

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Απρίλιος - Μάιος - Ιούνιος 2020 | Τεύχος 52
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

Αλλοίωση



Μέτρα ατομικής προστασίας
στην ενδοσκόπηση

Στένωση δωδεκαδακτύλου
μη πεπτικής αρχής

Πώς αφαιρούμε μικρούς
και μικροσκοπικούς πολύποδες παχέος εντέρου

Ορθοπρωκτικά αποστήματα και συρίγγια

MILIOS
KOURAS 2020



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	3
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	5
ΤΟ ΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ, ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΔΣ ΤΗΣ ΕΠΕΓΕ	
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	8
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟ ΣΠΥΡΟ ΒΟΛΤΕΑ	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	12
ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ ΜΗ ΠΕΠΤΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	17
ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	28
ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΕΧΝΗΤΩΝ ΝΕΥΡΩΝΙΚΩΝ ΔΙΚΤΥΩΝ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ	
HOW TO DO IT	30
ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΟΙ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΙ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ – ΠΩΣ ΤΟΥΣ ΑΦΑΙΡΟΥΜΕ	
ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	33
ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ: ΠΟΣΟ ΑΣΦΑΛΕΙΣ ΕΙΝΑΙ;	
COVID - 19	38
ΜΕΤΡΑ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΙΟΑΣΦΑΛΕΙΑΣ, ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΑΣΚΕΣ	
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	42
Η ΕΞΟΜΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΟΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ ΚΟΡΩΝΟΪΟΥ	
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	44
ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΡΙΓΓΙΑ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	53

Ιδιοκτήτης:

Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων
Ελλάδας (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

Διευθυντής Σύνταξης:

Νικόλαος Μαργέτης

Συντακτική Επιτροπή:

Σπύρος Γούλας
Θεόδωρος Εμμανουήλ
Κατερίνα Ευγενίδη
Βασίλης Παπαστεργίου
Κωνσταντίνα Παρασκευά
Αθανάσιος Σιούλας
Χάρης Τσιώνης

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

Εικονογράφηση Εξωφύλλου:

Μίλτος Σκούρας

Δημιουργικό – Εκτύπωση:

ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑmed

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.

Άρθρο Σύνταξης



Αγαπητοί συνάδελφοι

Η έκδοση του πρώτου τεύχους του περιοδικού «ενδοσκοπήσεις» υπό νέα διεύθυνση σύνταξης και νέα συντακτική επιτροπή συμπίπτει χρονικά με την ύφεση του πρώτου κύματος της πανδημίας του νέου κορωνοϊού. Η λοίμωξη με τον κορωνοϊό συγκλόνισε την παγκόσμια κοινότητα και προσγείωσε όλους μας σε νέες συνθήκες, εισήγαγε νέες συνθήκες και άλλαξε τις προτεραιότητες. Η χώρα μας πέτυχε στρατηγική νίκη στη «μάχη» εναντίον του Covid-19, επειδή εξειδικευμένοι Ιατροί ανέλαβαν τα νήια του «πολέμου» και επειδή οι συμπολίτες μας επέδειξαν αλληλεγγύη και πειθαρχία.

Την ώρα που γράφω αυτές τις σκέψεις, η πατρίδα μας βρίσκεται στην αυγή μιας νέας πραγματικότητας. Παρά το γεγονός πως η διαμορφωθείσα κανονικότητα είναι πρωτόγνωρη και εμπεριέχει το στοιχείο της αβεβαιότητας, εισερχόμαστε σε αυτήν δυναμικά αξιοποιώντας εμπειρίες και διδασκόμενοι από λάθη. Συνεχίζουμε με όλη την αισιοδοξία, την εμπιστοσύνη στις δυνατότητές μας και την αυτοπεποίθηση, έχοντας αποδείξει σε όλον τον πλανήτη, αλλά και σε μας τους ίδιους, πως οι Έλληνες τα καταφέραμε στα δύσκολα, όταν, ταυτόχρονα, χώρες με θεωρητικά καλύτερες προϋποθέσεις δέχθηκαν ισχυρά πλήγματα. Η Ελληνική Ιατρική κοινότητα παρέμεινε στις επάλξεις σε όλη αυτή τη δύσκολη περίοδο, φυλάσσοντας θερμότητες. Το ίδιο έπραξε, πιο συγκεκριμένα, και σύσσωμη η Ελληνική Γαστρεντερολογική κοινότητα.

Εν μέσω αυτής της ρευστής περιόδου, οι φιλόδοξοι στόχοι της νέας διεύθυνσης σύνταξης του περιοδικού δεν τροποποιούνται στο ελάχιστο σε σχέση με την αρχική στόχευση. Τουναντίον, οι δυσμενείς αυτές συνθήκες που βιώνουμε, μας εμπνέουν και μας εμπυχώνουν. Μας δίνουν κουράγιο και δύναμη να γίνουμε πιο μαχητικοί, να αγωνιστούμε με όραμα για το κοινό καλό.

Στη νέα αυτή εποχή για το περιοδικό, οι καταξιωμένες και επιτυχημένες στήλες του (το ενδοσκοπικό και το κλινικό θέμα, η συνέντευξη και η στήλη της γαστρεντερολογίας στο διαδίκτυο) διατηρούνται ως πολύτιμη «μαγιά». Στα πλαίσια της ανανέωσης της ύλης, εισάγονται νέες στήλες, όπως η στήλη με την επιγραμματική και επικαιροποιημένη τεχνική συχνών ενδοσκοπικών επεμβάσεων (how to do it), η στήλη που αναφέρεται στα φάρμακα της καθημερινότητάς μας, αυτή της φιλοξενούσας ειδικότητας (φιλοξενούνται ειδικοί με τις οποίες η γαστρεντερολογία μοιράζεται κοινά πεδία ενδιαφέροντος και διασταυρώνεται στην κλινική πράξη), η ιστορική στήλη, που σκιαγραφεί εξέχουσες ιατρικές προσωπικότητες του παρελθόντος, καθώς και η στήλη του ειδικευόμενου γαστρεντερολόγου.

Σε αυτή τη δημιουργική ανανέωση είστε όλοι προσκεκλημένοι να συνεισφέρετε, με τον ιδιαίτερο τρόπο που πρεσβεύει ο καθένας και η καθεμία χωριστά. Όλοι όσοι εργαζόμαστε για να καταστήσουμε το περιοδικό ένα ζωντανό όργανο έκφρασης, ενημέρωσης και επικοινωνίας και για να το μετουσιώσουμε στη φωνή μας προς εμάς τους ίδιους, θέλουμε να σας επικοινωνήσουμε πως το περιοδικό είναι ανοικτό σε όλες και σε όλους: στις απόψεις, στις επιστημονικές αναζητήσεις, στην αρθρογραφία, στην καταγραφή των εμπειριών, στην αποτύπωση των προβληματισμών, στη διεκδίκηση των δικαιωμάτων όλων μας.

Ταυτόχρονα, οι καινοτόμες ιδέες σας, οι σκέψεις σας για τη μορφή και τη θεματολογία της ύλης και οι ρηξικέλευθες προτάσεις σας είναι ευπρόσδεκτες, διότι θα συμβάλλουν στη διαρκή βελτίωση της ποιότητας του



Άρθρο Σύνταξης

περιοδικού και στη διευκόλυνση της άσκησης της ειδικότητάς μας στην καθημερινή πράξη · ως εκ τούτου, θα ληφθούν υπόψη για τη χάραξη της πολιτικής και για τη διαμόρφωση της φιλοσοφίας του περιοδικού στο εγγύς μέλλον. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και προσβλέπω σε γόνιμη και αγαστή συνεργασία.

Η ύλη του τρέχοντος τεύχους, όπως είναι φυσικό, είναι εν μέρει προσαρμοσμένη στην επικαιρότητα της πανδημίας: ένας ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος αποτυπώνει γλαφυρά την εμπειρία του ως Covid - Ιατρού, ενώ οι χρηστικές πληροφορίες σχετικά με τα επίπεδα βιοασφάλειας, την ατομική προστασία στην ενδοσκοπήση και τις μάσκες εκτόπισαν την ιστορική στήλη, η οποία μετέθεσε τα εγκαίνιά της για το επόμενο τεύχος. Επιπλέον, στο τεύχος αυτό παίρνουν την αρχική σκυτάλη οι στήλες «how to do it», «φάρμακα στη γαστρεντερολογία» και «φιλοξενούσα ειδικότητα», με τρία ιδιαιτέρως ενδιαφέροντα άρθρα για τους μικρούς πολύποδες του παχέος εντέρου, για την ασφάλεια των PPIs και για τα ορθοπρωκτικά αποστήματα και συρίγγια, αντίστοιχα.

Κλείνοντας, θέλω να ευχαριστήσω την κ. Μαρία Μυλωνάκη, διευθύντρια σύνταξης του περιοδικού επί σειρά ετών, η οποία με προέτρεψε να αναλάβω την ευθύνη του περιοδικού και με ενθάρρυνε να συμμετάσχω ενεργά στα κοινά της ειδικότητάς μας. Νιώθω επίσης την ανάγκη, να ευχαριστήσω τα μέλη και τον πρόεδρο του νέου ΔΣ της ΕΠΕΓΕ, που εξελέγη προ όμήνου, για την τιμή να μου αναθέσουν παμπηφεί την διεύθυνση σύνταξης του περιοδικού «ενδοσκοπήσεις». Η ευθύνη να φέρω σε πέρας την αποστολή που μου ανατέθηκε είναι μεγάλη και θα επιδιώξω να ανταπεξέλθω στο καθήκον αυτό με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Νικόλαος Γ. Μαργέτης



Το γράμμα του προέδρου

Μόλις πριν λίγους μήνες, στα πλαίσια της πραγματικά πετυχημένης διημερίδας μας, έγιναν οι εκλογές που ανέδειξαν το νέο Δ.Σ της Ένωσής μας. Νέα μέλη και παλαιότερα είχαμε την ευκαιρία να δοκιμαστούμε σε αυτό το πρώτο όμιλο λειτουργίας και καταφέραμε πολύ σύντομα να βρούμε τον κοινό λόγο που μπορεί να συνθέτει διαφορετικές απόψεις, εμπειρίες και χαρακτήρες. Καταφέραμε επίσης να δώσουμε νέα δυναμική στην κοινή μας προσπάθεια με τις φρέσκες ιδέες που έφεραν τα νέα μας μέλη. Είδαμε στα λόγια και τις πράξεις όλων των μελών την διάθεση για προσφορά και την ανάληψη συγκεκριμένων πρωτοβουλιών και ευθυνών που είναι το απαραίτητο εργαλείο για να παραχθεί το όποιο έργο.

Ξεκινήσαμε μια νέα προσπάθεια με το περιοδικό μας με νέο υπεύθυνο σύνταξης και συντακτική επιτροπή (το πρώτο τεύχος αυτής της προσπάθειας το κρατάτε στα χέρια σας).

Ξεκινήσαμε μια νέα προσπάθεια με το site της Ένωσης με νέους υπεύθυνους γι' αυτό συναδέλφους και νέο τεχνικό υπεύθυνο που ανταποκρίνεται ταχύτατα στην ανάγκη επικοινωνίας με newsletter αλλά και προσθήκης περιεχομένου (μπορείτε να πάρετε μια γεύση με την επίσκεψη σας στο www.epege.gr) που φιλοδοξούμε να το επισκέπτονται με ενδιαφέρον συνάδελφοι και ασθενείς.

Στόχος μας είναι και τα δύο προηγούμενα να γίνουν ζωντανά κύτταρα της κοινότητάς μας, μέσα στα οποία να καταγράφεται κάθε δραστηριότητα και άποψη που μπορεί να πάει μπροστά κάθε δικαίό μας, αλλά και να ανοίγει νέους ορίζοντες σε αυτό που πρέπει να είμαστε στον σύγχρονο κόσμο της επιστήμης μας.

Τα επαγγελματικά μας δικαιώματα αλλά και οι επαγγελματικές μας υποχρεώσεις θα είναι το περιεχόμενο της δουλειάς μας, κάτι που ούτως ή άλλως είναι και ο σκοπός ύπαρξης της Επαγγελματικής μας Ένωσης.

Σε αυτή την προσπάθεια ξέρουμε ότι δεν είμαστε μόνοι, υπάρχει ήδη μια σημαντική ομάδα συναδέλφων που συμμετέχουν ενεργά, υποστηρίζοντας κάθε μας προσπάθεια χωρίς να είναι στο Δ.Σ. Ξέρουμε όμως ότι όσο περισσότεροι θα είναι οι συνάδελφοι που καταθέτουν απόψεις, θέσεις και κριτικές σε ό,τι γίνεται, σε ό,τι πρέπει να γίνει και ό,τι δεν έγινε, τόσο πιο αποτελεσματικοί θα γίνουμε.

Σε αυτό το διάστημα δοκιμάστηκε επίσης η σχέση μας με την επιστημονική εταιρεία μας την ΕΓΕ. Η κοινή έγνοια και προσπάθεια των προηγούμενων και των σημερινών Δ.Σ της ΕΓΕ και της ΕΠΕΓΕ μας δίδαξε ότι δεν υπάρχει ανταγωνισμός αλλά συνέργεια, που κάνει κάθε μας προσπάθεια περισσότερο αποτελεσματική. Δουλέψαμε μαζί ώστε να βρούμε λύση στο θέμα της καταστολής κατά την ενδοσκόπηση, αλλά και την κοινή στάση στο θέμα των οδηγιών προς την κοινότητά μας σε σχέση με τα μέτρα ατομικής προστασίας στα ιατρεία και τα ενδοσκοπικά τμήματα.

Αντιληφθήκαμε περισσότεροι ότι τα επαγγελματικά δικαιώματα όλων μας δεν καθορίζονται από την όποια εργασιακή σχέση έχουμε κατά την άσκηση του επαγγέλματός μας (πανεπιστημιακοί, συνάδελφοι του ΕΣΥ, των ιδιωτικών κλινικών και των ιδιωτικών ιατρείων), αλλά καθορίζονται από την ίδια την φύση και την άσκηση της επιστήμης μας και είναι ξεκάθαρο ότι ο πυρήνας των είναι κοινός για όλους μας. Είναι κοινό το δικαίωμά μας στην καταστολή κατά την ενδοσκόπηση, την ασφάλεια (για τους ασθενείς, εμάς τους ίδιους και το προσωπικό μας)



Νέα & Επίκαιρα

στον εργασιακό μας χώρο, το δικαίωμα στην δια βίου εκπαίδευση, τον απαραίτητο εκσυγχρονισμό του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού που χρησιμοποιούμε. Είναι κοινή η υποχρέωσή μας να παρέχουμε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας στους συνανθρώπους ασθενείς μας, σεβόμενοι τη προσωπικότητά τους στην επαφή μας μαζί τους για να μπορούμε να ισχυριζόμαστε ότι επιτελούμε τον επιστημονικό και κοινωνικό μας ρόλο.

Είναι τέλος κοινή η έγνοια μας να κάνουμε οτιδήποτε ώστε να μην είναι ανεκτό το malpractice, η αμέλεια και η ανεπάρκεια στην άσκηση της επιστήμης μας, για να μπορούμε να απευθυνόμαστε στην κοινωνία σε κάθε μας προσπάθεια και δραστηριότητα και να κερδίζουμε την εμπιστοσύνη της. Να μην ξεχνάμε ότι ο καθένας από εμάς ξεχωριστά είναι ένα μικρό κομμάτι του καθρέφτη της κοινότητας μας. Στόχος πρέπει να είναι να σταθούμε στο σύνολό μας στο ύψος της επιστημονικής και κοινωνικής μας ευθύνης, για να μπορέσουμε να υποστηρίξουμε τους ασθενείς μας αλλά και να ζήσουμε εμείς και οι οικογένειές μας με αξιοπρέπεια..

Με αυτά στο νου μας προγραμματίζουμε την επόμενη διημερίδα μας για τον Οκτώβριο με τίτλο και περιεχόμενο **«Πλάνες και λάθη στην Γαστρεντερολογία»** με καλό και ικανό ξεναγό σε αυτό το ενδιαφέρον ταξίδι μας τον συνάδελφό μας Παπανικολάου Γιάννη.

Το κάλεσμα σε κάθε συνάδελφο μας να προσφέρει με ιδέες, προτάσεις και κριτικές αλλά και τον κόπο του είναι αυτονόητο, περιμένουμε να γίνει αυτονόητη και η απάντησή του σε αυτό το κάλεσμα.

Να είστε υγιείς

Χάρης Τσιώνης



Τα Νέα του ΔΣ της ΕΠΕΓΕ

Αυτή την περίοδο ζούμε παγκοσμίως μια πρωτόγνωρη κατάσταση. Ολόκληρος ο πλανήτης είναι αντιμέτωπος με μια πανδημία εξαιτίας ενός ιού. Ο ιός αυτός, γνωστός ως Covid-19, ανιχνεύθηκε για πρώτη φορά το Δεκέμβριο του 2019 στην περιοχή Γιουχάν της Κίνας. Αποτελεί ένα νέο στέλεχος κορωνοϊού που μέχρι τότε δεν είχε απομονωθεί στον άνθρωπο. Μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο και εύκολα και σταθερά διασπείρεται στην κοινότητα. Η προσπάθεια να αποφευχθεί η μαζική έκθεση στον ιό, χωρίς να καταρρεύσει το εθνικό σύστημα υγείας, έφερε την πρωτόγνωρη για τους πολίτες καραντίνα. Σχολεία και Πανεπιστήμια έκλεισαν, εμπορικά καταστήματα διέκοψαν προσωρινά τη λειτουργία τους, απαγορεύτηκε η άσκοπη κυκλοφορία στους δρόμους. Η λήψη των μέτρων αυτών είχε ως αποτέλεσμα η Ελλάδα να μην εμφανίσει ανάλογο επιδημικό κύμα όπως η Αμερική, η Ιταλία και η Ισπανία. Πότε θα μπορέσουμε να επιστρέψουμε στην κανονικότητα; Θα εξαρτηθεί από το πόσο γρήγορα θα υπάρξει αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή για την Covid-19 λοίμωξη και εμβόλιο έναντι του κορωνοϊού.



Μέσα σε αυτές τις αντίξοες συνθήκες σας ανακοινώνουμε την 18η Πανελλήνια επιστημονική εκδήλωση της ΕΠΕΓΕ με τίτλο «Πλάνες και λάθη στη Γαστρεντερολογία», η οποία θα πραγματοποιηθεί στις 24 και 25 Οκτωβρίου 2020. Πρόεδρος της διημερίδας θα είναι ο Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας κ. Ιωάννης Παπανικολάου. Ήδη το πρόγραμμα έχει καταρτιστεί και σύντομα θα είναι διαθέσιμο. Η θεματολογία θα είναι άκρως ενδιαφέρουσα! Ταυτόχρονα, θα πραγματοποιηθεί σεμινάριο άμεσης υποστήριξης της ζωής (Immediate Life Support – ILS), το οποίο ανήκει στα εξειδικευμένα σεμινάρια του ERC (European Resuscitation Council). Σημαντικό στοιχείο της διημερίδας αποτελεί η διενέργεια νοσηλευτικής επιστημονικής ημερίδας με διαλέξεις για πλάνες και λάθη στην καθημερινή κλινική πρακτική. Επίσης, στο τέλος της διημερίδας θα πραγματοποιηθεί διαγωνισμός ιατρικών γνώσεων.

Ανανεωμένο πλέον είναι και το site της ΕΠΕΓΕ. Μπορείτε στο νέο site να βρείτε τα τεύχη του περιοδικού «ενδοσκοπήσεις», ενημερωτικό υλικό για τον κορωνοϊό, κατευθυντήριες οδηγίες, οδηγίες για την απολύμανση στην ενδοσκόπηση όπως επίσης και πληροφορίες για επίκαιρα θέματα. Σύντομα θα μπορείτε να βρείτε τις ομιλίες από τα προηγούμενα συνέδρια της ΕΠΕΓΕ.

Λόγω της πανδημίας έχει ανασταλεί οποιαδήποτε διαδικασία νομοθέτησης από το Υπουργείο Υγείας υπέρ του δικαιώματος των Γαστρεντερολόγων για καταστολή στην ενδοσκόπηση!



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Σπύρος Γούλας

Οι γραμμές που ακολουθούν γράφονται τις ημέρες των αυστηρών περιοριστικών μέτρων που ισχύουν τις τελευταίες εβδομάδες στη χώρα μας λόγω της πανδημίας. Και πιο συγκεκριμένα λίγα 24ωρα πριν την πρώτη σταδιακή άρση των μέτρων στο τέλος του πρώτου κύματος. Έχουν γραφεί ήδη πολλά και θα ακολουθήσουν



πολλά περισσότερα για την πανδημία και τις επιπτώσεις της σε επίπεδο υγειονομικό και κοινωνικοοικονομικό. Η πανδημία μπορεί - θεωρώ - υπό προϋποθέσεις να αποτελέσει την αφετηρία θετικών εξελίξεων σε εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο σε όλες τις πτυχές της ανθρωπίνης ζωής. Σε αυτή τη συγκυρία επιβεβαιώθηκε αυτό που γνωρίζαμε, ότι οι ζωές των ανθρώπων είναι αλληλένδετες και ότι οι αποφάσεις και οι πράξεις μιας χώρας επηρεάζουν καθοριστικά την καθημερινότητα άλλων χωρών, αλλά και του καθενός μας στα πέρατα του κόσμου - βλέπε πυρηνικά όπλα, κλιματική αλλαγή, πόλεμοι, ανθρωπιστική κρίση, πανδημία. Η κοινωνία σε τέτοιες συνθήκες ωριμάζει ταχύτατα μέσα από το σοκ που υφίσταται και μπορεί να την ωθήσει στην κατεύθυνση επαναπροσδιορισμού αξιών και προτεραιοτήτων. Η ροπή της κοινωνίας βέβαια δεν είναι αρκετή για τις αλλαγές αν δεν υπάρχουν σε επίπεδο κορυφής τα κατάλληλα πρόσωπα που θα ηγηθούν της μετάβασης στη νέα πραγματικότητα. Και αυτό κάθε άλλο παρά ρεαλιστικό είναι στην παρούσα φάση. Σε κάθε περίπτωση το τοπίο θα αλλάξει αλλά η νέα εικόνα θα χρειαστεί χρόνο να μορφοποιηθεί, θέλουμε να ελπίζουμε, στο καλύτερο...

Ας επανέλθουμε όμως στο θέμα μας, τη συνέντευξη και να πούμε ότι σε αυτό το τεύχος φιλοξενούμε ένα εκπρόσωπο της ευρύτερης ιατρικής μας οικογένειας, το Γενικό Χειρουργό **Σπύρο Βολτέα**, τον οποίο ευχαριστώ θερμά που είχε την ευγενή καλοσύνη να αφιερώσει λίγο από το χρόνο του για ό,τι ακολουθεί.

Ο ιατρός Σπύρος Βολτέας είναι Γενικός Χειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο της Αθήνας, έγγαμος και πατέρας ενός αγοριού 21 ετών. Είναι πτυχιούχος της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και ειδικεύτηκε στο 401 ΓΣΝΑ, το Σισμανόγλειο

κα το Ιπποκράτειο. Μετεκπαιδεύτηκε στη Μ Βρετανία (St Mary's και St Mark's Hospitals) με υποτροφία του Βρετανικού Συμβουλίου και της Ιατρικής Σχολής του St Mary's. Είναι αριστούχος διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, κάτοχος post-Doc Research του St Mary's Hospital – Imperial College, με Μάστερ στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας και την Ορθόδοξη Θεολογία – Βιοηθική του ΕΑΠ. Την τελευταία 20ετία εργάζεται στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο και έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη χειρουργική ογκολογία και την προηγμένη λαπαροσκοπική χειρουργική. Έχει συγγράψει αυτοτελώς τρία βιβλία, το τελευταίο με τίτλο «Βιοηθικά διλλήματα του Τέλους της Ζωής», δεκάδες δημοσιευμένες μελέτες σε ελληνικά και διεθνή περιοδικά καθώς και εκατοντάδες ανακοινώσεις, και έχει πολλά citations.

Έχω την τιμή και χαρά να τον γνωρίζω πολλά χρόνια και για να βάλω λίγες πινελιές στο πορτρέτο του θα πω ότι πρόκειται για εμπειρότατο Χειρουργό που διαθέτει ταλέντο, εργατικότητα, ορθολογισμό, αλλά και αστείρευτες δυνάμεις και διάθεση να μεταδώσει την εμπειρία του στους νεότερους. Θεωρώ ότι είναι γνήσιος εκπρόσωπος της σύγχρονης μαχόμενης Ιατρικής στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας και αυτός ήταν και ο λόγος για τον οποίο τον κάλεσα. Ας αφήσουμε όμως τον ίδιο να βάλει τις δικές του πινελιές...

Με το πτυχίο της Ιατρικής στο χέρι πως επιλέξατε την ειδικότητα της Γενικής Χειρουργικής;



Συνοικέσιο η ...Έρωτας;

Δεν θα μπορούσα να κάνω κάποια άλλη ειδικότητα εκτός από χειρουργική. Νομίζω ότι η επιλογή της ειδικότητας αντανάκλα τον χαρακτήρα ενός γιατρού! Όσο για την Γενική Χειρουργική, νομίζω επελέγη για το τεράστιο εύρος της... Άρα έρωτας!

Που κάνατε ειδικότητα; Δώστε μας την εικόνα της περιόδου εκείνης της εκπαίδευσής σας...

Ξεκίνησα στο 401ΓΣΝΑ σαν Δόκιμος Έφεδρος Αξιωματικός, όπου γνώρισα έναν από τους ανθρώπους που διαμόρφωσαν τον χειρουργικό μου χαρακτήρα, τον Αρχίατρο (τότε) Θεόδωρο Ματθαίου Αρκά. Εξαιρετικός χειρουργός, εξαιρετικός άνθρωπος. Συνέχισα στο Σισμανόγλειο, όπου υπηρέτησα υπό τον Μιλτιάδη Ευθυμιάδη και τον Δημήτρη Ζόγκα, πολύ καλούς κλασικούς χειρουργούς. Τους χρωστώ πάρα πολλά. Τελείωσα ειδικότητα στο Ιπποκράτειο, που είναι και το σπίτι μου. Υπήρχαν καλά και κακά χρόνια, υπήρχε μεγάλη πολιτική πόλωση, αλλά είχα την τύχη να ζήσω χειρουργικά μεγάλους χειρουργούς, όπως τον συγχωρεμένο Οδυσσέα Παπαδόπουλο, δάσκαλο και φίλο. Η εκπαίδευση ήταν για τους ανθρώπους αυτούς υποχρέωση, αυτό με έμαθαν και αυτό συνεχίζω με τους νεώτερους, στην μνήμη εκείνων που με δίδαξαν.

Σας απασχόλησε το δίλημμα άσκηση Ιατρικής στο δημόσιο η τον Ιδιωτικό τομέα;

Δεν κάνω εγώ για τον ιδιωτικό τομέα. Είναι θέμα ιδιοσυγκρασίας.

Η Γενική Χειρουργική, όπως και όλες οι ιατρικές ειδικότητες εξελίχθηκαν σε μεγάλο βαθμό τα τελευταία 30 χρόνια. Ποιοι νομίζετε ότι ήταν οι βασικοί σταθμοί σε αυτή την πορεία;

Αρχικά η εκτεταμένη εισαγωγή και χρήση της τεχνολογίας και σήμερα η λαπαροσκοπική χειρουργική. Πολλά θα αλλάξουν στο μέλλον με τις γονιδιακές και τις άλλες εξειδικευμένες θεραπείες, πολλοί τομείς θα καθοθούν, αλλά η ελάχιστα επεμβατική χειρουργική θα μείνει για πολλά πολλά χρόνια, έστω και με ακρότητες!

Υπάρχει κατά τη γνώμη σας αντικείμενο συζήτησης για εξειδικεύσεις, ειδικά Κέντρα και Μονάδες στα Νοσοκομεία μας ειδικά για τη Γενική Χειρουργική, και αν ναι, πώς τεκμηριώνεται η ανάγκη και ποιες θα ήταν αυτές;

Δεν υπάρχει σήμερα στην Ελλάδα σύστημα που να διευκολύνει την εξειδίκευση. Δεν υπάρχουν οι παραπομπές εκείνες που θα καταστήσουν δυνατή την λειτουργία μιας κλινικής μόνο με εξειδικευμένα περιστατικά. Αυτό είναι κακό, γιατί δεν προάγει την εμπειρία και, άρα την καλύτερη έκβαση των εξειδικευμένων επεμβάσεων..

Θεωρείτε ότι το Δημόσιο Σύστημα Υγείας μπόρεσε να ενσωματώσει τη σύγχρονη τεχνολογία, ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία της κρίσης;

Ναι. Με ελλείψεις ίσως, αλλά έγιναν σημαντικά βήματα. Επίσης δεν αντιμετωπίσαμε ποτέ προβλήματα στα αναλώσιμα. Νομίζω ότι μόνο στη ρομποτική μείναμε πίσω, αλλά τώρα, με την μείωση του κόστους, ελπίζω οι νεότεροι να προχωρήσουν μακρύτερα από ότι εμείς...

Τι μπορεί να γίνει κατά την άποψή σας καλύτερα;

Πολύ μεγάλη συζήτηση! Θέλει αναδιάρθρωση η πρωτοβάθμια φροντίδα, ώστε να μην συνωσιζονται ασθενείς στα ιατρεία των Νοσοκομείων, θέλουν αναδιάρθρωση τα ΤΕΠ ώστε να ελευθερωθούν οι κλινικές, χρειάζεται αναδιάρθρωση - μεταφορά κλινικών, ώστε να γίνουν πιο παραγωγικά τα Νοσοκομεία και απαιτείται κατά την γνώμη μου ενεργοποίηση των οικογενειακών ιατρών, ώστε να περιορισθεί η ανεξέλεγκτη κινητικότητα των ασθενών. Όσον αφορά την ειδικότητά μου, χρειάζεται να δοθούν περισσότερες δυνατότητες στους νέους χειρουργούς να μένουν και να εμπλουτίζουν την εμπειρία τους στα Νοσοκομεία μετά την ειδικότητα. Στην συνέχεια μπορεί κανείς να επιλέξει, αλλά έχοντας εμπιστοσύνη στα χέρια του.

Μπορεί να αναστραφεί το ρεύμα του brain drain των ιατρών μας και ιδιαίτερα των νέων και με ποια μέτρα;

Δεν νομίζω ότι θα συμβεί. Οι νέοι ιατροί φτιάχνουν την καριέρα και την ζωή τους έξω και δύσκολα θα επα-



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

νέλθουν. Χρειάζονται νέες νοσοκομειακές θέσεις, αλλά αυτό από μόνο του δεν φτάνει. Χρειάζεται αξιοκρατία και αξιοπρεπείς αμοιβές. Πρέπει επίσης κάποτε να μειωθεί ο αριθμός των ιατρών και ίσως να στραφούν μαζικά οι νεότεροι στην Γενική Ιατρική. Όλα αυτά όμως, ακόμα και εάν θεσμοθετηθούν αύριο, απαιτούν μια δεκαετία, άρα δύο γενιές ιατρών θα χαθούν.

Λόγω ειδικότητας είστε σε στενή σχέση με την ειδικότητά μας τη Γαστρεντερολογία. Υπάρχουν κατά τη γνώμη σας προβλήματα στην ζώσα πραγματικότητα της Γαστρεντερολογίας που δυσχεραίνουν τον Γενικό Χειρουργό. Αν ναι πως μπορούν να αντιμετωπιστούν...

Σε γενικές γραμμές έχουμε άριστη συνεργασία, τόσο με τους νοσοκομειακούς, όσο και με τους ιδιώτες Γαστρεντερολόγους. Νομίζω ότι μόνο ο φόρτος εργασίας δυσχεραίνει την επικοινωνία μας και ίσως οι εξειδικεύσεις που κατά τόπους λείπουν, κυρίως η διενέργεια ενδοσκοπικών υπερήχων και βιοψιών, αλλά και η ERCP. Μεγάλο πρόβλημα είναι επίσης το ιδιωτικό κόστος και η ανάγκη παραμονής σε κλινική όταν διενεργούνται βιοψίες ή άλλες επεμβατικές πράξεις.

Η Λαπαροσκοπική Χειρουργική είναι ένα εργαλείο που μπήκε στη ζωή μας τα τελευταία 30 χρόνια. Εκμεταλλεύομαι την εμπειρία σας να σας ρωτήσω πως τοποθετείτε τη Λαπαροσκοπική Χειρουργική στην αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου;

Αποτελεί σήμερα την επέμβαση εκλογής σε ολόκληρο τον κόσμο, ενώ χιλιάδες κλινικές ξεκινούν πάντα τις επεμβάσεις αυτές λαπαροσκοπικά. Υπάρχουν επίσης δεκάδες ικανοί χειρουργοί στην Ελλάδα, που έχουν εκπαιδευτεί και διενεργούν τέτοιες επεμβάσεις με επιτυχία. Η κλινική μας μετέχει στην συγκεκριμένη προσπάθεια, αλλά το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι ο χειρουργικός χρόνος! Εάν είχαμε περισσότερες χειρουργικές αίθουσες και χειρουργικό χρόνο, θα μπορούσαμε να εξυπηρετούμε αφενός περισσότερους ασθενείς με άλλες παθήσεις (ώστε να μην μακραίνει η λίστα) και αφετέρου να διενεργούμε αυτές τις χρονοβόρες επεμβάσεις εκπαιδεύοντας ταυτόχρονα τους

νέους επιμελητές και ειδικευόμενους χειρουργούς. Όλα καθορίζονται από την καμπύλη εκμαθήσεως. Κάποτε η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή γινόταν σε τρεις ώρες, σήμερα ο μέσος χειρουργός δεν κάνει πάνω από 40 λεπτά.

Να περάσω τώρα σε ερωτήσεις πιο...προσωπικές. Μιλήστε μας λίγο για τη ζωή σας πέραν της Χειρουργικής που μοιραία απορροφά το μεγαλύτερο μέρος, για αγαπημένες ασχολίες, χόμπι, δεξιότητες...

Έχω λίγο χρόνο για ταξίδια, διάβασμα, μουσική και συγγραφή. Ελπίζω επίσης να κατορθώσω κάποτε να γράψω κάποιες σκέψεις πάνω στην Βιοηθική, που με ελκύει ιδιαίτερα!

Ποιο ελληνικό νησί θέλετε να γνωρίσετε και δεν έχετε πάει μέχρι σήμερα;

Δεν έχω κάτι συγκεκριμένο. Όσο περνούν τα χρόνια θέλω ψυχία και απομόνωση! Αστυπάλεια, Καστελόριζο, Αντίπαρο ίσως...

Την περίοδο που γράφονται αυτές οι γραμμές είναι κυρίαρχη στην Ελλάδα αλλά και σε όλη την οικουμένη η πανδημία του κορωνοϊού. Μια υγειονομική βόμβα που ενέσκηψε και δοκιμάζει τα συστήματα υγείας και τις αντοχές των ανθρώπων και των Κρατών. Πως θα σκιαγραφούσατε το πορτραίτο του Στρατηγού του πολέμου καθηγητή Τσιόδρα;

Έχω εκφραστεί πολλές φορές με θαυμασμό για τον άνδρα και θυμώνω με τους ανόητους που ψάχνουν για ένα αγριόχορτο σε ένα απέραντο λιβάδι με ασφοδέλους...

Λέγεται και γράφεται ότι τίποτε στον κόσμο δεν θα είναι όπως πριν μετά την επαναφορά μας στην ...κανονικότητα. Μπορείτε να αποτυπώσετε αλλαγές που εκτιμάτε ότι θα υπάρξουν στη χώρα μας και ειδικότερα στην πολιτική υγείας.

Η χώρα νομίζω ότι θα υποφέρει από τον εγγενή εθνοκλασισμό μας, γι' αυτό και θεωρώ ότι η κατασταλτική και όχι η παιδευτική αξία των προστίμων θα παίξει σημαντικό ρόλο, όπως και η προσήλωση της πολιτείας, από την

Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ



οποία περιμένω να μην ενδώσει στον λαϊκισμό. Όσον αφορά το σύστημα υγείας, οι πρόσφατες εισροές θα το κρατήσουν ζωντανό για χρόνια. Δεν φτάνει βέβαια μόνο αυτό, πρέπει να γίνουν σημαντικές μεταρρυθμίσεις σε όλες τις βαθμίδες: νομίζω ότι η εποχή είναι κατάλληλη, λόγω υψηλής δεκτικότητας από τον πληθυσμό. Εάν

χάσουμε αυτήν την ευκαιρία, δεν νομίζω ότι θα έχουμε άλλη τέτοια ποτέ!

Μπορούμε να είμαστε αισιόδοξοι;

Κανείς ποτέ δεν πήγε μπροστά με τα μάτια καρφωμένα στο χώμα...



Ενδοσκοπικό θέμα

ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ
ΜΗ ΠΕΠΤΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ*

Στυλιανή Τσαφράκη

Παρουσίαση περιστατικού

Άνδρας 36 ετών προσήλθε στην κλινική αναφέροντας ναυτία και επιγαστραλγία περίπου από έτους, κυρίως μετά το φαγητό αλλά και ανεξάρτητα από τη λήψη τροφής. Επίσης ανέφερε υποτροπιάζοντα επεισόδια εμετών καθώς και απώλεια βάρους. Στα πλαίσια νοσηλείας του σε πανεπιστημιακή κλινική είχε διαγνωστεί η ύπαρξη στένωσης δωδεκαδακτύλου, της οποίας η αιτιολογία παρέμενε αδιευκρίνιστη και για την οποία είχε υποβληθεί τρεις φορές σε διαστολή με μπαλόνι χωρίς επιτυχία.

Στο *ιατρικό ιστορικό* ανέφερε επεισόδιο οξείας οιδηματώδους παγκρεατίτιδας αγνώστου αιτιολογίας προ τετραετίας.

Ο *εργαστηριακός έλεγχος* έδειξε μικρή αύξηση της τιμής της λιπάσης (66 U/L; ανώτερη φυσιολογική τιμή: 60 U/L) και της αμυλάσης (74 U/L, ανώτερη φυσιολογική τιμή: 53 U/L), χωρίς περαιτέρω παθολογικά ευρήματα.

Στον *υπέρηχο* άνω και κάτω κοιλίας, παρατηρήθηκε ομόκεντρο πάχυνση του τοιχώματος του δωδεκαδακτύλου (εικόνα 1).

Στα πλαίσια της *γαστροσκόπησης*, διεγνώσθη διάταση του βολβού καθώς και ερυθρότητα, οίδημα και υψηλού βαθμού στένωση στο γόνυ του δωδεκαδακτύλου (εικόνα 2). Η διέλευση του γαστροσκοπίου στη μεταβολβική μοίρα ήταν εφικτή.

Η *αξονική τομογραφία κοιλίας* έδειξε πάχυνση του τοιχώματος του βολβού και της δεύτερης μοίρας του δωδεκαδακτύλου, το πιθανότερο στα πλαίσια φλεγμονής, καθώς και συλλογή υγρού (3 εκ x 2,5 εκ) μεταξύ της οιδηματώδους περιοχής του δωδεκαδακτύλου και της κεφαλής του παγκρέατος (εικόνα 3).

Στα πλαίσια ERCP που ακλούθησε, παρατηρήθηκε φυσιολογικός χοληδόχος και παγκρεατικός πόρος, χωρίς στοιχεία χρόνιας παγκρεατίτιδας (εικόνα 4).

Αποφασίστηκε διεξαγωγή *διαδερμικής βιοψίας* της στένωσης με την βοήθεια υπερήχου. Η ιστολογική εξέταση του δείγματος έδειξε βαρεία χρόνια φλεγμονώδη αντίδραση με παρουσία ίνωσης της μυϊκής στιβάδας του δωδεκαδακτύλου. Η ανοσοϊστοχημία δεν έδειξε στοιχεία κακοήθειας η αυτοάνοσης νόσου.

Ακολούθησε η διενέργεια *ενδοσκοπικού υπερήχου*, όπου παρατηρήθηκε ένα περιπαγκρεατικό κυστικό μόρφωμα με πάχυνση του τοιχώματος του γειτνιάζοντος δωδεκαδακτύλου (εικόνα 5). Μετά από παρακέντηση της κύστης καθοδηγούμενη από τον υπέρηχο (EUS-FNA), το υλικό που αναρροφήθηκε στάλθηκε για καλλιέργειες, οι οποίες έδειξαν την ανάπτυξη ακτινομυκήτων και στρεπτοκόκκων.

Με την διάγνωση της χρόνιας, ινώδους, στενωτικής δωδεκαδακτυλίτιδας στα πλαίσια κοιλιακής ακτινομύκωσης, ο ασθενής ξεκίνησε βάσει αντιβιογράμματος ενδοφλέβια θεραπεία με Sulbactam και Ampicillin.



Εικόνα 1. Υπερήχο-γράφημα άνω κοιλίας (D: Δωδεκαδάκτυλο)



Εικόνα 2. Γαστροσκόπηση: η στένωση στο γόνυ του δωδεκαδακτύλου



Εικόνα 3. Αξονική τομογραφία κοιλίας (D: Δωδεκαδάκτυλο, P: Πάγκρεας, Z: περιπαγκρεατική συλλογή)

*Το περιστατικό προέρχεται από την παθολογική κλινική του Diakonie Klinikum Jung Stilling, Siegen, Germany, όπου η αρθρογράφος εργαζόταν κατά τα έτη 2009-2013 και 2015-2019.



Εικόνα 4. ERCP χωρίς παθολογικά ευρήματα



Εικόνα 5. EUS-FNA του περιπαγκρεατικού κυστικού μορφώματος (P: πάγκρεας, Z: περιπαγκρεατική κύστη)

Μετά από αρχική βελτίωση των συμπτωμάτων, στην πορεία παρουσίασε υποτροπή. Επακολούθησε αλλαγή της αντιβίωσης σε ενδοφλέβια χορήγηση Penicillin G σε υψηλές δόσεις για 6 εβδομάδες ακολουθούμενη από χορήγηση Amoxicillin από του στόματος για 6 μήνες. Ο ασθενής ανέρρωσε πλήρως χωρίς υποτροπή της νόσου.

Συζήτηση

Οι στενώσεις του δωδεκαδακτύλου οφείλονται κυρίως σε πεπτικά έλκη και κακοήθειες, αλλά και σε

άλλες λιγότερο συχνές παθήσεις (παρά τίθενται στον πίνακα 1).

Στένωση δωδεκαδακτύλου από λοιμώδη αίτια είναι σπάνια και συνήθως παρουσιάζει δυσκολία στη διαγνωστική προσπέλαση.

Παραθέσαμε ένα περιστατικό ασθενούς με συμπτωματική στένωση δωδεκαδακτύλου, ο οποίος διαγνώσθηκε με χρόνια στενωτική δωδεκαδακτυλίτιδα με παρουσία ίνωσης στα πλαίσια λοίμωξης με ακτινομύκητες.

Η **ακτινομύκωση** είναι μια σπάνια, χρόνια κοκκιωματώδης νόσος, που προκαλείται από νηματοειδή, θετικά κατά gram, ανασερόβια βακτήρια. Οι ακτινομύκητες συμπεριλαμβάνονται στη συνήθη χλωρίδα της στοματικής κοιλότητας και του εντερικού σωλήνα, αλλά αποκτούν λοιμογόνο ικανότητα μέσω εισβολής σε τραυματισμένο ή νεκρωτικό ιστό. Καθώς η λοίμωξη εξελίσσεται, σχηματίζεται κοκκιωματώδης ιστός, εκτεταμένη αντιδραστική ίνωση και νέκρωση, αποστήματα και συρίγγια¹. Το *Actinomyces israeli* είναι το κύριο παθογόνο στον άνθρωπο³.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Συνήθεις αιτίες στένωσης δωδεκαδακτύλου

Συγγενείς Παθήσεις	
Ατρησία δωδ/λου	Αιμαγγειώματα
Συγγενείς ταινίες/ διαφράγματα	Δακτυλιοειδές πάγκρεας
Κύστες χοληδόχου πόρου	
Επίκτητες Καλοήθεις Παθήσεις	
Τραύμα	Υπερπλασία αδένων Brunner
Ιατρογενής	Σύνδρομο άνω μεσεντερίου αρτηρίας (Wilkie's Syndrome)
Κυστική ίνωση	Λοιμώξεις (π.χ. στρογγυλοειδίαση, ακτινομύκωση)
Φυματίωση δωδ/λου	Οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση
Πεπτικό έλκος, Σύνδρομο Zollinger - Ellison	Ραγέν ανεύρυσμα παγκρεατοδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας
Χρόνια Παγκρεατίτιδα	ΜΣΑΦ (παρουσία διαφραγμάτων)
Νόσος Crohn	Ηωσινοφιλική γαστρεντερίτιδα
Επίκτητες Κακοήθεις Παθήσεις	
Ca δωδ/λου, παγκρέατος, φύματος Vater, χοληδόχου πόρου και χοληδόχου κύστης	Μεταστάσεις (π.χ. Ca μαστού, Ca ουρητήρα) Λέμφωμα



Ενδοσκοπικό θέμα

ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ
ΜΗ ΠΕΠΤΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ

Λόγω της τάσης της να μιμείται πολλές άλλες ασθένειες (όπως κάθε είδους φλεγμονή ή νεόπλασμα καθώς και ΙΦΝΕ) και της ευρείας ποικιλίας των συμπτωμάτων, η ακτινομύκωση αναφέρεται στην βιβλιογραφία και ως «a great pretender»².

Συνήθεις παράγοντες κινδύνου αποτελούν το άρρεν φύλο (εκτός από την πυελική ακτινομυκητίαση), ο σακχαρώδης διαβήτης, η ανοσοκαταστολή, η λήψη στεροειδών και διφωσφονικών, η χημειοθεραπεία, η HIV λοίμωξη, η λευχαιμία, οι μεταμοσχεύσεις, ο αλκοολισμός καθώς και η βλάβη τοπικού ιστού που προκαλείται από τραύμα, πρόσφατη χειρουργική επέμβαση, ακτινοβολία ή φλεγμονή^{3,4,5,8,9,10}.

Η νόσος εμφανίζεται συνήθως ως ένας αργά αναπτυσσόμενος όγκος, προκαλώντας άτυπο κοιλιακό άλγος, απώλεια βάρους, χαμηλό πυρετό, ναυτία ή έμετο⁶.

Η κοιλιακή εντόπιση αποτελεί το 20% των περιπτώσεων^{2,3,8} με συνήθη εντοπισμό (σε 65%) την ειλεοτυφλική περιοχή και την σκωληκοειδή απόφυση, συνήθως ως επιπλοκή οξείας φλεγμονής, διάτρησης ή χειρουργικής επέμβασης^{3,6,12}. Λιγότερο συχνά προσβάλλονται:

- **Ο οισοφάγος**, με παρουσία white plaques, ελκών, στενώσεων, αποστημάτων ή/και συριγγίων (5, 6)
- **Ο στόμαχος**, με εικόνα έλκους/μάζας ύποπτης για κακοήθεια και συχνά ιστορικό βαριατρικής επέμβασης ή χειρουργείου πεπτικού έλκους (3, 8)
- **το λεπτό έντερο**, συνήθως ως επιπλοκή από άλλες εστίες κοιλιακής ακτινομύκωσης. Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι σπάνια επιπλέκει ΙΦΝΕ του λεπτού εντέρου (3,12)
- **το ήπαρ**, με εικόνα πολλαπλών ηπατικών βλαβών (ως πρωτοπαθής ακτινομύκωση) ή εικόνα αποστήματος (12,14)
- **το πάγκρεας** (συνήθως με ιστορικό χειρουργείου ή τοποθέτησης stent)(13)

■ **το παχύ έντερο**, συνήθως ως επιπλοκή εκκολπωματίτιδας ή με τη μορφή όγκου ή αποστήματος/συριγγίου περιπρωκτικά (3,6,12)

■ η χοληδόχος κύστη (2)

Η κοιλιακή ακτινομύκωση σπάνια παρουσιάζεται σαν ενδοπεριτοναϊκή μάζα/ διάχυτη προσβολή με ακτινολογική εικόνα περιτοναϊκής καρκινωμάτωσης^{7,10,11}.

Το βιοχημικό προφίλ δεν είναι ειδικό και ποικίλλει ανάλογα με την κλινική εκδήλωση της νόσου, αν και η αναιμία, η αύξηση της CRP και/ή η αυξημένη ΤΚΕ και η ήπια λευκοκυττάρωση είναι συχνές⁹.

Τα ακτινολογικά ευρήματα είναι επίσης μη ειδικά και συνήθως μιμούνται κοιλιακή νεοπλασία. Συνήθως η αξονική τομογραφία δείχνει μια συμπαγή μάζα με εστιακές υπόπυκνες περιοχές και λιγότερο συχνά κυστική μάζα με πυκνό τοίχωμα, αποστήματα ή συρίγγια. Η μαγνητική τομογραφία μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση, αλλά έχει χαμηλή εξειδίκευση: η χαμηλή ένταση σήματος σε αλληλουχίες T2 μπορεί να είναι χρήσιμη για την υποστήριξη αυτής της διάγνωσης^{8,10}.

Τυπικά μικροσκοπικά ευρήματα περιλαμβάνουν νέκρωση με παρουσία κιτρινωπών sulfur granules και νηματοειδείς θετικούς κατά Gram παθογόνους παράγοντες με στοιχεία μυκήτων. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ωστόσο, ότι τα αναφερόμενα sulfur granules δεν είναι παθογνωμονικά για την ακτινομύκωση και μπορεί να παρατηρηθούν σε λοιμώξεις με *Nocardia brasiliensis* και *Streptomyces madurae*^{1,2,6}.

Ο πιο σίγουρος τρόπος διάγνωσης είναι με μικροβιολογική καλλιέργεια, η οποία, δυστυχώς, σπάνια είναι θετική, καθώς θα πρέπει να τηρηθούν απαραίτητες προϋποθέσεις αναφορικά με το ληφθέν υλικό, το οποίο θα πρέπει να μεταφερθεί σε συγκεκριμένους αναερόβιους περιέκτες, ή, ιδανικά, να υποστεί άμεση επεξεργασία. Στην καλλιέργεια η ανάπτυξη των *Actinomyces* spp είναι αργή· εμφανίζεται εντός τουλάχιστον 5 ημερών αλλά μπορεί να διαρκέσει έως και 15-20 ημέρες.



Ακόμα και αν τηρηθούν οι απαραίτητες συνθήκες, η πιθανότητα αρνητικού αποτελέσματος ανέρχεται στο 76%¹. Οποσδήποτε πρέπει να ενημερώνεται το εργαστήριο όταν υπάρχει υποψία ακτινομύκωσης.

Η βασική αρχή της θεραπείας της ακτινομύκωσης είναι η χρήση υψηλών δόσεων αντιβιοτικών για παρατεταμένη περίοδο (ενδοφλέβια θεραπεία 2-6 εβδομάδων και θεραπεία από του στόματος 6-12 μηνών), λόγω της έντονης δεσμοπλαστικής αντίδρασης και της έλλειψης επαρκούς αιμάτωσης, που έχει ως αποτέλεσμα την δυσχερή διείσδυση αντιβιοτικών στον ιστό. Η πενικιλλίνη G είναι το φάρμακο εκλογής για τη θεραπεία της ακτινομύκωσης (18-24 εκ. IU/24 ώρες)². Σε περίπτωση αλλεργίας μπορούν να χορηγηθούν ερυθρομυκίνη ή τετρακυκλίνες. Σε περιπτώσεις παραμονής των συμπτωμάτων μετά από ένα μήνα θεραπείας με πενικιλλίνη, θα πρέπει να εξεταστεί η χρήση επιπρόσθετων αντιβιοτικών όπως η λινεζολίδα, λόγω της πιθανότητας πολυμικροβιακής επιμόλυνσης³.

Η αντιβιοτική θεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με χειρουργική θεραπεία. Απαιτείται χειρουργική προσέγγιση σε περιπτώσεις εκτεταμένης νέκρωσης, μεγάλων αποστημάτων, συριγγίων, σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία με αντιβιοτικά, καθώς και για τον αποκλεισμό της παρουσίας κακοήθων όγκων που μπορούν να συνυπάρχουν⁹.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση του ασθενούς μας παρατηρήθηκε σημαντική καθυστέρηση στη διάγνωση (καθυστέρηση η οποία απαντάται συχνά στη βιβλιογραφία), λόγω της προηγηθείσης νοσηλείας του σε διαφορετικά θεραπευτικά ιδρύματα. Αν και δεν είναι εξακριβωμένη η αιτία που οδήγησε στην ακτινομύκωση, θεωρούμε ότι μπορεί να συσχετίζεται με το ιστορικό παγκρεατίτιδας που είχε προηγηθεί την τελευταία τετραετία. Ωστόσο δεν παρατηρήθηκαν στοιχεία χρόνιας παγκρεατίτιδας στις εξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν. Προηγήθηκαν πολλαπλές ενδοσκοπήσεις με διαστολές, χωρίς ωστόσο να υπάρχει

σαφής διάγνωση. Τελικά η διάγνωση τεκμηριώθηκε με λήψη υγρού που ελήφθη από μια περιτοίχωματική συλλογή και όχι από επιφανειακές ενδοσκοπικές βιοψίες. Το περιστατικό αυτό καταδεικνύει τη δυσκολία στη διαγνωστική προσέγγιση αλλά και τη χρησιμότητα του ενδοσκοπικού υπέρηχου σε περιπτώσεις που οι ακτινολογικές εξετάσεις αλλά και τα ενδοσκοπικά ιστολογικά ευρήματα είναι μη διαγνωστικά.

Συμπέρασμα

Η ακτινομύκωση του δωδεκαδακτύλου αποτελεί μια σπάνια οντότητα που αναπτύσσεται βραδέως, μιμούμενη πολλές άλλες παθήσεις (κυρίως κακοήθεια). Η καθυστερημένη διάγνωση, κυρίως λόγω των παρατεταμένων και μη ειδικών κλινικών συμπτωμάτων, της αργής ανάπτυξης του μικροβίου, των βακτηριακών επιμολύνσεων καθώς και της σπανιότητας της νόσου (λιγότερο από το 10% των περιπτώσεων διαγιγνώσκονται πριν από χειρουργική επέμβαση), οδηγεί σε αυξημένη νοσηρότητα από την ίδια τη νόσο αλλά και από αχρείαστες χειρουργικές επεμβάσεις που πραγματοποιούνται στα πλαίσια της αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και της διαγνωστικής προσέγγισης.

Πρέπει να υπάρχει υψηλού βαθμού κλινική υποψία και καλή συνεργασία παθολογικών, χειρουργικών και εργαστηριακών ειδικοτήτων, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση της νόσου, την αποφυγή περιττών χειρουργικών επεμβάσεων και τη μείωση των υποτροπών^{3,8,9}.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

1. Valour F, Senechal A, Dupieux C, et al: Actinomycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and management. *Infect Drug Resist* 2014; 7: 183-197
2. F. Acevedo et al.: Actinomycosis: a great pretender. Case reports of unusual presentations and a review of the literature. *International Journal of Infectious Diseases* (2008) 12, 358-362



Ενδοσκοπικό θέμα

ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ
ΜΗ ΠΕΠΤΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ

3. J.P.Garner, M.Macdonald, P.K. Kumar: Abdominal Actinomycosis. International Journal of Surgery (2007)5, 441-448
4. Memon RA, Shafquat Y, Yaqoob N. Abdominal actinomycosis in an elderly diabetic. Pak J Med Sci. Special Supplement ICON 2020. 2020;36(1):S98-S100
5. Alshati et al. Esophageal Actinomycosis Presenting as an Obstructive Esophageal Mass. ACG Case Rep J. 2019 Jul; 6(7): e00140
6. Boyanova, L., Kolarov, R., Mateva, L., Markovska, R., & Mitov, I. (2015). Actinomycosis: a frequently forgotten disease. Future Microbiology, 10(4), 613–628.
7. Kim S, Kang SI, Kim S, Jang MH, Kim JH. Abdominopelvic Actinomycosis Mimicking Peritoneal Carcinomatosis: A Case Report. Ann Coloproctol. 2019 Nov 13
8. Paulo CO et al. - Actinomycosis, a lurking threat: a report of 11 cases and literature review Rev Soc Bras Med Trop 51(1):7-13, January-February, 2018
9. Wong, V. K., Turmezei, T. D., & Weston, V. C. (2011). Actinomycosis. BMJ 2011;343:d6099
10. Montori et al.: Intra-abdominal actinomycosis, the great mime: case report and literature review. Emergency Medicine and Health Care 2015
11. Ali Ridha,1 Njideka Oguejiofor,2 Sarah Al-Abayechi,1 and Emmanuel Njoku2; Intra-Abdominal Actinomycosis Mimicking Malignant Abdominal Disease Hindawi Case Reports in Infectious Diseases Volume 2017
12. Sung HY, et al. • Clinical Features of Abdominal Actinomycosis: A 15-year experience of a single institute. J Korean Med Sci. 2011 Jul; 26(7): 932–937
13. Magri S, Paduano D, Cappai M, Pollino V. Primary pancreatic actinomycosis: A case report and literature review. Endosc Ultrasound 2019;8:354-5.
14. Sung Bum Kim,1Jae Woon Kim,2and Joon Hyuk Cho: A Rare Cause Of Multiple Hepatic Masses. Gastroenterology 2019;157:e12–e13
15. M Al-Rashedy, Y El-Dhuwaib, M Issa, P Ballester, B Ammori. Laparoscopic Management Of Acquired Benign Duodenal Strictures In Adults. The Internet Journal of Surgery. 2004 Volume 7 Number 1



Ορισμός - Επιδημιολογία

Η ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα (Eosinophilic Esophagitis, EoE) είναι μια ανοσομεσολαβούμενη φλεγμονώδης νοσολογική οντότητα του οισοφάγου, η οποία αποτελεί την κυρίαρχη αιτία χρόνιας οισοφαγίτιδας μετά τη ΓΟΠΝ και τη βασική αιτία δυσφαγίας και ενσφήνωσης βλωμού τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες, εφόσον αποκλειστούν άλλες αιτίες ηωσινοφιλίας. Η νόσος πρωτοαναφέρεται στη βιβλιογραφία τη δεκαετία του '70, ενώ ως παθολογική οντότητα αναγνωρίστηκε βιβλιογραφικά το 1993-94 από τις αναφορές του Attwood και Straumann, που αναγνώρισαν την εκσεσημασμένη απάντηση του ανοσολογικού συστήματος στα αλλεργιογόνα.

Πρόσφατες μετα-αναλύσεις προσδιορίζουν τον επιπολασμό της νόσου σε 34 περιπτώσεις ανά 100.000 στα παιδιά και 42,2 περιπτώσεις ανά 100.000 στους ενήλικες και την ετήσια επίπτωση σε 6,6 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού στα παιδιά και 7,7 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού στους ενήλικες. Η νόσος είναι συχνότερη στους άντρες από ότι στις γυναίκες σε αναλογία 3:1. Η πλειονότητα των περιπτώσεων (65%) εμφανίζεται στην παιδική ηλικία, ενώ παρατηρείται αύξηση ανάμεσα στα 30 και τα 44 έτη. Η νόσος παρουσιάζει στενή σχέση με συνυπάρχουσες καταστάσεις όπως άσθμα, έκζεμα, ρινίτιδα και ατοπικές τροφικές αλλεργίες. Σε επιδημιολογικές μελέτες φαίνεται μεγαλύτερος επιπολασμός της νόσου στην Ευρώπη και τη Β. Αμερική και μικρότερος στις χώρες της Ανατολής, γεγονός που καταδεικνύει το ρόλο τόσο περιβαλλοντικών (π.χ. ρύπανση, βλάστηση, κλιματική ζώνη, εποχή κ.α.) όσο και ανοσολογικών παραγόντων στην αιτιολογία της νόσου.

Παθοφυσιολογία

Διάφοροι παράγοντες κινδύνου και μηχανισμοί έχουν περιγραφεί στην παθοφυσιολογία της EoE (σχήμα 1).

Έχουν περιγραφεί:

A. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

1) Οι συνθήκες υγιεινής και ο μοντέρνος τρόπος ζωής

έχουν μειώσει την επίπτωση των λοιμώξεων, συμβάλλοντας σε μικρότερη μικροβιακή έκθεση των ατόμων, που οδηγεί σε βακτηριακή δυσβίωση, δηλαδή αλλαγή του μικροβιώματος του οισοφάγου (για παράδειγμα σε ασθενείς με EoE παρατηρείται αύξηση των Proteobacteriae και μείωση των γένων Streptococcus) και της διαπερατότητας του επιθηλίου του.

- 2) Αλλαγές στα αεροαλλεργιογόνα, στις συνθήκες του αέρα, στις συγκεντρώσεις της γύρης ή / και γενετικές και χημικές αλλαγές στις καλλιέργειες καθώς και στην προετοιμασία και τη συσκευασία των τροφών.
- 3) Η μειωμένη συχνότητα Η.Ρ. λοίμωξης, η οποία αυξάνει τους πληθυσμούς Th1 και Th17 λεμφοκυττάρων και μειώνει τους πληθυσμούς Th2.
- 4) Η ΓΟΠΝ, η οποία οδηγεί σε βλάβη των ενδοεπιθηλιακών συνδέσεων προκαλώντας μεγαλύτερη διαπερατότητα του οισοφαγικού επιθηλίου στα αλλεργιογόνα.
- 5) Η χρήση των PPIs, οι οποίοι ασκούν παραδόξως αντιφλεγμονώδη δράση, μπλοκάροντας την έκκριση της εοταξίνης και την έκκριση οξέος και μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο την ενεργοποίηση των πεπτικών ενζύμων. Κατ' αυτόν τον τρόπο τα πρωτεϊνικά αντιγόνα των τροφών δεν αποδομούνται και το πεπτικό σύστημα δεν προστατεύεται από την ανοσοαπάντηση που προκαλείται από αυτές τις πρωτεΐνες. Οι βασικές τροφές που μειώνουν την ανοσιακή απάντηση στον οισοφάγο είναι το γάλα, το σιτάρι, η σόγια, τα αυγά, τα φυστίκια, τα ψάρια και τα όστρακα. Λόγω αυτής της παρατήρησης και της Th2 λεμφοκυτταρικής ανοσιακής απάντησης, η EoE θεωρείται μία μορφή τροφικής αλλεργίας.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των τροφών, των αερο-αλλεργιογόνων και του μικροβιώματος, αλληλεπιδρούν με το οισοφαγικό επιθήλιο προκαλώντας την παραγωγή της κυτοκίνης IL-33 και του TSLP. Έτσι ενεργοποιούνται τα T-ρυθμιστικά κύτταρα και επάγεται η Th2 ανοσοαπάντηση, εκκρίνοντας βιοδραστικές κυτοκίνες όπως οι: TGF-β, IL-4, IL-13 και IL-5, οι οποίες προκαλούν ρήξη του οισοφαγικού επιθηλιακού φραγμού και ηωσινοφιλική φλεγμονή.



Κλινικό θέμα

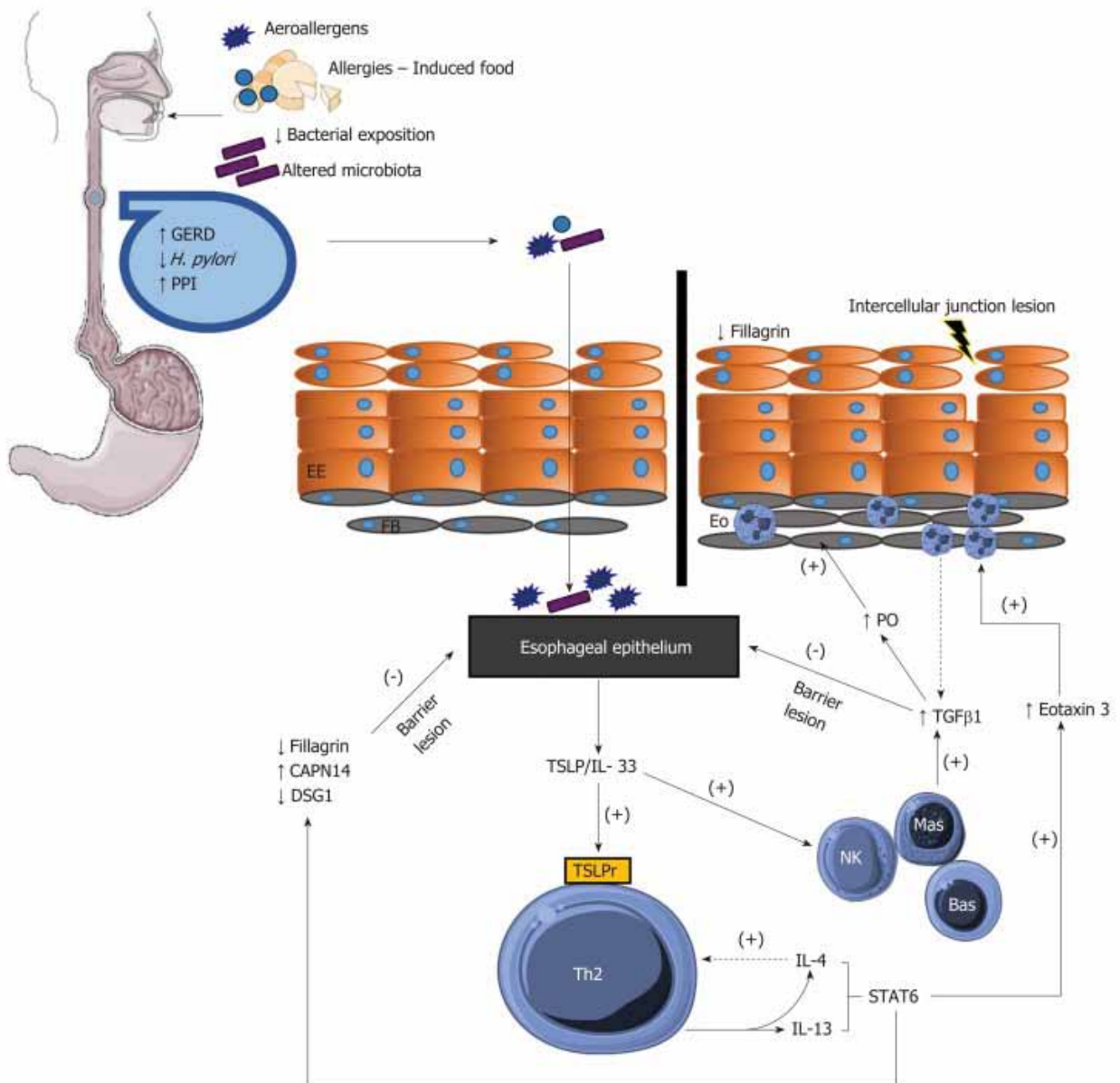
ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Β. Ανοσογενετικοί Παράγοντες

Οι ασθενείς με ΕοΕ παρουσιάζουν γενετικές παραλλαγές σε διάφορα γονίδια όπως το CCL26, το οποίο κωδικοποιεί την εοταξίνη 3, το TSLP (Thymic Stromal Lymphopoietin), το FLG (Filaggrin), το DSG1

(Desmoglein1), το STAT6, το CAPN14 και το GRLF2. Ειδικά το γονίδιο TSLP, που υπερεκφράζεται στο επιθήλιο ατόμων με ΕοΕ, παίζει σημαντικό ρόλο στην Th2 λεμφοκυτταρική ανοσοαπάντηση σε διάφορες παθήσεις εκτός της ΕοΕ, όπως το άσθμα. Ενεργοποιεί τα Th2



Σχήμα 1. Η παθοφυσιολογία της ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας σχηματικά (TSLPr: TSLP υποδοχείς; IL-4r: IL-4 υποδοχείς; Eo: Ηωσινόφιλα; Bas: Βασεόφιλα; Mas: Μαστοκύτταρα; NK: Φυσιικοί φονείς; PO: Περιοξίνη). Πηγή: World J Gastroenterol. 2019 Aug 28; 25(32): pp 4598–4613.



λεμφοκύτταρα, τα οποία με τη σειρά τους ενεργοποιούν τα βασεόφιλα. Τέλος η έκκριση IL-4, IL-5, IL-13, CCL3 και CCL4 ενεργοποιεί τα μονοπάτια STAT5 και STAT6, τα οποία με τη σειρά τους ρυθμίζουν πολύ σημαντικά μόρια, όπως η εοταξίνη 3, η καλπεΐνη 14 και η δεσμογλεΐνη 1.

Η ΕοΕ δεν επηρεάζεται από την ανοσοσφαιρίνη IgE. Παρόλα αυτά σε δείγματα ιστών έχει βρεθεί μία αύξηση των IgG4. Αύξηση των IgG4 έχει βρεθεί και στον ορό ειδικά για κάποια τροφικά αλλεργιογόνα, γεγονός που υποστηρίζει την θεωρία ότι η ΕοΕ είναι μία IgG4 μεσο-λαβούμενη νόσος. Παρόλα αυτά στην κλινική πράξη η ανοσοιστοχημική χρώση για IgG4 στις βιοψίες οισοφάγου δεν χρησιμοποιείται για διάγνωση καθώς η ευαισθησία της είναι μόλις 48%.

Βιοπαθολογία του οισοφαγικού επιθηλίου

Η IL-13 επάγει την έκκριση στο οισοφαγικό επιθήλιο, α) της εοταξίνης 3, μιας χυμοκίνης που προσελκύει τα ηωσινόφιλα στον οισοφάγο αναδιαμορφώνοντας την εναπόθεση κολλαγόνου και β) της καλπεΐνης 14, ενός πρωτεολυτικού ενζύμου, ειδικού για τον οισοφάγο, που προσκολλάται στην δεσμογλεΐνη 1, οδηγώντας σε ρήξη του επιθηλιακού οισοφαγικού φραγμού. Εξασθένηση του οισοφαγικού φραγμού προκαλεί και η μείωση της φιλαγκρεΐνης από την IL-13, γεγονός που επιτρέπει τη διόδο των αλλεργιογόνων.

Τέλος και ο TGF-β1 που παράγεται από τα ηωσινόφιλα και τα μαστοκύτταρα συμβάλλει στη δυσλειτουργία του επιθηλιακού φραγμού μειώνοντας τα επίπεδα της κλαουντίνης 7, μιας ενδοκυττάριας πρωτεΐνης των σφικτών συνδέσεων. Έτσι καθώς εγκαθίσταται η οξεία φλεγμονή, πολλοί μηχανισμοί ενεργοποιούνται, προκαλώντας χρόνια οισοφαγική βλάβη, αφού ο TGF-β1 μέσω της περιοστίνης προκαλεί πάχυνση των λείων μυϊκών ινών και ίνωση.

Συμπτωματολογία και διάγνωση

Η συμπτωματολογία εξαρτάται από την ηλικία. Στα βρέφη και στα μικρά παιδιά εμφανίζεται με εμέτους,

άρνηση λήψης τροφής, δυσφαγία και λιγότερο συχνά με καθυστέρηση της ανάπτυξης. Στα παιδιά σχολικής ηλικίας και στους εφήβους εμφανίζεται με δυσφαγία και ενσφήνωση βλωμού. Άλλα συμπτώματα σε αυτή την ηλικία είναι ο θωρακικός και κοιλιακός πόνος, οι έμετοι και οι αναγωγές. Στους ενήλικες το κύριο σύμπτωμα είναι η δυσφαγία και ο μη θεραπευόμενος οπισθοστερνικός καύσος.

Η συχνότητα της ΕοΕ στους ενήλικες με οισοφαγικά συμπτώματα, οι οποίοι υποβάλλονται σε γαστροσκόπηση είναι 7%. Το ποσοστό αυτό μπορεί να αγγίξει το 23-50% σε ασθενείς με δυσφαγία ή ενσφήνωση βλωμού. Η διάγνωση εξαρτάται από τα κλινικά, τα ενδοσκοπικά και τα ιστολογικά ευρήματα. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει από τοπικές και συστηματικές αιτίες οισοφαγικής ηωσινοφιλίας όπως φαίνεται παρακάτω:

1. Ηωσινοφιλική γαστρεντερίτιδα: Γαστρεντερικά συμπτώματα και ηωσινοφιλική διήθηση στόμαχου και 12/λου.
 2. Νόσος Crohn: εξωοισοφαγικά συμπτώματα και απεικόνιση.
 3. Λοιμώξεις (π.χ. παράσιτα): εξωοισοφαγικά συμπτώματα και εξετάσεις ορού και κοπράνων.
 4. Αχαλασία: αναγωγές και διαγνωστικά ευρήματα από την οισοφαγική μανομετρία.
 5. Υπερηωσινοφιλικό σύνδρομο: περιφερική ηωσινοφιλία $> 1,5 \times 10^9 / L$ + ηωσινοφιλική βλάβη οργάνων ή/και δυσλειτουργία (καρδιακή, νευρολογική, δερματολογική, πνευμονολογική).
 6. Φαρμακευτική υπερευαισθησία: εξάνθημα, πυρετός, λεμφαδενοπάθεια πολυοργανική συμμετοχή. Λύση με την απομάκρυνση του φαρμάκου.
 7. Αγγειίτιδα, πεμφιγοειδές και CTDs (νόσοι του συνδετικού ιστού). Κλινικές και ιστολογικές διαφορές και συστηματική συμμετοχή.
- Αξίζει να τονισθεί πως η ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα



Κλινικό θέμα

ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

αποτελεί ξεχωριστή κλινική οντότητα από την κοιλιοκάκη και την ΙΦΝΕ και δεν παρουσιάζει αιτιολογική σχέση με το υπερηωσινοφιλικό σύνδρομο, την οισοφαγική ατρησία και τις διαταραχές του συνδετικού ιστού.

Σχέση μεταξύ ΓΟΠΝ ΚΑΙ ΕοΕ

Πολλά έχουν ειπωθεί και γραφτεί για τη χρήση της θεραπείας με αναστολείς αντλίας πρωτονίων ως διαγνωστικό κριτήριο της νόσου και του φαινοτύπου της που αποκαλείται PPI-Responsive Eosophageal Eosinophilia (PPI-REE).

Μέχρι το 2007 τα διαγνωστικά κριτήρια της ΕοΕ περιελάμβαναν τη δοκιμή με PPI. Μόνο οι ασθενείς που δεν ανταποκρίνονταν στη θεραπεία με PPI ή εναλλακτικά είχαν φυσιολογική pHμετρία μπορούσαν να διαγνωστούν ως πάσχοντες από ΕοΕ. Αυτά τα κριτήρια βασίζονταν στην υπόθεση, ότι μόνο η ΓΟΠΝ, ως νόσος συσχετιζόμενη με το οξύ, μπορεί να ανταποκριθεί στη θεραπεία με PPIs, θεωρώντας τη ΓΟΠΝ και την ΕΟΕ ξεχωριστές κλινικές οντότητες.

Η περιγραφή το 2011 ενός φαινοτύπου που ονομάστηκε PPI-REE, έφερε την επανάσταση στις προηγούμενες γνώσεις. Αναφέρεται σε ασθενείς με κλινικά, ενδοσκοπικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά ΕοΕ, οι οποίοι απαντούν πλήρως στη θεραπεία με PPIs, χωρίς να συνδέονται με ΓΟΠΝ. Έτσι ο όρος PPI-REE αντικατέστησε την κύρια διαφορική διάγνωση της ΕοΕ και η pHμετρία εξαιρέθηκε από τα διαγνωστικά κριτήρια. Επειδή οι PPI-REE και η ΕοΕ είναι ουσιαστικά ίδιες ακόμη και σε γενετικό επίπεδο και πολύ διαφορετικές από την ΓΟΠΝ, από το 2011 έχει ανακληθεί ο όρος PPI-REE στις κατευθυντήριες οδηγίες και η θεραπεία με PPIs δεν θεωρείται διαγνωστικό κριτήριο αλλά θεραπευτικός παράγοντας. Ασθενείς με ΕοΕ, είτε ανταποκρίνονται στη θεραπεία με PPIs είτε όχι, εμφανίζουν αλληλεπικαλυπτόμενα γενετικά και φαινοτυπικά χαρακτηριστικά. Συνεπώς, ενήλικες που επιτυγχάνουν κλινική και ιστολογική ύφεση όντας σε θεραπεία με PPIs αποτελούν μέρος του φάσματος του ΕοΕ παρά ανήκουν σε ξεχωριστή οντότητα.

Άρα η ΓΟΠΝ και η ΕοΕ είναι διαφορετικές οντότητες που μπορεί να συνυπάρχουν αυτόνομα στον ίδιο ασθενή ή να αλληλεπιδρούν, προκαλώντας και οι δύο λειτουργικές και αρχιτεκτονικές διαταραχές του οισοφάγου, επάγοντας η μια την εμφάνιση της άλλης.

Ενδοσκοπικά ευρήματα

Τα βασικότερα ενδοσκοπικά ευρήματα είναι: (1) η τραχειοποίηση του οισοφάγου (Rings) – εικόνες 2 και 3, (2) το οίδημα, (3) οι στενώσεις, (4) η απώλεια του αγγειακού δικτύου, (5) η ευθρυπτότητα με τους ενδοσκοπικούς χειρισμούς (Crepe Paper Mucosa) – εικ 4, (6) οι επιμήκεις αυλακώσεις ως σιδηροτροχιά (Furrows) – εικόνα 1 και, (7) το λευκωπό εξίδρωμα που προσομοιάζει με καντιντίαση (εικ. 3). (Πηγή των εικόνων 1-4: World J Gastroenterol. 2019 Aug 28; 25(32): pp 4598–4613.

Το ενδοσκοπικό σκορ αναφοράς της ΕοΕ (εικόνα 5), που αποτελεί σύστημα ενδοσκοπικής ταξινόμησης



Εικ 1. Επιμήκεις αυλακώσεις.



Εικ 2. Τραχειοποίηση του οισοφάγου.



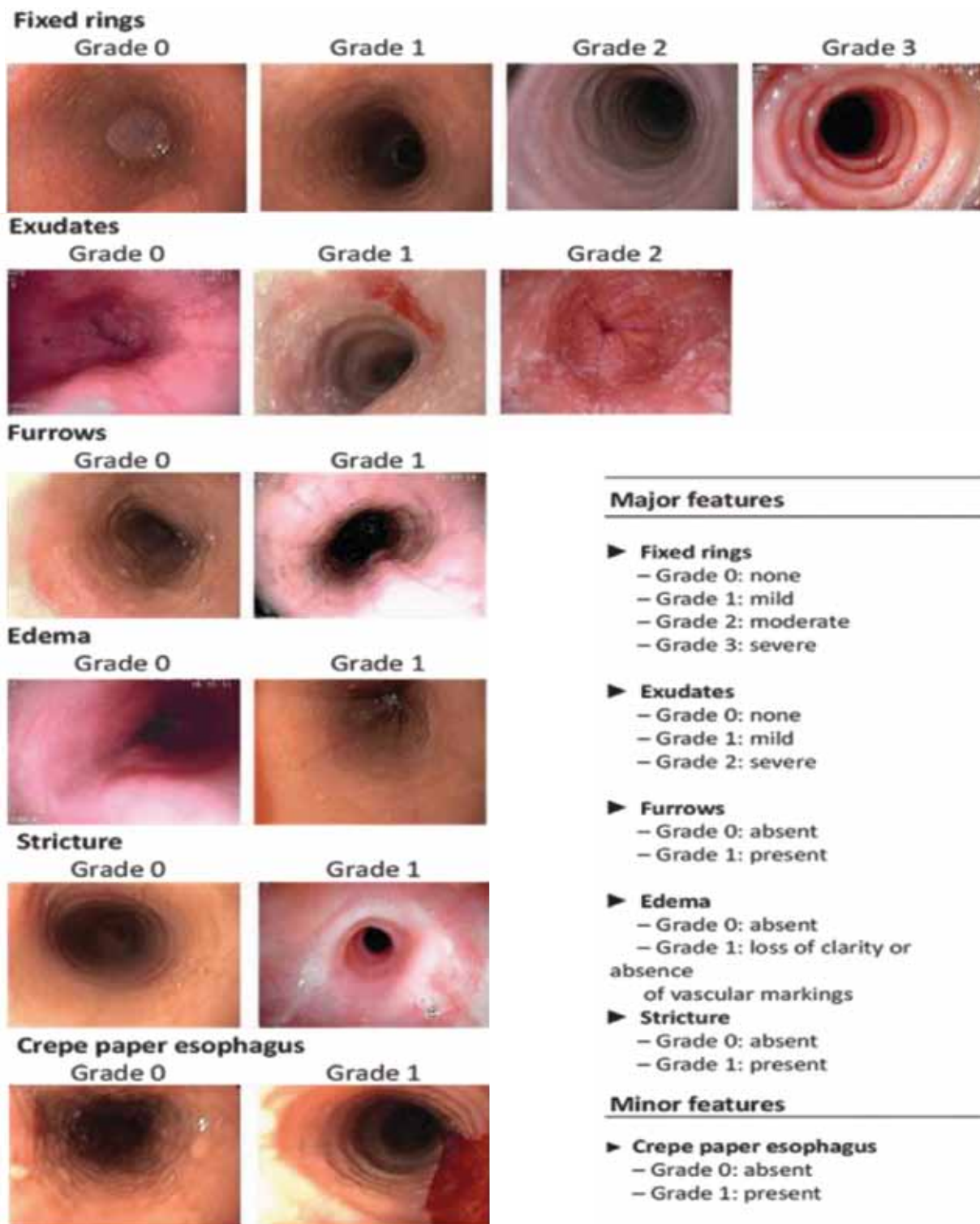
Εικ 3. Λευκωπό εξίδρωμα.



Εικ 4. Επιπολής εξέλκωση του βλεννογόνου και τραχειοποίηση του οισοφάγου.

Κλινικό θέμα

ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ



Εικόνα 5. EoE Endoscopic Reference Score (EREFS). Το ενδοσκοπικό σκορ αναφοράς της EoE (EREFS). Πηγή: Article in Expert Review of Gastroenterology and Hepatology · August 2017, Alfredo J Lucendo.



Κλινικό θέμα

ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

(EREFS), περιλαμβάνει μείζονα ενδοσκοπικά ευρήματα (τραχειοποίηση, επιμήκεις αυλακώσεις, εξίδρωμα και οίδημα) και επιπλέον χαρακτηριστικά όπως η μείωση της οισοφαγικής διαμέτρου, ο ελικοειδής οισοφάγος, οι στενώσεις και ο οισοφάγος Crepe Paper.

Ιστολογική διάγνωση

Παρά τη βοήθεια που μας προσφέρουν τα ενδοσκοπικά γνωρίσματα, πρόσφατες μετα-αναλύσεις έδειξαν ότι η ειδικότητα, η ευαισθησία και η προγνωστική αξία αυτών των μεμονωμένων ενδοσκοπικών χαρακτηριστικών είναι ανεπαρκής για τη διάγνωση της ΕοΕ. Επιπλέον, η ενδοσκοπική εικόνα του οισοφάγου μπορεί να είναι φυσιολογική σε ένα 10%-25% των ασθενών με ΕοΕ. Για την επιβεβαίωση της διάγνωσης, είναι αναγκαία η λήψη βιοψιών από τον ανώτερο, τον μέσο και τον κατώτερο οισοφάγο. Συνιστάται η λήψη τουλάχιστον 6 βιοψιών από διαφορετικά σημεία και κυρίως από ορατές βλεννογονικές βλάβες. Κατά την αρχική διάγνωση πρέπει να λαμβάνονται βιοψίες τόσο από τον στόμαχο όσο και από το 12/λο, προς αποκλεισμό ηωσινοφιλικής γαστρεντερίτιδας.

Αποδεκτό όριο ηωσινοφιλικής πυκνότητας για διάγνωση της ΕοΕ είναι $> 15 \text{ Eos / HPF}$ (ηωσινόφιλα ανά οπτικό πεδίο), η δε χρώση αιμοτοξυλίνης – ηωσίνης είναι αρκετή για ιστολογική διάγνωση. Τα ιστολογικά ευρήματα μπορεί να περιλαμβάνουν: 1) ηωσινοφιλικά μικροαποστήματα, 2) υπερπλασία της βασικής ζώνης, 3) διεύρυνση των μεσοκυττάρων διαστημάτων, 4) ίνωση του χωρίου, 5) επιφανειακό στρώμα ηωσινοφίλων και 6) δυσκερατωσικά επιθηλιακά κύτταρα. Η ιστολογική αξιολόγηση ως προς την βαρύτητα και την έκταση της νόσου γίνεται με το σύστημα EOEHS (Eosinophilic esophagitis histological scoring system) σε κλίμακα τεσσάρων βαθμών.

Συνοψίζοντας, τα κλινικά, ενδοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα το American College of Gastroenterology έχει θεσπίσει τα εξής διαγνωστικά κριτήρια για την ΕοΕ:

1. Συμπτώματα οισοφαγικής δυσλειτουργίας
2. Συνυπάρχουσες ατοπικές καταστάσεις
3. Ενδοσκοπικά ευρήματα ΕοΕ

4. Πάνω από 15 ηωσινόφιλα/HPF (60 ηωσινόφιλα/ mm^2) στις οισοφαγικές βιοψίες
5. Ηωσινοφιλική διήθηση μόνο στον οισοφάγο
6. Αποκλεισμός άλλων αιτιών ηωσινοφιλίας, όπως ΓΟΠΝ, παρασιτώσεις (σχιστοσωμίαση, ανασακίαση, τοξοκαρίαση) και κοιλιοκάκη

Παρακολούθηση και φυσική ιστορία

Γίνεται προσπάθεια σε παγκόσμιο επίπεδο για την ανεύρεση και καθιέρωση ελάχιστα ή μη επεμβατικών διαγνωστικών μέσων όπως αιματολογικοί, ορολογικοί και ανοσολογικοί δείκτες, που όμως μέχρι στιγμής δεν είναι ακριβείς ούτε για τη διάγνωση ούτε για την παρακολούθηση της νόσου.

Παρόλα αυτά, έχουν αναπτυχθεί και ελάχιστα επεμβατικές συσκευές όπως το string test και το cytosponge, οι οποίες έχουν δείξει καλή συσχέτιση με την ηωσινοφιλία, αλλά απαιτούνται περισσότερες μελέτες και την καθιέρωσή τους. Επειδή τα συμπτώματα δεν σχετίζονται με την ιστολογική ενεργότητα της νόσου, η ιστολογική εκτίμηση είναι απαραίτητη για την παρακολούθησή της.

Προσπάθειες ανάπτυξης μη επεμβατικών δεικτών παρακολούθησης, όπως ο Eosinophilic Esophagitis Activity Index (EEAI), πιθανά να μπορεί να προβλέψουν την ιστολογική ή την ενδοσκοπική ύφεση. Το ίδιο προσπαθούν να κάνουν και τα ερωτηματολόγια, που έχουν αναπτυχθεί, όπως τα Dysphagia Symptom Questionnaire για τους ενήλικες και το παιδιατρικό ΕοΕ Symptom Score. Το EndoFLIP System ένας νέος καθετήρας ο οποίος, μέχρι στιγμής, προβλέπει τον κίνδυνο ενσφήνωσης βλωμού, στους ασθενείς που αναδεικνύει μείωση της διαμέτρου του αυλού του οισοφάγου.

Η αθεράπευτη ΕοΕ συσχετίζεται με επίμονα συμπτώματα και φλεγμονή που οδηγούν σε στενώσεις και λειτουργικές ανωμαλίες (εξέλιξη του φαινοτύπου από φλεγμονώδη σε ινοσπενωτικό). Υπάρχουν ενδείξεις ότι η ισχυρή αντιφλεγμονώδης αγωγή μπορεί να περιορίσει την εξέλιξη αυτή.

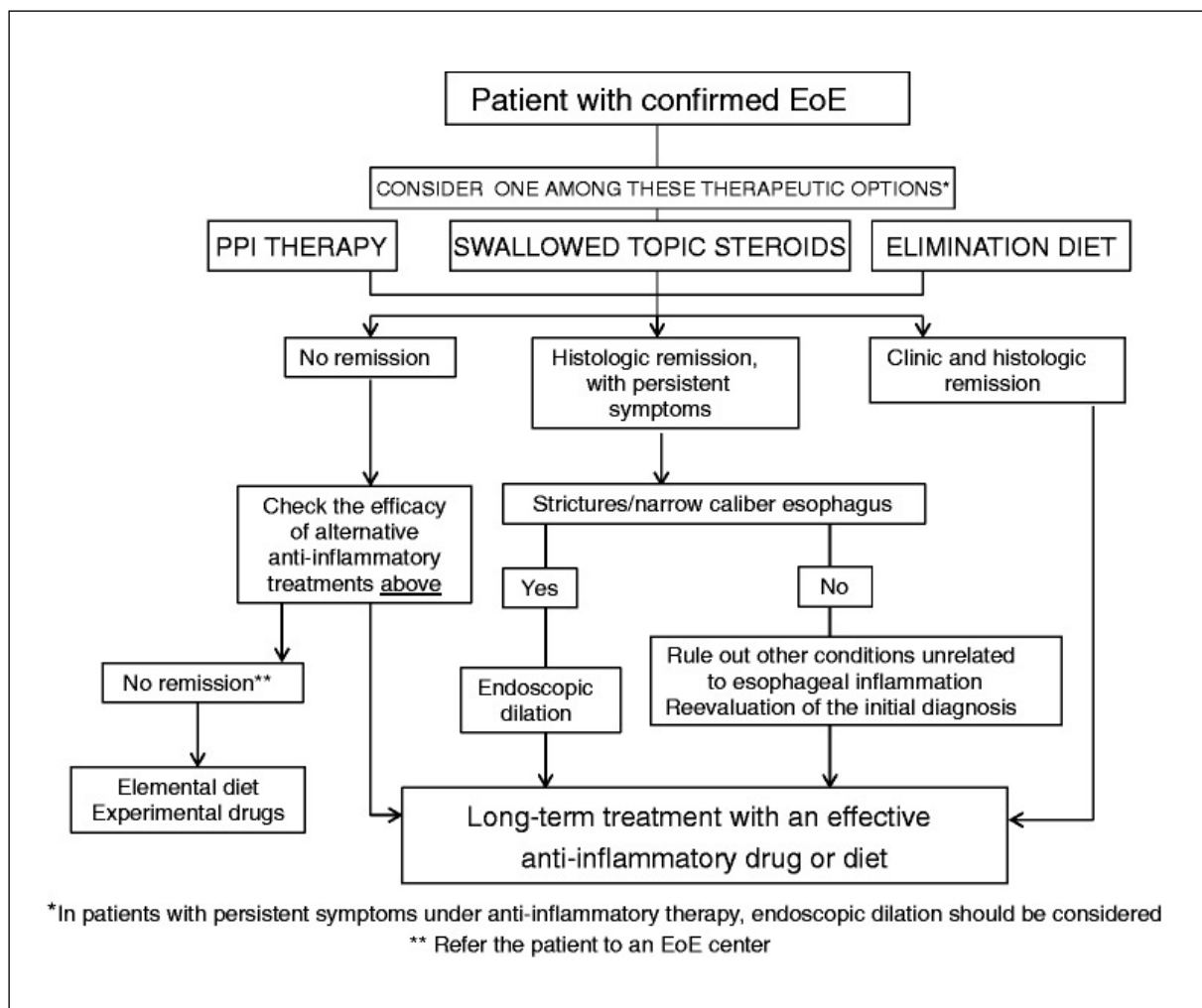


Η νόσος επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών επιδρώνοντας στην κοινωνική και ψυχολογική τους ισορροπία. Στα παιδιά μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική δυσλειτουργία, άγχος, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου κ.α., ενώ στους ενήλικες σε διαταραχή της κοινωνικής τους ζωής, αλλά όχι σε διαταραχή ψυχικών και νοητικών λειτουργιών, ενώ το άγχος που προκαλείται αφορά κυρίως στην ίδια την ασθένεια.

Δεν υπάρχει κανένα στοιχείο, το οποίο να τεκμηριώνει ότι η ΕοΕ αποτελεί προκαρκινωματώδη κατάσταση.

Θεραπεία

Η θεραπεία της ΕοΕ περιλαμβάνει τον έλεγχο των αιτιολογικών παραγόντων και της Th2 απάντησης, η οποία ποικίλει όπως στις αλλεργικές αναπνευστικές παθήσεις. Στόχος της θεραπείας είναι ο έλεγχος της οισοφαγικής ηωσινοφιλίας και της φλεγμονής, οι οποίες ενεργοποιούν τα συμπτώματα και τις διαδικασίες ίνωσης στον οισοφάγο. Ένας σύγχρονος θεραπευτικός αλγόριθμος φαίνεται για τη ΕοΕ φαίνεται στο σχήμα 2.



Σχήμα 2. Προτεινόμενος θεραπευτικός αλγόριθμος για την ΕοΕ στην κλινική πρακτική. Πηγή: UEG Journal 2017, Vol. 5(3), pp 335–358.



Κλινικό θέμα

ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας στηρίζεται στα “3D”:

- ΦΑΡΜΑΚΑ (DRUGS): Αποτελούν τη βασική θεραπεία
- ΔΙΑΙΤΑ (DIET): Ελέγχει την επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων
- ΔΙΑΣΤΟΛΕΣ (DILATIONS): Αντιμετωπίζουν τις επιπλοκές της νόσου

Drugs: Φαρμακευτική αγωγή

Τα PPIs, η δίαιτα ή τα τοπικά στεροειδή μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως πρώτης γραμμής θεραπεία. Η εκλογή της θεραπείας θα πρέπει να εξατομικεύεται, να συζητείται και να συναποφασίζεται με τον ασθενή.

1) Αναστολείς αντλίας πρωτονίων

Η ΓΟΠΝ παίζει σημαντικό ρόλο στην ΕοΕ, επειδή ήπια ηωσινοφιλία (<5-10 Eos/HPF) μπορεί να ανευρεθεί σε βιοψίες οισοφάγου ασθενών με ΓΟΠΝ. Τα PPIs αυξάνουν το γαστρικό pH, μειώνουν τη βλάβη του οισοφάγου λόγω της έκθεσης στο οξύ και επιπλέον ασκούν αντιφλεγμονώδη δράση μπλοκάροντας την Th2 απάντηση με ελάττωση της έκθεσης του επιθηλίου στη δράση των φλεγμονωδών κυτοκινών. Με αυτόν τον τρόπο επιδιορθώνουν τον επιθηλιακό φραγμό που αλλάζει με την έκθεση στο οξύ. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως πρώτης γραμμής θεραπεία σε δόσεις 20-40mg στους

ενήλικες ή 1mg/Kg σωματικού βάρους στα παιδιά, 2 φορές την ημέρα για 8 εβδομάδες, επάγοντας κλινική και ιστολογική ύφεση. Στους ασθενείς που ανταποκρίνονται στην θεραπεία με PPIs η μακροχρόνια χορήγησή τους στην χαμηλότερη δόση είναι αποτελεσματική στη διατήρηση της ύφεσης.

2) Κορτικοστεροειδή

Συστηματικά στεροειδή δεν ενδείκνυνται στην θεραπεία της ΕοΕ. Τα τοπικά κορτικοστεροειδή (στεροειδή που κυκλοφορούν στο εμπόριο σε εισπνεόμενη μορφή, τα οποία ο ασθενής καταπίνει αντί της αρχικά προγραμματισμένης χρήσης τους) είναι αποτελεσματικά στην επαγωγή της ιστολογικής ύφεσης. Σε ένα ποσοστό των ασθενών που ανταποκρίθηκαν στα στεροειδή, η μακροχρόνια θεραπεία με αυτά διατηρεί την ύφεση. Τα καταπνόμενα τοπικά στεροειδή (πίνακας 1) είναι ασφαλή χωρίς σοβαρές παρενέργειες. Μόνη επιπλοκή σε ποσοστό 10% είναι η οισοφαγική καντιντίαση. Επιπλέον στα παιδιά συνιστάται έλεγχος της κορτιζόλης για την πρόληψη της επινεφριδιακής ανεπάρκειας.

Οι ασθενείς που θα ανταποκριθούν στην φλουτικαζόνη (FLIXOTIDE) παρουσιάζουν κλινική βελτίωση εντός 1-2 ημερών από τη χορήγησή της. Η θεραπεία θα συνεχιστεί για 8 εβδομάδες. Για τους μη ανταποκριθέντες ασθενείς, οι επιλογές είναι η αύξηση της δόσης ή αλλαγή σε βουδεσονίδη (PULMICORT) ή η διαιτητική προσέγγιση. Τον

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Τοπικά στεροειδή στη θεραπεία της ΕοΕ. Πηγή: UEG Journal 2017, Vol. 5 (3), pp 335–358

Drug	Target population	Induction dosing (usually divided doses)	Maintenance dosing (usually divided doses)
Fluticasone propionate ^{a,b}	Children ^d Adults	880-1760 mcg/day 1760 mcg/day	440-880 mcg/day 880-1760 mcg/day
Budesonide ^{b,c}	Children ^d Adults	1-2 mg/day 2-4 mg/day	1 mg/day 2 mg/day

^a If an inhaler is used, the patient should be instructed to puff the medication into their mouth during a breath hold.

^b Regardless of the form of administration (nebulized or swallowed), patients should fast at least 30-60 min after medication in order to minimize esophageal drug clearance.

^c Oral viscous budesonide preparation consists of mixing 1-2 mg budesonide with 5 mg of sucralose or similar.

^d Specific doses in children will be determined by age, height or weight.



Ιανουάριο του 2018 εγκρίθηκε από τον EMA το φάρμακο JORVEZA της εταιρείας FALK, του οποίου η δραστική ουσία είναι η βουδεσονίδη και διατίθεται με τη μορφή διασπειρόμενων δισκίων του 1 mg. Η συνιστώμενη δόση για τη θεραπεία της ΕοΕ είναι 1 δισκίο 2 φορές την ημέρα για 6 εβδομάδες. Άλλο γλυκοκορτικοειδές που έχει δοκιμαστεί αλλά απαιτούνται περισσότερες μελέτες είναι η κυκλοεσονίδη (ALVESCO).

3) Πειραματικές Θεραπείες

Η αζαθειοπρίνη και η όμερκαπτοπουρίνη προκαλούν προαγωγή και διατήρηση μακροχρόνιας ύφεσης σε περιορισμένες περιπτώσεις κορτικοεξαρτώμενης ΕοΕ. Τα αντισταμινικά και το χρωμογλυκικό νάτριο (NALCROM) δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα ούτε στα συμπτώματα ούτε στην οισοφαγική ηωσινοφιλία. Τα βιβλιογραφικά δεδομένα για τον ανταγωνιστή του υποδοχέα των λευκοτριενίων (MONTELUCAST) είναι ανεπαρκή.

Το OC000459 είναι ένας εκλεκτικός από του στόματος διαθέσιμος CRTH2 (Chemoattractant Receptor Homologous Molecule Th2) ανταγωνιστής, όπου σε μελέτες σχετίστηκε με μέτρια αλλά σημαντική μείωση του αριθμού των ηωσινοφίλων και βελτίωση των συμπτωμάτων. Ο ρόλος των anti-IL5 μονοκλωνικών αντισωμάτων mepolizumab και reslizumab (Cinqaero) είναι αβέβαιος.

Το QAX576 ένα anti-IL13 μονοκλωνικό αντίσωμα δεν έχει κανένα αποτέλεσμα στα συμπτώματα αλλά μειώνει την οισοφαγική ηωσινοφιλία.

Τα μονοκλωνικά αντισώματα omalizumab (anti-IgE παράγοντας - XOLAIR) όπως και το infliximab (anti-TNFα παράγοντας- REMICADE) δεν έχουν καμία δράση στα συμπτώματα ή στην οισοφαγική ηωσινοφιλία.

Το dupilumab (DUPIXENT) ένα μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι της υποομάδας Α της IL-4, φαίνεται ότι βελτιώνει τη δυσφαγία καθώς και τα ιστολογικά και ενδοσκοπικά ευρήματα.

Diet: Δίαιτα

Οι διαιτητικές τροποποιήσεις είναι μη φαρμακευτική θεραπεία σε ενήλικες και παιδιά και χρησιμοποιείται λόγω του ρόλου των τροφικών αλλεργιογόνων στην παθογένεση της νόσου. Υπάρχουν τρεις επιλογές 1) η στοιχειακή δίαιτα, 2) η δίαιτα περιορισμού συνεπικουρούμενη από τεστ τροφικής αλλεργίας και 3) η εμπειρική δίαιτα περιορισμού 6 τροφών (SFED – SIX FOOD ELIMINATION DIET). Σε κάθε περίπτωση η δίαιτα θα πρέπει να εφαρμόζεται σε συνεργασία με αλλεργιολόγους και διαιτολόγους. Επιπλέον πρέπει να ενημερώνεται ο ασθενής για τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα (δυσκολία στην εφαρμογή και τη συμμόρφωση, κόστος, ψυχολογική επιβάρυνση) αυτής της προσέγγισης.

Δεν υπάρχει χώρος για στοιχειακή δίαιτα στην ΕΟΕ, η οποία θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο επί αποτυχίας της φαρμακευτικής αγωγής ή/και της δίαιτας αποκλεισμού 6 τροφών. Η στοιχειακή δίαιτα προάγει την ιστολογική ύφεση στο 90% των ασθενών, όμως είναι δυσεφάρμοστη για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η δίαιτα βάση των δερματικών τεστ που προκαλεί ιστολογική ύφεση στο 1/3 των ασθενών δεν υπερέχει από την εμπειρική δίαιτα αποκλεισμού των 6 τροφών (γάλα αγελάδος, αυγό, σόγια, φιστίκια, ψάρι και θαλασσινά, σιτάρι), η οποία προκαλεί ιστολογική ύφεση στα 3/4 των ενηλίκων και των παιδιών. Αυτό υποστηρίζεται και από πρόσφατες μελέτες, οι οποίες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η παθογένεση δεν είναι IgE μεσολαβούμενη, αλλά σχετίζεται μάλλον με IgG4.

Στους ενήλικες, μια εμπειρική δίαιτα αποκλεισμού 4 τροφών (γάλα αγελάδας, σιτηρά, αυγά και όσπρια) επιτυγχάνει ύφεση στο 50% των ασθενών, ενώ η δίαιτα περιορισμού 2 τροφών (γάλα και γλουτένη) είναι αποτελεσματική στο 40% των ασθενών. Παρατεταμένη αποφυγή των ερεθιστικών τροφών μπορεί να οδηγήσει σε κλινική και ιστολογική ύφεση ελεύθερη φαρμακευτικής αγωγής.



Κλινικό θέμα

ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Dilations: Διαστολές

Οι διαστολές είναι η μόνη ενδοσκοπική θεραπεία στην ΕοΕ. Θα πρέπει να γίνονται σε ασθενείς με εμμένουσα, ανθιστάμενη δυσφαγία, παρά την φαρμακευτική αγωγή, στους οποίους όμως έχει επιτευχθεί ύφεση της φλεγμονής. Επίσης συνιστώνται σε ασθενείς με σοβαρή δυσφαγία ή ιστορικό ενσφήνωσης βλωμού καθώς και σε εκείνους στους οποίους η διάμετρος του οισοφάγου είναι $< 13\text{mm}$. Οι διαστολές θα πρέπει να γίνονται ακολουθώντας τον κανόνα των 3 (3 διαστολές τη φορά με προοδευτική αύξηση της διαμέτρου του διαστολέα κατά 3 mm και επανάληψη κάθε 3 εβδομάδες). Ο κίνδυνος διάτρησης είναι κάτω από 1%.

Στον πίνακα 2 αναγράφονται οι ιδεατοί στόχοι της θεραπείας της ΕοΕ σε κλινικό, ενδοσκοπικό και ιστολογικό επίπεδο (στη δεξιά στήλη), ενώ ορίζονται και τα χαρακτηριστικά της ανταπόκρισης και της μη ανταπόκρισης της ΕοΕ στη θεραπεία (στην μεσαία και στην αριστερή στήλη αντίστοιχα).

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η ΕΟΕ είναι μία ανοσολογική -αλλεργική νοσολογική οντότητα, η οποία, σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα, περιλαμβάνει την ενεργοποίηση της Th2 λεμφοκυτταρικής ανοσολογικής απάντησης σε συγκεκριμένα αλλεργιογόνα. Παρόλο που η χρήση των PPIs χρησιμοποιήθηκε στο παρελθόν ως διαγνωστικό της κριτήριο, έχει γίνει σαφές πλέον ότι τα PPIs μπορεί να δράσουν συνεργικά και να διευκολύνουν την ύφεση των συμπτωμάτων. Με βάση λοιπόν τις νέες μελέτες, τα PPIs θα πρέπει να χρησιμοποιούνται στα αρχικά στάδια της αντιμετώπισης ως θεραπευτικός και όχι ως διαγνωστικός παράγοντας. Άλλα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι τα τοπικά κορτικοστεροειδή και οι δίαιτες περιορισμού.

Το πεδίο της έρευνας στο μέλλον είναι ευρύ και αφορά στην επιδημιολογία (επανεξέταση του ρόλου του περιβάλλοντος, των αντιβιοτικών, των διαιτητικών συνθηκών), την παθογένεση, την διάγνωση (γίνεται προσπάθεια ανεύρεσης νέων βιολογικών και ορο-

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Τα καταληκτικά σημεία μη ανταπόκρισης, της μερικής ανταπόκρισης και της ύφεσης (από τα αριστερά προς τα δεξιά, αντίστοιχα) του πάσχοντος από ΕοΕ, ο οποίος βρίσκεται σε θεραπευτική αγωγή, σε ιστολογικό, κλινικό και ενδοσκοπικό επίπεδο (από την άνω προς την κάτω γραμμή, αντίστοιχα). Πηγή: World J Gastroenterol. 2019 Aug 28; 25(32): pp 4598–4613

SPECTRUM OF RESPONSE			
Spectrum of outcomes	Non-response	Response	Complete normalization
Histology	Persistent eosinophilia $\geq 15 \text{ eos/hpf}$	Reduced eosinophilia 7-14 eos/hpf, 1-6 eos/hpf	Normal biopsy $<1 \text{ eos/hpf}$
Symptoms	Persistent symptoms $<30\%$ decrease in a symptom metric	Decrease eosinophilia 30%-90% decrease in a symptom metric	Symptom resolution $>90\%$ decrease in a symptom metric; EEsAI score <20
Endoscopy	Persistent endoscopic findings: $<30\%$ decrease in EREFS	Improved findings $\text{EREFS} \geq 2$ but less than baseline	Normal esophagus $\text{EREFS} <2$

EEsAI: Eosinophilic Esophagitis Symptom Activity Index; eos/hpf: Eosinophils per high-power field; EREFS: Eosinophilic Esophagitis Endoscopic Reference Score.



λογικών δεικτών και μη επεμβατικών τεστ) και τη θεραπεία (τοποθέτηση βιολογικών παραγόντων στον θεραπευτικό αλγόριθμο).

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Javier Molina Infante, Alfredo J. Lucendo, Ángel Arias Arias, Ulrike von Arnim, Arjan Bredenoord, Christian Bussmann, Jorge Amil Dias, Mogens Bove, Jesús González-Cervera, Helen Larsson, Stephan Miehlke, Alexandra Papadopoulou, Joaquin Rodríguez Sánchez, Alberto Ravelli, Jukka Ronkainen, Cecilio Santander, Alain Schoepfer, Ingrid Terreehorst, Martin A. Storr, Alex Straumann, Stephen E. Attwood. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. *UEG Journal* 2017, Vol. 5(3) 335–358.
2. Nirmala P. Gonsalves, MDa, Seema S. Aceves, MD, PhD. Diagnosis and treatment of eosinophilic esophagitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2020 Jan Volume 145, Issue 1, Pages 1–7.
3. Andrés Gómez-Aldana, Mario Jaramillo-Santos, Andrés Delgado, Carlos Jaramillo, and Adán Lúquez-Mindiola. Eosinophilic esophagitis: Current concepts in diagnosis and treatment. *World J Gastroenterol.* 2019 Aug 28; 25(32): 4598–4613.
4. Weidlich S, Nennstiel S, Jesinghaus M, Brockow K, Slotta-Huspenina J, Bajbouj M, Schmid RM, Schlag C. IgG4 is Elevated in Eosinophilic Esophagitis but Not in Gastroesophageal Reflux Disease Patients. *J Clin Gastroenterol.* 2019.
5. Pope AE, Stanzone N, Naini BV, Garcia-Lloret M, Ghassemi KA, Marcus EA, Martin MG, Wozniak LJ. Esophageal IgG4: Clinical, Endoscopic, and Histologic Correlations in Eosinophilic Esophagitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019; 68:689–694.
6. Molina-Infante J, Bredenoord AJ, Cheng E, Dellon ES, Furuta GT, Gupta SK, Hirano I, Katzka DA, Moawad FJ, Rothenberg ME, Schoepfer A, Spechler SJ, Wen T, Straumann A, Lucendo AJ PPI-REE Task Force of the European Society of Eosinophilic Oesophagitis (EUREOS) Proton pump inhibitor-responsive oesophageal eosinophilia: an entity challenging current diagnostic criteria for eosinophilic oesophagitis. *Gut.* 2016; 65:524–531.
7. Navarro P, Arias Á, Arias-González L, Laserna-Mendieta EJ, Ruiz-Ponce M, Lucendo AJ. Systematic review with meta-analysis: the growing incidence and prevalence of eosinophilic oesophagitis in children and adults in population-based studies. *Aliment Pharmacol Ther.* 2019; 49:1116–1125.
8. McGowan EC, Platts-Mills TAE, Wilson JM. Food allergy, eosinophilic esophagitis, and the enigma of IgG4. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2019; 122:563–564.
9. Lucendo AJ, Miehlke S, Schlag C, Vieth M, von Arnim U, Molina-Infante J, Hartmann D, Bredenoord AJ, Ciriiza de Los Rios C, Schubert S, Brückner S, Madisch A, Hayat J, Tack J, Attwood S, Mueller R, Greinwald R, Schoepfer A, Straumann A International EOS-1 Study Group. Efficacy of Budesonide Orodispersible Tablets as Induction Therapy for Eosinophilic Esophagitis in a Randomized Placebo-Controlled Trial. *Gastroenterology.* 2019; 157:74–86.e15.
10. Hirano I, Collins MH, Assouline-Dayan Y, Evans L, Gupta S, Schoepfer AM, Straumann A, Safroneeva E, Grimm M, Smith H, Tompkins CA, Woo A, Peach R, Frohna P, Gujrathi S, Penenberg DN, Li C, Opiteck GJ, Olson A, Aranda R, Rothenberg ME, Dellon ES HEROES Study Group. RPC4046, a Monoclonal Antibody Against IL13, Reduces Histologic and Endoscopic Activity in Patients With Eosinophilic Esophagitis. *Gastroenterology.* 2019; 156:592–603.e10.



Η Γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΕΧΝΗΤΩΝ ΝΕΥΡΩΝΙΚΩΝ ΔΙΚΤΥΩΝ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ

Αθανάσιος Δ. Σιούλας

Έχει αποδειχθεί πως ο προσυμπτωματικός έλεγχος του παχέος εντέρου με κολονοσκόπηση συμβάλλει στη μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας από ορθοκολικό καρκίνο. Στη σύγχρονη βιβλιογραφία και τις κατευθυντήριες οδηγίες έχουν καθιερωθεί διάφοροι ποιοτικοί δείκτες, η ποσοτική έκφραση των οποίων συνδέεται αναλογικά με την αποτελεσματικότητα της κολονοσκόπησης. Μεταξύ αυτών κυρίαρχη θέση κατέχει το ποσοστό ανίχνευσης αδενωμάτων (ADR, adenoma detection rate), των προδρόμων δηλαδή βλαβών του καρκίνου του παχέος εντέρου. Μάλιστα, είναι δεδομένο πως η βελτίωση του ADR συνδέεται με μείωση της επίπτωσης και θνητότητας από την εν λόγω νόσο.

Με στόχο τη βελτίωση του ADR έχουν μελετηθεί διάφορες μέθοδοι με ποικίλα αποτελέσματα. Αυτές περιλαμβάνουν add-on εξαρτήματα (π.χ. endocuff, endocap, G-EYE), ενδοσκόπια ευρέως οπτικού πεδίου (FUSE), virtual χρωμοενδοσκόπηση, επισκόπηση με ανάστροφη όραση στο δεξί κόλο, τεχνικές water immersion / exchange, προσπάθειες βελτίωσης του εντερικού καθαρισμού και πλήθος άλλων. Παρ' όλες τις παρεμβάσεις, είναι γνωστό, πως ένας αριθμός αδενωμάτων ξεφεύγει της διάγνωσης κατά την κολονοσκόπηση, αποτελώντας το βασικό αιτιολογικό παράγοντα ανάπτυξης κακοήθων βλαβών μεταξύ των ενδεδειγμένων χρονικών διαστημάτων κολονοσκοπικού ελέγχου (interval cancers).

Σε πρόσφατες μελέτες έχει εξεταστεί η χρήση τεχνητών νευρωνικών δικτύων (ΤΝΔ) με στόχο τη βελτίωση του ADR. Τα ΤΝΔ συνιστούν εργαλεία της τεχνητής νοημοσύνης (ΤΝ) και αποτελούνται από μεγάλο αριθμό διασυνδεδεμένων υπολογιστικών κόμβων (νευρώνων) που μετά από κατάλληλη «εκπαίδευση» επιλύουν προβλήματα 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).

Προ ολίγων εβδομάδων δημοσιεύθηκε η πρώτη μετα-ανάλυση τριών τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών σε 2815 ασθενείς που συνέκριναν το ADR της υποβοηθούμενης με ΤΝΔ κολονοσκόπησης (ΤΝΔ-Κ) με αυτό της συμβατικής κολονοσκόπησης (Κ).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το ADR ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο στην ΤΝΔ-Κ σε σχέση με την Κ (32.9% vs. 20.8%, RR: 1.58, 95 % CI 1.39 – 1.80, $p = <0.001$). Αντίστοιχα υψηλότερο στην ΤΝΔ-Κ ήταν και το ποσοστό ανίχνευσης πολυπόδων (PDR, polyp detection rate) γενικά (43.0% vs 27.8%, RR: 1.55, 95 % CI 1.39 – 1.72, $p = <0.001$). Δευτερευόντως, δεν υπήρχε διαφορά στον μέσο χρόνο καθετηριασμού του τυφλού, ενώ η ΤΝΔ-Κ είχε μεγαλύτερο μέσο χρόνο απόσυρσης, πιθανώς λόγω της αυξημένης παρουσίας false positive ευρημάτων.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα ως άνω αποτελέσματα, είναι δυνατό η χρήση των ΤΝΔ να βοηθά στην αύξηση του ADR της κολονοσκόπησης, βελτιώνοντας την αποτελεσματικότητά της.

Σε κάθε περίπτωση είναι αναγκαία η διενέργεια περισσότερων μεγάλων τυχαιοποιημένων μελετών, μελετών με tandem κολονοσκοπήσεις (δηλ. ΤΝΔ-Κ ακολουθούμενη από Κ και αντιστρόφως), καθώς και συγκριτικών μελετών της ΤΝΔ-Κ με κολονοσκόπηση με χρήση άλλων παρεμβάσεων (π.χ add-on εξαρτήματα), προτού υπάρξουν τροποποιήσεις στην εφαρμοζόμενη κλινική πρακτική.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

1. Aziz M, Fatima R, Dong C, et al. The Impact of Deep Convolutional Neural Network based Artificial Intelligence on Colonoscopy Outcomes: A Systematic Review with Meta-analysis. J Gastroenterol Hepatol. 2020. [Epub ahead of print].
2. Wang P, Berzin TM, Glissen Brown JR, et al. Real-time

Η Γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΕΧΝΗΤΩΝ ΝΕΥΡΩΝΙΚΩΝ ΔΙΚΤΥΩΝ
ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ



automatic detection system increases colonoscopic polyp and adenoma detection rates: a prospective randomised controlled study. Gut 2019; 68: 1813-1819.

3. Su JR, Li Z, Shao XJ, et al. Impact of a real-time automatic

quality control system on colorectal polyp and adenoma detection: a prospective randomized controlled study (with videos). Gastrointest Endosc 2019. doi: 10.1016/j.gie.2019.08.026.



How to do it

ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΟΙ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΙ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ – ΠΩΣ ΤΟΥΣ ΑΦΑΙΡΟΥΜΕ

Δημήτρης Δανδάκης

Εισαγωγή

Η πρακτική μας στην αφαίρεση μικρών (5 mm<διάμετρος<10mm) και μικροσκοπικών (διάμετρος < 5 mm) πολυπόδων παχέος εντέρου έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια. Η εισαγωγή νέων τεχνικών, όπως η πολυποδεκτομή με ψυχρό βρόχο (cold-snare), η εγκατάλειψη παλαιότερων όπως η θερμή λαβίδα (hot-biopsy) και η ελαχιστοποίηση, έως εξαφάνισής, της χρήσης της λαβίδας βιοψίας, ακόμα και σε μικροσκοπικούς πολύποδες, αποτελούν τα νέα στοιχεία.

Πολύποδες - Αξιολόγηση

Τα σύγχρονα ενδοσκόπια υψηλής ανάλυσης, με τις δυνατότητες χρωμοενδοσκόπησης που μας παρέχουν, αυξάνουν την δυνατότητα να εντοπίζουμε πολύ μικρές βλάβες. Κάθε ενδοσκοπική βλάβη πρέπει να ελέγχεται προσεκτικά και, αν είναι δυνατό, να προβαίνουμε σε ενδοσκοπική διάγνωση και αξιολόγηση της πιθανότητας ύπαρξης καρκίνου.

Τα τελευταία χρόνια γίνεται συζήτηση για τη μη αποστολή των περισσότερων μικροσκοπικών πολυπόδων για ιστολογική εξέταση, τη λεγόμενη τακτική «resect and discard». Το επιχείρημα είναι ότι το 80% των πολυπόδων, που βρίσκουμε στην κολονοσκόπηση, είναι <5mm και το 90% <10mm, άρα μιλάμε για μια σημαντική μείωση του κόστους. Ο δε κίνδυνος ύπαρξης κακοήθειας είναι ελάχιστος (πλησιάζει το μηδέν) στους μικροσκοπικούς και 1-2%, στους μικρούς πολύποδες¹. Θεωρείται από πολλούς, ότι η μη ιστολογική διάγνωση ενός μικρού αδενώματος το οποίο έχει εξαιρεθεί, δεν αλλάζει την πρόγνωση. Η ύπαρξη 1 έως 2 μικροσκοπικών αδενωμάτων, δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο μετάχρονων αδενωμάτων².

Από την άλλη βέβαια, ο φόβος ότι δεν μπορούμε να αντικαταστήσουμε τον παθολογοανατόμο, σε συνδυασμό με το σχετικά χαμηλό κόστος της βιοψίας στην Ελλάδα, οδηγεί στη συνέχιση της πρακτικής της αποστολής σχεδόν όλων των πολυπόδων που αφαιρούμε, με εξαίρεση, ίσως, τους τυπικούς υπερπλαστικούς του ορθού.

Η EGSE, στις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες, τονίζει ότι η χρωμοενδοσκόπηση θα μπορούσε να αντικαταστήσει την ιστολογική εξέταση, αλλά αυτό θα πρέπει να γίνεται για πολύποδες <5mm, εφόσον ταξινομηθεί η βλάβη, υπάρχει φωτογραφία και έμπειρος ενδοσκόπος³.

Ενδοσκοπική αφαίρεση

Η πολυποδεκτομή με ψυχρό βρόχο πολυπόδων δ<10mm, θεωρείται πλέον, η μέθοδος εκλογής. Εξάιρεση αποτελούν οι μισχωτοί πολύποδες, αν και ακόμα και εκεί έχουμε αναφορές για πολυποδεκτομή με ψυχρό βρόχο, με μικρή μόνο αύξηση της πρώιμης αιμορραγίας σε σχέση με τους επίπεδους.

Η τεχνική αφαίρεσής τους με θερμό βρόχο δεν φαίνεται να υπερέχει, ούτε όσον αφορά το θεραπευτικό αποτέλεσμα αλλά ούτε όσον αφορά τις επιπλοκές. Ο αρχικός μου φόβος ότι η πολυποδεκτομή με ψυχρό βρόχο αποτελεί άλλη μία έκφραση «ταξικής» διαφοράς στις υπηρεσίες υγείας (μία που είναι πιο οικονομική για τον ασθενή), παραμερίστηκε από το πολύ καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά και το μικρό ποσοστό επιπλοκών. Η υπεροχή φαίνεται να είναι μεγαλύτερη σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιθρομβωτικά φάρμακα, μια που με την αποφυγή χρήσης διαθερμίας, δεν συμβαίνει θερμική βλάβη των αγγείων, η οποία είναι και η κυρίως υπεύθυνη για τις όψιμες αιμορραγίες.

Η τεχνική αφαίρεσης με θερμή λαβίδα (hot-biopsy) έχει από καιρό εγκαταλειφθεί λόγω των επιπλοκών που οφείλονται στη θερμική βλάβη που προκαλεί. Αποτέλεσμα της χρήσης της ήταν συχνότερα επεισόδια αιμορραγίας, διάτρησης, αλλά και καταστροφής του βιοπτικού υλικού. Η μόνη αναγνωρισμένη, πλέον, χρήση της είναι με την τεχνική Anvulsion, στην περίπτωση υπολειμματικών, ινωτικών νησίδων, μετά την αφαίρεση μεγάλων επίπεδων πολυπόδων⁴.

Οι νεότερες οδηγίες αποτρέπουν τη χρήση αφαίρεσης ακόμα και μικροσκοπικών πολυπόδων με λαβίδα βιοψίας. Ο λόγος είναι η παραμονή υπολειμματικού ιστού.

How to do it

ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΟΙ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΙ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ – ΠΩΣ ΤΟΥΣ ΑΦΑΙΡΟΥΜΕ



Δυστυχώς, μετά το οίδημα και το αίμα στην περιοχή της αφαίρεσης ενός πολύποδα με λαβίδα, δεν μπορούμε να πούμε με ασφάλεια ότι αυτός εξαιρέθηκε πλήρως.

Παρ' όλα αυτά, στην κλινική πράξη, η αφαίρεση με λαβίδα χρησιμοποιείται ακόμα από πολλούς ενδοσκόπους. Υπάρχουν περιπτώσεις που υπό συγκεκριμένους όρους θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί. Αυτοί είναι:

1. Επίπεδοι πολύποδες, δ~1-2mm.
2. Αφαίρεση με μία λήψη και όχι με διαδοχικές (ποτέ piece-meal).
3. Χρήση λαβίδας με μεγάλο άνοιγμα (px jambo).
4. Μικροσκοπικοί πολύποδες που βρίσκονται σε δύσκολο σημείο και δεν μπορούν να τοποθετηθούν με τους χειρισμούς μας στην 5η – 6η ώρα.
5. Πολύποδες που δεν μπορούν να συλληφθούν με το βρόχο μετά από υπέγερση. Σε μερικές παρόμοιες περιπτώσεις, παρατηρούμε να αποκολλάται με τη λαβίδα ο βλεννογόνος, να «ξεφλουδίζεται» ο πολύποδας και έτσι να αφαιρείται πλήρως.

Αφαίρεση με ψυχρό βρόχο

Η αφαίρεση με ψυχρό βρόχο είναι ο τρόπος εκλογής όλων των πολυπόδων <10mm, όπου βέβαια αυτό είναι εφικτό.

Κατά την αφαίρεσή τους ακολουθούμε τα παρακάτω βήματα:

1. Τοποθετούμε τον πολύποδα στην 5η-6η ώρα.
2. Χρησιμοποιούμε βρόχο μέχρι 10mm, κατά προτίμηση των ειδικών cold-snare βρόχων, που πλέον διαθέτουν οι περισσότερες εταιρείες. Οι βρόχοι αυτοί εφαρμόζουν και κόβουν καλύτερα, λόγω αφενός μεν του σχήματός τους, αφετέρου δε του πιο λεπτού σύρματος (Εικόνα 1).
3. Τοποθετούμε το βρόχο με τέτοιο τρόπο, ώστε να περιλαμβάνει τουλάχιστον 1mm φυσιολογικού ιστού, πέριξ του πολύποδα.

4. Ελέγχουμε τον ιστό που έχουμε συλλάβει.
 5. Δεν απομακρύνουμε το βρόχο από το τοίχωμα κατά την κοπή, σε αντίθεση με το θερμό βρόχο.
 6. Κόβουμε τον πολύποδα κρατώντας τον βρόχο σε επαφή και παράλληλα με το τοίχωμα.
 7. Πλένουμε και ελέγχουμε το σημείο της κοπής.
 8. Εναλλακτικά μπορούμε να προβούμε σε πολυποδεκτομή με ψυχρό βρόχο, πολυπόδων 6-10mm, μετά από υποβλεννογόνια έγχυση, με παρόμοια αποτελέσματα με την πολυποδεκτομή με θερμό βρόχο⁵.
- Αρκετές φορές, μετά από πολυποδεκτομή με ψυχρό βρόχο, παρατηρείται μία χορδή υποβλεννογόνιου ιστού. Αυτή δεν χρήζει περαιτέρω θεραπειάς ή βιοψιάς⁶ (Εικόνες 2α και 2β).

Συμπεράσματα^{7 8}

1. Σε όλους τους μικρούς και μικροσκοπικούς πολύποδες (<10mm) θα πρέπει να προτιμάται η πολυποδεκτομή με ψυχρό βρόχο (cold-snare) σε σχέση με άλλες μεθόδους.
2. Η θερμή λαβίδα (hot-biopsy), ως μέθοδος πολυποδεκτομής, ανήκει στο παρελθόν.

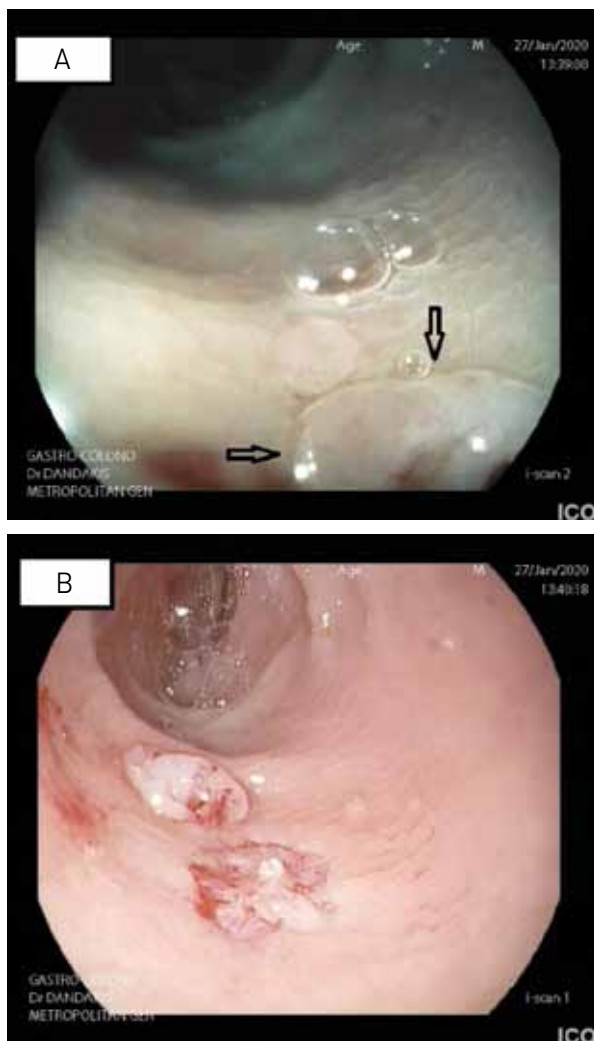


Εικόνα 1. Cold-snare πολυπεκτόμος της εταιρείας US ENDOSCOPY. Courtesy of STERIS Endoscopy. Unauthorized use not permitted.



How to do it

ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΟΙ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΙ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ – ΠΩΣ ΤΟΥΣ ΑΦΑΙΡΟΥΜΕ



Εικόνα 2 Α. Επίπεδος πολύποδας παχέος εντέρου. Β. Μετά από cold-snare πολυποδεκτομή.

3. Η πολυποδεκτομή με θερμό βρόχο (hot-snare) μικρών πολύποδων, θα πρέπει να γίνεται σε ελάχιστες περιπτώσεις και κυρίως σε μισχωτούς πολύποδες.
4. Η αφαίρεση με λαβίδα θα πρέπει να αποφεύγεται και να χρησιμοποιείται μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις μικροσκοπικών πολυπόδων.

Βιβλιογραφία

1. Rex DK, Recipi A, Gross SA et al. High-definition colonoscopy versus Endocuff versus Endorings versus full-spectrum endoscopy for adenoma detection at colonoscopy: a multicenter randomized trial. *Gastrointest Endosc* 2018;88:335-344.
2. Vleugels JLA, Hassan C, Senore C et al. Diminutive Polyps With Advanced Histologic Features Do Not Increase Risk for Metachronous Advanced Colon Neoplasia. *Gastroenterology* 2019;156:623-634.
3. Bisschops R, East JE, Hassan C et al. Advanced Imaging for detection and differentiation of colorectal neoplasia: ESGE Guideline – Update 2019. *Endoscopy* 2019;51:1155-1179.
4. Bassans MS, Cirocco M, Kandel G et al. A second chance at EMR: the avulsion technique to complete resection within areas of submucosal fibrosis. *Gastrointest Endosc* 2015;81:757.
5. Papastergiou V, Paraskeva KD, Fragaki M et al. Cold versus hot endoscopic mucosal resection for nonpedunculated colorectal polyps sized 6-10 mm: a randomized trial. *Endoscopy* 2018 Apr;50(4):403-411.
6. Tutticci N, Burgess NG, Pellise M et al. Characterization and significance of protrusions in the mucosal defect after cold snare polypectomy. *Gastrointest Endosc*. 2015 Sep;82(3):523-8.
7. Rex DK. Best practices for resection of diminutive and small polyps in the colorectum. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am* 2019;29:603-612.
8. Kaltenbach T, Anderson JC, Burke CA et al. Endoscopic Removal of Colorectal Lesions—Recommendations by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastrointest Endoscopy* 2020;91(3):486-519.

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ:
ΠΟΣΟ ΑΣΦΑΛΕΙΣ ΕΙΝΑΙ;

Δημήτρης Πιστιόλας



“Γιατρέ, το φάρμακο που μου συστήνετε να πάρω, μπορεί να μου δημιουργήσει άλλα προβλήματα;”. Όλοι μας έχουμε δεχθεί το παραπάνω ερώτημα, το οποίο ακούγεται απλό, είναι όμως πολύ ουσιαστικό. Έχουμε μπροστά μας έναν άνθρωπο που ανησυχεί για την υγεία του, του έχουμε πάρει ιστορικό, κάναμε την απαιτούμενη κλινική εξέταση, ενδεχομένως και κάποια ενδοσκόπηση και αφού αφουγκραστήκαμε και τον ψυχισμό του, καταλήξαμε σε κάποια διάγνωση και σε ανάλογη φαρμακευτική αγωγή. Το ερώτημα σχετικά με τις ενδεχόμενες ανεπιθύμητες επιδράσεις της αγωγής είναι παραπάνω από εύλογο και είναι κάτι το οποίο οφείλουμε να έχουμε αναρωτηθεί και εμείς πριν συστήσουμε οποιαδήποτε θεραπεία. Θα προχωρήσουμε λοιπόν στη σύσταση αγωγής αφού έχουμε ήδη, τεκμηριωμένη στο μυαλό μας και έτοιμη, την απάντηση ότι το όφελος από την αγωγή είναι μεγαλύτερο συγκριτικά με τους όποιους κινδύνους ανεπιθύμητων ενεργειών.

Ως γαστρεντερολόγοι έχουμε στη φαρέτρα μας αρκετές κατηγορίες φαρμάκων, όμως η κατηγορία που όλοι μας συνταγογραφούμε καθημερινά είναι οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPIs). Και αυτό γιατί παθήσεις που σχετίζονται με τη γαστρική έκκριση οξέος, όπως η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και το πεπτικό έλκος χρήζουν αγωγής με φάρμακα που μειώνουν την οξύτητα του στομάχου. Τα αντιόξινα έχουν άμεση αλλά παροδική δράση, ενώ οι ανταγωνιστές των H₂ υποδοχέων της ισταμίνης καταστέλλουν την έκκριση οξέος, χωρίς ωστόσο να επηρεάζουν τη δράση άλλων ορμονών πλην της ισταμίνης στη έκκριση αυτή. Ισχυρότερη καταστολή επιτυγχάνεται με τη λήψη αναστολέων αντλίας πρωτονίων (PPIs), οι οποίοι έχουν εδραιωθεί ως θεραπεία εκλογής στις σχετιζόμενες με τη γαστρική έκκριση παθήσεις, αλλά και στην πρόληψη αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακή ή αντιπηκτική αγωγή.

Η χρήση PPIs έχει συσχετιστεί με άμεσες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως κεφαλαλγία, εξάνθημα, κοιλιακό άλγος, δυσκοιλιότητα, διάρροια, καταβολή κ.α.

Η συχνότητα τους είναι μικρή ενώ υποστρέφουν με τη διακοπή της αγωγής. Έχουν μελετηθεί ωστόσο και ενδεχόμενες αρνητικές επιδράσεις στον οργανισμό, ως αποτέλεσμα της μακροχρόνιας χρήσης αυτών. Αυτές τις ενδεχόμενες αρνητικές επιδράσεις θα προσπαθήσουμε να αναπτύξουμε εν συντομία παρακάτω.

PPIs και πνευμονία της κοινότητας

Η σχέση πνευμονίας της κοινότητας και λήψης PPI έχει μελετηθεί θεωρώντας ως πιθανό μηχανισμό τις μικροεισροφές γαστρικού περιεχομένου που περιέχει αυξημένο αριθμό βακτηριδίων, λόγω της υποχλωρδρίας που ακολουθεί τη λήψη PPI. Ωστόσο υπάρχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα στις σχετικές μελέτες ορισμένες εκ των οποίων έχουν δεχθεί κριτική καθώς δεν έχουν λάβει υπόψιν τους άλλους παράγοντες κινδύνου για πνευμονία, όπως το κάπνισμα. Μια σχετικά πρόσφατη μετα-ανάλυση έδειξε ότι η λήψη PPI οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης πνευμονίας, ωστόσο οι ίδιοι οι συγγραφείς τονίζουν ότι η ανομοιογένεια μεταξύ των μελετών αλλά και η παρουσία “publication bias” αποδυναμώνουν το συμπέρασμα τους.

PPIs και νεφροί

Αρκετές μελέτες έχουν εξετάσει την ενδεχόμενη αρνητική επίδραση της χρόνιας λήψης PPI στους νεφρούς. Ο μηχανισμός δεν έχει καθοριστεί: ωστόσο φαίνεται ότι προκαλείται οξεία διάμεση νεφρίτιδα, η οποία μπορεί να οδηγήσει και σε χρόνια νεφρική βλάβη. Τρεις μετα-αναλύσεις έχουν προσπαθήσει να καθορίσουν την επίδραση των PPIs στους νεφρούς βρίσκοντας μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στη λήψη PPI και στις παραπάνω νεφρικές βλάβες, ωστόσο η μετα-ανάλυση που δημοσιεύτηκε από την ομάδα του Nochaiwong υποστηρίζει ότι το μήνυμα είναι πολύ ασθενές, λόγω της κακής ποιότητας των σχετικών μελετών.

Η σχέση των PPIs με την απορρόφηση ασβεστίου και τον κίνδυνο καταγμάτων

Το γαστρικό οξύ διαλύει άλατα ασβεστίου, ευνοώντας



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

**ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ:
ΠΟΣΟ ΑΣΦΑΛΕΙΣ ΕΙΝΑΙ;**

την απορρόφηση ιόντων ασβεστίου. Έχει υποτεθεί ότι η υποχλωρυδρία που προκαλεί η λήψη PPI μπορεί να μειώσει την απορρόφηση ασβεστίου οδηγώντας σε οστεοπόρωση και αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων. Επιπροσθέτως, η υπεργαστριναιμία που προκαλεί η λήψη PPI μπορεί να οδηγήσει σε δευτεροπαθή υπερπαραθυροειδισμό, ο οποίος με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια οστικής μάζας. Ωστόσο τα μέχρι τώρα βιβλιογραφικά δεδομένα έχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα, καθώς υπάρχουν μελέτες που δείχνουν μείωση της οστικής πυκνότητας και αύξηση του κινδύνου καταγμάτων σε ασθενείς που λαμβάνουν PPI ενώ άλλες δεν επιβεβαιώνουν αυτό το συσχετισμό.

PPIs και βιταμίνη B12

Η βιταμίνη B12, που λαμβάνεται από τις ζωικές τροφές, εισέρχεται στο στομάχο ως τμήμα ζωικών πρωτεϊνών και πρέπει πρώτα να απελευθερωθεί με τη βοήθεια της πεψίνης και του υδροχλωρικού οξέως, έτσι ώστε ως ελεύθερη να προσκολληθεί στον ενδογενή παράγοντα για να μπορεί να γίνει η απορρόφηση της στον τελικό ειλεό. Γι' αυτό το λόγο έχει εξεταστεί το κατά πόσο η υποχλωρυδρία που προκαλεί η λήψη PPI θα μπορούσε να επηρεάσει την απορρόφηση της βιταμίνης B12. Υπάρχουν μελέτες στις οποίες φαίνεται συσχέτιση λήψης PPI και χαμηλών επιπέδων βιταμίνης B12 ενώ σε άλλες κάτι τέτοιο δεν επιβεβαιώνεται.

PPIs και μαγνήσιο

Η ενδεχόμενη σχέση λήψης PPI και υπομαγνησaiμίας έχει περιγραφεί από το 2006. Ο μηχανισμός είναι αβέβαιος, αλλά φαίνεται ότι μάλλον πρόκειται για μειωμένη απορρόφηση παρά για σωληναριακή απέκκριση. Η υπομαγνησaiμία φαίνεται να είναι σπάνια και να παρουσιάζεται περισσότερο σε ασθενείς που λαμβάνουν διουρητική αγωγή. Δύο μετα-αναλύσεις επιβεβαιώνουν τον αυξημένο κίνδυνο υπομαγνησaiμίας στους ασθενείς που λαμβάνουν PPI, αναφέρουν όμως ότι χρειάζονται περισσότερα δεδομένα για να επιβεβαιωθούν τα συμπεράσματά τους.

PPIs και σίδηρος

Το μεγαλύτερο ποσοστό του σιδήρου που φτάνει στον οργανισμό μας μέσω της τροφής είναι με τη μορφή τρισθενούς σιδήρου (Fe+3). Για να γίνει η απορρόφηση του στο δωδεκαδάκτυλο θα πρέπει να μετατραπεί σε δισθενές σίδηρο (Fe+2). Η παραπάνω μετατροπή διευκολύνεται από το γαστρικό οξύ και τη Vit C. Έχουν δημοσιευτεί μελέτες, οι οποίες έχουν εξετάσει το εάν η μείωση του γαστρικού οξέος που προκαλεί η λήψη PPI επηρεάζει την απορρόφηση του σιδήρου. Και σε αυτή την περίπτωση τα αποτελέσματα των μελετών είναι αντικρουόμενα, ενώ καμία μελέτη δεν έδειξε κλινικά σημαντική αναιμία στους ασθενείς που λαμβάνουν PPI.

PPIs και άνοια

Η εναπόθεση πλακών β-αμυλοειδούς στον εγκέφαλο αποτελεί στοιχείο του παθογενετικού μηχανισμού της άνοιας τύπου Alzheimer. Στη διάσπαση του β-αμυλοειδούς φαίνεται ότι συμμετέχουν αντλίες πρωτονίων. Έχει λοιπόν υποτεθεί ότι η λήψη PPI θα μπορούσε να μειώνει την ικανότητα του οργανισμού να διασπά το β-αμυλοειδές και συνεπώς να προδιαθέτει σε άνοια. Ωστόσο τα έως τώρα δημοσιευμένα δεδομένα κάθε άλλο παρά μας διαφωτίζουν, καθώς δείχνουν τόσο αύξηση του κινδύνου εμφάνισης άνοιας στους ασθενείς που λαμβάνουν PPI, όσο και μείωση αυτού.

PPIs και καρδιαγγειακός κίνδυνος

Πριν από περίπου μία δεκαετία είχε υποτεθεί ότι η λήψη PPI σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο υπό αγωγή με κλοπιδογρέλη, αύξανε την πιθανότητα καρδιαγγειακών συμβαμάτων καθώς οι περισσότεροι PPI μεταβολίζονται κυρίως στο ισοένζυμο CYP2C19 του κυτοχρώματος P450, ισοένζυμο στο οποίο ενεργοποιείται η κλοπιδογρέλη. Το 2010 δημοσιεύτηκε η μελέτη COGENT, μια τυχαioποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, η οποία συμπεριέλαβε 3761 ασθενείς και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της, οι ασθενείς που έλαβαν συνδυασμό κλοπιδογρέλης και PPI δεν παρουσίασαν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων συγκριτικά με όσους έλαβαν μόνο

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ:
ΠΟΣΟ ΑΣΦΑΛΕΙΣ ΕΙΝΑΙ;



κλοπιδογρέλη. Μια μετα-ανάλυση που δημοσιεύτηκε το 2018, κατέληξε στο ίδιο συμπέρασμα, εξετάζοντας τα δεδομένα των τυχαιοποιημένων δημοσιευμένων μελετών. Διαφορετικά όμως αποτελέσματα έδειξε μια μετα-ανάλυση που δημοσιεύτηκε το 2019 και η οποία εξέτασε την ασφάλεια της συγχορήγησης PPI και κλοπιδογρέλης σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε διαδερμική στεφανιαία επέμβαση. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι οι ασθενείς που έλαβαν μόνο κλοπιδογρέλη είχαν μικρότερο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων συγκριτικά με τους ασθενείς που έλαβαν κλοπιδογρέλη και PPI, χωρίς να παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο αιμορραγίας πεπτικού.

PPIs και λοιμώξεις πεπτικού

Η υποχλωρουδρία, που προκαλείται από τη λήψη PPI, επηρεάζει το μηχανισμό άμυνας (οξύτητα) έναντι των βακτηριδίων που φτάνουν στο στόμαχο μέσω της πεπτικής οδού, και έχει θεωρηθεί ότι με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται εντερικός αποικισμός, διαταραχή της εντερικής χλωρίδας και προδιάθεση για εντερικές λοιμώξεις. Αρκετές μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση της λήψης PPI με εντερικές λοιμώξεις μεταξύ των οποίων λοίμωξη από σαλμονέλα, καμπυλοβακτηρίδιο αλλά και από *clostridium difficile*. Τρεις μετα-αναλύσεις απέδειξαν θετικές συσχετίσεις για τις παραπάνω λοιμώξεις· ωστόσο οι συγγραφείς τονίζουν ότι χρειάζονται περισσότερα δεδομένα για να έχουμε πιο ασφαλή συμπεράσματα, λόγω ανομοιογένειας των διαθέσιμων μελετών.

PPIs και ήπαρ

Αρκετές μελέτες έχουν εξετάσει την επίδραση της λήψης PPI σε κίρρωτικούς ασθενείς, εστιάζοντας στην ηπατική εγκεφαλοπάθεια και στην αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα. Ως αίτιο των παραπάνω συσχετίσεων θεωρείται η βακτηριακή υπερανάπτυξη που ακολουθεί την υποχλωρουδρία στους ασθενείς που λαμβάνουν PPI. Όσον αφορά στην ηπατική εγκεφαλοπάθεια, έχει εξεταστεί τόσο η αύξηση του κινδύνου εμφάνισης της όσο και η βαρύτητα της σε κίρρωτικούς ασθενείς που

λαμβάνουν PPI. Το 2019 δημοσιεύτηκαν 2 μετα-αναλύσεις, τα αποτελέσματα των οποίων υποστηρίζουν την παραπάνω συσχέτιση. Αλλά και για την αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα στους κίρρωτικούς ασθενείς με ασκίτη, τα μέχρι τώρα δεδομένα δείχνουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της σε εκείνους τους ασθενείς που λαμβάνουν PPI.

Θεωρώντας ότι η βακτηριακή υπερανάπτυξη αυξάνει τη συγκέντρωση πιθανών καρκινογόνων ουσιών στην κυκλοφορία της πυλαίας φλέβας, εξετάστηκε η ενδεχόμενη αύξηση του κινδύνου εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκίνου σε ασθενείς που λαμβάνουν PPI. Αν και υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν αυτή τη συσχέτιση μια πρόσφατη μετα-ανάλυση δεν επιβεβαιώνει αυτά τα δεδομένα.

PPIs και γαστρικός καρκίνος

Αρκετές μελέτες που έχουν εξετάσει πιθανή συσχέτιση μακροχρόνιας λήψης PPI και γαστρικού καρκίνου έχουν δημοσιευτεί. Ως πιθανοί μηχανισμοί της παραπάνω συσχέτισης έχουν θεωρηθεί: (1) η επίδραση των PPI στην ελικοβακτηριαδική λοίμωξη και η μετατροπή της γαστρίτιδας του άντρου σε γαστρίτιδα του σώματος στους *Hp*(+) ασθενείς που μπορεί να εξελιχθεί σε ατροφική γαστρίτιδα και εντερική μετάπλαση, (2) η υπεργαστριναιμία η οποία προκαλείται από τη λήψη PPI και προωθεί τον πολλαπλασιασμό γαστρικών κυττάρων και (3) η βακτηριακή υπερανάπτυξη του πεπτικού σωλήνα που μπορεί να προκληθεί από την υποχλωρουδρία.

Ειδικά στην περίπτωση της βακτηριακής υπερανάπτυξης έχει υποθεθεί, ότι όταν συνυπάρχουν *Hp* και άλλοι μικροοργανισμοί στο στομάχο, έχουν συνεργική δράση στο μηχανισμό της γαστρικής καρκινογένεσης αλλά και ότι η υπερανάπτυξη μικροβίων στη στοματική κοιλότητα προκαλεί αύξηση των παραγόμενων νιτρικών αλάτων, τα οποία είναι γνωστά για την καρκινογενετική τους δράση στο στομάχο. Τα δεδομένα της βιβλιογραφίας και σε αυτή την περίπτωση είναι αντικρουόμενα, καθώς υπάρχουν μελέτες που δείχνουν αύξηση της εμφάνισης



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ:
ΠΟΣΟ ΑΣΦΑΛΕΙΣ ΕΙΝΑΙ;

γαστρικού καρκίνου στους ασθενείς που λαμβάνουν PPI, ενώ σε άλλες αυτή η αύξηση δεν παρατηρείται. Οπότε και σε αυτή την περίπτωση δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για να τεκμηριωθεί η συσχέτιση λήψης PPI και γαστρικού καρκίνου.

PPIs και κυστικοί πολύποδες στομάχου

Τεκμηριωμένη γνώση είναι η προδιάθεση ανάπτυξης κυστικών πολυπόδων στομάχου στους ασθενείς που λαμβάνουν μακροχρόνια PPI. Επίσης τεκμηριωμένη γνώση είναι η καλοήγησ πορεία των πολυπόδων αυτών. Κύρια ανησυχία μας είναι η ενδεχόμενη αύξηση του μεγέθους τους και ο κίνδυνος αιμορραγίας τους με τη συνεχιζόμενη λήψη PPIs.

Συμπεράσματα

Ανασκοπώντας τη βιβλιογραφία σχετικά με την ασφάλεια μακροχρόνιας λήψης PPI διαπιστώνουμε ότι τα έως τώρα δεδομένα είναι στις περισσότερες περιπτώσεις αντικρουόμενα. Παρατηρείται ανομοιογένεια των μελετών, πολλές από αυτές είναι αναδρομικές, το χρονικό διάστημα λήψης PPI από τους ασθενείς παρουσιάζει μεγάλη διακύμανση από μελέτη σε μελέτη, ενώ υπάρχουν ελάχιστες υποαναλύσεις των δεδομένων για κάθε κατηγορία PPI ξεχωριστά. Όλα αυτά δείχνουν ότι στις περισσότερες περιπτώσεις δεν μπορεί να αποδειχθεί η αιτιολογική σχέση PPI και αρνητικής επίδρασης στον οργανισμό και ότι χρειάζονται περισσότερες και καλύτερα σχεδιασμένες μελέτες για να έχουμε πιο ασφαλή συμπεράσματα. Ωστόσο, εάν επανέλθουμε στο αρχικό ερώτημα των ασθενών “Γιατρέ, το φάρμακο που μου συστήνετε να πάρω, μπορεί να μου δημιουργήσει άλλα προβλήματα;”, θα πρέπει να συνυπολογίσουμε τη σχέση όφελος – ενδεχόμενο κόστος της θεραπείας. Και για να υπερτερεί το όφελος του ενδεχόμενου κόστους επιβάλλεται να συνταγογραφούμε τη λήψη PPI πάντα επί ενδείξεων ανά ασθένεια (ως άλλωστε οφείλουμε κάθε φορά που προτείνουμε φαρμακευτική αγωγή), επιβάλλεται επίσης ανά τακτά χρονικά διαστήματα να επανεξετάζεται η αναγκαιότητα της θεραπείας, ενώ σε κάθε περίπτωση καλό θα ήταν να χορηγείται η μικρότερη

δυνατή δόση. Αν τηρούμε τα παραπάνω μπορούμε να απαντήσουμε στον ασθενή ότι περισσότερο κινδυνεύει εάν δεν λάβει αγωγή παρά από τις όποιες ανεπιθύμητες ενέργειες αυτής.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Bavishi C, Dupont HL. Systematic review: the use of proton pump inhibitors and increased susceptibility to enteric infection. *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 34: 1269– 81.
2. Kwok CS, Arthur AK, Anibueze CI, Singh S, Cavallazzi R, Loke YK. Risk of *Clostridium difficile* infection with acid suppressing drugs and antibiotics: meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2012; 107: 1011– 9.
3. Trifan A, Stanciu C, Girleanu I, Stoica OC, Singeap AM, Maxim R, Chiriac SA, Ciobica A Proton pump inhibitors therapy and risk of *Clostridium difficile* infection: Systematic review and meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2017 Sep 21;23(35):6500-6515.
4. Lambert AA, Lam JO, Paik JJ, Ugarte-Gil C, Drummond MB, Crowell TA. Risk of community-acquired pneumonia with outpatient proton-pump inhibitor therapy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2015; 10: e0128004.
5. Wang CH, Li CH, Hsieh R, Fan CY, Hsu TC, Chang WC, Hsu WT, Lin YY, Lee CC. Proton pump inhibitors therapy and the risk of pneumonia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and observational studies. *Expert Opin Drug Saf*. 2019 Mar;18(3):163-172.
6. Ma Y.J., Cao Z.X., Li Y., Feng S.Y. Proton pump inhibitor use increases hepatic encephalopathy risk: A systematic review and meta-analysis. *World J. Gastroenterol*. 2019;25:2675–2682. doi: 10.3748/wjg.v25.i21.2675.
7. Tantai X.X., Yang L.B., Wei Z.C., Xiao C.L., Chen L.R., Wang J.H., Liu N. Association of proton pump inhibitors with risk of hepatic encephalopathy in advanced liver disease: A meta-analysis. *World J. Gastroenterol*. 2019;25:2683–2698.

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ:
ΠΟΣΟ ΑΣΦΑΛΕΙΣ ΕΙΝΑΙ;



8. Xu HB, Wang HD, Li CH, Ye S, Dong MS, Xia QJ, Zhang AQ, Pan K, Ge XL, Dong JH. Proton pump inhibitor use and risk of spontaneous bacterial peritonitis in cirrhotic patients: a systematic review and meta-analysis. *Genet Mol Res*. 2015 Jul 6;14(3):7490-501.
9. Zhao J, Hua L, Li N, An R, Liang C. Letter: proton pump inhibitors use and risk of hepatocellular carcinoma: A meta-analysis of observational studies. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018 Oct;48(8):886-888.
10. Nochaiwong S, Ruengorn C, Awiphan R, Koyratkoson K, Chaisai C, Noppakun K et al. The association between proton pump inhibitor use and the risk of adverse kidney outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Nephrol Dialysis Transplant* 2018; 33: 331– 42.
11. Wijarnpreecha K, Thongprayoon C, Chesdachai S, Panjawanana P, Ungprasert P, Cheungpasitporn W. Associations of proton-pump inhibitors and H2 receptor antagonists with chronic kidney disease: a meta-analysis. *Dig Dis Sci* 2017; 62: 2821– 7.
12. Ye X, Liu H, Wu C, Qin Y, Zang J, Gao Q et al. Proton pump inhibitors therapy and risk of hip fracture: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastro Hepatol* 2011; 23: 794– 800.
13. Yu EW, Bauer SR, Bain PA, Bauer DC. Proton pump inhibitors and risk of fractures: a meta-analysis of 11 international studies. *Am J Med* 2011; 124: 519– 26.
14. Hess M.W., Hoenderop J.G., Bindels R.J., Drenth J.P. Systematic review: Hypomagnesaemia induced by proton pump inhibition. *Aliment. Pharmacol. Ther*. 2012;36:405–413.
15. Park CH, Kim EH, Roh YH, Kim HY, Lee SK. The association between the use of proton pump inhibitors and the risk of hypomagnesemia: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2014; 9: e112558.
16. Cheungpasitporn W, Thongprayoon C, Kittanamongkolchai W, Srivali N, Edmonds PJ, Ungprasert P et al. Proton pump inhibitors linked to hypomagnesemia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Ren Fail* 2015; 37: 1237– 41.
17. Goldstein FC, Steenland K, Zhao L, Wharton W, Levey AI, Hajjar L. Proton pump inhibitors and risk of mild cognitive impairment and dementia. *J Am Geriatr Soc* 2017; 65: 1969– 74.
18. Demcsák A, Lantos T, Bálint ER, Hartmann P, Vincze Á, Bajor J, Czopf L, Alizadeh H, Gyöngyi Z, Márta K, Mikó A, Szakács Z, Pécsi D, Hegyi P, Szabó IL. PPIs Are Not Responsible for Elevating Cardiovascular Risk in Patients on Clopidogrel-A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Physiol*. 2018 Nov 19;9:1550.
19. Pang J, Wu Q, Zhang Z, Zheng TZ, Xiang Q, Zhang P, Liu X, Zhang C, Tan H, Huang J, Liu W, Song F, Tan H, Li Z, Yue F, Jiang Z, Wei F, Zhou K, Tang F, Yang Y, Long X, Kuang C, Wu Y, Chen B, Tian Y. Efficacy and safety of clopidogrel only vs. clopidogrel added proton pump inhibitors in the treatment of patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention: A systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol Heart Vasc*. 2019 Apr 2;23:100317.
20. Brusselaers N, Wahlin K, Engstrand L, Lagergren J. Maintenance therapy with proton pump inhibitors and risk of gastric cancer: a nationwide population-based cohort study in Sweden. *BMJ Open* 2017; 7: e017739.



Covid - 19

ΜΕΤΡΑ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΙΟΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Κωνσταντίνα Παρασκευά

Αφορμή για τα παρακάτω έδωσε πρόσφατα δημοσιευμένο άρθρο από την Κίνα με τίτλο «Suggestions of Infection Prevention and Control in Digestive Endoscopy During Current 2019-nCoV Pneumonia Outbreak in Wuhan, Hubei Province, China» (Endoscopy 2020; 52: 312–314 2020).

Το άρθρο αυτό αναφέρεται στις κατάλληλες πρακτικές για την ασφαλή διενέργεια ενδοσκοπήσεων κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid 19, με όρους βιοασφάλειας. Τα πρότυπα βιοασφάλειας με νόμο εφαρμόζονται για τα ιατρικά εργαστήρια, περιγράφουν με τυποποιημένο τρόπο τόσο τα μέτρα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ), τις απαιτούμενες εγκαταστάσεις στο χώρο και σειρά ασφαλών πρακτικών, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος έκθεσης του προσωπικού σε μολυσματικούς παράγοντες και να περιοριστούν η επιμόλυνση του εργασιακού χώρου και τελικά ο κίνδυνος μόλυνσης της κοινότητας.

Πιο συγκεκριμένα οι συνάδελφοι από την Κίνα προτείνουν, όσο διαρκεί η πανδημία, αφού προηγηθεί αξιολόγηση της πιθανότητας λοίμωξης του υποψήφιου για ενδοσκόπηση με Covid 19, για όλες τις ενδοσκοπήσεις τα βασικά μέτρα ατομικής προστασίας του προσωπικού θα πρέπει να επιτυγχάνουν βιοασφάλεια επιπέδου 2. Έτσι για παράδειγμα το επίπεδο 2 βιοασφάλειας αυτόματα παραπέμπει στον εξής εξοπλισμό ατομικής προστασίας (ΕΑΠ) κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης: μιας χρήσης μπλούζες, μάσκες αναπνευστικής προστασίας, προστατευτικά γυαλιά και ποδονάρια. Τα τρία επίπεδα ΕΑΠ φαίνονται σχηματικά στον πίνακα 1.

Προστασία σε επίπεδο βιοασφάλειας 3 απαιτείται για όλες τις ενδοσκοπήσεις σε ύποπτο ή επιβεβαιωμένο Covid 19 ασθενή, καθώς και όταν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος έκθεσης στον ιό, όπως κατά την τραχειακή διασωλήνωση, τη φροντίδα του αεραγωγού και την αναρρόφηση αναπνευστικών εκκρίσεων. Το επίπεδο αυτό αυτόματα αντιστοιχεί στον εξής ΕΑΠ: ΕΑΠ 1ου και 2ου επιπέδου + μάσκα αναπνευστικής προστασίας ή αναπνευστήρας και ταυτόχρονα παραπέμπει και στα

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Επίπεδα ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού.

ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ

ΕΠΙΠΕΔΟ 1	ΕΠΙΠΕΔΟ 2	ΕΠΙΠΕΔΟ 3
		
Κάλυμμα κεφαλής	Κάλυμμα κεφαλής	Κάλυμμα κεφαλής
Μάσκα	Μάσκα	Μάσκα
Γάντια	Γάντια	Διπλά γάντια
Ρούχα εργασίας	Μακρυμάνικη ρόμπα	Μακρυμάνικη ρόμπα
	Γυαλιά	Γυαλιά
	Ποδονάρια	Ποδονάρια
		Μάσκα αναπνευστικής προστασίας

επιπλέον μέτρα υγιεινής, που αφορούν τη διαδικασία και το χώρο.

Πιστεύω πως ήρθε η ώρα να αρχίσουμε να συζητάμε και για την ενδοσκόπηση με όρους βιοασφάλειας.

Για το σκοπό αυτό παραθέτω τα στοιχεία για τα επίπεδα βιοασφάλειας, όπως ορίζονται από την κεντρική επιτροπή ελέγχου λοιμώξεων (CDC).

Υπάρχουν τέσσερα επίπεδα βιοασφάλειας που καθορίζονται από το βαθμό του κινδύνου μόλυνσης, τη σοβαρότητα της επικείμενης νόσου, τη μεταδοτικότητα της και το είδος της απαιτούμενης πράξης.

Επίπεδο βιοασφάλειας 1: Στο 1ο επίπεδο θεωρείται ότι οι παθογόνοι παράγοντες, με τους οποίους έρχονται σε επαφή οι εργαζόμενοι, δεν είναι επικίνδυνοι για πρόκληση νόσου σε υγιείς ενήλικους και αποτελούν μικρή πιθανή απειλή για το προσωπικό και το εργασιακό περιβάλλον (ένα τέτοιο παράδειγμα είναι ένα μη παθογόνο στέλεχος του βακτηρίου E.coli).

Σε αυτό το επίπεδο δεν απαιτείται ιδιαίτερος εξοπλι-



σμός, οι εργασίες διενεργούνται σε ανοικτό πάγκο και θεωρούνται ως σχετικά ασφαλείς.

ΕΑΠ: μπλούζα, γάντια, προστασία για τα μάτια

Προαπαιτούμενα στο χώρο: νιπτήρας για αντισηψία των χεριών, ειδικός χώρος για την απόρριψη του εξοπλισμού.

Απαιτείται να τηρούνται οι βασικοί κανόνες απολύμανσης του χώρου, και να διενεργείται άμεση απολύμανση μετά από πιτσιλιές στο χώρο ή στο πάτωμα.

Επίπεδο βιοασφάλειας 2: Στο 2ο επίπεδο οι παθογόνοι παράγοντες, με τους οποίους έρχονται σε επαφή οι εργαζόμενοι, είναι μέτριας επικινδυνότητας για τον άνθρωπο και το περιβάλλον. Τέτοιοι παθογόνοι οργανισμοί είναι ο *Staphylococcus aureus*, ο HIV και ο ιός της εγκεφαλίτιδας.

ΕΑΠ: εξοπλισμός 1ου επιπέδου βιοασφάλειας + απλή χειρουργική μάσκα ή προστατευτική ασπίδα προσώπου.

Προαπαιτούμενα στο χώρο: Εκτός από το προσωπικό, πρέπει να υπάρχει σχετικός περιορισμός πρόσβασης στο χώρο, οι διαδικασίες πρέπει να διενεργούνται σε ειδικά διαμορφωμένους με αρχές βιοασφάλειας κλειστούς χώρους (π.χ σήμανση εισόδου, ελεγχόμενη πρόσβαση, προθάλαμος προετοιμασίας του χρήστη, ντουζ στην έξοδο κλπ).

Απαιτούνται ακόμα επιπρόσθετοι μέθοδοι απολύμανσης, όπως ειδικός κλίβανος.

Επίπεδο βιοασφάλειας 3: Στο 3ο επίπεδο βιοασφάλειας, οι παθογόνοι οργανισμοί με τους οποίους έρχονται σε επαφή οι εργαζόμενοι, μεταδίδονται μέσω του αέρα και μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή ή εν δυνάμει θανατηφόρα νόσο. Ένα τέτοιο παθογόνο είναι στη σημερινή εποχή ο νέος κορονοϊός SARS-CoV-2, το *Mycobacterium tuberculosis* που προκαλεί φυματίωση κλπ.

ΕΑΠ: ΕΑΠ 1ου και 2ου επιπέδου + μάσκα αναπνευστικής προστασίας ή αναπνευστήρας.

Προαπαιτούμενα στο χώρο: όχι ανακύκλωση του αέρα στο δωμάτιο, συστήματα αρνητικής πίεσης, διπλή πόρτα ασφαλείας στο χώρο, περιορισμένη πρόσβαση σε επισκέπτες κλπ

Επίπεδο βιοασφάλειας 4: Πρόκειται για το υψηλότερο επίπεδο βιοασφάλειας και το πιο σπάνιο. Οι λοιμώδεις παράγοντες, με τους οποίους έρχονται σε επαφή οι εργαζόμενοι, είναι άκρως επικίνδυνοι για μετάδοση στον άνθρωπο και οι λοιμώξεις που προκαλούν είναι συχνά θανατηφόρες, ενώ δεν υπάρχει για αυτά εμβόλιο ή θεραπεία. Τέτοιου τύπου παθογόνα είναι ο ιός Έμπολα και ο ιός Marburg. Τα περιοριστικά μέτρα που εφαρμόζονται είναι αυστηρότατα και αυτό συμβαίνει σπάνια σε κάποια μέρη του κόσμου, όπως στις ΗΠΑ.

ΕΑΠ: ΕΑΠ 1^{ου} + 2^{ου} + 3^{ου} επιπέδου βιοασφάλεια. Το προσωπικό πρέπει να απολυμαίνει όλον τον εξοπλισμό προτού βγει από τον χώρο, αλλά και να κάνει μπάνιο με απολυμαντικό μόλις εξέλθει από αυτόν. Είναι απαραίτητο να φορά ειδική στολή θετικής πίεσης με παροχή οξυγόνου. Η μεταφορά ασθενών προς το νοσοκομείο πρέπει να γίνεται σε ειδικά καλυμμένα με πλαστικό φορεία (isolation pods – isopods) που προσφέρουν μόνωση του ασθενούς.

Με βάση τα παραπάνω η διαδικασία διενέργειας ενδοσκόπησης πρέπει να είναι συμβατή με τα πρότυπα μέτρα βιοασφάλειας ανάλογα με τον εκτιμώμενο κίνδυνο. Όλο το προσωπικό, συμπεριλαμβανομένου αυτού της καθαριότητας του χώρου, οφείλει να έχει κουλτούρα βιοασφάλειας, που θα αναπτυχθεί μετά από τη σχετική εκπαίδευση, τη δημιουργία πρωτοκόλλων εργασίας και την τυποποίηση των διαδικασιών υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία.



Covid - 19

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΑΣΚΕΣ

Κωνσταντίνα Παρασκευά, Βασίλης Παπαστεργίου

Γενικά οι μάσκες λειτουργούν ως φραγμός σε υγρά και μεγάλα σωματίδια κατακρατώντας τα, ώστε να μη φτάσουν στη μύτη και στο στόμα. Επίσης μειώνουν την έκθεση στα σάλια και τις αναπνευστικές εκκρίσεις αυτού που τη φορά προς τους άλλους.

Υπάρχουν 3 τύποι μάσκας ανάλογα με τα τεχνικά χαρακτηριστικά απόδοσης τους και την ικανότητα φιλτραρίσματος (θα πρέπει να συνοδεύονται από τις αντίστοιχες πιστοποιήσεις): οι απλές, οι χειρουργικές και οι μάσκες αναπνευστικής προστασίας, με τις τελευταίες

δύο να έχουν 3 επιπλέον κατηγορίες αποτελεσματικότητας (Πίνακας 1). Κάθε χώρα έχει θεσπίσει τα δικά της πρότυπα πιστοποίησης τα οποία για την Ευρώπη είναι το EN 14683 και για Αμερική NIOSH-42CFR84.

Οι απλές μιας χρήσης μάσκες (συνήθως 1 στρώμα, πολύ λεπτό) είναι καλές στο να κατακρατούν μεγάλα σωματίδια.

Οι χειρουργικές μάσκες ανάλογα με τη χώρα προέλευσης, έχουν υψηλότερα προαπαιτούμενα πιστοποίησης όπως την κατακράτηση βακτηριδίων (3 μm) ή μικρών

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Τύποι μάσκας.

Mask Type	Standards	Filtration Effectiveness		
Single-Use Face Mask 	China: YY/T0969	3.0 Microns: ≥95% 0.1 Microns: ✗		
Surgical Mask 	China: YY 0469	3.0 Microns: ≥95% 0.1 Microns: ≥30%		
	USA: ASTM F2100	Level 1	Level 2	Level 3
		3.0 Microns: ≥95% 0.1 Microns: ≥95%	3.0 Microns: ≥98% 0.1 Microns: ≥98%	3.0 Microns: ≥98% 0.1 Microns: ≥98%
	Europe: EN 14683	Type I	Type II	Type III
		3.0 Microns: ≥95% 0.1 Microns: ✗	3.0 Microns: ≥98% 0.1 Microns: ✗	3.0 Microns: ≥98% 0.1 Microns: ✗
Respirator Mask 	USA: NIOSH (42 CFR 84)	N95 / KN95	N99 / KN99	N100 / KN100
	China: GB2626	0.3 Microns: ≥95%	0.3 Microns: ≥99%	0.3 Microns: ≥99.97%
	Europe: EN 149:2001	FFP1	FFP2	FFP3
		0.3 Microns: ≥80%	0.3 Microns: ≥94%	0.3 Microns: 95%

3.0 Microns: Bacteria Filtration Efficiency standard (BFE).

0.1 Microns: Particle Filtration Efficiency standard (PFE).

0.3 Microns: Used to represent the most-penetrating particle size (MPPS), which is the most difficult size particle to capture.

✗: No requirements.



(0,1 μm) σωματιδίων (μέσο μέγεθος ιών) και την αντοχή τους στα υγρά.

Να σημειωθεί ότι το μέγεθος των σωματιδίων του SARS-CoV-2 υπολογίζεται στα 0.06 -0.14 μm. Για τις ιατρικές πράξεις που δεν δημιουργούν αερόλυμα, η απλή χειρουργική μάσκα (κατηγορίας IR ή IIR -splash resistant = < 49.0 Pa/cm²) θεωρείται επαρκής.

Οι μάσκες αναπνευστικής προστασίας έχουν την ιδιότητα να φιλτράρουν μικρότερου μεγέθους σωματίδια και να προστατεύουν αυτόν που τις φοράει από την εισπνοή μολυσματικών μικροσταγονιδίων. Ταξινομούνται σε 3 κατηγορίες ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους. Για τις ιατρικές πράξεις που δημιουργούν αερόλυμα οι συστήνεται η χρήση αναπνευστικών масκών τύπου FFP2 ή FFP3. Η αποτελεσματικότητα φιλτραρίσματος των FFP2 ξεπερνά το 94% σε δοκιμές με σωματίδια μεγέθους 0,4 μm (βλέπε εικόνα). Ισοδύναμοι τύποι για την Αμερική και την Κίνα είναι N 95 και KN95 αντίστοιχα.

Για τις μάσκες αναπνευστικής προστασίας η σωστή εφαρμογή στο πρόσωπο είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη βέλτιστη προστασία, ως εκ τούτου δεν είναι σωστή η λειτουργία τους, όταν υπάρχουν γένια ή μουστάκι ή οτιδήποτε άλλο παρεμποδίζει τη σωστή εφαρμογή.

Σημαντικό είναι, εκτός από τη μάσκα, να χρησιμοποιούνται και τα ακόλουθα μέτρα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ): προστατευτική μπλούζα, γάντια, ασπίδα προσώπου και προστατευτική ποδιά.

Στην Αμερική, τα κέντρα ελέγχου και πρόληψης των λοιμώξεων (CDC), σε καταστάσεις με ενδεχόμενη υψηλή έκθεση σε βακτήρια και ιούς συστήνουν τη χρήση αναπνευστήρων καθαρισμού αέρα (powered air-purifying respirators – PAPR) για υψηλότερη προστασία (Εικόνα 1). Οι αναπνευστήρες αυτοί αποτελούνται από μάσκα προσώπου, κλειστό κύκλωμα αναπνοής όπου το επιμολυσμένο αερόλυμα με μηχανισμό θετικής πίεσης φιλτράρεται από ειδικά πολυστρωματικά φίλτρα πριν την εισπνοή.

Κατά τις διάφορες προηγούμενες πανδημίες (SARS και MERS), όπου η ανάγκη σε μάσκες αναπνευστικής προστασίας (FFP2 κα FFP3) ξεπερνούσε τη δυνατότητα βιομηχανικής παραγωγής τους, υιοθετήθηκαν πρακτικές ανάγκης με αμφισβητούμενα αποτελέσματα, ως προς το βαθμό προστασίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Έχει αναφερθεί ότι η απολύμανση της μάσκας FFP2/ N95 με κλιβανισμό δεν καταστρέφει τη μάσκα και επιτρέπει την χρήση της για τουλάχιστον 10 κύκλους, για τα 3 από τα 4 διαθέσιμα μοντέλα.

Σε άλλες περιπτώσεις αναφέρθηκε επαναχρησιμοποίηση της μάσκας καθώς και των υπόλοιπων ΜΑΠ, μέχρι 5 διαδοχικές φορές ή /παράταση της χρήσης τους για περισσότερες από 8 ώρες. Να σημειωθεί ότι έχει αναφερθεί ότι οι επαγγελματίες υγείας συνήθως δεν ανέχονται τη συνεχόμενη χρήση της FFP2 καθ' όλη τη διάρκεια της 8ωρης βάρδιας τους και ότι στο 59% του συνόλου των βαρδιών αφαίρεσαν τη μάσκα πριν τις 8 ώρες είτε γιατί επιμολύνθηκε, είτε γιατί αισθάνθηκαν δυσφορία.

Σε προηγούμενες πανδημίες, όπως στην H1N1, το CDC συνιστούσε τη χρήση πλενόμενης ασπίδας προσώπου (προσωπίδας) ή χειρουργικής μάσκας, πάνω από την FFP2 μάσκα, ώστε να μειωθεί το ιϊκό φορτίο επί αυτής και να παραταθεί η διάρκεια χρήσης της. Η αποτελεσματικότητα αυτής της πρακτικής δεν έχει συστηματικά μελετηθεί και ανήκει στις 'κατά συνθήκη συστάσεις' (conditional recommendations).



Εικόνα 1.
Αναπνευστήρας
καθαρισμού αέρα
(powered air-purifying
respirator – PAPR).



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

Η ΕΞΟΜΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΟΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟΥ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ ΚΟΡΩΝΟΪΟΥ

Γεώργιος Καραμπέκος

Μη φοβού. Μόνο πίστευε και σωθήσεται. (Λουκά, ή, 50)

Ονομάζομαι Καραμπέκος Γεώργιος. Είμαι ειδικευόμενος Γαστρεντερολογίας στο 4ο έτος στον Ευαγγελισμό. Λίγο μετά το Πανελλήνιο συνέδριο της ΕΓΕ, μου ζητήθηκε από τον Γαστρεντερολόγο κ. Μαργέτη να συνεισφέρω ένα άρθρο για το περιοδικό της ΕΠΕΓΕ «ενδοσκοπήσεις». Τότε, με φρέσκο ακόμα το συνέδριο, σκέφτηκα ότι θα ήθελα να κάνω μια έρευνα πάνω στο πόσοι γαστρεντερολόγοι είμαστε ανά την επικράτεια και να κάνω σύγκριση με τα διεθνή δεδομένα, καθώς ήταν ένα από τα θέματα που θίχτηκαν στο συνέδριο και μου κεντρίσανε την προσοχή. Μετά βέβαια ήρθε ο κορωνοϊός και τα σάρωσε όλα.

Σ' αυτό το σημείο θα ήθελα να κάνω μία εξομολόγηση. Στον Ευαγγελισμό έχω βιώσει αρκετά συνταρακτικά γεγονότα, αυτό όμως που με έχει σημαδέψει ήταν η πυρκαγιά στο Μάτι. Μέρα γενικής εφημερίας για το νοσοκομείο και έτυχε να είμαι πρωινό ωράριο στα επείγοντα, όταν άρχισαν να καταφτάνουν οι εγκαυματίες. Ήταν μία εμπειρία που με στοίχειωσε, κυρίως γιατί αισθάνθηκα ότι δεν συνεισφέρα τόσο όσο συνάδελφοι από άλλες ειδικότητες, οι οποίοι ασχολήθηκαν με την βασική ανάνηψη των εγκαυματιών. Ακόμα όταν το θυμάμαι, αισθάνομαι άβολα.

Την ευκαιρία για την προσωπική μου εξιλέωση την βρήκα με τον σχηματισμό της κλινικής για την διαχείριση των περιστατικών Covid-19 στον Ευαγγελισμό. Οι συνάδελφοι που κλήθηκαν αρχικά να στελεχώσουν την κλινική, κυρίως ειδικευόμενοι από τις παθολογικές και την πνευμονολογική κλινική του νοσοκομείου, ζήτησαν την βοήθειά μας όχι τόσο σε ζητήματα εντατικολογίας ή αναισθησιολογίας, αλλά σε βασική ιατρική υποστήριξη, καθώς οι εισαγωγές στο τμήμα αφορούσαν μεγάλο όγκο ασθενών, των οποίων η διερεύνηση γίνεται κάτω από δύσκολες συνθήκες, με προβλήματα που περιλαμβάνουν όλα τα πεδία της ιατρικής, και όχι μόνο την πνευμονολογία.

Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με την αναστολή των

εξωτερικών ιατρείων και της συντριπτικής πλειοψηφίας των ενδοσκοπήσεων, μου έδωσαν την δυνατότητα να προσφέρω τις υπηρεσίες μου στην κλινική Covid-19. Οργανωμένο υπό τις οδηγίες του Διευθυντή της Πανεπιστημιακής πνευμονολογικής κλινικής του Ευαγγελισμού, κου Καλομενίδη, βρήκα ένα τμήμα που να λειτουργεί με άψογους ρυθμούς και να διεκπεραιώνει τα περιστατικά με ταχύτητα παρά τις αντίξοες συνθήκες, καθώς η παρακολούθηση με την χρήση των μέτρων ατομικής προστασίας αναγκαστικά γίνεται με φειδώ για να μην κατασπαταλάται το υγειονομικό υλικό. Χωρίς να μπω στην διαδικασία να αναφερθώ στα οργανωτικά της κλινικής ή στον τρόπο διαχείρισης των περιστατικών, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλο το προσωπικό της κλινικής και τους συναδέλφους για τον αγώνα που έδωσαν και δίνουν και την άριστη συνεργασία που είχαμε αυτή την περίοδο σε όλους τους τομείς (από την νοσηλεία στον όροφο έως την καθαριότητα), καθώς και τους συναδέλφους της ΜΕΘ του Ευαγγελισμού που μας στήριξαν. Οι ειδικοί γιατροί της κλινικής είναι λοιμωξιολόγοι και πνευμονολόγοι, αλλά οι συνάδελφοι ειδικευόμενοι, που ήρθαν να στελεχώσουν το τμήμα, προέρχονταν από όλες τις κλινικές του παθολογικού τομέα του νοσοκομείου. Αρκετοί από εμάς ήρθαμε είτε με κλήρωση είτε με εθελοντική προσφορά, όλοι μας όμως συνεισφέραμε στην διαχείριση των περιστατικών την πιο εξειδικευμένη κατάρτισή μας, καθώς η διακίνηση των ασθενών με SARS-COV-19 εκτός του χώρου νοσηλείας τους για εκτίμηση από υποειδικότητες είναι από δύσκολη έως αδύνατη. Έχοντας πλέον υπηρετήσει και ζήσει αρκετό καιρό στο νοσοκομείο ως ειδικευόμενος, μου έκανε πραγματικά εξαιρετική εντύπωση η καλή συνεργασία μεταξύ των ιατρών του τμήματος, ακόμα και σε καταστάσεις υπερβολικού φόρτου εργασίας, που σε συνήθειες συνθήκες θα οδηγούσε σε προστριβές και ένταση.

Αυτό όμως που αποτελεί κοινή διαπίστωση όλων των συμμετεχόντων, ήταν ο φόβος και η ένταση που επικρατούσε στα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου.

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

Η ΕΞΟΜΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΟΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟΥ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ ΚΟΡΩΝΟΪΟΥ



Αυτή η διαπίστωση με οδήγησε στο να γράψω αυτό το άρθρο. Ο άρρωστος δεν γίνεται το σημείο αναφοράς · τουναντίον, γίνεται σημείο αποστροφής. Η αλληλεπίδραση ακόμα και με ασθενείς που είναι πέραν πάσης υποψίας για λοίμωξη Covid-19 είναι μηδαμινή. Το εμπύρετο γίνεται αφορμή για πανικό. Προφανώς, οι καταστάσεις είναι πρωτόγνωρες και οι ιστορίες που βλέπουμε από την Ιταλία, την Βρετανία ή την Αμερική για υγειονομικούς πρώτης γραμμής που πέθαναν είναι σοκαριστικές. Αλλά είμαστε γιατροί. Για μας είναι μονόδρομος. Όσο και να φοβόμαστε, πρέπει να τιθασεύσουμε τον φόβο μας με αυτοέλεγχο, με ενημέρωση και με μελέτη. Όπως διαχειριζόμαστε όλα τα άλλα, θα διαχειριστούμε και αυτό. Όλες οι ιατρικές εταιρίες δίνουν οδηγίες στα μέλη τους για το πως θα δουλέψουν. Οι μελέτες διεξάγονται με ιλιγγιώδη ταχύτητα και οι δημοσιεύσεις έχουν γίνει πολύ πιο προσβάσιμες. Δεν υπάρχει άλλος τρόπος για να

προχωρήσουμε, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι θα γίνουμε θυσία. Θα πρέπει να μάθουμε να δουλεύουμε με τα μέτρα προστασίας και ταυτόχρονα να προφυλασσόμαστε, καθώς όλα τα πράγματα δείχνουν ότι ο κορωνοϊός ήρθε για να μείνει.

Την ημέρα που γράφεται αυτό το άρθρο, την 28/4/2020, ο Πρωθυπουργός εξήγγειλε την σταδιακή άρση των μέτρων περιορισμού, καθώς και την σταδιακή επανέναρξη λειτουργίας όλων των τμημάτων των νοσοκομείων. Για αρκετούς από τους συναδέλφους που συμμετείχαν στην κλινική Covid-19 αυτό συνεπάγεται και επιστροφή στις κλινικές τους και για εμάς τους γαστρεντερολόγους επανέναρξη των ενδοσκοπήσεων.

Εύχομαι στην καθεμία και τον καθένα το καλύτερο στις μέρες που έρχονται.



Φιλοξενούσα ειδικότητα

ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΡΙΓΓΙΑ

Νικόλαος Φ. Ορφανός, Χειρουργός

Τα ορθοπρωκτικά αποστήματα και συρίγγια αποτελούν μια αρκετά συχνή παθολογία του ανθρώπινου είδους, που ταλαιπωρεί τους ασθενείς για χιλιετίες. Οι αρχαιότερες γραπτές αναφορές και θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν βρεθεί σε αιγυπτιακούς πάπυρους που χρονολογήθηκαν περίπου στο 1.500 π.Χ.. Η καλή γνώση της παθοφυσιολογίας της νόσου καθώς και της εμπλεκόμενης ανατομίας της ορθοπρωκτικής χώρας είναι απαραίτητα εφόδια για τη σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση των παθήσεων αυτών.

Α. Ορθοπρωκτικά Αποστήματα

Εισαγωγή - Επιδημιολογικά Στοιχεία

Τα περιεδρικά και περιορθικά αποστήματα αποτελούν μία συνήθη επείγουσα κατάσταση της πρωκτολογίας. Η λοίμωξη των κρυπτικών αδένων του πρωκτικού επιθηλίου είναι η γενεσιουργός αιτία. Τα αποστήματα χαρακτηρίζονται τοπογραφικά και διακρίνονται σε: περιπρωκτικά (ή υποδόρια), μεσοσφιγκτηριακά (ή ενδοσφιγκτηριακά), ευθυσιακά καθώς και τα σπανιότατα υπερανελκτήρια (ή ορθοπυελικά).

Τα περιπρωκτικά συρίγγια αποτελούν τη χρόνια συνιστώσα της ίδιας νόσου, της λοίμωξης των πρωκτικών αδένων. Η συχνότητα εμφάνισης τους μετά από τα αποστήματα ποικίλλει στη βιβλιογραφία από 15.2% έως 50% με μία μέση συχνότητα περίπου 40% και εξαρτάται από τον τύπο του αποστήματος.

Πολλές μεγάλες σειρές ασθενών έχουν φανερώσει μία κορύφωση της επίπτωσης των ορθοπρωκτικών αποστημάτων περί την ηλικία των 40 ετών με αναλογία ανδρών - γυναικών 2:1 και αυξημένη συχνότητα εμφάνισης τους εαρινούς και θερινούς μήνες στις περιοχές με θερμό κλίμα. Προδιαθεσικοί παράγοντες θεωρούνται ο σακχαρώδης διαβήτης, η νόσος Crohn, η ανοσοκαταστολή (HIV, μεταμοσχευμένοι ασθενείς κ.α.). Παρ' όλα αυτά όμως οι περισσότεροι ασθενείς είναι κατά τα άλλα υγιείς.

Αιτιολογία

Όπως προαναφέρθηκε, σύμφωνα με την επικρα-

τούσα θεωρία που αναπτύχθηκε από τους Parks και Eisenhammer τα ορθοπρωκτικά αποστήματα ξεκινούν σε μία από τις 10 με 15 πρωκτικές κρύπτες του Morgagni. Οι κρύπτες αυτές βρίσκονται στο επίπεδο της οδοντωτής γραμμής και σε αυτές εκβάλλουν οι πρωκτικοί αδένες, λιπαίνοντας το πρωκτικό κανάλι για τη διευκόλυνση της αφόδευσης. Από μικροβιολογικής άποψης, συνήθως οι καλλιέργειες αναδεικνύουν εντερική χλωρίδα περισσότερων από ενός gram αρνητικών και αναερόβιων βακτηρίων. Σε σπανιότερες περιπτώσεις (λιγότερο από 10% των αποστημάτων) μπορεί να οφείλονται σε περινεϊκό τραύμα, ξένο σώμα, ιατρογενή αίτια (αναστομωτική διαφυγή, ακτινοθεραπεία, χειρουργικό τραύμα), καρκίνο του πρωκτού, ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, HIV, διαπυητική ιδρωταδενίτιδα, εκκολπωματίτιδα ή άλλη ενδοκοιλιακή φλεγμονή, ραγάδα του πρωκτού και οστεομυελίτιδα.

Ανατομία και Ταξινόμηση

Η ανατομική κατάταξη των ορθοπρωκτικών αποστημάτων δε βοηθάει μόνο στην τοπογραφική περιγραφή τους αλλά και στον καθορισμό της θεραπευτικής προσέγγισης. Απλοποιώντας την ανατομία της ελάσσονος πυέλου, μπορούμε να διακρίνουμε τα ανατομικά πλάνα, στα οποία αναπτύσσονται τα αποστήματα. Τα πλάνα αυτά διαχωρίζονται από το σφιγκτηριακό μηχανισμό (έσω, έξω σφιγκτήρας και ανελκτήρας του πρωκτού):

- Τα **περιεδρικά αποστήματα** είναι και τα συχνότερα (45-60%) και όπως προκύπτει από την ονομασία εντοπίζονται στο λιπώδη ιστό πέριξ του πρωκτού, που συνέχεια με το λιπώδη ιστό των γλουτών. Ο χώρος αυτός βρίσκεται επί τα εκτός και ουραία του έξω σφιγκτήρα.
- Τα **ευθυσιακά αποστήματα**, δεύτερα σε συχνότητα κάτωθεν του ανελκτήρα, επί τα εκτός του σφιγκτήρα και επί τα εντός του ισχιακού φύματος. Αυτά κείτονται βαθύτερα, και μπορεί να είναι δεξιά ή αριστερά. Τα σπανιότερα οπισθοορθικά αποστήματα, μία ξεχωριστή κατηγορία διακρίνονται σε επιπολής (μέρος των περιεδρικών) και εν τω βάθει

Φιλοξενούσα ειδικότητα

ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΡΙΓΓΙΑ



(σε ανάλογο βάθος με τα ευθυσιακά). Εντοπίζονται στην όη ώρα κάτω από τον ανελκτήρα και πέριξ του πρωκτοκοκκυγικού μυ και μπορεί να επεκταθούν αμφοτερόπλευρα στους ευθυσιακούς χώρους, δημιουργώντας τα λεγόμενα πεταλοειδή αποστήματα.

- Τα **ένδο- ή μεσοσφιγκτηριακά αποστήματα** είναι σπάνια (2-5%), αναπτύσσονται στο χώρο ανάμεσα στον έσω και έξω σφιγκτήρα προσθίως ή πλάγια.
- Τα **υποβλεννογόνια αποστήματα** ευρίσκονται υψηλότερα από την οδοντωτή γραμμή, κάτω από το βλεννογόνο και επιπολής ως προς τον έσω σφιγκτήρα.
- Τέλος τα **υπερανελκτήρια αποστήματα** είναι και αυτά αρκετά σπάνια (2,5%-9%), εντοπίζονται κεφαλικά του ανελκτήρα προς την πύελο. Απόστημα στη θέση αυτή μπορεί να αναπτυχθεί τόσο από ανιούσα επέκταση μεσοσφιγκτηριακών αποστημάτων ή κατιούσα επέκταση πυελικών αποστημάτων (π.χ. εκκολπωματίτιδα, πυοσάλπιγγα κ.α.).

Κλινική εικόνα και διάγνωση

Στα συνηθέστερα **περιεδρικά αποστήματα** η τυπική κλινική εικόνα περιλαμβάνει δυνατό σφυγμικό άλγος το οποίο έχει οξεία χαρακτηριστικά, ανεξάρτητο χρονικά από την κένωση, διαρκεί όλη την ημέρα και συνήθως συνοδεύεται από πυρετό και τοπικό οίδημα ή σκληρία. Κατά την εξέταση παρατηρείται μία επώδυνη ερυθρή διόγκωση σε επαφή με το δερματικό όριο του πρωκτού. Ανάλογα με το χρόνο εξέτασης σε σχέση με την έναρξη των συμπτωμάτων ανευρίσκεται και διαφόρου βαθμού κυτταρίτιδα, σκληρία και κλυδασμός. Ενίοτε μπορεί να υπάρξει και αυτόματη σχάση και παροχέτευση του αποστήματος. Η εξέταση και η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνουν μόνο με επισκόπηση από άλλες μη επείγουσες επώδυνες καταστάσεις, γεγονός συχνά δύσκολο, καθότι δεν επιτρέπει ο ασθενής δακτυλική ή ορθοσκοπική εξέταση λόγω του βασανιστικού πόνου. Συχνά η λεπτομερής κλινική εξέταση γίνεται ταυτόχρονα με τη θεραπεία σε συνδυασμό με κάποιου είδους αναισθησία. Ο κλινικός ιατρός δεν θα πρέπει ποτέ να

αποδίδει χωρίς τεκμηρίωση τον πόνο σε θρομβωμένη εσωτερική αιμορροΐδα ή κυτταρίτιδα του περινέου γιατί αν παραμείνει αδιάγνωστο το ορθοπρωκτικό απόστημα, η επιπλοκή της γενικευμένης σήψης, μπορεί να είναι θανατηφόρος σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Τα **ευθυσιακά αποστήματα** διαδράμουν μία κάπως πιο ασυμπτωματική πορεία στα αρχικά τους στάδια λόγω του δυνητικά μεγάλου χώρου και της εν τω βάθει εντόπισης τους. Μπορεί να υπάρχει ασαφές οίδημα στο γλουτό αλλά γρήγορα εξελίσσονται σε μεγάλα αποστήματα με νεκρώσεις των μαλακών μορίων της περιοχής. Η κλινική εικόνα των **ενδοσφιγκτηριακών αποστημάτων** συνήθως περιλαμβάνει ένα βύθιο συνεχή πόνο και κατά την κλινική εξέταση δύσκολα γίνονται αντιληπτά, καθώς δεν υπάρχουν κλινικά ευρήματα εξωτερικά. Η δακτυλική εξέταση είναι πολύ επώδυνη και ενδεχομένως να υπάρχει διόγκωση στο επίπεδο της οδοντωτής γραμμής ή και ψηλότερα.

Τα **οπισθοπρωκτικά αποστήματα** κλινικά μπορεί να μιμούνται οξεία ραγάδα όης ώρας. Η αδυναμία διάγνωσης τέτοιων αποστημάτων μπορεί να οδηγήσει σε λειτουργικές βλάβες του σφιγκτήρα.

Τα **υποβλεννογόνια αποστήματα** δημιουργούν αίσθημα πληρότητας και βύθιου περιεδρικού άλγους. Κλινικά εξωτερικά δεν παρουσιάζουν σημεία, αλλά η δακτυλική εξέταση ενδεχομένως να ανιχνεύσει επώδυνη διόγκωση υψηλότερα της οδοντωτής γραμμής.

Τέλος, τα **υπερανελκτήρια αποστήματα** είναι πολύ δύσκολο να διαγνωστούν κλινικά λόγω των βύθιων συμπτωμάτων αλλά και της μη προσπελάσιμης θέσης τους στην κλινική εξέταση. Εδώ κρίνεται απαραίτητη η απεικόνιση με μαγνητική τομογραφία ή αξονική τομογραφία, τόσο για την εντόπιση τους αλλά και για τον καθορισμό της αιτιολογίας τους (Εικόνα 1).

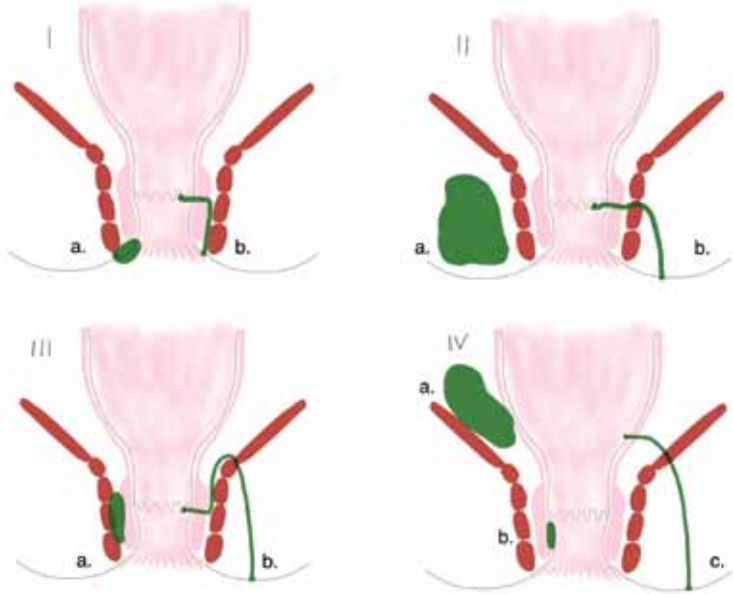
Θεραπεία

Η άμεση διάνοιξη και παροχέτευση των ορθοπρωκτικών αποστημάτων είναι η μοναδική και ενδεδειγμένη



Φιλοξενούσα ειδικότητα

ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΡΙΓΓΙΑ



Εικόνα 1. Οι ανατομικές σχέσεις και θέσεις των ορθοπρωκτικών αποστημάτων και συριγγίων. Ia.: Περιεδρικό (υποδόριο) απόστημα, Ib.: Μεσοσφιγκτηριακό συρίγγιο IIa.: Ευθυσιακό απόστημα IIb.: Διασφιγκτηριακό συρίγγιο IIIa.: Ένδο- ή Μέσο-σφιγκτηριακό απόστημα IIIb.: Υπερσφιγκτηριακό συρίγγιο IVa.: Υποβλεννογόνιο απόστημα, IVb.: Υπερανελκτήριο απόστημα IVc.: Εξωσφιγκτηριακό συρίγγιο

θεραπεία τους. Η αντιμετώπιση δεν πρέπει να καθυστερεί και μπορεί υπό συνθήκες να γίνει και υπό τοπική αναισθησία σε επίπεδο ιατρείου. Η χρήση γενικής ή περιοχικής αναισθησίας και η διάνοιξη του αποστήματος σε αίθουσα χειρουργείου είναι εξίσου δικαιολογημένη γιατί παρέχει στον ασθενή μία εντελώς ανώδυνη θεραπεία (η χρήση τοπικής αναισθησίας σε ιστούς που φλεγμαίνουν δεν είναι πάντα αποτελεσματική) αλλά και στο χειρουργό τη δυνατότητα της πλήρους κλινικής εξέτασης και πιθανώς και την ανεύρεση του έσω στομίου του συριγγίου. Η διάνοιξη πρέπει να είναι επαρκής και να γίνει μέριμνα για την αποφυγή πρόωρης σύγκλεισης του τραύματος, είτε με την αφαίρεση του υπερκείμενου δέρματος, είτε με την τοποθέτηση ενός σωλήνα παροχέτευσης. Επίσης στα περιεδρικά αποστήματα η θέση της διάνοιξης πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο κοντά στον πρωκτό με σκοπό τη μείωση του μήκους του πιθανού συριγγίου που θα προκύψει. Μετά τη διάνοιξη ακολουθεί η διάσπαση

των διαφραγματιών του αποστήματος και η ενοποίηση του χώρου.

Δεν υπάρχει απόλυτη ομοφωνία στη βιβλιογραφία για το κατά πόσον είναι σημαντικό να βρεθεί και να αντιμετωπιστεί το συρίγγιο στο χρόνο της διάνοιξης του αποστήματος. Οι περισσότεροι συγγραφείς τάσσονται υπέρ της διάνοιξης και παροχέτευσης του αποστήματος και αντιμετώπισης του συριγγίου σε δεύτερο χρόνο, εφ' όσον αυτό εμφανιστεί. Εξάλλου περίπου 60% των ασθενών δεν θα παρουσιάσουν συρίγγιο. Αν η παρουσία του συριγγίου είναι εμφανής, τότε η διεκβολή ενός παροχετευτικού seton δια του συριγγίου στο χρόνο της αντιμετώπισης του αποστήματος βοηθά στην καλύτερη ωρίμανση και καθαρισμό του συριγγώδους πόρου για την αντιμετώπιση σε δεύτερο χρόνο. Επ' ουδενί όμως δεν πρέπει να γίνουν εργώδεις προσπάθειες ανεύρεσης του συριγγίου στην οξεία φάση της φλεγμονής γιατί ο κίνδυνος δημιουργίας ψευδούς πόρου είναι υψηλός.

Η λήψη βιοψίας ενδείκνυται σε περιπτώσεις ψηλάφησης κάποιας μάζας, η εξέλκωσης ή και υποτροπών για τον αποκλεισμό Ι.Φ.Ν.Ε. ή κακοήθειας.

Τα ευθυσιακά αποστήματα διανοίγονται κατά παρόμοιο τρόπο με τα περιεδρικά, ενώ τα πεταλοειδή μπορούν να διανοικτούν και στα δύο σκέλη τους και δια του οπισθοπρωκτικού χώρου να διέλθει ένας μαλακός σωλήνας παροχέτευσης (Penrose) από το δεξί στο αριστερό στόμιο. Για τα εντοπισμένα οπισθοπρωκτικά αποστήματα μπορεί να πραγματοποιηθεί διάνοιξη του συριγγίου και μικρή σφιγκτηροτομή στους άνδρες. Στις γυναίκες αντίθετα δεν συνίσταται διάνοιξη του συριγγίου σε πρώτο χρόνο λόγω αυξημένων ποσοστών διαταραχών εγκράτειας.

Τα υποβλεννογόνια και ενδοσφιγκτηριακά αποστήματα μπορούν να αντιμετωπιστούν με διάνοιξη του βλεννογόνου και ενδεχομένως και τμήματος του έσω σφιγκτήρα. Τα ενδοσφιγκτηριακά αποστήματα μπορούν να παροχετευθούν και με διατομή στη διασφιγκτηριακή αύλακα στην πλευρά του δέρματος.

Τέλος, τα υπερανελκτήρια αποστήματα εφ' όσον δια-

Φιλοξενούσα ειδικότητα

ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΡΙΓΓΙΑ



γνωστούν αντιμετωπίζονται ανάλογα με την προέλευση τους. Για τα ανιόντα αποστήματα, η παροχέτευση μπορεί να γίνει προς το ορθό με ευρεία διάνοιξη. Τα προερχόμενα από κατιούσα πυελική σπητική εστία (π.χ. εκκολπωματίτιδα) μπορεί να παροχετευθούν υπό καθοδήγηση στον αξονικό τομογράφο. Σπανιότερα δύναται να χρειαστεί και εκτροπή των κοπράνων με κολοστομία, κυρίως σε ασθενείς με Ι.Φ.Ν.Ε..

Όσον αφορά στη χορήγηση αντιβιοτικών: συνήθως απαιτείται η χορήγηση μίας δόσης ευρέος φάσματος αντιβιοτικών που καλύπτουν το φάσμα των αναερόβιων και gram αρνητικών μικροβίων, επί παραδείγματι πενικιλίνη ή κεφαλοσπορίνη β' γενιάς μαζί με μετρονιδαζόλη. Η διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος είναι αρκετή για τη θεραπεία και δεν υπάρχει όφελος από τη συνέχιση της χορήγησης της αντιβίωσης. Εξαίρεση αποτελούν συγκεκριμένες ομάδες ασθενών στους οποίους απαιτείται συνέχιση της θεραπείας έως την υποχώρηση της φλεγμονής. Συγκεκριμένα ασθενείς με ανοσοκαταστολή, προσθετική βαλβίδα, νεκρωτική λοίμωξη των μαλακών μορίων ή εκτεταμένη κυτταρίτιδα και σακχαρώδη διαβήτη. Για τους υπόλοιπους ασθενείς συνήθως δεν χρειάζεται νοσηλεία πέραν της ημέρας της επέμβασης. Μετεγχειρητικά ο ασθενής πρέπει να κάνει εδρόλουτρα δύο ή τρεις φορές την ημέρα και λήψη μαλακτικών των κοπράνων για τη μείωση του πόνου κατά τις κενώσεις.

Β. Ορθοπρωκτικά Συρίγγια

Εισαγωγή

Τα ορθοπρωκτικά συρίγγια αποτελούν τη χρόνια συνιστώσα των ορθοπρωκτικών αποστημάτων. Ιστορικές αναφορές σε αυτά υπάρχουν από 2.000 έτη, με τον Ιπποκράτη το 430 π.χ. να περιγράφει τη χρήση του νήματος για θεραπεία (μεταγενέστερα και ως seton από το λατινικό seta "μετάξι"). Ο Λουδοβίκος XIV το 18ο αιώνα έπασχε από πρωκτικό συρίγγιο και ο Frederick Salmon ίδρυσε στο Λονδίνο το νοσοκομείο St. Mark's με αντικείμενο τη θεραπεία των πρωκτικών συριγγίων. Στα τέλη του 19ου και κατά τον 20 αιώνα πολλά ιερά

ονόματα της χειρουργικής συνεισέφεραν στη θεραπεία αλλά και στη θεωρία της παθογένεσης της πάθησης αυτής (Goodsall, Miles, Milligan, Morgan, Thompson, Lockhart-Mummery κ.α.). Το 1976 ο Parks αναδιαμόρφωσε το σύστημα ταξινόμησης των συριγγίων. Έκτοτε μικρή πρόοδος έχει σημειωθεί κυρίως στο επίπεδο της χρήσης νέων υλικών και τεχνικών με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και ελάττωσης των ποσοστών υποτροπής και διαταραχής λειτουργίας του σφιγκτήρα.

Εξ' ορισμού τα συρίγγια αυτά αποτελούν μία παθολογική επικοινωνία ανάμεσα στον πρωκτικό σωλήνα και στο δέρμα πέριξ του πρωκτού από το πρωτεύον στο δευτερεύον στόμιο αντίστοιχα. Οι συριγγώδεις πόροι επενδύονται από επιθήλιο και κοκκιωματώδη ιστό.

Αιτιολογία

Στην πλειονότητα τους τα πρωκτικά συρίγγια προέρχονται από αποστηματοποίηση φλεγμονής των πρωκτικών αδένων που βρίσκονται στις κρύπτες του Morgagni. Τα δύο τρίτα των αποστημάτων παροχετεύονται διά των σφιγκτήρων δημιουργώντας αντίστοιχα συρίγγια. Άλλα συρίγγια όμως μπορεί να οφείλονται σε τραύμα (μετεγχειρητικό ή από ξένο σώμα), νόσο Crohn, επουλωθείσα ραγάδα, καρκίνωμα ορθού ή πρωκτού, ακτινοβολία, ακτινομύκωση, φυματίωση ή χλαμυδιακή λοίμωξη.

Ανατομία και Ταξινόμηση

Ο σφιγκτηριακός μηχανισμός του πρωκτού αποτελείται από δυο ομόκεντρους μύες, τον έξω σφιγκτήρα και τον έσω σφιγκτήρα. Ο έξω σφιγκτήρας, γραμμωτός μυς που ελέγχουμε εκούσια, έχει τρεις μοίρες: την υποδόρια-υποβλεννογόνια, την επιπολής και την εν τω βάθει. Η εν τω βάθει μοίρα μαζί με τον ηβοορθικό μυ, σχηματίζουν τον ψηλαφητό στη δακτυλική εξέταση ορθοπρωκτικό δακτύλιο. Ο έσω σφιγκτήρας, λείος μυς υπό αυτόνομη λειτουργία, αποτελεί τη συνέχεια του μυϊκού χιτώνα του ορθού. Η καλή γνώση της ανατομίας του πρωκτού βοηθά στην καλύτερη κατανόηση της πορείας των συριγγίων και την επιλογή της θεραπευτικής προσέγγισης.



Φιλοξενούσα ειδικότητα

ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΡΙΓΓΙΑ

Σύμφωνα με την ταξινόμηση του Parks, τα ορθοπρωκτικά συρίγγια κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες: (Εικόνα 1)

- Τα **μεσοσφιγκτηριακά**: αποτελούν το 70% των συριγγίων του πρωκτού και είναι επακόλουθο των περιεδρικών αποστημάτων. Η πορεία τους ξεκινά στην οδοντωτή γραμμή, διέρχεται δια του έσω σφιγκτήρα και εκτείνεται μέχρι το διασφιγκτηριακό χώρο. Χωρίς να διαιρούν τον έξω σφιγκτήρα καταλήγουν στο δέρμα γύρω από τον πρωκτό ή στο περίνεο.
- Τα **διασφιγκτηριακά** (το 25% των συριγγίων του πρωκτού): προκύπτουν από παροχέτευση των ευθυσιακών αποστημάτων. Το έσω στόμιο των συριγγίων αυτών βρίσκεται στο επίπεδο της οδοντωτής γραμμής, διέρχονται από τον έσω και τον έξω σφιγκτήρα και καταλήγουν στο δέρμα γύρω από τον πρωκτό και το περίνεο. Υπάρχουν παραλλαγές των συριγγίων αυτών με υψηλότερη πορεία και κάποιες φορές με τυφλό άκρο.
- Τα **υπερσφιγκτηριακά** (5% των συριγγίων): δια του έσω στομίου στην οδοντωτή γραμμή, περνούν τον έσω σφιγκτήρα και στη συνέχεια δια του μεσοσφιγκτηριακού ιστού ακολουθούν κεφαλική πορεία πάνω από τον ηβοορθικό και εν συνεχεία κατιούσα πορεία επί τα εκτός του έξω σφιγκτήρα στον ευθυσιακό χώρο και στο δέρμα.
- Τα **έξωσφιγκτηριακά**: είναι τα σπανιότερα (1%) και η αιτιολογία τους είναι ασυνήθης (νόσος Crohn, διάτρηση από ξένο σώμα, τραύμα περινέου, καρκίνωμα ή πυελοπεριτονίτιδα). Η πορεία τους ξεκινά από το ορθό και δια των ανελκτέρων κατεβαίνει στον ευθυσιακό χώρο και από εκεί στο δέρμα. Είναι δυνατόν να υπάρχει και διακλάδωση του συριγγίου που εξορμάται από την οδοντωτή γραμμή.

Η πιο σύγχρονη ταξινόμηση περιλαμβάνει τα εξής:

- **Υποδόρια** (συνήθως μετά από ραγάδα ή επεμβάσεις πρωκτού)
- **Υπομυϊκά** (μεσοσφιγκτηριακά, χαμηλά διασφιγκτηριακά)

- **Σύνθετα, υποτροπιάζοντα** (υψηλά διασφιγκτηριακά, υπερσφιγκτηριακά, έξωσφιγκτηριακά, πολλαπλά)

Σύμφωνα με ένα παλιό κανόνα, τον κανόνα του Goodsall, όταν το έξω στόμιο του συριγγίου βρίσκεται στο πρόσθιο ημιμόριο του περιπρωκτικού δέρματος, τότε το συρίγγιο πορεύεται ακτινωτά προς τον αυλό του πρωκτού ενώ όταν το έξω στόμιο βρίσκεται στο οπίσθιο ημιμόριο, το συρίγγιο ακολουθεί μια καμπύλη και πιο μακρά πορεία προς την όψη του πρωκτού, όπου συνήθως βρίσκεται το στόμιο. Ο κανόνας αυτός είναι χρήσιμος αλλά δεν ισχύει πάντα.

Κλινική Εικόνα και Διάγνωση

Κλινικά τα συρίγγια συνήθως εκδηλώνονται με απώλεια πυώδους ή πυοαιματηρού υγρού στην περιεδρική χώρα. Άλλα συμπτώματα ενδεχομένως να είναι το οίδημα, ο πόνος, η διάρροια και η αιμορραγία. Η κλινική εξέταση συνήθως οδηγεί και στη διάγνωση. Προσεκτική επισκόπηση του περινέου, της περιπρωκτικής χώρας και των γλουτών στις περισσότερες περιπτώσεις αποκαλύπτουν το έξω στόμιο. Δακτυλικά μπορεί να ψηλαφηθεί ινώδης πόρος ή και να προκληθεί αποβολή πύου από το έξω στόμιο. Κλυδασμός οπισθίως ή πλαγίως στη δακτυλική εξέταση φανερώνει επέκταση στην οπισθοπρωκτική χώρα ή στους ευθυσιακούς χώρους.

Κατά την κλινική εξέταση πρέπει να αξιολογηθεί ο τόνος του σφιγκτήρα. Αν παρατηρηθεί παθολογικός τόνος και έχουν προηγηθεί επεμβάσεις, καλό είναι να γίνει μανομετρία του σφιγκτήρα προεγχειρητικά. Ενδοσκοπικά καλό είναι να γίνει ορθοσκόπηση για αποκλεισμό ορθικής νόσου (π.χ. v. Crohn) αλλά και για ανεύρεση του έσω στομίου. Εισαγωγή μύλης στο συρίγγιο χωρίς αναισθησία δεν είναι συνήθως ανεκτή.

Απεικονιστικώς για τα συνήθη συρίγγια δεν απαιτούνται περαιτέρω εξετάσεις. Για υποτροπιάζοντα ή σύνθετα συρίγγια όμως, η χρήση του ενδοορθικού υπερήχου με ή χωρίς την έγχυση υπεροξειδίου του υδρογόνου, της μαγνητικής τομογραφίας με ή χωρίς σκιαγραφικό εντός του συριγγίου, δίνουν σημαντικές πληροφορίες προεγχειρητικά και μειώνουν τα ποσοστά υποτροπής.

Φιλοξενούσα ειδικότητα

ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΡΙΓΓΙΑ



Θεραπεία

Αρχές θεραπευτικών χειρισμών

Γενικώς δεν υπάρχουν ενιαίες κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση των πρωκτικών συριγγίων. Η σωστή κρίση και η εμπειρία του χειρουργού αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα για την επιλογή της θεραπευτικής προσέγγισης. Ανεξάρτητα από τη θεραπεία που θα επιλεγεί, οι αρχές είναι κοινές και συνοψίζονται στο ακόλουθο τρίπτυχο:

- **Εξάλειψη της σηπτικής εστίας:** Πλήρης παροχέτευση του αποστήματος και υποχώρηση των οξέων συμπτωμάτων. Γι' αυτό και συνιστάται η αντιμετώπιση των συριγγίων 4 με 6 εβδομάδες μετά την παροχέτευση του αποστήματος και τοποθέτηση χαλαρού παροχετευτικού seton για το διάστημα αυτό. Ενδεχομένως να χρειαστούν και επανεξετάσεις υπό αναισθησία για την πλήρη εξάλειψη της φλεγμονής.
- **Καθορισμός της ανατομίας:** ανεύρεση του τύπου και της πορείας του συριγγίου μπορεί να γίνει καλύτερα με εξέταση υπό γενική αναισθησία. Η χρήση λεπτής μύλης απαιτεί εμπειρία του χειρουργού για να μην δημιουργηθεί ψευδής πόρος. Στις περιπτώσεις όπου δεν είναι δυνατή η ανεύρεση του έσω στομίου,

έγχυση αραιωμένου μπλε του μεθυλενίου ή υπερξειδίου του υδρογόνου θα αναδείξει το συρίγγιο διεγχειρητικά. Για τις περιπτώσεις πολύπλοκων συριγγίων συνιστάται προεγχειρητική απεικόνιση όπως περιγράφηκε ανωτέρω.

- **Καθορισμός του κινδύνου ακράτειας:** Δεδομένα από μελέτες δείχνουν ότι μέχρι και το 45% των ασθενών που υφίστανται διάνοιξη του συριγγίου παρουσιάζουν αλλαγές διαφόρου βαθμού στην εγκράτεια του σφιγκτήρα. Παράγοντες κινδύνου είναι το θήλυ φύλο, ιστορικό φυσιολογικών τοκετών, πρόσθιο συρίγγιο, υψηλό συρίγγιο περιλαμβάνον περισσότερο από 30-50% του σφιγκτήρα, ιστορικό επανεπέμβασης και διαταραχές του εντέρου με τη μορφή διάρροιας. Η αναγνώριση των ασθενών με υψηλό ρίσκο ακράτειας είναι σημαντική γιατί θα κατευθύνει το χειρουργό σε επέμβαση διατήρησης του σφιγκτήρα.

Χειρουργικές επιλογές αντιμετώπισης ορθοπρωκτικών συριγγίων (Πίνακας 1)

Συριγγοτομή

Η τεχνική αυτή συνιστάται στη διάνοιξη του συριγγώδους πόρου είτε με χρήση νυστεριού ή κάποιας ενεργειακής συσκευής (π.χ. διαθερμίας, συσκευής ραδι-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Οι ενδείξεις τεχνικών θεραπείας των ορθοπρωκτικών συριγγίων.

Μέθοδος	Τύπος Συριγγίου	Υποτροπή	Ακράτεια
ΣΥΡΙΓΓΟΤΟΜΗ	ΥΒ, ΜΣ, ΧΔΣ	2%-8%	0-17%
SETON	ΔΣ, Υποτροπιάζοντα, v. Crohn	0-6%	μικρή: 34%-63% μεγάλη: 4%-26%
ΒΛΕΝΟΓΟΝΟΣ ΚΡΗΜΝΟΣ	ΥΔΣ, ΥΣ	7%-49%	0%
ΚΟΛΛΑ ΙΝΙΚΗΣ	ΔΣ, ΥΣ	37%-76%	0%
ΒΥΣΜΑ ΚΟΛΛΑΓΟΝΟΥ	ΔΣ, ΥΣ	27,3%- 84,2%	6%
LIFT	ΔΣ	6%-43%	0%
VAAFT	ΔΣ, ΥΣ, ΕΞΣ	15,4%	Δ.Α.
FiLaC	ΜΣ, ΔΣ, ΥΣ, v. Crohn	12%- 35,9%	0%

ΥΒ: υποβλεννογόνια - Υποδόρια, ΜΣ: Μεσοσφιγκτηριακά, ΔΣ: διασφιγκτηριακά, ΧΔΣ: Χαμηλά Διασφιγκτηριακά, ΥΔΣ: Υψηλά Διασφιγκτηριακά, ΥΣ υπερσφιγκτηριακά, ΕΞΣ: Εξωσφιγκτηριακά



Φιλοξενούσα ειδικότητα

ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΡΙΓΓΙΑ

οσυχνοτήτων κ.α.) και ακολουθείται από διαθερμοπηξία του εδάφους του συριγγίου. Είναι ίσως και η συχνότερη τεχνική που εφαρμόζεται στα απλά συρίγγια, δεδομένου ότι σε αυτά προσφέρει γρήγορη επούλωση με χαμηλά ποσοστά υποτροπής και διαταραχών εγκράτειας του σφιγκτήρα. Ενδείκνυται για υποδόρια, μεσοσφιγκτηριακά και χαμηλά διασφιγκτηριακά συρίγγια που περιλαμβάνουν μικρό τμήμα της υποδορίου μοίρας του έξω σφιγκτήρα. Εξαίρεση αποτελούν τα πρόσθια συρίγγια σε γυναίκες, όπου η πιθανότητα να προκληθεί ακράτεια είναι μεγαλύτερη. Η πλήρης εκτομή του συριγγώδους πόρου δεν συνιστάται γιατί παρατείνει το χρόνο επούλωσης χωρίς να βελτιώνει τα ποσοστά υποτροπής. Βιοψία δύναται και πρέπει να γίνεται, ιδίως όταν ψηλαφάται σκληρία.

Τέμνον νήμα seton

Η χρήση ελαστικού vessel loop ή νήματος μεταξωτού ράμματος εξ' αρχής ή σε συνδυασμό με μερική συριγγοτομή ή ως πρώτο στάδιο της θεραπείας συνίσταται για συρίγγια τα οποία είναι υψηλότερα ή σύνθετα (υψηλά διασφιγκτηριακά, εξωσφιγκτηριακά, πολλαπλά ή πολύπλοκα). Η λογική της παλαιότητας αυτής τεχνικής που έχει κερδίσει την αξία της μέσα από τη δοκιμή του χρόνου είναι η νέκρωση του έξω σφιγκτήρα σταδιακά όσο περισφίγγουμε το ράμμα ενώ παράλληλα μετά τη νέκρωση δημιουργείται ίνωση που κράτα τα άκρα του διαιρεθέντος σφιγκτήρα συνδεδεμένα. Για να πραγματοποιηθεί αυτό το φαινόμενο πρέπει η διαδικασία να γίνει σταδιακά και αργά. Η περιοδική σύσφιξη στο ράμμα ξεκινά 2 εβδομάδες μετά το χειρουργείο και επαναλαμβάνεται ανά 2 εβδομάδες. Η θεραπεία αυτή χρειάζεται πιθανώς μήνες για την ολοκλήρωση και δημιουργεί δυσανεξία στον ασθενή, γι' αυτό και δεν είναι καλά ανεκτή και έχει αντικατασταθεί από πιο σύγχρονες τεχνικές. Εντούτοις συχνά αποτελεί μια σίγουρη και ασφαλή λύση για το χειρουργό.

Πρωθητικός κρημνός

Η χρήση του πρωθητικού βλεννογονικού κρημνού αποτελεί μία τεχνική διατήρησης του σφιγκτήρα για περιστατικά με ήδη εγκατεστημένη ήπια ακράτεια και

για γυναίκες με πρόσθια συρίγγια. Πρέπει να γίνει καταστροφή του επιθηλίου του συριγγίου και απόξεση αυτού, καθώς και διάνοση του εξωσφιγκτηριακού τμήματος του συριγγώδους πόρου. Ακολουθεί συρραφή του έσω στομίου και κάλυψη αυτού από κρημνό καλά αιματούμενο που περιλαμβάνει βλεννογόνο, υποβλεννογόνο και ίνες του έσω σφιγκτήρα και συρράπτεται χωρίς τάση. Επιπλοκές της τεχνικής αυτής μπορεί να είναι μερική νέκρωση του κρημνού, αιμορραγία και απόστημα κάτω από τον κρημνό, καταστάσεις που οδηγούν σε απώλεια στεγανότητας και υποτροπή του συριγγίου.

Κόλλα ινικής

Οι πρώτες ανακοινώσεις χρήσης κόλλας ινικής έγιναν το 2000 και έκτοτε η τεχνική έχει κερδίσει έδαφος απαλλάσσοντας το χειρουργό από πολύπλοκες επεμβάσεις και τον ασθενή από υψηλά ποσοστά ακράτειας. Στον αντίποδα των πλεονεκτημάτων βρίσκεται το υψηλό ποσοστό υποτροπών (37%-67%). Βέβαια, η αποτυχία θεραπείας δεν αποκλείει τη χρήση άλλων μεθόδων μελλοντικά. Μετά την ενδελεχή νεαροποίηση του συριγγώδους πόρου εγχέεται κόλλα ινικής και δημιουργείται ένα βύσμα ινικής το οποίο στεγανοποιεί το συρίγγιο και αποτελεί σκελετό για την επούλωση του. Ο ασθενής δεν πρέπει να σφικτεί κατά τις κενώσεις ή την αποβολή αερίων, για να μην μετακινήσει το βύσμα.

Βύσμα κολλαγόνου

Η τοποθέτηση προσχηματισμένου κωνικού βύσματος κολλαγόνου από λυοφιλοποιημένο ακυτταρικό χοίρειο εντερικό υποβλεννογόνο ιστό ανακοινώθηκε για πρώτη φορά το 2004. Η τεχνική είναι απλή και αφορά στην ενσφήνωση του βύσματος στο συριγγώδη πόρο, έτσι ώστε να στεγανοποιήσει το συρίγγιο και να αποτελέσει σκελετό για την επούλωση. Ενδείκνυται σε υψηλά συρίγγια, τα οποία δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με συριγγοτομή, γιατί θα οδηγούσε σε ακράτεια. Τα ποσοστά διαταραχών εγκράτειας είναι μηδενικά αλλά και τα ποσοστά υποτροπής αρκετά χαμηλότερα από τη χρήση κόλλας. Σημαντικό μειονέκτημα αποτελεί το υψηλό κόστος του υλικού. Μια συστηματική ανασκόπηση

Φιλοξενούσα ειδικότητα

ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΡΙΓΓΙΑ



της βιβλιογραφίας ανέδειξε εν μέσω αντικρουόμενων δεδομένων ποσοστά θεραπείας από 15,8% έως 72,7%, ποσοστό απόρριψης του υλικού 8,5% και ποσοστό διαταραχής εγκράτειας 6%.

LIFT (Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract)

Η απολίνωση του συριγγώδους πόρου στο διαμεσοσφιγκτηριακό χώρο είναι μια σχετικά νέα τεχνική που ανακοινώθηκε αρχικά το 2009 για τα σύνθετα συρίγγια. Κέρδισε σύντομα έδαφος λόγω της αποτελεσματικότητας της σε υψηλά διασφιγκτηριακά συρίγγια, όπου η ακεραιότητα του σφιγκτήρα είναι σημαντική για την αποφυγή ακράτειας. Σύμφωνα με μια μεγάλη ανασκοπική μελέτη 592 ασθενών, η τεχνική LIFT είχε μέσο ποσοστό επούλωσης 74,6% με μέσο χρόνο επούλωσης 5,5 εβδομάδες, υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών (72%-100%) και μηδενικά ποσοστά ακράτειας. Η μελέτη καταλήγει ότι λόγω της απλότητας της τεχνικής, ο χειρουργός πρέπει να προτιμά αυτήν την τεχνική όταν αντιμετωπίζει συρίγγιο διασφιγκτηριακό για πρώτη φορά στον ασθενή, παρά τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας της τεχνικής του κρημνού με την οποία συγκρίνεται σε αρκετές μελέτες. Σε αντίθετη περίπτωση όταν έχουν προηγηθεί άλλες επεμβάσεις και υπάρχουν ουλές, τότε να προτιμάται ο κρημνός. Χρήσιμο είναι επίσης να διερευνηθούν επαρκώς και μεικτές τεχνικές LIFT με χρήση βύσματος κολλαγόνου (BioLIFT) ή LIFT με μερική συριγγεκτομή για το όφελος τους.

VAAFT (Video Assisted Anal Fistula Treatment)

Η τεχνική της βίντεο-υποβοηθούμενης θεραπείας του συριγγίου ανακοινώθηκε το 2011 από τον Meinero ως ελάχιστα επεμβατική τεχνική διατήρησης του σφιγκτήρα με ανακοινωμένα ποσοστά επιτυχίας από 66,7 έως 87,5%. Η τεχνική περιλαμβάνει τη χρήση συριγγοσκοπίου ειδικής κατασκευής (Karl Storz GmbH, Tuttlingen, Germany) καθώς και ειδικά εργαλεία, ενδοσκοπικό ηλεκτρόδιο, ψήκτρα, και διαστολέα και χωρίζεται σε δύο στάδια: διαγνωστικό και θεραπευτικό. Στο πρώτο στάδιο γίνεται προσεκτική ενδοσκοπική του συριγγίου με έγχυση γλυκίνης-μαννιτόλης για ανεύρεση του έσω στομίου

καθώς και τυχόν διακλαδώσεων. Στο θεραπευτικό στάδιο πραγματοποιείται διαθερμοπηξία του επιθηλίου του συριγγίου, αφαίρεση και έκπλυση του νεκρωτικού υλικού και συρραφή του έσω στομίου με ή χωρίς κόλλα ινικής. Μειονέκτημα αποτελεί ο εξειδικευμένος εξοπλισμός που δεν διατίθεται παντού και η υψηλή καμπύλη εκμάθησης της τεχνικής.

FiLaC (Fistula Laser Closure)

Η νεότερη τεχνική με χρήση του διοδικού laser 1470nm και οπτικής ίνας ακτινωτής εκπομπής ανακοινώθηκε το 2011 από τον Wilhelm και συνιστάται στη διεκβολή της οπτικής ίνας από το έσω προς το έξω στόμιο και τη διάνοιξη του εξωτερικού στομίου του συριγγίου. Παράλληλα πραγματοποιείται σύγκλειση έσω στομίου με βλεννογονικό κρημνό. Η πιλοτική αυτή μελέτη 11 ασθενών έδειξε πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα με ποσοστά επιτυχίας 81,8%. Ωστόσο, σε μία μεταγενέστερη μελέτη του ίδιου κέντρου και με πενταετή πλέον εμπειρία, τα ποσοστά επιτυχίας ανήλθαν σε 64,1% στην πρώτη επέμβαση και 88% με επανεπέμβαση. Ενδιαφέρον είναι ότι στη μελέτη αυτή οι ασθενείς με συρίγγια λόγω νόσου Crohn είχαν λίγο υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας. Η απλότητα της τεχνικής σε συνδυασμό με την επαναληψιμότητα και η υψηλή ικανοποίηση των ασθενών, ενδεχομένως να την αναδείξει σε τεχνική αναφοράς στο μέλλον. Λείπουν βέβαια αποτελέσματα από πολυκεντρικές μελέτες. Μειονέκτημα της τεχνικής είναι το υψηλό κόστος του εξοπλισμού και της αναλώσιμης οπτικής ίνας. Αναγκαία επίσης θεωρείται η αντιμετώπιση του συριγγίου σε δύο στάδια, με την τοποθέτηση παροχετευτικού seton για 4-6 εβδομάδες πριν την FiLaC.

Παραεδρικά συρίγγια και νόσος του Crohn

Στη νόσο του Crohn τα συρίγγια συνήθως δεν ξεκινούν από τους πρωκτικούς αδένες αλλά από το βλεννογόνο του κατώτερου ορθού. Ως εκ τούτου τα συρίγγια αυτά συνήθως είναι περισσότερο μακρά και σύνθετα. Λόγω του αυξημένου κινδύνου για καρκίνο πρέπει πάντα στα συρίγγια ασθενών με νόσο Crohn να γίνονται βιοψίες. Περίπου 20% με 56% των ασθενών με νόσο Crohn θα



Φιλοξενούσα ειδικότητα

ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΡΙΓΓΙΑ

αναπτύξουν περινεϊκή νόσο. Προτεραιότητα στις καταστάσεις αυτές έχει η αντιμετώπιση της οξείας φάσης της φλεγμονής με παροχευετικά seton και παράλληλη χορήγηση αντιβίωσης και βιολογικών παραγόντων με αρκετά καλά ποσοστά επιτυχίας συνδυασμένης θεραπείας. Είναι καλό να αποφεύγονται μεγάλες επεμβάσεις με χρήση κρημνών και ξένων σωμάτων ενώ σε περιπτώσεις ανθεκτικής νόσου, λύση μπορεί να αποτελέσει η προσωρινή εκτροπή των κοπράνων με ειλεοστομία αγκύλης. Ενθαρρυντικά αποτελέσματα φαίνεται να έχει η τεχνική FiLaC στη νόσο Crohn ως ελάχιστα επεμβατική και επαναλήψιμη.

Συμπεράσματα

Εν κατακλείδι, η θεραπεία των ορθοπρωκτικών αποστημάτων πρέπει να γίνεται με άμεση διάνοιξη και παροχέτευση αυτών, χωρίς καθυστέρηση για χορήγηση συντηρητικής θεραπείας με αντιβιοτικά. Για τις δυσδιάγνωστες περιπτώσεις απαιτείται προεγχειρητικός απεικονιστικός έλεγχος. Τα ορθοπρωκτικά συρίγγια αντιμετωπίζονται οπωσδήποτε μετά την πλήρη υποχώρηση της οξείας φλεγμονής και ανάλογα με την κατηγορία τους. Για τα υποδόρια και χαμηλά διασφιγκτηριακά αρκεί η συριγγοτομή, ενώ για τα σύνθετα και υποτροπιάζοντα καλό είναι να επιλεγθεί μια τεχνική διατήρησης σφιγκτήρα μετά από προεγχειρητικό απεικονιστικό έλεγχο. Στη νόσο Crohn ή σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς συνιστάται η χρήση παροχευετικών seton παράλληλα με τη συστηματική θεραπεία.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

1. Cameron JL. Current surgical therapy. 9th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2008.271-7.
2. Whiteford MH. Perianal abscess/fistula disease. Clin Colon Rectal Surg. 2007;20(2):102-9.
3. Abcarian H. Anorectal infection: abscess-fistula. Clin Colon Rectal Surg. 2011;24(1):14-21.
4. Rizzo JA, Naig AL, Johnson EK. Anorectal abscess and fistula-in-ano: evidence-based management. Surg Clin North Am. 2010;90(1):45-68.
5. Hancock BD. ABC of colorectal diseases. Anal fissures and fistulas. BMJ. 1992;304(6831):904-7.
6. Sainio P. Fistula-in-ano in a defined population. Incidence and epidemiological aspects. Ann Chir Gynaecol. 1984;73(4):219-24.
7. Narang SK, Jones C, Alam NN, Daniels IR, Smart NJ. Delayed absorbable synthetic plug for the treatment of fistula-in-ano: a systematic review. Colorectal Dis. 2016;18(1):37-44.
8. Bleier JL, Moloo H, Goldberg SM. Ligation of the intersphincteric fistula tract: an effective new technique for complex fistulas. Dis Colon Rectum. 2010;53(1):43-6.
9. Vergara-Fernandez O, Espino-Urbina LA. Ligation of intersphincteric fistula tract: what is the evidence in a review? World J Gastroenterol. 2013;19(40):6805-13.
10. Tan KK, Alsuwaigh R, Tan AM, Tan IJ, Liu X, Koh DC, et al. To LIFT or to flap? Which surgery to perform following seton insertion for high anal fistula? Dis Colon Rectum. 2012;55(12):1273-7.
11. Jiang HH, Liu HL, Li Z, Xiao YH, Li AJ, Chang Y, et al. Video-Assisted Anal Fistula Treatment (VAAFT) for Complex Anal Fistula: A Preliminary Evaluation in China. Med Sci Monit. 2017;23:2065-71.
12. Wilhelm A, Fiebig A, Krawczak M. Five years of experience with the FiLaC laser for fistula-in-ano management: long-term follow-up from a single institution. Tech Coloproctol. 2017;21(4):269-76.



Έτος 2020. Ένα ακόμα έτος που θα μπορούσε με τις γραφικά καθιερωμένες και επαναλαμβανόμενες τελετουργίες του να αποτελεί ένα ελάχιστο συστατικό, κατά πάσα πιθανότητα παντελώς αδιάφορο, στο σύνολο των 13,7 δισεκατομμυρίων ετών της ύπαρξης της ύλης. Ένα πολύχρωμο, άλλοτε πανέμορφο και άλλοτε πύρινο καζάνι με αρώματα, μοτίβα και υφές κάθε λογής, που δεν αφήνουν κανέναν παραπονεμένο. Μια σχετικά προδιαγεγραμμένη και ομαλή ροή ενός πλανήτη που ονομάζεται Γη.

Η διαταραγμένη από καιρό ισορροπία των έμβιων όντων που τον κατοικούν και η ακατανόητη ως αδερφίστικη στάση του ανθρώπου απέναντι στο περιβάλλον που τον περικλείει και τον διατηρεί ζωντανό θα μπορούσε ίσως φέτος να συνεχιστεί με κάνα δυο τιτίβίσματα μεταξύ ενός καθολικά διαταραγμένου όντος, που για κάποιο περίεργο λόγο αντιπροσωπεύει χαρακτηριστικά τον μέσο πολίτη που τον ψήφισε, και μιας εμμονικής νεαρής που ευτυχώς για όλους μας επέλεξε ένα τόσο σημαντικό θέμα για να χαρίσει στον εαυτό της τη δημοσιότητα που πολλοί συνομήλικοί της θα ζήλευαν. Μια ακόμα κανονικότητα. Οι ελάχιστες φωνές λογικής και οι κουρασμένοι ίσως ρεαλιστές, ουτοπιστές και ερωτευμένοι αυτού του κόσμου θα συνέχιζαν πιθανότατα ανενόχλητοι την απελπισία τους και την προσπάθεια τους να αυτοπροστατευτούν από την παράνοια που τους περιβάλλει.

Όλα σε μια σχετικά γνωστή ισορροπία.

Μα οι ισορροπίες υπάρχουν για να διαταράσσονται, όπως οι και αξίες για να αναθεωρούνται. Και μια τόσο εύθραυστη ισορροπία απαιτεί ίσως ελάχιστα νανόμετρα λίγων αλυσίδων RNA για να οδηγήσει σε μια παγκόσμια κρίση. Τα επιστημονικά δεδομένα είναι γνωστά. Τα οικονομικά και πολιτικά ίσως προβλέψιμα. Οι συνέπειες σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο ακόμα υπό διαμόρφωση.

Λέξεις όπως εγκλεισμός, παρακολούθηση, έλεγχος, τιμωρία απέκτησαν πλέον μια κανονικότητα καθιστώντας τον George Orwell ως έναν από τους σοφούς στοχαστές αυτού του κόσμου. Λέξεις που με ελάχιστες αφορμές

πλέον γίνονται όχι μόνο αποδεκτές αλλά και άκριτα επιθυμητές από μεγάλη μερίδα του πληθυσμού υπό το φόβο μιας αόρατης και άγνωστης απειλής. Ένα εξαιρετικά καλλιεργήσιμο χωράφι, κεντρικό και με θέα τη θάλασσα σε μια τουριστική περιοχή με ιδιαίτερα αυξημένη ζήτηση.

Λέξεις όπως ασθένεια και θάνατος επαναλαμβάνονται σε όλα τα επίπεδα. Ίσως ο μόνος που σε τέτοιες περιπτώσεις δεν κοιτάει το υπόλοιπο ενός λογαριασμού, την κοινωνική θέση, το χρώμα του δέρματος, την οικογενειακή κατάσταση και δυστυχώς κάποιες φορές ούτε και την ηλικία. Για τους ανθρώπους που ζουν και εργάζονται στο χώρο της υγείας είναι μια παραλλαγή της έως τώρα καθημερινότητας. Για όλους τους υπόλοιπους όμως είναι ένας καινούριος κόσμος. Μια από τις λίγες φορές που το υπαρξιακό ζήτημα μεταφέρεται πλέον από το ατομικό στο κοινωνικό επίπεδο και αφορά την επιβίωση της ανθρωπότητας και όχι μόνο του ατόμου. Το χρηματοοικονομικό αυτό οικοδόμημα που φάνταζε τόσο σταθερό θα μπορούσε τελικά να έχει σαθρά θεμέλια. Η ευτυχία του ανθρώπου της οικονομικής ευμάρειας αποτελεί στη βάση της ύπαρξης μια ακόμα κοντόφθαλμη και εγωκεντρική ανοησία. Μια τεράστια ευκαιρία ώστε ο άνθρωπος να αντιληφθεί πραγματικά τη θέση του στο σύμπαν, το συσχετισμό του με τη φύση και την αλληλεξάρτηση του με τα όντα που τον περιβάλλουν. Να αντιληφθεί κοινώς την πραγματικά ανθρώπινη φύση του, απαλλαγμένη από τους παραμορφωτικούς φακούς παντοδυναμίας που ο ίδιος τοποθέτησε. Να γίνει επιτέλους σοφός.

Λέξεις, όμως, όπως απόσταση, αποφυγή, απομόνωση κυριαρχούν παντού, θολώνοντας και μπλεδεύοντας το τοπίο δημιουργώντας παράλληλα συνθήκες που καθιστούν την ιδεολογική αλλαγή του ανθρώπου σχετικά αδύνατη. Και αυτό είναι το σημείο το οποίο οι άνθρωποι θα πρέπει συνειδητά να κερδίσουν για να έχουν ελπίδες κοιτάζοντας το μέλλον. Αν ο αυτοματισμός και η άκριτη πειθαρχία επικρατήσουν και διατηρηθούν ως συνήθεια, η εικόνα ανθρώπων που θα κρύβουν τα χαρακτηριστικά τους, θα τρομάζουν από την ανθρώπινη επαφή, θα



Ελεύθερο Θέμα

περπατούν πανικόβλητοι αποφεύγοντας τους πάντες και σε ακραίες περιπτώσεις θα αλληλοσπαράζονται σαν αρχέγονοι ανθρωποφάγοι, κινδυνεύουν να εμφανιστούν και να γίνουν το τέρας που τελικά θα συνηθίσουμε. Και αν αυτό φαντάζει σενάριο επιστημονικής φαντασίας αρκεί να υπολογίζουμε τα υλικά προστασίας των υγειονομικών που κλάπηκαν από όλες τις δομές υγείας για την προστασία των ανθρώπων που χρειάζονταν τη λιγότερη προστασία, αφήνοντας τους ανθρώπους της πρώτης γραμμής να πολεμούν χωρίς ασπίδα γνωρίζοντας ότι θα δεχτούν αναπόφευκτα το χτύπημα, που υπό προϋποθέσεις θα μπορούσε να αποδειχθεί ακόμα και μοιραίο. Ας μην ξεχνάμε ότι τα ανθρώπινα ένστικτα όταν στερούνται λογικής μπορεί να γίνουν απρόβλεπτα και τρομακτικά.

Η καθημερινότητα μας έχει αναπόφευκτα αλλάξει. Στο χέρι μας είναι, όμως, μετά το πέρας αυτής της κατάστασης να μην την αφήσουμε στην τύχη της και να μπορέσουμε ως άνθρωποι να διδαχθούμε και να τη βελτιώσουμε σε ατομικό, κοινωνικό, πολιτικό, ιδεολογικό επίπεδο. Ας γίνουμε λίγο πιο φιλοσοφημένοι. Εκεί έχουμε να δώσουμε μια ακόμα γερή μάχη. Κανείς δεν αμφιβάλλει ότι η αντιμετώπιση αυτής της κρίσης έσωσε ίσως αρκετές χιλιάδες κόσμου. Κανείς όμως δεν πρέπει και να αμφιβάλλει ότι αυτό το βούτυρο στο ψωμί των αχόρταγων αυτού του κόσμου δεν θα λείπει κάθε φορά που το δικό τους στομάχι θα διαμαρτύρεται. Μια διαρκής κατάσταση εκτάκτου ανάγκης, σε όλα τα επίπεδα.



Αγγελίες

Πωλείται

Πωλείται γαστρεντερολογικός ενδοσκοπικός εξοπλισμός FUJINON (Video-γαστροσκόπιο G-5 series slim type με εξωτερική διάμετρο 9,4mm / Video-κολονοσκόπιο G-5 series με κανάλι εργασίας 3,8mm και εξωτερική διάμετρο 12,8mm / Επεξεργαστής εικόνας με ενσωματωμένη πηγή φωτισμού / Φιάλη νερού πλαστική με πώμα / Test στεγανότητας / Monitor TFT 19 inch / Τροχήλατο για τοποθέτηση του συστήματος / Φορητή αναρρόφηση 1lt ισχύος 18lt/min / Σύστημα ICON-pro / Έγχρωμος εκτυπωτής OKI C3400N).

Τηλ. Επικοινωνίας: 6932091332

Δευτέρα-Παρασκευή: 17.00-19.00μμ

Το εξώφυλλο από μέσα



Αλλοίωση

Το είπανε ηχηρά και ξεκάθαρα, περίπου επιστημονικά, «τίποτα πιά δεν θα είναι το ίδιο».

Στην δικιά μου αντίληψη (συναισθηματική και διανοητική) αυτό που ξεηρόβαλε είχε την μορφή της αλλοίωσης.

Κάτι που αλλάζει ανεπίστρεπτα και συνήθως προς το χειρότερο.

Μίλτος Σκούρας

Pariet[®]
rabeprazole

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: PARIET 20 mg γαστροανθεκτικό δισκίο. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** 20 mg νατρίουχου ραβεπραζόλης που αντιστοιχούν σε 18,85 mg ραβεπραζόλης. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Γαστροανθεκτικό δισκίο. Κίτρινο, επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο, αμφίκυρτο δισκίο, που έχει στη μία πλευρά εκτυπωμένη την ένδειξη «E243». **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Janssen-Cilag Φαρμακευτική ΑΕΒΕ, Λ. Ειρήνης 56, 151 21 Πεύκη, Αθήνα **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** 32473/08.04.2014 **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 25 Απριλίου 2018 **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:** Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ

Περιεκτικότητα	Μέγεθος συσκευασίας	Λιανική Τιμή	Νοσοκομειακή Τιμή
20 mg / TAB	BT x 14	5,33 €	3,37 €
20 mg / TAB	BT x 28	9,69 €	6,11 €

Πριν τη συνταγογράφηση παρακαλούμε συμβουλευθείτε την Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος PARIET[®]

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANY
BY JANSSEN-CILAG

Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας
JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.
Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000
www.janssen.com.gr

CP131922

Βεβαιώστε να είναι το φάρμακο που αγοράζετε
Αποφύγετε
ΘΑΞΕ το αποσπώμενο ετικετόκι για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπεριλαμβανομένης της «ΚΙΤΡΙΝΗΣ ΚΑΡΤΑΣ»



Προώθηση και Διανομή από της:

BIANEX A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIANEX A.E. - Έδρα : οδός Τατοΐου, 18^ο χλμ. Ε.Ο. Αθηνών – Λαμίας
146 71 Ν. Ερυθραία Αττικής Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία
Τηλ. : 210 8009111 • Fax: 210 8071573
E-mail: mailbox@vianex.gr • WEBSITE: www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113, 562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης
Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000