτίδης

Νεώτερες Εξελίξεις Ενδοφλέβιας Θρομβόλυσης
Γ. Τσιβγούλης

Μηχανική Θρομβεκτομή στο οξύ ΑΕΕ. Νεότερα δεδομένα
Γ. Μαγκούφης

ΑΕΕ: Νεώτερα δεδομένα για τις Ψυχικές Διαταραχές
Κ. Φωκάς

16.00 - 16.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

16.30 - 17.00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδροι: Σ. Μπαλογιάννης, Θ. Καραπαναγιωτίδης

Όγκοι του οπίσθιου κρανιακού βόθρου
Ι. Πατσαλάς

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

17.00 - 17.30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδροι: Β. Καραμπάκης, Ι. Μαυρομάτης

Οπτική Τομογραφία Συνοχής στην Πολλαπλή Σκλήρυνση
Φ. Τοπούζης

9

17.30 - 18.00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδροι: Ι. Πατσαλάς, Ν. Βλαϊκίδης

Ανοσμία και Αγευσία στα Νευρολογικά Νοσήματα
Α. Πρίντζα

18.00 - 18.30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδροι: Κ. Φωκάς, Ν. Βλαϊκίδης

Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και Ν.Σ.: Διάγνωση, Αντιμετώπιση,
Παρακολούθηση
Δ. Σωτηριάδης

18.30 - 20.00 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ

ΕΝΑΡΞΗ του ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ:

Ο Υπουργός Μακεδονίας-Θράκης: Θ. Καράογλου

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

Πρόεδροι: Α. Ιακωβίδης, Ν. Ζηλίκης

Χρήση-Κατάχρηση σύγχρονων Ψυχοδραστικών ουσιών
Γ. Διακογιάννης

20.00 ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 6 ΜΑΡΤΙΟΥ 2020

09.00 - 11.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

“ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ στα ΑΝΟΪΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ”

Πρόεδροι: Σ. Μπαλογιάννης, Ε. Καπάκη

Ηπια Γνωσιακή Διαταραχή: Προστάδιο της νόσου Alzheimer;
Β. Κώστα

Άνοιες πρώιμης έναρξης
Π. Ιωαννίδης

Βιολογικός Ορισμός της νόσου Alzheimer
Ε. Καπάκη

Αγγειακή άνοια
Ν. Αρναούτογλου

Η Κλινικοπαθολογοανατομική συσχέτιση στην άνοια
Σ. Μπαλογιάννης

11.00 - 11.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

11:30-12:00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρόεδροι: Ν. Βλαϊκίδης, Δ. Κάζης, Σ. Παπαγιαννόπουλος

12:00 - 14.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

“ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ σχετικά με τις ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ, ΡΙΖΩΝ, ΠΛΕΓΜΑΤΩΝ, ΝΕΥΡΩΝ και ΜΥΩΝ”

Πρόεδροι: Ε. Σταμπουλής, Σ. Παπαγιαννόπουλος

Φλεγμονώδεις Μυοπάθειες
Δ. Παρίσης

Χρόνιες Φλεγμονώδεις Νευροπάθειες
Μ. Αρναούτογλου

Νόσος Guillain-Barré
Σ. Παπαγιαννόπουλος

Κόμβο-Παρακομβοπάθειες
Ε. Σταμπουλής

Η Χρησιμότητα του Ηλεκτρονευρογραφήματος στην Οσφουαλγία
Α. Κωδούνης

14.00 - 14.40 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδροι: Χ. Πιπερίδου, Δ. Κάζης

Evaluating patients for epilepsy surgery: Which patient? Which surgery

A. Boro

14.40 - 16.00 ΕΛΑΦΡΟ ΓΕΥΜΑ

16.00 - 18.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

“ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ στην ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ και στον ΙΛΙΓΓΟ”

Πρόεδροι: Ν. Φάκας, Α. Κωδούνης

Νόσος του Meniere

Γ. Ψύλλας

Αντιμετώπιση της Εκφυλιστικής Αυχενικής Μυελοπάθειας

Ι. Μάγρας

Αυχενογενής Κεφαλαλγία

Ν. Βλαϊκίδης

Νεώτερες εξελίξεις στη θεραπεία της αθροιστικής κεφαλαλγίας

Δ. Μητσικώστας

Το CGRP ως καινούργιος θεραπευτικός στόχος στην Ημικρανία

Ν. Φάκας

18.00 - 18.40 ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΟΜΙΛΙΑ

(χορηγούμενη από Φαρμακευτική Εταιρία σελ. 16)

18.40 - 19.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

(χορηγούμενο από Φαρμακευτική Εταιρία σελ. 16)

19.00 - 21.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

“ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ στο ΕΥΡΥ ΦΑΣΜΑ των ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ της ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ”

Πρόεδροι: Σ. Μπαλογιάννης, Μ. Αρναούτογλου

Νεώτερα δεδομένα στη νόσο του Parkinson

Π. Στάθης

Νεώτερες εξελίξεις σχετικά με τον Μυόκλονο

Μ. Αρναούτογλου

Κληρονομικές μορφές της νόσου Parkinson

Κ. Καλινδέρη

Νόσος των σωματίων του Lewy (Lewy Body Disease)

Σ. Μπαλογιάννης

Ψυχικές διαταραχές στη νόσο του Parkinson

Ε. Παρλαπάνη

ΣΑΒΒΑΤΟ 7 ΜΑΡΤΙΟΥ 2020

09.00 - 11.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

“ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ στην ΕΠΙΛΗΨΙΑ”

Πρόεδροι: Χ. Πιπερίδου, Δ. Κάζης

Το Επιληπτικό Νευρωνικό δίκτυο
Κ. Γαργάνης

Οι Επιληπτικές κρίσεις στις Αυτοάνοσες Εγκεφαλοπάθειες
Μ. Σπηλιώτη

Αντιμετώπιση Επιληπτικών κρίσεων σε ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
Χ. Πιπερίδου

Επιληψία και Κύηση
Δ. Κάζης

Ψυχικές διαταραχές σε επιληπτικούς ασθενείς
Α. Κώνστα

11.00 - 11.40 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδροι: Ι. Πατσαλάς, Κ. Γαργάνης

Using Stereotaxis in neurological patients
Α. Koulousakis

11.40 - 12.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

12.00 - 14.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

“ΑΛΛΗΛΟΕΠΙΚΑΛΥΨΕΙΣ με τη ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ”

Πρόεδροι: Λ. Σακκάς, Π. Γκιβίσης

Περιφερικοί και κεντρικοί μηχανισμοί Νευροπαθητικού πόνου
Θ. Κωνσταντινίδης

Η Αναπνευστική ανεπάρκεια στα Νευρομυϊκά νοσήματα
Α. Πατάκα

Ο εγκεφαλικός θάνατος
Ν. Τάσκος

Ορθοπαιδικά προβλήματα στην Πολλαπλή σκλήρυνση
Π. Γκιβίσης

Νεώτερες εξελίξεις σχετικά με τις Επιπτώσεις των Ρευματικών νοσημάτων στο
Νευρικό σύστημα
Λ. Σακκάς

14.00 - 14.40 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδροι: Ι. Μάγρας, Ν. Βλαϊκίδης

Applications of functional Neurosurgery in Neurology
Α. Koulousakis

14.40 - 16.00 ΕΛΑΦΡΟ ΓΕΥΜΑ

15

16.00 -18.20 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

“ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ στην ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ”

Πρόεδροι: Ι. Ηλιόπουλος, Ν. Βλαϊκίδης

Διαταραχές στο Ανοσοβιολογικό υπόβαθρο κατά την Πολλαπλή Σκλήρυνση
Δ. Παπαδόπουλος

RIS (Radiologically Isolated Syndrome)

Α. Πατούση

Το Φάσμα Οπτικής Νευρομυελίτιδας (NMOSD)

Ν. Βλαϊκίδης

Νευροϊνίδια και νοητικές διαταραχές στην Πολλαπλή Σκλήρυνση

Ε. Κουτσουράκη

Η Φασματοσκοπία (MRI-Spectroscopy) στην Πολλαπλή σκλήρυνση

Ε. Τσατσαλή-Φόρογλου

Το ENY στα απομυελινωτικά νοσήματα

Π. Λιάκος

18.20 - 18.50 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Πρόεδροι: Ι. Ηλιόπουλος, Ε. Κουτσουράκη, Β. Τσιμούρτου, Ν. Βλαϊκίδης
(Συζήτηση με το Ακροατήριο)

Προτιμότερη η Escalation ή η Induction Θεραπεία;

Πρέπει να χορηγείται αγωγή σε ασθενείς με CIS ή με RIS;

18.50 - 19.20 ΤΙ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΞΕΧΑΣΟΥΜΕ: ΕΥΧΑΡΙΣΤΕΣ και ΔΥΣΑΡΕΣΤΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ και ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ, ΕΛΠΙΔΕΣ και ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΣΕΙΣ

Πρόεδρος: Ν. Βλαϊκίδης

19.20 ΛΗΞΗ του ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗ ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΟΜΙΛΙΑ - ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 6 ΜΑΡΤΙΟΥ 2020

18.00 - 18.40 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΟΜΙΛΙΑ

Προεδρείο: Ν. Βλαϊκίδης

**Αλλάζοντας την στρατηγική μας στην διαχείριση της Πολλαπλής Σκλήρυνσης
Α. Κερασνούδης**

(με την ευγενική χορηγία της Φαρμακευτικής Εταιρείας )

18.40 - 19.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

(με την ευγενική χορηγία της Φαρμακευτικής Εταιρείας  )



ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Boro A.	Assistant Professor of Neurology, Montefiore Medical Center, Albert Einstein College of Medicine
Koulousakis A.	Former Director Functional Neurosurgery Department at the University of Cologne, Germany
Αργυροπούλου Ο.	Αν. Καθηγήτρια Νευρολογίας Α.Π.Θ., Γ' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
Αρναούτογλου Μ.	Αν. Καθηγήτρια Νευρολογίας -Κλινικής Νευροφυσιολογίας Α.Π.Θ., Α' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Αρναούτογλου Ν.	Ψυχίατρος, Ιατρείο Μνήμης και Νοητικών Λειτουργιών, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, Επιστημονικός Συνεργάτης Α' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.
Γαργάνης Κ.	Νευρολόγος - Επιλητολόγος, Διευθυντής Κέντρου Επιληψίας, Κλινική Άγιος Λουκάς Θεσσαλονίκης
Γκιβίσης Π.	Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Διευθυντής Α' Ορθοπαιδικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
Διακογιάννης Ι.	Καθηγητής Ψυχιατρικής Α.Π.Θ., Διευθυντής Α' Ψυχιατρικής Κλινικής, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
Ζηλίκης Ν.	Καθηγητής Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου, Γ' Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Ηλιόπουλος Ι.	Καθηγητής Νευρολογίας Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Νοσ. Αλεξανδρούπολης
Ιακωβίδης Α.	Ομ. Καθηγητής Ψυχιατρικής Α.Π.Θ.
Ιωαννίδης Π.	Αν. Καθηγητής Νευρολογίας Α.Π.Θ., Β' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Κάζης Δ.	Αν. Καθηγητής Νευρολογίας Α.Π.Θ., Γ' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Καλινδέρη Ρ.	Βιολόγος, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.
Καπάκη Ε.	Καθηγήτρια Νευρολογίας-Νευροχημείας Ε.Κ.Π.Α., Τμήμα Εκφυλιστικών Διαταραχών και Επιληψίας, Μονάδα Νευροχημείας, Α Νευρολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Αιγινήτειο Νοσοκομείο
Καραμπατάκης Β.	Καθηγητής Οφθαλμολογίας Α.Π.Θ., Εργαστήριο Πειραματικής Οφθαλμολογίας
Καράογλου Θ.	Υπουργός Μακεδονίας - Θράκης
Καραπαναγιωτίδης Θ.	Επ. Καθηγητής Νευρολογίας Α.Π.Θ., Β' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Κερασνούδης Α.	Ειδικός Νευρολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Ruhr-Bochum Γερμανίας, Επιμελητής του Ιατρείου «Σκλήρυνσης κατά Πλάκας και νευροανοσολογικών νοσημάτων» Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
Κουτσουράκη Ε.	Αν. Καθηγήτρια Νευρολογίας-Νευροανοσολογίας Α.Π.Θ., Α' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Κωδούνης Α.	Νευρολόγος, Διευθυντής Νευρολογικής Κλινικής 251 ΓΝΑ, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών
Κώνστα Α.	Επ. Καθηγήτρια Α.Π.Θ., Α' Ψυχιατρική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
Κωνσταντινίδης Θ.	Δρ. Νευρολόγος, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Νευροφυσιολογίας
Κώστα Β.	Ομ. Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Α.Π.Θ.
Λιάκος Π.	Αν. Καθηγητής Ιατρικής Βιοχημείας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Μαγκούφης Γ.	Επεμβατικός Ακτινολόγος, Διευθυντής Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, Νοσ. Metropolitan

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Μάγρας Ι.	Νευροχειρουργός, Αν. Καθηγητής Α.Π.Θ.
Μαυρομάτης Ι.	Ομ. Καθηγητής Νευρολογίας Α.Π.Θ.
Μητσικώστας Δ.	Αν. Καθηγητής Νευρολογίας, Α' Νευρολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας
Μπαλογιάννης Σ. Ι.	Ομ. Καθηγητής Νευρολογίας Α.Π.Θ.
Παπαγιαννόπουλος Σ.	Επ. Καθηγητής Νευρολογίας Α.Π.Θ., Γ' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
Παπαδόπουλος Δ.	Νευρολόγος - Νευροανοσολόγος, Διευθυντής Νευρολογικού Τμήματος και Υπεύθυνος Ιατρείου Πολλαπλής Σκλήρυνσης, Ιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου
Παρίσης Δ.	Επ. Καθηγητής Νευρολογίας Α.Π.Θ.
Παρλαπάνη Ε.	Επ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Α' Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.
Πατάκα Α.	Αν. Καθηγήτρια Πνευμονολογίας - Διαταραχών Ύπνου Α.Π.Θ., Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
Πατούση Α.	Νευρολόγος, Επιμελήτρια Β' Νευρολογίας Νοσοκομείου Ρεθύμνου, Διδάκτωρ Δ.Π.Θ.
Πατσαλάς Ι.	Καθηγητής Νευροχειρουργικής Α.Π.Θ., Διευθυντής Νευροχειρουργικής, Α' Νευροχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Πιπερίδου Χ.	Ομ. Καθηγήτρια Νευρολογίας Δ.Π.Θ.
Πρίντζα Α.	Αν. Καθηγήτρια Ωτορινολαρυγγολογίας, Α' Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Σακκάς Λ.	Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας
Σπηλιώτη Μ.	Αν. Καθηγήτρια Νευρολογίας Α.Π.Θ., Α' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Στάθης Π.	Νευρολόγος, Διευθυντής Νευρολογικού Τμήματος, Νοσοκομείο Mediterraneo
Σταμπουλής Ε.	Ομ. Καθηγητής Νευρολογίας, Αθήνα
Σωτηριάδης Δ.	Ομ. Καθηγητής Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας Α.Π.Θ.
Τάσκος Ν.	Ομ. Καθηγητής Νευρολογίας Α.Π.Θ.
Τέγος Θ.	Αν. Καθηγητής Νευρολογίας Α.Π.Θ., Α' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Τοπούζης Φ.	Καθηγητής Οφθαλμολογίας, Α' Οφθαλμολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Τσατσαλή-Φόρογλου Ε.	Δρ. Ακτινολογίας Α.Π.Θ., Μετεκπαίδευση Νευροακτινολογίας
Τσιβγούλης Γ.	Πρωτοβάθμιος Καθηγητής Νευρολογίας Ε.Κ.Π.Α., Β' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ, Αθήνα
Τσιμούρτου Β.	Διευθύντρια ΕΣΥ Νευρολογίας, Π.Γ.Ν. Λάρισας
Φάκας Ν.	Νευρολόγος, Διευθυντής Νευρολογικής Κλινικής, 401 Γ.Σ.Ν. Αθηνών
Φωκάς Κ.	Ομ. Καθηγητής Ψυχιατρικής Α.Π.Θ.
Ψύλλας Γ.	Αν. Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας Α.Π.Θ., Α' Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»



1/ημέρα
AUBAGIO[®]
(teriflunomide) 14 mg tablets

SANOFI GENZYME 

Υπεύθυνος Κυκλοφορίας για την Ελλάδα: **Sanofi-Aventis AEBE**
Λ. Συγγρού 348 - Κτίριο Α, 17674, Καλλιθέα, Τηλ.: +30 210 90 01 600
Υπεύθυνος Κυκλοφορίας για την Κύπρο: **Sanofi-aventis Cyprus Ltd**
Αθαλάσσης 91, 2012 Στρόβολος, Λευκωσία, Κύπρος, Τηλ.: +357 22 871 600



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ

OR. 01

ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΣΥΜΠΛΟΚΩΝ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΕΓΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΜΥΛΟΥ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Α. Μαρινοπούλου*, Σ. Ραφαηλίδης

Τμήμα Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων, Σχολή Γεωτεχνικών Επιστημών, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος-Αλεξάνδρεια Πανεπιστημιούπολη, ΔΙ.ΠΑ.Ε. Σίνδος

Εισαγωγή: Η αμυλόζη παρουσιάζει το μοναδικό φαινόμενο από όλα τα φυσικά πολυμερή να αντιδρά, αυθόρμητα, με πλήθος μορίων π.χ. λιπαρά οξέα, λιπαρές αλκοόλες, μονογλυκερίδια, φαινόλες κλπ. και να σχηματίζει ελικοειδή μοριακά σύμπλοκα εγκλεισμού. Τα τελευταία χρόνια έχει μελετηθεί η παρασκευή συμπλόκων αμυλόζης με φαρμακευτικές ουσίες όπως η ινδομεθακίνη, η ιβουπροφαίνη, η νιμεσουλίδη και η γενιστεΐνη με σκοπό την ελεγχόμενη αποδέσμευση των φαρμάκων στον ανθρώπινό οργανισμό.

Σκοπός: Παρασκευή και μελέτη λειτουργικών και μορφολογικών χαρακτηριστικών συμπλόκων αμύλου-φαρμακευτικών ουσιών.

Υλικό και Μέθοδοι: Για την παρασκευή των συμπλόκων αμύλου χρησιμοποιήθηκε προζελατινοποιημένο άμυλο καλαμποκιού και ως φιλοξενούμενα μόρια χρησιμοποιήθηκαν η παρακεταμόλη και το ακετυλοσαλικυλικό οξύ. Η επιλογή των φαρμάκων έγινε με γνώμονα τις θεραπευτικές τους ιδιότητες. Η παρακεταμόλη είναι ένα φάρμακο με αναλγητικές και αντιπυρετικές ιδιότητες. Το ακετυλοσαλικυλικό οξύ ανήκει στα μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα και έχει αναλγητικές, αντιπυρετικές και αντιφλεγμονώδεις δράσεις. Τόσο η παρακεταμόλη όσο και το ακετυλοσαλικυλικό οξύ χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση των κεφαλαλγιών και νευραλγιών. Τα σύμπλοκα αμύλου παρασκευάστηκαν σε ημι-βιομηχανική κλίμακα με την τεχνική της ξήρανσης με εκνέφωση.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Η παρουσία των φαρμάκων στην μήτρα του συμπλόκου του αμύλου επιβεβαιώθηκε με τις τεχνικές της Οπτικής Μικροσκοπίας και Συνεστιακής Μικροσκοπίας Σάρωσης με δέσμη laser. Τα σύμπλοκα εμφάνισαν χαμηλό ποσοστό υγρασίας και βελτιωμένα λειτουργικά χαρακτηριστικά (φαινομενική πυκνότητα, υγροσκοπικότητα, ικανότητα προσρόφησης νερού). Εκτιμάται ότι η παραγωγή των συμπλόκων αμύλου-φαρμακευτικών ουσιών με την τεχνική της ξήρανσης με εκνέφωση, θα συμβάλλει στην παραγωγή προϊόντων με βελτιωμένα λειτουργικά χαρακτηριστικά και στην αυξημένη βιοδιαθεσιμότητα των φαρμακευτικών ουσιών κατά την ενζυμική αποικοδόμηση των συμπλόκων αμύλου στο λεπτό έντερο.

OR. 02

ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ: ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΝΤΑΙ; ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Δ. Αναστασιλάκης¹, Μ. Κώστα - Τσολάκη², Μ. Κλαδάς¹, Π. Μαρκοπούλου¹, Χ. Μπόιντενς¹, Σ. Σκαλίδου¹, Ε. Κουτσοιράκη²

¹ Φοιτητές Ιατρικής Α.Π.Θ.

² Α' Νευρολογική κλινική Α.Π.Θ., ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣκΠ) αποτελεί μια φλεγμονώδη απομυελινωτική νόσο του ΚΝΣ με αξιονοπάθεια από τα πρώιμα στάδια της νόσου, αυτοάνοσους χαρακτήρες και πολλαπλές βλάβες που παρουσιάζουν «διασπορά στο χώρο και στο χρόνο». Η προσθήκη των διαταραχών του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ΑΝΣ) στην ήδη πολύπλοκη φύση των συμπτωμάτων της ΣκΠ δυσχεραίνει την καθημερινότητα των ασθενών, ενώ μπορεί να οδηγήσει σε διαγνωστικά ή/και θεραπευτικά λάθη.

Σκοπός: Στόχος μας είναι η διερεύνηση της ύπαρξης ή όχι διαταραχών του ΑΝΣ στην ΣκΠ και εφόσον υπάρχουν, θα προσπαθήσουμε “χαρτογραφήσουμε” το κλινικό, εργαστηριακό κι απεικονιστικό προφίλ των ασθενών με ΣκΠ που τις παρουσιάζουν ή έχουν μεγάλη πιθανότητα να τις παρουσιάσουν, προσδοκώντας εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για μια κλινική, διασταυρούμενη μελέτη παρατήρησης ασθενών με ΣκΠ και υγιών μαρτύρων αναλόγου ηλικίας και φύλου. Τα άτομα που θα συμμετάσχουν πρέπει έχουν δώσει γραπτή συγκατάθεση και να πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια εισόδου για την αποφυγή εσφαλμένων πορισμάτων. Θα εξεταστούν κλινικά για Ορθοστατική Πίεση, διαταραχές ούρησης και εφίδρωσης (TSTή QSART), ενώ θα ελεγχθεί παράλληλα το πεπτικό (NBDS) και το αναπαραγωγικό σύστημα (MSISQ-19). Θα ληφθεί λεπτομερές ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, ενώ θα απαντηθούν ερωτηματολόγια που αφορούν το ΑΝΣ (COMPASS 31). Στην συνέχεια θα μελετηθούν τα χαρακτηριστικά των ασθενών με ΣκΠ που παρουσιάζουν δυσσαυτονομία (κλινική εικόνα, εγκεφαλονωτιαίο υγρό, πρόσφατη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού, φαρμακευτικές θεραπείες). Τέλος, θα ακολουθήσει εκτενής στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Αποτελέσματα και Συμπεράσματα: Εφόσον ολοκληρωθεί η έρευνα μας, αν τα αποτελέσματα επιβεβαιώσουν τη συσχέτιση της δυσσαυτονομίας με την πορεία της ΣκΠ, θα επιχειρηθεί η εντόπιση παραγόντων υψηλού κινδύνου ή βιοδεικτών που θα σχετίζονται με την ύπαρξη ή μελλοντική εμφάνιση διαταραχών του ΑΝΣ. Σε δεύτερο χρόνο, ίσως αναζητηθεί κάποιο θεραπευτικό σχήμα για την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση.

OR. 03

GUT MICROBIOME MODIFICATION AND ALZHEIMER'S DISEASE

T. Chatzintounas

MD PhD Neurologist, Xanthi, Greece

Introduction: Growing evidence has shown that gut microbiota dysbiosis is closely related to autoimmune and neurodegenerative diseases. Gut microbiome (GM) modification could be used in near future as a therapeutic strategy for Alzheimer's disease (AD) via dietary intervention strategies or fecal microbiota transplantation (FMT).

Material - Method: Potential clinical applications of GM modification in AD through diet or FMT were searched in Pubmed, since in many studies alterations in GM are associated with AD and other neurodegenerative diseases.

Discussion - Conclusion: It is a common knowledge that stress, medicines, food ingredients, antibiotics and pesticides could affect the composition of GM, increase the intestinal permeability (leaky gut) and promote inflammation in general. There is evidence that Mediterranean diet, specific herbs, pre- and probiotic treatment, nutraceuticals and functional foods can have potential, therapeutic effects through interaction with GM and may also contribute to the prevention of AD. Randomised controlled studies are needed to evaluate the effectiveness and safety profile of dietary interventions and FMT from healthy donors as a new therapeutic option for AD. We are entering an era where health can be modified through personalised nutrition and optimal diet in conjunction with parallel clinical evaluation and periodic examinations of the unique gut microbiome and metabolomic profile of patients. The 100 trillion micro-organisms which comprise the GM requires the use of Artificial Intelligence in combination with sophisticated microbiome testing in order not only to unravel the optimal, individualized therapeutic approach, but as future tool for early diagnosis too.

OR. 04

CORRELATION OF ANTI-NEURONAL ANTIBODIES WITH AUTOIMMUNE DEMENTIA AND OCCULT UNDERLYING NEOPLASMS

T. Chatzintounas

MD PhD Neurologist, Xanthi, Greece

Introduction: Many disorders of the central nervous system previously considered neurodegenerative and untreatable - such as dementia - are now recognized as having a possible autoimmune cause, while occult cancer accompaniment is not uncommon. Despite the availability of neural antibody marker testing worldwide, it is pre-requisite for the clinicians not only to have the knowledge, but also familiarity in using them in daily clinical practice. This could help in early recognition of autoimmune dementia, providing not only better management of patients, but also better prognosis.

Material - Method: After reviewing the existing bibliography, we propose a diagnostic framework regarding the correlation of anti-neuronal antibodies with autoimmune dementia or cognitive decline and underlying neoplasms or oncologic association. This may be applied to improve recognition, evaluation and treatment of patients with autoimmune dementia.

Discussion - Conclusion: Even after thorough investigation and evaluation to exclude other causes of dementia, autoimmune dementia is often not taken into account in the differential diagnosis when cognitive decline is observed in patients, especially in the absence of delirium. Neural autoantibodies presence should raise suspicion for a paraneoplastic etiology and a targeted oncologic evaluation should follow, ideally with paired samples of serum and cerebrospinal fluid. Seronegativity for all currently recognized autoantibody markers of neurological autoimmunity does not exclude the diagnosis of autoimmune dementia or cancer in a patient with a subacute neurological presentation. Continued surveillance is needed over an extended period, because besides cancer per se, if an associated tumor is found, its resection optimizes the neurological outcome.

OR. 05

ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΠΙΚΤΗΤΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Ο. Χαλικοπούλου, Α. Ζαχαριάδου, Ι. Πανταζή, Α. Μπατζίνα, Ι. Τάτσης
ΕΛΕΠΑΠ Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η Νευροψυχολογική Αξιολόγηση και η Γνωστική Αποκατάσταση, αφορούν ασθενείς με νευρολογική βλάβη (αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, λοιμώξεις του εγκεφάλου, ανοξία) και εστιάζουν στις γνωστικές λειτουργίες που ενδέχεται να διαταραχθούν, συνέπεια των παθήσεων αυτών. Τέτοιου είδους λειτουργίες είναι ο προσανατολισμός σε τόπο, χρόνο και κατάσταση, η προσοχή και η συγκέντρωση, η μνήμη, η αντίληψη του χώρου, ο σχεδιασμός, η οργάνωση, ο προγραμματισμός, κλπ. Η έκπτωση στις γνωστικές λειτουργίες έχει ως συνέπεια τη μείωση της αυτονομίας και της λειτουργικότητας του ατόμου, ενώ μπορεί να αποτελέσει ουσιαστικό εμπόδιο στην εποικοδομητική συμμετοχή του στο πρόγραμμα αποκατάστασης και στις θεραπείες.

Σκοπός: Στόχος της Νευροψυχολογικής Αξιολόγησης είναι η λεπτομερής διερεύνηση των γνωστικών ελλειμμάτων χρησιμοποιώντας εξειδικευμένα εργαλεία. Βάσει των αποτελεσμάτων, ο ασθενής συμμετέχει σε πρόγραμμα Γνωστικής Αποκατάστασης, όπου κύριος στόχος είναι η εκπαίδευση του, με σκοπό την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των γνωστικών δυσκολιών του στην καθημερινότητα του.

Υλικό και Μέθοδοι: Κατά την εξέταση αξιολογούνται διάφορες νοητικές λειτουργίες, όπως η μνήμη, ο προσανατολισμός στο χώρο και στο χρόνο, η ικανότητα συγκέντρωσης, η προσοχή, οι γλωσσικές λειτουργίες, οι εκτελεστικές λειτουργίες και γενικά η γνωστική κατάσταση ενός ατόμου. Θα αναφερθούν αναλυτικά τα ψυχομετρικά εργαλεία κατά την παρουσίαση.

Αποτελέσματα: Θα παρουσιαστούν τα οφέλη της Νευροψυχολογικής Αποκατάστασης και της γνωστικής ενδυνάμωσης σε ασθενείς με επίκτητες εγκεφαλικές βλάβες.

Συμπεράσματα: Η Νευροψυχολογική Αξιολόγηση και Αποκατάσταση χρειάζεται να αποτελεί ουσιαστικό κομμάτι της θεραπευτικής παρέμβασης των ασθενών με επίκτητες εγκεφαλικές βλάβες, καθώς και καίριο στοιχείο της διεπιστημονικότητας.

OR. 06

ΑΞΙΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΤΑ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ

Ο. Χαλικοπούλου, Α. Ζαχαριάδου, Ι. Πανταζή, Α. Μπατζίνα, Ι. Τάτσης
ΕΛΕΠΑΠ Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές που ξεκινούν κατά τη διάρκεια της νηπιακής ή παιδικής ηλικίας, παρουσιάζουν δυσλειτουργία ή καθυστέρηση της ανάπτυξης ικανοτήτων που σχετίζονται με τη βιολογική ωρίμανση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Hansen, Oerbek, Petronski, 2018). Το κάθε παιδί φέρει τις δικές του δυνατότητες και ελλείψεις και περνάει από τα στάδια ανάπτυξης σε διαφορετικό ρυθμό, όμως η ομαλότητα της μετάβασης των αναπτυξιακών σταδίων έχει ιδιαίτερη σημασία. Μέσω της Νευροψυχολογικής αξιολόγησης, διερευνώνται οι παρακάτω συγκεκριμένες λειτουργίες - ικανότητες του εγκεφάλου (γνωστικές ικανότητες): νοημοσύνη (IQ), ανάγνωση, γραφή, μνήμη και προσοχή, γλώσσα και λεκτική ικανότητα, αναστολή, ευελιξία και οργανωτικότητα. Σχεδόν το 50% των περιστατικών συνοδεύονται από ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες, που εάν δεν αντιμετωπιστούν λαμβάνουν χρόνια μορφή (Hronis, Roberts & Kneebone, 2016).

Σκοπός: Η συγκεκριμένη εργασία αποσκοπεί στην παρουσίαση των γνωστικών προφίλ παιδιών με νευροαναπτυξιακές διαταραχές, καθώς και στην πρόταση ενσωμάτωσης των επιμέρους γνωστικών ικανοτήτων του παιδιού σε συνάρτηση με την εξατομικευμένη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση.

Υλικό και Μέθοδοι: Αξιολογήθηκαν πάνω από 50 παιδιά στην ΕΛΕΠΑΠ Θεσσαλονίκης με συστοιχίες Νευροψυχολογικής εκτίμησης. Θα αναφερθούν αναλυτικά τα ψυχομετρικά εργαλεία κατά την παρουσίαση.

Αποτελέσματα: Θα παρουσιαστεί μία πρόταση νευροψυχοθεραπείας παιδιού. Επιγραμματικά, στοχεύουμε στη συσχέτιση: 1) ενεργούς μνήμης με τη χρήση οπτικών ερεθισμάτων και της επανάληψης θεραπευτικής ρουτίνας, 2) των εκτελεστικών λειτουργιών και της οργάνωσης της θεραπευτικής συνεδρίας, κανόνων και προσδοκιών, 3) της συγκέντρωσης και της θετικής ανατροφοδότησης και 4) της μνήμης - μάθησης και του συμβολικού παιχνιδιού, της άμεσης ανατροφοδότησης και της διαμόρφωσης συμπεριφοράς.

Συμπεράσματα: Η αρχική πρόταση του συνδυασμού συναισθηματικών και γνωστικών δυσκολιών σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο μπορεί να ενισχύσει την ολιστική παρέμβαση παιδιών με νευροαναπτυξιακές διαταραχές.

OR. 07

ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΑΠΛΑΝΕΣ ΒΛΕΜΜΑ ΤΩΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΟΥΤΩΣ Ή ΑΛΛΩΣ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ;

Κ. Δημουλάς, Ε. Δημουλάς, Έ. Βέλλιου, Θ. Παπαδημητρίου, Σ. Καππέ, Δ. Μπαρδάνη, Α. Βαχτσεβάνου, Δ. Λιόβας, Χ. Πολύζος

Οργανισμός Ψυχοβιοαναλυτικής Μόρφωσης «έκ τῶν ὑστέρων», Διεπιστημονική Ομάδα Εργασίας Ψυχοβιοαναλυτικής Έρευνας

Οι σχιζοφρενείς έχουν αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσουν επιληψία: αμφίδρομη σχέση, μεταξύ των δύο ασθενειών. Σκοπός μας, να δειχτεί αν είναι το απλανές βλέμμα των σχιζοφρενών κριτήριο επιληψίας; Στο πείραμά μας έλαβαν μέρος (81 άντρες και 52 γυναίκες=)133 σχιζοφρενείς και (61 άντρες και 104 γυναίκες=)165 υγιείς, ως ομάδα ελέγχου. Το υλικό του πειράματός μας ήταν η σειρά των Ekman - Friesen - Tomkins 65 διαφανειών προσώπων με ένα (από ολόκληρο ή μέρος του προσώπου) ή περισσότερα συναισθήματα (1971). Τα υποκείμενα έπρεπε σε μια πρώτη προβολή τους, να σημειώσουν ένα (οποσδήποτε, και μόνον ένα) από τα επτά παγκόσμια αναγνωρισμένα συναισθήματα (ευτυχία, λύπη, φόβος, θυμός, έκπληξη, αηδία, περιφρόνηση) και, σε μια δεύτερη, ένα (οποσδήποτε, και μόνον ένα) βαθμό από το 0 (απουσία) μέχρι το 8 (έντονη παρουσία) (συναισθήματος) για το καθένα από αυτά. Με βάση το 20% των αναγνωρίσεων των συναισθημάτων, κατασκευάστηκε λεξικό συναισθηματικής σημασιοδότησης, για κάθε ομάδα. Ο στατιστικός έλεγχος (t test και Χ², κατά περίπτωση, επίπεδα σημαντικότητας: 0,05 0,005, 0,0005) έδειξε, ότι η αναγνωριστική των συναισθημάτων ικανότητα των σχιζοφρενών είναι γενικά φτωχή, όχι όμως σε βαθμό μη συγκρίσιμο (των γυναικών ελαφρώς περισσότερο), ιδίως στις μονοσήμαντες εκφράσεις, με αυτή των φυσιολογικών, δίνοντας, όμως, επιπεδωμένα, αμβλυτικά και απρόσφορα, στα συναισθήματα, πιο υψηλή βαθμολογία εκείνων. Οι σχιζοφρενείς ίσως παθαίνουν (μεγαλύτερη των μη, οι άντρες περισσότερο των γυναικών, όπως και οι μη, άρα το απλανές βλέμμα, εδώ, δεν είναι κριτήριο επιληψίας) σύγχυση, λόγω του καταιγισμού των πληροφοριών, που πρέπει να αξιολογηθούν, σε μηδενικό σχεδόν χρόνο, για την ανασυγκρότηση του διασπασμένου προσώπου, που βλέπουν ως ενιαία ολότητα.

**ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ
ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

C

Chatzintounas OR. 03, OR. 04

A

Αναστασιλάκης Δ. OR. 02

B

Βαχτσεβάνου Α. OR. 07

Βέλλιου Έ. OR. 07

Δ

Δημουλάς Ε. OR. 07

Δημουλάς Κ. OR. 07

Z

Ζαχαριάδου Α. OR. 05, OR. 06

K

Καππέ Σ. OR. 07

Κλαδάς Μ. OR. 02

Κουτσουράκη Ε. OR. 02

Κώστα - Τσολάκη Μ. OR. 02

Λ

Λιόβας Δ. OR. 07

M

Μαρινοπούλου Α. OR. 01

Μαρκοπούλου Π. OR. 02

Μπαρδάνη Δ. OR. 07

Μπατζίνα Α. OR. 05, OR. 06

Μπόιντενς Χ. OR. 02

Π

Πανταζή Ι. OR. 05, OR. 06

Παπαδημητρίου Θ. OR. 07

Πολύζος Χ. OR. 07

P

Ραφαηλίδης Σ. OR. 01

Σ

Σκαλίδου Σ. OR. 02

T

Τάτσης Ι. OR. 05, OR. 06

X

Χαλίκιοπούλου Ο. OR. 05, OR. 06



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνίες Διεξαγωγής

Πέμπτη 5 - Σάββατο 7 Μαρτίου 2020

Τόπος

Nikopolis Hotel
Ασκληπιού 16-18,
570 01 Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Οργάνωση Συνεδρίου - Γραμματεία - Πληροφορίες

PRAXICON

Εθν. Αντιστάσεως 101, Τ.Κ. 55134, Καλαμαριά, Θεσσαλονίκη

Τηλ. +30 2310 460 682, 2310 460 652 Fax. +30 2310 435 064

Email: info@praxicon.gr website: www.praxicon.gr

ΜΗΤΕ 0933E60000071200

Έκθεση

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών και ιατρικών προϊόντων, όπως και εκδοτικών οίκων και βιβλιοπωλείων, για την ενημέρωση των συμμετεχόντων.

Διακριτικό Σήμα και Κάρτα barcode

Για την παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου οι σύνεδροι είναι απαραίτητο να φέρουν τη διακριτική κονκάρδα εγγραφής που χορηγείται από τη γραμματεία on site και παρακαλούνται να τη φορούν καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου.

Επίσης, με την εγγραφή του ο κάθε σύνεδρος θα παραλαμβάνει από τη γραμματεία on site **κάρτα με γραμμωτό κωδικό (barcode)**, την οποία θα σκανάρει στο ειδικό μηχάνημα κάθε φορά κατά την είσοδο και έξοδο του από τη συνεδριακή αίθουσα.

Με τον τρόπο αυτό θα γίνεται καταμέτρηση των ωρών παρακολούθησης κάθε συνέδρου και με τη συμπλήρωση του 60% των συνολικών ωρών του προγράμματος θα δίνεται το πιστοποιητικό παρακολούθησης.

Πιστοποιητικό Παρακολούθησης

Το Πιστοποιητικό Παρακολούθησης θα δίνεται από τη γραμματεία την τελευταία ημέρα του Συνεδρίου, κατόπιν επίδειξης της κονκάρδας εγγραφής, της κάρτας barcode καθώς και του ερωτηματολογίου αξιολόγησης του Συνεδρίου. **Ελάχιστες ώρες παρακολούθησης: το 60% των συνολικών ωρών του Επιστημονικού Προγράμματος.**

Στο Συνέδριο χορηγούνται 21 μόρια (credits) Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

Προβολικός Εξοπλισμός

Στην αίθουσα των εργασιών του Συνεδρίου θα πραγματοποιούνται προβολές με data video projectors και διαφανειών μέσω PowerPoint για τις ανάγκες των ομιλητών.

Παρακαλούνται όλοι οι ομιλητές να παραδίδουν το υλικό της παρουσίασης τους έγκαιρα (τουλάχιστον 1 ώρα πριν την έναρξη της ομιλίας τους) στη γραμματεία του προβολικού εξοπλισμού.

Παρουσίαση Εργασιών

Η παρουσίαση εργασιών θα γίνει με τη μορφή ελεύθερων ανακοινώσεων.

Δικαίωμα Συμμετοχής

Το δικαίωμα συμμετοχής για όλους όσους παρακολουθήσουν το Συνέδριο είναι 10€.

Οι εγγραφές που πραγματοποιούνται από εταιρίες επιβαρύνονται με ΦΠΑ.

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου
- Παραλαβή της τσάντας και του υλικού του Συνεδρίου
- Παραλαβή κονκάρδας
- Παραλαβή πιστοποιητικού παρακολούθησης *(κατόπιν συμπλήρωσης του απαραίτητου χρόνου παρακολούθησης)*
- Καφέ στα διαλείμματα
- Συμμετοχή στις κοινωνικές εκδηλώσεις

Επίσημη Ιστοσελίδα Συνεδρίου

www.praxicon.gr/neurology2020



ΒΕΤΑΦΕΡΟΝ®

INTERFERON ΒΕΤΑ-1b

25 χρόνια κλινικής εμπειρίας:
Αποδεδειγμένη
αποτελεσματικότητα
με ευνοϊκό προφίλ ασφάλειας.

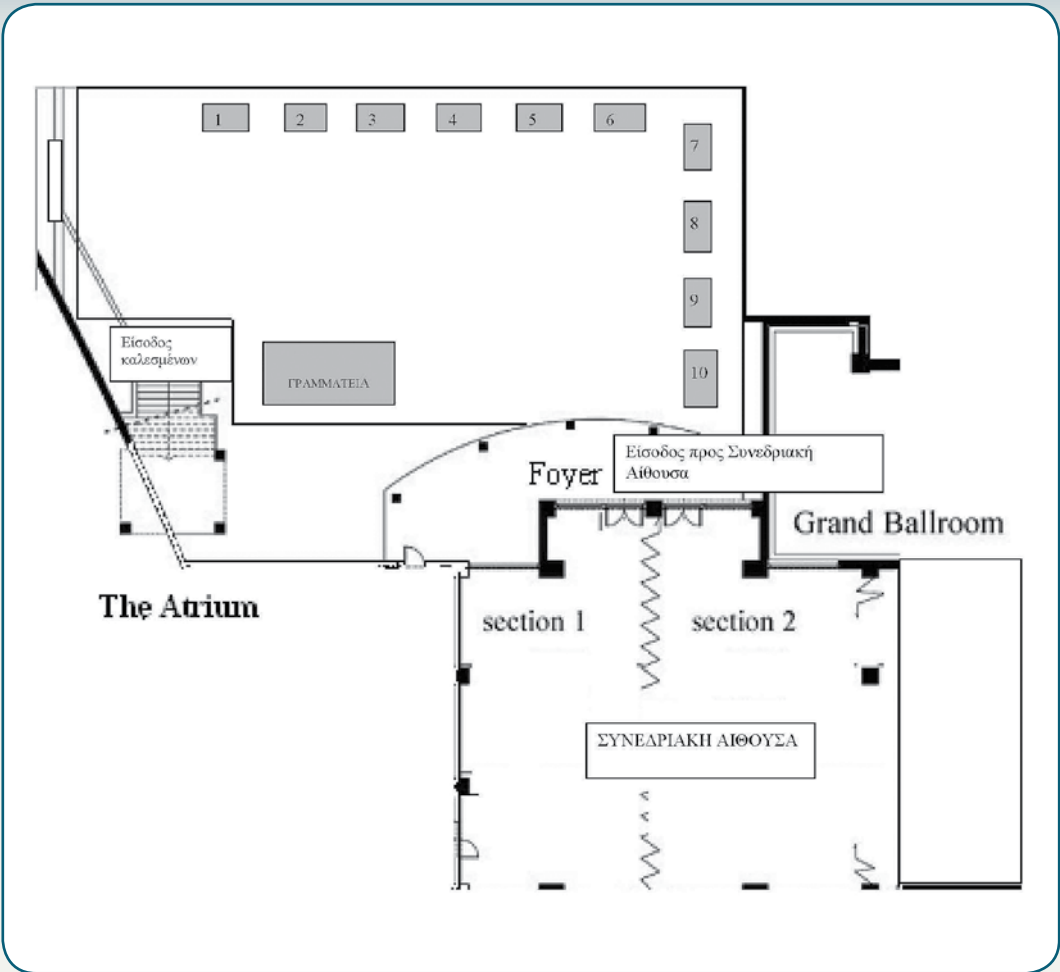
L.GR.MKT.05.2018.0720

Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας:
Bayer AG, 51368 Leninghausen, Γερμανία
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Ελλάδα:
Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ,
Σωρού 18-20, 151 25 Μαρούσι,
Τηλ.: 2106187500, Fax: 2106187522
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Κύπρο:
Novagem Ltd, Τηλ: 00357 22483858

Τμήμα Ιατρικής Πληροφόρησης
Τηλ. +30 2106187742
Fax: + 30 2106187522
Email: medinfo.gr.cy@bayer.com

Παρακαλείται να γίνουν τα φάρμακα για ασφαλή και
Αποδοτική
ΟΛΕΣ τις αναπαραγωγές ενέργειας για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΕΓΓΡΗΧΗ ΚΑΡΤΑ»

Για περισσότερες πληροφορίες συμβουλευθείτε την Περιληψη των
Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται στο εκθετήριο.



ΕΚΘΕΤΕΣ

No. 3



No. 8



No. 4



No. 9



No. 6



No. 10



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο Πρόεδρος και η Οργανωτική Επιτροπή του 6^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου με θέμα «Νεότερες Εξελίξεις στη Νευρολογία και στα Συναφή Πεδία» με Διεθνή Συμμετοχή, ευχαριστούν θερμά τις παρακάτω εταιρίες για την ευγενική υποστήριξη και συμβολή τους στη διοργάνωση του Συνεδρίου.



SANOFI GENZYME 



Bayer



Specifar
A Teva Company



UNIVERSITY STUDIO PRESS

Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών



**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.**

www.parisianou.gr • medbooks@parisianou.gr

[illegible]

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

[illegible]

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

[illegible]

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

▼ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει το γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφαλείας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιαδήποτε πιθανολογούμενη ανεπιθύμητη ενέργεια. Βλ. παράγραφο 4.8 για τον τρόπο αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

Ocrevus 300mg πυκνό διάλυμα για παρασκεύη διαλύματος προς έγχυση. Πυκνό διάλυμα για παρασκευασμένο διάλυμα προς έγχυση. Διαλύγες προς ελαφρώς ιριδίζον, και άχρωμο προς ανοικτό καφέ διάλυμα. 2. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΙΤΙΚΗ ΣΥΜΒΕΒΗ.** Κάθε φιαλίδιο περιέχει 300mg οκρελζουμάμπης σε 10ml σε συγκέντρωση 30mg/ml. Η τελική συγκέντρωση του φαρμάκου μετά από την αραίωση είναι περίπου 1,2mg/ml. Η οκρελζουμάμπη είναι ένα ανασυνδυασμένο εξοντοβλαστικό μονοκλωνικό αντίσωμα anti-CD20 που παράγεται σε κύτταρα ωδοντικών κελύκων κριτικού με τεχνολογία ανασυνδυασμένου DNA. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόσεων, βλ. παράγραφο 6.1. **4.3 Ανεπιθύμητες.** Υπερευαισθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα που αναφέρονται στην παράγραφο 6.1. • Υποστηρίχθηκε ενεργό λοίμωξη (βλέπε παράγραφο 4.4) • Ασθενείς σε σοβαρή κατάσταση ανοσοκαταστολής (βλέπε παράγραφο 4.4) • Γνωστές ενεργές κακοήθειες (βλέπε παράγραφο 4.4). **4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση. Ιντερλευκίνη-6.** Για τη βελτίωση της ανοχή του φαρμάκου, οι ασθενείς που λαμβάνουν φαρμακευτικά προϊόντα, θα πρέπει να καταγράφονται σωστά η αναμνηστική και ο αριθμός παθήσεων του χορηγούμενου προϊόντος.

Σχετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRRs). Το Ocrevus σχετίζεται με σχετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRRs), οι οποίες ενδέχεται να σχετίζονται με την απελευθέρωση κυτταροκινών και/ή άλλων χημικών διαμεσολαβητών. Τα συμπτώματα των σχετιζόμενων με την έγχυση αντιδράσεων (IRRs) μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε έγχυσης, αλλά έχουν αναφερθεί συχνότερα κατά τη διάρκεια της πρώτης έγχυσης. Οι σχετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRRs) μπορούν να εμφανιστούν σε διάστημα 24 ωρών από την έγχυση. Οι ασθενείς με αντιδράσεις μπορεί να εκδηλώσουν ως κνησμός, εξάνθημα, κούραση, ερυθρότητα, πρήξιμο, πονοκεφάλους, συμφορητικό πρήξιμο, δύσπνοια, φορηγικό ή λαρυγγικό οίδημα, έμεση, υπόταση, πυρετός, κόπωση, κεφαλαλγία, ζάλη, ναυτία και ταχυκαρδία (βλ. παράγραφο 4.8). **Πριν από την έγχυση.** • Αντιμετώπιση σοβαρών αντιδράσεων. Θα πρέπει να υπάρχει κατάλληλη υποδομή για την αντιμετώπιση των σοβαρών αντιδράσεων όπως είναι οι σοβαρές σχετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRRs), οι αντιδράσεις υπερευαισθησίας και/ή οι αντιδράσεις αναφυλαξίας. • Υπόταση. Κατά τη διάρκεια των εκδόσεων του Ocrevus μπορεί να εμφανιστούν υπόταση, ως σύμπτωμα της σχετιζόμενης με την έγχυση αντιδράσεων (IRR). Επομένως, θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο προσωρινής διακοπής των αντιπερισπασμών θεραπευτικών για 12 ώρες πριν από και κατά τη διάρκεια της κάθε έγχυσης του Ocrevus. Οι ασθενείς με ιστορικό συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας (επίπεδο III & IV σύμφωνα με την Καρδιολογική Εταιρεία Νέας Υόρκης) δεν έχουν μελετηθεί. • Προκαταρκτική φαρμακευτική αγωγή. Οι ασθενείς πρέπει να λάβουν προκαταρκτική φαρμακευτική αγωγή για τη μείωση της συχνότητας και της διάρκειας των σχετιζόμενων με την έγχυση αντιδράσεων (IRRs) (βλ. παράγραφο 4.2). **Κατά τη διάρκεια της έγχυσης.** • Θα πρέπει να λαμβάνονται τα ακόλουθα μέτρα για ασθενείς που εμφανίζουν σοβαρά αναπνευστικά συμπτώματα, όπως είναι ο βραγχόσπασμος ή οι παροξύνσεις του άσθματος - απαιτείται άμεση και οριστική διακοπή της έγχυσης τους - απαιτείται χορήγηση συμπτωματικής θεραπείας - ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται μέχρι την υποχώρηση των αναπνευστικών συμπτωμάτων επειδή η αρχική βελτίωση των κλινικών συμπτωμάτων θα μπορούσε να συνοδεύεται από επανεισβολή. • Η διάρκεια ανάμνησης στην υπεραισθησία και τις σχετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRRs) ενδέχεται να είναι δύσκολο να επιβεβαιωθούν. Εάν πιθανολογείται αντίδραση υπερευαισθησίας κατά τη διάρκεια της έγχυσης, η έγχυση πρέπει να διακοπεί αμέσως και οριστικά (βλέπε «Αντιδράσεις υπερευαισθησίας» στη συνέχεια). **Μετά από την έγχυση.** • Οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με Ocrevus θα πρέπει να παρακολουθούνται για τουλάχιστον μία ώρα μετά από την ολοκλήρωση της έγχυσης για τυχόν συμπτώματα αντίδρασης σχετιζόμενης με την έγχυση (IRR). • Οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με Ocrevus θα πρέπει να ενημερωθούν για τα συμπτώματα που σχετίζονται με την έγχυση αντιδράσεων (IRRs) (βλ. παράγραφο 4.2). **Αντιδράσεις υπερευαισθησίας.** Θα μπορούσε να εμφανιστεί, επίσης, αντίδραση υπερευαισθησίας (όχι αλλεργική αντίδραση στο φαρμακευτικό προϊόν). Οι εξέλιξη αντιδράσεις υπερευαισθησίας Τύπου 1 (διαμεσολαβούμενες από την IgE) μπορεί να μην είναι δυνατό να διακριθούν κλινικά από τα συμπτώματα των σχετιζόμενων με την έγχυση αντιδράσεων (IRRs). Αντίδραση υπερευαισθησίας μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε έγχυσης, παρόλο που συνήθως δεν εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της πρώτης έγχυσης. Όταν αφορά τις επόμενες εκδόσεις η εμφάνιση σοβαρότερων συμπτωμάτων σε σχέση με αυτά που είδε αντιμετωπίζεται παλαιότερα ο ασθενής ή νέων συμπτωμάτων συμπτωμάτων, θα πρέπει να θέσουν την υποψη πιθανής αντίδρασης υπερευαισθησίας. Οι ασθενείς με γνωστή διαμεσολαβούμενη από την ανοσοσφαιρίνη E (IgE) υπερευαισθησία στην οκρελζουμάμπη δεν πρέπει να λάβουν θεραπεία (βλ. παράγραφο 4.3). **Λοίμωξη.** Η χορήγηση του Ocrevus μπορεί να καθυστερεί σε ασθενείς με ενεργό λοίμωξη μέχρι την αποβολή της λοίμωξης. Συνιστάται η εκτίμηση της κατάστασης του ανοσοποιητικού συστήματος του ασθενούς πριν από τη χορήγηση της δόσης, καθώς οι ασθενείς σε ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς (π.χ. με λεμφοπενία, ουδετεροπενία, υπαγομαροφαινοπενία) δεν θα πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία (βλέπε παράγραφο 4.3 και 4.8). Το συνολικό ποσοστό των ασθενών που εμφάνισαν μια σοβαρή λοίμωξη ήταν παρόμοιο με τα φάρμακα σύγκρισης (βλέπε παράγραφο 4.8). Η συχνότητα εμφάνισης λοίμωξης βαθμού 4 (οιολογικές για τη ζωή) και βαθμού 5 (θανατωφύρες) ήταν χαμηλές σε όλες τις ομάδες θεραπείας, ωστόσο, στην ΠΠΠΕ ήταν υψηλότερη με το Ocrevus σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο για τις απειλητικές για τη ζωή (1,6% έναντι 0,4%) και τις θανατωφύρες (0,6% έναντι 0%). Λοιμώξεις Όλες οι απειλητικές για τη ζωή λοιμώξεις υποχώρησαν χωρίς διακοπή της οκρελζουμάμπης. Στην ΠΠΠΕ, οι ασθενείς με δυσκολίες κατάποσης διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης πνευμονίας από εισρόφηση. Η θεραπεία με Ocrevus μπορεί να αυξήσει περαιτέρω τον κίνδυνο σοβαρών πνευμονιών σε αυτούς τους ασθενείς. Οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωγίζονται άμεσα τους ασθενείς που εμφανίζουν πνευμονία. **Προϊόσα πολυσυστημική λευκοεγκεφαλοπάθεια (ΠΠΛ).** Ο κίνδυνος ΠΠΛ δεν μπορεί να αποκλειστεί καθώς λοίμωξη από τον Dr. John Cunningham (JC) που οδηγεί σε ΠΠΛ έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με anti-CD20 αντισώματα και άλλες θεραπείες για την ΠΕ, και σχετίζεται με παρόντες κινδύνους (π.χ. ιλιθυσμός ασθενών, πολυθεραπεία με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα). Οι ασθενείς πρέπει να επισκεφθούν για πρώτο σημείο και συμπτώματα ΠΠΛ, τα οποία μπορεί να περιλαμβάνουν τυχόν νέα έμφανση ή επιδείνωση των νευρολογικών σημείων ή συμπτωμάτων, καθώς από ένα μέρος να προσκομίζονται με τη νόσο της παλλινικής σκληρωτικής. Εάν πιθανολογείται ΠΠΛ, η δόση του Ocrevus πρέπει να διακοπεί προσωρινά. Θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο ολοκληρωτικής συμπεριλαμβανομένης της μαγνητικής τομογραφίας (MRI), κατά προτίμηση με ακεταζοναμίδη (ακεταζοναμίδη) με τη μαγνητική τομογραφία πριν από τη θεραπεία), τις επιβεβαιωτικές εξετάσεις εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ) για απόδοξη εγκεφαλονωτιαίο (IDNA) του από John Cunningham (JC), και των επανολογικών νευρολογικών εκτιμήσεων. Εάν επιβεβαιωθεί η ΠΠΛ, η θεραπεία πρέπει να διακοπεί οριστικά. **Επανεμφάνιση ηπατίτιδας Β.** Σε ασθενείς υπό θεραπεία με anti-CD20 αντισώματα έχει αναφερθεί επανεμφάνιση του ιού της ηπατίτιδας Β (HBV), η οποία οδηγεί σε ορισμένες περιπτώσεις σε κεραυνόμορφη ηπατίτιδα, ηπατική ανεπάρκεια και θάνατο. Θα πρέπει να πραγματοποιείται προκαταρκτικός έλεγχος για HBV σε όλους τους ασθενείς πριν από την έναρξη της θεραπείας με το Ocrevus σύμφωνα με τις τοπικές κατευθυντήριες οδηγίες. Οι ασθενείς με ενεργό HBV (δηλ. ενεργό λοίμωξη), η οποία επιβεβαιώνεται από θετικό αποτέλεσμα για HBsAg και anti-HBc (έλεγχος) δεν θα πρέπει να λάβουν θεραπεία με Ocrevus. Οι ασθενείς με θετικό ορολογικό έλεγχο (δηλ. αρνητικό για HBsAg και θετικό για το αντίσωμα εναντίον του ηπαρίτη HB (HBcAb -), φορείς HBV (θετικοί για το επανεισβολικό αντιγόνο, HBsAg-)) θα πρέπει να απευθυνθούν σε ειδικούς ηπατολόγους πριν από την έναρξη της θεραπείας και θα πρέπει να παρακολουθούνται και να αντιμετωπίζονται σύμφωνα με το τοπικό ιατρικό πρότυπο για την πρόληψη της επανεμφάνισης της ηπατίτιδας Β. **Κακοήθειες.** Έχει παρατηρηθεί αυξημένος αριθμός κακοήθων συμπεριλαμβανομένων του καρκίνου του μαστού) σε κλινικές μελέτες σε ασθενείς που λάβαν θεραπεία με οκρελζουμάμπη, σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου. Ωστόσο, η επίπτωση κυμαίνεται στο γενικό ποσοστό που αναμένονται για τον πληθυσμό με ΠΕ. Θα πρέπει να εξετάζεται η αιτία μεταξύ οφθαλμών και κινδύνου για κάθε ασθενή με γνωστούς παρόντες κινδύνους για κακοήθειες, καθώς και σε ασθενείς που παρακολουθούνται ενεργά για επανεμφάνιση κακοήθειας. Οι ασθενείς με γνωστή ενεργή κακοήθεια δεν θα πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία με Ocrevus (βλέπε παράγραφο 4.3). Οι ασθενείς θα πρέπει να ακολουθούν τον καθιερωμένο πρόληψη έλεγχο για καρκίνο του μαστού σύμφωνα με τις τοπικές κατευθυντήριες οδηγίες. Αναφέρεται στην παράγραφο 4.2 για τους πληθυσμούς που δεν έχουν μελετηθεί. Κατά την ελεγχόμενη περίοδο θεραπείας των κλινικών μελετών, η επίπτωση των μη μελανοκυτταρικών βερματοειδών καρκίνων ήταν χαμηλή, ενώ δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων θεραπείας. Παρατηρήθηκε αυξημένη επίπτωση μεταξύ των ετών θεραπείας 3 και 4 λόγω βασικού καρκινικού καρκινώματος, η οποία δεν παρατηρήθηκε το επόμενο έτος. Η επίπτωση παραμένει εντός του γενικού ποσοστού που αναμένονται για τον πληθυσμό με ΠΕ. **Θεραπεία σοβαρά ανοσοκατασταλμένων ασθενών.** Οι ασθενείς σε σοβαρή κατάσταση ανοσοκαταστολής δεν πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία μέχρι την υποχώρηση της κατάστασης (βλέπε παράγραφο 4.3). Σε άλλες συστάσεις καυστικής, η χρήση του Ocrevus ταυτόχρονα με ανοσοκατασταλτικές φαρμακευτικές αγωγές (π.χ. χρόνια κορτικοστεροειδή, μη βιολογικά και βιολογικά φάρμακα) της νέου αντιρρηκτικού φαρμάκου [DMARDs], μικροαντιβιοτική μορφή (αλκυλοκυτοσίνη, αζοθειοπρίνη) οδηγεί σε αύξηση των σοβαρών λοιμώξεων, συμπεριλαμβανομένων των ευκαρυωτικών λοιμώξεων. Οι λοιμώξεις περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την άτυπη πνευμονία και την πνευμονία από *Pneumocystis jirovecii*, την πνευμονία από ανεμελιά, τη φυματίωση, την ιοϊκή λοίμωξη. Σε σπάνιες περιπτώσεις, ορισμένες από αυτές τις λοιμώξεις ήταν θανατωφύρες. Σε μερικές περιπτώσεις, η ανάλυση των αποτελεσμάτων οι ακόλουθοι παρόντες που σχετίζονται με τον κίνδυνο σοβαρών λοιμώξεων, υψηλότερες δόσεις Ocrevus από αυτές που συνιστώνται για την ΠΕ, άλλες συννοσηρότητες και χρόνια χρήση ανοσοκατασταλτικών / κορτικοστεροειδών. Δεν συνιστάται η χρήση άλλων ανοσοκατασταλτικών ταυτόχρονα με το Ocrevus, εξαιρουμένων των κορτικοστεροειδών για τη συμπτωματική θεραπεία των υπολοίπων. Υπάρχει περαιομένη γνώση σχετικά με το εάν η ταυτόχρονη χρήση στεροειδών για τη συμπτωματική θεραπεία των υπολοίπων σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων στην κλινική πρακτική. Στις βασικές μελέτες οκρελζουμάμπης στην ΠΕ, η χορήγηση κορτικοστεροειδών για την αντιμετώπιση υπολοίπων δεν συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σοβαρής λοίμωξης. Κατά την έναρξη του Ocrevus μετά από την ανοσοκατασταλτική θεραπεία ή την έναρξη ανοσοκατασταλτικής θεραπείας μετά από το Ocrevus, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δυνατότητα αλληλεπικαλυπτόμενων φαρμακοδυναμικών επιδράσεων (βλ. παράγραφο 5.1 Φαρμακοδυναμικές επιδράσεις). Θα πρέπει να γίνεται προσοχή κατά τη συνταγογράφηση του Ocrevus λαμβάνοντας υπόψη τις φαρμακοδυναμικές ιδιότητες των άλλων φαρμακικών της νέου θεραπευτικών για την ΠΕ. **Εμβολιασμοί.** Η ασφάλεια της ανοσοποίησης με εμβόλια με ζώντες ή ζώντες εξασθενημένους μικροοργανισμούς μετά από τη θεραπεία με Ocrevus δεν έχει μελετηθεί, αλλά ο εμβολιασμός με εμβόλια που περιέχουν ζώντες εξασθενημένους ή ζώντες μικροοργανισμούς δεν συνιστάται κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μέχρι την αποκατάσταση του αριθμού των B κυττάρων (για κλινικές μελέτες, ο διάσφατος χρόνος για την αποκατάσταση του αριθμού των B κυττάρων ήταν 72 εβδομάδες). Βλέπε παράγραφο 5.1. Σε μια τυχαία δοκιμή ανοχής μελέτη, οι ασθενείς με ΥΠΕ ή με βάση να ενισχύουν τις κυμκικές αντιαποκρίσεις, οι και μειωμένες, σε ανοσοζήνη τετάνου, 23-δύναμο πολυσακχαριδικό εμβόλιο πνευμονοκόκκου με ή χωρίς ενισχυτικό εμβόλιο, νεοσχημένο ομοκυκλινίνης ή πεταζόλης Keyhole (KLH) και εμβόλιο επαχικής γρίπης. Βλ. Παράγραφο 4.5 και 5.1. Συνιστάται να εμβολιάζονται ασθενείς με Ocrevus με εμβόλια επαχικής γρίπης τα οποία είναι οδοντοσημένα. Οι ασθενείς θα πρέπει να εξετάζονται την κατάσταση ανοσοποίησης των ασθενών που είναι υποψήφιοι για θεραπεία με Ocrevus. Οι ασθενείς που χρήζουν εμβολιασμού θα πρέπει να ολοκληρώσουν την ανοσοποίηση τουλάχιστον 6 εβδομάδες πριν από την έναρξη του Ocrevus. Για περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τους εμβολιασμούς αναφέρεται στην παράγραφο 4.5 και 5.1. Έκθεση *in vitro* στην οκρελζουμάμπη και εμβολιασμούς νεογνών και θηρών με ζώντα ή ζώντα εξασθενημένα εμβόλια. Λόγω της πιθανής εξάλειψης των B κυττάρων σε θήρες μύλων που έχουν εκτεθεί στο Ocrevus κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνιστάται οι εμβολιασμοί με ζώντες ή ζώντες εξασθενημένους μικροοργανισμούς να αποβληθούν. Έως όσον ανακτούνται οι επίπεδα των B κυττάρων. Επομένως, συνιστάται η μέτρηση των επιπέδων B-κυττάρων που είναι θετικό σε CD19, σε νεογνά και θήρες, πριν από τον εμβολιασμό. Συνιστάται όλοι οι εμβολιασμοί, εκτός αυτών με ζώντες ή ζώντες εξασθενημένους μικροοργανισμούς, να ακολουθούν το τοπικό πρόγραμμα ανοσοποίησης και η μέτρηση των επιπέδων απόκρισης που προκαλούνται από εμβολιασμούς που λαμβάνονται υπόψη για να ελεγχθεί εάν το άτομο έχουν κατακτήσει με προσιτευτική ανοσοποίηση επειδή η αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού μπορεί να μειωθεί. Η ασφάλεια και ο χρόνος εμβολιασμού πρέπει να συζητούνται με το γιατρό του θηρώ (βλ. παράγραφο 4.6). **Νόσηρο.** Αυτό το φαρμακευτικό προϊόν περιέχει λιγότερο από 1mmol νατρίου (23mg) ανά δόση, δηλ. είναι ανασταλτικό «ελεύθερο νατρίου». **4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες. Περίληψη του προφί**

ασφάλειας: Οι σημαντικότερες και πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες αντιδράσεις (ADRs) ήταν οι ακετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRR) και οι λοιμώξεις. Βλέπε παράγραφο 4.4 και παράγραφο 4.8 (υπαπαράγραφο «Περιγραφή επιλεγμένων ανεπιθύμητων αντιδράσεων») για περαιτέρω λεπτομέρειες. **Κατάλογος ανεπιθύμητων αντιδράσεων υπό μορφή πίνακα:** Το συνολικό προφίλ ασφάλειας του Ocrevus στην Πολυετήλη Σκληρήνωση Βασίζεται σε δεδομένα ασθενών από βασικές κλινικές μελέτες στην πολυετήλη σκληρήνωση (ΥΠΣ και ΠΠΠΣ). Ο Πίνακας 2 συνοψίζει τις ανεπιθύμητες αντιδράσεις φαρμάκου που έχουν αναφερθεί σε σχέση με τη χρήση του Ocrevus σε 1.311 ασθενείς (3.054 ασθενό-έτη) κατά τη διάρκεια των περιόδων ελεγχόμενης θεραπείας των κλινικών μελετών της ΠΣ. Οι συχνότητες ορίζονται ως εξής: πολύ συχνές ($\geq 1/10$), συχνές ($\geq 1/100$ έως $< 1/10$), όχι συχνές ($\geq 1/1.000$ έως $< 1/100$), σπάνιες ($\geq 1/10.000$ έως $< 1/1.000$) και πολύ σπάνιες ($< 1/10.000$). Ενός κάθε κατηγορίας οργανικού ανεπιθύμητου αντιδράσεων παρουσιάζονται κατά θνήσους σε έναν πίνακα. **Πίνακας 2 Ανεπιθύμητες αντιδράσεις φαρμάκου (ADRs) που αναφέρονται με το Ocrevus (στην ΥΠΣ ή την ΠΠΠΣ)**

MedDRA	Πολύ συχνές	Συχνές
Κατηγορία/Οργανικό Σύστημα		
Λοιμώξεις και παροστώσεις	Λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, ρινοφαρυγγίτιδα, γρίπη	Ιγμορίτιδα, βρογχίτιδα, στοματικός έρπης, γαστρεντερίτιδα, λοίμωξη του αναπνευστικού, ιογενής λοίμωξη, έρπης ζωστήρας, επιπεφυκίτιδα, κυταρίτιδα
Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσθωρακίου		Βήχας, καίραφ
Παρακλινικές εξετάσεις	Μειωμένη ανοσοσφαιρίνη Μ στο αίμα	Μειωμένη ανοσοσφαιρίνη G στο αίμα
Διαταραχές του αίματος και του λεμφικού συστήματος		Ουδετεροπενία
Κακώσεις, δηλητηριάσεις και επιπλοκές θεραπευτικών χειρισμών	Σχετιζόμενη με την έγχυση αντίδραση ¹	

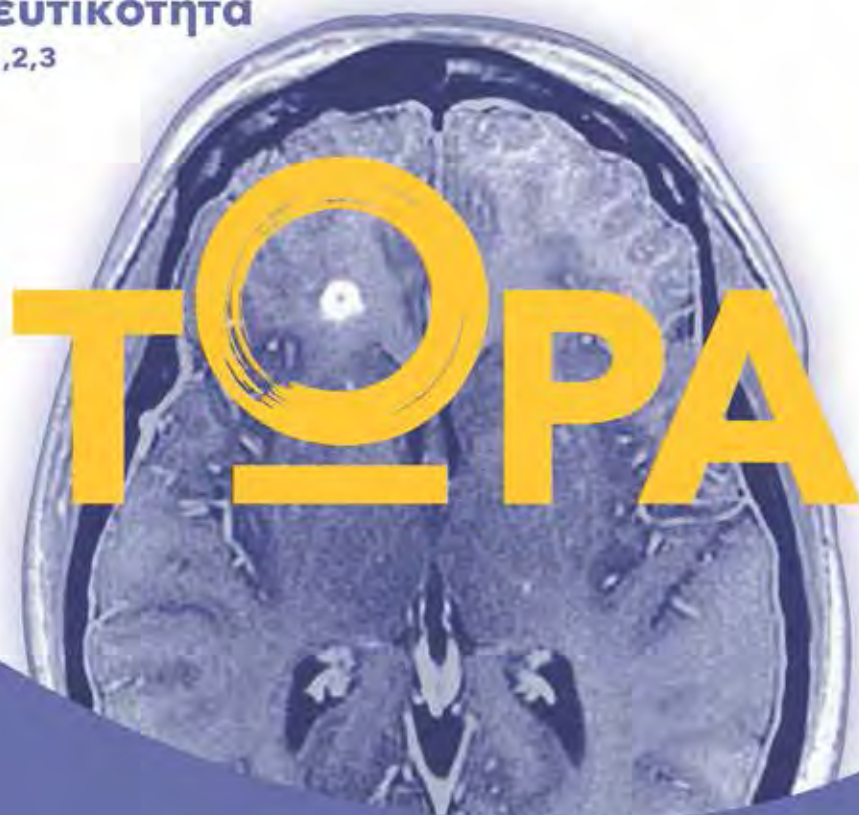
¹ Τα συμπτώματα που αναφέρονται ως σχετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRRs) σε διάστημα 24 ωρών από την έγχυση περιγράφονται στη συνέχεια στις «ακετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις».

Περιγραφή επιλεγμένων ανεπιθύμητων αντιδράσεων: Σχετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις: Στις μελέτες της ΥΠΣ και της ΠΠΠΣ, τα συμπτώματα που συνδυάζουν τις ακετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRRs) περιελάμβαναν, μεταξύ άλλων, τα εξής: κνησμός, εξάνθημα, κνίδωση, ερυθρότητα, έμετος, υπέρταση, πυρετός, κόπωση, κεφαλαλγία, ζάλη, πονόλαιμο, στοματοφαρυγγικό πόνο, δύσπνοια, φαρυγγικό ή λαρυγγικό οίδημα, ναυτία, ταχυκαρδία. Σε ελεγχόμενες μελέτες δεν υπήρξαν θανατηφόρες αντιδράσεις σχετιζόμενες με την έγχυση (IRRs). Σε ελεγχόμενες με δροστικό φάρμακο (ΥΠΣ) κλινικές μελέτες, οι ακετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRRs) ήταν η συχνότερη ανεπιθύμητη ενέργεια στους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με Ocrevus με συνολική επίπτωση 34,3% συγκριτικά με την επίπτωση του 9,9% στην ομάδα θεραπείας της ιντερφερόνης βήτα-1α (έγχυση εικονικού φαρμάκου). Η επίπτωση των ακετιζόμενων με την έγχυση αντιδράσεων (IRRs) ήταν μεγαλύτερη κατά τη διάρκεια της έγχυσης 1 της Δόσης 1 (27,5%) και μειώθηκε με την πάροδο του χρόνου σε $< 10\%$ στη Δόση 4. Η ηλιογραφία των ακετιζόμενων με την έγχυση αντιδράσεων (IRRs) σε ομάδες θεραπείας οφειλόταν ήπιες έως μέτριες αντιδράσεις. Το 21,7% και το 10,1% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με Ocrevus εμφάνισαν ήπιες και μέτριες ακετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRRs) αντίστοιχα, το 2,4% εμφάνισαν σοβαρές ακετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRRs) και το 0,1% εμφάνισαν απειλητικές για τη ζωή ακετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRRs). Βλέπε παράγραφο 4.4. Στην ελεγχόμενη με την έγχυση αντιδράσεων (IRRs) κλινική μελέτη (ΠΠΠΣ), οι ακετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRRs) ήταν η συχνότερη ανεπιθύμητη ενέργεια στους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με Ocrevus με συνολική επίπτωση 40,1% συγκριτικά με την επίπτωση του 25,5% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου. Η επίπτωση των ακετιζόμενων με την έγχυση αντιδράσεων (IRRs) ήταν μεγαλύτερη κατά τη διάρκεια της έγχυσης 1 της Δόσης 1 (27,4%) και μειώθηκε με τις επόμενες δόσεις σε $< 10\%$ στη Δόση 4. Μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών σε κάθε ομάδα εμφάνισαν ακετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRRs) κατά τη διάρκεια της πρώτης έγχυσης της κάθε δόσης συγκριτικά με τη δεύτερη έγχυση της συγκεκριμένης δόσης. Η ηλιογραφία των ακετιζόμενων με την έγχυση αντιδράσεων (IRRs) ήταν ήπιες έως μέτριες. Το 26,7% και το 11,9% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με Ocrevus εμφάνισαν ήπιες και μέτριες ακετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRRs) αντίστοιχα, το 1,4% εμφάνισαν σοβαρές ακετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRRs). Δεν υπήρξαν απειλητικές για τη ζωή ακετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IRRs). Βλέπε παράγραφο 4.4. **Λοιμώξεις:** Στις ελεγχόμενες με δροστικό ουσία μελέτες της ΥΠΣ, λοιμώξεις προέκυψαν στο 58,5% των ασθενών που λάμβαναν Ocrevus έναντι του 52,5% των ασθενών που λάμβαναν ιντερφερόνη βήτα-1α. Σοβαρές λοιμώξεις σημειώθηκαν στο 1,3% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με Ocrevus έναντι του 2,9% των ασθενών που λάμβαναν θεραπεία με ιντερφερόνη βήτα-1α. Στην ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη της ΠΠΠΣ, λοιμώξεις παρουσιάστηκαν στο 72,2% των ασθενών που λάμβαναν Ocrevus έναντι του 69,9% των ασθενών που λάμβαναν εικονικό φάρμακο. Σοβαρές λοιμώξεις σημειώθηκαν στο 6,2% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με Ocrevus έναντι του 6,7% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με εικονικό φάρμακο. Παρατηρήθηκε μια αύξηση του ποσοστού των σοβαρών λοιμώξεων στην ΥΠΣ μεταξύ των Ετών 2 και 3, αλλά όχι στο επικόλλου έτη. Δεν παρατηρήθηκε αύξηση στην ΠΠΠΣ. **Αναπνευστικές λοιμώξεις:** Το ποσοστό των λοιμώξεων αναπνευστικού ήταν μεγαλύτερο στους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με Ocrevus συγκριτικά με την ιντερφερόνη βήτα-1α και το εικονικό φάρμακο. Στις κλινικές μελέτες της ΥΠΣ, το 39,9% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με Ocrevus και το 33,2% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με ιντερφερόνη βήτα-1α εμφάνισαν λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού και το 7,5% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με Ocrevus και το 5,2% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με ιντερφερόνη βήτα-1α εμφάνισαν λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού. Στην κλινική μελέτη της ΠΠΠΣ, το 48,8% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με Ocrevus και το 42,7% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με εικονικό φάρμακο εμφάνισαν λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού και το 9,9% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με Ocrevus και το 9,2% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με εικονικό φάρμακο εμφάνισαν λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού. Οι αναπνευστικές λοιμώξεις που αναφέρθηκαν σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με Ocrevus ήταν κυρίως ήπιες έως μέτριες (80 – 90 %). **Έρπης:** Σε ελεγχόμενες με δροστικό φάρμακο (ΥΠΣ) κλινικές μελέτες, λοιμώξεις από έρπη αναφέρονταν συχνότερα στους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με Ocrevus σε σχέση με τους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με ιντερφερόνη βήτα-1α, συμπεριλαμβανομένης του έρπη ζωστήρα (1,2% έναντι 1,0%), του απλού έρπη (0,7% έναντι 0,1%), του στοματικού έρπη (3,0% έναντι 2,2%), του έρπη γεννητικών οργάνων (1,0% έναντι 0%) και της λοίμωξης από έρπη (0,1% έναντι 0%). Οι λοιμώξεις ήταν κυρίως ήπιες έως μέτριες σε βαρύτητα και οι ασθενείς ανέκαμψαν με τη λήψη της καθιερωμένης θεραπευτικής αγωγής. Στην ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο κλινική μελέτη (ΠΠΠΣ), παρατηρήθηκε υψηλότερο ποσοστό ασθενών με στοματικό έρπη (12,7% έναντι 0,8%) στο σκόλο θεραπείας με Ocrevus. **Εργαστηριακές αναμεικτές: Ανοσοσφαιρίνες:** Η θεραπεία με Ocrevus οδήγησε σε μείωση της ολικής ανοσοσφαιρίνης στην ελεγχόμενη περίοδο των μελετών, κυρίως λόγω μείωσης των επιπέδων της IgM. Τα κλινικά δεδομένα έχουν δείξει μια συσχέτιση μεταξύ των μειωμένων επιπέδων της IgG (και λιγότερο για την IgM ή IgA) και των ασθενών που λάμβαναν Ocrevus. **Λεμφοκυττάρωση:** Στην ΥΠΣ παρατηρήθηκε μείωση των λεμφοκυττάρων κάτω από το κατώτερο φυσιολογικό όριο (LLN) στο 20,7% των ασθενών που λάμβαναν Ocrevus σε σύγκριση με 32,6% των ασθενών υπό θεραπεία με ιντερφερόνη βήτα-1α. Στην ΠΠΠΣ παρατηρήθηκε μείωση των λεμφοκυττάρων κάτω από το κατώτερο φυσιολογικό όριο (LLN) στο 26,3% των ασθενών υπό θεραπεία με Ocrevus έναντι 11,7% των ασθενών υπό θεραπεία με εικονικό φάρμακο. Η ηλιογραφία των εν λόγω μειώσεων που αναφέρθηκαν στους ασθενείς υπό θεραπεία με Ocrevus ήταν Βοηθού 1 (< 1.000 κύτταρα/ mm^3) και 2 (μεταξύ 500 και 800 κύτταρα/ mm^3) ως προς τη βαρύτητα. Περίπου το 1% των ασθενών στην ομάδα του Ocrevus είχαν λεμφοπενία Βοηθού 3 (μεταξύ 200 και 500 κύτταρα/ mm^3). Σε κανένα ασθενή δεν αναφέρθηκε λεμφοπενία Βοηθού 4 (< 200 κύτταρα/ mm^3). Παρατηρήθηκε αυξημένο ποσοστό ασθενών που έλαβαν Ocrevus κατά τη διάρκεια επιβεβαιωμένης μείωσης του αριθμού των ουδετερόφιλων σε ασθενείς υπό θεραπεία με οκρελίζουμνη. Ο αριθμός των ασθενών που έλαβαν Ocrevus ήταν πολύ χαμηλός για να εξασθενήσει οριστικό συμπεράσμα. **Ουδετεροπενία:** Στην ελεγχόμενη με δροστικό ουσία περίοδο θεραπείας (ΥΠΣ), παρατηρήθηκε μείωση στον αριθμό των ουδετερόφιλων $< \text{LLN}$ στο 14,7% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με Ocrevus συγκριτικά με το 40,9% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με ιντερφερόνη βήτα-1α. Στην ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο κλινική μελέτη (ΠΠΠΣ), το ποσοστό των ασθενών υπό θεραπεία με Ocrevus που εμφάνισαν μειωμένο αριθμό ουδετερόφιλων ήταν υψηλότερο (12,9%) σε σχέση με τους ασθενείς του εικονικού φαρμάκου (10,0%). Μεταξύ αυτών, υψηλότερο ποσοστό ασθενών (4,3%) της ομάδας του Ocrevus είχαν ουδετεροπενία Βοηθού 2 ή μεγαλύτερη έναντι 1,3% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου. Περίπου το 1% των ασθενών στην ομάδα του Ocrevus είχαν ουδετεροπενία Βοηθού 4 έναντι 0% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου. Η ηλιογραφία των μειώσεων του αριθμού των ουδετερόφιλων οφειλόταν παροδική περαιοπενία (τα οποία παρατηρήθηκαν μόνο μία φορά για ένα δεδομένο ασθενή που λάμβαναν θεραπεία με Ocrevus) και ήταν Βοηθού 1 (< 1500 κύτταρα/ mm^3) και 2 (μεταξύ 1000 και 1500 κύτταρα/ mm^3) ως προς τη βαρύτητα. Ένας ασθενής με ουδετεροπενία Βοηθού 3 (μεταξύ 500 και 1000 κύτταρα/ mm^3) και ένας ασθενής με ουδετεροπενία Βοηθού 4 (< 500 κύτταρα/ mm^3) χρειάστηκαν ειδική θεραπεία με παράγοντα διέγερσης οστέων κοκκιοκυττάρων και συνδυασμό να λαμβάνουν οκρελίζουμνη μετά το επεισόδιο. **Άλλες:** Ένας ασθενής, ο οποίος έλαβε 2000mg Ocrevus, υπέβησε λόγω συνδυασμού συστημικής φλεγμονώδους απόκρισης (SIRS) άγνωστης αιτιολογίας, μετά από εξέταση μηνιγγοκήλης τομογραφίας (MRI) 12 εβδομάδες μετά την τελευταία έγχυση. Στο σύνδρομο συστημικής φλεγμονώδους απόκρισης (SIRS) μπορεί να συνέβηλε η αναπνευστική αντίδραση στο ακαθάρτο ποσοστό γδαλινο που χρησιμοποιήθηκε στη μηνιγγοκήλη τομογραφία. **Ανοσογόνο πιθανολογούμενο ανεπιθύμητο ενεργειακή:** Η ανοσογόνο πιθανολογούμενη ανεπιθύμητη ενεργειακή μετά από τη χορήγηση οδούς κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Εκτιμάται η συνική παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας να παρακολουθούν με προσοχή τους ασθενείς που λαμβάνουν πιθανολογούμενη ανεπιθύμητη ενεργειακή (βλ. λεπτομέρειες παρακάτω). **Κύριες:** Φαρμακευτικές Υπηρεσίες, Υπουργείο Υγείας, CY-1475 Λευκωσία, Φαξ + 357 22608649, Ιστοσελίδα: www.moh.gov.cy/phs, Ελλάδα: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, Μεσογίων 264, GR-15562 Χαλάνδρι, Αθήνα, Τηλ + 30 21 32040380/3337, Φαξ + 30 21 06549585, Ιστοσελίδα: <http://www.eof.gr>, 10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ: 16 Δεκεμβρίου 2019

Λεπτομέρειες πληροφοριών για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμες στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: <http://www.ema.europa.eu>. Με περιορισμένη ιατρική συνηγορία. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση από γιατρό με κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία
Α.Τ.: € 5.643,33 Ν.Τ.: € 4.692,93

Πολλαπλή Σκλήρυνση:

Αναστέλλοντας την προοδευτικότητα της νόσου^{1,2,3}



▼ Το φάρμακο αυτό ταξιδεύει υπό αυστηρή ιατρική παρακολούθηση. Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Πρέπει να γίνεται αναφορά των ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες πρέπει επίσης να αναφέρονται στη Roche (Hellas) A.E. Παρακαλούμε επικοινωνήστε με τη Μονάδα Φαρμακοεπαγρύπνησης της Roche (Hellas) A.E., είτε αποστέλλοντας e-mail (hellas.drugsafety@roche.com), είτε τηλεφωνικά (+30 210 6166100).

Ανεπιθύμητες Ενέργειες: Οι σημαντικότερες και πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες αντιδράσεις (ADRs) ήταν οι σχετιζόμενες με την έγχυση αντιδράσεις (IFR) και οι λοιμώξεις¹. Για περισσότερες πληροφορίες ανατρέξτε στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος. Α.Τ.: € 5.645,33 Ν.Τ.: € 4.692,93.

Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση από ιατρό με καταλληλή εκπαίδευση και εμπειρία.

Βιβλιογραφία:

1. OCREVUS Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος. 2. Hauser SL et al. Ocrelizumab versus interferon β -1a in relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med*. 2017;376(3):221-234. 3. Montalban X et al. Ocrelizumab versus placebo in primary progressive multiple sclerosis. *N Engl J Med*. 2017;376(3):209-220.

Για περισσότερες πληροφορίες ανατρέξτε στην ΠΧΠ του OCREVUS® που εμφανίζεται σε επόμενες σελίδες του εντύπου.

ROCHE (Hellas) A.E.

Αλαμάνος 4 & Δελφών 151 25 Μαρούσι, Αττική Τηλ.: 210 6166100, fax: 210 6166159

email: hellas.medinfo@roche.com

Ελλάδα 800 111 93 00 (δωρεάν γραμμή επικοινωνίας)

Κύπρος 800 92 668 (δωρεάν γραμμή επικοινωνίας)

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

▼ **OCREVUS®**
ocrelizumab

