

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος 2020 | Τεύχος 51
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

51

50+1 Τεύχη

Συνέντευξη με τον καθηγητή
Ιωάννη Γουλή

Ο ρόλος του ενδοσκοπικού
υπερηχογραφήματος στη διάγνωση
και την αντιμετώπιση των ενδοσκοπικών
βηλιδιών - βήλινωδών νεοπλασμάτων
(IPMNs) του παγκρέατος.

Γράμμα στον Β.Μ

Άρθρο Σύνταξης



Αγαπητοί συνάδελφοι

Νομίζω ότι ένα από τα χαρακτηριστικά μου είναι (ή ήταν κάποτε...) η αδυναμία μου να αποχωριστώ ανθρώπους και δεδομένα πράγματα. Έτσι λοιπόν η απόφαση μου να αποχωρήσω από το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ και ταυτόχρονα να αφήσω και τις “Ενδοσκοπήσεις” δεν ήταν μια εύκολη απόφαση. Ήταν όμως η φυσική συνέχεια. Είμαι πολύ χαρούμενη που όλα αυτά τα χρόνια συμμετείχα σε αυτή την προσπάθεια με τους φίλους - συναδέλφους και ακόμα πιο χαρούμενη που όλα αυτά τα χρόνια (με διακοπές ομολογώ...) καταφέραμε να επικοινωνούμε σε κάποιο βαθμό μέσα από τις σελίδες των “Ενδοσκοπήσεων”. Το περιοδικό αυτό αισθάνομαι ότι είναι το “παιδί” μας και αυτό που όλοι επιθυμούμε είναι να το δούμε να βελτιώνεται και να αποτελεί έναν συνδετικό κρίκο για όλους εμάς ακόμα και τώρα στην εποχή του διαδικτύου που η επιθυμία αυτή μοιάζει λίγο παλιακή... Νομίζω ότι θα μπορούσε να είναι ένας τόπος για να μεταφέρουμε τα προβλήματα μας, τις εμπειρίες μας, τις γνώσεις μας και τα συναισθήματα μας. Εγώ, όλα αυτά τα χρόνια είχα την βοήθεια πολλών αγαπημένων συναδέλφων, οι οποίοι παρά τις προσωπικές τους δυσκολίες “δημιουργούσαν πάντα ελεύθερο χρόνο” για να γράψουν τα θέματα του περιοδικού και αυτό είναι σπουδαίο και θέλω να τους ευχαριστήσω πάρα πολύ για την βοήθεια τους.

Θέλω να ευχαριστήσω τον πάντα πρόθυμο τον Παντελή τον Σκλάβο για την πολύ ενδιαφέρουσα βιβλιογραφική ενημέρωση, τον “δημοσιογράφο” Σπύρο Γούλα για τις αποκαλυπτικές συνεντεύξεις του, τον Ιωάννη τον Αναστασίου και αργότερα τον Θανάση τον Σιούλα για τις αναφορές τους στην χρήση του διαδικτύου στην γαστρεντερολογία, τον Αλέξανδρο τον Κωφοκώτσιο που μας μετέφερε τα νέα από την Βιομηχανία και την Τεχνολογία στον χώρο των ενδοσκοπήσεων, τον σοφό της παρέας μας τον Σπύρο τον Κωνσταντούλα που μας ταξίδευε στον κόσμο της φιλοσοφίας, και αργότερα τον Σπύρο τον Κούτμο με τα μυθιστορήματά του, τον Κώστα τον Βασιλειάδη, σταθερή αξία στην παρουσίαση των κλινικών θεμάτων, την αγαπημένη μου Νάγια που ακούραστα έβρισκε πάντα κάποιο ενδιαφέρον πολιτιστικό -καλλιτεχνικό θέμα να μας παρουσιάσει, τον φοβερό Χάρη τον Τσιώνη που μας ταξίδευε στις πόλεις των γαστρεντερολογικών συνεδρίων και όχι μόνο, μέχρι που της εξαντλήσαμε όλες! Θέλω επίσης να ευχαριστήσω πολύ και όλους τους υπόλοιπους συναδέλφους που για λόγους οικονομίας χώρου δεν αναφέρω έναν -έναν, που έγραψαν όλα αυτά τα χρόνια στο περιοδικό μας με χαρά όταν τους ζητήθηκε.

Η επόμενη σελίδα του περιοδικού μας ξεκινά με Διευθυντή Σύνταξης έναν εξαιρετικό συνάδελφο τον Νίκο τον Μαργέτη ο οποίος έχει κέφι και όραμα για την εδραίωση και βελτίωση του περιοδικού μας. Εύχομαι στον Νίκο και σε όλους τους συναδέλφους που απαρτίζουν το νέο ΔΣ της ΕΠΕΓΕ ΚΑΛΗ ΕΠΙΤΥΧΙΑ στον αγώνα που τώρα ξεκινά!

Μαρία Μυλωνάκη



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	3
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	5
ΝΕΑ ΔΣ 17 Η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΠΕΓΕ 2019 - ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ	
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	12
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗ ΙΩΑΝΝΗ ΓΟΥΛΗ	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	18
ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑ ΥΨΗΛΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ (HRM): Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΛΟΓΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	21
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ (EUS) ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΠΟΡΙΚΩΝ ΘΗΛΩΔΩΝ-ΒΛΕΝΝΩΔΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ (IPMNs) ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	32
Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΕΝΔΟΠΟΡΙΚΑ ΘΗΛΩΔΗ-ΒΛΕΝΝΩΔΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	
ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ	34
ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ ΝΙΚΟΥ ΣΚΑΝΔΑΛΗ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	36
ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΣΕ ΓΕΥΜΑ	
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ & ΑΛΛΑ	40
ΓΡΑΜΜΑ ΣΤΟΝ Θ.Μ.	

Ιδιοκτήτης:

Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων
(ΕΠ.Ε.Γ.Ε.)

Εκδότης & Υπεύθυνος

παρά τω νόμω:

Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Χάρης Τσιώνης

Έδρα:

Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα
Τηλ.: 210 6727531-3
Fax: 210 6727535
Website: www.epege.gr
e-mail: info@epege.gr

Διευθύντρια Σύνταξης:

Μαρία Μυλωνάκη

Συντακτική Επιτροπή:

Βασιλειάδης Κωνσταντίνος
Γούλας Σπύρος
Ζωγράφος Κωνσταντίνος

Κωνσταντούλας Σπύρος

Μπομπούση Νάγια

Σιούλας Αθανάσιος

Σκλάβος Παντελής

Τσιώνης Χάρης

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

Πρόεδρος: Χάρης Τσιώνης

Αντιπρόεδρος: Κωνσταντίνα Παρασκευά

Γεν. Γραμματέας: Σπύρος Βρακάς

Ειδ. Γραμματέας: Δημήτριος Δανδάκης

Ταμίας: Σπύρος Γούλας

Μέλη: Θεόδωρος Εμμανουήλ,

Νικόλαος Μαργέτης

Γραμματεία: Μαρία Γεναδοπούλου

Δημιουργικό – Εκτύπωση:

ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑmed

Εικονογράφηση Εξωφύλλου:

Μίλτος Σκούρας

Απαγορεύεται ρητά η αναδημοσίευση, η αναπαραγωγή, η αντιγραφή και γενικότερα η μετάδοση με οποιοδήποτε τρόπο ή μέσο, μέρους ή ολόκληρης της ύλης του περιοδικού, καθώς επίσης και των κατηγοριοποιήσεων και των τίτλων τους, χωρίς την έγγραφη άδεια του εκδότη.

Το περιεχόμενο του κάθε άρθρου εκφράζει την άποψη του συγγραφέα, η οποία δεν είναι υποχρεωτικά αποδεκτή από τη συντακτική επιτροπή.



Νέα ΔΣ

Ολοκληρώθηκε με επιτυχία η 17η εκπαιδευτική διημερίδα της ΕΠΕΓΕ, που έλαβε χώρα στο ξενοδοχείο Caravel στις 7 και 8 Δεκεμβρίου 2019. Η πρόεδρος της οργανωτικής επιτροπής, κ. Κωνσταντίνα Παρασκευά, παρουσίασε μέσα από στρογγυλά τραπέζια και διαλέξεις θέματα γύρω από τη διαγνωστική και θεραπευτική ενδοσκόπηση. Συζητήθηκαν οι τελευταίες εξελίξεις στην ενδοσκόπηση, όπως επίσης και θέματα ασφάλειας και λειτουργίας του ενδοσκοπικού τμήματος. Η συμμετοχή ήταν μεγάλη και οι εισηγήσεις που παρουσιάστηκαν από συναδέλφους εξαιρετικά υψηλού επιπέδου. Παράλληλα διενεργήθηκε επιστημονική ημερίδα για τις νοσηλεύτριες και τους νοσηλευτές των ενδοσκοπικών τμημάτων, με διαλέξεις και κατευθυντήριες οδηγίες πάνω σε θέματα της καθημερινής τους πρακτικής. Η μεγάλη συμμετοχή των συναδέλφων και τις δύο μέρες επιβεβαίωσε την εμπιστοσύνη αλλά και το ενδιαφέρον των Γαστρεντερολόγων για τις εκπαιδευτικές διημερίδες της ΕΠΕΓΕ.

Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε το σεμινάριο Άμεσης Υποστήριξης της Ζωής (Immediate Life Support – ILS), το οποίο ανήκει στα εξειδικευμένα σεμινάρια του ERC (European Resuscitation Council). Ασκήθηκαν συνάδελφοι σε σταθμούς θεωρητικής και πρακτικής άσκησης. Το σεμινάριο αυτό παρείχε τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες που είναι σημαντικές κατά το αρχικό στάδιο αντιμετώπισης ενός βαρέως πάσχοντος ασθενούς, ο οποίος χρειάζεται αναζωογόνηση.

Κατά τη διάρκεια της διημερίδας έγινε η τακτική ετήσια γενική συνέλευση. Παρουσιάστηκε ο απολογισμός των πεπραγμένων του τελευταίου έτους, καθώς και ο αντίστοιχος οικονομικός απολογισμός. Επίσης πραγματοποιήθηκαν προγραμματισμένες εκλογές για την ανάδειξη του νέου διοικητικού συμβουλίου. Καλωσορίζουμε τα νέα μέλη κ. Κωνσταντίνα Παρασκευά, κ. Δανδάκη Δημήτριο, κ. Νικόλαο Μαργέτη και κ. Εμμανουήλ Θεόδωρο. Επίσης χαιρετίζουμε και ευχαριστούμε τα απερχόμενα μέλη για τη σημαντική προσφορά και το έργο που πραγματοποίησαν όλα αυτά τα χρόνια με όρεξη και ανιδιοτέλεια. Κατά τη διάρκεια της Γενικής Συνέλευσης της ΕΠΕΓΕ αυτό που παρατηρήθηκε ήταν η πολύ μεγάλη για τα χρονικά συμμετοχή των συναδέλφων!

Χρόνια πολλά και καλή χρονιά!



17 η Πανελλήνια Επιστημονική Εκδήλωση ΕΠΕΓΕ 2019 - Αποτίμηση

Η 17η Πανελλήνια επιστημονική εκδήλωση της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδας (ΕΠΕΓΕ), με θέμα: « **ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ- ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ**», πραγματοποιήθηκε στις 7 - 8 Δεκεμβρίου 2019, στο ξενοδοχείο Divani Caravel, στην Αθήνα.

Η θεματολογία της φετινής Διημερίδας περιελάμβανε σειρά διαλέξεων πρακτικά προσανατολισμένων σε όλες τις εφαρμογές της Ενδοσκόπησης του πεπτικού, από το Α ως το Ω.

Επιπλέον παρουσιάστηκαν εφαρμογές της ενδοσκόπησης σε ειδικές κατηγορίες ασθενών όπως αυτοί με ΙΦΝΕ, με πολύποδες, με ξένα σώματα πεπτικού, με οισοφάγο Barrett και για ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά.

Με στόχο τη βελτίωση της καθημερινής ενδοσκοπικής πρακτικής, αναπτύχθηκαν οι πιο πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες της ESGE στη διαγνωστική όσο και στη θεραπευτική ενδοσκόπηση, συζητήθηκαν θέματα ασφάλειας και ποιότητας στην ενδοσκόπηση, πρακτικά θέματα λειτουργίας του ενδοσκοπικού ιατρείου και σεβασμού των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Η φετινή επιστημονική συνάντηση της ΕΠΕΓΕ περιελάμβανε επιπλέον state of the art διαλέξεις όπως εφαρμογές συστημάτων τεχνητής νοημοσύνης, δείκτες απόδοσης των υπηρεσιών ενδοσκόπησης, ορθή διαχείριση των ασθενών, εξορθολογισμό των αποφάσεων στη θεραπευτική ενδοσκόπηση, υπερβολές και ορθολογική χρήση της ενδοσκόπησης.

Την επιστημονική εκδήλωση παρακολούθησαν συνολικά 459 σύνεδροι, από όλους τους τομείς άσκησης της γαστρεντερολογίας και ενδοσκόπησης, ιδιώτες, νοσοκομειακοί και πανεπιστημιακοί.

Παράλληλα για πρώτη φορά, διενεργήθηκε Νοσηλευτική Ημερίδα στην οποία συμμετείχαν 115 νοσηλεύτριες και νοσηλευτές μονάδων ενδοσκοπήσεων και ενδοσκοπικών εργαστηρίων. Η αίθουσα ήταν ασφυκτικά γεμάτη, η συμμετοχή ήταν εξαιρετικά ενεργός και ενθουσιώδης, ενώ επιπλέον στα διαλείμματα ακολουθούσαν ένθερμες συζητήσεις, ανταλλαγή εμπειριών και καθημερινών πρακτικών.

Στο πλαίσιο της 17^{ης} επιστημονικής εκδήλωσης της ΕΠΕΓΕ διενεργήθηκαν δύο δορυφορικές εκδηλώσεις, μια προσυνεδριακή και μια κατά τη διάρκεια των εργασιών του συνεδρίου.

Τέλος στον χώρο του ημιώροφου φιλοξενήθηκε έκθεση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και φαρμακευτικών προϊόντων, με 24 άνετα περίπτερα, η οποία κατά γενική ομολογία παρείχε τη δυνατότητα της αμοιβαίας επικοινωνίας εκθετών και ιατρών, οι οποίοι ενημερώθηκαν για τις νέες εξελίξεις στα αναλωσιμα και στα φάρμακα.

Βεβαίως και φέτος στο πλαίσιο της διημερίδας έλαβε χώρα το εξειδικευμένο Σεμινάριο Άμεσης Υποστήριξης της Ζωής (ILS), με εξαιρετικά μεγάλη ζήτηση και στο τέλος των εργασιών της διημερίδας διενεργήθηκε το καθιερωμένο quiz ερωτήσεων, με έπαθλο για τους 10 πρώτους που απάντησαν σωστά, την εγγραφή τους στο 5^ο Athens symposium 2020.

Συνολικά, η Διημερίδα κατά γενική ομολογία πραγματοποιήθηκε με εξαιρετική επιτυχία και μεγάλη προσέλευση. Αξιολογήθηκε από τους συνέδρους ως πολύ ενδιαφέρουσα και πρακτικά χρήσιμη, οι αίθουσες ήταν κατάμεστες

Νέα & Επίκαιρα



καθ' όλη τη διάρκεια των εργασιών και σύμφωνα πάντα με τις αξιολογήσεις τους, ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες τόσο ως προς το επιστημονικό πρόγραμμα και την ποιότητα των διαλέξεων όσο και ως προς τη διοργάνωση.

Ός πρόεδρος της Οργανωτικής επιτροπής θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς όλους τους συμμετέχοντες για την ενεργό συμμετοχή τους.

Τους συναδέλφους ομιλητές και προέδρους οι οποίοι με τις υψηλού επιπέδου διαλέξεις τους συνέβαλαν ουσιαστικά στην επιτυχία της εκδήλωσης, τους εκπροσώπους των εταιρειών γιατί χωρίς αυτούς δεν θα ήταν εφικτή η διοργάνωση, το γραφείο οργάνωσης συνεδρίων Congress World για την πολύτιμη και επαγγελματική υποστήριξη της διοργάνωσης και φυσικά το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ για την ανάθεση της διεξαγωγής της επιστημονικής εκδήλωσης.

Και του χρόνου με υγεία !

Με ολόθερμους συναδελφικούς χαιρετισμούς

Κωνσταντίνα Παρασκευά MD, PhD, FEBGH

Διευθύντρια, Επιστημονικά Υπεύθυνη

Γαστρεντερολογικού Τμήματος

Γ.Ν. Ν. Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο – Πατησίων



Νέα & Επίκαιρα

ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ

Χάρης Τσιώνης

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Από το τέλος Αυγούστου βρεθήκαμε αντιμέτωποι με ένα οξύτατο πρόβλημα που δημιουργήθηκε και αφορά την αδυναμία προμήθειας φαρμάκων καταστολής και αναλγησίας από ιδιώτες Γαστρεντερολόγους σαν αποτέλεσμα της υποχρεωτικής ηλεκτρονικής συνταγογράφησης των φαρμάκων αυτών που ξεκίνησε πρόσφατα. Όπως γνωρίζετε το πρόβλημα είναι υπαρκτό και σταδιακά έχει διαχυθεί σε όλη την επικράτεια χωρίς όμως ακόμη να έχει «αγγίξει» όλους τους συναδέλφους.

Ας πάρουμε τα πράγματα από την αρχή.

Αξιοποιώντας την εμπειρία σε διεθνές επίπεδο, όπου από 30 ετίας εφαρμόζεται η καταστολή στην ενδοσκόπηση, τουλάχιστον από 15 ετίας έχει γίνει σταδιακά καθημερινή πρακτική και για τους γαστρεντερολόγους της χώρας μας. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι η μιδαζολάμη και η φεντανύλη και λίγο αργότερα προστέθηκε υπό αυστηρές προϋποθέσεις και η προποφόλη.

Η ΕΠΕΓΕ πολύ νωρίς αντιλαμβανόμενη το έλλειμμα εκπαίδευσης, στην χρήση καταστολής και στην αντιμετώπιση όποιων επιπλοκών από τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα και τα αντίδοτά τους, προχώρησε στην διοργάνωση σεμιναρίων σε συνεργασία με τον καθηγητή αναισθησιολογίας από τα Ιωάννινα, κ. Παπαδόπουλο Γεώργιο. Αργότερα αξιοποιώντας την εμπειρία των σεμιναρίων, έγινε η συγγραφή του σχετικού με την αναλγησία και καταστολή στην ενδοσκόπηση, βιβλίου και των σχετικών κατευθυντήριων οδηγιών (2008).

Από τότε σταδιακά όλοι οι εκπαιδευόμενοι στην γαστρεντερολογία μέσα στην βασική τους εκπαίδευση, έστω και αν στην χώρα μας δε είναι επίσημα θεσμοθετημένη, αποκτούσαν την απαραίτητη εξοικείωση με την όλη διαδικασία της καταστολής στην ενδοσκόπηση. Την ίδια στιγμή τα μαθήματα για την καταστολή και αναζωογόνηση συνεχίστηκαν αρχικά με την ίδια ομάδα και τα τελευταία έτη σε συνεργασία με το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (ERC).

Με τον τρόπο αυτό η ΕΠΕΓΕ προσπάθησε «εξωθεσμικά» να δώσει αυτό που η πολιτεία δεν επέβαλε και δεν εξασφάλιζε. Όμως η αγωνία όλων όσων έβλεπαν μπροστά για το τι μπορεί να συμβεί, δεν έσβησε και κατά καιρούς έμπαινε το θέμα να ετοιμαστούμε πριν «σκάσει» το θέμα και τρέχουμε. Η λογική ήταν να μαζέψουμε ότι βιβλιογραφία μπορεί να χρησιμοποιηθεί από την εγχώρια και διεθνή εμπειρία και να ανοίξουμε εμείς την συζήτηση για το τι μπορούμε να κάνουμε στο ιδιωτικό ιατρείο, το διαγνωστικό κέντρο, την ιδιωτική κλινική και το δημόσιο νοσοκομείο.

Οι εξελίξεις μας «πρόλαβαν».

Η ΕΓΕ και η ΕΠΕΓΕ ενεργοποιήθηκαν άμεσα σε μια προσπάθεια επίλυσης του προβλήματος που ανέκυψε. Συγκεκριμένα:

1. Συντάξαμε ενημερωτικό σημείωμα στον Υφυπουργό Υγείας που περιέγραφε το πρόβλημα.
2. Προχωρήσαμε, σε ενημέρωση και σε διαβούλευση με τον Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο και τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, οι πρόεδροι των οποίων υποστήριξαν τις θέσεις μας.
3. Επιδιώξαμε συνάντηση για το θέμα με τον Υφυπουργό υγείας κ. Κοντοζαμάνη, αίτημα που έγινε αποδεκτό.

Η συνάντηση με τον Υφυπουργό Υγείας έγινε την Παρασκευή 13/9 με τη συμμετοχή των Προέδρων και μελών του ΔΣ της ΕΓΕ και της ΕΠΕΓΕ. Το κλίμα ήταν θετικό και μας δόθηκε η δυνατότητα να αναδείξουμε το πρόβλημα και να προτείνουμε λύση. Ο κος Υφυπουργός από την πλευρά του έδειξε ότι κατανόησε το οξύ πρόβλημα που έχει προκύψει και ανέφερε ότι βλέπει θετικά την ταχεία υιοθέτηση μέτρων που θα ομαλοποιήσουν τη συνταγογράφηση και προμήθεια των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων καταστολής και αναλγησίας καθώς και των αντιδότην τους από τα μέλη της Γαστρεντερολογικής κοινότητας.

Η συνέχεια όμως μάλλον διέψευσε τις αρχικά αισι-



όδοξες εκτιμήσεις μας. Αρχικά ετοιμάσαμε την σχετική τροπολογία που θα πήγαινε στην συνέχεια στην βουλή, με την υποστήριξη του συναδέλφου χειρουργού και βουλευτή Λακωνίας κ.Κρητικού (που πίεζε έντονα στο υπουργείο). Στην συνέχεια υπήρξε θετική πρόταση προς το υπουργείο και από τον Ιατρικό Σύλλογο Αθήνας ενώ μας ζητήθηκε από τον ΠΙΣ να δώσουμε 2 ονόματα ώστε να γίνει συνάντηση με τους αναισθησιολόγους και να εκτεθούν τα επιχειρήματά μας καθώς μάλλον δέχτηκαν πίεση από αυτούς. Στείλαμε τα ονόματα (Παπαθεοδωρίδης και Τσιώνης) αλλά έκτοτε σιγή ασυρμάτου από τον ΠΙΣ. Από το Υπουργείο τελικά μάλλον για να αποφύγουν όποια πίεση από τους αναισθησιολόγους ζήτησαν να απευθυνθούμε στο ΚΕΣΥ.

Στο ΚΕΣΥ υπάρχει την ίδια ώρα μια ιδιότυπη κατάσταση πιθανής (άγνωστο πότε) αντικατάστασης των μελών του με νέα μέλη. Παρόλα αυτά ζητήθηκε και έγινε συνάντηση με τον πρόεδρό του κ. Μάρκου που άκουσε με κατανόηση τα επιχειρήματά μας και τοποθετήθηκε θετικά για εμάς ενώ ξεκίνησε αναζήτηση τρόπου επαφής με τα μέλη της του ΚΕΣΥ ώστε να τους ενημερώσουμε ανάλογα. Ο κ. Μάρκου ανέθεσε στο μέλος της Εκτελεστικής Επιτροπής (ΕΕ) του ΚΕΣΥ και εκπρόσωπο του ΠΙΣ σε αυτή, χειρουργό κ. Κουτσόπουλο από την Ρόδο, στην λογική ότι ο ΠΙΣ μας στηρίζει και έτσι ο εκπρόσωπός του λογικά θα έπαιρνε θέση θετική για εμάς. Ο κ. Κουτσόπουλος χωρίς να έρθει καν σε επαφή μαζί μας έστω να ακούσει το τι λέμε και τι ζητάμε με απίστευτη προχειρότητα και επιπολαιότητα αντέγραψε κάποιες οδηγίες του Π.Ο.Υ (Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας) σχετικά με την καταστολή (όχι συγκεκριμένα στην ενδοσκόπηση) και αγνοώντας πιθ. Αμερικάνικες και Ευρωπαϊκές οδηγίες αλλά και την Ελληνική πραγματικότητα εισηγείται να μην γίνεται τίποτε χωρίς αναισθησιολόγο και αναισθησιολογικό εξοπλισμό. Στην συνεδρίαση της Ε.Ε. στις 6/12/2019 ο πρόεδρος τον προσπέρασε και δεν έθεσε το θέμα σε συζήτηση όταν αντιλήφθηκε το περιεχόμενο της εισήγησής του και ανέβαλε την συζήτηση για την επόμενη συνεδρίαση που θα γίνει τον Ιανουάριο όπου θα καλεστούμε μαζί

με τους αναισθησιολόγους να εκθέσουμε θέσεις και επιχειρήματα.

Από τότε μαζεύουμε ότι χρειάζεται από επιχειρήματα και βιβλιογραφία και κάνουμε επαφές με τα υπόλοιπα μέλη της Ε.Ε. του ΚΕΣΥ στην προοπτική να μην βρεθούμε με αρνητική για εμάς εξέλιξη στο ΚΕΣΥ και όπως αντιλαμβάνεστε και από το Υπουργείο που θα έχει πλέον περισσότερες αναστολές και αμφιβολίες.

Βέβαια εδώ τίθεται ένα σημαντικό για όλους μας θέμα. Θεωρητικά για την πολιτεία (Υπουργείο Υγείας) ο θεσμικός συνομιλητής και ουσιαστικός σύμβουλος για κάθε ειδικότητα είναι η αντίστοιχη με την κάθε ειδικότητα επιστημονική εταιρεία (άρα στην περίπτωσή μας η ΕΓΕ) και θα αρκούσε μια τεκμηριωμένη εισήγησή της για να παρθούν αποφάσεις χωρίς να χρειάζονται άλλες παρεμβάσεις. Σκεφτείτε ότι στην ΕΓΕ (και αντίστοιχα σε όλες τις επιστημονικές εταιρείες) εκκρεμεί να δοθεί το δικαίωμα να αποφασίζει για το περιεχόμενο της εκπαίδευσης αλλά και την απονομή τίτλου ειδικότητας άρα και ότι άλλο αφορά στον τρόπο λειτουργίας των λειτουργιών της.

Αυτά με το Υπουργείο, το ΚΕΣΥ και τα προβλήματα που έχουμε μπροστά μας και για τα οποία όλες οι πρωτοβουλίες και κινήσεις γίνονται σε αगाστή συνεργασία της ΕΠΕΓΕ με την ΕΓΕ.

Τι έχουμε όμως ουσιαστικά μπροστά μας; Ας το δούμε...

Ξέρουν ότι αν μας δώσουν το δικαίωμα συνταγογράφησης των φαρμάκων της καταστολής ουσιαστικά μας δίνουν το δικαίωμα της καταστολής. Αυτό είναι το διακύβευμα και αυτό δεν είναι ένα απλό θέμα υπουργικής εγκυκλίου ή μιας τροπολογίας.

Η νομοθεσία που υπάρχει αν δεν αλλάξει είναι απαγορευτική στην χρήση καταστολής από μη αναισθησιολόγους αλλά και από τους ίδιους αυτούς έξω από οργανωμένο χειρουργείο ή χώρο εντατικής. Άρα ακόμη και αν μπαίναμε στο παιχνίδι των αναισθησιολόγων



δεν είναι δυνατή η δράση τους έξω από αυτούς τους χώρους. Ο συνάδελφος ο Γιάννης Δρίκος μου εγχείρησε παλαιότερο έγγραφο του ΕΟΦ προς τις διοικήσεις των νοσοκομείων που ζητά να τηρείται αυτός ο κανόνας.

Το θέμα λοιπόν (για όσους έχουν αυτή την λανθασμένη άποψη) δεν αφορά στους ιδιώτες συναδέλφους. Αφορά σε όλους μας, ιδιώτες σε ιδιωτικό ιατρείο, σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικές κλινικές και δημόσια νοσοκομεία. **Αφορά στο επαγγελματικό μας δικαίωμα να ασκούμε την επιστήμη μας με τους όρους που η ίδια η επιστήμη μας μάς επιτρέπει.** Μέσα από αυτό το γεγονός είναι ώρα να ωριμάσουμε όλοι και να κατανοήσουμε ότι όταν μιλάμε για επαγγελματικά δικαιώματα αυτά δεν έχουν να κάνουν με την εργασιακή σχέση που έχουμε (ελεύθεροι επαγγελματίες, ιδιωτικοί υπάλληλοι κλινικών και κέντρων ή υπάλληλοι του δημόσιου συστήματος υγείας). Αυτά μπορεί να διακυβεύονται άσχετα με το που δουλεύουμε και ποιος είναι ο εργοδότης μας και είναι ώρα να λειτουργήσουμε συλλογικά με τα συλλογικά όργανα που διαθέτουμε και είναι τα μόνα που μπορούν να πετύχουν μικρούς και μεγάλους στόχους. Ο καθένας μόνος του είμαστε εύκολη λεία στις ορέξεις επιχειρηματιών υγείας ή γραφειοκρατών του δημοσίου.

Η δύναμη των συναδέλφων των δημόσιων νοσοκομείων είναι αυτή που μπορεί να μπλοκάρει κάθε προσπάθεια να αμφισβητήσουν τον πυρήνα της δουλειάς μας. Είναι καλό λοιπόν να το αντιληφθούν αυτοί πρώτα και κύρια και να μην επιτρέψουν να εφαρμόζεται ο νόμος που αμφισβητούμε *à la carte*. Αν δεν μας επιτρέπουν την καταστολή θα αντιληφθούν τις συνέπειες που μπορεί να έχει αυτή η απόφαση. Παράλληλα το ίδιο πρέπει να επιβάλουμε και στις ιδιωτικές κλινικές, αν χρειαστεί και με εξώδικα καθώς από μια αρνητική για εμάς εξέλιξη θα είναι οι μόνες που θα τρίβουν τα χέρια τους λόγω της αδυναμίας των συναδέλφων να ενδοσκοπούν σε δικούς τους χώρους.

Καλές λοιπόν οι όποιες πρωτοβουλίες των Δ.Σ της ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ αλλά μάλλον όλα τα μέλη της γαστρεντερολογικής κοινότητας είμαστε αυτοί που βάζοντας

πλάτη θα δώσουμε την τελική λύση καθώς οι αγκυλώσεις των κρατικών λειτουργιών και των θεσμών που τους υπηρετούν θα προσπαθούν να κρυφτούν πίσω από το δάκτυλό τους.

Δεν είναι μαξιμαλιστική αντίληψη να διεκδικούμε αυτό που δικαιούμαστε, είναι υποκριτικό όμως να συνεχίσουμε να νομίζουμε ότι αυτή η ερμαφρόδιτη κατάσταση που χρόνια τώρα βιώνουμε μπορεί να συνεχιστεί. Ας αντιμετωπίσουμε λοιπόν κατά πρόσωπο όποιον εναντιώνεται σε αυτό που η επιστημονική κοινότητα των γαστρεντερολόγων έχει προ πολλού ορίσει ως όριό μας στην άσκηση της επιστήμης μας.

Είμαστε έτοιμοι για έναν ειλικρινή διάλογο με όποιον νοιώθει «αντίδικός» μας αλλά πρέπει να είμαστε και έτοιμοι να διεκδικήσουμε δυναμικά το δικαίό μας «κατεβάζοντας ρολά» αν χρειαστεί. Αυτό είναι το συλλογικό αλλά και το ατομικό μας ταυτόχρονα στοίχημα. Άλλως θα εισπράξουμε ότι μας αξίζει, απαξίωση για την δική μας γενιά και φτηνούς και ευνουχισμένους υπαλλήλους για την γενιά των συναδέλφων που έρχεται.

Υ.Γ 1. Όσοι ιδιώτες συνάδελφοι προμηθεύονται ακόμη σκευάσματα καλό είναι να γνωρίζουν ότι τα παίρνουν από φαρμακοποιούς που δεν γνωρίζουν ότι παρανομούν και αυτό είναι θέμα χρόνου να σταματήσει.

Υ.Γ 2. Επειδή όσοι βρισκόμαστε σε θέσεις ευθύνης, ούτε σοφότεροι είμαστε από τους περισσότερους από εσάς, ούτε έχουμε τις λύσεις στο τσεπάκι καλό είναι όσοι νοιώθουν ότι μπορούν να φανούν χρήσιμοι να καταθέτουν ιδέες, προτάσεις αλλά και κριτικές που νομίζουν ότι μπορούν να βοηθήσουν.

Υ.Γ 3. Σας κοινοποιούμε όλα όσα έγγραφα νομίζουμε ότι είναι χρήσιμα στο να έχετε όσο γίνεται πληρέστερη εικόνα και ενημέρωση.

Με εκτίμηση για το Δ.Σ της ΕΠΕΓΕ

Χάρης Τσιώνης



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Σπύρος Γούλας

Στο σημερινό τεύχος πήραμε την απόφαση να αλλάξουμε λίγο το περιεχόμενο της συνέντευξης. Την αλλαγή αυτή από το γνώριμο μοτίβο μας, που ήταν η γνωριμία μέσω των ερωτήσεων και απαντήσεων με συναδέλφους Γαστρεντερολόγους ή μέλη της ευρύτερης Ιατρικής οικογένειας, επέβαλλε η ίδια η καθημερινότητα η οποία έβαλε στο προσκήνιο θέματα ζωτικής σημασίας της κοινότητας. Έτσι το πρόβλημα που υπάρχει με τα φάρμακα καταστολής στην ενδοσκόπηση, τα οικονομικά θέματα που αναδείχθηκαν στην περυσινή ΓΣ της ΕΓΕ, η αλλαγή στο τιμόνι του φετινού Συνεδρίου της ΕΓΕ και τέλος τα νεότερα δεδομένα στη θεραπεία της Ηπατίτιδας C με την οποία επιτυγχάνεται η παρατεταμένη ιολογική ανταπόκριση στην πλειονότητα των ασθενών μας οδήγησαν να επιλέξουμε να φιλοξενήσουμε τον **Πρόεδρο της ΕΓΕ Ιωάννη Γουλή**. Αποφασίσαμε να εστιάσουμε σε αυτά και όχι σε άλλες πιο προσωπικές

ερωτήσεις όπως γινόταν μέχρι σήμερα. Η ανταπόκρισή του ήταν άμεση παρά το μεγάλο φόρτο εργασίας του και τον ευχαριστούμε πολύ γι' αυτό...!!!

Ο Ιωάννης Γουλής είναι Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας στη Δ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, στο Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Είναι πτυχιούχος της Ιατρικής Σχολής του ΑΠΘ (με βαθμό Άριστα) και κάτοχος διδακτορικής διατριβής της ίδιας Σχολής με τίτλο: «Ο ρόλος του TNF-α και της IL-6 στην παθογένεση και εξέλιξη του ηπατονεφρικού συνδρόμου». Ασχήθηκε για τη λήψη της ειδικότητας της Γαστρεντερολογίας στο Ιπποκράτειο ΓΝ Θεσσαλονίκης και στο Royal Free Hospital Λονδίνου. Τα κύρια ερευνητικά του ενδιαφέροντα εστιάζονται στην αντιμετώπιση ασθενών με χρόνιες ιογενείς ηπατίτιδες Β και C (επιδημιολογία, σύγχρονες θεραπείες, κόστος θεραπειών), με μη αλκοολική στεατοηπατίτι-





δα και στην αντιμετώπιση ασθενών με προχωρημένη κίρρωση ήπατος, ηπατοκυτταρικό καρκίνο και ανάγκη μεταμόσχευσης ήπατος. Υπήρξε κύριος ερευνητής σε άνω των 30 διεθνών μελετών κυρίως στον τομέα της ηπατολογίας. Είναι συγγραφέας >100 ξενόγλωσσων δημοσιεύσεων και 8 κεφαλαίων σε ξενόγλωσσα συγγράμματα. Ο συνολικός αριθμός των βιβλιογραφικών του αναφορών είναι >3300 και ο δείκτης H-index (Scopus) είναι 28. Είναι επίσης κριτής σε σημαντικό αριθμό (>15) διεθνών περιοδικών. Έχει συμμετάσχει με εισηγήσεις (>200) και ανακοινώσεις (>300) σε ελληνικά και διεθνή συνέδρια. Είναι εκλεγμένο μέλος του ΔΣ της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας για την τριετία 2017-2019 και Πρόεδρος της ΕΓΕ για το 2019.

Οι υψηλές θερμοκρασίες του καλοκαιριού και η προσμονή η και η ίδια η καλοκαιρινή απόδραση από την σκληρή καθημερινότητα δημιουργούν αισθήματα χαλάρωσης και «φυγής»... Όμως αυτή τη φορά εντελώς αιφνιδιαστικά μέσα στη ραστώνη του καλοκαιριού προέκυψε σοβαρό θέμα με την αδυναμία πρόσβασης στα φάρμακα καταστολής από ιδιώτες συναδέλφους. Συγκεκριμένα υπήρξαν μηνύματα SOS από ιδιώτες Γαστρεντερολόγους που εργάζονται σε διάφορες περιοχές της χώρας ότι κάποιοι φαρμακοποιοί αρνούνται να εκτελέσουν, όπως παλαιότερα έκαναν, συνταγές φαρμάκων καταστολής όπως Μιδαζολάμη που χρησιμοποιούνται κατά την ενδοσκόπηση. Από έρευνα που κάναμε ως ΕΠΕΓΕ διαπιστώσαμε ότι το πρόβλημα προέκυψε με την εφαρμογή ενός νέου νόμου, του 4600/19 και συγκεκριμένα του άρθρου 90, που ψηφίστηκε εν αγνοία ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ την άνοιξη και προέβλεπε την υποχρεωτική εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για τα φάρμακα αυτά. Αυτό ήταν η αφορμή για να έρθει στην επιφάνεια το γεγονός ότι η Μιδαζολάμη έχει από παλιά χαρακτηριστεί ως νοσοκομειακό φάρμακο. Έτσι οι φαρμακοποιοί αρνήθηκαν να εκτελέσουν τις σχετικές συνταγές αν δεν είχαν την ένδειξη «συνέχιση νοσοκομειακής αγωγής». Ο ίδιος νόμος περιπλέκει ακόμη περισσότερο την κατάσταση καθώς ορίζει ότι «η χορήγησή ισχυρών οπιοειδών παρεντερικά γίνεται μόνο από ιατρούς αναι-

σθησιολόγους...» Το θέμα όπως όλοι αντιλαμβανόμαστε είναι πάρα πολύ σοβαρό και ανατρέπει μια πρακτική δεκαετιών της κοινότητάς μας, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα θέτοντας σε αμφισβήτηση και σε απαγόρευση(...) τη δυνατότητα καταστολής κατά την ενδοσκόπηση με όλες τις αρνητικές συνέπειες που έχει κάτι τέτοιο στην ποιότητα της ενδοσκόπησης και της σχέσης μας με τους ασθενείς μας...

Και το ερώτημα είναι εύλογο προς εσάς, πως αντέδρασε η ηγεσία της επιστημονικής μας κοινότητας της ΕΓΕ στην νέα αυτή πραγματικότητα που ανατρέπει τις σταθερές του επαγγελματικού μας βίου;

Πράγματι η ενημέρωση της ΕΓΕ έγινε εν μέσω θέρων. Το θέμα είναι εξαιρετικά σημαντικό και ομολογώ ότι η γαστρεντερολογική κοινότητα για μια ακόμη φορά κατελήφθη εξαπίνης. Ωστόσο νομίζω ότι αντιδράσαμε άμεσα. Μέσα σε λίγες ημέρες ήρθαμε σε επαφή τα μέλη των ΔΣ αλλά και με τα στελέχη της ΕΓΕ και της ΕΠΕΓΕ που γνωρίζουν το ζήτημα. Είχαμε επίσης επαφή με τους προέδρους του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου που αναγνώρισαν το πρόβλημα και συντάχθηκαν στο πλευρό μας για εξεύρεση λύσης. Ήρθαμε σε επαφή με τον υφυπουργό Υγείας κ Β Κονταζαμάνη τον οποίο συνάντησε αντιπροσωπεία της ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ. Λάβαμε τη διαβεβαίωση ότι θα αναζητηθεί λύση που θα διευθετεί άμεσα το θέμα.

Που βρίσκεται το θέμα τις ημέρες που γράφονται αυτές οι γραμμές και αν έχετε μηνύματα ενθαρρυντικά ότι το πρόβλημα θα εξομαλυνθεί;

Η αλήθεια είναι ότι όπως όλα αυτά τα θέματα στη χώρα μας δε λύνονται γρήγορα. Οι επαφές συνεχίζονται με εντατικούς ρυθμούς και ενεργοποίηση όλων των φορέων και αισιοδοξούμε ότι θα βρεθεί λύση που να επιτρέπει την απρόσκοπτη λειτουργία των ενδοσκοπικών εργαστηρίων ιδιωτικών και δημοσίων. Ωστόσο στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσω ότι η γαστρεντερολογική κοινότητα οφείλει στο μέλλον να αποκτήσει ενεργότερη



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

παρουσία στα κέντρα λήψης των αποφάσεων. Ιδιαίτερα στο σημαντικό ζήτημα της χορήγησης καταστολής στην ενδοσκόπηση φοβάμαι ότι λανθασμένα απέφευγε να πάρει θέση και να διατυπώσει τις απόψεις της αφήνοντας άλλες επιστημονικές εταιρείες με διαφορετική άποψη να διαμορφώνουν τις εξελίξεις. Αυτό πρέπει να αλλάξει. Το επιστημονικό υπόβαθρο των θέσεων μας είναι ισχυρό και υποστηρίζεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες όλων των μεγάλων επιστημονικών εταιρειών ενδοσκόπησης στη Ευρώπη και στην Αμερική. Έχουμε ήδη δεσμευθεί στον υφυπουργό Υγείας ότι άμεσα θα προτείνουμε συγκεκριμένες προτάσεις που θα αποτελέσουν τη βάση των ελληνικών κατευθυντήριων οδηγιών για τη χορήγηση καταστολής στην ενδοσκόπηση, εναρμονισμένων με τις διεθνείς εταιρείες ενδοσκόπησης στις οποίες συμμετέχουμε. Για το λόγο αυτό όπως ανακοίνωσα και στο πρόσφατο Πανελλήνιο Γαστρεντερολογικό Συνέδριο συγκροτήθηκε πενταμελής επιτροπή αποτελούμενη από τους Γ. Παπαθεοδωρίδη, Κ. Τριανταφύλλου, Γ. Πασπάτη, Σ. Γούλα και Χ. Τσιώνη με εντολή να ετοιμάσει σε σύντομο χρονικό διάστημα το σχέδιο των κατευθυντήριων οδηγιών, ώστε να προσέλθουμε έτοιμοι στις συζητήσεις μας με τους αρμόδιους φορείς.

Αναλάβετε το τιμόνι της Εταιρείας τον Ιανουάριο του 2019 και συγχρόνως ... την καυτή πατάτα! Ειδικές συνθήκες έκτακτης ανάγκης αναφορικά με το Συνέδριο του 2019, ανάγκη για περιστολή δαπανών μετά τα δυσοίωνα οικονομικά αποτελέσματα της προηγούμενης χρονιάς, κλπ. Μπορείτε να μας δώσετε πιο αναλυτικά τα κύρια προβλήματα που βρήκατε και πως κινηθήκατε ως ΔΣ για την επίλυσή τους;

Έτσι όπως την περιγράφετε ήταν η κατάσταση όταν αναλάβαμε τη διοίκηση της Εταιρείας τον Ιανουάριο του 2019. Από τη μια πλευρά υπήρξε αιφνίδια αλλαγή του Πρόεδρου του 39^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου, και από την άλλη ένας διάχυτος προβληματισμός σχετικά με την οικονομική κατάσταση της Εταιρείας που είχε διαφανεί με έντονο τρόπο και στη Γενική Συνέλευση τον Δεκέμβριο του 2018. Οι ευθύνες ήταν μεγάλες και οι αποφάσεις αλλά

και οι ενέργειες που θα έπρεπε να γίνουν δεν χωρούσαν την παραμικρή καθυστέρηση. Επιπλέον το ΔΣ απαρτιζόταν από νέα σε ηλικία στελέχη της εταιρείας, γεγονός που αύξανε σημαντικά το βάρος των αποφάσεων. Πιστεύω ωστόσο ότι αυτό ήταν και το πλεονέκτημά μας και αυτό προσπάθησα να αξιοποιήσω. Κατά μια ευτυχή συγκυρία και τα εννέα μέλη του ΔΣ ανήκουν στην ίδια επιστημονική γενιά γαστρεντερολόγων. Μιλούσαμε την ίδια γλώσσα, είχαμε διάθεση για δουλειά, τολμούσαμε να αγγίξουμε την ουσία των προβλημάτων και το κυριότερο μπορούσαμε να συζητήσουμε, ενδεχομένως να διαφωνήσουμε αλλά και να καταλήξουμε σε κοινές αποφάσεις.

Σε σχέση με τα οικονομικά προβλήματα της Εταιρείας καταγράψαμε την πραγματική οικονομική κατάσταση, διαπιστώσαμε ποιες δαπάνες έπρεπε να περισταλούν, προχωρήσαμε σε οικονομικό προγραμματισμό, αλλά και σε συχνούς στη διάρκεια της θητείας απολογισμούς της τρέχουσας κατάστασης. Σε αυτό το σημείο οφείλω να επισημάνω ότι είχα το προνόμιο ο ταμίας της Εταιρείας κ. Πρωτοπαπάς και ο λογιστής της Εταιρείας κ. Βαφειάδης βρίσκονται στη Θεσσαλονίκη και είχα τη δυνατότητα για συνεχή σχεδόν εβδομαδιαία συνεργασία μαζί τους. Οι γαστρεντερολόγοι δεν είναι οικονομολόγοι αλλά με στην παρούσα φάση οφείλουν να αποκτήσουν και αυτές τις γνώσεις αν αποφασίσουν να εμπλακούν στη διοίκηση της Εταιρείας! Πήραμε τολμηρές αποφάσεις που για ορισμένους μπορεί να φαίνονται επώδυνες αλλά είμαι ικανοποιημένος από τα οικονομικά αποτελέσματα που παρουσιάσαμε στην τελευταία Γενική Συνέλευση στην Αλεξανδρούπολη. Παραδίδουμε μια Εταιρεία που νομίζω ότι γνωρίζει πλέον τον τρόπο να διαχειρισθεί την οικονομική κατάστασή της με αποτελεσματικό τρόπο.

Με το ζήτημα συνδέεται και η οργάνωση των Πανελληνίων Συνεδρίων που οφείλουμε να καταλάβουμε ότι θα αποτελούν το κύριο, αν όχι μοναδικό, έσοδο της Εταιρείας για τα επόμενα χρόνια. Το ΔΣ της ΕΓΕ είχε λοιπόν από τη πρώτη του συνεδρίαση στενή συνεργασία με τον Καθηγητή κ. Μιμίδη, που είχε δεχθεί να αναλάβει την οργάνωση του Συνεδρίου μετά την παραίτηση του



προηγούμενου Πρόεδρου του. Η συνεργασία αφορούσε φυσικά τη στήριξη του στον οικονομικό προγραμματισμό του Συνεδρίου, την επικοινωνία με το οργανωτικό γραφείο, την εξεύρεση χορηγιών από φαρμακευτικές εταιρείες, με μια λέξη την αύξηση της οικονομικής απόδοσης του Συνεδρίου. Το ανέφερα επανειλημμένα και στη διάρκεια του πρόσφατου Συνεδρίου και το επαναλαμβάνω και τώρα ότι αυτή η συνεργασία ήταν εξαιρετική και θα ήθελα για μια ακόμη φορά να συγχαρώ τον κ Μιμίδη για την άριστη οργάνωση του Συνεδρίου, το οποίο ήταν κατά κοινή ομολογία άρτιο επιστημονικά. Επιπλέον όλες οι ενδείξεις το τοποθετούν σαν ένα από τα πιο επιτυχημένα οικονομικά συνέδρια της Εταιρείας τα τελευταία χρόνια. Η άποψή μου είναι ότι αυτό το μοντέλο της διοργάνωσης των Συνεδρίων πρέπει να αποκτήσει και θεσμική κατοχύρωση. Η ΕΓΕ θα πρέπει να αναθέτει σε ένα καταξιωμένο συνάδελφο το επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου, αλλά όπως όλες οι μεγάλες επιστημονικές εταιρείες του εξωτερικού να αναλαμβάνει την οργανωτική του προετοιμασία.

Στη διάρκεια του τελευταίου Συνεδρίου επιδιώξαμε να πραγματοποιήσουμε καταστατική Συνέλευση για την αλλαγή του καταστατικού της ΕΓΕ. Ο προγραμματισμός είχε ξεκινήσει από το προηγούμενο ΔΣ και ευελπιστούσαμε να ολοκληρωθεί η ψήφιση νέου καταστατικού εντός του 2019. Οι συνθήκες νομίζουμε ότι είναι ώριμες για να γίνουν σημαντικές αλλαγές στο καταστατικό της ΕΓΕ. Η ΕΓΕ αναγνωρίζεται από την Πολιτεία ως Επιστημονική Εταιρεία κορμού και θα συμμετάσχει με πιο ενεργό ρόλο στην εκπαίδευση και εξειδίκευση στη Γαστρεντερολογία εντός των επομένων ετών. Στη διάρκεια των τελευταίων δύο ετών επιτροπές εντός των ΔΣ της ΕΓΕ δούλεψαν για μήνες για την τροποποίηση του καταστατικού και το σημαντικότερο είναι ότι καταλήξαμε σε σχεδόν ομόφωνη απόφαση με μια διαφορά σε σχέση με την εκλογή του Προέδρου της Εταιρείας. Το προτεινόμενο καταστατικό κατατέθηκε εγκαίρως σε δημόσια διαβούλευση. Δυστυχώς δεν καταφέραμε να ενημερώσουμε και να κινητοποιήσουμε τους συνάδελφους που βρέθηκαν στην όμορφη Αλεξανδρούπολη με τις ελκυστικές ομορφιές

να παραστούν ένα ηλιόλουστο σχεδόν καλοκαιρινό μεσημέρι στην καταστατική συνέλευση. Αδυνατώ να καταλάβω όμως κάποιες διατυπωθείσες απόψεις ότι δεν πήγαμε με καλά διατυπωμένες θέσεις στην καταστατική συνέλευση. Σε κάθε περίπτωση απευθύνω έκκληση σε όλα τα μέλη της Εταιρείας να ενημερωθούν για τις προτεινόμενες αλλαγές και να συμμετάσχουν ενεργά στην επόμενη καταστατική συνέλευση που πιθανότατα θα γίνει στις αρχές του 2020

Το τρίτο και τελευταίο θέμα που θέλω να βάλω στη συζήτησή μας αυτή είναι καθαρά επιστημονικό. Γνωρίζω την μακρά ενασχόλησή σας με την Ηπατολογία καθώς και ότι έχετε θητεύσει σε θέσεις ευθύνης στην ΕΕΜΗ. Τα τελευταία χρόνια και ο συγκεκριμένος επιστημονικός τομέας έχει γνωρίσει μεγάλη επιστημονική εξέλιξη αλλά δεσπόζουσα κατά την άποψη μου θέση κατέχει η αλλαγή του κλίματος στη θεραπεία των ιογενών ηπατιτίδων και ιδιαίτερα της ηπατίτιδας C. Σήμερα έχουμε στη διάθεσή μας φάρμακα και συνδυασμούς φαρμάκων που χορηγούμενα για σχετικά μικρά χρονικά διαστήματα, 8-12 εβδομάδων, πετυχαίνουν την ιολογική κάθαρση του ιού σχεδόν στο σύνολο των ασθενών δίνοντας λύση σε ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας που ταλαιπωρούσε και ταλαιπωρεί... . Μιλήστε μας για τις θεραπείες αυτές και τον τρόπο συνταγογράφησης δίνοντας και την προσωπική σας εμπειρία...

Η αλήθεια είναι ότι στον τομέα της αντιμετώπισης της ηπατίτιδας C έχει συντελεστεί μια πραγματική επανάσταση στη διάρκεια των τελευταίων ετών. Μπορεί να πει κανείς ότι χωρίς υπερβολή στη θεραπεία της ηπατίτιδας C έχουμε βρει το μαγικό φάρμακο. Οι συνδυασμοί φαρμάκων που χρησιμοποιούνται έχουν βραχεία διάρκεια θεραπείας (8-12 εβδομάδες) εξαιρετική αποτελεσματικότητα, πολύ καλή ανοχή με ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι συνδυασμοί μπορούν να χρησιμοποιηθούν με την ίδια



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

αποτελεσματικότητα ακόμη και σε «δύσκολους» παραδοσιακά πληθυσμούς, όπως οι κιρρωτικοί, οι ασθενείς με προηγούμενη αποτυχία θεραπείας η και αυτοί με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Η συνταγογράφηση είναι εύκολη. Προϋποθέτει την καταγραφή του ασθενούς στο μητρώο ασθενών με ηπατίτιδα C, διαδικασία που επίσης έχει απλοποιηθεί καθώς δεν απαιτεί διενέργεια βιοψίας ήπατος η και τις περισσότερες φορές ελαστογραφίας ήπατος. Όλοι οι γαστρεντερολόγοι δικαιούνται να συνταγογραφήσουν τα φάρμακα για την ηπατίτιδα C ενώ υπάρχουν και πολλά κέντρα στα νοσοκομεία σε όλη την Ελλάδα όπου λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία που δέχονται ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C και μπορούν να διευκολύνουν ή και να καθοδηγήσουν τους συνάδελφους που δεν έχουν εξοικείωση με το αντικείμενο. Είμαι ιδιαίτερα ικανοποιημένος που στο ιατρείο στη Δ' Παθολογική Κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης έχουμε την υποδομή να εντάσσουμε σε θεραπεία ένα πολύ μεγάλο αριθμό ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C κάθε μήνα.

Αναμφισβήτητο το γεγονός ότι έχουμε στη διάθεσή μας φάρμακα αποτελεσματικά και ασφαλή και, το πιο βασικό, ότι οι ασθενείς μας έχουν άμεση πρόσβαση στην φαρμακευτική αγωγή, έχουν κεντρίσει το ενδιαφέρον της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας ώστε να αναπτύξει στρατηγικές δραστηρικής μείωσης του επιπολασμού της ηπατίτιδος C, μέχρι το 2030 αν δεν κάνω λάθος. Θέλετε να μας αναλύσετε λίγο αυτή τη στρατηγική που υιοθετήθηκε από την ΠΟΥ...

Η επανάσταση στη θεραπεία της ηπατίτιδας C άλλαξε με δραματικό τρόπο το τοπίο και στο χώρο της δημόσιας υγείας. Από τον ΠΟΥ έγινε έγκαιρα αντιληπτό ότι έχουμε πλέον τα μέσα για να επιτύχουμε την εκρίζωση του ιού της ηπατίτιδας C σε όλο τον πλανήτη. Εάν αυτό πραγματοποιηθεί θα είναι η πρώτη περίπτωση στην παγκόσμια ιατρική ιστορία που ένας ιός εκριζώνεται με φαρμακευτική αγωγή. Ο ΠΟΥ έχει θέσει φιλόδοξους

στόχους που είναι η μείωση των νέων λοιμώξεων με ηπατίτιδα C κατά 80% και ακόμη περισσότερο της θνητότητας από τη νόσο κατά 65% μέχρι το 2030. Η στρατηγική αυτή ενισχύεται με καλά επεξεργασμένες κατευθυντήριες οδηγίες αλλά και σημαντικούς οικονομικούς πόρους και έχει κινητοποιήσει όλες τις διεθνείς ηπατολογικές εταιρείες.

Πως κινήθηκε η Ελλάδα στο συγκεκριμένο θέμα και ποιο είναι το εθνικό σχέδιο δράσης για τη νόσο;

Είναι ιδιαίτερο ικανοποιητικό ότι η Ελλάδα στρατεύθηκε άμεσα σε αυτό το μεγάλο στόχο της εκρίζωσης της ηπατίτιδας C. Αυτό οφείλεται κατά τη γνώμη μου στο γεγονός ότι η χώρα μας διαθέτει σημαντικό αριθμό ηπατολόγων με υψηλό επίπεδο επιστημονικής κατάρτισης. Εκπόννησε έγκαιρα ένα πλήρες εθνικό σχέδιο δράσης που κατέγραψε με ολοκληρωμένο την κατάσταση στη χώρα, έθεσε τους στόχους που απαιτούνται για την επίτευξη του υψηλού στόχου της εκρίζωσης της ηπατίτιδας C και πρότεινε τις δράσεις που για την επιτυχή έκβαση του εγχειρήματος. Επιπλέον συγκρότησε επιτροπή εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης που εργάστηκε μεθοδικά στη διάρκεια των τελευταίων δύο σχεδόν ετών. Η Επιτροπή πέτυχε σημαντικούς στόχους όπως η κατάργηση όλων των περιορισμών στη συνταγογράφηση φαρμάκων για την ηπατίτιδα C, η εκπόνηση μέτρων για την διάγνωση των ασθενών με τη νόσο με την εφαρμογή του αναδυόμενου παραθύρου στην ΗΔΙΚΑ για την ειδοποίηση των ιατρών να προχωρήσουν στον έλεγχο για ηπατίτιδα C για όλα τα άτομα που γεννήθηκαν μεταξύ 1945 και 1980, η αποζημίωση του ιικού φορτίου από τον ΕΟΠΥΥ και η απλοποίηση της καταγραφής ασθενών στο μητρώο ηπατίτιδας C, προκειμένου να λάβουν θεραπεία. Η Επιτροπή όμως χρειάζεται να συνεχίσει να λειτουργεί και μετά την αλλαγή κυβέρνησης και τα προγράμματα που προτείνει να στηριχθούν με οικονομικούς πόρους που προβλέπονταν από το Εθνικό Σχέδιο Δράσης αλλά επί του παρόντος δεν έχουν εκταμιευθεί.



Τι μήνυμα θα θέλατε να περάσετε για το θέμα της ηπατίτιδας C στο ακροατήριο της ΕΓΕ/ΕΠΕΓΕ;

Οι γαστρεντερολόγοι έχουν τη γνώση, την εξειδίκευση αλλά και την ευθύνη να τεθούν επικεφαλής στην προσπάθεια εκρίζωσης της ηπατίτιδας C στη χώρα μας. Θεωρώ αυτονόητο ότι θα πρέπει να ελέγχουν όλους τους ασθενείς τους για την παρουσία αντισωμάτων για την ηπατίτιδα C και να κινητοποιούν και τους συναδέλφους – συνεργάτες τους με άλλες ειδικότητες να κάνουν το ίδιο. Έχουν αρθεί οι περιορισμοί στη συνταγογράφηση των φαρμάκων και πολύ γρήγορα και εύκολα μπορούν να θέτουν τους διαγνωσμένους ασθενείς τους σε θεραπεία.

Λίγους μήνες πριν το τέλος της θητείας σας τι παρακαταθήκη αφήνετε στον επερχόμενο Πρόεδρο της ΕΓΕ και ποια προβλήματα/εκκρεμότητες θα καταγράφατε;

Η τοποθέτησή μου, από την πρώτη μέρα που ανέλαβα πρόεδρος της ΕΓΕ, ήταν ότι η διοίκηση της Εταιρείας απαιτεί μια συλλογική δουλειά, στην οποία πρέπει να έχουν ενεργό ρόλο και τα εννέα μέλη της ΕΓΕ αλλά και τα προεδρεία των τμημάτων και η επιτροπή εκπαίδευσης. Αυτό προσπάθησα να εφαρμόσω κατά τη διάρκεια της θητείας μου. Η ΕΓΕ έχει ανάγκη όλα τα στελέχη της. Η παρακαταθήκη η δική μου είναι λοιπόν η ανάγκη για συνεργασία, συλλογική δουλειά, έγκαιρη αναγνώριση των προβλημάτων, καλός προγραμματισμός και τακτικοί απολογισμοί των δράσεων.

Υπάρχουν θέματα που έχουν μπει σε εφαρμογή και χρειάζεται ακόμη μεγαλύτερη προσπάθεια για έχουν

επιτυχή αποτελέσματα όπως είναι το Σχολείο Ενδοσκόπησης, ο οικονομικός προγραμματισμός της Εταιρείας. Από την άλλη νομίζω ότι η νέα διοίκηση της Εταιρείας πρέπει έγκαιρα να ολοκληρώσει τη διαδικασία αλλαγής του καταστατικού για να μη χαθεί η χρυσή ευκαιρία τομών στη λειτουργία της Εταιρείας. Φυσικά πρέπει να προχωρήσει με γοργούς ρυθμούς και να ολοκληρωθεί το πόρισμα της Επιτροπής εκπόνησης των κατευθυντήριων οδηγιών της εταιρείας για την καταστολή στην ενδοσκόπηση και στη συνέχεια σε συνεργασία με την πολιτεία να δοθεί οριστική λύση στο σημαντικό αυτό θέμα. Μετά από δύο χρόνια συνεργασίας με τον Κ Τριανταφύλλου στο ΔΣ της ΕΓΕ έχω την πεποίθηση ότι θα επιτελέσει με τον καλύτερο τρόπο το έργο του. Οι διοικητικές του ικανότητες, οι νεωτερικές του και η εργατικότητα του εγγυώνται ότι θα αποτελέσει ένα πολύ επιτυχημένο πρόεδρο της Εταιρείας.

Είστε αισιόδοξος για την πορεία του ... καρβιού της ΕΓΕ στις δύσκολες συνθήκες των τελευταίων ετών και αν ναι που το στηρίζετε...

Ναι είμαι αισιόδοξος για την πορεία της ΕΓΕ. Μια νέα γενιά ικανών επιστημόνων, ανθρώπων με σύγχρονες ιδέες και διάθεση για δουλειά αναλαμβάνει στη διάρκεια των τελευταίων ετών διοικητικές θέσεις και αυτό αποτελεί εξέγερση επιτυχούς πορείας. Η επιθυμία μου είναι η κρίσιμη μάζα στελεχών να εμπλουτισθεί από ακόμη περισσότερους και νεότερους συναδέλφους που να εκπροσωπούν όλους τους γαστρεντερολόγους, ιδιώτες και γιατρούς από ΕΣΥ ή το Πανεπιστήμιο. Σε αυτή την περίπτωση η ΕΓΕ θα έχει ισχυρό λόγο και παρουσία στα ελληνικά ιατρικά πράγματα.



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑ ΥΨΗΛΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ (HRM): Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΛΟΓΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Άρτεμις Τρίκολα, Απόστολος Μαντίδης

Η μανομετρία του οισοφάγου αποτελεί την ιδανική εξέταση για την ποιοτική, αλλά και την «ποσοτική» αξιολόγηση της οισοφαγικής κινητικότητας. Καταγράφει τις μεταβολές των ενδοαυλικών πιέσεων που προκαλούν οι οισοφαγικοί σφιγκτήρες και οι συσπάσεις του σώματος του οισοφάγου, τόσο σε φάση ηρεμίας όσο και μετά κατάποση.

Η συμβατική μανομετρία, βασιζόταν στην μετατροπή των ενδοαυλικών πιέσεων σε ηλεκτρικό σήμα και καταγραφή τους με μορφή κύματος, κατά την χαμηλής πίεσης ροή ύδατος από έναν καθετήρα με 4-8 θέσεις καταγραφής ανά 5 εκατοστά (water perfused catheters). Στη μανομετρία υψηλής ανάλυσης (high resolution manometry-HRM), καταγράφονται οι μεταβολές των ενδοαυλικών πιέσεων από 36-40 κυκλοτερείς αισθητήρες πίεσης (μετατροπείς-transducers), τοποθετημένους ανά 1 εκατοστό επί του καθετήρα (solid state system) ή σε έμμεσα μέσω έγχυσης ύδατος (water perfused system).

Κλινικές ενδείξεις μανομετρίας οισοφάγου

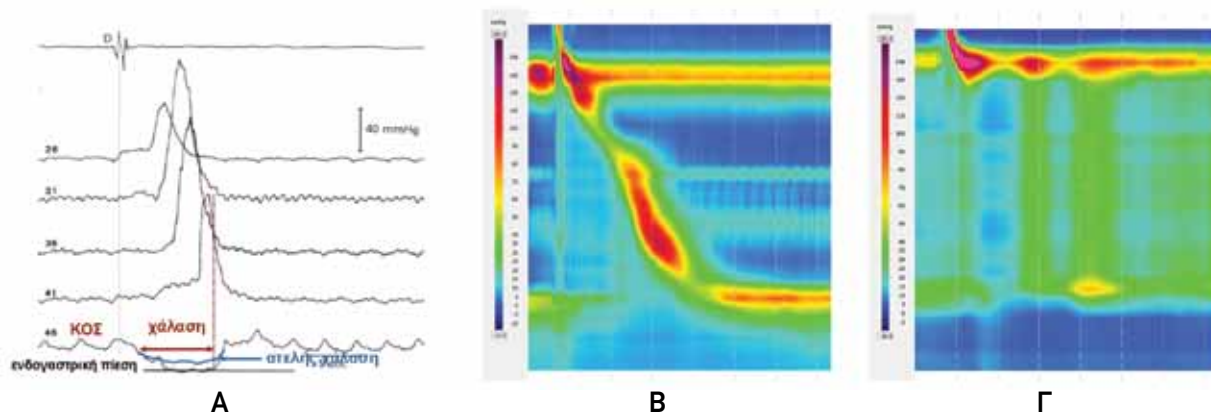
Είναι σαφές ότι η οισοφαγική μανομετρία αποτέλεσε και αποτελεί ένα σημαντικό ερευνητικό εργαλείο. Η χρήση της σε κλινικό επίπεδο έχει ένδειξη σε ασθενείς με οισοφαγικά συμπτώματα χωρίς ευρήματα ή ενδείξεις οργανικής νόσου του οισοφάγου και της γαστροοισο-

φαγικής συμβολής με βάση τα κλινικά, ενδοσκοπικά και απεικονιστικά ευρήματα ή σε περιπτώσεις με σαφή κλινική υποψία οισοφαγικής κινητικής διαταραχής για τεκμηρίωσή της. Οι συνήθεις κλινικές ενδείξεις είναι:

- τεκμηρίωση και ταξινόμηση της αχαλασίας οισοφάγου
- διερεύνηση δυσφαγίας ή αναγωγών χωρίς οισοφαγική στένωση
- διερεύνηση οπισθοστερνικού πόνου απροσδιόριστης (μη καρδιακής) αιτιολογίας
- καθορισμός της θέσης τοποθέτησης καθετήρα πεχαμετρίας
- διερεύνηση συμμετοχής του οισοφάγου σε συστηματικές παθήσεις (συχνότερα σε σκληροδερμία ή δερματομυοσίτιδα)
- προεγχειρητική αξιολόγηση της οισοφαγικής κινητικότητας πριν αντιπαλινδρομική επέμβαση/θολοπλαστική
- διερεύνηση μετεγχειρητικών συμπτωμάτων συνήθως μετά θολοπλαστική ή μυοτομή Heller ή POEM

Πλεονεκτήματα της μανομετρίας υψηλής ανάλυσης

Τα βασικά πλεονεκτήματα της μεθόδου, σε σύγκριση με την κλασική μανομετρία, αποτελούν η ευκολία και η



Εικόνα 1. Α. διάγραμμα φυσιολογικής συμβατικής μανομετρίας οισοφάγου, Β. εικόνα φυσιολογικής μανομετρίας υψηλής ανάλυσης, Γ. εικόνα αχαλασίας τύπου II σε μανομετρία υψηλής ανάλυσης.



μικρή διάρκεια της εξέτασης, που βελτιώνουν την ανοχή της από το εξεταζόμενο και η δυνατότητα αυτόματης ψηφιακής μέτρησης και ανάλυσης των δεδομένων, περιορίζοντας σημαντικά τα υποκειμενικά λάθη του εξεταστή. Ο μανομετρικός καθετήρας τοποθετείται εξ αρχής, χωρίς να μετακινείται, επιτρέποντας την καταγραφή των πιέσεων σε όλο το μήκος του οισοφάγου συμπεριλαμβανομένων του φάρυγγα και του γαστρικού βόλου, σε ηρεμία και μετά δέκα υγρές καταπονήσεις.

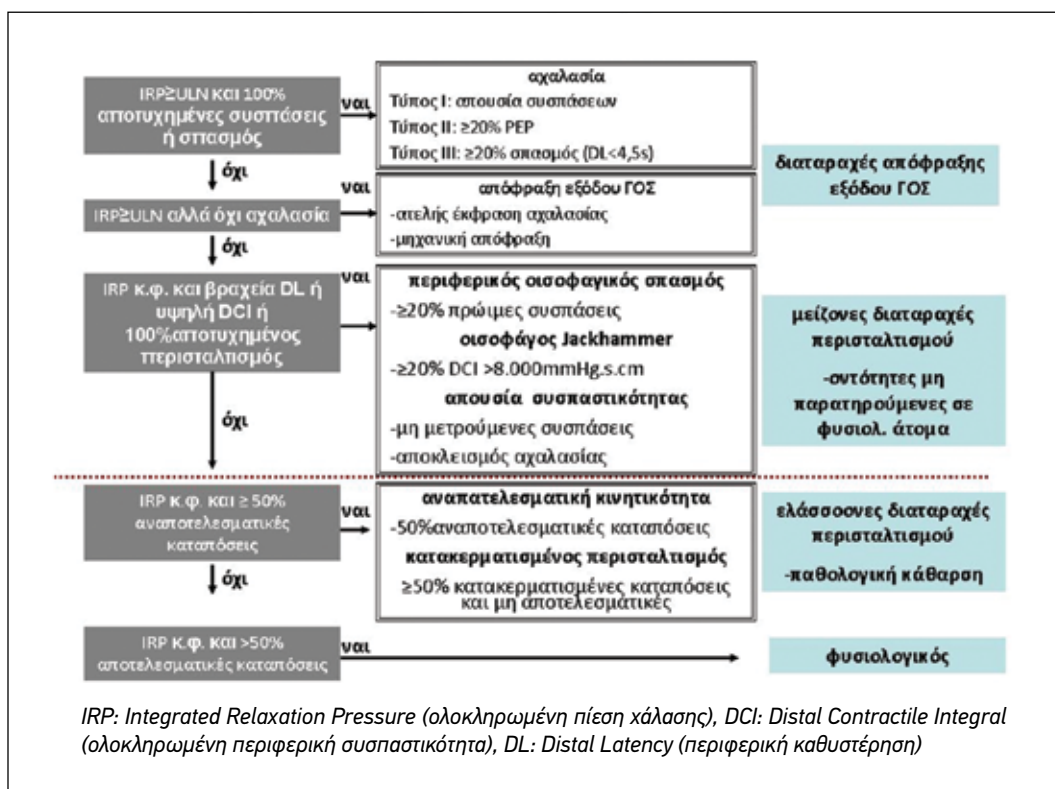
Στον πίνακα που ακολουθεί αναφέρονται συνοπτικά οι διαφορές μεταξύ κλασσικής και μανομετρίας υψηλής ανάλυσης.

Ταξινόμηση των οισοφαγικών κινητικών διαταραχών

Την τεχνολογική δυνατότητα ποσοτικοποίησης των μανομετρικών παραμέτρων ακολούθησε η διαμόρφωση

των φυσιολογικών τιμών τους, με βάση την οποία έγινε δυνατή μια νέα ταξινόμηση των οισοφαγικών κινητικών διαταραχών με βάση τα ευρήματα της μανομετρίας υψηλής ανάλυσης η οποία με τη σειρά της διευκόλυνε μια κοινή γλώσσα επιστημονικής επικοινωνίας και έρευνας με σκοπό την διευκόλυνση επιλογής θεραπευτικών χειρισμών.

Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη ταξινόμηση (Chicago Classification v3.0) (εικόνα 2) οι οισοφαγικές κινητικές διαταραχές ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες: 1. τις διαταραχές απόφραξης εξόδου της γαστροοισοφαγικής συμβολής (αχαλασία τύπου I, II, III και μηχανική απόφραξη), 2. τις μείζονες διαταραχές του περισταλτισμού (διάχυτος οισοφαγικός σπασμός, οισοφάγος Jackhammer, απουσία συσπαστικότητας) και 3. τις ελάσσονες διαταραχές του περισταλτισμού (ανεπαρκής οισοφαγική κινητικότητα, κατακερματισμένη κινητικότητα).



Εικόνα 2. Ταξινόμηση των οισοφαγικών κινητικών διαταραχών Chicago v3.0



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑ ΥΨΗΛΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ (HRM): Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΛΟΓΗΣ
ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ

Μανομετρία Υψηλής Ανάλυσης	Συμβατική Μανομετρία
36–40 κανάλια καταγραφής πίεσης	Έως 8 κανάλια καταγραφής πίεσης
Αισθητήρες ανά 1 cm	Αισθητήρες ανά 5cm
Συνεχής καταγραφή με σταθερό καθετήρα μετά 10 υγρές καταπώσεις	Καταγραφές μετά υγρές καταπώσεις κατά την προοδευτική απόσυρση του καθετήρα ανά 1 cm
Πολύ καλή ανοχή	Μέτρια ανοχή
Μικρότερος χρόνος εξέτασης (έως 10 λεπτά)	Μεγαλύτερος χρόνος εξέτασης (30 λεπτά)
Μεγάλος όγκος πληροφοριών	Παρέχει βασικές πληροφορίες
Αυτόματη ποιοτική και ποσοτική μέτρηση και ανάλυση των καταγραφόμενων δεδομένων	Οπτική αξιολόγηση, χειροκίνητες μετρήσεις των διάφορων παραμέτρων
Δυνατότητα συνδυασμού με εμπέδηση	δεν συνδυάζεται με άλλες εξετάσεις
Ακριβής απεικόνιση διαφραγματοκλήης	Δυσχερής απεικόνιση διαφραγματοκλήης
Μικρός όγκος προσλαμβανόμενου νερού σε χρήση συστήματος έγχυσης (απαιτούνται μόνο 10 καταπώσεις)	Μεγαλύτερος όγκος προσλαμβανόμενου νερού (απαιτούνται πολλές καταπώσεις)
Υψηλό κόστος αγοράς-συντήρησης συσκευής και μανομετρικών καθετήρων	Μικρότερο κόστος αγοράς-συντήρησης συσκευής και μανομετρικών καθετήρων

Βιβλιογραφία

1. Carlson DA, Pandolfino JE. High-Resolution Manometry in Clinical Practice. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2015;11(6):374–384.
2. Rohof WOA, Bredenoord AJ. Chicago Classification of Esophageal Motility Disorders: Lessons Learned. *Curr Gastroenterol Rep*. 2017;19(8):37. doi:10.1007/s11894-017-0576-7
3. Kahrilas PJ, Bredenoord AJ, Fox M, et al. The Chicago Classification of esophageal motility disorders, v3.0. *Neurogastroenterol Motil*. 2015;27(2):160–174. doi:10.1111/nmo.12477
4. van Hoeij FB, Bredenoord AJ. Clinical Application of Esophageal High-resolution Manometry in the Diagnosis of Esophageal Motility Disorders. *J Neurogastroenterol Motil*. 2016;22(1):6–13. doi:10.5056/jnm15177
5. Trudgill NJ, Sifrim D, Sweis R, et al. British Society of Gastroenterology guidelines for oesophageal manometry and oesophageal reflux monitoring, *Gut*, Published Online First: 31 July 2019. doi: 10.1136/gutjnl-2018-318115

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ (EUS)
ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΠΟΡΙΚΩΝ ΘΗΛΩΔΩΝ-ΒΛΕΝΝΩΔΩΝ
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ (IPMNs) ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ



Νικόλαος Γ. Μαργέτης

Εισαγωγή

Τα ενδοπορικά θηλώδη βλεννώδη νεοπλάσματα του παγκρέατος (intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas - IPMNs) είναι νεοπλάσματα του παρεγχύματος του εξωκρινούς παγκρέατος, και συγκεκριμένα του επιθηλίου των πόρων, σε αντίθεση με το αδενοκαρκίνωμα του παγκρέατος, του οποίου τα κύτταρα προέλευσης είναι αυτά της παγκρεατικής αδενοκυψέλης. Τα IPMNs προκύπτουν όταν τα κύτταρα του επιθηλίου του κύριου παγκρεατικού πόρου ή/και των παράπλευρων κλάδων του πολλαπλασιασθούν νεοπλασματικά και αναπτυχθούν ενδοαυλικά, οδηγώντας στο σχηματισμό θηλών (μολονότι σπανίως η επέκταση είναι επίπεδη) που επενδύονται από κυλινδρικό επιθήλιο, το οποίο παράγει και εκκρίνει βλέννη. Λόγω της μικρής διαμέτρου των παγκρεατικών πόρων, το ενδοαυλικό νεόπλασμα αφενός και η πλήρωση του πόρου με βλέννη αφετέρου, οδηγούν αναπόφευκτα σε απόφραξη των πόρων και σε διάτασή τους εγγύτερα της απόφραξης. Η διάταση είναι κυστική και λαμβάνει τη μορφή μιας ή περισσοτέρων παγκρεατικών κύστεων. Ως συνέπεια τούτων, η επικοινωνία των κύστεων με τον παγκρεατικό πόρο είναι θεμελιώδες χαρακτηριστικό των IPMNs.

Κλινικά και επιδημιολογικά δεδομένα

Τα IPMNs αναπαριστούν σημαντική κλινική οντότητα. Η μέση ηλικία προσβολής είναι τα 65 (60-70) έτη. Είναι συχνότερα στους άνδρες. Αποτελούν το 3,2% όλων των παγκρεατικών νεοπλασμάτων και το 1-4,8% όλων των εξωκρινών παγκρεατικών νεοπλασμάτων. Είναι το πιο κοινό κυστικό παγκρεατικό νεόπλασμα (21-41% επί του συνόλου).

Η κλινική εικόνα των IPMNs ποικίλλει και τα συμπτώματα ενδέχεται να είναι ακαθόριστα και μη ειδικά. Εκδηλώνονται με άλγος ή δυσφορία επιγαστρίου (λόγω απόφραξης του παγκρεατικού πόρου), με υποτροπιάζοντα επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας, με ανορεξία, ναυτία ή έμετο, οσφυαλγία και απώλεια βάρους. Πα-

ρόλα αυτά, τα IPMNs είναι συχνά ασυμπτωματικά και διαγιγνώσκονται τυχαία με τις διαγνωστικές μεθόδους που διενεργούνται για διάφορες ενδείξεις.

Ο επιπολασμός στο γενικό πληθυσμό είναι αξιοσημείωτος, αν και η ακριβής συχνότητά τους είναι άγνωστη, καθώς πολλά από αυτά είναι μικρά και ασυμπτωματικά. Σε πρόσφατες έρευνες βρέθηκε ότι ο επιπολασμός των μικρών ασυμπτωματικών, τυχαίων παγκρεατικών κύστεων, που πιθανολογείται ότι αντιπροσωπεύουν IPMNs ανέρχεται σε 2,6%, ποσοστό που αυξάνει στο 8,7 % κατά την 9η δεκαετία της ζωής. Η αύξηση της καταγραφόμενης επίπτωσης των IPMNs με την πάροδο των ετών οφείλεται στην αυξημένη επαγρύπνηση των κλινικών ιατρών για τη νόσο, στη βελτίωση της διαγνωστικής ακρίβειας των απεικονιστικών εξετάσεων, συμπεριλαμβανομένων της MRI/MRCP του ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος (EUS) και στη συσσώρευση εμπειρίας στην αναγνώριση της νοσολογικής αυτής οντότητας από γαστρεντερολόγους και ακτινολόγους.

Κατηγοριοποίηση των IPMNs

Τα IPMNs είναι μακροσκοπική νοσολογική οντότητα. Ταξινομούνται, **ανάλογα με την κύρια εντόπισή τους** στον τύπο που αφορά στον κύριο παγκρεατικό πόρο (main-duct type, MDT, 16-36%), στον τύπο που αφορά στους δευτερογενείς παγκρεατικούς πόρους (branch-duct type, BDT, 40-65%) και στο μικτό τύπο (mixed type, 15-23%, αν και κατ' άλλους ερευνητές αποτελεί την πλειονότητα των IPMNs), ο οποίος προσβάλλει πρωτοπαθώς και συνδυασμένα τόσο τον κύριο όσο και τους μικρούς πόρους. Αν και ακαδημαϊκά ο μικτός τύπος είναι διακριτή οντότητα, μοιράζεται κοινά κλινικά και βιολογικά χαρακτηριστικά με τον MDT και είναι πιθανόν ότι αποτελεί την επέκταση του MDT προς τους μεσολόβιους πόρους. Οι περισσότερες περιπτώσεις IPMN εντοπίζονται στην κεφαλή του παγκρέατος (70%), ενώ το 20% εντοπίζεται στο σώμα ή την ουρά.

Μορφολογικά, τα IPMNs χαρακτηρίζονται από ένα από τα ακόλουθα πρότυπα:



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ (EUS)

ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΠΟΡΙΚΩΝ ΘΗΛΩΔΩΝ-ΒΛΕΝΝΩΔΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ (IPMNS) ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

1. Εντοπισμένη κυστική διάταση του κύριου παγκρεατικού πόρου (segmental MDT). Οι μισές περιπτώσεις MDT αφορούν στην κεφαλή και το 1/3 στο σώμα και την ουρά, ενώ έχουν αναφερθεί ελάχιστες περιπτώσεις πολυεστιακής εντόπισής του.
2. Διάχυτη κυστική διάταση του κύριου παγκρεατικού πόρου, χωρίς παρουσία σαφούς κυστικού σχηματισμού (diffuse MDT, 5% των περιπτώσεων)
3. Εντοπισμένη κυστική διάταση μικρού παράπλευρου πόρου (focal BDT). Η μονήρης κύστη είναι γεμάτη με βλέννη και επικοινωνεί με το σύστημα των παράπλευρων πόρων. Συνήθως εντοπίζεται στην κεφαλή του παγκρέατος, συνηθέστερα στην αγκιστροειδή απόφυση.
4. Περισσότερες της μιας κυστικές διατάσεις μικρών παράπλευρων πόρων (multifocal BDT, 25-40% περιπτώσεων). Οι κυστικές διατάσεις των παράπλευρων παγκρεατικών πόρων μπορούν να παρατηρηθούν συγχρόνως ή όχι.
5. Διάχυτη διάταση του κύριου παγκρεατικού πόρου, με παρουσία σαφών κυστικών σχηματισμών στους μικρούς πόρους (μικτός τύπος).

Το IPMNs επιδεικνύουν σαφή τάση εξαλλαγής προς διηθητικό καρκίνωμα, λιγότερη όμως από το βλεννώδες κυσταδένωμα. Παθολογοανατομικά, η θηλώδης ενδοπορική προβολή μοιάζει με το λαχνωτό αδένωμα του παχέος εντέρου. Αυτή η προβολή είναι η σημαντικότερη ιστοπαθολογική αλλοίωση, η οποία απεικονιστικά αντιστοιχεί στον όρο **τοιχωματικό οζίδιο** (mural nodule).

Το πρότυπο της καρκινογένεσης στα IPMNs ακολουθεί αλληλουχία αδενώματος-καρκινώματος, ανάλογη με αυτή της ορθοκολικής καρκινογένεσης. Κατ' αυτήν, το επιθήλιο των πόρων διέρχεται υποχρεωτικά μέσα από ένα φάσμα προοδευτικά εξελισσόμενης κυτταρικής ατυπίας (διαβαθμίσεις δυσπλασίας) και εξαλλάσσεται σε διηθητικό καρκίνωμα εντός 5-7 ετών. Η διαδικασία ογκογένεσης εκκινεί με το καλόηθες ενδοπορικό βλεννώδες θηλώδες αδένωμα (χαμηλόβαθμη επιθηλιακή δυσπλασία), το οποίο εξελίσσεται στην μέτρια επιθη-

λιακή δυσπλασία (borderline dysplasia) και εν τέλει στο ενδοπορικό βλεννώδες θηλώδες καρκίνωμα. Το κακόηθες IPMN αρχικά είναι μη διηθητικό (υψηλόβαθμη επιθηλιακή δυσπλασία ή καρκίνωμα in situ), το οποίο στη συνέχεια διασπά τη βασική μεμβράνη (διηθητικό IPMN). Τα MDT-IPMNs διαγιγνώσκονται συνήθως στην κακοήγη μορφή τους [μέση συχνότητα ευρισκόμενης κακοήθειας 70 (40-92) %, συχνότητα διηθητικής κακοήθειας 33-60%], ενώ τα BDT-IPMN στην προκακοήγη φάση τους (τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 25,5% και 15-17 %). Τα μικτού τύπου IPMN έχουν ποσοστό κακοήθειας όμοιο με τα MDT-IPMNs. Η βραδεία πορεία του νεοπλασματος εξηγεί το μεγάλο μέγεθος των κύστεων, τη σημαντική διάταση του παγκρεατικού πόρου και το γεγονός πως οι περισσότεροι ασθενείς (60%) δεν έχουν διηθητικό IPMN κατά τη διάγνωση. Εξηγεί επίσης την καλύτερη επιβίωση και πρόγνωση των ασθενών με διηθητικό IPMN, συγκρινόμενο με το παγκρεατικό σποραδικό αδενοκαρκίνωμα (5ετής επιβίωση 34,5% και 12,4% αντίστοιχα).

Ιστοπαθολογικά, τα IPMNs διακρίνονται σε 4 ιστολογικούς τύπους αδενωμάτων, ανάλογα με τα κύτταρα των τοιχωματικών οζιδίων: ο γαστρικός (ο πιο συχνός τύπος BDT-IPMN) και ο ογκοκυτταρικός τύπος φέρουν χαμηλό κακόηθες δυναμικό, ο εντερικός τύπος (ο πιο συχνός τύπος MDT-IPMN) έχει αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διηθητικού καρκινώματος και ο παγκρεατοχολικός τύπος, ο οποίος οδηγεί στο συμβατικό διηθητικό αδενοκαρκίνωμα που σχετίζεται με το IPMN. Εντούτοις, ο ιστολογικός τύπος ταυτοποιείται με ακρίβεια σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις στο παρασκεύασμα της παγκρεατεκτομής.

Επιπλοκές των IPMNs

Τα IPMNs μπορούν να οδηγήσουν σε απόφραξη του πόρου του Wirsung, η οποία εκδηλώνεται με ενδοκρινική ανεπάρκεια (έναρξη σακχαρώδους διαβήτη) και με υπεραμυλασαιμία. Η απόφραξη του κοινού χοληδόχου πόρου, λόγω βλέννης ή λόγω ευμεγέθους κύστης οδηγεί σε αποφρακτικό ίκτερο. Η απόφραξη του παγκρεατικού

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ (EUS)
ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΠΟΡΙΚΩΝ ΘΗΛΩΔΩΝ-ΒΛΕΝΝΩΔΩΝ
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ (IPMNS) ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ



πόρου οδηγεί δυνητικά σε ήπια ίνωση και ατροφία των αδενοκυψελών του παρεγχύματος εγγύτερα της απόφραξης, με αποτέλεσμα την δευτερογενή ανάπτυξη αλλοιώσεων χρόνιας παγκρεατίτιδας σε αυτό. Η αυτοπεψία του παρεγχύματος από τα μη παροχετευόμενα παγκρεατικά ένζυμα και η καρκινική διήθηση οδηγούν σε συριγγοποίηση του νεοπλάσματος προς το στόμαχο, το δωδεκαδάκτυλο, το παχύ έντερο ή τη χοληδόχο κύστη. Αξίζει τέλος να σημειωθεί η συχνή συνύπαρξη των IPMNs με εξω-παγκρεατικές κακοήθειες (καρκίνωμα μαστού, πνεύμονα, παχέος εντέρου και ορθού, θυρεοειδούς, προστάτου) αλλά και (ειδικά με το BDT-IPMN) με παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα σε διαφορετική εντόπιση εντός του παρεγχύματος.

Το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα στην αρχική αξιολόγηση των IPMNs

Η ταυτοποίηση του τύπου των παγκρεατικών κύστεων βασίζεται σε συνδυασμό κλινικών και απεικονιστικών παραμέτρων, καθώς και στην ανίχνευση δεικτών στο υγρό των κύστεων. Μολονότι το EUS παγκρέατος είναι πιο ευαίσθητη μέθοδος από την αξονική/μαγνητική τομογραφία (CT/MRI) στην ανίχνευση και την ακριβή διάγνωση των παγκρεατικών κύστεων και παρά το γεγονός πως η προσφορότερη μέθοδος παρακέντησης υγρού από την παγκρεατική κύστη είναι η αναρρόφησή του με λεπτή βελόνη (EUS-FNA), το EUS δεν αποτελεί την αρχική εξέταση. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν διαγνωσθεί με παγκρεατική κύστη με άλλη εξέταση (αξονική ή μαγνητική τομογραφία, διακοιλιακό υπερηχογράφημα), η οποία διενεργείται για διερεύνηση επιγαστραλγίας, κοιλιακού άλγους, για διάγνωση οξείας παγκρεατίτιδας ή για άλλες ιατρικές ενδείξεις.

Η εξέταση εκλογής είναι η μαγνητική τομογραφία / μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRI/MRCP), λόγω του μη επεμβατικού της χαρακτήρα, της μεγάλης ευαισθησίας της και της μεγάλης ακρίβειάς της στην εκτίμηση της επικοινωνίας μεταξύ της κύστεως και του παγκρεατικού πόρου. Αποτελεί την εξέταση που συνήθως επιβεβαιώνει ένα ύποπτο IPMN στο δια-

κοιλιακό υπερηχογράφημα ή στην CT. Εάν στην MRI/MRCP αναδειχθούν **ανησυχητικά σημεία** (διάμετρος κύστης άνω των 3 εκ, διάμετρος κύριου παγκρεατικού πόρου άνω των 5 χιλ, αιφνίδια αλλαγή στη διάμετρο του παγκρεατικού πόρου με ατροφία του εγγύς παρεγχύματος), τότε διενεργείται EUS-FNA. Επιπλέον ενδείξεις EUS-FNA παγκρέατος αποτελούν το ιστορικό οξείας παγκρεατίτιδας, ο αποφρακτικός ίκτερος, το συμπαγές στοιχείο ή μάζα που συνοδεύει την κύστη, κύστη που δεν έχει ειδικά υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά ή κύστη που αυξάνει σε μέγεθος κατά την παρακολούθησή της.

IPMNs και διαγνωστικό ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα

Το διαγνωστικό EUS επιτελεί αρκετούς ρόλους στην προσέγγιση του IPMN. Εν πρώτοις, **ισχυροποιεί τη διάγνωση**. Ο παγκρεατικός πόρος είναι διατεταμένος (συνήθως > 1 εκ στο MDT-IPMB, >5 χιλ στο BDT-IPMN), με παρουσία βλήννης και επικοινωνεί με την κύστη. Η επικοινωνία κύστης-πόρου είναι πολύ ισχυρό διαγνωστικό κριτήριο, ούτως ώστε ακόμα και επί απουσίας διάτασης του πόρου, από μόνη της δηλώνει BDT-IPMN. Το EUS είναι ισοδύναμο με την MRI/MRCP στην ανίχνευση επικοινωνίας κύστης-παγκρεατικού πόρου. Η επικοινωνία αυτή, μολονότι βασικό γνώρισμα των IPMNs, δεν είναι εφικτό να απεικονισθεί σε όλες τις περιπτώσεις στο EUS και στην MRCP.

Βασικό απεικονιστικό κριτήριο είναι η παρουσίας μίας (συνήθως στην κεφαλή) ή περισσότερων κύστεων εντός του παρεγχύματος (οι περισσότερες της μιας κύστεων συνηγορούν υπέρ BDT-IPMN). Η κύστη είναι άνηχη ή υποηχογενής, λεπτοτοχωματική ή χωρίς τοίχωμα. Είναι συνήθως μονόχωρη, αλλά ενδέχεται να είναι πολύχωρη, διαχωριζόμενη από διαφράγματα, ενίοτε ακανόνιστα. Είναι πιθανόν να ελέγχονται τοιχωματικά οζίδια (ηχογενή στοιχεία με ακανόνιστο περίγραμμα) ή βύσματα βλήννης (ομαλού περιγράμματος με υπερηχογενές χείλος και υποηχογενή πυρήνα). Η παρουσία συμπαγούς στοιχείου εντός της κύστης (όπως τοιχωματικά οζίδια) ή σε συνέχεια με αυτή θέτει την υποψία κακοήθους εξαλλαγής.



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ (EUS)

ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΠΟΡΙΚΩΝ ΘΗΛΩΔΩΝ-ΒΛΕΝΝΩΔΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ (IPMNS) ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Η παρουσία τοιχωματικού οζιδίου συνήθως απουσιάζει από τα BDT-IPMNs, και, όπως θα δειχθεί πιο κάτω, η εύρεσή του ειδικά όταν πληρούνται συγκεκριμένες συνθήκες, είναι ισχυρή ένδειξη κακοήθους εξαλλαγής.

Το EUS είναι ιδιαίτερος χρήσιμο στη **διαφορική διάγνωση** από τις λοιπές κυστικές αλλοιώσεις του παγκρέατος. Μία κύστη χωρίς τοίχωμα, χωρίς διαφράγματα, χωρίς τοιχωματικά οζίδια, με συνοδά χαρακτηριστικά παγκρεατίτιδας στο παρέγχυμα δηλώνει ψευδοκύστη. Πολλαπλές μικροκύστες (< 3 mm) με υγρό περιεχόμενο εντός σαφώς περιγεγραμμένης κυστικής βλάβης, άνηχης ή υπόνηχης, που δημιουργούν εικόνα μελικυρήθρας, με ή χωρίς κεντρική ουλή, με παγκρεατικό πόρο φυσιολογικής διαμέτρου συνηγορούν υπέρ ορώδους κυσταδενώματος. Άνηχη, ή μικτής ηχογένειας μονόχωρη ή πολύχωρη κυστική αλλοίωση με παχύ τοίχωμα και διαφράγματα είναι συμβατή με κυστικό νευροενδοκρινές νεόπλασμα.

Η σημαντικότερη κλινικά διαφορική διάγνωση είναι μεταξύ του IPMN και του βλεννώδους κυσταδενώματος/κυσταδενοκαρκινώματος, το οποίο επίσης παρουσιάζει μονήρη κύστη με ορατό τοίχωμα, διαφράγματα ποικίλου πάχους και ενίοτε ακανόνιστα, το περιεχόμενο της κύστης είναι άνηχο ή υποηχογενές, ενώ συχνά αναδεικνύεται τοιχωματικό οζίδιο. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό που το διαφοροποιεί από το IPMN είναι η απουσία επικοινωνίας της κύστης με τον παγκρεατικό πόρο, και, δευτερευόντως το παχύ τοίχωμα της κύστης, το οποίο ενδέχεται να είναι επασβεστωμένο. Είναι συχνά πιο ευχερές να χαρακτηρίσουμε υπερηχογραφικά ένα κυστικό νεόπλασμα ως βλεννώδους φύσης (βλεννώδες κυσταδένωμα ή IPMN), χωρίς να διευκρινίσουμε τον ακριβή τύπο του και να καταλήξουμε στην οριστική διάγνωση με το πόρισμα της ανάλυσης του υλικού της κύστης (FNA).

Τέλος, η διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλαμβάνει την χρόνια παγκρεατίτιδα, λόγω της διάτασης του παγκρεατικού πόρου και της συχνής παρουσίας κύστεων, η οποία όμως μπορεί να αποκλεισθεί από το φυσιολογικό παγκρεατικό παρέγχυμα και την χαρακτηριστική παρουσία βλάννης.

Με το EUS είναι εφικτός με μεγάλη ακρίβεια ο προεγχειρητικός καθορισμός του τύπου του IPMN. Τα υπερηχογραφικά σημεία στα MDT-IPMNs περιλαμβάνουν την διάχυτη ή την εντοπισμένη διάταση του κύριου παγκρεατικού πόρου, συνήθως > 1 εκ, με ακανόνιστο περίγραμμα του πόρου και με παρουσία τοιχωματικού οζιδίου που προβάλλει από τον πόρο στον αυλό ή/και παρουσία βλάννης εντός του αυλού. Σε μεγάλη διάταση, τα τοιχωματικά οζίδια είναι δυσδιάκριτα. Αξίζει να τονισθεί πως ο πόρος είναι κυστικά διατεταμένος, χωρίς ωστόσο να απεικονίζεται αληθής, σαφώς περιγεγραμμένη παγκρεατική κύστη (εικόνα 1). Το προσθιοπλάγιο γραμμικό (linear) ηχοενδοσκόπιο μπορεί να γίνει ορατό ένα από τα χαρακτηριστικότερα ενδοσκοπικά ευρήματα των IPMNs, δηλαδή το ευρύ, ανοικτό και διατεταμένο φύμα του Vater, απότοκο της αυξημένης παραγωγής και αποβολής βλάννης στο δωδεκαδάκτυλο (ανευρίσκεται στο 25% των περιπτώσεων).

Τα υπερηχογραφικά σημεία στα BDT-IPMNs περιλαμβάνουν την παρουσία μίας ή περισσότερων παγκρεατικών κύστεων, οι οποίες πληρούνται με βλάννη και επικοινωνούν με τον κύριο παγκρεατικό πόρο (εικόνα 2). Οι πολύ μικρής διαμέτρου παγκρεατικοί πόροι δεν απεικονίζονται φυσιολογικά στο EUS και η διάτασή τους στα επίπεδα των 3 χιλ, που αρχίζουν να γίνονται



Εικόνα 1. MDT-IPMN με σημαντική διάταση του κύριου παγκρεατικού πόρου (αστερίσκος).

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ (EUS)
ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΠΟΡΙΚΩΝ ΘΗΛΩΔΩΝ-ΒΛΕΝΝΩΔΩΝ
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ (IPMNS) ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ



Εικόνα 2. Πολύχωρη κύστη σε BDT-IPMN, που επικοινωνεί με τον παγκρεατικό πόρο.

ορατά στο EUS, εκλαμβάνεται ως παγκρεατικός πόρος φυσιολογικής διαμέτρου. Συνεπώς, στα BDT-IPMN ο παγκρεατικός πόρος απεικονίζεται είτε ηπίως (< 6 χιλ) διατεταμένος είτε με φυσιολογική διάμετρο (εικόνα 3). Οι κύστεις είναι μονόχωρες ή πολύχωρες (σαν τσαμπί από σταφύλι, εικόνα 2), ενδέχεται να περιέχουν ακανόνιστα ή πεπαχυσμένα διαφράγματα, ενώ σε μερικές περιπτώσεις λαμβάνουν σωληνοειδή μορφή. Ποικίλλουν σε μέγεθος, μπορεί να είναι μεγάλες (> 3 εκ). Σε μερικές περιπτώσεις αναδεικνύονται τοιχωματικά οζίδια (εικόνα 4).

Τα υπερηχογραφικά σημεία στα μικτού τύπου IPMNs συνδυάζουν τα χαρακτηριστικά και των δύο τύπων, με κύστεις στο πάγκρεας (λόγω διάτασης μικρών πόρων)



Εικόνα 3. BDT-IPMN με παγκρεατικό πόρο φυσιολογικής διαμέτρου.

που επικοινωνούν με τον αξιοσημείωτα (συνήθως > 1 εκ) διατεταμένο κύριο παγκρεατικό πόρο, ο οποίος περιέχει θηλώδη ανάπτυξη κυλινδρικού επιθηλίου (τοιχωματικό οζίδιο).

Η διάκριση των καλοήθων από τα κακοήθη IPMNs: Ο ρόλος των σκιαγραφικών

Η πλειονότητα των IPMNs είναι καλοήθη. Εντούτοις, λόγω της επιθετικής φύσης και ιστολογίας των MDT και μικτών IPMNs (έχουν μεγάλη πιθανότητα να φέρουν διηθητικό καρκίνο), στους χειρουργήσιμους ασθενείς με MDT/μικτά IPMNs συστήνεται χειρουργική εξαίρεση των νεοπλασμάτων, ακόμα και όταν δεν αναδεικνύονται παράγοντες κινδύνου για κακοήθεια. Οι παράγοντες κινδύνου είναι οι ακόλουθοι: εύρος του κύριου παγκρεατικού πόρου άνω του 1 εκ, τοιχωματικά οζίδια ύψους άνω του 1 εκ και πλάγιας επέκτασης άνω του 1,5 εκ, πεπαχυσμένα διαφράγματα μεταξύ των κύστεων, διάμετρος κύστης άνω των 2 εκ, παρουσία ικτερού, σακχαρώδους διαβήτη ή άλλων συμπτωμάτων.

Η μεγάλη κλινική σημασία στην διαφορική διάγνωση καλοήθων από κακοήθη IPMNs αφορά στα BDT-IPMNs, λόγω αφενός μεν του χαμηλού ποσοστού ευρισκόμενης κακοήθειας (διηθητικής ή μη), αφετέρου δε της μικρής ετήσιας εξαλλαγής των καλοήθων μορφών (2-3%). Τα IPMNs χωρίς παράγοντες κινδύνου για κακοήθεια παρακολουθούνται. Σε αντίθετη περίπτωση, συστήνε-



Εικόνα 4. Τοιχωματικό οζίδιο σε BDT-IPMN.



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ (EUS)

ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΠΟΡΙΚΩΝ ΘΗΛΩΔΩΝ-ΒΛΕΝΝΩΔΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ (IPMNS) ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

ται χειρουργική εξαίρεση. Παράγοντες κινδύνου για κακοήθεια στα BDT-IPMNs αποτελούν: η διάμετρος του παγκρεατικού πόρου άνω των 6 χιλ, τοιχωματικά οζίδια άνω του 1 εκ, ακανόνιστα ή πεπαχυσμένα διαφράγματα, εστιακές υποηχογενείς περιοχές μέσα στην κύστη, διάμετρος της κύστης άνω των 3 εκ, ο ρυθμός αύξησης της διαμέτρου της κύστης άνω των 2 χιλ ανά έτος και η αύξηση του Ca 19-9 του ορού.

Το αυξημένο μέγεθος της κύστης σχετίζεται με την πιθανότητα κακοήθειας. Παρά ταύτα, όταν η αυξημένων διαστάσεων κύστη δεν συνοδεύεται από λοιπούς παράγοντες κινδύνου, επιλέγεται η τακτική της επιτήρησης. Επιπλέον, το μέγεθος συναξιολογείται με την ηλικία. Έτσι, σε ασθενείς κάτω των 65 ετών, IPMN κύστη άνω των 2 εκ είναι υποψήφια για χειρουργική εξαίρεση, ενώ σε ασθενείς άνω των 65 ετών κύστη άνω των 3 εκ, χωρίς τοιχωματικά οζίδια επιλέγεται να επιτηρείται.

Από τους αναφερθέντες παράγοντες κινδύνου για κακοήθεια, ο σημαντικότερος θεωρείται το τοιχωματικό οζίδιο. Για τα τοιχωματικά οζίδια, το EUS θεωρείται η πιο ευαίσθητη απεικονιστική μέθοδος (ευαισθησία 100%). Η διαγνωστική ακρίβεια, θετική προγνωστική και η ειδικότητα όμως παραμένουν χαμηλές (72%, 50% και 61% αντίστοιχα), κυρίως, λόγω αδυναμίας διάκρισης των τοιχωματικών οζιδίων από τα βύσματα βλάννης με το EUS.

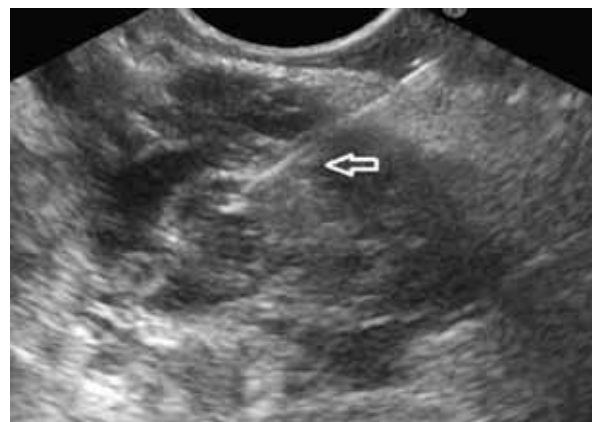
Το κενό αυτό έρχεται να καλύψει η εισαγωγή στην κλινική πράξη των ενδοφλέβιων σκιαγραφικών (**contrast-enhanced EUS, CE-EUS**), τα οποία αποτελούν μικροφουσαλίδες με διάφορες χημικές ουσίες, όπως η γαλακτόζη (levonist) και το θειϊκό εξαφλουορίδιο (sononue). Το σκιαγραφικό ενισχύει προσωρινά την μικροκυκλοφορία του παγκρέατος και προσλαμβάνεται από το τοιχωματικό οζίδιο, το οποίο, ως αδένωμα, δέχεται αιματική ροή, ενώ δεν προσλαμβάνεται από το μη αγγειούμενο βύσμα βλάννης. Η παρουσία τοιχωματικού οζιδίου που ενισχύεται με το CE-EUS πιθανότατα αντιπροσωπεύει κακοήγη εξαλλαγή (υψηλόβαθμη δυσπλασία ή διηθητικό καρκίνωμα), ενώ επιπλέον χαρακτηριστικά στο CE-EUS αυξάνουν σοβαρά την πιθανότητα το καρ-

κίνωμα να είναι διηθητικό (ύψος οζιδίου άνω των 8,8 χιλ, θηλώδης ή διηθητική μορφολογία οζιδίου). Μελέτη του 2013 σε 17 ασθενείς έδειξε πως η ευαισθησία, η ειδικότητα, η θετική προγνωστική αξία, η αρνητική προγνωστική αξία και η ακρίβεια του CE-EUS στην ανίχνευση των τοιχωματικών οζιδίων στα IPMNs είναι 100%, 80%, 92%, 100% και 94% αντίστοιχα. Επιπλέον, σε αναδρομική μελέτη με 50 ασθενείς που αφορούσε στην πενταετία 2009-2014, τα αντίστοιχα ποσοστά πλησίαζαν ιδανικές τιμές (100%, 97%, 93%, 100%, 98%).

EUS-FNA (endoscopic ultrasound - fine needle aspiration)

Τα υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά της παγκρεατικής κύστης στο EUS επιτυγχάνουν ευαισθησία 50% στην ακριβή διάγνυσή της. Η κατευθυνόμενη και στοχευμένη λήψη υλικού της παγκρεατικής κύστης σε πραγματικό χρόνο με λεπτή βελόνη, εντόνως υπερηχογενή, προκειμένου να διακρίνεται σαφώς υπερηχογραφικά (εικόνα 5) μέσω του EUS γραμμικής σάρωσης (linear EUS) προσφέρει τη δυνατότητα ορθής διάγνωσης σε υποψία IPMN. Η προτεινόμενη διάσταση της λεπτής βελόνης είναι η 19G για τη διαγαστρική και η 21G και η 25G για τη διαωδεκαδακτυλική προσέγγιση (EUS-FNA).

Το υλικό της κύστης χρησιμοποιείται αρχικά για κυτταρολογική εξέταση (πλακάκι, κυτταρολογία υγρής



Εικόνα 5: Λήψη υλικού με λεπτή βελόνη (βέλος) σε MDT-IPMN.

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ (EUS)
ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΠΟΡΙΚΩΝ ΘΗΛΩΔΩΝ-ΒΛΕΝΝΩΔΩΝ
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ (IPMNS) ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ



φάσης). Η παρουσία κυτταρολόγου κατά την επιτέλεση του EUS και η επί τόπου αξιολόγηση (RODE, rapid on-site evaluation) επιτρέπει στον ενδοσκόπο να κάνει 2 ή περισσότερες λήψεις, ανάλογα με την καταλληλότητα του δείγματος. Το EUS-FNA επιδεικνύει υψηλή ειδικότητα (93%), αλλά χαμηλή ευαισθησία (54%) στη διαφορική διάγνωση μεταξύ βλεννωδών και μη βλεννωδών παγκρεατικών κύστεων.

Η παρουσία βλέννης κυριαρχεί στο υλικό. Η περιορισμένη κυτταροβρίθεια του υγρού περιορίζει την ευαισθησία της κυτταρολογικής εξέτασης στα IPMNs στο 82%. Τα κύτταρα είναι βλεννώδη κυλινδρικά, επιθηλιακά, με διαφόρου βαθμού ατυπία, μεμονωμένα ή υπό μορφή θηλών, ενώ τα φλεγμονώδη κύτταρα είναι λιγοστά. Το κυτταρολογικό υλικό μπορεί να επεξεργασθεί περαιτέρω με ανοσοϊστοχημικές χρώσεις ειδικές για τις βλεννίνες 1, 2, 5A, 5AC και 6, οι οποίες συνήθως είναι θετικές. Το πρότυπο του συνδυασμού των χρώσεων αυτών δίνει ενδείξεις για τον ιστολογικό τύπο των κυττάρων προέλευσης. Η ειδικότητα και η θετική προγνωστική αξία της κυτταρολογικής εξέτασης (EUS-FNA) στα IPMNs είναι 100%, ενώ η αρνητική προγνωστική αξία και η ακρίβεια είναι 94% και 92% αντίστοιχα.

Εξαιτίας της πολύ μικρής πιθανότητας περιτοναϊκής διασποράς των καρκινικών κυττάρων με την παρακέντηση του υγρού των παγκρεατικών κύστεων, με χαρακτήρες βλεννώδους νεοπλάσματος, προτείνεται από κάποιους ειδικούς (κυρίως στην Ιαπωνία), να μην επιχειρείται η παρακέντηση του υγρού στις περιπτώσεις που τα συμπαγή στοιχεία (τοιχωματικό οζίδιο, πεπαχυσμένο τοίχωμα παγκρεατικού πόρου) είναι προσβάσιμα, και να λαμβάνεται κυτταρολογικό υλικό (EUS-FNA) από τα τελευταία, αποφεύγοντας την παρακέντηση του υγρού. Παρά ταύτα, οι επιφυλάξεις αυτές δεν υιοθετούνται από όλους τους ειδικούς.

Το υγρό που αναρροφάται διά της FNA χρησιμοποιείται επιπλέον για την ανίχνευση του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου και αμυλάσης. Η συγκέντρωση του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA) στο υγρό χρησιμοποιείται

κυρίως για τη ΔΔ μεταξύ βλεννωδών και μη βλεννωδών νεοπλασμάτων: τα όρια των 192 ng/mL και των 800 ng/mL προσφέρουν ευαισθησία 75% και 48% και ειδικότητα 84% και 98% αντίστοιχα. Τιμές άνω από 400 ng/mL διακρίνουν με ειδικότητα σχεδόν 100% τα βλεννώδη νεοπλάσματα από της ψευδοκύστεις.

Τα IPMNs χαρακτηρίζονται από αυξημένες τιμές CEA στο κυστικό υγρό. Γενικά τα επίπεδα του CEA είναι δόκιμο να εκτιμώνται με περίσκεψη στην προσέγγιση των IPMNs και πρέπει να συναναξιολογούνται με τα λοιπά δεδομένα, υπερηχογραφικά και κλινικά. Για παράδειγμα, ο συνδυασμός CEA > 30 ng/mL και τοιχωματικού οζιδίου άνω των 5 χιλ παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με κακοήθεια σχετιζόμενη με IPMN. Αν και οι περισσότερες έρευνες συμφωνούν πως τα επίπεδα του CEA είναι χρήσιμα για τη διάγνωση και όχι για την πρόγνωση των IPMNs, πρόσφατη Ιαπωνική έρευνα από σε 286 χειρουργημένους ασθενείς έδειξε συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων CEA και διηθητικού καρκινώματος που σχετίζεται με IPMNs. Ωστόσο, μελέτη του 2012 έδειξε πως, για το όριο των 200 ng/mL η ευαισθησία, η ειδικότητα, θετική προγνωστική αξία, η αρνητική προγνωστική αξία και η ακρίβεια του CEA για την ανίχνευση κακοήθειας σχετιζόμενης με τα IPMNs είναι χαμηλή (52,4%, 42,3%, 42,3%, 52,4% και 46,8% αντίστοιχα).

Η αμυλάση του υγρού της παγκρεατικής κύστης ευρίσκεται τυπικά αυξημένη, σε τιμές που ποικίλλουν, στα IPMNs (60% του συνόλου), λόγω της επικοινωνίας της με το σύστημα των πόρων. Πρακτικά, τιμές αμυλάσης κάτω από των 250 U/L αποκλείουν την επικοινωνία κύστης-πόρου. Στην ΔΔ από ψευδοκύστη (τιμές αμυλάσης τυπικά άνω των 250 U/L) βοηθά η απουσία CEA στις μη επιμολυνθείσες ψευδοκύστεις.

Περιλαμβάνοντας τις προαναφερθείσες παραμέτρους, η ευαισθησία, η ειδικότητα και η ακρίβεια του EUS-FNA για την ταυτοποίηση της κακοήθειας εντός των IPMNs απέχουν από το να θεωρούνται ιδανικές: τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 75%, 91% και 86%.



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ (EUS)

ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΠΟΡΙΚΩΝ ΘΗΛΩΔΩΝ-ΒΛΕΝΝΩΔΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ (IPMNs) ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Γενετική ανάλυση στα IPMNs

Τα τελευταία χρόνια, η μοριακή ανάλυση (DNA ανάλυση) του υγρού της παγκρεατικής κύστης έχει βοηθήσει σημαντικά στην διάγνωση της φύσης της κύστης αλλά και στην εκτίμηση της πιθανότητας εξέλιξης σε διηθητικό καρκίνωμα. Στο υγρό ελέγχεται η παρουσία μεταλλάξεων σε ογκογονίδια (KRAS, GNAS, BRAF, RNF43), σε ογκοκατασταλτικά γονίδια (TP53, p16, SMAD4, NOTCH1) καθώς και μερικοί πολυμορφισμοί μονήρους νουκλεοτιδίου (SNPs), όπως πχ για χρωμοσωμική περιοχή 8q24. Η αναζήτηση των γενετικών μοριακών τροποποιήσεων δεν γίνεται μεμονωμένα, αλλά σε μορφή συνδυασμών (molecular panels), χρησιμοποιώντας την αλληλούχιση νεώτερης γενιάς (next generation sequencing). Είναι τεχνική αυξημένου κόστους, και δεν έχει ακόμη εφαρμογή στην κλινική πράξη, εκτός από εξειδικευμένα κέντρα.

Οι χρησιμότεροι δείκτες στη διάγνωση των IPMNs είναι οι σημειακές μεταλλάξεις στο KRAS και στο GNAS. Οι μεταλλάξεις αυτές είναι συνηγορητικές της βλενώδους φύσης του νεοπλάσματος (IPMN/βλεννώδες κυσταδένωμα). Η ευαισθησία τους είναι χαμηλή: στο 48% των καλοήθων IPMNs υπάρχει σημειακή μετάλλαξη στο KRAS, ενώ η μετάλλαξη GNAS έχει ανιχνευθεί σε περισσότερα από το 60% των IPMNs. Συνδυαστικά όμως, η μία ή οι δύο αυτές μεταλλάξεις ανευρίσκονται στο 90% των IPMNs, χωρίς να μπορούν να διακρίνουν τα καλοήθη από τα κακοήθη IPMNs. Η μετάλλαξη του GNAS είναι ειδικότερη για τα IPMNs σε σχέση με αυτή του KRAS.

Το πρωτοογκογονίδιο KRAS μεταλλάσσεται σε πρώιμο στάδιο στην αλληλουχία παγκρεατικού αδενώματος-καρκινώματος και η μετάλλαξή του δεν διακρίνει την καλοήθη από την κακοήθη φύση του νεοπλάσματος ούτε σχετίζεται με το μέγεθος του IPMN. Μετάλλαξη KRAS ανιχνεύεται δυνητικά και στη χρόνια παγκρεατίτιδα. Η ομόζυγη απενεργοποίηση του KRAS (σημειακή μετάλλαξη σε συνδυασμό με απώλεια της ετεροζυγωτίας) έχει ειδικότητα 96% για τα βλενώδη νεοπλάσματα.

Η ανίχνευση μετάλλαξης KRAS βρίσκει κλινική εφαρμογή σε περιπτώσεις ασαφών κυτταρολογικών δεδομένων ή σε χαμηλόβαθμη δυσπλασία, στις οποίες αυξάνει σημαντικά την ευαισθησία της πρόβλεψης συνυπάρχουσας κακοήθειας (92%), ευαισθησία που δεν αυξάνει περαιτέρω, όταν ανιχνευθεί και η μετάλλαξη GNAS. Επί υψηλόβαθμης δυσπλασίας και υπερηχογραφικών παραγόντων κινδύνου για κακοήθεια, η ανίχνευση της μετάλλαξης βοηθά μεν στην εκτίμηση της σοβαρότητας, εφόσον προδικάζει κακοήθεια στο 80% των περιπτώσεων, χωρίς όμως να επηρεάζει τη λήψη σημαντικών θεραπευτικών αποφάσεων.

Στα κέντρα, που η μοριακή ανάλυση είναι εφικτή, η πρακτική είναι να μην χρησιμοποιείται η μοριακή ανάλυση του υγρού της παγκρεατικής κύστης ούτε μεμονωμένα ούτε αδιάκριτα να για τη διάγνωση των IPMNs. Αντιθέτως, συνιστάται να αναζητείται και να συναξιολογείται η σημειακή μετάλλαξη στο KRAS στην υποομάδα των ασθενών με IPMNs που πληρούν τα κριτήρια για παρατεταμένη επιβίωση.

Κατευθυνόμενη βιοψία διά του ενδοσκοπικού υπερήχου (EUS-FNB)

Προκειμένου να υπερβούμε το εμπόδιο της μειωμένης κυτταροβρίθειας του υγρού της κύστης στα IPMNs, συμπληρωματικά με την λήψη υγρού υλικού, είναι εφικτό να ληφθούν βιοψίες (fine needle biopsies) από τα συμπαγή στοιχεία της κύστης (τοιχωματικά οζίδια, τοίχωμα της κύστης, ειδικά όταν είναι πεπαχυσμένο, συμπαγή στοιχεία σε επαφή με την κύστη). Το βιοπτικό υλικό λαμβάνεται περνώντας πολύ λεπτή λαβίδα βιοψίας, μέσα από βελόνες 19G (spring-loaded 19-gauge true cut biopsy) και κατευθύνοντάς την με υπερηχογραφική καθοδήγηση σε πραγματικό χρόνο στον ιστό-στόχο. Η μικρολαβίδα που χρησιμοποιείται (Moray Microforceps) έχει μήκος 230 εκ, πάχος 0,8 χιλ και άνοιγμα σιαγόνων 4,3 χιλ.

Οι σειρές που έχουν δημοσιευθεί μέχρι σήμερα αναφέρονται σε μικρό αριθμό περιστατικών. Τα πρώτα συμπεράσματα είναι ενθαρρυντικά: η λήψη βιοψίας

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ (EUS)
ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΠΟΡΙΚΩΝ ΘΗΛΩΔΩΝ-ΒΛΕΝΝΩΔΩΝ
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ (IPMNS) ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ



αυξάνει τις περιπτώσεις ακριβούς διάγνωσης των IPMNs, ειδικά των κακοήθων μορφών αυτών και βελτιώνει την αντιμετώπισή τους και τη διασφραγιστική κινδύνου. Ωστόσο, δεν προσφέρει στατιστικά σημαντικό πλεονέκτημα στη διάκριση των βλεννώδων από τα μη βλεννώδη νεοπλασμάτα και οι επιπλοκές της EUS-FNB δεν είναι σπάνιες (11%), δεδομένα που καθιστούν τις προοπτικές μελέτες απαραίτητες για τον καθορισμό του ρόλου της κατευθυνόμενης βιοψίας στη διάγνωση και την αντιμετώπιση των IPMNs στο μέλλον.

Σύγχρονες προεκτάσεις του EUS στη διάγνωση των IPMNs

Το **ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (intraductal ultrasonography, IDUS)** χρησιμοποιεί λεπτούς καθετήρες (5-10 Fr), υψηλής συχνότητας (12-30 MHz), οι οποίοι εισάγονται στον παγκρεατικό πόρο κατά την ERCP είτε μέσω οδηγού σύρματος, είτε απ' ευθείας. Λόγω των εγγενών μειονεκτημάτων της μεθόδου (απαιτείται διάμετρος πόρου άνω των 6 χιλ, λόγω της μεγάλης συχνότητας των ηχοκαθετήρων δεν εκτιμώνται αλλοιώσεις που βρίσκονται σε απόσταση από το επιθήλιο του πόρου), το IDUS χρησιμοποιείται, στα κέντρα που είναι διαθέσιμο, μόνο για την προεγχειρητική αξιολόγηση των IPMNs (ακριβής εντόπιση στον παγκρεατικό πόρο, διάκριση των καλοήθων από τα κακοήθη).

Η κατευθυνόμενη διά βελόνης (22G) ενδομικροσκοπηση καθοδηγούμενη με ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα [**EUS needle-based Confocal Laser Endomicroscopy, EUS-nCLE**] επιτρέπει την *in vivo* αξιολόγηση των μικροσκοπικών χαρακτηριστικών του τοιχώματος της παγκρεατικής κύστης, επιτυγχάνοντας μεγέθυνση της εικόνας κατά 1000 φορές. Η μέθοδος παραμένει πειραματική, διαθέσιμη σε ελάχιστα κέντρα και αναμένει τον ακριβή ρόλο της στη διάγνωση των IPMNs στο μέλλον.

Το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα στην στρατηγική των IPMNs

Τα κυστικά νεοπλασμάτα του παγκρέατος με ισχυρή υποψία για IPMNs είναι επιβεβλημένο να αντιμετωπίζο-

νται από ομάδα εξειδικευμένων ιατρών (multidisciplinary approach). Συνήθως τα IPMNs διαγιγνώσκονται από το συνδυασμό κλινικών, υπερηχογραφικών δεδομένων, καθώς και αυτών που απορρέουν από την επεξεργασία του υγρού διά της κύστης, παρά βάσει ιστολογικής διάγνωσης. Οι διάφορες διαθέσιμες κατευθυντήριες οδηγίες (Ευρωπαϊκές, Ιαπωνικές, American College of Gastroenterology, American Gastroenterological Association, International Association of Pancreatology) προσφέρουν μικτούς αλγόριθμους (διαγνωστικούς και θεραπευτικούς) αναφορικά με τα κυστικά νεοπλασμάτα με αρχική διάγνωση εργασίας "IPMN": πώς αντιμετωπίζονται, πότε χειρουργούνται και πότε επιτηρούνται. Επίσης διαβαθμίζουν τον κίνδυνο ανάπτυξης κακοήθειας και προτείνουν εύλογα μεσοδιαστήματα επιτήρησης, καθορίζοντας την προσφορότερη διαγνωστική μέθοδο. Διαφέρουν μεταξύ τους στην επιλογή των ασθενών, στην ομάδα των ειδικών ιατρών που επιτηρούν τον ασθενή, στις μεταβλητές που παρακολουθούνται, στην αρχική προσέγγιση, στη μακροχρόνια παρακολούθηση, στην ευαισθησία και την ειδικότητα χειρουργικής αντιμετώπισης για πιθανολογούμενο καρκίνο που σχετίζεται με IPMN.

Στις κατευθυντήριες οδηγίες που αναφέρονται αποκλειστικά στα IPMNs (Fukuoka 2012, αναθεώρηση 2017), το EUS με χωρίς FNA διενεργείται επί ύποπτων σημείων στην MRI/MRCP, ως προαναφέρθη. Στο EUS-FNA, τα **υψηλού ρίσκου στίγματα** θεωρούνται η διάταση του παγκρεατικού πόρου άνω του 1 εκ, τα τοιχωματικά οζίδια που ενισχύονται με το ενδοφλέβιο σκιαγραφικό και ο αποφρακτικός ίκτερος. Σε συμφωνία με τις συστάσεις της Fukuoka, οι Ευρωπαϊκές οδηγίες του 2015 κατατάσσουν τα πιο πάνω χαρακτηριστικά (μαζί με την παρουσία συμπαγούς στοιχείου και την κυτταρολογική εξέταση του υγρού θετική για υψηλόβαθμη δυσπλασία ή κακοήθεια) ως τις απόλυτες ενδείξεις για χειρουργική επέμβαση στα IPMNs. Σε περίπτωση που τα στίγματα αυτά απουσιάζουν, τότε διενεργείται MRI/MRCP σε 6 μήνες. Η εφαρμογή των οδηγιών της Fukuoka είναι πιθανόν να οδηγήσει με μεγαλύτερο αριθμό καλοήθων εκτομών και σε λιγότερες περιπτώσεις αδιάγνωστων κακοηθειών.



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ (EUS)

ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΠΟΡΙΚΩΝ ΘΗΛΩΔΩΝ-ΒΛΕΝΝΩΔΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ (IPMNS) ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Ο απώτερος σκοπός της μακροχρόνιας επιτήρησης είναι αφενός η ανίχνευση της κακοήθους εξαλλαγής της αρχικά καλοήθους αλλοίωσης και αφετέρου η έγκαιρη διάγνωση συνυπάρχοντος αδενοκαρκινώματος στο φαινομενικά υγιές παρέγχυμα. Σε όλες τις κατευθυντήριες οδηγίες, το EUS αξιολογείται ως πολύτιμο διαγνωστικό εργαλείο στη διάγνωση και την επιτήρηση, διότι αξιολογεί λεπτομερώς τις παραμέτρους της βλάβης (μέγεθος κύστεων, συμπαγή στοιχεία, τοιχωματικά οζίδια, πάχος διαφραγμάτων, επικοινωνία με τον παγκρεατικό πόρο, σημεία ύποπτα κακοήθειας), αλλά και εξετάζει και το λοιπό παγκρεατικό παρέγχυμα για ενδεχόμενα παθολογικά ευρήματα.

Εάν τα ανησυχητικά σημεία απουσιάζουν στην αρχική MRI/MRCP, τότε η παρακολούθηση του IPMN εξαρτάται από το μέγεθος της μεγαλύτερης κύστης. Εάν το μέγεθος της κύστης είναι κάτω του 1 εκ, η παρακολούθηση γίνεται με MRI ανά 2ετία για 4 έτη, εάν είναι 1-2 εκ, η MRI διενεργείται ανά έτος επί 3ετία. Στις περιπτώσεις αυτές, το EUS/FNA έχει θέση μόνο εάν το μέγεθος της υπό επιτήρηση κύστης αυξηθεί περισσότερο από 2 χιλ ανά έτος, οπότε και το EUS/FNA γίνεται εντός 6μήνου.

Εάν τα ανησυχητικά σημεία απουσιάζουν στην αρχική MRI/MRCP και η κύστη έχει μέγεθος 2-3 εκ, διενεργείται MRI ή EUS ανά 6-12 μήνες για 3 έτη. Εάν το μέγεθος είναι άνω των 3 εκ, η επιτήρηση γίνεται ανά 6 μήνες, αλληλοδιαδόχως με EUS και MRI. Σε αμφότερες τις περιπτώσεις η επιτήρηση της σταθερής σε μέγεθος κύστης συνεχίζεται με MRI/EUS για 4 χρόνια, ενώ σε συνθήκη αύξησης της διαμέτρου με ρυθμό άνω των 2 χιλ ανά έτος, διενεργείται EUS-FNA. Οποιαδήποτε χρονική στιγμή κατά την επιτήρηση ανευρεθούν στίγματα υψηλού κινδύνου, ο ασθενής εξετάζεται από την ομάδα των ειδικών, με ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση.

Η θέση του ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος στην αντιμετώπιση των IPMNs

Σε ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου ή σε ασθενείς που αρνούνται να χειρουργηθούν είναι εφικτό

να επιχειρηθεί η καταστροφή (ablation) της κύστης/ των κύστεων στα IPMNs με αιθανόλη ή/και paclitaxel. Ο μηχανισμός δράσης του παράγοντα καταστροφής είναι η εξάλειψη της πηγής της κακοήθους εξαλλαγής, δηλαδή του επιθηλίου της κύστης. Η έγχυση γίνεται διά της βελόνης 22G και το υγρό κατευθύνεται σε πραγματικό χρόνο στο εσωτερικό της κύστης. Στη συνδυασμένη τεχνική, αρχικά αναρροφάται το υγρό της κύστης, ακολούθως ενίεται αιθυλική αλκοόλη 99%, στη συνέχεια αναρροφάται η αιθυλική αλκοόλη και τελικά εγχύεται διάλυμα του χημειοθεραπευτικού paclitaxel. Λόγω της διαφυγής του παράγοντα καταστροφής προς τους επικοινωνούντες πόρους, το ποσοστό επιτυχούς εξαφάνισης της κύστης στα IPMNs με αιθανόλη είναι απαγορευτικά μικρό (11%), ενώ με το συνδυασμό αιθανόλης/paclitaxel το αντίστοιχο ποσοστό είναι μεγαλύτερο, αλλά όχι ικανοποιητικό (50%). Τέλος, σε σειρές με μικρό αριθμό ασθενών, η καταστροφή των IPMNs με καθετήρα ραδιοσυχνοτήτων (radiofrequency ablation-RFA) έχει δώσει ενθαρρυντικά και διατηρήσιμα αποτελέσματα καταστροφής των κύστεων · η θέση του RFA, ωστόσο, στη θεραπευτική αντιμετώπιση των IPMNs απομένει να διευκρινιστεί στο μέλλον.

Συμπεράσματα

Τα IPMNs αποτελούν μία όλο και συχνότερα διαγιγνωσκόμενη νοσολογική οντότητα, κυρίως λόγω της ανάπτυξης των απεικονιστικών τεχνικών, συμπεριλαμβανομένου του EUS. Η αρχική διάγνωση ή υποψία των IPMNs γίνεται συνήθως με την MRI/MRCP και επιβεβαιώνεται με το EUS. Η προεγχειρητική διάγνωση των IPMN του τύπου του κύριου παγκρεατικού πόρου και του μικτού τύπου είναι απόλυτη ένδειξη για χειρουργική εξαίρεση, λόγω του μεγάλου ποσοστού ανεύρεσης καρκινώματος σε αυτούς. Τα IPMNs των παράπλευρων παγκρεατικών πόρων, επιλέγεται να χειρουργηθούν ή να επιτηρηθούν ανάλογα με την παρουσία ή απουσία στιγμάτων υψηλού κινδύνου ή ανησυχητικών σημείων στο EUS. Το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα είναι αναγκατάστατο εργαλείο στη διαφορική διάγνωση των

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ (EUS)
ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΠΟΡΙΚΩΝ ΘΗΛΩΔΩΝ-ΒΛΕΝΝΩΔΩΝ
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ (IPMNS) ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ



παγκρεατικών κύστεων, στη διάγνωση του IPMN και του τύπου αυτού, συνδυάζοντας ειδικά υπερηχογραφικά μορφολογικά χαρακτηριστικά και δεδομένα από την ανάλυση του υγρού της κύστης (κυτταρολογική εξέταση, ανοσοϊστοχημεία, αμυλάση, CEA και γενετική ανάλυση). Νεώτερες τεχνικές σχετιζόμενες με το EUS, όπως η λήψη ιστολογικού υλικού με μικρολαβίδα που διέρχεται ευχερώς από τη βελόνη παρακέντησης, υποσχονται προόδους στην προεγχειρητική διάκριση των καλοήθων από τα κακοήγη IPMN. Το EUS συμβάλλει στην εκτίμηση της πρόγνωσης, στη διαστρωμάτωση κινδύνου για κακοήθεια, στη στρατηγική αντιμετώπισης και επιτήρησης, αλλά και κάτω από ειδικές συνθήκες, στη θεραπευτική αντιμετώπιση των IMPNs.

Επιλεγμένη βιβλιογραφία

1. Bournet B, Vignolle-Vidoni A, Grand D, et al. Endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration plus KRAS and GNAS mutation in the malignant intraductal mucinous neoplasm of the pancreas. *Endoscopy International Open* 2016; 04: E1228-E1235.
2. Choi JH, Seo DW, Song TJ, et al. Long-term outcomes after endoscopic ultrasound-guided ablation of pancreatic cysts. *Endoscopy*, 2017; 49(9):866-873.
3. Efthymiou A, Podas T, Zacharakis E. Endoscopic ultrasound in the diagnosis of pancreatic intraductal papillary mucinous neoplasms. *World J of Gastroenterol* 2014; 20 (24): 7785-7793.
4. Fernández-Esparrach G, Pellisé M, Solé M, et al. EUS FNA in intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas. *Hepatogastroenterology* 2007; 54:260-264.
5. Harima H, Kaino S, Shinoda S, Kawano M, Suenaga S, Sakaida I. Differential diagnosis of benign and malignant branch duct intraductal papillary mucinous neoplasm during contrast-enhanced endoscopic ultrasonography. *World J Gastroenterol* 2015; 21 (20):6252-6260.
6. Hasan A, Visrodia K, Farrell JJ, Gonda TA. Overview and comparison of guidelines for management of pancreatic cystic neoplasms. *World J Gastroenterol* 2019; 25 (31):4405-4413.
7. Hirono S, Kawai M, Okada KI, et al. Factors Associated With Invasive Intraductal Papillary Mucinous Carcinoma of the Pancreas. *JAMA Surg* 2017; 152 (3): e165054. doi: 10.1001/jamasurg.2016.5054. Epub 2017 Mar 15.
8. Karoumpalis I, Christodoulou DK. Cystic lesions of the pancreas. *Ann Gastroenterol* 2016; 29 (2):155-161.
9. Kohoutova D, Zar S, Repak R, Vlavianos P, Bures J. Pancreatic cysts: Diagnostic Role of EUS-Guided Microforceps Biopsy and Confocal Laser Endomicroscopy. *Gastroenterol Res Pract.* ; 2019: 3431048. <https://doi.org/10.1155/2019/3431048>.
10. Kucera S, Centeno BA, Springett G, et al. Cyst fluid carcinoembryonic antigen is not predictive of invasive cancer in patients with intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas. *JOP* 2012 ; 13 (4) 409-413
11. Lévy P, Rebours V. The Role of Endoscopic Ultrasound in the Diagnosis of Cystic Lesions of the Pancreas. *Visc Med* 2018; 34:192-196.
12. Pagliari D, Saviano A, Serricchio ML, et al. Uptodate in the assessment and management of intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2017; 21: 2858-2874.
13. Suzuki R, Irie H, Takagi T, et al. Prognostic influence of endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration in IPMN-derived invasive adenocarcinoma. *BMC Cancer* 2018; 18 (1):974.
14. Yamashita Y, Ueda K, Itonaga M, et al. Usefulness of contrast-enhanced endoscopic ultrasound sonography for discriminating mural nodules from mucinous clots in intraductal papillary mucinous neoplasm: a single-center prospective study. *J Ultrasound Med* 2013; 32 (1): 61-68.



Η τεχνική νημοσύνη στην πρόγνωση κακοήθειας σε ενδοπορικά θηλώδη-βλεννώδη νεοπλάσματα του παγκρέατος

Τα κυστικά νεοπλάσματα του παγκρέατος ανευρίσκονται συχνά τυχαία σε ολοένα και περισσότερους ασθενείς λόγω της ευρείας χρήσης απεικονιστικών μεθόδων (υπερηχογράφημα, αξονική και μαγνητική τομογραφία). Ιστοπαθολογικά διακρίνονται σε ορώδη, βλεννώδη, ενδοπορικά θηλώδη-βλεννώδη και συμπαγή ψευδοθηλώδη. Τα ενδοπορικά θηλώδη-βλεννώδη (IPMN) αποτελούν την πιο συχνή μορφή παγκρεατικών κυστικών νεοπλασμάτων, διακρίνονται σε αυτά του μείζονος παγκρεατικού πόρου και εκείνα των πλευρικών κλάδων, ενώ είναι δυνατό να εξελιχθούν σε αδενοκαρκίνωμα. Για αυτό το λόγο έχουν αναπτυχθεί κοινά αποδεκτά κριτήρια με βάση τα οποία αναγνωρίζονται όσα IPMN έχουν «ανησυχητικά» απεικονιστικά χαρακτηριστικά, ώστε οι ασθενείς να παραπεμφθούν έγκαιρα για περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η Τεχνητή Νημοσύνη (TN) είναι κλάδος της επιστήμης των ηλεκτρονικών υπολογιστών με αντικείμενο τη σχεδίαση και υλοποίηση συστημάτων με στοιχεία ανθρώπινης συμπεριφοράς όπως η μάθηση, η κατανόηση, η εξαγωγή συμπερασμάτων, η επίλυση προβλημάτων κ.ά. Εργαλείο της TN αποτελούν τα Τεχνητά Νευρωνικά Δίκτυα (ΤΝΔ) που αποτελούνται από μεγάλο αριθμό διασυνδεδεμένων μεταξύ τους υπολογιστικών κόμβων (νευρώνων) που μετά από κατάλληλη «εκπαίδευση» συνεργάζονται προς επίλυση των συγκεκριμένων προβλημάτων που τους τίθενται. Κάθε νευρώνας δέχεται συγκεκριμένο αριθμό δεδομένων (είσοδοι) τα οποία επεξεργάζεται βάσει της «εκπαίδευσης» που έχει προηγουμένως λάβει (με τη μορφή συναρτήσεων) και τελικά αποδίδει το αποτέλεσμα (έξοδος).

Η διεθνής βιβλιογραφία περιλαμβάνει πληθώρα αναφορών σχετικά με τις εφαρμογές των ΤΝΔ στην Ιατρική και ειδικότερα τη Γαστρεντερολογία. Πολύ πρόσφατα δημοσιεύθηκε αναδρομική μελέτη από την Ιαπωνία με την οποία εξετάζεται η χρήση μεθόδων TN στην πρόβλεψη παρουσία κακοήθειας σε IPMN. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε

σε 206 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε παγκρεατεκτομή για ιστολογικά αποδεδειγμένο IPMN και προεγχειρητικά είχαν υποβληθεί σε αξιολόγηση με χρήση ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος (EUS). Οι ψηφιοποιημένες εικόνες από τα EUS (συνολικά 508.160) χρησιμοποιήθηκαν, μετά από κατάλληλη εκπαίδευση του συστήματος, ως είσοδοι, ενώ ως έξοδοι προέκυπταν συνεχείς τιμές από 0 έως 1. Όσο πιο κοντά στο 1 ήταν το αποτέλεσμα, τόσο πιο πιθανό γινόταν το IPMN να ήταν κακόηθες.

Με βάση τα αποτελέσματα, η ευαισθησία, ειδικότητα και διαγνωστική ακρίβεια του ΤΝΔ για τη διάγνωση κακοήθους IPMN ήταν 95,7%, 92,6% και 94%, αντίστοιχα. Μάλιστα, η πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης ανέδειξε την εκτίμηση του ΤΝΔ ως το μόνο ανεξάρτητο παράγοντα για κακόηθες IPMN (odds ratio: 295.16, 95% confidence interval: 14.13–6,165.75, $P < 0.001$). Αξίζει, επίσης, αναφοράς πως η επίδοση του ΤΝΔ ήταν ανώτερη τόσο της εκτίμησης του κλινικού ιατρού όσο και αυτής που βασίζεται στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα ως άνω αποτελέσματα της μελέτης τους, οι συγγραφείς προτείνουν την χρήση των ΤΝΔ στην προεγχειρητική διερεύνηση των παγκρεατικών IPMN. Σε κάθε περίπτωση μεγάλες προοπτικές πολυκεντρικές μελέτες είναι αναγκαίες προτού υπάρξουν τροποποιήσεις στην εφαρμοζόμενη κλινική πρακτική.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Kuwahara T, Hara K, Mizuno N, et al. Usefulness of Deep Learning Analysis for the Diagnosis of Malignancy in Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms of the Pancreas. Clin Transl Gastroenterol. 2019;10:1-8.
2. Tanaka M, Fernández-del Castillo C, Kamisawa T, et al. Revisions of international consensus Fukuoka guidelines for the management of IPMN of the pancreas. Pancreatology 2017;17:738–53.



Εἰς Μνήμην

Νίκος Σκανδάλης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»



Λίγα λόγια και αναμνήσεις για το Νίκο Σκανδάλη

Το 2005 ξεκίνησα την εκπαίδευσή μου στην ειδικότητα της Γαστρεντερολογίας στην κλινική του ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς». Κλινική φημισμένη από χρόνια ως μια από τις καλύτερες και πιο άρτιες γαστρεντερολογικές κλινικές της Ελλάδος. Κι αυτό χάρη στον επί σειρά ετών διευθυντή της, τον αείμνηστο Νίκο Σκανδάλη, που έφυγε πρόσφατα.

Τότε λοιπόν ο Νίκος Σκανδάλης ήταν ήδη χτυπημένος από εγκεφαλικό, με ημιπάρεση, και χρειαζόταν κάποιον να τον υποβαστάζει στο περπάτημά του. Κατέφτανε θυμάμαι κάθε πρωί στις 8.15 με ένα σεμνό ΙΧ αυτοκίνητο που οδηγούσε η γυναίκα του Στάσα. Τον περίμενε ένας από εμάς τους βοηθούς και τον παραλάμβανε για να τον ανεβάσει στο γραφείο του στον πρώτο όροφο. Λίγο αργότερα ανέβαινε στο γραφείο των ιατρών όπου γινόταν η πρώτη φάση της επίσκεψης ημέρας. Στο τέλος έκανε νόημα σε κάποιον από εμάς για να τον σηκώσει και να τον υποβαστάξει κατά την επίσκεψη στους θαλάμους. Θυμάμαι πως ένιωθα υπερήφανος και κολακευμένος τις φορές που ο αείμνηστος μου έκανε εμένα νόημα να τον βοηθήσω να σηκωθεί και να περπατήσουμε «αγκαζέ» στην επίσκεψη, από θάλαμο σε θάλαμο. «Βαστάω τον διευθυντή Σκανδάλη», σκεφτόμουν και ένιωθα σημαντικός.

Δεν πέρασε καιρός και συνειδητοποίησα ότι μάλλον ο Σκανδάλης βαστούσε εμάς και όχι εμείς αυτόν... Γιατί αυτός ο άνθρωπος με τη σπάνια γενναιοδωρία που τον χαρακτήριζε ήταν πρώτα πρώτα μεγάλος Δάσκαλος σε κάθε τι. Βεβαίως πριν από όλα, μας παρέδιδε καθημερινά μαθήματα ιατρικής σκέψης. Μετά και πέρα από αυτό όμως ο αείμνηστος Νίκος Σκανδάλης μας παρέδιδε μαθήματα ζωής: Όταν, παρά το εγκεφαλικό που πέρασε, πάλεψε την φυσική του αποκατάσταση και ξαναγύρισε στη δουλειά του. Όταν, παρά τα κινητικά του προβλήματα, έκανε με επιμέλεια πολύωρη επίσκεψη από θάλαμο σε θάλαμο αντί να κάθεται πίσω από ένα γραφείο. Όταν μας έστελνε με τη σειρά σε όλα τα μεγάλα συνέδρια και σεμινάρια του εξωτερικού. Όταν μας παρακινούσε και μας έβγαζε τους βοηθούς έξω τα βράδια και περνούσαμε καταπληκτικά μαζί του, δείχνοντάς μας ότι η ζωή δεν είναι μόνο δουλειά. Όταν μας διηγούνταν απίθανες ιστορίες, κωμικές και μη, από την πλούσια σε εμπειρίες και γνωριμίες ζωή του. Όταν, ακόμα και όταν συνταξιοδοτήθηκε, μας τηλεφωνούσε στη γιορτή μας για να μας ευχηθεί και να μάθει τα νέα μας. Τέλος, όταν κάθε, μα κάθε πρωί στο αυτοκίνητο καλημέριζε και αποχαιρετούσε την αγαπημένη του Στάσα αποκαλώντας τη «μωρό μου», κάθε φορά σαν να το έλεγε για πρώτη φορά... Εύχομαι κουράγιο στους δικούς του για την μεγάλη αυτή απώλεια.

Καλαμάτα, Ιούλιος 2019
Φώτης Δημητρακόπουλος



Ελεύθερο Θέμα

Σπύρος Κούτμος

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΣΕ ΓΕΥΜΑ

Στη γειτονιά οι φήμες έδιναν κι έπαιρναν από καιρό αλλά ο καθηγητής κύριος Χάνς Βόγκελ δε μπορούσε να πάρει στα σοβαρά τα κουτσομπολιά της μαγείρισσας και της οικονόμου του. Δεν το επέτρεπε η θέση του, τόσο στην επιστημονική κοινότητα, όσο και στην κρατική μηχανή. Παρ' όλ' αυτά τον κατέτρωγε η περιέργεια και όποτε ήταν σίγουρος πως θα περνούσε απαρατήρητος, έστηνε το αυτί του στις κουβέντες του υπηρετικού προσωπικού, άλλοτε πλησιάζοντας την πόρτα της κουζίνας, δήθεν αναζητώντας την εφημερίδα, κι άλλοτε κολλώντας στην πόρτα του δωματίου του όταν οι δύο γυναίκες συζητούσαν απ' έξω, συγυρίζοντας.

Ένα πρωί δε χρειάστηκε να καταφύγει σε κανένα από τα συνηθισμένα του τεχνάσματα. Η κουβέντα των γυναικών στο καθιστικό, σα να έγινε επίτηδες, πήρε τέτοιους τόνους που όχι μόνο δικαιολογούσαν αλλά και επέβαλλαν την παρέμβασή του. Ο κύριος Βόγκελ τις άκουσε καθαρά να λένε πως "αυτό ήταν απαράδεκτο" καί ότι "έπρεπε να ειδοποιηθούν οι αρχές". Βγήκε τότε από το δωμάτιο με ύφος επιτιμητικό και με στάση που απέπνεε όλο το κύρος της θέσης του, κάπως απρόσφορα τώρα με τη ρόμπα του ύπνου.

"Τι συμβαίνει κυρία Χέλγκα; Προς τι όλος αυτός ο θόρυβος πρωί-πρωί;"

"Χίλια συγγνώμην χέρ Ντόκτορ", απάντησε αμέσως η οικονόμος. "Παρασύρθηκα. Αλλά σας βεβαιώ ήταν από δικαιολογημένη αγανάκτηση". Η Κα Χέλγκα σταμάτησε θέλοντας να βεβαιωθεί για το ενδιαφέρον που ξύπνησε, και συνέχισε το συγύρισμα.

"Και ... πρός τι αυτή η αγανάκτηση, αν μπορώ να ρωτήσω;"

"Δε μπορείτε να φανταστείτε τι κατοικίδια φιλοξενούν κάποιοι γείτονές μας στα σπίτια τους". Η Κα Χέλγκα ήταν τώρα χειμαρώδης. "Ο αξιοπρεπέστατος Κος Σάμσα έχει

στο σπίτι του μία τεράστια κατσαρίδα. Όταν το άκουσα από τα παιδιά της γειτονιάς αρνήθηκα να το πιστέψω, μέχρι που χθές το πρωί περνώντας κάτω από τα παράθυρά τους, την είδα να κρέμεται από το ταβάνι!! Μία τεράστια κατσαρίδα σε μέγεθος ανθρώπου. Νομίζω πως κανένας νόμος δε τους δίνει το δικαίωμα να φιλοξενούν στο σπίτι τους ένα τέτοιο αποκρουστικό έντομο".

"Παρακαλώ τελειώστε τη δουλειά σας με ησυχία και πάψτε να ασχολείστε με ανθρώπους-κατσαρίδες". Με αυτά τα λόγια ο κύριος Βόγκελ έκανε μεταβολή και κλείστηκε στο δωμάτιό του.

Η Κα Χέλγκα κατάπие την προσβολή με μεγάλη δυσκολία. Σιωπηλή και με πολύ νευρικές κινήσεις τελείωσε το συγύρισμα όπως-όπως καί αποσύρθηκε με το κεφάλι ψηλά και τα μάτια έφυγα.

Ο Κος Βόγκελ έκλεισε απότομα τη συζήτηση γιατί ήταν σε αμηχανία πώς να τη συνεχίσει. Η Κα Χέλγκα ήταν θετικός άνθρωπος, δεν τον είχε συνηθίσει σε ανοησίες. Όσο το σκεφτόταν η περιέργειά του φούντωνε και σχέδια δράσης άρχισαν να εναλλάσσονται στο μυαλό του. Όταν έφτασε στο πανεπιστήμιο κλείστηκε στο γραφείο του και μετά από λίγο φώναξε τον κλητήρα.

"Θέλω να πάς στο σπίτι κάποιου κυρίου Σάμσα –η οικονόμος μου θα σου πει τη διεύθυνση– και να τον καλέσεις να παρουσιαστεί εδώ αύριο το πρωί". Ο δόκτωρ Βόγκελ εκτός από καθηγητής στην τοπική ιατρική σχολή ήταν και υγειονομικός υπεύθυνος του τομέα της πόλης. Η πρόσκλησή του επομένως είχε διοικητικό χαρακτήρα. Ο Κος Σάμσα δε μπορούσε να αρνηθεί.

Το επόμενο πρωί ένας ηλικιωμένος κύριος με στολή κλητήρα τραπέζης εμφανίστηκε μπροστά του και συστήθηκε με βαθιά υπόκλιση. Ο Κος Βόγκελ μπήκε κατ' ευθείαν στο θέμα.



“Κε Σάμσα έφτασαν στα αυτιά μου φήμες ότι φιλο-ξενείτε στο σπίτι σας ένα μεγάλο έντομο. Κάτι τέτοιο συνιστά σοβαρή υγειονομική παράβαση. Σας καλώ να το προσκομίσετε αμέσως στο εργαστήριο της σχολής προς έλεγχο.”

“Εξοχότατε με όλο το σεβασμό στο πρόσωπο και το αξίωμά σας, αυτό είναι αδύνατο”. Ο Κος Σάμσα δεν έκανε την παραμικρή προσπάθεια να κρύψει την αλήθεια και ο δόκτωρ το σημείωσε αυτό με προσοχή.

“Γιατί;”

“Εξοχότατε, βρήκαμε αυτό το πλάσμα κάποιο πρωί —φρίκη που δε θέλω να θυμάμαι— στο δωμάτιο του γιου μου. Κατά κάποιο τρόπο είχε πάρει τη θέση του. Αλλά είναι τόσο μεγάλο και σιχαμερό και επίφοβο, ώστε όλο το υπηρετικό προσωπικό μας εγκατέλειψε και από εμάς κανείς δεν τολμά να το πλησιάσει. Ούτε καν να το κοιτάξει. Μήπως εσείς θα μπορούσατε ...”, πρόσθεσε μετά από παύση και σταμάτησε μη ξέροντας πώς να συνεχίσει.

“Εννοείτε πως το έντομο αυτό μπορεί να είναι ο γιός σας;”

“Δεν είμαστε βέβαιοι για τίποτα εξοχότατε. Όρες ώρες μοιάζει να καταλαβαίνει τι λέμε και βγάζει κάτι φρικτούς ήχους σα να προσπαθεί να μιλήσει. Η όψη του όμως, η στάση, οι κινήσεις του είναι καθαρά εντόμου.”

Στο πρόσωπο του δόκτορα μια άγρια χαρά άστραψε στιγμιαία. Τώρα με δυσκολία έκρυβε τον ενθουσιασμό του κάτω από την αυστηρή υπηρεσιακή μάσκα. Η φαντασία του είχε πλημμυρίσει με τον αντίκτυπο της ανακάλυψης, τις δημοσιεύσεις, το θόρυβο γύρω στο όνομά του.

“Καλώς. Πηγαίνετε τώρα και ετοιμαστείτε απόψε να δεχθείτε την επίσκεψή μου”.

Ο Κος Βόγκελ δεν ήθελε να μοιραστεί με κανένα την ανακάλυψη κι έτσι το ίδιο απόγευμα ξεκίνησε για το σπίτι των Σάμσα με συνοδό μόνο τον επιστάτη του εργαστηρίου που κουβαλούσε τον απαραίτητο εξοπλισμό. Βρήκε όλη την οικογένεια παρούσα και η κόρη τον οδήγησε στο δωμάτιο του αδελφού της. Εκεί δεν άργησε να εντοπίσει το πλάσμα κάτω από τον καναπέ και όταν βεβαιώθηκε πως δεν παραμόνευε αλλά κρυβόταν εκεί από φόβο, ζήτησε να μην τον ενοχλήσει κανείς. Μπήκε αποφασιστικά στο δωμάτιο κι έκλεισε πίσω του την πόρτα.

Ο Γκρέγκορ κοίταξε με περιέργεια ανάμεικτη με φόβο τον κύριο που πλησίασε τον καναπέ του και άνοιξε ένα ξύλινο κιβώτιο όπου είχε μια ποικιλία από τρόφιμα, προφανώς για να δει τις προτιμήσεις του. Ήταν τόσες μέρες πεινασμένος ώστε δεν άντεξε τις θαυμάσιες μυρωδιές. Έβγαλε από τον καναπέ το κεφάλι και σιγά σιγά όλο το κορμί του. Πλησίασε πρώτα το μυρωδάτο, πολύχρωμο τυρί και μετά καταβρόχθισε με λαιμαργία το υπέροχο σάπιο κρέας, αλλά η πείνα του τρώγοντας θέρριψε περισσότερο. Θυμήθηκε πως είχε διαβάσει για τις μεσαιωνικές πολιορκίες, ότι οι πολιορκητές έριχναν στο τέλος φρέσκα καρβέλια πάνω απ' τα τείχη για να θυμίσουν στους πολιορκημένους τη γεύση του ψωμιού και να λυγίσουν την αντίστασή τους. Τώρα ζούσε την ίδια κατάσταση. Από το απλωμένο χέρι του κυρίου που έβλεπε, γιατί το άλλο ήταν πίσω από την πλάτη του, έβγαине η μοσχοβολιά από το τυρί και το κρέας που είχε πιάσει. Τον πλησίασε να μυρίσει, να απολαύσει ακόμα λίγο την υπέροχη αίσθηση. Ίσως ο καλός κύριος να τον άφηνε να μαζέψει ότι υπολείμματα είχαν μείνει. Όμως μία ακόμη μυρωδιά ήρθε από τον κύριο και μπερδεύτηκε με τις μοσχοβολιές του φαγητού. Μία μυρωδιά που ο Γκρέγκορ ένιωθε όταν οι δικοί του τον φοβόνταν. Αυτή γέμιζε τώρα το δωμάτιο όλο και πιο έντονα. Σταμάτησε να πλησιάζει τον κύριο και εστίασε την προσοχή του στο κρυμμένο χέρι πίσω από την πλάτη του.



Ελεύθερο Θέμα

Το άλμα του κυρίου Βόγκελ προς τα εμπρός έγινε σχεδόν ταυτόχρονα με το άλμα του Γκρέγκορ προς τα πίσω. Ένα μακρύ και λεπτό μαχαίρι έλαμψε στο χέρι του κυρίου και κατέβηκε εκεί που πριν ήταν ο Γκρέγκορ τόσο απότομα που καρφώθηκε βαθιά στο ξύλινο πάτωμα. Αυτό φάνηκε να ξαφνιάζει πολύ τον κύριο γιατί προσπάθησε να το ξεκαρφώσει τραβώντας και κουνώντας το, αλλά είχε και το νου του στο Γκρέγκορ που απέτυχε να γυρίσει κάτω απ' τον καναπέ γιατί η αγωνία είχε φαίνεται φουσκώσει πολύ τα πνευμόνια του. Έτρεχε τώρα γύρω γύρω προσπαθώντας να βρει καταφύγιο. Κάποια στιγμή κινήθηκε προς το δόκτορα κι αυτός τρόμαξε τόσο πολύ που παράτησε το μαχαίρι και με μια στριγγή κραυγή έτρεξε προς την πόρτα. Εκεί, σαν αυτή να ήταν διαφανής, κτύπησε πάνω της με τόση δύναμη που το κλειδί πετάχτηκε από την κλειδαριά ενώ ο δόκτωρ σωριαζόταν στο πάτωμα ζαλισμένος.

Ο Γκρέγκορ τώρα είχε βρει καταφύγιο στο ταβάνι αλλά ο παλιός σοβάς σ' ένα σημείο δε μπόρεσε να συγκρατήσει το βάρος του και ξεκόλλησε. Ένα μεγάλο κομμάτι από τον οροφή μαζί και ο Γκρέγκορ έπεσαν πάνω στο ζαλισμένο δόκτορα και άρχισαν να παλεύουν σε ένα αξέμπλεκτο κουβάρι. Ο επιστάτης άκουγε πίσω απ' την πόρτα τις τσιρίδες του Γκρέγκορ και τις στριγγιές του καθηγητή, αλλά τα είχε χαμένα. Δοκίμασε ν' ανοίξει την πόρτα αλλά τα πεσμένα σώματα δεν το επέτρεπαν. Σε λίγο οι φωνές σταμάτησαν κι ένας φρικτός ρόγχος τις αντικατέστησε. Το σώμα του δόκτορα χαλάρωσε και ο Γκρέγκορ μπόρεσε να απεμπλεχτεί και να γυρίσει κάτω απ' τον καναπέ του που τώρα ανεβοκατέβαινε γρήγορα, ολόκληρος, στο ρυθμό της αναπνοής του. Ο επιστάτης όταν κατάφερε να ανοίξει την πόρτα αντίκρισε τον καθηγητή με πρόσωπο πρησμένο και μελανό και μάτια γουρλωμένα, να αναπνέει με συριγγό, σα μέσα από πολύ στενό καλαμάκι. Μέχρι να συνέλθει και να σκεφτεί να κάνει κάτι, τα μάτια του δόκτορα γύρισαν, το στήθος του έπαψε να κινείται και ο φρικτός συριστικός ρόγχος σταμάτησε εντελώς.

Η πανεπιστημιακή κοινότητα τίμησε την κηδεία του καθηγητή με σύσσωμη παρουσία. Δεν ήταν συχνό ένα μέλος της να φεύγει απ' τη ζωή σε αναζήτηση νέων επιστημονικών οριζόντων. Όμως η πολιτεία ήταν σε αναβρασμό και οι αρχές σε κάποια αμνηχανία. Όλοι συμφωνούσαν πως ο Γκρέγκορ είχε κατά κάποιο τρόπο προκαλέσει το θάνατο του καθηγητή. Ο ιατροδικαστής αποφάνθηκε ότι ο δόκτωρ είχε πεθάνει από αναφυλακτικό σοκ. Στο δέρμα του είχαν βρεθεί μόνο μερικές αμυχές, αλλά αυτό δεν απάλλασε επ' ουδενί το ζώο από την ενοχή και ως εδώ η κοινότητα ομονοούσε. Οι διαφωνίες αφορούσαν την απόδοση της τιμωρίας. Πολλοί θεωρούσαν ότι ο Γκρέγκορ, όπως τον αποκάλουσαν οι δικοί του, έπρεπε να δικαστεί σαν άνθρωπος με όλους τους νομικούς τύπους. Οι περισσότεροι όμως έβλεπαν σ' αυτόν μόνο ένα αποκρουστικό έντομο που θα θανάτωναν κάθε στιγμή χωρίς ενδοιασμούς και διαδικασίες.

Η οικογένεια του Γκρέγκορ λογικά θα είχε πάρει κάποια θέση στη διαμάχη αλλά είχε εξαφανιστεί και ο ίδιος περίμενε τις αρχές να αποφασίσουν την τύχη του κλεισμένος σ' ένα κλουβί. Στο τέλος, και για να ικανοποιηθούν όλα τα πνεύματα, έγινε μία ημίωρη δίκη που τον καταδίκασε σε απαγχονισμό, θάνατο ατιμωτικό που η πόλη επιφύλασσε για τους πιο στυγνούς εγκληματίες της. Κάποιοι συνάδελφοι του καθηγητή εξέφρασαν αμβολίες για τον τρόπο θανάτου, αλλά δεν εισακούστηκαν. Ίσως γιατί τις ψιθύρισαν μόνο μεταξύ τους.

Η εκτέλεση του Γκρέγκορ απathanatίστηκε κινηματογραφικά κι έτσι οι θεατές είχαν την ευκαιρία αργότερα να αναπλάσουν τα γεγονότα με κάθε λεπτομέρεια, γιατί ότι ακολούθησε ξεπερνούσε τη φαντασία και φυσικά κάθε προσδοκία. Η αγχόνη τεντώθηκε και το μεγάλο έντομο ταλαντεύτηκε υπερβολικά, κουνώντας σπασμωδικά όλα τα χέρια-πόδια του. Λίγο αργότερα όμως ένα φριχτό κρακ ακούστηκε και οι έντρομοι θεατές είδαν το σώμα να αποχωρίζεται το κεφάλι του, να πέφτει στο έδαφος

Ελεύθερο Θέμα



και αμέσως να τρέχει σε ευθεία σχεδόν γραμμή, σαν να μην του έλειπε τίποτα. Οι κραυγές του πλήθους που παραμέριζε μπροστά του πανικόβλητο δεν αποτυπώθηκαν στην ταινία γιατί ήταν βωβή, αλλά οι εκφράσεις και τα ολάνοικτα στόματα ήταν υπέρ-αρκετά για να αναπλάσει κανείς τα συναισθήματα των θεατών.

Ο ακέφαλος Γρέγκορ στο μεταξύ, αφού σκόνταψε σε εμπόδια και άλλαξε κατεύθυνση δυό-τρεις φορές τρέχοντας πάντα βρέθηκε μέσα στο γειτονικό δάσος κι εκεί εξαφανίστηκε στα πυκνά φυλλώματα. Κανείς δεν τον ξαναείδε ποτέ.

Λέγεται πως μετά από χρόνια ξένοι εκδρομείς βρήκαν βαθειά στο δρυμό ένα κέλυφος σαν από μεγάλη χελώνα, αλλά σε σχήμα και χρώμα κατσαρίδας. Κανείς όμως δεν είναι βέβαιος γιατί οι εκδρομείς είχαν δύσκολη διαδρομή και το εύρημα τους έπεφτε βαρύ. Το εγκατέλειψαν εκεί όπου το βρήκαν. Λίγο αργότερα η ταινία της απαγχόνισης καταστράφηκε κι αυτή στη μεγάλη πυρκαγιά του δημαρχείου. Τα αποδεικτικά στοιχεία της απίθανης αυτής ιστορίας χάθηκαν για πάντα στη ζέστη της φωτιάς, στη δροσιά του δάσους και στα βάθη του χρόνου.

ΤΕΛΟΣ



Αγγελίες

Πωλείται

Πωλείται εξοπλισμός και έπιπλα γαστρεντερολογικού ιατρείου (πχ. ενδοσκόπια, εξεταστικό κρεβάτι, σαλόνι αναμονής κλπ) λόγω συνταξιοδότησης.

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 694 536 3410



Γράμμα στον Θ.Μ.

05.01.2020

«Στου αιώνα την παράγκα» κοντά μισό αιώνα, συνοδοιπορούμε και συμπλέουμε, θάνο μας... «Βαδίζουμε μαζί στον ίδιο δρόμο, μα τα κελιά μας είναι χωριστά...» Τι να πρωτοπώ για τ' ακούσματα και τις συγκινήσεις που μας έδωσες! Μα πρέπει να τα βγάλω από μέσα μου, να τ' αραδιάσω στο χαρτί, γιατί «δεν είναι η σιωπή φωνή». Έστω και μια βδομάδα μετά, αφού καταλάγιασε η περισσή συγκίνηση. Λίγα ψήγματα μόνο, όχι ως ειδικός-θα το κάνουν οι ειδήμονες αυτό- μα από καρδιάς...

Και πάλι «ρεμβάζω σε πεδία αχανή» ακούγοντας για πολλοστή φορά τα αγαπημένα μου CD. Με πρωτοχτύπησε το ρεύμα της μουσικής σου από την εφηβεία, όταν με κατέκλυσε σαν ποτάμι ορμητική μουσική σου στο «Φουέντε Οβεχούνα» στο ΚΘΒΕ. Δεν σε ήξερα ακόμη, δε συγκράτησα καν το όνομα σου. Εντυπώθηκε όμως βαθιά μέσα μου, λίγα χρόνια αργότερα, ακούγοντας το πρώτο ορόσημο έργο σου «Ο Σταυρός του Νότου». Χιλιотραγουδισμένα, με τους αγαπημένους ερμηνευτές και στις δύο εκδόσεις-με 12 χρόνια διαφορά-τραγούδια που μας μάγεψαν και μας αρμένισαν σε θάλασσες εξωτικές, που μας συνεπήραν και μας παραμύθιασαν. Έστησες τον τέλειο μουσικό καμβά για να καρφισώσεις τις απίθανες και πρωτόγνωρες ιστορίες του «ασυρματιστή ποιητή», να τις βγάλεις από τα μικρά βιβλιαράκια τους και να τις βάλεις στο στόμα και στη καρδιά της γενιάς μου πρώτα και των επόμενων τεσσάρων και όσων θ' ακολουθήσουν, ως το τέλος του αιώνα, τουλάχιστον... Στις φοιτητικές



μαζώξεις τα τραγουδούσαμε μετά τα επαναστατικά, με λίγη ενοχή ίσως, γιατί μας συγκινούσαν πιότερο, από τότε! Νιώσαμε στο πρόσωπο την θαλασσινή αλμύρα με το «Kuro siwo» και το «κύμα του Γαρμπή», σκιρτήσαμε με τη «Θεσσαλονίκη», σφίξαμε στο χέρι το «Μαχαίρι», συγκινηθήκαμε με το «Πικρία» και την «Εσμεράλδα»,

Καλλιτεχνικά & άλλα



θελήσαμε να ρισκάρουμε και να μετρήσουμε τις δυνάμεις μας με το «Χόρεψε πάνω στο φτερό του καρχαρία»

Από την αρχή καταπιάστηκες με ποιητές-ποτέ με εύκολα στιχάκια-, «κόλλησες» όμως με τον Ν. Καββαδία πριν τα είκοσι σου σχεδόν και πέρασε μια δεκαετία για να ωριμάσουν και να βγούν στον αέρα οι υπέροχες μελωδίες σου, η ταιριαστή μουσική επένδυση στην ιδιαίτερη ποίηση του. Εικόνες και ιστορίες απίθανες, καθημερινές, φανταστικές, αληθινές, μεταφορές, συμβολισμοί, η παράξενη ναυτική ορολογία έγιναν το δίκτυο για να γαντζώσεις τέλεια και να πλέξεις εκεί με μαεστρία και έμπνευση τη μουσική σου.

Αυτός ο συνδυασμός –πιστεύω– είναι που έδωσε στο έργο σου την ώθηση και την μεγάλη αποδοχή, μια άλλη διάσταση στη μουσική της εποχής μας που, αν και ιδιαίτερη, αγαπήθηκε από το ευρύ κοινό και δεν εγκλωβίστηκε σε κύκλους διανοουμένων. Αλλά και στη συνέχεια επέλεξες –με αλάνθαστο κριτήριο– υπέροχους στιχουργούς-ποιητές. Πόσο συνταίριαξε η μουσική σου με τους ποιητικούς, αζεπέραστους στίχους του Έλκη- τι υπέροχο δίδυμο-!! Αλλά και αργότερα με του Οδυσσέα, της Λίνας, του Μάνου κι άλλων εκλεκτών..... Κι είχαν λόγια άλλοτε τρυφερά, ευαίσθητα, ονειροπόλα, άλλοτε ανατρεπτικά, αφοριστικά, σκοτεινά, άλλοτε ερωτικά, παρειστικά, πολιτικά, ποτέ όμως κενά, ανούσια, ψεύτικα. Με τη δύναμη να σε συγκινούν και να σε καθηλώνουν, πολλές φορές, με τη πρώτη ακρόαση.

Ένα βέλος στη καρδιά ήταν και το πρώτο άκουσμα της «Πιρόγας»- θυμάμαι- από ένα «φθινό τρανζιστοράκι» στη μοναξιά ενός κρύου δωματίου. Πόσες φορές άραγε τραγουδήθηκε από έρωτα, από απογοήτευση, πίκρα, ερημιά, με δακρυσμένα μάτια και τρεμάμενα χείλη, με μια ζεϊμπεκιά σαν ξέσπασμα!

Μας συντρόφευες θάνο σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής μας. Η μουσική σου σ' αυτιά, στο στόμα, στη καρδιά

μας... «Κρατάει χρόνια αυτή η κολόνα». Τραγουδήσαμε τον έρωτα μας ζαλισμένοι, γιατί «η αγάπη είναι ζάλη» και ξεφυτρώσαμε έξω με «τα βρεγμένα και τα ασιδέρωτα της αλητείας». Ξεσηκωθήκαμε με την «Ατομική ενέργεια», ξεφαντώσαμε με τα «Χάρτινα», ξεσπάσαμε και ριγήσαμε με τον «Άμλετ της Σελήνης». Συγκινηθήκαμε και ρίξαμε τις στροφές μας στη «Ρόζα», χτυπήσαμε παλαμάκια στον Μητσάρα όταν έρχινε τη ζεϊμπεκιά του κάθε φορά που τη τραγουδούσε. Μας καθήλωνες με τη βραχνή, στέρεη, κοφτή φωνή σου, όταν τραγουδούσες τους «Εφτά νάνους», «στης Γοργόνας το φτερό», το «Σιντάρτα». Μας έκανες να σηκωθούμε από τα δύσκολα με το «Κράτα λίγο ακόμα» «τη μέρα να παλεύουμε με ό,τι μας πεθαίνει, τη νύχτα να γυρεύουμε ποιο ρούχο μας πηγαίνει» και γιατί όχι να ονειρευτούμε με «μικρές νοθείες» και μεγαλώνοντας να συνειδητοποιούμε πως «όσο αλλάζουμε ζωή, τόσο μένουμε ίδιοι».

Δεν είναι μόνο τα εκατοντάδες αγαπημένα τραγούδια, είναι και οι συναυλίες, οι μουσικές παραστάσεις και οι εκδηλώσεις που οργάνωσες. Πώς να ξεχαστεί ποτέ το ανυπέρβλητο μουσικό θέαμα που έστησες σαν μαγικό παραμύθι, με τα υπέροχα κοστούμια και σκηνικά, με μουσικές και εικόνες από τον «Σταυρό του Νότου» στο ΜΕΓΑΡΟ. Αργότερα μας πρόσφερες και μια υπέροχη παράσταση, τη θεατροποιημένη παρουσίαση του «Σταυρού του Νότου- Γραμμών των οριζόντων» στο BADMINTON. Μας μάγεψες και μας συγκίνησες στη μουσική σκηνή του «Σταυρού του Νότου», στο ΗΡΩΔΕΙΟ με τη Μ.Φ και τόσα άλλα... Και βέβαια δεν θα σβηστεί ποτέ από τη καρδιά και τη μνήμη μας η συναυλία σου στο θέατρο Βράχων, η τελευταία σου-τότε βέβαια δεν το πιστεύαμε, το φοβόμασταν ίσως όλοι μας, και εσύ πιο πολύ... Ένα κατάμεστο θέατρο σε αποθέωσε, το κοινό σου(από 20άρηδες έως 80άρηδες σχεδόν) ερμήνευε τα τραγούδια μαζί με τους αγαπημένους τραγουδιστές, όλους αυτούς που είχαν τη χαρά και τη τιμή να είναι συνεργάτες, φίλοι και συνοδοιπόροι σου και η μουσική



Καλλιτεχνικά & άλλα

σου απογειώθηκε γι' άλλη μια φορά από τους υπέροχους μουσικούς σου. Όλοι σημαντικοί και εξαίρετοι, παλιοί και νέοι, ήταν εκεί. Εκτός από τον Μήτσο!! Έλειψε σε όλους!

Λίγο πριν τελειώσει η δεύτερη δεκαετία του αιώνα μας, «έφυγες από τη σκηνή» Θάνο. Το περιμέναμε και το ξορκίζαμε! Εκείνο το βράδυ, με τη Γ. Νέγκα, σε μουσική σκηνή στη Θεσσαλονίκη, σ' αποχαιρέτησα με το «Ερωτικό» με δάκρυα στα μάτια. «Όλα τα ταξίδια κάποτε τελειώνουν». Όμως «ό,τι θυμάσαι, δεν πεθαίνει»!! Κι αυτό-διαφωνώντας σε κάτι με τον Οδυσσέα(Ιωάννου)-δεν «είναι κουβέντα αδειανή». Ούτε δέχομαι πως «το είπαν, ό,τι είχανε να πούνε».

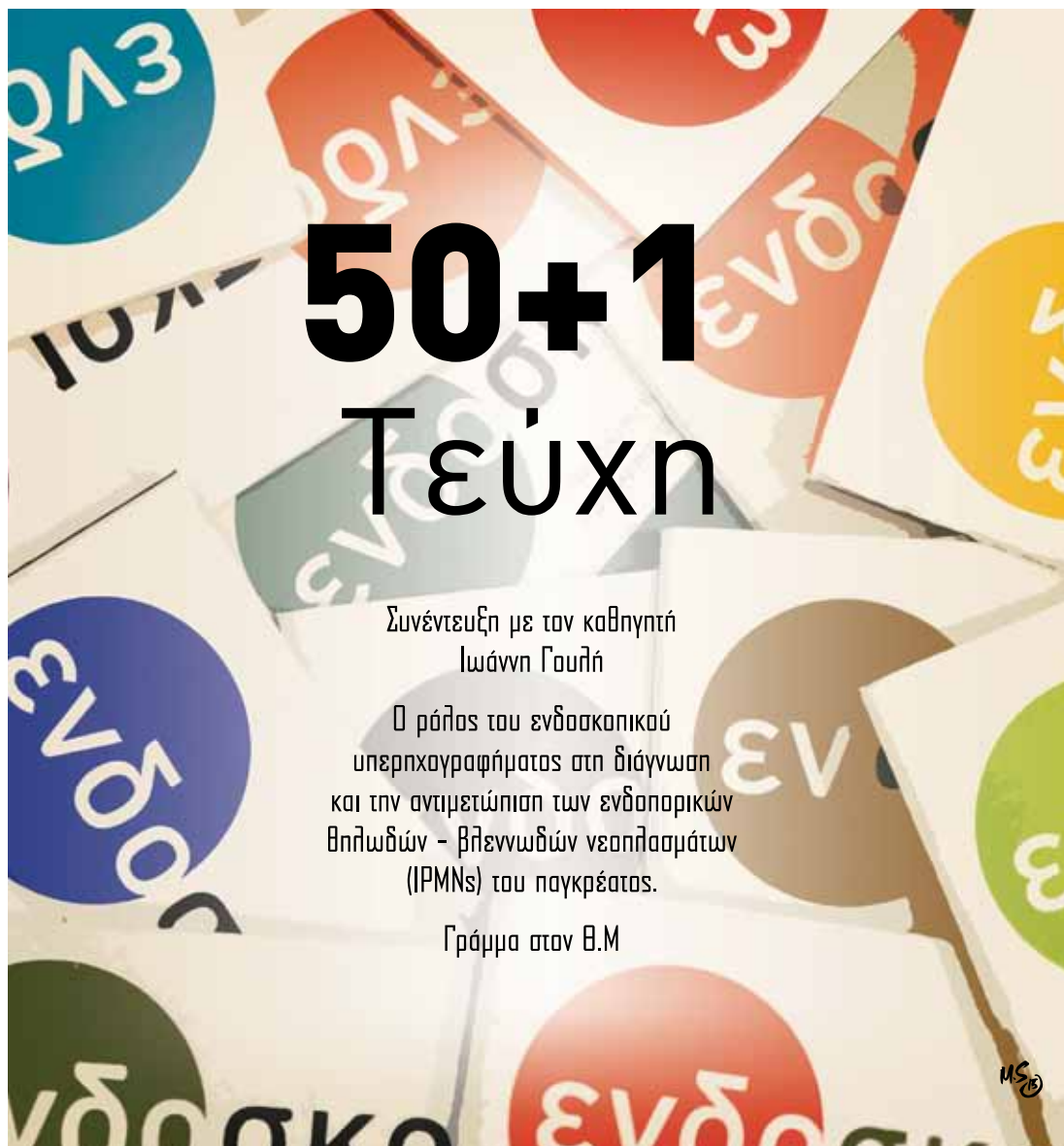
Μαζί με το έργο σου θα είσαι πάντα στη καρδιά μας, μαζί και το κενό της απουσίας σου και τα τραγούδια που δεν έγραψες στη πλήρη ωριμότητα σου πια, που θ' αγαπούσαμε και θα τραγουδούσαμε στα επόμενα χρόνια μας. Και τι ειρωνεία με τ' όνομα σου ! Όχι, δεν ήσουν «Μικρούτσικος», μα Μέγας, Τεράστιος, Γίγαντας της μουσικής, του πολιτισμού, του ήθους και της κοινωνικής προσφοράς! Αληθινός, αυθεντικός, ξεχωριστός!! Όπως πολύ εύστοχα, ποιητικά, με τρυφερότητα και θαυμασμό σου αφιέρωσε ο Κώστας Λαχάς (στιχουργός του υπέροχου «Τυμβωρύχου») στο «Στου αιώνα την παράγκα»: «...όταν οριζοντίως,

διαγωνίως και καθέτως επελαύνει απρόβλεπτος, σαν γνήσιας ράτσας ιθαγενής, με συστοιχίες μουσικών αλληλουχιών σε κυκλωτερή διάταξη μάχης, για να μας ορθοτομεί ο κ. Θάνος Μικρούτσικος υποδόριες συγκινήσεις, ωσάν ταχυδακτυλουργός απολεσθέντων χρόνων κι αισθήσεων, κάτι σαν οξυγονοκολλητής ονείρων, σκηνοθέτης τεχνουργώντας, τις ώρες που ακροβολίζεται στα πλήκτρα της ανημποριάς μας, έ τότε, η μουσική που μας σκηνοθετεί αυτός ο θεατρίνος των στίχων είναι ένας αυτοσχέδιος, βραδυφλεγής, εκρηκτικός μηχανισμός στα ύφαλα μας, από τον πιο τρυφερό όμως πειρατή και τρομοκράτη του εφησυχασμού μας...» Κι όπως έγραψες εσύ «Τι άλλο απέμεινε σήμερα, στη σημερινή βαρβαρότητα από το “Χόρευε πάνω στο φτερό του καρχαρία”;».

Να 'σαι λοιπόν, Θάνο, σε ουράνιους κήπους ή στις γοργόνας το φτερό, να σεργιανάς με τη παρέα σου, τον Άλκη, τον Μάνο, τον Μητσάρα κι άλλους εκλεκτούς, να κάνετε πλάκες κι αστεία, να κουτσοπίνετε και να φουμάρετε... Δεν σας πρέπει επικήδαιοι, μόνο αφιερώματα της καρδιάς και του νου και αιώνιες μνήμες!!

Έτσι, θα οδεύετε στους αιώνες, «πάντα γελαστοί», «στα όνειρα των εραστών, στα δάκρυα των ποιητών και στων τρελών τα γέλια», «υπέροχα μονάχοι».

Το εξώφυλλο από μέσα



50+1 τεύχη

50 τεύχη για ένα τριμηνιαίο ιατρικό περιοδικό δεν είναι λίγα ούτε εύκολα.

Το «ενδοσκοπήσεις» αγαπήθηκε από όλους γιατί είναι ένα εξαιρετικό επιστημονικό εργαλείο, απαραίτητο κανάλι πληροφόρησης και επικοινωνίας, ζωντανό και πάντα επίκαιρο.

Είναι αποτέλεσμα οράματος και αγάπης, αστέρευτης όρεξης και άδολης εθελοντικής εργασίας ιατρών, των οποίων ο χρόνος που απομένει από το ιατρικό τους λειτούργημα είναι πραγματικά ελάχιστος.

Ας ευχηθούμε λοιπόν να τα εκατοστήσει και κάθε επιτυχία στο έργο του νέου ΔΣ της ΕΠΕΓΕ.

Μίλτος Σκούρας