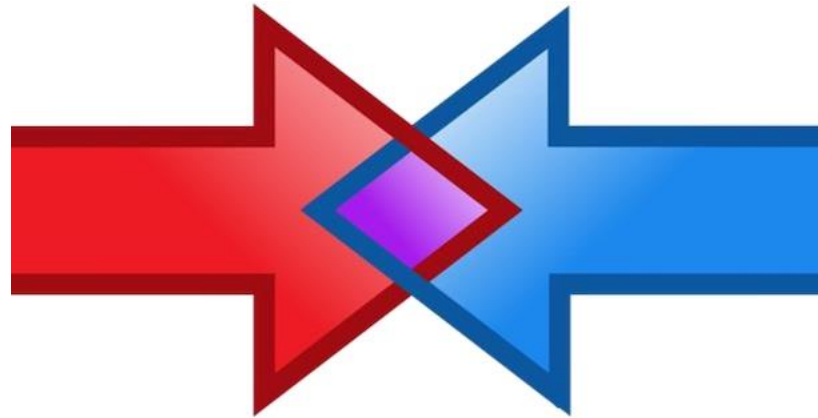




Προκλήσεις στη διάγνωση και θεραπεία ασθενών με πρωτοδιάγνωση στο Εξωτερικό/Ιδιωτικό Ιατρείο

Δημήτρης Τσερώνης
Ρευματολόγος
Επιστημονικός Συνεργάτης
Δ ΠΠΚ ,ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Σύγκρουση συμφερόντων



Καμία

Κλινική περίπτωση

- Πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο μου



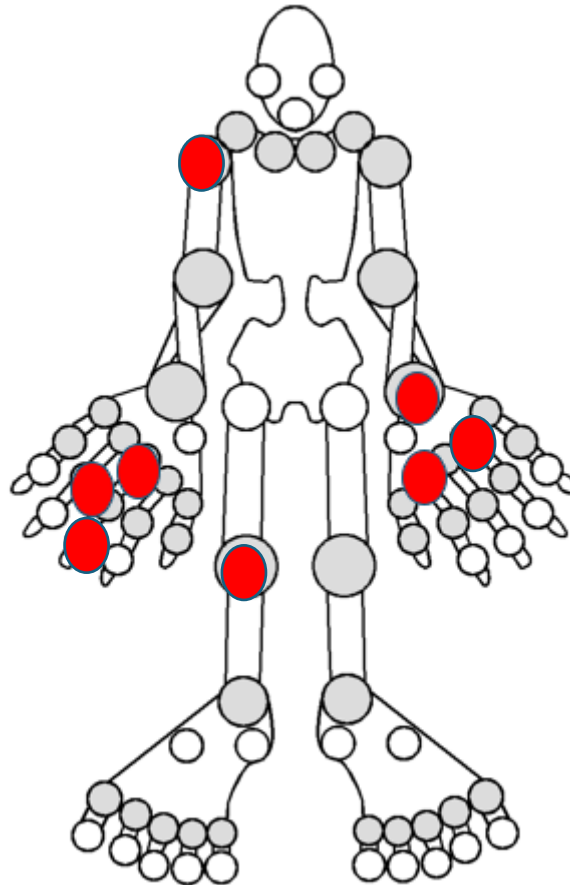
Φύλο ημ . Επίσκεψης 09/2025
Ηλικία: 69
Συνταξιούχος , καθαρίστρια

- παραπέμπεται από Π/Θ με:
 - αρθραλγίες , , κόπωση,
πρωινή δυσκαμψία ~ 15-20 min
- Ατομικό ιστορικό :
 - ΣΔ (II) , δυσλιπιδαιμία
 - καπνισμα /αλκοολ : (-)
- Εργαστηριακός έλεγχος :
 - ΤΚΕ : 44 , CRP X4 ,RF (-) , ANA (-) CCP (-)
 - λοιπα : κφ
- Φαρμακευτική αγωγή :
 - ατορβαστατίνη 10mg ,
 - μεθορμίνη 1000mg



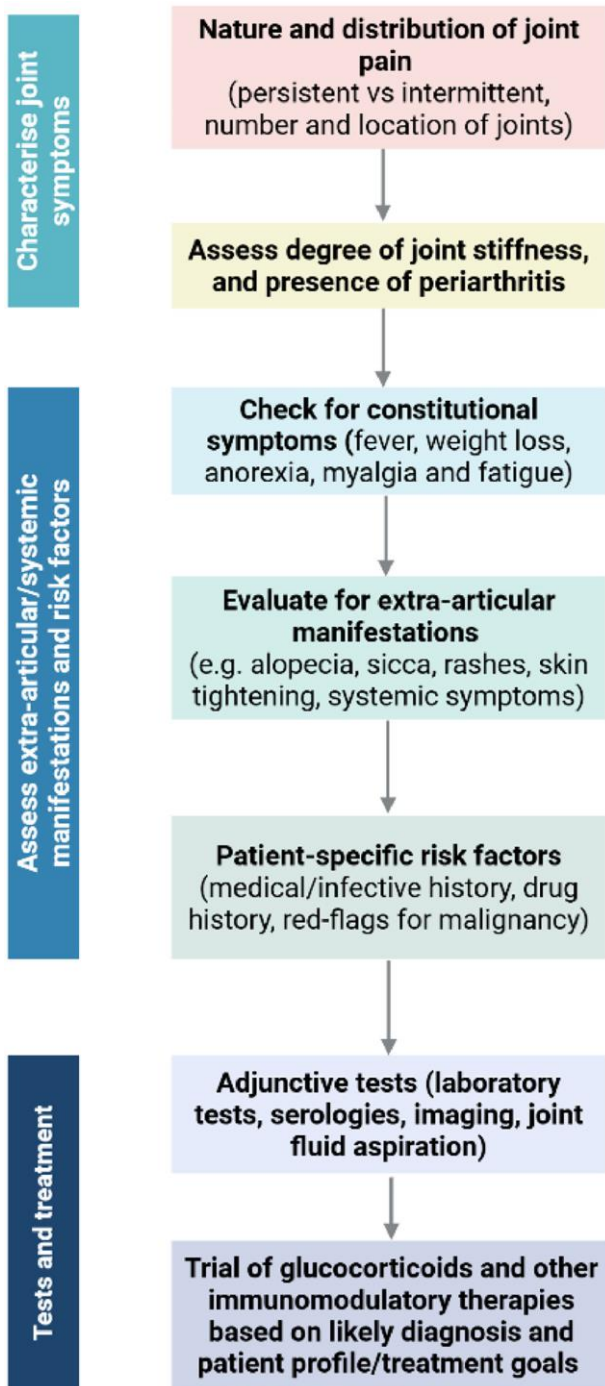
- *Κλινική εκτίμηση :*

- Tender Joints : 8
- Swollen Joints :4
- VAS : 40/100
- PMR/GCA : (-)
- Μυική ισχύς : 5/5
- Λοιπά όργανα/συστήματα : κφ

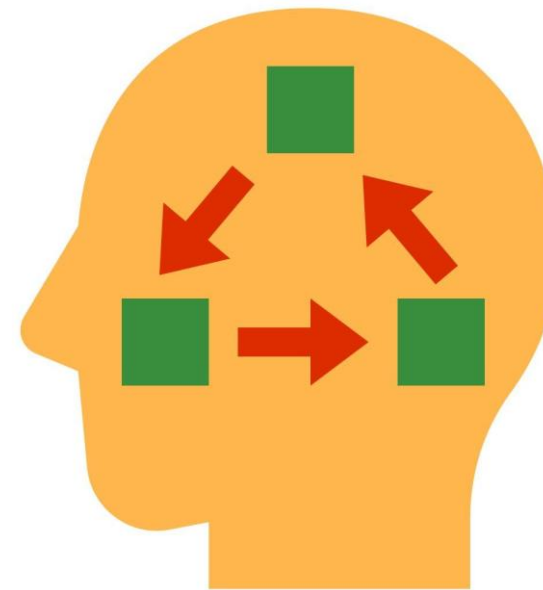


ΔΔ :

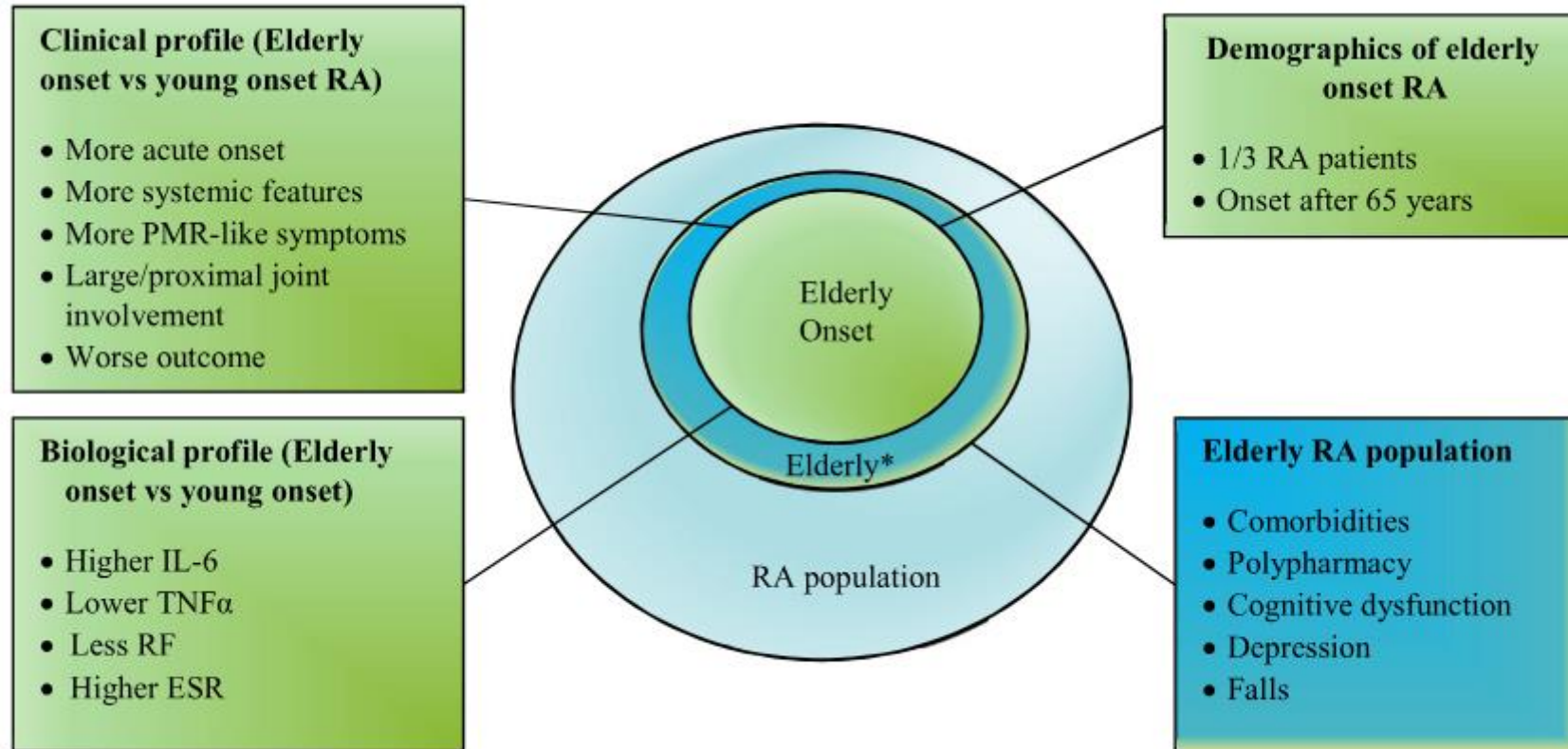
- Οψιμου ενάρξεως
PA (-) ;
- PMR ;
- Φλεγμονώδης ΟΑ ;
- Άλλο ;



Πως προσεγγίζουμε την «πρώιμη» αρθρίτιδα στους ηλικιωμένους ;



Οψιμού ενάρξεως RA ή ηλικιωμένος με RA ;



Elderly Onset RA (EORA) VS PMR

Characteristics	EORA 70%	PMR 25%	RS3PE 5%
Proximal joints	+	+++	—
Peripheral joints	+++	+	+++
Tenosynovitis	++	+ / —	+++
Edema	+	+	+++
RF+	+ / —	—	—
High ESR	+	+++	+

— Absent, + Occasional, ++ Frequent, +++ Very frequent; EORA: elderly-onset rheumatoid arthritis; ESR: sedimentation rate; PMR: polymyalgia rheumatica; RS3PE: remitting seronegative synovitis with pitting oedema.

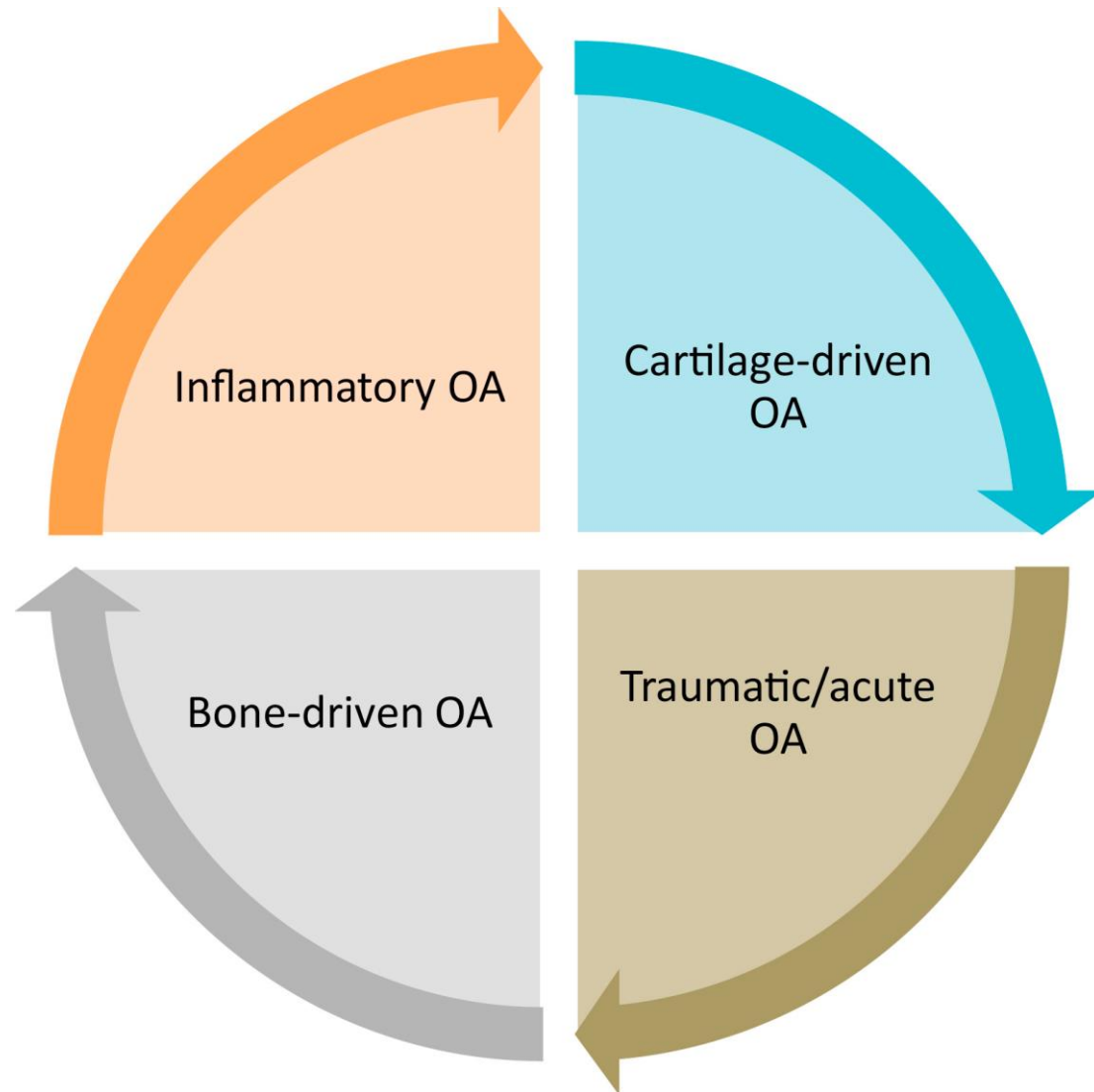
- Ο **U/S** (ΜΚΦ, ΠΧΚ, ΕΦΦ, ΩΜΟΙ) μπορεί να βοηθήσουν στην διαφορική διάγνωση
- U/S ευρήματα σε **τένοντες και μύες** σημαντικά κατά της EORA
- **RF/CCP** υπέρ της διάγνωσης EORA
- **MMP3** συνοδεύει την αύξηση της CRP σε PMR-like EORA (ΔΔ με PMR)

➤ ¼ ασθενείς με PMR μετά τον 1^ο χρόνο θα διαγνωσθεί με EORA

Kobak, S.; Bes, C. Ther. Adv. Musculoskelet. Dis. 2018, 10, 3–11.

Kawashiri, S.Y.; Suzuki, T.; Okada, A.; Tsuji, S.; Takatani, A.; Shimizu, T.; Koga, T.; Iwamoto, N.; Ichinose, K.; Nakamura, H.; et al. Clin. Rheumatol. 2020, 39, 1981–1988.

Οι κλινικοί φαινότυποι της ΟΑ



- Πολλαπλοί φαινότυποι
- Συχνή αλλοεπικάλυψη
- Διαφορετική αντιμετώπιση

η φλεγμονή του αρθρικού υμένα στην οα

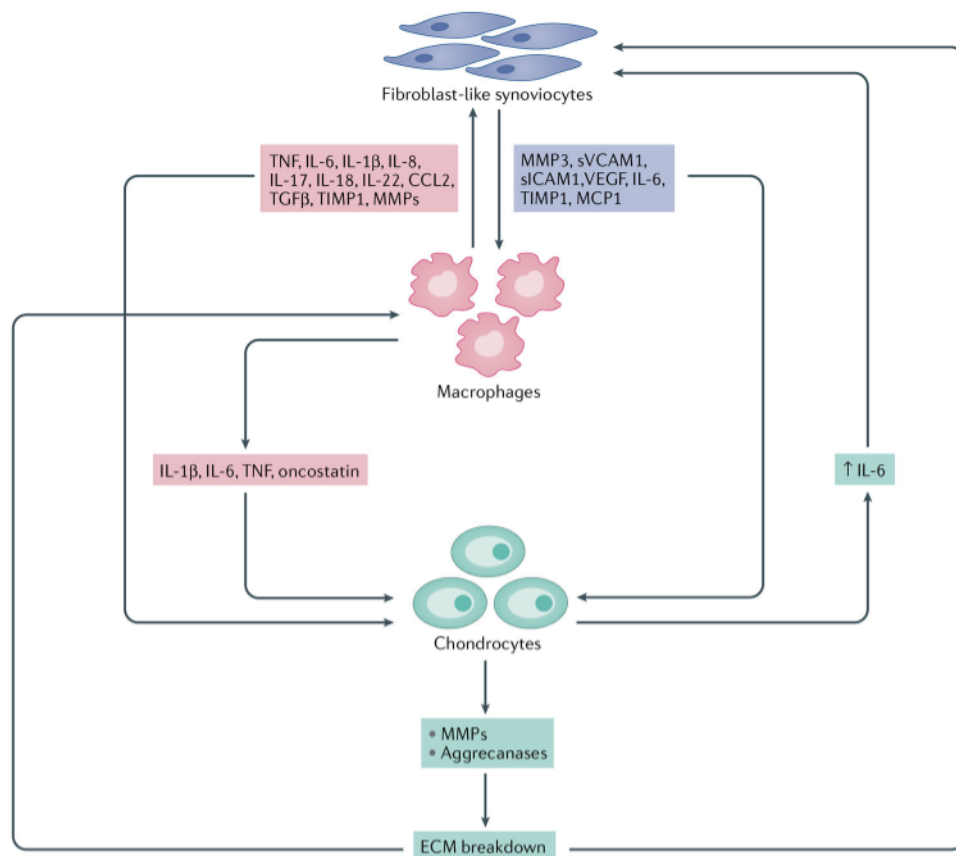


Fig. 4 | Cellular crosstalk in synovitis and OA progression.

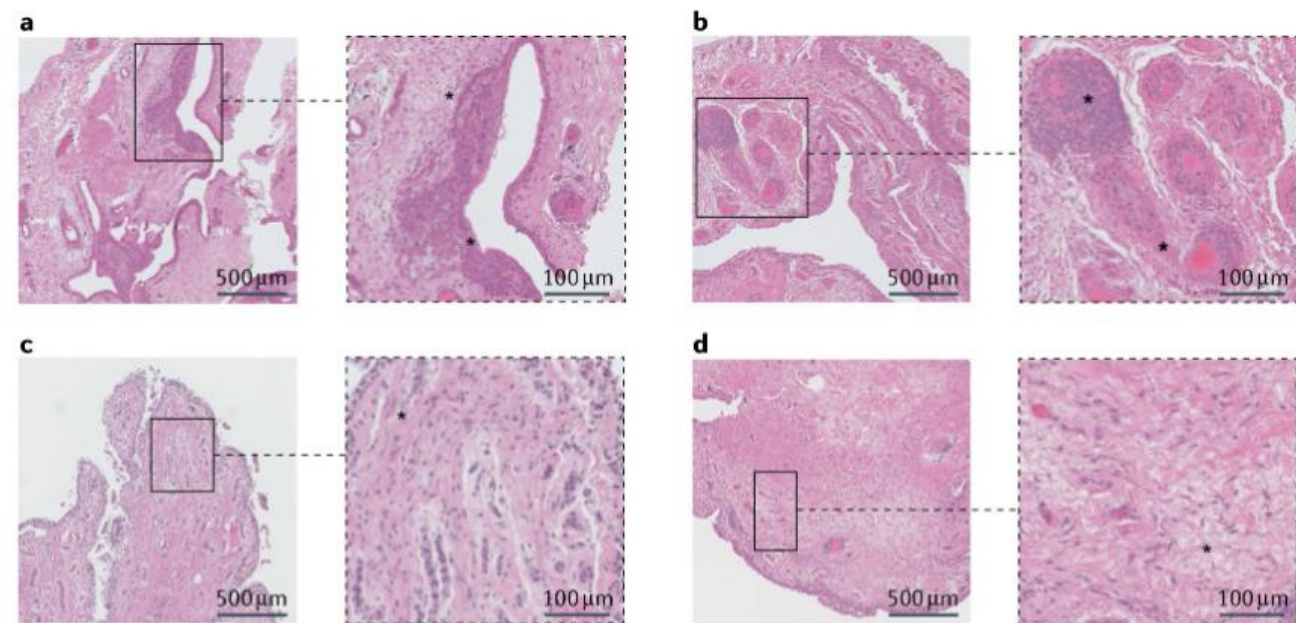


Fig. 1 | Synovial inflammation and fibrosis in osteoarthritis.

Haematoxylin and eosin staining of synovial tissue from patients who underwent total knee replacement. **a,b** | Features of an inflammatory phenotype are highlighted in the magnified insets, including hyperplasia of the synovial lining (asterisk in part **a**), and cellular infiltrates and vascularization in the sublining layer (asterisk in part **b**). **c,d** | Features of a fibrotic phenotype are highlighted in the magnified insets, including fibrosis in the sublining layer (asterisks in parts **c** and **d**).

Προκλήσεις στην διαχείριση των ηλικιωμένων

✓ σωστή εκτίμηση ενεργότητας

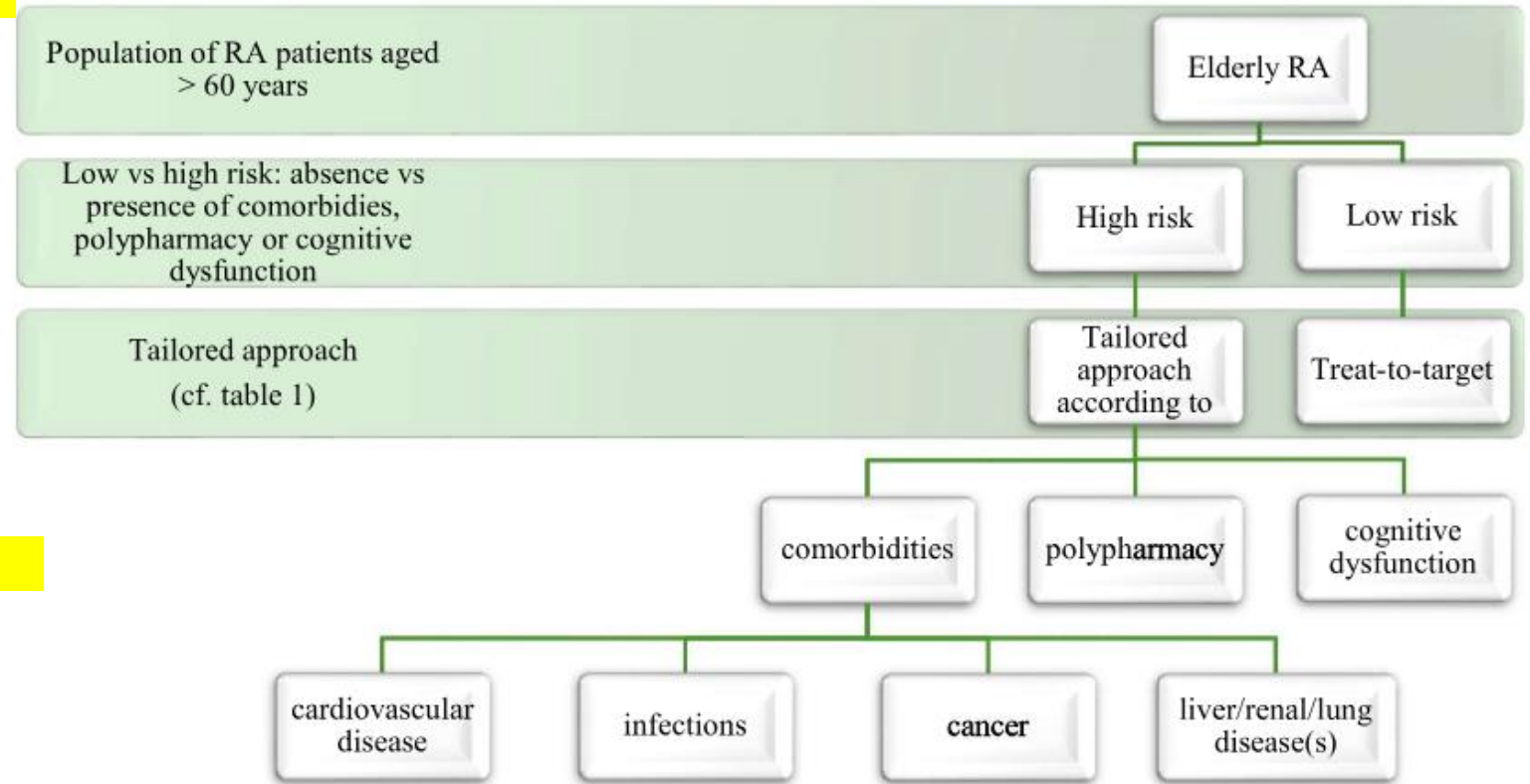
✓ Ορθή χρήση φαρμάκων

✓ Εξισορρόπησή κόστους και οφέλους

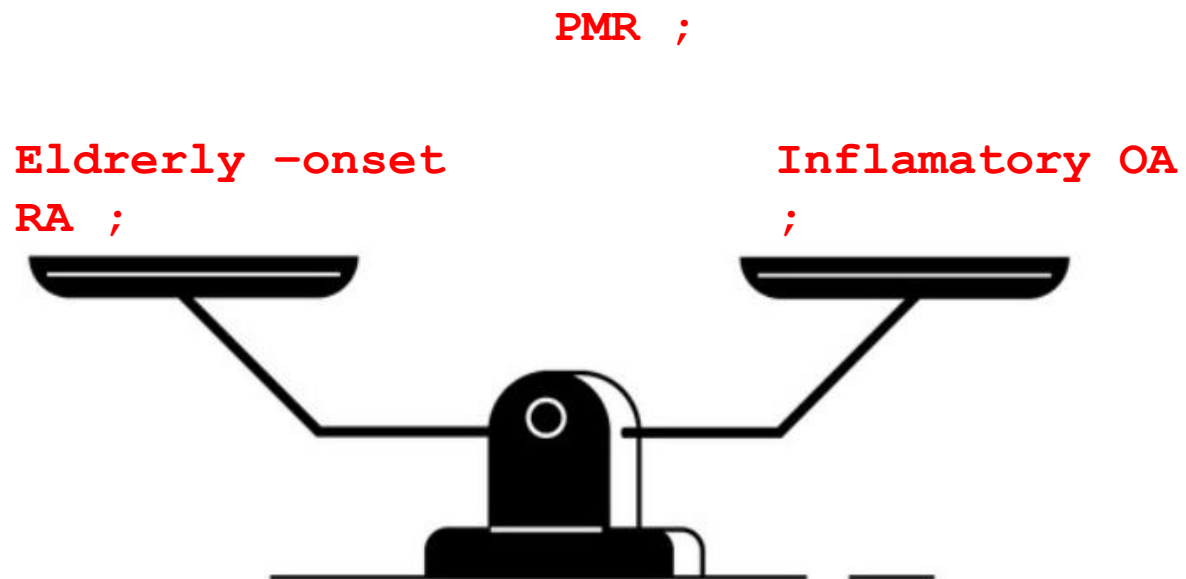
✓ Διαχείριση συννοσηροτήτων

✓ Πολυφαρμακία

✓ Συμμόρφωση



Επιστροφή στην ασθενή μας



Έναρξη κορτικοστεροειδών (15mg –
prednisone με γρήγορη μείωση)
+ MTX 12,5 mg/week

Τα γλυκοκορτικοειδή στην ΟΑ

- 780 ασθενείς με ΟΑ - χεριών

-2004- 2021

- 13 μελέτες

os /

10- ε



➤ per os κορτιζόνη :

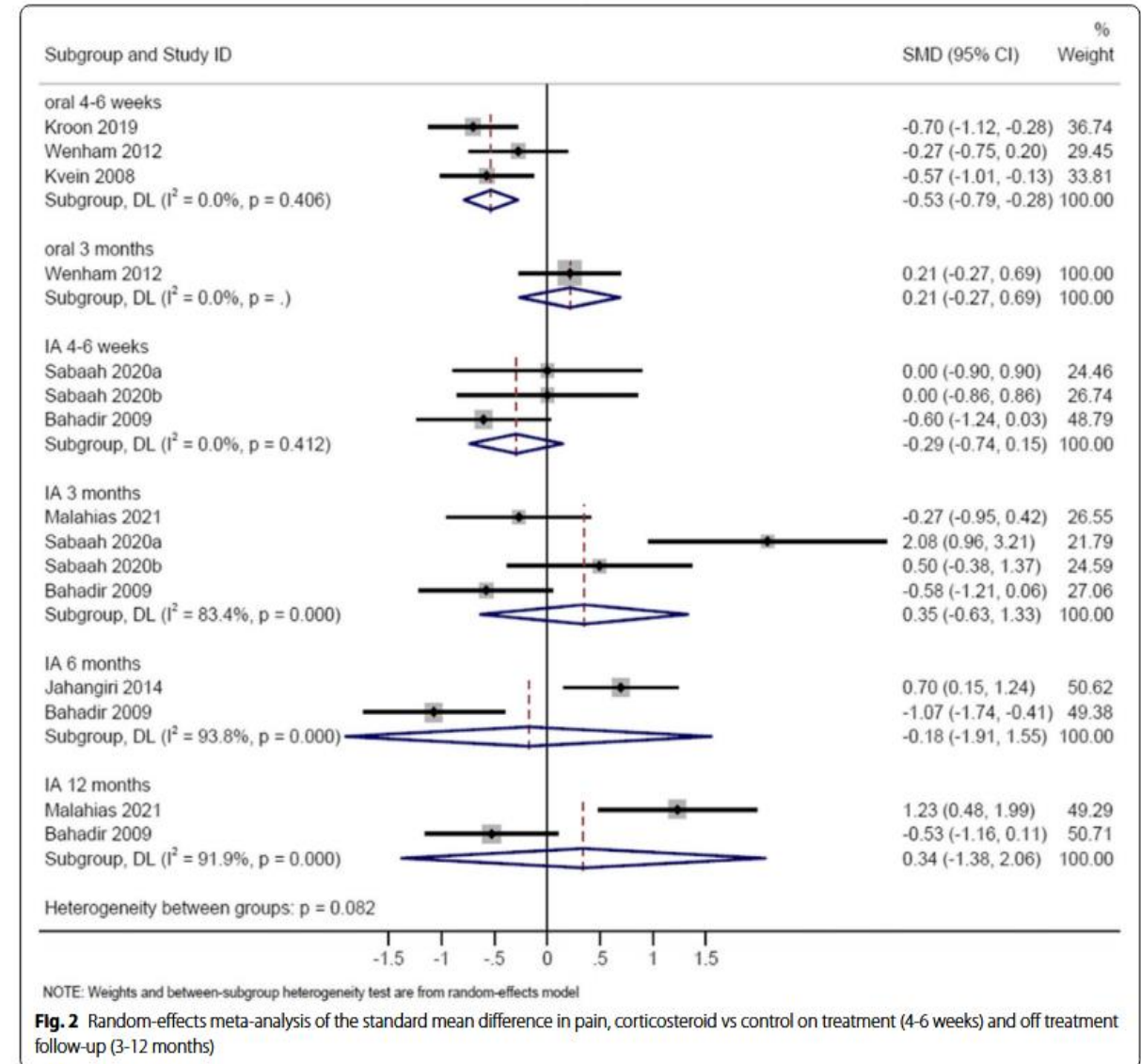
✓ ↓ πόνου , ↓ δυσκαμψία ,
↑ λειτουργία (4-6 weeks)

✓ βραχυπρόθεσμη
αποτελεσματικότητα (< 3 μήνες)

➤ ενδοαρθρικά :

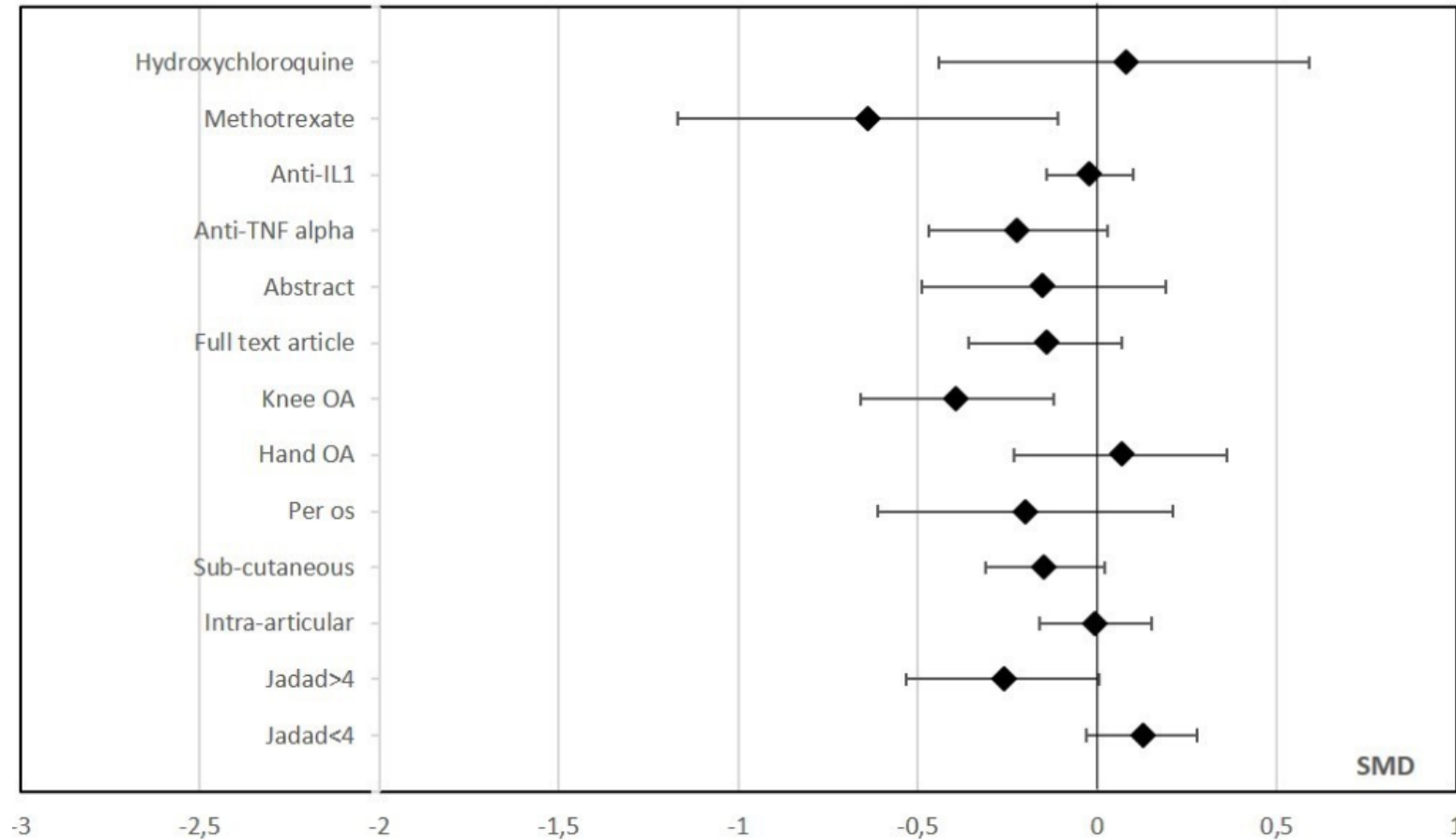
✗ (-)

αποτελεσματικότητα

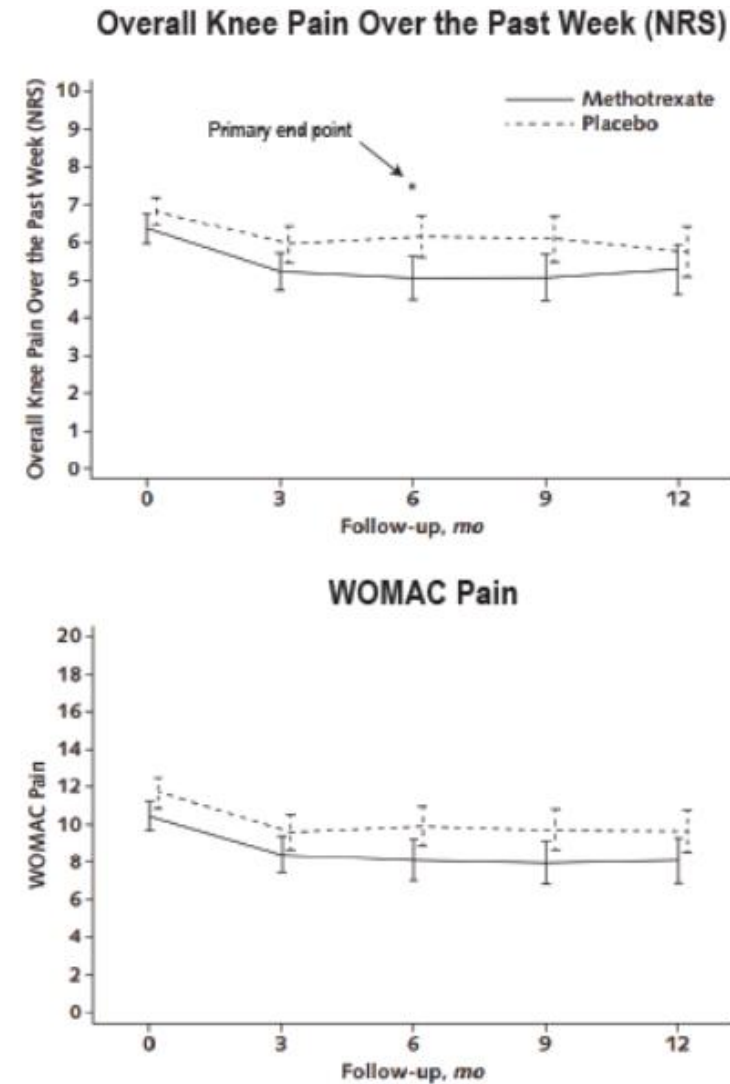
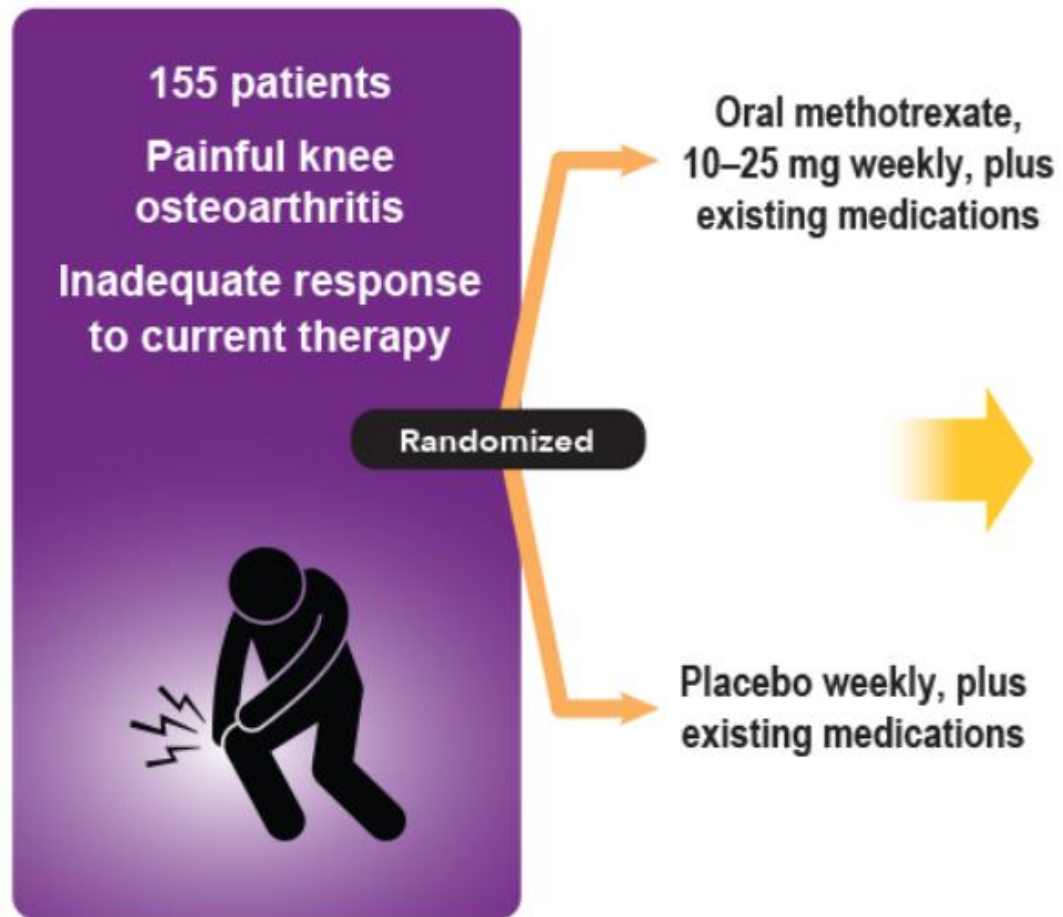


Μεθοτρεξάτη και οστεοαρθρίτιδα

- 1143 ασθενείς με DMARDs - (IL-1(i) , TNF((i) , HCQ, MTX)
- 1155 ασθενείς - control



η Μεθοτρεξάτη έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στον πόνο στην ΟΑ



Στατιστικά σημαντική διαφορά της MTX σε πόνο , δυσκαμψία , λειτουργικότητα

Περίπου 10 μήνες μετά ... βελτίωση

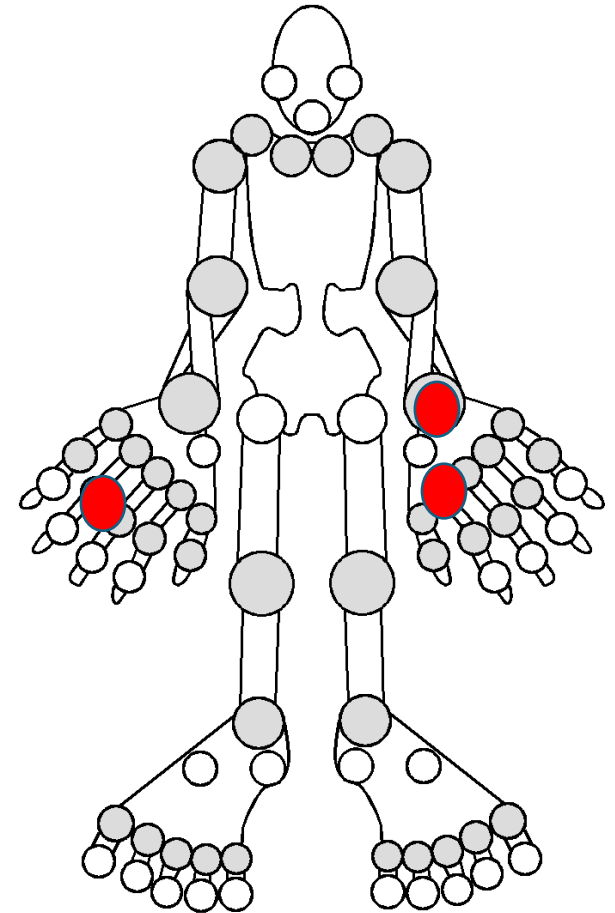
- Tender Joints : 3
- Swollen Joints : 2
- VAS : 20/100
- Πρωινή Δυσκαμψία ~ 10 min
- Κόπωση (+)

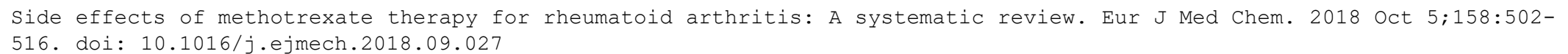
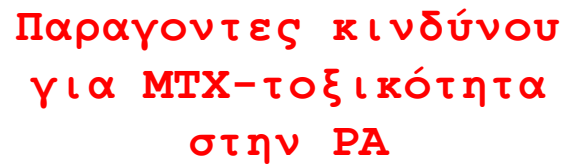
ΑΛΛΑ :

ΤΚΕ : 20 , CRP (-)

HCT 31, HGB :10,1 (↑ MCV) , WBC ~ 4000

διακοπή της MTX





Το επόμενο χρονικό διάστημα

Εμμένει η αναιμία ... ανησυχεί ο ασθενής

CTs , U/S άνω και κάτω κοιλίας χωρίς ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα

ενδοσκόπηση πεπτικού σωλήνα Όχι κάτι ιδιαίτερο

Επανάληψη ε/ε Λίγο πιο στοχευμένα πλέον (πλήρης έλεγχος αναιμίας - $\downarrow$ ΔΕΚ , $\uparrow$ MCV)

παραπομπή σε Αιμ



ICUS (**early**
MDS)

SPECIAL ARTICLE

Myelodysplastic syndromes: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up^{†☆}

P. Fenaux^{1,2}, D. Haase³, V. Santini⁴, G. F. Sanz^{5,6}, U. Platzbecker⁷ & U. Mey⁸, on behalf of the ESMO Guidelines Committee^{*}

Table 4. The WHO 2016 classification of MDS¹⁶

Name	Dysplastic lineages	Cytopenias ^a	Ring sideroblasts as % of marrow erythroid elements	BM and PB blasts	Cytogenetics by conventional karyotype analysis
MDS-SLD	1	1 or 2	<15%/<5% ^b	BM <5%, PB <1%, no Auer rods	Any, unless fulfils criteria for MDS with isolated del(5q)
MDS-MLD	2 or 3	1-3	<15%/<5% ^b	BM <5%, PB <1%, no Auer rods	Any, unless fulfils criteria for MDS with isolated del(5q)
MDS-RS-SLD	1	1 or 2	≥15%/≥5% ^b	BM <5%, PB <1%, no Auer rods	Any, unless fulfils criteria for MDS with isolated del(5q)
MDS-RS-MLD	2 or 3	1-3	≥15%/≥5% ^b	BM <5%, PB <1%, no Auer rods	Any, unless fulfils criteria for MDS with isolated del(5q)
MDS with isolated del(5q)	1-3	1-2	None or any	BM <5%, PB <1%, no Auer rods	Del(5q) alone or with one additional abnormality except -7 or del(7q)
MDS-EB-1	0-3	1-3	None or any	BM 5%-9% or PB 2%-4%, no Auer rods	Any
MDS-EB-2	0-3	1-3	None or any	BM 10%-19% or PB 5%-19% or Auer rods	Any
MDS-U with 1% blasts	1-3	1-3	None or any	BM <5%, PB = 1% ^c , no Auer rods	Any
MDS-U with single lineage dysplasia and pancytopenia	1	3	None or any	BM <5%, PB <1%, no Auer rods	Any
MDS-U based on defining cytogenetic abnormality	0	1-3	<15% ^d	BM <5%, PB <1%, no Auer rods	MDS-defining abnormality
Refractory cytopenia of childhood	1-3	1-3	None	BM <5%, PB <2%	Any

Table 2. Signs of dysplasia in myelodysplastic syndromes

Peripheral blood	
• Granulocytes	Pseudo Pelger-Huet cells, abnormal chromatin clumping, hypo-/degranulation, left shift
• Platelets	Giant platelets, anisometry of platelets
• Red cells	Anisocytosis, poikilocytosis, dimorphic erythrocytes, polychromasia, hypochromasia, megalocytes, basophilic stippling, presence of nucleated erythroid precursors, tear drop cells, ovalocytes, fragmentocytes
Bone marrow	
• Cellularity of the marrow	Typically hypercellularity, rarely hypocellularity
• Erythropoiesis	Megaloblastoid changes, multinuclearity, nuclear budding, non-round nuclei, karyorrhexis, nuclear bridges, atypical mitoses, sideroblastosis, ring sideroblasts, periodic acid-Schiff-positive red cell precursors
• Megakaryopoiesis	Micromegakaryocytes, mononuclear megakaryocytes, dumbbell-shaped nuclei, hypersegmentation, multinuclearity with multiple isolated nuclei
• Granulocytopoiesis	Left shift, increased medullary blast count, Auer rods or Auer bodies, hypo-/degranulation, pseudo-Pelger cells, nuclear anomalies (e.g. hypersegmentation, abnormal chromatin clumping), deficiency of myeloperoxidase, increase and morphological abnormality of monocytes

Ταξινοµηση βάση WHO

SPECIAL ARTICLE

Myelodysplastic syndromes: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up^{†☆}

P. Fenaux^{1,2}, D. Haase³, V. Santini⁴, G. F. Sanz^{5,6}, U. Platzbecker⁷ & U. Mey⁸, on behalf of the ESMO Guidelines Committee^{*}

Ταξινόμηση βάση κινδύνου εμφάνισης
AML

Table 6. IPSS-R for MDS¹⁹

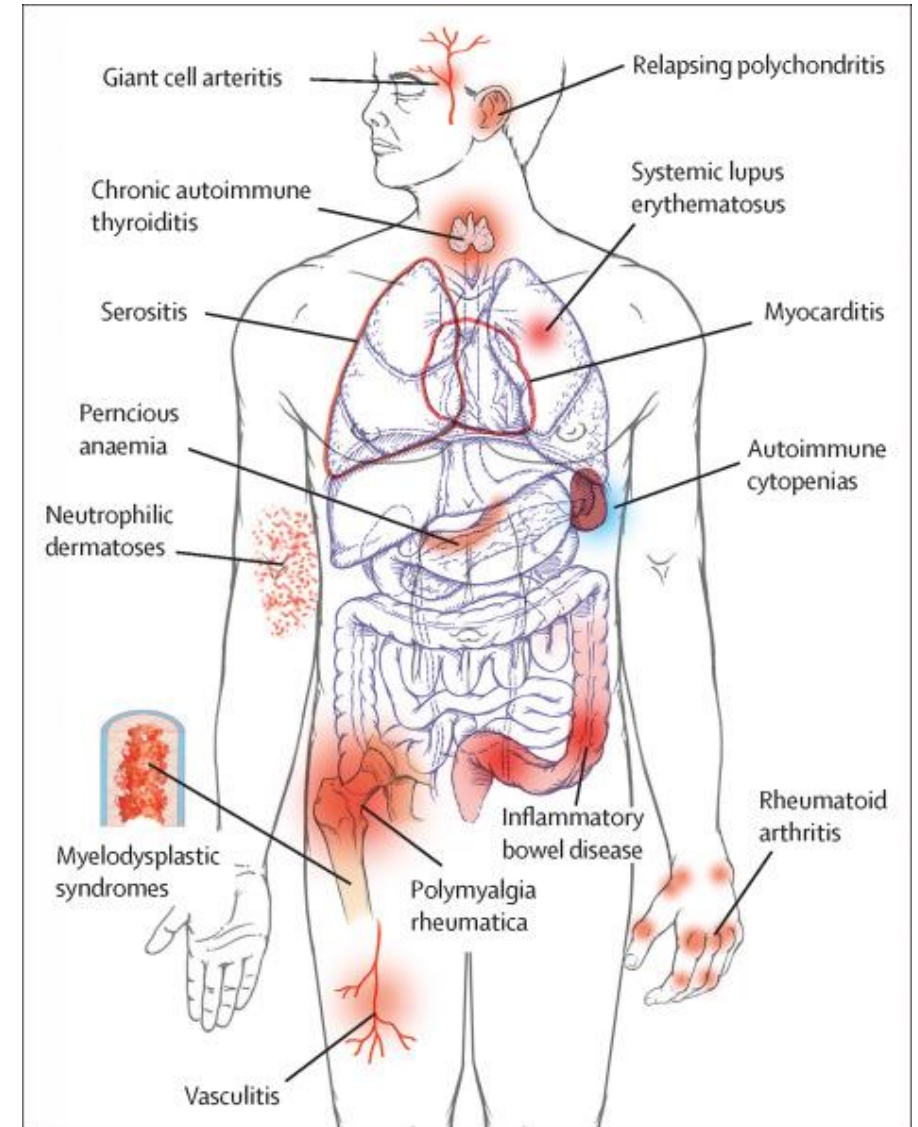
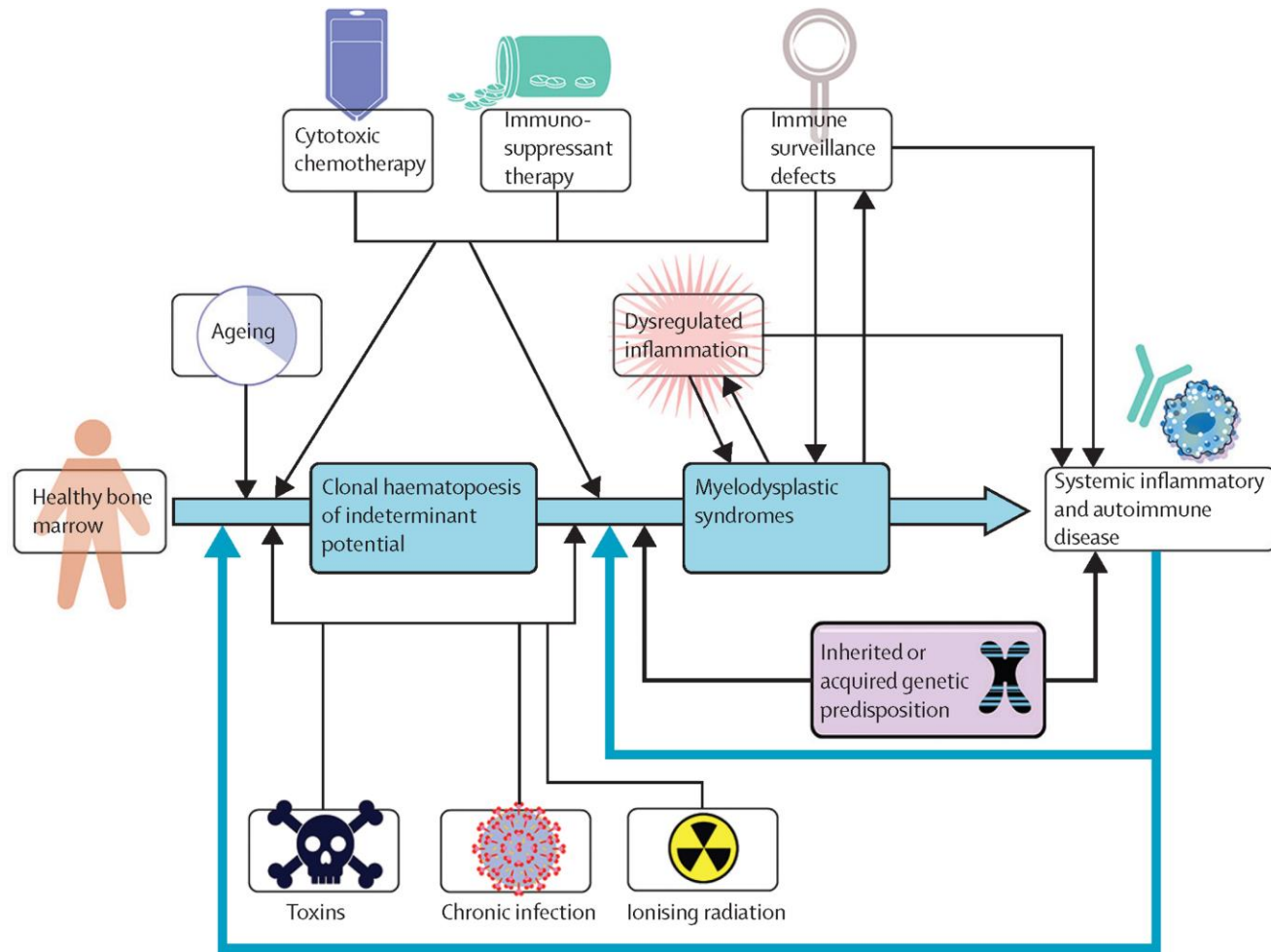
Prognostic characteristic	Points					
	0	0.5	1	1.5	2	3
Cytogenetic risk category ^a	Very good		Good		Intermediate	Poor
Blasts in bone marrow (%)	≤2		>2-5		5-10	>10
Haemoglobin (g/dl)	≥10		8-<10	<8		
Platelet count (×10 ⁹ /l)	≥100	50-<100	<50			
Absolute neutrophil count (×10 ⁹ /l)	≥0.8	<0.8				
IPSS-R risk group	Score		Median OS (years)		Median time to 25% AML evolution (years)	
Very low	≤1.5		8.8		NR	
Low	>1.5-3		5.3		9.4	
Intermediate	>3-4.5		3.0		2.5	
High	>4.5-6		1.6		1.7	
Very high	>6		0.8		0.7	

AML, acute myeloid leukaemia; IPSS-R, revised international prognostic scoring system; MDS, myelodysplastic syndromes; NR, not reached; OS, overall survival.

^a Very good: -Y and del(11q) as single abnormalities; good: normal, del(5q), del(12p) and del(20q) as single abnormalities, double abnormalities including del(5q); intermediate: del(7q), +8, +19, i(17q) and any other single abnormalities, any other double abnormalities; poor: -7 and inv(3)/t(3q)/del(3q) as single abnormalities, double abnormalities including -7/del(7q), complex (3 abnormalities); very poor: >3 abnormalities.

Reprinted with permission.¹⁹

Η «σχέση» των MDS με τα αυτό –άνοσα/φλεγμονώδη νοσήματα



Αυτό-άνοσες/φλεγμονώδεις εκδηλώσεις των MDS

☐ 123 MDS :



TABLE 2 Different types of MDS/CMML-associated SIAD

Group	n (%) (95% CI)	Type, n	Insufficient data, n	Incomplete criteria, n
Systemic vasculitis	39 (32) (23, 40)	Polyarteritis nodosa, 12 GCA, 9 Behçet's disease, 6 Cryoglobulinaemia, 3 GPA, 1 Unclassified, 8	Polyarteritis nodosa, 7 Unclassified, 7	Behçet's disease, 6 Polyarteritis nodosa, 1
CTDs	31 (25) (18, 33)	RP, 14 SLE, 8 Primary APS, 4 Myositis, 3 SS, 2	SS, 1 Myositis, 1	SLE, 8 RP, 6
Neutrophilic dermatosis	12 (10) (5, 15)	Aseptic abscesses, 1 Sweet's syndrome, 9 Pyoderma gangrenosum, 2	1	0
Inflammatory arthritis	28 (23) (15, 30)	PMR, 10 RA, 4 RS3PO, 4 Undifferentiated, 10	0	0
Unclassified	13 (11)	—	0	—

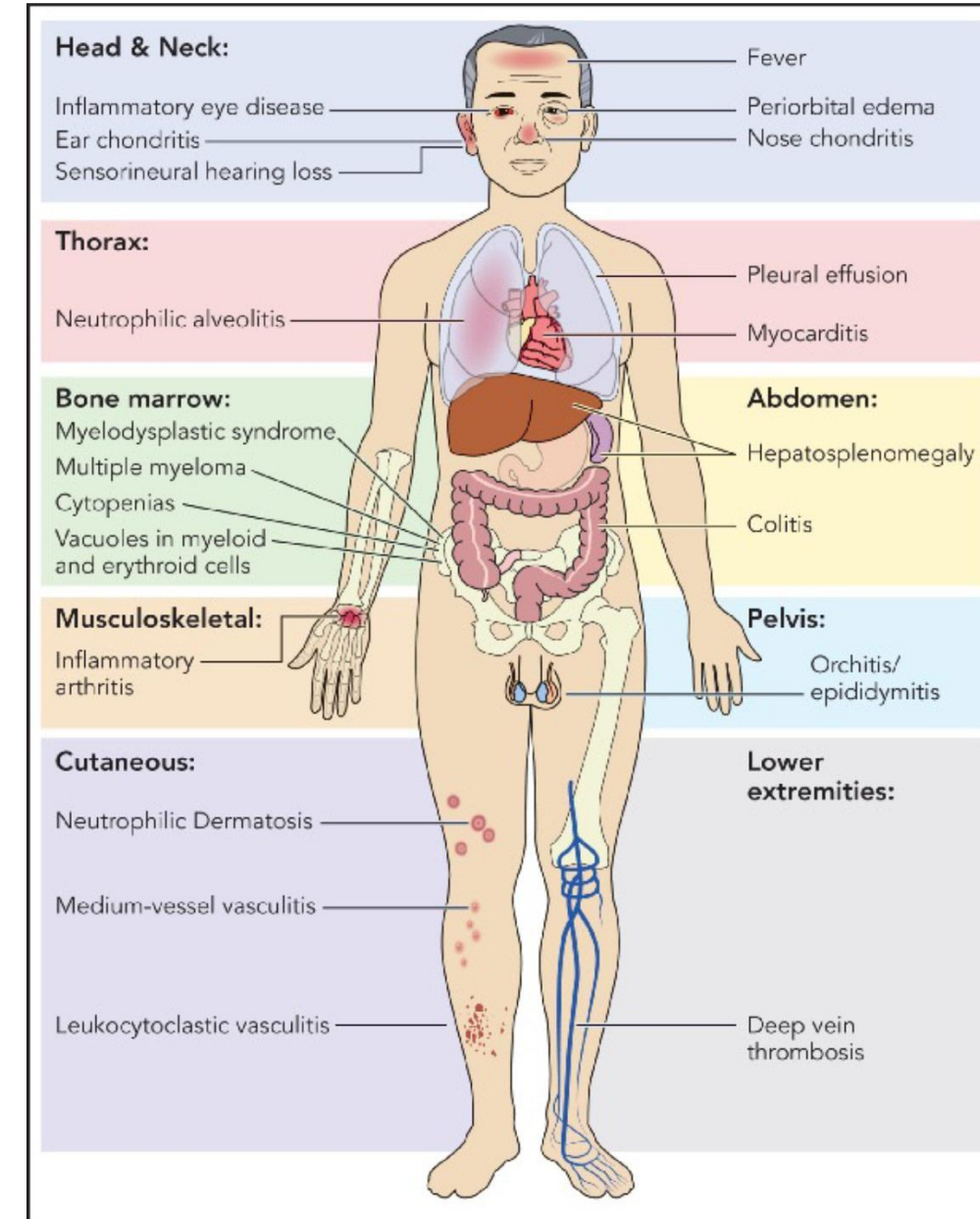
πιο συχνά σχετιζόμενες πάθησεις με τα MDS είναι οι συστηματικές αγγειίτιδες , CTDs (sle) και φλ.αρθριτιδες

- Vacuoles
- E1 enzyme
- X-linked
- Autoinflammatory
- Somatic

Table 1. Somatic mutations in rheumatic diseases

Disease	Gene	Chromosome	Mechanism	Clinical findings	Treatment
VEXAS syndrome	UBA1	Chr. X	LOF	recurrent fever, polychondritis, vasculitis, arthritis, macrocytic anemia	CSs Tocilizumab JAKi Azacytidine ASCT
MDS/BD	NR	Chr.8	trisomy	oral/genital ulcers, rash, fever and intestinal involvement	DMARDs chemotherapeutic drugs
ECD	MAPK/BRAF	Chr.7	GOF	central diabetes insipidus, restrictive pericarditis, perinephric fibrosis, and sclerotic bone lesions	BRAF inhibitors
TRAPS	TNFRSF1A	Chr.12	GOF	recurrent fever; abdominal, chest, and muscle pain; red and swollen eyes; and a typical rash lasting for more than one week.	IL-1 blockers (ANK, CKM) TNFA inh.(ETN) IL-6 inh (TCZ)
NLRP3-AID	NLRP3	Chr. 1	GOF	fever, urticaria,arthritis sensorineural hearing loss, central nervous system involvement	IL-1 blockers (ANK, CKM) CSs
ALPS	FAS	Chr. 10	LOF	lymphadenopathy and splenomegaly, hypergammaglobulinemia, haemolytic anaemia, idiopathic thrombocytopenia and neutropenia	IS drugs splenectomy
Felty s/m	STAT 3	Chr .7	GOF	splenomegaly, anemia, neutropenia, thrombositopenia	DMARDs, splenectomy
Schnitzler syndrome	MYD88	Chr.1	GOF	chronic urticarial rash, recurrent fever, arthralgia or arthritis, monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS)	IL-1 blockers (ANK, CKM)

1

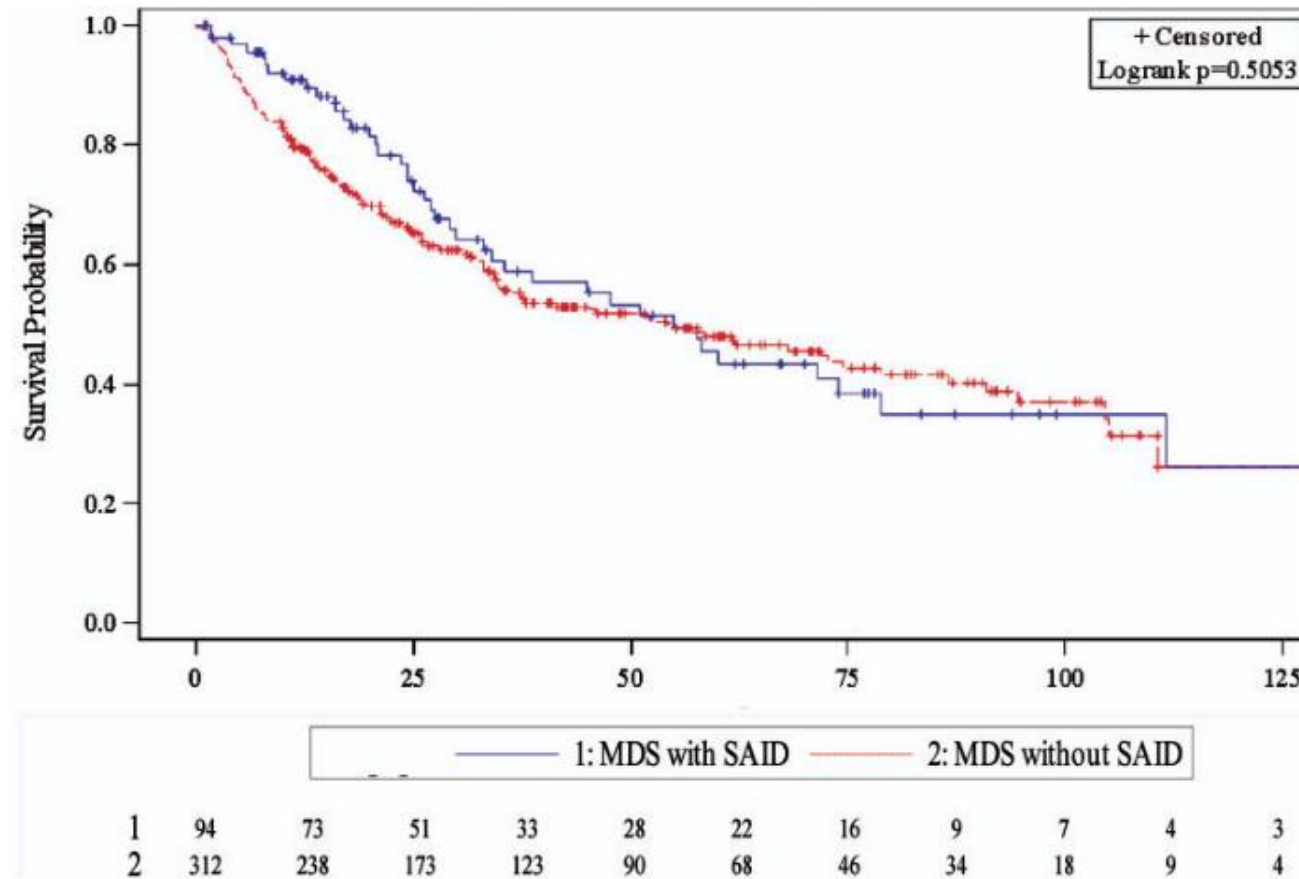


Αυτό-άνοσες/φλεγμονώδεις εκδηλώσεις των MDS

□ 123 MDS :



FIG. 2 Overall survival in MDS patients with and without SIADs



Οι ασθενείς με MDS-SIADs ήταν άνδρες , ↓ ηλικίας , λιγότερο συχνά είχαν ανθεκτική αναιμία , με παρόμοια επιβίωση

Η επίπτωση MDS στις ρευματικές παθήσεις

Table 1. Prevalence of MDS in patients with various rheumatologic diseases

Rheumatologic disease	n	Total observation period (PY)	MDS incidence (/1000 PY)	Unadjusted		Adjusted (age)	
				HR (95% CI)	P-value	Adjusted HR (95% CI)	P-value
All ^a	64	55841	1.15				
RA	22	15991	1.38	0.72 (0.40, 1.30)	0.28	0.63 (0.12, 3.13)	0.56
BD	10	6546	1.53	1.63 (0.81, 3.29)	0.44	1.63 (0.81, 3.28)	0.30
SLE	10	6470	1.54	2.37 (1.17, 4.80)	0.02	2.61 (1.19, 36.06)	0.01
AS	6	2254	2.66	1.48 (0.59, 3.69)	0.40	1.61 (0.52, 4.99)	0.41
Systemic vasculitis	5	1745	2.87	1.10 (0.10, 12.10)	0.94	2.45 (0.20, 29.93)	0.48
Adult-onset Still's disease	2	783	2.55	1.39 (0.09, 22.21)	0.81	1.43 (0.05, 37.98)	0.83
Inflammatory myositis	2	1485	1.35	2.97 (0.18, 47.79)	0.44	2.43 (0.06, 107.45)	0.65
SS	2	2650	0.75	1.54 (0.10, 24.77)	0.76	1.58 (0.09, 27.19)	0.75
PMR	2	2458	0.81	0.64 (0.89, 4.68)	0.66	0.59 (0.05, 6.55)	0.67
Palindromic rheumatism	1	1847	0.54	—		—	
Relapsing polychondritis	1	126	7.94	—		—	
APS	1	1092	0.92	—		—	

MDS εμφανίζουν συχνότερα οι πάσχοντες από ΣΕΛ , και οι ασθενείς με ↓ επίπεδα HGB

Η «αρθρίτιδα» στα MDS

1

□ 68 ασθενείς¹

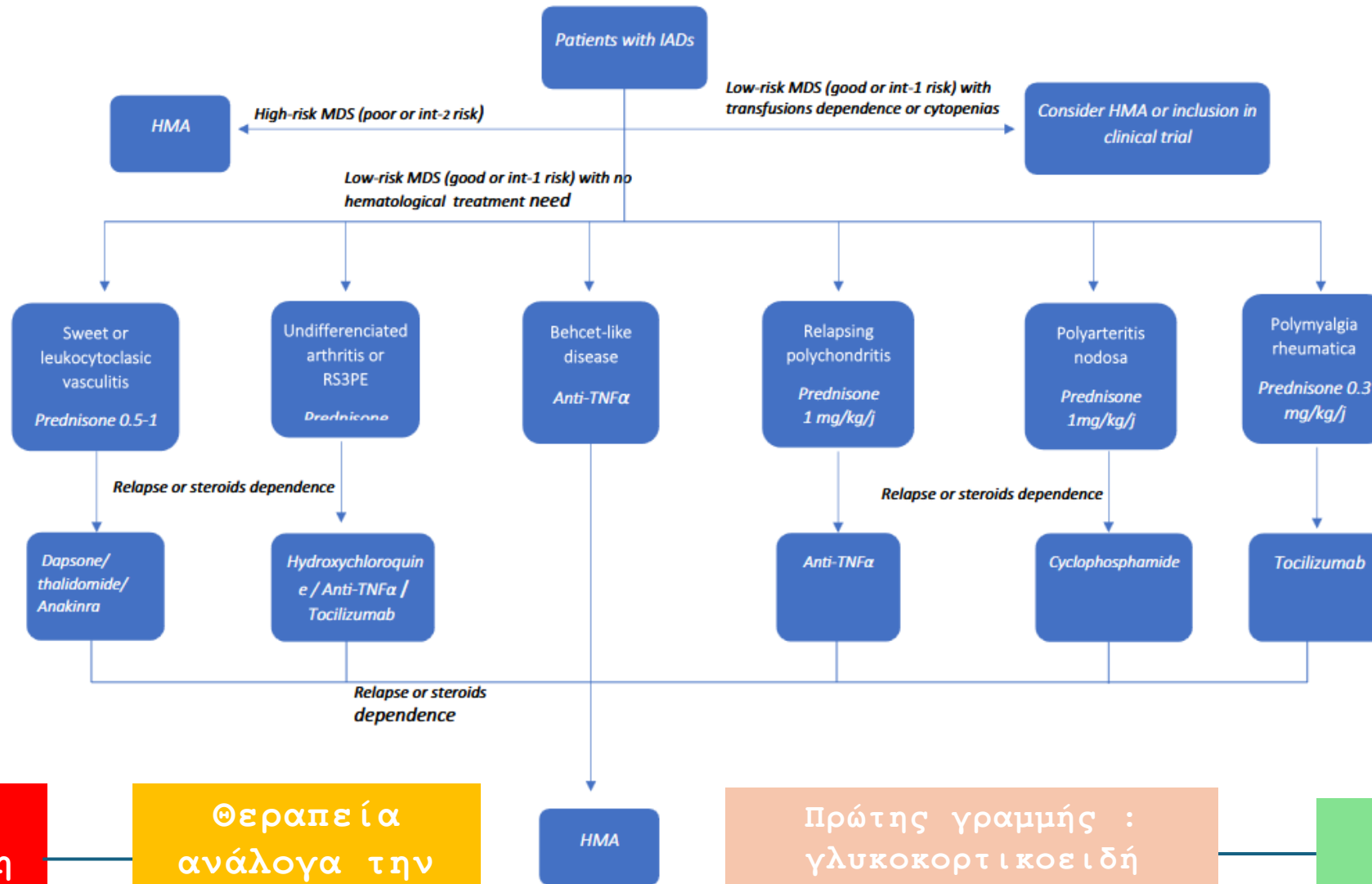
- (-) RF/ACPA
- Πολυαρθρίτιδα
- Μη διαβρωτική
- Συμμετρική

~ 30 % οι αυτοάνοσες εκδηλώσεις προηγούνται η προκύπτουν ταυτόχρονα με το MDS

First Author Year	Age/Sex (yr)	Time Relation Arthritis-MDS (mo)	Type of MDS	Type of Arthritis	ESR/CRP (mm/h)/(mg/L)	RF	Erosion	ACR-1987 RA	Treatment	Treatment of MDS	MDS Outcome	Follow-Up (mo)	Arthritis Outcome
Castro 1991 ¹²	74/M	-48	RAEB1-2	P	107/	+	None	Yes	Prednisone				Remission
George 1992 ²⁰	NA	+18	RC	P	84/	-	None	Yes	Prednisone		Aggravation		Remission
George 1992	NA	-9	RAEB2	P	110/	-	None	Yes	NSAID		AL		Remission
George 1992	NA	Concomitant	RARS	P	33/	-	None	Yes	NSAID		Aggravation		Relapse
George 1992	NA	+5	RAEB1	O		-	None	None	NSAID		Aggravation		Remission
George 1992	NA	-13	RAEB2	P	64/	-	None	Yes	HC, prednisone		Aggravation		Steroid dependence
George 1992	NA	Concomitant	RAEB1	P	60/	-	None	Yes	Prednisone				Recurrence
Pajus 1992 ⁴²	74/F	-6	CMML	P		+	None	Yes	Prednisone	None	AL	24	Remission
Pajus 1992	54/M	+12	CMML	O		-	None	None	Prednisone 30 mg/d				Steroid dependence
Pajus 1992	75/M	-5	RAEB2	O		-	None	None	None	Aracytine	Stable	36	Remission
Pajus 1992	58/F	+24	5q-	M	35/	-	None	None	None	None	Stable	36	Remission
Kuzmich 1994 ³²	64/M	-9	RCMD	P	52/	-	None	Yes	HC, Prednisone	Transfusions	AL	18	Remission
Kuzmich 1994	61/M	+5		P	55/	-	None	None	NSAID			18	No response
Pando 1995 ⁴³	59/M	+2	RAEB1-2	O	68/		None	None	Prednisone 30 mg/d	None	AL	6	No response
Chandran 1996 ¹³	80/M	+36	RC	P	85/5	-	None	Yes	Prednisolone 15 mg/d	Transfusion	Stable	6	Remission
Chandran 1996	84/F	-6	RARS	P	71/1	-	Yes	Yes	NSAID	None			No response
Chandran 1996	75/M	+9	CMML	P	10/14	-	None	Yes	Prednisolone			11	Remission
Chandran 1996	73/M	-3	CMML	P	70/20	-	None	None	Prednisolone 20 mg/d		AL	12	Remission
Carvajal 1996 ¹¹	72/M	+24	RAEB1-2	P	72/	+	None	Yes	Prednisone	Transfusions		12	Steroid dependence
Carvajal 1996	70/F	Concomitant	CMML	P	127/	-	None	None	Prednisone		AL	10	Steroid dependence
Kaufman 1997 ²⁹	77/F	Concomitant	RAEB1-2	O	121/	-	None	None	Methylprednisolone 40 mg/d	VP16	AL	9	Remission/relapses
Cuende 1999 ¹⁵	48/M	+3	RAEB1-2	P	110/193	-	None	None	Prednisone 1 mg/kg per d	Transfusions	Stable	6	Remission
Nam 1999 ³⁸	31/F	+24	RCMD	P		+	Yes	None	Prednisone, HC	Androgens, transfusions		5	No response
Soubrier 2002 ⁴⁶	77/M	-12	RAEB1	P	93/42	+	None	Yes	Prednisone 10 mg/d, HC	Aracytine	AL	7	No response
Bouali 2005 ¹⁰	53/M	Concomitant	RCMD	P-		+	None	Yes					
Bouali 2005	67/F	-4	RARS	P		-	None	NA					
Giagounidis 2005 ²¹	63/F	-48	5q-	P		-	None	NA	Prednisone 10 mg/d	Aracytine	Stable	21	No response
Nozaki 2008 ³⁹	57/F	-1	RC	P	140/116	+	None	Yes	Prednisone 10 mg/d, tacrolimus	None	Stable	6	Remission

Abbreviations: ACR-1987 RA = American College of Rheumatology 1987 rheumatoid arthritis criteria, AL = acute leukemia, HC = hydroxychloroquine, M = monoarthritis, NA = not available, NSAID = nonsteroidal antiinflammatory drugs, O = oligoarthritis, P = polyarthritis, RA = rheumatoid arthritis, RF = rheumatoid factor.

Η αντιμετώπιση των MDS – σχετιζόμενων ρευματικών εκδηλώσεων



Από κοινού
αντιμετώπιση
με ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟ

Θεραπεία
ανάλογα την
εκδήλωση

HMA

Πρώτης γραμμής :
γλυκοκορτικοειδή
Να αποφεύγονται :

TCZ, ANA,
TNF (i)

Επιστροφή στην ασθενή μας



- Ακόμη δεν είμαστε σίγουροι για την διάγνωση (EORA ; PMR; MDS -SIAD ;)
- Έναρξη Tocilizumab 162mg/ εβδομαδιαίως (κατόπιν συνενόησης με τον αιματολόγο)
- Απλή παρακολούθηση για το MDS (δεν χρήζει θεραπείας- very low risk MDS)

Take home message



- Η διαχείριση ασθενών >65 με αρθραλγίες αποτελεί πρόκληση στην δύσκολη και χρονικά «πιεσμένη» καθημερινότητα των εξωτερικών/ιδιωτικών ιατρείων
- Πολλές και διαφορετικές αιτίες του πόνου που αντιστοιχούν σε παθήσεις με αρκετές ομοιότητες μεταξύ τους (PMR, EORA κτλ)
- Αρκετά συχνά , καλούμαστε να δώσουμε θεραπεία χωρίς να είμαστε βέβαιοι για την διάγνωση σε ασθενείς με αρκετές ιδιαιτερότητες (συννοσηρότητες , πολυφαρμακία κτλ)
- Η «αρθρίτιδα» στους ηλικιωμένους μπορεί να αφορά και άλλες αιτίες (παρανεοπλαστικά αίτια , MDS)
- Η διαχείριση των ασθενών αυτών απαιτεί συνεργασία και με άλλες ειδικότητες (Παθολόγους , αιματολόγους κτλ)

Σας ευχαριστώ !