



Ελληνικά Αρχεία

# AIDS

Hellenic Archives




**27°**  
Πανελλήνιο Συνέδριο  
**AIDS**



**27/11-29/11** 2015  
Divani Caravel Hotel • Αθήνα

[www.aids.org.gr](http://www.aids.org.gr)

Γραμμάτεια Συνεδρίου:  
Focus on Health E.P.E.  
Ιωάννου Γωνιάτου 16 • 11521 Αθήνα  
Τ: 210 7223044 | Φ: 210 7223220  
| [info@focusonhealth.gr](mailto:info@focusonhealth.gr)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS  
HELLENIC SOCIETY FOR THE STUDY AND CONTROL OF AIDS

**Πρακτικά Συνεδρίου**



ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS  
EDITION OF THE HELLENIC ASSOCIATION FOR THE STUDY AND CONTROL OF AIDS

<http://www.aids.org.gr>  
e-mail: [eemaa@aids.org.gr](mailto:eemaa@aids.org.gr)  
ISSN 1105-8900



# ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ AIDS

## ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS



**Ιδιοκτήτης:** Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS

Ερυθρού Σταυρού 6, 11527 Αθήνα • Τηλ. και Fax: 210-6983945

e-mail: eemaa@aids.org.gr • Website: www.aids.org.gr

### ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: **Μ. Κ. Λαζανάς**

Αντιπρόεδρος: **Χ. Γώγος**

Γενικός Γραμματέας: **Π. Κολλάρας**

Ειδικός Γραμματέας: **Α. Παπαδόπουλος**

Ταμίας: **Μ. Γκίκα**

Μέλη: **Γ. Αδάμης, Β. Παπαρίζος, Δ. Παρασκευά, Β. Σπούλου**

### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

Πρόεδρος: **Μ. Κ. Λαζανάς**

Διευθύντρια Σύνταξης: **Μ. Χίνη**

Αναπλ. Διευθυντές Σύνταξης: **Χ. Λούπα, Γ. Τσεκές**

Μέλη: **Δ. Αγραφιώτης, Ε. Βογιατζάκης, Ν. Μαγκαφάς, Μ. Μαραγκός,  
Ζ. Μάτσου, Σ. Μεταλλίδης, Γ. Ξυλωμένος, Α. Παπαδόπουλος,  
Β. Παπαρίζος, Β. Παπασταμόπουλος, Δ. Παρασκευής, Ν. Σύψας,  
Κ. Τσαλιμαλά, Γ. Χρύσος, Ε. Χωρέμη-Παπαδοπούλου, Α. Ψαρρά**

ISSN 1105-8900

Εκδότης: **Μ. Κ. Λαζανάς**

Επιστημονική Αλληλογραφία: **"ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ AIDS"**

**Μ. Χίνη**

**Τ.Θ. 14085 – 11521 Αθήνα**

e-mail Περιοδικού: **eemaa@aids.org.gr**

Εγγραφές Συνδρομητών **P.O BOX 14085**

Συνδρομές: **GR-11521 Athens**

Ετήσιες Συνδρομές: **Γιατροί**

**15.00 €**

**Μέλη Ε.Ε.Μ.Α.Α.**

**6.00 €**

**Εταιρείες – Οργανισμοί – Βιβλιοθήκες**

**50.00 €**

**Εξωτερικό**

**110.00 €**

Εκτύπωση: **Focus on Health – Τηλ.: 210-7223046 • Fax: 210-7223220**

Τα "ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ AIDS" περιλαμβάνονται στα Ελληνικά επιστημονικά περιοδικά με Εθνική αναγνώριση σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση Α 1<sup>ο</sup>/543/99, ΦΕΚ τεύχος 2<sup>ο</sup> αριθ. φύλλου 122 18/02/1999



## HELLENIC ARCHIVES of AIDS

QUARTERLY SCIENTIFIC EDITION OF THE HELLENIC ASSOCIATION  
FOR THE STUDY AND CONTROL OF AIDS

Edited by the: Hellenic Association For the Study and Control of AIDS  
6, Erythrou Stavrou Str., 115 27 Athens • Tel. & Fax: (+30) 210-6983945  
e-mail: eemaa@aids.org.gr • Website: www.aids.org.gr

### ADVISORY BOARD

*President:* M. K. Lazanas  
*Vice-President:* C. Gogos  
*Secretary:* P. Kollaras  
*Special Secretary:* A. Papadopoulos  
*Treasurer:* M. Gkika  
*Members:* G. Adamis, V. Paparizos, D. Paraskeva, V. Spoulou

### EDITORIAL BOARD

*Chairman:* M. K. Lazanas  
*Editor in Chief:* M. Chini  
*Asst. Editor in Chief:* Ch. Loupa, G. Tsekas  
*Members:* D. Agrafiotis, E. Choremi-Papadopoulou, G. Chrysos, G. Xylomenos,  
N. Magkafas, M. Maragos, Z. Matsou, S. Metallidis, A. Papadopoulos,  
V. Paparizos, V. Papastamopoulos, D. Paraskevis, A. Psarra, N. Sipsas,  
K. Tsalimalma, E. Vogiatzakis

ISSN 1105-8900

*Scientific Correspondence:* "HELLENIC ARCHIVES of AIDS"  
M. Chini, P.O Box 14085  
11521 Athens Greece

*e-mail Magazine:* eemaa@aids.org.gr

*Subscriptions:* P.O. BOX 14085  
GR – 11521 Athens

<i>Annual Subscriptions:</i> Doctors	15,00 €
Members of H.A.S.C.A	6,00 €
Societies – Organizations – Libraries	50,00 €
Abroad	110,00 €

*Published By:* Focus on Health – Tel.: (+30) 210-7223046 • Fax: 210-7223220

---

**ΠΡΟΣ**  
**ΕΛΛΗΝΙΚΑ Αρχεία AIDS**  
**ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΘΥΡΙΔΑ 14085**  
**11521 ΑΘΗΝΑ**

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΗ\*  
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ

**ΕΤΗΣΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗ:**

Φυσικά πρόσωπα	15.00 €
Μέλη Ε.Ε.Μ.Α.ΑIDS	6.00 €
Νομικά πρόσωπα, Οργανισμοί	50.00 €
Εξωτερικό	110.00 €

Παρακαλώ να με εγγράψετε συνδρομητή / ή να γίνει διόρθωση της διεύθυνσέως μου:

ΕΠΩΝΥΜΟ ..... ΟΝΟΜΑ .....  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ..... ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ .....  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΓΙΑ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑ .....  
ΠΟΛΗ ..... Τ.Κ ..... ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....FAX .....  
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ..... ΥΠΟΓΡΑΦΗ .....

Οι συνδρομές αποστέλλονται με ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΑΓΗ στη Διεύθυνση:  
Ε.Ε.Μ.Α.ΑIDS, Ταχυδρομική θυρίδα 14085, 11521 ΑΘΗΝΑ

---

## Οδηγίες για τους συγγραφείς

Τα «Ελληνικά Αρχεία AIDS» έχουν ως βασικό σκοπό τη συνεχή εκπαίδευση και πληροφόρηση των γιατρών και κάθε επιστήμονα που ασχολείται με το νεοφανές και πολύπλευρο βιολογικό, ιατρικό, οικονομικό, κοινωνικό, νομικό και ηθικοδεοντολογικό πρόβλημα του AIDS. Κύρια επίδιξη είναι η δημοσίευση μελετών που αναφέρονται άμεσα ή έμμεσα στους παραπάνω τομείς. Ιδιαίτερα προτιμούνται άρθρα ανασκοπήσεως γενικότερου ενδιαφέροντος, επίσης άρθρα που αναφέρονται σε επίκαιρα θέματα, σε διαγνωστικά προβλήματα και νέα τεχνολογία. Γίνονται επίσης δεκτές για δημοσίευση ερευνητικές εργασίες, ειδικά άρθρα που αφορούν τον υγειονομικό τομέα, την κοινωνική πολιτική κ.λπ. Για το Ενημερωτικό Δελτίο γίνονται δεκτές επιστολές, ανασκοπήσεις βιβλίων, περιοδικών, συνεδρίων, ενδιαφέρουσες επισημάνσεις και προτάσεις, στατιστικά στοιχεία κ.λπ. Τέλος, γίνονται δεκτές και εργασίες που αναφέρονται όχι μόνο στο AIDS αλλά σε θέματα λοιμώξεων γενικά, δεδομένου ότι σε κάθε τεύχος υπάρχει η δυνατότητα δημοσίευσης ενός αριθμού τέτοιων άρθρων.

Οι μελέτες που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να είναι γραμμένες σε ομοιόμορφη γλώσσα, κατά προτίμηση τη νεοελληνική δημοτική, να είναι καλά τεκμηριωμένες πειραματικά και βιβλιογραφικά, να μην έχουν δημοσιευθεί ή να μην έχουν υποβληθεί για έγκριση σε άλλο περιοδικό.

Η αποστολή της μελέτης θα πρέπει να συνοδεύεται από επιστολή στην οποία θα δηλώνεται το πιο κατάλληλο τμήμα του περιοδικού (π.χ. ερευνητική εργασία, ανασκόπηση, διαγνωστικά προβλήματα, επίκαιρα θέματα), η διεύθυνση και το τηλέφωνο του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία σχετικά με την υποβαλλόμενη εργασία. Επίσης, στην επιστολή αυτή θα δηλώνεται ότι το κείμενο έχει εγκριθεί από όλους τους συγγραφείς της μελέτης.

Τα προς δημοσίευση άρθρα θα πρέπει να είναι δακτυλογραφημένα στη μια όψη του φύλλου με διπλό διάστημα και κατάλληλο περιθώριο και να στέλνονται σε τρία πλήρη αντίγραφα (περιλαμβανομένων των πινάκων, σχημάτων και φωτογραφιών) στην ακόλουθη διεύθυνση:

**E.E.M.A. AIDS  
M. XINH  
T.Θ. 14085  
11521 – ΑΘΗΝΑ**

Ειδικότερα, για την πραγμάτωση των σκοπών του περιοδικού δημοσιεύονται:

- 1. Άρθρα σύνταξης:** Σύντομα ανασκοπικά άρθρα σε επίκαιρα και αμφιλεγόμενα θέματα, που γράφονται με προτροπή της συντακτικής επιτροπής. Όταν εκφράζουν συλλογικά τη Σύνταξη του περιοδικού, είναι ανυπόγραφα. Στις άλλες περιπτώσεις είναι ενυπόγραφα.
- 2. Γενικά θέματα,** που σχετίζονται με τις επιπτώσεις της υγείας και δεν εμπίπτουν στις άλλες κατηγορίες άρθρων του περιοδικού.
- 3. Ανασκοπήσεις:** Ολοκληρωμένες αναλύσεις ιατρικών θεμάτων, στις οποίες υπογραμμίζονται ιδιαίτερα οι σύγχρονες απόψεις.

Γίνονται δεκτές ανασκοπήσεις μέχρι δύο συγγραφέων.

- 4. Ερευνητικές εργασίες:** Κλινικές δοκιμές ή μη πειραματικές έρευνες προοπτικού ή αναδρομικού χαρακτήρα, που πραγματοποιήθηκαν με βάση ένα ερευνητικό πρωτόκολλο, το οποίο θα περιγράφεται αναλυτικά στη μεθοδολογία. Περιέχουν πρωτοδημοσιευόμενα αποτελέσματα.
- 5. Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις:** Γίνονται δεκτά άρθρα, εφόσον αφορούν νέα ή πολύ σπάνια νοσήματα, εφαρμόστηκαν νέα διαγνωστικά κριτήρια κι έχει ακολουθηθεί νέα θεραπευτική μεθόδευση με ελεγμένο το αποτέλεσμα.

6. **Επίκαιρα θέματα:** Σύντομη περιγραφή των τελευταίων απόψεων σε συγκεκριμένο θέμα.
7. **Σεμινάρια, στρογγυλά τραπέζια, κλινικοπαθολογοανατομικές συζητήσεις.**
8. **Γράμματα προς τη Σύναξη:** Περιέχουν κρίσεις για δημοσιευμένα άρθρα, πρόδρομα αποτελέσματα εργασιών, παρατηρήσεις για ανεπιθύμητες ενέργειες, κρίσεις για το περιοδικό κ.λπ. Δημοσιεύονται ενυπόγραφα.
9. **Άρθρα εκπαιδευτικού περιεχομένου.**
10. **Ειδικά άρθρα.**

Η διάταξη της ύλης περιλαμβάνει: Τίτλο, ελληνική περίληψη, περίληψη στην αγγλική, λέξεις ευρετηριασμού, εισαγωγή, μεθοδολογία, αποτελέσματα, συζήτηση, ευχαριστίες, βιβλιογραφικές παραπομπές, πίνακες, εικόνες, λεζάντες εικόνων. Όλες οι σελίδες αριθμούνται αρχίζοντας από τη σελίδα με τον τίτλο.

**Τίτλος:** Στη σελίδα που αναγράφεται ο τίτλος γράφονται και τα ονόματα των συγγραφέων με την εξής σειρά: Μικρό όνομα, αρχικό πατέρα ή συζύγου (προκειμένου για γυναίκες συγγραφείς), επίθετο. Στο κάτω μέρος της σελίδας γράφεται η διεύθυνση και ο συγγραφέας που πρέπει να επικοινωνεί με το περιοδικό για κάθε ενημέρωση σχετικά με τη μελέτη που υποβάλλεται.

**Η περίληψη στην ελληνική** δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 150 λέξεις. Να περιέχει το σκοπό, τα βασικά ευρήματα και τα κύρια συμπεράσματα κατά τρόπο κατανοητό χωρίς να είναι ανάγκη να γίνεται αναδρομή στο κείμενο.

Μετά την περίληψη παρατίθενται 3-10 λέξεις (όροι ή μικρές φράσεις) ευρετηριασμού, απαραίτητες για τη σύνταξη των ευρετηρίων του περιοδικού. Οι λέξεις αυτές πρέπει να αντιστοιχούν στους διεθνείς όρους λεξικογράφησης (Index Medicus).

**Στον πρόλογο** πρέπει να παρατίθενται όλες οι γνώσεις που είναι απαραίτητες για να κατανοηθούν τα αποτελέσματα, χωρίς όμως να γίνεται «εκτεταμένη θεώρηση του θέματος».

**Στο κεφάλαιο «Υλικό και Μέθοδοι»** πρέπει να αναγράφονται όλες οι πληροφορίες ώστε να μπορούν να επαναληφθούν τα πειράματα. Όταν οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι καθιερωμένες, πρέπει να αναφέρονται με συντομία και να αναγράφεται η βιβλιογραφική παραπομπή. Στην περίπτωση ερευνών που αφορούν ανθρώπους, πρέπει ιδιαίτερα να τονιστεί ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε με βάση τη Διακήρυξη του Ελσίνκι

(1975). Η φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη, πρέπει να αναφέρονται με την κοινόχρηστη ονομασία τους.

**Στα αποτελέσματα** πρέπει να γράφονται τα αποτελέσματα με τρόπο σαφή. Η χρησιμοποίηση πινάκων και εικόνων, πρέπει να περιορίζεται στον απόλυτα απαραίτητο αριθμό για την κατανόηση της μελέτης.

Δεν πρέπει να αναγράφονται στο κείμενο όλα τα δεδομένα πινάκων και εικόνων αλλά μόνο να αναλύονται σ' αυτό οι κύριες παρατηρήσεις.

Οι φωτογραφίες, τα σχήματα και τα διαγράμματα κ.λπ. ονομάζονται ως εικόνες και αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς, όπως και οι πίνακες (π. χ. Εικόνα 1, Εικόνα 2, Πίνακας 1 κ.ο.κ).

**Στη συζήτηση** επιχειρείται ερμηνεία των αποτελεσμάτων και σύγκριση με τα αποτελέσματα άλλων δημοσιεύσεων. Δεν πρέπει να γίνεται λεπτομερειακή αναφορά στα αποτελέσματα.

**Η βιβλιογραφία** αναγράφεται διαδοχικά με τη σειρά που αναφέρεται στο κείμενο, πίνακες και επεξηγήσεις σχημάτων και φωτογραφιών. Η σημείωση των βιβλιογραφικών παραπομπών στα σημεία αυτά γίνεται με αραβικούς αριθμούς σε παρένθεση (Σύστημα Vancouver, 4<sup>η</sup> έκδοση, 1991).

Σε ορισμένες περιπτώσεις που θεωρείται σκόπιμο από τους συγγραφείς να αναφερθούν στο όνομα του συγγραφέα ή των συγγραφέων (όταν είναι 2) ή του πρώτου συγγραφέα και συνέχεια η σύντμηση «και συν.», όταν οι συγγραφείς είναι περισσότεροι από 2, τότε σημειώνεται σε παρένθεση με αραβικό αριθμό η παραπομπή χωρίς να γράφεται η χρονολογία δημοσίευσης. Δεν επιτρέπεται η αναφορά και η αναγραφή στο τμήμα της βιβλιογραφίας μελετών που δεν έχουν δημοσιευθεί, όπως π.χ. αδημοσίευστα αποτελέσματα, εργασία υποβληθείσα, εργασία υπό εκτύπωση. Ο τίτλος των περιοδικών αναγράφεται με σύντμηση.

Για κάθε σχετική πληροφορία παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι να ανατρέχουν στον κατάλογο των περιοδικών που καταχωρούνται στο «Index Medicus» και αναγράφονται στην έκδοση Ιανουαρίου κάθε χρόνο.

Το όνομα γράφεται πάντα μετά το επώνυμο. Ακολουθεί ο τίτλος της εργασίας, ο τίτλος του περιοδικού, η χρονολογία, ο τόμος, η πρώτη σελίδα και η τελευταία σελίδα της δημοσίευσης.

Όταν οι συγγραφείς είναι 6 ή λιγότεροι, αναγράφονται όλοι. Όταν είναι περισσότεροι από 6 τότε αναγράφονται οι 6 πρώτοι και ακολουθεί η ένδειξη «και συν» ή «et al».

Π.χ. Watkins J.A., Carman P.S., Melling W.S.: In vitro inhibition of *CL. difficile*. *Amer. J. Clin. Path.* 1985, 3: 125-131.

Σε περίπτωση που δεν αναφέρεται όνομα συγγραφέως σημειώνεται η λέξη Ανώνυμος (για ελληνική δημοσίευση) ή Anonymous.

Π.χ. Anonymous. Carcinoid tumors and syndrome (Editorial). *JAMA* 1986, 83-85.

Παραπομπές που αναφέρονται σε εργασίες, που δημοσιεύονται σε συμπληρώματα (supplements) εκδόσεων, πρέπει να συνοδεύονται με τον αριθμό του συμπληρώματος, που σημειώνεται σε παρένθεση μετά τον τόμο. Π.χ. *AIDS*, 28 (suppl. 2): 35.

Στη βιβλιογραφία των επίκαιρων θεμάτων παραλείπονται οι τίτλοι των εργασιών. Για την καταχώρηση συγγραμμάτων ή μονογραφιών στο βιβλιογραφικό κατάλογο, αναφέρονται στη σειρά τα επώνυμα και τα αρχικά των συγγραφέων, ο τίτλος, ο αριθμός έκδοσης, ο εκδότης, η πόλη της έκδοσης, το έτος και οι σελίδες της αναφοράς. Η αναφορά σε ένα κεφάλαιο βιβλίου πρέπει να γίνεται με τον ακόλουθο τρόπο:

Μαρίνης Ε., Βογιατζάκης Ε.: Μυκοβακτηρίδια. Στο: Μαθήματα Μικροβιολογίας. 1<sup>η</sup> Έκδοση. Ascent, Αθήνα 1992, 132-137.

Αν η βιβλιογραφική παραπομπή αποτελεί κεφάλαιο ενός συγγράματος που έχει γραφεί από ιδιαίτερο συγγραφέα, η αναφορά γίνεται ως εξής: Carman J.A. : *Bacillus anthracis*. In (Στο), Collins C.H. ed (ή Συντ.) *Medical Microbiology*. London, Academic Press 1985, 71-78.

*Αγγλική περίληψη:* Περιλαμβάνει τα ονόματα των συγγραφέων, τον τίτλο της εργασίας στα αγγλικά και την προέλευση της εργασίας. Στις πρωτότυπες εργασίες και στις ανασκοπήσεις πρέπει

να έχει έκταση 350-500 λέξεις, ενώ στα υπόλοιπα άρθρα 200-300 λέξεις. Πρέπει να αναφέρει το σκοπό της εργασίας, τη μέθοδο και το υλικό, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα. Στις ανασκοπήσεις πρέπει να αναφέρονται όλα τα κεφάλαια που θίγονται από τα βασικά συμπεράσματα.

*Οι πίνακες* πρέπει να γράφονται σε ξεχωριστή σελίδα. Τα δεδομένα πρέπει να γράφονται κατά τέτοιο τρόπο ώστε οι στήλες που έχουν παρόμοιο περιεχόμενο να διαβάζονται κάθετα και όχι οριζόντια. Το περιεχόμενο των πινάκων πρέπει να είναι αρκετά σαφές ώστε τα δεδομένα να είναι κατανοητά χωρίς να είναι απαραίτητη η αναδρομή στο κείμενο.

*Οι εικόνες* (φωτογραφίες, σχήματα κ.λπ.) πρέπει να υποβάλλονται σε ένα πρωτότυπο και δύο αντίγραφα. Στο πίσω μέρος των φωτογραφιών να υπάρχει ο αντίστοιχος αριθμός με μολύβι, ένα τόξο που να δείχνει το πάνω μέρος και τα ονόματα των συγγραφέων.

*Οι σημειώσεις* για τις φωτογραφίες (λεζάντες) να είναι σε ξεχωριστή σελίδα (προορίζονται για το τυπογραφείο).

Εφόσον χρησιμοποιούνται φωτογραφίες ασθενών, το πρόσωπό τους δεν πρέπει να ξεχωρίζει. Στην αντίθετη περίπτωση επιβάλλεται έγγραφη συγκατάθεση του ασθενούς για τη δημοσίευση της φωτογραφίας. Όλες οι εικόνες αναφέρονται στο κείμενο και αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς.

*Ανάτυπα:* Η δαπάνη της παραγγελίας ανατύπων βαρύνει τους συγγραφείς και η συμφωνία γίνεται κατευθείαν με την εκδοτική εταιρεία χωρίς ανάμειξη της Σύνταξης του περιοδικού.

*Διορθώσεις:* ο υπεύθυνος για την αλληλογραφία συγγραφέας θα κάνει την τελευταία τυπογραφική διόρθωση, κατά την οποία αποκλείεται η τροποποίηση του αρχικού κειμένου.



# 27°

Πανελλήνιο Συνέδριο

# AIDS



**27/11-29/11 2015**

**Divani Caravel Hotel • Αθήνα**

[www.aids.org.gr](http://www.aids.org.gr)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS  
HELLENIC SOCIETY FOR THE STUDY AND CONTROL OF AIDS

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ: **Focus on Health**  
Ιωάννου Γενναδίου 16, 11521 Αθήνα, Τηλ.: 210 7223046, Fax: 210 7223220  
E-mail: [info@focusonhealth.gr](mailto:info@focusonhealth.gr), [www.focusonhealth.gr](http://www.focusonhealth.gr)

---

## **ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS**

Πρόεδρος:	Μ.Κ. Λαζανάς
Αντιπρόεδρος:	Χ. Γώγος
Γεν. Γραμματέας:	Π. Κολλάρας
Ειδ. Γραμματέας:	Α. Παπαδόπουλος
Ταμίας:	Μ. Γκίκα
Μέλη:	Γ. Αδάμης
	Β. Παπαρίζος
	Δ. Παρασκευά
	Β. Σπούλου

## **ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

### **27<sup>ου</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ AIDS**

Πρόεδρος:	Θ. Πέππας	
Αντιπρόεδρος:	Δ. Παρασκευά	
Μέλη:	Τ. Αντύπας	Γ. Κεντρωτής
	Α. Αργυράκη	Ό. Κοσμοπούλου
	Λ. Βακερλής	Α. Μάτσα
	Ε. Βογιατζάκης	Ό. Νικολαΐδου
	Γ. Βρυώνη	Β. Παπαρίζος
	Ο. Γεωργίου	Γ. Παπαδοπετράκης
	Ό. Δαληγκάρου	Ε. Σαμπατάκου
	Σ. Δριμής	Π. Τάρλα
	Δ. Καββαθά	Θ. Χρυσανθίδης
	Α. Καραϊσκού	

## **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

### **27<sup>ου</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ AIDS**

Πρόεδρος:	Π. Παναγόπουλος	
Αντιπρόεδρος:	Δ. Παρασκευής	
Μέλη:	Μ. Γκίκα	Γ. Μπουλμέτης
	Κ. Θωμάτου	Γ. Νικολόπουλος
	Ε. Κάκαλου	Γ. Ξυλωμένος
	Σ. Κουρκουντή	Κ. Πρωτοπαπάς
	Λ. Λεωνίδου	Β. Σακκά
	Σ. Μεταλλίδης	Λ. Σκούρα
	Α. Μίχος	Γ. Χρύσος
	Ε. Μπαρμπουνάκης	Μ. Ψυχογιού

---

## Μήνυμα του προέδρου της Ε.Ε.Μ.Α.Α. και του προέδρου της Οργανωτικής Επιτροπής του Συνεδρίου

**Αγαπητοί Συνάδελφοι, Φίλες και Φίλοι,**

Το Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS (Ε.Ε.Μ.Α.Α.) και η Οργανωτική Επιτροπή του 27<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου AIDS έχουν την τιμή και την ευχαρίστηση να σας προσκαλέσουν στο φετινό συνέδριο που θα διεξαχθεί στην Αθήνα από 27 έως 29 Νοεμβρίου 2015.

Έχουμε την πεποίθηση ότι τόσο η Οργανωτική όσο και η Επιστημονική Επιτροπή του συνεδρίου μας έχουν καταβάλλει κάθε προσπάθεια για την κατάρτιση ενός Επιστημονικού προγράμματος που θα καλύπτει όλα τα νεώτερα δεδομένα και τις τρέχουσες εξελίξεις με στόχο την έγκυρη και σφαιρική ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας σε έναν τομέα που η πρόοδος και οι νέες οδηγίες και επιτεύξεις «τρέχουν» καθημερινά σε ρυθμό καλπασμού.

Η σημερινή δύσκολη συγκυρία στη χώρα μας κάνει ακόμα πιο επιτακτική την ανάγκη να διατηρηθούν η καλή πρόγνωση και ποιότητα ζωής των ήδη διαγνωσθέντων ασθενών, όπως και η πρόσβαση σε νεότερες θεραπείες, που έχει επιτευχθεί ως τώρα. Ταυτόχρονα, τα επιδημιολογικά δεδομένα και ο αριθμός των νεοδιαγνωσμένων περιστατικών σε εθνική και παγκόσμια κλίμακα απαιτούν ακόμα περισσότερη επαγρύπνηση και εγρήγορση από κάθε άλλη φορά και πλέον επιτακτική, όσο ποτέ άλλοτε, την ανάγκη για ενημέρωση και λήψη μέτρων πρόληψης.

Έναντι αυτών των καταστάσεων, το συνέδριο θα επιδιώξει να φέρει κοντά στις τελευταίες εξελίξεις της διεθνούς έρευνας για την HIV λοίμωξη, όσο το δυνατόν μεγαλύτερο αριθμό ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, αλλά και όλων των επιστημόνων υγείας και φοιτητών.


Με αυτούς τους στόχους, στο φετινό πρόγραμμα του συνεδρίου περιλαμβάνονται στρογγυλά τραπέζια, διαλέξεις, φροντιστήρια και παράλληλες συνεδρίες, στοχεύοντας και σε ευρύτερο, πέραν του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, ακροατήριο που το αφορά άμεσα ή έμμεσα με τη συμβολή έμπειρων κλινικών και εργαστηριακών επιστημόνων.

Με τη συναίσθηση του σημαντικού ρόλου που διαδραματίζει η HIV λοίμωξη στη δημόσια υγεία, αλλά και στις πλατύστες κοινωνικές της προεκτάσεις, πασχίσαμε προγραμματισμό παραλλήλων εκδηλώσεων, με αφορμή τις εργασίες του συνεδρίου, έχοντας σκοπό να ευαισθητοποιήσουμε ευρύτερες ομάδες πληθυσμού, πολύ, μα πολύ, πιο πέρα από τα στενά πλαίσια ενός επιστημονικού συνεδρίου. Επειδή είναι υπόθεση όλων μας.

Η επιτυχία του συνεδρίου θα κριθεί σε σημαντικό βαθμό από την ανταπόκριση και την ενεργό συμμετοχή σας. Ελπίζουμε να καταφέρουμε να είναι αντάξιο των οραματισμών μας και των προσδοκιών σας.

Με φιλικούς χαιρετισμούς

Ο Πρόεδρος της Ο.Ε.  
του Συνεδρίου



Θεόδωρος Α. Πέππας

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. της  
Ε.Ε.Μ.Α.Α.



Μάριος Κ. Λαζανάς

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2015

9:00-11:00	<p><b>Κλινικό Φροντιστήριο Νοσηλευτών (Διαδραστική συνεδρία)</b> (Με βάση ερωτήσεις και κείμενα που κατάρτισαν οι κ.κ. Μ. Γκίκα, Κ. Θωμάτου, Ν. Μαγκαφάς, Μ. Μπομπολή, Σ. Περιστεράκη)</p> <p><b>Όλα όσα πρέπει να γνωρίζει ο σύγχρονος νοσηλευτής για την HIV λοίμωξη</b> <b>Προεδρείο:</b> Κ. Θωμάτου, Α. Καλοκαιρινού <b>Εισηγητές:</b> Μ. Γκίκα, Ζ. Μάτσου, Χ. Ντάφλος, Μ. Πύλλη, Β. Ραφτόπουλος, Χ. Τσιάρα</p>
11:00-12:30	<p><b>Ελεύθερες Ανακοινώσεις</b> <b>Πρόεδροι:</b> Ό. Κοσμοπούλου, Γ. Μπουλμέτης</p> <p><b>ΕΑ01</b> <b>Φαρμακευτική αλλεργία σε ασθενείς με HIV λοίμωξη. Συσχέτιση με κλινικά και δημογραφικά στοιχεία</b> Α. Γεωργίου, Ό. Τσαχουρίδου, Λ. Σκούρα, Ε. Χριστάκη, Α. Γεροφώτης, Δ. Βασδέκη, Γ. Κοτορένη, Α.Μ. Ντζιοβάρα, Π. Τσούκρα, Ε. Φοροζίδου, Δ. Χατζηδημητρίου, Δ. Βαλαγκούτη, Θ. Χρυσανθίδης, Π. Κολλάρας, Ν. Μαλισιόβας, Σ. Μεταλλίδης, Μ. Δανιηλίδης</p> <p><b>ΕΑ02</b> <b>Δερματικοί καρκίνοι σε HIV ασθενείς</b> Β. Παπαρίζος, Ε. Δασκαλάκης, <u>Α. Σαρακηνός</u>, Σ. Κουρκουντή, Θ. Ρέτσας, Β. Καψιμάλη, Χ. Αντωνίου</p> <p><b>ΕΑ03</b> <b>Επιδημιολογική παρακολούθηση συλλοίμωξης HIV-σύφιλης σε μια Μονάδα Λοιμώξεων</b> <u>Χ. Ντάφλος</u>, Φ. Στεργίου, Π. Πανταζή, Β. Σακκά, Γ. Τσεκές, Α. Λιονή, Θ. Νιτσοτόλης, Α. Πλατανιά, Β. Μπάκα, Β. Καψιμάλη, Μ. Χίνη</p> <p><b>ΕΑ04</b> <b>Διάγνωση και θεραπεία σύφιλης σε HIV(+) ασθενείς Μονάδας Λοιμώξεων (ΜΕΛ) σε διάρκεια ενός έτους</b> Ε. Κάκαλου, Θ. Κακκαβάς, Σ. Γιαλή, Ο. Γεωργίου, Β. Παπασταμόπουλος, Α. Σκουτέλης</p> <p><b>ΕΑ05</b> <b>Μακροχρόνια εξέλιξη του λόγου CD4/CD8 σε HIV οροθετικούς υπό συνδυασμένη αντρετροϊκή αγωγή</b> <u>Ν. Πανταζής</u>, Σ. Κουρκουντή, Α. Σκουτέλης, Α. Αντωνιάδου, Μ.Κ. Λαζανάς, Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης, Ε. Σαμπατάκου, Χ. Γώγος, Μ. Ψυχογιού, Γ. Χρύσος, Ν. Σύψας, Ό. Κατσαρού, Π. Παναγόπουλος, Π. Γεώργιος, Γ. Τουλούμη εκ μέρους της AMACS</p> <p><b>ΕΑ06</b> <b>Διερεύνηση μεταλλάξεων που σχετίζονται με ανοχή στους αναστολείς της ιντεγκράσης σε νεοδιαγνωσθέντες HIV ασθενείς που δεν έχουν λάβει αντρετροϊκή θεραπεία</b> <u>Ε. Παπαδημητρίου</u>, Δ. Χατζηδημητρίου, Λ. Σκούρα, Σ. Μεταλλίδης, Α. Μαργαρίτη, Α. Κουρελής, Ό. Τσαχουρίδου, Δ. Πιλάας, Α. Στουραϊτή, Θ. Χρυσανθίδης, Π. Κολλάρας, Ν. Μαλισιόβας</p> <p><b>ΕΑ07</b> <b>Ανοσιακή κατάσταση των HIV νεοδιαγνωσθέντων ασθενών στη ΜΕΛ Πατρών τα τελευταία τρία έτη</b> Λ. Λεωνίδου, Ι. Συρροκώστα, Μ. Λαγκαδινού, Α. Λέκκου, Γ. Πάνος, Μ. Μαραγκός, Χ. Γώγος</p>
12:30-13:00	<b>Διάλειμμα</b>
13:00-14:30	<p><b>Τρεις Διαλέξεις</b> <b>Προεδρείο:</b> Ε. Βογιατζάκης, Γ. Πάνος</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Η θεραπεία ως μέτρο πρόληψης και προφύλαξης:</b> Β. Σακκά</li> <li>• <b>Συνιστώμενοι εμβολιασμοί:</b> Β. Σπούλου</li> <li>• <b>Ο οροθετικός ως ταξιδιώτης:</b> Α. Λιονή</li> </ul>
14:30-15:30	<b>Διάλειμμα</b>

15:30-17:30	<b>Στρογγυλό Τραπέζι: Μένουμε Ελλάδα</b> <b>Προεδρείο:</b> Π. Κολλάρας, Ν. Μαλισιόβας <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Επιδημιολογικά δεδομένα - Γεωγραφικές διαφορές:</b> Χ. Τσιάρα</li> <li>• <b>Μοριακά επιδημιολογικά δεδομένα Νοτίου &amp; Βορείου Ελλάδος:</b> Δ. Παρασκευής, Λ. Σκούρα</li> <li>• <b>Κλινική σημασία των επιδημιολογικών διαφορών:</b> Κ. Αρμένης</li> <li>• <b>Ελληνικές κούρτες/AMACS:</b> Ν. Πανταζής</li> <li>• <b>Cascade:</b> Γ. Νικολόπουλος</li> </ul>
17:30-18:00	<b>Διάλειμμα</b>
18:00-18:30	<b>Διάλεξη: Ο δρόμος προς την ίαση</b> <b>Πρόεδρος:</b> Α. Σκουτέλης <b>Ομιλητής:</b> Σ. Μεταλλίδης
18:30-19:00	<b>Διάλεξη: Νέα φάρμακα στη θεραπεία της HIV λοίμωξης</b> <b>Πρόεδρος:</b> Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης <b>Ομιλητής:</b> Α. Παπαδόπουλος
19:00-19:30	<b>Βραβεύσεις σε μία κλινική και μία εργαστηριακή ανακοίνωση από το πρόγραμμα του Συνεδρίου</b> <b>Βραχείες δεκάλεπτες παρουσιάσεις από τους πρώτους συγγραφείς των εργασιών</b> <b>Προεδρείο:</b> Μ.Κ. Λαζανάς, Θ. Πέππας <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>HIV λοίμωξη και υποκλινική αθηροσκλήρυνση:</b> Μ. Ψυχογιού, Α. Λαζαρίνη, Α. Πρωτογέρου, Κ. Αρίδα, Χ. Καπέλιος, Γ. Κωνσταντώνης, Π. Πετρίκκος, Γ. Τουλούμη, Π. Σφηκάκης, Γ.Λ. Δαΐκος</li> <li>• <b>Μελέτη των τοπικών δικτύων μεταδιδόμενης ανοχής σε NNRTIs υποδεικνύουν αυξημένη επίπτωση τα τελευταία χρόνια στη Ν. Ελλάδα: Η σημασία των μοριακών μεθόδων στη δημόσια υγεία:</b> Δ. Παρασκευής, Α. Ζαβιστάνου, Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης, Γ. Ξυλωμένος, Μ. Χίνη, Μ.Κ. Λαζανάς, Α. Σκουτέλης, Β. Παπασταμόπουλος, Α. Παπαδόπουλος, Α. Αντωνιάδου, Μ. Ψυχογιού, Γ. Δαΐκος, Α. Βασιλάκης, Ε. Μαγιorkίνης, Γ. Χρύσος, Β. Παπαρίζος, Σ. Κουρκουντή, Ε. Σαμπατάκου, Ν. Σύψας, Γ. Κορατζάνης, Π. Παναγόπουλος, Ε. Μαλτέζος, Σ. Δριμής, Α. Χατζάκης</li> </ul>
19:30	<b>Τελετή έναρξης</b> <b>Προεδρείο:</b> Μ.Κ. Λαζανάς, Θ. Πέππας <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Εισ μνήμην Λ. Φουντουλάκη:</b> Κ. Σταμούλης</li> <li>• <b>Διαδραστικό θεατρικό δρώμενο:</b> Θεατρική ομάδα «Playback Ψ»</li> </ul>
<b>Cocktail</b>	

## ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ (αίθουσα ΒΕΡΓΙΝΑ)

12:00-14:00	<b>Κλινικό Φροντιστήριο Φοιτητών (Διαδραστική συνεδρία)</b> <b>Προεδρείο:</b> Α. Παπαδόπουλος, Μ. Ψυχογιού <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Παθογένεια - Φυσική πορεία της HIV λοίμωξης:</b> Δ. Τζάλας</li> <li>• <b>Επιδημιολογία - Μετάδοση - Διάγνωση:</b> Δ. Δρεκόλιας</li> <li>• <b>Καιροσκοπικά νοσήματα για τον μη ειδικό:</b> Δ. Καββαθά</li> <li>• <b>Αντιρετροϊκή θεραπεία για τον μη ειδικό:</b> Π. Πετρίκκος</li> </ul>
-------------	--

ΣΑΒΒΑΤΟ 28 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2015

9:30-11:00	<p><b>Ελεύθερες Ανακοινώσεις</b> <b>Πρόεδροι:</b> Γ. Πλουμίδης, Θ. Χρυσανθίδης</p> <p><b>ΕΑ08</b> <b>Μετακινούμενοι πληθυσμοί. Από τη σκοπιά μίας ακριτικής Μονάδας Λοιμώξεων</b> Α. Γανίτης, Π. Παναγόπουλος, Β. Κυργιαννάκη, Γ. Σαββίδου, Τ. Μαλτσάν, Α.Μ. Ξανθοπούλου, Γ. Λαζαρίδης, Ε. Μαλτέζος</p> <p><b>ΕΑ09</b> <b>Επίπτωση του HIV σε πληθυσμό Ανδρών που κάνουν σεξ με άνδρες (ΑΣΑ) με επαναλαμβανόμενες επισκέψεις στο Ath-Checkpoint</b> Γ. Νικολόπουλος, Σ. Χάνος, Μ. Τσιόπτσιας, Δ. Παρασκευά, Ν. Δέδες</p> <p><b>ΕΑ10</b> <b>Σύγκριση HIV-1 οροθετικών ανάλογα με χώρα προέλευσης: Διαχρονικές τάσεις και χαρακτηριστικά</b> Η. Γκούντας, Ν. Πανταζής, Α. Σκουτέλης, Σ. Κουρκουντή, Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης, Α. Αντωνιάδου, Μ.Κ. Λαζανάς, Μ. Ψυχογιού, Ν. Σύψας, Γ. Χρύσος, Ε. Σαμπατάκου, Χ. Γώγος, Γ. Πάνος, Π. Παναγόπουλος, Ό. Κατσαρού και Γ. Τουλούμη εκ μέρους της AMACS</p> <p><b>ΕΑ11</b> <b>Αξιολόγηση της σύνδεσης (linkage) και διατήρησης σε παρακολούθηση (retention to care) των Χρηστών Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών (ΧΕΝ) με HIV λοίμωξη: Πρόγραμμα ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ</b> Μ. Ψυχογιού, Β. Σύψα, Ε. Φλουτζή, Μ. Παπαδοπούλου, Κ. Μίχα, Μ. Μαλλιώρα, Ε. Καραμάνου, Μ. Μιχαήλ, Μ. Δημητροπούλου, Ε. Κάκαλου, Α. Σκουτέλης, Κ. Πρωτοπαπάς, Α. Αντωνιάδου, Σ. Γεωργούλας, Γ. Χρύσος, Σ. Δριμής, Ν. Ξυλωμένος, Π. Γαργαλιάνος, Ό. Κοσμοπούλου, Γ. Μπουλμέτης, Ν. Σύψας, Μ. Λαδά, Μ. Χίνη, Σ. Κουρκουντή, Λ. Λεωνίδου, Ά. Χατζάκης, Γ. Δαΐκος</p> <p><b>ΕΑ12</b> <b>Ο ρόλος της ταχείας διαγνωστικής δοκιμασίας στην πρώιμη διάγνωση και θεραπεία της HIV λοίμωξης</b> Α. Μπίσια, Β. Σακκά, Μ. Χίνη, Γ. Τσεκές, Χ. Ντάφλος, Κ. Μουστακλή, Σ. Χάνος, Γ. Τσιακαλάκης, Ε. Κρεμασμένου, Μ.Κ. Λαζανάς</p> <p><b>ΕΑ13</b> <b>Ανοσιακή απόκριση στον εμβολιασμό έναντι της ηπατίτιδας Β σε ασθενείς με HIV λοίμωξη. Συσχέτιση με κλινικά και δημογραφικά στοιχεία</b> Ό. Τσαχουρίδου, Λ. Σκούρα, Δ. Βασδέκη, Γ. Λώλη, Ε. Χριστάκη, Γ. Κοτορένη, Α.Μ Ντζιοβάρια, Π. Τσούκρα, Ε. Φοροζίδου, Δ. Χατζηδημητρίου, Δ. Βαλαγκούτη, Θ. Χρυσανθίδης, Π. Κολλάρας, Σ. Διονυσοπούλου, Ε. Σιδηροπούλου, Μ. Δανιηλίδης, Σ. Μεταλλίδης</p>
11:00-12:00	<p><b>Στρογγυλό Τραπέζι: HIV και τεκνοποίηση</b> <b>Προεδρείο:</b> Μ. Θεοδωρίδου, Π. Παρασκευά</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Η αναπαραγωγή στην HIV λοίμωξη:</b> Π. Δρακάκης</li><li>• <b>Η αντιρετροϊκή θεραπεία στα παιδιά:</b> Ι. Κοντού</li></ul>
12:00-12:30	<p><b>Διάλειμμα</b></p>

<p><b>12:30-14:30</b></p>	<p><b>Κλινικό Φροντιστήριο για Ψυχολόγους και Κοινωνικούς Λειτουργούς</b> (Με την ευγενική συμμετοχή του Σ.Κ.Λ.Ε.)</p> <p><b>Ο δρόμος από τη Βιολογία στην Ψυχολογία</b></p> <p><b>Προεδρείο:</b> Σ. Κουρκουντή, Φ. Τσαλίκογλου</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Παθοφυσιολογία του HIV (προβολή DVD):</b> Μ. Γκίκα</li> <li>• <b>Ανακοίνωση της οροθετικότητας: Ο ρόλος του γιατρού:</b> Ν. Τσόγκας</li> <li>• <b>Ανακοίνωση της οροθετικότητας: Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού:</b> Α. Μπαμπλέκη</li> <li>• <b>Η ανακοίνωση της οροθετικότητας: Ο ρόλος του ψυχολόγου:</b> Ν. Πιτσούνης</li> <li>• <b>Ανακοινώντας τη διάγνωση. Μελέτη περιπτώσεων (case studies)</b></li> <li>• <b>Παρουσιάζουν:</b> Α. Αδάμ, Ε. Σουκούρογλου</li> <li>• <b>Σχολιάζουν:</b> Α. Καβούρη, Λ. Νικολοπούλου</li> <li>• <b>Το στίγμα της HIV λοίμωξης στην κοινωνία:</b> Φ. Τσαλίκογλου</li> </ul>
<p><b>14:30-16:00</b></p>	<p><b>Απολογιστική συνέλευση - Γεύμα</b></p>
<p><b>16:00-18:00</b></p>	<p><b>Στρογγυλό Τραπέζι: HIV και συλλοιμώξεις από ηπατίτιδα Β και C</b></p> <p><b>Προεδρείο:</b> Χ. Γώγος, Ν. Σύψας</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Νεώτερα επιδημιολογικά δεδομένα:</b> Γ. Τουλούμη</li> <li>• <b>Κλινική πορεία των ηπατιτίδων Β και C στον HIV ασθενή:</b> Ε. Κάκαλου</li> <li>• <b>Η θεραπεία της συλλοιμώξης HIV/HBV:</b> Λ. Λεωνίδου</li> <li>• <b>Η θεραπεία της συλλοιμώξης HIV/HCV:</b> Α. Λέκκου</li> </ul>
<p><b>18:00-18:30</b></p>	<p><b>Διάλεξη: HIV λοίμωξη και το ενδοκρινολογικό σύστημα</b></p> <p><b>Πρόεδρος:</b> Μ. Χίνη</p> <p><b>Ομιλήτρια:</b> Α. Βρυωνίδου-Μπομποτά</p>
<p><b>18:30-20:00</b></p>	<p><b>Διαξιφισμοί: Διαδραστική Συνεδρία</b></p> <p><b>Συντονιστές:</b> Π. Νικολαΐδης, Μ. Χίνη</p> <p><b>Εισηγητές:</b> Π. Παναγόπουλος, Ε. Σαμπατάκου</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ποιος ο καταλληλότερος χρόνος έναρξης αντιρετροϊκής αγωγής;</b></li> <li>• <b>Ποιος ο καταλληλότερος τρίτος παράγοντας;</b></li> <li>• <b>Απλοποιούμε την αγωγή από PI;</b></li> <li>• <b>Χορηγούμε προφυλακτική αγωγή πριν από την έκθεση;</b></li> </ul>

## ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ (αίθουσα ΒΕΡΓΙΝΑ)

<p><b>10:00-12:00</b></p>	<p><b>Εκπαίδευση Φοιτητών Βιολογικού Τμήματος</b></p> <p><b>Συντονίστριες:</b> Ε. Σαμπατάκου, Ο. Τσιτσιλώνη</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Παθογένεια, φυσική πορεία της HIV λοίμωξης:</b> Κ. Πρωτοπαπάς</li> <li>• <b>Το «success story» της αντιρετροϊκής αγωγής:</b> Π. Λουρίδα</li> <li>• <b>HIV λοίμωξη: Χρόνια νόσος, μακροπρόθεσμες επιπλοκές:</b> Η. Μαριόλης</li> </ul>
---------------------------	---

ΚΥΡΙΑΚΗ 29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2015

9:30-11:00	<b>Κλινικό Φροντιστήριο Οδοντιάτρων</b> <b>Προεδρείο:</b> Α. Γκίκας, Ο. Νικολάτου-Γαλίτη • <b>Η HIV λοίμωξη το 2015:</b> Μ. Μπομπολή • <b>Καντιντίαση του στόματος, νεκρωτική ελκώδης ουλίτιδα, άτυπες, επώδυνες ελκώσεις:</b> Ε. Παπαδοπούλου • <b>Οδοντιατρική αντιμετώπιση:</b> Ε. Βάρδας • <b>Λεπτομέρειες και επισημάνσεις για μια επιτυχημένη διαδικασία αποστείρωσης:</b> Ι. Τζούτζας
11:00-11:30	<b>Διάλειμμα</b>
11:30-12:00	<b>Διάλεξη: Κρίση και ΜΕΛ</b> <b>Πρόεδρος:</b> Γ. Χρύσος <b>Ομιλήτρια:</b> Ο. Γεωργίου
12:00-14:00	<b>Στρογγυλό Τραπέζι ΜΗ.ΚΥ.Ο.</b> <b>Επιπτώσεις της κρίσης στους ανθρώπους που ζουν με HIV/AIDS:</b> <b>Ποσοτική και ποιοτική αποτίμηση</b> <b>Προεδρείο:</b> Α. Αγγελοπούλου, Β. Παπαρίζος • <b>Πρόσβαση στο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας:</b> Α. Καβούρη • <b>Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας:</b> Ν. Βουδούρη • <b>Πρόσβαση στην αντιρετροϊκή αγωγή:</b> Γ. Τσιακαλάκης
14:00-14:30	<b>Διάλεξη: Η διατροφή σε ασθενή με HIV λοίμωξη</b> <b>Πρόεδρος:</b> Α. Αντωνιάδου <b>Ομιλήτρια:</b> Π. Ντετοπούλου
14:30-15:00	<b>Διάλειμμα</b>
15:00-16:30	<b>Διαδραστική συνεδρία: Καιροσκοπικές λοιμώξεις</b> <b>Παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων</b> <b>Προεδρείο:</b> Γ. Αδάμης, Μ. Μαραγκός • <b>Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»:</b> Γ. Σιακαλλής • <b>Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»:</b> Κ. Καρόζης • <b>Γ.Ν. Παίδων «Η Αγ. Σοφία»:</b> Β. Μπότσα • <b>Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ»:</b> Θ. Ντισσοτόλης • <b>Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»:</b> Κ. Κωνσταντίνου • <b>Π.Γ.Ν. Πατρών:</b> Μ. Λαγκαδινού
16:30-17:30	<b>Τι νεώτερο στο AIDS</b> <b>Προεδρείο:</b> Β. Καψιμάλη, Π. Παναγόπουλος • <b>Στο Εργαστήριο:</b> Ε. Ναστούλη • <b>Στην Κλινική:</b> Γ. Τσεκές
<b>Λήξη Συνεδρίου</b>	



- 1 **Στρογγυλό Τραπέζι: Μένουμε Ελλάδα**
- 2 **Στρογγυλό Τραπέζι: HIV και συλλοιμώσεις από ηπατίτιδα Β και C**
- 5 **Στρογγυλό Τραπέζι ΜΗ.ΚΥ.Ο.  
Επιπτώσεις της κρίσης στους ανθρώπους που ζουν με HIV/AIDS: Ποσοτική και ποιοτική αποτίμηση**
- 7 **Διαλέξεις**
- 13 **Interactive Κλινικό Φροντιστήριο Νοσηλευτών**
- 13 **Κλινικό Φροντιστήριο Φοιτητών**
- 14 **Εκπαίδευση Φοιτητών Βιολογικού Τμήματος**
- 16 **Κλινικό Φροντιστήριο για Ψυχολόγους και Κοινωνικούς Λειτουργούς**
- 17 **Κλινικό Φροντιστήριο Οδοντιάτρων**
- 21 **Βραβεύσεις**
- 23 **Ελεύθερες Ανακοινώσεις**
- 33 **Ενθέσεις**
- 49 **Ευρετήριο Συγγραφέων**



# Στρογγυλό Τραπέζι: Μένουμε Ελλάδα

## Επιδημιολογικά δεδομένα - Γεωγραφικές διαφορές

Χ. Τσιάρα

Τα πρώτα περιστατικά AIDS περιγράφηκαν το 1981 μετά την καταγραφή αυξημένου αριθμού διαγνώσεων πνευμονίας από *Pneumocystis jirovecii* και σαρκώματος Καρσί σε άνδρες που είχαν σεξουαλικές επαφές με άνδρες στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ενώ το υπεύθυνο παθογόνο, ο HIV, ταυτοποιήθηκε δύο χρόνια αργότερα. Μέσα στα επόμενα χρόνια, ο HIV εξαπλώθηκε σε παγκόσμια κλίμακα, λαμβάνοντας διαστάσεις επιδημίας, τα χαρακτηριστικά της οποίας διαφέρουν ανά γεωγραφική περιοχή.

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα, υπολογίζεται ότι το 70% περίπου των ατόμων που ζουν με τον HIV παγκοσμίως, διαμένει στην Υποσαχάριο Αφρική, όπου η μετάδοση έχει πραγματοποιηθεί κυρίως μέσω της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής.

Στις χώρες της Δυτικής και Κεντρικής Ευρώπης, η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών αποτελεί τον κύριο τρόπο μόλυνσης από τον ιό, ενώ στην Ανατολική Ευρώπη επικρατεί η ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή και ακολουθεί η χρήση ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών με αρκετά υψηλά ποσοστά.

Στην Ελλάδα, η επιδημία του HIV ακολούθησε την πορεία που παρατηρήθηκε και σε άλλες χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου. Ο ιός επικεντρώθηκε σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες με προεξάρχουσα αυτή των ανδρών που έχουν σεξουαλικές επαφές με άλλους άνδρες. Στις αρχές του 2011 παρατηρήθηκε μια ιδιαίτερα σημαντική αύξηση στα δηλωθέντα περιστατικά HIV(+) χρηστών ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών στην περιοχή της Αττικής, η οποία, μετά την εφαρμογή των ενδεδειγμένων παρεμβάσεων, φαίνεται να υποχωρεί από το 2013.

Η καταγραφή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της επιδημίας του HIV ανά γεωγραφική περιοχή, είτε μέσω του συστήματος υποχρεωτικής δήλωσης, είτε μέσω της χρήσης πιο σύγχρονων επιδημιολογικών εργαλείων, όπως είναι η επιδημιολογική επιτήρηση 2<sup>ης</sup> γενιάς, μπορεί να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για την εφαρμογή των κατάλληλων προγραμμάτων πρόληψης.

## Cascade

Γ. Νικολόπουλος

Τα τελευταία χρόνια, μετά την εργασία των Gardner et al. το 2011, καταβάλλεται προσπάθεια να απεικονισθεί γραφικά η συνέχεια της παρεχόμενης φροντίδας σε σχέση με τον HIV (Continuum of Care ή Cascade). Όπως είχε φανεί στο πρώτο γράφημα για τις ΗΠΑ, τελικά ένα σχετικά χαμηλό ποσοστό των ατόμων με HIV έχουν μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο, με ό,τι αυτό συνεπάγεται τόσο για την υγεία του ατόμου όσο και για τη μετάδοση του ιού σε πληθυσμιακό επίπεδο.

Η κατασκευή του Cascade μπορεί να αποτελέσει ένα πολύτιμο εργαλείο στο πλαίσιο των σχεδιασμών δημόσιας υγείας. Ωστόσο, αν και φαίνεται σχετικά απλή η δημιουργία ενός τέτοιου γραφήματος, στην πράξη τα πράγματα είναι διαφορετικά. Οι χρησιμοποιούμενοι ορισμοί ποικίλλουν, ορισμένες παράμετροι μπορεί να υπολογισθούν μόνο έμμεσα με τη βοήθεια μαθηματικών μοντέλων, όπως ο αριθμός των ατόμων που ζουν με HIV λοίμωξη (διαγνωσμένων και αδιάγνωστων), ενώ είναι απαραίτητη η συνεργασία του κλασικού συστήματος υποχρεωτικής δήλωσης με προοπτικές μελέτες προκειμένου να εκτιμηθεί ο αριθμός των ατόμων που παραμένουν στη θεραπεία και έχουν μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο.

Στο πλαίσιο της εισήγησης, θα επιχειρηθεί να εξηγηθεί πώς δημιουργείται το γράφημα του Cascade και τι είδους πληροφορία χρειάζεται, θα παρουσιασθούν σχετικά διαγράμματα από άλλες χώρες και θα αναφερθούν οι δυνατότητες που υπάρχουν στην Ελλάδα για τη δημιουργία ενός αντίστοιχου γραφήματος.

RN, MPH, PhD,  
Γραφείο HIV Λοίμωξης  
& Σ.Μ.Ν., ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Οδοντίατρος,  
MSc στη Βιοστατιστική,  
Διδάκτορας Επιδημιολογίας,  
Κέντρο Ελέγχου και  
Πρόληψης Νοσημάτων

## Στρογγυλό Τραπέζι: HIV και συλλοιμώσεις από ηπατίτιδα Β και C

### Η Κλινική πορεία των ηπατιτίδων Β και C στον HIV ασθενή

*Ε. Κάκαλου*

MD, MSc, Παθολόγος-  
Λοιμωξιολόγος, Επιστημονικός  
Συνεργάτης, Μ.Ε.Λ.,  
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Περίπου 150.000.000 άνθρωποι στον κόσμο, με το 73% από αυτούς να ζει στις φτωχότερες χώρες, πάσχει από ηπατίτιδα C. Τα ποσοστά συλλοιμωξης με HIV κυμαίνονται από 8-97% παγκοσμίως. Η λοίμωξη από ηπατίτιδα C (HCV) οδηγεί σε χρόνια λοίμωξη στο περίπου 70-80% ασθενών με μονολοιμωξη. Η λοίμωξη είναι συνήθως ασυμπτωματική ή με ελάχιστα υποκλινικά συμπτώματα. Σπανίως προκαλεί σοβαρή οξεία ηπατίτιδα. Όσοι παρουσιάσουν συμπτώματα, τείνουν να έχουν περισσότερες πιθανότητες να καθαρίσουν τον ιό και να αποφύγουν τη χρονιότητα. Παράγοντες όπως ο τρόπος μετάδοσης, η ανοσολογική απάντηση του ξενιστή, γενετικοί παράγοντες (IL28b DQB1\*0301 MCH II2), το φύλο, η ύπαρξη κλινικής νόσου στην οξεία φάση σχετίζονται με τη δυνατότητα κάθαρσης της λοίμωξης. Για την πλειονότητα των ασθενών η αυτόματη κάθαρση συμβαίνει εντός εξαμήνου. Η κάθαρση στην οξεία φάση δεν συνδέεται με σημαντική νόσο, αλλά ήσσονος βαρύτητας ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις έχουν παρατηρηθεί. Οι περισσότεροι ασθενείς με χρόνια νόσο είναι ασυμπτωματικοί, αλλά 20-30% θα αναπτύξουν κίρρωση σε 30 χρόνια. Ο κίνδυνος μετάπτωσης από προχωρημένη ίνωση σε κίρρωση έχει υπολογιστεί σε 10% κατ' έτος. Άτομα με αντιρροπούμενη κίρρωση διατρέχουν 3-6% κίνδυνο μετάπτωσης σε μη αντιρροπούμενη κίρρωση και 1-5% ετήσιο κίνδυνο ανάπτυξης πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος (HCC). Περίπου οι μισοί από όσους εμφανίζουν ένα επεισόδιο απώλειας της αντιρρόπησης θα πεθάνουν στα επόμενα 5 έτη. Η χρόνια ηπατίτιδα C προκαλεί αρκετές εξωηπατικές εκδηλώσεις όπως κρουσφαιριναιμία (15-35% με παρουσία φαινόμενου Raynaud, αγγειίτιδας, περιφερικής νευροπάθειας, σπειραματονεφρίτιδας), σύνδρομο sicca, Σακχαρώδη Διαβήτη, λέμφωμα (NHL).

Ασθενείς που έχουν επιτύχει SVR μετά τη θεραπεία, αλλά έχουν προχωρημένη ίνωση ή κίρρωση πρέπει να παρακολουθούνται για πιθανή εμφάνιση HCC, καθώς διατρέχουν κάποιον κίνδυνο έως και 8-10 έτη μετά. Σε ασθενείς που έχουν επιτύχει SVR δεν παρουσιάζεται επαναλοίμωξη του μοσχεύματος κατά τη μεταμόσχευση. Σε περίπτωση επαναλοίμωξης του μοσχεύματος, το 1/3 θα εμφανίσει κίρρωση σε 5 έτη, πολύ ταχύτερα δηλαδή από μη μεταμοσχευμένους ασθενείς.

Οι ασθενείς με HIV συλλοιμωξη, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα HCV ιαμίας η οποία συσχετίζεται αντίστροφα με τον αριθμό των CD4 κυττάρων. Η HIV λοίμωξη δρα ως επιταχυντής των επιδράσεων της HCV στον οργανισμό. Ο ρυθμός προόδου της ίνωσης έχει βρεθεί να είναι ταχύτερος σε ασθενείς με HIV συλλοιμωξη και σχετίζεται με τον αριθμό των CD4 και τα επίπεδα του HCV RNA. Άλλοι παράγοντες για ταχύτερη πρόοδο της ίνωσης είναι η προχωρημένη ηλικία, η χρήση αλκοόλ, η παχυσαρκία, η αντίσταση στην ινσουλίνη και η ηπατική στεάτωση (πιο συχνή σε γονότυπο 3). Η πρόγνωση σε περιπτώσεις μη αντιρροπούμενης κίρρωσης είναι πτωχότερη σε σύγκριση με ασθενείς με μονολοιμωξη με τη μέση επιβίωση να είναι περίπου 13 μήνες σε μία μελέτη. Οι ασθενείς με συλλοιμωξη διατρέχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης HCC. Πλέον οι θάνατοι από ηπατική νόσο έχουν αυξηθεί σε σχετική συχνότητα καθώς με την αντιρετροϊκή αγωγή μειώθηκε δραματικά η θνητότητα από σχετιζόμενα με το AIDS αίτια. Η τάση αύξησης από ηπατικά αίτια φαίνεται να αναστρέφεται μερικώς, αλλά η σχετική αναλογία παραμένει υψηλή. Η θνησιμότητα από ηπατικά αίτια είναι υψηλότερη σε ασθενείς με χαμηλό αριθμό CD4 κυττάρων. Η συλλοιμωξη φαίνεται επίσης να επηρεάζει αρνητικά την συνολική θνητότητα και τις νοσηλείες. Κάποιες συννοσηρότητες είναι συχνότερες σε ασθενείς με συλλοιμωξη όπως καρδιαγγειακά, νευρογνωσιακές διαταραχές, χρόνια νεφρική νόσος, οστεοπόρωση και κατάγματα και σακχαρώδης διαβήτης. Η αντιρετροϊκή αγωγή καθυστερεί την εξέλιξη της νόσου αλλά μετά την επίτευξη SVR οι ασθενείς με συλλοιμωξη παρουσιάζουν τα ίδια οφέλη με τους ασθενείς χωρίς HIV λοίμωξη. Παραμένει βέβαια, αν και μειωμένος, κίνδυνος για ανάπτυξη HCC γι' αυτό και οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται. Οι περισσότερες μελέτες υποστηρίζουν ότι η χρόνια

ηπατίτιδα C δεν έχει επίδραση στην πορεία της HIV λοίμωξης. Διάφοροι μηχανισμοί έχουν προταθεί για την ερμηνεία της επίδρασης της HIV λοίμωξης στην πορεία της HCV, όπως η ενίσχυση του πολλαπλασιασμού στα ηπατοκύτταρα, ο ρόλος των συν-υποδοχέων CCR5 και CXCR4 στα ηπατοκύτταρα μέσω της οδού που διαμεσολαβείται από τον παράγοντα TGF-β1, η ενεργοποίηση των ηπατοκυττάρων, η ομοιοστάση του σιδήρου στα ηπατοκύτταρα, η κυτταρική απόπτωση, μείωση της δράσης της κυτταρικής ανοσίας λόγω μείωσης των CD4 κτλ.

Με την εμφάνιση νέων παραγόντων (DDAs), υπάρχουν πλέον πειστικά δεδομένα ότι η HIV συλλοίμωξη δεν μειώνει την απόκριση στη θεραπεία όπως συνέβαινε με τα παλιότερα σχήματα ιντεροφερόνης-ριμπαβιρίνης. Οι νέες θεραπείες έχουν εντυπωσιακή αποτελεσματικότητα (90-100%), μικρότερη διάρκεια, χορήγηση από του στόματος, λιγότερες παρενέργειες και αλληλεπιδράσεις σε συνδυασμό με την αντιρετροϊκή αγωγή. Το ζητούμενο πλέον είναι η ικανότητα να διαγνώσουμε τους πάσχοντες και να προσφέρουμε καθολική πρόσβαση στη θεραπεία.

Η συλλοίμωξη ηπατίτιδας B (HBV) με HIV είναι συχνή στον κόσμο και κυμαίνεται από 0,63% σε 88,4% σε διάφορες μελέτες. Η λοίμωξη με HBV οδηγεί σε χρονιότητα σε ποσοστό 2-5%. Παρότι τα CTL λεμφοκύτταρα προκαλούν κάθαρση του ιού, πρέπει να υποθέτουμε ότι σε ασθενείς με χρόνια HBV, η λοίμωξη θα επιμένει εφόρου ζωής και μπορεί να συμβεί αναζωπύρωση. Οι ασθενείς πρέπει να ελέγχονται κάθε 6-12 μήνες για την ανάπτυξη HCC με AFP και υπερηχογραφικά. Η παρουσία μεμονωμένου anti-HBc χωρίς anti-HBs και HBsAg είναι αρκετά συχνή σε ασθενείς με συλλοίμωξη, ενώ στη μονολοίμωξη δεν υπερβαίνει το 2%. Πρέπει να γίνεται έλεγχος με ιικό φορτίο HBV για τη διάκριση χρόνιας λοίμωξης, αλλά η κλινική επίδραση δεν είναι αρκετά μελετημένη. Η HBV είναι από τους λίγους μη ρετροϊούς που χρησιμοποιεί αντίστροφη μεταγραφή, άρα τα αντιρετροϊκά NRTIs μπορούν να χρησιμοποιηθούν θεραπευτικά με μεγάλη ευκολία στην συλλοίμωξη. Η πορεία της HBV επηρεάζεται αρνητικά από την HIV λοίμωξη, καθώς η θνητότητα από ηπατικά αίτια είναι 15 φορές μεγαλύτερη και έχει αυξηθεί με τη χρήση της αντιρετροϊκής αγωγής. Η συλλοίμωξη επιταχύνει την πορεία της HBV και αυξάνει τον κίνδυνο κίρρωσης. Κατά παράδοξο τρόπο η κλινική πορεία είναι πιο ήπια παρά τα υψηλότερα επίπεδα ιαμίας. Γι' αυτό το λόγο οι τρανσαμινάσες είναι ηπίως αυξημένες σε ασθενείς με συλλοίμωξη. Λόγω ανοσοκαταστολής όπως π.χ. σε μεταμοσχευμένους ασθενείς ο βαθμός φλεγμονής είναι μικρότερος αλλά ο βαθμός ίνωσης μεγαλύτερος. Ο βαθμός ανοσοκαταστολής έχει άμεση σχέση με τη δραστηριότητα της νόσου. Γι' αυτό και μπορεί να αναζωπυρωθεί ακόμη και σε ασθενείς με κάθαρση του ιού (antiHBe +, HBV DNA -), σε περίπτωση HIV ανοσοκαταστολής. Επίσης αναζωπύρωση μπορεί να συμβεί στα πλαίσια ανασύστασης του ανοσοποιητικού με χρήση ART. Η συλλοίμωξη δεν επηρεάζει σημαντικά την πορεία της HIV λοίμωξης. Αλλά ο κίνδυνος ηπατοτοξικότητας σχετιζόμενος με την ART είναι τριπλάσιος. Δεν είναι σαφές αν η πρόγνωση της συλλοίμωξης τροποποιείται σημαντικά από τη χρήση αποτελεσματικών θεραπειών, αλλά κάποιες μελέτες υποδεικνύουν ότι η αποτελεσματική θεραπεία, μειώνει τη θνητότητα.

## Η Θεραπεία της συλλοίμωξης HIV/HBV

### Α. Λεωνίδου

Η συλλοίμωξη του ιού του HIV με την ηπατίτιδα B αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό ιατρό μια και οι ασθενείς με συλλοίμωξη μπορεί να εξελιχθούν γρηγορότερα σε τελικού σταδίου ηπατική νόσο απ' ό,τι οι ασθενείς με μονολοίμωξη από HBV και παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ηπατοκυτταρικού καρκινώματος.

Οι ασθενείς με συλλοίμωξη HIV/HBV φαίνεται να ωφελούνται από την πρόωρη έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής γιατί η εξέλιξη της ηπατικής ίνωσης επιβραδύνεται από την καταστολή της HIV ιαμίας και την επακόλουθη ανοσολογική ανασυγκρότηση. Ως αποτέλεσμα, η έναρξη της ART συστήνεται πλέον σε όλους τους HIV ασθενείς με HBV συλλοίμωξη (HBsAg θετικοί) ανεξαρτήτως αριθμού CD4. Αγωγή που είναι ενεργή και στους δύο ιούς είναι απαραίτητη και η τενοφοβίρη είναι το πιο σημαντικό φάρμακο στην αντιμετώπιση της συλλοίμωξης με HBV. Εκτός από την τενοφοβίρη (TDF), η λαμβουδίνη (3TC), η εμτρισιταβίνη (FTC), η εντεκαβίρη έχουν διπλή αντι-ϊική δράση.

Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος,  
Ιατρός ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.,  
Μονάδα Ειδικών  
Λοιμώξεων Πατρών

Όλοι οι ασθενείς με HBV/HIV συλλοίμωση πρέπει να λάβουν ART που να περιλαμβάνει TDF+3TC ή FTC, εκτός αν υπάρχει ιστορικό δυσανεξίας στην τενοφοβίρη. Αν Η TDF αντενδείκνυται συστήνεται εντεκαβίρη και αδενοφοβίρη, με στενή παρακολούθηση αποτελεσματικότητας και νεφρικής λειτουργίας λόγω της γνωστής νεφροτοξικότητας της αδενοφοβίρης. Η εντεκαβίρη μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνη της σε ασθενείς που δεν έχουν εκτεθεί σε λαμβουδίνη. Προσοχή πρέπει να δίδεται σε αλλαγή ή διακοπή των *αντιρετροϊκών* φαρμάκων που δρουν και στον ιό της ηπατίτιδας Β γιατί μπορεί να προκληθεί υπερτρανσαμινασαιμία και ηπατική βλάβη.

Ρεαλιστικοί στόχοι της θεραπείας είναι η ορομετατροπή του HBeAg σε anti-HBe, πλήρη καταστολή του HBV-DNA, φυσιολογικές τρανσαμινάσες, βελτίωση ηπατικής ιστοχημείας και πρόληψη ηπατοκυτταρικού καρκινώματος. Η απώλεια του HBsAg είναι δύσκολο να επιτευχθεί λόγω της διαταραγμένης ανοσολογικής λειτουργίας στην HIV λοίμωξη, με επακόλουθο η συνεχής καταστολή της ιαμίας του HBV να κρίνεται απαραίτητη όπως επιδιώκεται και στην HIV λοίμωξη, και τα HBV ενεργά φάρμακα να προτείνονται μόνιμα στον συνδυασμό φαρμάκων.

Εκτός της θεραπείας, ο εμβολιασμός συνιστάται σε όλους τους ασθενείς με αρνητικό ορολογικό έλεγχο για HBV για την πρόληψη μετάδοσης της νόσου. Νεότερα δεδομένα προτείνουν επιταχυνόμενα σχήματα εμβολιασμού σε ασθενείς με CD4 >500 και σειρά 3 ή 4 εμβολιασμών διπλών δόσεων.

## Η Θεραπεία της συλλοίμωσης HIV/HCV

### A. Λέκκου

Η σύγχρονη θεραπεία για την ηπατίτιδα C και για καθορισμένο χρονικό διάστημα προσφέρει τη δυνατότητα μη ανίχνευσης του ιού η οποία μεταφράζεται σε πλήρη ίαση. Σε ασθενείς με προχωρημένη ίνωση και κίρρωση, η εξάλειψη του ιού HCV μειώνει το ποσοστό της αντιρρόπησης και μειώνει, αν όχι καταργεί, τον κίνδυνο ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος. Πρωταρχικός στόχος της θεραπείας είναι μη ανιχνεύσιμο HCV RNA τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα (SVR12) και 24<sup>η</sup> εβδομάδα (SVR24) μετά το τέλος της θεραπείας. Στο πλαίσιο της ταχύτερης εξέλιξης σε ηπατική ίνωση και κίρρωση σε άτομα με HCV/HIV συλλοίμωση (ιδιαίτερα σε άτομα με χαμηλό αριθμό CD4), απαιτείται απόλυτη προτεραιότητα για τη χρήση των νεώτερων DAAs (Direct Acting Antivirals) ανεξαρτήτως γονοτύπου (GT) του ιού HCV.

Πολλαπλές μελέτες σε άτομα με HCV/HIV συλλοίμωση, πολυθεραπευόμενους και μη, παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά SVR 12-24 με τα νεώτερα DAAs ως βάση της θεραπείας και χωρίς σημαντικές παρενέργειες.

Ειδικότερα, IFN-free σχήματα, όπως συνδυασμός sofosbuvir και daclatasvir (GT1, 2, 3 και 4), sofosbuvir και simeprevir (GT1 και 4), ο σταθερής δόσης συνδυασμός sofosbuvir/ledipasvir (GT 1 και 4) ή συνδυασμός των ombitasvir/paritaprevir/ritonavir και dasabuvir (GT 1, και 4 χωρίς dasabuvir), αποδεικνύονται αποτελεσματικά. Η προσθήκη ριμπαβιρίνης (RBV) μπορεί να μειώσει το ποσοστό υποτροπής και να συντομεύσει τη διάρκεια της θεραπείας για μερικούς από τους συνδυασμούς με DAAs.

Η χρήση των πρώτης γενεάς αναστολέων πρωτεάσης του HCV (bocoprevir και telaprevir) δεν συνιστάται πλέον λόγω των σημαντικών παρενεργειών τους.

Εξάλλου για την αποφυγή πιθανών αλληλεπιδράσεων φαρμάκων μεταξύ αντιρετροϊκής αγωγής και θεραπείας για ηπατίτιδα C θα πρέπει να εκτιμάται και να ελαχιστοποιείται η πιθανότητα αυτή πριν την έναρξη αγωγής.

## Στρογγυλό Τραπέζι ΜΗ.ΚΥ.Ο.

### Επιπτώσεις της κρίσης στους ανθρώπους που ζουν με HIV/AIDS: Ποσοτική και ποιοτική αποτίμηση

#### Πρόσβαση στο σύστημα Κοινωνικής Πρόνοιας

*Α. Καβούρη*

Στη συγκεκριμένη παρουσίαση επιχειρείται η αποτύπωση του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα, τόσο σε επίπεδο εννοιολογικό, όσο και από μια κριτική σκοπιά σχετικά με το εάν και κατά πόσο επιτυγχάνει τους στόχους του, με επίκεντρο τους ανθρώπους που ζουν με HIV/AIDS.

Θα παρουσιαστούν δημογραφικά και ποιοτικά στοιχεία των επισκεπτών της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Κέντρου Ζωής, τα οποία αναδεικνύουν το εύρος της κοινωνικής στήριξης που παρέχεται στην υπηρεσία και τις ανάγκες των ωφελούμενων σε κοινωνικό επίπεδο. Παράλληλα, θα παρουσιαστούν τα κενά στον τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας, αλλά και ζητήματα που δυσχεραίνουν ή και αποκλείουν την πρόσβαση σε κοινωνικές παροχές, στην ευρύτερη ομάδα των οροθετικών αλλά και σε υποομάδες με πολλαπλή ευαλωτότητα.

Επίσης, θα επιχειρηθεί μια κριτική ανάλυση της επιδοματικής πολιτικής της χώρας με επίκεντρο το προνοιακό επίδομα οροθετικότητας, αναφορικά με τον στόχο του, τα κριτήρια επιλεξιμότητας των δικαιούχων και τις ανάγκες που αυτό εξυπηρετεί.

Τέλος, η παρουσίαση αυτή επιχειρεί να αποτελέσει τροφή για συζήτηση σχετικά με το παρόν και το μέλλον της κοινωνικής πολιτικής που ακολουθείται στην Ελλάδα, αναφορικά με τους ανθρώπους που ζουν με HIV/AIDS.

#### Εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας: Η εμπειρία της PRAKSIS

*Ν. Βουδούρη*

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, παρά το γεγονός ότι αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, συχνά είναι δύσκολη και ιδιαίτερα για τους κοινωνικοοικονομικά αποκλεισμένους πληθυσμούς έως αδύνατη.

Ειδικότερα, στη σημερινή συγκυρία που περνά η χώρα μας τα προβλήματα των ανθρώπων ως προς την πρόσβασή τους στην υγεία είναι ακόμα μεγαλύτερα, με το κράτος να αδυνατεί να καλύψει ακόμα και ανάγκες που μέχρι πρότινος κάλυπτε.

Το όλο αυτό κενό έρχονται κατ' αρχήν να καταγράψουν, αλλά και να καλύψουν, οι Μ.Κ.Ο. μέσω της παροχής υπηρεσιών (διασύνδεση, συνοδεία σε υπηρεσίες, ψυχοκοινωνική στήριξη και συμβουλευτική, παροχή ιατρικών υπηρεσιών) αλλά και μέσω της συνηγορίας προκειμένου να ασκηθεί πολιτική πίεση και να γίνουν οι απαραίτητες τομές, έτσι ώστε η πρόσβαση στην υγεία να μπορέσει να γίνει κάποια στιγμή αυτονόητη κατάκτηση για όλους.

Κοινωνική Λειτουργός,  
Υπεύθυνη της Κοινωνικής  
Υπηρεσίας του Κέντρου Ζωής

MsC Ιατρός,  
Συντονίστρια Ιατρικής  
Υπηρεσίας Μ.Κ.Ο. PRAKSIS





## Η θεραπεία ως μέτρο πρόληψης και προφύλαξης

*Β. Σακκά*

Η αντιρετροϊκή θεραπεία μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της μετάδοσης και της λοίμωξης με τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV). Περισσότερες από 2 εκατομμύρια νέες μολύνσεις από HIV συμβαίνουν κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένων των περίπου 1.000 ανά έτος στην Ελλάδα. Η προληπτική χρήση των αντιρετροϊκών φαρμάκων περιλαμβάνει την προφύλαξη μετά την έκθεση (post-exposure prophylaxis - PEP) δηλ. μετά από μια μεμονωμένη, σημαντική έκθεση σε υγρά που μπορεί να περιέχουν τον ιό HIV, την προφύλαξη προ της έκθεσης (pre-exposure prophylaxis - PrEP), εάν η έκθεση στον ιό είναι συχνή και την έγκαιρη θεραπεία της HIV λοίμωξης πολύ γρήγορα μετά τη μόλυνση (Treatment as prevention - TasP).

Η μετά την έκθεση προφύλαξη (PEP) συνιστάται μετά από τη μια επικίνδυνη επαγγελματική ή σεξουαλική έκθεση. Ο εκτιμώμενος κίνδυνος μετάδοσης του HIV μέσω σεξουαλικής έκθεσης κυμαίνεται από 4 ανά 10.000 εκθέσεις για ενεργητική πεο-κολπική επαφή χωρίς προφυλακτικό έως 138 ανά 10.000 για παθητική πρωκτική επαφή χωρίς προφυλακτικό. Ο κίνδυνος της διαδερμικής νύξης με βελόνη κυμαίνεται σε 23 ανά 10.000 εκθέσεις από ένα μολυσμένο δότη. Μετά την έκθεση είναι σημαντικός ο αποκλεισμός προηγηθείσας λοίμωξης με HIV και έλεγχος αντισωμάτων πρέπει να γίνεται κατά την έναρξη, κατά την ολοκλήρωση της θεραπείας, και στους 3 μήνες μετά την αγωγή. Η PEP θα πρέπει να ξεκινήσει επειγόντως εντός 72 ωρών με ένα σχήμα 28-ημερών που περιέχει FTC/TDF και είτε έναν ενισχυμένο αναστολέα πρωτεάσης είτε έναν αναστολέα ιντεγκράσης. Το πλεονέκτημα των συνιστώμενων σχημάτων με 3 φάρμακα είναι ότι αποτελούν μια πλήρως ενεργή θεραπεία έναντι εγκατεστημένος λοίμωξης από τον HIV, κάτι που δεν μπορεί να αποκλειστεί στο χρονικό διάστημα μεταξύ της έκθεσης στον HIV και την πιθανή ορομετατροπή.

Η προ της έκθεσης προφύλαξη (PrEP) χρησιμοποιώντας καθημερινά από του στόματος FTC/TDF έχει αποδειχθεί σε μεγάλες μελέτες ασφαλής και αποτελεσματική για την ουσιαστική μείωση της μετάδοσης του ιού HIV μεταξύ σεξουαλικά ενεργών ενηλίκων, συμπεριλαμβανομένων των ανδρών που έχουν σεξουαλικές σχέσεις με άνδρες (MSM), και ετεροφυλόφιλων ανδρών και γυναικών. Ο FDA ενέκρινε την καθημερινή από του στόματος λήψη FTC/TDF για PrEP το 2012, και έχουν δημοσιευθεί συστάσεις για τη χρήση του από το CDC και τον WHO. Στην Ευρώπη δεν έχει εγκριθεί η χρήση PrEP. Ένδειξη έχει ένα πρόσφατα πιστοποιημένο HIV οροαρνητικό άτομο που αναφέρει ασυνεπή ή καθόλου χρήση προφυλακτικού έξω από μια αμοιβαία μονογαμική σχέση, χρήση PEP περισσότερο από δύο φορές κατά τους τελευταίους 12 μήνες, έχει ένα σεξουαλικό σύντροφο ο οποίος είναι HIV οροθετικός, έχει ένα πρόσφατο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, κάνει κοινή χρήση βελόνων, ή είναι γυναίκα, που έχει έναν σύντροφο ο οποίος έχει σεξουαλικές σχέσεις με άνδρες. Έλεγχος αντισωμάτων για HIV απαιτείται κατά την έναρξη, και στη συνέχεια κάθε 3 μήνες, ενώ συνιστάται συστηματική παρακολούθηση και συμβουλευτική για βέλτιστη συμμόρφωση.

Η θεραπεία ως πρόληψη (TasP) είναι μια πολλά υποσχόμενη προσέγγιση για τον περιορισμό της επιδημίας του HIV. Η μελέτη HPTN 052 κατέγραψε μείωση κατά 96% της μετάδοσης του HIV μεταξύ των σταθερών ορο-ασύμφωνων ετερόφυλων ζευγαριών, στα οποία το HIV-θετικό άτομο έλαβε ART με CD4+ μεταξύ 350 και 550 κύτταρα/μL, σε σύγκριση με όσους έλαβαν ART με CD4+ μεταξύ 200 και 250 κύτταρα/μL. Λόγω του υψηλού ρυθμού μετάδοσης του ιού HIV κατά τη διάρκεια της πρώιμης HIV λοίμωξης, το οποίο σε διάφορες μελέτες κυμαίνεται από 2% έως 90%, η αποτελεσματικότητα της TasP στηρίζεται στην έγκαιρη διάγνωση, τη σύνδεση των ασθενών με τις υπηρεσίες παροχής υγείας και την καθολική πρόσβαση στη θεραπεία.

## Ο οροθετικός ως ταξιδιώτης

*Α. Λιονί*

Η εισαγωγή της HAART στη θεραπευτική αντιμετώπιση των οροθετικών ατόμων άλλαξε τη φυσική πορεία της HIV λοίμωξης από μία θανατηφόρο σε μία χρόνια νόσο.

Το προσδόκιμο επιβίωσης του σωστά θεραπευμένου οροθετικού δεν διαφέρει σημαντικά από του οροαρνητικού. Σε περιοχές με πλήρη πρόσβαση σε αποτελεσματικές θεραπείες, η πλειονότητα των

Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος,  
Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ,  
Γ' Παθολογική Κλινική  
και Μονάδα Λοιμώξεων,  
Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-  
Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος,  
Διευθύντρια ΕΣΥ,  
Γ' Παθολογικό Τμήμα-  
Μονάδα Λοιμώξεων,  
Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-  
Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

οροθετικών είναι καλά και ζουν μια σχεδόν φυσιολογική ζωή που συμπεριλαμβάνει και ταξίδια για ψυχαγωγία, εργασία, σπουδές ή απλά επισκέψεις σε φίλους και συγγενείς.

Βασικής σημασίας είναι η συμβουλευτική πριν το ταξίδι που σκοπό έχει την εκτίμηση των σχετιζόμενων με το ταξίδι κινδύνων, την παροχή συμβουλευτικής και την εκπαίδευση του ταξιδιώτη με τελικό στόχο ένα αλησμόνητο και ασφαλές ταξίδι.

Από μελέτες προκύπτει ότι ο οροθετικός κάνει συχνότερα και μεγαλύτερης διάρκειας ταξίδια συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Όμως, συμβουλευτική πριν το ταξίδι αναζητά μικρό ποσοστό (10-40%) και περίπου το 1/3 δεν ενημερώνει για το HIV status.

Γενικά, σε ό,τι αφορά την προετοιμασία ενός οροθετικού για ένα ταξίδι ισχύουν οι ίδιες αρχές με τον γενικό πληθυσμό με ορισμένες διαφοροποιήσεις που σχετίζονται με την HIV λοίμωξη και πιο συγκεκριμένα με τον βαθμό ανοσοκαταστολής. Σε σοβαρή ανοσοκαταστολή μπορεί να συσταθεί αναβολή ταξιδιού ή αλλαγή προορισμού έως ότου κατασταλεί το ιικό φορτίο και επέλθει ανοσολογική ανασύσταση.

Οι ιδιαιτερότητες του οροθετικού, ως ταξιδιώτη, αφορούν:

- Τυχόν εμβολιασμούς που θα πρέπει να πραγματοποιηθούν (αντενδείξεις, ασφάλεια, αποτελεσματικότητα).
- Αυξημένη ευπάθεια σε ορισμένα λοιμώδη νοσήματα, στα οποία πιθανότατα θα εκτεθεί ο ταξιδιώτης ανάλογα με τον τόπο προορισμού του.
- Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων που θα χορηγηθούν ως θεραπεία ή χημειοπροφύλαξη με την ART.
- Περιορισμούς εισόδου ή διαμονής και διακρίσεις σε οροθετικά άτομα που μπορεί να υπάρχουν σε ορισμένες χώρες.
- Ενδεχόμενη δυσκολία στην απόκτηση ταξιδιωτικής ασφάλειας.
- Την ύπαρξη ή μη αξιόπιστων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, εάν απαιτηθεί η χρήση τους, στη χώρα προορισμού.
- Την αναγκαιότητα μεταφοράς και φύλαξης επαρκούς ποσότητας αντιρετροϊκών φαρμάκων.

Στην προ-HAART εποχή η νοσηρότητα του οροθετικού ταξιδιώτη ήταν σημαντικά μεγαλύτερη σε σύγκριση με αυτή του οροαρνητικού. Στη σημερινή μετα-HAART εποχή, το ποσοστό των οροθετικών ταξιδιωτών που αναζητεί ιατρική βοήθεια ή νοσηλεύεται κατά τη διάρκεια του ταξιδιού ή μετά την επιστροφή, δεν διαφέρει σημαντικά από τα αντίστοιχα ποσοστά του γενικού πληθυσμού. Τέλος, η πλειονότητα των προβλήματων υγείας που ανακύπτουν δεν σχετίζεται με την υποκείμενη HIV λοίμωξη.

## Νέα φάρμακα στη θεραπεία της HIV λοίμωξης

### Α. Παπαδόπουλος

Η σύγχρονη αντιρετροϊκή θεραπεία έχει επιτύχει σημαντικότερα αποτελέσματα, όπως μακρόχρονη και αποτελεσματική καταστολή του ιικού πολλαπλασιασμού στη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών, καταπολέμηση της αντοχής και αξιοσημείωτη ελάττωση των ανεπιθύμητων ενεργειών. Όμως, ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών αλλάζει το πρώτο ή το δεύτερο θεραπευτικό σχήμα σε λίγα χρόνια, ενώ ταυτόχρονα παραμένουν διάφορα προβλήματα, όπως φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις, δυσανεξία και τοξικότητα σε ορισμένους ασθενείς καθώς και η ανάγκη για περισσότερες θεραπευτικές επιλογές και απλούστερα σχήματα. Για το σκοπό αυτό έχουν αναπτυχθεί και ευρίσκονται σε προχωρημένα στάδια μελέτης διάφορα καινούργια αντιρετροϊκά φάρμακα. Τα σημαντικότερα είναι:

1. *Τενοφοβίρη αλαφεναμίδη (TAF)*. Είναι προφάρμακο της τενοφοβίρης (TDF), που με πολύ μικρότερη δοσολογία, επιτυγχάνει 5-7 φορές υψηλότερες ενδοκυττάρειες συγκεντρώσεις στα μονοκύτταρα του περιφερικού αίματος και ταυτόχρονα 90% χαμηλότερες συγκεντρώσεις στο πλάσμα σε σχέση με την τενοφοβίρη. Οι ιδιότητες αυτές έχουν ως αποτέλεσμα το TAF να παρουσιάζει χαμηλότερη νεφροτοξικότητα και μικρότερη απώλεια οστικής μάζας σε σχέση με την τενοφοβίρη. Το TAF έχει δοκιμασθεί συγκρινόμενο με την τενοφοβίρη σε διάφορους συνδυασμούς με άλλα αντιρετροϊκά φάρμακα ως σταθερός συνδυασμός σε ένα δισκίο (STR), π.χ. ως elvitegravir (EVG)/cobicistat/FTC/TAF, Darunavir (DRV)/cobicistat/FTC/TAF, RPV/FTC/TAF και FDC (TAF/FTC). Έχει δοθεί σε διάφορες ομάδες ασθενών όπως σε πρωτοθεραπευόμενους (naïve), σε προθεραπευμένους με κατεσταλμένο ιικό φορτίο ως αλλαγή

(switch), σε εφήβους, σε Αφροαμερικανούς, σε άτομα >50 ετών, σε ασθενείς με ιστορικό αντοχής, σε μέτρια νεφρική ανεπάρκεια καθώς και σε ηπατίτιδα Β. Πρόσφατα, ο σταθερός συνδυασμός elvitegravir (EVG)/cobicistat/FTC/TAF ενεκρίθη στις ΗΠΑ (και έχει λάβει θετική εισήγηση στον EMA) προς χρήση σε πρωτοθεραπευόμενους ή προθεραπευμένους με ιική καταστολή ενήλικες και εφήβους >12 ετών.

2. *Ντοραβιρίνη* (Doravirine, MK-1439). Είναι ένας νέος NNRTI που εμφανίζει σημαντικά λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από το ΚΝΣ σε σχέση με την εφαιβιρένζη (EFV) και διατηρεί τη δραστηριότητά του έναντι ανθεκτικών στα άλλα NNRTIs στελεχών του ιού HIV, που φέρουν τις μεταλλάξεις K103N, Y181C και G190A. Σε μια πρόσφατη μελέτη φάσης II 24 εβδομάδων η ντοραβιρίνη επέτυχε παρόμοια ιολογική καταστολή με την εφαιβιρένζη. Το φάρμακο αξιολογείται τώρα σε μελέτη φάσης III.

3. *Cabotegravir* (CAB, GSK-774). Είναι ένας νέος αναστολέας ιντεγκράσης, ανάλογο του dolutegravir, που διατίθεται σε δισκίο αλλά και σε ενέσιμη μορφή (im, sc) μακράς διάρκειας. Σε μελέτη 96 εβδομάδων φάσης IIb ο συνδυασμός δισκίων CAB με ριλπιβιρίνη (RPV) επέτυχε ίδιο βαθμό ιολογικής καταστολής με το EFV. Τα δύο φάρμακα έχουν χορηγηθεί ενδομυϊκά και σε μία πρόσφατη μελέτη φάσης IIb, ως νανοεναιωρήματα μακράς διάρκειας. Πρόσφατα, ανακοινώθηκε ότι τα πρωταρχικά αποτελέσματα 32 εβδομάδων έδειξαν ότι η παρεντερική ανά 4 ή 8 εβδομάδες του συνδυασμού CAB/RPV ήταν συγκρίσιμη με τον από του στόματος συνδυασμό CAB + 2NRTIs. Ο συνδυασμός αυτός ενδεχομένως θα επιτρέψει τη χορήγηση της ART ως αγωγή συντήρησης (maintenance therapy) μετά από μία αρχική φάση «εφόδου», με τη μέγιστη δυνατή συμμόρφωση.

4. *Fostemsavir* (BMS-663068). Είναι ένας νέος αναστολέας προσκόλλησης (attachment inhibitor) και προφάρμακο του μεταβολίτη του temsavir (BMS-626529), που δρα αναστέλλοντας τη λειτουργία της gp120. Σε μελέτη 48 εβδομάδων φάσης IIb σε προθεραπευμένους ασθενείς το fostemsavir σε διάφορες δόσεις επέτυχε την ίδια ιολογική καταστολή με την αταζαναβίρη (ATV/r). Ευρίσκεται υπό εξέλιξη μελέτη φάσης III για να καταδειχθεί η αξία του φαρμάκου σε ασθενείς με εκτεταμένη αντοχή στα αντιρετροϊκά φάρμακα.

5. *BMS-955176*. Πρόκειται για έναν αναστολέα ωρίμανσης 2<sup>nc</sup> γενεάς (maturation inhibitor), που δρα αναστέλλοντας τον πολυμερισμό της πολυπρωτεΐνης Gag και τη δημιουργία ενός ώριμου ιικού σωματίου. Είναι *in vitro* δραστικό σε στελέχη του HIV που είναι ανθεκτικά σε αναστολείς ωρίμανσης 1<sup>nc</sup> γενεάς καθώς και καλά ανεκτό. Ευρίσκεται υπό εξέλιξη μελέτες φάσης IIb σε πρωτοθεραπευόμενους αλλά και προθεραπευμένους ασθενείς.

Επίσης, ο φαρμακοενισχυτής cobicistat δοκιμάζεται, αντί της ριτοναβίρης, σε διάφορους συνδυασμούς αντιρετροϊκών φαρμάκων. Έχουν ήδη εγκριθεί οι σταθεροί συνδυασμοί ATV/cobicistat, DRV/cobicistat και EVG/cobicistat/FTC/TAF, ενώ δοκιμάζονται και άλλοι όπως π.χ. DRV/cobicistat/FTC/TAF. Εκτός από την αντιρετροϊκή θεραπεία, νέα φάρμακα και στρατηγικές δοκιμάζονται στην έρευνα για την εκρίζωση και ίαση της HIV λοίμωξης.

## Λοίμωξη HIV και ενδοκρινικό σύστημα

### A. Βρωνίδου-Μπομποτά

Σημαντικές διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος παρατηρήθηκαν από την αρχή της επιδημίας της λοίμωξης από τον ιό της ανθρώπινης επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και σχετίζονταν είτε με την ίδια τη λοίμωξη και τη διήθηση αδένων από ευκαιριακές λοιμώξεις είτε με την επίδραση της συστηματικής φλεγμονής και της σοβαρής γενικής κατάστασης στην ενδοκρινική λειτουργία και τη μεταβολική ομοιοστασία. Η ανάπτυξη και η διαθεσιμότητα της υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκής αγωγής (HAART) την τελευταία 20ετία, έχει μεταβάλει τη φυσική ιστορία της νόσου στις ανεπτυγμένες χώρες και έχει βελτιώσει σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης αλλά και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ομοίως και οι ενδοκρινικές διαταραχές έχουν μεταβληθεί με αποτέλεσμα, οι περισσότερες από αυτές να είναι επιπλοκές της HAART και πολύ λιγότερο αποτέλεσμα της λοίμωξης.

Σήμερα, σε ασθενείς με λοίμωξη HIV και αντιμετωπιζόμενους με HAART οι κυριότερες ενδοκρινικές διαταραχές που παρατηρούνται είναι η επινεφριδιακή, η γοναδική και η θυρεοειδική δυσλειτουργία, οι διαταραχές του μεταβολισμού των υδατανθράκων και των λιπιδίων καθώς και του οστικού μεταβολισμού. Η χρόνια συστηματική φλεγμονή και η θεραπευτική αγωγή αποτελούν τα κυριότερα αίτια. Μπορεί να είναι

MD, PhD, Διευθύντρια  
Τμήματος Ενδοκρινολογίας-  
Διαβητολογικού Κέντρου,  
Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-  
Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

άλλοτε ασυμπτωματικές (υποκλινική μορφή) και άλλοτε κλινικά έκδηλες. Η συχνότερα εκδηλούμενες διαταραχές είναι η επινεφριδιακή ανεπάρκεια, ο υπογοναδισμός, ο σακχαρώδης διαβήτης, η δυσλιπιδαιμία και η οστεοπόρωση. Οι ανωτέρω διαταραχές σε συνδυασμό με το γεγονός ότι ο πληθυσμός των ατόμων με HIV γηράσκει, τις καθιστούν σημαντικούς παράγοντες νοσηρότητας και χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση τους μπορεί να μειώσει τη νοσηρότητα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με λοίμωξη HIV.

## Η διατροφή σε ασθενή με HIV λοίμωξη

*Π. Ντετοπούλου*

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μία διαίτα επαρκής σε θρεπτικά συστατικά και ισορροπημένη είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία όλων των ασθενών με HIV λοίμωξη. Οι διατροφικοί στόχοι στον ασθενή με HIV λοίμωξη αφορούν i) στην κάλυψη ενέργειας, μικρο-, μακρο- θρεπτικών συστατικών, ii) στη διατήρηση της άλιπης μάζας σώματος, iii) στον έλεγχο καρδιομεταβολικών παραγόντων, iv) στην ασφάλεια τροφίμων και v) στον έλεγχο των αλληλεπιδράσεων της διατροφής με τη φαρμακευτική αγωγή.

Αναλυτικότερα, οι ασθενείς με HIV λοίμωξη παρουσιάζουν ~10% αύξηση των βασικών ενεργειακών αναγκών. Σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας του AIDS (2015) τα άτομα που είναι εμφανώς παχύσαρκα πρέπει να χάσουν βάρος. Περιπτώσεις καχεξίας πρέπει επίσης να αντιμετωπίζονται. Πρέπει να επιλέγονται άλιπες πηγές πρωτεΐνης (ψάρια, πουλερικά, άπαχα κρέατα) σε ποσότητα 1,2-1,5 g/kg/ημέρα, να καταναλώνονται προϊόντα ολικής άλεσης και η πρόσληψη λιπαρών να είναι προσεγγισμένη στην ποιότητα και την ποσότητα (ολικό λίπος <30% με μείωση των κορεσμένων). Η συμπληρωματική χορήγηση ω-3 λιπαρών οξέων σε δόσεις 900-3.360 mg/ημέρα για 2-4 μήνες μπορεί να μειώσει τα τριγλυκερίδια (κατά μέσο όρο κατά 80 mg/dL) και παράλληλα, μπορεί να επιφέρει ευεργετικές αλλαγές στην HDL και τους δείκτες φλεγμονής.

Όσον αφορά στα μικροσυστατικά της διαίτας, χρειάζεται προσοχή στην πρόσληψη ψευδαργύρου, σιδήρου και σεληνίου. Επίσης, οι βιταμίνες B<sub>12</sub>, E, B<sub>6</sub>, C και D, έχουν βρεθεί μειωμένες στον ορό ασθενών. Η βιταμίνη D έχει πρόσθετη σημασία λόγω του κινδύνου οστεοπόρωσης των ασθενών και του ρόλου της στο ανοσοποιητικό.

Εφόσον οι ασθενείς με HIV λοίμωξη επιθυμούν να καταναλώνουν αλκοόλ, θα πρέπει να καταναλώνουν μέχρι 1 ποτό/ημέρα οι γυναίκες και μέχρι 2 ποτά/ημέρα οι άνδρες, ενώ οι συστάσεις εξατομικεύονται αν συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα (π.χ. ηπατική νόσος). Για τη διατήρηση της καλής υγείας του καρδιαγγειακού συστήματος συστήνεται η πρόσληψη νατρίου να μην ξεπερνά τα 1.500 mg ημερησίως.

Συνοπτικά, οι οδηγίες για την ασφάλεια τροφίμων περιλαμβάνουν την ατομική υγιεινή, τον διαχωρισμό επιφανειών και εργαλείων κοπής, το σωστό μαγείρεμα, τη σωστή συντήρηση των τροφίμων και την αποφυγή «ύποπτων τροφίμων» (π.χ. οστρακοειδή, σουσί). Τέλος, όσον αφορά τις αλληλεπιδράσεις των αντιρετροϊκών φαρμάκων με τη διαίτα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη αν το φάρμακο λαμβάνεται με παρουσία ή απουσία τροφής. Επιπλέον, το αλκοόλ αλληλεπιδρά με τους αναστολείς αντίστροφης μεταγραφάσης, το γκρέιπφρουτ με τον αναστολέα πρωτεάσης ινδιναβίρη, το σκόρδο και η βιταμίνη C με τους αναστολείς πρωτεάσης και το βότανο St John's με αναστολείς πρωτεάσης και αναστολείς αντίστροφης μεταγραφάσης.

## Τι νεότερο στο AIDS: Στην Κλινική

*Γ. Τσεκές*

Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα, 36,9 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως έχουν προσβληθεί από τον HIV. Καταγράφεται σταθερή μείωση του αριθμού των νέων λοιμώξεων από HIV, καθώς και του αριθμού των θανάτων που σχετίζονται με το AIDS, ενώ αυξάνεται σταθερά ο αριθμός των ατόμων υπό αντιρετροϊκή αγωγή (ART).

Κατά το έτος 2015 δημοσιεύτηκαν τα αποτελέσματα δύο μελετών (START και TEMPRANO), οι οποίες έδειξαν σημαντική μείωση του κινδύνου σοβαρών συμβαμάτων ή θανάτου με την πρώιμη χορήγηση ART σε άτομα με HIV λοίμωξη, ανεξάρτητα του αριθμού των CD4. Με βάση τα αποτελέσματα των μελετών αυτών, όλες οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες (WHO, IAS, DHHS, EACS, BHIVA) συνιστούν πλέον χορήγηση ART σε όλα τα άτομα με HIV λοίμωξη, ανεξάρτητα αριθμού CD4, τόσο για τη μείωση του κινδύνου προόδου της νόσου, όσο και για τον περιορισμό της μετάδοσης του HIV. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι οι ελληνικές οδηγίες σχετικά με τον χρόνο έναρξης ART δεν έχουν ακόμα αλλάξει.

Με την εισαγωγή στη θεραπευτική των αναστολέων της ιντεγκράσης, τα προτιμώμενα σχήματα της EACS για αρχική θεραπεία περιλαμβάνουν πλέον 6 επιλογές: DTG με TDF/FTC ή ABC/3TC, TDF/FTC/EVG/c, TDF/FTC + RAL, RPV/TDF/FTC και DRV/r + TDF/FTC. Το backbone με νουκλεοσιδικά ανάλογα παραμένει πάντως απαραίτητο, αφού σχήματα χωρίς NRTIs (ή μόνο με 3TC ή FTC σε συνδυασμό με PI/r) μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ειδικές μόνο περιπτώσεις. Υπάρχουν πλέον αρκετές διαθέσιμες επιλογές με ένα χάπι μία φορά ημερησίως, ενώ αναμένονται προσεχώς περισσότερες. Η απλοποίηση της αγωγής (αλλαγή σε μονοθεραπεία με PI/r) εξακολουθεί να μην συνιστάται ενώ, σύμφωνα με πιλοτικές μελέτες, η δυνατότητα απλοποίησης σε DTG με ή χωρίς 3TC χρειάζεται περαιτέρω μελέτη.

Με μεγάλο ενδιαφέρον αναμένεται η κυκλοφορία στην αγορά του TAF, σε διάφορους θεραπευτικούς συνδυασμούς σε ένα δισκίο (TAF/FTC σε συνδυασμό με EVG/c, DRV/c ή RPV). Το TAF διατηρεί την ισχυρή δραστηριότητα έναντι του HIV, με ελάχιστη όμως επίδραση στα νεφρά και την οστική μάζα, σε σύγκριση με το TDF. Άλλα αντιρετροϊκά σε προχωρημένη φάση ανάπτυξης είναι το NNRTI dora-*virine*, ο αναστολέας της ιντεγκράσης *cabotegravir* (που δοκιμάζεται και σε παρεντερικά χορηγούμενη μορφή μακράς δράσης, τόσο για θεραπεία όσο και για πρόληψη), ο αναστολέας ωρίμανσης BMS-955176 και ο αναστολέας προσκόλλησης BMS-663068.

Αλματώδης είναι η εξέλιξη στη θεραπευτική της συλλοίμωξης HIV/HCV. Οι διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές αυξάνονται ταχύτατα, με σχήματα ασφαλή και ιδιαίτερα αποτελεσματικά (SVR12 πάνω από 90%), ενώ τα προβληματικά στη χρήση φάρμακα ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη περιλαμβάνονται στα θεραπευτικά σχήματα σε ειδικές μόνο περιπτώσεις. Είναι απαραίτητη η πρώιμη έναρξη αγωγής όταν η αναστροφή της ίνωσης είναι ακόμη εφικτή, ενώ απαιτούνται παρεμβάσεις για την αποφυγή αναμόλυνσης σε άτομα αυξημένου κινδύνου (π.χ. τους IDU).

Νεότερα δεδομένα υπάρχουν και στον τομέα της προφύλαξης (πριν ή μετά την έκθεση). Για την πριν την έκθεση προφύλαξη (PrEP), αγωγή με TDF/FTC (καθημερινά ή κατ'επίκληση) συνιστάται για HIV-MSM και διεμφυλικά άτομα με σεξουαλικές συμπεριφορές αυξημένου κινδύνου, ενώ θα μπορούσε να εξεταστεί η χρήση της σε ετεροφυλόφιλους άνδρες και γυναίκες με συμπεριφορές αυξημένου κινδύνου (οδηγίες EACS 2015). Για τη μετά την έκθεση προφύλαξη (PEP), με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης PARTNERS δεν συνιστάται πλέον PEP μετά σεξουαλική έκθεση, αν ο HIV+ σύντροφος-πηγή έχει τεκμηριωμένα μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο. Ως σχήματα PEP, οι οδηγίες της EACS 2015 προτείνουν το συνδυασμό TDF/FTC με RAL ή DRV/r ή LPV/r ή, εναλλακτικά, DTG.

Η γήρανση του πληθυσμού των ατόμων με HIV λοίμωξη, οι οποίοι εμφανίζουν πλήθος συννοσηροτήτων, αποτελεί πλέον σημαντικό πρόβλημα. Με την αναγνώριση και την κατάλληλη αντιμετώπιση των μεταβολικών επιπτώσεων της ART, αλλά και την εισαγωγή στη θεραπευτική των νεότερων αντιρετροϊκών που εμφανίζουν ηπιότερες μεταβολικές επιδράσεις, η θνητότητα από καρδιαγγειακά αίτια έχει μειωθεί. Το ερώτημα της συσχέτισης του *abacavir* με το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου δεν έχει ακόμα απαντηθεί οριστικά. Η οστεοπενία και η οστεοπόρωση χρειάζονται έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση. Πρόβλημα επίσης αποτελούν οι κακοήθειες, ενώ ιδιαίτερη προσοχή απαιτεί η χρόνια νεφρική νόσος, η οποία έχει σχετιστεί με τη χρήση διαφόρων αντιρετροϊκών και έχει άμεσα σχετιστεί με την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου.

Για το εμβόλιο δεν υπάρχουν δυστυχώς νεότερα ενθαρρυντικά δεδομένα. Η οριστική θεραπεία φαντάζει ακόμα πολύ μακρινός στόχος, υπάρχουν ωστόσο κάποια ενθαρρυντικά αποτελέσματα με τη χρήση των λεγόμενων ευρέως εξουδετερωτικών αντισωμάτων. Η έρευνα στρέφεται προς θεραπευτικές στρατηγικές που θα μειώσουν το ρεζερβουάρ του HIV, ενώ παράλληλα θα ενισχύσουν την ανοσιακή απάντηση προς τον ιό.

## Διαδραστική συνεδρία: Καιροσκοπικές λοιμώξεις

### Παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων

*Κ. Καρόζης*

Η προϊούσα πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια (PML) είναι μια σοβαρή ευκαιριακή λοίμωξη του κεντρικού νευρικού συστήματος. Ένας 28χρονος άνδρας με λοίμωξη από τον ιό HIV-1, που ξεκίνησε πρόσφατα στην αντιρετροϊκή θεραπεία, παρουσιάζεται με συμπτωματολογία δε πυραμιδικής συνδρομής, βραδυψυχισμό, απραξία, δυσαρθρία, θολή όραση και αταξία. Η μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου έδειξε απομυελινωτικές εστίες της λευκής ουσίας σε όλο το αρ. ημισφαίριο, ήπιο οίδημα, χωρίς μετατόπιση μέσης γραμμής. Η οσφυονωτιαία παρακέντηση αποκάλυψε μη φλεγμονώδες εγκεφαλονωτιαίο υγρό και η real-time PCR στο ENY ήταν θετική για τον ιό JC. Καθώς ο ασθενής εμφάνισε επιδείνωση των συμπτωμάτων την τέταρτη εβδομάδα από την έναρξη της αντιρετροϊκής θεραπείας με το ανοσοποιητικό σε ανάκαμψη, τέθηκε η διάγνωση της PML που σχετίζεται με το σύνδρομο ανοσολογικής αποκατάστασης (IRIS). Ο ασθενής έλαβε στεροειδή και μεφλοκίνη για την αντιμετώπιση της κατάστασης του, παράλληλα με την HAART με καλή ανταπόκριση.

Παθολόγος, Εξειδικευμένος  
Λοιμωξιολογίας,  
Α' Παθολογική Μονάδα  
Ειδικών Λοιμώξεων,  
Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

## Interactive Κλινικό Φροντιστήριο Νοσηλευτών

### Όλα όσα πρέπει να γνωρίζει ο σύγχρονος νοσηλευτής για την HIV Λοίμωξη

Μ. Γκίκα,<sup>1</sup> Ζ. Μάτσου,<sup>2</sup> Χ. Ντάφλος,<sup>3</sup> Μ. Πύλλη,<sup>4</sup> Β. Ραφτόπουλος,<sup>5</sup> Χ. Τσιάρα<sup>6</sup>

Μέσα από μια σειρά ερωτήσεων που περιέχουν μελέτη περιστατικών, κλινικές περιπτώσεις και σύνθετα ερωτήματα ανιχνεύονται οι γνώσεις των νοσηλευτών στο πεδίο HIV/AIDS. Οι απαντήσεις δημιουργούν ένα προσωπικό σκορ, μέσα από το οποίο οι συμμετέχοντες θα κρίνουν την επάρκεια γνώσεων τους. Εξειδικευμένοι ομιλητές θα δώσουν απαντήσεις, θα προσφέρουν λύσεις και θα καταθέσουν την επικαιροποιημένη γνώση. Οι σωστές απαντήσεις θα είναι όλες evidence based, βασισμένες στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία και στα πλέον πρόσφατα guidelines. Αντιπροσωπευτικά το ερωτηματολόγιο, που θα χρησιμοποιηθεί στη διαδραστική συνεδρία, περιλαμβάνει ερωτήσεις, που αφορούν τους τρόπους μετάδοσης του ιού, τις διαγνωστικές πρακτικές, την έκθεση στον ιό, την προφυλακτική αγωγή, την έναρξη της θεραπείας, την υποχρεωτική ή μη εξέταση, τη διαφορική διάγνωση, τις ευκαιριακές λοιμώξεις, την κύηση και τον τοκετό.

## Κλινικό Φροντιστήριο Φοιτητών

### Αντιρετροϊκή Θεραπεία για τον μη ειδικό

Π. Πετρίκκος

Η αντιρετροϊκή θεραπεία (antiretroviral therapy - ART) αποτελεί σήμερα το σημαντικότερο όπλο που διαθέτει η ιατρική επιστήμη για την καταπολέμηση της HIV λοίμωξης. Σε αντίθεση με τα αντιβιοτικά, η εξέλιξη των αντιρετροϊκών φαρμάκων τα τελευταία χρόνια είναι εντυπωσιακή. Από την ανακάλυψη της ζιδοβουδίνης -του πρώτου δραστικού φαρμάκου ενάντια στον HIV- έχει σημειωθεί αλματώδης βελτίωση στην αποτελεσματικότητα της αντιρετροϊκής αγωγής, σημαντική μείωση της τοξικότητας των αντιρετροϊκών φαρμάκων και ελάττωση στον αριθμό των δόσεων και των δισκίων που λαμβάνει ο ασθενής.

Σύμφωνα με τις νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες, η έναρξη της αντιρετροϊκής αγωγής δεν θα πρέπει να καθυστερεί. Η επιλογή του είδους της αντιρετροϊκής αγωγής εξατομικεύεται και καθορίζεται από την κλινική εικόνα και τα υποκείμενα νοσήματα του ασθενούς, την ιολογική και ανοσολογική του κατάσταση, την αναμενόμενη συμμόρφωσή του στη θεραπεία, την ενδεχόμενη τοξικότητα των φαρμάκων καθώς και τη γονοτυπική αντοχή του ιού.

Οι κυριότερες κατηγορίες αντιρετροϊκών φαρμάκων είναι:

1. Νουκλεοσιδικοί και νουκλεοτιδικοί αναστολείς της ανάστροφης τρανσκριπτάσης,
2. Μη νουκλεοσιδικοί αναστολείς της ανάστροφης τρανσκριπτάσης,
3. Αναστολείς πρωτεάσης,
4. Αναστολείς ιντεγκράσης,
5. Αναστολείς υποδοχέων χημειοκινών CCR5 και CXCR4,
6. Αναστολείς σύντηξης.

Η εκρίζωση του ιού από τον οργανισμό δεν είναι εφικτή με τα υπάρχοντα φάρμακα. Ο κύριος στόχος την αντιρετροϊκής αγωγής είναι η καταστολή του ιού, έτσι ώστε αυτός να είναι μη ανιχνεύσιμος στο αίμα. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χορήγηση συνδυασμών αντιρετροϊκών φαρμάκων, με την προϋπόθεση πως η συμμόρφωση του ασθενούς στη λήψη των δόσεων είναι η μέγιστη. Με αυτόν τον τρόπο, εμποδίζεται η επιλογή ανθεκτικών στα φάρμακα στελεχών του ιού, επιβραδύνεται ή διακόπτεται η εξέλιξη της νόσου, βελτιώνονται οι ανοσολογικές παράμετροι και μειώνεται τελικά η νοσηρότητα και η θνησιμότητα.

Τα διαθέσιμα αντιρετροϊκά φάρμακα προσδίδουν σήμερα στους οροθετικούς ασθενείς μια πολύ καλή ποιότητα ζωής, αυξάνοντας σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης, το οποίο προσεγγίζει αυτό του γενικού πληθυσμού.

<sup>1</sup>Θεολόγος-Νοσηλεύτρια, SRN, B.Sc., Ph.D, Προϊσταμένη, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

<sup>2</sup>Νοσηλεύτρια, Υπεύθυνη Μονάδας Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

<sup>3</sup>Νοσηλεύτρια ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

<sup>4</sup>Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Ph.D, Γραφείο HIV Λοιμώξεων ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

<sup>5</sup>RN, MSc, Ph.D, ΤΕΠΑΚ

<sup>6</sup>Νοσηλεύτρια ΠΕ, MPH, Ph.D, Γραφείο HIV & Σ.Μ.Ν., ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επισμηναγός Πολεμικής Αεροπορίας, Επιμελητής Β' Παθολογικής Κλινικής, 251 Γ.Ν. Αεροπορίας

## Εκπαίδευση Φοιτητών Βιολογικού Τμήματος

### Παθογένεια, φυσική πορεία της HIV λοίμωξης

Κ. Πρωτοπαπάς

#### Παθογένεια της HIV λοίμωξης

Ο ιός HIV προκαλεί ανεπάρκεια της κυτταρικής ανοσίας που χαρακτηρίζεται από εξάντληση των βοηθητικών Τ λεμφοκυττάρων (CD4 κύτταρα). Η απώλεια των CD4 λεμφοκυττάρων οδηγεί στην ανάπτυξη ευκαιριακών λοιμώξεων και νεοπλασιών.

Οι ιοί HIV1 και HIV2 είναι ρετροϊοί της οικογένειας Retroviridae, του γένους Lentivirus. Πρόκειται για μονής έλικας, RNA ιούς με DNA ενδιάμεσο, το οποίο είναι ένα ολοκληρωμένο γονιδίωμα (provirus) που επιμένει μέσα στο DNA του κυττάρου ξενιστή.

Ο HIV περιέχει 3 ειδικά για το είδος των ρετροϊών γονίδια:

Το γονίδιο gag που κωδικοποιεί τις εσωτερικές δομικές πρωτεΐνες του ιού.

Το γονίδιο pol που κωδικοποιεί την πολυμεράση. Περιέχει επίσης τα ιικά ένζυμα ιντεγκράση και πολυμεράση.

Το γονίδιο env που κωδικοποιεί το περιβλήμα του ιού (τις εξωτερικές δομικές πρωτεΐνες του ιού). Η γλυκοπρωτεΐνη gp120 του περιβλήματος του ιού συνδέεται με το μόριο CD4 του ξενιστή.

Άλλα γονίδια κωδικοποιούν τις βοηθητικές πρωτεΐνες του ιού που εμπλέκονται στον ιικό πολλαπλασιασμό και την πρόοδο της νόσου.

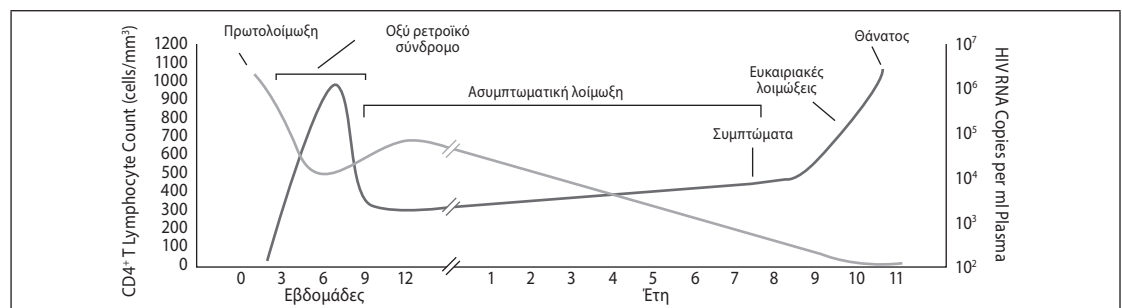
Παρά τη σημαντική πρόοδο της ανοσολογίας και της ιολογίας, οι ακριβείς λεπτομέρειες της διαδικασίας της λοίμωξης που οδηγούν σε AIDS δεν είναι ακόμα πλήρως κατανοητές.

Προκαλείται μείωση των CD4 βοηθητικών Τ-λεμφοκυττάρων, που προκαλεί αναστροφή του φυσιολογικού λόγου CD4/CD8 και απορρύθμιση της παραγωγής αντισωμάτων από τα Β-λεμφοκύτταρα. Η ανοσολογική απάντηση σε συγκεκριμένα αντιγόνα σταδιακά μειώνεται και ο ξενιστής αδυνατεί να απατηήσει επαρκώς σε ευκαιριακές λοιμώξεις και μικροοργανισμούς που υπό φυσιολογικές συνθήκες είναι αβλαβείς. Η βλάβη επηρεάζει κατά κύριο λόγο την κυτταρική ανοσία, με αποτέλεσμα οι λοιμώξεις που προκύπτουν να είναι κατά κύριο λόγο από ιούς και μύκητες και όχι βακτηριακές.

Ο λεμφικός ιστός του εντέρου (Gut-Associated Lymphoid Tissue: GALT) παίζει σημαντικό ρόλο στον ιικό πολλαπλασιασμό. Παρόλο που τυπικά η λοίμωξη συμβαίνει είτε μετά από έκθεση του γεννητικού βλεννογόνου στον ιό, είτε μετά από απευθείας εμβολιασμό του ιού στο αίμα, ο γαστρεντερικός σωλήνας περιέχει μεγάλη ποσότητα λεμφικού ιστού, με αποτέλεσμα να αποτελεί ιδανικό μέρος για τον ιικό πολλαπλασιασμό. Η διασπορά του ιού στον εντερικό βλεννογόνο φαίνεται ότι γίνεται νωρίς κατά τη λοίμωξη και εκεί δημιουργείται «δεξαμενή» του ιού. Φαίνεται πως ακόμα και υπό επιτυχημένη αντιρετροϊκή αγωγή, ο ιικός πολλαπλασιασμός συνεχίζεται στις περιοχές που αποτελούν δεξαμενές του ιού. Κάτι αντίστοιχο συμβαίνει και σε άλλα όργανα όπως είναι οι όρχεις και το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Πιστεύεται πως η έγκαιρη έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής κατά την πρωτολοίμωξη προστατεύει από τη δημιουργία αυτών των δεξαμενών.

Η μείωση του αριθμού των CD4 στα άτομα με HIV λοίμωξη που δεν λαμβάνουν αγωγή οφείλεται και στη μειωμένη παραγωγή Τ-κυττάρων από το θύμο αδένα είτε σαν αποτέλεσμα του ίδιου του ιού, είτε της ανοσολογικής απάντησης. Αυτές οι αλλαγές είναι αναστρέψιμες με τη μακροχρόνια χορήγηση αντιρετροϊκής αγωγής.

#### Φυσική πορεία της HIV λοίμωξης





### Πρωτολοίμωξη

Ταχεία αιμία και διασπορά του ιού παρατηρείται 4-11 ημέρες μετά την είσοδο του ιού στον οργανισμό. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης εγκαθίσταται η λοίμωξη και δημιουργείται ήδη η «δεξαμενή» του ιού που αποτελείται κυρίως από μακροφάγα. Το μέγεθος της «ικκής δεξαμενής» σχετίζεται άμεσα με το ικό φορτίο της ασυμπτωματικής φάσης που έπεται και είναι αντιστρόφως ανάλογο της CD8 απάντησης κατά του ιού. Η έγκαιρη επιθετική θεραπεία κατά τη διάρκεια της πρωτολοίμωξης μειώνει τη «δεξαμενή» αυτή του ιού χωρίς να υπάρχουν αποδείξεις για το μακροπρόθεσμο όφελος.

Κατά τη διάρκεια της πρωτολοίμωξης, το ικό φορτίο είναι χαρακτηριστικά πολύ υψηλό, ενώ παρατηρείται απότομη πτώση των CD4. Με την εμφάνιση των αντι-HIV αντισωμάτων και της CD8 T-κυτταρικής απάντησης, το ικό φορτίο πέφτει στα επίπεδα που θα παραμείνει κατά το steady state της ασυμπτωματικής φάσης, ενώ παρατηρείται επάνοδος της τιμής των CD4 σε φυσιολογικά επίπεδα, αν και παραμένουν ελαφρώς χαμηλότερα σε σχέση με τις προ λοίμωξης τιμές.

Η ορομετατροπή μπορεί να διαρκέσει από μερικές εβδομάδες μέχρι λίγους μήνες. Τα συμπτώματα κατά την περίοδο αυτή περιλαμβάνουν πυρετό, γριπώδη συνδρομή, λεμφαδενοπάθεια και εξάνθημα. Η συμπτωματολογία αυτή εμφανίζεται περίπου στο 50% των ατόμων που μολύνονται από τον HIV.

### Ασυμπτωματική HIV λοίμωξη

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, τα άτομα που ζουν με τον ιό παραμένουν χωρίς συμπτώματα για χρόνια, ακόμα και για περισσότερο από μια δεκαετία. Ο ιικός πολλαπλασιασμός επιμένει αλλά η ανοσολογική απάντηση παραμένει αποτελεσματική και σθεναρή. Κάποια άτομα εμφανίζουν εμμένουσα γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Το ικό φορτίο τείνει να παραμένει σχετικά σταθερό, αλλά οι τιμές των CD4 παρουσιάζει σταθερή πτώση. Ο ρυθμός πτώσης σχετίζεται με το ύψος του ιικού φορτίου. Μετά τα πρόσφατα αποτελέσματα της μελέτης START, οι κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν έναρξη της αντιρετροϊκής αγωγής ανεξαρτήτως της τιμής των CD4, ενώ είναι γνωστό προ πολλού πως η καθυστερημένη έναρξη αγωγής οδηγεί σε χαμηλότερα επίπεδα ανοσολογικής αποκατάστασης.

### AIDS

Ένα άτομο εκδηλώνει AIDS όταν το ανοσοποιητικό του σύστημα υποστεί σοβαρή βλάβη και νοσήσει από ευκαιρική λοίμωξη. Παρόλο που η τιμή των 200 CD4 θεωρείται κρίσιμη κάποια νοσήματα που καθορίζουν το AIDS εμφανίζονται σε υψηλότερες τιμές, ενώ πολλά άτομα με τιμές χαμηλότερες των 200 CD4/μL παραμένουν σχετικά υγιή.

Το γεγονός ότι η λοίμωξη μπορεί να διαδράμει χωρίς κλινικά συμπτώματα τόσο στην πρωτολοίμωξη όσο και στην ασυμπτωματική χρονία λοίμωξη μέχρι και σε επίπεδα CD4 τόσο χαμηλά που να ορίζουν AIDS, αναδεικνύει τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης μέσω του τακτικού ελέγχου, κυρίως των ομάδων υψηλού κινδύνου για HIV λοίμωξη.

## Το «success story» της αντιρετροϊκής αγωγής

### Π. Λουρίδα

Η ανάπτυξη των αντιρετροϊκών θεραπειών υπήρξε ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης τις τελευταίες δεκαετίες. Ενάντια σε έναν μέχρι τότε άγνωστο αντίπαλο, τον ιό HIV, αναπτύχθηκαν μέσα σε λίγα χρόνια θεραπείες που κατέστησαν μια θανατηφόρα νόσο σε ένα χρόνο διαχειρίσιμο πρόβλημα.

Το κλινικό σύνδρομο του AIDS περιγράφηκε το 1981 και ο ιός HIV απομονώθηκε το 1983. Ήδη από το 1985 ξεκίνησαν μελέτες με το πρώτο φάρμακο που χρησιμοποιήθηκε, το AZT (zidovudine) και το οποίο πήρε έγκριση το 1987, για να ακολουθήσουν λίγο αργότερα 3 άλλα φάρμακα της ίδιας κατηγορίας των νουκλεοσιδικών αναλόγων (NRTIs). Οι θεραπείες αυτές δυστυχώς προσέφεραν μόνο μικρή παράταση του χρόνου ζωής και συνοδεύονταν από υψηλή τοξικότητα.

Στα μέσα της δεκαετίας του '90, όμως, υπήρξαν δύο σημαντικές αλλαγές που ανέτρεψαν τα μέχρι τότε δεδομένα. Η μία ήταν η ανακάλυψη και χρήση νέων κατηγοριών αντιρετροϊκών φαρμάκων, δηλαδή των αναστολέων πρωτεάσης (με πρώτες ουσίες τις saquinavir, ritonavir, indinavir) και λίγο αργότερα των μη νουκλεοσιδικών αναλόγων (NNRTIs) με πρώτη ουσία την nevirapine. Η δεύτερη θεμελιώδης

Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος,  
Επιμελήτρια Β',  
Παθολογική Κλινική,  
Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

αλλαγή στον τρόπο χορήγησης της αντιρετροϊκής θεραπείας ήταν πως αποδείχθηκε ότι ο συνδυασμός τριών φαρμάκων από διαφορετικές κατηγορίες άλλαξε την πρόγνωση της λοίμωξης και μείωσε δραματικά την εξέλιξη σε AIDS και τη θνητότητα.

Μέσα στην επόμενη δεκαετία, είδαμε μεγάλες προόδους στη παραγωγή αντιρετροϊκών φαρμάκων, με νέα φάρμακα στις προϋπάρχουσες κατηγορίες, και με νέες κατηγορίες ουσιών, όπως οι αναστολείς ιντεγκράσης, οι αναστολείς σύντηξης και οι αναστολείς εισόδου. Τα νεότερα φάρμακα είναι πιο δραστικά και με καλύτερο προφίλ ανοχής από τα προηγούμενα, τα οποία πλέον δεν χρησιμοποιούνται. Παράλληλα, οι αγωγές απλοποιήθηκαν κι έτσι από τα 10-15 χάπια την ημέρα που έπρεπε να λαμβάνουν οι ασθενείς παλιότερα, πλέον φτάσαμε τα STR (Single Tablet Regimens).

Λόγω της δραστηριότητας και καλής ανοχής των φαρμάκων, σταδιακά άλλαξε η στρατηγική ως προς τον χρόνο έναρξης της αντιρετροϊκής αγωγής: Από τους ασθενείς με βαριά ανοσοκαταστολή που ήταν υποψήφιοι αρχικά για αντιρετροϊκή θεραπεία, πλέον γνωρίζουμε ότι όλοι οι ασθενείς με HIV λοίμωξη, ανεξαρτήτως αριθμού CD4 λεμφοκυττάρων, ωφελούνται από τη χορήγηση αγωγής.

Σήμερα, η λοίμωξη από τον ιό HIV έχει γίνει μια χρόνια νόσος και ζούμε την εποχή που οι πολιτικές δημόσιας υγείας κινούνται στη λογική του "treatment as prevention", αφού θεωρείται ότι με σωστή χρήση της αντιρετροϊκής θεραπείας, καθώς και με επιλεγμένη χορήγηση Pre-exposure prophylaxis (PrEP) θα μειωθούν οι νέες μολύνσεις με HIV. Η έρευνα προχωράει, ο στόχος είναι ταχεία διάγνωση, πρόσβαση στη θεραπεία για όλους, καλύτερη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς μέχρι να υπάρξει μια οριστική λύση για την εκρίζωση του ιού και την πλήρη ίαση.

## HIV λοίμωξη: Χρόνια νόσος - Μακροπρόθεσμες επιπλοκές

*H. Μαριόλης*

Με τη χρήση της σύγχρονης συνδυασμένης αντιρετροϊκής αγωγής, η HIV λοίμωξη από νόσημα με περιορισμένο προσδόκιμο επιβίωσης έχει μετατραπεί σε χρόνια νόσημα. Μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες καταδεικνύουν ότι ασθενείς σε αγωγή, με μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο και CD4+ >350/mm<sup>3</sup>, έχουν το ίδιο προσδόκιμο επιβίωσης με το γενικό πληθυσμό (May et al., AIDS 2014;28:1193-120). Η φυσιολογική γήρανση του πληθυσμού με HIV λοίμωξη, σε συνδυασμό με την έστω και περιορισμένη τοξικότητα από τη σύγχρονη αγωγή οδηγούν σε επιπλοκές που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας. Καρδιαγγειακά προβλήματα, νεφρικές επιπλοκές, οστεοπόρωση, νευροψυχιατρικές διαταραχές, κακοήθειες, συλλοιμώξεις με άλλους ιούς, μπορεί να προϋπάρχουν ή να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της HIV λοίμωξης, και συχνά απαιτούν πρόσθετες παρεμβάσεις, όπως αλλαγή αντιρετροϊκών ή προσθήκη άλλων φαρμάκων. Η συνολική εκτίμηση του ασθενούς και πολλές φορές η συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων, απαιτούνται για την αντιμετώπιση των ασθενών με HIV λοίμωξη.

## Κλινικό Φροντιστήριο για Ψυχολόγους και Κοινωνικούς Λειτουργούς

### Ο δρόμος από τη Βιολογία στην Ψυχολογία

*M. Γκίκα,<sup>1</sup> N. Τσόγκας,<sup>2</sup> N. Πιτσούνης,<sup>3</sup> A. Αδάμ,<sup>4</sup> E. Σουκούρογλου,<sup>5</sup> A. Καβούρη,<sup>6</sup> Λ. Νικολοπούλου,<sup>7</sup> Φ. Τσαλίκολου<sup>8</sup>*

Η ανακοίνωση οροθετικού αποτελέσματος στον ασθενή, είναι μια διαδικασία, που απαιτεί σεβασμό, σοβαρότητα, πλήρη, κατανοητή, λεπτομερή ενημέρωση. Η ανακοίνωση θα πρέπει να είναι πάντοτε εξατομικευμένη, να πραγματοποιείται με ιδιαίτερη ευαισθησία, να έχει εμπιστευτικό χαρακτήρα και να παρέχεται από εξειδικευμένο προσωπικό για ψυχοκοινωνική στήριξη. Πρέπει να γίνεται από θεραπευτική ομάδα, στην οποία συμμετέχουν πολλές ειδικότητες, του χώρου της υγείας, με διακριτό και ουσιαστικό η καθεμία ρόλο. Η ζωή με τον HIV στο σώμα, οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες του ατόμου και του περιβάλλοντός του, οι ιδιαίτερες

Παθολόγος Λοιμωξιολόγος,  
Specialty Doctor in Infectious  
Diseases, Cambridge  
University Hospitals

<sup>1</sup>Θεολόγος-Νοσηλεύτρια,  
SRN, B.Sc., Ph.D,  
Προϊσταμένη ΝΕΕΣ

<sup>2</sup>Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος,  
Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α.  
«Κοργιαλένιο-Μπενάκειο  
Ε.Ε.Σ.»

<sup>3</sup>Ψυχολόγος, Μ.Ε.Λ.,  
Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-  
Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

<sup>4</sup>Ψυχολόγος, Βιοχημικός  
Msc, MBA

<sup>5</sup>Ψυχολόγος, Πτυχιούχος  
Παντείου Πανεπιστημίου  
Κοινωνικών και Πολιτικών  
Επιστημών

<sup>6</sup>Κοινωνική Λειτουργός,  
Υπεύθυνη Κοινωνικής  
Υπηρεσίας, Κέντρο Ζωής

<sup>7</sup>Κλινική Ψυχολόγος,  
Επιστημονική Υπεύθυνη  
Γραφείου Συμβουλευτικού  
Σταθμού και Τηλεφωνικής  
Γραμμής για το AIDS,  
ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

<sup>8</sup>Συγγραφέας-Καθηγήτρια  
Ψυχολογίας, Πάντειο  
Πανεπιστήμιο Κοινωνικών  
και Πολιτικών Επιστημών

προσωπικές ιστορίες, η πολυπλοκότητα των σχέσεων είναι ορισμένα από τα σημεία με τα οποία οι επαγγελματίες υγείας θα έρθουν σε επαφή. Η αρχική συνέντευξη της ανακοίνωσης στοχεύει όχι μόνο στην έγκαιρη και σωστή στιγμή έναρξης της θεραπείας, αλλά ταυτόχρονα και στην απομάκρυνση του κινδύνου κοινωνικής και επαγγελματικής απομόνωσης, στην εξάλειψη του στίγματος, στη διαχείριση προβλημάτων όπως η έλλειψη ασφάλειας υγείας, η εξάρτηση από ουσίες, η ανεργία, η διαφορετικότητα ζωής και θρησκειώματος, η μετανάστευση, στην ενημέρωση του ατόμου για τις δυνατότητες και τα δικαιώματά του.

Όταν το αποτέλεσμα είναι θετικό, η θεραπευτική ομάδα πρέπει:

- Να βεβαιωθεί ότι το άτομο κατανοεί τη σημασία του θετικού αποτελέσματος
- Να κάνει εκτίμηση των ψυχολογικών αντιδράσεων του ατόμου στο γεγονός ότι είναι οροθετικό στον ιό
- Να εφαρμόσει ένα σχέδιο ώστε το άτομο να καταφέρει να αντεπεξέλθει στις ψυχολογικές αντιδράσεις, που ακολουθούν
- Να φροντίσει να υπάρχει σταθερή ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη
- Να πείσει το άτομο για την ανάγκη να δείξει συνέπεια και συμμόρφωση στην αγωγή
- Να υπενθυμίσει τους τρόπους μετάδοσης του ιού και τις στρατηγικές μείωσης του κινδύνου
- Να καταστήσει σαφή την ανάγκη ενημέρωσης του σεξουαλικού συντρόφου
- Να εκπαιδεύσει το άτομο για μια ισότιμη ζωή στην κοινωνία.

## Ανακοίνωση οροθετικότητας: Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού

*A. Μπαμπλέκη*

Η ανακοίνωση της οροθετικότητας σε έναν άνθρωπο είναι ένα γεγονός που έχει εκ των πραγμάτων έντονη επίδραση στην ζωή ενός ανθρώπου, στις μέχρι τώρα αντιλήψεις του και στις πρακτικές που ακολουθούσε. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι βαρύνουσας σημασίας τόσο κατά τη διάρκεια της εξέτασης, όπου καλείται να διερευνήσει τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις και να προτείνει ανάλογα κατευθύνσεις, όσο και μετά την ανακοίνωση τους αποτελέσματος, όπου σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος αναλαμβάνει το χρέος να διασυνδέσει τον εξεταζόμενο με ΜΕΛ προκειμένου να γίνει επιβεβαιωτικό τεστ και θεραπευτικός σχεδιασμός.

Επιπλέον, ο κοινωνικός λειτουργός εμπλέκεται και στην παροχή πληροφοριών σε κοινωνικοπρονοιακά ζητήματα που αφορούν οροθετικά άτομα, σε συνοδείες ανθρώπων που έχουν δυσκολίες επικοινωνίας σε υπηρεσίες και στη στήριξη των ανθρώπων αυτών που αντιμετωπίζουν εκτός από το βάρος μιας κοινωνικά στιγματισμένης διάγνωσης και το βάρος της δυσκολίας στην πρόσβαση τόσο σε υπηρεσίες υγείας αλλά και πρόνοιας.

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός, ο οποίος λόγω επαγγέλματος συχνά αποτελεί τον κόμβο διασύνδεσης διαφόρων φορέων και υπηρεσιών, αναλαμβάνει την ενημέρωση και των διασυνδεόμενων φορέων σχετικά με διαδικασίες, υπηρεσίες και αλλαγές στη νομοθεσία σε σχέση με τον ιό HIV-AIDS.

Κοινωνική Λειτουργός,  
Πολυιατρείο Αθήνας,  
M.K.O. PRAKSIS

## Κλινικό Φροντιστήριο Οδοντιάτρων

### Η HIV λοίμωξη το 2015

*M. Μπομπολί*

Ο HIV αποτελεί σημαντικό πρόβλημα παγκόσμιας υγείας. Υπολογίζεται ότι στα τέλη του 2014, 34 εκατομμύρια άνθρωποι είχαν χάσει τη ζωή τους από τον HIV, 36,9 εκατομμύρια ζούσαν με τον ιό, ενώ 14,9 εκατομμύρια άνθρωποι λάμβαναν αντιρετροϊκή αγωγή.

Στην Ελλάδα οι νέες διαγνώσεις HIV λοίμωξης παρουσιάζουν μείωση κατά τη τελευταία διετία μετά από μια περίοδο αύξησης, ιδιαίτερα στον πληθυσμό των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών.

Παθολόγος-Λοιμξιολόγος,  
Γ' Παθολογική Κλινική-  
Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α.  
«Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί μέσω της χωρίς προφυλακτικό σεξουαλικής επαφής ή μέσω της από κοινού χρήσης αιχμηρών αντικειμένων με HIV οροθετικό άτομο και από μία HIV οροθετική μητέρα στο νεογνό κατά τη διάρκεια της κύησης, του τοκετού και του θηλασμού. Μετάδοση έχει περιγραφεί και σε επαγγελματίες υγείας μετά από ατύχημα στον χώρο εργασίας.

Η διάγνωση γίνεται σήμερα με ορολογικές μεθόδους χημειοφωταύγειας 4<sup>ης</sup> γενιάς που ανιχνεύουν το αντιγόνο p24 σε συνδυασμό με αντισώματα και μειώνουν την περίοδο του παραθύρου στις 15-20 ημέρες.

Οι στρατηγικές πρόληψης της μετάδοσης της λοίμωξης περιλαμβάνουν τη χρήση προφυλακτικών κατά τη σεξουαλική επαφή και τη καθιέρωση ελέγχου για HIV ατόμων με παράγοντες κινδύνου. Για τη μείωση του επαγγελματικού κινδύνου από την αντιμετώπιση ατόμων με HIV λοίμωξη συνιστάται η σχολαστική τήρηση των γενικών κανόνων προστασίας (γάντια, ποδιές, γυαλιά κ.λπ.), ενώ σε περίπτωση ατυχήματος συνιστάται η αξιολόγηση του κινδύνου και εφόσον κριθεί αναγκαίο η προφυλακτική χορήγηση αντιρετροϊκής αγωγής (PEP).

Έως τώρα δεν έχει βρεθεί αποτελεσματικό προφυλακτικό εμβόλιο έναντι του HIV. Ωστόσο, επειδή η HAART μειώνει τη συγκέντρωση του ιού στα μολυσματικά βιολογικά υγρά και συνεπώς ελαττώνει την πιθανότητα μετάδοσής του, δίνεται πλέον μεγάλη σημασία στο ρόλο που διαδραματίζει η χορήγηση της αντιρετροϊκής θεραπείας στον τομέα της πρόληψης. Ο ρόλος των αντιρετροϊκών φαρμάκων για την πρόληψη της μετάδοσης αφορά είτε στη χορήγηση σε οροθετικά άτομα (96% μείωση μετάδοσης σε οροαρνητικούς συντρόφους) είτε στην πριν την έκθεση χορήγηση σε οροαρνητικούς συντρόφους οροθετικών ατόμων (PrEP). Τον Δεκέμβριο του 2014 ο WHO επικαιροποίησε τις οδηγίες για χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων ως προφύλαξη μετά από επαγγελματική και μη επαγγελματική έκθεση στον HIV (PEP).

Οι οδηγίες για την αντιρετροϊκή αγωγή οροθετικών ατόμων περιλαμβάνουν τη χορήγηση τουλάχιστον 3 φαρμάκων με σκοπό τη μέγιστη δυνατή καταστολή του ιικού πολλαπλασιασμού και ανάνηψη του ανοσοποιητικού συστήματος. Κατά το 2014 ο αριθμός των ατόμων που ελάμβανε αντιρετροϊκή αγωγή αυξήθηκε κατά 1,9 εκατομμύρια. Σύμφωνα με τον WHO, αντιρετροϊκή αγωγή συνιστάται σε όλα τα άτομα με  $CD4 < 500/mm^3$ . Επιπλέον αντιρετροϊκή αγωγή, ανεξαρτήτως  $CD4$ , συνιστάται σε όλους τους οροαρνητικούς συντρόφους οροθετικών ατόμων, σε οροθετικές εγκύους ή θηλάζουσες, σε οροθετικούς με TBC, συλλοίμωξη με HBV και σοβαρή ηπατοπάθεια, σε οροθετικά παιδιά μικρότερα των 5 ετών.

Σημειώνεται ότι ακόμη και σήμερα δεν υπάρχει οριστική θεραπεία της HIV λοίμωξης. Ωστόσο, η αποτελεσματική αντιρετροϊκή θεραπεία μπορεί να ελέγξει τον ιό έτσι ώστε τα οροθετικά άτομα να ζουν και να εργάζονται φυσιολογικά.

## Καντιντίαση του στόματος, νεκρωτική ελκώδης ουλίτιδα, άτυπες επώδυνες ελκώσεις

*Ε. Παπαδοπούλου, Ο. Νικολάτου-Γαλίτη*

Η HIV λοίμωξη έχει συνδεθεί με την εμφάνιση βλαβών στη στοματική κοιλότητα ήδη από την αρχή της εμφάνισής της. Οι βλάβες του στόματος είναι σημαντικές καθώς μπορεί να αποτελούν την πρώτη κλινική εκδήλωση της νόσου αλλά και την εξέλιξη της λοίμωξης σε πλήρες AIDS. Οι πιο συνήθεις βλάβες του στόματος περιλαμβάνουν την καντιντίαση (50%-90%), τα νοσήματα του περιοδοντίου και τις άτυπες επώδυνες ελκώσεις.

Η καντιντίαση αποτελεί τον πιο συχνό κλινικό δείκτη της HIV λοίμωξης, που μπορεί να οδηγήσει, αν διαγνωστεί έγκαιρα, σε πρόωμη διάγνωση της λοίμωξης. Μπορεί να εκδηλωθεί με τρεις μορφές: ψευδομεμβρανώδης, ερυθηματώδης και καντιντιασική χειλίτιδα.

Αρκετά συνήθη σε ασθενείς με HIV λοίμωξη είναι επίσης τα νοσήματα του περιοδοντίου. Τα νοσήματα αυτά μπορεί να είναι ποικίλης βαρύτητας και περιλαμβάνουν το γραμμοειδές ερύθημα των ούλων καθώς και τη νεκρωτική ελκώδη ουλίτιδα και περιοδοντίτιδα. Δεν υπάρχουν ειδικά κλινικά κριτήρια για τη διαφορική διάγνωση των νοσημάτων αυτών από τα περιοδοντικά νοσήματα που εμφανίζονται σε υγιείς κατά τα άλλα ασθενείς.

Άτυπες, μη ειδικές, εξαιρετικά επώδυνες ελκώσεις έχουν παρατηρηθεί είτε ως αρχική εκδήλωση είτε σε ασθενείς με διαγνωσμένη HIV λοίμωξη. Στην περίπτωση, που ο ασθενής δεν γνωρίζει την οροθετικότητά του, η αναγνώριση των βλαβών αυτών, από τον κατάλληλα ενημερωμένο οδοντίατρο με υψηλό δείκτη υποψίας, μπορεί να συμβάλει στη διάγνωση της HIV οροθετικότητας. Πάντως, η έλλειψη ειδικών διαγνωστικών κριτηρίων καθιστά δύσκολη τη διαφορική τους διάγνωση.

Στην παρούσα ομιλία θα αναφερθούμε στις παραπάνω βλάβες/διαγνωστικούς δείκτες της HIV λοίμωξης, με στόχο την ενημέρωση και την αύξηση του δείκτη κλινικής υποψίας των οδοντιάτρων. Θα παρουσιαστούν αντίστοιχα κλινικά περιστατικά.

## Η οδοντιατρική αντιμετώπιση των ασθενών με HIV λοίμωξη

Ε. Βάρδας

Η λοίμωξη με τον ιό Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (Human Immunodeficiency Virus Infection) και το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS) αποτελούν νόσους του ανθρώπινου ανοσοποιητικού συστήματος που προκαλούνται από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV).

Το AIDS προκαλείται όταν η μόλυνση από τον ιό HIV έχει εξασθενήσει το ανοσοποιητικό σύστημα σε τέτοιο βαθμό, ώστε να δυσκολεύεται να καταπολεμήσει ασθένειες και λοιμώξεις.

Στοματικά προβλήματα όπως ελκώδη ούλα που αιμοραγούν, στοματικός έρπης και μυκητιάσεις μπορεί να είναι κάποιες από τις πρώτες ενδείξεις. Σε πολλές περιπτώσεις, οι πρώτες ενδείξεις προσβολής εμφανίζονται στη στοματική κοιλότητα του φορέα και ο οδοντίατρος είναι υπεύθυνος για τη διάγνωση και την παραπομπή του ασθενή στην κατάλληλη νοσοκομειακή μονάδα.

Καθώς ο αριθμός των φορέων γίνεται ολοένα και μεγαλύτερος και η επιβίωση τους επιμηκύνεται με την έγκαιρη εφαρμογή αντιρετροϊκής θεραπείας, οι ανάγκες της κατηγορίας αυτής των ασθενών για οδοντιατρική περίθαλψη γίνονται ολοένα και πιο επιτακτικές. Οι οδοντικές τερηδόνες, η ουλίτιδα και ο πόνος στο στόμα έχουν δυσμενή επίπτωση στην ποιότητα ζωής των HIV οροθετικών ασθενών.

Η παροχή συνήθους οδοντιατρικής περίθαλψης (εμφράξεις, απλές εξαγωγές, περιοδοντική θεραπεία, ενδοδοντική θεραπεία, προσθετικές εργασίες κ.ά.) σε HIV-οροθετικά άτομα μπορεί να γίνεται με ασφάλεια στο οδοντιατρείο.

Στον σχεδιασμό της οδοντιατρικής θεραπείας, πρέπει να ληφθεί υπόψη το ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό του ασθενή, ιδιαίτερα ο αριθμός των CD4+ T-λεμφοκυττάρων ανά mm<sup>3</sup> περιφερικού αίματος και το HIV-ϊικό φορτίο. Όλες οι οδοντοθεραπευτικές και οδοντοπροσθετικές εργασίες, συμπεριλαμβανομένων και των χειρουργικών επεμβάσεων μπορεί να γίνουν με ασφάλεια, με τις ίδιες πιθανότητες επιπλοκών όπως και στους HIV-οροαρνητικούς ασθενείς, εφόσον εξασφαλισθεί ικανοποιητικός αριθμός αιμοπεταλίων. Αντιβιοτική κάλυψη για επεμβατικές οδοντιατρικές εργασίες χρειάζεται όταν ο τίτλος των ουδετερόφιλων είναι χαμηλότερος από 500 κύτταρα/mm<sup>3</sup>.

Ο οδοντίατρος θα πρέπει να παράσχει οδοντιατρική περίθαλψη σε φορείς του AIDS εφαρμόζοντας τους ενδεδειγμένους κανόνες ασηψίας και λαμβάνοντας τα απαιτούμενα μέτρα προφύλαξης, για την πρόληψη της μετάδοσης του HIV καθώς και άλλων λοιμωδών νοσημάτων.

## Η αποστείρωση στην Οδοντιατρική από το Α έως το Ω

Ι. Τζούτζας

Η Οδοντιατρική στην Ελλάδα έκανε μια σειρά από επιστημονικά άλματα, ιδιαίτερα στην περίοδο 1985-2015. Μεταξύ αυτών εντάσσονται πρωτοποριακές τεχνικές, ειδικά σχεδιασμένα υλικά, νέες τεχνολογίες και θεραπευτικά πρωτόκολλα.

Η μετακίνηση από τον ξηρό κλιβανο στους αυτόκαυστους τύπου Β βελτίωσε σημαντικά την ποιότητα της αποστείρωσης και κατά συνέπεια, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Εντούτοις, ποικίλες λεπτομέρειες και αβλεψίες μπορεί να οδηγήσουν σε πτωχή ποιότητα αποστείρωσης, εσφαλμένες ενδείξεις, φθορά εργαλείων και διατάξεων, επιβάρυνση της λειτουργίας του κλιβάνου και πολλές φορές μπορεί να οδηγήσουν και σε καταστροφή ευαίσθητων εξαρτημάτων υψηλού, όμως, κόστους.

Στην ομιλία παρουσιάζονται κατά στάδια και κατά είδος τα διάφορα αίτια που μπορεί να οδηγήσουν σε αποτυχημένο κύκλο αποστείρωσης, να προκαλέσουν σφάλματα στη λειτουργία των συσκευών και να προσφέρουν ατελείς υπηρεσίες στο σκέλος της ποιότητας του κύκλου ελέγχου διασποράς των λοιμώξεων.

DDS, MSc, DrDent,  
Επιστημονικός Συνεργάτης  
Κλινικής Νοσοκομειακής  
Οδοντιατρικής, Ε.Κ.Π.Α.

Καθηγητής Ε.Κ.Π.Α.



## Κλινική Ανακοίνωση

### HIV λοίμωξη και υποκλινική αθηροσκλήρυνση

Μ. Ψυχογιού,<sup>1</sup> Α. Λαζαρίνη,<sup>2</sup> Α. Πρωτογέρου,<sup>2</sup> Κ. Αρίδα,<sup>2</sup> Χ. Καπέλιος,<sup>1</sup> Γ. Κωνσταντώνης,<sup>2</sup>  
Π. Πετρίκκος,<sup>3</sup> Γ. Τουλούμη,<sup>4</sup> Π. Σφηκάκης,<sup>1</sup> Γ.Λ. Δαΐκος<sup>1</sup>

**Σκοπός:** Η αντιρετροϊκή αγωγή (HAART) συνέβαλε στην αύξηση της επιβίωσης των ασθενών με HIV λοίμωξη οδηγώντας σε αύξηση νοσημάτων γενικού πληθυσμού, όπως η καρδιαγγειακή νόσος. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση των κλασικών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου και των υποκλινικών δεικτών αθηροσκλήρυνσης σε ασθενείς με HIV λοίμωξη και η σύγκριση με άτομα χωρίς HIV λοίμωξη.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Υλικό της μελέτης: α) ασθενείς με HIV λοίμωξη, που παρακολουθούνται στη Μονάδα Λοιμώξεων του Γ.Ν. Αθηνών «Λαϊκό» και εξετάστηκαν στο Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Έρευνας κατά τα έτη 2010-2012, και β) άτομα χωρίς HIV λοίμωξη-ομάδα ελέγχου. Τα κριτήρια εισόδου ήταν η ηλικία >18 ετών, ενώ κριτήριο αποκλεισμού η καρδιαγγειακή νόσος. Καταγράφηκαν τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών (ηλικία, φύλο, σωματομετρικά χαρακτηριστικά), οι κλασικοί παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (κάπνισμα, αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, δυσλιπιδαιμία), καθώς και παράμετροι σχετικοί με την HIV λοίμωξη (αριθμός CD4, ιικό φορτίο, αντιρετροϊκή αγωγή και είδος αυτής, ναδίρ CD4, στάδιο νόσου κατά CDC, διάρκεια νόσου και διάρκεια αντιρετροϊκής θεραπείας). Υπολογίστηκαν οι παρακάτω υποκλινικοί δείκτες αθηροσκλήρυνσης [η ταχύτητα σφυγμικού κύματος (Carotid-femoral pulse wave velocity - PWV), ο δείκτης της ενίσχυσης του σφυγμικού κύματος (Aorta augmentation index - Aix) και η ύπαρξη ή όχι πλακών στις καρωτίδες] και ο κνημοβραχιόνιος δείκτης (ABI). Χρησιμοποιήθηκαν πολυπαραγοντικά μοντέλα λογαριθμικής παλινδρόμησης και πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Η σύγκριση μεταξύ ατόμων με HIV λοίμωξη και ατόμων ελέγχου έγινε με μοντέλα λογαριθμικής παλινδρόμησης χρησιμοποιώντας Propensity score.

**Αποτελέσματα:** Στην ανάλυση συμπεριελήφθησαν 132 HIV ασθενείς, με μέση ηλικία 40,8 (3,9) έτη, 95,5% άνδρες, και 78,1% ελάμβαναν HAART. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επιβαρυντική σχέση ανάμεσα στο ιικό φορτίο και τις πλάκες καρωτίδας ( $p=0,008$ ), στο στάδιο νόσου και το Aix ( $p=0,009$ ) και ανάμεσα στο χαμηλό αριθμό CD4 και την PWV ( $<0,001$ ), ενώ στατιστικά σημαντική προστατευτική δράση φάνηκε να έχει η HAART στην PWV ( $<0,001$ ). Από τους κλασικούς δείκτες κινδύνου πιο σημαντικοί φάνηκαν η ηλικία, το κάπνισμα και το φύλο για τον Aix και η δυσλιπιδαιμία για τις πλάκες καρωτίδας. Κατά τη σύγκριση με 543 άτομα χωρίς HIV λοίμωξη, οι ασθενείς με HIV λοίμωξη είχαν υψηλότερο Aix ( $p=0,036$ ) και υψηλότερη επίπτωση ύπαρξης πλακών στις καρωτίδες ( $p=0,02$ ).

**Συμπεράσματα:** Η υποκλινική αθηροσκλήρυνση ήταν υψηλότερη σε ασθενείς με HIV λοίμωξη. Αν και η HAART φαίνεται να δρα προστατευτικά, συνεχίζει να ενυπάρχει μια υπολειπόμενη αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου στους ασθενείς με HIV λοίμωξη ακόμη και μετά από αποτελεσματική αντιρετροϊκή αγωγή, πιθανά σχετιζόμενη με τη χρόνια ανοσολογική ενεργοποίηση.

<sup>1</sup>Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Έρευνας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α «Λαϊκό»

<sup>3</sup>251 Γ.Ν. Αεροπορίας

<sup>4</sup>Τμήμα Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Ιατρική Σχολή Αθήνας

## Εργαστηριακή Ανακοίνωση

### Μελέτη των τοπικών δικτύων μεταδιδόμενης αντοχής σε NNRTIs υποδεικνύουν αυξημένη επίπτωση τα τελευταία χρόνια στη Ν. Ελλάδα: Η σημασία των μοριακών μεθόδων στη δημόσια υγεία

*Δ. Παρασκευής,<sup>1</sup> Α. Ζαβιστάνου,<sup>1</sup> Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης,<sup>2</sup> Γ. Ξυλωμένος,<sup>2</sup> Μ. Χίνη,<sup>3</sup> Μ.Κ. Λαζανάς,<sup>3</sup> Α. Σκουτέλης,<sup>4</sup> Β. Παπασταμόπουλος,<sup>4</sup> Α. Παπαδόπουλος,<sup>5</sup> Α. Αντωνιάδου,<sup>5</sup> Μ. Ψυχογιού,<sup>6</sup> Γ. Δαΐκος,<sup>6</sup> Α. Βασιλάκης,<sup>1</sup> Ε. Μαγιορκίνης,<sup>1</sup> Γ. Χρύσος,<sup>7</sup> Β. Παπαρίζος,<sup>8</sup> Σ. Κουρκουντή,<sup>8</sup> Ε. Σαμπατάκου,<sup>9</sup> Ν. Σύψας,<sup>10</sup> Γ. Κορατζάνης,<sup>11</sup> Π. Παναγόπουλος,<sup>12</sup> Ε. Μαλτέζος,<sup>12</sup> Σ. Δριμής,<sup>7</sup> Α. Χατζάκης<sup>1</sup>*

**Εισαγωγή:** Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι η ύπαρξη ανθεκτικών στελεχών HIV-1 σε μη νουκλεοσιδικά ανάλογα (NNRTIs) σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα ιολογικής ανταπόκρισης στην αντιρετροϊκή θεραπεία σε μη θεραπευμένους ασθενείς. Ο επιπολασμός της αντοχής σε NNRTIs σε μη θεραπευμένους ασθενείς κατά το διάστημα 2003-2013 στη Ν. Ελλάδα, έχει εκτιμηθεί σε 15,9%. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμήσουμε κρίσιμες επιδημιολογικές παραμέτρους όπως ο ενεργός αριθμός αναπαραγωγής (*Re*), την επίπτωση καθώς και τη δυναμική μετάδοσης των τεσσάρων μεγάλων τοπικών δικτύων μεταδιδόμενης αντοχής σε NNRTIs στη Ν. Ελλάδα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Η ταυτοποίηση των τοπικών δικτύων μεταδιδόμενης αντοχής πραγματοποιήθηκε μέσω φυλογενετικής ανάλυσης σε νουκλεοτιδικές αλληλουχίες από 179 οροθετικούς με αντοχή σε NNRTIs και 959 αλληλουχίες χωρίς αντοχή του υπότυπου A από τη Ν. Ελλάδα. Παράλληλα χρησιμοποιήσαμε και 797 αλληλοχουχίες υπότυπου A με παγκόσμια δειγματοληψία. Η φυλογενετική ανάλυση έγινε με τη μέθοδο μέγιστης πιθανοφάνειας. Η φυλοδυναμική ανάλυση για την εκτίμηση των επιδημιολογικών παραμέτρων, όπως το *Re* και η επίπτωση, έγινε με τη χρήση των πρόσφατων μοντέλων γέννησης-θανάτου (birth-death models: BDM) μέσω Μπεύσιανής συμπερασματολογίας. Οι τιμές *Re* είναι ενδεικτικές του ρυθμού αύξησης της υπό μελέτης επιδημίας.

**Αποτελέσματα:** Η φυλογενετική ανάλυση έδειξε ότι η πλειοψηφία των ατόμων που έχουν μολυνθεί με ανθεκτικά στελέχη ανήκουν σε μονοφυλετικές ομάδες, υποδεικνύοντας ότι η αντοχή μεταδίδεται τοπικά. Συγκεκριμένα, 49 από 54 (90,7%) των αλληλοχουχιών με τη μεταλλαγή 103N, και 98 από 125 (78,4%) με τη μεταλλαγή 138A βρέθηκαν να ανήκουν σε μία και τρεις φυλογενετικές ομάδες (δίκτυα μετάδοσης), αντίστοιχα. Ο επιπολασμός των στελεχών αναφορικά με το έτος δειγματοληψίας, παρουσίασε αυξητική τάση με την πάροδο του χρόνου (103N), ενώ δεν διαπιστώθηκε αντίστοιχη τάση για τα στελέχη με την 138A. Για το δίκτυο μεταδιδόμενης αντοχής 103N, η χρονολογική προέλευση εκτιμήθηκε το 2001 (95%ΔΕ: 1996-2005), ενώ για τα αντίστοιχα δίκτυα 138A, το 1993 (95%ΔΕ: 1986-1999), 1994 (95% ΔΕ: 1987-1994), και 2005 (95% ΔΕ: 2000-2008). Αν και ο χρόνος της προέλευσης εκτιμήθηκε πριν από μερικά χρόνια, ο ενεργός αριθμός αναπαραγωγής (*Re*) για όλα τα δίκτυα αντοχής αυξήθηκε (*Re*>1) τα τελευταία χρόνια (2009-2013). Η υψηλότερη τιμή *Re* βρέθηκε για το δίκτυο 103N (2,77) έναντι 2,1 για το πιο πρόσφατο δίκτυο της μεταλλαγής 138A. Για τα υπόλοιπα δύο δίκτυα, οι μέγιστες τιμές *Re* ήταν 1,3 και 1,7.

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη μας υποδεικνύει ότι οι πιο συχνές μεταλλαγές αντοχής σε NNRTIs στη Ν. Ελλάδα, είναι αποτέλεσμα μετάδοσης σε τοπικά δίκτυα διασποράς. Η φυλοδυναμική ανάλυση έδειξε, επίσης, ότι η επίπτωση της μεταδιδόμενης αντοχής είναι αυξανόμενη τα τελευταία χρόνια. Τα ευρήματα αυτά έχουν ιδιαίτερη σημασία για την επιλογή του πρώτου θεραπευτικού σχήματος, ιδιαίτερα και λόγω της καθυστερημένης εκτίμησης του γονοτυπικού ελέγχου αντοχής στη Ν. Ελλάδα. Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει την προστιθέμενη αξία της μοριακής επιδημιολογίας για τη δημόσια υγεία αναφορικά με την εκτίμηση σημαντικών παραμέτρων για μια επιδημία.

<sup>1</sup>Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Ρετροϊών, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

<sup>2</sup>Π.Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

<sup>3</sup>Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.

<sup>4</sup>Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

<sup>5</sup>Δ' Π.Π.Κ., Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

<sup>6</sup>Α' Προπαιδευτική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>7</sup>Π.Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

<sup>8</sup>Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νοσημάτων «Α. Συγγρός»

<sup>9</sup>Π.Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

<sup>10</sup>Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>11</sup>Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»

<sup>12</sup>Ιατρική Σχολή Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη



## ΕΑ01

## Φαρμακευτική αλλεργία σε ασθενείς με HIV λοίμωξη. Συσχέτιση με κλινικά και δημογραφικά στοιχεία

Α. Γεωργίου,<sup>1</sup> Ο. Τσακουρίδου,<sup>1</sup> Λ. Σκούρα,<sup>2</sup> Ε. Χριστάκη,<sup>1</sup> Α. Γεροφώτης,<sup>1</sup> Δ. Βασδέκη,<sup>1</sup>  
Γ. Κοτορένη,<sup>1</sup> Α.Μ. Ντζιοβάρη,<sup>1</sup> Π. Τσούκρα,<sup>1</sup> Ε. Φοροζίδου,<sup>1</sup> Δ. Χατζηδημητρίου,<sup>2</sup> Δ. Βαλαγκούτη,<sup>1</sup>  
Θ. Χρυσανθίδης,<sup>1</sup> Π. Κολλάρας,<sup>1</sup> Ν. Μαλισιόβας,<sup>2</sup> Σ. Μεταλλίδης,<sup>1</sup> Μ. Δανιηλίδης<sup>1</sup>

**Εισαγωγή:** Η φαρμακευτική αλλεργία αποτελεί συχνά εμπόδιο στην επιτυχή θεραπεία των ασθενών με HIV λοίμωξη. Τα δεδομένα είναι ελλιπή σε αυτή την ομάδα ασθενών που χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα από πολυφαρμακία.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρόκειται για μια επιδημιολογική μελέτη σε ομάδα HIV ασθενών σε χρονικό διάστημα 7 ετών. Κατά την περίοδο 2008-2014 καταγράφηκε το ιστορικό φαρμακευτικής αλλεργίας σε ασθενείς με HIV λοίμωξη. Καταγράφηκαν κλινικά εργαστηριακά και δημογραφικά στοιχεία.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 627 που διαγνώστηκαν με HIV λοίμωξη στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ (μέση ηλικία 34,5 ετών, άνδρες: 85,2%, ομοφυλόφιλοι άνδρες: 76,7%, στάδιο HIV νόσου C κατά CDC: 18,6%). Η μέση διάρκεια της HIV λοίμωξης ήταν 7,7 έτη και το 78,9% των ασθενών ελάμβαναν αντιρετροϊκή αγωγή. Η μέση τιμή των CD4 κυττάρων ήταν 463 cells/mm<sup>3</sup>. 121 (19,3%) ασθενείς παρουσίασαν φαρμακευτική αλλεργία ή ανέφεραν ιστορικό φαρμακευτικής αλλεργίας σε ένα ή περισσότερα σκευάσματα. Αλλεργία σε β-λακταμικά αντιβιοτικά παρουσίασαν 32 ασθενείς (26,4%), σε TMP/SMX 50 ασθενείς (41,3%), σε αντιρετροϊκά 43 (35,5%), σε αντιφυματικά 10 (8,2%) και σε διάφορα φάρμακα 18 (14,8%). Η ηλικία, το φύλο, η διάρκεια της νόσου, ο τρόπος μετάδοσης, η εθνικότητα και η λήψη αντιρετροϊκής αγωγής δεν φάνηκε να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την εμφάνιση φαρμακευτικής αλλεργίας. Αντίθετα, τα ναδίρ CD4 <200 και το στάδιο C φάνηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά τόσο σε μονοπαραγοντική όσο και σε πολυπαραγοντική ανάλυση με την εμφάνιση φαρμακευτικής αλλεργίας.

**Συμπεράσματα:** Η φαρμακευτική αλλεργία φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τις θεραπευτικές επιλογές των ασθενών τόσο στο κομμάτι της αντιρετροϊκής θεραπείας όσο και στη θεραπεία των ευκαιριακών λοιμώξεων. Το πρόβλημα φαίνεται να είναι μεγαλύτερο στους ασθενείς με χαμηλά CD4 και προχωρημένο στάδιο, γεγονός που καθιστά τη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών των ασθενών ακόμη πιο περίπλοκη.

## ΕΑ02

## Δερματικοί καρκίνοι σε HIV ασθενείς

Β. Παπαρίζος, Ε. Δασκαλάκης, Α. Σαρακηνός, Σ. Κουρκουντή, Θ. Ρέτσας, Β. Καψιμάλη, Χ. Αντωνίου

**Σκοπός:** Στόχος της εργασίας ήταν η διερεύνηση του είδους και της συχνότητας εμφάνισης των κακοήθων νεοπλασματικών εξεργασιών του δέρματος και των βλεννογόνων σε HIV ασθενείς.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πληθυσμός αναφοράς ήταν οι HIV ασθενείς του Νοσοκομείου «Α. Συγγρός» από 1/1/1988 έως 31/12/2014, που παρακολουθήθηκαν τουλάχιστον επί 3 μήνες (27 έτη, 2.044 ασθενείς). Από αυτούς οι 1.742 (86,63%) ήταν άνδρες και οι 302 (13,37%) γυναίκες. Μελετήθηκαν το είδος των νεοπλασιών, η εντόπισή τους, η συσχέτιση με την ανοσολογική κατάσταση των ασθενών και η τελική έκβαση της νεοπλασίας.

**Αποτελέσματα:** Διαγνώστηκαν συνολικά 40 νεοπλασίες δέρματος και βλεννογόνων (1,95%), πλην σαρκώματος Καρσί. Οι περιπτώσεις Καρσί το ίδιο διάστημα στον ίδιο πληθυσμό ήταν υπερπεντάπλασιες (205 περιπτώσεις, 10,02%). Εκ των 40 νεοπλασιών, οι 21 (52,5%) ήταν περιπτώσεις καρκίνου

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Τμήμα Λοιμωξιολογίας, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Ιατρικό Τμήμα Α.Π.Θ.  
<sup>2</sup>Κέντρο Αναφοράς AIDS Βορείου Ελλάδας, Ιατρικό Τμήμα Α.Π.Θ.

Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Νοσοκομείο Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων «Α. Συγγρός»

του ορθού σε έδαφος οξυτενών κονδυλωμάτων επί ομοφυλόφιλων ανδρών (1,2% στο σύνολο των αρρένων ασθενών). Αντιστοίχως, οι περιπτώσεις νεοπλασίας (CIN III) του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες ήταν 4 (1,3% στο σύνολο των γυναικών). Καταγράφησαν επίσης δύο ακανθοκυτταρικά καρκινώματα πέους σε έδαφος HPV λοίμωξης. Συνολικά, 27 από τους 40 καρκίνους δέρματος-βλεννογόνων συσχετίζονται με HPV λοίμωξη (67,5%), χωρίς να παρατηρείται στατιστικά σημαντική απόκλιση μεταξύ ανδρών-γυναικών. Παρατηρήθηκαν επίσης 5 βασικοκυτταρικά καρκινώματα, 3 ακανθοκυτταρικά, 3 κακοήθη μελανώματα, ένα γλομαγγείωμα (glomus tumor) και ένα αγγειοσάρκωμα. Η ηλικία των ασθενών που εμφάνισαν νεοπλασμάτα του δέρματος διέφερε σημαντικά από την ηλικία των υπολοίπων ασθενών (47,91±12,22 έτη έναντι 35,98±10,73). Η εμφάνιση της νεοπλασίας σημειώθηκε γενικά σε χαμηλά επίπεδα CD4 λεμφοκυττάρων (386,1±292,3) αλλά η διακύμανση των τιμών ήταν ευρύτατη (6-1.554), υποδηλώνοντας τη δυνατότητα της νεοπλασίας να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε τιμή. Η έκβαση της νεοπλασίας ήταν ανάλογη με το είδος της νεοπλασίας. Υπήρχε σημαντική βελτίωση έως πλήρης ίαση στις περιπτώσεις BCC, SCC, γλομαγγείωματος και CIN III, που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά ή με ακτινοθεραπεία. Οι καρκίνοι του ορθού αντιμετωπίστηκαν κυρίως με συνδυασμό χειρουργικής επέμβασης και ακτινοθεραπείας ή και χημειοθεραπείας. Οι 9 από τους 21 ασθενείς είχαν ύφεση της νεοπλασίας και συνεχίζουν να παρακολουθούνται, οι 10 απεβίωσαν από αυτήν και οι 2 απεβίωσαν από άλλο νεόπλασμα (λέμφωμα ΚΝΣ). Από τους ασθενείς με MM, ένας διαγνώστηκε και αντιμετωπίστηκε επιτυχώς σε πρώιμο στάδιο, ένας κατέληξε ταχέως από τον όγκο, ενώ ο τρίτος αντιμετωπίστηκε χειρουργικά και απεβίωσε από άλλη αιτία μετά 18μηνιο.

**Συμπεράσματα:** Τα επίπεδα των CD4 λεμφοκυττάρων κατά την εμφάνιση της κακοήθειας δεν φάνηκαν να συσχετίζονται άμεσα με αυτήν, δεδομένου του μεγάλου εύρους διακύμανσης των τιμών. Συμπερασματικά, η ανάπτυξη καρκίνου του δέρματος σε HIV ανοσοκατασταλμένους ασθενείς συνδέεται κυρίως με προηγούμενη HPV λοίμωξη.

## ΕΑ03

### Επιδημιολογική παρακολούθηση συλλοίμωξης HIV-σύφιλης σε μια Μονάδα Λοιμώξεων

*Χ. Ντάφλος,<sup>1</sup> Φ. Στεργίου,<sup>1</sup> Π. Πανταζή,<sup>2</sup> Β. Σακκά,<sup>1</sup> Γ. Τσεκές,<sup>1</sup> Α. Λιονή,<sup>1</sup> Θ. Ντισσοτόλης,<sup>1</sup> Α. Πλατανιά,<sup>2</sup> Β. Μπάκα,<sup>2</sup> Β. Καψιμάλη,<sup>3</sup> Μ. Χίνη<sup>1</sup>*

**Σκοπός:** Η καταγραφή περιπτώσεων σύφιλης σε μία ομάδα HIV θετικών ασθενών και η αναζήτηση συσχετισμών μεταξύ επιδημιολογικών χαρακτηριστικών, ανοσολογικών και ιολογικών παραμέτρων, κλινικών εκδηλώσεων και ανταπόκρισης στην αντισυφιλιδική θεραπεία.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Κατά το διάστημα Ιανουαρίου-Οκτωβρίου 2015 στη ΜΕΛ του Ν.Ε.Σ., καταγράψαμε και αναλύσαμε τα αποτελέσματα του ορολογικού ελέγχου για σύφιλη σε 188 ασθενείς με HIV λοίμωξη, 176 άνδρες και 12 γυναίκες. Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε σε νεοδιαγνωσθέντες και παλαιούς ασθενείς, ανεξαρτήτως της ύπαρξης ή μη προηγούμενου εργαστηριακού ελέγχου για σύφιλη και περιελάμβανε ειδικές (FTA-Abs, EIA IgM και IgG, ΤΡΗΑ ποιοτική και ποσοτική) και μη ειδικές (VDRL-RPR ποιοτική και ποσοτική) τρεπονημικές ορολογικές δοκιμασίες.

**Αποτελέσματα:** Καταγράφηκαν 42/188 (22%) ασθενείς με θετικές ειδικές τρεπονημικές δοκιμασίες. Οι 25/42 (59%) είχαν θετικές και τις μη ειδικές τρεπονημικές δοκιμασίες. Οι 19/25 (79%) δεν είχαν προηγούμενη θετική δοκιμασία, ενώ οι 6/25 (24%) ελέγχθηκαν στο πλαίσιο περιοδικής επανεκτίμησης λόγω προηγηθείσας αντισυφιλιδικής θεραπείας. Όλοι οι ασθενείς ήταν άνδρες, MSM, με μέση ηλικία 37 έτη (19-63). Κατά τη διάγνωση της σύφιλης, η μέση τιμή CD4+ και ιικού φορτίου ήταν 536 κυτ./mm<sup>3</sup> (62-1231) και 470.265 copies/ml (112-5.720.000) αντιστοίχως. Εννέα (9) ασθενείς ελάμβαναν HAART και 3 είχαν μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο (<50 copies/ml). Σε 10 ασθενείς, η σύφιλη και η HIV λοίμωξη διαγνώστηκαν συγχρόνως. Οι 8/19 (42%) ελέγχθησαν στο πλαίσιο περιοδικής παρακολούθησης, ενώ οι 11/19 λόγω εκδήλωσης συμπτωμάτων: 3 ασθενείς παρουσίασαν ενεργή ελκωτική βλάβη στα γεννητικά

<sup>1</sup>Γ' Παθολογικό Τμήμα-Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

<sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

<sup>3</sup>Εργαστήριο Αναφοράς AIDS και Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (ΣΜΝ), Νοσοκομείο Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων «Α. Συγγρός»

όργανα ή στη στοματική κοιλότητα, 6 συφιλιδική ροδόανθη ή/και χαρακτηριστικό εξάνθημα σε παλάμες και πέλματα, 2 συνδυασμό πρωτογόνου και δευτερογόνου σύφιλης. 18 ασθενείς έλαβαν 3 εβδομαδιαίες δόσεις βενζαθινικής πενικιλίνης, 2,4 εκατομμύρια IU IM, ενώ 1/19 έλαβε αγωγή με δοξουκλίνη ros λόγω αλλεργίας στην πενικιλίνη. 9/19 ασθενείς, για τους οποίους υπήρχε διαθέσιμη ορολογική επανεκτίμηση, ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία. Για τους υπόλοιπους 10/19 (53%) εκκρεμεί η ορολογική επανεκτίμηση.

**Συμπεράσματα:** Τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της επίπτωσης της σύφιλης σε ασθενείς με HIV λοίμωξη καθώς και συχνή συνύπαρξη σύφιλης κατά τη διάγνωση της HIV λοίμωξης. Υπογραμμίζεται η σημασία του τακτικού ελέγχου για σύφιλη και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα σε αυτόν τον πληθυσμό, δεδομένου ότι, όπως είχε διαπιστωθεί και σε προηγούμενη μελέτη μας, σχεδόν το ήμισυ των ασθενών με συλλοίμωξη είναι ασυμπτωματικοί.

## ΕΑ04

### Διάγνωση και θεραπεία σύφιλης σε HIV(+) ασθενείς Μονάδας Λοιμώξεων (ΜΕΛ) σε διάρκεια ενός έτους

Ε. Κάκαλου, Θ. Κακκαβάς, Σ. Γαλή, Ο. Γεωργίου, Β. Παπασταμόπουλος, Α. Σκουτέλης

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να περιγράψει τα χαρακτηριστικά των νέων περιπτώσεων σύφιλης μεταξύ οροθετικών ασθενών ενταγμένων στη φροντίδα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρόκειται για αναδρομική περιγραφική μελέτη περιπτώσεων σύφιλης σε οροθετικούς ασθενείς σε διάστημα από 1 Οκτωβρίου 2014 έως 30 Σεπτεμβρίου 2015 στη ΜΕΛ του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός». Εντάχθηκαν στη μελέτη όλα τα περιστατικά για τα οποία έγινε διάγνωση και συνεστήθη θεραπεία, ανεξαρτήτως σταδίου. Η συλλογή και ανάλυση των δεδομένων έγινε με το EpiInfo7.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά καταγράφηκαν N=38 νέες περιπτώσεις, το 26,3% αφορούσε ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση ή ένταξη στην παρακολούθηση (<12 μήνες). Από αυτές το 71,05% (95% CI: 54,10-84,58%) αφορούσαν ΑΣΑ (Άνδρες που κάνουν Σεξ με Άνδρες), το 15,79% (95% CI: 6,02-31,25%) αμφιφυλόφιλους άνδρες, ενώ οι υπόλοιπες περιπτώσεις αφορούσαν ΧΕΝ (Χρήστες Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών) σε ποσοστό 7,89% (95% CI: 1,66-21,38%) και ετερόφυλους. Το 36,84% (95% CI: 21,81-54,01%) ήταν περιπτώσεις πρωτογενούς σύφιλης, το 26,32% (95% CI: 13,4-43,10%) δευτερογενούς και οι υπόλοιπες λανθάνουσας σύφιλης. Η μέση ηλικία ήταν 41,9 έτη, 1 ασθενής ήταν γυναίκα, ο μέσος αριθμός CD4 κυττάρων/mm<sup>3</sup> ήταν 629 και το 75,68% (95% CI: 58,08-88,23%) ελάμβανε αντιρετροϊκή αγωγή. Όλοι πλην ενός είχαν μη ανιχνεύσιμο φορτίο (N=27). Το 42,21% (95% CI: 26,31-59,18%) ανέφεραν κάποιο προηγούμενο ΣΜΝ (Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα) και το 23,68% (95% CI: 11,44-40,24%) σύφιλη για την οποία είχε λάβει θεραπεία επιτυχώς στο παρελθόν. Το 50% (95% CI: 33,38-66,62%) διαγνώστηκε λόγω κλινικών συμπτωμάτων, ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς στα πλαίσια ετήσιου ασυμπτωματικού ελέγχου. Ακόμη 3 ασθενείς είχαν φυλακισθεί στο παρελθόν και 3 έπασχαν από ηπατίτιδα C (7,89%, 95% CI: 1,66-21,38%). Όλοι οι ασθενείς -πλην 2 ατόμων- έλαβαν κατάλληλη θεραπεία και κανείς δεν παρουσίασε προσβολή του ΚΝΣ. Οι ασθενείς που ελάμβαναν ART ήταν πιο πιθανό να έχουν κάποιο ιστορικό προηγούμενου ΣΜΝ ή σύφιλης (OR=1,5, 95% CI: 0,31-7,24, p=0,61 και OR=3,2, 95% CI: 0,34-29,9, p=0,28), αλλά η συσχέτιση δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

**Συμπεράσματα:** Τα τελευταία χρόνια τα περιστατικά σύφιλης αυξάνονται μεταξύ των ΑΣΑ και λιγότερο των ΧΕΝ. Η επιδημική έξαρση αποτελεί δείκτη επικράτησης μη ασφαλών πρακτικών στην κοινότητα. Οι μισοί ασθενείς διαγνώστηκαν στα πλαίσια ασυμπτωματικού ελέγχου. Αναδεικνύεται λοιπόν, η σημασία δράσεων που προάγουν τη διάγνωση και θεραπεία. Απαιτείται ακόμη, στοχευμένη έρευνα για την καθοδήγηση στρατηγικών περιορισμού της επιδημίας.

Ε' Παθολογικό Τμήμα-  
Μονάδα Λοιμώξεων,  
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

## ΕΑ05

### Μακροχρόνια εξέλιξη του λόγου CD4/CD8 σε HIV οροθετικούς υπό συνδυασμένη αντιρετροϊκή αγωγή

*Ν. Πανταζής,<sup>1</sup> Σ. Κουρκουντή,<sup>2</sup> Α. Σκουτέλης,<sup>3</sup> Α. Αντωνιάδου,<sup>4</sup> Μ.Κ. Λαζανάς,<sup>5</sup> Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης,<sup>6</sup> Ε. Σαμπατάκου,<sup>7</sup> Χ. Γώγος,<sup>8</sup> Μ. Ψυχογιού,<sup>9</sup> Γ. Χρύσος,<sup>10</sup> Ν. Σύψας,<sup>11</sup> Θ. Κατσαρού,<sup>12</sup> Π. Παναγόπουλος,<sup>13</sup> Π. Γεώργιος,<sup>14</sup> Γ. Τουλούμη<sup>1</sup> εκ μέρους της AMACS*

**Σκοπός:** Η HIV λοίμωξη οδηγεί σε αναστροφή του λόγου CD4/CD8. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι χαμηλές τιμές του σχετίζονται με αυξημένη, μη σχετιζόμενη με το AIDS, νοσηρότητα. Η δυνατότητα της συνδυασμένης αντιρετροϊκής θεραπείας (cART) να επαναφέρει τον λόγο CD4/CD8 σε φυσιολογικά επίπεδα (>1) παραμένει ασαφής. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της μακροχρόνιας εξέλιξης του λόγου CD4/CD8 μετά την έναρξη cART και παραγόντων που την επηρεάζουν.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Τα δεδομένα προέρχονται από την πολυκεντρική μελέτη AMACS. Τα άτομα που επιλέχθηκαν ήταν ενήλικες HIV οροθετικοί, που ξεκίνησαν cART από το 2002 και μετά, με μακροχρόνια ιολογική ανταπόκριση (μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο για πάνω από το 90% της παρακολούθησης). Η διαχρονική εξέλιξη του λόγου CD4/CD8 αλλά και του απόλυτου αριθμού των CD4 και CD8 μελετήθηκε μέσω μικτών μοντέλων για την ανάλυση διαχρονικών δεδομένων.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά, 1.014 άτομα συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη (87,3% άνδρες, 59,4% ομοφυλοφιλική μετάδοση, διάμεση ηλικία 36 έτη). Οι διάμεσες (ενδοτεταρτομοριακά εύρη) τιμές κατά την έναρξη της cART για αριθμό CD4, CD8 και λόγο CD4/CD8 λεμφοκυττάρων ήταν 273 (170, 353) κύτταρα/μl, 823 (552, 1199) κύτταρα/μl και 0,31 (0,18, 0,45), αντίστοιχα ενώ η διάμεση (ενδοτεταρτομοριακό εύρος) παρακολούθηση μετά την cART ήταν 3,1 (1,6, 5,4) έτη. Οι τιμές του αριθμού των CD4 και του λόγου CD4/CD8 κατά την έναρξη της cART ήταν θετικά συσχετισμένες ( $\rho=0,61$ ,  $p\text{-value}<0,001$ ). Μετά την έναρξη της θεραπείας, παρατηρήθηκαν σημαντικές αυξήσεις στον αριθμό των CD4 λεμφοκυττάρων [εκτιμώμενη (95% ΔΕ) αύξηση μετά από 5 έτη: 432 (415-449) κύτταρα/μl] αλλά η μείωση του αριθμού των CD8 ήταν αργή [εκτιμώμενη (95% ΔΕ) μείωση μετά από 5 έτη: 57 (32-82) κύτταρα/μl]. Η εκτιμώμενη πιθανότητα για επαναφορά του λόγου CD4/CD8 σε τιμές μεγαλύτερες του 1, μετά από 5 έτη cART, ήταν 18,7%, 46,5%, 56,1% και 73,6% για άτομα με αρχικά CD4 <200, 200-249, 350-500 και  $\geq 500$  κύτταρα/μl, αντίστοιχα. Μεγαλύτερη ηλικία, έναρξη cART σε παλαιότερα έτη και ομοφυλοφιλική μετάδοση ήταν σημαντικά συσχετισμένες με βραδύτερη αύξηση του λόγου CD4/CD8.

**Συμπεράσματα:** Η επαναφορά του λόγου CD4/CD8 σε φυσιολογικά επίπεδα γίνεται δύσκολα ακόμα και υπό παρατεταμένη ιολογική καταστολή και επαρκή ανάκτηση των CD4 λεμφοκυττάρων, ειδικά όταν τα CD4 κατά την έναρξη της cART είναι <350 κύτταρα/μl. Η πρώιμη έναρξη της cART, όταν ο αριθμός των CD4 κυττάρων είναι >500 κύτ./μl, μπορεί να επαναφέρει τον λόγο CD4/CD8 σε τιμές μεγαλύτερες του 1.

## ΕΑ06

### Διερεύνηση μεταλλάξεων που σχετίζονται με αντοχή στους αναστολείς της ιντεγκράσης σε νεοδιαγνωσθέντες HIV ασθενείς που δεν έχουν λάβει αντιρετροϊκή θεραπεία

*Ε. Παπαδημητρίου,<sup>1</sup> Δ. Χατζηδημητρίου,<sup>1</sup> Λ. Σκούρα,<sup>1</sup> Σ. Μεταλλίδης,<sup>2</sup> Α. Μαργαρίτη,<sup>1</sup> Α. Κουρελής,<sup>1</sup> Θ. Τσακουρίδου,<sup>2</sup> Δ. Πηλάρας,<sup>2</sup> Α. Στουραϊτη,<sup>1</sup> Θ. Χρυσανθίδης,<sup>2</sup> Π. Κολλάρας,<sup>2</sup> Ν. Μαλισιόβας<sup>1</sup>*

**Σκοπός:** Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η διερεύνηση των μεταλλάξεων στο γονίδιο της ιντεγκράσης της περιοχής pol του γονιδιώματος του HIV-1 σε στελέχη που προέρχονται από νεοδιαγνωσθέντες HIV-1 ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν λάβει αντιρετροϊκή αγωγή (naïve).

<sup>1</sup>Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>2</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Νοσοκομείο Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων «Α. Συγγρός»

<sup>3</sup>Ε' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>4</sup>Δ' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικός»

<sup>5</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

<sup>6</sup>Π.Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

<sup>7</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

<sup>8</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Τμήμα Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν. Πατρών

<sup>9</sup>Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>10</sup>Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

<sup>11</sup>Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>12</sup>Κέντρο Αίματος, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Αιμορραγικών Διαθέσεων, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>13</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

<sup>14</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, 1<sup>ο</sup> Νοσοκομείο Ι.Κ.Α. Αθηνών «Η Πεντέλη»

<sup>1</sup>Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Βορείου Ελλάδας, Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ.

<sup>2</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

**Υλικό και Μέθοδοι:** Σε 33 παύει ασθενείς, οι οποίοι είχαν διαγνωστεί με HIV-1 λοίμωξη από τον Οκτώβριο του 2014 έως τον Ιούνιο του 2015, πραγματοποιήθηκε γονοτυπική ανάλυση του γονιδίου της ιντεγκράσης του HIV-1 με το σύστημα αντιδραστηρίων ViroSeq HIV-1 Integrase Genotyping Kit της εταιρείας Abbott. Στη συνέχεια έγινε φυλογενετική ανάλυση της συγκεκριμένης περιοχής με τη βοήθεια του REGA HIV-1 Subtyping Tool version 3.0 και Stanford University HIV drug resistance database subtyping tool.

**Αποτελέσματα:** Στο σύνολο των 33 ασθενών η μέση ηλικία ήταν τα 37 ( $\pm 12$ ) έτη και το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν άντρες (94%). Αναφορικά με τον επιπολασμό των υποτύπων επικρατέστερος ήταν ο B σε ποσοστό 48,48% (16/33) και ακολουθούσε ο A σε ποσοστό 36,36% (12/33). Ανασυνδυασμένοι υπότυποι βρέθηκαν σε 3/33 (9%) στελέχη, ενώ τυποποιήθηκαν ακόμη δύο στελέχη με υπότυπο G και F αντίστοιχα. Η γονοτυπική ανάλυση έδειξε πως κανένα στέλεχος δεν έφερε κάποια από τις κύριες μεταλλάξεις που είναι υπεύθυνες για αντοχή στους αναστολείς ιντεγκράσης. Δύο μόνο στελέχη (6%) έφεραν δευτερεύουσες μεταλλάξεις (V151I και V79I) οι οποίες δεν έχουν συσχετισθεί με αντοχή στους αναστολείς ιντεγκράσης. Σε αντίθεση με την απουσία κύριων μεταλλάξεων αντοχής στους αναστολείς ιντεγκράσης, 10 στελέχη έφεραν μεταλλάξεις αντοχής στους μη νουκλεοσιδικούς αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης.

**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα της μελέτης επιβεβαιώνουν προηγούμενα πρόσφατα δημοσιευμένα αποτελέσματα σύμφωνα με τα οποία η γονοτυπική ταυτοποίηση στους αναστολείς της ιντεγκράσης δεν συστήνεται στον έλεγχο ρουτίνας στους παύει HIV ασθενείς. Ωστόσο, η ολοένα αυξανόμενη χρήση των συγκεκριμένων αναστολέων καθιστά πιθανή την εμφάνιση μεταδιδόμενης αντοχής και σε αυτήν την κατηγορία φαρμάκων και υπογραμμίζει την αναγκαιότητα επιτήρησης.

## ΕΑ07

### Ανοσιακή κατάσταση των HIV νεοδιαγνωσθέντων ασθενών στη ΜΕΛ Πατρών τα τελευταία τρία έτη

Λ. Λεωνίδου, Ι. Συρροκόστα, Μ. Λαγκαδινού, Α. Λέκκου, Γ. Πάνος, Μ. Μαραγκός, Χ. Γώγος

Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων Πατρών, Π.Γ.Ν. Πατρών

**Εισαγωγή:** Η καθυστερημένη διάγνωση στην HIV λοίμωξη είναι συχνή και συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και μειωμένη ανοσολογική ανταπόκριση στην αντιρετροϊκή θεραπεία. Το European Consensus definition group ορίζει ως late presenters νεοδιαγνωσθέντες HIV ασθενείς με CD4+ κυττάρων  $< 350$  κ/μ<sup>3</sup>, ή κάποιο καθοριστικό για το AIDS νόσημα, ανεξαρτήτως CD4. Επιπρόσθετα, ορίζει ασθενείς με προχωρημένη νόσο αυτούς με CD4  $< 200$  ή κάποιο καθοριστικό για το AIDS νόσημα ανεξαρτήτως CD4.

**Σκοπός:** Η καταγραφή των late presenters ασθενών και αυτών με προχωρημένη HIV νόσο στη μονάδα μας κατά την τελευταία τριετία.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 71 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς, 56 (78,9%) άνδρες, μέσης ηλικίας 38 ετών και 15 (21,1%) γυναίκες μέσης ηλικίας 35 ετών που προσήλθαν στο κέντρο μας το διάστημα 6/2012-6/2015.

**Αποτελέσματα:** Κατά τη διάγνωση η μέση τιμή των CD4+ κυττάρων για τους άνδρες ήταν 257/mm<sup>3</sup>, ενώ για τις γυναίκες ήταν 373/mm<sup>3</sup>. Από τους 71 ασθενείς, 11 ήταν χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών, 11 είχαν συλλοίμωξη με ηπατίτιδα C (9 χρήστες), 2 συλλοίμωξη με ηπατίτιδα B (μη χρήστες). Οι 45/71 (66,2%) από τους πρωτοδιαγνωσθέντες ασθενείς ήταν late presenters, ενώ 29/71 Μ (43,7%) προσήλθαν με προχωρημένη HIV νόσο. Από τους late presenters οι 38/45 (85%) ήταν άνδρες με μέσο αριθμό CD4+ 145/mm<sup>3</sup> και οι 7/45 (15%) γυναίκες, με μέσο αριθμό CD4+ 88/mm<sup>3</sup>. Από τους 45 late presenters, οι 16 (35%) ασθενείς διεγνώσθησαν με νοσήματα που καθορίζουν το AIDS (3 με φυματίωση, 1 με CMV νόσο, 1 με σύνδρομο Kaposi, 3 με σύνδρομο απίσχυσης, 1 με τοξόπλασμα εγκεφάλου, 4 με καντιντίαση, 2 με HSV λοίμωξη, 1 με PCP πνευμονία). Τριάντα από τους 45 (77%) χρειάστηκαν να νοσηλευτούν, ενώ 13 ασθενείς (28%) ήταν ασυμπτωματικοί. Επτά ασθενείς (15%) είχαν συλλοίμωξη με ηπατίτιδα (6 με C, 1 με B). Οχτώ (8) από τους 45 late presenters (17,7%) ήταν χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών (6 είχαν συλλοίμωξη με ηπατίτιδα C).

**Συμπεράσματα:** Παρατηρήθηκε σημαντικά υψηλό ποσοστό ασθενών, πάνω από 50%, με καθυστερημένη διάγνωση στη Μονάδα μας κατά τα τελευταία χρόνια. Η χρήση των ενδοφλέβιων ουσιών, αν και καθυστερεί τη διάγνωση, δεν φαίνεται να είναι σε ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά στο κέντρο μας. Είναι επιτακτική η ανάγκη για σωστή ενημέρωση του πληθυσμού με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση της νόσου και την πρώιμη θεραπευτική αντιμετώπιση.

## ΕΑ08

### Μετακινούμενοι πληθυσμοί. Από τη σκοπιά μίας ακριτικής Μονάδας Λοιμώξεων

*Α. Γανίτης, Π. Παναγόπουλος, Β. Κυργιαννάκη, Γ. Σαββίδου, Τ. Μαλτσάν, Α.Μ. Ξανθοπούλου, Γ. Λαζαρίδης, Ε. Μαλτέζος*

**Εισαγωγή:** Οι μετακινούμενοι πληθυσμοί αποτελούν σοβαρό πρόβλημα τόσο κοινωνικοοικονομικό όσο και δημόσιας υγείας. Άνθρωποι απομακρύνονται από τις εστίες τους αναζητώντας καλύτερο μέλλον ζώντας για μεγάλο χρονικό διάστημα σε άθλιες συνθήκες, συγχρωτιζόμενοι, επίνοσοι, άνευ βασικών υγειονομικών ελέγχων ή παροχών. Η Μονάδα μας βρίσκεται σε κομβικό σημείο, με συνέπεια να είναι από τα βασικά σημεία ελέγχου και νοσηλείας αυτών των ανθρώπων.

**Σκοπός:** Η καταγραφή των δεδομένων από το Εξωτερικό Ιατρείο Λοιμώξεων και τη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων που βρίσκεται σε κομβικό σημείο, με συνέπεια να είναι από τα βασικά σημεία ελέγχου και νοσηλείας αυτών των ανθρώπων.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Κατεγράφησαν αναδρομικά τόσο οι επισκέψεις όσο και οι νοσηλείες ασθενών που πρόσφατα πέρασαν τα σύνορα τους τελευταίους 12 μήνες. Βασικό πρόβλημα αποτελούσε αφενός η αδυναμία επικοινωνίας λόγω μη γνώσης άλλης πλην της μητρικής γλώσσας, όσο και η έλλειψη εγγράφων με αποτέλεσμα προβληματική ταυτοποίηση και μη πληροφόρηση για το ιατρικό ιστορικό και τη χώρα προέλευσης.

**Αποτελέσματα:** Σε διάστημα 12 μηνών νοσηλεύτηκαν 8 και εξετάστηκαν 12 ασθενείς. Αίτια νοσηλείας ήταν πρωτοδιάγνωση HIV (κυρίως late presenters), συλλοίμωξη, οξεία ηπατίτιδα Α, εξανθηματικά ιογενή νοσήματα (π.χ. ανεμευλογιά), τρεπονηματικές λοιμώξεις, ελονοσία, λεπτοσπείρωση. Η πλειοψηφία αυτών ήταν φυλασσομένοι, δεν γνώριζαν παρά ελάχιστα Αγγλικά και δεν έφεραν κάποιο ταξιδιωτικό ή άλλο έγγραφο. Χορηγήθηκαν τα ενδεδειγμένα αντιμικροβιακά ή αντι-ιικά φάρμακα και η έκβαση της νοσηλείας ήταν είτε ίαση ή σταθεροποίηση. Αποτελεί ερωτηματικό η μετέπειτα παρακολούθησή τους ή και η συμμόρφωση με τη λήψη της αγωγής τους, ιδιαίτερα μετά τη διακοπή της φύλαξής τους, καθώς και οι συνθήκες διαβίωσής τους.

**Συμπεράσματα:** Οι μετακινούμενοι πληθυσμοί αποτελούν ένα κρίσιμο ζήτημα που αφορά πολλούς φορείς. Απαιτούνται ετοιμότητα, διαγνωστική επαγρύπνηση, συνεργασία φορέων και πολυεπίπεδη προσπάθεια ιδιαίτερα εφόσον αναμένεται όξυνση του προβλήματος.

## ΕΑ09

### Επίπτωση του HIV σε πληθυσμό Ανδρών που κάνουν σεξ με Άνδρες (ΑΣΑ) με επαναλαμβανόμενες επισκέψεις στο Ath-Checkpoint

*Γ. Νικολόπουλος,<sup>1</sup> Σ. Χάνος,<sup>2</sup> Μ. Τσιόπτσιας,<sup>2</sup> Δ. Παρασκευά,<sup>1</sup> Ν. Δέδες<sup>2</sup>*

**Σκοπός:** Η επιδημική έκρηξη του HIV που παρατηρήθηκε στους Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών (ΧΕΝ) την τριετία 2011-2013, δικαίως συγκέντρωσε το ενδιαφέρον της πολιτείας και των διεθνών οργανισμών. Ωστόσο, οι Άνδρες που κάνουν σεξ με Άνδρες (ΑΣΑ) παραμένουν με διαφορά η ομάδα με τον υψηλότερο

αριθμό νέων διαγνώσεων HIV. Κρίσιμης σημασίας για τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των παρεμβάσεων πρόληψης είναι η σε πραγματικό χρόνο παρακολούθηση των μολύνσεων. Συνεπώς, η εκτίμηση της επίπτωσης του HIV στην ομάδα των ΑΣΑ είναι απαραίτητη και αποτελεί τον σκοπό της παρούσας εργασίας.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Το Ath-Checkpoint παρέχει υπηρεσίες ελέγχου και συμβουλευτικής για τον HIV στο κέντρο της Αθήνας. Για τον προσδιορισμό της επίπτωσης του HIV την περίοδο 1/1/2013-30/6/2015, χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα ατόμων με περισσότερες των μία επισκέψεων και αρχικό αρνητικό αποτέλεσμα. Η εξέταση πραγματοποιείται με το γρήγορο τεστ INSTI HIV-1/HIV-2. Άτομα με αντιδρών αποτέλεσμα παραπέμπονται άμεσα σε Μονάδα Λοιμώξεων για επιβεβαίωση και παροχή της ενδεδειγμένης ιατρικής φροντίδας. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε στο STATA 12.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 1.745 άτομα (άνδρες 85,6%, μέση ηλικία 29,6 έτη) επισκέφτηκαν το Ath-Checkpoint περισσότερο από 1 φορά για HIV τεστ. Η πλειοψηφία ήταν ΑΣΑ (n=1.284, 73,6%) ενώ για πολλαπλές εξετάσεις προσήλθαν και άτομα με ετεροφυλόφιλο σεξουαλικό προσανατολισμό (252 γυναίκες και 209 άνδρες). Καταγράφηκαν συνολικά 56 περιπτώσεις θετικού αποτελέσματος στη γρήγορη εξέταση μετά τον πρώτο αρνητικό έλεγχο σε διάστημα 1413,38 ανθρωπο-ετών [Επίπτωση: 3,96, 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης (ΔΕ): 3,05-5,15]. Στην ομάδα των ΑΣΑ παρατηρήθηκαν 55 μετατροπές συνολικά (Επίπτωση: 4,80, 95% ΔΕ: 3,68-6,25). Η επίπτωση ήταν πολύ υψηλή σε νεαρούς ΑΣΑ ηλικίας 18-25 ετών (Επίπτωση: 5,56, 95% ΔΕ: 3,55-8,72) και 25-30 ετών (Επίπτωση: 7,09, 95% ΔΕ: 4,35-11,58). Καταγράφονται αυξητικές τάσεις μέσα στο πρώτο εξάμηνο του 2015.

**Συμπεράσματα:** Ο ετήσιος ρυθμός μολύνσεων στην ομάδα των ΑΣΑ είναι ανησυχητικά υψηλός και κινείται αρκετά πάνω από το όριο του 3% που θέτει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για τη διάθεση προφύλαξης πριν την έκθεση (Pre-Exposure Prophylaxis). Υπάρχει άμεση ανάγκη παρέμβασης στην κοινότητα με δράσεις προαγωγής τακτικής εξέτασης και κατανόησης του υψηλού ρίσκου για μόλυνση από τον HIV. Το Ath-Checkpoint προσφέρεται για την παρακολούθηση της επίπτωσης του HIV στο πλαίσιο της επιτήρησης δεύτερης γενιάς.

## EA10

### Σύγκριση HIV-1 οροθετικών ανάλογα με χώρα προέλευσης: Διαχρονικές τάσεις και χαρακτηριστικά

Η. Γκούντας,<sup>1</sup> Ν. Πανταζής,<sup>1</sup> Α. Σκουτέλης,<sup>2</sup> Σ. Κουρκουντή,<sup>3</sup> Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης,<sup>4</sup> Α. Αντωνιάδου,<sup>5</sup> Μ.Κ. Λαζανάς,<sup>6</sup> Μ. Ψυχογιού,<sup>7</sup> Ν. Σύψας,<sup>8</sup> Γ. Χρύσος,<sup>9</sup> Ε. Σαμπατάκου,<sup>10</sup> Χ. Γώγος,<sup>1</sup> Γ. Πάνος,<sup>12</sup> Π. Παναγόπουλος,<sup>13</sup> Ό. Κατσαρού,<sup>14</sup> Γ. Τουλούμνη<sup>1</sup> εκ μέρους της AMACS

**Σκοπός:** Οι μετανάστες αποτελούν σημαντική ομάδα στην επιδημία του HIV στην Ευρώπη. Στην Ελλάδα εκτιμάται ότι το 16% των HIV+ ατόμων είναι μετανάστες. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση διαχρονικών δημογραφικών, κλινικών παραγόντων και πιθανής αλληλεπίδρασής τους ανάλογα με τη χώρα προέλευσης.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Τα δεδομένα προήλθαν από την πολυκεντρική μελέτη AMACS (Athens MultiCenter AIDS Cohort Study). Συμπεριλήφθησαν πρωτοδιαγνωσμένοι οροθετικοί από 1/1/96-31/12/2014, ηλικίας  $\geq 15$  ετών. Ως καθυστερημένη διάγνωση (ΚΔ)/προχωρημένη νόσος (ΠΝ) ορίστηκε αρχική μέτρηση  $CD4 < 350/CD4 < 200$  κύτταρα/ $mm^3$  ή/και κλινικό AIDS κατά την παρουσίαση στην κλινική. Δύο διαδοχικές μετρήσεις ιικού φορτίου  $< 500$  αντίγραφα/ml ορίστηκαν ως ιολογική ανταπόκριση. Χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές ανάλυσης επιβίωσης για τον προσδιορισμό της σχέσης έναρξης θεραπείας με τον αριθμό των CD4 και της πιθανότητας ιολογικής ανταπόκρισης ανάλογα με τη χώρα προέλευσης, ενώ για την ανοσολογική ανταπόκριση χρησιμοποιήθηκαν μεικτά μοντέλα παλινδρόμησης.

**Αποτελέσματα:** Από τους 7.705 ασθενείς της AMACS, 6.525 (84,6%) πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής. Από αυτούς, 884 (15%) ήταν μετανάστες. Υπήρξε στατιστικά σημαντική μεταβολή του ποσοστού των HIV οροθετικών μεταναστών διαχρονικά (8%, 15,8%, 16,7%, 16,9% και 12,8% στις χρονικές περιόδους <2000, 2000-04, 2005-07, 2008-10 και 2011-14, αντίστοιχα,  $p < 0,001$ ). Αυξητικές τάσεις παρατηρήθηκαν

<sup>1</sup>Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>2</sup>Ε' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>3</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Παθήσεων «Α. Συγγρός»

<sup>4</sup>Π.Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

<sup>5</sup>Δ' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

<sup>6</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

<sup>7</sup>Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών,

<sup>8</sup>Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>9</sup>Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

<sup>10</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

<sup>11</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Τμήμα Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν. Πατρών

<sup>12</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, 1<sup>ο</sup> Νοσοκομείο Ι.Κ.Α. Αθηνών «Η Πεντέλη»

<sup>13</sup>Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

<sup>14</sup>Κέντρο Αίματος, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Αιμορραγικών Διαθέσεων, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

σε ασθενείς από Ασία (3,6% το 2005-2007, 5% το 2011-2014), ενώ τα ποσοστά ασθενών από Αφρική και Ανατολική Ευρώπη παρουσίασαν μείωση (από 6%, 7% στο 4,3%, 3,4% στις χρονιές 2005-07 και 2011-2014, αντίστοιχα). Κυρίαρχος τρόπος μετάδοσης μετά το 2011, σε ασθενείς από Αφρική και Ανατολική Ευρώπη, ήταν η ετεροφυλοφιλική επαφή (72,9% και 54,4%, αντίστοιχα), από τη Δυτική Ευρώπη η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών (54,1%), ενώ από την Ασία, η χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών (XEN) (47%). Η επιδημία του HIV στους XEN στην Αθήνα επηρέασε κυρίως άτομα από Δυτική Ευρώπη, Ασία και Ανατολική Ευρώπη (από 2%, 5%, 9,5% το 2005-07 σε 33,3%, 47% και, 28% το 2011-2014, αντίστοιχα). Τα ποσοστά ΚΔ και ΠΝ παρουσίασαν πτώση σε ασθενείς από Δυτική Ευρώπη αλλά αύξηση στους μετανάστες. Η εκτιμώμενη διάμεση τιμή των CD4 κατά την έναρξη θεραπείας ήταν 263, 164, 227, 210 κύτταρα/mm<sup>3</sup> για άτομα από Δυτική Ευρώπη, Αφρική, Ανατολική Ευρώπη και Ασία, αντίστοιχα ( $p < 0,001$ ). Οι μετανάστες άλλης προέλευσης είχαν μικρότερη πιθανότητα ιολογικής ανταπόκρισης σε σχέση με άτομα από Δυτική Ευρώπη (σταθμισμένο Hazard Ratio 0,81, 0,89, 0,80,  $p < 0,001$  για άτομα από Αφρική, Ανατολική Ευρώπη και Ασία, αντίστοιχα) με τα άτομα από την Αφρική να έχουν επίσης και τη χειρότερη ανοσολογική ανταπόκριση.

**Συμπεράσματα:** Ο πληθυσμός των HIV+ μεταναστών είναι ετερογενής με σημαντικές διαχρονικές μεταβολές. Τα δεδομένα αυτά αναδεικνύουν τους πληθυσμούς-στόχους προγραμμάτων και πολιτικών δημόσιας υγείας.

## EA11

### Αξιολόγηση της σύνδεσης (linkage) και διατήρησης σε παρακολούθηση (retention to care) των Χρηστών Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών (XEN) με HIV λοίμωξη: Πρόγραμμα ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ

*Μ. Ψυχογιού,<sup>1</sup> Β. Σύψα,<sup>2</sup> Ε. Φλουτζή,<sup>2</sup> Μ. Παπαδοπούλου,<sup>1</sup> Κ. Μίχα,<sup>3</sup> Μ. Μαλλιώρη,<sup>3</sup> Ε. Καραμάνου,<sup>3</sup> Μ. Μιχαήλ,<sup>3</sup> Μ. Δημητροπούλου,<sup>2</sup> Ε. Κάκαλου,<sup>4</sup> Α. Σκουτέλης,<sup>4</sup> Κ. Πρωτοπαπιάς,<sup>5</sup> Α. Αντωνιάδου,<sup>5</sup> Σ. Γεωργούλας,<sup>6</sup> Γ. Χρύσος,<sup>7</sup> Σ. Δριμής,<sup>7</sup> Ν. Ξυλωμένος,<sup>8</sup> Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης,<sup>8</sup> Ο. Κοσμοπούλου,<sup>9</sup> Γ. Μπουλμέτης,<sup>10</sup> Ν. Σύψας,<sup>11</sup> Μ. Λαδά,<sup>12</sup> Μ. Χίνη,<sup>13</sup> Σ. Κουρκουντή,<sup>14</sup> Λ. Λεωνίδου,<sup>15</sup> Α. Χατζάκης,<sup>2</sup> Γ. Δαΐκος<sup>1</sup>*

**Σκοπός:** Στην Αθήνα, το 2011, παρατηρήθηκε επιδημική έκρηξη HIV λοίμωξης σε Χρήστες Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών (XEN). Η σύνδεση των ασθενών που διαγιγνώσκονται με Μονάδες Λοιμώξεων (ΜΛ), η παραμονή τους στη φροντίδα, η δυνατότητα λήψης HAART καθώς και η συμμόρφωση με τη λαμβανόμενη αγωγή δεν έχουν επακριβώς εκτιμηθεί. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή της σύνδεσης με τις ΜΛ και της παραμονής σε παρακολούθηση ασθενών με διάγνωση HIV λοίμωξης που εξετάστηκαν στα πλαίσια του προγράμματος «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ» κατά την περίοδο Αύγουστος 2012 έως Δεκέμβριος 2013.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Καταγράφηκαν τα χαρακτηριστικά όλων των ασθενών XEN με πρόσφατη διάγνωση HIV λοίμωξης και συγκεκριμένα: α) το ποσοστό ασθενών που πραγματοποίησαν μία τουλάχιστον επίσκεψη από τη διάγνωση της HIV λοίμωξης, β) το ποσοστό ασθενών που συνδέθηκαν και ολοκλήρωσαν μια δεύτερη επίσκεψη σε διάστημα 3-6 μηνών από την πρώτη σύνδεση, γ) το ποσοστό ασθενών υπό HAART, δ) το ποσοστό ασθενών με καταστολή του ιικού πολλαπλασιασμού (HIV-RNA <50c/ml), ε) το ποσοστό σύνδεσης με πρόγραμμα υποκατάστασης οπιοειδών (OST) ή πρόγραμμα απεξάρτησης.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά από 547 ασθενείς με διάγνωση HIV λοίμωξης, συνδέθηκαν 399 ασθενείς (72,9%). Από αυτούς οι 161 ήταν ήδη συνδεδεμένοι, ενώ οι 215 συνδέθηκαν μετά τη διάγνωση τους στον ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ, σε διάμεσο διάστημα 3,6 μηνών (1,5, 9,6), ενώ για 23 άτομα δεν έγινε δυνατή η συλλογή

<sup>1</sup>Μονάδα Λοιμώξεων,

Α' Παθολογική Κλινική,  
Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Εργαστήριο Υγιεινής και  
Επιδημιολογίας, Ιατρική  
Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>3</sup>Οργανισμός Καταπολέμησης  
Ναρκωτικών

<sup>4</sup>Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>5</sup>Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

<sup>6</sup>Νοσοκομείο Κρατούμενων  
Κορυδαλλού «Ο Άγιος Παύλος»

<sup>7</sup>Π.Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

<sup>8</sup>Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

<sup>9</sup>Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά

«Ο Άγιος Παντελεήμων»

<sup>10</sup>Γ.Ο.Ν. Κηφισιάς «Άγιοι  
Ανάργυροι»

<sup>11</sup>Παθολογική Φυσιολογία,  
Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>12</sup>Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»

<sup>13</sup>Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-  
Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

<sup>14</sup>Νοσοκομείο Αφροδισίων και  
Δερματικών Παθήσεων

«Α. Συγγρός»

<sup>15</sup>Π.Γ.Ν. Πατρών



όλων των δεδομένων. Οι 328/399 (82,2%) ήταν άνδρες, κατά πλειοψηφία ελληνικής καταγωγής (86,2%), με μέση ηλικία 33,7 (7,2) έτη. Κατά την 1<sup>η</sup> εξέταση το 81,7% των ασθενών ήταν σταδίου A κατά CDC, ενώ 28 ασθενείς (7,5%) ήταν σταδίου C. Η διάμεση τιμή (25, 75) των CD4 κατά τη διάγνωση ήταν 282 κυτ./μl (132, 504) και τα ναδίρ CD4 ήταν 205 (87, 343). Η μέση τιμή του HIV-RNA (log10) (SD) ήταν 4,3 (0,8). Σε 57 άτομα ανιχνεύθηκαν μεταλλάξεις που προσδίδουν αντοχή. Το 73,7% (277/376) των ασθενών ξεκίνησε HAART και το 42,5% (160/376) είχε μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο (<50 cop/ml) κατά την τελευταία επίσκεψη. Σε πρόγραμμα υποκατάστασης οπιοειδών (OST) συνδέθηκε το 47,1%, ενώ 4,7% εντάχθηκαν σε άλλα θεραπευτικά προγράμματα. Το 7,2% (27/376) απεβίωσαν. Τα άτομα που δεν συνδέθηκαν με τη φροντίδα ήταν πιο συχνά άλλης εθνικότητας, χαμηλής μόρφωσης, χωρίς στέγη, και χωρίς κοινωνική ασφάλιση. Ο πιο ισχυρός παράγοντας που επηρέασε τη σύνδεση σύμφωνα με μοντέλο πολυπαραγοντικής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης, ήταν η μη ελληνική εθνικότητα.

**Συμπεράσματα:** Η σύνδεση και η διατήρηση της παρακολούθησης σε ασθενείς ΧΕΝ που εξετάστηκαν στα πλαίσια του προγράμματος «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ» σε σχέση με τη βιβλιογραφία είναι ικανοποιητική. Τα ποσοστά σύνδεσης και διατήρησης μπορούν να βελτιωθούν με χρήση κατάλληλων διασυνδεδετών που τους συνοδεύουν (peer-navigators).

## EA12

### Ο ρόλος της ταχείας διαγνωστικής δοκιμασίας στην πρώιμη διάγνωση και θεραπεία της HIV λοίμωξης

Α. Μπίσια,<sup>1</sup> Β. Σακκά,<sup>1</sup> Μ. Χίνη,<sup>1</sup> Γ. Τσεκές,<sup>1</sup> Χ. Ντάφλος,<sup>1</sup> Α. Μουστακλή,<sup>1</sup> Σ. Χάνος,<sup>3</sup> Γ. Τσιακαλάκης,<sup>3</sup> Ε. Κρεμασμένου,<sup>2</sup> Μ.Κ. Λαζανάς<sup>1</sup>

**Σκοπός:** Η καταγραφή επιδημιολογικών δεδομένων των ασθενών, που παραπέμφθηκαν στη ΜΕΛ του ΝΕΕΣ λόγω θετικής ταχείας δοκιμασίας για τον HIV.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Κατά τους τελευταίους 18 μήνες, παραπέμφθηκαν στο Εξωτερικό Ιατρείο της Μονάδας Λοιμώξεων του Ν.Ε.Ε.Σ. από το Κέντρο Πρόληψης για τον HIV «Checkpoint» 68 άτομα με θετική ταχεία δοκιμασία για HIV. Η λοίμωξη επιβεβαιώθηκε με ELISA και Western Blot σε 67/68 άτομα. Συγκεντρώθηκαν δημογραφικά και κλινικοεργαστηριακά δεδομένα, που αναλύθηκαν με τη χρήση excel®.

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν 67 άνδρες, 66 MSM, ηλικίας 30±8,9 έτη, 88% ελληνικής καταγωγής, που ελέγχθησαν είτε προληπτικά (68,6%), είτε λόγω επαφής με γνωστό HIV οροθετικό ή υψηλού κινδύνου άτομο (15%) και μόνο 11 (16,4%) λόγω κάποιου συμπτώματος. Οι 53 (79,1%) ανέφεραν προηγούμενο αρνητικό έλεγχο περίπου προ 1 έτους (διάμεση τιμή). Το 24,2% είχε θετικό ορολογικό έλεγχο για σύφιλη, 3% συλλοίμωξη με HCV ενώ κανείς δεν είχε συλλοίμωξη με HBV, με το 60,6% να εμφανίζει ανοσία (45,5% στο πλαίσιο προηγθέντος εμβολιασμού). Αποδεδειγμένη πρόσφατη λοίμωξη, με αρνητικό έλεγχο κατά το τελευταίο εξάμηνο, είχαν 17 ασθενείς (25,4%) και πιθανή πρόσφατη λοίμωξη 10 (14,9%), ενώ 20/27 (74%) ανέφεραν συμπτώματα οξέος ρετροϊκού συνδρόμου. Στην πλειονότητά τους (90,9%), οι ασθενείς ήταν σταδίου A με διάμεσες τιμές CD4 και VL 487 κύτταρα/μL (εύρος 104-1.230) και 66.500 αντίγραφα/mL (εύρος 280-853.000), αντιστοίχως. HLA-B5701 ανευρέθη σε 3 ασθενείς (4,5%). Διαθέσιμος γονότυπος υπήρχε για 44/67 ασθενείς, από τους οποίους 3 (6,8%) είχαν τη μεταλλαγή K103N και 11(25%) τη μεταλλαγή E138A/Q που προσδίδουν αντοχή στους μη νουκλεοσιδικούς αναστολείς ανάστροφης μεταγραφάσης (NNRTIs). Έναρξη αντιρετροϊκής θεραπείας έγινε σε 33/67 ασθενείς, σε μέσο διάστημα 9,3 μηνών από τη διάγνωση και με διάμεση τιμή CD4 325/μL. Τα θεραπευτικά σχήματα που επιλέχθηκαν ήταν TDF/FTC (72,7%) και ABC/3TC (27,3%) σε συνδυασμό με boosted PI (54,5%), INSTI (33,3%) και NNRTI (12,1%). Το μικρό ποσοστό χορήγησης NNRTI αποδίδεται στην αναγνωρισμένη υψηλή μεταδιδόμενη αντοχή και στη σημαντική καθυστέρηση λήψης αποτελεσμάτων γονοτυπικού ελέγχου. Σε 4 ασθενείς έγινε αλλαγή σχήματος λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών (2), μη ανταπόκρισης στη θεραπεία (1) ή απλοποίησης (1).

<sup>1</sup>Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

<sup>2</sup>Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

<sup>3</sup>Κέντρα Πρόληψης για τον HIV «Checkpoint»

**Συμπεράσματα:** Ο πληθυσμός που διαγνώστηκε με HIV λοίμωξη επ' ευκαιρία θετικής ταχείας δοκιμασίας αποτελούνταν από νέους, ασυμπτωματικούς και ευαισθητοποιημένους MSM, χωρίς σημαντικές συννοσηρότητες πλην της σύφιλης. Ανιχνεύθηκαν κυρίως πρώιμες λοιμώξεις και οι μισοί, περίπου, ασθενείς έλαβαν αντιρετροϊκή θεραπεία. Η ταχεία δοκιμασία είναι μέθοδος με καλή διαγνωστική ακρίβεια για την πρώιμη ανίχνευση της HIV λοίμωξης και την έγκαιρη έναρξη θεραπείας σε άτομα αυξημένου κινδύνου.

## EA13

### Ανοσιακή απόκριση στον εμβολιασμό έναντι της ηπατίτιδας Β σε ασθενείς με HIV λοίμωξη. Συσχέτιση με κλινικά και δημογραφικά στοιχεία

Ό. Τσακουρίδου,<sup>1</sup> Λ. Σκούρα,<sup>2</sup> Δ. Βασδέκη,<sup>1</sup> Γ. Λώλη,<sup>1</sup> Ε. Χριστάκη,<sup>1</sup> Γ. Κοτορένη,<sup>1</sup> Α.Μ. Ντζιοβάρα,<sup>1</sup> Π. Τσούκρα,<sup>1</sup> Ε. Φοροζίδου,<sup>1</sup> Δ. Χατζηδημητρίου,<sup>2</sup> Δ. Βαλαγκούτη,<sup>1</sup> Θ. Χρυσανθίδης,<sup>1</sup> Π. Κολλάρας,<sup>1</sup> Σ. Διονυσίου,<sup>2</sup> Ε. Σιδηροπούλου,<sup>2</sup> Μ. Δανιηλίδης,<sup>1</sup> Σ. Μεταλλίδης<sup>1</sup>

**Εισαγωγή:** Η ανταπόκριση στους εμβολισμούς είναι προβληματική στους ασθενείς με HIV λοίμωξη και κλασικά έχει συσχετιστεί με τον αριθμό των CD4 κυττάρων. Ο εμβολιασμός για την ηπατίτιδα Β είναι υποχρεωτικός τους ασθενείς με. Δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα αναφορικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με επιτυχή ανταπόκριση στον εμβολιασμό έναντι της ηπατίτιδας Β.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρόκειται για μια επιδημιολογική μελέτη σε ομάδα HIV ασθενών σε χρονικό διάστημα δέκα ετών. Κατά την περίοδο 2004-2014 καταγράφηκε η εμβολιαστική απάντηση έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β (HBV). Σαν όριο επιτυχούς εμβολιαστικής κάλυψης ορίστηκε τίτλος αντισωμάτων μεγαλύτερος των 10 IU/ml. Καταγράφηκαν κλινικά εργαστηριακά και δημογραφικά στοιχεία.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 1.210 ασθενείς εκ των οποίων 437 υποβλήθηκαν σε εμβολιασμό έναντι της ηπατίτιδας Β (μέση ηλικία 35,9 ετών, άνδρες: 84,9%, ομοφυλόφιλοι άνδρες: 76,4%, στάδιο HIV νόσου C κατά CDC: 12,6%). Η μέση διάρκεια της HIV λοίμωξης ήταν 8,38 έτη και το 82,8% των ασθενών ελάμβαναν αντιρετροϊκή αγωγή. Η μέση τιμή των CD4 κυττάρων ήταν 420 cells/mm<sup>3</sup>. Επιτυχή ανταπόκριση παρουσίασαν 322 ασθενείς (73,7%). Σε μονοπαραγοντική ανάλυση η ηλικία κατά τη διάγνωση, η διάρκεια της νόσου, το φύλο, η εθνικότητα ο τρόπος μετάδοσης τα ναδίρ CD4, τα ναδίρ CD4<200, τα CD4 κατά τον εμβολιασμό, το ικό φορτίο και το στάδιο της νόσου δεν φάνηκε να επηρεάζουν την αντισωματική απάντηση στατιστικά σημαντικά. Αντίθετα, αρνητική επίδραση στατιστικά σημαντική στην επιτυχή ανταπόκριση στον εμβολιασμό είχαν η μη ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης ή κατοχή βιβλιαρίου πρόνοιας, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και ο εμβολιασμός μετά το 2010 πιθανά λόγω ελλιπούς συμμόρφωσης λόγω της οικονομικής κρίσης. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση μόνο η ασφαλιστική κάλυψη φάνηκε να έχει επίδραση στην επιτυχή ανταπόκριση ελαττώνοντας την πιθανότητα ανταπόκρισης κατά 8-10 φορές στους ανασφάλιστους και στους ασθενείς με βιβλιάρια πρόνοιας.

**Συμπεράσματα:** Σε αυτή τη μελέτη η εμβολιαστική ανταπόκριση έναντι της ηπατίτιδας Β φάνηκε να εξαρτάται κύρια από την ασφαλιστική κάλυψη και το επίπεδο μόρφωσης, παράγοντες που σχετίζονται κύρια με τη συμμόρφωση στο εμβολιαστικό πρόγραμμα και όχι με τους κλασικούς παράγοντες όπως το στάδιο της νόσου, τα ναδίρ CD4, το ικό φορτίο και η διάρκεια της νόσου. Καθίσταται σαφές ότι για να αυξηθεί το ποσοστό ανταπόκρισης θα πρέπει να γίνουν παρεμβάσεις για τους ανασφάλιστους καθώς επίσης και καλύτερη και συνεχής ενημέρωση για την προστασία που παρέχεται από τους εμβολιασμούς.

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Τμήμα Λοιμωξιολογίας, Ιατρικό Τμήμα Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

<sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ιατρικό Τμήμα Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

## ΔΑ01

## Πρώιμη σύφιλη και γονόρροια μεταξύ Ελλήνων και αλλοδαπών HIV ασθενών

Ε. Δασκαλάκης, Β. Παπαρίζος, Ο. Κοτσαύτη, Σ. Κουρκουντή, Θ. Ρέτσας, Β. Καψιμάλη, Χ. Αντωνίου

**Εισαγωγή:** Η πρώιμη σύφιλη και η γονόρροια αποτελούν ισχυρό δείκτη σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου, τόσο λόγω των βιολογικών, όσο και των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών της. Η επικίνδυνη συμπεριφορά χαρακτηρίζει όχι μόνον άτομα, αλλά συχνά και πληθυσμιακές ομάδες ή μειονότητες.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση της συχνότητας της πρώιμης σύφιλης και της γονόρροιας σε HIV ασθενείς, ως δείκτη συνεχιζόμενης συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου και η συσχέτιση της με την προέλευση των ασθενών. Η αξιολόγηση των ευρημάτων αποσκοπεί σε συμπεράσματα χρήσιμα για την περιφρούρηση της δημόσιας υγείας.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Δείγμα της μελέτης απετέλεσαν 400 HIV ασθενείς, από το σύνολο των παρακολουθούμενων στο Νοσοκομείο «Α. Συγγρός», που παρουσίασαν πρώιμη σύφιλη ή γονόρροια κατά το διάστημα της παρακολούθησής τους. Η διάγνωση και σταδιοποίηση της σύφιλης έγινε με κύριο κριτήριο την κλινική εικόνα και δευτερευόντως τον εργαστηριακό έλεγχο.

**Αποτελέσματα:** Διαγνώσθηκαν συνολικά 366 περιπτώσεις πρώιμης σύφιλης επί 278 ασθενών και 249 περιπτώσεις γονόρροιας επί 177 ασθενών. Συνολικά, και επειδή 55 ασθενείς εμφάνισαν και σύφιλη και γονόρροια, οι ασθενείς που καταγράφηκαν ήταν 400. Οι 248 περιπτώσεις πρώιμης σύφιλης (89,2%) καταγράφηκαν επί 1.618 Ελλήνων ασθενών, που αποτελούν το 89,73% του συνόλου των ασθενών. Οι υπόλοιπες 30 περιπτώσεις ήταν επί αλλοδαπών ασθενών. Η διαφορά μεταξύ Ελλήνων και αλλοδαπών στη συχνότητα εμφάνισης της πρώιμης σύφιλης ήταν στατιστικά σημαντική ( $p=0,0065$ ). Περαιτέρω όμως, παρατηρήθηκε ουσιώδης διαφορά μεταξύ αλλοδαπών προερχόμενων από την Αφρική ή την Ασία (μόλις από μία περίπτωση) και αλλοδαπών Καυκάσιας προέλευσης (28 περιπτώσεις). Δεδομένου ότι οι Αφρικανοί και Ασιάτες ασθενείς ήταν 185 και οι Καυκάσιοι (κυρίως Α. Ευρώπη) ήταν συνολικά 132, η μεταξύ τους διαφορά είναι στατιστικά σημαντικότερη ( $p<0,0001$ ). Έτσι, συνολικά, η διαφορά μεταξύ Ελλήνων-αλλοδαπών οφείλεται στην ανομοιογένεια προέλευσης των αλλοδαπών, ενώ δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ Ελλήνων και προερχομένων από Ευρώπη. Ανάλογη ήταν η εικόνα της κατανομής της γονόρροιας, με 159 Έλληνες να προσβάλλονται μία ή περισσότερες φορές και 18 αλλοδαπούς, από τους οποίους οι 16 σε Καυκάσιους.

**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα είναι συμβατά με το επιδημιολογικό πρότυπο διασποράς της HIV νόσου στην Αφρική, που είναι η ετεροφυλική μετάδοση. Οι προερχόμενοι από την Αφρική ασθενείς, σε αντίθεση με τους Καυκάσιους, δεν συμμετέχουν σε σεξουαλικά δίκτυα υψηλού κινδύνου και δεν εντάσσονται εύκολα στα core group της σύφιλης και της γονόρροιας. Οι Καυκάσιοι ασθενείς σε μεγάλη αναλογία συμμετέχουν σε διαρκώς επικίνδυνη συμπεριφορά, παρά τη γνώση της HIV οροθετικότητας, πολλοί δε διαμένουν στην Ελλάδα λόγω Ελλήνων ερωτικών συντρόφων.

## ΔΑ02

## Μικροβιαιμία κεντρικού φλεβικού καθετήρα από *trichosporon spp.* σε ανοσοκατεσταλμένο HIV(+) ασθενή

Α. Γανίτης, Π. Παναγόπουλος, Μ. Μπαλτατζίδου, Ζ. Κριαράκη, Π. Χρηστακίδου, Ε. Μαλτέζος

**Εισαγωγή:** Το *trichosporon* ανήκει στους ασυνήθεις ζυμομύκητες που ανευρίσκεται κατά βάση στο χώμα, αλλά ταυτόχρονα αποτελεί μέρος της μικροβιακής χλωρίδας του δέρματος του ανθρώπου. Απομονώνεται συνήθως στο τρίχωμα της κεφαλής και του προσώπου. Σε συνθήκες υψηλής υγρασίας ο

μύκητας μπορεί να πολλαπλασιασθεί και να προκαλέσει τοπική δερματική βλάβη. Σε ανοσοκατεσταλμένους όμως ασθενείς δεν αποκλείεται να προκαλέσει συστηματικό νόσημα.

**Σκοπός:** Παρουσίαση περίπτωσης ανοσοκατεσταλμένου HIV(+) ατόμου που νοσηλεύτηκε στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων της Αλεξανδρούπολης με απομόνωση *trichosporon spp.* σε καλλιέργειες αίματος.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ο ασθενής, MSM, 54 ετών, οροθετικός από το 1989, υπό HAART από το 1996, με άριστη ανταπόκριση, παρουσιάστηκε στο Εξωτερικό Ιατρείο της ΜΕΛ αιτώμενος χαμηλή πυρετική κίνηση από 2ημέρου (ως 38°C) με συνοδό ρίγος. Από το ατομικό αναμνηστικό του προκύπτει σύνδρομο βραχέος εντέρου και παρουσία μόνιμου κεντρικού φλεβικού καθετήρα (για καθημερινή λήψη κρυσταλλοειδών διαλυμάτων και παρεντερικής διατροφής) σε έδαφος χειρουργηθέντος διηθητικού πλακώδους καρκινώματος πρωκτού και διενεργηθεισών κολοστομίας και ειλεοστομίας. Ο ασθενής εισήχθη στη ΜΕΛ και ξεκίνησε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή και φλουκοναζόλη, ενώ ελήφθησαν 6 ζεύγη καλλιέργειών αίματος από την κεντρική φλεβική γραμμή και από περιφερική φλέβα. Σε 4 από τις ληφθείσες καλλιέργειες απομονώθηκε *trichosporon spp.* οπότε και τροποποιήθηκε η αντιμυκητιακή αγωγή σε λιποσωμιακή αμφοτερικίνη σε συνδυασμό με βορικοναζόλη.

**Συμπεράσματα:** Οι συστηματικές μυκητιάσεις αποτελούν μείζονα παράγοντα κινδύνου για ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Εκτός από τους πιο συνήθεις μύκητες που θεραπεύουμε τακτικά στις Μονάδες Λοιμώξεων, υπάρχουν και σπανιότερα είδη που μπορούν να προκαλέσουν δυνητικά θανατηφόρο νόσο και απαιτούν τόσο θεραπευτική και διαγνωστική επαγρύπνηση όσο και συνεργασία κλινικών και εργαστηριακών ιατρών.

## ΔΑ03

### Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην εμβολιαστική κάλυψη των ασθενών με HIV λοίμωξη

Ό. Τσαουρίδου,<sup>1</sup> Λ. Σκούρα,<sup>2</sup> Ε. Χριστάκη,<sup>1</sup> Δ. Βασδέκη,<sup>1</sup> Γ. Κοτορένη,<sup>1</sup> Α.Μ. Ντζιοβάρια,<sup>1</sup> Π. Τσούκρα,<sup>1</sup> Ε. Φοροζίδου,<sup>1</sup> Σ. Νανούδης,<sup>1</sup> Δ. Χατζηδημητρίου,<sup>2</sup> Δ. Βαλαγκούτη,<sup>1</sup> Θ. Χρυσανθίδης,<sup>1</sup> Π. Κολλάρας,<sup>1</sup> Μ. Δανιηλίδης,<sup>1</sup> Σ. Μεταλλίδης<sup>1</sup>

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με HIV λοίμωξη συστήνεται να εμβολιάζονται έναντι διαφόρων παθογόνων, εξαιτίας του αυξημένου κινδύνου νόσησης από ασθένειες που μπορούν να προληφθούν με εμβολιασμό και εξαιτίας της αυξημένης νοσηρότητας και του κοινού τρόπου μετάδοσης ορισμένων ιογενών λοιμώξεων. Δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα αναφορικά με την εμβολιαστική κάλυψη των οροθετικών ενηλίκων ή τους παράγοντες κινδύνου ελλιπούς συμμόρφωσης.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρόκειται για μια επιδημιολογική μελέτη σε ομάδα HIV ασθενών σε χρονικό διάστημα δέκα ετών. Κατά την περίοδο 2004-2014 καταγράφηκε η εμβολιαστική κάλυψη έναντι του ιού της ηπατίτιδας Α (HAV), του ιού της ηπατίτιδας Β (HBV), του ιού της εποχικής γρίπης και εναντίον πνευμονιόκοκκου. Η εμβολιαστική κάλυψη διαχωρίστηκε σε δύο χρονολογικές περιόδους, πριν και μετά το 2010, καθώς τότε οριοθετείται η έναρξη της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 1.210 ασθενείς (μέση ηλικία 34,1 ετών, άνδρες: 85,1%, ομοφυλόφιλοι άνδρες: 75,4%, στάδιο HIV νόσου C κατά CDC: 24,8%, συλλοίμωξη από ιό της ηπατίτιδας Β ή/και ηπατίτιδας C 14,4%). Η μέση διάρκεια της HIV λοίμωξης ήταν 5,1 έτη και το 78,2% των ασθενών ελάμβαναν αντιρετροϊκή αγωγή. Η μέση τιμή των CD4 κυττάρων ήταν 486 cells/mm<sup>3</sup>. Η εμβολιαστική κάλυψη καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης για την ηπατίτιδα Β, την ηπατίτιδα Α, την εποχική γρίπη και την πνευμονιοκοκκική λοίμωξη ήταν 73,6%, 70,4%, 39% και 79% αντίστοιχα. Η πλήρης έλλειψη ασφαλιστικής ενημερότητας (κάλυψης) ήταν ανεξάρτητος παράγοντας μη συμμόρφωσης σε όλα τα προτεινόμενα εμβόλια (p<0,0005). Επιπροσθέτως, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συσχετιζόταν με κακή συμμόρφωση στον εμβολιασμό εναντίον του πνευμονιοκόκκου (p=0,026), της ηπατίτιδας Α (p<0,0005), της ηπατίτιδας Β (p<0,0005) και της γρίπης (p<0,0005). Τέλος, η σύσταση για εμβολιασμό μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (2010), οδήγησε σε κακή συμμόρφωση στον εμβολιασμό για HBV (p<0,001), HAV (p<0,001) και για πνευμονιόκοκκο (p<0,0005), αλλά όχι στον εμβολιασμό έναντι της γρίπης (p=0,555).

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Τμήμα Λοιμωξιολογίας, Ιατρικό Τμήμα Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

<sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ιατρικό Τμήμα Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

**Συμπεράσματα:** Σε αυτή τη μελέτη η εμβολιαστική κάλυψη για τα νοσήματα που μπορούν να προληφθούν με εμβολιασμό δεν ήταν επαρκής στον HIV πληθυσμό στη Β. Ελλάδα. Επίσης, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης και η οικονομική δυσπραγία συνετέλεσαν στην κακή συμμόρφωση στον εμβολιασμό, οδηγώντας σε χαμηλή προστασία του οροθετικού πληθυσμού και σε ελαττωμένη ανοσιακή κάλυψη στην κοινότητα.

## ΔΑ04

### Η παροχή ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών από Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων σε περίοδο κρίσης. Ικανοποίηση του κοινού

*Α. Γανίτης,<sup>1</sup> Μ. Μπαλατζίδου,<sup>1</sup> Β. Κυργιαννάκη,<sup>1</sup> Α. Δημισκίδου,<sup>1</sup> Ζ. Κριαράκη,<sup>1</sup> Γ. Λαζαρίδης,<sup>1</sup> Α. Χαρανά,<sup>2</sup> Π. Παναγόπουλος,<sup>1</sup> Ε. Μαλτέζος<sup>1</sup>*

**Εισαγωγή:** Τα τελευταία χρόνια η χώρα μας διανύει μία περίοδο οικονομικής κρίσης, που έχει σημαντικές επιπτώσεις σε όλους τους τομείς, συμπεριλαμβανομένης της υγείας. Ιδιαίτερος λόγος γίνεται για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς στα νοσηλευτικά ιδρύματα διαπιστώνονται ελλείψεις σε έμψυχο και άψυχο υλικό.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών από ακριτική Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων σε περίοδο κρίσης και κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι οι νοσηλευόμενοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια του Υπουργείου Υγείας σχετικά με την αξιολόγηση των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου τα οποία δόθηκαν στους ασθενείς την ημέρα του εξιτηρίου τους από το τμήμα και συμπληρώθηκαν ανώνυμα είτε από τους ίδιους είτε από συγγενή αυτών, κατά το χρονικό διάστημα 01/01/2015 έως 10/10/2015.

**Αποτελέσματα:** Κατά το παραπάνω χρονικό διάστημα πραγματοποιήθηκαν 90 εισαγωγές ασθενών στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης εκ των οποίων 26 ήταν HIV(+) ασθενών. Η ηλικία των νοσηλευόμενων ήταν 15-89 έτη με μέση διάρκεια νοσηλείας τις 10,8 ημέρες. Συγκεντρώθηκαν συνολικά 21 ερωτηματολόγια. Κατά το προαναφερθέν χρονικό διάστημα όλοι οι ασθενείς δήλωσαν πως έμειναν πλήρως ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά και τη φροντίδα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Σε αντίθεση με την ποιότητα του παρεχόμενου γεύματος που σε μικρό μόνο ποσοστό απεδείχθη αρεστό. Στη συνολική εικόνα του νοσοκομείου, οι πλειονότητα των νοσηλευθέντων της Μονάδας Λοιμώξεων βαθμολόγησαν με άριστα το νοσοκομείο (πέντε ασθενείς βαθμολόγησαν με 9, δύο ασθενείς βαθμολόγησαν με 8 και δεκατέσσερις ασθενείς βαθμολόγησαν με 10), άπαντες όμως θα το συνέστηναν σε φίλους και συγγενείς.

**Συμπεράσματα:** Παρ' όλες τις δυσκολίες που έχουν υπεισέρθει στην ιατρονοσηλευτική πρακτική λόγω της οικονομικής κρίσης των τελευταίων ετών, η παρεχόμενη φροντίδα υγείας γίνεται αντιληπτή ως άριστη από την πλευρά των νοσηλευομένων.

## ΔΑ05

### Δευτερογόνος σύφιλη σε οροθετικό ασθενή με αρνητικές εργαστηριακές εξετάσεις

*Ε. Κάκαλου,<sup>1</sup> Θ. Κακκαβάς,<sup>1</sup> Σ. Γαλή,<sup>1</sup> Ο. Γεωργίου,<sup>1</sup> Β. Παπασταμόπουλος,<sup>1</sup> Α. Σκουτέλης<sup>1</sup>*

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης ασθενούς με κλινική εικόνα δευτερογόνου σύφιλης, αλλά επανειλημμένως αρνητικό εργαστηριακό έλεγχο.

<sup>1</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης  
<sup>2</sup>Υπεύθυνη Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Ε' Παθολογικό Τμήμα-Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

**Περιγραφή περιστατικού:** Αμφιφυλόφιλος άνδρας 56 ετών παρουσιάζεται με τυπική εικόνα δευτερογενούς σύφιλης με εξάνθημα κορμού το οποίο επεκτάθηκε σε παλάμες, πέλματα και κρανίο. Παρουσιάζει εμπύρετο, κακουχία, οστεΐτιδα πρόσθιου τμήματος κνημών. Οι ορολογικές εξετάσεις για σύφιλη είναι αρνητικές. Τα CD4 είναι 391 κύτταρα/mm<sup>3</sup>. Η πιθανή έκθεση (που ήταν η μοναδική επαφή) χρονολογείται περίπου 10-12 εβδομάδες νωρίτερα. Πρόκειται για ασθενή που διαγνώστηκε με HIV το 2009 στο Α. Συγγρός, ετέθη σε ABC+3TC+ATV/r επιτυχώς. Το 2011 διεγνώσθη με NHL από μεγάλα διάχυτα Β-κύτταρα. Παρουσιάζει μάζα βουβωνικής περιοχής. Ο μυελός δεν είναι προσβεβλημένος όπως και το ΚΝΣ. Υποβάλλεται σε θεραπεία με σχήμα R-CHOP και ακτινοθεραπεία για υπολειπόμενη μάζα ΔΕ βουβωνικής χώρας μετά το τέλος των χημειοθεραπευτικών κύκλων. Σε αυτό το διάστημα και ενώ έχει ολοκληρώσει το σχήμα R-CHOP, παρουσιάζεται η σύφιλη. Ο ασθενής δεν έχει λάβει αντιβιοτικά. Παρουσιάζει αρνητικές εξετάσεις (RPR, VDRL, TRHA, FTA-Abs). Διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχε προσβολή του ΚΝΣ. Αποφασίστηκε να λάβει θεραπεία για σύφιλη με 3 δόσεις εβδομαδιαίας χορήγησης πενικιλίνης 2,4x10<sup>6</sup> IU/ml. Πριν τη θεραπεία, ελήφθη βιοψία δέρματος από πολλαπλές βλάβες. Η βιοψία απέτυχε να τεκμηριώσει συφιλιδική προσβολή ή εικόνα δερματικής προσβολής λεμφώματος. Με τη θεραπεία οι εκδηλώσεις υποχώρησαν πλήρως. Ο ασθενής 6 μήνες μετά, θετικοποίησε τις ορολογικές εξετάσεις [IgM+, RPR(), FTA-Abs+++]. Στη συνέχεια θετικοποίησε την VDRL σε χαμηλό τίτλο και διατήρησε θετικά τα IgM για περισσότερο από 24 μήνες. Στον παρόντα χρόνο 4 έτη μετά, διατηρεί μόνον θετικά FTA-Abs και είναι ελεύθερος νόσου όσον αφορά το NHL.

**Συμπεράσματα:** Στη βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές αναφορές στο πρόβλημα των ψευδώς θετικών τεστ σύφιλης λόγω του φαινομένου προζώνης, την κύηση ή την παρουσία άλλων λοιμώξεων. Υπάρχουν λιγότερες αναφορές σε ψευδώς αρνητικές ορολογικές εξετάσεις, ιδίως κατά την πρώιμη σύφιλη λόγω χαμηλότερης ευαισθησίας σε αυτή τη φάση. Συστήνεται να γίνονται όλες οι τρεπονηματικές και μη δοκιμασίες, να λαμβάνεται υπόψη το φαινόμενο προζώνης, να χρησιμοποιείται η μικροσκοπήση σκοτεινού πεδίου και να λαμβάνονται βιοψίες από το δέρμα ή βλάβες. Μοριακές τεχνικές μπορούν επίσης να φανούν πολύ χρήσιμες, αλλά δεν μπορούν να διαχωρίσουν ζωντανούς από νεκρούς μικροοργανισμούς. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, είναι πιθανό ή επίδραση του Rituximab στον πληθυσμό των Β-κυττάρων και τη λειτουργία του ανοσοποιητικού, να ανέστειλε τη θετικοποίηση των ορολογικών εξετάσεων.

## ΔΑ06

### Αξιολόγηση της επίδρασης της γονικής μέριμνας στη σεξουαλική συμπεριφορά των φοιτητών δύο πανεπιστημίων της Κυπριακής Δημοκρατίας

*Β. Ραφτόπουλος,<sup>1</sup> Μ. Πύλλη,<sup>2</sup> Δ. Παρασκευά<sup>2</sup>*

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της σχέσης της γονικής μέριμνας με τα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής συμπεριφοράς φοιτητών ενός δημόσιου και ενός ιδιωτικού πανεπιστημίου της Κυπριακής Δημοκρατίας.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Το δείγμα αποτέλεσαν 1.339 φοιτητές από ένα δημόσιο και ένα ιδιωτικό Πανεπιστήμιο της Κυπριακής Δημοκρατίας. Χρησιμοποιήθηκε ένα ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε: (1) τους δείκτες του UNAIDS για την αναφορά UNGASS, (2) την κλίμακα 5 ερωτήσεων τύπου Likert των Steinberg et al. (1994) για την εκτίμηση της γονικής μέριμνας (parental monitoring).

**Αποτελέσματα:** η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 21,16±2,01 χρόνια. Το 68% ήταν γυναίκες. Το 94,5% των συμμετεχόντων αυτοχαρακτηρίστηκαν ετεροφυλόφιλοι, ενώ το 82,5% δήλωσαν πως είχαν ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή. Το 79,9% δήλωσαν ότι έχουν μια σταθερή σχέση. Η μέση αναφερόμενη ηλικία έναρξης των σεξουαλικών επαφών ήταν τα 17,21±1,75 έτη, ενώ το 32,9% δήλωσαν ότι είχαν την πρώτη τους σεξουαλική επαφή πριν την ηλικία των 16 ετών. Ο συντελεστής Cronbach's alpha της κλίμακας των Steinberg

<sup>1</sup>Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου  
<sup>2</sup>ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.,  
Γραφείο HIV & Σ.Μ.Ν.

et al. (1994) ήταν 0,88. Οι φοιτητές που δήλωσαν μεγαλύτερη ηλικία έναρξης της σεξουαλικής τους επαφής ανέφεραν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη γονική μέριμνα ( $p=0,042$ ). Οι φοιτήτριες δήλωσαν υψηλότερα επίπεδα γονικής μέριμνας σε σχέση με τους φοιτητές ( $12,8\pm 2,38$  vs.  $11,14\pm 2,69$ ,  $p<0,001$ ). Η χρήση του προφυλακτικού στην πρώτη τους σεξουαλική επαφή δεν επηρεάστηκε από το επίπεδο της γονικής μέριμνας ( $12,18\pm 2,85$  vs  $11,14\pm 2,58$ ,  $p<0,963$ ). Οι φοιτητές που δήλωσαν πως τους τελευταίους 12 μήνες έχουν κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη γονική μέριμνα ( $10,22\pm 2,28$  vs.  $12,64\pm 2,52$ ,  $p<0,001$ ). Η δοκιμασία ANOVA έδειξε ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν συχνά ανοικτή επικοινωνία με τους γονείς τους είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη ηλικία έναρξης σεξουαλικής επαφής ( $16,18\pm 1,71$  vs.  $17,35\pm 1,80$  όσων δήλωσαν αρκετά συχνά,  $13,36\pm 1,58$  όσων δήλωσαν καθόλου).

**Συμπεράσματα:** Η μειωμένη γονική μέριμνα σχετίζεται με την πρώιμη ηλικία έναρξης των σεξουαλικών επαφών όχι όμως και με τη χρήση του προφυλακτικού στην πρώτη σεξουαλική επαφή.

## ΔΑ07

### Πληθυσμιακά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές οροθετικών στον HIV ατόμων

Α. Μπουτζίκας,<sup>1</sup> Ε. Κορνάρου,<sup>2</sup> Α. Χριστοφορίδου,<sup>2</sup> Σ. Μπελλεργίνος,<sup>3</sup> Β. Κατσιαώνη,<sup>1</sup> Δ. Λαγγας<sup>2</sup>

**Εισαγωγή:** Βασική επιδίωξη της παρούσας μελέτης αποτελεί, η συμπεριφοριστική επιτήρηση των HIV οροθετικών ατόμων. Η συλλογή στοιχείων και η ποσοτική ανάλυση αυτών, αναφορικά με τη συμπεριφορά των οροθετικών ατόμων, στο οικογενειακό, ερωτικό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη και στον περιορισμό της διάδοσης του ιού της ανοσοανεπάρκειας, ιδιαίτερα στις ομάδες υψηλού κινδύνου (ομοφυλόφιλοι και χρήστες ενέσιμων οπιοειδών ουσιών). Οι νέοι και πολύ περισσότερο τα άτομα τα οποία έχουν νοσήσει από τη λοίμωξη της ανοσοανεπάρκειας, δείχνουν να αδιαφορούν συστηματικά για τη λήψη προφυλάξεων, κατά τις ερωτικές τους συνεντεύξεις. Το γεγονός αυτό έρχεται να επαληθεύσει τα επίσημα στατιστικά στοιχεία, που καταδεικνύουν μία σταθερή αύξηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων

**Υλικό και Μέθοδοι:** Με τη χρήση ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου έγινε προσπάθεια αποτύπωσης των συνηθειών των οροθετικών ατόμων, των πεποιθήσεων και των βιωμάτων τους. Στόχος είναι η χρήση των δεδομένων για τη διαμόρφωση ορθών μελλοντικών πολιτικών υγείας αναφορικά με τον ιό HIV/AIDS και προτάσεις για την υιοθέτηση από τους οροθετικούς υπεύθυνων συμπεριφορών, έτσι ώστε να αποφευχθούν συνήθειες οι οποίες ενισχύουν τη διάδοση της HIV λοίμωξης. Βασική επιδίωξη της παρούσας εργασίας είναι: α) η καταγραφή της συμπεριφοράς των οροθετικών ατόμων στην καθημερινή τους κοινωνική, εργασιακή και προσωπική ζωή, β) η αποτύπωση συμπεριφορών στο οικογενειακό, εργασιακό και φιλικό περιβάλλον, γ) η καταγραφή παραμέτρων όπως: 1) στιγματισμός, 2) σεξουαλική συμπεριφορά, 3) ψυχοκοινωνικό ιστορικό, 4) διατροφικές συνήθειες, και δ) η σκιαγράφηση των κυριότερων αιτιών διάδοσης του HIV. Αναφορικά με τη μεθοδολογία της έρευνας, για τη διενέργεια της παρούσας μελέτης επιλέχθηκε ένα σύγχρονο ερευνητικό ερωτηματολόγιο. Για την επίτευξη των στόχων της έρευνας, τα ερωτήματα τα οποία τέθηκαν τους συμμετέχοντες οροθετικούς που επισκέπτονται το εξωτερικό ιατρείο ειδικών λοιμώξεων του Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός» και το «Κέντρο Ζωής»,

**Αποτελέσματα:** Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν: α) από 26-40 ετών (41%), β) μη χρήση προφυλακτικού 56,5% (εάν τους ζητηθεί), γ) δεν λαμβάνει ποτέ μέτρα προφύλαξης 8%, δ) μη γνωστοποίηση της οροθετικότητας τους ερωτικούς συντρόφους το 60%, ε) δεν έχει γνωστοποιήσει την οροθετικότητα 52,5%, στ) δηλώνει αγνοία για τις διατροφικές επιλογές που πρέπει να τηρήσει το 48%, στ) συνυπάρχον λοιμώδη νόσημα ηπατίτιδα Β 2,7% και C 1,9%, ζ) χρήση ναρκωτικών ουσιών και ι) 13% περιστασιακά και 65% κατά το παρελθόν.

**Συμπεράσματα:** Εφησυχασμός των νέων οροθετικών συμμετεχόντων απέναντι στον HIV. Συστηματική αποφυγή λήψης μέτρων προφύλαξης. Αποφυγή γνωστοποίησης της οροθετικότητας στο οικογενειακό, φιλικό, και ερωτικό περιβάλλον. Επικράτηση φαινομένων περιθωριοποίησης και στιγματισμού.

<sup>1</sup>Νοσηλεύτης Τ.Ε., Msc

<sup>2</sup>Επιστημονικός Συνεργάτης Ε.Σ.Δ.Υ

<sup>3</sup>Προϊστάμενος Σ.Ε.Υ.Π, MSc

## ΔΑ08

# Η συμβολή της κοινωνικής εργασίας στην ολοκληρωμένη φροντίδα ασθενών υπό αντιρετροϊκή θεραπεία στο χώρο του νοσοκομειακού φαρμακείου: Καταγραφή δημογραφικών στοιχείων, αναγκών και παρεχόμενων υπηρεσιών

*Μ. Μαλλιάρου,<sup>1,2</sup> Ν. Πιτσούνης,<sup>1</sup> Δ. Γεννηματά,<sup>2</sup> Φ. Μαρίνη,<sup>2</sup> Ι. Πεντεσπίτης,<sup>3</sup> Σ. Καούστου,<sup>1</sup> Μ. Χίνη,<sup>1</sup> Μ.Κ. Λαζανάς<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Γ' Παθολογικό Τμήμα, Μονάδα Λοιμώξεων Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

<sup>2</sup>Φαρμακείο, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

<sup>3</sup>Τμήμα Επιχειρηματικής Ευφυΐας & Διαχείρισης Δεδομένων, ΒΙΑΝΕΞ

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της συμβολής της Κοινωνικής Εργασίας στην ολοκληρωμένη φροντίδα ασθενών υπό αντιρετροϊκή θεραπεία.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμμετείχαν 210 ασθενείς της Μονάδας Λοιμώξεων του Ν.Ε.Ε.Σ. οι οποίοι παρέλαβαν την αντιρετροϊκή τους αγωγή από το φαρμακείο του Νοσοκομείου με τη συμβολή κοινωνικής λειτουργού, κατά το εξάμηνο Φεβρουαρίου-Ιουλίου 2013. Η καταγραφή δημογραφικών στοιχείων των ασθενών και παρεχόμενων υπηρεσιών από την κοινωνική λειτουργό πραγματοποιήθηκε μέσω ερωτηματολογίου και τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση excel®.

**Αποτελέσματα:** Η διάμεση τιμή του ηλικιακού εύρους του δείγματος ήταν 40-49 έτη (24-75). Το 91% του δείγματος ήταν άνδρες, 80% ήταν άγαμοι εκ των οποίων το 22% ήταν σε σχέση με άνδρα και 2% σε σχέση με γυναίκα, 13% έγγαμοι, 3% χήροι, 2% σε διάσταση και 2% διαζευγμένοι. 52% των ασθενών ζούσαν μόνοι τους, 29% με το σύντροφό τους, 13% με τους γονείς τους και 6% με άλλους συγγενείς. Το 27% είχε ανώτατη εκπαίδευση, 25% δευτεροβάθμια, 14% ανώτερη, 14% τίτλο ΙΕΚ, 10% μεταπτυχιακό τίτλο, 6% πρωτοβάθμια εκπαίδευση, 3% διδακτορικό τίτλο ενώ το 1% δεν είχε ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Το 33% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, 25% άνεργοι, 19% συνταξιούχοι, 12% ελεύθεροι επαγγελματίες, 8% δημόσιοι υπάλληλοι, 2% επιχειρηματίες και 1% οικοκυρές. Το 94% δήλωσε ως χώρα καταγωγής την Ελλάδα, 4% άλλες χώρες και 2% άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Το 58% του δείγματος είχε μηνιαίο εισόδημα μεταξύ 500 και 1.500€, 19% <500€, 12% >1.500€ και 11% ήταν άποροι. Το 69% του δείγματος ήταν ασφαλισμένο στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., 14% στην Κοινωνική Πρόνοια, 10% σε άλλα ασφαλιστικά ταμεία και 7% ήταν ανασφάλιστοι. Το 24% γνώριζε την HIV οροθετικότητα 4 χρόνια, 30% 8 χρόνια, 16% 12,5 χρόνια, 8% 16,5 χρόνια, 13% 21 χρόνια και 9% ≥25 χρόνια. Το 41% ελάμβανε αντιρετροϊκή θεραπεία 4 χρόνια, 22% 8 χρόνια, 12% 12,5 χρόνια, 11% 16,5 χρόνια, 11% 21 χρόνια και 3% ≥25 χρόνια. Κατά την προσέλευση στο φαρμακείο, το 38% ζήτησε διευκρινήσεις για δίμηνη συνταγογράφηση και το 37% διευκρινήσεις για την ορθή λήψη των αντιρετροϊκών. Επιπροσθέτως, το 50% ανέφερε ότι η παρουσία της κοινωνικής λειτουργού συνέβαλε στο αίσθημα εμπιστοσύνης προς τις Δομές Υγείας και το 33% στο αίσθημα οικειότητας, ενώ το 38% δήλωσε ότι συνέβαλε στην προμήθεια της αγωγής χωρίς ντροπή.

**Συμπεράσματα:** Η παρουσία της κοινωνικής λειτουργού στο χώρο του φαρμακείου διευκόλυνε τους ασθενείς με HIV λοίμωξη στην παραλαβή της αντιρετροϊκής θεραπείας και στην ορθή λήψη της. Επίσης, συνέβαλε εν μέρει στην ενίσχυση των αισθημάτων εμπιστοσύνης και οικειότητας των ασθενών προς τις Δομές Υγείας.



## ΔΑ09

### Ενημερωτικές παρεμβάσεις σε σχολικές μονάδες της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας και Θεσσαλίας με θέμα «HIV/AIDS-ΣΜΝ», στο πλαίσιο του προγράμματος «Κοινωνικό σχολείο» του Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων»

Φ. Γκόμα,<sup>1</sup> Σ. Χαλκίδου,<sup>2</sup> Ε. Μυλωνά,<sup>3</sup> Α. Ντάϊκου<sup>4</sup>

**Εισαγωγή:** Στο πλαίσιο εφαρμογής του προγράμματος «Κοινωνικό Σχολείο, 2014-2015» του Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων σε συνεργασία με το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Θεσσαλονίκης υλοποιήσε ενημερωτικές παρεμβάσεις σε Γυμνάσια και Λύκεια της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας και Θεσσαλίας. Ο σχεδιασμός του προγράμματος αφορούσε τη Γ΄ τάξη του Γυμνασίου και την Α΄ τάξη του Λυκείου. Το εν λόγω πρόγραμμα είχε πανελλήνια εφαρμογή.

**Σκοπός:** Η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση του μαθητικού πληθυσμού για τον HIV/AIDS και για τους τρόπους προφύλαξης-μετάδοσης των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ). Επιπλέον, στόχος ήταν η υιοθέτηση υγιούς συμπεριφοράς και η τήρηση των μέτρων πρόληψης.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Προγραμματίστηκαν ενημερωτικές παρεμβάσεις σε Γυμνάσια και Λύκεια της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας και Θεσσαλίας. Ο χρόνος υλοποίησης ήταν από τον Σεπτέμβριο του 2014 έως τον Μάιο του 2015. Παρουσιάστηκε ηλεκτρονικό ενημερωτικό υλικό με θέμα «HIV/AIDS-ΣΜΝ» στις τάξεις εφαρμογής του προγράμματος και διανεμήθηκε έντυπο ενημερωτικό υλικό. Η υλοποίηση των παρεμβάσεων στηρίχθηκε και σε βιωματικές μεθόδους διδασκαλίας.

**Αποτελέσματα:** Για το ακαδημαϊκό έτος 2014-2015 το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Θεσσαλονίκης, συνολικά υλοποίησε 101 ενημερωτικές παρεμβάσεις σε 148 σχολικές μονάδες της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας και Θεσσαλίας με θέμα «HIV/AIDS-ΣΜΝ». Ο αριθμός του μαθητικού πληθυσμού που ενημερώθηκε ήταν 7.576. Από τις 101 σχολικές μονάδες στις οποίες υλοποιήθηκε ενημερωτική παρέμβαση, οι 91 αφορούσαν το πρόγραμμα του «Κοινωνικού Σχολείου». Το 93,2% των ενημερωτικών παρεμβάσεων ήταν για το πρόγραμμα «Κοινωνικό Σχολείο». Επί του συνολικού αριθμού των μαθητών που ενημερώθηκαν σχετικά με την εν λόγω θεματολογία, οι 7.235 ήταν μαθητές σχολικών μονάδων που παρακολούθησαν το πρόγραμμα «Κοινωνικό Σχολείο».

**Συμπεράσματα:** Η ενημέρωση-ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση του μαθητικού πληθυσμού σχετικά με τον HIV/AIDS και τα ΣΜΝ καθορίζουν την υιοθέτηση υγιούς συμπεριφοράς. Οι ενημερωτικές παρεμβάσεις υπηρετούν σταθερά τον σκοπό προαγωγής υγείας των μαθητών.

## ΔΑ10

### Εφαρμογή του εργαλείου ποιότητας “Participatory Quality Development” (PQD): Προάγοντας και Βελτιώνοντας την πρόληψη των Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (ΣΜΝ), μέσα από τη διαδικασία μιας ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας

Σ. Χαλκίδου,<sup>1</sup> Φ. Γκόμα,<sup>2</sup> Β. Κοντέ<sup>3</sup>

**Σκοπός:** Η εφαρμογή του εργαλείου ποιότητας “PQD”, στην προκαταρκτική φάση αλλά και κατά τη διάρκεια των συναντήσεων ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας με στόχο την προαγωγή και τη βελτίωση της πρόληψης, σε σχέση με τον HIV και τα υπόλοιπα ΣΜΝ. Απώτερος στόχος η ενδυνάμωση και εκπαίδευση

<sup>1</sup>Συμβουλευτική Ψυχολόγος, Υπεύθυνη ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup>Ψυχολόγος Υγείας, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ Θεσσαλονίκης

<sup>3</sup>Επισκέπτρια Υγείας, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ Θεσσαλονίκης

<sup>4</sup>Μικροβιολόγος, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ Θεσσαλονίκης

<sup>1</sup>Ψυχολόγος Υγείας,

ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup>Συμβουλευτική Ψυχολόγος, Υπεύθυνη ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Θεσσαλονίκης

<sup>3</sup>Ιατρός, Συντονίστρια/Επιστ.

Υπεύθυνη Ευρωπαϊκής Κοινής

Δράσης QHP, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Λεσβιών, Ομοφυλόφιλων, Αμφισεξουαλικών και Τρανσέξουαλ (ΛΟΑΤ) ατόμων, για την υιοθέτηση σεξουαλικής συμπεριφοράς με ασφάλεια.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Εφαρμόστηκε το εργαλείο ποιότητας "PQD". Ειδικότερα, οι μέθοδοι που εφαρμόστηκαν ήταν: Α) ανοιχτή συζήτηση (Open Space) και Β) ομάδες εστίασης.

**Αποτελέσματα:** Με την εφαρμογή του εργαλείου ποιότητας "PQD" επιτεύχθηκε η ενεργή συμμετοχή στον σχεδιασμό, στην οργάνωση αλλά και στην όλη διαδικασία της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας των ΛΟΑΤ ατόμων. Ειδικότερα, αποφασίστηκε η διεξαγωγή ανοιχτής συζήτησης, ο σχεδιασμός αφισών για τη διαφήμιση της ανοιχτής συζήτησης αλλά και της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας καθώς και διαφήμιση στο διαδίκτυο και σε τοπικούς ραδιοφωνικούς σταθμούς, για την καλύτερη δυνατή ενημέρωση της ομάδας στόχου. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν 22 ψυχοεκπαιδευτικές συναντήσεις στη διάρκεια των οποίων, βασική μέθοδος της διαδικασίας ήταν οι ομάδες εστίασης. Στην ψυχοεκπαιδευτική ομάδα συμμετείχαν 15 άτομα και την συντόνισαν 2 ψυχολόγοι. Η ποιοτική και ποσοτική αξιολόγηση της όλης διαδικασίας έδειξε ότι όλα τα μέλη είχαν θετική εκτίμηση της συμμετοχής τους στην ομάδα και δήλωσαν έντονη επιθυμία για συνέχισή της σε μηνιαία βάση.

**Συμπεράσματα:** Το εργαλείο ποιότητας "PQD", προϋποθέτει την ενεργή εμπλοκή και συμμετοχή όλων των μελών της ομάδας, σε κάθε φάση της εφαρμογής του, από την έναρξη έως και την ολοκλήρωσή του. Επιπλέον, η χρήση του εργαλείου δίνει την ευκαιρία για αλλαγές και διορθώσεις κατά τη διάρκεια της χρήσης του. Προάγει την επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της ομάδας και δίνει τη δυνατότητα να αναδυθούν και να συζητηθούν τα θέματα που απασχολούν και προβληματίζουν την ομάδα στόχο. Άτομα με παρόμοιες ανάγκες, προβληματισμούς και ενδιαφέροντα, είχαν τη δυνατότητα να αλληλεπιδράσουν και να συμμετέχουν από κοινού στην εφαρμογή του εργαλείου.

## ΔΑ11

### Μελέτη επιπολασμού σύφιλης κατά την τελευταία διετία σε ασθενείς με HIV λοίμωξη

*Κ. Αυγουλέα,<sup>1</sup> Γ. Αυγουλέας,<sup>2</sup> Δ. Παρασκευά,<sup>2</sup> Ε. Φριλίγκου,<sup>2</sup> Π. Χατζηνάστρου,<sup>2</sup> Β. Μάμαλη,<sup>1</sup> Ο. Ζαρκωτού,<sup>1</sup> Κ. Θέμελη-Διγαλάκη,<sup>1</sup> Γ. Χρύσος<sup>2</sup>*

**Σκοπός:** Η συνύπαρξη διαφορετικών σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων συχνά συμβάλλει στη συνεργική επιδείνωση της κλινικής εικόνας και πρόγνωσης των ασθενών. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή της συννοσηρότητας από HIV και *Treponema pallidum* σε Μονάδα Λοιμώξεων τριτοβάθμιου νοσοκομείου κατά τη διετία 2014-2015.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Στο πλαίσιο του τακτικού ορολογικού ελέγχου των ασθενών με HIV λοίμωξη, 296 HIV θετικοί ασθενείς (257 άνδρες, μέση ηλικία 36,5 έτη) διερευνήθηκαν για σύφιλη. Η μη τρεπονημική δοκιμή που χρησιμοποιήθηκε ήταν το τεστ ταχείας αντιδρασίνης πλάσματος (RPR) (Omega Diagnostics). Η επιβεβαίωση των θετικών αποτελεσμάτων έγινε με ELISA (DRG Diagnostics), ενώ για τα αμφισβητούμενα δείγματα χρησιμοποιήθηκε και η μέθοδος απορρόφησης φθορίζοντος τρεπονημικού αντισώματος (FTA-Abs) (ALPHADIA SA/NV).

**Αποτελέσματα:** Από τους ασθενείς που ελέγχθηκαν 59/296 (19,9%) βρέθηκαν θετικοί στις μη τρεπονημικές δοκιμές. Οι 55/59 (93,2%) ήταν άνδρες με μέση ηλικία τα 32,5 έτη. Σύμφωνα με τα τρεπονημικά τεστ, 28/55 (50,9%) είχαν αρνητικούς τίτλους αντισωμάτων για σύφιλη. Από τους υπόλοιπους 27/55, παρατηρήθηκε ότι οι 18 (66,7%) είχαν παλαιά λοίμωξη με τίτλους αντισωμάτων IgG >9 και IgM <10, ενώ από τους 9 με πρόσφατη λοίμωξη, οι 6 (66,7%) εμφάνιζαν ορολογική εικόνα με τίτλους αντισωμάτων IgG >9 και IgM >10 και οι 3 (33,3%) παρουσίαζαν τίτλους αντισωμάτων IgG <9 και IgM >10. Όλες οι γυναίκες εμφάνιζαν τίτλους αντισωμάτων IgG και IgM <9 και <10 αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Δεδομένης της συχνής ασυμπτωματικής μετάδοσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων, η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της συφιλιδικής λοίμωξης σε HIV ασθενείς

<sup>1</sup>Εργαστήριο Κλινικής Μικροβιολογίας, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»  
<sup>2</sup>Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

αποτελεί τη μόνη αποτελεσματική μέθοδο πρόληψης των δυνητικά απειλητικών για τη ζωή εκδηλώσεων της σύφιλης στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Αφού τεθεί η διάγνωση της σύφιλης επιβάλλεται ο έλεγχος για νευροσύφιλη. Ο αλγόριθμος διερεύνησης για συνύπαρξη λοίμωξης από *Treponema pallidum* πρέπει να βασίζεται στον συνδυασμό τρεπονημικών και μη τρεπονημικών δοκιμών. Ψευδώς θετικές αντιδράσεις στα μη τρεπονημικά τεστ μπορούν να εμφανιστούν σε ιογενείς λοιμώξεις όπως και σε λέμφωμα, φυματίωση, ελονοσία, ενδοκαρδίτιδα, νόσο του συνδετικού ιστού και κύηση.

## ΔΑ12

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΥ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ

*Φ. Στεργίου, Ν. Τσόγκας, Σ. Καούστου, Α. Λιονή, Ν. Κοσμάς, Α. Μουστακλή, Μ. Όμπαση, Μ. Χίνη*

**Σκοπός:** Η HIV λοίμωξη συνδέεται συχνά με εκδηλώσεις από το δέρμα και τους βλεννογόνους. Καταγράφεται η εμπειρία του δερματολόγου μιας Μονάδας Λοιμώξεων.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Κατά το διάστημα της τελευταίας διετίας (2014-2015) καταγράφηκαν οι δερματολογικές εκδηλώσεις ασθενών με HIV λοίμωξη, οι οποίοι εξετάστηκαν στο Δερματολογικό Εξωτερικό Ιατρείο της ΜΕΛ του Ν.Ε.Ε.Σ. και αναλύθηκαν τα επιδημιολογικά τους στοιχεία.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά εξετάστηκαν 172 ασθενείς, 153 (89%) άνδρες και 19 (11%) γυναίκες, με μέση ηλικία 41,4 έτη (19-76). Οι 141 (82%) ήταν MSM, οι 23 (13%) ετεροφυλόφιλοι και 8 (5%) χρήστες ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών. Δώδεκα (7%) είχαν συλλοίμωξη με HBV και/ή HCV και 136 (79%) ελάμβαναν HAART. Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσίασαν πέραν της μίας δερματοπάθειας, ενώ κάποιοι εξ αυτών υποβάλλονταν σε θεραπεία στο Εξωτερικό Δερματολογικό Ιατρείο (κρουοθεραπεία με υγρό άζωτο) και ήταν σε τακτική παρακολούθηση. Το εύρος των δερματολογικών παθήσεων περιελάμβανε: α) Καιροσκοπικά νοσήματα: σάρκωμα Kaposi, εκτεταμένος έρπης ζωστήρ, διάσπαρτος δερματικός απλός έρπης. β) Δερματοπάθειες συνδεόμενες με την HIV λοίμωξη και την HAART: έρπης ζωστήρ/IRIS, κνησμός-ξηροδερμία, φαρμακευτικά εξανθήματα, μολυσματική τέρμινθος, μελάγχρωση δέρματος/ονύχων, αυξημένη τριχόρροια, απώλεια τριχών κορμού/ άκρων, τριχωτή λευκοπλακία. γ) Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα: σύφιλη (ελκωτική βλάβη σε βλεννογόνο, συφιλιδική ροδάνθη, συφιλιδικές βλατίδες σε παλάμες-πέλματα, συφιλιδικές πλάκες, συφιλιδική αλωπεκία), HPV/οξυτενή κονδυλώματα, HSV (πρώτο επεισόδιο, υποτροπή), αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα και ουρηθρίτιδες (γονοκοκκική και μη). δ) Δερματοπάθειες ποικίλης αιτιολογίας (λοιμώδεις και μη): ιογενείς (έρπης ζωστήρ, HPV/μυρμηκικές), βακτηριδιακές (θυλακίτιδα, ερύθρασμα, μολυσματικό κηρίο, δοθιήνωση), επιπολής μυκητιάσεις (καντιντίαση, δερματοφυτία, ποικιλόχρους πιτυρίαση), παρασιτικά νοσήματα (ψώρα, φθειρίαση), βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (BCC), σμηγματοροϊκή δερματίτιδα, έκζεμα, λειχήνας, ψωρίαση, ακμή-ροδόχρους νόσος, γυροειδής αλωπεκία, αγγειίτιδα μικρών αγγείων, σπίλοι. Σύμφωνα και με τα διεθνή δεδομένα, παρατηρήθηκε ότι ασθενείς με βαθύτερη ανοσοκαταστολή εμφανίζουν ορισμένα κοινά δερματολογικά νοσήματα με μορφή εκτεταμένη, χρόνια και υποτροπιάζουσα.

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με HIV λοίμωξη εμφανίζουν, συχνά, δερματολογικά νοσήματα συνδεόμενα ή μη με τη νόσο και τη θεραπεία της, που χρήζουν παρακολούθησης, θεραπείας και συνεργασίας με άλλες ειδικότητες. Η παρουσία δερματολόγου στη Μονάδα Λοιμώξεων κρίνεται επωφελής για την ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών με HIV λοίμωξη.

Γ' Παθολογικό  
Τμήμα-Μονάδα Λοιμώξεων,  
Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-  
Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

## ΔΑ13

### Μελέτη του πληθυσμού των HIV(+) χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών σε Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων του Πειραιά

Π. Χατζηάστρας,<sup>1,2</sup> Δ. Παρασκευά,<sup>1,2</sup> Π. Μιστυλής,<sup>1</sup> Ε. Φριλίγκου,<sup>1</sup> Χ. Τσιάρα,<sup>2</sup> Μ. Πύλλη,<sup>2</sup> Γ. Χρύσος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Λοιμώξεων,  
Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»  
<sup>2</sup>Κέντρο Ελέγχου και  
Πρόληψης Νοσημάτων  
(ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει τη σύνθεση του πληθυσμού των HIV(+) ΧΕΝ που παρακολουθούνται στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων (ΜΕΛ) και να διερευνήσει το κατά πόσο έχουν μεταβληθεί τα επιμέρους χαρακτηριστικά τους με την πάροδο του χρόνου, μετά την κατακόρυφη αύξηση των νέων διαγνώσεων HIV(+) ΧΕΝ και την αλλαγή των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών των τελευταίων ετών.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 37 ΧΕΝ που διαγνώστηκαν κατά την περίοδο 1993-2014. Το δείγμα χωρίστηκε σε 2 ομάδες, Α και Β. Την ομάδα Α αποτελούσαν οι ΧΕΝ που διαγνώστηκαν πριν την «επιδημία» του 2010-2011, ενώ την ομάδα Β αυτοί που διαγνώστηκαν μετά. Ακολούθησε η σύγκριση μεταξύ των επιμέρους παραμέτρων του κάθε πληθυσμού όπως: ηλικιακή σύνθεση, μέγεθος πληθυσμού, χρόνος έναρξης αντιρετροϊκής θεραπείας, βαθμός συμμόρφωσης με τη θεραπεία αλλά και με την παρακολούθησή.

**Αποτελέσματα:** Την ομάδα Α αποτέλεσαν 13 ΧΕΝ (10 άνδρες). Η μέση /διάμεση ηλικία τους κατά τη στιγμή της διάγνωσης είναι 30,1/32 έτη, ενώ ο μέσος/διάμεσος χρόνος από τη διάγνωση μέχρι την έναρξη της αντιρετροϊκής θεραπείας ήταν 31/11 μήνες. Από αυτούς τους ασθενείς οι 6 κατέληξαν, ενώ οι υπόλοιποι εξακολουθούν να παρακολουθούνται στη ΜΕΛ έχοντας ικανοποιητική συμμόρφωση. Την ομάδα Β αποτέλεσαν 24 ΧΕΝ (23 άνδρες) με μέση/διάμεση ηλικία 33,5/32,5 έτη και μέσο/διάμεσο χρόνο μέχρι την έναρξη αγωγής 11,1/7,5 μήνες. Από αυτούς τους ασθενείς οι 2 δεν έχουν πλέον καμία επαφή με τη ΜΕΛ, οι 5 δεν είναι συνεπείς ως προς την παρακολούθηση και τη συμμόρφωσή τους, ενώ οι υπόλοιποι παρακολουθούνται κανονικά και λαμβάνουν τακτικά την αντιρετροϊκή θεραπεία.

**Συμπεράσματα:** Η ομάδα Β των ΧΕΝ είναι σαφώς μεγαλύτερη (σχεδόν διπλάσια, αν και οι ασθενείς διαγνώστηκαν μέσα σε πολύ μικρότερο χρονικό διάστημα) σε σχέση με την ομάδα Α, γεγονός αναμενόμενο λόγω της κατακόρυφης αύξησης των κρουσμάτων HIV(+) ΧΕΝ στην Αττική μετά το 2010. Η μέση ηλικία των ασθενών κατά τη στιγμή της διάγνωσης δεν διαφέρει σημαντικά στις δύο ομάδες. Η μέση διάρκεια από τη στιγμή της διάγνωσης έως την έναρξη της αντιρετροϊκής θεραπείας ήταν μικρότερη στην ομάδα Β, γεγονός που ενδεχομένως αντικατοπτρίζει τη σύγχρονη τάση για πιο πρώιμη έναρξη θεραπείας στους HIV(+) ασθενείς και ιδιαίτερα στους χρήστες και σε περιπτώσεις συλλοίμωξης με ηπατίτιδα. Τέλος, όσον αφορά στη συμμόρφωση των ΧΕΝ στη θεραπεία και στην παρακολούθησή φαίνεται ότι οι παλαιότεροι ασθενείς είναι περισσότερο συνεπείς από τους νεότερους, γεγονός όμως που θα μπορούσε να αποδοθεί στο ότι οι μη συμμορφούμενοι είναι εκείνοι που έχουν αποβιώσει.

## ΔΑ14

### Καταγραφή δευτερευουσών μεταλλάξεων στους αναστολείς ιντεγκράσης σε οροθετική γυναίκα με κακή συμμόρφωση στην αντιρετροϊκή αγωγή

Θ. Χρυσανθίδης,<sup>1</sup> Π. Κολλάρας,<sup>1</sup> Ε. Παπαδημητρίου,<sup>2</sup> Ο. Τσακουρίδου,<sup>1</sup> Α. Μαργαρίτη,<sup>2</sup> Α. Κουρελής,<sup>2</sup> Ζ. Αντωνιάδου,<sup>2</sup> Δ. Χατζηδημητρίου,<sup>2</sup> Λ. Σκούρα,<sup>2</sup> Ν. Μαλισιόβας,<sup>2</sup> Σ. Μεταλλίδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων,  
Α' Παθολογική Κλινική,  
Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»  
<sup>2</sup>Κέντρο Αναφοράς AIDS  
Βορείου Ελλάδος,  
Α' Εργαστήριο Μικροβιολογίας,  
Ιατρικό Τμήμα, Α.Π.Θ.

Η περίπτωση που περιγράφεται αφορά οροθετική γυναίκα, η οποία διαγνώστηκε τον Ιανουάριο του 1996 στα πλαίσια προγεννητικού ελέγχου (16<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης) και υποβλήθηκε εξαρχής σε αντιρετροϊκή αγωγή, εξαιτίας της κύησης αλλά και του χαμηλού αριθμού CD4 T λεμφοκυττάρων.

Η συμμόρφωση της ασθενούς στην αγωγή ήταν πάντοτε κακή στα διάφορα θεραπευτικά σχήματα τα οποία τροποποιούνταν πολλαπλώς, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι μεταλλάξεις από πλευράς του ιού αλλά και οι παρενέργειες της HAART. Ο εργαστηριακός έλεγχος μετά την τελευταία τροποποίηση της αγωγής (TDF/FTC+SQV/r+RAL) στην οποία δεν υπήρχε συμμόρφωση για μια ακόμη φορά έδειξε αύξηση του ιικού φορτίου, μικρή πτώση των CD4 και παρουσία δευτερευουσών μεταλλάξεων (T97A) που συσχετίζονται με αντοχή στους αναστολείς ιντεγκράσης Elvitegravir και Raltegravir σε συνδυασμό με τις μεταλλάξεις που είχαν ανιχνευτεί σε προηγούμενα δείγματα της ασθενούς και αφορούσαν την αντοχή σε NNRTIs και σε ορισμένους από τους NRTIs. Η περίπτωση αυτή είναι η πρώτη που καταγράφεται αντοχή στους αναστολείς ιντεγκράσης σε θεραπευμένο ασθενή της Μονάδας μας.

## ΔΑ15

### Σπάνια περίπτωση οισοφαγίτιδας από τον ανθρώπινο ιό των κονδυλωμάτων (HPV) σε ασθενή με προχωρημένη HIV λοίμωξη

*Α. Σπανού, Δ. Καββαθά, Λ. Μαρέντης, Γ. Στακαλλής, Κ. Πρωτοπαπός, Α. Καμπόλη, Γ. Βλαχονικολού, Χ. Μάλλη, Δ. Πολύμερος, Π. Καρακίτσος, Ι. Παναγιωτίδης, Γ. Πουλάκου, Α. Αντωνιάδου, Α. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>*

Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

**Εισαγωγή:** Η οισοφαγίτιδα από καιροσκοπικά νοσήματα χαρακτηρίζει το συμπτωματικό στάδιο της νόσου HIV. Η *candida albicans* αποτελεί την πιο κοινή ευκαιριακή λοίμωξη, ενώ σπανιότερα περιγράφονται έλκη οισοφάγου από μεγαλοκυταροϊό, απλό έρπητα και από τον ίδιο τον ιό του HIV.

**Σκοπός:** Θα περιγράψουμε σπάνια περίπτωση οισοφαγικού έλκους από HPV σε ασθενή με πρωτοδιάγνωση λοίμωξης από HIV. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αν και παρουσία HPV υπάρχει σε βιοπτικό υλικό ασυμπτωματικών ασθενών, μόνο μία αντίστοιχη περίπτωση συμπτωματικού έλκους αναφέρεται.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Άντρας, ετών 49 με πρόσφατη διάγνωση HIV λοίμωξης λόγω εμμένουσας δυσφαγίας, οδυνοφαγίας, σημαντικής απώλειας βάρους, καταβολής δυνάμεων και στοματοφαρυγγικής καντιντίασης μη ανταποκρινόμενης σε αγωγή με φλουκοναζόλη, παραπέμφθηκε για περαιτέρω διερεύνηση. Τα CD4 ήταν 6 /μL. Η γαστροσκόπηση ανέδειξε μυκητιασική οισοφαγίτιδα και μεγάλο, ρυπαρό έλκος με εξοιδημένα χείλη, δυό πολυποειδείς εκβλαστήσεις κατώτερου οισοφάγου και γενικευμένο οίδημα, ερυθρότητα και απουσία περίστασης στομάχου ενδεικτικό πλαστικής λινίτιδος. Η βιοψία του έλκους οισοφάγου ανέδειξε ενδοεπιθηλιακή υπερπλασία, πυκνή διήθηση από οξεία και χρόνια κυτταρική φλεγμονή και κοιλοκύτταρα, εικόνα συμβατή με λοίμωξη από HPV, ενώ πολλαπλές βιοψίες στομάχου ήταν αρνητικές για κακοήθεια.

**Αποτελέσματα:** Ο μοριακός έλεγχος της οισοφαγικής βλάβης ήταν θετικός για HPV τύπου 6 και αρνητικός για CMV και ερπητοϊούς. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με αντιμυκητιασική αγωγή αρχικώς με εχινοκανδίνη και κατόπιν με φλουκοναζόλη και έγινε έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής. Παρά την αγωγή ο ασθενής παρουσίαζε συνεχιζόμενη έντονη δυσφαγία και οδυνοφαγία, με αποτέλεσμα έντονη απίσχναση και ελλιπή συμμόρφωση στην αντιρετροϊκή αγωγή. Η νοσηλεία του επιπλέχτηκε με μικροβιαμία από κεντρική φλεβική γραμμή. Μετά τρίμηνη νοσηλεία παρουσίασε σταδιακή βελτίωση της φυσικής του κατάστασης και της δυσφαγίας. Σε επαναληπτική ενδοσκόπηση υπήρξε μεγάλη βελτίωση του οισοφαγικού έλκους και της υπεραιμίας στομάχου.

**Συμπεράσματα:** Οισοφαγικά έλκη από τον ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων πρέπει να περιλαμβάνονται στη διαφοροδιάγνωση επίμονων ελκών σε ασθενείς με προχωρημένη HIV λοίμωξη. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας η χορήγηση αντιρετροϊκής αγωγής θεωρείται η μόνη θεραπευτική παρέμβαση.

## ΔΑ16

### Σπονδυλοδισκίτιδα και παρασπονδυλικά αποστήματα από *Streptococcus pneumoniae*

Ι. Μπληζιώτης, Γ. Ξυλωμένος, Ν. Παΐσιος, Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης

**Εισαγωγή:** Ο πνευμονιόκοκκος, πέρα από την προδιάθεση να προκαλεί λοιμώξεις αναπνευστικού με αυξημένη συχνότητα σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς και ειδικά σε HIV οροθετικούς, φαίνεται ότι δύναται να προκαλέσει διεισδυτικές λοιμώξεις σε άτυπες ανατομικές θέσεις.

**Περιγραφή περιστατικού:** Ασθενής 72 ετών, οροθετική από δεκαετίας υπό ART και ελεύθερο λοιπό ατομικό αναμνηστικό πέρα από γενικευμένη οστεοαρθροπάθεια, παρουσίασε επί δεκαήμερου πυρετό με ρίγος, γενικευμένες αρθραλγίες, άλγος ράχης και οσφυοίσχιαλγία. Ο πυρετός δεν είχε συγκεκριμένη χρονική κατανομή στη διάρκεια της ημέρας. Ο αρχικός έλεγχος της ασθενούς ανέδειξε λευκοκυττάρωση (WBC 14.200/ μl, NEU 88,5%), αύξηση δεικτών φλεγμονής (CRP 315 mg/dl), ενώ εντός 48ωρου μετά την εισαγωγή από αιμοκαλλιέργειες απομονώθηκε gram θετικός κόκκος. Στον επείγοντα απεικονιστικό έλεγχο (CT ΘΜΣΣ-ΟΜΣΣ) αναδείχθηκε: μαλακός ιστός προσπονδυλικά και παρασπονδυλικά στο ύψος Θ10-Θ12. Περαιτέρω έλεγχος με MRI ΘΜΣΣ-ΟΜΣΣ ανέδειξε: απόστημα αριστερού ψοϊτή διαμέτρου (δ) ~1 εκ., απόστημα πολυσχιδών μυών δ ~2,5 εκ. από τον Ο2 ως τον Ι1, συλλογές στον πρόσθιο επισκληρίδιο χώρο Θ10-Θ12 και Ο4-Ο5 με πίεση επί του μηνιγγικού σάκου, στένωση Ο5-Ι1 με πρόπτωση μεσοσπονδυλίου δίσκου και σπονδυλοδισκίτιδα Ο4-Ο5. Μετά από νευροχειρουργική εκτίμηση αποφασίστηκε συντηρητική αντιμετώπιση. Τελικά, οι αιμοκαλλιέργειες που λήφθηκαν κατά την εισαγωγή της ασθενούς ανέδειξαν πολυευαίσθητο στέλεχος *Streptococcus pneumoniae*. Έγινε περαιτέρω επιβεβαίωση με ανεύρεση αντιγόνου του πνευμονιοκόκκου στο αίμα και στα ούρα. CT θώρακα ανέδειξε πυκνοατελεκτασία δεξιού κάτω λοβού ενώ διαθωρακικό triplex καρδιάς δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα ή εκβλαστήσεις. Η ασθενής έλαβε αγωγή με λινεζολίδη και λεβοφλοξασίνη για 8 ημέρες με σημαντική βελτίωση. Εξήλθε με μονοθεραπεία με λεβοφλοξασίνη. Επανελέγχος με MRI στην περιοχή μετά από ένα μήνα ανέδειξε μείωση του αποστήματος Θ10-Θ12 χωρίς άλλες αλλαγές, οπότε προστέθηκε στην αγωγή εκ νέου λινεζολίδη η οποία όμως διεκόπη λόγω εμμένουσας αναιμίας. Μετά από έλεγχο η αναιμία απεδώθηκε σε γαστρορραγία που οφειλόταν σε αγγειοδυσπλασίες στομάχου. Τελικώς, η ασθενής εξήλθε με συνδυασμένη αγωγή αμοξυκιλίνης/κλαβουλανικού οξέος και σιπροφλοξασίνης. Έλαβε αγωγή συνολικά για 6 μήνες οπότε και την ολοκλήρωσε βάσει σημαντικής βελτίωσης και σταθεροποίησης των απεικονιστικών ευρημάτων.

**Συμπεράσματα:** Οι διεισδυτικές πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις μπορεί να αφορούν σε ποικιλία ανατομικών θέσεων, ιδίως σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Περίπου 5% των διεισδυτικών λοιμώξεων μπορεί να προκαλέσουν σπονδυλοδισκίτιδα ή παρασπονδυλικά αποστήματα. Οι λίγες καταγεγραμμένες αναφορές πνευμονιοκοκκικής σπονδυλοδισκίτιδας και παρασπονδυλικών αποστημάτων αφορούν κυρίως σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, αλκοολικούς αλλά και λίγους με οστεοαρθροπάθεια μόνο. Όλες οι περιπτώσεις αφορούν σε λοιμώξεις κοινότητας και δεν σχετίζονται με επεμβάσεις στην περιοχή. Ελάχιστες αναφορές υπάρχουν σε ασθενείς με HIV, που δεν επιτρέπουν ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων για αυτή την ομάδα ασθενών.

## ΔΑ17

### Χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία σε ασθενή με Σ.Ε.Α.Α και ιστορικό λεμφώματος Hodgkin

Β. Ρωμανού, Γ. Ξυλωμένος, Ι. Μπληζιώτης, Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης

**Εισαγωγή:** Είναι γνωστή η αυξημένη επίπτωση της νόσου Hodgkin (HD) σε ασθενείς με HIV λοίμωξη. Αντιθέτως, έχουν περιγραφεί σποραδικές μόνο περιπτώσεις Χρονίας Λεμφοκυτταρικής Λευχαιμίας

(ΧΛΛ) σε ασθενείς με HIV λοίμωξη. Ακολουθεί η περιγραφή οροθετικού ασθενούς της Μονάδας Λοιμώξεων του νοσοκομείου μας, ο οποίος διαγνώστηκε αρχικά με νόσο Hodgkin και ακολούθως με ΧΛΛ.

**Περιγραφή περιστατικού:** Άνδρας 53 ετών, ελληνικής καταγωγής, με ιστορικό HIV λοίμωξης από 10ετία υπό αγωγή με efavirenz και abacavir/lamivudine, με επαρκή CD4 (1153, 10,93%) και μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο. Ατομικό αναμνηστικό λεμφώματος Hodgkin λεμφοπενικού τύπου (+CD15, +CD30) προ 7ετίας (σταδίου 1A) για την οποία έλαβε 2 κύκλους ΧΜΘ και υπεβλήθη σε 17 συνεδρίες ακτινοθεραπειών. Ο ασθενής παρουσίασε από 4ετίας προσοδευτική αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων και από 1,5 έτους λευκοκυττάρωση με λεμφοκυτταρικό τύπο (WBC:  $27,00 \times 10^3/\mu\text{L}$  - LYM:  $13,7 \times 10^3/\text{MI}$ ). Η κυτταρομετρία ροής ανέδειξε CD5+B κάππα μονοκλωνικά B λεμφοκύτταρα με φαινοτυπικά χαρακτηριστικά B-ΧΛΛ (CD20+, CD23+, CD43+) (στάδιο A κατά Binet και χαμηλού κινδύνου κατά Rai-Sawitsky).

**Συμπεράσματα:** Η ΧΛΛ αποτελεί τη συχνότερη μορφή χρόνιας λευχαιμίας στον Δυτικό κόσμο. Αν και οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή της παραμένουν άγνωστοι, φαίνεται ότι το άρρεν φύλο, το θετικό οικογενειακό ιστορικό, η λευκή φυλή, η εκτός Ασίας καταγωγή και ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου. Επιπρόσθετα, η ανοσοκαταστολή από τον ιό HIV τριπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης λευχαιμίας. Ο ασθενής μας εκτός από HIV θετικός είχε ιστορικό θεραπευθείσας HD. Είναι γνωστό ότι η ΧΛΛ μπορεί να εξελιχθεί σε λέμφωμα (NHL) σε ποσοστό ~5%, αλλά η μετάπτωση σε νόσο Hodgkin, είναι σπανιότερη. Το αντίθετο, δηλαδή εμφάνιση ΧΛΛ μετά από HD είναι εξαιρετικά σπάνια.

## ΔΑ18

### Περιγραφή κλινικής περίπτωσης με πολυκεντρική νόσο Castleman και λεμφαδενοπάθεια σχετιζόμενη με σάρκωμα Kaposi

Φ. Βασιλαρά,<sup>1</sup> Γ. Σιακαλλής,<sup>2</sup> Α. Σπυριδάκη,<sup>1</sup> Γ. Ποθητός,<sup>1</sup> Α. Δελνβελιώτου,<sup>1</sup> Θ. Γεωργιάδης,<sup>1</sup> Κ. Πρωτοπαπιάς,<sup>2</sup> Α. Σπανού,<sup>2</sup> Δ. Καββαθά,<sup>2</sup> Α. Αντωνιάδου,<sup>2</sup> Γ. Πουλάκου,<sup>2</sup> Α. Παπαδόπουλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Θεραπευτήριο «Υγεία»  
<sup>2</sup>Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

**Σκοπός:** Η περιγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών, της διάγνωσης και της θεραπευτικής έκβασης κλινικής περίπτωσης οροθετικού ασθενή με πολυκεντρική νόσο Castleman και λεμφαδενοπάθεια σχετιζόμενη με σάρκωμα Kaposi.

**Περιγραφή περιστατικού:** Πρόκειται για άντρα 42 ετών με παρατεινόμενο εμπύρετο από μηνός, γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, ηπατοσπληνομεγαλία και πρωτοδιάγνωση HIV λοίμωξης (CD4: 478 και VL: 3080) με συνοδό αύξηση εργαστηριακών δεικτών φλεγμονής. Η βιοψία τραχηλικού και βουβωνικού λεμφαδένα ήταν ενδεικτική πολυκεντρικής νόσου Castleman σχετιζόμενης με τον ιό HIV, ενώ παράλληλα ανέδειξε λεμφαδενοπάθεια επί εδάφους σαρκώματος Kaposi. Η ανοσοϊστοχημεία ήταν θετική για HHV-8 latency – associated nuclear antigen (LANA), ενώ ο έλεγχος με RT-PCR ανέδειξε υψηλά επίπεδα HHV-8 DNA τόσο στο πλάσμα όσο και τα περιφερικά λευκοκύτταρα. Επιπλέον, ο έλεγχος με Elisa επιβεβαίωσε υψηλά επίπεδα IL-6, θεμελιώδες χαρακτηριστικό της επαγόμενης από τον HHV-8 συστηματικής φλεγμονής. Ο ασθενής ετέθη σε αντιρετροϊκή αγωγή με raltegravir, ritonavir και darunavir, ενώ παράλληλα έγινε έναρξη χημειοθεραπείας με rituximab (αντι-CD20), και doxorubicin λόγω της συνύπαρξης σαρκώματος Kaposi. Ο ασθενής ολοκλήρωσε επιτυχώς 6 θεραπευτικούς κύκλους σε μεσοδιαστήματα των 3 εβδομάδων. Η κλινική και απεικονιστική παρακολούθηση 6 μήνες μετά την τελευταία χορήγηση είναι συμβατή με ύφεση της νόσου, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος τεκμηριώνει την αποκατάσταση των φλεγμονωδών δεικτών με συνοδό αύξηση του αριθμού των CD4 λεμφοκυττάρων (CD4: 678).

**Συμπεράσματα:** Η λοίμωξη από τον ερπητοϊό HHV-8 προάγει συστηματική φλεγμονή και κυτταρικό πολλαπλασιασμό μέσω της ιικής παραγωγής IL-6. Οι επαγόμενες από κυτταροκίνες εναλλαγές μεταξύ λανθάνουσας και ενεργού HHV-8 λοίμωξης, οδηγούν στη διαφορετική κλινική

έκφραση της μονοκεντρικής και πολυκεντρικής νόσου Castleman, που αποτελούν τα 2 άκρα του ίδιου παθογενετικού φάσματος. Η απορρύθμιση του τοπικού φλεγμονώδους δικτύου εξαρτάται από γενετικούς παράγοντες τόσο του ξενιστή όσο και του ερπητοϊού HHV-8, και ενισχύεται από τη συλλοίμωξη με τον ιό HIV. Η αποσαφήνιση των πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων μεταξύ ξενιστή και ερπητοϊού HHV-8 σε μοριακό επίπεδο, όχι μόνο παρέχει μια εις βάθος κατανόηση του παθογενετικού μηχανισμού και της κλινικής έκφρασης της νόσου, αλλά ταυτοποιεί καινούργιους θεραπευτικούς στόχους για αξιοποίηση ανοσοτροποποιητικών θεραπευτικών παραγόντων όπως το rituximab και το tocilizumab.

## ΔΑ19

### Η ελληνική εμπειρία με το Enirolera® σε άτομα με HIV λοίμωξη

*Κ. Πρωτοπαπάς,<sup>1</sup> Ε. Σαμπατάκου,<sup>2</sup> Μ. Ψυχογιού,<sup>3</sup> Σ. Μεταλλίδης,<sup>4</sup> Σ. Κουρκουντή,<sup>5</sup> Η. Μαριόλης,<sup>2</sup> Π. Λουρίδα,<sup>2</sup> Β. Παπαρίζος,<sup>5</sup> Π. Παναγόπουλος,<sup>6</sup> Γ. Σιακαλλής,<sup>1</sup> Γ. Ζαμπέτας,<sup>1</sup> Α. Παπαδόπουλος,<sup>1</sup> Α. Αντωνιάδου<sup>1</sup>*

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση της ελληνικής εμπειρίας με το EVP (σχήματος σε ένα δισκίο που περιλαμβάνει rilpivirine, tenofovir DF και emtricitabine) ως θεραπευτική επιλογή σε πρωτοθεραπευόμενα HIV+ άτομα καθώς και ως επιλογή τροποποίησης αντιρετροϊκού σχήματος σε ό,τι αφορά στην αποτελεσματικότητα και ασφάλεια.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Προοπτική, πολυκεντρική καταγραφή HIV+ ατόμων στην Ελλάδα, στα οποία συνταγογραφήθηκε EVP το διάστημα μεταξύ Ιουλίου 2012 και Ιανουαρίου 2014. Έγινε συλλογή δημογραφικών στοιχείων, κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων τη στιγμή της έναρξης της θεραπείας και τους μήνες 3-6-12-18-24 της παρακολούθησης. Έγινε ανάλυση των στοιχείων (on treatment analysis) σε κάθε χρονική στιγμή.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 307 HIV+ άτομα αξιολογήθηκαν (144 πρωτοθεραπευόμενοι-διάμεση ηλικία 33,8 έτη, 163 των οποίων η αγωγή τροποποιήθηκε σε EVP-διάμεση ηλικία 40,9 έτη, διάμεση διάρκεια παρακολούθησης τα 2 έτη, 14% γυναίκες). Ανάμεσα στους πρωτοθεραπευόμενους, 24% ήταν χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών και 27% είχαν HCV συλλοίμωξη. Διάμεση τιμή ναδίρ CD4 ήταν 323 κύτταρα/μL στους πρωτοθεραπευόμενους και 261 στα άτομα που άλλαξαν αγωγή σε EVP. Διάμεση τιμή VL κατά την έναρξη του EVP ήταν 4,7 log<sub>10</sub> για τους πρωτοθεραπευόμενους και 1,7 για τα άτομα που άλλαξαν αγωγή (85% με μη ανιχνεύσιμο VL). Οι πιο συχνές αιτίες τροποποίησης της αγωγής ήταν: απλοποίηση (49%) και ανεπιθύμητες ενέργειες από το ΚΝΣ (31%). Τα προηγούμενα θεραπευτικά σχήματα περιελάμβαναν NNRTI (54%) και PI (39%). Παρατηρήθηκε υποχώρηση των συμπτωμάτων που οδήγησαν στην τροποποίηση της αγωγής στο 92% των περιπτώσεων μέσα στο πρώτο εξάμηνο. Το 5,5% (9 άτομα) διέκοψαν το EVP και μέχρι σήμερα δεν καταγράφηκε μέχρι σήμερα καμία ανεπιθύμητη ενέργεια >2 βαθμού κατά WHO. Το VL ήταν μη ανιχνεύσιμο στο 96% και στις δύο ομάδες ασθενών τον 6<sup>ο</sup> μήνα και παρέμεινε στα ίδια επίπεδα στα άτομα που ολοκλήρωσαν την παρακολούθηση των 24 μηνών. Σημειώνεται ότι 10 άτομα που έφεραν τη μετάλλαξη K103N και 8 πρωτοθεραπευόμενοι που κατά την έναρξη της αγωγής είχαν VL>100,000 cop/ml είχαν επιτυχημένη και παρατεταμένη ιολογική ανταπόκριση. Παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στις τιμές της ολικής χοληστερόλης, της LDL και των τριγλυκεριδίων στα άτομα που άλλαξαν αγωγή σε EVP κατά τη διάρκεια των 96 εβδομάδων παρακολούθησης (μεταβολή στις διάμεσες τιμές 27-15-25 mg/dL αντίστοιχα, p<0,05).

**Συμπεράσματα:** Το EVP είναι ασφαλής και αποτελεσματική αγωγή σε ένα δισκίο για πρωτοθεραπευόμενα HIV+ άτομα αλλά και σαν επιλογή τροποποίησης του αντιρετροϊκού σχήματος, βελτιώνοντας την εμπειρία και την ανοχή των ασθενών.

<sup>1</sup>Δ' Παθολογική Κλινική  
Πανεπιστημίου Αθηνών,  
Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

<sup>2</sup>Β' Παθολογική Κλινική  
Πανεπιστημίου Αθηνών,  
Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

<sup>3</sup>Α' Προπαιδευτική  
Παθολογική Κλινική,  
Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>4</sup>Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων,  
Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.,  
Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

<sup>5</sup>Νοσοκομείο Αφροδισίων  
και Δερματικών Νοσημάτων  
«Α. Συγγρός»

<sup>6</sup>Β' Παθολογική Κλινική,  
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο,  
Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης



## ΔΑ20

## Τροποποίηση θεραπευτικού σχήματος που βασίζεται στο Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) σε σχήμα που βασίζεται στο Tenofovir Alafenamide (TAF): Δεδομένα 48 εβδομάδων θεραπείας σε ιολογικά κατεσταλμένους ενήλικες

T. Mills,<sup>1</sup> J. Andrade,<sup>2</sup> G. DiPerri,<sup>3</sup> J. van Lunzen,<sup>4</sup> E. Koenig,<sup>5</sup> R. Elion,<sup>6</sup> M. Cavassini,<sup>7</sup> J. Valdez Madruga,<sup>8</sup> J. Brunetta,<sup>9</sup> D. Shambraw,<sup>10</sup> E. DeJesus,<sup>11</sup> A. Plummer,<sup>13</sup> Y. Liu,<sup>13</sup> I. Katsarolis,<sup>12</sup> S. McCallister<sup>13</sup>

**Εισαγωγή:** Παρά το ευνοϊκό προφίλ αποτελεσματικότητας και ασφάλειας, τα σχήματα που βασίζονται στο TDF ενδέχεται να συνδέονται με νεφροτοξικότητα και μειωμένη οστική πυκνότητα (ΟΠ). Το TAF είναι ένα νέο προ-φάρμακο του tenofovir (TFV), με το οποίο τα επίπεδα TFV στο πλάσμα είναι κατά 90% χαμηλότερα από τα επίπεδα που παρατηρούνται με το TDF, μειώνοντας κατά τον τρόπο αυτόν τις παρενέργειες εκτός στόχου. Περιγράφονται δεδομένα 48 εβδομάδων θεραπείας σε ασθενείς που μετέβησαν σε σχήμα συνδυασμού σταθερής δόσης που περιείχε το Elvitegravir 150 mg/Cobicistat 150 mg/ Emtricitabine 200 mg και TAF 10 mg (E/C/F/TAF) χορηγούμενο άπαξ ημερησίως.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ενήλικες ιολογικά κατεσταλμένοι (HIV-1 RNA < 50 αντίγραφα/ml) και φυσιολογική νεφρική λειτουργία που λάμβαναν ένα από 4 διαφορετικά σχήματα που βασίζονται στο TDF για τουλάχιστον 48 εβδομάδες τυχαιοποιήθηκαν 2:1 να λάβουν E/C/F/TAF ή να διατηρήσουν το προηγούμενο σχήμα. Μετά την τυχαιοποίηση, όλες οι θεραπείες ήταν ανοικτής επισήμανσης.

**Αποτελέσματα:** Από 1.196 ασθενείς που ολοκλήρωσαν τουλάχιστον 48 εβδομάδες θεραπείας, 799 έλαβαν ECFTAF και 397 έλαβαν το προηγούμενο σχήμα με TDF: E/C/F/TDF: 31,9%, EFV/FTC/TDF: 26,1%, ATV/RTV+FTC/TDF: 26,8%, ATV/COBI + FTC/TDF: 15,0%. Ιολογική επιτυχία (< 50 αντίγραφα/ml) καταγράφηκε στο 95,6% των ασθενών με E/C/F/TAF και στο 92,9% των ασθενών που έλαβαν FTC/TDF + τρίτο παράγοντα (σταθμισμένη διαφορά: 2,7%, 95% CI: -0,3%-+5,6%). Ιολογική αποτυχία καταγράφηκε στο 1,1% και το 1,3% των ασθενών αντίστοιχα. Η ασφάλεια ήταν παρόμοια μεταξύ των σκελών θεραπείας. Η μέση ποσοστιαία μεταβολή ΟΠ ισχίου (σταθερή απόκλιση, SD) ήταν +1,95% (3,0) στην ομάδα E/C/F/TAF και -0,14% (3,0) στην ομάδα FTC/TDF + τρίτο παράγοντα ( $p < 0,001$ ). Στη σπονδυλική στήλη οι αντίστοιχες τιμές ήταν +1,86% (3,1) στην ομάδα E/C/F/TAF και -0,11% (3,7) στην ομάδα FTC/TDF + τρίτο παράγοντα ( $p < 0,001$ ). Δεν παρατηρήθηκε καμία περίπτωση συνδρόμου Fanconi στην ομάδα E/C/F/TAF, ενώ καταγράφηκε μία στην ομάδα FTC/TDF + τρίτο παράγοντα. Για τους ασθενείς που λάμβαναν σχήμα ενισχυμένο με COBI ή RTV πριν από την τυχαιοποίηση, ο εκτιμώμενος GFR αυξήθηκε κατά 1,8 ml/min στην ομάδα E/C/F/TAF και μειώθηκε κατά 3,7 ml/min στην ομάδα FTC/TDF + τρίτο παράγοντα ( $p < 0,001$ ). Όπως φαίνεται στον πίνακα, πολλαπλές ποσοτικές μετρήσεις πρωτεϊνουρίας, συμπεριλαμβανομένης της σωληναριακής πρωτεϊνουρίας, έδειξαν στατιστικά σημαντική βελτίωση στους ασθενείς που μετέβησαν στο E/C/F/TAF έναντι εκείνων που συνέχισαν το σχήμα με βάση το TDF.

Διάμεση (%) αλλαγή την εβδομάδα 48 σε σχέση με την αρχική τιμή	E/C/F/TAF	FTC/TDF + 3 <sup>ο</sup> παράγοντα	p
Λόγος πρωτεΐνης/κρεατινίνης ούρων (UPCR)	-18,5%	+9,4%	<,0001
Λόγος αλβουμίνης/κρεατινίνης ούρων(UACR)	-18,4%	+5,3%	<,0001
RBP (Retinol Binding Protein)/κρεατινίνη (RBP/CR)	-32,9%	+15,7%	<,0001
β2 μικροσφαιρίνη/κρεατινίνη (B2MG/CR)	-49,2%	+14,4%	<,0001

**Συμπεράσματα:** Τα δεδομένα 48 εβδομάδων καταδεικνύουν ότι οι ασθενείς που τροποποιούν ένα σχήμα με βάση το TDF σε E/C/F/TAF διατηρούν υψηλή αποτελεσματικότητα, παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική αύξηση της ΟΠ και στατιστικά σημαντική βελτίωση σε πολλαπλές εξετάσεις της νεφρικής λειτουργίας, σε σύγκριση με τους ασθενείς που συνεχίζουν στο προηγούμενο σχήμα με βάση το TDF.

<sup>1</sup>Southern California Men's Medical Group, Los Angeles, CA, USA

<sup>2</sup>Hospital Civil de Guadalajara, Guadalajara, Mexico

<sup>3</sup>University Hospital Amadeo De Savoia, Turin, Italy

<sup>4</sup>Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Hamburg, Germany

<sup>5</sup>Instituto Dominicano de Estudios Virologicos IDEZ, Santo Domingo, Dominican Republic

<sup>6</sup>Whitman-Walker Health, Washington, United States

<sup>7</sup>Centre Hospitalier Universitaire Valdois, Lausanne, Switzerland

<sup>8</sup>Centro de Referenda e Treinamento Em DST/AIDS, Sao Paulo, Brazil

<sup>9</sup>Maple Leaf Research, Toronto, Canada

<sup>10</sup>La Playa Medical Group, San Diego, United States

<sup>11</sup>Orlando Immunology Center, Orlando, United States

<sup>12</sup>Gilead Sciences Greece,

<sup>13</sup>Gilead Sciences, Foster City, United States

## ΔΑ21

## Τυχαιοποιημένη, διπλά τυφλή σύγκριση του Tenofovir Alafenamide (TAF) έναντι του Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF), χορηγούμενων και των δύο ως σκευασμάτων συνδυασμού με Elvitegravir/Cobicistat/ Emtricitabine (E/C/F) σε πρωτοθεραπευόμενους με HIV1 λοίμωξη: Αποτελέσματα 96 εβδομάδων

*D. Wohl,<sup>1</sup> S. Oka,<sup>2</sup> N. Clumeck,<sup>3</sup> A. Clarke,<sup>4</sup> C. Brinson,<sup>5</sup> K. Tashima,<sup>6</sup> J. Stephens,<sup>7</sup> J. Arribas,<sup>8</sup> B. Rashbaum,<sup>9</sup> A. Chéret,<sup>10</sup> J. Brunetta,<sup>11</sup> C. Mussini,<sup>12</sup> P. Tebas,<sup>13</sup> P. Sax,<sup>14</sup> L. Zhong,<sup>16</sup> M. Das,<sup>16</sup> I. Katsarolis,<sup>15</sup> M. Fordyce<sup>16</sup>*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Δύο διεθνείς, τυχαιοποιημένες, διπλά τυφλές μελέτες φάσης 3 σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές συνέκριναν άμεσα το TAF έναντι TDF, χορηγούμενα ως σκευάσματα συνδυασμού με Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabine (E/C/F). Την εβδομάδα 48, το E/C/F/TAF πέτυχε τον κύριο στόχο της μη κατώτερης αποτελεσματικότητας, με βελτιωμένες επιδόσεις στα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία νεφρικής και οστικής ασφάλειας έναντι E/C/F/TDF. Περιγράφουμε δεδομένα μακροπρόθεσμης παρακολούθησης αποτελεσματικότητας, ασφάλειας και ανοχής 96 εβδομάδων.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρωτοθεραπευόμενοι με HIV-1 λοίμωξη τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν E/C/F/TAF ή E/C/F/TDF σε αναλογία 1:1. Αναφέρονται τα δεδομένα 96 εβδομάδων ως προς την ιολογική καταστολή (HIV1 RNA<50 αντίγραφα/mL, FDA snapshot analysis), για τα προκαθορισμένα καταληκτικά σημεία νεφρικής και οστικής ασφάλειας των νεφρών και των οστών και το προφίλ ανοχής.

**Αποτελέσματα:** 1.733 άτομα τυχαιοποιήθηκαν και έλαβαν θεραπεία: 15% γυναίκες, 43% μη λευκοί και 23% με VL>100.000 αντίγραφα/mL. Διάμεσες τιμές κατά την έναρξη της μελέτης: ηλικία 34 έτη, CD4 405 κύτταρα/μL, και log<sub>10</sub> VL 4,58. Τα ποσοστά ιολογικής καταστολής (<50 c/mL) ήταν 86,6% (TAF) και 85,2% (TDF) (διαφορά 1,5%, 95% CI: [1,8, 4,8%], p=0,36). Η ιολογική έκβαση δεν διέφερε ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, τη φυλή, τη γεωγραφική περιοχή ή τον αριθμό CD4/VL κατά την έναρξη της μελέτης. Η διάμεση % μείωση της οστικής πυκνότητας (ΟΠ) [σταθερή απόκλιση] ήταν σημαντικά χαμηλότερη στην ομάδα TAF τόσο στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (0,96 [3,72] έναντι 2,79 [3,92], p<0,001) όσο και στο ολικό ισχίο (0,67 [3,89] έναντι 3,28 [3,97], p<0,001). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, τα καταληκτικά σημεία νεφρικής ασφάλειας ήταν ευνοϊκότερα για το σκέλος με TAF. Ενώ καταγράφηκαν μεγαλύτερες αυξήσεις των λιπιδίων στο σκέλος θεραπείας με TAF έναντι TDF, δεν παρατηρήθηκε καμία διαφορά στο ποσοστό έναρξης υπολιπιδαιμικών παραγόντων (TAF: 3,8% έναντι TDF: 4,4%). Δεν αναφέρθηκε κανένα περιστατικό νεφρικής σωληναριοπάθειας στο σκέλος του TAF, ενώ καταγράφηκαν δύο στο σκέλος του TDF, το ένα εκ των οποίων οδήγησε σε διακοπή θεραπείας.

**Πίνακας 1.** Καταληκτικά σημεία νεφρικής ασφάλειας.

Διάμεση (%) αλλαγή από την αρχική τιμή (Q1, Q3) (εκτός αν σημειώνεται διαφορετικά)	E/C/F/TAF	E/C/F/TDF	p
eGFR CockcroftGault (mL/min) (αλλαγή από την αρχική τιμή)	2,0 (12,4, 9,4)	7,5 (17,4, 2,9)	<,0001
Λόγος πρωτεΐνης/κρεατινίνης ούρων (Urine Protein/Cr)	9,1 (39,6, 36,0)	16,2 (22,5, 81,5)	<,0001
Λόγος αλβουμίνης/κρεατινίνης ούρων (Urine Albumin/Cr)	5,2 (35,7, 30,1)	4,9 (32,7, 60,0)	<,0001
β2 μικροσφαιρίνη/κρεατινίνη	32,1 (61,0, 4,2)	33,5 (27,8, 230,7)	<,0001
RBP(Retinol Binding Protein)/κρεατινίνη	13,8 (18,8, 66,1)	74,2 (10,4, 192,3)	<,0001

**Συμπεράσματα:** Στις 96 εβδομάδες θεραπείας, τα ποσοστά ιολογικής καταστολής ήταν υψηλά και διατηρήθηκαν σε παρόμοια επίπεδα και στις δύο ομάδες. Το E/C/F/TAF συνέχισε να παρουσιάζει στατιστικά καλύτερο προφίλ νεφρικής και οστικής ασφάλειας έναντι του E/C/F/TDF. Τα εν λόγω μακροχρόνια δεδομένα υποστηρίζουν τη χρήση του E/C/F/TAF ως ασφαλούς, καλά ανεκτού και σταθερά αποτελεσματικού σχήματος για την αρχική και τη συνεχιζόμενη θεραπεία του HIV1.

<sup>1</sup>University of North Carolina, Chapel Hill, United States

<sup>2</sup>National Center for Global Health and Medicine, Tokyo, Japan

<sup>3</sup>C.H.U. SaintPierre University Hospital, Division of Infectious Diseases, Brussels, Belgium

<sup>4</sup>Brighton and Sussex Medical School, Brighton & Sussex University Hospitals NHS Foundation Trust, Brighton, United Kingdom

<sup>5</sup>Central Texas Clinical Research, Austin, United States

<sup>6</sup>Alpert Medical School of Brown University, Providence, United States

<sup>7</sup>Mercer University School of Medicine, Macon, United States

<sup>8</sup>Hospital La Paz, Madrid, Spain

<sup>9</sup>Capital Medical Associates, Washington, D.C., United States

<sup>10</sup>Tourcoing Hospital, Paris, France

<sup>11</sup>University of Toronto, Toronto, Canada

<sup>12</sup>University of Modena and Reggio Emilia, Modena, Italy

<sup>13</sup>University of Pennsylvania, Philadelphia, United States

<sup>14</sup>Harvard Medical School, Boston, United States

<sup>15</sup>Gilead Sciences, Greece

<sup>16</sup>Gilead Sciences, Foster City, United States

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

J. Andrade	47	Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης	22, 26, 29, 30, 44
J. Arribas	48	Δ. Γεννηματά	38
C. Brinson	48	A. Γεροφώτης	23
J. Brunetta	47, 48	Θ. Γεωργιάδης	45
M. Cavassini	47	Π. Γεώργιος	26
A. Chéret	48	Ο. Γεωργίου	23, 25, 35
A. Clarke	48	Σ. Γεωργούλας	30
N. Clumeck	48	Σ. Γιαλή	25, 35
M. Das	48	M. Γκίκα	13, 16
E. DeJesus	47	Φ. Γκόμα	39
G. DiPerri	47	H. Γκούντας	29
R. Elion	47	Χ. Γώγος	26, 27, 29
M. Fordyce	48	Γ. Δαΐκος	21, 22, 30
I. Katsarolis	47, 48	M. Δανηλίδης	23, 32, 34
E. Koenig	47	E. Δασκαλάκης	23, 33
Y. Liu	47	N. Δέδες	28
S. McCallister	47	A. Δεληβελιώτου	45
T. Mills	47	M. Δημητροπούλου	30
C. Mussini	48	A. Δημισκίδου	35
S. Oka	48	Σ. Διονυσοπούλου	32
A. Plummer	47	Σ. Δριμής	22, 30
B. Rashbaum	48	A. Ζαβιστάνου	22
P. Sax	48	Γ. Ζαμπέτας	46
D. Shamblaw	47	Ο. Ζαρκωτού	40
J. Stephens	48	K. Θέμελη-Διγαλάκη	40
K. Tashima	48	Δ. Καββαθά	43, 45
P. Tebas	48	A. Καβούρη	5, 16
J. Valdez Madruga	47	E. Κάκαλου	2, 25, 30, 35
J. van Lunzen	47	Θ. Κακκαβάς	25, 35
D. Wohl	48	A. Καμπόλη	43
L. Zhong	48	Σ. Καούστου	38, 41
A. Αδάμ	16	Χ. Καπέλιος	21
A. Αντωνιάδου	22, 26, 29, 30, 42, 43, 45, 46	Π. Καρακίτσος	43
Χ. Αντωνίου	23, 33	E. Καραμάνου	30
K. Αρίδα	21	K. Καρόζης	12
K. Αυγουλέα	40	Ό. Κατσαρού	26, 29
Γ. Αυγουλέας	40	B. Κατσιαώνη	37
Δ. Βαλαγκούτη	23, 32, 34	B. Καψιμάλη	23, 24, 33
E. Βάρδας	19	Π. Κολλάρας	23, 26, 32, 34, 42
Δ. Βασδέκη	23, 32, 34	B. Κοντέ	39
A. Βασιλάκης	22	Γ. Κορατζάνης	22
Φ. Βασιλαρά	45	E. Κορνάρου	37
Γ. Βλαχονικολού	43	N. Κοσμάς	41
N. Βουδούρη	5	Ό. Κοσμοπούλου	30
A. Βρυωνίδου-Μπομποτά	9	Γ. Κοτορένη	23, 32, 34
A. Γανίτης	28, 33, 35	Ο. Κοτσαύτη	33
		A. Κουρελής	26, 42

Σ. Κουρκουντή	22, 23, 26, 29, 30, 33, 46	Σ. Νανούδης	34
Ε. Κρεμασμένου	31	Ο. Νικολάτου-Γαλίτη	18
Ζ. Κριαράκη	33, 35	Γ. Νικολόπουλος	1, 28
Β. Κυργιαννάκη	28, 35	Λ. Νικολοπούλου	16
Γ. Κωνσταντώνης	21	Θ. Ντισσόλης	24
Δ. Λαγγας	37	Α. Ντάϊκου	39
Μ. Λαγκαδινού	27	Χ. Ντάφλος	13, 24, 31
Μ. Λαδά	30	Π. Ντετοπούλου	10
Μ.Κ. Λαζανάς	22, 26, 29, 31, 38	Α.Μ. Ντζιοβάρα	23, 32, 34
Γ. Λαζαρίδης	28, 35	Α.Μ. Ξανθοπούλου	28
Α. Λαζαρίνη	21	Γ. Ξυλωμένος	22, 30, 44
Α. Λέκκου	4, 27	Μ. Όμπαση	41
Λ. Λεωνίδου	3, 27, 30	Ν. Παϊσιος	44
Α. Λιονή	7, 24, 41	Ι. Παναγιωτίδης	43
Π. Λουρίδα	15, 46	Π. Παναγόπουλος	22, 26, 28, 29, 33, 35, 46
Γ. Λώλη	32	Γ. Πάνος	27, 29
Ε. Μαγιορκίνης	22	Π. Πανταζή	24
Ν. Μαλισιόβας	23, 26, 42	Ν. Πανταζής	26, 29
Χ. Μάλλη	43	Ε. Παπαδημητρίου	26, 42
Μ. Μαλλιαρού	38	Α. Παπαδόπουλος	8, 22, 43, 45, 46
Μ. Μαλλιώρη	30	Ε. Παπαδοπούλου	18
Ε. Μαλτέζος	22, 28, 33, 35	Μ. Παπαδοπούλου	30
Τ. Μαλτσάν	28	Β. Παπαρίζος	22, 23, 33, 46
Β. Μάμαλη	40	Β. Παπασταμόπουλος	22, 25, 35
Μ. Μαραγκός	27	Δ. Παρασκευά	28, 36, 40, 42
Α. Μαργαρίτη	26, 42	Δ. Παρασκευής	22
Λ. Μαρέντης	43	Ι. Πεντεσπίτης	38
Φ. Μαρίνη	38	Π. Πετρίκκος	13, 21
Η. Μαριόλης	16, 46	Δ. Πιλάλας	26
Ζ. Μάτσου	13	Ν. Πιτσούνης	16, 38
Σ. Μεταλλίδης	23, 26, 32, 34, 42, 46	Α. Πλατανιά	24
Π. Μιστυλής	42	Γ. Ποθητός	45
Κ. Μίχα	30	Δ. Πολύμερος	43
Μ. Μιχαήλ	30	Γ. Πουλάκου	43, 45
Α. Μουστακλή	31, 41	Α. Πρωτογέρου	21
Β. Μπάκα	24	Κ. Πρωτοπαπάς	14, 30, 45, 43, 46
Μ. Μπαλτατζίδου	33, 35	Μ. Πύλλη	13, 36, 42
Α. Μπαμπλέκη	17	Β. Ραφτόπουλος	13, 36
Σ. Μπελλεγρίνος	37	Θ. Ρέτσας	23, 33
Α. Μπίσια	31	Β. Ρωμανού	44
Ι. Μπληζιώτης	44	Γ. Σαββίδου	28
Μ. Μπομπολή	17	Β. Σακκά	7, 24, 31
Γ. Μπουλμέτης	30	Ε. Σαμπατάκου	22, 26, 29, 46
Α. Μπουτζίκας	37	Α. Σαρακηνός	23
Ε. Μυλωνά	39	Γ. Σιακαλλής	43, 45, 46
		Ε. Σιδηροπούλου	32

Λ. Σκούρα	23, 26, 32, 34, 42	N. Τσόγκας	16, 41
A. Σκουτέλης	22, 25, 26, 29, 30, 35	Π. Τσούκρα	23, 32, 34
E. Σουκούρογλου	16	E. Φλουτζή	30
A. Σπανού	43, 45	E. Φοροζίδου	23, 32, 34
A. Σπυριδάκη	45	E. Φριλίγκου	40, 42
Φ. Στεργίου	24, 41	Σ. Χαλκίδου	39
A. Στουραϊτή	26	Σ. Χάνος	28, 31
I. Συρροκώστα	27	A. Χαράνα	35
B. Σύψα	30	Α. Χατζάκης	22, 30
N. Σύψας	22, 26, 29, 30	Π. Χατζηάστρος	40, 42
Π. Σφηκάκης	21	Δ. Χατζηδημητρίου	23, 26, 32, 34, 42
I. Τζούτζας	19	M. Χίνη	22, 24, 30, 31, 38, 41
Γ. Τουλούμη	21, 26, 29	Π. Χρηστακίδου	33
Φ. Τσαλίκογλου	16	E. Χριστάκη	23, 32, 34
Ό. Τσαχουρίδου	23, 26, 32, 34, 42	A. Χριστοφορίδου	37
Γ. Τσεκές	10, 24, 31	Θ. Χρυσανθίδης	23, 26, 32, 34, 42
Γ. Τσιακαλάκης	31	Γ. Χρύσος	22, 26, 29, 30, 40, 42
X. Τσιάρα	1, 13, 42	Ψυχογιού	21, 22, 26, 29, 30, 46
M. Τσιόπτσιας	28		

