

13^η Ουρολογική Συνάντηση Κεντρικής Ελλάδας 8-10/11/2024

Λάρισα Ξενοδοχείο Larissa Imperial

www.voyagertravel.gr

ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ερευνητικό Κέντρο Παθήσεων του
Ουροποιογεννητικού (Ε.Κ.Π.Ο.)



Blascom.gr

Your needs,
Our mission

Celebrating
35
years
of customer experience



 **Occlutech**

Johnson & Johnson
MEDICAL DEVICES COMPANIES

 **CardinalHealth™**

ETHICON
PART OF THE JOHNSON-JOHNSON FAMILY OF COMPANIES

 **Biosense Webster**
PART OF THE JOHNSON-JOHNSON FAMILY OF COMPANIES

Cordis
A Cardinal Health company

ΟΡΓΑΝΩΣΗ -
ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

04

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

05

ΠΡΟΕΔΡΟΙ -
ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ

06-07

ΓΕΝΙΚΕΣ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

08

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

09-13

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

15

ΧΟΡΗΓΟΙ

16

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

17-18

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ
ΣΥΜΠΟΣΙΟ

22

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**Πρόεδρος:**

B. Τζώρτζης

Επίτιμος Πρόεδρος:

M. Μελέκος

Γραμματείς:

A. Καρατζάς

I. Ζάχος

K. Δημητρόπουλος

Μέλη:

Αθ. Οικονόμου

Λ. Μητράκας

Χ. Γκανίδης

Θ. Αναγνώστου

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Bollens R.

Fabian Q.

Pisters L.

Αγρότης Γ.

Αθανασιάδης Γ.

Αναγνώστου Θ.

Αναστασιάδης A.

Αποστολίδης A.

Αργυρίου K.

Βαλιτάσιου B.

Βήλου M.

Γεωργιάδου Σ.

Γεωργούλιας Π.

Γιαννακόπουλος Σ.

Γκανίδης Χ.

Δαπόντε A.

Δαριώτης E.

Δείρμεντζογλου Σ.

Δημητριάδης Γ.

Δημητρόπουλος K.

Ευμορφόπουλος K.

Ζάχος I.

Ζιμπής A.

Θεοδώρου K.

Θώδου E.

Καραβιτάκης M.

Καρασαββίδου Φ.

Καρατζάς A.

Καχωριτάκης A.

Κοϊνός Φ.

Κουκούλης Γ.

Κουσουρνάς Γ.

Κρατήρας Z.

Κύργις Γ.

Κωνσταντινίδης Χ.

Κωτσάκης A.

Λιακούλη Z.

Μαμουλιάκης Χ.

Μεσσήνη Χ.

Μητράκας Λ.

Μητρόπουλος Δ.

Μητσογιάννης Η.

Μουρμούρης Π.

Μουτζούρης Γ.

Μωυσίδης K.

Οικονόμου A.

Παπαχαρίτου Σ.

Πλούμιδης A.

Σαμαρά M.

Σαμαρίνας M.

Σάτρα M.

Σγάντζος M.

Σκοθάρικος A.

Σοκολάκης I.

Στραβοδήμος K.

Τατάνης B.

Τζεθβές Λ.

Τζώρτζης B.

Τόκας Θ.

Τσακαλδήμης Γ.

Τσιακάρας Σ.

Τσιβγουλής A.

Τσούγκος I.

Τσούρης Z.

Φραγκάκη M.

Φραγκιάδης E.

Χασιώτης Γ.

Χατζημουρατίδης K.

Χατζηληρόπουλος Δ.

Χρυσοφός I.

Αγαπητοί φίλοι και συνάδελφοι

Είναι ιδιαίτερη τιμή αλλιά και χαρά για εμένα και τους συνεργάτες μου να σας προσκαλέσω στην «**13^η Ουρολογική Συνάντηση Κεντρικής Ελλάδας**», που θα πραγματοποιηθεί στις 08-10 Νοεμβρίου 2024 στη Λάρισα.

Μέλημά μας είναι η απόκτηση νέας γνώσης να γίνει σε ένα ευχάριστο περιβάλλον με αξιόλογους ομιητές και προπαντός φίλους. Ευελπιστούμε να τύχει της ίδιας αποδοχής από την Ουρολογική Κοινότητα όπως και οι προηγούμενες.

Η Συνάντηση διοργανώνεται από την Ουρολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και το Ερευνητικό Κέντρο Παθήσεων του Ουροποιογεννητικού (ΕΚΠΟ).

Με θερμούς χαιρετισμούς

Καθηγητής
Β. Τζώρτζης



Bollens R.

Catholic University of Lille, Hôpital Saint
Phillibert, (France), Centre Hospitalier de
Wallonie Picarde, Tournai, Belgium

Fabian Q.

PhD Head of Neurourology/Continece
Department at University Hospital
Muenster, Germany

Pisters L.

Professor of Urology, M.D. Anderson
Cancer Center, Texas, U.S.A

Αγγρότης Γ.

Ειδικός Ακτινολόγος, PhD, The
Netherlands Cancer Institute / AVL

Αθανασιάδης Γ.

Consultant Urological Surgeon, Aberdeen
Royal Infirmary, NHS Grampian, Scotland

Αναγνώστου Θ.

Χειρουργός Ουρολόγος – Διδάκτωρ
Πανεπιστημίου Αθηνών, Συντονιστής
Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής
Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», τ. Γενικός
Γραμματέας Ελληνικής Ουρολογικής
Εταιρείας

Αναστασιάδης Α.

Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας
Α.Π.Θ., Α' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ.,
Γ.Ν.Θ. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Αποστολίδης Α.

Καθηγητής Ουρολογίας –
Νευροουρολογίας Α.Π.Θ., Β' Ουρολογική
Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

Αργυρίου Κ.

Εκλεγμένος Επίκουρος Καθηγητής,
Γαστρεντερολόγος Επιμελητής Β',
Γαστρεντερολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.
Λάρισα

Βαλοτάσιου Β.

Επίκουρη Καθηγήτρια Πυρηνικής Ιατρικής,
Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Τμήμα
Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Π.Γ.Ν.
Λάρισα

Βλυχού Μ.

Καθηγήτρια Ακτινοδιαγνωστικής, Τμήμα
Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,
Διευθύντρια Εργαστηρίου Ακτινολογίας,
Π.Γ.Ν. Λάρισα

Γεωργιάδου Σ.

Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια
Α' ΕΣΥ, Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο
Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρο-
γνωμόσεως για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα
Ήπατος, Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου
ERN-RARE LIVER, Π.Γ.Ν. Λάρισα

Γεωργούλιας Π.

Καθηγητής Πυρηνικής Ιατρικής, Τμήμα
Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας –
Διευθυντής Εργαστηρίου Πυρηνικής
Ιατρικής, Π.Γ.Ν. Λάρισα

Γαννακόπουλος Σ.

Καθηγητής Ουρολογίας Δ.Π.Θ.,
Ουρολογική Κλινική Δ.Π.Θ., Π.Γ.Ν.
Αλεξανδρούπολης

Γκανίδης Χ.

Ουρολόγος, Επιμελητής Β', Ουρολογική
Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισα

Δαπόντε Α.

Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας,
Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,
Διευθυντής Μαιευτικής – Γυναικολογικής
Κλινικής, Π.Γ.Ν. Λάρισα

Δαριώτης Ε.

Καθηγητής Νευρολογίας Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας, Διευθυντής Νευρολογικής
Κλινικής, Π.Γ.Ν. Λάρισα

Δείρμεντζόγλου Σ.

Χειρουργός Ουρολόγος, Διδάκτωρ
Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών

Δημητριάδης Γ.

Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας, Διευθυντής Α'
Ουρολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ.
ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Δημητρόπουλος Κ.

Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας, Τμήμα
Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,
Ουρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισα

Ευμορφόπουλος Κ.

Ειδικευόμενος Ουρολόγος MD, MSc(c),
PhD, Ουρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισα

Ζάχος Ι.

Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας, Τμήμα
Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,
Ουρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισα

Ζιμπής Α.

Καθηγητής Διευθυντής Εργαστηρίου
Ανατομίας Τμήματος Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Θεοδώρου Κ.

Καθηγήτρια, Διευθύντρια Εργαστηρίου
Ιατρικής Φυσικής, Τμήμα Ιατρικής, Π.Γ.Ν.
Λάρισα

Θώδου Ε.

Ιατρός Κυτταρολόγος, MD, PhD, Επίκουρη
Καθηγήτρια Κυτταρολογίας, Τμήμα
Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Καραβιτάκης Μ.

MD, MSc, PhD, FEBU, Χειρουργός
Ουρολόγος, Κέντρο Προηγμένης
Λαπαροσκοπικής και Ενδοσκοπικής
Χειρουργικής Ουρολογίας, «CENTRAL
UROLOGY», Κλινική «ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ»,
Αθήνα

Καρασαββίδου Φ.

M.D., Ph.D., Παθολογοανατόμος,
Διευθύντρια ΕΣΥ Π.Γ.Ν. Λάρισα,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας

Καρατζάς Α.

Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας,
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,
Ουρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισα

Καψωριτάκης Α.

Καθηγητής Παθολογίας –
Γαστρεντερολογίας, Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, Διευθυντής
Γαστρεντερολογικής Κλινικής
Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου
Λάρισα, Διευθυντής Προγράμματος
Μεταπτυχιακών Σπουδών «Η Διατροφή
στη Υγεία και στη Νόσο»

Κοϊνης Φ.

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας
Ογκολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας, Π.Γ.Ν. Λάρισα

Κουκούλης Γ.

"Επιστημονικός υπεύθυνος εργαστηρίου
Παθολογικής Ανατομικής ΡΑΤΗ, Τέως
Καθηγητής Παθολογικής Ανατομικής Παν.
Θεσσαλίας.
Πρώην Associate Professor Of Pathology,
Department of Pathology University of
Indiana USA"

Κουσουρνάς Γ.

Χειρουργός Ουρολόγος-Ανδρολόγος,
feMAL.Emed Athens-Rhodes

Κρατήρας Ζ.

MD, PhD, Επίκουρος Καθηγητής
Ουρολογίας Ε.Κ.Π.Α., Γ' Πανεπιστημιακή
Ουρολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.
«ΑΤΤΙΚΟΝ»

Κύργιας Γ.

Καθηγητής Ακτινοθεραπευτικής
Ογκολογίας, Διευθυντής Τμήματος
Ακτινοθεραπείας, Π.Γ.Ν.Λάρισα

Κωνσταντινίδης Χ.

MD, PhD, FEBU, FECMS, Ουρολόγος,
Διευθυντής ΕΣΥ, Εθνικό Κέντρο
Αποκατάστασης, Αθήνα

Κωτσάκης Α.

Καθηγητής Παθολογίας-Ογκολογίας,
Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,
Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής,
Π.Γ.Ν. Λάρισας

Λιακούλη Ζ.

Ακτινοθεραπευτής – Ογκολόγος,
Π.Ν.Α. «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ»

Μαμουλάκης Χ.

Καθηγητής Ουρολογίας, Διευθυντής
Ουρολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ηρακλείου

Μεσσήνη Χ.

Επίκουρη Καθηγήτρια Μαιευτικής και
Γυναικολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,
Π.Γ.Ν. Λάρισας

Μπτράκας Λ.

Ουρολόγος, Επιμελητής Α', Fellow of
European Board of Urology (FEBU),
Ουρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας

Μπτρόπουλος Δ.

Καθηγητής Ουρολογίας Ε.Κ.Π.Α.,
Διευθυντής Α' Πανεπιστημιακής
Ουρολογικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α.
«ΛΑΪΚΟ»

Μπτοσιάννης Η.

Καθηγητής Ουρολογίας Ε.Κ.Π.Α., Β'
Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική,
Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»

Μουρμούρης Π.

MD MSc PhD FEBU, Αναπληρωτής
Διευθυντής Κλινικής Lasers And Robotics
in Urology «METROPOLITAN HOSPITAL»

Μουτζούρης Γ.

τέως Συντονιστής Δ/νσης Ουρολογικής
Κλινικής Γ.Ν. 'Αργολίδας

Μωυσίδης Κ.

Χειρουργός – Ουρολόγος, Επίκουρος
Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ., Β'
Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ.
«ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

Οικονόμου Α.

Ουρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Ουρολογική
Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας

Παπαχαρίτου Σ.

MSc, PhD, Βιολόγος Αναπαραγωγής και
Επιστημονικός Διευθυντής Εργαστήριο
Ανάλυσης & Κρυσταλλοποίησης Σπέρματος,
Θεσσαλονίκη

Πλούμης Α.

MD, BSc, MSc, PhD, FEBU, Χειρουργός-
Ουρολόγος-Ανδρολόγος, «ΙΑΤΡΙΚΟ
ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ»

Σαμαρά Μ.

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογικής
Ανατομικής με έμφαση στη Μοριακή
Ιστοπαθολογία, Εργαστήριο Παθολογικής
Ανατομικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή
Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας

Σαμαρίνας Μ.

Ουρολόγος, Επιμελητής Α', Επιστημονικά
Υπεύθυνος Ουρολογικής Κλινικής, Γ.Ν.
Λάρισας

Σάτρα Μ.

Επίκουρη Καθηγήτρια Μοριακής
Γενετικής, Τμήμα Δημόσιας & Ενιαίας
Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Σγάντζος Μ.

Ιατρός Φυσικής Ιατρικής και
Αποκατάστασης Αναπληρωτής καθηγητής
Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Φυσικής
Ιατρικής και Αποκατάστασης

Σκολαρίκος Α.

Καθηγητής Ουρολογίας, Β' Ουρολογική
Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.Α.
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»

Σοκολάκης Ι.

Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ.,
Β' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ.
«ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

Στραβοδής Κ.

Καθηγητής Ουρολογίας, Ιατρική Σχολή
Ε.Κ.Π.Α., Α' Πανεπιστημιακή Ουρολογική
Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

Τατάνης Β.

Ουρολόγος, Επιμελητής Β', Ουρολογική
Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών

Τζελέβης Λ.

Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας, Β'
Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική
Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»

Τζώρτζης Β.

Καθηγητής Ουρολογίας, Διευθυντής
Πανεπιστημιακής Ουρολογικής Κλινικής,
Π.Γ.Ν. Λάρισας

Τόκας Θ.

Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας,
Π.Γ.Ν.Η. Κρήτης

Τσακαλδήμης Γ.

Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας Δ.Π.Θ.,
Ουρολογική Κλινική Δ.Π.Θ., Π.Γ.Ν.
Αλεξανδρούπολης

Τσιακάρας Σ.

Χειρουργός Ουρολόγος, Επιστημονικός
Συνεργάτης Α' Ουρολογικής Κλινική
Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Τσιβούλης Α.

Ιατρός Αποκατάστασης, Επιστημονικός
Συνεργάτης Κέντρο Αποθεραπείας &
Αποκατάστασης «ΑΤΤΙΚΑ»,
Πανεπιστημιακός Υπότροφος
Νευρολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν. Λάρισας

Τσούγκος Ι.

*MSc, MScClinEd, PhD, Καθηγητής
Ιατρικής Φυσικής, Δ/ντης Εργ. Ιατρικής
Πληροφορικής & Βιοιατρικής Απεικόνισης
Τμήμα Ιατρικής, Βιοπόλιν Π.Θ., Επισκέπτης
Καθηγητής Dept. of Neuroimaging, King's
College London, UK"

Τσούρης Ζ.

Νευρολόγος, ΕΔΙΠ, Νευρολογική Κλινική,
Τμήμα Ιατρικής, Π.Γ.Ν. Λάρισας

Φραγκάκη Μ.

Φυσίατρος - Ιατρός Αποκατάστασης,
sFEBPRM Επιστημονική Διευθύντρια
Κ.Α.Α. «ANIMUS»

Φραγκιάδης Ε.

Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας
Ε.Κ.Π.Α., Α' Ουρολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α.,
Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

Χασιώτης Γ.

Ειδικευόμενος Ουρολογίας, Ουρολογική
Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας

Χατζημουρατίδης Κ.

Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ.,
Διευθυντής Β' Ουρολογικής Κλινικής
Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

Χατζηχρήστου Δ.

Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ.

Χρυσόφοβος Μ.

Καθηγητής Ουρολογίας, Διευθυντής Γ'
Ουρολογικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.
«ΑΤΤΙΚΟΝ»

Ημερομηνίες Διεξαγωγής

8-9-10 Νοεμβρίου 2024

Τόπος Διεξαγωγής

Larissa Imperial Hotel
Φαρσάλων 182
Λάρισα 41335
Τ: 241 068 7600

Τρόπος Διεξαγωγής

Η Συνάντηση θα πραγματοποιηθεί με φυσική παρουσία

Κόστη Εγγραφής

Ειδικοί	100 €
Ειδικευόμενοι	60 €
Νοσηλευτικό προσωπικό, Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:
Παρακολούθηση της Συνάντησης, Πρόγραμμα της
Συνάντησης, Βεβαίωση Συμμετοχής

• Σε όλες τις ανωτέρω τιμές σε τιμολόγιο προστίθεται ο ανάλογος ΦΠΑ

Διαμονή

Για την διαμονή των συνέδρων έχουν εξασφαλιστεί δωμάτια στο ξενοδοχείο Larissa Imperial Hotel

Μοριοδότηση

Στην 13^η Ουρολογική Συνάντηση Κεντρικής Ελλάδος, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος θα χορηγήσει 20 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (Σ.Ι.Ε. – CME-CPD)

Βεβαιώσεις Παρακολούθησης

Οι Βεβαιώσεις Παρακολούθησης θα αποσταλούν ηλεκτρονικά από το Γραφείο Οργάνωσης της Συνάντησης. Σύμφωνα με την εγκύκλιο του ΕΟΦ (64740/01-09-2013) απαιτείται η παρακολούθηση του 60% των ωρών της Συνάντησης

Έκθεση Προϊόντων

Κατά την διάρκεια της Συνάντησης θα λειτουργήσει έκθεση προϊόντων φαρμακευτικών εταιρειών και εταιρειών ιατρικού εξοπλισμού

Γραφείο Εγγραφών

Η Γραμματεία της Συνάντησης θα λειτουργεί:

Παρασκευή 8 Νοεμβρίου 2024
(ώρες 13:30 – 21:00)

Σάββατο 9 Νοεμβρίου 2024
(ώρες 08:30 – 13:30 & 16:00 – 21:00)

Κυριακή 10 Νοεμβρίου 2024
(ώρες 09:00 – 14:30)

Γραφείο Οργάνωσης Συνάντησης**VOYAGER TRAVEL & CONGRESS**

Βασ. Ηρακλείου 26, 54624, Θεσσαλονίκη

T: 2310250401

E: info@voyagertravel.gr

W: www.voyagertravel.gr

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 8 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024

14:00 – 17:00 Εξομοιωτές Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής / Βιοψίας προστάτη**17:00 – 19:15 Προεδρείο: Π. Γεωργούλιας – Μ. Βλυκού – Κ. Θεοδώρου**

17:00 – 17:45 Σταδιοποίηση καρκίνου του προστάτη πριν από τη θεραπεία:

mpMRI

Γ. Αγγρότης (20') 

PSMA-PET CT

Β. Βαλοτάσιου (20')

5' Σχόλια

17:45 – 18:30 Θα αντικαταστήσει η Τεχνητή Νοημοσύνη τον/την Ακτινολόγο στο χαρακτηρισμό των βλαβών της mpMRI;

Ναι: **Ι. Τσούγγος** (20')Όχι: **Μ. Βλυκού** (20')

5' Σχόλια

18:30 – 19:15 Έχει οδηγήσει η εντατική χρήση της mpMRI προστάτη στην υπερδιάγνωση και υπερθεραπεία;

Ναι: **Κ. Ευμορφόπουλος** (20')Όχι: **Γ. Χασιώτης** (20')

5' Σχόλια

19:15 – 19:30 Διάλειμμα - Καφές**19:30 – 20:55 Προεδρείο: Γ. Κουκούλης – Β. Τζώρτζης**

19:30 – 20:00 Θετικά χειρουργικά όρια στη ριζική προστατεκτομή

Η σκοπιά του παθολογοανατόμου:

Φ. Καρασαββίδου (15')

Η σκοπιά του ουρολόγου:

Θ. Αναγνώστου (15')

20:00 – 20:20 Κυτταρολογική ούρων και νέοι βιοδείκτες στην διάγνωση και παρακολούθηση του ουροθηλιακού καρκίνου

Ε. Θώδου: (20')

20:20 – 20:40 Ο ρόλος του μικροβιώματος του εντέρου στην καρκινογένεση του ουροποιητικού

Μ. Σαμαρά (20')

20:40 – 20:55 Γενετικός έλεγχος και Γενετική συμβουλευτική στον καρκίνο του προστάτη

Μ. Σάτρα (15')**20:55 – 21:15 Συμπεράσματα 1^{ης} Ημέρας**

ΣΑΒΒΑΤΟ 9 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024

09:00 – 09:30 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**09:30 – 11:00 ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ**Προεδρείο: **Α. Κωτσάκης – Γ. Δημητριάδης – Γ. Κύργιας**

Ολιγομεταστατική Νόσος Ουροποιητικού – Σύγχρονη Αντιμετώπιση

Ογκολογική προσέγγιση

Φ. Κοϊνός (30') 

Ακτινοθεραπευτική προσέγγιση

Ζ. Λιακούλη (30')

Ουρολογική προσέγγιση

Μ. Καραβιτάκης (30')**11:00 – 12:15 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ**Προεδρείο: **Κ. Στραβοδής – Κ. Χατζημουρατίδης – Γ. Μουτζούρης**

Λεμφαδενεκτομή στην Ογκολογία – ΝΑΙ/ΟΧΙ

Ca Προστάτη:

Ναι: **Ε. Φραγκιάδης** (10')Όχι: **Ι. Σοκολάκης** (10') 

Ca Κύστης:

Ναι: **Ζ. Κρατήρας** (10')Όχι: **Γ. Τσακαλδής** (10')

Ca Νεφρού:

Ναι: **Λ. Τζελβές** (10') Όχι: **Χ. Γκανίδης** (10')

Ca Αποχ. Μοίρας:

Ναι: **Θ. Τόκας** (10')Όχι: **Σ. Τσιακάρας** (10')**12:15 – 12:30 Διάλειμμα - Καφές****12:30 – 13:00 ΚΥΠ**Προεδρείο: **Χ. Μαμουλάκης – Μ. Χρυσοφός**

ΚΥΠ: Φαρμακοθεραπεία ή απευθείας χειρουργική αντιμετώπιση;

Φαρμακοθεραπεία:

Κ. Μωυσίδης (10')

TUR/Rezūm:

Γ. Κουσουρνάς (10')

HoLEP/Urolift/iTind:

Π. Μουρμούρης (10')

13:00 – 13:30 STATE OF THE ART LECTURE

Η χρήση MicroUltrasound στη διαγνωστική προσέγγιση των διαταραχών του προστάτη
Κ. Δημητρόπουλος

13:30 – 16:30 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ - ΠΡΟΒΟΛΗ VIDEO

16:30 – 17:30 ΛΙΘΙΑΣΗ

Προεδρείο: **Α. Σκολαρίκος - Σ. Γιαννακόπουλος**

16:30 – 16:50 ECIRS vs mini PCNL

Α. Αναστασιάδης (20')

16:50 – 17:10 URS: Τεχνικές θραύσης λίθου και ρυθμίσεις laser

Α. Πλουμίδης (20')

17:10 – 17:30 Follow-up μετά από θεραπεία

Λ. Μπτράκας (20')

17:30 – 17:45 Διάλειμμα - Καφές

17:45 – 18:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Αναλυτικό πρόγραμμα στην σελίδα 22

18:30 – 20:00 SEMI-LIVE VIDEOS

Προεδρείο: **Δ. Μπτρόπουλος - Α. Καρατζάς - Δ. Χατζηκρήστου**

18:30 – 18:50 Ρομποτικά Υποβοηθούμενη Νεκύστη

Κ. Δημητρόπουλος (20')

18:50 – 19:10 MIS Upper Tract

Γ. Αθανασιάδης (20')  zoom

19:10 – 20:00 Minimally Invasive Surgical Management of Advanced Testicular Cancer

- Laparoscopic RPLND:

R. Bollens (20')

- Robotic-assisted RPLND:

L. Pisters (20')

Σχολιασμός (10')

20:00 – 21:00 Διεγχειρητικές επιπλοκές και αντιμετώπισή τους

21:00 – 21:30 Συμπεράσματα 2^{ns} Ημέρας

ΚΥΡΙΑΚΗ 10 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024

09:00 – 10:30 Σεμινάριο Νευροουρολογίας και Λειτουργικής Ουρολογίας**Α' Μέρος: η ουρολογική προσέγγιση**Προεδρείο: **Α. Αποστολίδης – Η. Μπτσογιάννης**

Ανατομία και Νευροφυσιολογία κατώτερου ουροποιητικού συστήματος

Α. Ζιμπής (15')Διαταραχές ούρησης-Συσχέτιση τοπογραφίας της βλάβης-κλινικής εικόνας-ταξινόμηση
νευρογενών διαταραχών ούρησης**Σ. Δείρμεντζόγλου (15')**Αντιμετώπιση νευρογενών διαταραχών κατώτερου ουροποιητικού συστήματος: φάση
πλήρωσης**Α. Οικονόμου (15')**Αντιμετώπιση νευρογενών διαταραχών κατώτερου ουροποιητικού συστήματος: φάση
κένωσης**Μ. Σαμαρίνας (15')**

Σεξουαλική λειτουργία σε νευρολογικούς ασθενείς

Χ. Κωνσταντινίδης (15')

10:15-10:30 Συζήτηση

10:30-11:00 State of the art LectureΠροεδρείο: **Η. Μπτσογιάννης – Α. Οικονόμου****Is ATOMS suitable for all men with stress incontinence after radical
prostatectomy? Anovel approach****Fabian Queissert**  zoom**11:00-11:30 Διάλειμμα - Καφές**

11:30-13:30 Σεμινάριο Νευροουρολογίας και Λειτουργικής Ουρολογίας

Β' Μέρος: χρειαζόμαστε και άλλες ειδικότητες στη νευροουρολογία?

Προεδρείο: **Ε. Δαρδιώτης - Μ. Σγάντζος - Α. Δαπόντε**

Διαταραχές ούρησης σε νευρολογικές παθήσεις: τι περιμένει ο νευρολόγος?

Ζ. Τσούρης (15')

Συμβολή της φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης στην αντιμετώπιση των νευρολογικών διαταραχών του κατώτερου ουροποιητικού

Α. Τσιβγούλης (15')  zoom

Αυτόνομη δυσαντακλαστικότητα

Μ. Φραγκάκη (15')

Γυναίκα υπογονιμότητα και κύηση σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση

Χ. Μεσσίνη (15')  zoom

Προεδρείο: **Α. Καψωριτάκης, Κ. Καρατζάς**

Νευρογενές έντερο (15')

Κ. Αργυρίου

Διαχείριση της γονιμότητας σε άνδρες νευρολογικούς ασθενείς

Σ. Παπαχαρίτου (15')

Ουρολοιμώξεις σε νευρολογικούς ασθενείς-πρόληψη και αντιμετώπιση

Σ. Γεωργιάδου (15')

Νευρογενείς διαταραχές ούρησης σε παιδιά: ποια η θέση του παιδοουρολόγου

Β. Τατάνης (15')

13:30-14:30 Συμπεράσματα - Λήξη



Dedicated to **healthcare**
Dedicated to **you**



Η Γενική Χημικών Προϊόντων γίνεται **GCP**. Νέο όνομα, ίδιες αξίες.

Προσφέρουμε εδώ και **48 χρόνια** ολοκληρωμένες λύσεις υγείας σε περισσότερους από 200.000 ασθενείς και επαγγελματίες υγείας.

Αθήνα: Αυγής 60, 14564 Κηφισιά, Τηλ.: 2106203000
Θεσσαλονίκη: Πέτρου Συνδίκου 18, 54643, Τηλ.: 2310868174
Πάτρα: Καλομοίρη 79, 26442, Τηλ.: 2610450105
Δωρεάν γραμμή: 800 500 5150
e-mail: info@gcp.gr | www.gcp.gr

Η Εταιρεία μας έχει πιστοποιηθεί
σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα:
EN ISO 13485:2016 & BS EN ISO 9001:2015
και με την Υπουργική Απόφαση:
ΔΥ83/Γ.Π.ΟΙΚ./1348/2004 (ΦΕΚ 32/Β/16.1.2004).

B Bollens R. 11**F** Fabian Q. 12**P** Pisters L. 11**A** Αγρότης Γ. 9

Αθανασιάδης Γ. 11

Αναγνώστου Θ. 9

Αναστασιάδης Α. 11

Αποστολίδης Α. 12

Αργυρίου Κ. 13

B Βαλοτάσιου Β. 9

Βλάχου Μ. 9

Γ Γεωργιάδου Σ. 13

Γεωργούλιας Π. 9

Γιαννακόπουλος Σ. 11

Γκανίδης Χ. 10

Δ Δαπόντε Α. 13

Δαριώτης Ε. 13

Δεϊρμεντζόγλου Σ. 12

Δημητριάδης Γ. 10

Δημητρόπουλος Κ.

..... 11, 18, 22

Ε Ευμορφόπουλος Κ. 9**Z** Ζάχος Ι. 18, 22

Ζιμπής Α. 12

Θ Θεοδώρου Κ. 9

Θώδου Ε. 9

K Καραβιτάκης Μ. 10

Καρασαββίδου Φ. 9

Καρατζάς Α. 11, 13

Καψωριτάκης Α. 13

Κοΐνης Φ. 10

Κουκούλης Γ. 9

Κουσουρνάς Γ. 10

Κρατήρας Ζ. 10

Κύργιας Γ. 10

Κωνσταντινίδης Χ. 12

Κωτσάκης Α. 10

Λ Λιακούλη Ζ. 10**M** Μαμουλάκης Χ. 10

Μεσσήνη Χ. 13

Μητράκας Λ. 11

Μητρόπουλος Δ. 11

Μητσογιάννης Η. 12

Μουρμούρης Π. 10

Μουτζούρης Γ. 10

Μωυσίδης Κ. 10

O Οικονόμου Α. 12**Π** Παπαχαρίτου Σ. 13

Πλούμινος Α. 11

Σ Σαμαρά Μ. 9

Σαμαρίνας Μ. 12

Σάτρα Μ. 9

Σγάντζος Μ. 13

Σκολαρικός Α. 11

Σοκολάκης Ι. 10

Στραβοδότης Κ. 10

T Τατάνης Β. 13

Τζελέβης Λ. 10

Τζώρτζης Β. 9

Τόκας Θ. 10

Τσακαλδήμης Γ. 10

Τσιακάρας Σ. 10

Τσιβγούλης Α. 13

Τσούγκος Ι. 9

Τσούρης Ζ. 13

Φραγκάκη Μ. 13

Φραγκιάδης Ε. 10

Χασιώτης Γ. 9

Χατζημουρατίδης Κ. 10

Χατζηχρήστου Δ. 11

Χρυσοφός Μ. 10

Η Οργανωτική Επιτροπή θα ήθελε να εκφράσει τις ευχαριστίες της στις Εταιρείες Χορηγούς:



Με το **Arvekap®** μπορείς να αλλάξεις θέμα συζήτησης

 **Arvekap® 22.5mg**
triptorelin

Διαθέσιμη και η δμνη μορφή
για τους ασθενείς
με καρκίνο προστάτη



Έχεις τον **ΕΛΕΓΧΟ**
του καρκίνου
του προστάτη



ΜΙΛΗΣΕ για όσα
έχουν αξία
για τον άνδρα

Arvekap®: Προσφέρει τη δυνατότητα υποστήριξης και άλλων αναγκών του άνδρα.*

Οι περιεκτικότητες 1, 3 και 6 μηνών του Arvekap® ήταν καλά ανεκτές¹⁻⁷
και μείωσαν σημαντικά τα συμπτώματα από το Κατώτερο
Ουροποιητικό Σύστημα (LUTS) σε διάστημα 48 εβδομάδων.⁸

Η δμνη μορφή του Arvekap®, ανταποκρίνεται στη συχνότητα
των ενέσεων που προτιμούν οι άνδρες με καρκίνο του προστάτη.⁹

*Η μείωση του αριθμού των ενέσεων λόγω της πιλοποίησης στην δμνη μορφή του Arvekap από σκεύασμα αγωνιστή LHRH μηνιαίας ή 3μηνιαίας διάρκειας, οδήγησε σε εξοικονόμηση χρόνου αντίστοιχου με 35,1 λεπτά ανά ασθενή (n=41).³

1. Heyns C, Simonin M, Grosgrin P, et al. BJU Int. 2003;92(3):226-231. 2. Teillac P, Heyns C, Kaisary A, et al. Horm Res. 2004;62(5):252-258. 3. Lundström EA, Rencken RK, van Wyk JH, et al. Clin Drug Investig. 2009;29(12):757-765. 4. Arvekap® 22.5 mg. Summary of product characteristics, IPSEN MON. ΕΠΕ. 5. Arvekap® 3.75 mg Summary of product characteristics, IPSEN MON. ΕΠΕ. 6. Arvekap® 11.25 mg Summary of product characteristics, IPSEN MON. ΕΠΕ. 7. Merseburger AS, Hupe MC. Adv Ther. 2016;33(7):1072-1093. 8. Gil T, Aoun F, Cabri P, et al. Ther Adv Urol. 2015;7(3):116-124. 9. Schulman C. BJU Int. 2007;100(Suppl. 1):6-11.

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος που βρίσκεται σε επόμενες σελίδες.
• Τ.Π.: 422,24 € • Λ.Τ.: 495,17 € • Δ.Τ.Φ.: 31/12/2023

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

IPSEN MON.ΕΠΕ

Αγ. Δημητρίου 63, 174 56 ΑΛΙΜΟΣ
Τηλέφωνο: 210 98 43 324, 210 98 58 930 & 210 98 58 940
Φαξ: 210 98 87 911
E-mail: ipsenepe@ipsen.com
<http://www.ipsen.gr>

 **IPSEN**

ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1 ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Aravepark 3,75 mg, κόκκινο και διαλύτης για ενέσιμο εναιώρημα, Aravepark 11,25 mg κόκκινο και διαλύτης για ενέσιμο εναιώρημα, Aravepark 22,5 mg κόκκινο και διαλύτης για ενέσιμο εναιώρημα, παρατεταμένη αποδέσμευση, **2 ΠΟΣΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΙΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** **Aravepark 3,75 mg:** Τριπρόληρη 3,75 mg ανά φαλδία, **Aravepark 11,25 mg:** Τριπρόληρη 11,25 mg ανά φαλδία, **Aravepark 22,5 mg:** Κάθε φαλδία περιέχει τριπρόληρη εμποσίμπε που αντιστοιχεί σε 22,5 mg τριπρόληρη. Μετά την αναστολή σε 2 ml διαλύτη, 1 ml αναστολέων εναιωρημάτων περιέχει 11,25 mg τριπρόληρη. Για τον πλήρη κύκλο των εκδόρων, βλ. παράγραφο 6.1. **3 ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** **Aravepark 3,75 mg/11,25 mg:** Κόκκινο και διαλύτης για ενέσιμο εναιώρημα. **Aravepark 22,5 mg:** Κόκκινο και διαλύτης για ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης. **Κλινική** **Λεϊκή** **Εξάρωση** **Κρίση** **Οίδημα** **Διαλυτική** **Διάλυση** **4 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: 4.1 Θεραπευτικές ενδείξεις - Καρκίνος του προστάτη:** Θεραπεία του τοπικά προχωρημένου ή μεταστατικού καρκίνου του προστάτη, θεραπεία του υψηλού κινδύνου ενταξιμένου ή τοπικά προχωρημένου καρκίνου του προστάτη σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία. - **Ενδομήτριο:** Γεννητική και εξωγενή ενδομήτριο. - **Λιγνισμός μήτρας:** Θεραπεία των νευμυϊκών πόνων. - **Κεντρική Πρώιμη Ήβη:** Πιο της ηλικίας των 8 ετών στα κορίτσια και των 10 ετών στα αγόρια. **Aravepark 3,75 mg:** **Γυναικεία στερεοίτητα:** Συμπληρωματική θεραπεία σε συνδυασμό με γοναδότροπες (HMG, FSH, HCG) στη διαδικασία πρόκλησης ωορρηξίας, εν όψει εξωσωματικής γονιμοποίησης και εμβρυομεταφοράς (VFET). - **Καρκίνος του μαστού:** Ως επικουρική θεραπεία σε συνδυασμό με ταξινόμηση ή/και αναστολέα αρωματάσης, σε γυναίκες με ενδοκρινικά ανταποκρινόμενο καρκίνο του μαστού αρχικού σταδίου με υψηλό κίνδυνο υποπώσης προεπιμεταστάσεων μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας (βλ. παράγραφο 4.3, 4.4, 4.8 και 5.1). **4.2 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** **Δοσολογία:** **Aravepark 3,75 mg:** **Κόκκινο του προστάτη:** Μια ενδομήτριο ένεση Aravepark 3,75 mg βραδείας αποδέσμευσης πρέπει να χορηγείται κάθε 28 ημέρες, διάρκεια της θεραπείας: βλ. παράγραφο 5.1. Ως αναγωγισμένο και ακολουθία της ακτινοθεραπείας, στον υψηλό κινδύνου ενταξιμένου ή τοπικά προχωρημένου ορμόνη-εξαρτώμενο καρκίνο του προστάτη, κλινικά δεδομένα έχουν δείξει ότι η ακτινοθεραπεία, ακολουθούμενη από μακροχρόνια θεραπεία στήριξης ανδρικών είναι προτιμότερη από ακτινοθεραπεία ακολουθούμενη από βραχυχρόνια θεραπεία στήριξης των ανδρών. βλ. παράγραφο 5.1. Η διάρκεια της θεραπείας στήριξης ανδρικών, η οποία συνίσταται από ιατρικές καταλήψεις οδήγησης για ασθενείς με υψηλό κινδύνου ενταξιμένου ή τοπικά προχωρημένου καρκίνου του προστάτη που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία, είναι 2-3 χρόνια. Σε ασθενείς με ανέκδοτο στον ενυωμένο μεταστατικό καρκίνο του προστάτη, οι οποίοι δεν είναι χειρουργικά εναρμονισμένοι και λαμβάνουν αγωνιστή GnRH, όπως η τριπρόληρη, και είναι επιβεβαιωμένοι για θεραπεία με οξεία υπερπαραθυρεοειδισμό, είναι αναστολή της βιοσύνθεσης των ανδρικών, ή με εξαλειψιμότητα, είναι αναστολή της λειτουργίας του ανδρικού υποοδού, η θεραπεία με τον αγωνιστή GnRH θα πρέπει να συνεχιστεί. - **Ενδομήτριο - λιγνισμός μήτρας:** Μια ενδομήτριο ένεση για αρχίζει τις πρώτες πέντε ημέρες του κύκλου. Η αντισυλληπτική δοσολογία είναι μία ενδομήτριο ένεση Aravepark 3,75 mg βραδείας αποδέσμευσης κάθε 28 ημέρες. Διάρκεια θεραπείας: Αυτή εξαρτάται από την αρχική βαρύτητα της ενδομήτριο και τις αλλαγές που παρατηρούνται στα κλινικά χαρακτηριστικά (λεϊκωμάτια και αντισυμπτώματα). Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η μέγιστη διάρκεια της θεραπείας για καλύτερη γυναικολογική παύση δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 6 μήνες, καθώς επί του παρόντος δεν υπάρχουν επαρκή κλινικά δεδομένα για μεγαλύτερη περίοδο. Δεν πρέπει να χορηγείται δεύτερη σειρά θεραπείας με αυτό το φαρμακευτικό προϊόν ή άλλο ανάλογο GnRH. Σε ασθενείς που λαμβάνουν άλλα ανάλογα GnRH για ενδομήτριο, η προηγούμενη μία συμπληρωματικής θεραπείας (ABT - ένα οιστρογόνο και προγεστερόνη) έχει αποδειχθεί ότι μειώνει την απώλεια οστικής πυκνότητας και τα αγγειακά συμπτώματα. Επομένως, εάν είναι απαραίτητο, το ABT πρέπει να χορηγείται με το ανάλογο GnRH λαμβάνοντας υπόψη τους κινδύνους και τα οφέλη κάθε θεραπείας. - **Γυναικεία στερεοίτητα:** Μια ενδομήτριο ένεση Aravepark 3,75 mg χορηγείται για την διείσδυση της μήτρας. **- Καρκίνος του προστάτη:** Μια ενδομήτριο ένεση κάθε 4 εβδομάδες σε συνδυασμό με ταξινόμηση ή/και αναστολέα αρωματάσης. Η θεραπεία με τριπρόληρη πρέπει να αρχίζει μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας, εφόσον έχει επιβεβαιωθεί η προ-επιμεταστάτικη κατάσταση (βλ. παράγραφο 4.4). Η θεραπεία με τριπρόληρη πρέπει να αρχίζει τουλάχιστον 6-8 εβδομάδες πριν την έναρξη της θεραπείας με αναστολέα αρωματάσης. Τουλάχιστον δύο ενέσεις τριπρόληρη (με μία μεσοστάσια 4 εβδομάδων μεταξύ των ενέσεων) πρέπει να χορηγηθούν πριν την έναρξη της θεραπείας με αναστολέα αρωματάσης. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, με την αναστολή αρωματάσης, η τριπρόληρη δεν πρέπει να διακόπτεται, ώστε να αποφευχθούν αυξημένες, των κυκλοφορούντων επιπέδων οιστρογόνων σε προεπιμεταστάτικες γυναίκες. Η αντισυλληπτική δράση θεραπείας για επικουρική θεραπεία σε συνδυασμό με άλλη ορμονοθεραπεία είναι έως 5 έτη. **-Κεντρική Πρώιμη Ήβη** πριν το 8 έτη στα κορίτσια και τα 10 έτη στα αγόρια). Η θεραπεία πρέπει να τριπρόληρη πρέπει να βρίσκεται υπό την ολική επίβλεψη παιδοεναρκολογικού ή παιδίατρο ή ενδοκρινολογικού με εμπειρία στη θεραπεία κεντρικής πρώιμης ήβης. Παιδιά με οματικό βάρος άνω των 30 kg, μία ενδομήτριο ένεση κάθε 4 εβδομάδες (28 ημέρες). - Παιδιά με οματικό βάρος μεταξύ 20 και 30 kg: Το δύο τρίτα της δόσης ενδομήτριο, κάθε 4 εβδομάδες (28 ημέρες), δηλαδή χορηγείται το δύο τρίτα του όγκου του αναστολέα αρωματάσης. - Παιδιά με οματικό βάρος κάτω των 20 kg: Η ίδια δόση ενδομήτριο, κάθε 4 εβδομάδες (28 ημέρες), δηλαδή χορηγείται το δύο μισό του αναστολέα αρωματάσης. Η θεραπεία πρέπει να διακοπεί γύρω στη φυσιολογική ηλικία της εφηβείας, σε αγόρια και κορίτσια και να συνιστάται η ανίχνευση της θεραπείας σε κορίτσια με ωρίμανση των οστών άνω των 12 έως 13 ετών. Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα δεδομένα σε αγόρια σχετικά με τον βέλτιστο χρόνο διακοπής της θεραπείας με βάση την οπτική ηλικία, ωστόσο αναμένεται η διακοπή της θεραπείας σε αγόρια με ηλικία οστικής ωρίμανσης 13 έως 14 ετών. Είναι βολικό η ένεση να γίνεται αυστηρά σύμφωνα με τις οδηγίες. Μετά την αναστολή του εναιωρημάτων, η ένεση πρέπει να γίνεται αμέσως, ενώ βαθαίνει ενδομήτριο. Κάθε έλλειψη ένεσης που οδηγεί στην απώλεια όγκου εναιωρημάτων μεγαλύτερο από τον όγκο που κατά κανόνα είναι στη σύριγγα, πρέπει να αναφέρεται στον θεράποντα ιατρό. Δεδομένου ότι η Aravepark 3,75 mg είναι ένα εναιώρημα μικροκυσταίων, απερισκεπτική ενδομήτριο ένεση πρέπει να αποφευχθεί αυστηρά. **Aravepark 11,25 mg:** **-Καρκίνος του προστάτη:** Μια ενδομήτριο ένεση Aravepark 11,25 mg κάθε τρεις μήνες, διάρκεια της θεραπείας: βλ. παράγραφο 5.1. Ως αναγωγισμένο και ακολουθία της ακτινοθεραπείας στον υψηλό κινδύνου ενταξιμένου ή τοπικά προχωρημένου ορμόνη-εξαρτώμενο καρκίνο του προστάτη, κλινικά δεδομένα έχουν δείξει ότι η ακτινοθεραπεία, ακολουθούμενη από μακροχρόνια θεραπεία στήριξης ανδρικών είναι προτιμότερη από ακτινοθεραπεία ακολουθούμενη από βραχυχρόνια θεραπεία στήριξης των ανδρών. βλ. παράγραφο 5.1. Η διάρκεια της θεραπείας στήριξης ανδρικών, η οποία συνίσταται από ιατρικές καταλήψεις οδήγησης για ασθενείς με υψηλό κινδύνου ενταξιμένου ή τοπικά προχωρημένου καρκίνου του προστάτη που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία, είναι 2-3 χρόνια. Σε ασθενείς με ανέκδοτο στον ενυωμένο μεταστατικό καρκίνο του προστάτη, οι οποίοι δεν είναι χειρουργικά εναρμονισμένοι και λαμβάνουν αγωνιστή GnRH, όπως η τριπρόληρη, και είναι επιβεβαιωμένοι για θεραπεία με οξεία υπερπαραθυρεοειδισμό, είναι αναστολή της βιοσύνθεσης των ανδρικών, ή με εξαλειψιμότητα, είναι αναστολή της λειτουργίας του ανδρικού υποοδού, η θεραπεία με τον αγωνιστή GnRH θα πρέπει να συνεχιστεί. - **Ενδομήτριο - λιγνισμός μήτρας:** Μια ενδομήτριο ένεση του Aravepark 11,25 mg κάθε τρεις μήνες. Η θεραπεία πρέπει να αρχίζει τις πρώτες πέντε ημέρες του κατημηνίου κύκλου. Διάρκεια της θεραπείας: ενδομήτριο: αυτή εξαρτάται από την αρχική βαρύτητα της ενδομήτριο και τις αλλαγές που παρατηρούνται στην κλινική εξέταση (λεϊκωμάτια και αντισυμπτώματα) κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Γενικά, συνιστάται η ενδομήτριο να διακοπεί για διάστημα 3 μηνών και μόνον αν αποδειχθεί στους 3 μήνες ότι η θεραπεία απεικονίζεται μπορεί να συνεχιστεί το ανώτερο μέχρι 6 μηνών. Δεν πρέπει να χορηγείται δεύτερη σειρά θεραπείας με αυτό το φαρμακευτικό προϊόν ή άλλο ανάλογο γοναδότροπης. Σε ασθενείς που λαμβάνουν άλλα ανάλογα GnRH για ενδομήτριο, η προηγούμενη μία συμπληρωματικής θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης (add-back-therapy, ABT - ένα οιστρογόνο και προγεστερόνη) έχει αποδειχθεί ότι μειώνει την απώλεια οστικής πυκνότητας και τα αγγειακά συμπτώματα. Επομένως, εάν είναι απαραίτητο, η ABT πρέπει να χορηγείται με το ανάλογο GnRH λαμβάνοντας υπόψη τους κινδύνους και τα οφέλη κάθε θεραπείας. - **Λιγνισμός μήτρας:** Μια ενδομήτριο ένεση του Aravepark 11,25 mg κάθε τρεις μήνες. Η θεραπεία πρέπει να αρχίζει τις πρώτες πέντε ημέρες του κατημηνίου κύκλου. Γενικά, συνιστάται το ναμωμάτιο να διακοπεί για διάστημα 3 μηνών και μόνον αν αποδειχθεί στους 3 μήνες ότι η θεραπεία απεικονίζεται μπορεί να συνεχιστεί το ανώτερο μέχρι 6 μηνών. Δεν πρέπει να χορηγείται δεύτερη σειρά ναμωμάτιο να συνεχιστεί το ανώτερο μέχρι 6 μηνών. - **Κεντρική Πρώιμη Ήβη:** Η θεραπεία πρέπει να τριπρόληρη πρέπει να βρίσκεται υπό την ολική επίβλεψη παιδοεναρκολογικού ή παιδίατρο ή ενδοκρινολογικού με εμπειρία στη θεραπεία κεντρικής πρώιμης ήβης. Δοσολογία: Μια ενδομήτριο ένεση τριπρόληρη κάθε 3 μήνες. Η θεραπεία πρέπει να διακοπεί μετά την φυσιολογική ηλικία της εφηβείας σε αγόρια και κορίτσια και να συνιστάται η ανίχνευση της θεραπείας σε κορίτσια με ωρίμανση των οστών άνω των 12 έως 13 ετών. Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα δεδομένα σε αγόρια σχετικά με τον βέλτιστο χρόνο διακοπής της θεραπείας με βάση την οπτική ηλικία, ωστόσο αναμένεται η διακοπή της θεραπείας σε αγόρια με ηλικία ωρίμανσης των οστών 13 έως 14 ετών. **Aravepark 22,5 mg:** Η αντισυλληπτική ένεση του Aravepark 22,5 mg είναι 22,5 mg τριπρόληρη (1 φαλδία) χορηγούμενη κάθε έξι μήνες (εξαιρέσεις: εβδομάδες με μία εφάπαξ ενδομήτριο ένεση). Ως αναγωγισμένο και ακολουθία της ακτινοθεραπείας στον υψηλό κινδύνου ενταξιμένου ή τοπικά προχωρημένου ορμονοεναρκινώμενο καρκίνο του προστάτη, κλινικά δεδομένα έχουν δείξει ότι η ακτινοθεραπεία, ακολουθούμενη από μακροχρόνια θεραπεία στήριξης ανδρικών είναι προτιμότερη από ακτινοθεραπεία ακολουθούμενη από βραχυχρόνια θεραπεία στήριξης των ανδρών. βλ. παράγραφο 5.1. Η διάρκεια της θεραπείας στήριξης ανδρικών, η οποία συνίσταται από ιατρικές καταλήψεις οδήγησης για ασθενείς με υψηλό κινδύνου ενταξιμένου ή τοπικά προχωρημένου καρκίνου του προστάτη που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία, είναι 2-3 χρόνια. Σε ασθενείς με ανέκδοτο στον ενυωμένο, μεταστατικό καρκίνο του προστάτη, μη χειρουργικά εναρμονισμένοι, οι οποίοι λαμβάνουν κάποιον αγωνιστή GnRH, όπως η τριπρόληρη και είναι επιβεβαιωμένοι για θεραπεία με διαισθητικό ακετάτη, είναι αναστολή της βιοσύνθεσης των ανδρικών ή με εξαλειψιμότητα, είναι αναστολή της λειτουργίας του ανδρικού υποοδού, η θεραπεία με τον αγωνιστή GnRH θα πρέπει να συνεχιστεί. **Ασθενείς με επηρεασμένη νεφρική ή ηπατική διαλυσιμότητα:** Δεν απαιτείται προσαρμογή της δοσολογίας για ασθενείς με νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια. **Παθολογική ηπατική: Πρώιμη ήβη (πριν από την ηλικία των 8 ετών στα κορίτσια και των 10 ετών στα αγόρια).** Η θεραπεία πρέπει να είναι Aravepark 22,5 mg τριπρόληρη να βρίσκεται κάτω από την ολική επίβλεψη παιδοεναρκολογικού ή παιδίατρο ή ενδοκρινολογικού με εμπειρία στη θεραπεία κεντρικής πρώιμης ήβης. Η θεραπεία θα πρέπει να διακοπεί όταν πληρωθεί η φυσιολογική ηλικία της ήβης στα αγόρια και τα κορίτσια και δεν θα πρέπει να συνεχιστεί σε κορίτσια με οστική ηλικία μεγαλύτερη των 12-13 ετών. Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα δεδομένα σε αγόρια σχετικά με τον άριστο χρόνο διακοπής της αγωγής βάζει της οστικής ηλικίας, ωστόσο προτείνεται η διακοπή της αγωγής σε αγόρια με ηλικία οστικής ωρίμανσης 13-14 ετών. **Στόχος χορηγίας:** **Aravepark 3,75 mg:** Για ενδομήτριο ένεση. **Aravepark 11,25 mg:** Μόνο τους ANAEPZ. Για ενδομήτριο ή υποδόρια ένεση. ΣΤΟΙΧΕΣ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ: Για ενδομήτριο ένεση. Το Aravepark 11,25 mg δεν πρέπει να ενδοκρινολογική. Η υποδόρια χορήγηση δεν έχει μελετηθεί σε γυναίκες και παιδιά. **Aravepark 22,5 mg:** Το σημείο της ένεσης θα πρέπει να εναλλάσσεται περιοδικά, όπως αμφοτέρω και με άλλα ενέσιμα φαρμακευτικά προϊόντα. Μετά την αναστολή, το εναιώρημα του Aravepark 22,5 mg πρέπει να απορριφτεί γρήγορα και με μικρή διακύβευση τρόπο, προκειμένου να αποφευχθεί απορρόσηση πιθανή απορρόφηση της βέλτους. **Προβλεπόμενα πρέπει να λαμβάνουν πριν από τη χορήγηση ή την χορήγηση των φαρμακευτικών προϊόντων.** Το Aravepark 22,5 mg προορίζεται αποκλειστικά για ενδομήτριο χορήγηση. Καθώς το Aravepark 22,5 mg είναι εναιώρημα μικροκυσταίων, αυστηρά ενδομήτριο ένεση πρέπει αυστηρά να αποφευχθεί. Το Aravepark 22,5 mg πρέπει να χορηγείται υπό την επίβλεψη ιατρού. Για οδηγίες σχετικά με την αναστολή του φαρμακευτικού προϊόντος, πριν από τη χορήγηση, βλ. παράγραφο 6.6. **4.3 Αντενδείξεις:** **Aravepark 3,75 mg/ Aravepark 11,25 mg:** -Υπερσυσχισιμότητα στην GnRH, η ανάλυση της ή κλίση από τα έκδοχα που αναφέρονται στην παράγραφο 6.1 -Περίοδος κύησης και θηλασμού. Πριν την έναρξη της αγωγής πρέπει να επιβεβαιωθεί ότι η ασθενής δεν είναι έγκυος. **Aravepark 3,75 mg:** Σε περίπτωση προεπιμεταστάτικων καρκίνων του μαστού: Η έναρξη θεραπείας με αναστολέα αρωματάσης αντενδείκνυται πριν την επίτευξη οριστικής κατάστασης των ωοθηκών με τριπρόληρη (βλ. παράγραφο 4.2 και 4.4). **Aravepark 22,5 mg:** Υπερσυσχισιμότητα στην GnRH (εκδήλωση οργάνων γοναδότροπης), το ανάλογο της ή σε οποιαδήποτε από τα έκδοχα του φαρμακευτικού προϊόντος που αναγράφονται στην παράγραφο 6.1 (αντενδείξεις επίσης στην παράγραφο 4.8). Η τριπρόληρη αντενδείκνυται κατά τη διάρκεια της

κύησης και της γαλουχίας (βλ. παράγραφο 4.6). **4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Η χρήση του GnRH ανιστονών μπορεί να προκαλέσει μείωση της οστικής πυκνότητας. Στους άνδρες, προκαταρκτικά στοιχεία δείχνουν ότι η χρήση ενός διωρονοτικού σε συνδυασμό με ένα αγωνιστή GnRH μπορεί να μειώσει την απώλεια οστικής μάζας. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να ασκείται με επιπλοκές παρόντες κινδύνους για οστεοπόρωση (π.χ. χρόνια καταπνοτική άσθμα, καπνιστές, μακροχρόνια θεραπεία με φάρμακα που μειώνουν την οστική πυκνότητα, π.χ. αντιεπιπληκτική ή κορτικοειδή, ογκογενετικό ιστορικό οστεοπόρωσης, υποαπορρόφηση). Σε σπάνιες περιπτώσεις, η θεραπεία με αγωνιστή GnRH μπορεί να αποκαλύψει την παρουσία προεπιμεταστάτικων αδένωματος γοναδότροπης καρκίνου της υπόφυσης. Αυτοί οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν απώλεια της υπόφυσης ή οίδημα χαρακτηριστικά από σπάνια καταρροή, οίδημα, διαταραχές της όρασης και αρθραλγία/μυαλγία. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης (η οποία μπορεί να είναι αφορμή) σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με GnRH ανάλογα, όπως η τριπρόληρη. Εάν εμφανιστούν συμπτώματα ο ασθενείς πρέπει να ενημερωθούν άμεσα και να αντιμετωπιστούν κατάλληλα. Οι ασθενείς με γνωστή κατάθλιψη πρέπει να παρακολουθούνται στενά κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Απαιτείται προσοχή με την ενδομήτριο ένεση σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν ένεση αντιπηκτικά, λόγω πιθανού κινδύνου αιματωμάτων στο σημείο της ένεσης. Η αποεπιμεταστάτικα και η αφαίρεση του Aravepark 22,5 mg έχει τεκμηριωθεί μόνο μέσω της ενδομήτριο οδού χορήγησης. Η υποδόρια χορήγηση πρέπει να ανασταλεί. Αυτό το φάρμακο πρέπει να λαμβάνεται λιγότερο από 1 mmol (23mg) νατριού ανά δόση, δηλαδή είναι ανιστονιστικό «εξέλεωρο χορήγηση». **Aravepark 3,75 mg/11,25 mg:** Πρέπει να επιβεβαιωθεί ότι η ασθενής δεν είναι έγκυος πριν από την αντιγοναδοτροπική χορήγηση. **Aravepark 3,75 mg/ 11,25 mg:** Ρύθμιση της αντιπηλεπστατικής θεραπείας μπορεί να απαιτείται σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν τέτοια αγωγή. **Aravepark 22,5 mg:** Η αποεπιμεταστάτικα και η αφαίρεση του Aravepark 22,5 mg έχει τεκμηριωθεί μόνο μέσω της ενδομήτριο οδού χορήγησης. Η υποδόρια χορήγηση δεν ανασταλεί. - **Καρκίνος του προστάτη:** Αρχικά, η τριπρόληρη, όπως και άλλα αγωνιστή GnRH, προκάλει μία παροδική αύξηση των επιπέδων της τεστοστερόνης στον ορό. Ως συνέπεια, κατά τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας, μπορεί να παρατηρηθούν περυσιακά μηχανισμούς, περιλαμβανομένων παροδικών επιδείξεων των συμπτωμάτων του καρκίνου του προστάτη. Κατά την αρχική φάση της θεραπείας, πρέπει να εξεταστεί η πρόκληση χορήγησης ενός κατάλληλου αντι-ανδρογόνου, ώστε να αντισταρπεί η αρχική αύξηση των επιπέδων τεστοστερόνης στον ορό και η επιδείνωση των κλινικών συμπτωμάτων. Μικρός αριθμός ασθενών μπορεί να παρουσιάσουν παροδική επιδείνωση των συμπτωμάτων του καρκίνου του προστάτη και προσωρινή αύξηση του πόνου που σχετίζεται με τον καρκίνο του προστάτη (μειασιακά πόνους), ο οποίος μπορεί να αντιμετωπιστεί συμπτωματικά. Όμως, με με άλλους αγωνιστή GnRH, έχουν παρατηρηθεί μεμονωμένες περιπτώσεις οσμής του νατριού μισθίου ή απορρόφησης της ουρίας. Αν εμφανιστεί οσμής νατριού μισθίου ή έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, πρέπει να χορηγηθεί η αντίθετη θεραπεία για αυτές τις επιπλοκές και σε ακραίες περιπτώσεις να εξεταστεί η περίπτωση έκτακτης οργάνωσης (χειρουργική ενδοκρινολογία). Κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων θεραπείας, ενδοκρινολογική παρακολούθηση, ιδιαίτερα σε ασθενείς με αποδυνάμωση μεταστάσεων και σε ασθενείς με απορρόφηση των ουροφόρων όρων. Μετά από χειρουργικό εντοπισμό, η θεραπεία δεν είναι περαιτέρω μείωση των επιπέδων της τεστοστερόνης στον ορό. Η μακροχρόνια στήριξη ανδρικών είτε λόγω απεικρίσεως ορμονικής ή λόγω χορήγησης ανάλογων GnRH σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο απώλειας οστικής μάζας και μπορεί να οδηγήσει σε οστεοπόρωση και αυξημένο κίνδυνο οστικού κατάρυτος. Επομένως, από επιδημιολογικά δεδομένα έχει παρατηρηθεί ότι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν αλλαγές στο μεταβολισμό (π.χ. διαταραχές στη γλυκόζη) ή αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων κατά τη διάρκεια θεραπείας με στήριξη ανδρικών. Οστόσο, πρόσφατα στοιχεία δεν επιβεβαιώνουν τη σύνδεση ανάμεσα στη θεραπεία με ανάλογο GnRH και στην αύξηση της καρδιαγγειακής θνητότητας. Ασθενείς με κλινικό ιστορικό μεταβολικών ή καρδιαγγειακών παθήσεων πρέπει να αξιολογούνται προσεκτικά πριν την έναρξη της θεραπείας και να παρακολουθούνται επαρκώς κατά τη διάρκεια βραχυχρόνια στήριξης ανδρικών. Η χορήγηση τριπρόληρης σε θεραπευτικές δόσεις έχει ως αποτέλεσμα την καταστολή του υποφωσφορικού γοναδόκο οξέος. Η φυσιολογική λειτουργία αντρίων αποκαθίσταται με τη διακοπή της θεραπείας. Επομένως, διαγνωστική έλεγχοι της υποφωσφορικής γοναδόκο λειτουργίας οι οποίοι διεξάγονται κατά τη διάρκεια ή και μετά τη διακοπή της θεραπείας με ανάλογο GnRH μπορεί να είναι παραπλανητική. Η θεραπεία στήριξης ανδρικών μπορεί να παρατείνει το διάστημα QT. Σε ασθενείς με ιστορικό ή με παρόντες κινδύνους για παρόταση του διαστήματος QT και σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν ταυτόχρονα θεραπεία με φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία μπορεί να παρατείνουν το διάστημα QT (βλ. παράγραφο 4.5) οι νατριού πρέπει να εξεταστούν το προφίλ οσμής/ κινδύνου, λαμβάνοντας υπόψη επίσης και το ενδεχόμενο εμφάνισης κολικών ταχυκαρδίας, όγκου πόντων (Torsades de pointes) πριν την έναρξη της θεραπείας με Aravepark 3,75 mg/ 11,25/ 22,5 mg. **Aravepark 22,5 mg:** Όταν επιβεβαιωθεί η αναστολή της τεστοστερόνης πριν από την τεστοστερόνη, το τέλος του πρώτου μήνα, τα επίπεδα τεστοστερόνης στον ορό διατηρούνται για δύο διαστήματα οι ασθενείς λαμβάνουν την ένεση τους κάθε 6 μήνες (έκδοχα τεστορικής εβδομάδας). Η αποεπιμεταστάτικα της θεραπείας μπορεί να παρακολουθείται με τη μέτρηση των επιπέδων της τεστοστερόνης στον ορό και του ελκικού προστάτικου οργάνου. Η θεραπεία στήριξης ανδρικών μπορεί να παρατείνει το διάστημα QT. **Γυναικεία:** **Aravepark 3,75 mg/11,25 mg:** Πρέπει να επιβεβαιωθεί ότι η ασθενής δεν είναι έγκυος πριν από την αντιγοναδοτροπική χορήγηση. **Aravepark 3,75 mg/ 11,25 mg:** Η χρήση GnRH ανάλογων είναι πιθανό να προκαλέσει μείωση της οστικής πυκνότητας, κατά 1% ανά μήνα κατά τη διάρκεια μιας περιόδου θεραπείας έξι μηνών. Κάθε μείωση της οστικής πυκνότητας κατά 10% συνδέεται με δύο έως τρεις φορές αυξημένο κίνδυνο κατάρυτος. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα συγκεκριμένα στοιχεία για ασθενείς με ήδη υποφωσφορική οστεοπόρωση ή με παρόντες κινδύνους για οστεοπόρωση (π.χ. χρόνια καταπνοτική άσθμα, κάπνισμα, μακροχρόνια θεραπεία με φάρμακα που ελαττώνουν την οστική πυκνότητα, π.χ. αντιεπιπληκτική ή κορτικοειδή, ογκογενετικό ιστορικό οστεοπόρωσης, υποαπορρόφηση, π.χ. νεφρική ανεπάρκεια). Δεδομένου ότι σε αυτούς τους ασθενείς η μείωση της οστικής πυκνότητας είναι πιθανό να είναι περισσότερο επιβλαβής, η θεραπεία με τριπρόληρη πρέπει να εξεταστεί σε αμφοτέρω όρια να ξεκινά μόνο αν είναι υπό την επίβλεψη της θεραπείας υπερπαραθυρεοειδισμού των κινδύνων, μετά από πολύ προσεκτική αξιολόγηση, θα πρέπει να εξεταστεί η λήψη προφύλαξης μερτών ώστε να αντισταρπεί η απώλεια οστικής πυκνότητας. **Λιγνισμός μήτρας και ενδομήτριο:** **Aravepark 3,75 mg/ 11,25 mg:** Δεν ανασταλεί αγωνιστή GnRH για ασθενείς ηλικίας κάτω των 18 ετών. Θα πρέπει να διεξαχθεί αυστηρή προσοχή ή έμφυση και νεαρές γυναίκες (εξέλιξη ηλικίας κάτω των 16 ετών) που μπορεί να μην έχουν φθάσει στη μέγιστη οστική πυκνότητα. Σε ασθενείς που λαμβάνουν άλλα ανάλογα GnRH για ενδομήτριο, η προηγούμενη μία συμπληρωματικής θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης (add-back-therapy, ABT - ένα οιστρογόνο και προγεστερόνη) έχει αποδειχθεί ότι μειώνει την απώλεια οστικής πυκνότητας και τα αγγειακά συμπτώματα (βλ. παράγραφο 4.2 «Δοσολογία και τρόπος χορήγησης» για περαιτέρω πληροφορίες). Η τριπρόληρη όταν χρησιμοποιείται στη αντισυλληπτική δράση προκαλεί συνεχή υπογοναδοτροπική αμφορμία. Εάν μετά τον πρώτο μήνα τριπρόληρη αμφορμία εμφανιστούν οργάνων, θα πρέπει να μετρηθούν τα επίπεδα της τεστοστερόνης στο πλάσμα και αν τα επίπεδα είναι κάτω από 50 pg/ml, πρέπει να εξεταστούν πιθανές οργανικές βλάβες. Καθώς κατά τη διάρκεια της θεραπείας με τριπρόληρη η έμφυση ρύθιθ θα πρέπει να σταματήσει, πρέπει να διενεργηθεί οπτική αναστολή ώστε να επιμετρηθεί τον παρόντος της αναστολής η τακτική εμφάνισή τους. Κατά τη διάρκεια βραχυχρόνιας των νευμυϊκών της μήτρας ανιστονιστική ο τακτική παρακολούθηση του μεγέθους του νευμωμάτιου. Έχουν υπάρξει αναφορές αμφορμίας σε ασθενείς με υποβλεπόμενα νευμωμάτια μετά από θεραπεία με ανάλογο GnRH. Συνήθως, η αμφορμία έχει εμφανιστεί 6 - 10 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας. **Aravepark 3,75 mg:** Μετά την αναστολή της θεραπείας, η λειτουργία των ωοθηκών επανέρχεται και ωορρηξία γίνεται περίπου 2 μήνες μετά την τελευταία ένεση. Πρέπει να χρησιμοποιείται μία μη ορμονική μέθοδος αντισύλληξης κατά τη διάρκεια της θεραπείας, έως και 1 μήνα μετά την τελευταία ένεση. **Aravepark 11,25 mg:** Μετά την αναστολή της θεραπείας, η λειτουργία των ωοθηκών επανέρχεται και ωορρηξία γίνεται περίπου 5 μήνες μετά την τελευταία ένεση. Πρέπει να χρησιμοποιείται μία μη ορμονική μέθοδος αντισύλληξης κατά τη διάρκεια της θεραπείας, έως και 3 μήνες μετά την τελευταία ένεση. **Γυναικεία στερεοίτητα:** **Aravepark 3,75 mg:** Ο αριθμός υποδοχέων τα οποία ωορρηξία μετά από τη χορήγηση των ανάλογων GnRH και γοναδότροπων, μπορεί να είναι ιδιαίτερα αυξημένος σε μία μεσοπρόθεσμη αναστολή με προώθηση, ειδικά στην περίπτωση του Συνδρόμου Πολυκυστικών Οωθηκών. Όπως και με άλλα ανάλογα GnRH, είναι αναμενόμενη η περιφερειακή ανδρογόνο υπερπαραθυρεοειδισμό των ωοθηκών (OHSS) που σχετίζεται με τη χρήση της τριπρόληρης σε συνδυασμό με μακροχρόνια θεραπεία στήριξης ανδρικών. Η απόκριση των ωοθηκών στη συσχέτιση τριπρόληρη-γοναδότροπης μπορεί να διαφέρει με τις ίδιες δόσεις ή από μία ασθενή στην άλλη και οι ορμονικές περιπτώσεις, από τις οποίες κινδύνος στον άλλο στην αναστολή. Σε ασθενείς με νεφρική ή ηπατική διαλυσιμότητα, η τριπρόληρη έχει μόνο τελεονόχ ηλικίας 7-8 ετών, σε σύγκριση με 3-5 ετών σε υγιή άτομα. Παρά την παρατηρητέμη έκθεση, η τριπρόληρη δεν αναμένεται να υπαρχει στην κυκλοφορία κατά την εμβρυομεταφορά. Εάν η απόκριση των ωοθηκών είναι υπερβολική, συνιστάται η διακοπή του κύκλου διαχείρισης με τη διακοπή των ενέσεων γοναδότροπης. **Εκκρίσεις του μαστού:** **Aravepark 3,75 mg:** Προκειμένου να εξασφαλιστεί επαρκής κατάσταση των ωοθηκών σε προεπιμεταστάτικες γυναίκες, η θεραπεία με τριπρόληρη πρέπει να χορηγείται για τουλάχιστον 6-8 εβδομάδες πριν από την έναρξη ενός αναστολέα αρωματάσης, και μάλιστα ενέσεις τριπρόληρης πρέπει να χορηγούνται όπως έχει προγραμματιστεί και χωρίς διακοπή μεταξύ τη διάρκεια της θεραπείας με αναστολέα αρωματάσης. Σε γυναίκες οι οποίες είναι προεπιμεταστάτικες κατά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και καθίσταται αμφορμίας μετά από χημειοθεραπεία μπορεί να συνεχιστεί ή όχι η επιβλεπόμενη οργάνωση από τα ωοθήκες. **Ανεξάρτητα από την εμφάνισή/ορμόνη κατάσταση, η προεπιμεταστάτικη κατάσταση θα πρέπει να επιβεβαιωθεί μετά από τη χημειοθεραπεία και πριν από την έναρξη της τριπρόληρης, μέσω των συγκεκριμένων της οστεορρύθμισης και της θυλακοειδούς οργάνωσης (FSH) στο αίμα ενός των όρων αναφοράς για τις προεπιμεταστάτικες γυναίκες, προκειμένου να αποφευχθεί η περαιτέρω θεραπεία με τριπρόληρη σε περίπτωση αναγωγής από την χημειοθεραπεία εμφάνισή τους. Μετά την έναρξη της τριπρόληρης, είναι σημαντικό να επιβεβαιωθεί η επαρκής κατάσταση των ωοθηκών (εμφάνισή τους) προκειμένου από ανάλογο γοναδότροπης με διαδοχικές μετρήσεις των κυκλοφορούντων επιπέδων FSH και οστεορρύθμιση για την επιβεβαίωση μιας πλήρους μετεμηνιαστικής κατάστασης, εάν αυτή η υποβία υποβία είναι υποβία για θεραπεία με αναστολέα αρωματάσης σύμφωνα με τις ισχύουσες συστάσεις κλινικής πρακτικής. Συνεπώς, η κατάσταση των ωοθηκών πρέπει να επιβεβαιωθεί από τα χαμηλά επίπεδα FSH και οστεορρύθμιση πριν την έναρξη θεραπείας με αναστολέα αρωματάσης και οι μετρήσεις θα πρέπει να επαναλαμβάνονται κάθε τρεις μήνες κατά τη διάρκεια αυτής της αναστατικής θεραπείας με τριπρόληρη και αναστολέα αρωματάσης. Αυτό γίνεται για να αποφευχθεί η προκάλυψη ή η αναστολή των αναστολέα αρωματάσης αντιδραστική αύξηση των κυκλοφορούντων οιστρογόνων με επικίνδυνη επίπτωσης για τον καρκίνο του μαστού. Σημειώνεται ότι τα κυκλοφορούντα επίπεδα FSH μειώνονται σε απόκριση στην επαγωγή κατάλυσης των ωοθηκών με ανάλογο γοναδότροπης (επαγωγή εμφάνισή τους), σε αντίθεση με τη φυσική εμφάνισή τους στο επίπεδο της FSH είναι αυξημένη. Η τριπρόληρη όταν χρησιμοποιείται ως επικουρική θεραπεία σε συνδυασμό με ταξινόμηση ή έναν αναστολέα αρωματάσης, συνδέεται με υψηλό κίνδυνο οστεοπόρωσης. Η οστεοπόρωση έχει αναφερθεί με μεγαλύτερη συχνότητα μετά από χρήση τριπρόληρης σε συνδυασμό με έναν αναστολέα της αρωματάσης από ότι σε συνδυασμό με ταξινόμηση (39% έναντι 15%). Η οστική πυκνότητα μπορεί να αξιολογηθεί πριν την έναρξη της θεραπείας με τριπρόληρη, ειδικά σε γυναίκες: οι οποίες έχουν παλαιότερες παρόντες συνθήκες για οστεοπόρωση. Αυτοί οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται στενά και η θεραπεία ή η προφύλαξη για την οστεοπόρωση πρέπει να αρχίζει από μικρά αρχικά. Θεραπεία προεπιμεταστάτικων γυναικών με ενδοκρινικά ανταποκρινόμενο καρκίνο του μαστού πρώιμου σταδίου με τριπρόληρη σε συνδυασμό με ταξινόμηση ή έναν αναστολέα αρωματάσης πρέπει να ακολουθεί ένα εξασθεμένο προσεκτική εκτίμηση της οστικής κινδύνου/οσμής. Οι ασθενείς οι οποίοι έχουν διακοπή τη θεραπεία με τριπρόληρη πρέπει επίσης να διακόψουν τους αναστολέα αρωματάσης εντός 1 μήνα από την τελευταία χορήγηση τριπρόληρης (μηνιαίο οικείο). Ο κίνδυνος μυοσκελετικών διαταραχών (συμπεριλαμβανομένου του αρθρικού ή μυοσκελετικού πόνου) όταν η τριπρόληρη χρησιμοποιείται σε συνδυασμό είτε με έναν αναστολέα αρωματάσης είτε με ταξινόμηση είναι περίπου 89% με αναστολέα αρωματάσης και περίπου 76% με ταξινόμηση. Η υπέρταση ως συστηματική συνέπεια ενέσιμου ανδρογόνου που συχνά με την τριπρόληρη σε συνδυασμό με εξεταστική ή ταξινόμηση (βλ. παράγραφο 4.8). Προεπιμεταστάτικες γυναίκες με καρκίνο του μαστού οι οποίες λαμβάνουν τριπρόληρη σε**

αυτοσώμα με εξεζωμάτση ή ταμείωση θα πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά ως προς τους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου και την αρτηριακή πίεση. Υπερλιπιδαιμία και διαβήτης αναφέρονται συχνά ως συσχετισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες με την τριτοβάθμια σε συνδυασμό με εξεζωμάτση ή ταμείωση (βλέπε παράγραφο 4.8). Προεγπιπόμενοι γυναίκες με καρνίνο του μαστού οι οποίες λαμβάνουν τριτοβάθμια σε συνδυασμό με εξεζωμάτση ή ταμείωση θα πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά ως προς τους παράγοντες κινδύνου για διαβήτη με τακτική μέτρηση των επιπέδων σακχάρου αίματος, και να έχουν ανάλογη κατάλληλη αντι-διαβητική θεραπεία, εάν αρμόζει, σύμφωνα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες. Κατάλληλη αγωγή περίπου στο 50% των ασθενών οι οποίες ελάβαν θεραπεία με τριτοβάθμια σε συνδυασμό είτε με ταμείωση ή με εξεζωμάτση σε όλες τις ομάδες θετικές για τις μελέτες TEXT και SOFT, αλλά λιγότερο από το 5% των ασθενών είτε ανάλογη κατάλληλη (βαθμίο 3-4). Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται σχετικά και αντιμετωπίζονται κατάλληλα εάν εμφανιστούν συμπτώματα. Οι ασθενείς με αγωγή κατάλληλη ή γλυκό ιστορικό διαβήτη πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ιδιαίτερα προχρη πρέπει να δίνεται οι αναγνωρισμένες πληροφορίες των εξεζωμάτση και ταμείωσης για σχετικές πληροφορίες ασφαλείας όταν χορηγούνται σε συνδυασμό με τριτοβάθμια. Η γλυμοδεσμία μπορεί να προκαλέσει παροδική αμνηρόση ή μόνιμη απώλεια ωσμωτικής λειτουργίας λόγω κυτταροτοξικής βλάβης του ιστού των νεφρών. Η διατήρηση μίας προ-εμφυτευμένης κατάσταση με την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας πρέπει να επιβεβαιώνεται σύμφωνα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες με συγκεντρώσεις των επιπέδων FSH και οιστραδιόλης εντός των φυσιολογικών ορίων για προεμπαρύνσεις ασθενών. **Καταρτία Πρωκτικού Ηβης:** Η θεραπεία παθίων με εξεζωμάτωση ενεργειακών όγκων θα πρέπει να ακολουθεί μία προσεκτική σταδιακή εκτίμηση της αντοχής κινδύνου/οφέλους. Ψευδο-πρωκτική ήβη (όγκος γονάδων ή επηρεασμός ή υπερπλασία επηρεασμός) και πρήξιμο ήβης δεν εσφαλτό από γονάδοσφίσεις (τσόκωση των γονάδων, σκωπικές υπερπλασία των κυττάρων Leydig) θα πρέπει να αποκλειστεί. Στα κορίτσια, η αρχική διέγερση των ωστικών και την έναρξη της θεώσεως, ακολουθώντας από την απόσυρση των οιστρογόνων την οποία ενέχει η θεραπεία, μπορεί να τον πρώτο μήνα να οδηγεί σε κολμική αμφορμία ή/και ή μετρίως έντονη. Μετά τη διακοπή της θεραπείας θα εμφανιστεί ανάστροφή των χαρακτηριστικών της εσθρίδας. Οι πληροφορίες στον αφορά την μελλοντική γονιμότητα εξακολουθούν να είναι περιορισμένες. Στα περισσότερα κορίτσια, η τακτική εμμηνορρυσία θα ξεκινήσει κατά μέσο όρο ένα χρόνο μετά τον τερματισμό της θεραπείας. Η σπινθηροποίηση (BMD) μπορεί να μετρήσει κατά τη διάρκεια της κεντρικής πρόσθιας ήβης με GnRH. Ωστόσο, μετά τη διακοπή της θεραπείας, η σπινθηροποίηση οδηγεί σε οπτική μείωση διαμτρίαι και η μέγιστη σπινθηροποίηση κατά το τέλος της εσθρίδας δεν φαίνεται να επηρεάζεται από τη θεραπεία. Μπορεί να παρατηρηθεί επιμολογισμός μετά την απόσυρση της θεραπείας με GnRH. Η προεπιμνημόνιο θεωρία είναι ότι οι χαμηλές συγκεντρώσεις οιστρογόνων κατά τη διάρκεια της θεραπείας με αναστέρες GnRH εξαδένουν την επιμολογιστική ήβη. Η αύξηση της ταχύτητας ανάπτυξης μετά τη διακοπή της θεώσεως οδηγεί στη συνέχηση σε μείωση της δύναμης διατήρησης που απαιτείται για τη μετατόπιση της επιμολογίας. **Αρεκας 3,75 mg/11,25 mg:** Στα κορίτσια πρέπει να επιβεβαιώνεται ότι η ανστέρες δεν είναι έγκυος πριν από την αγωγή τριτοβάθμια τριτοβάθμια. **Αρεκας 22,5 mg:** Η θεραπεία είναι μία μακροχρόνια αγωγή, η οποία ρυθμίζεται σταδιακά. Το Αρεκας 22,5mg πρέπει να χορηγείται δύο το χρόνο ανάστροφες σε τακτικές 6 μηνιαίες περιόδους. Μία κατ' ελάχιστον καλύτερη της ημερησίως ενόψει για λίγες ημέρες (169 ± 3 ημέρες) δεν επηρεάζει το αποτέλεσμα της θεραπείας.Μετά τη διακοπή της θεραπείας θα εμφανιστεί ανάστροφή των χαρακτηριστικών της εσθρίδας. **4,8 Ανστέρες ενέργειες: Εμπειρία από τις κλινικές μελέτες:** **Γενική αγωγή σε όλες:** Κάθε οι ασθενείς με τοπικά προεγπιπόμενα ή μεταστάσιμα, ομονοεστρωμένα καρνίνο του προστάτη είναι γενικά ηλικιωμένοι και εμφανίζουν και άλλες παθήσεις, οι οποίες είναι συχνά στην πλήρη αγωγή της ηλικίας, περισσότεροι από το 90% των ασθενών οι οποίοι συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες ανστέρες ανεπιθύμητες ενέργειες και σπάνιες συχνά είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η απόλυτη. Όταν έχει παρατηρηθεί με άλλες θεραπείες με αναστέρες GnRH ή μετά το χειρουργικό ενδοκρινικό, οι ανστέρες παρατηρούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες σχετικές με τη θεώσεως με τριτοβάθμια οφείλονται στα αναμενόμενα φαρμακολογικά της επιδράσεις. Αυτές οι επιδράσεις περιλαμβάνουν εξάρσεις, σπινθηροποίηση διαμτρίαι και μείωση γενετήρια επιμολογία. Με την εξαίρεση οντο-αλκερικών ανδρικών (σπάνιες) και ανδρικών στο σπείριο της δύναμης (< 5%), όλες οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι γνωστό ότι σχετίζονται με τις αλλαγές στα επίπεδα τεστοστερόνης. **Αναστέρες** οι ακόλουθες ανεπιθύμητες απόδοσεις οι οποίες θεωρούνται τολάσιμες παροδικές σχετίζονται με τη θεραπεία με τριτοβάθμια. Οι περισσότερες από αυτές τις απόδοσεις είναι γνωστό ότι σχετίζονται με βιοχημική ή χειρουργική ενσυνωμία. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες ταξινομούνται με βάση τη συχνότητα ως εξής: Πολύ συχνές (> 1/10), Συχνές (> 1/100 έως < 1/10), Οι συχνές (> 1/1000 έως < 1/100), Σπάνιες (> 1/10.000 έως < 1/1.000), Πολύ σπάνιες (δεν μπορεί να εκτιμηθούν με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα). **Ανεπιθύμητες ενέργειες σε ανδρες:** **Αρεκας 3,75 mg/ 11,25 mg:** **Διαταραχές του ανοσοποιητικού και του λεμφικού συστήματος** Οι συχνές: Θρομβοκυττάρωση, **Καρδιακές διαταραχές** Οι συχνές: Αιθισμία παθίων, Μη γνωστή συχνότητα: Παράσπια διασπασμός QT*, **Διαταραχές του ωτός και του λαβυρινθίου** Οι συχνές: Εμβόλη, Ίλιγγος, **Διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος** Μη γνωστή συχνότητα: Αποπλοσία της Υπόφυσης**, **Οφθαλμικές διαταραχές** Οι συχνές: Εμπερσμένη όραση, Σπάνιες: Μη φυσιολογική αίσθηση οφθαλμών, Διαταραχές όρασης, **Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος** (εξομωτική, εμετός, ζέση, ναυτία, Οι συχνές: Κολικό άλγος, Δυσκοιλιότητα, διάρροια, Εμετός, Σπάνιες: Διάσπια κοιλίας, Αλλοιωμένη γεύση, Μετεωρισμός, **Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης** Πολύ συχνές: Εξοσθήση, Συχνές: Αντίστροφο στο σπείριο της ένωσης (περιλαμβανομένης ερυθρίδας, φλεγμονής και πόνου), Οίδημα, Οι συχνές: Ηλβόρος, Περιμερικό οίδημα, Πόνος, Ριγ, Υπνρία, Σπάνιες: Πόνος στο σπείριο, Διαταραχές σπλάς, Γρίπιδόμοι ανστέρες, Πυρεξία, Μη γνωστή συχνότητα: Κακοκαμία, **Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος** Σπάνιες: Υπερσυστασία, Σπάνιες: Αναφυλακτική αντίστροφη, Μη γνωστή συχνότητα: Ανοσολογική ασκ. **Λοιμώδεις και παροξυστικές** Σπάνιες: Προσφυγγισμός, **Παρακλινικές εξετάσεις:** Συχνές: Βάρος αυξημένο, Οι συχνές: Αμνηρόση απόσπησης της αλκαλίνης αυχίμης, Αποσπαστική αμνηρόση απόσπησης, Κρεατινίνη αυχίμης, Αρτηριακή πίεση αυχίμης, Ουρία αίματος αυχίμης (ήμια-χολαυμική-ανστέρες αυχίμης, Βάρος μειωμένο, Σπάνιες: Αλκαλική φωσφοράση αίματος αυχίμης, **Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης** Οι συχνές: Ανορεξία, Σαχαρώδης διαβήτης, Ουρική αρθρίτιδα, Υπερλιπιδαιμία, Αιχμική όρεξη, **Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού** Πολύ συχνές: Οσφυαλγία, Μυοσκελετικός πόνος, Σπάνιες: Δυσκοιλικ αρθρώσεις, Διάγκωα αρθρώσεων, **Διαταραχές του νευρικού συστήματος** Πολύ συχνές: Παρασπαστική κρίση, Συχνές: Ζάλη, Κεφαλαλγία, Οι συχνές: Παρασπαστική, Σπάνιες: Εμπερσμένη μνήμη, **Ψυχιατρικές διαταραχές:** Πολύ συχνές: Ξεδιάνωση επιμολογία μειωμένη, Συχνές: Κατάθλιψη**, Απώλεια σεξουαλικής επιμολογίας, **Αλλικές της διάδοσης:***, Οι συχνές: Αιμία, Ευερεθιστικότητα, Σπάνιες: Σχηματική Κατάσπηση, Μειωμένη γενετήρια επιμολογία, **Διαταραχές του νευρικού και των ουροφόρων οδών** Οι συχνές: Νευκτορία, Κατασπαστική κρίση, Μη γνωστή συχνότητα: Ακρεσία ούρων, **Διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος και του μαστού** Πολύ συχνές: Σπινθηροποίηση διαμτρίαι (περιλαμβανομένης απόσπησης εκπερσπασμής, διασπαστική εκπερσπασμής), Συχνές: Πυελικός πόνος, Οι συχνές: Γυναικομαστία, Πόνος στο σπείριο, Απορία όρασης, Πόνος στον όρχη, **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου** Οι συχνές: Δυσπνοία, Επώστη, Σπάνιες: Ορθόπνοια, **Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού** Πολύ συχνές: Υπερπυρία, Οι συχνές: Ακμή, Αλλεργία, Ερύθημα, Κνηρίδα, Εξάνθημα, Κνίδωση, Σπάνιες: Φυσαλίδες, Πορφυρία, Μη γνωστή συχνότητα: Αγγειοκυτταρικό οίδημα, **Αγγειακές διαταραχές** Πολύ συχνές: Εξάρσεις, Συχνές: Υπέρταση, Σπάνιες: Υπόταση, **Αυτή η αγωγή βασίζεται σε ανστέρες της κατηγορίας αυτής των φαρμάκων (class-effect), κονες για όλους τους GnRH ανστέρες. **Αναστέρες μετά την αρχική χορήγηση σε ανστέρες με αδένωμα της υπόφυσης. **Αρεκας 22,5 mg:** **Διαταραχές του ανοσοποιητικού και του λεμφικού συστήματος** Οι συχνές: Θρομβοκυττάρωση, **Καρδιακές διαταραχές** Οι συχνές: Αιθισμία παθίων, Μη γνωστή συχνότητα: Παράσπια διασπασμός QT*, **Διαταραχές του ωτός και του λαβυρινθίου** Οι συχνές: Εμβόλη, Ίλιγγος, **Διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος** Μη γνωστή συχνότητα: Αποπλοσία της Υπόφυσης**, **Οφθαλμικές διαταραχές** Οι συχνές: Εμπερσμένη όραση, Σπάνιες: Μη φυσιολογική αίσθηση οφθαλμών, Διαταραχές όρασης, **Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος** (εξομωτική, εμετός, ζέση, ναυτία, Οι συχνές: Κολικό άλγος, Δυσκοιλιότητα, διάρροια, Εμετός, Σπάνιες: Διάσπια κοιλίας, Αλλοιωμένη γεύση, Μετεωρισμός, **Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης** Πολύ συχνές: Εξοσθήση, Συχνές: Αντίστροφο στο σπείριο της ένωσης (περιλαμβανομένης ερυθρίδας, φλεγμονής και πόνου), Οίδημα, Οι συχνές: Ηλβόρος, Περιμερικό οίδημα, Πόνος, Ριγ, Υπνρία, Σπάνιες: Πόνος στο σπείριο, Διαταραχές σπλάς, Γρίπιδόμοι ανστέρες, Πυρεξία, Μη γνωστή συχνότητα: Κακοκαμία, **Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος** Οι συχνές: Υπερσυστασία, Σπάνιες: Αναφυλακτική αντίστροφη, Μη γνωστή συχνότητα: Ανοσολογική ασκ. **Λοιμώδεις και παροξυστικές** Σπάνιες: Προσφυγγισμός, **Παρακλινικές εξετάσεις** Συχνές: Αιθισμία παθίων, Οι συχνές: Αμνηρόση απόσπησης της αλκαλίνης αυχίμης, Αποσπαστική αμνηρόση απόσπησης αυχίμης, Κρεατινίνη αυχίμης, Αρτηριακή πίεση αυχίμης, Ουρία αίματος αυχίμης, (ήμια-χολαυμική-ανστέρες αυχίμης, Βάρος μειωμένο, Σπάνιες: Αλκαλική φωσφοράση αίματος αυχίμης, **Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης** Οι συχνές: Ανορεξία, Σαχαρώδης διαβήτης, Ουρική αρθρίτιδα, Υπερλιπιδαιμία, Αιχμική όρεξη, **Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού** Πολύ συχνές: Οσφυαλγία, Μυοσκελετικός πόνος, Πόνος στα άκρα, Συχνές: Αρθραλγία, Οστικός πόνος, Μυϊκή κράμπα, Μυϊκή ανάσπηση, Μυαλγία, Σπάνιες: Δυσκοιλικ αρθρώσεις, Διάγκωα αρθρώσεων, **Διαταραχές του νευρικού συστήματος** Πολύ συχνές: Παρασπαστική κρίση, Συχνές: Ζάλη, Κεφαλαλγία, Οι συχνές: Παρασπαστική, Σπάνιες: Εμπερσμένη μνήμη, **Ψυχιατρικές διαταραχές** Πολύ συχνές: Γενετήρια επιμολογία μειωμένη, Συχνές: Απώλεια γενετήριας επιμολογίας, Κατάθλιψη**, Αλλικές της διάδοσης:*, Οι συχνές: Αιμία, Ευερεθιστικότητα, Σπάνιες: Σχηματική Κατάσπηση, Μειωμένη γενετήρια επιμολογία, **Διαταραχές του νευρικού και των ουροφόρων οδών** Οι συχνές: Νευκτορία, Κατασπαστική κρίση, Μη γνωστή συχνότητα: Ακρεσία ούρων, **Διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος και του μαστού** Πολύ συχνές: Σπινθηροποίηση διαμτρίαι (περιλαμβανομένης απόσπησης εκπερσπασμής, διασπαστική εκπερσπασμής), Συχνές: Πυελικός πόνος, Οι συχνές: Γυναικομαστία, Πόνος στον σπείριο, Απορία όρασης, Πόνος στους όρχη, **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου** Οι συχνές: Δυσπνοία, Επώστη, Σπάνιες: Ορθόπνοια, **Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού** Πολύ συχνές: Υπερπυρία, Οι συχνές: Ακμή, Αλλεργία, Ερύθημα, Κνηρίδα, Εξάνθημα, Κνίδωση, Σπάνιες: Φυσαλίδες, Πορφυρία, Μη γνωστή συχνότητα: Αγγειοκυτταρικό οίδημα, **Αγγειακές διαταραχές** Πολύ συχνές: Εξάρσεις, Συχνές: Υπέρταση, Σπάνιες: Υπόταση, **Αυτή η αγωγή βασίζεται σε ανστέρες της κατηγορίας αυτής των φαρμάκων (class-effect), κονες για όλους τους GnRH ανστέρες. **Αναστέρες μετά την αρχική χορήγηση σε ανστέρες με αδένωμα της υπόφυσης. Η τριτοβάθμια, μέσα στην πρώτη εβδομάδα μετά την αρχική έναρξη της μορφής παρατεταμένης απόδοσης, προκαλεί παροδική αύξηση των επιπέδων της τεστοστερόνης στην κυκλοφορία. Με αυτή την****

αρχική αύξηση των επιπέδων τεστοστερόνης στην κυκλοφορία, ένα μικρό ποσοστό ασθενών (< 5%) μπορεί να εμφανίσει προσωρινή επιδείνωση των συμπτωμάτων του καρνίνο του προστάτη (έξαρση του όγκου), η οποία συνήθως εξαλείφεται με αύξηση των συμπτωμάτων στο αμφοτερόπλο (< 2%) και του μεταστατικού πόνου (5%), το οποίο μπορεί να αντιμετωπιστεί συμπτωματικά. Αυτά τα συμπτώματα είναι παροδικά και συνήθως εξαφανίζονται σε μία έως δύο εβδομάδες. Εάν προκύψει μεμονωμένη ανεπιθύμητη ενέργεια, συμπτωμάτων της ανστέρες, είτε απόσπησης οφθαλμής ή αμφοτερόπλο μόνιμο λόγω μετατόπισης. Επόμενες, ανστέρες με μεταστατικές αποδόσεις βλάβες και/ή απόσπησης των άνω ή κάτω ουροφόρων οδών θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της θεραπείας (βλ. παράγραφο 4.4). Η χρήση ανστέρες GnRH στη θεραπεία του καρνίνο του προστάτη μπορεί να σχετίζεται με αυχίμης απώλεια σπείρης μάζας και μπορεί να οδηγεί σε οστεοπόρωση και να αυχίμης τον κίνδυνο σπαστικών κατασπασμών. Οι ανστέρες που λαμβάνουν μακροχρόνια θεραπεία με ανάλογο GnRH σε συνδυασμό με αντινεοπλασματική αγωγή έχουν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, καθώς γαστρεντερική και σχετίζονται με την ακτονεοπλασία. **Γενική αγωγή σε γυναίκες:** **Αρεκας 3,75 mg/ 11,25 mg:** Οι ανστέρες των μεμονωμένων επιπέδων οιστρογόνων οι πιο συχνές αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες (αναμενόμενες στο 10% των γυναικών ή παραπάνω) ήταν κεφαλαλγία, μειωμένη σεξουαλική επιμολογία, διασπαστική όραση, μεταβολή διαμτρίαι, δυσπερσπασία, δυσμηνόρροια, αμφορμία γεννητικών οργάνων, ανδρόμο υπερπληθυσμός υπερπληθυσμός, πυελικό άλγος, κολικό άλγος, αδοσκαλική έρπηση, υπερπυρία, εξάρσεις και εξοσθήση. **Αναστέρες** οι παροδικές ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες θεωρούνται τολάσιμες παροδικές σχετίζονται με τη θεραπεία με τριτοβάθμια. Οι περισσότερες από αυτές τις ενέργειες είναι γνωστό ότι σχετίζονται με βιοχημική ή χειρουργική ενσυνωμία. **Ανεπιθύμητες ενέργειες σε γυναίκες:** **Καρδιακές διαταραχές** Οι συχνές: Αιθισμία παθίων, **Διαταραχές του ωτός και του λαβυρινθίου** Οι συχνές: Ίλιγγος, **Διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος** Μη γνωστή συχνότητα: Αποπλοσία της Υπόφυσης**, **Οφθαλμικές διαταραχές** Οι συχνές: Εμπερσμένη όραση, Εμπερσμένη όραση, **Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος** (εξομωτική, εμετός, ζέση, ναυτία, Κολικό άλγος, Κολμική δυσφορία, Οι συχνές: Διάσπια κοιλίας, Εμπερσπασμός, Σπασμωτική εξέλιξη, Εμετός, Μη γνωστή συχνότητα: Διάρροια, Ερύθημα και φλεγμονή), **Περιμερικό οίδημα**, **Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος** Παρεξία, **Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος** Συχνές: Αντίστροφο υπερπυρία, Μη γνωστή συχνότητα: Ανοσολογική ασκ. **Παρακλινικές εξετάσεις** Συχνές: Αιθισμία παθίων, Οι συχνές: Αιθισμία παθίων, Μη γνωστή συχνότητα: Αλκαλική φωσφοράση αίματος αυχίμης, Αρτηριακή πίεση αίματος αυχίμης, **Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης** Οι συχνές: Μείωση όρεξης, Κατασπαστική κρίση, **Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού** Συχνές: Αρθραλγία, Μυϊκή κράμπα, Πόνος στα άκρα, Οι συχνές: Οσφυαλγία, Μυαλγία, Μη γνωστή συχνότητα: Μυϊκή ανάσπηση, **Διαταραχές του νευρικού συστήματος** Πολύ συχνές: Κεφαλαλγία, Συχνές: Ζάλη, Οι συχνές: Δυσκοιλιότητα, Υποσπαστική, Συμπτωτική ανασπασμής, Άγχος, Κατασπαστική, **Αποπροσπασμής**, **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου** Οι συχνές: Δυσπνοία, Επώστη, **Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού** Πολύ συχνές: Ακμή, Υπερπυρία, Σχηματισμός, Συχνές: Αλλεργία, Ερύθημα, Κνηρίδα, Εξάνθημα, Κνίδωση, **Αγγειακές διαταραχές** Πολύ συχνές: Εξάρσεις, Συχνές: Υπέρταση, Σπάνιες: Υπόταση, **Αυτή η αγωγή βασίζεται σε ανστέρες της κατηγορίας αυτής των φαρμάκων (class-effect), κονες για όλους τους GnRH ανστέρες. **Αναστέρες μετά την αρχική χορήγηση σε ανστέρες με αδένωμα της υπόφυσης. Κατά την έναρξη της θεώσεως, το συμπτωμά της ενδομηνιαίας υπερπληθυσμωδίας κολικού άλγος, δυσμηνόρροιας μπορεί πολύ συχνά (> 10%) να επεκταθεί κατά τη διάρκεια της ανστέρες παροδικής αύξησης των επιπέδων της οιστραδιόλης στο πλάσμα. Αυτά τα συμπτώματα είναι παροδικά και συνήθως εξαφανίζονται σε μία έως δύο εβδομάδες. Κατά το μήνα που ακολουθεί την πρώτη έναρξη μπορεί να προκύψει αμφορμία γεννητικών οργάνων υπερπληθυσμωδίας υπερπυρία, υπερπυρία, **Αρεκας 3,75 mg:** Οι συνδυασμοί με γονάδοσφίσεις για τη θεραπεία της υπογονιμότητας, μπορεί να οδηγεί σε ανδρόμο υπερπληθυσμός των ωστικών. Μπορεί να παρατηρηθούν υπερπυρία, πυελικό κα/ή ή κολικό άλγος, Κρακωές του σπείριου, **Αρεκας 3,75 mg:** Οι πένες συχνά παρατηρούμενες απόδοσεις σχετίζονται με τη θεώσεως έως 5 ημερών με τριτοβάθμια σε συνδυασμό με ταμείωση ή ένα ανστέρες αμφοτερόπλο σχετίζεται με TEXT και SOFT πριν έναρξη, μυοσκελετική διαμτρίαι, κνίδωση, αιμία, υπερπυρία, αδοσκαλική έρπηση και κατάθλιψη. **Καρδιακές διαταραχές** Οι συχνές: Αιθισμία παθίων, Μη γνωστή συχνότητα: Παράσπια διασπασμός QT*, **Διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος** Συχνές: Εμβόλη, Ίλιγγος, **Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος** Συχνές: Εξοσθήση, Συχνές: Αντίστροφο στο σπείριο της ένωσης (περιλαμβανομένης ερυθρίδας, φλεγμονής και πόνου), Οίδημα, Οι συχνές: Ηλβόρος, Περιμερικό οίδημα, Πόνος, Ριγ, Υπνρία, Σπάνιες: Πόνος στο σπείριο, Διαταραχές σπλάς, Γρίπιδόμοι ανστέρες, Πυρεξία, Μη γνωστή συχνότητα: Κακοκαμία, **Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος** Σπάνιες: Υπερσυστασία, Σπάνιες: Αναφυλακτική αντίστροφη, Μη γνωστή συχνότητα: Ανοσολογική ασκ. **Λοιμώδεις και παροξυστικές** Σπάνιες: Προσφυγγισμός, **Παρακλινικές εξετάσεις:** Συχνές: Βάρος αυξημένο, Οι συχνές: Αμνηρόση απόσπησης της αλκαλίνης αυχίμης, Αποσπαστική αμνηρόση απόσπησης αυχίμης, Κρεατινίνη αυχίμης, Αρτηριακή πίεση αυχίμης, Ουρία αίματος αυχίμης (ήμια-χολαυμική-ανστέρες αυχίμης, Βάρος μειωμένο, Σπάνιες: Αλκαλική φωσφοράση αίματος αυχίμης, **Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης** Οι συχνές: Ανορεξία, Σαχαρώδης διαβήτης, Ουρική αρθρίτιδα, Υπερλιπιδαιμία, Αιχμική όρεξη, **Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού** Πολύ συχνές: Οσφυαλγία, Μυοσκελετικός πόνος, Σπάνιες: Δυσκοιλικ αρθρώσεις, Διάγκωα αρθρώσεων, **Διαταραχές του νευρικού συστήματος** Πολύ συχνές: Παρασπαστική κρίση, Συχνές: Ζάλη, Κεφαλαλγία, Οι συχνές: Παρασπαστική, Σπάνιες: Εμπερσμένη μνήμη, **Ψυχιατρικές διαταραχές:** Πολύ συχνές: Ξεδιάνωση επιμολογία μειωμένη, Συχνές: Κατάθλιψη**, Απώλεια σεξουαλικής επιμολογίας, **Αλλικές της διάδοσης:***, Οι συχνές: Αιμία, Ευερεθιστικότητα, Σπάνιες: Σχηματική Κατάσπηση, Μειωμένη γενετήρια επιμολογία, **Διαταραχές του νευρικού και των ουροφόρων οδών** Οι συχνές: Νευκτορία, Κατασπαστική κρίση, Μη γνωστή συχνότητα: Ακρεσία ούρων, **Διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος και του μαστού** Πολύ συχνές: Σπινθηροποίηση διαμτρίαι (περιλαμβανομένης απόσπησης εκπερσπασμής, διασπαστική εκπερσπασμής), Συχνές: Πυελικός πόνος, Οι συχνές: Γυναικομαστία, Πόνος στο σπείριο, Απορία όρασης, Πόνος στον όρχη, **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου** Οι συχνές: Δυσπνοία, Επώστη, Σπάνιες: Ορθόπνοια, **Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού** Πολύ συχνές: Υπερπυρία, Οι συχνές: Ακμή, Αλλεργία, Ερύθημα, Κνηρίδα, Εξάνθημα, Κνίδωση, Σπάνιες: Φυσαλίδες, Πορφυρία, Μη γνωστή συχνότητα: Αγγειοκυτταρικό οίδημα, **Αγγειακές διαταραχές** Πολύ συχνές: Εξάρσεις, Συχνές: Υπέρταση, Σπάνιες: Υπόταση, **Αυτή η αγωγή βασίζεται σε ανστέρες της κατηγορίας αυτής των φαρμάκων (class-effect), κονες για όλους τους GnRH ανστέρες. **Αναστέρες μετά την αρχική χορήγηση σε ανστέρες με αδένωμα της υπόφυσης. **Αρεκας 22,5 mg:** **Διαταραχές του ανοσοποιητικού και του λεμφικού συστήματος** Οι συχνές: Θρομβοκυττάρωση, **Καρδιακές διαταραχές** Οι συχνές: Αιθισμία παθίων, Μη γνωστή συχνότητα: Παράσπια διασπασμός QT*, **Διαταραχές του ωτός και του λαβυρινθίου** Οι συχνές: Εμβόλη, Ίλιγγος, **Διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος** Μη γνωστή συχνότητα: Αποπλοσία της Υπόφυσης**, **Οφθαλμικές διαταραχές** Οι συχνές: Εμπερσμένη όραση, Σπάνιες: Μη φυσιολογική αίσθηση οφθαλμών, Διαταραχές όρασης, **Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος** (εξομωτική, εμετός, ζέση, ναυτία, Οι συχνές: Κολικό άλγος, Δυσκοιλιότητα, διάρροια, Εμετός, Σπάνιες: Διάσπια κοιλίας, Αλλοιωμένη γεύση, Μετεωρισμός, **Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης** Πολύ συχνές: Εξοσθήση, Συχνές: Αντίστροφο στο σπείριο της ένωσης (περιλαμβανομένης ερυθρίδας, φλεγμονής και πόνου), Οίδημα, Οι συχνές: Ηλβόρος, Περιμερικό οίδημα, Πόνος, Ριγ, Υπνρία, Σπάνιες: Πόνος στο σπείριο, Διαταραχές σπλάς, Γρίπιδόμοι ανστέρες, Πυρεξία, Μη γνωστή συχνότητα: Κακοκαμία, **Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος** Οι συχνές: Υπερσυστασία, Σπάνιες: Αναφυλακτική αντίστροφη, Μη γνωστή συχνότητα: Ανοσολογική ασκ. **Λοιμώδεις και παροξυστικές** Σπάνιες: Προσφυγγισμός, **Παρακλινικές εξετάσεις** Συχνές: Αιθισμία παθίων, Οι συχνές: Αμνηρόση απόσπησης της αλκαλίνης αυχίμης, Αποσπαστική αμνηρόση απόσπησης αυχίμης, Κρεατινίνη αυχίμης, Αρτηριακή πίεση αυχίμης, Ουρία αίματος αυχίμης, (ήμια-χολαυμική-ανστέρες αυχίμης, Βάρος μειωμένο, Σπάνιες: Αλκαλική φωσφοράση αίματος αυχίμης, **Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης** Οι συχνές: Ανορεξία, Σαχαρώδης διαβήτης, Ουρική αρθρίτιδα, Υπερλιπιδαιμία, Αιχμική όρεξη, **Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού** Πολύ συχνές: Οσφυαλγία, Μυοσκελετικός πόνος, Πόνος στα άκρα, Συχνές: Αρθραλγία, Οστικός πόνος, Μυϊκή κράμπα, Μυϊκή ανάσπηση, Μυαλγία, Σπάνιες: Δυσκοιλικ αρθρώσεις, Διάγκωα αρθρώσεων, **Διαταραχές του νευρικού συστήματος** Πολύ συχνές: Παρασπαστική κρίση, Συχνές: Ζάλη, Κεφαλαλγία, Οι συχνές: Παρασπαστική, Σπάνιες: Εμπερσμένη μνήμη, **Ψυχιατρικές διαταραχές** Πολύ συχνές: Γενετήρια επιμολογία μειωμένη, Συχνές: Απώλεια γενετήριας επιμολογίας, Κατάθλιψη**, Αλλικές της διάδοσης:*, Οι συχνές: Αιμία, Ευερεθιστικότητα, Σπάνιες: Σχηματική Κατάσπηση, Μειωμένη γενετήρια επιμολογία, **Διαταραχές του νευρικού και των ουροφόρων οδών** Οι συχνές: Νευκτορία, Κατασπαστική κρίση, Μη γνωστή συχνότητα: Ακρεσία ούρων, **Διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος και του μαστού** Πολύ συχνές: Σπινθηροποίηση διαμτρίαι (περιλαμβανομένης απόσπησης εκπερσπασμής, διασπαστική εκπερσπασμής), Συχνές: Πυελικός πόνος, Οι συχνές: Γυναικομαστία, Πόνος στον σπείριο, Απορία όρασης, Πόνος στους όρχη, **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου** Οι συχνές: Δυσπνοία, Επώστη, Σπάνιες: Ορθόπνοια, **Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού** Πολύ συχνές: Υπερπυρία, Οι συχνές: Ακμή, Αλλεργία, Ερύθημα, Κνηρίδα, Εξάνθημα, Κνίδωση, Σπάνιες: Φυσαλίδες, Πορφυρία, Μη γνωστή συχνότητα: Αγγειοκυτταρικό οίδημα, **Αγγειακές διαταραχές** Πολύ συχνές: Εξάρσεις, Συχνές: Υπέρταση, Σπάνιες: Υπόταση, **Αυτή η αγωγή βασίζεται σε ανστέρες της κατηγορίας αυτής των φαρμάκων (class-effect), κονες για όλους τους GnRH ανστέρες. **Αναστέρες μετά την αρχική χορήγηση σε ανστέρες με αδένωμα της υπόφυσης. Η τριτοβάθμια, μέσα στην πρώτη εβδομάδα μετά την αρχική έναρξη της μορφής παρατεταμένης απόδοσης, προκαλεί παροδική αύξηση των επιπέδων της τεστοστερόνης στην κυκλοφορία. Με αυτή την******

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και

Αναφέρετε

ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για

οι απλά τα φάρμακα

Συμπληρώνοντας την «KITPINH KAPTA»

T.Π.: 422,24 €

A.Τ.: 495,17 €

A.Τ.Δ.: 31/12/2023

IPSEN MON.EPE

Αγ. Δημήτριο 63, 174 56 ΑΛΙΜΟΣ

Τηλέφωνο: 210 98 43 324, 210 98 58 930 & 210 98 87 911

E-mail: ipsen@ipsen.gr, <http://www.ipsen.gr>

Τηλέφωνο φαρμακοπαραστήριου: 210 98 43 324, 210 98 58 930



17:45–18:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**Θεραπευτική διαχείριση ασθενών με ορμονοευαίσθητο καρκίνο του προστάτη**

Μη μεταστατικός ορμονοευαίσθητος καρκίνος του προστάτη: Σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές στη βιοχημική υποτροπή

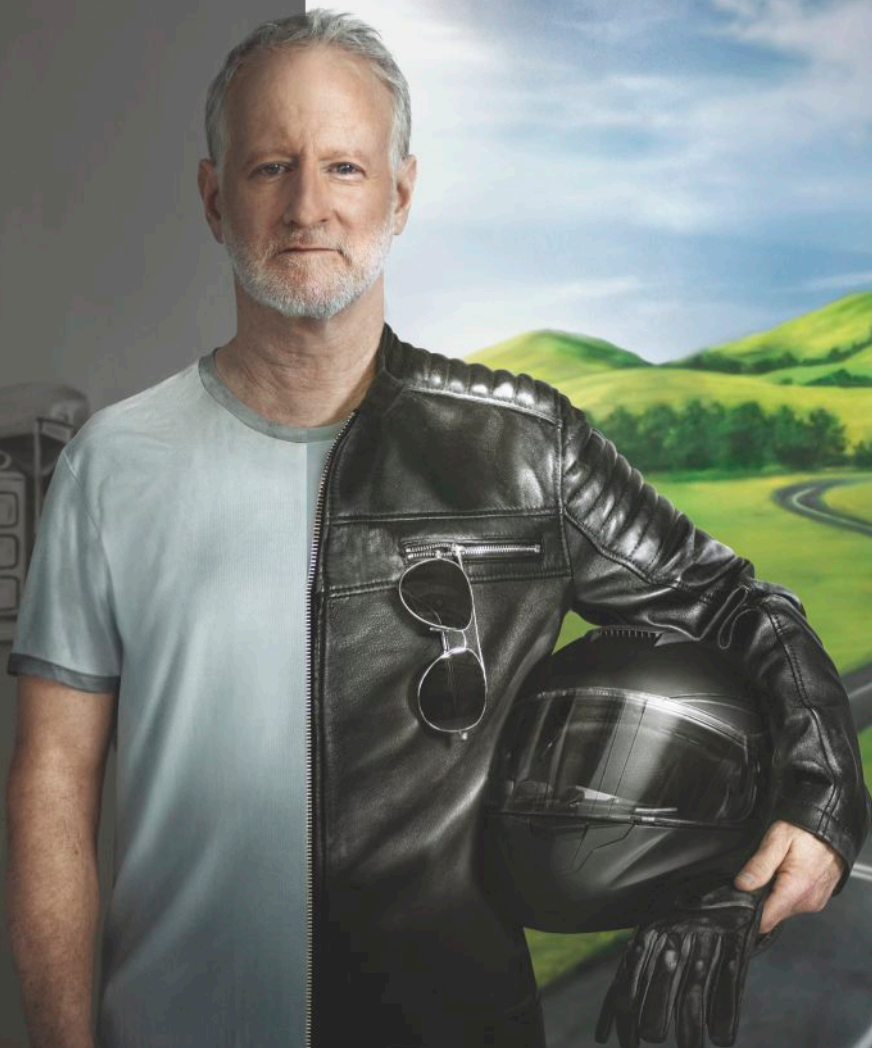
Ι. Ζάχος

Μεταστατικός ορμονοευαίσθητος καρκίνος του προστάτη: Η σημασία της πρώτης γραμμής θεραπείας

Κ. Δημητρόπουλος



NUBEQA®
(darolutamide) 300 mg
tablets



Βιβλιογραφικές αναφορές: NUBEQA Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος (τελευταία πρόσβαση 22/5/2024)

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ

- Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 300 mg δαρολουταμίδης.
- Έκδοχο με γνωστή δράση
- Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 186 mg μονοϋδρικής λακτόζης

Ενδεικτική Λ.Τ 3.063,82€

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε

**ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΥΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»**

Κάτοχος της Άδειας Κυκλοφορίας:
Bayer AG 51368, Leverkusen, Γερμανία

Τοπικός αντιπρόσωπος του Κατόχου Άδειας
Κυκλοφορίας στην Ελλάδα:
Bayer Ελλάς ABEE, Αghισιλάου 6-8, 15123 Μαρούσι

▼Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει το γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφάλειας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιοσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό και παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αγωγής.

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος στο QRC και στον ακόλουθο σύνδεσμο: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/nubeqa-epar-product-information_el.pdf



PP-NUB-GR-0079-1 (ΙΟYΝ2024)

Τοπικός αντιπρόσωπος του Κατόχου Άδειας Κυκλοφορίας στην Κύπρο:
Novagrem Ltd, Τηλ:00357 22483858

Τμήμα Ιατρικής Πληροφόρησης
Τηλ: +30 210 6187742, Φαξ: +30 210 6187522
Email: medinfo.gr.cy@bayer.com

Ivor[®]
Bemiparin sodium

IvormaX[®]
Bemiparin sodium



ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Ivor 2.500 IU anti-Xa/0,2 ml ενέσιμου διαλύματος σε προγεμισμένες σύριγγες **ΠΟΙΟΤΙΚΗ & ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Bemiparin sodium: 2.500 IU (anti Factor Xa*) ανά 0,2 ml προγεμισμένη σύριγγα (ισοδύναμη με 12.500 IU (anti Factor Xa*) ανά ml ενέσιμου διαλύματος). Η δραστηριότητα περιγράφεται σε Διεθνείς μονάδες anti-Factor Xa δραστηριότητας (IU) με βάση το Πρώτο Διεθνές Πρότυπο Αναφοράς Ηπαρίνης Χαμηλού Μοριακού Βάρους. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ:** IVOR 2.500 IU anti-Xa/0,2 ml BT x 2 PF.SYR Λ.Τ.: 5,83 €

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Ivor 3.500 IU anti-Xa/0,2 ml ενέσιμου διαλύματος σε προγεμισμένες σύριγγες **ΠΟΙΟΤΙΚΗ & ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Bemiparin sodium: 3.500 IU (anti Factor Xa*) ανά 0,2 ml προγεμισμένη σύριγγα (ισοδύναμη με 17.500 IU (anti Factor Xa*) ανά ml ενέσιμου διαλύματος). Η δραστηριότητα περιγράφεται σε Διεθνείς μονάδες anti-Factor Xa δραστηριότητας (IU) με βάση το Πρώτο Διεθνές Πρότυπο Αναφοράς Ηπαρίνης Χαμηλού Μοριακού Βάρους. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ:** IVOR 3.500 IU anti-Xa/0,2 ml BT x 2 PF.SYR Λ.Τ.: 10,74 € BT x 30 PF.SYR Λ.Τ.: 120,83 €

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: IvormaX 25.000 IU anti-Xa/ml ενέσιμου διαλύματος σε προγεμισμένες σύριγγες **ΠΟΙΟΤΙΚΗ & ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Bemiparin sodium: 25.000 IU (anti-Factor Xa*) ανά ml ενέσιμου διαλύματος. Ισοδύναμη με: 5.000 IU (anti-Factor Xa) ανά 0,2 ml προγεμισμένη σύριγγα, 7.500 IU (anti-Factor Xa) ανά 0,3 ml προγεμισμένη σύριγγα, 10.000 IU (anti-Factor Xa) ανά 0,4 ml προγεμισμένη σύριγγα. * Η δραστηριότητα περιγράφεται σε Διεθνείς μονάδες anti-Factor Xa δραστηριότητας (IU) με βάση το Πρώτο Διεθνές Πρότυπο Αναφοράς Ηπαρίνης Χαμηλού Μοριακού Βάρους. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ:** IVORMAX 25.000 IU anti-Xa/ml, BTx2PF.SYRx0,2ML Λ.Τ.: 23,40€, IVORMAX 25.000 IU anti-Xa/ml, BTx2PF.SYRx0,3ML Λ.Τ.: 26,43€, IVORMAX 25.000 IU anti-Xa/ml BTx2PF.SYRx0,4ML Λ.Τ.: 23,33€

ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ: Ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένες σύριγγες. (Χρωστικό ή ελαφρώς κίτρινο, διαυγές διάλυμα, ελεύθερο ορατών σωματιδίων). **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Προϊόν της LABORATORIOS FARMACEUTICOS ROVI S.A., ΙΣΤΑΝΙΑ. **Κάτοχος αδείας κυκλοφορίας:** BIANEE A.E., Οδός Βαρυμπόμπης 8, 14671 Ν. Ερυθραία, Κηφισιά, Τηλ. 2108009111. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** 24481/26-02-2020, 24482/26-02-2020, 24483/26-02-2020.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ: 06-04-2023 (Ivor), 12-07-2023 (IvormaX)

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ: Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον ΚΑΚ κατόπιν αιτήσεως.



BIANEE Α.Ε.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIANEE A.E. - Έδρα : Οδός Βαρυμπόμπης 8, 14671 Ν. Ερυθραία, Κηφισιά
Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία • Τηλ. : 210 8009111 • Fax: 210 8071573
E-mail: mailbox@vianex.gr • WEBSITE: www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113, 562 24 Εύσσομος Θεσσαλονίκης • Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

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



VE-24236-IVO-9/2024



SCAN ME



<https://go.karlstorz.com/AD-URO-92-en>

Your Patient. Your Choice.

Because every patient, and every case, is unique
KARL STORZ Flexible Uretero-Renoscopes

FLEX-X^{2S}

Accessibility

FLEX-X^C

Image Quality

NEW FLEX-X^{C1}

Ready When You Are

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE



FARAN

Abiraterone/Faran

BT X 60 TABS (ΣΕ BLISTER PVC/PVDC/ALUMINIUM)

N.T.

1.572,26 €

Τρόπος διάθεσης : Με ιατρική συνταγή

Abiraterone/Faran 500mg /tab

επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία

Οξική αμπιρατερόνη

GP
/ PHARMA /

17 Νοέμβρη 30, 55535, Πυλαία, Θεσσαλονίκη
Τηλ/Φαξ: 2310 911982

Συν-προώθηση του παρόντος φαρμακευτικού
ιδιοσκευάσματος στην Ελλάδα με την
εταιρεία GP/PHARMA



FARAN



ΦΑΡΑΝ Α.Β.Ε.Ε.

Αχαΐας 5 & Τροιζηνίας 145 64 Ν. Κηφισιά, Αττική
Τηλ: +30 210 6254175, Fax: +30 210 6254190
E-mail: faran@faran.gr

Κάτοχος αδείας κυκλοφορίας ΦΑΡΑΝ Α.Β.Ε.Ε.

ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΗΣΗ
210 625 4175
210 996 0971

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

SMOKE EVACUATION SYSTEM

EVAQMAX™ PEN+LAPARO



Smoke Free Evacuation



**Smoke Evacuation Pencil
Dual Extension**



 **improvméd**
medical equipment & supplies

Eurotech Office 68 // 13th km Thessaloniki-Moudanion // Thessaloniki, Greece,
Phone: +30 2310 471486 // Web: www.improvméd.gr // E-mail: info@improvméd.gr

Endourology your way

Power Made Safer*

Elevate your experience
and performance with the
Coloplast TFL Drive
Thulium Fiber Laser

All-in-one
solution

for lithotripsy, BPH
and soft tissue



* User interface designed with warning limits for safer use