



σκοπήσεις

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο
ΚΕΜΠ Αθηνών
Αριθμός Άδειας
1



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

53

Σύμβολα



Webinar για την καταστολή στις ενδοσκοπήσεις
Διάγνωση και αντιμετώπιση ηλκυθίτιδας
Ενδοσκοπική υποβλεννογονίας διατομή (ESD)
Ο Ιατρός Γρηγόρης Λαμπράκης

Pariet[®]
rabeprazole

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: PARIET 20 mg γαστροανθεκτικό δισκίο. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** 20 mg νατριούχου 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 COMPANIES
OF 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 γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
όλα τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



Προώθηση και Διανομή από τη:

BIANEE A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIANEE 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: Ακαδήμους 113, 562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης
Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

Περιεχόμενα



ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	5
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	7
ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΔΣ ΤΗΣ ΕΠΕΓΕ	
WEBINAR ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ	
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ	
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	10
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΘΟΛΟΓΟ, ΛΟΙΜΩΣΙΟΛΟΓΟ ΓΙΑΝΝΗ ΜΠΑΡΑΜΠΟΥΤΗ	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	18
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΟΣ ΔΙΑΤΟΜΗ	
(ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION-ESD). ΑΝΑΓΚΗ Η ΜΟΔΑ;	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	25
ΛΗΚΥΘΙΔΑ (ROUCHITIS): ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Ο ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ;	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	32
ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΛΥΠΟΔΩΝ	
ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΑ ΝΕΥΡΩΝΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ	
HOW TO DO IT	33
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑΣ (PEG)	
ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	37
ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ	
ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ	
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	39
Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
ΤΟΥ ΤΖΑΝΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΕΞΑΡΣΗΣ	
ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΤΟΥ ΚΟΡΩΝΟΪΟΥ	
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	41
ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ	
ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	48
ΤΟ ΡΗΞΙΚΕΛΕΥΘΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ	
ΓΡΗΓΟΡΗ ΛΑΜΠΡΑΚΗ (1912-1963)	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	53
Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ	

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.



5th
AISDD
ATHENS
INTERNATIONAL
SYMPOSIUM
2021

**An Interdisciplinary Update in Digestive Diseases
& Gastrointestinal Cancer Prevention**

**Abstracts • Lectures • Live Procedures
• Hands-on Courses**

**9 & 10
JULY
2021**

ATHENS - GREECE

**Megaron Athens
International
Conference Center**

#AISDD2021 | www.aisdd.com

AISDD 2020 has been accredited by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME®) for a maximum of **16** European CME credits (ECMEC®s)



ORGANIZER:

ASIAN INSTITUTE OF GASTROENTEROLOGY

ENDORSEMENTS:



SCIENTIFIC PARTNERS:



Organizing - Administrative Bureau / Secretariat:



Conferre S.A: "The Art of Bringing People Together", Stavrou Niarchou Avenue, GR 455 00 Ioannina, Greece,
Tel.:(+30) 26510 68610, Fax:(+30) 26510 68611, E-mail: info@conferre.gr, website: <http://www.conferre.gr>

Άρθρο Σύνταξης



Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η τρέχουσα συνάντησή μας, που λαμβάνει χώρα με αφορμή την έκδοση του νέου τεύχους των «ενδοσκοπήσεων», χαροποιεί ιδιαίτερα όλους εμάς, που συμμετέχουμε στην υλοποίηση της φιλόδοξης προσπάθειας να ενδυναμώσουμε το περιοδικό. Διότι, κατά την πεποίθησή μας, οι «ενδοσκοπήσεις» είναι η ζωντανή ευκαιρία για ένα γόνιμο διάλογο μεταξύ των μελών της Ελληνικής γαστρεντερολογικής κοινότητας. Σταθερή επιδίωξή μας είναι να εδραιώσει το περιοδικό την επιστημονική του ταυτότητα, η οποία θα αντικατοπτρίζει τη συλλογικότητα του σώματος των γαστρεντερολόγων. Μία υγιή συλλογικότητα, θεμελιώδης αρχή της οποίας είναι η συνεργασία των γαστρεντερολόγων. Μία συλλογικότητα, η οποία θα οφείλει την ισχύ της στις υπεύθυνες ατομικότητες, στην ιδιαίτερη συνεισφορά και στο ξεχωριστό στίγμα του καθενός και της καθεμίας και στην αταλάντευτη διάθεσή μας να μοιραζόμαστε μεταξύ μας αφειδώλευτα την εμπειρία, τη χρηστική γνώση και τις επιμέρους δεξιότητες.

Προς επίρρωση της αξίας και της αποτελεσματικότητας της συλλογικότητας, ήλθε η ψήφιση από την παρούσα Βουλή του νόμου, ο οποίος κατοχυρώνει νομικά στους γαστρεντερολόγους το επαγγελματικό τους δικαίωμα στην καταστολή (αγχόλυση και αναλγησία) κατά την ενδοσκόπηση (Νόμος 4715/2020, ΦΕΚ 149/Α/1-8-2020, Άρθρο 31). Αν και μερικές πτυχές της εφαρμογής του νόμου απομένουν να διασαφηνισθούν στην πράξη, η νομική κάλυψη του Έλληνα γαστρεντερολόγου κατά τη χορήγηση καταστολής στην ενδοσκόπηση είναι μία σπουδαία κατάκτηση, απόρροια συλλογικού αγώνα δεκαετιών. Επιπλέον, είναι ιδιαίτερα τιμητικό το γεγονός, πως το επίτευγμα αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη συντονισμένη δράση του μέλους της ΕΠΕΓΕ, γαστρεντερολόγου κ. Σπύρου Γούλα, τον οποίο θέλω να ευχαριστήσω από τη θέση αυτή. Συναφής με την εξέλιξη αυτή είναι η διοργάνωση από την ΕΠΕΓΕ ενός διαδικτυακού σεμιναρίου (webinar) τον προσεχή Οκτώβριο, με αντικείμενο την καταστολή στην ενδοσκόπηση. Όπως θα διαπιστώσετε και στη σχετική στήλη, στο webinar θα μιλήσουν γαστρεντερολόγοι, αναισθησιολόγοι καθώς και η Εισαγγελέας Εφετών κ. Μαρία Πολιτάκη, η δε επίκαιρη θεματολογία του θα αφορά στις ιατρικές και τις νομικές προεκτάσεις της καταστολής στην ενδοσκόπηση.

Κατά την παρούσα συγκυρία, η πορεία της πανδημίας με το νέο κορωνοϊό βρίσκεται σε κρίσιμη καμπή. Η πατρίδα μας έρχεται αντιμέτωπη με το δεύτερο κύμα έξαρσης της λοίμωξης. Μετά την επιτυχή έκβαση της αρχικής μάχης με τον ιό στη χώρα μας, η αναπόφευκτη επάνοδος στην ελευθερία μετακινήσεων, το άνοιγμα του τουρισμού, αλλά και μία σειρά από ετερόκλητους παράγοντες (όπως η πανσπερμία αστήρικτων «απόψεων», η επικίνδυνη υιοθεσία συνωμοσιολογικών θεωριών, η δημόσια εκφορά ανεύθυνης «γνώμης» από πρόσωπα στερούμενα παντελώς οποιασδήποτε γνώσης, η παραπληροφόρηση μέσω των μέσων ενημέρωσης και του διαδικτύου και η άκομψη παρέμβαση μερικών θρησκευτικών ταγών) προκάλεσαν σύγχυση στους πολίτες και οδήγησαν σε συμπεριφορές, που ευνόησαν τη διασπορά του ιού, γεγονός που συνέβαλε στην ανάδυση του νέου κύματος της πανδημίας εν μέσω θέρους. Το παρόν τεύχος του περιοδικού, καλύπτοντας την ανάγκη επίκαιρης, υπεύθυνης και τεκμηριωμένης ιατρικής ενημέρωσης, φιλοξενεί την εξαιρετικά ενδιαφέρουσα συνέντευξη του διακεκριμένου λοιμωξιολόγου κ. Γιάννη Μπαραμπούτη, ο οποίος μοιράζεται γενναιόδωρα μαζί μας την πολύτιμη εμπειρία του, μας παραθέτει χρήσιμα ψήγματα της κατοχυρωμένης γνώσης σχετικά με τον κορωνοϊό και μας μεταφέρει αρκετά αισιόδοξα μηνύματα για την πορεία και την αντιμετώπιση της πανδημίας.

Τα επιδημιολογικά δεδομένα της λοίμωξης με το νέο κορωνοϊό που θα προκύψουν κατά την δυσχερή - όπως προδιαγράφεται - ακαδημαϊκή περίοδο, που μόλις ξεκίνησε, εξαρτώνται καθοριστικά από την υπεύθυνη στάση



Άρθρο Σύνταξης

όλων μας: 1. από τους *πολίτες*, οι οποίοι πρέπει να ενημερώνονται αποκλειστικά από τους ειδικούς ιατρούς και να τηρούν να μέτρα της Πολιτείας χωρίς γογγυσμό, περιφρονώντας τις σειρήνες της παραπληροφόρησης, 2. από την *Πολιτεία*, η οποία έχει ιστορική υποχρέωση να παραβλέψει το όποιο «πολιτικό κόστος» και να συμμορφωθεί απόλυτα με τις υποδείξεις των Ελλήνων λοιμωξιολόγων, νομοθετώντας αλλά και περιφρουρώντας τα υποδεικνυόμενα μέτρα, αλλά και 3. από εμάς τους ίδιους, την *Ελληνική ιατρική κοινότητα*, η οποία οφείλει αταλάντευτα να συνεχίσει να στέκεται στο ύψος των περιστάσεων με την άοκνη προσφορά της και με την ενημέρωση του κοινού με ψυχραιμία και πειθώ. Η γαστρεντερολογική κοινότητα απέδειξε πως έχει τη δυνατότητα να συμβάλλει στην επιτυχή αντιμετώπιση της πανδημίας, όπως καταδεικνύει και η εμπειρία της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του Τζανείου Νοσοκομείου κατά την περίοδο του πρώτου κύματος της πανδημίας, την οποία μπορείτε να πληροφορηθείτε μέσα από τις οικείες σελίδες.

Το τεύχος που κρατάτε στα χέρια σας εγκαινιάζει μία νέα στήλη, όπως εξάλλου είχε προαναγγελθεί, την ιστορική στήλη. Η τιμητική αναφορά σε εξέχοντες και πρωτοπόρους Έλληνες Ιατρούς του παρελθόντος, με προσφορά τόσο στην ιατρική επιστήμη όσο και στην κοινωνία, είναι καθήκον των ιατρών των επόμενων γενεών. Διότι η πολιτεία τους μας διδάσκει, μας εμπνέει και μας δίνει το έναυσμα να βελτιωνόμαστε διαρκώς. Το χρέος σκιαγράφησης τέτοιων σπουδαίων ιατρικών προσωπικοτήτων καθίσταται περισσότερο αδήριτο, όταν η πλειοψηφία των μελών της ιατρικής κοινότητας αγνοεί ακόμα και την ιατρική τους υπόσταση, όπως συμβαίνει με τον ιατρό Γρηγόρη Λαμπράκη · η πολιτική του ιδιότητα καταδίκασε στην αφάνεια, τόσο την πρωτοπόρα ιατρική και ερευνητική του δραστηριότητα, όσο και την προσφορά του στη θεμελίωση της ιατρικής στη σύγχρονη Ελλάδα. Τούτων δοθέντων, επιλέχθηκε συμβολικά να ξεκινήσει η ιστορική στήλη με μία βαθυστόχαστη μελέτη δύο εκλεκτών Ιστορικών της Ιατρικής, των ιατρών κ. Λάζαρου Βλαδίμηρου και κ. Αριστείδη Διαμαντή, στο ιατρικό έργο του Λαμπράκη και να αποτυπωθεί αυτός ο συμβολισμός στο εξώφυλλο του παρόντος τεύχους.

Οι υπόλοιπες στήλες του περιοδικού ακολουθούν με συνέπεια την ανανεωτική πορεία που χαράχθηκε στο προηγούμενο τεύχος. Η ανανέωση αυτή συμβολίζει και τη διαρκή εξέλιξη της γαστρεντερολογίας · η ενδοσκοπηση γίνεται όλο και περισσότερο επεμβατική και η γαστρεντερολογία ανήκει πια στις ειδικότητες που χαρακτηρίζονται *near-surgical*. Ως εκ τούτου, **μόνο τυχαία δεν είναι η προσήλωση του περιεχομένου των κύριων άρθρων του παρόντος τεύχους**, είτε σε ενδοσκοπικές επεμβάσεις (στην ενδοσκοπική υποβλεννογόνιο διατομή και τη διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία), είτε σε μετεγχειρητικές καταστάσεις (στις χειρουργικές αναστομώσεις του πεπτικού σωλήνα, η ορολογία των οποίων αποσαφηνίζεται στη στήλη της φιλοξενούμενης ειδικότητας και στη μετεγχειρητική ληκυθίτιδα, η οποία προσεγγίζεται με πρακτικό και εύληπτο τρόπο). Τέλος, ο επεμβατικός χαρακτήρας της ειδικότητάς μας καθιστά την αναγκαιότητα για ασφαλιστική κάλυψη των γαστρεντερολόγων απόλυτα επιτακτική, όπως αναλύεται διεξοδικά στο αντίστοιχο άρθρο.

Ως επίλογο της επαφής μας, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς όλους τους συντελεστές του παρόντος τεύχους, οι οποίοι ανέλαβαν να συνδράμουν οικειοθελώς στη συγγραφή ουσιαστικών άρθρων και κατάφεραν να εκπληρώσουν την υποχρέωσή τους με ζηλευτή συνέπεια εν μέσω θερμής ραστώνης και πολλαπλών υποχρεώσεων. Επίσης να ευχηθώ ο επικείμενος χειμώνας να διαδράμει με τις λιγότερες δυνατές απώλειες και να είναι αποδοτικός και δημιουργικός για όλους και όλες σας.

Νικόλαος Γ. Μαργέτης

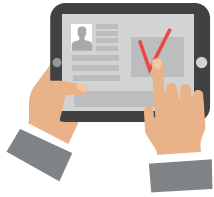


Τα Νέα του ΔΣ της ΕΠΕΓΕ

Αυτή την περίοδο ζούμε μια πρωτόγνωρη κατάσταση, λόγω της πανδημίας που οφείλεται στον κορωνοϊό. Την ώρα που ο πλανήτης ανακάμπτει από το πρώτο καταστροφικό κύμα της πανδημίας, και χωρίς ακόμα να έχει στη διάθεση του αποτελεσματικό φάρμακο και εμβόλιο, ένα δεύτερο κύμα βρίσκεται προ των πυλών. Εστίες αναζωπύρωσης παρατηρούνται σε διάφορες χώρες της Ευρώπης και της Ασίας. Η χρήση απλής χειρουργικής μάσκας και η υγιεινή των χεριών αποτελούν τα σημαντικότερα μέτρα πρόληψης διασποράς έναντι του κορωνοϊού. Κάθε φορά που τα εφαρμόζουμε, προστατεύουμε τον εαυτό μας και τους γύρω μας από την μετάδοση του ιού και περιορίζουμε τον αριθμό των συνανθρώπων μας που θα νοσήσουν. Μένουμε ασφαλείς!

Λόγω της έκτακτης κατάστασης που επικρατεί, το διοικητικό συμβούλιο της ΕΠΕΓΕ, με τη σύμφωνη γνώμη του προέδρου της διημερίδας κ. Ι. Παπανικολάου, αποφάσισε να αναβάλει την 18η Πανελλήνια Επιστημονική Εκδήλωση «Πλάνες και λάθη στη Γαστρεντερολογία», που είχε προγραμματιστεί για τις 24-25 Οκτωβρίου 2020. Η διημερίδα θα μετατεθεί για το φθινόπωρο του 2021. Σύντομα θα μάθετε την νέα ημερομηνία διεξαγωγής. Επιπλέον, αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί Webinar τον Οκτώβριο του 2020 σχετικό με την καταστολή στην ενδοσκόπηση.

Ανανεωμένο πλέον είναι και το site της ΕΠΕΓΕ. Μπορείτε στο site να βρείτε τα τεύχη του περιοδικού «Ενδοσκοπήσεις», ενημερωτικό υλικό για τον κορωνοϊό, κατευθυντήριες οδηγίες και πληροφορίες για επίκαιρα θέματα. Το νέο Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΠΕΓΕ αναγνωρίζει τη σημαντικότητα της επικοινωνίας μέσω της ιστοσελίδας. Το διαδίκτυο αποτελεί τον πλέον σύγχρονο τρόπο ενημέρωσης και διακίνησης ιδεών. Προς την ίδια κατεύθυνση κινείται και η απόφαση του Δ.Σ. να δημιουργήσει σελίδα της ΕΠΕΓΕ στο Facebook, όπου θα είναι πιο εύκολη η επικοινωνία, η ανταλλαγή ιδεών και η ενεργητική παρουσία.



Νέα & Επίκαιρα

Webinar της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδας Σάββατο 24 Οκτωβρίου 2020

Η καταστολή αποτελεί «κομβικό σημείο» για την αποτελεσματική και ασφαλή ενδοσκόπηση του πεπτικού. Η ασφάλεια του ασθενούς και η ορθή πρακτική των γαστρεντερολόγων αποτελούν το ζητούμενο. Η ΕΠΕΓΕ, πρωτοπόρος σε θέματα καταστολής, διοργανώνει webinar στο οποίο θα συζητηθούν όλα τα σύγχρονα δεδομένα. Πότε ο γαστρεντερολόγος ενδοσκοπεί με ασφάλεια χωρίς την παρουσία αναισθησιολόγου; πότε είναι απαραίτητος ο αναισθησιολόγος; ποιές είναι οι ενδεχόμενες νομικές εμπλοκές; Αυτό και άλλα πρακτικά θέματα που αφορούν την καταστολή αποτελούν τα κύρια θέματα του webinar.

Ελπίζουμε στην ενεργό συμμετοχή σας.

Ο Πρόεδρος της Ο.Ε.

Γρ. Πασπάτης



ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

1. Αξιολόγηση ασθενούς προς ενδοσκόπηση

Ειρήνη Χαινάκη, Αναισθησιολόγος

- Παρουσίαση ASA score. Ποιός είναι ο δύσκολος ασθενής;
- Ποιόν ασθενή ενδοσκοπούμε με ασφάλεια (ιατρική και νομική) στο ιδιωτικό ιατρείο;
- Ποιόν ασθενή ενδοσκοπούμε με ασφάλεια στο νοσοκομείο;
- Πότε ενδοσκοπούμε πάντα παρουσία αναισθησιολόγου. Η παρουσία αναισθησιολόγου απαλλάσσει τον ενδοσκόπο πλήρως από την ιατρική ευθύνη;

2. Αναγκαία αναισθησιολογική υποδομή ενδοσκόπηση με καταστολή.

Πιστοποίηση ιατρού και νοσηλεύτη

Μαρία Μανωλαράκη, Αναισθησιολόγος

- Ποιά είναι η επιβεβλημένη υποδομή; Είναι απαραίτητος ο απινιδωτής;
- Είναι απαραίτητος ο καπνογράφος; Καταγραφή ΑΠ-ΗΚΓ; Ελάχιστοι παράμετροι καταγραφόμενοι στο monitor.
- Ποιά πρέπει κατά τη γνώμη σας να είναι η καλύτερη πιστοποίηση-επάρκεια του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού; Χρειάζεται η νοσηλεύτρια να έχει επάρκεια με την καταστολή ή η εμπειρία αρκεί;

Νέα & Επίκαιρα



3. Ανασκόπηση των υπαρχόντων οδηγιών, κύρια ASGE, ESGE, BSG

Ιωάννης Στασινός, Γαστρεντερολόγος

- Πότε είναι αναγκαία η παρουσία αναισθησιολόγου και πότε η διασωλήνωση;

4. Το μέλλον της καταστολής στην Ενδοσκόπηση του πεπτικού συστήματος

Αντώνιος Κογεβίνας, Γαστρεντερολόγος

- Ποιά είναι σήμερα η κρατούσα κατάσταση στα ιδιωτικά ιατρεία και τα νοσοκομεία.
- Το μεγάλο ζητούμενο κολονοσκόπηση χωρίς καταστολή! Είναι εφικτή;
- Παρουσία αναισθησιολόγου. Αύξηση του κόστους. Μειωμένος αριθμός αναισθησιολόγων στη χώρα.
- Ασφαλιστικά συμβόλαια. Τι δεν καλύπτουν;

5. Νομικά scenarios

Μαρία Πολιτάκη, Εισαγγελέας Εφετών

- Ασθενής ASA II υποβάλλεται σε ERCP σε ιδιωτική κλινική χωρίς την παρουσία αναισθησιολόγου και πεθαίνει από καρδιοαναπνευστική επιπλοκή. Τα

προβλεπόμενα εκ του νόμου μηχανήματα και συσκευές υπήρχαν στο χώρο που διενεργήθηκε η επέμβαση. Αλλάζει η νομική σκέψη αν ο ασθενής ήταν ASA III?

- Ασθενής ASA III υποβάλλεται σε γαστροσκόπηση σε ιδιωτικό ιατρείο με ορθή ένδειξη. Το ιατρείο πληροί όλες τις συνθήκες ιατρικής ασφάλειας. Κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης παρουσιάζεται επεισόδιο που αποδεικνύεται εγκεφαλική αιμορραγία και αφήνει μόνιμη αναπηρία στον ασθενή.
- Ασθενής με σπητική χολαγγειίτιδα νοσηλεύεται σε παθολογική κλινική. Ζητείται από τον εφημερεύοντα γαστρεντερολόγο το βράδυ επείγουσα ERCP. Ο γαστρεντερολόγος εξετάζει τον ασθενή και συμφωνεί, αλλά αδυνατεί να εκτελέσει την παρέμβαση λόγω μη ύπαρξης αναισθησιολόγου και ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού και αποφασίζει να εκτελέσει την επέμβαση την επομένη το πρωί. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται με αντιβιοτική και υποστηρικτική αγωγή. Ο ασθενής καταλήγει στις 4πμ. Υποβάλλεται μήνυση για πλημμελή αντιμετώπιση.



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Σπύρος Γούλας, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Αυτή τη φορά η επιλογή του προσώπου ήταν σε ευθεία συνάρτηση με την τρέχουσα κοινωνική πραγματικότητα. Ένας νέος ιός που ανήκει στην γνωστή ομάδα των κορωνοϊών και προκαλεί νόσο ποικίλης βαρύτητας στον άνθρωπο εμφανίστηκε αρχικά στην Κίνα για να μεταφερθεί σε όλο τον κόσμο, να εξελιχθεί ταχύτατα σε πανδημία και να αποτελεί άγνωστο μέχρι τότε το νούμερο ένα πρόβλημα Δημόσιας Υγείας με τεράστιο ανθρώπινο, κοινωνικό και οικονομικό κόστος. Κοινωνική αποστασιοποίηση, ατομικά μέτρα προστασίας, περιορισμοί στην κυκλοφορία των ανθρώπων, επιτροπές εμπειρογνομόνων, ευρείες προσπάθειες για ανεύρεση φαρμάκου και εμβολίου, είναι κομμάτια ενός πάζλ που αναδείχθηκαν ταχύτατα με βασικό σκοπό την αντιμετώπιση της επέλασης του αόρατου αδυσώπητου εχθρού. Στη χώρα μας, η καθιερωμένη ενημέρωση στις 6 το απόγευμα στο Υπουργείο Υγείας, τα τηλεοπτικά παράθυρα με του ειδικούς λοιμωξιολόγους, πνευμονολόγους, εντατικολόγους, επιδημιολόγους και οι συχνά επώδυνες και τραγικές εικόνες από γειτονικές χώρες εισέβαλλαν βίαια στην καθημερινότητα όλων μας. Αρχίσαμε να μαθαίνουμε για το νέο ιό, τον τρόπο μετάδοσης, τα προβλήματα υγείας που προκαλεί, τα αναγκαία προστατευτικά μέτρα και να αναζητούμε μέσω της προηγμένης ιατρικής έρευνας όπλα για την καταπολέμησή του. Τι λοιπόν πιο φυσικό επόμενο η πρόσκληση σε αυτή τη συγκυρία ενός ειδικού λοιμωξιολόγου; Ενός ειδικού επιστήμονα με γνώσεις και εμπειρία για να φωτίσει τη νέα πραγματικότητα και τις προοπτικές. Τον βρήκαμε εύκολα στο πρόσωπο του συναδέλφου Γιάννη Μπαρμπούτη.



Ο Γιάννης Μπαρμπούτης είναι Παθολόγος, Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής της Παθολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παμμακάριστος από τον 12/2019. Εκ-

παιδεύτηκε στην Παθολογία στο Ναυτικό Νοσοκομείο για 15 μήνες και στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ιλινόις, Σικάγο, ΗΠΑ για 3 χρόνια. Στη συνέχεια έκανε εξειδίκευση στη Λοιμωξιολογία και την HIV λοίμωξη στο ίδιο Νοσοκομείο. Πέρασε με επιτυχία τις εξετάσεις της ειδικότητας Παθολογίας και της εξειδίκευσης στη Λοιμωξιολογία σε ΗΠΑ και Ελλάδα. Το 2019 επικαιροποίησε την ειδικότητα της Εσωτερικής Παθολογίας στις ΗΠΑ (American Board of Internal Medicine).

Στην Ελλάδα άσκησε ιδιωτικά την Παθολογία από το 2004-2011 και ήταν συγχρόνως έμμισθος μέσω ΚΕΕΛΠΝΟ Επιστημονικός Συνεργάτης της Ε΄ Παθολογικής Κλινικής και Μονάδας Λοιμώξεων του Ευαγγελισμού με καθήκοντα Επιμελητή και Διευθυντή τον καθηγητή Α. Σκουτέλη. Την περίοδο των Ολυμπιακών Αγώνων του

2004 εργάστηκε ως Λοιμωξιολόγος και είχε την κάλυψη και την επιδημιολογική ευθύνη της πολυκλινικής του Ολυμπιακού Χωριού.

Στη συνέχεια και επί οκτώ έτη (8/11 – 12/19) εργάστηκε σε Νοσοκομεία της Μεγάλης Βρετανίας σε θέσεις locum Consultant σε Τμήματα Επείγουσας Ιατρικής και Ιατρικής των Ηλικιωμένων – **care of the Elderly** σε Edinburgh, Leeds, Kettering, East Kent και αλλού. Από τον 4/15 έως τον 12/15 είχε θέση Επιστημονικά Υπεύθυνου Παθολογικής Κλινικής Lead Consultant σε Ομάδα (Trust) αποτελούμενη από 5 Νοσοκομεία με πρωτεύοντα ρόλο στη διαχείριση του τμήματος που εργαζόταν σε όλα τα επίπεδα, σύνταξη κατευθυντηρίων οδηγιών, διαχείριση φαρμάκων, πρωτόκολλα, συνεντεύξεις, προσλήψεις προσωπικού και ήταν υπεύθυνος του πρωτοκόλλου και της στρατηγικής αντιμετώπισης των σπητικών ασθενών των 5 Νοσοκομείων. Το 2018 επελέγη σε θέση μόνιμου Consultant στο Hillington Hospital – Imperial College Health Partners. Έχει περάσει επιτυχώς τις ετήσιες αξιολογήσεις στη Μεγάλη Βρετανία τα έτη 2013-2019 εκπληρώνοντας όλες τις προβλεπόμενες προϋποθέσεις.



Είναι πτυχιούχος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Πατρών (καθηγητής κ. Γώγος) με άριστα και έχει πλούσιο επιστημονικό έργο, ενδεικτικά άνω των 40 εργασιών σε peer review περιοδικά. Έχει παρακολουθήσει μεγάλη σειρά συνεδρίων, σεμιναρίων με περιεχόμενο ιατρικό αλλά και διοίκησης συστημάτων υγείας. Είναι κριτής εργασιών και μέλος συντακτικής επιτροπής διεθνών περιοδικών.

Πριν προχωρήσουμε στο κυρίως θέμα θα πρέπει να κάνω μια σύντομη εισαγωγή. Και ξεκινώ με τη διαπίστωση ότι ο Γιάννης Μπαρμπούτης ανταποκρίθηκε ευγενικά και πρόθυμα στο κάλεσμα μας εν μέσω θερινής ραστώνης. Η γνωριμία μου μαζί του έγινε σε ανύποπτο χρόνο στα τέλη του 2019 μέσω ενός κοινού φίλου. Είχε μόλις αναλάβει τη θέση του Διευθυντή της Παθολογικής Κλινικής στην Παμμακάριστο και έκανε τα πρώτα διερευνητικά του βήματα στο ΕΣΥ μετά από εργασία ετών σε Νοσοκομεία της Βρετανίας. Λίγες εβδομάδες μετά, το Νοσοκομείο στο οποίο εργάζεται έμελλε να χαρακτηριστεί Νοσοκομείο αναφοράς για αποκλειστική νοσηλεία ασθενών από κορωνοϊό και ο ίδιος κλήθηκε να ανταποκριθεί στα καθήκοντα του θεράποντος γιατρού τους. Όταν ξεκίνησα να κάνω ένα κατάλογο ερωτήσεων κατάλαβα ότι και μόνο αυτή η ιδιότητά του είναι ικανή για να γεμίσουμε όχι μία αλλά περισσότερες συνεντεύξεις και έτσι προσπάθησα να επικεντρώσω τις ερωτήσεις σε συγκεκριμένα πεδία για να περιορίσω την έκταση. Αποφάσισα λοιπόν να περιοριστούμε σε δύο βασικούς άξονες, ο ένας να περιέχει ερωτήσεις που αφορούν στοιχεία για τον ιό και τη λοίμωξη και ο άλλος ερωτήσεις προσωπικού χαρακτήρα για το πώς βίωσε σαν γιατρός αλλά και σαν άνθρωπος την κατάσταση στο Νοσοκομείο και στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον αυτούς τους πέντε μήνες. Αναζήτησα τη βιωματική εμπειρία ενός λειτουργού της Υγείας που περπάτησε, εξέτασε, νοσήλευσε, υποστήριξε και καθοδήγησε πάσχοντες ασθενείς με κορωνοϊό. Ας δούμε λοιπόν πως ο ίδιος τοποθετείται στα γεγονότα και τη συγκυρία...

Που οφείλεται η μεγάλη μεταδοτικότητα του νέου ιού SARS – CoV-2 που είχε σαν αποτέλεσμα την ταχύτατη μετάδοσή του σε ευρεία γεωγραφική κλίμακα; Υπάρχει παρόμοιο προηγούμενο τόσο ταχείας εξάπλωσης λοιμώδους νοσήματος;

Χωρίς να έχω ιδιαίτερη εκπαίδευση και εμπειρία στην Επιδημιολογία, μπορώ να πω ότι στην περίπτωση του SARS-CoV-2 η ιδιαιτερότητα δεν είναι τόσο η ταχύτητα εξάπλωσης όσο η ευρύτητα της γεωγραφικής εξάπλωσης, που προφανώς περιλαμβάνει όλες τις ηπείρους ως πανδημία. Ως προς την ταχύτητα εξάπλωσης, σκεφτείτε πόσο γρήγορα εξαπλώνονται οι ιώσεις του φθινοπώρου κάθε χρόνο, πρώτα στα παιδιά μετά το άνοιγμα των σχολείων και μετά στους ενήλικες. Σε λίγες εβδομάδες, όλοι έχουν περάσει ένα «κρυολόγημα». Ο δείκτης R0 για τον οποίο γίνεται πολύς λόγος είναι ακριβώς αυτό που λέει το όνομά του, είναι ένας δείκτης μεταδοτικότητας, δηλαδή δεν λέει όλη την ιστορία. Έχουν αναφερθεί δείκτες για τον SARS-CoV-2 μέχρι και 6 περίπου. Για την Ισπανική γρίπη έχει αναφερθεί δείκτης R0 έως και 4 περίπου. Η ιλαρά πιθανότατα είναι το πιο εύκολα μεταδιδόμενο λοιμώδες νόσημα, με υπολογισμένο δείκτη R0 στην Γκάνα τη δεκαετία του 1960 περίπου στο 15.

Η ευρεία εξάπλωση του SARS-CoV-2 οφείλεται και στο ότι πρόκειται για νέο ιό αλλά και στις ιδιαιτερότητες της εποχής μας και της παγκόσμιας κοινωνίας εν έτει 2020, πχ την πολύ μεγάλη δυνατότητα μετακίνησης οπουδήποτε, κάτι που δεν υπήρχε, για παράδειγμα, στην πανδημία της Ισπανικής γρίπης το 1918.

Συμμερίζετε την άποψη ότι υπάρχει αερογενής μετάδοση και ότι ο ιός μπορεί να παραμείνει στο χώρο και να μεταδοθεί για αρκετές ώρες μετά την αποβολή του από τον πάσχοντα; Αν ναι τι τρόπους προστασίας προτείνετε;

Υπάρχει η πιθανότητα αερογενούς μετάδοσης υπό ειδικές συνθήκες, όπου παράγεται αερόλυμα ή/και υπάρχουν ευνοϊκές περιβαλλοντικές συνθήκες. Πρέπει να διευκρινιστεί όμως ότι αυτό αποτελεί την εξαίρεση και όχι τον κανόνα. Επίσης δεν είναι παράξενο, καθώς



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

το ίδιο συμβαίνει με πολλές άλλες λοιμώξεις, έχουν ένα «κύριο» τρόπο μετάδοσης αλλά κατ' εξαίρεση και υπό ειδικές συνθήκες μπορούν να μεταδοθούν και κάπως αλλιώς. Μια που μιλάμε για Γαστρεντερολογία, υπάρχουν ουκ ολίγες αναφορές αερογενούς μετάδοσης *Clostridium difficile*.

Επιπρόσθετα, προφανώς ο ιός μπορεί να επιβιώσει στο χώρο και σε αντικείμενα για διάστημα που εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και μπορεί κάποιος να μολυνθεί μετά από επαφή με μολυσμένο αντικείμενο, όπως συμβαίνει και με άλλες παρόμοιες ιώσεις. Δεν χρειάζεται κάτι παραπάνω από τη μελέτη, κατανόηση και τήρηση των ήδη δημοσιευμένων οδηγιών προφύλαξης από διεθνείς και τοπικούς οργανισμούς. Για διευκρινήσεις, πρέπει να καλείται και να ερωτάται ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ).

Είναι γνωστό ότι η λοίμωξη από τον SARS- CoV-2 μπορεί να προσβάλλει και άλλα συστήματα πέραν του αναπνευστικού όπως καρδιά, αγγεία, νεφρούς. Θεωρείτε ότι η εξέλιξη είναι αποτέλεσμα αυξημένου ιϊκού φορτίου, ή έχει σχέση με παράγοντες του ξενιστή (συνοδά νοσήματα, προχωρημένη ηλικία, ανοσοκαταστολή λόγω νόσου ή θεραπείας);

Χωρίς να μπορώ να δώσω σίγουρη απάντηση, νομίζω ότι είναι κυρίως το δεύτερο. Εδώ να διευκρινίσω κάτι που – δυστυχώς – μπορεί να προβληματίσει αλλά είναι η αλήθεια αυτή τη στιγμή: δεν είναι καθόλου ξεκάθαρο ποιες ακριβώς είναι οι ευπαθείς ομάδες. Είμαστε **πιο σίγουροι** για ηλικίες από 60-65 έως και 80-85, για υπέρτασικούς, διαβητικούς και παχύσαρκους άνδρες. Για άλλες ομάδες, για παράδειγμα τους ανοσοκατασταλμένους, οι οποίοι κάθε άλλο παρά ομοιογενής ομάδα είναι (στην πραγματικότητα είναι ένα πλήθος ομάδων), η συζήτηση για αυξημένη ευπάθεια είναι σε μεγάλο βαθμό θεωρητική. Είναι φυσιολογικό να υπάρχει αυξημένη ανησυχία για αυτούς τους αρρώστους, αυτό όμως είναι κάτι άλλο. Επίσης δεν είναι σίγουρο ότι όλοι μιλάμε για το ίδιο πράγμα όταν αναφέρουμε τον όρο «ευπάθεια». Μιλάμε για μεγαλύτερο κίνδυνο συμπτωματικής νόσου, συμπτωματικής σοβαρής νόσου ή αυξημένη θνητότητα;

Καταλαβαίνουμε ότι δεν υπάρχουν ακόμη πειστικές απαντήσεις στα παραπάνω.

Από χείλη ειδικών έχουμε κατά καιρούς ακούσει ότι δεν υπάρχουν διαθέσιμα τεστ αντισωμάτων με υψηλά ποιοτικά χαρακτηριστικά ευαισθησίας και ειδικότητας, εξακολουθεί να ισχύει κάτι τέτοιο;

Το θέμα της εξέτασης για αντισώματα έναντι του SARS-CoV-2 είναι εξαιρετικά περίπλοκο με πολλές γκρίζες ζώνες, που έχουν να κάνουν και με τα χαρακτηριστικά και προδιαγραφές της συγκεκριμένης δοκιμασίας (πώς έχει αναπτυχθεί η δοκιμασία, από ποιο εργαστήριο, σε ποιο πληθυσμό έχει δοκιμαστεί κλπ) αλλά και με την ίδια τη διαδικασία της εξέτασης. Με το τελευταίο εννοώ ότι πρέπει να υπάρχει μια συνολική σχεδίαση για το τι θέλουμε να επιτύχουμε με τη χρήση της δοκιμασίας αντισωμάτων, σε ποιο πληθυσμό (πχ επαγγελματίες υγείας, σώματα ασφαλείας, άλλο) και η εξέταση να συνοδεύεται από συμβουλή και πριν την εξέταση και μετά τη λήψη του αποτελέσματος της εξέτασης. Με βάση την εμπειρία με το συγκεκριμένο ιό, δεν βλέπω μεγάλη πρακτική χρησιμότητα για τις συγκεκριμένες δοκιμασίες, πέρα από τις – απαραίτητες για τη μελέτη της πανδημίας – οροεπιδημιολογικές μελέτες.

Τα αντισώματα που ανιχνεύονται σε άτομα που έχουν έρθει σε επαφή με τον ιό και νοσήσει είναι εξουδετερωτικά και, αν ναι, τι διάρκειας ανοσιακή προστασία παρέχουν;

Το μόνο που μπορεί να πει κανείς με τα υπάρχοντα δεδομένα είναι ότι αν ο τίτλος των αντισωμάτων είναι σχετικά υψηλός (εδώ δεν είμαι πολύ σαφής, το ξέρω), η πιθανότητα να είναι εξουδετερωτικά και άρα να προσφέρουν μεγαλύτερη προστασία από νέα νόσηση είναι μεγαλύτερη. Για να καταδειχθεί η εξουδετερωτική ικανότητα των αντισωμάτων στο ορό ασθενούς, απαιτούνται εργώδεις και εξειδικευμένες εργαστηριακές δοκιμασίες. Η ανοσία μάλλον δεν κρατάει πάνω από κάποιους μήνες στις περισσότερες περιπτώσεις, ακόμη και με υψηλούς τίτλους. Από την άλλη, η αρνητική δοκιμασία αντισωμάτων δεν σημαίνει απαραίτητα τη μη



ύπαρξή τους σε πολύ χαμηλό τίτλο και τη μη δυνατότητα γρήγορης αύξησης του τίτλου σε νέα έκθεση στον ιό και κάποιου βαθμού προστασία, τουλάχιστον σε κάποιους ασθενείς. Για δεύτερη φορά στη ίδια ερώτηση θα πρέπει να απολογηθώ που δεν είμαι περισσότερο σαφής. Θα πω όμως ότι δεν αναμένω κάποιος που στην πρώτη επαφή με τον ιό δεν έκανε σοβαρή νόσηση να το κάνει στη δεύτερη έκθεση, εκτός ίσως αν έχουν αλλάξει τα δεδομένα της υγείας του, για παράδειγμα, έχει αναπτύξει σακχαρώδη διαβήτη ή έχει αυξήσει πολύ το βάρος του.

Υπάρχει χρόνια φορεία όπως σε άλλες ιογενείς λοιμώξεις;

Σίγουρα υπάρχουν άτομα στα οποία έχει ανιχνευθεί θετική PCR για αρκετές εβδομάδες. Δεν έχει βρεθεί όμως αυτό που εσείς εννοείτε ως χρόνια φορεία (όπως πχ στις χρόνιες ηπατίτιδες) προς το παρόν και θα αποτελέσει έκπληξη αν βρεθεί.

Πως τοποθετείστε στα σενάρια αναζωπύρωσης της λοίμωξης ή επαναμόλυνσης;

Μιλάμε κυρίως για επαναμολύνσεις, αναφέρθηκαν οι πρώτες πρόσφατα μάλιστα, δεν αποτελεί έκπληξη. Κλινικά σημαντικές αναζωπυρώσεις δεν έχουν αναφερθεί.

Σε διεθνές επίπεδο γνωρίζετε αν υπάρχουν χώρες που έχουν επιτύχει την ανοσία της αγέλης, και τι ποσοστό πληθυσμού είναι απαραίτητο να εκτεθεί στον ιό για να επιτευχθεί αυτό;

Δεν φαίνεται να έχει επιτευχθεί ακόμη αυτό, με βάση την πληροφόρηση που έχω και που δεν διαφέρει πολύ από τη δική σας. Γενικά μιλώντας, θεωρείται ότι αυτό επιτυγχάνεται με έκθεση του 60-70% του πληθυσμού.

Η ανοσία της αγέλης στη συγκεκριμένη περίπτωση μπορεί να επιτευχθεί χωρίς βαρύ υγειονομικό τίμημα;

Αυτό που ψάχνει κανείς είναι ένα μίγμα μέτρων όπου θα ελαχιστοποιηθεί η θνητότητα από την πανδημία, χωρίς να συμβεί αύξηση της νοσηρότητας και θνητότητας από άλλες ασθένειες (πχ νεοπλασίες) και χωρίς να συμβούν

σημαντικές ή μη ελεγχόμενες «μη ιατρικές», δηλαδή κοινωνικο-οικονομικές επιδράσεις στον πληθυσμό. Πραγματικά μια δύσκολη εξίσωση.

Πως αποτιμάτε την πορεία του νέου κορωνοϊού στη χώρα μας;

Πήγαμε πολύ καλά στην πρώτη φάση ως προς τη νοσηρότητα και τη θνητότητα από την πανδημία. Δεν γνωρίζω αν υπάρχουν στοιχεία για τη νοσηρότητα και θνητότητα από άλλα νοσήματα και την επίδραση των μέτρων κοινωνικής απόστασης. Αυτή τη στιγμή εισερχόμαστε στη δεύτερη φάση της πανδημίας. Η γενική εντύπωση είναι ότι οι νοσήσεις ήταν σχετικά ηπιότερες στη διάρκεια των καλοκαιρινών μηνών, βέβαια αφορούσαν και αρκετά νεότερα άτομα. Ο κύριος δείκτης αποτίμησης της πορείας από την ιατρική σκοπιά θεωρώ ότι είναι οι εισαγωγές σε ΜΕΘ και οι θάνατοι και σε αυτό νομίζω ότι συμφωνούν οι περισσότεροι πλέον.

Σας κοινοποίησα με την ευκαιρία το πλαίσιο και τις οδηγίες που έστειλαν οι εταιρείες μας ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ. Έχετε σχόλια, παρατηρήσεις, συμπληρώσεις, αλλαγές να κάνετε;

Θεωρώ ότι είναι εξαιρετικά προσεγμένες και καλογραμμένες και θα σας καλούσα να μου επιτρέψετε να τις αναρτήσω 1. στο διαδικτυακό βιβλίο για τη λοίμωξη COVID-19 που έχω φτιάξει ήδη από τον Απρίλιο με το συνάδελφό μου Καρδιολόγο κ. Γιώργο Χατζηθανασίου, με μεγάλη εμπειρία στο διαδικτυακό βιβλίο, 2. σε ειδικό ηλεκτρονικό συμπλήρωμα (είναι σχεδόν έτοιμο) για τη λοίμωξη COVID-19 του περιοδικού "Αρχαία Ελληνική Ιατρική", στο οποίο συμμετέχουν πολλοί συνάδελφοι πολλών ειδικοτήτων από την Ελλάδα και το εξωτερικό.

Με βάση υλικό από το διαδικτυακό βιβλίο και πάντα με την υπερπολύτιμη βοήθεια πολλών συναδέλφων, βρίσκεται στο στάδιο της εκτύπωσης βιβλίο για τη λοίμωξη COVID-19 από τις εκδόσεις Ζεβελεκάκη, το οποίο θα συνοδεύεται από επικαιροποιήσεις στην ιστοσελίδα του εκδοτικού οίκου. Προφανώς οι οδηγίες θα μπορούσαν να περιληφθούν και εκεί.



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

Πόσο κοντά είμαστε στην ανακάλυψη αποτελεσματικού και ασφαλούς εμβολίου; Πόσο εφικτή μπορεί να είναι η πρόσβαση στο εμβόλιο για τη χώρα μας όταν είναι γνωστό ότι απαιτούνται δισεκατομμύρια δόσεων, τουλάχιστον δύο, παγκοσμίως; Πόσος χρόνος εκτιμάται ότι χρειάζεται για κάτι τέτοιο και ποια μέτρα νομίζετε ότι πρέπει να λάβουν τα Κράτη σχετικά με αυτό το θέμα;

Ελπίζω να μη σας στενοχωρήσω αλλά η δική μου εμπειρία από τις Λοιμώξεις δεν με αφήνει να εναποθέσω πολλές ελπίδες στον εμβολιασμό για το συγκεκριμένο νόσημα, σε αντίθεση με άλλα νοσήματα όπως η γρίπη. Οι λόγοι είναι πολλοί. Δυστυχώς ο δρόμος για ένα τέτοιο εμβόλιο είναι γεμάτος από ιατρικούς σκοπέλους και πιθανόν υφάλους. Η προηγούμενη εμπειρία από προσπάθειες με εμβόλια έναντι των ιών SARS και MERS δεν είναι τόσο καλή ως προς την αποτελεσματικότητα. Πόσο αποτελεσματικό θα είναι το εμβόλιο για τις μεγαλύτερες ηλικίες, που πλήττονται ιδιαίτερα από τη νόσο αλλά και όπου η ανοσιακή απάντηση δεν είναι η «βέλτιστη»; Υπάρχουν βάρσιμες ανησυχίες και ως προς την ασφάλεια των εμβολίων έναντι γενικά των κορωνοϊών, καθώς εμπίπτουν στην ομάδα των ιών όπου ο εμβολιασμός μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρότερη νόσηση, μέσω ισχυροποίησης της ανοσολογικής απάντησης, αντί να προστατέψει. Εφόσον μιλάμε για εμβολιασμό μεγάλων τμημάτων του πληθυσμού, ακόμη και μια σπάνια παρενέργεια του εμβολίου μπορεί τελικά να αφορά χιλιάδες άτομα.

Και εδώ κάπου αρχίζουν να γίνονται εμφανή και τα θέματα που έχουν να κάνουν με την εμβολιαστική πολιτική που θα συνοδεύσει το εμβόλιο. Όσα ανέφερα παραπάνω δεν αποτελούν μυστικό, είναι ήδη γνωστά. Αν υπήρχε δυσπιστία για το εμβόλιο της νέας γρίπης το 2009, όπου τα πράγματα ήταν πολύ απλούστερα, εδώ είναι πολύ πιθανό να υπάρξει πολύ μεγαλύτερη. Αν εμφανιστούν σημαντικές παρενέργειες, αυτό θα μπορούσε να υπονομεύσει ανεπανόρθωτα τις μελλοντικές εμβολιαστικές πολιτικές για όλα τα άλλα εμβόλια. Ως βασική εμβολιαστική αρχή, εμβολιάζονται κατά προτεραιότητα οι «ευπαθείς ομάδες» και το υγειονομικό προσωπικό.

Μίλησα ήδη για τη σχετική αβεβαιότητα ως προς το ποιες είναι εδώ οι ευπαθείς ομάδες, ενώ παραδοσιακά το υγειονομικό προσωπικό δεν αποδέχεται εύκολα να εμβολιαστεί με νέα εμβόλια. Η αβεβαιότητα επιτείνεται από το γεγονός ότι τη συγκεκριμένη λοίμωξη δεν την μεταδίδουν όλοι «το ίδιο» (όπως συμβαίνει πολύ πιο ξεκάθαρα με τη γρίπη) αλλά φαίνεται ότι μεταδίδεται σε μεγάλο βαθμό με «εκρηκτικό τρόπο», μέσω συμβαμάτων υπερμετάδοσης από άτομα-υπερμεταδότες, για τα οποία ακόμη δεν ξέρουμε ποια είναι τα ακριβή χαρακτηριστικά τους. Υπάρχουν φυσικά και θέματα διαθεσιμότητας των εμβολίων καθώς μιλάμε για δισεκατομμύρια δόσεις. Εδώ υπεισέρχονται μέχρι και σχέσεις μεταξύ χωρών και πιθανώς «παιχνίδια δύναμης». Συμπέρασμα: κρατάμε «μικρό καλάθι» στο θέμα των εμβολίων για το συγκεκριμένο νόσημα και περιμένουμε τα νεότερα δεδομένα.

Υπάρχουν νεότερα δεδομένα για αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή;

Και στο συγκεκριμένο θέμα ο ιός φαίνεται να συνεχίζει να βρίσκεται 1-2 βήματα μπροστά από την έρευνα που γίνεται, από την άλλη όμως έχουμε 2 αντικειμενικές αλήθειες: Πρώτον, ότι οι νοσήσεις φαίνεται να είναι πιο ήπιες τους καλοκαιρινούς μήνες και δεύτερον, υπάρχει σημαντική συσσώρευση κλινικής εμπειρίας ως προς τη φροντίδα των ασθενών αυτών, τόσο σε διεθνές επίπεδο αλλά και ειδικά στην Ελλάδα. Το στοιχείο είναι αυτή η εμπειρία να μεταδοθεί αποτελεσματικά και γρήγορα και να είναι διαθέσιμη στον καθένα. Αυτός ήταν και ο κύριος στόχος μας όταν ξεκινήσαμε το διαδικτυακό μας βιβλίο.

Εργαζόμενος τα τελευταία 9-10 χρόνια σε Νοσοκομεία της Βρετανίας είχατε παρόμοια εμπειρία νοσηλείας ασθενών με ιογενείς λοιμώξεις (SARS, MERS);

Ο ιός SARS για άγνωστο λόγο έχει εξαφανιστεί ενώ ο MERS υπάρχει μόνο σε πολύ μικρές εστίες και δεν απασχολεί πρακτικά. Στις Μονάδες Λοιμώξεων ανά τον κόσμο πάντα θα εμφανιστούν περιστατικά σοβαρών ιογενών λοιμώξεων. Ενδεικτικά αναφέρω σοβαρές λοιμώξεις από όλους τους ερπητοϊούς (εγκεφαλίτιδες,



μηνιγγίτιδες, ηπατίτιδες, μυοκαρδίτιδες κλπ), ιό του Δυτικού Νείλου, δάγγειο πυρετό κλπ. Να μην ξεχάσω βέβαια τις ιογενείς λοιμώξεις του αναπνευστικού με προεξάρχουσα τη γρίπη κάθε χρόνο. Η ίδια η γρίπη πέρα από το αναπνευστικό μπορεί σπάνια να προσβάλλει και άλλα συστήματα (εγκεφαλίτιδα, μυοκαρδίτιδα, κλπ). Αλλά και ο Γαστρεντερολόγος δεν βλέπει κάποιες φορές κεραυνοβόλο ηπατίτιδα Β ή βαριά κολίτιδα από κυτταρομεγαλοϊό; Οι ανοσοκατασταλμένοι άρρωστοι έχουν ειδικά και συχνά πολύ σοβαρά προβλήματα με τις ιογενείς λοιμώξεις. Η διεθνής ιατρική κοινότητα έχει λοιπόν ήδη πλούσια εμπειρία στην αντιμετώπιση ιογενών λοιμώξεων με βαριά κλινική εικόνα και αυτή η εμπειρία είναι εξαιρετικά χρήσιμη αυτή τη στιγμή.

Ποια ήταν η στελέχωση σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στη Μονάδα σας στην Παμμακάριστο όταν ξεκίνησε να νοσηλεύει ασθενείς με κορωνοϊό;

Το συγκεκριμένο νοσοκομείο έχει πλήρη έλλειψη σε αρκετές ειδικότητες, στην προκειμένη περίπτωση η πιο εμφανής έλλειψη ήταν αυτή του Πνευμονολόγου. Έγινε μετακίνηση ειδικευμένου Πνευμονολόγου από Κέντρο Υγείας για 3 μήνες, δυστυχώς οι 3 μήνες πέρασαν.

Τι αλλαγές σε χώρους, υποδομές και εξοπλισμό χρειάστηκε να γίνουν στο Νοσοκομείο για να ανταποκριθεί στο νέο του ρόλο...

Έγινε το καλύτερο δυνατό με βάση το υπάρχον προσωπικό, εξοπλισμό και μέσα. Στη συνέχεια, το Νοσοκομείο έλαβε αρκετές δωρεές σε τεχνολογικό και άλλο εξοπλισμό και αυτό ήταν ένα από τα θετικά της πρώτης φάσης της πανδημίας.

Ποιες ήταν οι σκέψεις και τα συναισθήματά σας στην πρώτη σας επαφή με πάσχοντες;

Οι ασθενείς αυτοί ήταν εξαιρετικά επιβαρυνμένοι πέρα από το κλινικό κομμάτι. Φανταστείτε έναν άνθρωπο που μόλις έχει πληροφορηθεί ότι έχει μολυνθεί με ένα καινούριο ιό, για τον οποίον δεν υπάρχει θεραπεία και ο οποίος μόλις έχει προκαλέσει εκατόμβες νεκρών στην Ιταλία. Στη συνέχεια ο άνθρωπος αυτός μεταφέρεται

με ασθενοφόρο σε ένα άγνωστο σε αυτόν νοσοκομείο, όπου τον υποδέχεται υγειονομικό προσωπικό ντυμένο με στολές ατομικής προστασίας και με τα πρόσωπα καλυμμένα με μάσκες. Κατόπιν οδηγείται σε ένα θάλαμο, όπου υπάρχουν μόνο «τα απαραίτητα» μαζί με άλλους ασθενείς με το ίδιο «θανατηφόρο» νόσημα, ενώ οι δικοί του άνθρωποι δεν έχουν την δυνατότητα να τον επισκεφτούν. Αυτά για τους ασθενείς που ήταν σε καλή κλινική κατάσταση. Αυτοί που εμφάνισαν πιο σοβαρή νόσηση ήταν προφανώς σε ακόμα χειρότερη κατάσταση.

Αυτό που προσπάθησα να κάνω από την πρώτη επαφή με τους ασθενείς αυτούς ήταν να τους υποστηρίξω και ψυχολογικά και να τους δώσω θάρρος, πέρα από την ιατρική φροντίδα. Επιστράτευσα διάφορες μεθόδους για να τους κρατήσω ψηλά το ηθικό. Σε αυτό με βοήθησαν και κάποιοι από τους ασθενείς, που ήταν σε καλύτερη κατάσταση ή και πιο θαρραλέοι, οι οποίοι έγιναν «βοηθοί μου» στο θάλαμο και μου έδιναν και αυτοί «αναφορά» για το τι έκαναν οι υπόλοιποι. Βλέπετε, είχαν όλοι το ίδιο νόσημα και πολλοί ανέπτυξαν ένα αίσθημα συντροφικότητας...

Ποτέ δεν είναι όλα αρνητικά σε μια δύσκολη κατάσταση. Οι άρρωστοι αυτοί ήταν «εντελώς καινούργιοι», σαν να έπρεπε να φροντίσεις και να θεραπεύσεις «εξωγήινους», όπου δεν ήξερες τι θα συμβεί το επόμενο λεπτό. Δυστυχώς, ο πρώτος ασθενής που είδα έτυχε, λίγο μετά την αρχική εκτίμηση, να εμφανίσει τη «θύελλα κυτοκινών», με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια και κυκλοφορική κατάρριψη. Το πάλεψε όσο μπορούσε και τελικά «έφυγε» 4 ημέρες αργότερα. Μερικοί ακόμη ασθενείς έπρεπε να διασωληνωθούν, ευτυχώς οι περισσότεροι επέζησαν. Ένας από τους πρώτους ασθενείς που νοσηλεύσαμε είδε να διασωληνώνονται μπροστά του 4 ή 5 ασθενείς ενώ ο ίδιος επέζησε από βαρύ και παρατεταμένο ARDS χωρίς διασωλήνωση. Αργότερα ανέπτυξε κάτι σαν μετα-τραυματική διαταραχή και νόμιζε ότι όλοι που ήταν μαζί του στο θάλαμο είχαν πεθάνει. Ανακουφίστηκε πάρα πολύ όταν του είπα ότι είχαν όλοι επιζήσει. Αυτοί οι πρώτοι ασθενείς με βοήθησαν αφάνταστα να καταλάβω πώς να χειριστώ τους επόμενους



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

για να αποτρέψω την επιδείνωσή τους και την ανάγκη για διασωλήνωση και μηχανικό αερισμό. Πρόσφατα συναντήθηκα εκτός νοσοκομείου με κάποιους από αυτούς. Ήταν μια μοναδική εμπειρία.

Σε αντίστοιχα δύσκολη κατάσταση ήταν και οι συγγενείς των ασθενών αυτών για ευνόητους λόγους. Προσπαθήσαμε όσο μπορούσαμε να τους κρατάμε ενήμερους, έστω και με 1-2 φράσεις για την υγεία του δικού τους ανθρώπου. Χρησιμοποίησα κάθε μέσο, ακόμη και τα viber, whatsapp κλπ. Επέδειξαν τεράστια υπομονή και κατανόηση.

Πως αντιμετώπισε τη νέα πραγματικότητα το προσωπικό του Νοσοκομείου;

Στην αρχή το προσωπικό ήταν φοβισμένο, λόγω της πρωτόγνωρης κατάστασης και της σύγχυσης και της αβεβαιότητας που επικρατούσε για σχεδόν τα πάντα. Υπήρχε ένταση και αρκετοί, ακόμα και έμπειροι υγειονομικοί, δυσκολεύτηκαν να αντέξουν το στρες. Η κατάσταση βελτιώθηκε σημαντικά τη δεύτερη εβδομάδα. Ήταν πολύ σημαντικό το γεγονός ότι κανένας από το προσωπικό δεν μολύνθηκε.

Σε τι διαφέρει αν διαφέρει ο ασθενής με κορωνοϊό από ένα άλλο ασθενή; Υπήρξαν προβλήματα στην επικοινωνία με τους ασθενείς, αν ναι περιγράψτε.

Σας τα περιέγραψα παραπάνω, θα μπορούσα να μιλάω για ώρες για την εμπειρία με τους ασθενείς αυτούς.

Περιγράψτε μας μια τυπική σας ημέρα στο Νοσοκομείο...

Σε εκείνη τη φάση η τυπική μέρα περιελάμβανε την πρωινή ενημέρωση, μετά δουλειά στο γραφείο, στη συνέχεια επίσκεψη, που ήταν εργώδης και κρατούσε αρκετά για ευνόητους λόγους, ενώ ακολουθούσε η τηλεφωνική ενημέρωση των συγγενών.

Πήρατε μέτρα αποστασιοποίησης από την οικογένειά σας και ποια;

Τον πρώτο καιρό το έκανα, κυρίως για ψυχολογικούς

λόγους, μιλάω για αποφυγή επαφής και παραμονής σε απόσταση 1.5 μέτρου. Δεν το συνέχισα όταν είδα ότι τα μέλη της οικογένειάς μου δεν φοβόντουσαν ιδιαίτερα, ενώ είχαν δημοσιευτεί και περισσότερα δεδομένα για τις λεγόμενες «ευπαθείς ομάδες». Δεν μένω μαζί με άτομα μεγάλης ηλικίας.

Είχατε επαφή με μέλη της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων - δώστε μου δύο σημεία με τα οποία θα διαφωνούσατε με την Επιτροπή...

Δεν γνωρίζω από πρώτο χέρι τον ακριβή τρόπο λειτουργίας της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων αρκετά ώστε να μπορώ να εκφέρω γνώμη. Κατά τη άποψή μου, επειδή η πανδημία αποτελεί σαφέστατα μια «κρίση», ισχύουν οι γενικές αρχές διαχείρισης κρίσης, στις οποίες περιλαμβάνονται: 1. Η σαφής, λιτή, ειλικρινής και ισορροπημένη επικοινωνία από όσο το δυνατόν λιγότερες πηγές, 2. Η σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων και η αποτελεσματική λειτουργία σε σχετικά μικρές ομάδες εργασίας με ταυτόχρονη αποτελεσματική επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των ομάδων, 3. Συναφές με το δεύτερο, η αποφυγή σύγχυσης ρόλων. Άλλος ο ρόλος του επιδημιολόγου, άλλος του κλινικού γιατρού, άλλος του πολιτικού, άλλος του δημοσιογράφου κλπ.

Πως βλέπετε να εξελίσσεται η κατάσταση του φθινοπώρου; Αν υποθέσουμε ότι έχουμε ένα νέο κύμα στη χώρα μας με κρούσματα με ευρεία γεωγραφική διασπορά θα προτείνατε ξανά γενικευμένο lock down η θα λαμβάνατε υπ' όψη και τις ολέθριες οικονομικές επιπτώσεις;

Θα είναι μια δύσκολη κατάσταση καθώς αναμένονται αρχικά οι ιώσεις του φθινοπώρου και μετά αυτές του χειμώνα και ιδίως η γρίπη. Επειδή όμως όλες αυτές οι ιώσεις έχουν κοινούς τρόπους μετάδοσης με τη λοίμωξη COVID-19, ο συνδυασμός των γενικών προσωπικών μέτρων προφύλαξης και ο εμβολιασμός για τη γρίπη αναμένεται να βοηθήσουν σημαντικά. Το ίδιο αναμένεται να βοηθήσει και η προηγούμενη εμπειρία από τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών της πρώτης φάσης, αρκεί αυτή να αξιοποιηθεί σωστά. Πιστεύω ότι

Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ



είναι δυνατή η γρήγορη επαναφορά στην «κανονική ζωή» με ελαχιστοποίηση των μη ιατρικών συνεπειών της πανδημίας. Συνεχίζουν να ισχύουν οι βασικές αρχές διαχείρισης κρίσης που ανέφερα παραπάνω.

Ποια χώρα θα επιλέγατε ως πρότυπο στην αντιμετώπιση της νόσου και για ποιους λόγους...

Δεν έχω διαμορφωμένη άποψη ακόμη για αυτό.

Ο SARS- CoV-2 θα είναι αργά η γρήγορα μια -δυσάρεστη- ανάμνηση, σε τι χρονικό ορίζοντα θεωρείτε ότι θα γίνει αυτό;

Η δική μου υπόθεση είναι ότι το ιατρικό κομμάτι της πανδημίας θα έχει τελειώσει το καλοκαίρι του 2021.

Πολλοί υποστηρίζουν ότι το αποτύπωμα του ιού στην κοινωνική και οικονομική πραγματικότητα

θα είναι τόσο βαθύ που ιστορικά θα καθιερωθεί η διάκριση προ και μετά κορωνοϊό εποχή. Τι νομίζετε ότι αλλάζει;

Είναι αρκετά πιθανό. Ήδη εκλύονται πολλές αλλαγές λόγω των κοινωνικο-οικονομικών συνεπειών της πανδημίας και του lockdown της αρχικής φάσης σε παγκόσμιο επίπεδο. Πιστεύω ότι θα γίνουν και σημαντικές αλλαγές και ανακατατάξεις στον τρόπο άσκησης της ιατρικής και στην ιατρική έρευνα.

Εκτιμάτε ότι μπορεί να υπάρξουν παρόμοιου μεγέθους κίνδυνοι πανδημιών στο μέλλον και αν ναι τι αποτρεπτικά μέτρα θα προτείνετε...

Θα πρέπει να εστιαστούμε στην προστασία του περιβάλλοντος από τις δικές μας πράξεις. Η φύση εκδικείται και δεν πρέπει να την προκαλέσουμε παραπάνω...



Ενδοσκοπικό θέμα

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΟΣ ΔΙΑΤΟΜΗ

(ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION-ESD). ΑΝΑΓΚΗ Η ΜΟΔΑ;

Στέφανος Μπασιούκας, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Εισαγωγή

Η ενδοσκοπική υποβλεννογόνιος διατομή (ESD) αποτελεί τη νεότερη εξέλιξη των ενδοσκοπικών επεμβατικών τεχνικών που επιτρέπει την en-block εκτομή των μεγαλύτερων και ιστολογικά προχωρημένων επιθηλιακών βλαβών, συμπεριλαμβανομένου του πρώιμου καρκίνου του ανώτερου και κατώτερου γαστρεντερικού σωλήνα, καθώς και ένα ευρύ φάσμα βλεννογονικών βλαβών, που προηγουμένως απαιτούσαν χειρουργική αφαίρεση.

Η ογκολογική φιλοσοφία της ESD επιτρέπει την ακριβή ιστοπαθολογική σταδιοποίηση των βλαβών του πεπτικού, επιτυγχάνοντας υψηλό θεραπευτικό δείκτη και σχεδόν μηδενικό ποσοστό υποτροπής και η αξία της συγκρίνεται με τη χειρουργική θεραπεία παρά με την ενδοσκοπική βλεννογονική εκτομή (EMR). Εφαρμόστηκε στην Ιαπωνία στα μέσα του 90 και πλέον αποτελεί την εδραιωμένη τεχνική αφαίρεσης του πρώιμου γαστρικού και οισοφαγικού καρκίνου και σε μεγάλο ποσοστό δύσκολων βλαβών του ορθού και του παχέος εντέρου. [1]

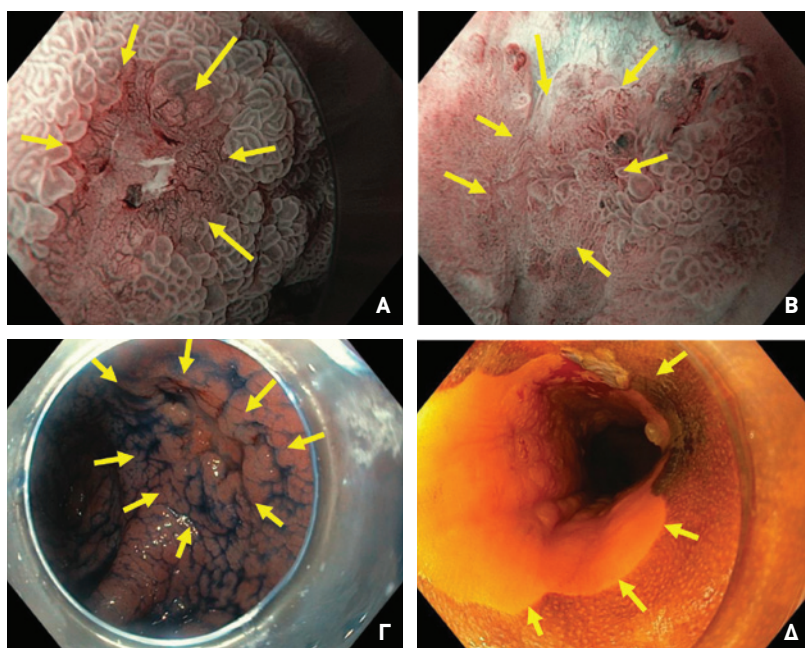
Η ESD πλέον έχει υιοθετηθεί και στη Δύση, καθώς εφαρμόζεται σε μεγάλα νοσηλευτικά κέντρα με συγκε-

κριμένα ογκολογικά πρωτόκολλα βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών από την ESGE [6].

Η επιλογή από τον ενδοσκόπο για τις βλάβες που έχουν ένδειξη για την εφαρμογή της ESD προϋποθέτει μια συγκεκριμένη διαγνωστική προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη την λεπτομερή εξέταση της μικροδομικής αρχιτεκτονικής του βλεννογόνου με χρήση ενδοσκόπησης ενισχυμένης εικόνας (Image Enhanced Endoscopy) που περιλαμβάνει χρήση χρωμοενδοσκόπηση με ψηφιακό φίλτρο (NBI, BLI) και οπτική μεγέθυνση (Magnification Endoscopy – ME NBI) σε συνδυασμό με την μακροσκοπική εικόνα κατά το σύστημα Paris. Στην εικόνα 1 απεικονίζονται ενδοσκοπικές εικόνες (ME-NBI) κακοηθιών οισοφάγου, στομάχου, παχέος εντέρου, ορθού, οι οποίες πληρούν τα κριτήρια για ESD. Στον πίνακα 1 αναγράφονται οι ενδείξεις για ESD.

Τεχνική

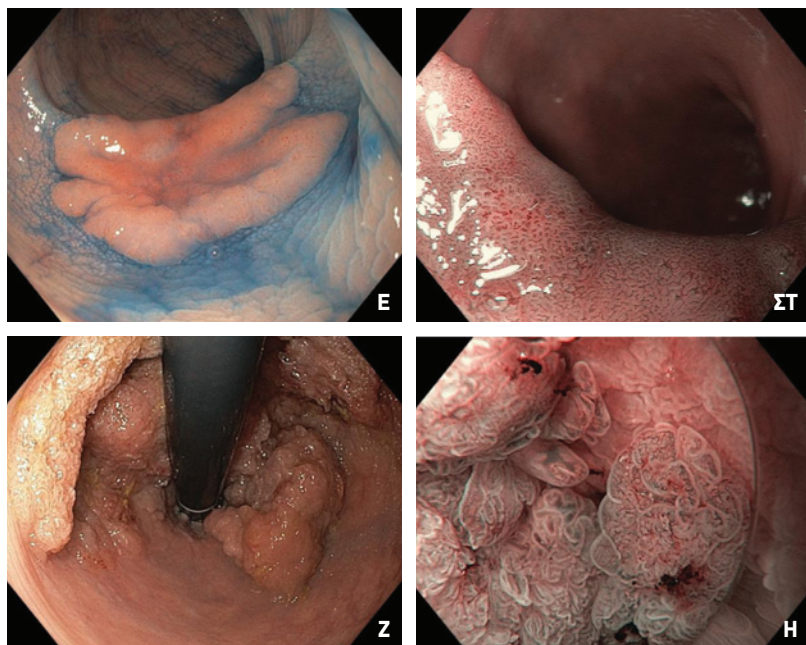
Για την εφαρμογή της ESD απαιτείται ο ενδοσκόπος να είναι εξοικειωμένος με την άριστη χρήση του ενδοσκοπίου, να έχει πραγματοποιήσει έναν ικανό αριθμό EMRs, να γνωρίζει άριστα τη χρήση των ενδοσκοπικών



Εικόνα 1 (Α-Δ). Α. Αδενοκαρκίνωμα στομάχου (0-IIb) με σαφές demarcation line σε ME NBI. Β. Αδενοκαρκίνωμα σε οισοφάγο Barrett (0-IIa) με διαταραχή της μικροδομικής αρχιτεκτονικής σε ME NBI. Γ. Αδενοκαρκίνωμα στομάχου (0-IIa+IIc) με χρωμοενδοσκόπηση με Indigo Carmine. Δ. Καρκίνος Οισοφάγου 0-IIa μετά από χρωμοενδοσκόπηση με Lugol.

Ενδοσκοπικό θέμα

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΟΣ ΔΙΑΤΟΜΗ
(ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION-ESD). ΑΝΑΓΚΗ Η ΜΟΔΑ;



Εικόνα 1 (Ε-Η). Ε-ΣΤ. Βλάβη παχέος εντέρου LST-NG, μορφολογίας JNET 2b στο κεντρικό τμήμα. Ιστολογικά αδενoCa, sm1 (200μm) μετά από ESD. Ζ-Η. Βλάβη LST-G mixed type ορθού, μορφολογίας JNET 2a. Ιστολογικά ενδοβλεννογόνιο αδενoCa μετά από ESD.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Ενδείξεις για ESD (AGA Institute Clinical Practice Update: Endoscopic Submucosal Dissection in the United States. Clinical Gastroenterology and Hepatology. Draganov P, Othman M, Fukami N. 2019;17:16–25). HGD: High-grade dysplasia, LST: Laterally spreading tumor, m: mucosal, sm: submucosal, N0: no regional lymph node involvement.

Organ	Indications for ESD
Esophagus	
Squamous cell carcinoma	HGD to well (G1) to moderately (G2) differentiated Paris 0-II lesions <i>Absolute indications:</i> m1–m2 involvement with two thirds or less of the esophageal circumference <i>Expanded indications:</i> m3 or sm <200 μm involvement, any size, clinically N0
Barrett's esophagus	HGD to moderately (G1 or G2) differentiated T1a (m1–m3) lesions ≥15 mm (not amenable to en bloc resection by EMR) Patients with Barrett's esophagus and the following features: Large or bulky area of nodularity Equivocal preprocedure histology Intramucosal carcinoma Suspected superficial submucosal invasion Recurrent dysplasia EMR specimen showing invasive carcinoma with positive margins
Stomach	<i>Absolute indications:</i> Mucosal adenocarcinoma (and lesions with HGD), intestinal type, G1 or G2 differentiation, size ≤2 cm, no ulceration <i>Expanded indications:</i> Adenocarcinoma, intestinal type, G1 or G2 differentiation, any size, without ulceration Adenocarcinoma, intestinal type, G1 or G2 differentiation, sm-invasive (<500 μm) Adenocarcinoma, intestinal type, G1 or G2 differentiation, ≤3 cm, with ulceration Adenocarcinoma, diffuse type, G3 or G4 differentiation, size ≤2 cm, without ulceration
Colon and rectum	En bloc resection for lesions at risk for submucosally invasive cancer: Type V Kudo pit pattern Depressed component (Paris 0-IIc) Complex morphology (0-Is or 0-IIa+Is) Rectosigmoid location Nongranular LST (adenomas), ≥20 mm in size Granular LST (adenomas), ≥30 mm in size Residual or recurrent colorectal adenomas



Ενδοσκοπικό θέμα

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΟΣ ΔΙΑΤΟΜΗ

(ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION-ESD). ΑΝΑΓΚΗ Η ΜΟΔΑ;

clips, να αναγνωρίζει έγκαιρα τις επιπλοκές και όσο το δυνατό να τις προλαμβάνει, να γνωρίζει άριστα τα ηλεκτροχειρουργικά εργαλεία (μαχαιρίδια, εικόνα 2) και τα χαρακτηριστικά τους αλλά κυρίως να γνωρίζει τις ρυθμίσεις των ηλεκτροχειρουργικών διαθερμιών. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ESD είναι η χρήση CO₂, διαφανούς καπακιού στο ενδοσκόπιο (cap), ενδοσκοπίου high definition με δυνατότητα water jet για καθαρισμού του πεδίου σε περίπτωση αιμορραγίας και η επαρκής καταστολή του ασθενούς από εξειδικευμένο προσωπικό.

Πέραν τούτου, βασική προϋπόθεση είναι η εκπαίδευση σε κέντρο μεγάλης εμπειρίας (κυρίως Ασιατικό και ορισμένα Ευρωπαϊκά) που περιλαμβάνει θεωρητικό και hands-on αντικείμενο, η εφαρμογή περιστατικών υπό την επίβλεψη expert αλλά κυρίως η επιλογή των βλαβών με απόλυτη ένδειξη. Οι επιπλοκές μια τόσο σύνθετης τεχνικής συμβαίνουν σε ακατάλληλες για ενδοσκοπική εκτομή βλάβες που χρειάζονται χειρουργική αντιμετώπιση και σε υπερεκτίμηση των δυνατοτήτων του ενδοσκοπίου χωρίς κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία.

Για τις βλάβες του οισοφάγου και του στομάχου είναι απαραίτητη η οριοθέτηση της υπό εξαίρεσης βλάβης επί υγιών ορίων (τουλάχιστον 3-5mm) με διαθερμικό marking καθότι αυτό καθορίζει παθολογοανατομικά τα πλευρικά ελεύθερα νόσου όρια και διασφαλίζει την ελαχιστοποίηση της υποτροπής. Στις βλάβες του παχέος εντέρου δεν είναι απαραίτητο να γίνει οριοθέτηση, διότι τα όρια εκτός της βλάβης είναι ευκρινή ενώ τα διαθερμικά markings προκαλούν διαφυγή υγρού μετά την υποβλεννογόνια ανύψωση. Η υποβλεννογόνια έγχυση με βελόνα σκληροθεραπείας πρέπει να γίνεται εκτός των ορίων της βλάβης και όχι διαμέσου αυτής ενώ το διάλυμα θα πρέπει να αποτελείται από υψηλού ιξώδους μέσο (υαλουρονικό οξύ, ζελατίνη ή Hydroxyethyl starch, Orise gel) με ανάμειξη με Indigo Carmine με ή χωρίς αδρεναλίνη ανάλογα με την προτίμηση του ενδοσκόπου.

Το βασικό μέλημα πριν την έναρξη της βλεννογονοτομής είναι η αντίληψη του βαρυτικού πεδίου στον πεπτικό σωλήνα καθώς το βασικό μειονέκτημα των ενδοσκοπικών τεχνικών είναι η περιορισμένη αντίελξη (traction) για τη δημιουργία πλάνου διατομής του



Εικόνα 2. Μαχαιρίδια ESD.

Ενδοσκοπικό θέμα



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΟΣ ΔΙΑΤΟΜΗ (ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION-ESD). ΑΝΑΓΚΗ Η ΜΟΔΑ;

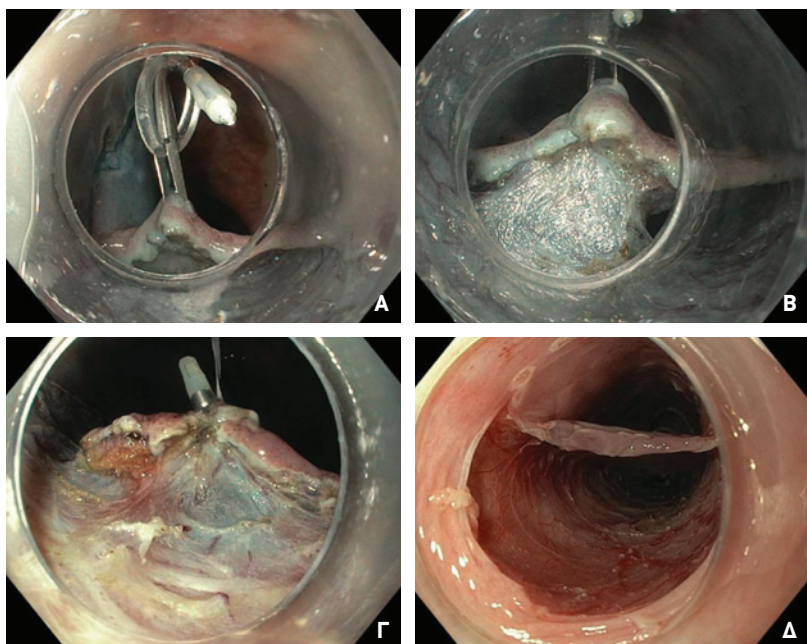
υποβλεννογόνιου χιτώνα. Η βλεννογονοτομή ξεκινάει αντίθετα από τη βαρύτητα, η οποία καθορίζεται από τη λίμνη των υγρών. Ιδιαίτερα στο παχύ έντερο είναι πολλές φορές αναγκαία η αλλαγή θέσης του ασθενούς για να επιτευχθεί άριστο πλάνο καθώς ανασπώνεται το βλεννογονικό χείλος και επιτυγχάνεται η αναγνώριση του υποβλεννογόνιου χιτώνα. Πολλές τεχνικές έχουν αναπτυχθεί για την μέγιστη βλεννογονική αντιέλξη (rocket creation, tunneling, clip-line, clip elastic band), αλλά η βαρύτητα του χώρου αποτελεί το πρωταρχικό πλεονέκτημα (Εικόνα 3).

Ανάλογα με το είδος του ηλεκτροχειρουργικού μαχαίριδίου ιδιαίτερα στο στομάχι και τον οισοφάγο εφαρμόζεται ολική ή μερική περιφερική βλεννογονοτομή πριν την υποβλεννογόνια διατομή. Κατόπιν της αναγνώρισης του υποβλεννογόνιου χιτώνα το πλάνο διατομής γίνεται στο μέσο προς κατώτερο τμήμα του (κοντά στο μυϊκό χιτώνα) καθώς εκεί τα υποβλεννογόνια αγγεία είναι μονήρη (στο ανώτερο στρώμα διακλαδίζονται) και έτσι αποφεύγεται η αιμορραγία, ενώ το τελικό παθολογοανατομικό παρασκεύασμα δίνει πλήρη εικόνα του υποβλεννογόνιου χιτώνα (Εικόνα 4).

Ιστοπαθολογική αξιολόγηση

Βασικό ρόλο μετά από την εκτομή με ESD έχει η παρασκευή της βλάβης για την ιστοπαθολογική εξέταση. Η βλάβη θα πρέπει να στερεώνεται σε επίπεδη επιφάνεια (πχ φελλός) με τα υγιή όρια να διακρίνονται εμφανώς μετά από την τοποθέτηση καρφίτσας ή βελόνας. Η αξιολόγηση θα πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένο παθολογοανατόμο και να περιλαμβάνει πλήρη στοιχεία για το είδος της βλάβης (βαθμός διαφοροποίησης), μικρομέτρηση πάχους από το κατώτερο όριο του βλεννογόνιου μυϊκού χιτώνα προς τον υποβλεννογόνιο χιτώνα επί κακοήθους εξαλλαγής, ανοσοϊστοχημεία για πιθανή συμμετοχή των αιμοφόρων και λεμφικών αγγείων, tumor budding («εκβλαστήσεις» στο διηθητικό όριο του όγκου) και κυρίως την ακεραιότητα των περιφερικών και κάθετων ορίων εκτομής (Εικόνα 5). Η ενδοσκοπική θεραπευτική εξαιρεσιμότητα των βλαβών του πεπτικού ακολουθεί αυστηρά ογκολογικά κριτήρια με βάση το όργανο προέλευσης όπως έχει αποσαφηνιστεί από την ESGE.

Θεραπευτική εκτομή (curative resection) θεωρείται



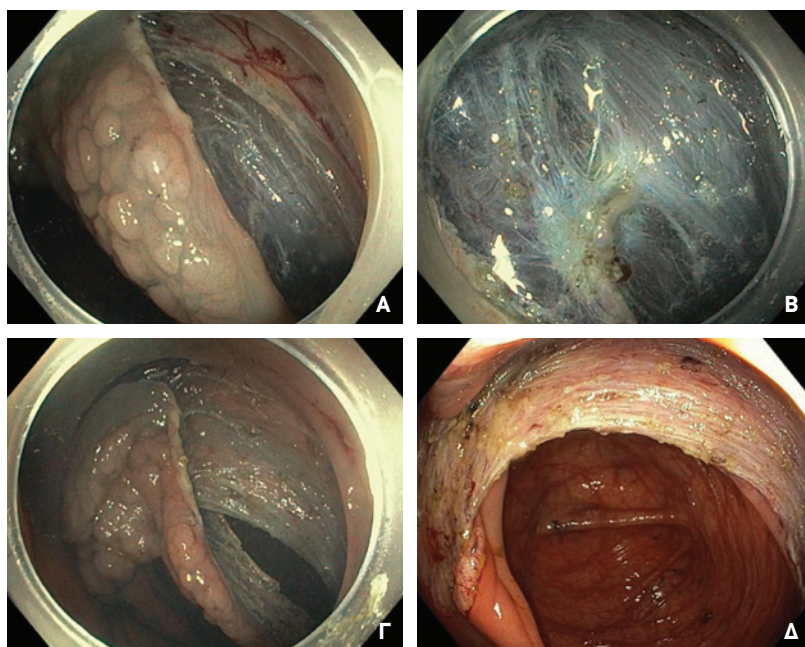
Εικόνα 3. Τεχνικές αντιέλξης. Clip-elastic band, Clip-snares, Clip-line, Tunneling.



Ενδοσκοπικό θέμα

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΟΣ ΔΙΑΤΟΜΗ

(ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION-ESD). ΑΝΑΓΚΗ Η ΜΟΔΑ;

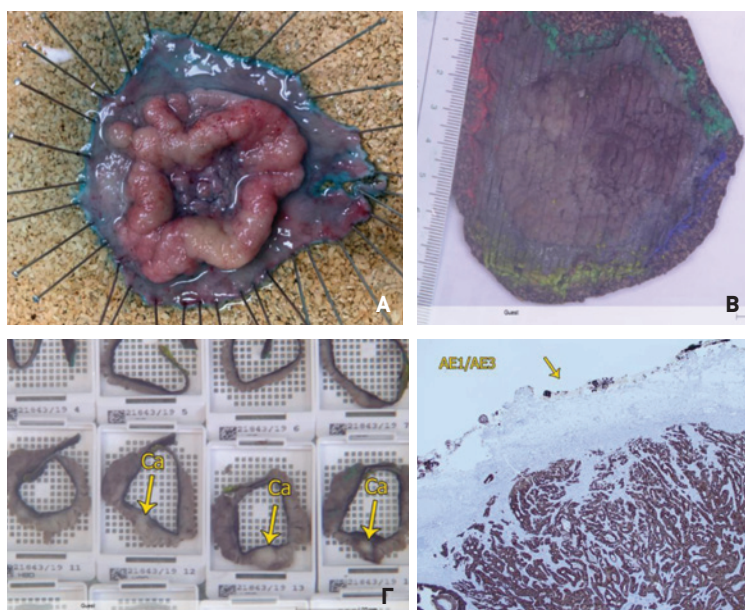


Εικόνα 4. Στάδια ESD στο παχύ έντερο.

όταν μια βλάβη είναι καλής έως μέτριας διαφοροποίησης, χωρίς συμμετοχή αιμοφόρων και λεμφοφόρων αγγείων, χαμηλό tumor budding score, υγιή κάθετα όρια, και με συγκεκριμένο πάχος διήθησης στο υποβλεννογόνιο χιτώνα ανάλογα με το όργανο προέλευσης (Πίνακας 2).

Η τρέχουσα θέση της ESD στην κλινική πράξη

Παρά τα προφανή οφέλη της, η υιοθέτηση της ESD στις δυτικές χώρες είναι αργή. Αρκετοί σημαντικοί λόγοι για αυτήν την καθυστέρηση επισημαίνονται στον Πίνακα 3. Ωστόσο, κατά την τελευταία δεκαετία, η εμπειρία με την



Εικόνα 5. Τυπική ιστοπαθολογική ανάλυση μετά από εκτομή με ESD.

Ενδοσκοπικό θέμα



ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΟΣ ΔΙΑΤΟΜΗ (ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION-ESD). ΑΝΑΓΚΗ Η ΜΟΔΑ;

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Κριτήρια θεραπευτικής εκτομής μετά από ESD με βάση της οδηγίες της ESGE.

	VM0			VM1
En bloc HM0	R0			R1
	No submucosal invasion	< Cutoff*, L0 & V0, Well moderately differentiated	> Cutoff*, or L1 or V1, or Poorly differentiated	
	Low-risk resection (endoscopic follow-up is enough)		High risk resection (i.e. surgery +/- adjuvant treatment recommended)	High risk resection (i.e. surgery +/- adjuvant treatment recommended)
En bloc HM1c En bloc HM1d Piecemeal	RX			R1
	Local-risk resection (endoscopic follow-up and putative therapy may be possible)		High risk resection (i.e. surgery +/- adjuvant treatment recommended)	High risk resection (i.e. surgery +/- adjuvant treatment recommended)

Notation: VM, vertical margin; HM, horizontal margin; R, resection; L, lymphatic invasion; V, vascular invasion; c, carcinoma; d, dysplasia

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Παράγοντες που εμποδίζουν την ευρεία εφαρμογή ESD (AGA Institute Clinical Practice Update: Endoscopic Submucosal Dissection in the United States. Clinical Gastroenterology and Hepatology. Draganov P, Othman M, Fukami N. 2019; 17:16–25).

A. Υποεκτίμηση του οφέλους της ESD

- Απροθυμία αποδοχής της ανάγκης και ωφέλειας της ESD λόγω μικρής συχνότητας του καρκίνου του στομάχου στη Δύση
- Μεροληψία ογκολόγων και χειρουργών προς χειρουργική εκτομή
- Καθιερωμένα πρότυπα παραπομπής ασθενών με σύνθετες βλάβες πεπτικού από τους ενδοσκόπους προς χειρουργική επέμβαση
- Μεροληψία έμπειρων ενδοσκόπων προς EMR

B. Παράγοντες που σχετίζονται με τη διαδικασία

- Μεγάλη καμπύλη εκμάθησης της ESD
- Η ESD απαιτεί υψηλό επίπεδο εξειδίκευσης για ενδοσκοπική αξιολόγηση και επιλογή της κατάλληλης βλάβης
- Απαιτείται σε βάθος κατανόηση των αρχών των ηλεκτροχειρουργικών διαθερμιών και των μαχαιριδίων
- Χρόνος επέμβασης, κανόνες καταστολής του ασθενούς
- Υψηλότερο ποσοστό επιπλοκών σε σύγκριση με την EMR από μη εξειδικευμένους ενδοσκόπους
- Μη ευρεία διαθεσιμότητα ενδοσκοπίων με οπτική μεγέθυνση
- Έλλειψη κωδικού αποζημίωσης πράξης

Γ. Παράγοντες που σχετίζονται με την εκπαίδευση

- Έλλειψη εξειδικευμένων ενδοσκόπων για ESD πλιν Ασίας
- Έλλειψη προγραμμάτων εκπαίδευσης ESD πλιν Ασίας
- Έλλειψη γαστρικών βλαβών που είναι πιο εύκολο να αφαιρεθούν για την απόκτηση εμπειρίας από νωρίς στην καμπύλη εκμάθησης
- Οι δυτικοί παθολογοανατόμοι δεν είναι συνηθισμένοι και εξειδικευμένοι στην αξιολόγηση των παρασκευασμάτων από ESD



Ενδοσκοπικό θέμα

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΟΣ ΔΙΑΤΟΜΗ

(ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION-ESD). ΑΝΑΓΚΗ Η ΜΟΔΑ;

ESD έχει συσσωρευτεί και στη Δύση, κυρίως σε τριτοβάθμια κέντρα παραπομπής, με δημοσιευμένα δεδομένα ασφάλειας και αποτελεσματικότητας από κέντρα εκτός της Ασίας. Πλέον ο απαραίτητος εξοπλισμός συσκευών και εργαλείων για το ESD είναι εμπορικά διαθέσιμος στη Δύση ενώ οι εξελίξεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό συνέχισαν εμπλουτίζοντας τις ενδοσκοπικές δυνατότητες. Οι πλειοψηφία των ενδοσκοπικών συστημάτων είναι υψηλής ανάλυσης με δυνατότητα επεμβατικής ενδοσκόπησης ώστε να επιτρέπουν αποτελεσματικότερες, ταχύτερες και ασφαλέστερες προχωρημένες τεχνικές όπως η ESD αλλά και άλλες (STER, POEM).

Μεγάλο ρόλο επίσης παίζει η διαρκής πρόσκληση ενδοσκόπων από την Ασία σε διεθνή δυτικά συνέδρια και live demonstrations ώστε η δυτική κοινότητα να εξοικειωθεί με τις νεότερες ενδοσκοπικές τεχνικές. Η ενημέρωση και η προτροπή για έναρξη των προληπτικών ενδοσκοπικών ελέγχων σε μικρότερα ηλικιακά όρια έχει σαν αποτέλεσμα να εντοπίζονται περισσότερες προκαρκινικές βλάβες και πρώιμοι καρκίνοι που μπορεί να αντιμετωπιστούν με ενδοσκοπικές τεχνικές. Οι νεότερες γενιές ενδοσκόπων από τη φύση τους έχουν αγκαλιάσει μια νέα προοπτική στην επεμβατική ενδοσκόπηση, η οποία όμως θα πρέπει να ακολουθείται από αυστηρά πρότυπα ασφάλειας και αποτελεσματικότητας με μεγάλη αφοσίωση στην εκπαίδευση.

Πολλές φορές η ESD δέχεται από τη γαστρεντερολογική κοινότητα την κριτική μια πολύωρης, επικίνδυνης και δαπανηρής επέμβασης σε σχέση με την EMR και την χειρουργική θεραπεία. Η ESD πράγματι μπορεί να διαρκέσει αρκετές ώρες ανάλογα με τη βλάβη και το όργανο με αρκετό υλικό κόστος. Ωστόσο τυπικά μια νοσηλεία της δεν ξεπερνά τις 1-2 ημέρες (μπορεί ο ασθενής να εξέλθει και αυθημερόν) με ελάχιστη μεταεπεμβατική νοσηρότητα σε σχέση με ένα χειρουργείο, ενώ οι άμεσες επιπλοκές της είναι σχεδόν πάντα διαχειρίσιμες κατά τη διάρκεια της επέμβασης χωρίς συνέπειες για τον ασθενή. Η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας της ESD έναντι της χειρουργικής θεραπείας μένει πλέον να αναδειχθεί

σε πολυκεντρικές μελέτες κάτι που στην κλινική πράξη αποδέχεται πλέον και η χειρουργική κοινότητα. Στο ερώτημα του τίτλου ανάγκη ή μόδα, η ESD είναι μια αναγκαία πλέον μέθοδος, εφόσον ακολουθούνται συγκεκριμένες ενδείξεις και υφίστανται βασικές τεχνικές προϋποθέσεις ασφάλειας για τον ασθενή.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Gotoda T. Endoscopic resection of early gastric cancer. *Gastric Cancer* 2007; 10:1–11.
2. Draganov P, Wang A, Othman M, Fukami N. AGA Institute Clinical Practice Update: Endoscopic Submucosal Dissection in the United States. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2019; 17:16–25.
3. Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M, Ponchon T, et al. Endoscopic submucosal dissection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy* 2015; 47:829–854.
4. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4). *Gastric Cancer* 2017; 20:1–19.
5. Bourke MJ, Neuhaus H, Bergman JJ. Endoscopic submucosal dissection: indications and application in Western endoscopy practice. *Gastroenterology* 2018; 154:1887–1900 e5.
6. Saito Y, Yamada M, So E et al. Colorectal endoscopic submucosal dissection: Technical advantages compared to endoscopic mucosal resection and minimally invasive surgery. *Dig Endosc* 2014; 26: 52 – 61
7. Oyama T, Yahagi N, Ponchon T, et al. How to establish endoscopic submucosal dissection in Western countries. *World J Gastroenterol* 2015;21:11209–11220.
8. Kato M, Gromski M, Jung Y et al. The learning curve for endoscopic submucosal dissection in an established experimental setting. *Surg Endosc* 2013; 27: 154 – 161
9. Draganov PV, Chang M, Coman RM, et al. Role of observation of live cases done by Japanese experts in the acquisition of ESD skills by a western endoscopist. *World J Gastroenterol* 2014; 20:4675–4680.
10. Bhatt A, Abe S, Kumaravel A, et al. Indications and techniques for endoscopic submucosal dissection. *Am J Gastroenterol* 2015; 110:784–791.

Κλινικό θέμα

ΛΗΚΥΘΙΤΙΔΑ (POUCHITIS): ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Ο ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ;



Θεόδωρος Εμμανουήλ, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Τι είναι ληκυθίτιδα (pouchitis);

Στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ), η οποία αποδεικνύεται ανθεκτική στη συντηρητική αγωγή ή στην περίπτωση που αυτοί αναπτύσσουν κατά τη διάρκεια της νόσου δυσπλασία ή καρκίνο, καθώς και στους ασθενείς με οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση (FAP) η θεραπεία εκλογής είναι η ολική κολεκτομή με ειλεο-ληκυθοπρωκτική αναστόμωση (IPAA) και σχηματισμό νεοληκύθου από λεπτό έντερο (pouch). Η επέμβαση αυτή διενεργείται επιλέγοντας μεταξύ δύο τεχνικών. Στην πρώτη περίπτωση αφαιρείται εξολοκλήρου το παχύ έντερο και καθηλώνεται η νεολήκυθος (pouch) επί του πρωκτικού δακτυλίου και η τεχνική λέγεται βλεννογονεκτομή. Στη δεύτερη περίπτωση, που φαίνεται ότι επικρατεί σήμερα, η νεολήκυθος συρράπτεται με τη βοήθεια κυκλικού αναστομωτήρα σε ένα μικρό ορθικό κολόβωμα (cuff) μεγίστου μήκους 3εκ και η τεχνική ονομάζεται τεχνική του διπλού συρραπτικού. Μια από τις συχνότερες επιπλοκές της κατάστασης αυτής είναι η φλεγμονή της νεοληκύθου (pouchitis), που συμβαίνει περίπου στους μισούς ασθενείς μέσα στην πρώτη πενταετία μετά το χειρουργείο.

Παθογένεια ληκυθίτιδας

Η συγκεκριμένη φλεγμονή, αν και συμβαίνει σε όλους τους προαναφερόμενους ασθενείς (ΕΚ & FAP), κατά κανόνα συναντάται σε αυτούς που χειρουργήθηκαν με την ένδειξη της ανθεκτικής κολίτιδας και όχι τόσο συχνά σε αυτούς με FAP. Αυτό προφανώς σημαίνει ότι δεν οφείλεται σε τεχνική αστοχία κατά την επέμβαση, παρά σε πιθανή ανοσολογική διαταραχή του ασθενούς με την ΕΚ. Πιο συγκεκριμένα στην περίπτωση της ιδιοπαθούς ληκυθίτιδας, όπου δε βρίσκεται σαφής αιτιολογικός παράγοντας και ξεκάθαρος παθογενετικός μηχανισμός, γενικά επικρατεί η άποψη ότι η δυσβίωση οδηγεί σε διαταραγμένη ανοσολογική απόκριση του βλεννογόνου της ληκύθου.

Διάγνωση ληκυθίτιδας

Οι ασθενείς με ληκυθίτιδα μπορούν να ταξινομηθούν είτε με βάση τη διάρκεια της φλεγμονής σε οξεία, χρόνια

(με όριο τις 4 εβδομάδες) και σε υποτροπιάζουσα είτε με βάση την δραστηριότητα της νόσου σε ύφεση, σε ήπια ή σοβαρή ληκυθίτιδα. Τέλος υπάρχει και ταξινόμηση με βάση την αιτιολογία (πίνακας 1) σε ιδιοπαθή, όταν δεν ανευρίσκεται κάποιος γνωστός αιτιολογικός-παθογενετικός παράγοντας είτε σε δευτεροπαθή (30% των περιπτώσεων). Η διάγνωση της ληκυθίτιδας βασίζεται τόσο στην κλινική εικόνα όσο και σε ενδοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα. Ειδικότερα σε σχέση με την κλινική εικόνα της ληκυθίτιδας εμφανίζεται με μια πληθώρα συμπτωμάτων, όπως η αυξημένη συχνότητα κενώσεων, τα κωλικοειδή άλγη, ο τεινεσμός, η έπείξη προς αφόδευση, η ακράτεια και σπανιότερα οι αιμορραγικές κενώσεις και ο πυρετός σε σοβαρότερες καταστάσεις. Τις περισσότερες φορές απαιτείται ενδοσκοπική επιβεβαίωση κατά την οποία ανευρίσκονται οίδημα του βλεννογόνου, μικροκοκκίωση, απώλεια του αγγειακού δικτύου, αυτόματη ή προκλητή ευθρυπτότητα και εξελκώσεις.

Για τη διάγνωση και αξιολόγηση της σοβαρότητας της ληκυθίτιδας έχουν επικρατήσει διάφορα συστήματα αξιολόγησης με επικρατέστερο το PDAI (Pouchitis Disease Activity Index), που έχουν ευρεία εφαρμογή στις κλινικές μελέτες. Πιο συγκεκριμένα, ο δείκτης PDAI αποτελεί ένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Ταξινόμηση ληκυθίτιδας με βάση την αιτιολογία (Zezos P et al, World J Gastroenterol. 2015).

Idiopathic pouchitis
Secondary pouchitis
Infectious
Bacterial pathogens
<i>Clostridium difficile</i> , <i>Campylobacter jejuni</i> , <i>Salmonella typhi</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>Pseudomonas</i> , others
Fungi: <i>Candida</i>
Viruses: CMV
Ischemic
NSAID-associated
Collagenous
Autoimmune-associated
Crohn's disease-associated
Other diagnoses
Cuffitis
Irritable pouch syndrome

NSAID: Non-steroidal anti-inflammatory drug.



Κλινικό θέμα

ΛΗΚΥΘΙΤΙΔΑ (POUCHITIS):

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Ο ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ;

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. PDAI score (Pouchitis Disease Activity Index) (Zezos P et al, World J Gastroenterol. 2015).

Variable	Score
1. Clinical criteria	
Postoperative stool frequency	
Usual stool frequency	0
One to two stools/day more than is postoperatively usual	1
Three or more stools/day than is postoperatively usual	2
Rectal bleeding	
None or rare	0
Present daily	1
Faecal urgency or abdominal cramping	
None	0
Occasional	1
Usual	2
Fever (temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$)	
No	0
Yes	1
2. Endoscopic criteria	
Oedema	1
Granularity	1
Friability	1
Loss of vascular pattern	1
Mucosal exudate	1
Ulcerations	1
3. Histological criteria	
Polymorphonuclear infiltration	
Mild	1
Moderate and crypt abscess	2
Severe and crypt abscess	3
Ulceration due to a field with low increase	
< 25%	1
25–50%	2
> 50%	3

Pouchitis is defined as Pouchitis Disease Activity Index ≥ 7 .

δείκτη που αντικειμενοποιεί τη ληκυθίτιδα λαμβάνοντας υπόψιν κλινικά, ενδοσκοπικά και ιστολογικά κριτήρια. Το άθροισμα των μονάδων που καταγράφονται λαμβάνοντας υπόψιν τη σοβαρότητα των επιμέρους κριτηρίων, έχει ανώτατο όριο το 19. Όταν το άθροισμα αυτό υπερβαίνει το 7, τίθεται η διάγνωση της οξείας ληκυθίτιδας.

Αντίθετα, στην κλινική πράξη η ενδοσκόπηση της ληκύθου είναι αυτή που ουσιαστικά βάζει την ακριβή διάγνωση και αξιολογεί τη σοβαρότητα της κατάστασης σε επίπεδο φλεγμονής του βλεννογόνου της ληκύθου.

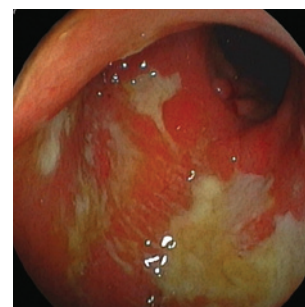
Σε περίπτωση ανθεκτικής ληκυθίτιδας, δηλαδή αυτής

που δεν ανταποκρίνεται στα αντιβιοτικά, άλλες εξετάσεις, όπως η απεικόνιση της κοιλίας-πυέλου με αξονική/μαγνητική τομογραφία/ληκυθογράφημα καθώς και διάφορες ορολογικές/μικροβιολογικές εξετάσεις για εξειδικευμένους λοιμώδεις παράγοντες μπορεί να συνεισφέρουν στην ακριβή διάγνωση.

Διαφορική διάγνωση δευτεροπαθούς ληκυθίτιδας με βάση την αιτία

Με βάση την ανεύρεση ή όχι γνωστού παθογενετικού-αιτιολογικού παράγοντα μπορεί να έχουμε δύο μορφές ληκυθίτιδας, όπως προαναφέρθηκε, την ιδιοπαθή μορφή και τη δευτεροπαθή μορφή. Πιο συγκεκριμένα, η δευτερογενής μορφή ενδέχεται να οφείλεται σε γνωστό αιτιολογικό παράγοντα (λοιμώδεις παράγοντες, όπως ο κυτταρομεγαλοϊός – Εικόνα 1, ισχαιμία, φλεγμονή που επάγεται από την κατάχρηση φαρμάκων, κυρίως ΜΣΑΦ), μικροσκοπική (κολλαγονική) κολίτιδα, φλεγμονή που σχετίζεται με αυτοανοσία (PSC, IgG4) ή φλεγμονή που να οφείλεται σε νόσο Crohn. Επιπρόσθετα, όταν η τεχνική της κολεκτομής είναι της μορφής του διπλού συρραπτικού (double stapling) μπορεί η κλινική εικόνα να αποδοθεί λανθασμένα σε φλεγμονή της ληκύθου, ενώ στην πραγματικότητα πρόκειται για φλεγμονή του ορθικού κολοβώματος (cuffitis). Τέλος, δεν πρέπει να διαφεύγει από τη διαφορική διάγνωση και η περίπτωση του συνδρόμου ευερεθίστου ληκύθου κατ'αναλογία με το σύνδρομο ευερεθίστου εντέρου.

Γενικότερα, πρέπει να γνωρίζουμε ότι τα συμπτώματα της ληκυθίτιδας, που προαναφέρθηκαν είναι μη ειδικά



Εικόνα 1.

Κλινικό θέμα

ΛΗΚΥΘΙΤΙΔΑ (POUCHITIS): ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Ο ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ;



και πολλές φορές η σοβαρότητά τους δε συμβαδίζει με τη σοβαρότητα των ενδοσκοπικών και ιστολογικών ευρημάτων.

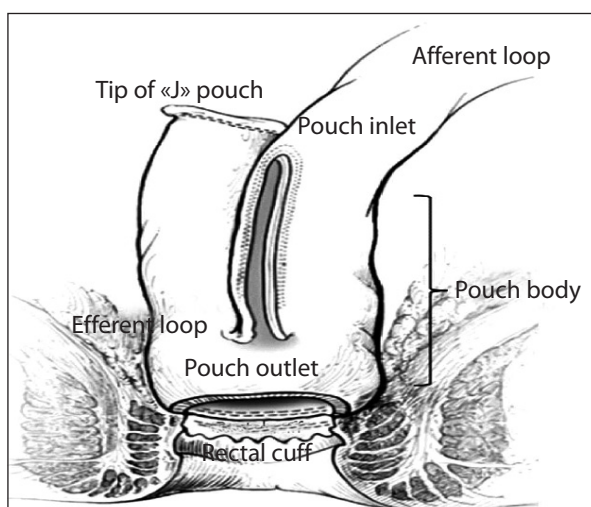
Ενδοσκόπηση ληκύθου (ληκυθοσκόπηση)

Παρά το γεγονός ότι η παρουσία ολοένα και πιο αποτελεσματικών παραγόντων για την αντιμετώπιση της ΕΚ φαίνεται ότι μειώνει τον αριθμό των ολικών κολεκτομών, ο σύγχρονος Γαστρεντερολόγος πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει επαρκώς την ειδική αυτή ομάδα ασθενών. Προς την κατεύθυνση αυτή βασικότερο εργαλείο αποτελεί η ενδοσκόπηση της ληκύθου (ληκυθοσκόπηση, pouchoscopy). Κατά την ενδοσκόπηση είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε και να εκτιμήσουμε ξεχωριστά τα διάφορα τμήματα της ληκύθου (την έξοδο, το σώμα της ληκύθου, την προσιούσα έλικα, το τυφλό άκρο στο J pouch, την είσοδο, την αποιούσα έλικα, τη γραμμή συρραφής, τη ζώνη μετάπτωσης μεταξύ πλακώδους επιθηλίου του πρωκτού και κυλινδρικού επιθηλίου του λεπτού εντέρου, ή του κυλινδρικού επιθηλίου του ορθικού κολοβώματος (cuff). Βλέπε σχήμα 1.

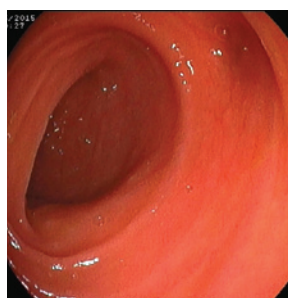
Ο ενδοσκόπος πρέπει να καταγράψει πληροφορίες σχετικά με την ανατομική κατασκευή του pouch, την

κατάσταση της πιθανής φλεγμονής, τη σοβαρότητα της φλεγμονής και την τοπογραφική κατανομή της φλεγμονής (στην προσιούσα έλικα, στο ορθικό κολόβωμα). Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να καταγραφούν πιθανό οίδημα, ευθρυπτότητα ή αυτόματη αιμορραγία, διαβρώσεις-εξελκώσεις και σε περίπτωση στένωσης το σημείο της στένωσης και τέλος η πιθανή παρουσία συριγγίων ή φλεγμονωδών πολυπόδων.

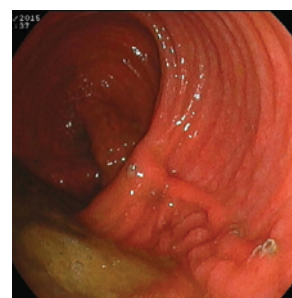
Γενικότερα πρέπει να γνωρίζουμε, ότι η παρουσία ήπιας ερυθρότητας και οιδήματος του βλεννογόνου της νεοληκύθου θεωρείται ότι βρίσκεται εντός φυσιολογικού (Εικόνα 2 – φυσιολογική εικόνα προσιούσας έλικας μετά από κολεκτομή σε ασθενή με FAP, Εικόνα 3– φυσιολογική εικόνα σώματος ληκύθου μετά κολεκτομή σε ασθενή με ελκώδη κολίτιδα). Αντίθετα, η ενδοσκοπική εικόνα ενεργού φλεγμονής προσομοιάζει με αυτή της έξαρσης της ελκώδους κολίτιδας με οίδημα, ερυθρότητα, βλεννοπυώδες εξίδρωμα και επιμήκη βαθέα έλκη. Επί ανθεκτικής χρονίας ληκυθίτιδας, είναι δυνατόν να ανευρεθούν και ψευδοπολύποδες στη λήκυθο (Εικόνα 4).



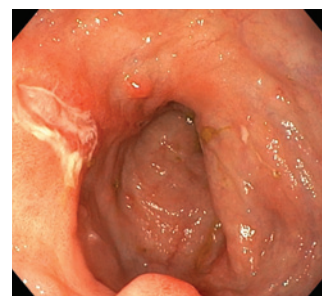
Σχήμα 1. Ανατομία της ληκύθου (Cima RR et al, Arch Surg 2005).



Εικόνα 2.



Εικόνα 3.



Εικόνα 4.



Κλινικό θέμα

ΛΗΚΥΘΙΤΙΔΑ (ROUCHITIS):

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Ο ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ;

Φυσικά, η χρήση της ενδοσκόπησης δεν περιορίζεται μόνο στη διάγνωση, αλλά και σε θεραπευτικές παρεμβάσεις (διαστολή στενώσεων, σύγκλειση συριγγίων κλπ) σε περίπτωση παρουσίας ανατομικής βλάβης.

Διαφορική διάγνωση με τη βοήθεια της ενδοσκόπησης

Σχετικά με τη **διαφορική διάγνωση** με βάση την ενδοσκόπηση πρέπει να γνωρίζουμε τα ακόλουθα:

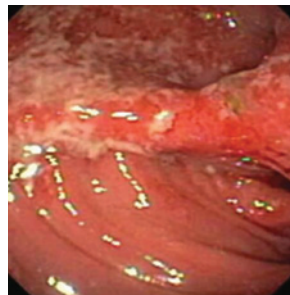
- σε περίπτωση φλεγμονής από *Clostridium difficile* (CDI) η ενδοσκοπική και ιστολογική εικόνα με τις χαρακτηριστικές ψευδομεμβράνες συνήθως απουσιάζει, αλλά συνήθως υπάρχει έντονο οίδημα, ερυθρότητα και επιμήκη βαθέα έλκη.
- σε περίπτωση φλεγμονής επαγόμενη από ανοσολογική διέγερση (σχετιζόμενη με PSC, σχετιζόμενη με IgG4) αναγνωρίζεται έντονη διάχυτη φλεγμονή στο σώμα της ληκύθου που συνεχεται με φλεγμονή στην προσιούσα έλικα.
- σε περίπτωση ισχαιμικής βλάβης της ληκύθου υπάρχει ασυμμετρία στην κατανομή της φλεγμονής στο σώμα της ληκύθου και πιο συγκεκριμένα εντοπίζεται κυρίως στην αποιούσα έλικα, δηλαδή στο τυφλό άκρο της ληκύθου, αφήνοντας εντελώς άθικτο το βλεννογόνο της προσιούσας έλικας, πράγμα που διαχωρίζεται ευκρινώς (Εικόνα 5).
- σε ασθενείς με νόσο Crohn στη λήκυθο αναγνωρίζονται τμηματικές βλάβες είτε στο σώμα είτε στην προσιούσα έλικα, στενώσεις είτε στην είσοδο (Εικόνα 6 και 9) ή στην έξοδο της ληκύθου και τέλος πολλαπλές στενώσεις κεντρικότερα στον ειλεό ή στη νήστιδα, επιπλεγμένα συρίγγια (περιληκυθικά, ληκυθοκολπικά-Εικόνα 8, ληκυθοκυστικά) ή ευρήματα πυορροούντος αποκτήματος (Εικόνα 7).
- σε ασθενείς με ειλεΐτιδα που επάγεται από ΜΣΑΦ αναγνωρίζονται βλάβες που επίσης είναι τμηματικές και μπορεί να εκτείνονται κεντρικότερα από την είσοδο της ληκύθου.
- Τέλος, στην περίπτωση φλεγμονής του ορθικού κο-

λοβώματος (cuff) η φλεγμονή περιορίζεται μόνο στην περιοχή αυτή (cuffitis), ενώ το σώμα και η προσιούσα έλικα είναι εντός φυσιολογικών ορίων ή σχεδόν φυσιολογικά με μόλις υποσημαινόμενη φλεγμονή.

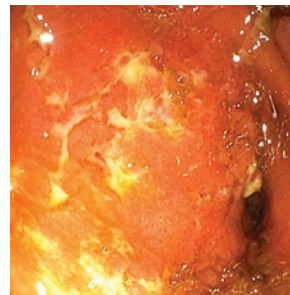
Στο σχήμα 2 προτείνεται ο αλγόριθμος της διαγνωστικής προσέγγισης των ασθενών, οι οποίοι παρουσιάζουν συμπτώματα ληκυθίτιδας μετά από ολική κολεκτομή.

Θεραπεία

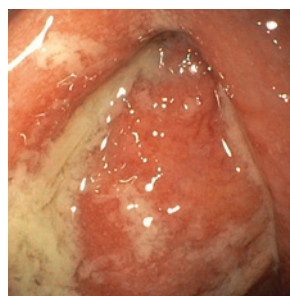
Στους ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με ολική κολεκτομή και ειλεοληκυθοπρωκτική αναστόμωση



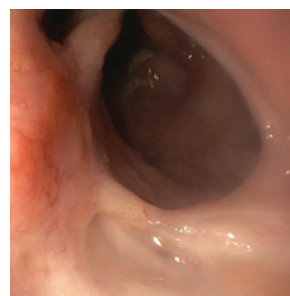
Εικόνα 5.



Εικόνα 6.



Εικόνα 7.



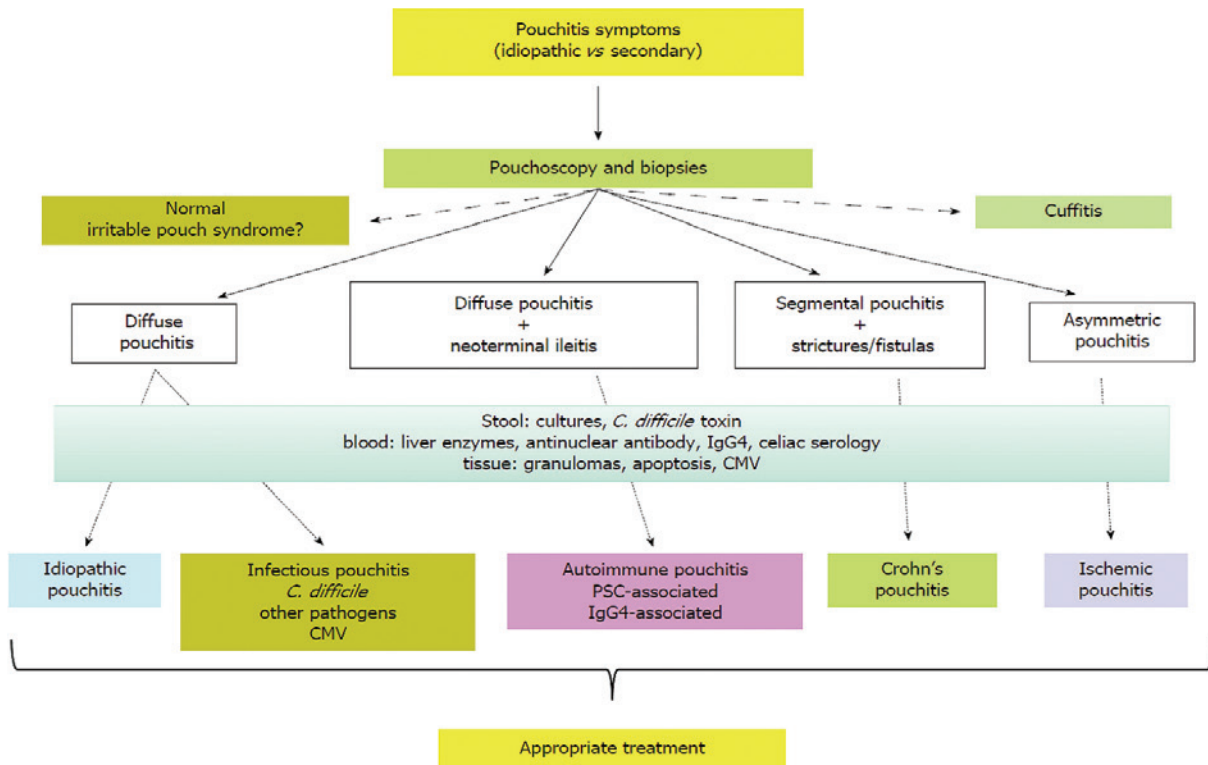
Εικόνα 8.



Εικόνα 9.

Κλινικό θέμα

ΛΗΚΥΘΙΤΙΔΑ (POUCHITIS): ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Ο ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ;



Σχήμα 2. Διαγνωστικός αλγόριθμος (Shen B. et al, Clin Gastroenterol Hepatol. 2013).

(IPAA) και παρουσιάζουν το πρώτο επεισόδιο ληκυθίτιδας, η εμπειρική χορήγηση συνδυασμού αντιβιοτικών με σιπροφλοξασίνη και μετρονιδαζόλη συνήθως οδηγεί σε καλά αποτελέσματα. Στις μισές περίπου περιπτώσεις (40%) θα εμφανιστεί ένα μόνο επεισόδιο, αλλά στην πλειονότητα (60%) θα υπάρχουν συχνές υποτροπές μετά το πρώτο επεισόδιο μέσα σε λίγο διάστημα, ενώ τέλος από αυτούς που θα υποτροπιάσουν το 20-30% θα εμφανίσει πολλαπλές υποτροπές και ανθεκτική ληκυθίτιδα. Γενικότερα, αν και στους ασθενείς αυτούς η εμπειρική χρήση αντιβιοτικών μετά πρώτο επεισόδιο θα οδηγήσει σε άμεση εντυπωσιακή υποχώρηση της κλινικής εικόνας είναι στην πράξη ορθό να υποβάλλεται ο ασθενής σε ενδοσκόπηση και λήψη ιστολογικού υλικού προκειμένου να υπάρχει πιο στοχευμένη αντιμετώπιση.

Η θεραπεία της ληκυθίτιδας περικλείεται σε τέσσερις άξονες: πρωτογενής πρόληψη προτού καν εμφανιστεί το πρώτο επεισόδιο, θεραπεία της οξείας ληκυθίτιδας, δευτε-

ρογενής πρόληψη των υποτροπών και θεραπεία της χρόνιας ληκυθίτιδας που είναι ανθεκτική σε αντιβιοτικά. Τέλος, υπάρχει και η θεραπεία της δευτερογενούς ληκυθίτιδας, που επικεντρώνεται στη στοχευμένη θεραπεία ανάλογα με τον αιτιολογικό παράγοντα που κάθε φορά την προκάλεσε.

1. Πρωτογενής πρόληψη πριν το πρώτο επεισόδιο ληκυθίτιδας

Τόσο η κατασκευή της ληκύθου κατά το χειρουργείο, όσο και οι διαιτητικές συνήθειες αμέσως μετά τη σύγκλειση της προστατευτικής ειλεοστομίας, φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη του πρώτου επεισοδίου. Έχει αναφερθεί ότι τόσο η προσεκτική ανάκτηση σωματικού βάρους, όσο και η χρήση γενικά αντιοξειδωτικών ουσιών, όπως οι βιταμίνες Α και C και προβιοτικών ότι βοηθούν προς αυτή την κατεύθυνση.

2. Θεραπεία οξείας ιδιοπαθούς ληκυθίτιδας

Η θεραπεία στην οξεία ληκυθίτιδα βασίζεται στη



Κλινικό θέμα

ΛΗΚΥΘΙΤΙΔΑ (POUCHITIS):

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Ο ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ;

χορήγηση αντιβιοτικών είτε μετρονιδαζόλης σε δόση 15-20mg/kg/ημέρα είτε σιπροφλοξασίνης σε δόση 1mg /ημέρα για δύο εβδομάδες. Επίσης η χορήγηση προβιοτικών, όπως για παράδειγμα το VSL #3 σε υψηλές δόσεις μπορεί να έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Θεωρείται δεδομένο ότι σε περίπτωση μη ανταπόκρισης σε αυτή τη θεραπεία, ειδικά εάν βρισκόμαστε σε περίοδο πολύ κοντά στη χειρουργική επέμβαση, τότε θα πρέπει να σκεφτούμε και άλλες καταστάσεις που σχετίζονται άμεσα με το χειρουργείο, όπως η πιθανή διαφυγή από την αναστόμωση.

3. Δευτερογενής πρόληψη υποτροπιάζουσας ληκυθίτιδας

Μετά το πρώτο επεισόδιο ληκυθίτιδας που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με αντιβιοτικά, έχει αποδειχτεί ότι η μακροχρόνια χορήγηση προβιοτικών (VSL #3) διατηρεί το αποτέλεσμα της ύφεσης σε πολύ μεγάλο βαθμό (85%

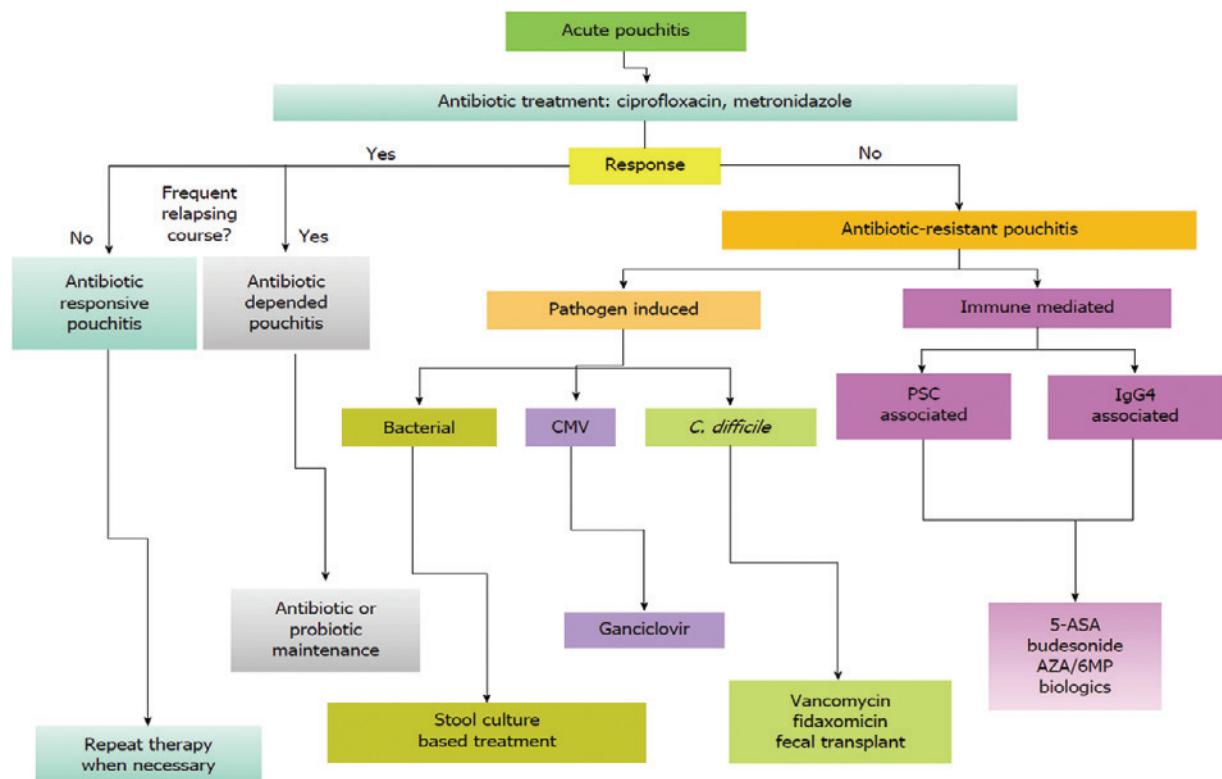
των περιπτώσεων). Εναλλακτικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η ριφαξιμίνη με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

4. Θεραπεία χρόνιας ληκυθίτιδας ανθεκτικής σε αντιβιοτικά

Στην περίπτωση αυτή απαιτείται η μακροχρόνια χορήγηση συνδυασμού αντιβιοτικών όπως σιπροφλοξασίνης και ριφαξιμίνης, σιπροφλοξασίνης και μετρονιδαζόλης και σιπροφλοξασίνης και τινιδαζόλης. Εντούτοις, στις περισσότερες περιπτώσεις είναι φρόνιμη η πιο στοχευμένη αντιμετώπιση με καλλιέργεια κοπράνων και αντιβιογράμμα, αλλά φυσικά σε αυτές τις δύσκολες περιπτώσεις θα πρέπει να σκεφτόμαστε και προς την κατεύθυνση της δευτερογενούς ληκυθίτιδας που οφείλεται σε άλλα αίτια, όπως περιγράφηκαν ανωτέρω.

5. Θεραπεία δευτερογενούς ληκυθίτιδας

Σε περίπτωση δευτερογενούς ληκυθίτιδας πρέπει να τεθεί η κατάλληλη αγωγή ανά περίπτωση, αφού πρώτα



Σχήμα 3. Θεραπευτικός αλγόριθμος (Shen B. et al, Clin Gastroenterol Hepatol. 2013).

Κλινικό θέμα

ΛΗΚΥΘΙΤΙΔΑ (POUCHITIS): ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Ο ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ;



τεκμηριωθεί η σωστή διάγνωση. Πιο συγκεκριμένα για την ληκυθίτιδα από *Clostridium difficile* συνιστάται η χορήγηση βανκομυκίνης και τελευταία φινταξομυκίνης και μεταμόχευση κοπράνων. Για τη **CMV ληκυθίτιδα** συνιστάται η χορήγηση γκανσικλοβίρης, για την επαγόμενη από ΜΣΑΦ η αποχή από τα φάρμακα και η κατά περίπτωση χορήγηση παρακεταμόλης ή σουλφασαλαζίνης. Για την ισχαιμική ληκυθίτιδα συνιστάται η χορήγηση αλλοπουρινόλης και σε περίπτωση αυτοάνοσης κατάστασης ή νόσου του Crohn η χορήγηση κορτικοειδών (βουδεσονίδης, πρεδνιζολόνης), ανοσοκατασταλτικών (αζαθειοπρίνης) ή anti-TNF (infliximab, adalimumab). Ειδικότερα για τη νόσο Crohn, εκτός από τους βιολογικούς παράγοντες, σημαντικό ρόλο όπως προαναφέρθηκε παίζει και η επεμβατική ενδοσκόπηση της ληκύθου για την αντιμετώπιση επιπλοκών από τη νόσο (στενώσεις, αποστήματα, συρίγγια).

Τέλος, εάν η λήκυθος βρίσκεται σε καλή κατάσταση, αλλά υπάρχει φλεγμονή στο ορθικό κολόβωμα (cuff), η αντιμετώπιση γίνεται με τη χρήση τοπικών μέσων (μεσαλαζίνη, κορτικοειδή), ενώ η περίπτωση της ευερεθίστου ληκύθου αντιμετωπίζεται κατά αναλογία με το σύνδρομο ευερεθίστου εντέρου (αντιδιαρροϊκά, αντισπασμωδικά, τρικλυκλικά αντικαταθλιπτικά).

Ο σκοπός όλων των ανωτέρω είναι η βλεννογονική επούλωση, ώστε να διατηρήσουμε τη νεολήκυθο και να μην οδηγηθούμε σε ανεπάρκεια αυτής με τελικό αποτέλεσμα την εκτομή της και την κατασκευή τελικής ειλεοστομίας. Στο σχήμα 3 περιγράφονται τα θεραπευτικά στάδια που ακολουθούμε για την αιτιολογική αντιμετώπιση ασθενούς με οξεία ληκυθίτιδα.

Συμπερασματικά, φαίνεται, ότι η «ληκυθίτιδα» αντιπροσωπεύει ένα ευρύ φάσμα φλεγμονωδών και μη φλεγμονωδών διαταραχών με διαφορετικό παθογενετικό μηχανισμό, διαφορετική κλινική εικόνα, εξέλιξη, πρόγνωση και θεραπεία. Είναι λοιπόν υψηλής σημασίας να οδηγούμαστε κάθε φορά στην ακριβή διάγνωση με σκοπό τη βελτιστοποίηση της θεραπευτικής αντιμετώπισης αυτής της δύσκολης ομάδας ασθενών.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Manuel Barreiro-de Acosta , Iria Bastón-Rey , Cristina Calviño-Suárez , J Enrique Domínguez-Muñoz Pouchitis: Treatment dilemmas at different stages of the disease. *United European Gastroenterol J*. 2020 Apr; 8(3):256-262. doi: 10.1177/2050640619900571. Epub 2020 Jan 13.
2. Nguyen N, Zhang B, Holubar SD, Pardi DS, Singh S. Treatment and prevention of pouchitis after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;11(11):CD001176. Published 2019 Nov 30. doi:10.1002/14651858.CD001176.pub5.
3. Dalal RL, Shen B, Schwartz DA. Management of Pouchitis and Other Common Complications of the Pouch. *Inflamm Bowel Dis*. 2018 Apr 23; 24(5):989-996. doi: 10.1093/ibd/izy020.
4. Steinhart AH, Ben-Bassat O. Pouchitis: a practical guide. *Frontline Gastroenterol*. 2013; 4(3):198-204. doi:10.1136/flgastro-2012-100171.
5. Ardalan ZS, Sparrow MP. A Personalized Approach to Managing Patients With an Ileal Pouch-Anal Anastomosis. *Front Med (Lausanne)*. 2020;6:337. Published 2020 Jan 29. doi:10.3389/fmed.2019.00337.
6. Hata K, Ishihara S, Nozawa H, et al. Pouchitis after ileal pouch-anal anastomosis in ulcerative colitis: Diagnosis, management, risk factors, and incidence. *Dig Endosc*. 2017;29(1):26-34. doi:10.1111/den.12744.
7. Schieffer KM, Williams ED, Yochum GS, Koltun WA. Review article: the pathogenesis of pouchitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016;44(8):817-835. doi:10.1111/apt.13780.
8. Shen B, Plesec TP, Remer E, et al. Asymmetric endoscopic inflammation of the ileal pouch: a sign of ischemic pouchitis?. *Inflamm Bowel Dis*. 2010;16(5):836-846. doi:10.1002/ibd.21129.
9. Navaneethan U, Shen B. Secondary pouchitis: those with identifiable etiopathogenetic or triggering factors. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(1):51-64. doi:10.1038/ajg.2009.530.
10. Zazos P, Saibil F. Inflammatory pouch disease: The spectrum of pouchitis. *World J Gastroenterol*. 2015;21(29):8739-8752. doi:10.3748/wjg.v21.i29.8739.
11. Shen B. Pouchitis: what every gastroenterologist needs to know. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013; 11(12):1538-1549. doi:10.1016/j.cgh.2013.03.033.



Η Γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΛΥΠΩΔΩΝ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΑ ΝΕΥΡΩΝΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ

Αθανάσιος Σιούλας, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Είναι ευρέως γνωστό πως ο προσυμπτωματικός έλεγχος του παχέος εντέρου με κολονοσκόπηση συμβάλλει στη μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας από ορθοκολικό καρκίνο μέσω του εντοπισμού και της αφαίρεσης πολύποδων. Η ακριβής διάκριση των τελευταίων σε υπερπλαστικούς και αδενώματα είναι καίριας σημασίας, αφού είναι δυνατό να αλλάξει τον τρόπο αντιμετώπισής τους και να μειώσει το κόστος που προκύπτει από αχρείαστες πολυεκτομές και ιστολογικές εξετάσεις. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται ευρέως τεχνολογίες εικονικής χρωμοενδοσκόπησης, που παρά την ανάπτυξη διαφόρων συστημάτων ταξινόμησης, διατηρούν την υποκειμενικότητά τους.

Η σύγχρονη βιβλιογραφία βρίθει μελετών σχετικών με την εφαρμογή Τεχνητών Νευρωνικών Δικτύων (ΤΝΔ) σε διάφορους τομείς της ενδοσκόπησης του πεπτικού συστήματος. Τα ΤΝΔ συνιστούν εργαλεία της τεχνητής νοημοσύνης (ΤΝ) και αποτελούνται από μεγάλο αριθμό διασυνδεδεμένων μεταξύ τους υπολογιστικών κόμβων (νευρώνων) που μετά από ειδική «εκπαίδευση» συνεργάζονται προς επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων που τους τίθενται. Κάθε νευρώνας δέχεται συγκεκριμένο αριθμό δεδομένων (είσοδοι) τα οποία επεξεργάζεται βάσει της «εκπαίδευσης» που έχει προηγουμένως λάβει και τελικά αποδίδει το αποτέλεσμα (έξοδος).

Πολύ πρόσφατα ερευνητές από την Ιαπωνία ανέπτυξαν και μελέτησαν την επίδοση ενός ΤΝΔ στην ανίχνευση και ακριβή ταξινόμηση πολύποδων του παχέος εντέρου. Το ΤΝΔ εκπαιδεύτηκε αρχικά χρησιμοποιώντας 16418 εικόνες από 4752 πολύποδες και 4013 εικόνες από φυσιολογικό ορθοκολικό βλεννογόνο. Ακολούθως,

αξιολογήθηκε η επίδοσή του σε 7077 κολονοσκοπικές εικόνες που συμπεριελάμβαναν 1172 εικόνες πολύποδων από 309 τύπους πολύποδων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το εκπαιδευμένο ΤΝΔ ανίχνευσε 1246 πολύποδες (ευαισθησία: 92%, θετική προγνωστική αξία: 86%). Η ευαισθησία και η θετική προγνωστική αξία για τις εικόνες λευκού φωτός και με narrow band imaging ήταν 90 και 83% και 97 και 98%, αντίστοιχα. Μάλιστα, το ΤΝΔ ταξινόμησε σωστά το 83% από τους συνολικά ανευρεθέντες πολύποδες.

Βεβαίως, η εν λόγω μελέτη έχει αρκετούς περιορισμούς, όπως είναι ο αναδρομικός σχεδιασμός της, η συμμετοχή ενός μόνο κέντρου, η ύπαρξη σφαλμάτων επιλογής (selection biases) στις εικόνες εκπαίδευσης του συστήματος και η χρήση μόνο «ακίνητων» εικόνων. Σε κάθε περίπτωση είναι αναγκαία η διενέργεια μεγάλων τυχαιοποιημένων μελετών, ώστε οι εφαρμογές της τεχνητής νοημοσύνης να βρουν τη θέση τους στην καθ' ημέρα κλινική πρακτική.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Wang P, Liu X, Berzin TM et al. Effect of a deep-learning computer-aided detection system on adenoma detection during colonoscopy (CADE-DB trial): a double-blind randomised study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2020; 5: 343-351.
2. Ozawa T, Ishihara S, Fujishiro M et al. Automated endoscopic detection and classification of colorectal polyps using convolutional neural networks. *Therap Adv Gastroenterol*. 2020; 13: 1756284820910659.

How to do it

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑΣ (PEG)

Πέτρος Τζαφέστας, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα



Εισαγωγή

Η διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία (PEG) περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Gauderer το 1980, είναι μια μέθοδος τοποθέτησης σωλήνα στο στομάχι διαδερμικά, με τη βοήθεια γαστροσκόπησης. Οι παραλλαγές της τεχνικής περιλαμβάνουν τις μεθόδους pull (Ponsky), push (Sachs-Vine), εισαγωγέας (Russell) και Versa (T-fastener). Περιγράφηκε επίσης τοποθέτηση σωλήνων PEG με βρογχοσκόπιο. Από αυτά, η τοποθέτηση γαστροστομίας έλξεως (pull) είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη και με αυτήν θα ασχοληθούμε στη συνέχεια.

Ενδείξεις

Οι δύο κύριες ενδείξεις για την τοποθέτηση σωλήνων PEG είναι οι εξής:

- Εντερική πρόσβαση για σίτιση
- Αποσυμπίεση του εντέρου

Οι ασθενείς που δεν μπορούν να μεταφέρουν την τροφή από το στόμα τους στο στομάχι τους είναι αυτοί που συνήθως χρειάζονται τοποθέτηση σωλήνων PEG. Αυτό περιλαμβάνει άτομα με νευρολογικές διαταραχές όπως εγκεφαλικό επεισόδιο, εγκεφαλική παράλυση, εγκεφαλική βλάβη, αμυοτροφική πλευρική σκλήρυνση. Επιπλέον, η διαδικασία αυτή μπορεί να κριθεί απαραίτητη στους ασθενείς που έχουν τραύμα, καρκίνο ή πρόσφατη χειρουργική επέμβαση του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα ή της αναπνευστικής οδού για τη διατήρηση της διατροφικής τους πρόσληψης. Επιπλέον, ενδέχεται να χρειαστεί αποσυμπίεση του εντέρου σε ασθενείς που έχουν κοιλιακές κακοήθειες που προκαλούν γαστρική έξοδο ή απόφραξη του εντέρου ή ειλεό.

Αντενδείξεις

Οι **απόλυτες αντενδείξεις** για τοποθέτηση σωλήνων PEG περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Μη διορθωμένη πήξη ή θρομβοπενία με αιμοπετάλια <50.000

- Ασκήτης
- Αιμοδυναμική αστάθεια
- Σήψη
- Ενδοκοιλιακή διάτρηση
- Περιτονίτιδα
- Λοίμωξη κοιλιακού τοιχώματος στον επιλεγμένο τόπο τοποθέτησης
- Απόφραξη της γαστρικής εξόδου (εάν ο σωλήνας PEG τοποθετείται για σίτιση)
- Σοβαρή γαστροπάρεση (εάν ο σωλήνας PEG τοποθετείται για σίτιση)
- Ιστορικό ολικής γαστρεκτομής
- Έλλειψη συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης για τη διαδικασία

Οι **σχετικές αντενδείξεις** για τοποθέτηση σωλήνων PEG περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Κακοήθεια στοματοφάρυγγα ή οισοφάγου
- Ηπατομεγαλία
- Κακοήθεια του οισοφάγου που θα απαιτήσει τη χρήση του στομάχου ως αγωγού για ανοικοδόμηση μετά από οριστική εκτομή του οισοφάγου
- Σπληνομεγαλία
- Πυλαία υπέρταση με γαστρικούς κισσούς
- Ιστορικό προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων στην κοιλιακή χώρα (πιθανή παρουσία συμφύσεων και εντερικής παρεμβολής)
- Κοιλιοκήλη
- Περιτοναϊκή κάθαρση
- Ιστορικό μερικής γαστρεκτομής

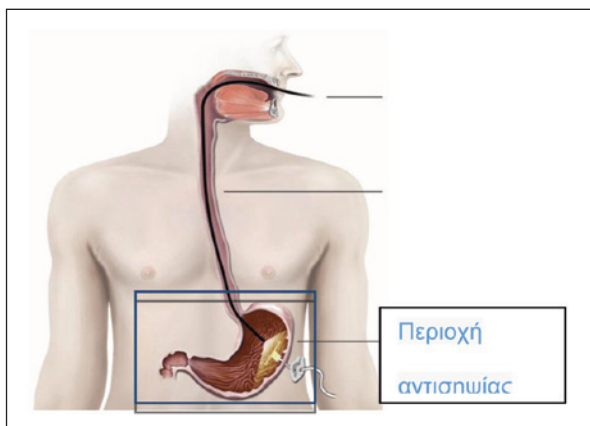
Βήματα τοποθέτησης γαστροστομίας

1. Ο ασθενής είναι τοποθετημένος σε ύπτια θέση με μια κλίση συνήθως στις 30°. Γίνεται αντισηψία του δέρματος έμπροσθεν του προσθίου τοιχώματος του στομάχου, στην έκταση της άνω κοιλίας, όπως φαίνεται στην εικόνα 1.



How to do it

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑΣ (PEG)



Εικόνα 1. Η περιοχή της αντισπασίας του δέρματος της άνω κοιλίας πριν την διενέργεια της γαστροστομίας.

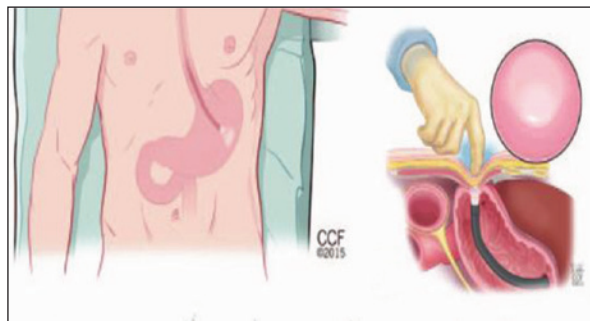
Η αντισπασία μπορεί να γίνει με ιωδιούχα αντισπαστικά σε συνδυασμό με οινόπνευμα με τρία διαδοχικά περάσματα. Εναλλακτική πρόταση θα ήταν η αντισπασία να γίνει με διάλυμα οκτενιδίνης 0,1% που έχει καλύτερο υπολειμματικό χρόνο και δεν περιέχει ιώδιο (πίνακας 1).

2. Ακολουθεί γαστροσκόπηση, ώστε να ελεγχθεί το ανώτερο πεπτικό τόσο για παθολογικές οντότητες που ενδεχομένως δεν γνωρίζει ο ασθενής όσο και για να γίνει ο έλεγχος βατότητας του ανωτέρου πεπτικού.
3. Έπεται η αναγνώριση του σημείου τοποθέτησης της γαστροστομίας εντοπίζοντας τόσο το φώς του γαστροσκοπίου όσο και το εντύπωμα του δακτύλου που πιέζει το πρόσθιο τοίχωμα του στομάχου (εικόνα 2).

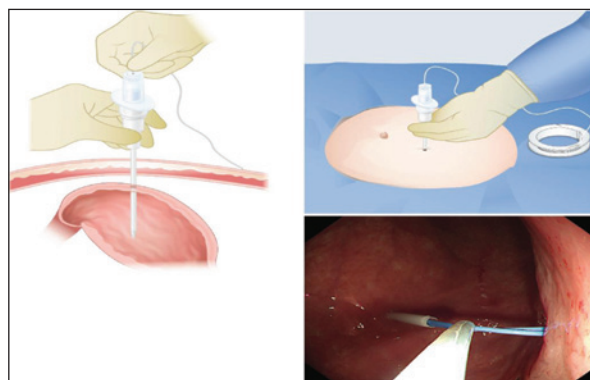
ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Συνήθη αντισπαστικά.

- Αλκοόλες- υδατικά διαλύματα 70%, για την ξηρότητα δέρματος προσθήκη μαλακτικού. **Εύφλεκτα!!**
- Χλωρεξιδίνη- καλή υπολειμματική δράση. Ωτοτοξικό!
- Ιωδοφόρα- κακή υπολειμματική δράση. Συνιστώμενα επίπεδα ελεύθερου ιωδίου 1-2mg/ml
- Χλωροξυλενόλη- 0,5-3,75% (PCMX)
- Triclosan- άριστη υπολειμματική δράση
- Οκτενιδίνη 0,1%- άριστη υπολειμματική δράση, άοσμο, κακή γεύση, ιοκτόνο (HIV, HSV, HBV)

4. Γίνεται τοπική αναισθησία με διάλυμα ξυλοκαΐνης στο σημείο εισόδου και τοποθετούμε τον οδηγό με τη βελόνα εντός του στομάχου. Αφαιρούμε τη βελόνα και εισάγουμε στον οδηγό το νήμα της γαστροστομίας το οποίο και συλλαμβάνουμε με το βρόχο της γαστροστομίας όπως φαίνεται και στην εικόνα 3.
5. Αποσύρουμε το ενδοσκόπιο, συγκρατώντας και αποσύροντας το νήμα της γαστροστομίας.
6. Συνδέουμε τη γαστροστομία στο νήμα και, αφού τη λιπάνουμε με gel, την έλκουμε με το νήμα της γαστροστομίας από το δέρμα, ώστε να βγει στο προκαθορισμένο σημείο εξόδου. Με τη βοήθεια ενός νυστεριού, ανοίγουμε το δέρμα ώστε να διευκολύνουμε τη διέλευση του σωλήνα γαστροστομίας.



Εικόνα 2. Η αναγνώριση του σημείου τοποθέτησης της γαστροστομίας.



Εικόνα 3. Η είσοδος του νήματος της γαστροστομίας μέσα από τον οδηγό και η σύλληψή του με βρόχο.

How to do it

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑΣ (PEG)



7. Ελέγχουμε με το γαστροσκόπιο τη σωστή τοποθέτηση του έσω σταθεροποιητή της γαστροστομίας και την ενδεχόμενη υπερβολική πίεσή του επί του γαστρικού τοιχώματος (εικόνα 4)

8. Κόβουμε με ένα ψαλίδι στο σημείο που υποδεικνύει ο κατασκευαστής και σταθεροποιούμε τον εξωτερικό σταθεροποιητή της γαστροστομίας στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα (εικόνα 5).

Για πρόληψη των λοιμώξεων χρησιμοποιούμε μια κεφαλοσπορίνη β' γενεάς 30 λεπτά πριν την επέμβαση και έξι ώρες μετά με δεύτερη δόση.

Μετά τη γαστροστομία

Η περιποίηση της γαστροστομίας είναι βασικό κομμάτι της καλής λειτουργίας της και της πρόληψης των επιπλοκών, όπως περιγράφεται ακολούθως:

- Μετά από κάθε χρήση ξεπλένουμε με νερό ή ενίοτε και με Coca-cola ώστε ο σωλήνας να παραμένει καθαρός.
- Καθημερινά περιστρέφουμε τη γαστροστομία 360° πιέζοντας προς το στομάχι και καθαρίζουμε το δέρμα με φυσιολογικό ορό. Εάν η γαστροστομία δεν περιστρέφεται δεν τη χρησιμοποιούμε και κάνουμε έλεγχο για να διαπιστώσουμε τη θέση της και την ύπαρξη του συνδρόμου ενταφιασμού του έσω σταθεροποιητή (Buried bumper syndrome, BBS). Αυτό προκαλεί πόνο και αδυναμία χορήγησης τροφής.

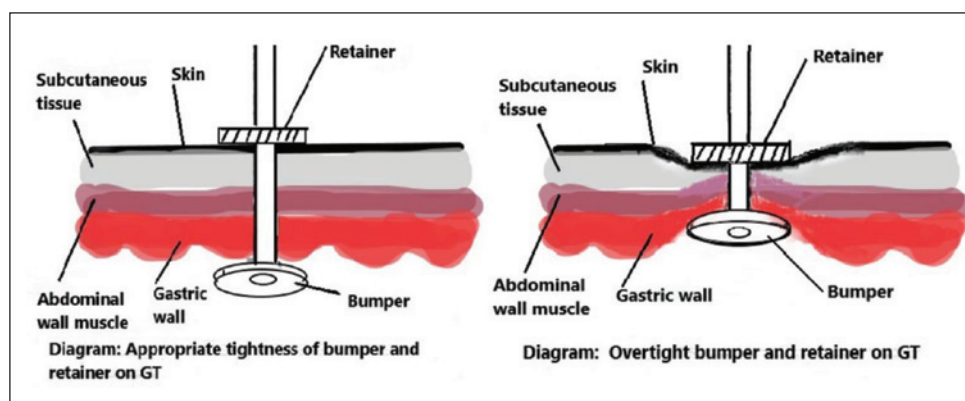


Εικόνα 4. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος της τοποθέτησης του έσω σταθεροποιητή της γαστροστομίας σε ορθή θέση και με τάση τέτοια που να μην πιέζει το γαστρικό τοίχωμα σε υπερβολικό βαθμό.



Εικόνα 5. Η σταθεροποίηση της γαστροστομίας στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα.

- Σε περίπτωση διαρροής περιεχομένου του στομάχου από τα πλάγια του σωλήνα κάτι που συμβαίνει στις πρώτες ημέρες τοποθέτησης γαστροστομίας και σε ασθενείς με σοβαρή υποθρεψία διακόπτουμε τη σίτιση ελέγχουμε τον έσω σταθεροποιητή της γασ-



Σχήμα 1. Η ενδεδειγμένη (αριστερά) και η υπερβολική (δεξιά) πίεση του έσω σταθεροποιητή της γαστροστομίας στο γαστρικό τοίχωμα.



How to do it

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑΣ (PEG)

στροστομίας να μην πιέζει το τοίχωμα σε υπερβολικό βαθμό (σχήμα 1, δεξιά εικόνα) και εφαρμόζουμε στο δέρμα τοπικές αλοιφές με κορτιζόνη και αντιβιοτικό για 2-3 ημέρες.

Συμπερασματικά η γαστροστομία αποτελεί άριστη επιλογή για τους ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια και δεν έχουν απόλυτες αντενδείξεις για τοποθέτηση της. Η τεχνική τοποθέτησης της σύμφωνα με τους κανόνες που περιγράφηκαν παραπάνω και η σωστή περιποίηση της μπορούν να κρατήσουν τη γαστροστομία λειτουργική περίπου έξι μήνες πριν αντικατασταθεί με ανταλλακτική γαστροστομία.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Lohsiriwat V. Percutaneous endoscopic gastrostomy tube replacement: A simple procedure?. *World J Gastrointest Endosc.* 2013 Jan 16. 5 (1):14-8.
2. Rahnama-Azar AA, Rahnamaiazar AA, Naghshizadian R, Kurtz A, Farkas DT. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, technique, complications and management. *World J Gastroenterol.* 2014 Jun 28. 20 (24):7739-51.
3. Folch E, Kheir F, Mahajan A, Alape D, Ibrahim O, Shostak E, et al. Bronchoscope-Guided Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube Placement by Interventional Pulmonologists: A Feasibility and Safety Study. *J Intensive Care Med.* 2018 Sep 24. 885066618800275Kak M, Issa NP, Roos RP, Sweitzer BJ, Gottlieb O, Guralnick A, et al. Gastrostomy tube placement is safe in advanced amyotrophic lateral sclerosis. *Neurol Res.* 2017 Jan. 39 (1):16-22.
4. Gomes CA Jr, Andriolo RB, Bennett C, Lustosa SA, Matos D, Waisberg DR, et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 May 22. CD008096. Baker L, Beres AL, Baird R. A systematic review and meta-analysis of gastrostomy insertion techniques in children. *J Pediatr Surg.* 2015 May. 50 (5):718-25.
5. Sandberg F, Viktorsdóttir MB, Salö M, Stenström P, Arnbjörnsson E. Comparison of major complications in children after laparoscopy-assisted gastrostomy and percutaneous endoscopic gastrostomy placement: a meta-analysis. *Pediatr Surg Int.* 2018 Dec. 34 (12):1321-1327.
6. Zenitani M, Nose S, Sasaki T, Oue T. Safety and efficacy of laparoscopy-assisted percutaneous endoscopic gastrostomy in infants and small children weighing less than 10 kg: A comparison with larger patients. *Asian J Endosc Surg.* 2020 Apr 21.
7. Oterdoom LH, Marinus Oterdoom DL, Ket JCF, van Dijk JMC, Scholten P. Systematic review of ventricular peritoneal shunt and percutaneous endoscopic gastrostomy: a safe combination. *J Neurosurg.* 2017 Oct. 127 (4):899-904.
8. Tyler K, Leon SM, Lowe S, Kellogg R, Lena J, Privette AR, et al. Risk of ventriculoperitoneal shunt infection with coexisting percutaneous endoscopic gastrostomy tube and associated factors. *Heliyon.* 2020 Mar. 6 (3):e03523.
9. Pih GY, Na HK, Ahn JY, Jung KW, Kim DH, Lee JH, et al. Risk factors for complications and mortality of percutaneous endoscopic gastrostomy insertion. *BMC Gastroenterol.* 2018 Jun 28. 18 (1):101.
10. Kulvatunyou N, Zimmerman SA, Sadoun M, Joseph BA, Fries RS, Gries LM, et al. Comparing Outcomes Between "Pull" Versus "Push" Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in Acute Care Surgery: Under-Reported Pull Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Incidence of Tube Dislodgement. *J Surg Res.* 2018 Dec. 232:56-62.

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ



Γεώργιος Μαργαντίνης, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

“Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ, σε κίνδυνο για ευκαιριακές λοιμώξεις, είναι εκείνοι που λαμβάνουν ανοσοτροποποιητική αγωγή (ιδίως συνδυαστική) και εκείνοι με σοβαρές διαταραχές θρέψης. Επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου είναι η ύπαρξη συννοσηροτήτων, το ατομικό ιστορικό σοβαρής λοίμωξης και η ηλικία.”

ECCO statement 012B

Με την εισαγωγή των βιολογικών παραγόντων τα τελευταία 15 χρόνια, η θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με ΙΦΝΕ έχει αλλάξει σημαντικά τη πορεία της νόσου. Βασικό πρόβλημα παραμένει η ασφάλεια των θεραπειών αυτών και κυρίως η ανάπτυξη ευκαιριακών λοιμώξεων που συνδέονται με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα.

Η συσσωρευμένη γνώση από τις κλινικές μελέτες και η δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών θεραπείας έχουν συνδράμει στην ασφαλή – στο μέτρο του δυνατού – χρήση τους στη καθημερινή πράξη.

Πριν την έναρξη της αγωγής με βιολογικούς παράγοντες θα πρέπει να λαμβάνεται ένα πλήρες ιστορικό του ασθενούς. Η λήψη του άλλωστε αποτελεί θεμελιώδη αρχή στην ιατρική.

- Ιστορικό για συμπτώματα αιματολογικής κακοήθειας (πυρετός, νυχτερινές εφιδρώσεις, απώλεια βάρους) ή συμπαγούς όγκου.
- Ιστορικό φυματίωσης, επαφή με ασθενή με ενεργό φυματίωση ή συμπτώματα λοίμωξης από **M. Tuberculosis** (πυρετός, κακουχία, βήχας, αιμόπτυση, απώλεια βάρους)
- Ιστορικό πολλαπλής σκλήρυνσης, απομυελινωτικής νόσου ή νευροπάθειας.
- Ιστορικό χρόνιας ή υποτροπιάζουσας λοίμωξης όπως χρόνια ηπατίτιδα Β ή C, HZV ή VZV.
- Ιστορικό πολυπόδων παχέος εντέρου, οισοφάγου Barrett, αχαλασίας οισοφάγου.
- Ιστορικό υποκείμενης καρδιοπάθειας, συμπτώματα

καρδιακής ανεπάρκειας όπως και ιστορικό αποφρακτικής ή διάμεσης πνευμονοπάθειας.

- Κύηση ή προγραμματισμός κύησης.
- Πρόσφατη χορήγηση εμβολίου με ζώντα μικροοργανισμό όπως π.χ. BCG.
- Κατάχρηση ουσιών ή ιστορικό κατάχρησης αυτών.

Η κλινική εξέταση θα πρέπει να γίνεται σχολαστικά πριν τη σκέψη χορήγησης βιολογικών παραγόντων αλλά και κατά τη διάρκεια χορήγησης τους. Πυρετός, βήχας, δύσπνοια, θωρακικό ή κοιλιακό άλγος, λεμφαδενοπάθεια, σπληνομεγαλία καθώς και μια αδρή νευρολογική, ορθοπεδική και δερματολογική εκτίμηση πρέπει να ελέγχονται πριν να αποφασιστεί η έναρξη της αγωγής με βιολογικούς παράγοντες.

Συνδυαστικά με τη κλινική εξέταση και το ιστορικό είναι και ο εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος:

- Γενική εξέταση αίματος
- CRP
- TKE
- Καλπροτεκτίνη κοπράνων, έλεγχος για τοξίνη Α και Β *Clostridium difficile*.
- Έλεγχος τρανσαμινασών, λευκωματίνης ορού.
- Γενική εξέταση ούρων
- Ορολογικός έλεγχος για ηπατίτιδα Β και C καθώς και έλεγχος για HIV λοίμωξη σε ασθενείς υψηλού κινδύνου (Ecco statement 01 31)
- ANA, anti dsDNA, ENA, αντισώματα για αντιφωσfolιπιδικό σύνδρομο.
- Ακτινογραφία θώρακα
- Έλεγχος φυματίωσης με Mantoux ή Quantiferon. Ο κίνδυνος ανάπτυξης φυματίωσης είναι μεγαλύτερος όταν anti-TNF παράγοντες συγχρησιμοποιούνται με κορτικοστεροειδή. Συνήθως πρόκειται για αναζωπύρωση λανθάνουσας λοίμωξης.
- Έλεγχος για EBV λοίμωξη είναι απαραίτητος (ECCO statement 014E)
- Έλεγχος για HPV



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ
ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων, 2019*

Εμβόλιο ▼	Ηλικία ►	Γέννηση	1 μηνός	2 μηνών	4 μηνών	6 μηνών	12 μηνών	15 μηνών	18 μηνών	19-23 μηνών	2-3 ετών	4-6 ετών	7-10 ετών	11-12 ετών	13-14 ετών	15-18 ετών
Ηπατίτιδας Β (HepB) ¹	- Έναρξη στη γέννηση	HepB	HepB	HepB	HepB, 3 ή 4 ² δόσεις συνολικά								HepB			
	- Όχι έναρξη στη γέννηση		HepB	HepB	HepB, 3 δόσεις συνολικά								HepB			
Διφθερίτιδας, Τετάνου, ακυτταρικό Κοκκύτη (DTaP <7 ετών, Tdap ≥7 ετών) ²			DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP		DTaP		DTaP		Tdap ή Tdap-IPV	Tdap ή Tdap-IPV		Tdap ή Tdap-IPV
Πολιομυελίτιδας αδρανοποιημένο (IPV) ³			IPV	IPV		IPV					IPV		IPV			
Αιμόφιλου ινφλουέντζας τύπου b (Hib) ³			Hib	Hib	Hib	Hib	Hib		Hib					Hib		
Πνευμονιόκοκκου συζευγμένο (PCV) ⁵			PCV	PCV	PCV	PCV								PCV13		
Πνευμονιόκοκκου παλυσσακχαριδικό (PPSV23) ⁶														PPSV23		
Μηνιγγιτιδόκοκκου οροσμάδας C συζευγμένο (MCC) ⁷						MCC 1 δόση										
Μηνιγγιτιδόκοκκου οροσμάδων A,C,W135,Y συζευγμένο (MenACWY) ⁷				Men ACWY	Men ACWY				MenACWY, 1 δόση					MenACWY 1 δόση		MenACWY 1 δόση
Μηνιγγιτιδόκοκκου οροσμάδας B πρωτεϊνικό (MenB-4C ή MenB-fHbp) ⁸									MenB-4C						MenB-4C ή MenB-fHbp	
Ιλαράς, Παρωτίτιδας, Ερυθράς (MMR) ⁹						MMR 1 ^a δόση			MMR 2 ^a δόση		MMR 2 ^a δόση					
Ανεμευλογιάς (VAR) ¹⁰						VAR 1 ^a δόση			VAR 2 ^a δόση		VAR 2 ^a δόση					
Ηπατίτιδας Α (HepA) ¹¹											HepA 2 δόσεις					
Ιού ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) ¹²														Θ: HPV 2 δόσεις Α: HPV 3 δόσεις Θ & Α: HPV 3 δόσεις		
Φυματίωσης (BCG) ¹³		BCG														
Γρίπης ¹⁴																Ετησίως σε ομάδες αυξημένου κινδύνου
Ρότα ιού (RV1 ή RV5) ¹⁵				RV1 ή RV5	RV1 ή RV5	RV5										

* Τα πολυδύναμα εμβόλια πρέπει να προτιμώνται των ολιγοδυνάμων.
Σημειώσεις: Το εμβόλιο κάτω από τη διπλή γραμμή δεν περιλαμβάνεται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και συνταγογραφείται με συμμετοχή. Θ: θήλεις, Α: άρρενες (για εμβόλιο HPV).

■ Συστήνονται για όλα τα άτομα με την ανάλογη ηλικία που δεν έχουν ένδειξη ανοσίας.
■ Συστήνονται σε άτομα που καθυστέρησαν να εμβολιαστούν.
■ Συστήνονται σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου (βλέπε ομάδες αυξημένου κινδύνου).
■ Δεν συστήνονται.

Τέλος, η ασφαλής χορήγηση των βιολογικών παραγόντων επιβάλλει αφενός μεν τον έλεγχο των εμβολιασμών στη παιδική ηλικία, αφετέρου δε την ολοκλήρωση των σχημάτων εμβολιασμού.

- HBV εμβολιασμός σε όλους τους ασθενείς, εφόσον δεν έχει ολοκληρωθεί (ECCO statement 013C)
- Εμβολιασμός έναντι του έρπητα ζωστήρα με μια εφάπαξ δόση (σε ασθενείς άνω των 50 ετών)
- Εμβολιασμός για τον HPV σε ηλικίες 13 με 26, ακόμα και σε άρρενες ασθενείς
- Εμβολιασμός για ηπατίτιδα Α (ECCO statement 018C)

- Εμβολιασμός για εποχική γρίπη και πνευμονιόκοκκο.

Στα πλαίσια της πανδημίας με τον ιό Covid-19, συνιστάται ο έλεγχος των ασθενών που πρόκειται να λάβουν βιολογικό παράγοντα με PCR, βάση των οδηγιών από τον WHO.

Οι βιολογικοί παράγοντες έχουν αλλάξει τη δυναμική αντιμετώπισης των φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου (ΙΦΝΕ). Η συσσωρευμένη εμπειρία μας έχει κάνει την αγωγή με αυτή τη κατηγορία φαρμάκων ιδιαίτερα ασφαλή. Ο ενδελεχής έλεγχος των ασθενών πριν λάβουν αυτή την αγωγή καθώς και η σωστή επιλογή των ασθενών που τη χρειάζονται, εξασφαλίζουν το μεγαλύτερο δυνατό προφίλ ασφαλείας.

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΤΟΥ ΤΖΑΝΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΕΞΑΡΣΗΣ
ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΤΟΥ ΚΟΡΩΝΟΪΟΥ



Μέλλος Αριστοτέλης, Ειδικευόμενος Γαστρεντερολόγος, Πειραιάς

Πριν από καιρό δέχτηκα την τιμητική πρόσκληση του κου Μαργέτη να συνεισφέρω με ένα άρθρο μου στη στήλη των ειδικευομένων του περιοδικού «Ενδοσκοπήσεις». Με δεδομένο ότι από τις αρχές του 2020 και έπειτα, η πανδημία του κορωνοϊού μονοπωλεί τις εξελίξεις σε παγκόσμιο επίπεδο, όχι μόνο στο τομέα της ιατρικής επιστήμης, αλλά και σε όλες τις εκφάνσεις της ανθρώπινης δραστηριότητας, αποφάσισα να μοιραστώ μαζί σας την εμπειρία λειτουργίας της Κλινικής μας κατά την περίοδο της έξαρσης της πανδημίας.

Το Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά, στο οποίο εργάζομαι τα τελευταία δυόμισι χρόνια, δεν χαρακτηρίστηκε ως νοσοκομείο αναφοράς. Παρόλα αυτά, πρόκειται για ένα νοσοκομείο που δέχεται αρκετά μεγάλο όγκο ασθενών από όλες τις περιοχές της Δυτικής και Νότιας Αττικής, καθώς και από τα νησιά του Αιγαίου. Η επερχόμενη πανδημία του κορωνοϊού υπαγόρευσε αλλαγές σε οργανωτικό επίπεδο από νωρίς. Η διοίκηση σε συνεργασία με όλα τα τμήματα άρχισε τους υπολογισμούς, ώστε να είμαστε έτοιμοι να παράσχουμε τις υπηρεσίες μας σε οποιοδήποτε επίπεδο εμπλοκής. Έγιναν ανακατανομές κλινών μεταξύ των κλινικών, δημιουργήθηκαν χώροι υποδοχής και διαλογής των ύποπτων περιστατικών και κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού ώστε να εξοπλίσει τμήμα COVID-19, αν αυτό χρειαζόταν.

Ως Γαστρεντερολογική Κλινική, κληθήκαμε να αντιμετωπίσουμε μια σειρά ζητημάτων, παρόλο που σαν τμήμα δε βρεθήκαμε στην πρώτη γραμμή της μάχης. Από τα πρώτα ζητήματα ήταν η ακύρωση των μη επειγουσών ενδοσκοπήσεων που είχαν προγραμματιστεί στα εξωτερικά ιατρεία. Οι ασθενείς μας είχαν αρχίσει από καιρό να επικοινωνούν μαζί μας, μεταφέροντας μας τον προβληματισμό τους για την ασφάλεια της προσέλευσής τους στο νοσοκομείο. Όταν αποφασίστηκε τελικά η αναστολή λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων, ξεκίνησε η επικοινωνία με τους ασθενείς ώστε να ενημερωθούν σε προσωπικό επίπεδο για την ακύρωση των εξετάσεων τους. Τους ενημερώσαμε πως από την πλευρά μας θα γινόταν ότι ήταν δυνατό ώστε να επαναπρογραμματι-

στούν οι ακυρωμένες ενδοσκοπήσεις το συντομότερο δυνατό, με τις σωστές συνθήκες ασφαλείας τόσο για τους ίδιους όσο και για το προσωπικό. Όσον αφορά στις επείγουσες ενδοσκοπήσεις, αυτές συνέχισαν να πραγματοποιούνται κανονικά στο πλαίσιο εφημέρευσης του νοσοκομείου μας, αφού καταφέραμε από την πρώτη στιγμή να εξασφαλίσουμε τα κατάλληλα μέτρα προστασίας (στολές, μάσκες, προσωπίδες κλπ.). Βέβαια η προσέλευση των ασθενών στα Επείγοντα μειώθηκε αισθητά, με αποτέλεσμα να μειωθεί αντίστοιχα και ο αριθμός των ενδοσκοπήσεων.

Ένα εξίσου σημαντικό ζήτημα που κληθήκαμε να αντιμετωπίσουμε ήταν η απώλεια των κλινών νοσηλείας του τμήματος μας. Η Κλινική μας καλύπτεται νοσηλευτικά από την Α΄ Παθολογική Κλινική, οπότε κρίθηκε επισημολογία να νοσηλεύονται οι γαστρεντερολογικοί ασθενείς (οι οποίοι συνήθως λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικές θεραπείες) σε άμεση γειτνίαση με θαλάμους, στους οποίους θα μπορούσαν να νοσηλευτούν δυνάμει ύποπτα περιστατικά. Κατόπιν συνεννόησης με τη Διοίκηση και την Ιατρική Υπηρεσία, αποφασίστηκε να μας παραχωρηθούν κλίνες στην ΩΡΛ Κλινική του νοσοκομείου μας, μακριά από τους χώρους διαχείρισης υπόπτων για COVID-19 περιστατικών.

Ιδιαίτερη μέριμνα λάβαμε για τους ασθενείς με ΙΦΝΕ, καθώς στην Κλινική μας λειτουργεί ιατρείο ΙΦΝΕ που παρακολουθεί ένα μεγάλο αριθμό ασθενών, πολλοί εκ των οποίων λαμβάνουν ενδοφλέβια ανοσοκατασταλτική αγωγή κατόπιν προγραμματισμένης εισαγωγής στην Κλινική. Σαν τμήμα μας απασχόλησε έντονα ο τρόπος με τον οποίο θα συνεχίζαμε την ασφαλή παρακολούθηση αυτών των ασθενών, ώστε να συνεχίσουν να λαμβάνουν τις θεραπείες τους με το μικρότερο δυνατό κίνδυνο. Από την πρώτη στιγμή ήρθαμε σε επικοινωνία με τους ασθενείς που παρακολουθούνται στο ιατρείο μας, ώστε να τους συμβουλευόμαστε σχετικά με τα μέτρα πρόληψης επαφής με τον ιό, αλλά και πως θα έπρεπε να ενεργήσουν σε περίπτωση εμφάνισης ύποπτων συμπτωμάτων. Παρά την ακύρωση των



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΤΟΥ ΤΖΑΝΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΕΞΑΡΣΗΣ
ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΤΟΥ ΚΟΡΩΝΟΪΟΥ

προγραμματισμένων επισκέψεων του εξωτερικού ιατρείου, συνεχίσαμε την τηλεφωνική επαφή με τους ασθενείς που είχαν ραντεβού στο ιατρείο μας έτσι ώστε να ενημερωνόμαστε για την κατάσταση της υγείας τους. Μεγάλη βοήθεια σε αυτό τον τομέα προσέφερε και η τεχνολογία. Πολλοί ασθενείς μας κάνανε χρήση των νέων τεχνολογιών, στέλνοντας μας απαραίτητες πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας τους μέσω e-mail. Η ενεργοποίηση της άυλης συνταγογράφησης μας έλυσε πραγματικά τα χέρια, διότι μας επέτρεψε να συνταγογραφούμε την απαιτούμενη αγωγή στους χρόνιους ασθενείς μας χωρίς την φυσική τους παρουσία στο νοσοκομείο. Σε συμφωνία με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, τροποποιήσαμε την αγωγή όσων ασθενών ήταν εφικτό, ώστε να ελαχιστοποιήσουμε τον κίνδυνο νόσησης. Επίσης σε συνεργασία με τη Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, εξασφάλισαμε θάλαμο νοσηλείας, στον οποίο πραγματοποιούνται ως και σήμερα οι εγχύσεις βιολογικών παραγόντων με ασφάλεια. Σε καθημερινή επικοινωνία με τους ασθενείς, εξασφάλισαμε ότι όσοι θα προσέρχονταν για θεραπεία δεν είχαν ύποπτα συμπτώματα, και τους δίνονταν οι απαραίτητες οδηγίες προσέλευσης και ατομικής προστασίας κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο.

Σε αυτό το σημείο θέλω να επισημάνω το ευχάριστο γεγονός ότι οι ασθενείς μας συμμορφώθηκαν σε πολύ μεγάλο βαθμό με τις παρεχόμενες οδηγίες, κάνοντας τη δουλειά μας πολύ πιο εύκολη, καθότι είχαμε μικρό αριθμό εξάρσεων και μηδενικά κρούσματα κορωνοϊού στον πληθυσμό των ασθενών μας μέχρι στιγμής.

Πλέον είμαστε σε φάση που επιστρέφουμε σιγά σιγά στη λεγόμενη κανονικότητα. Η λειτουργία όλων των εξωτερικών ιατρείων έχει αποκατασταθεί, αν και με μειωμένους αριθμούς επισκέψεων και ενδοσκοπήσεων για λόγους πρόληψης νέας διασποράς του κορωνοϊού. Κάνοντας την αποτίμηση της κατάστασης, προκύπτουν διάφορα συμπεράσματα. Η εμπειρία αυτών των ημερών μας έδωσε τη δυνατότητα να ελέγξουμε τα αντανάκλαστικά μας, να δοκιμάσουμε τις αντοχές μας ως ιατροί αλλά και ως κλινική, να τελειοποιήσουμε τις δυνατότητες επικοινωνίας με τους ασθενείς μας, χρησιμοποιώντας τις νέες τεχνολογίες, αλλά και να επισημάνουμε τυχόν αδυναμίες ώστε να τις βελτιώσουμε. Το κυριότερο συμπέρασμα που προκύπτει είναι πως πρέπει να συνεχίσουμε να ασκούμε την καθημερινή μας πρακτική τηρώντας όλους τους κανόνες ασφαλείας χωρίς εκπώσεις, ώστε να μην ζήσουμε ποτέ τις επώδυνες καταστάσεις που έζησαν οι υπόλοιπες χώρες.

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Διονυσία Κελγιώργη, Χειρουργός, Αθήνα



Εισαγωγή

Η πρόοδος της τεχνολογίας έχει επιτρέψει την διέγερση των διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων, τόσο των χειρουργών όσο και των ενδοσκοπών. Η δυνατότητα πρώιμης διάγνωσης των γαστρεντερικών παθήσεων και η εξέλιξη της χειρουργικής, που μας επιτρέπει τη διενέργεια επεμβάσεων με ασφάλεια, είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, η οποία αφορά στον πεπτικό σωλήνα.

Σ' αυτήν την ομάδα ασθενών, οι γαστρεντερολόγοι παίζουν σημαντικό ρόλο όχι μόνο στην αρχική διάγνωση της πάθησης αλλά και στην μετεγχειρητική παρακολούθηση, όπου καλούνται να ελέγξουν το χειρουργικό αποτέλεσμα, να αναγνωρίσουν τυχόν νέα παθολογία, να την επικοινωνήσουν στον χειρουργό και ακόμα, τέλος, και να την αντιμετωπίσουν με ενδοσκοπικές μεθόδους. Είναι σαφές ότι η συνεργασία χειρουργού-γαστρεντερολόγου είναι θεμελιώδης για την επιτυχή παρακολούθηση και τη διάγνωση και για να είναι επιτυχής πρέπει να υπάρχει κοινή γλώσσα επικοινωνίας.

Η κατανόηση της ανατομίας είναι απαραίτητη για τη διενέργεια οποιασδήποτε παρέμβασης και ενώ η ενδοσκόπηση μιας «παρθένας» ανατομίας είναι απλή, μπορεί να αποδειχθεί πρόκληση σε ασθενείς με χειρουργικά τροποποιημένη ανατομία. Σκοπός αυτού του άρθρου είναι η αποσαφήνιση των παραλλαγών και της ορολογίας των αναστομών του πεπτικού σωλήνα και οι σχετιζόμενες με αυτές επιπλοκές, ώστε τόσο η διερεύνηση από τον γαστρεντερολόγο όσο και η επικοινωνία των ευρημάτων με τον χειρουργό, να είναι ευχερείς.

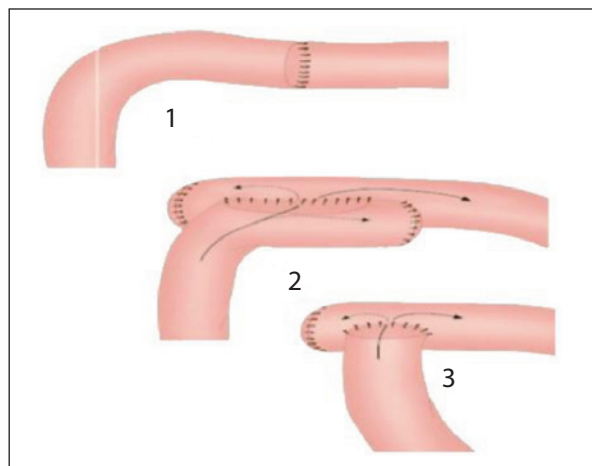
Ορισμοί

Αναστόμωση του πεπτικού σωλήνα ορίζεται ως η αποκατάσταση της συνέχειας αυτού μετά την εξαίρεση τμήματός του και την συρραφή των κολοβωμάτων των σπλάχνων μεταξύ τους. Η αναστόμωση ονοματίζεται βάσει των δύο τμημάτων που ενώνονται.

Κατά συνέπεια, στο ανώτερο πεπτικό υπάρχει η **γαστρο-12δακτυλική**, η γαστρο-εντερική (**γαστρο-νηστιδική**), η **οισοφαγο-νηστιδική**, η **οισοφαγο-κολική**, η **χολο-πεπτική** (αναστόμωση χοληδόχου ή ηπατικού πόρου με τη νήστιδα) και η **παγκρεατο-νηστιδική** αναστόμωση.

Στο μέσο πεπτικό διενεργούνται **εντερο-εντερικές** (νηστιδο-νηστιδικές, ειλεο-ειλεϊκές, ειλεο-νηστιδικές) αναστομώσεις και στο κατώτερο πεπτικό, **εντερο (ειλεό)-κολικές** (ειλεο-εγκαρσία, ειλεο-κατιούσα, ειλεο-σιγμοειδική, ειλεο-ορθική), **κολο-κολικές** (2 τμήματα του παχέος εντέρου), **ειλεο-πρωκτική** και **κολο-πρωκτικές** αναστομώσεις.

Η συρραφή των 2 τμημάτων πραγματοποιείται με το χέρι ή με συρραπτικό εργαλείο. Η αναστόμωση μπορεί να είναι **τελικοτελική** (απευθείας συρραφή των κολοβωμάτων στην γραμμή διατομής τους (Εικ. 1.1), **τελικοπλάγια** (το ένα κολόβωμα συρράπτεται τυφλά (συγκλείεται), το κολόβωμα με το ελεύθερο άκρο συρράπτεται απευθείας σε πλάγια επιφάνεια του συρραφέντος κολοβώματος (Εικ. 1.3) και **πλαγιοπλάγια** (τυφλή συρραφή των άκρων αμφότερων των κολοβωμάτων και στη συνέχεια ένωσή τους στην πλάγια επιφάνεια τους (Εικ.1.2).



Εικόνα 1. Αναστομώσεις κολοβωμάτων: τελικοτελική αναστόμωση (1), πλαγιοπλάγια (2), τελικοπλάγια (3).



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Ενδοσκοπικά, στην τελικοτελική αναστόμωση αναγνωρίζεται η αναστόμωση και 1 αυλός κατά τη διέλευση του ενδοσκοπίου. Στην τελικοπλάγια ενδοσκοπικά αναγνωρίζονται 2 αυλοί, εκ των οποίων ο ένας είναι τυφλός, μήκους περίπου 3-5εκ, ενώ ο άλλος συνεχίζει στον πεπτικό αυλό. Στην πλαγιοπλάγια πλησιάζοντας την αναστόμωση αναγνωρίζονται δύο αυλοί: ένας τυφλός και ένας πεπτικός (ανοικτός) αυλός (αναστόμωση)· μόλις περάσει το ενδοσκόπιο από την αναστόμωση, ανάστροφα ή και κανονικά, αναγνωρίζεται ένας ακόμα τυφλός αυλός μήκους περίπου 3-5εκ.

Τύποι αναστομώνσεων

Οι συνηθέστερες αναστομώσεις πεπτικού είναι οι ακόλουθες:

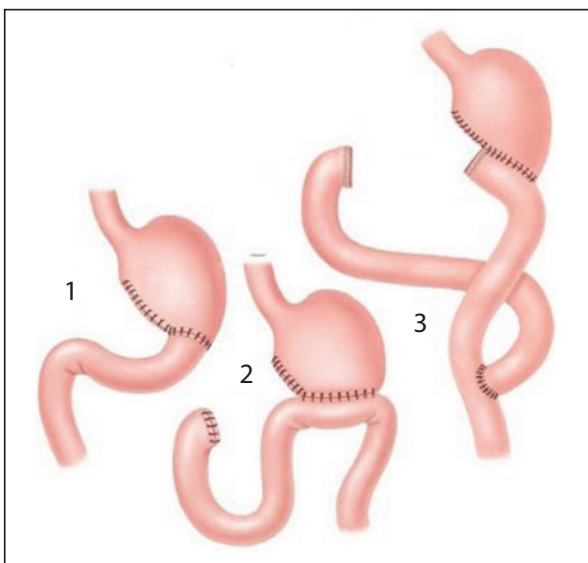
Α. Μετά γαστρεκτομή (Εικ. 2):

- **Billroth I.** Είναι από τις πρώτες επεμβάσεις που διενεργήθηκαν για τη χειρουργική θεραπεία της γαστρίτιδας και του πεπτικού έλκους στο άντρο. Δεν χρησιμοποιείται πλέον, λόγω των αυξημένων

ποσοστών εμφάνισης παλινδρόμησης χολής και αλκαλικής γαστρίτιδας. Μετά την αφαίρεση του πάσχοντος τμήματος του στομάχου, η γραμμή διατομής του στομάχου συρράπτεται κατά τα 2/3 περίπου του μήκους της και το εναπομείναν 1/3 αναστομώνεται απευθείας με το 12δακτυλικό κολόβωμα, διενεργείται δηλαδή τελικοτελική, γαστρο-12δακτυλική αναστόμωση. Στην ενδοσκόπηση αναγνωρίζεται γαστρικός θύλακος με γραμμή συρραφής, η αναστόμωση και ένας αυλός που οδηγεί στο 12δάκτυλο (Εικ. 2.1).

- **Billroth II.** Είναι η εξέλιξη της Billroth I. Το 12δακτυλικό κολόβωμα συρράπτεται, (συγκλείεται), κινητοποιείται έλικά νήστιδας 10-15 εκ. μετά τον σύνδεσμο του Treitz και διενεργείται τελικοπλάγια γαστρο-νηστιδική αναστόμωση (Εικ. 2.2). Η αναστόμωση μπορεί να γίνει οπισθο - ή εμπροσθο-κολικά, δηλαδή πίσω ή μπροστά από το εγκάρσιο κόλον (Εικ.3.1 και Εικ. 3.2 αντίστοιχα). Εν τέλει, προκύπτουν δύο έλικες, η προσιούσα, η οποία περιέχει τα χολοπαγκρεατικά υγρά, και η απιούσα, από την οποία διέρχεται η τροφή. Κατά την ενδοσκόπηση αναγνωρίζεται ο γαστρικός θύλακος και περιφερικά 2 αυλοί που αντιστοιχούν στα στόμια της απιούσας και της προσιούσας έλικας. Η επέμβαση μπορεί να συμπληρωθεί με μία ακόμα αναστόμωση, μια πλαγιοπλάγια νηστιδο-νηστιδική αναστόμωση (ονομάζεται Brown ή Ωμέγα), προκειμένου να αποφευχθεί το συχνό σύνδρομο της προσιούσας έλικας, που εμφανίζεται μετά από Billroth II και αφορά σε στάση και διάταση της προσιούσας έλικας (Εικ. 4).

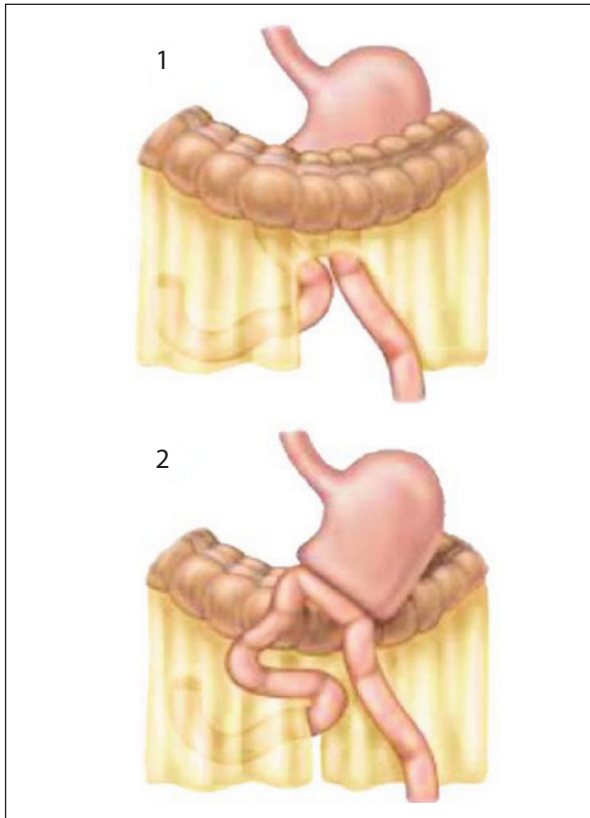
- **Roux-en-Y.** Αποτελεί την αποκατάσταση εκλογής μετά από τμηματική, υφολική ή ολική γαστρεκτομή. Το 12δακτυλικό κολόβωμα συρράπτεται σε όλο του το μήκος (σύγκλειση), ενώ το γαστρικό κατά τα 2/3 του μήκους του. Κινητοποιείται νηστιδική έλικά μήκους περίπου 20 εκ. από τον σύνδεσμο του Treitz, η οποία διατέμνεται εγκαρσίως. Τα άκρα των εντερικών κολοβωμάτων συρράπτονται. Η



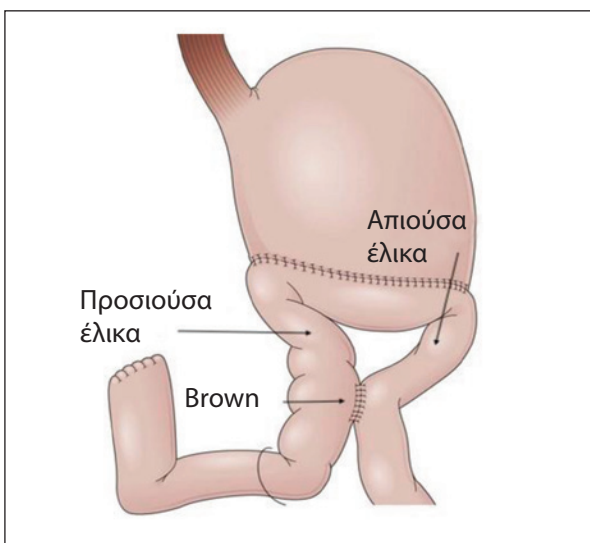
Εικόνα 2. Αναστομώσεις μετά γαστρεκτομή: Billroth I (1), Billroth II (2), Roux-en-Y (3).

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ



Εικόνα 3. Γαστρονησιδική αναστόμωση, σε σχέση με το εγκάρσιο κόλον: οπισθοκολική (1), εμπροσθοκολική (2).



Εικόνα 4. Νηστιδο-νησιδική αναστόμωση Brown ή «Ω»: ευνοείται η κένωση της προσιούσας έλικας.

περιφερική νησιδική έλικα κινητοποιείται και ενώνεται με το γαστρικό κολόβωμα με τελικοπλάγια γαστρο-νησιδική αναστόμωση. Σε περίπτωση ολικής γαστρεκτομής εκτελείται οισοφαγο-νησιδική αναστόμωση. Τέλος, αναστομώνεται η κεντρική με την περιφερική νησιδική έλικα (πλαγιοπλάγια ή τελικοπλάγια αναστόμωση), σε απόσταση 30-40 εκ. από την γαστρο-νησιδική αναστόμωση (Εικ. 2.3). Στην ενδοσκόπηση, αναγνωρίζεται γαστρικός θύλακος και η αναστόμωση με έναν αυλό. Η είσοδος σ' αυτόν οδηγεί στην πεπτική έλικα, ενώ στα 30-40 εκ αναγνωρίζεται στόμιο δεύτερου αυλού που οδηγεί στην χολοπαγκρεατική έλικα.

Β. Μετά οισοφαγεκτομή

- Η αποκατάσταση της συνέχειας του γαστρεντερικού σωλήνα γίνεται με παρεμβολή τμήματος στομάχου, λεπτού ή παχέος εντέρου, προκειμένου να γεφυρωθεί το κενό. Ενδοσκοπικά αναγνωρίζεται ένας αυλός, η κυκλοτερής αναστόμωση και αναλόγως του παρεμβαλλόμενου σπλάχνου, ο αντίστοιχος βλεννογόνας.

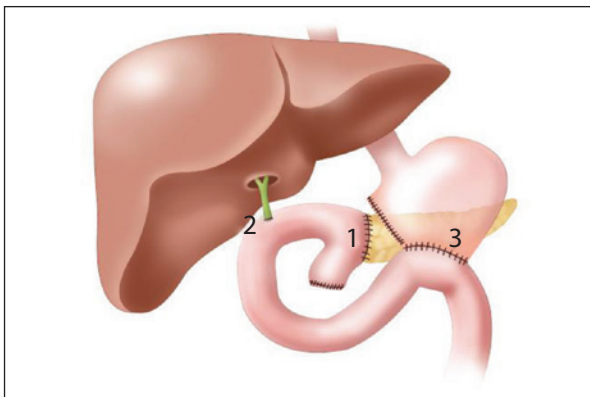
Γ. Μετά παγκρεατο12δακτυλεκτομή (Whipple) (Εικ.5)

- Μετά την εκτομή του 12δακτύλου και της κεφαλής του παγκρέατος, η έλικα της νήστιδας που έχει διαταμεί κινητοποιείται και μεταφέρεται στην περιοχή του παγκρεατικού κολοβώματος. Διενεργείται τελικοπλάγια παγκρεατο-νησιδική αναστόμωση και ακολουθεί αναστόμωση του κοινού χοληδόχου πόρου με τη νήστιδα (χολοπεπτική) και του στομάχου με τη νήστιδα (γαστρονησιδική), σε σειρά. Ενδοσκοπώντας λοιπόν, αναγνωρίζεται ο γαστρικός θύλακος και η αναστόμωση με 2 αυλούς: ένας οδηγεί στην προσιούσα χολοπαγκρεατική και ένας στην απιούσα τροφική έλικα. Ακολουθώντας την προσιούσα, χολοπεπτική έλικα, αναγνωρίζεται ο αυλός της χολοπεπτικής αναστόμωσης, η αναστόμωση με το πάγκρεας και το τυφλό άκρο της νήστιδας.



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ



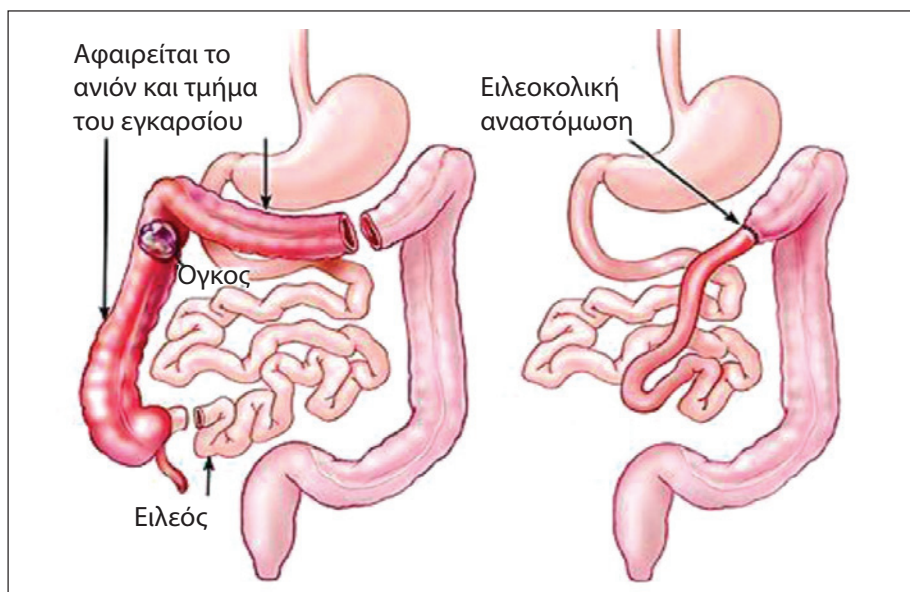
Εικόνα 5. Αποκατάσταση μετά από παγκρεατο-12εκτομή (Whipple): Αναστομώσεις σε σειρά, παγκρεατο-νηστιδική (1), χολο-πεπτική (2), γαστρο-νηστιδική (3).

Δ. Μετά κολεκτομή:

- Μετά από **δεξιά κολεκτομή**, η συνέχεια του πεπτικού σωλήνα αποκαθίσταται με πλαγιοπλάγια ή τελικο-τελική **ειλεο-εγκαρσία** αναστόμωση (Εικ. 6), στο αντιμεσεντερικό χείλος των σπλάνχνων. Κατά την κολονοσκόπηση, πλησιάζοντας την αναστόμωση αναγνωρίζονται δύο αυλοί, ο ένας τυφλός, που

αντιστοιχεί στο κλειστό άκρο του παχέος και ένας που αντιστοιχεί στον ειλεό. Περνώντας την αναστόμωση μπορεί να δούμε και άλλο αυλό, που αντιστοιχεί στο κλειστό άκρο του ειλεού.

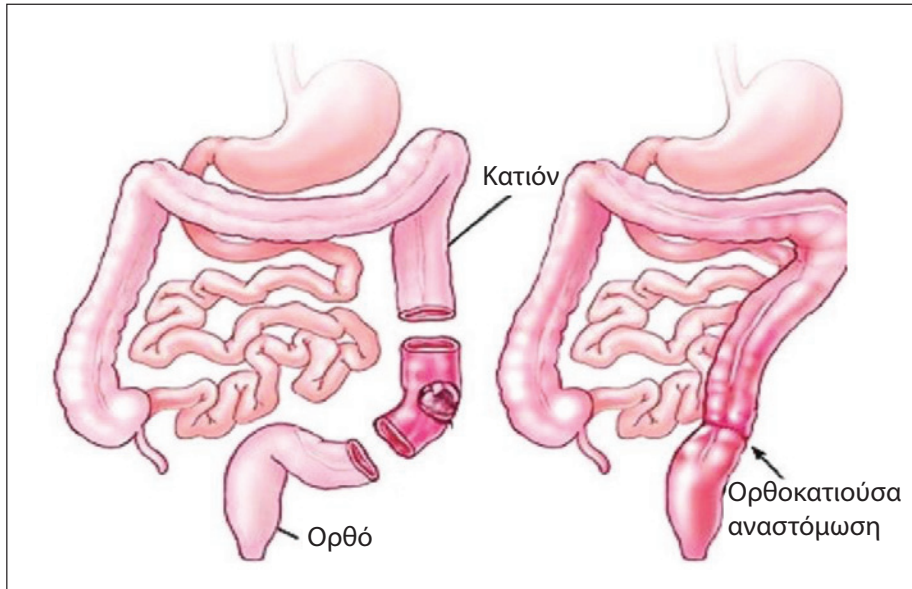
- Μετά από **αριστερή κολεκτομή** ή **σιγμοειδεκτομή**, διενεργείται τελικοτελική, συνήθως, **κολοκολική** (εγκάρσιο-σιγμοειδική, εγκάρσιο-ορθική) αναστόμωση (Εικ.7). Ενδοσκοπικά αναγνωρίζεται ένας αυλός με κυκλοτερή αναστομωτικό δακτύλιο. Σε περιπτώσεις, όπου διεγχειρητικά αναγνωρίζεται μεγάλη διαφορά στη διάμετρο των δύο άκρων, εκτελείται τελικο-πλάγια ή πλαγιο-πλάγια αναστόμωση.
- Μετά από **χαμηλή πρόσθια εκτομή του ορθού** ή **ολική κολεκτομή**, η αποκατάσταση επιτυγχάνεται με **κολο-πρωκτική** (τελικοτελική ή τελικοπλάγια) ή **ειλεο-πρωκτική** (τελικοτελική ή τελικοπλάγια) αναστόμωση (Εικ.8). Συνήθως αυτές οι πολύ χαμηλές αναστομώσεις γίνονται με χρήση κυκλικού αναστομωτήρα, οπότε κατά την ενδοσκόπηση αναγνωρίζεται κυκλοτερής αναστόμωση, που οδηγεί σε έναν αυλό.



Εικόνα 6. Ειλεο-εγκαρσία (εντερο-κολική) αναστόμωση, μετά δεξιά κολεκτομή.

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

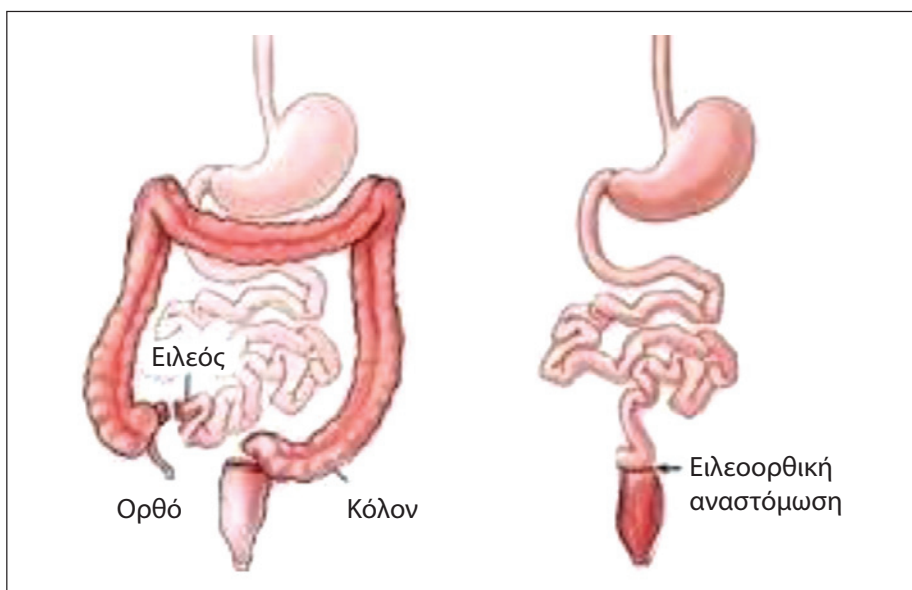


Εικόνα 7. Ορθο-κατιούσα (κολο-κολική) αναστόμωση, μετά σιγμοειδεκτομή.

Επιπλοκές μετά από αναστομώσεις πεπτικού

Παρά την εξέλιξη της χειρουργικής τεχνικής, την τεχνολογική βελτίωση των χειρουργικών εργαλείων και την εφαρμογή περιεγχειρητικών θεραπευτικών πρω-

τοκόλλων, οι επεμβάσεις ανακατασκευής του πεπτικού σωλήνα εξακολουθούν να εμφανίζουν **επιπλοκές**. Η αντιμετώπιση αυτών των επιπλοκών απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση. Ο ρόλος του γαστρεντερολόγου



Εικόνα 8. Ειλεο-ορθική (εντερο-κολική) αναστόμωση, μετά υπολική κολεκτομή.



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

είναι καθοριστικός τόσο στη διάγνωση και τη διερεύνηση όσο και στην θεραπεία τους, με ελάχιστα επεμβατικές μεθόδους. Οι αναστομωτικές επιπλοκές παρουσιάζουν ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων. Συχνότερες είναι η λύση της συνέχειας της αναστόμωσης (ρήξη) και η αναστομωτική στένωση και σπανιότερη η αιμορραγία από τη γραμμή συρραφής.

Η ρήξη της αναστόμωσης με επακόλουθη διαφυγή και δημιουργία συριγγίου, εμφανίζεται στο 2,1-14,6% των οισοφαγο-γαστρικών/νηστιδικών και στο 4,3-13% των ειλεο/κολο-κολικών αναστομώσεων (12-15,3% μετά από χαμηλή πρόσθια εκτομή) και συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας. Εφόσον απουσιάζει γενικευμένη περιτονίτιδα, σήψη και αιμοδυναμική αστάθεια, η ενδοσκοπική θεραπεία έχει θέση. Τεχνικά, πρέπει να αποφεύγεται η εμφύσηση αέρα με μεγάλη πίεση, προκειμένου να αποφευχθεί η διεύρυνση του χάσματος. Αναγνωρίζεται η γραμμή συρραφής, η θέση του ελλείμματος και εκτιμάται η έκταση του. Σε μικρά ελλείμματα (<20% της περιμέτρου) εφαρμόζονται ενδοσκοπικά clip, τόσο στις αναστομώσεις του ανώτερου όσο και του κατώτερου πεπτικού, με καλά αποτελέσματα. Τα συνήθη αιμοστατικά clip των 11χιλ συμπλησιάζουν βλεννογόνο με βλεννογόνο, ξεκινώντας από το ένα άκρο του χάσματος προς το άλλο. Επιπλέον στα μικρά χάσματα μπορεί να εφαρμοστεί έγχυση κόλλας (fibrin glue), καθώς και συνδυασμός clip και κόλλας. Στα μεγαλύτερα χάσματα (20-70% της περιμέτρου) εφαρμόζεται η τοποθέτηση ενδοπροθέσεων (stent) και η επούλωση με ενδοαυλική αρνητική πίεση (Endoluminal Vacuum Closure). Αφαιρούμενα αυτοεκπτυσσόμενα μεταλλικά ή πλαστικά, μερικώς ή πλήρως επικαλυμμένα stents, τοποθετούνται για τη αντιμετώπιση των διαφυγών. Ωστόσο, η ενδοπρόθεση μπορεί να μεταναστεύσει από τη θέση της (30% στις πλαστικές, 3-12% στις μεταλλικές) ή να μην είναι καλώς ανεκτές από τον ασθενή, εάν η αναστόμωση είναι ψηλά στον αυχενικό οισοφάγο ή χαμηλά στον ορθοπρωκτικό σωλήνα. Εφόσον η κλινική πορεία εξελίσσεται ομαλά, εκτιμάται η αφαίρεση της ενδοπρόθεσης στις 4-8 εβδομάδες μετά την τοποθέ-

τηση. Η θεραπεία με εφαρμογή ενδοαυλικού κενού χρησιμοποιείται επίσης σε μεγάλα χάσματα, με παρουσία κοιλότητας (στο μεσοθωράκιο ή εξωπεριτοναϊκά), με σκοπό αφενός την παροχέτευση της κοιλότητας και αφετέρου την ανάπτυξη κοκκιωματούδους ιστού και την επούλωση κατά δεύτερο σκοπό.

Οι καλοήθεις αναστομωτικές στενώσεις είναι μια άλλη συχνή επιπλοκή, καθώς αναφέρονται στο 20% των οισοφαγο-γαστρικών και στο 3-30% των ορθοκολικών αναστομώσεων. Η ενδοσκόπηση βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της θεραπείας τους, καθώς είναι μια ελάχιστα επεμβατική τεχνική, με άριστα αποτελέσματα. Περιλαμβάνει διαστολές με μπαλόνι ή bougie για τις αναστομώσεις του ανώτερου πεπτικού, ενώ σ' αυτές του κατώτερου πεπτικού αποφεύγεται η χρήση bougie, καθώς έχει αυξημένο κίνδυνο διάτρησης. Συνήθως απαιτούνται τρεις συνεδρίες. Σε πολύπλοκες περιπτώσεις ή προς αποφυγή υποτροπής, οι διαστολές συνδυάζονται με τοπική έγχυση κορτικοστεροειδών ή ηλεκτροτομή. Σε ανθεκτικές ή υποτροπιάζουσες στενώσεις τοποθετούνται αφαιρούμενες αυτοεκπτυσσόμενες ενδοπροθέσεις. Η πιθανότητα μετανάστευσης της ενδοπρόθεσης και ο σχετικός κίνδυνος διάτρησης υφίσταται, ωστόσο αυτή η προσέγγιση προσφέρει μακροπρόθεσμη θεραπεία σε >50% των περιπτώσεων.

Η αιμορραγία από την γραμμή συρραφής είναι σπανιότερη επιπλοκή (0-2%) των αναστομώσεων και συνήθως αυτοπεριοριζόμενη. Αφορά συχνότερα τις αναστομώσεις του κατώτερου πεπτικού και εμφανίζεται συνήθως άμεσα μετεγχειρητικά. Και ενώ αναφέρεται κίνδυνος ρήξης της αναστόμωσης με τη διενέργεια ενδοσκόπησης την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, πρόσφατα δεδομένα τεκμηριώνουν την ασφάλεια και τα άριστα αποτελέσματα της ενδοσκοπικής αντιμετώπισης της αναστομωτικής αιμορραγίας. Βασική προϋπόθεση είναι η αιμοδυναμική σταθερότητα του ασθενούς. Εφόσον αναγνωριστεί και εντοπιστεί με ακρίβεια η εστία και η βαρύτητα της αιμορραγίας, μπορούν να εφαρμοστούν οι συνήθεις ενδοσκοπικές αιμοστατικές τεχνικές, όπως

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ



ο ηλεκτροκαυτηριασμός, η έγχυση αδρεναλίνης και τα αιμοστατικά clip, **ανάλογα με την βαρύτητα της αιμορραγίας**. Εφόσον επιτευχθεί αιμόσταση, εκτιμάται ο κίνδυνος υποτροπής.

Η μετεγχειρητική ενδοσκοπική παρακολούθηση των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε επέμβαση του πεπτικού σωλήνα είναι υψίστης σημασίας. Ο γαστρεντερολόγος πρέπει να έχει γνώση της ανακατασκευασμένης ανατομίας του ασθενούς προκειμένου να την ελέγξει, να αναγνωρίσει παθολογικά ευρήματα, να τα επικοινωνήσει στον χειρουργό και να τα αντιμετωπίσει ενδοσκοπικά, καταλήγοντας έτσι να αποφεύγεται η επανεπέμβαση σε μεγάλο ποσοστό. Ενδοσκοπικά ελέγχονται η διάμετρος της αναστόμωσης, η κινητικότητα της, η παρουσία αιμορραγίας στην αναστομωτική γραμμή, η ύπαρξη στένωσης, η ενδεχόμενη ρήξη της συνέχειας της, η παρουσία συριγγίου καθώς και σημεία ενδεικτικά υποτροπής νεοπλασματικής νόσου. Η σωστή αναγνώριση και αποτύπωση των ευρημάτων της μετεγχειρητικής ενδοσκόπησης είναι το κλειδί για τη βέλτιστη αντιμετώπιση του ασθενούς.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Fischer J.E. Mastery of Surgery, 5th edition, LWW.
2. Morrell et al. Endoscopy in surgically altered anatomy Ann Laparosc Endosc Surg 2019; 4:41.
3. Mahmoud A Amr et al. Endoscopy in the Early Postoperative Setting After Primary Gastrointestinal Anastomosis. J Gastrointest Surg. 2014 Nov; 18(11):1911-6. doi: 10.1007/s11605-014-2625-y. Epub 2014 Aug 14.
4. Kamal T, Pai A, Velchuru VR, et al. Should anastomotic assessment with flexible sigmoidoscopy be routine following laparoscopic restorative left colorectal resection? Colorectal Dis. 2015;17(2):160-164
5. Kanaji S, Ohyama M, Yasuda T, et al. Can the intraoperative leak test prevent postoperative leakage of esophagojejunal anastomosis after total gastrectomy? Surg Today. 2015 Sep; doi: 10.1007/s00595-015-1243-y
6. Guyton KL et al. Prevention of Perioperative Anastomotic Healing Complications: Anastomotic Stricture and Anastomotic Leak. Adv Surg. 2016 Sep; 50(1):129-41. doi: 10.1016/j.yasu.2016.03.011. Epub 2016 Jun 29.
7. Wang Jun et al. Clinical outcome of using gastric remnant or jejunum or colon conduit in surgery for esophageal carcinoma with previous gastrectomy, J Surg Onc. 2017 Feb
8. Kim, K. et al. Endoscopic treatment and risk factors of postoperative anastomotic bleeding after gastrectomy for gastric cancer. International Journal of Surgery, 10(10), 593-597. doi:10.1016/j.ijssu.2012.09.026
9. Guyton, Kristina L et al. Prevention of Perioperative Anastomotic Healing Complications: Anastomotic Stricture and Anastomotic Leak. Advances in surgery vol. 50,1 (2016): 129-41. doi:10.1016/j.yasu.2016.03.011
10. Mayer G et al. The role of endoscopy in early postoperative haemorrhage. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2004; 18:799e807.
11. Ma, et al. Endoscopic Management for the Assessment and Treatment of Anastomotic Bleeding in Laparoscopic Anterior Resection for Rectal Cancer. Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques, 24(5), 465-469. doi:10.1097/sle.0b013e31829015ab.
12. Dray, X. et al. Endoscopic management of complications in digestive surgery. Journal of Visceral Surgery, 150(3), S3-S9. doi:10.1016/j.jvisc Surg.2013.04.005.
13. Kraenzler, A. et al. Anastomotic stenosis after coloanal, colorectal and ileoanal anastomosis: what is the best management? Colorectal Disease, 19(2), 090-096. doi:10.1111/codi.13587, 2017.



Ιστορία της Ιατρικής

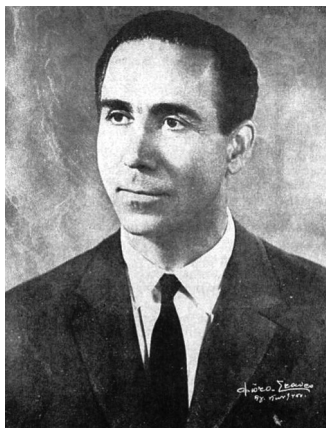
ΤΟ ΡΗΞΙΚΕΛΕΥΘΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ
ΓΡΗΓΟΡΗ ΛΑΜΠΡΑΚΗ (1912-1963)^{1*}

Λάζαρος Ε. Βλαδίμηρος,² Αριστείδης Γ. Διαμαντής³

Στη μεταπολεμική Ελλάδα της δεκαετίας του 1960, όπου τα πολιτικά πάθη και οι ιδεολογικές αντιπαλότητες είχαν φτάσει στην κορύφωσή τους, ο βουλευτής Γρηγόρης Λαμπράκης υπήρξε ο ήρωας και το πρότυπο αγωνιστή για τον κόσμο της Αριστεράς και ο ταραξίας και δημαγωγός για τη Δεξιά παράταξη. Με τη δολοφονία του, στις 22 Μαΐου 1963, που συγκλόνισε τότε ολόκληρη τη χώρα, ολοκληρώθηκε και ο κύκλος της ζωής του γιατρού Γρηγόρη Λαμπράκη.

Ο Λαμπράκης δεν υπήρξε μόνον ο εμβληματικός αγωνιστής και πρωτοπόρος του κινήματος για την ειρήνη και τον αφοπλισμό αλλά και ο διακεκριμένος γιατρός που έφτασε ψηλά στην πανεπιστημιακή ιεραρχία ως εκλεγμένος υφηγητής της Μαιευτικής και Γυναικολογίας. Τα επιστημονικά του δημοσιεύματα δικαιολογούν πλήρως τον χαρακτηρισμό του ακαταπόνητου ερευνητή και πρωτοπόρου μελετητή της Γυναικολογικής Ενδοκρινολογίας στη χώρα μας.

Το επιστημονικό έργο του Λαμπράκη, αν και πρωτοπόρο για την Ενδοκρινολογία και ιδιαίτερα για τη Γυναικολογική Ενδοκρινολογία στη χώρα μας, παραμένει ακόμη και σήμερα παντελώς άγνωστο όχι μόνο στους περισσότερους Έλληνες Ενδοκρινολόγους και Μαιευτήρες Γυναικολόγους αλλά και σε όσους ασχολούνται με την Ιστορία της Ιατρικής στον τόπο μας. Η φαινομενικά ανεξήγητη και ίσως άδικη κρίση της Ιστορίας για την επιστημονική υστεροφημία του Λαμπράκη οφείλει την εξήγησή της σε δύο διαφορετικούς λόγους. Ο πρώτος λό-



Γρηγόρης Λαμπράκης

γος οφείλεται στην πολιτική στράτευση του Λαμπράκη στις αρχές της δεκαετίας του 1960. Κυριολεκτικά αλλά και μεταφορικά το πολιτικό έργο του βουλευτή έθαψε και οδήγησε στη λησμονιά το έργο του επιστήμονα ερευνητή. Τότε δηλαδή, που η Ενδοκρινολογία στην χώρα μας άρχισε να αναπτύσσεται με γρήγορους ρυθμούς, η πολιτική ταυτότητα του βουλευτή της Αριστεράς αποτελούσε ανασταλτικό παράγοντα για κάθε άλλον επιστήμονα που θα επιχειρούσε

να υπενθυμίσει σε ιατρικό κείμενο ή σε δημοσιευμένη εργασία με ενδοκρινολογικό θέμα τις προηγηθείσες εργασίες και δημοσιεύσεις του Λαμπράκη για τη Γυναικολογική Ενδοκρινολογία. Η βιβλιογραφική αναφορά στα συγγράμματα του Λαμπράκη ή στις επιστημονικές του εργασίες του αποτελούσε το «κόκκινο πανί» για το συντηρητικό επιστημονικό κατεστημένο της εποχής. Ο δεύτερος λόγος οφείλεται στο ίδιο το αντικείμενο της επιστημονικής ενασχόλησης του ερευνητή Λαμπράκη. Η Ενδοκρινολογία γενικά και η Γυναικολογική Ενδοκρινολογία ειδικότερα ακολούθησαν τόσο γρήγορους ρυθμούς ανάπτυξης, σχεδόν εκρηκτικούς, ώστε κάθε αναφορά σε παλιότερες δημοσιεύσεις και πειραματικές εργασίες μόνο ιστορικό ενδιαφέρον παρουσίαζε. Το ταχύτατα εξελισσόμενο παρόν αδιαφορούσε για το παρελθόν, πάνω στο οποίο όμως στηρίχτηκε για να προχωρήσει.

Σήμερα, με την ηρεμία που μας προσφέρει η χρονική απόσταση αλλά και με τη νηφαλιότητα που είναι απαραίτητη για τη συναινετική προσέγγιση του πολιτικού μας παρελθόντος, μπορούμε ανεπιφύλακτα να κατατάξουμε τον Γρηγόρη Λαμπράκη ανάμεσα στους κορυφαίους γιατρούς της εποχής του και τους πρωτοπόρους της Ενδοκρινολογίας στην Ελλάδα.

Ο Γρηγόρης Λαμπράκης γεννήθηκε στις 3 Απριλίου 1912, στο χωριό Κερασίτσα της Αρκαδίας. Παιδί πολύτεκνης οικογένειας πάλεψε σκληρά για να σπουδάσει. Τις εγκύκλιες σπουδές του ολοκλήρωσε στο Γυμνάσιο

^{1*} Το κείμενο αποτελεί βραχεία περίληψη του βιβλίου των ιδίων συγγραφέων: Βλαδίμηρος Λ.Ε., Διαμαντής Α.Γ.: *“Γρηγόρης Λαμπράκης, 1912-1963. Πρωτοπόρος της Γυναικολογικής Ενδοκρινολογίας στην Ελλάδα”*, εκδόσεις Καυκάς, Αθήνα 2009.

² Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Ιστορικός της Ιατρικής.

³ Ιατρός-Κυτταρολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Ιστορικός της Ιατρικής.

Ιστορία της Ιατρικής

ΤΟ ΡΗΞΙΚΕΛΕΥΘΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΓΡΗΓΟΡΗ ΛΑΜΠΡΑΚΗ (1912-1963)



Τριπόλεως. Στη συνέχεια φοίτησε στην Εμπορική και Λογιστική Σχολή Παναγιωτόπουλου στον Πειραιά και έδωσε εξετάσεις στην Ιατρική Σχολή· «...*απεφάσισα τον Σεπτέμβριον του έτους 1933 να δώσω εξετάσεις εις την Ιατρικήν Σχολήν του Πανεπιστημίου Αθηνών. Παρ' όλην την επιδειχθείσαν τότε αυστηρότητα εις τας εξετάσεις εν τούτοις εισήλθον μεταξύ των πρώτων αριστευσάντων. Εν τη Ιατρική Σχολή ουδέποτε παρημέλησα τα μαθήματά μου, επιδείξας πάντοτε ζήλον και επιμέλειαν προς αύξησιν των ιατρικών μου γνώσεων. Μετά την λήξιν εκάστου πανεπιστημιακού έτους έδινα πάντοτε επιτυχώς εξετάσεις εις πλείστα δε των μαθημάτων ηρίστευσα. Εις τα φροντιστήρια, τα χειρουργεία και γενικώς εις κάθε τι που αφορούσε την ιατρικήν μου μόρφωσιν, ήμην πάντοτε παρών, πάντοτε επιμελής και πάντοτε ευσυνειδητος...».* Πλειστάκις οι καθηγηταί μου με συνεχάρησαν και με διέκρινον διά της αγάπης των ως επιμελέστατον φοιτητήν. Οι καθηγηταί μου και εγγράφως εξεδήλωσαν τας ευμενείς και ωραίας κρίσεις των διά το άτομόν μου...».

Πτυχιούχος Ιατρικής, στις 30 Μαΐου 1939, υπηρετεί τη στρατιωτική του θητεία και στη συνέχεια ειδικεύεται στη Μαιευτική και Γυναικολογία στο Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη» με διευθυντές τους καθηγητές Νικόλαο Λούρο (1898-1986), Δημήτριο Αντωνόπουλο (1899-1998) και Κωνσταντίνο Λογοθετόπουλο (1878-1961). Πολλές επιστημονικές του εργασίες καθώς και η εκπόνηση της πειραματικής Διδακτορικής του Διατριβής με θέμα «*Βιοχημικά έρευναι επί των εν τω αίματι ποσοτικών μεταβολών του ασβεστίου, καλίου και σακχάρου, κατά την αδράνειαν και τας ωδίνας της εγκύμονος μήτρας*» πραγματοποιήθηκαν κατά το χρονικό διάστημα της εκπαίδευσής του στην ειδικότητα. Στη Διατριβή του, που κατατέθηκε τον Απρίλιο του 1943 και βαθμολογήθηκε με «Άριστα», αναγράφονται οι δύο επιστημονικοί φορείς όπου αυτή εκπονήθηκε, το Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη» (διευθυντής ο Νικόλαος Λούρος) και το Βιοχημικό Εργαστήριο του Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» (διευθυντής ο καθηγητής Γεώργιος Ιωακείμογλου, 1887-1979). Ένα χρόνο αργότερα, στις 5 Μαΐου 1944, ο Λαμπράκης αναγορεύεται Διδάκτωρ

της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Τη Διατριβή του την αφιέρωσε στον αδελφό του, τον γιατρό χειρουργό Θεόδωρο (1904-1956), «*αγάπης και ευγνωμοσύνης ένεκεν*». Το θέμα της υπήρξε πρωτότυπο και υποδειγματικό στο σχεδιασμό και την εκτέλεση και άγνωστο στη βιβλιογραφία· «*Αναδιφήσαντες κατά το δυνατόν λεπτομερώς την βιβλιογραφίαν, δεν ανεύρομεν σχετικές βιοχημικές ερεύνas αφορώσας εις τας μεταβολάς της πυκνότητος του ασβεστίου, καλίου και σακχάρου εν τω αίματι επί των αυτών επιτόκων κατά την αδράνειαν (πρωτοπαθή και δευτεροπαθή) και κατά την διάρκειαν των ωδίνων. Έθεν προέβημεν εις την έρευναν των μεταβολών των ουσιών τούτων κατά την αδράνειαν και τας ωδίνas, πληρούντες ούτω το υφιστάμενον κενόν εν τη ερεύνη*», όπως επισημαίνει ο Λαμπράκης στην εισαγωγή της.

Τον Αύγουστο του 1945, ο Λαμπράκης διορίζεται επιμελητής στο Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά και τον Νοέμβριο του 1947 επιμελητής στο Δημόσιο Μαιευτήριο με διευθυντή τον καθηγητή Γεώργιο Μαρουδή (; -1950), κοντά στον οποίο θα εκπονήσει τη Διατριβή του για Υψηγεσία και θα δημοσιεύσει αξιόλογες εργασίες. Πρέπει να τονιστεί ότι ο Μαρουδής υπήρξε ένας από τους πρωτοπόρους της εργαστηριακής πειραματικής μελέτης των γεννητικών ορμονών στη χώρα μας, οι δημοσιεύσεις του οποίου για την παραγωγή ορμονών και από τον πλακούντα είχαν χρησιμεύσει ως βιβλιογραφικές αναφορές (citations) στα συγγράμματα διασήμων ξένων ερευνητών. Επόμενο, λοιπόν, η συναναστροφή του Λαμπράκη με τον δάσκαλό του και η ενθουσιώδης ενθάρρυνση και υποστήριξή του να τον ωθήσουν στην πραγματοποίηση κλινικών, πειραματικών και ερευνητικών μελετών πάνω στο παρθένο τότε αντικείμενο της Γυναικολογικής Ενδοκρινολογίας.

Τη Διατριβή του για την Υψηγεσία «*Πειραματικά έρευναι επί της κατά την κύησιν επιδράσεως των οιστρογόνων ορμονών επί του γεννητικού συστήματος των θηλέων εμβρύων ζώων*» αφιέρωσε στον αδελφό του και στους δασκάλους του, καθηγητές Ιωακείμογλου



Ιστορία της Ιατρικής

ΤΟ ΡΗΞΙΚΕΛΕΥΘΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ
ΓΡΗΓΟΡΗ ΛΑΜΠΡΑΚΗ (1912-1963)

και Ιωάννη Κατσαρά (1883-1951), διευθυντή του Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου στον «Ευαγγελισμό». Σκοπός της πειραματικής εργασίας του ήταν, όπως σημειώνει στον πρόλογο, η μελέτη των ορμονικών σχέσεων μεταξύ μητέρας και εμβρύου κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής. Αξιοσημείωτη είναι και η αναφορά του στις σχετικές εργασίες του κορυφαίου Έλληνα ερευνητή και ιδρυτή της Αποφολιδωτικής Κυτταρολογίας Γεωργίου Ν. Παπανικολάου (1883-1962), ο οποίος μαζί με τον Αμερικανό καθηγητή Charles R. Stochard (1879-1939) στο Τμήμα Ανατομίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κορνέλ (Cornell Medical School), στη Νέα Υόρκη, είχαν μελετήσει, από το 1916 έως το 1924, την επίδραση των οιστρογόνων στον γεννητικό κύκλο των ζώων. Όπως δεν παρέλειψε να σημειώσει, ο καλά ενημερωμένος βιβλιογραφικά Λαμπράκης, και για την πρώτη ελληνική μελέτη των Μαρουδή και Χαράλαμπου Φραγκάκη (; -1986), για την αξία των κολπικών επιχρισμάτων στη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και τη μελέτη του γεννητικού κύκλου, που δημοσιεύθηκε το 1948.

Το 1950, ο Λαμπράκης εκλέγεται υφηγητής, δραστηριοποιείται επαγγελματικά στο Ιατρείο-Κλινική του και συνεχίζει να μελετά και να πειραματίζεται στα Εργαστήρια του «Ευαγγελισμού» και του «Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ», δημοσιεύοντας πρωτότυπες εργασίες. Το 1954, εκδίδει τον πρώτο τόμο της Ενδοκρινολογίας του και το 1956, τον δεύτερο τόμο.

Για να γίνει αντικειμενική η αξιολόγηση του έργου ενός επιστήμονα και της προσφοράς του στην επιστήμη, θα πρέπει αυτό να εξεταστεί με βάση τα επιστημονικά δεδομένα της εποχής του. Με μια σειρά εργαστηριακών πειραματικών μελετών πάνω στο αντικείμενο της Ενδοκρινολογίας, με ανακοινώσεις σε επιστημονικές Εταιρείες και δημοσιεύσεις σε ιατρικά περιοδικά, κυρίως όμως με τις Διατριβές του για Διδακτορία και Υφηγεσία και τη δημοσίευση του δίτομου συγγράμματος της Ενδοκρινολογίας, ο Λαμπράκης υπήρξε πρωτοπόρος της Γυναικολογικής Ενδοκρινολογίας στη χώρα μας.

Μελετώντας ο σημερινός γιατρός την εργογραφία του, σχηματίζει την εντύπωση ότι διαβάζει το βιογραφικό κάποιου εξειδικευμένου γιατρού Ενδοκρινολόγου, σε μια εποχή όμως που δεν υπήρχε αναγνωρισμένη η ειδικότητα της Ενδοκρινολογίας.

Προκειμένου, να πάρει μια μικρή μόνο γεύση ο σημερινός αναγνώστης του ρηξικέλευθου έργου του Λαμπράκη πάνω στη Γυναικολογική Ενδοκρινολογία, αρκεί να σημειώσουμε τα παρακάτω:

Η εργασία του «*Πειραματικά έρευναι επί του βιοκαταλυτικού ρόλου του βιταμινικού συμπλέγματος Β εις την ενέργειαν των ωοθηκικών ορμονών*», που ανακοινώθηκε στη Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία Αθηνών και δημοσιεύθηκε στο περιοδικό της, το 1948, υπήρξε μια από τις πιο ενδιαφέρουσες και ογκωδέστερες εργασίες του Λαμπράκη (εκτάσεως 23 σελίδων του περιοδικού), που πραγματοποίησε σε πειραματόζωα (15 σκυλιά και 3 κουνέλια) και αφορούσε στην επίδραση των βιταμινών του συμπλέγματος Β στα οιστρογόνα.

Η μελέτη του Λαμπράκη «*Μετέχει η φλοιοτρόπος ορμόνη του προσθίου λοβού της υποφύσεως εις την διατήρησιν της κυήσεως; Πειραματικά έρευναι*», που πραγματοποιήθηκε και αυτή σε πειραματόζωα στα εργαστήρια του «Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ» και φιλοξενήθηκε στο «*Πανηγυρικόν τεύχος επί τη εννεηκονταετηρίδι γενεθλίων του καθηγητού Κωνσταντίνου Λούρου*» των *Αρχείων Μαιευτικής και Γυναικολογίας εν Ελλάδι*, το 1953, αφορούσε στην επίδραση της φλοιοτρόπου ορμόνης του προσθίου λοβού της υποφύσεως (ACTH) στη κύηση. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το επιστημονικό περιοδικό *Αρχεία Μαιευτικής και Γυναικολογίας εν Ελλάδι* αποτελούσε την επίσημη φωνή της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας.

Το αποκορύφωμα του επιστημονικού έργου του Λαμπράκη υπήρξε η έκδοση του δίτομου συγγράμματός του «*Γενική Ενδοκρινολογία. Φυσιολογία και Παθολογία των ενδοκρινών αδένων*», το 1954, και «*Κλινική Ενδοκρινολογία*», το 1956. Με την έκδοση

Ιστορία της Ιατρικής

ΤΟ ΡΗΞΙΚΕΛΕΥΘΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ
ΓΡΗΓΟΡΗ ΛΑΜΠΡΑΚΗ (1912-1963)



του θαυμάσιου και πρωτοποριακού για την εποχή του συγγράμματος, ο Λαμπράκης ολοκλήρωσε και την προσωπική του συμβολή στη διαμόρφωση και εξέλιξη της νεοελληνικής Ιατρικής. Στον πρόλόγό του, ο Λαμπράκης εξηγεί για ποιο λόγο αποφάσισε να γράψει σύγγραμμα Γενικής Ενδοκρινολογίας: «*Ασχολούμενοι ούτω επί δεκαετίαν (1940-1950) περί την Ενδοκρινολογίαν των ωοθηκών, ως και των σχέσεων αυτών προς τους άλλους ενδοκρινείς αδένες, εσκέφθημεν, όπως, τας εκ των ημετέρων ερευνών και της διεθνούς βιβλιογραφίας κτηθείσας γνώσεις, περιλάβομεν εις σύγγραμμα αφορόν την Ενδοκρινολογίαν του γεννητικού συστήματος του θήλεος. Κατά την πορείαν όμως της εργασίας ταύτης, αντελήφθημεν ότι, η συγγραφή του τομέως τούτου της Ενδοκρινολογίας, θα ήτο ελλιπής, διότι δεν θα περιελάμβανε την φυσιολογίαν και παθολογίαν των άλλων ενδοκρινών αδένων, μεθ' των αι ωοθήκαι διατελούν εν αλληλεπιδράσει*». Ο σύγχρονος αναγνώστης, που θα έρθει σε επαφή με το εν λόγω σύγγραμμα, ασφαλώς θα εντυπωσιαστεί με την τυποτεχνική αρτιότητα του έργου. Αν και έχουν περάσει περισσότερα από εξήντα χρόνια από την έκδοσή του, το βιβλίο μπορεί κάλλιστα να συγκριθεί, από απόψεως τυπογραφικής εργασίας, με τις σύγχρονες εκδόσεις. Βιομηχανικό χαρτόδετο δέσιμο, άψογη εκτύπωση σε πολυτελές χαρτί, πολυάριθμες εικόνες, πολλές από τις οποίες έγχρωμες, με ευκρίνεια στην αποτύπωση των λεπτομερειών της εικόνας, με πλουσιότητα βιβλιογραφία στο τέλος κάθε κεφαλαίου, με λεπτομερέστατο πίνακα περιεχομένων στην αρχή, με αναλυτικό ευρετήριο στο τέλος, πραγματικά ένα βιβλίο κόσμημα για κάθε ιατρική βιβλιοθήκη. Το ιατρικό κοινό τότε φαίνεται ότι εκτίμησε το εγχείρημα του Λαμπράκη. Ένα χρόνο μετά την πρώτη έκδοση, ακολούθησε και δεύτερη. Δεύτερη επίσης έκδοση γνώρισε και ο δεύτερος τόμος. Ο πρώτος τόμος περιλαμβάνει κεφάλαια για την υπόφυση, τον υποθάλαμο και τον θυρεοειδή, ενώ ο δεύτερος για τον θύμο, τους παραθυρεοειδείς, το πάγκρεας και τα επινεφρίδια.

Το 1954, ο διακεκριμένος υφηγητής και έκτακτος καθηγητής της Μαιευτικής και Γυναικολογίας του Πανε-

πιστημίου Αθηνών Τρύφων Ανδριανάκος (1885-1965) δημοσίευσε στα *Αρχεία Μαιευτικής και Γυναικολογίας εν Ελλάδι* πολυσέλιδη βιβλιοπαρουσίαση του πρώτου τόμου του συγγράμματος του Λαμπράκη. Αναμφίβολα, πρόκειται για μια τιμητική και ενθουσιώδη κριτική παρουσίαση του βιβλίου του Λαμπράκη, στην οποία ο πολυγραφότατος Ανδριανάκος πρόσθεσε και μια προσωπική του άποψη για την επιστημονική σταδιοδρομία του συγγραφέα: «*Τον Λαμπράκην παρακολουθούμεν μετ' ενδιαφέροντος από των πρώτων ήδη βημάτων της επιστημονικής αυτού εξελίξεως, μεγάλως δ' εξ αρχής εξετιμήσαμεν την τε έφεσιν και τον ζήλον και τον ενθουσιασμόν περί την επίδοσιν αυτού εις τας πειραματικές ερεύνες. Κατ' επανάληψιν δ' εδόθη ημίν η ευκαιρία να ενισχύσωμεν και ενθαρρύνωμεν τούτον εν τη ευγενεί αυτού προσπαθεία, πράγμα το οποίον αποτελεί καθήκον των πρεσβυτέρων προς τους νεωτέρους επιστήμονας. Μεγίστην δε ικανοποίησιν και χαράν αισθάνομαι επί τη λαμπρά τούτου εξελίξει, όπως δε ιδιαιτέρως επί τη συγγραφή της Γενικής Ενδοκρινολογίας, δι' ην ήτο αρμοδιώτατος πάντων*» και επισήμανε και τα ακόλουθα, τα οποία όπως θα διαπιστώσει ο αναγνώστης ξεφεύγουν κατά πολύ από το ιδεολογικό πλαίσιο μιας απλής, έστω και ενθουσιώδους, βιβλιοπαρουσίασης και αποτελούν σαφή και ξεκάθαρη προτροπή προς την Ιατρική Σχολή για περαιτέρω επιβράβευση του Λαμπράκη: «*Η όπως, μετ' αφοσιώσεως και ζήλου επιτυχής και διακεκριμένη επιστημονική σταδιοδρομία του Γρηγορίου Λαμπράκη παρέχει αυτώ πλήρες το δικαίωμα αναγνωρίσεως ανωτερότητος αυτού. Δεδομένου δ' ότι η ενδοκρινολογία αποτελεί νεώτατον, σπουδαιότατον, της Ιατρικής κλάδον, ευνόητον ότι η Ιατρική Σχολή καθήκον έχει να αναγνωρίση την σπουδαιότητα του κλάδου τούτου και την ανάγκην διδασκαλίας τούτου εν τω Πανεπιστημίω, διά της ιδρύσεως ειδικής έδρας ενδοκρινολογίας. Προτού δε αύτη εις τούτο αχθή, ορθότερον και επιβεβλημένον νομίζομεν ότι είναι, αναγνωρίζουσα και βραβεύουσα την μέχρι σήμερον επιτυχή επιστημονικήν εξέλιξιν του Λαμπράκη, να αναθέση αυτώ, ως υφηγητή της Μαιευτικής και Γυναικολογίας, την εντολήν διδασκαλίας της*



Ιστορία της Ιατρικής

ΤΟ ΡΗΞΙΚΕΛΕΥΘΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ
ΓΡΗΓΟΡΗ ΛΑΜΠΡΑΚΗ (1912-1963)

ενδοκρινολογίας, ότε εκ της επιτυχίας τούτου εν τη ειδική εντολή εξαρτηθήσεται να προαγάγη τούτον εν καιρώ εις Καθηγητήν της ενδοκρινολογίας. Ούτως η Ιατρική Σχολή εξαίρεται πράγματι εις ύψος, παρέχουσα εις διακεκριμένους επιστήμονας την δυνατότητα περαιτέρω ευδοκίμου εξελίξεως και προαγωγής της επιστήμης. Επιβάλλεται η ηθική προστασία παντός νέου επιστήμονος εν καιρώ και προτού ούτος διά του χρόνου φθαρή και θεωρηθή ως αδικηθείς, τουθ' όπερ εις ουδέν ωφελεί ούτε τούτον, ούτε την επιστήμην, Τόπος εις τους νέους προς δράσιν, αλλά και τιμή εις τους πρεσβυτέρους διά την δράσιν. Τούτο δέον να αποτελή την υγιή αρχήν προόδου της επιστήμης».

Το έργο ενός επιστήμονα δεν μπορεί να διαχωριστεί από τη ζωή και την προσωπικότητά του· είναι αλληλέν-

δετα. Αν θεωρητικά, θα μπορούσαμε να απομονώσουμε το ιατρικό έργο του Λαμπράκη από την υπόλοιπη ζωή και δράση του, ασφαλώς και θα διαπιστώσουμε ότι αυτό από μόνο του διεκδικεί ξεχωριστή θέση στην Ιστορία της νεοελληνικής Ιατρικής, γιατί υπήρξε καινοτόμο για την εποχή του.

Μελετήσαμε σχεδόν ολόκληρο το δημοσιευμένο ιατρικό έργο του Λαμπράκη. Το κρίναμε και το διασταυρώσαμε σε σχέση με τα επιστημονικά δεδομένα της εποχής του και καταλήξαμε στη διαπίστωση, ότι ο γνωστός στον πολύ κόσμο ως πολιτικός Λαμπράκης μπορεί αναμφίβολα να καταταγεί μεταξύ των πρωτό-πόρων γιατρών που συνέβαλαν με το έργο τους στην εξέλιξη της Ιατρικής στη χώρα μας.

Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Είναι γεγονός ότι μέχρι και σήμερα η ασφαλιστική κάλυψη της Αστικής Ευθύνης των Ιατρών δεν είναι υποχρεωτική δια νόμου, σε αντίθεση με άλλες λιγότερο ίσως εκτεθειμένες κατηγορίες επαγγελματιών όπως οι ασφαλιστές και οι λογιστές. Παρά ταύτα, η αντικειμενική πραγματικότητα, την οποία διαμορφώνουν οι διαρκώς αυξανόμενες απαιτήσεις από την πλευρά των ασθενών, καθιστούν πλέον την ασφαλιστική κάλυψη άκρως απαραίτητη και εμμέσως υποχρεωτική.

Τα περισσότερα, αν όχι όλα, τα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα καθώς και τα διαγνωστικά κέντρα απαιτούν από τους συνεργαζόμενους ιατρούς την κάλυψη τους με ασφαλιστήριο αστικής ευθύνης με αρκετά έως πολύ υψηλό κεφάλαιο κάλυψης. Τούτο συμβαίνει διότι σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία και μελέτες του Πανεπιστημίου Πειραιώς προκύπτουν τα εξής ενδιαφέροντα στοιχεία:

- i. Το 10 % των ασθενών έχει παράπονα από το Νοσοκομείο όπου νοσηλεύθηκε ή από τον θεράποντα ιατρό του.
- ii. Η πιθανότητα ένας πολίτης να υποστεί βλάβη από την σχέση του γενικά με υπηρεσίες υγείας είναι 1/300.

Στο διαδίκτυο «διαφημίζονται» δικηγορικές εταιρείες οι οποίες προβάλλουν την εξειδίκευση τους σε απαιτήσεις από ιατρούς και νοσοκομεία και προτρέπουν τον δυσαρεστημένο ασθενή να απευθυνθεί χωρίς καμία δέσμευση ή υποχρέωση για τις οικονομικές απαιτήσεις του. Ο μέσος όρος των αποζημιώσεων που επιδικάζονται για ιατρικά λάθη κυμαίνεται από 280.000 € έως 620.000 €, ανάλογα με την ειδικότητα.

Για την ειδικότητα των γαστρεντερολόγων δεν υπάρχουν ξεχωριστά στοιχεία, πλην όμως με την πολυετή και ιδιαίτερη εμπειρία μου στην ασφάλιση ιατρών της ειδικότητάς σας, επισημαίνω ότι έως τώρα οι περιπτώσεις των απαιτήσεων ήταν λίγες και τα ποσά των αποζημιώσεων όχι ιδιαίτερα μεγάλα. Το ανησυχητικό

είναι ότι το τελευταίο διάστημα παρουσιάζεται αυξητική τάση και σε περιστατικά αλλά και σε αιτούμενα ποσά. Οι απαιτήσεις αυτές αφορούν ακόμη και λανθασμένες γνωματεύσεις ή ιατρική παρακολούθηση η οποία δημιουργήσε πρόβλημα στον ασθενή.

Αυτό το περιβάλλον δεν αφορά μόνο τους ιδιώτες ιατρούς αλλά και τους ιατρούς του Δημόσιου τομέα. Σε αυτή την περίπτωση επαγγελματιών, το τοπίο εξακολουθεί να παραμένει εξαιρετικά θολό ως προς την ευθύνη και την κάλυψη της οικονομικής απαίτησης παθόντος ασθενούς. Ναι μεν θεωρητικά υπάρχει η κάλυψη του δημοσίου, αλλά δίδεται στο δημόσιο το δικαίωμα να απαιτήσει την ζημιά που υπέστη από συνεργάτη του. Δηλαδή μπορεί να απαιτήσει από ιατρό την αποζημίωση που κατέβαλε σε ασθενή λόγω ιατρικού λάθους. Ενδεικτικό λοιπόν θα ήταν να συνάπτει ασφαλιστήριο και ο ιατρός του δημοσίου, για τον οποίο μάλιστα προβλέπεται ειδική μεγάλη έκπτωση στο ασφάλιστρο, όταν ο ιατρός είναι αποκλειστικής εργασίας στο δημόσιο.

Οι ασφαλιστικές εταιρείες που παρέχουν κάλυψη Αστικής Ευθύνης ιατρών είναι σχετικά λίγες στην Ελληνική αγορά επειδή χρειάζεται ιδιαίτερη τεχνογνωσία, πολύ μεγάλη κεφαλαιακή επάρκεια και ο κίνδυνος δεν είναι από τους πλέον επιθυμητούς λόγω αρνητικών αποτελεσμάτων. (αναλογία ασφάλιστρων προς αποζημιώσεις). Ευτυχώς όμως ακόμη τα ασφάλιστρα είναι σε ανεκτά επίπεδα και σε καμία περίπτωση δεν πλησιάζουν εκείνα άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι οποίες έχουν εμπεδωμένη ασφαλιστική κουλτούρα στην επαγγελματική δραστηριότητα κάθε κλάδου.

Η σωστή μελέτη και επιλογή μεταξύ των διαθέσιμων ασφαλιστικών προγραμμάτων είναι κρίσιμη, διότι πέραν του προφανούς, δηλαδή την διάσωση ενός επαγγελματία από μία ξαφνική και μεγάλη οικονομική επιβάρυνση, επιτρέπει την διατηρησιμότητα του ασφαλιστηρίου και αποτρέπει τις χωρίς ιδιαίτερα σοβαρό λόγο μετακινήσεις της ασφάλισης Αστικής Ευθύνης από εταιρεία σε εταιρεία.

Η όποια μετακίνηση πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη



Ελεύθερο Θέμα

προσοχή, διότι μπορεί να προκύψει αδυναμία κάλυψης αν κάποιο, άγνωστο στον ιατρό, περιστατικό δηλωθεί μετά την παρέλευση 12 μηνών από την ακύρωση ασφαλιστηρίου. Το 12μηνο είναι το σύνθημα για όλες τις ασφαλιστικές εταιρείες. Υπάρχει όμως η δυνατότητα να δοθεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα καθυστερημένης αναγγελίας ζημίας, 24 ή και 48 μηνών.

Η ολοκληρωμένη παρουσίαση των λύσεων που μπορεί να έχει ένας επαγγελματίας για την θωράκισή του απέναντι σε περιστατικά που μπορούν να διαταράξουν την δραστηριότητά του ή ακόμα και την φήμη του, απαιτεί να συμπεριλάβει και την ευθύνη που προκύπτει από την διαχείριση και αποθήκευση αρχείων ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων. Ο λεγόμενος «ηλεκτρονικός κίνδυνος» (cyber risk) είναι σχετικά νέος και η προστασία απέναντί του δεν είναι τόσο διαδεδομένη στην ελληνική αγορά, παρά τα καθημερινά περιστατικά που καταγράφονται. Η απειλή αυτή, παίρνει την μορφή υποκλοπής προσωπικών δεδομένων και κοινοποίησης τους, οπότε και προκύπτει η σαφέστατη υποχρέωση σύμφωνα με

την «αρχή προστασίας προσωπικών δεδομένων» να διασφαλίζονται από κάθε πιθανή διαρροή.

Πέραν όμως των υποχρεώσεων που υπάρχουν έναντι των ανθρώπων που ο κάθε ένας από εμάς εξυπηρετούμε και μας εμπιστεύονται, κρίσιμη είναι και η προστασία της απρόσκοπτης λειτουργίας ενός ιατρείου από ένα πιθανό «κλείδωμα» των ηλεκτρονικών αρχείων και η απαίτηση λύτρων για την επανάκτηση τους!!

Στόχος αυτής της σύντομης παρουσίασης ήταν η ενημέρωση για το περιβάλλον στο οποίο καλείται να ασκήσει το επάγγελμά του ο κάθε ένας και η κάθε μία ιατρός. Το ήθος, η κατάρτιση, η εμπειρία και οι καλές πρακτικές είναι εκ των ων ουκ άνευ για την καθημερινή κοινωνική συνεισφορά του καθενός μας μέσα από το επάγγελμά του. Ας προσθέσουμε σε αυτά και την ελευθερία από την όχληση που προκαλούν ενδεχόμενα λάθη, παραλείψεις - ή ακόμα και κακόβουλες προθέσεις! Η ασφαλιστική βιομηχανία, προσαρμοζόμενη σε αυτές τις νέες και ιδιαίτερες ανάγκες, έχει πλέον τον τρόπο να προσφέρει κάλυψη για όλους αυτούς τους κινδύνους.

Το εξώφυλλο από μέσα



Σύμβολα

Τα σύμβολα είναι η παραδειγματική απεικόνιση μίας ή περισσότερων εννοιών με εξέχον βιωματικό αντίκρισμα.

Τα σύμβολα είναι ικανά να μας εμπνεύσουν, να κινητοποιήσουν τα συναισθήματά μας και να μας οριοθετήσουν στην κατεύθυνση των εννοιών που εκφράζουν.

Και αν δεν μπορώ να γίνω περισσότερο σαφής, σας προσκαλώ να κοιτάξετε την ζωή και το έργο του καθηγητή Γρηγόρη Λαμπράκη.

Μίλτος Σκούρας



ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: STELARA 130 mg πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε φιαλίδιο περιέχει 130 mg ustekinumab σε 26 ml (5 mg/ml). Το ustekinumab είναι ένα πλήρως ανθρώπινο μονοκλωνικό IgG1κ αντίσωμα έναντι της ιντερλευκίνης (IL)-12/23 που παράγεται σε μια κυτταρική γραμμή μυελώματος ποντικών με χρήση τεχνολογίας ανασυνδυασμένου DNA. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση. Το διάλυμα είναι διαυγές, άχρωμο ως ανοιχτό κίτρινο. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, 2340 Beerse, Βέλγιο. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EU/1/08/494/005. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ / ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ:** Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 16 Ιανουαρίου 2009. Ημερομηνία τελευταίας ανανέωσης: 19 Σεπτεμβρίου 2013. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 20 Ιανουαρίου 2020. Λεπτομερή πληροφοριακά στοιχεία για

το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμα στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: <http://www.ema.europa.eu>. **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:** Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικότητα και εμπειρία.

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ / ΤΙΜΗ

Περιεκτικότητα	Μέγεθος συσκευασίας	Νοσοκομειακή Τιμή	Λιανική Τιμή
C/S.SOL.IN 130MG/26 ML VIAL (5MG/ML)	BT x 1 VIAL x 6ML	2.133,24 €	2.584,12 €

Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε επικοινωνήστε με την εταιρεία Janssen-Cilag Φαρμακευτική Α.Ε.Β.Ε., Λ. Ειρήνης 56, 151 21 Πεύκη, τηλ. 210 80.90.000.

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

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

janssen  **Immunology**
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF **Johnson & Johnson**