

ΣΥΝΟΨΗ DDW 2025

ΧΟΛΗΦΟΡΑ

Ιωάννης Βαρμπομίτης

Επιστημονικός Συνεργάτης, Β' Παθολογική

Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

**BEYOND LIPID CONTROL: UNVEILING
THE HEPATOBILIARY AND
GASTROINTESTINAL IMPACTS OF PCSK9
INHIBITORS COMPARED TO STATINS
OVER TIME**

Amine Rakab, ID 4153446

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- Οι αναστολείς PCSK9 (proprotein convertase subtilisin/kexin; evolocumab, alirocumab) χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο στη δυσλιπιδαιμία καθώς έχουν φανεί σημαντικά καρδιαγγειακά οφέλη
- ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης η αξιολόγηση της σχέσης ανάμεσα στους αναστολείς PCSK9 και τον κίνδυνο για δυσμενείς εκβάσεις από το ΓΕΣ και ήπαρ-χοληφόρα σε σύγκριση με τις στατίνες στα 1, 3 και 5 χρόνια

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- Αναδρομική μελέτη, TriNetX US collaborative network
- 6 κύριες εκβάσεις: χολολιθίαση χωρίς χολοκυστίτιδα, παγκρεατίτιδα, απόφραξη ΚΧΠ, χολαγγειίτιδα, οξεία χολακυστίτιδα, MASLD

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- 18.368 ασθενείς PCSK9 /18.368 ασθενείς σε στατίνες (propensity score matching)

PSCL9-inh vs. statins

Χολολιθίαση	OR 0.57, 95% CI 0.48 - 0.71	OR 0.60, 95% CI 0.51 - 0.70	OR 0.55, 95% CI 0.48 - 0.64
Οξεία παγκρεατίτιδα	OR 0.37, 95% CI 0.23 - 0.59	0.51, 95% CI 0.38 - 0.69	OR 0.49, 95% CI 0.37 - 0.64
Απόφραξη ΚΧΠ	OR 0.51, 95% CI 0.30 - 0.90	OR 0.49, 95% CI 0.32 - 0.75	OR 0.47, 95% CI 0.32 - 0.70
Χολαγγειίτιδα		OR 0.36, 95% CI 0.21 - 0.64	OR 0.45, 95% CI 0.28 - 0.74
Οξεία χολοκυστίτιδα	OR 0.45, 95% CI 0.26 - 0.78	OR 0.53, 95% CI 0.35 - 0.7	
MASLD	OR 1.60, 95% CI 1.33 - 1.93	OR 1.28, 95% CI 1.17 - 1.46	OR 1.14, 95% CI 1.01 - 1.29

IMPACT OF BIOLOGIC THERAPY IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE ADMITTED WITH ACUTE CHOLANGITIS

Aun Muhammad, ID 4153448

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- ❑ Βιολογικοί παράγοντες → ↑ αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων, ιδίως όταν συνδυάζονται με άλλα ανοσοκατασταλτικά ή κορτικοστεροειδή
- ❑ Η επίδραση της βιολογικής θεραπείας στην έκβαση οξείας χολαγγειίτιδας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ δεν έχει καθοριστεί επαρκώς

❑ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- ❖ Αναδρομική μελέτη κοόρτης – βάση δεδομένων TrinNetX database
- ❖ Ενήλικες ασθενείς με NC ή ΕΚ, 2003 έως 2023.
- ❖ Ταξινόμηση βάσει του εάν λάμβαναν βιολογική θεραπεία (infliximab, adalimumab, golimumab, certolizumab, vedolizumab, natalizumab, ustekinumab) ή όχι
- ❖ **ΚΥΡΙΟΣ ΣΚΟΠΟΣ: αξιολόγηση εκβάσεων και ποσοτών επανεισαγωγής στις 30 ημέρες, όπως και ποσοτών υποτροπής οξείας χολαγγειίτιδας σε 1, 3 και 5 χρόνια**
- ❖ 1:1 propensity score matching για ηλικία, φύλο, φυλή, χρήση καπνού/αλκοόλ, συνοσηρότητες και ταυτόχρονη θεραπεία (AZA, MP, MTX, 5-ASA, στεροειδή)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1.036 ασθενείς σε κάθε ομάδα

- ❑ **Καμία διαφορά σε:** θνησιμότητα, διασωλήνωση, διάτρηση εντέρου, ΟΕΜ/άλλα καρδιαγγειακά συμβάντα και πνευμονική εμβολή στις 30 ημέρες
- ❑ **Αυξημένος κίνδυνος: εισαγωγής σε ΜΕΘ**, αναπνευστικής ανεπάρκειας, σήψης, ΟΝΑ, σοκ, ουρολοίμωξης και **σύνθετης έκβασης εισαγωγής σε ΜΕΘ και θνησιμότητας στην ομάδα χωρίς βιολογικό παράγοντα** στις 30 ημέρες
- ❑ **Αυξημένος κίνδυνος επανεισαγωγής στις 30 ημέρες επίσης**, χωρίς όμως υποτροπές οξείας χολαγγειίτιδας σε οποιαδήποτε ομάδα
- ❑ **Καμία διαφορά μεταξύ των ομάδων στην υποτροπή χολαγγειίτιδας** στο 1 χρόνο (HR: 0.933; 95% CI: 0.832-1.046), στα 3 χρόνια (HR: 0.936; 95% CI: 0.838-1.045) και στα 5 χρόνια (HR: 0.964; 95% CI: 0.866-1.075)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Σημαντικά καλύτερες κλινικές εκβάσεις στις 30 ημέρες στους ασθενείς υπό βιολογικό παράγοντα

CLINICOPATHOLOGICAL AND IMAGING FEATURES
OF IMMUNE CHECKPOINT INHIBITOR-RELATED
CHOLANGITIS: A NATIONWIDE MULTICENTER
RETROSPECTIVE STUDY IN JAPAN.

Masataka Yokode, ID 4153453

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- Η επαγόμενη από immune checkpoint inhibitor (ICI)-χολαγγειίτιδα είναι σχετικά σπάνια
- Στόχος της μελέτης η ανάλυση κλινικοπαθολογοανατομικών και απεικονιστικών χαρακτηριστικών της επαγόμενης από ICI χολαγγειίτιδας

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- Πολυκεντρική αναδρομική μελέτη κοόρτης επαγόμενης από ICI χολαγγειίτιδας στην Ιαπωνία, 04/2016 έως 10/2022.
- Αξιολόγηση κλινικών, εργαστηριακών, απεικονιστικών και ιστοπαθολογοανατομικών δεδομένων, διαχείρισης και θεραπευτικής ανταπόκρισης

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

109 ασθενείς: 91.7% (100/109) έλαβαν θεραπεία με anti-PD-1/PD-L1 αντισώματα
Χολοστατικό πρότυπο στο 86.2% (94/109).

Απεικονιστικά: **διάταση ΧΠ (κυρίως εξω-ηπατικού) και στενώσεις**

Κύριο παθ/κο εύρημα: **κυριαρχία CD8+ T cells** έναντι CD4+ T cells σε βιοψίες ήπατος ή χοληδόχου σε >60% των περιπτώσεων

Θεραπευτικά δεδομένα

94 (86.2%) ασθενείς έλαβαν ανοσοκαταστολή, κυρίως κορτικοστεροειδή

32 ασθενείς (29.3%) πλήρη βιοχημική ανταπόκριση

UDCA → σημαντικά μεγαλύτερη επιβίωση (P <0.001).

ERCP → σημαντικά μικρότερη επιβίωση (P<0.05).

Υποτροπή της νόσου 31/109 ασθενείς (28.4%)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Επί κλινικής υποψίας → απεικόνιση (MRCP) ή/και λήψη βιοψίας για τη διάγνωση

Το UDCA μπορεί να προσφέρει θεραπευτικό όφελος, η ERCP ίσως το αντίθετο

Πλήρης ανταπόκριση χαμηλά ποσοστά

LONG-TERM OUTCOMES OF NON-RADIATION EUS-BASED ERCP FOR BILIARY STONE REMOVAL: A 5-YEAR CLINICAL EXPERIENCE

Kachonsak Yongwatana, ID 4153410

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- Αναδρομική μελέτη
- 397 ασθενείς με υποψία χοληδοχολιθίασης, 01/2019-06/2024
- Linear EUS, 1 ενδοσκόπος
- Αναρρόφηση χολής για επιβεβαίωση θέσης εντός ΚΧΠ
- Σφινκτηροτομή και αποσύρσεις με καλάθι χολολίθων, είσοδος εντός ΚΧΠ 8-10 εκ.

ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΙΤΥΧΙΑ = καθετηριασμός ΚΑΙ πλήρης καθαρισμός ΚΧΠ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΙΤΥΧΙΑ = συμπτωματική ΚΑΙ εργαστηριακή ύφεση

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

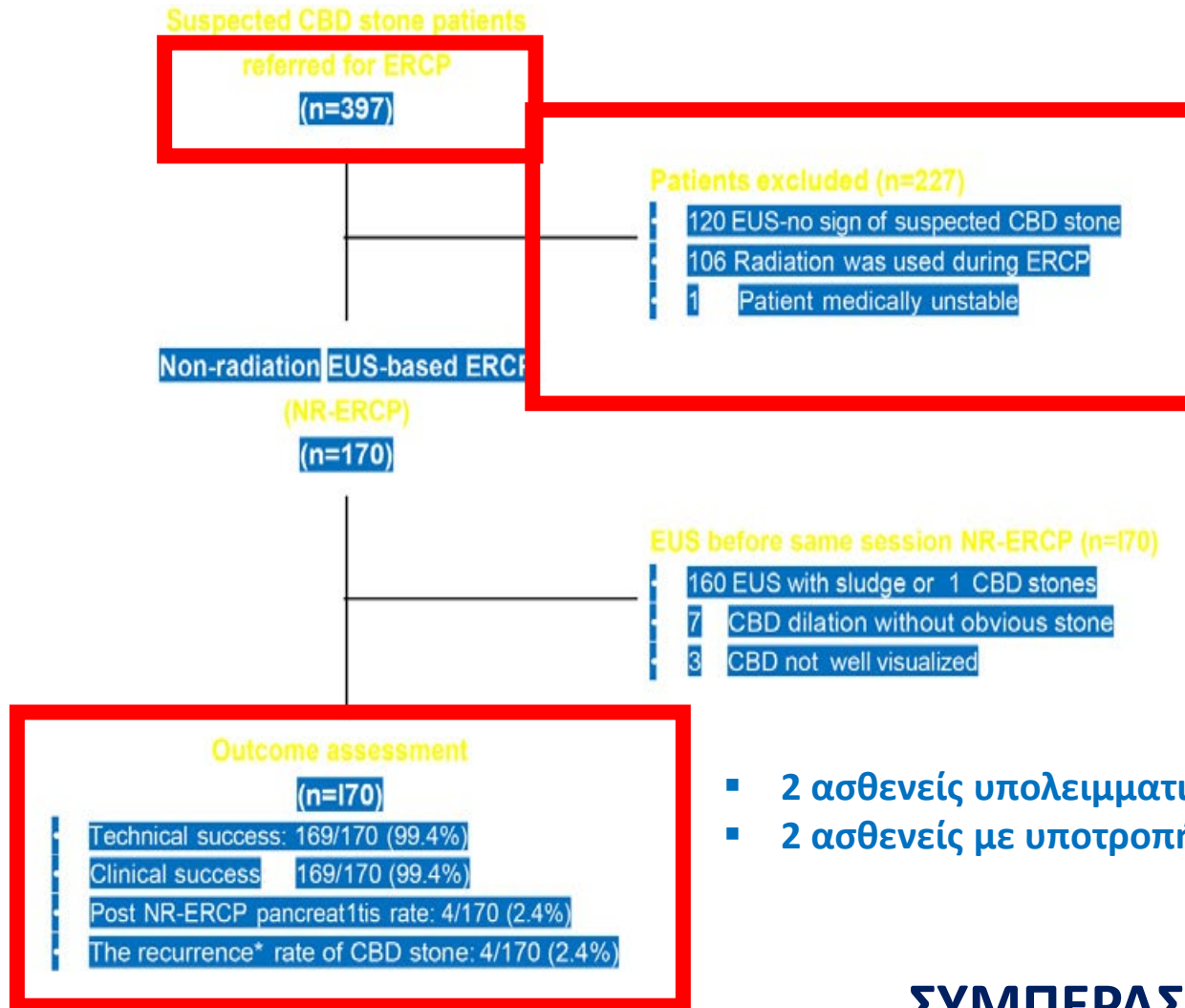


Table 1: Patient Characteristics and Peri-Procedural Findings

Age at index ERCP (meant±sd, years)	66.4 ± 20.2
Gender (n, %)	Female 111/170 (65%) Male 59/170 (35%)
Pre-procedural imaging (n, %)	160/170 (94%)
• Computed tomography	79/160 (49%)
• Magnetic resonance cholangiopancreatography	54/160 (34%)
• Transabdominal ultrasound	27/160 (17%)
Number of CBD stones/sludge by EUS (n, %)	170/170 (100%)
• 0	10 (5.9%)
• 1	69 (40.6%)
• 2	19 (11.2%)
• ≥3	52 (30.6%)
• Sludge only	20 (11.7%)
CBD stone size by EUS (meant±sd, mm)	9.8±4.3
Follow-up time after index ERCP (meant±sd, days)	359.8 ±39.3

- 2 ασθενείς υπολειμματική λιθίαση 3 μήνες
- 2 ασθενείς με υποτροπή λιθίασης στους 6 και 7 μήνες

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ❖ EUS απέτρεψε ERCP 1/3 περιπτώσεων με υποψία (κλινικο-απεικονιστική) χοληδοχολιθίασης
- ❖ NR-ERCP υψηλή τεχνική και κλινική επιτυχία με πολύ μικρό ποσοστό κατακράτησης λίθων μακροπρόθεσμα

*Recurrence stone/residual stone

SINGLE USE DUODENOSCOPES VERSUS REUSABLE DUODENOSCOPES IN PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS: A RETROSPECTIVE STUDY ON DEVICE SAFETY & OUTCOMES

Omar Shamaa, ID 4153407

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- Αναδρομική μελέτη ενός κέντρου
- Ασθενείς με ΠΣΧ που υποβλήθηκαν σε ERCP μεταξύ 07/2000 και 07/2024
- Ταξινόμηση ασθενών βάσει του τύπου του 12σκοπίου: RD ή SUD (μιας χρήσης - Exalt™)
- Σύγκριση δημογραφικών, κλινικών χαρακτηριστικών και post-ERCP εκβάσεων μεταξύ των 2 ομάδων

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

252 ασθενείς: 16 SUD / 236 RD

- ❑ ↑PSC Mayo risk score RD group (RD 1.19, SUD
- ❑ ↓*Post-ERCP Bil* στις 2 εβδομάδες (SUD 1.04; RD 4.07, $p = 0,022$) και στην τελευταία επίσκεψη SUD group (SUD 2.77; RD 3.21, $p = 0,066$)

Table 1. Comparing demographic and procedural characteristics by type of duodenoscope

		Single use (Exalt), N = 16 ¹	Reusable, N = 236 ¹	p-value ²
Age, Mean (SD)		54.88 (19.04)	56.97 (16.97)	0.815
Gender, n (%)	Female	4 (25.0%)	87 (36.9%)	0.339
	Male	12 (75.0%)	149 (63.1%)	
Race, n (%)	White	11 (78.6%)	164 (72.2%)	0.79
	Black	2 (14.3%)	50 (22.0%)	
	Other	1 (7.1%)	13 (5.7%)	
Cirrhosis, n (%)		8 (50.0%)	114 (48.3%)	0.896
IBD, n (%)		9 (56.3%)	122 (51.7%)	0.724
Cholangiocarcinoma, n (%)		2 (12.5%)	26 (11.0%)	0.694
Mayo risk score, Mean (SD)		0.55 (1.34)	1.19 (3.53)	0.013
Procedure details, n (%)				
ERCP Indications, n (%)	Worsening Symptoms	0 (0.0%)	42 (18.1%)	0.004
	Worsening LFTs	2 (12.5%)	59 (25.4%)	
	MRCPC findings	5 (31.3%)	42 (18.1%)	
	Multiple Indications	9 (56.2%)	89 (37.7%)	
Clinical symptoms before intervention, n (%)	No Symptoms	3 (18.7%)	19 (9.3%)	0.149
	Pruritis	2 (12.5%)	18 (8.8%)	
	Jaundice	4 (25%)	42 (20.6%)	
	Abdominal pain	2 (12.5%)	54 (26.5%)	
	Fever	0 (0.0%)	5 (2.5%)	
	Multiple Symptoms	5 (31.3%)	66 (27.9%)	
Duration of disease before intervention, months		4.93 (9.20)	8.39 (28.37)	0.543
Duration of intervention, min		61.88 (23.48)	70.80 (35.21)	0.44
Dominant stricture, n (%)	No Stricture found	10 (62.5%)	129 (54.7%)	0.968
	Extrahepatic	4 (25.0%)	66 (28.0%)	
	Intrahepatic	2 (12.5%)	30 (12.7%)	
	Both	0 (0.0%)	11 (4.7%)	
Presence of choledocholithiasis, n (%)		8 (50.0%)	76 (32.2%)	0.144
Procedure, n (%)	Balloon dilation	7 (43.8%)	71 (30.1%)	0.338
	Biliary Stent	2 (12.5%)	36 (15.3%)	
	Both	2 (12.5%)	76 (32.2%)	
	None	5 (31.3%)	53 (22.5%)	
Biliary sphincterotomy, n (%)		11 (73.3%)	147 (63.4%)	0.436
Prophylactic intraprocedural antibiotics, n (%)		14 (87.5%)	174 (75.0%)	0.371
Rectal NSAID administration, n (%)		13 (81.3%)	94 (41.6%)	0.002
Post-procedure antibiotics, n (%)		11 (68.8%)	147 (63.9%)	0.696
Post-procedure ursodiol, n (%)		6 (37.5%)	72 (31.0%)	0.59
Pre-ERCP labs Mean (SD)	Total Bilirubin	3.39 (4.31)	4.47 (5.50)	0.27
	ALT	80.15 (74.97)	121.03 (124.99)	0.226
	AST	54.92 (34.75)	115.99 (155.42)	0.016
	ALP	290.92 (149.16)	456.22 (417.04)	0.243
Labs 2 weeks post-ERCP, Mean (SD)	Total Bilirubin	1.04 (0.72)	4.07 (6.40)	0.022
	ALT	67.89 (43.68)	84.42 (77.59)	0.869
	AST	46.44 (24.44)	84.68 (66.49)	0.071
	ALP	265.67 (94.55)	392.69 (316.56)	0.436
Labs at last clinical visit, Mean (SD)	Total Bilirubin	2.77 (7.50)	3.21 (6.21)	0.066
	ALT	73.67 (118.20)	63.96 (112.12)	0.992
	AST	56.73 (59.13)	79.51 (197.54)	0.426
	ALP	280.60 (206.75)	300.18 (286.50)	0.614

ERCP, endoscopic retrograde cholangiopancreatography; IBD, inflammatory bowel disease; LFT, liver function test; MRCPC, magnetic resonance cholangiopancreatography; NSAID, non-steroidal anti-inflammatory drug; ALT, alanine aminotransferase; AST, aspartate aminotransferase; ALP, alkaline phosphatase.

¹ Mean (SD); n (%)

² Wilcoxon rank sum test; Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

❖ **Θνησιμότητα:** 0% SUD εν. 21,4% RD (n=50; **p=0,047**)

❖ 16/50 είχαν βακτηριαιμία, όπου 8 (**16%**) ήταν λοιμώξεις με **MDRO**.

Table 2. Procedure outcomes with reusable Vs single use duodenoscopes

	Single use (Exalt), N = 16 ¹	Reusable, N = 236 ¹	p-value ²
Total	1 (6.3%)	40 (16.9%)	
Cholangitis	1 (6.3%)	17 (7.2%)	
Pancreatitis	0 (0%)	12 (5.1%)	
Bleeding	0 (0%)	4 (1.7%)	
Perforation	0 (0%)	2 (0.85%)	
Other	0 (0%)	5 (2.12%: bacteremia, n=4; stent migration, n=1)	
ERCP adverse events, n (%)			0.741
Clinical Symptom Improvement, n (%)	8 (61.5%)	98 (48.0%)	0.345
Improvement in LFTs, n (%)	7 (53.8%)	120 (58.3%)	0.755
Interval cholangiocarcinoma, n (%)	1 (6.3%)	21 (9.3%)	>0.999
IBD related colon cancer, n (%)	2 (12.5%)	6 (2.6%)	0.088
Liver transplant, n (%)	3 (18.8%)	71 (30.2%)	0.408
PTC Placement, n (%)	1 (6.7%)	24 (10.7%)	>0.999
Mortality, n (%)	0 (0.0%)	50 (21.4%)	0.047
Transplantation free survival, month, n (%)	22.00 (NA)	32.06 (34.01)	>0.999
Number of follow up ERCPS completed, n (%)	1.13 (1.50)	2.66 (3.62)	0.056

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- SUDs θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε βαρύτερα περιστατικά
- Αασφαλής και τεχνικά ισοδύναμη εναλλακτική των RDs με αποτελεσματικότητα στη μείωση MRDOs που σχετίζονται με 12σκόπιο σε ευάλωτους πληθυσμούς ασθενών χωρίς αύξηση στα ανεπιθύμητα συμβάντα

CLINICAL IMPACT FOR ENDOSCOPIC HEMOSTASIS USING A SELF-ASSEMBLING PEPTIDE HEMOSTATIC GEL AFTER ENDOSCOPIC SPHINCTEROTOMY BLEEDING

Dr. Yoshitaro Yamamoto, ID 4153402

ΥΠΟΒΑΘΡΟ

- Το PuraStat είναι αιμοστατική γέλη με αυξανόμενη χρήση στην ενδοσκοπική και χειρουργική αιμόσταση και με τεκμηριωμένη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα
- Χρήση μετά από σφινκτηροτομή μόνο σε case reports και αναδρομικές μελέτες
- Σκοπός η προοπτική αξιολόγηση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- Προοπτική μελέτη αξιολόγησης ασφάλειας και αποτελεσματικότητας Purastat ως πρώτης τεχνικής αιμόστασης για αιμορραγία μετά σφινκτηροτομή, 11/2022-10/2023
- Άλλες τεχνικές επί αποτυχίας
- Κύρια έκβαση: αξιολόγηση τεχνικής επιτυχίας ενδοσκοπικής αιμόστασης με Purastat
- Τεχνική επιτυχία = απουσία αιμορραγίας για 180 δευτ. μετά εφαρμογή Purastat
- Δευτερεύουσες εκβάσεις: ΑΣ σχετιζόμενα με επεμβάσεις και δευτερεύουσα αιμορραγία.
- Χορήγηση Purastat με χρήση μεθόδου embankment

ΥΠΟΒΑΘΡΟ

- Το PuraStat είναι αιμοστατική γέλη με αυξανόμενη χρήση στην ενδοσκοπική και χειρουργική αιμόσταση και με τεκμηριωμένη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα
- Χρήση μετά από σφιγκτηροτομή μόνο σε case reports και αναδρομικές μελέτες
- Σκοπός η προοπτική αξιολόγηση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- Purastat ως πρώτη τεχνική αιμόστασης για αιμορραγία μετά σφιγκτηροτομή, 11/2022-10/2023
- Άλλες τεχνικές επί αποτυχίας
- Κύρια έκβαση:** αξιολόγηση τεχνικής επιτυχίας ενδοσκοπικής αιμόστασης με Purastat
 - ❖ Τεχνική επιτυχία = απουσία αιμορραγίας για 180 δευτ. μετά εφαρμογή Purastat
- Δευτερεύουσες εκβάσεις:** ΑΣ σχετιζόμενα με επεμβάσεις και υποτροπή αιμορραγίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- 53 ασθενείς (διάμεση ηλικία 74 ετών, 31/53 άνδρες)
- Επιτυχής εφαρμογή σε όλους χωρίς μετατόπιση Purastat στην 3^η μοίρα 12κτύλου
- Ποσοστό **τεχνικής επιτυχίας** ενδοσκοπικής αιμόστασης με χρήση Purastat **98% (52/53)**
- Καμία υποτροπή αιμορραγίας
- Κανένα ΣΑΣ – ήπια οξεία παγκρεατίτιδα σε 2 ασθενείς

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ❑ Purastat υψηλή κλινική και τεχνική επιτυχία για αιμορραγία μετά σφινκτηροτομή
- ❑ Χωρίς αύξηση στη συχνότητα οξείας παγκρεατίτιδας

INDICATIONS, EFFICACY AND SAFETY OF ELECTROHYDRAULIC LITHOTRIPSY TO TREAT STONES IN THE CYSTIC DUCT OR CYSTIC DUCT REMNANT

Dr. Tina Boortalary, ID 4156360

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- ❑ Ενδοσκοπική αντιμετώπιση μεγάλων λίθων κυστικού πόρου δύσκολη και μη ανταποκρινόμενη σε καθιερωμένες τεχνικές ERCP
- ❑ Η χολαγγειοσκόπηση συχνά αποτελεί τη μόνη μη χειρουργική επιλογή για τη θεραπεία ενσφηνωμένης λιθίασης στον κυστικό πόρο
- ❑ Σκοπός ο καθορισμός ποσοστού επιτυχίας και Ανεπιθύμητων Συμβάντων (ΑΣ) αυτής της τεχνικής

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- ❑ Πολυκεντρική αναδρομική μελέτη
- ❑ Τρία ακαδημαϊκά ιδρύματα, δεδομένα από 04/2017 έως 08/2024
- ❑ Ασθενείς με ERCP και EHL για λιθίαση εντός ή στην είσοδο κυστικού πόρου (ΚΠ) ή στο κολόβωμα
- ❑ Κύριο καταληκτικό σημείο: ποσοστό επιτυχίας EHL μέσω χολαγγειοσκόπησης για κάθαρση ΚΠ
- ❑ Δευτερεύουσες εκβάσεις: αριθμός απαιτούμενων EHL, ενδείξεις διαδικασίας, τεχνικές/επεμβατικές παράμετροι και σχετιζόμενα ΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- ❑ Ενδοσκοπική αντιμετώπιση μεγάλων λίθων κυστικού πόρου δύσκολη και μη ανταποκρινόμενη σε καθιερωμένες τεχνικές ERCP
- ❑ Η χολαγγειοσκόπηση συχνά αποτελεί τη μόνη μη χειρουργική επιλογή για τη θεραπεία ενσφηνωμένης λιθίασης στον κυστικό πόρο
- ❑ Σκοπός ο καθορισμός ποσοστού επιτυχίας και Ανεπιθύμητων Συμβάντων (ΑΣ) αυτής της τεχνικής

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- ❑ Πολυκεντρική αναδρομική μελέτη
- ❑ Τρία ακαδημαϊκά ιδρύματα, δεδομένα από 04/2017 έως 08/2024
- ❑ Ασθενείς με ERCP και EHL για λιθίαση εντός ή στην είσοδο κυστικού πόρου (ΚΠ) ή στο κολόβωμα
- ❑ **Κύριο καταληκτικό σημείο:** ποσοστό επιτυχίας EHL μέσω χολαγγειοσκόπησης για κάθαρση ΚΠ
- ❑ **Δευτερεύουσες εκβάσεις:** αριθμός απαιτούμενων EHL, ενδείξεις διαδικασίας, τεχνικές/επεμβατικές παράμετροι και σχετιζόμενα ΑΣ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- ❖ Ενδείξεις: Mirizzi syndrome 46.2%, χολοκυστίτιδα περίπου 1 στους 4
- ❖ Λιθίαση στο κολόβωμα 5%

❖ Ποσοστό επιτυχίας: **97.4% (38/39)**

❖ ΑΣ: **10,3% (4/39)**

✓ 1 συνεδρία 85%, 15.4% χολοκυστεκτομή στο f-up

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- EHL μεγάλη αποτελεσματικότητα στον καθαρισμό λίθων από τον κυστικό πόρο ή το κολόβωμα, συχνά σε μια συνεδρία και με χαμηλό ποσοστό ΑΣ

Table 1: EHL for Cystic Duct Stones: Demographics

Demographic	N(%)
Patients	39
Age (average)	61
Gender	
• Male	13 (33%)
• Female	26 (67%)
Gallbladder Surgical History	
• Partial	3 (7.7%)
• Full	19 (49%)
• Intact	17 (44%)

Table 2: EHL for Cystic Duct Stones: Outcomes

Outcomes	N(o/o)
Stone Clearance	38 (97%)
Number of EHL Sessions for Stone Clearance	
• One	33 (85%)
• Two	5 (13%)
• Three	1 (2.5%)
Subsequent Cholecystectomy	6 (15.4%)
Adverse Events	
• Post ERCP Pancreatitis	3 (7.7%)
• Retroperitoneal Perforation of CBD	1 (2.6%)

THE RISK OF BILIARY EVENTS AFTER
ENDOSCOPIC TRANSPAPILLARY
GALLBLADDER STENTING FOR ACUTE
CHOLANGITIS PATIENTS DEFERRED FOR
CHOLECYSTECTOMY: A RANDOMIZED
CONTROLLED TRIAL

Natsida Rathaviriyachai, ID 4246671

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- ❑ Η τοποθέτηση ενδοπρόσθεσης στη χοληδόχο κύστη μέσω ERCP (Endoscopic transpapillary gallbladder stenting - ETGS) είναι αποτελεσματική στην οξεία χολοκυστίτιδα σε μη χειρουργήσιμους ασθενείς.
- ❑ Τα δεδομένα σε ασθενείς με χολαγγειίτιδα είναι περιορισμένα

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- ❑ Τυχαιοποιημένη μελέτη σύγκρισης των συμβάντων από χοληφόρα
- ❑ Ασθενείς με οξεία χολαγγειίτιδα αλλά χωρίς χολοκυστίτιδα
- ❑ Δύο ομάδες με βάση την ενδοσκοπική τοποθέτηση ενδοπρόσθεσης στη χοληδόχο κύστη (ομάδα Α) ή όχι (Ομάδα Β)
- ❑ ERCP την περίοδο Ιούνιος-Νοέμβριος 2024
- ❑ Περίοδος παρακολούθησης 3 μηνών
- ❑ Χολοκυστεκτομή στο τέλος της παρακολούθησης

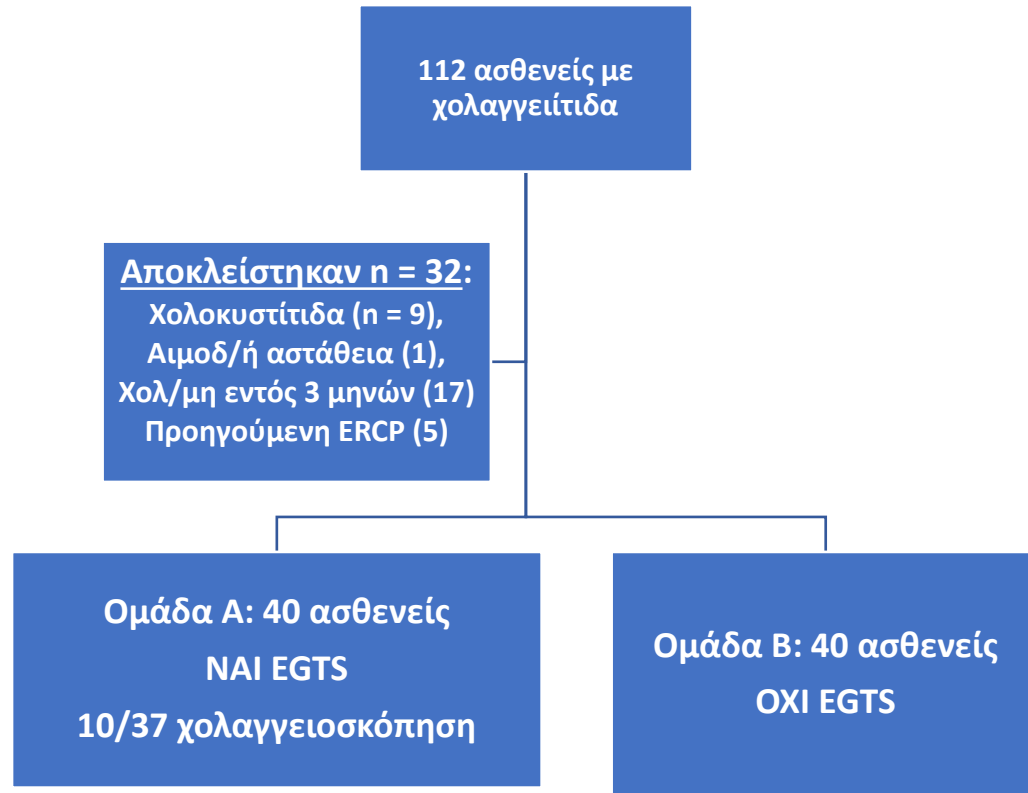
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- ❑ Η τοποθέτηση ενδοπρόσθεσης στη χοληδόχο κύστη μέσω ERCP (Endoscopic transpapillary gallbladder stenting - ETGS) είναι αποτελεσματική στην οξεία χολοκυστίτιδα σε μη χειρουργήσιμους ασθενείς.
- ❑ Τα δεδομένα σε ασθενείς με χολαγγειίτιδα είναι περιορισμένα

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- Τυχαιοποιημένη μελέτη σύγκρισης των συμβάντων από χοληφόρα
- Ασθενείς με οξεία χολαγγειίτιδα αλλά χωρίς χολοκυστίτιδα
- Δύο ομάδες με βάση την ενδοσκοπική τοποθέτηση ενδοπρόσθεσης στη χοληδόχο κύστη (ομάδα Α) ή όχι (Ομάδα Β) (Ιούνιος-Νοέμβριος 2024)
- Περίοδος παρακολούθησης 3 μηνών
- Χολοκυστεκτομή στο τέλος της παρακολούθησης σε όλους τους ασθενείς

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ



✓ Τεχνική επιτυχία EGTS: 92,5% (37/40)

✓ **Ανεπιθύμητα συμβάντα στην ομάδα Α:**
2 (5%): 1 παγκρεατίτιδα και 1 διάτρηση κυστικού πόρου

✓ **Συμβάντα από χοληφόρα στους 3 μήνες:**
ομάδα Α 0% (0/40) vs. Ομάδα Β 10% (4/40)*, p = 0.04

* 3 χολοκυστίτιδα, 1 χολαγγειίτιδα

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ❖ Η EGTS απέτρεψε αποτελεσματικά μελλοντικά συμβάντα από τα χοληφόρα σε ασθενείς με οξεία χολαγγειίτιδα και χωρίς χολοκυστίτιδα
- ❖ Σημαντικός αριθμός ασθενών που δεν υποβλήθησαν σε EGTS νοσηλεύτηκαν ξανά

HUMAN ASSESSMENT VERSUS REAL-TIME
CHOLANGIOSCOPY-ARTIFICIAL
INTELLIGENCE FOR THE CLASSIFICATION OF
INDETERMINATE BILIARY STRICTURES: POST-
HOC ANALYSIS OF THE SMART-AI TRIAL

Neil B. Marya ID: 4252986

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- Η ταξινόμηση των στενώσεων χοληδόχου (ΣΧ) είναι δύσκολη παρά τις δυνατότητες που παρέχονται με τη χολαγγειοσκόπηση.
- Ο σκοπός της μελέτης είναι να αξιολογηθεί η επάρκεια στην ταξινόμηση στενώσεων από τους ενδοσκόπους και η σύγκριση με την τεχνητή νοημοσύνη (AI).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- Post-hoc ανάλυση SMART-AI trial.
- Φόρτωση λογισμικού AI σε υπολογιστή και απευθείας σύνδεση με τον επεξεργαστή χολαγγειοσκόπησης και ανάλυση του βίντεο.
- Αξιολόγηση σε πραγματικό χρόνο από τον υπολογιστή για το εάν υπήρχε κακοήθεια.
- Μεταφόρτωση των βίντεο χολαγγειοσκόπησης και εξέτασή τους από τυφλοποιημένες ομάδες εκπαιδευόμενων και έμπειρων ενδοσκόπων.
- Ταξινόμηση ΣΧ ως καλοήθεις ή κακοήθεις από τους ενδοσκόπους και σύγκριση της απόδοσης με την AI.

ΥΠΟΒΑΘΡΟ

- Η ταξινόμηση των στενώσεων χοληδόχου (ΣΧ) είναι δύσκολη παρά τις δυνατότητες που παρέχονται με τη χολαγγειοσκόπηση.
- Ο σκοπός της μελέτης είναι να αξιολογηθεί η επάρκεια στην ταξινόμηση στενώσεων από τους ενδοσκόπους και η σύγκριση με την τεχνητή νοημοσύνη (AI).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- Post-hoc ανάλυση SMART-AI trial.
- Φόρτωση λογισμικού AI σε υπολογιστή και απευθείας σύνδεση με τον επεξεργαστή χολαγγειοσκόπησης και ανάλυση του βίντεο.
- Αξιολόγηση σε πραγματικό χρόνο από τον υπολογιστή για το εάν υπήρχε κακοήθεια.
- Μεταφόρτωση των βίντεο χολαγγειοσκόπησης και εξέτασή τους από τυφλοποιημένες ομάδες εκπαιδευόμενων και έμπειρων ενδοσκόπων.
- Ταξινόμηση ΣΧ ως καλοήθεις ή κακοήθεις από τους ενδοσκόπους και σύγκριση της απόδοσης με την AI.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- 41 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ERCP-χολαγγειοσκόπηση την περίοδο 2023-2024
 - 19/41 (46.3%) διαγνώστηκαν τελικά με κακοήθεια
 - 14 ιατροί (5 εκπαιδευόμενοι, 9 έμπειροι ενδοσκόποι) από 9 κέντρα ανασκόπησαν όλο το υλικό βίντεο με τις χολαγγειοσκοπήσεις
- **Interobserver agreement** για ταξινόμηση ΣΧ φτωχή σε εκπαιδευόμενους (Fleiss' k 0.186, 95% CI 0.089-0.283) και μέτρια σε έμπειρους ενδοσκόπους (Fleiss' k 0.224, 95% CI 0.173-0.275).
- **Διαγνωστική ακρίβεια** στην ταξινόμηση ΣΧ: **61,5%** εκπαιδευόμενοι, **63,1%** έμπειροι ενδοσκόποι, **87,8% AI**

Σημαντική διαφορά AI έν. Έμπειρων ενδοσκόπων: $p < 0.01$

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ❖ Η ανθρώπινη αξιολόγηση ΣΧ δεν είναι τέλεια ακόμα και για πολύ έμπειρους ενδοσκόπους
- ❖ Η χρήση AI σε πραγματικό χρόνο είναι περισσότερο ακριβής και μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στη διάγνωση - χρειάζονται μελέτες που να αξιολογούν την αλληλεπίδραση AI χολαγγειοσκόπησης σε πραγματικό χρόνο

