

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος 2022 | Τεύχος 59
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535, Website: www.epege.gr, e-mail: info@epege.gr

59

Η οξεία αιμορραγία πεπτικού στην κλινική πράξη
Αιμορραγία πεπτικού σε ασθενή υπό αντιπηκτική αγωγή
Η θεραπεία της οξείας κίρρωσης
Περιφερική δερματίτιδα και κνησμός δακτυλίου

GIVE
PEACE
A CHANCE



MILTOS
KOURAS 22



5th
AISDD
ATHENS
INTERNATIONAL
SYMPOSIUM
2022

An Interdisciplinary Update in Digestive Diseases
& Gastrointestinal Cancer Prevention

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

**1 & 2
JULY
2022**

ATHENS - GREECE

**Megaron Athens
International
Conference Center**

#AISDD2022 | www.aisdd.com

AISDD 2022 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>



ΑΠΟΣΤΟΛΗ: ΥΦΕΣΗ ΠΟΥ ΔΙΑΡΚΕΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ CROHN¹



Βιβλιογραφία: 1. Sandborn WJ et al. Five-year Efficacy and Safety of Ustekinumab Treatment in Crohn's Disease: the IM-UNITI trial, Clinical Gastroenterology and Hepatology (2021). doi: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2021.02.025>.
Η Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος βρίσκεται στις τελευταίες σελίδες του παρόντος εντύπου.

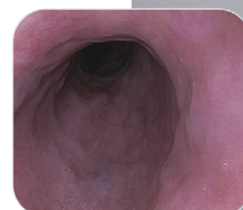
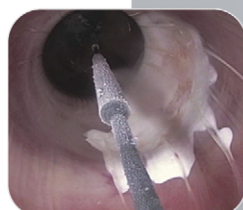
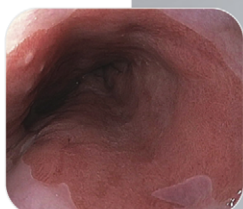
JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.
Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000
www.janssen.com.gr

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*

Καινοτόμο Σύστημα C2 CryoBalloon™

για τη θεραπεία του οισοφάγου Barrett και της πλακώδους δυσπλασίας, με εφαρμογή ακραίου ψύχους

 **C2 CryoBalloon**

Γρήγορο και εύκολο στη χρήση

- Το μπαλόνι του καθετήρα περιέχει N₂O.
- Κρυογονική ψήξη μεταξύ του τοιχώματος του μπαλονιού και του βλεννογόνου.
- Ελεγχόμενη δόση σε στοχευμένη βλάβη χάρη στην περιστροφή του καθετήρα, τη σταθερότητα του μπαλονιού και τη στόχευση οπουδήποτε μέσα στο φουσκωμένο μπαλόνι.
- Το βάθος της θεραπείας είναι ελεγχόμενο από το χρόνο.
- Η απλοποιημένη διαδικασία διαρκεί περίπου 15 λεπτά.
- Ο φορητός controller με οθόνη αφής ενημερώνει το χρήστη καθ' όλη τη διάρκεια της εξέτασης για τις ενέργειες που πρέπει να ακολουθήσει.

- Η νέα σχεδίαση του καθετήρα φτάνει σε σωληνοειδείς δομές, στη γαστροοισοφαγική συμβολή (GEJ) και είναι κατάλληλο για μικρές και μεγάλες βλάβες.



Έτοιμο για χρήση σε μεγάλο φάσμα ασθενών με οισοφάγο Barrett

- Εξαιρετικά αποτελεσματικό και ασφαλές, χωρίς καμία επιπλοκή.
- Καμία εξέλιξη της νόσου σε κανέναν ασθενή σε παρακολούθηση 2 ετών.
- Λιγότερος πόνος στους ασθενείς μετά τη διαδικασία.
- Καμία ανάγκη για παυσίπονα μετά την έβδομη ημέρα, μετά τη θεραπεία.

PAPAPOSTOLOU

HEALTHCARE TECHNOLOGIES

est. 1914

ΑΘΗΝΑ Εθν. Αντιστάσεως 93 • 154 51 • Νέο Ψυχικό +30 210 67 90 000

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ Πλ. Σιντριβανίου 4 • 546 21 +30 2310 233 251

info@papapostolou.gr

www.papapostolou.gr

ΠΑΤΡΑ • ΙΩΑΝΝΙΝΑ • ΗΡΑΚΛΕΙΟ • ΧΑΝΙΑ • ΛΑΡΙΣΑ • ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑ

Περιεχόμενα



ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	4
Ο ΒΡΟΧΟΣ ΤΩΝ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΩΝ ΚΑΙ Η ΑΥΤΑΞΙΑ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ	
ΝΕΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΑΙΡΑ	6
ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΔΣ ΤΗΣ ΕΠΕΓΕ	
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	8
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΗΝ ΟΜΟΤΙΜΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ κα ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΡΩΜΑ	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	13
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	20
Η ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	31
ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ «ΠΡΑΣΙΝΟ»;	
HOW TO DO IT	32
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΚΙΡΣΟΡΡΑΓΙΑΣ: ΤΙ ΕΧΕΙ ΑΛΛΑΞΕΙ; ΑΠΟ ΤΟ ΒΑΝΕΝΟ VI ΣΤΟ ΒΑΝΕΝΟ VII	
ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	36
ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ: ΜΙΑ ΔΕΥΤΕΡΗ ΜΑΤΙΑ 30 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ	
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	39
ΜΠΟΡΕΙ Η ΚΑΨΟΥΛΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΝΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΗΣΕΙ ΤΗΝ SCREENING ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ COVID-19 ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ; Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ -ΤΕΤΑΡΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	41
ΠΕΡΙΠΡΟΚΤΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΚΝΗΣΜΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	
ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	48
ΑΝΔΡΕΑΣ ΚΑΡΚΑΒΙΤΣΑΣ (1865-1922). Ο ΓΙΑΤΡΟΣ, Ο ΛΟΓΟΤΕΧΝΗΣ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	52
LONG COVID Ή ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΟ COVID-19	

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
Σπύρος Βρακάς
Χάρης Τσιώνης

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

Πρόεδρος: Χάρης Τσιώνης
Αντιπρόεδρος: Κωνσταντίνα Παρασκευά
Γεν. Γραμματέας: Σπύρος Βρακάς
Ειδ. Γραμματέας: Δημήτριος Δανδάκης
Ταμίας: Σπύρος Γούλας
Μέλη: Θεόδωρος Εμμανουήλ,
Νικόλαος Μαργέτης
Γραμματεία: Μαρία Γεναδοπούλου

Εικονογράφηση Εξωφύλλου:

Μίλτος Σκούρας

Δημιουργικό – Εκτύπωση:

ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑmed

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

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



Άρθρο Σύνταξης

Νικόλαος Γ. Μαργέτης, Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής Σύνταξης

Ο βρόχος των στερεοτύπων και η αυταξία της δράσης

*Ο κόσμος δεν θα καταστραφεί από αυτούς που κάνουν το κακό,
αλλά από αυτούς που παρακολουθούν χωρίς να κάνουν τίποτα.*

Albert Einstein (1879-1955)

Αξιότιμες και αξιότιμοι Συνάδελφοι,

Βιώνουμε στιγμές αβεβαιότητας και προβληματισμού. Παρότι διάγουμε την τρίτη δεκαετία του 21ου αιώνα, συνειδητοποιούμε πως πρακτικές και εφιάλτες παλαιότερων εποχών λειτουργούν ως βαρίδια, παλινδρομώντας τον ρου της ιστορίας. Λησμονώντας τις φρικαλεότητες του παρελθόντος και επαναπαυμένος στην ασταθή του ευμάρεια, ο δυτικός κόσμος στρουθοκαμήλισε ενώπιον πολλαπλών απειλών και ερμήνευσε τα τεκταινόμενα μέσα από ευσεβοποθικά πρίσματα. Σύγχρονοι αλαζονικοί θύτες διαπράττουν εγκλήματα, εκβαρβαρίζοντας ανθρώπους και ήθη. Εν ονόματι της “δικαιοσύνης” προσβάλλουν το δίκαιο, καταδικάζοντας αθώους και άμαχους σε αφανισμό ή προσφυγιά. Ο πόλεμος που μαίνεται είναι υβριδικός : στα πεδία της μάχης και στο μέτωπο της (παρα)πληροφόρησης. Η ειρήνη απειλείται. Η αλήθεια και τα ανθρώπινα δικαιώματα καταπατώνται. Η ύβρις και η οίηση επελαύνουν θρασύτητα.

Ευρισκόμενοι μπροστά σε αυτή την πρόκληση, η στάση μας δεν αρμόζει να είναι ούτε άνευρη ούτε άτολμη. Είμαστε συνυπαίτιοι στην ανθρωπιστική καταστροφή, εάν παραμείνουμε ενεοί και ακινητοποιηθούμε εμβρόντητοι, εάν ο θυμός μας δεν μετουσιωθεί σε δράση, εάν κωφεύσουμε υπεροπτικά στα δράματα των “άλλων”. Δεν δικαιούμαστε να ενδώσουμε στο φόβο, εφόσον ιστορικά τεκμαίρεται πως η ιταμότητα στο τέλος ηττάται. Το δίδαγμα αυτό μας κληροδότησε ο Αισχύλος με τους “Πέρσες” : η έπαρση της υπεροπλίας βυθίστηκε στη Σαλαμίνα, η νέμεση τιμώρησε την ύβρι. Η ηθική μας υποχρέωση είναι να επικοινωνήσουμε αντιπολεμικό μήνυμα ξεκάθαρα και έμπρακτα. Καθήκον μας να διαλύσουμε το στερεότυπο της απάθειας, να αποβάλλουμε από τον πολιτισμό μας τον μανδύα της υποκριτικής θεωρητικολογίας και να διεκδικήσουμε την ειρήνη ως εγγενή αξία. Να αποδείξουμε πως “η πράξη είναι η πλατύτερη θύρα της λύτρωσης” (Νίκος Καζαντζάκης, Ασκητική). Η φωνή καλωσορίσματος του παρόντος τεύχους των “ενδοσκοπήσεων”, όπως αποτυπώνεται στο εξώφυλλό τους, δεν θα μπορούσε να είναι άλλη από την προτροπή και την ευχή για μία ευκαιρία στην ειρήνη.

Ο εν εξελίξει άδικος πόλεμος δεν είναι ο μοναδικός που καλούμαστε να δώσουμε το «παρών». Η μάχη με το νέο κορωνοϊό εισήλθε στον τρίτο χρόνο και συνεχίζεται σε όλα τα μήκη και τα πλάτη του πλανήτη. Η πανδημία του SARS-CoV-2 παραμένει εξίσου απειλητική, όπως και πριν η καμπή στα στρατιωτικά δρώμενα την υποβιβάζει από την προμετωπίδα του ενδιαφέροντος. Όσον αφορά στην Ελλάδα, κατά τον τελευταίο μήνα καταγράφεται μείωση του αριθμού των νοσηλευόμενων, των διασωληνωμένων και των θανάτων· η μείωση αυτή, εν τούτοις, δεν επιτρέπει εφησυχασμό. Η χαλάρωση των μέτρων δέον να υλοποιηθεί με περίσκεψη και προγραμματισμό, αφενός, και με τέτοια μέθοδο που να μην μεταφέρει εσφαλμένα μηνύματα, αφετέρου. Οι αρμόδιοι οφείλουν να προστατεύσουν τους κατοίκους της πατρίδας μας από την ενέδρα των στερεοτύπων, όπως είναι τα αβασάνιστα συμπεράσματα, οι απλουστευμένες θέσεις και η υπεραξία των εντυπώσεων. Είναι σημαντικό να δεχθούν οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού (που κινδυνεύουν περισσότερο από σοβαρή νόσο COVID-19), αλλά και οι έφηβοι και τα παιδιά (που διαιωνίζουν τη λοίμωξη) υπεύθυνη και στοχευμένη πληροφόρηση. Το πρόγραμμα του εμβολιασμού πρέπει να ενισχυθεί και να τονιστούν τα ευεργετικά αποτελέσματα της πρόληψης.

Άρθρο Σύνταξης

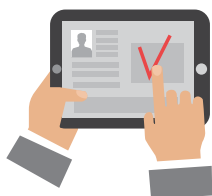


Η Πολιτεία, με αφορμή την πανδημία, οφείλει να εγκύψει στα σοβαρά διαρθρωτικά προβλήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας και να προχωρήσει άμεσα σε τακτικό σχεδιασμό ενός νέου ΕΣΥ. Συναισθανόμενη το ύψος της ευθύνης της, οφείλει να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις της μεταπανδημικής εποχής, οι οποίες θα διακυβεύσουν την εύθραυστη ισορροπία του ΕΣΥ. Οφείλει π.χ. να δώσει κίνητρα στους γιατρούς να ενταχθούν ενεργά στο ΕΣΥ, να επισπεύσει (με δράσεις τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην τριτοβάθμια περίθαλψη) τον εκφυλισμό της πανδημίας σε επιδημία, να λάβει πρόνοια για τη θεραπεία σοβαρών χρόνιων νοσημάτων που δεν αντιμετωπίστηκαν κατά τη διετία της πανδημίας και που θα πιέσουν το ΕΣΥ τους επόμενους μήνες, να αναδιαμορφώσει εκ βάθρων τις δομές υγείας συνυπολογίζοντας ιδιαιτερότητες και τοπικές ανάγκες και, τέλος, να βρίσκεται σε διαρκή επαγρύπνηση για να αντιμετωπίσει επιτυχώς τις απώτερες επιπτώσεις της νόσου COVID-19 (όπως αυτές αναλύονται λεπτομερώς στο επικαιροποιημένο και κατατοπιστικό άρθρο του Παθολόγου κ. Ρόδη για το σύνδρομο Long COVID στο ελεύθερο θέμα του τεύχους).

Ας μη λησμονούμε, εξάλλου, πως ποικίλα στερεότυπα ενδημούν στη σκέψη και τη συμπεριφορά πολλών πολιτών, των κυβερνήσεων και των ΜΜΕ· οι προκατασκευασμένες αντιλήψεις για τους λειτουργούς της υγείας, οι υπεργενικεύσεις, η μισαλλοδοξία, η δίκη προθέσεων, οι παράλληλοι μονόλογοι (Γιώργος Σεφέρης), ο ισοπεδωτικός εξισωτισμός, η εχθρότητα προς την άμιλλα και προς την αριστεία είναι μερικά από αυτά. Τα στερεότυπα, λειτουργώντας ως προκρούστειες κλίνες, ενίοτε δε ως γόρδιοι δεσμοί, υπονομεύουν την αίσια έκβαση των όποιων θετικών έργων έχουν δρομολογηθεί στον τομέα της υγείας και συνιστούν την κύρια αιτία της ετερογονίας των σκοπών (Αριστοτέλης) : τα αποτελέσματα που παράγουν οι πράξεις ενός υποκειμένου είναι αντίθετα από τις αρχικές επιθυμίες ή επιδιώξεις του. Η συντονισμένη και στρατηγική δράση, ως αντίδοτο σε χορεία στερεοτύπων, αποτελεί την προϋπόθεση για την πρόοδο σε όλες τις εκφάνσεις του κλάδου της υγείας. Ήλθε το πλήρωμα του χρόνου να επανεφεύρουμε το αυτονόητο, προκειμένου να αποδώσουν καρπούς τόσο οι καλές προθέσεις μερικών (λίγων) υπευθύνων όσο - πρωτίστως - το ανυπέρβλητο έργο ευθύνης και θυσίας των Ελλήνων γιατρών.

Το τρέχον τεύχος του περιοδικού, το πρώτο του 2022, εγκιβωτίζει ένα συμβολισμό : η αιμορραγία πεπτικού, στην οποία έχουν αφιερωθεί τρεις εξαιρετικές ανασκοπήσεις (η κλινική προσέγγιση της οξείας αιμορραγίας πεπτικού, η θεραπεία της οξείας κιρσορραγίας, η αντιμετώπιση του ασθενή που αιμορραγεί ενώ λαμβάνει αντιπηκτικά), παραλληλίζεται με τη φράουλα που αιμορραγεί στη φωτιά του πολέμου. Ευχή όλων μας είναι, όταν θα κρατάτε στα χέρια σας το έντυπο τεύχος, να έχει σταματήσει η σπαρακτική αιμορραγία της «καρδιάς-φράουλας», με την ίδια αμεσότητα που επέρχεται η επίσχεση της αιμορραγίας του γαστρεντερικού με την ενδοσκοπική μας παρέμβαση κατά την οξεία φάση της. Πορευόμενοι προς το Πάσχα, να ευχηθούμε ακόμα να υφεθεί ουσιαστικά το τωρινό πανδημικό κύμα της νόσου COVID-19 και να είναι η Ανάσταση του Κυρίου το εφελτήριο για την προσωπική μας «ανάσταση», το γόνιμο έδαφος επί του οποίου θα κυοφορήσει η συλλογική μας και η ατομική μας σπορά.

Καλή Ανάσταση !!!



Νέα & Επίκαιρα

ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΔΣ ΤΗΣ ΕΠΕΓΕ

Σπύρος Βρακάς, Γαστρεντερολόγος, Πειραιάς

Ολοκληρώθηκε η 18η Πανελλήνια Εκπαιδευτική Διημερίδα της ΕΠΕΓΕ. Η θεματολογία ήταν πλούσια, η συμμετοχή μεγάλη και οι εισηγήσεις που παρουσιάστηκαν υψηλού επιπέδου. Ταυτόχρονα, με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκαν το σεμινάριο Άμεσης Υποστήριξης της Ζωής (Immediate Life Support – ILS), όπως επίσης η Νοσηλευτική Ημερίδα για τις νοσηλεύτριες και τους νοσηλευτές των ενδοσκοπικών τμημάτων. Καινοτομία σε αυτή τη διημερίδα ήταν το σεμινάριο Ακτινοπροστασίας, το οποίο πραγματοποιήθηκε για Γαστρεντερολόγους που συμμετέχουν σε ακτινοσκοπικά καθοδηγούμενες ενδοσκοπικές πράξεις. Θερμές ευχαριστίες για την άρτια οργάνωση και επιμέλεια στον κ. Ι. Παπανικολάου, πρόεδρο της 18ης Πανελλήνιας Εκπαιδευτικής Διημερίδας.

Στο πλαίσιο αυτό με μεγάλη χαρά ανακοινώνουμε τη 19η Πανελλήνια Εκπαιδευτική Διημερίδα με τίτλο «Καινοτομίες και εξελίξεις στη Γαστρεντερολογία», η οποία θα πραγματοποιηθεί στις 3-4 Δεκεμβρίου 2022 στο ξενοδοχείο Caravel. Πρόεδρος θα είναι ο κ. Χρήστος Λιάτσος. Η θεματολογία είναι πλούσια και σύντομα θα είναι διαθέσιμο το πρόγραμμα της διημερίδας.

Φέτος, παράλληλα με τη διημερίδα, θα διενεργηθούν και αρχαιρεσίες για την εκλογή νέου Διοικητικού Συμβουλίου. Προσβλέπουμε στην ενεργό συμμετοχή στα κοινά του κλάδου μας σε μία περίοδο που η Γαστρεντερολογία μας έχει περισσότερο ανάγκη από ποτέ. Νέοι άνθρωποι, με καινούργιες ιδέες και όραμα, είναι απαραίτητοι για την εξέλιξη της ειδικότητάς μας.

Salofalk^{1g}

Mesalazine

Δισκία

Γαστροανθεκτικά



03.2022/SALOFALK TABS 1GR/ADV/01

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

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον ΚΑΚ κατόπιν αιτήσεως

 **Galenica α.ε.**

Ελευθερίας 4, Κηφισιά 145 64 • **Επιστημονικό Τμήμα:** Τηλ.: 210 5281731
• **Τμήμα Φαρμακοεπαγρύπνησης:** Τηλ.: 210 5281805 • www.galenica.gr



Λ.Τ.: 80,35€



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Ο Γαστρεντερολόγος κ. Σπύρος Γούλας συνομιλεί με την
Ομότιμη Καθηγήτρια Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας κα Ελευθερία Ρώμα

Με ιδιαίτερη χαρά υποδεχόμαστε σε αυτό το τεύχος μια εμβληματική μορφή της ελληνικής Γαστρεντερολογίας την **Ομότιμη Καθηγήτρια Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας Ελευθερία Ρώμα**.

Θέλω να την ευχαριστήσω θερμά για την αποδοχή της πρόσκλησης χωρίς... δεύτερη σκέψη. Εξέχον μέλος της γαστρεντερολογικής οικογένειας η κα Ρώμα κυριολεκτικά χάρωσε και άνοιξε το δρόμο για τις ενδοσκοπήσεις στα παιδιά και για την Παιδιατρική Γαστρεντερολογία γενικότερα.

Πάντα παρούσα στις επιστημονικές εκδηλώσεις μας με ευγένεια, πραότητα και με το δικό της προσωπικό τόνο, κάνει καίριες παρεμβάσεις και παρατηρήσεις και θέτει εύστοχα ερωτήματα που εμπλουτίζουν κάθε φορά το περιεχόμενο των εκδηλώσεων μας.

Η κα Ελευθερία Ρώμα εργάζεται σήμερα ως Επιστημονική Διευθύντρια του Παιδογαστρεντερολογικού Τμήματος του Θεραπευτηρίου 'Μητέρα', ενώ συνεχίζει τη διδασκαλία σε προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές, καθώς και τη συμμετοχή της σε ερευνητικά προγράμματα.

Είναι πτυχιούχος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και μετά την λήψη της ειδικότητας της Παιδιατρικής μετεκπαιδεύτηκε στην Παιδιατρική Γαστρεντερολογία στο Hospital for Sick Children, Great Osmond Str του Λονδίνου. Είναι κάτοχος Διδακτορικού και Υψηλότητας.

Είναι ταυτισμένη με την ίδρυση, οργάνωση και λειτουργία της Παιδογαστρεντερολογικής Μονάδας της Πανεπιστημιακής Παιδιατρικής Κλινικής του 'Αγία Σοφία', πρώτη Μονάδα στο είδος της στον ελληνικό χώρο. Είναι η πρώτη Παιδογαστρεντερολόγος που έκανε ενδοσκοπήσεις στα παιδιά πανελλαδικά. Κατά τη διάρκεια της πολύχρονης δράσης της έχει εκπαιδεύσει μεγάλο αριθμό φοιτητών Ιατρικής, Παιδιάτρων, Παιδογαστρεντερολόγων, Νοσηλευτών και Μεταπτυχιακών σπουδαστών. Είναι υπεύθυνη δεκάδων διδακτορικών διατριβών, μέλος Επιστημονικών Εταιρειών και της Συντακτικής Επιτροπής πολλών επιστημονικών περιοδικών.



Πρόεδρος και Αντιπρόεδρος δύο φορές στην Ελληνική Εταιρεία Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας Ηπατολογίας και Διατροφής (HELSPGHAN), Αντιπρόεδρος και μέλος ΔΣ ΕΓΕ και ιδρύτρια της Ελληνικής Εταιρείας Κοιλιοκάκης.

Επίσης μέλος ομάδων εργασίας για την σύνταξη κατευθυντηρίων οδηγιών στην Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας. Έχει συγγράψει κεφάλαια σε βιβλία και μεγάλο αριθμό εργασιών σε ξένα, ξενόγλωσσα και ελληνικά περιοδικά.

Μετά από αυτά τα εισαγωγικά της δίνω το λόγο ώστε με άξονα τις ερωτήσεις που της θέτω να μας...ταξιδέψει στην Παιδιατρική Γαστρεντερολογία που είναι συνάμα ένα κομμάτι της ιστορίας της Ελληνικής Γαστρεντερολογίας.

Να ξεκινήσουμε με την ...εύλογη ερώτηση για τους λόγους που σας ώθησαν στην επιλογή της Γαστρεντερολογίας στη μεγάλη... πολυκατοικία της Παιδιατρικής. Και ποιο ήταν το τοπίο στην Ελλάδα για την Παιδιατρική Γαστρεντερολογία στο ξεκίνημά σας;

Την εποχή που αποφάσισα να εξειδικευθώ στην Παιδιατρική Γαστρεντερολογία δεν υπήρχε άλλος στην Ελλάδα, ενώ στην Ευρώπη μόλις περίπου 8 χρόνια πριν είχε συγκροτηθεί μια μικρή ομάδα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην Παιδιατρική Γαστρεντερολογία, με τη στενή συνεργασία και συμπαράσταση των γαστρεντερολόγων ενηλίκων. Η αρχική μου σκέψη ήταν να μετεκπαιδευθώ στην Ηπατολογία. Όταν ανακοίνωσα τη σκέψη μου στον αείμνηστο Καθηγητή Μαντανιώτη μου είπε χαρακτηριστικά: «βρε Ρίτσα γιατί δεν μετεκπαιδεύεσαι στην Παιδιατρική Γαστρεντερολογία αφού δεν υπάρχει κανείς άλλος στην Ελλάδα;». Έτσι λοιπόν, τις επόμενες ημέρες βρέθηκα σε interview με τον John Harries, τον μοναδικό τότε καθηγητή Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας στην

Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ



Ευρώπη, στο Great Ormond Street, το πιο φημισμένο και οργανωμένο Παιδογαστρεντερολογικό τμήμα της Ευρώπης με πλούσιο κλινικό και ερευνητικό έργο.

Μετεκπαιδευθήκατε στο ειδικό γνωστικό αντικείμενο σε Νοσοκομείο του Λονδίνου. Μπορείτε να μας μιλήσετε αναλυτικά για την περίοδο εκείνη...

Η περίοδος εκείνη ήταν μια από τις πιο καθοριστικές, γιατί μπήκε στη ζωή μου, αλλά και στην Ελλάδα μια καινούργια υποειδικότητα που ήταν η αρχή ενός ευρύτατου πεδίου δεξιοτήτων και γνώσεων αργότερα. Μόλις 8 χρόνια πριν είχε ιδρυθεί η Ευρωπαϊκή Παιδογαστρεντερολογική εταιρεία (ESPGHAN) και 7 χρόνια πριν είχαν τεθεί τα κριτήρια της διάγνωσης της κοιλιοκάκης στο Interlaken, δηλαδή τότε ήταν απαραίτητες 3 βιοψίες με κάψουλα Crosby, δεδομένου ότι δεν υπήρχαν οι ευαίσθητες ορολογικές εξετάσεις για screening που έχουμε σήμερα. Αυτό σήμαινε ότι η τελική διάγνωση της κοιλιοκάκης γινόταν μετά από 2,5 έως 3 χρόνια, δηλαδή 1^η βιοψία αρχική, 2^η μετά από 2 χρόνια δίαιτας χωρίς γλουτένη και 3^η περίπου 6-12 μήνες μετά την επαναχορήγηση γλουτένης. Επομένως η ενασχόληση με τις βιοψίες εντέρου ήταν επιτακτική και χρειάστηκε να κάνω περίπου 500 βιοψίες λ. εντέρου με κάψουλα Crosby στο Νοσοκομείο του Λονδίνου. Η πρώτη ματιά στο στερεομικροσκόπιο με τη νωπή βιοψία ήταν υποχρεωτική μετά το τέλος της κάθε επέμβασης ώστε να έχουμε μια πρώτη πληροφορία, ενώ σήμερα τόσο εύκολα την έχουμε με την ενδοσκόπηση του 12λου!

Η διερεύνηση του μηχανισμού δυσασπορρόφησης στην ινοκυστική νόσο του παγκρέατος ήταν ένα από τα ερευνητικά πρωτόκολλα όπου μελετούσα perfusion, τοποθετώντας ορό παιδιών με ινοκυστική νόσο και φυσιολογικών μαρτύρων σε εντερικές έλικες ναρκωμένων ποντικών. Οι αυτοάνοσες εντεροπάθειες κυρίως σε παιδιά από τα Εμιράτα ήταν το άλλο συχνό πρόβλημα, που σήμερα ξέρουμε ότι πολλά από αυτά οφείλονται σε γενετικά μονογονιδιακά ή πολυγονιδιακά νοσήματα. Εκεί είδα το συνδυασμό κορτιζόνης, αζαθειοπρίνης, tacrolimus και άλλων ανοσοκατασταλτικών. Όπως επίσης είδα αρκετά παιδιά από την Ελλάδα με γαστρεντερολογικά

προβλήματα που είχαν έρθει για διάγνωση και αντιμετώπιση και το πρώτο Ελληνόπουλο με κολεκτομή λόγω ελκώδους κολίτιδας. Όταν με ρώτησε ο Καθηγητής μου αν υπάρχει κολίτιδα και Crohn στα παιδιά στην Ελλάδα του απάντησα: σπανιότατα και τότε ο σοφός δάσκαλος είπε: ίσως έχεις δίκιο γιατί δεν έχετε αρχίσει fast foods στην Ελλάδα! Για τα ηπατολογικά περιστατικά έπρεπε να πηγαίνω στο διάσημο παιδοπατολογικό κέντρο του King's College του Λονδίνου. Το σημαντικότερο όμως αυτή την εποχή ήταν ότι στην Ευρώπη δεν είχαν αρχίσει οι ενδοσκοπήσεις, και συνεπώς η διάγνωση γινόταν με μια ορθοσκόπηση με το άκαμπτο ενδοσκόπιο από χειρουργό ή κάτι περισσότερο από Γαστρεντερολόγο ενηλίκων. Εντυπωσιακή ήταν η οργάνωση, η ενδελεχής συζήτηση των περιστατικών με όλες τις συναφείς ειδικότητες (διαιτολόγους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς κτλ) και η ισχυρή Βρετανική Εταιρεία πασχόντων από κοιλιοκάκη, και ήταν αφορμή, που έγινε στόχος μου όταν επέστρεψα στη Ελλάδα, να συμβάλλω στην ίδρυση της Ελληνικής Εταιρείας πασχόντων από κοιλιοκάκη.

Και μετά πίσω στην Ελλάδα στο «Αγία Σοφία» και στην προσπάθεια να ανοίξετε νέους δρόμους για την Γαστρεντερολογία και τις ενδοσκοπήσεις στα παιδιά. Πως εξελίχθηκαν τα πράγματα;

Όταν γύρισα πίσω ο ενθουσιασμός για να ξεκινήσει κάτι που έλειπε ήταν η αιτία να αψηφώ τον κόπο και κυρίως να μη συνειδητοποιώ τους κινδύνους από τις μετέπειτα επεμβατικές πράξεις. Γύρισα πίσω έχοντας αγοράσει με δικά μου λεφτά μια κάψουλα Crosby για να αρχίσω το έργο! Η προσπάθεια να πείσω τους Επιμελητές των Τμημάτων για βιοψίες ήταν έντονη και, για κακή μου τύχη, το πρώτο παιδί που έκανα βιοψία λεπτού εντέρου αιμορράγησε! Τότε ο σπουδαίος δάσκαλος Μασσανιώτης μου είπε, αύριο θα κάνεις την επόμενη βιοψία! Δεν θα σταματήσεις. Δεν σταμάτησα, αλλά ποτέ πια δεν κάνω βιοψία χωρίς να προηγηθεί αιμορραγικός έλεγχος, γιατί τελικά το παιδί αυτό είχε διαταραχή της πήξης.

Θέλω ειδικότερα να αναφερθείτε σε ένα... δύσκολο θέμα εκείνο της καταστολής στις ενδοσκοπήσεις



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

που είναι απόλυτα αναγκαία στα παιδιά. Πως το αντιμετωπίσατε...

Πριν πάμε στην καταστολή θα πρέπει να θυμηθούμε ότι κατά τη διάρκεια της μετεκπαίδευσης μου δεν είχε καν αρχίσει η ενδοσκόπηση στα παιδιά από τους Παιδογαστρεντερολόγους. Άρα από κάπου έπρεπε να ξεκινήσω. Η ενθάρρυνση από τον αγαπημένο Παιδογαστρεντερολόγο, Κυπριακής καταγωγής καθηγητή Peter Milla που δουλεύαμε μαζί στο Λονδίνο ήταν απίστευτη. Μου έλεγε «ξεκίνα από ορθοσκόπηση και σιγά-σιγά θα μάθεις, και εγώ τώρα άρχισα γιατί έρχεται ο Christopher Williams στο Great Ormond Street και με εκπαιδεύει».

Συνεπώς έπρεπε να βρω δάσκαλο! Ο αείμνηστος Ορέστης Μανούσος δέχθηκε με προθυμία να με βοηθήσει όταν ήταν στον Ευαγγελισμό και όταν είχα κάποιο παιδί στο Αγία Σοφία ζητούσα τη βοήθεια του μοναδικού τότε ενδοσκόπου συνεργάτη του, δηλαδή του κ. Τάσου Εμμανουηλίδη που με βοήθησε και τολμούσα να προχωρήσω, στο χωρίς καταστολή παιδί, μέχρι το ορθοσιγμοειδικό όριο!

Η δημιουργία του ΕΣΥ αυτή την εποχή συνετέλεσε να εξοπλισθούν τα ενδοσκοπικά τμήματα ενηλίκων. Η ανάγκη συστηματικής εκπαίδευσης σε γαστροσκόπηση και κολονοσκόπηση ήταν επιτακτική. Επομένως παράλληλα με το Παιδιατρικό τμήμα 30-40 παιδιών του οποίου ήμουν η υπεύνηνη επιμελήτρια, έπρεπε να βρίσκω χρόνο για να εκπαιδεύω στις ενδοσκοπήσεις. Ο κ. Νίκος Καλατζής και στη συνέχεια οι αείμνηστοι Νίκος Σκανδάλης και Χρήστος Σπηλιάδης με πολλή αγάπη, απλόχερα, και συχνά εις βάρος των ειδικευομένων, προσπαθούσαν να εκπαιδεύσουν μια «φοβισμένη Παιδιάτρο».

Ενδοσκόπια δεν υπήρχαν τότε στο Αγία Σοφία, αλλά θυμάμαι ότι πήγαμε με τον Καθηγητή Μασσανιώτη στο Υπουργείο και σε 1-2 μήνες τα αποκτήσαμε. Ήταν όμως αδύνατο να χρησιμοποιηθούν γιατί δεν υπήρχε χώρος στο χειρουργείο και οι αναισθησιολόγοι ήταν ελάχιστοι.

Ενδοσκοπικό έγινε το γραφείο μου στον 6° όροφο του Νοσοκομείου Παίδων Αγία Σοφία, όπου τοποθετήθηκε εξεταστικό κρεβάτι, οι περίφημες μεταλλικές

γούρνες- απομίμηση αυτών του γαστρεντερολογικού του Γενικού Κρατικού- για το πλύσιμο των ενδοσκοπίων και οι πλαστικές λεκάνες για την απολύμανση στο cidex!

Με μοναδικό σύντροφο την άγνοια του κινδύνου και με επί πλέον εκπαίδευσή μου στη διασωλήνωση και έχοντας στο γραφείο το σχετικό μόνιτορ και σερ διασωλήνωσης ξεκίνησα δίνοντας αρχικά valium, ενώ αργότερα pethidine και anexate, αρχικά χωρίς νοσηλεύτρια, κάνοντας το πλύσιμο των ενδοσκοπίων μόνη μου και έχοντας δίπλα μου έναν Παιδιάτρο. Έγιναν πάνω από 2000 ενδοσκοπήσεις με αυτό τον τρόπο, σε μερικά παιδιά χωρίς καταστολή. Όταν αργότερα δημιουργήθηκε ο ενδοσκοπικός χώρος στο χειρουργείο με παρουσία Αναισθησιολόγου, **αναδρομικά** ένοιωσα πανικό και ποτέ πια δεν κάνω ενδοσκόπηση χωρίς Αναισθησιολόγο και, πάντα υπό καταστολή ή γενική αναισθησία.

Είχατε μια πολύχρονη λαμπρή επιστημονική πορεία, μια δημιουργική θα τη χαρακτήριζα πορεία, θέλετε να αποτυπώσετε κάποιους -τους πιο σημαντικούς- σταθμούς αυτής της πορείας...

Πιο πάνω και από την ακαδημαϊκή εξέλιξη, ως πιο σημαντικούς σταθμούς θεωρώ την ευλογία που μου δόθηκε να ξεκινήσω την ειδικότητα της Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας με την ελάχιστη εμπειρία μου και να φθάσει η Παιδιατρική Γαστρεντερολογική Μονάδα της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Αγία Σοφία να γίνει το πρώτο κέντρο αναφοράς στην Ελλάδα με τη βοήθεια πολυτίμων συνεργατών μου, που ένας από τους βασικούς ήταν η κα Ιωάννα Παναγιώτου, καθώς και ένας ικανός αριθμός εξειδικευομένων Παιδογαστρεντερολόγων που είναι σήμερα γνωστοί σε όλους. Έγινε ένα πλήρες κέντρο με ενδοσκοπική μονάδα, ηπατολογική μονάδα με υπεύθυνες αρχικά την κα Νίνα Μανωλάκη και στη συνέχεια την κα Αίγλη Ζέλλου, μανομετρικές, πεχαμετρικές, και αντιμετώπιση παιδιών με όλα τα γαστρεντερολογικά, ηπατικά και διατροφικά προβλήματα. Όλα αυτά τα 35 χρόνια που ήμουν υπεύνηνη της Μονάδας η ετήσια διακίνηση νοσηλευομένων και ασθενών Εξωτερικού ιατρείου έφθανε μέχρι τα 5000 παιδιά. Βλέποντας ότι

Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ



συνεχίζεται η παράδοση μετά την αφυπηρέτησή μου νοιώθω μεγάλη ικανοποίηση και χαρά.

Ο δεύτερος σημαντικός σταθμός της ζωής μου είναι η τύχη να διδάσκω, που μου προσφέρθηκε απλόχερα στη ζωή μου. Με γεμίζει πραγματικά η διδασκαλία σε φοιτητές, γιατρούς και νοσηλευτές και θεωρώ καθήκον μου την ελάχιστη εμπειρία μου να τη μεταφέρω στους νέους, όπως απλόχερα τη μετέφεραν οι δάσκαλοί μου σε εμένα. Χαίρομαι ιδιαίτερα που οι Παιδογαστρεντερολόγοι που εκπαιδεύθηκαν στη μονάδα έγιναν καλύτεροι και εκπαιδευτικά πιο ολοκληρωμένοι από εμένα, γεγονός που θεωρώ ότι πρέπει να είναι ο στόχος κάθε δασκάλου.

Σήμερα νομίζω ότι η Γαστρεντερολογία είναι αναγνωρισμένη εξειδίκευση της Παιδιατρικής. Θέλετε να αναφερθείτε στο θέμα δίνοντας στοιχεία για τον αριθμό ειδικευομένων, τα κέντρα εκπαίδευσης. Επίσης να σχολιάσετε αν το σύστημα λειτουργεί ικανοποιητικά ή αν κατά τη γνώμη σας χρειάζονται αλλαγές από την πλευρά της Πολιτείας.

Δυστυχώς ακόμη και σήμερα δεν έχει αναγνωριστεί στη χώρα μας η Παιδιατρική Γαστρεντερολογία. Η προσπάθεια έχει αρχίσει από το 1990 που με την κα Σάντα Αρβανιτάκη φτιάξαμε ένα υποτυπώδες log book και μαζί με το συνοδευτικό έγγραφο του καθηγητού Ματσανιώτη ζητήσαμε από το ΚΕΣΥ την αναγνώριση. Ευτυχώς σήμερα όλα δείχνουν ότι πολύ σύντομα θα αναγνωρισθεί, όπως εξ άλλου έχει συμβεί στις πιο πολλές χώρες της Ευρώπης και την Αμερική. Από τους Παιδιάτρους που εξειδικεύθηκαν στην Ελλάδα σχεδόν όλοι έχουν εκπαιδευθεί πλήρως και για μακρό διάστημα ως επιμελητές ή πανεπιστημιακοί υπότροφοι. Λίγοι επέστρεψαν στην Ελλάδα μετά από μετεκπαίδευση σε αναγνωρισμένο κέντρο Ευρώπης ή Αμερικής. Για τον αριθμό των ειδικευομένων δεν μπορώ να απαντήσω, γιατί δεν υπάρχουν ακόμη αναγνωρισμένα κέντρα. Πάντως μετά την επικείμενη αναγνώριση των κέντρων, στόχος μας είναι η άρτια και ισότιμη εκπαίδευση, περιορισμένου αριθμού εξειδικευομένων κάθε χρόνο.

Ως Ακαδημαϊκός με μακρά εμπειρία πως κρίνεται γενικότερα την ιατρική εκπαίδευση;

Πιστεύω ότι η εκπαίδευση πρέπει να είναι ενιαία και το σύστημα να είναι έτσι δομημένο ώστε να δοθούν ίσες ευκαιρίες σε όλους. Πρέπει να καλύπτουν επαρκώς τους 3 τομείς Γαστρεντερολογία, Ηπατολογία και Διατροφή, με εποπτεία για τις επεμβατικές και κλινικές ικανότητες και το απαραίτητο log book. Πρέπει να είναι αυστηρή η εποπτεία ώστε οι νέοι Παιδογαστρεντερολόγοι να έχουν μια σύγχρονη κατάρτιση, γιατί το κάθε παιδί, που αναλαμβάνουν να θεραπεύσουν, δικαιούται να έχει την καλύτερη αντιμετώπιση.

Να γυρίσουμε τώρα σελίδα και να πάμε στο κεφάλαιο Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία: είστε ενεργό μέλος πολλά χρόνια και έχετε εμπειρία από τη λειτουργία της. Θέλω μια συνολική αποτίμηση και μια πρόταση για αλλαγή σε μία δύο πτυχές της σημερινής της λειτουργίας για να γίνει καλύτερη...

Η Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία είναι το δεύτερο σπίτι μου. Από πολύ νωρίς έγινα μέλος και επί πλέον σε δύο θητείες υπήρξα μέλος του ΔΣ. Επομένως γνωρίζω από μέσα την όλη δομή.

Δυστυχώς υπήρχαν και ατυχείς στιγμές στο παρελθόν που κινδύνεψε η εταιρεία, αλλά τελικά επικράτησε η λογική και παραμένει δυνατή. Νομίζω κύριο μέλημα της εταιρείας είναι να εξασφαλίζει την ισότιμη εκπαίδευση όλων των ειδικευομένων και να υπάρχει σύμπνοια των μελών της. Πιστεύω ότι χρειάζεται περισσότερη συνεργασία για πολυκεντρικές μελέτες, να δίνεται ενθάρρυνση και ευκαιρία για συμμετοχή όλων των κέντρων, καθώς επίσης να προστατεύει τα μέλη της, όπως εξ άλλου συμβαίνει. Επίσης, πιστεύω ότι πρέπει να είναι εξωστρεφής και να λειτουργεί σε πλήρη συντονισμό και επικοινωνία με τις υπόλοιπες εθνικές Ευρωπαϊκές Εταιρείες με σκοπό την ισότιμη εκπαίδευση των μελών της. Με χαρά διαπιστώνω ότι το επίπεδο των Ελλήνων Γαστρεντερολόγων ενηλίκων και οι δεξιότητές τους είναι εξαιρετικά.

Νοιώθουμε μεγάλη ευγνωμοσύνη τόσο εγώ προσωπικά όσο και η Παιδογαστρεντερολογική κοινότητα για την αγάπη, τη στοργή και το σεβασμό που μας δείξατε από την πρώτη στιγμή. Πάντα οι Γαστρεντερολόγοι ενηλίκων δείξατε συμπαράσταση στην εκπαίδευσή μας και κυρί-



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

ως στις ενδοσκοπήσεις. Γνωρίζοντας τις ιδιαιτερότητες της Παιδιατρικής- από το νεογνό μέχρι τον έφηβο- η ΕΓΕ μας βοηθά διαχρονικά και υποδειγματικά για την αναγνώριση της Παιδογαστρεντερολογίας.

Είστε η πρώτη Παιδογαστρεντερολόγος που έκανε ενδοσκοπήσεις σε παιδιά με μεγάλη εμπειρία μεταξύ άλλων και στην οργάνωση της όλης διαδικασίας, αλλά και στην εκπαίδευση και μετεκπαίδευση νέων γιατρών στο γνωστικό αντικείμενο. Είχατε επικοινωνία όλα αυτά τα χρόνια με το ΚΕΣΥ ή το Υπουργείο Υγείας για θέματα οργάνωσης, εκπαίδευσης και σχεδιασμού των παιδογαστρεντερολογικών υπηρεσιών, υπήρχε διάυλος;;;

Πολλές φορές τόσο εγώ όσο και οι επόμενοι. Σε σχέση με την επίσημη αναγνώριση πάντα υπήρχε η απάντηση ότι γνωρίζουμε την ιδιαιτερότητα, μια και είναι επεμβατική ειδικότητα, αλλά πρέπει να αναγνωρισθούν και οι άλλες παιδιατρικές εξειδικεύσεις συγχρόνως. Πιστεύω ότι τους επόμενους μήνες θα έχω τη χαρά να δω να πραγματοποιείται το όνειρο που ξεκίνησαμε πριν 32 χρόνια.

Θέλω να μας μιλήσετε λίγο για το πως περνάτε τον ...ελεύθερο χρόνο σας για αγαπημένες ασχολίες, πράγματα που σας χαλαρώνουν και που αγαπάτε...

Τελικά τα καταφέρνω να μην έχω πολύ ελεύθερο χρόνο. Μου αρέσει το διάβασμα, όσο μεγαλώνω η φιλοσοφία και ο διαλογισμός, το θέατρο, το περπάτημα, η γυμναστική, το κολύμπι και τα ταξίδια, που την τελευταία διετία σταμάτησαν αναγκαστικά λόγω της πανδημίας.

Ποιο ελληνικό νησί θέλετε να γνωρίσετε και δεν σας έχει δοθεί η δυνατότητα μέχρι σήμερα...

Θα ήθελα να πάω Καστελόριζο και Σάμο.

Ποια είναι η άποψή σας για την πανδημία, έχει ημερομηνία λήξης και, αν ναι, πού την τοποθετείτε;;

Πιστεύω ότι έχει ανατρέψει ότι θεωρούσαμε δεδομένο. Η καταπίεση, ο φόβος του θανάτου και η αδυναμία να χαρούμε πράγματα που δεν είχαμε συνειδητοποιήσει πόσο μας έδιναν ευτυχία έχει αλλάξει την προσωπικότητα μας. Ο εγκλεισμός για μικρό χρονικό διάστημα μας έκανε

να συγκροτηθούμε και να αναθεωρήσουμε τις απόψεις μας για τη ζωή. Η παράταση όμως έχει δημιουργήσει μια αλλαγή στην ψυχή μας. Σχετικά με την ημερομηνία λήξης, είναι δύσκολο να προβλέψει κάποιος πότε θα συμβεί αυτό, ή αν τελικά θα εξελιχθεί σε ελαφρότερη μορφή όπως συμβαίνει με τις επιδημίες γρίπης.

Πολλοί εκτιμούν ότι όταν έρθει το πανδημικό τέλος και επιστρέψουμε στην κανονικότητα τίποτα δε θα είναι όπως πριν. Θεωρείτε ότι το σύστημα υγείας θα χρειάζεται αλλαγές και, αν ναι, ποιες κατά τη γνώμη σας θα πρέπει να είναι αυτές...

Πιστεύω ότι σιγά σιγά θα ξεχάσουμε αυτή τη φάση της ζωής μας, αλλά ίσως παράλληλα ξεχάσουμε ότι αυτά που ξαναβρήκαμε μετά το τέλος της πανδημίας είναι τα πιο ουσιαστικά για να μας κάνουν ευτυχισμένους και όχι μεμψίμοιρους. Φάνηκε πόσο σημαντικό είναι το σύστημα υγείας από την πανδημία αυτή. Πρέπει να θωρακισθεί με περισσότερους γιατρούς όλων των ειδικοτήτων και περισσότερο οι εντατικές μονάδες, με ισότιμη εκπαίδευση γιατρών σε επαρχία και μεγάλες πόλεις. Όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν ίση μεταχείριση.

Θέλω να σας ευχαριστήσω πολύ για την ευγενή καλοσύνη που είχατε να αποδεχθείτε αυτή την πρόσκληση και να σας καλέσω να κλείσετε με ένα θετικό μήνυμα...

Η μεγαλύτερη χαρά και ευτυχία είναι η προσφορά και ευτυχώς η ιατρική μας δίνει αυτή την ευκαιρία. Οι νέοι να κάνουν όνειρα, να έχουν στόχους και να πιστεύουν ότι μπορούν, **γιατί μπορούν**. Η προσπάθεια για να πετύχουμε τους ιδανικούς στόχους μας είναι το ωραιότερο ταξίδι της ζωής.

Κλείνοντας θέλω να σας ευχαριστήσω πολύ που μου δώσατε την ευκαιρία να κάνω το νοερό αυτό ταξίδι στο παρελθόν και να θυμηθώ με ευγνωμοσύνη όλους τους ανθρώπους που με βοήθησαν και μου συμπαραστάθηκαν για να μπουν τα πρώτα λιθάρια στο οικοδόμημα της Παιδογαστρεντερολογίας στη χώρα μας, που τόλμησα να ξεκινήσω, παρά τις αρχικά ελάχιστες γνώσεις και εμπειρία μου.

Ενδοσκοπικό θέμα

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ



Ηλίας Γρίβας, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια, η πρόοδος στην ενδοσκόπηση εξασφάλισε τη δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης των αιτίων της αιμορραγίας, είτε αυτή εμφανίζεται με τη μορφή αιματέμεσης, μέλαινας κένωσης, αιματοχεσίας, είτε στο πλαίσιο ελέγχου αναιμίας, που αποδίδεται σε χρόνια απώλεια αίματος από το γαστρεντερικό σύστημα.

Η αντιμετώπιση ενός περιστατικού με αιμορραγία από το πεπτικό περιλαμβάνει: την αρχική εκτίμηση του ασθενούς, την ανάταξη, τη διάγνωση της εστίας αιμορραγίας και, τέλος, τη θεραπευτική αντιμετώπισή της.

Η χρήση αντιπηκτικών-αντισταθμιστικών εκθέτει τους ασθενείς σε υψηλότερο κίνδυνο και, συνεπώς, απαιτείται ειδική μεταχείριση.

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα των νεότερων αντιπηκτικών (άμεσα δρώντα αντιπηκτικά από του στόματος - DOACs) σε σχέση με τα κουμαρινικά αντιπηκτικά είναι τα εξής:

1. Έχουν γρήγορη έναρξη δράσης
2. Η δόση τους είναι προκαθορισμένη
3. Δεν επηρεάζονται από τη λήψη τροφής ή από το είδος της τροφής
4. Έχουν ελάχιστες αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα
5. Δεν απαιτούν καμιά εργαστηριακή παρακολούθηση
6. Έχουν σύντομο χρόνο δράσης.

Αρχική εκτίμηση του ασθενούς

Σε ασθενή με αιμορραγία πεπτικού και ταυτόχρονη λήψη αντιπηκτικών αρχικά αξιολογούνται οι παρακάτω παράγοντες:

A. Η σοβαρότητα της αιμορραγίας:

Θα πρέπει να απαντηθούν τα εξής ερωτήματα:

- α) υπάρχει αιμορραγία σε κρίσιμη θέση;
- β) είναι ο ασθενής αιμοδυναμικά σταθερός;
- γ) υπάρχει πτώση αιμοσφαιρίνης μεγαλύτερη από 2gr/dl ή ανάγκη μετάγγισης δύο ή περισσότερων μονάδων αίματος;

Η εκτίμηση της βαρύτητας της αιμορραγίας γίνεται με το score Glasgow-Blatchford (πίνακας 1).

Εκτίμηση κινδύνου από το άθροισμα του score

- 0: ο κίνδυνος του ασθενούς είναι μικρός.
- Οποιοδήποτε score μεγαλύτερο από μηδέν απαιτεί επείγουσα ενδοσκόπηση ή χειρουργείο.
- Όταν το score είναι περισσότερο από 8, τότε ο ασθενής χρειάζεται νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας.

B. Εκτίμηση αντιπηκτικού

1. Ποιο αντιπηκτικό λαμβάνει;
2. Πότε πήρε την τελευταία δόση;
3. Υπάρχει ιστορικό νεφρικής ή ηπατικής βλάβης;

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Το score Glasgow-Blatchford.

GBS	
Blood urea (mmol/l)	
<6.5	0
6.5 – 7.9	2
8 – 9.9	3
10 – 25	4
>25	6
Hemoglobin: men (g/l)	
>129	0
120 – 129	1
100 – 119	3
<100	6
Hemoglobin: women (g/l)	
>119	0
100 – 119	1
<100	6
Systolic blood pressure (mmHg)	
>109	0
100 – 109	1
90 – 99	2
<90	3
Other markers	
BPM ≥ 100	1
Melena	1
Syncope	2
Liver disease *	2
Heart failure *	2



Ενδοσκοπικό θέμα

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ
ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

4. Λαμβάνει άλλα φάρμακα, για παράδειγμα, ασπιρίνη ή κλοπιδογρέλη;

Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 2) φαίνεται ο χρόνος ζωής των νεότερων αντιπηκτικών αναλόγως της κάθαρσης της κρεατινίνης.

Με βάση, λοιπόν, τα παραπάνω η Dabigatran απαιτεί 2,5-3,5 ημέρες μετά την τελευταία δόση για να ανασταλεί η δράση της, η Rivaroxaban απαιτεί 1-2 ημέρες, η Apixaban 1,5-3 ημέρες, ενώ η Edoxaban 1,3-2 ημέρες.

Οι αντίστοιχοι χρόνοι δράσης των αντιαιμοπεταλιακών είναι: ασπιρίνη 7-10 ημέρες, διπυριδαμόλη 2-3 ημέρες, κλοπιδογρέλη 5-7 ημέρες. Τα κουμαρινικά αντιπηκτικά έχουν χρόνο δράσης 5 ημέρες, η ηπαρίνη, αν χορηγηθεί ενδοφλεβίως, έχει χρόνο δράσης 2-6 ώρες, ενώ η υποδόρια χορήγηση 12-24 ώρες. Η χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη έχει χρόνο δράσης 24 h (πίνακας 3).

Όσον αφορά στον εργαστηριακό έλεγχο των ασθενών που λαμβάνουν DOACs, πρέπει να αναφερθεί ότι οι δοκιμασίες ελέγχου πηκτικότητας δεν χρησιμοποιούνται.

Φυσιολογικοί χρόνοι δεν αποκλείουν αντιπηκτική δράση, ενώ παρατεταμένοι χρόνοι δηλώνουν υπολειμματική δράση των φαρμάκων.

Στον πίνακα 4, φαίνεται πώς επηρεάζονται οι διάφορες δοκιμασίες πηκτικότητας αναλόγως του φαρμάκου που χρησιμοποιείται.

Γ. Εργαστηριακός έλεγχος

Ο αιματολογικός έλεγχος ασθενούς με αιμορραγία πεπτικού πρέπει να περιλαμβάνει γενική αίματος, έλεγχο της νεφρικής λειτουργίας, ηπατικές δοκιμασίες και έλεγχο για πιθανή διάχυτη ενδαγγειακή πήξη (D-Dimers, ινωδογόνο).

Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι η διαταραχή της πηκτικότητας και, πιο συγκεκριμένα, INR μεγαλύτερο από 1,5, σχετίζεται με αποτυχία της ενδοσκοπικής αιμόστασης. Ωστόσο, αν το INR βρίσκεται σε επίπεδα 1,5-2,5 και ο ασθενής βρίσκεται σε κίνδυνο, θεωρείται ότι μπορεί να γίνει επείγουσα ενδοσκόπηση χωρίς απώλεια χρόνου. Αν όμως, το INR είναι υψηλότερο, η ενδοσκόπηση θα πρέπει να αναβληθεί, μέχρι να διορθωθεί η διαταραχή της πηκτικότητας.

Θεραπεία

Πριν να προβούμε σε οποιαδήποτε ενδοσκοπική πράξη πρέπει να ληφθούν τα ακόλουθα γενικά και ειδικά μέτρα:

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Ο χρόνος ζωής των νεότερων αντιπηκτικών.

	Dabigatran	Apixaban	Edoxaban	Rivaroxaban
CrCl >80 mL/min	12-17 h ⁶¹	12 h	10-14 h ^{51,65}	5-9 h (young) 11-13 h (elderly)
CrCl 50-80 mL/min	~17 h ¹²²	~14.6 h ¹²³	~8.6 h ¹²⁴	~8.7 h ¹²⁵
CKD Stages I and II	(+50%)	(+16%)	(+32%) ^{SmPC}	(+44%) ¹²⁶
CrCl 30-50 mL/min	~19 h ¹²²	~17.6 h	~9.4 h ¹²⁴	~9.0 h
CKD Stage III	(+320%)	(+29%)	(+74%) ^{SmPC}	(+52%) ¹²⁶
CrCl 15-30 mL/min	~28 h ¹²²	~17.3 h	~16.9 h ¹²⁴	~9.5 h
CKD Stage IV	(+530%)	(+44%)	(72%) ^{SmPC}	(+64%) ¹²⁶
CrCl ≤ 15 mL/min	No data	-	-	-
CKD Stage V; off-dialysis		(+36%)	(+93%) ^{SmPC}	(+70%) ¹²⁷

CKD, chronic kidney disease; CrCl, creatinine clearance.

Ενδοσκοπικό θέμα

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ
ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ



ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Ο χρόνος ζωής των κλασικών αντιπηκτικών.

Drug class	Specific agent(s)	Duration of action
APAs	Aspirin	7-10 days
	NSAIDs	Varies
	Dipyridamole (Persantine)	2-3 days
	Cilostazol (Pletal, Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd., Tokushima, Japan)	2 days
	Thienopyridines: clopidogrel (Plavix) prasugrel (Effient) ticlopidine (Ticlid) ticagrelor (Brilinta)	5-7 days: clopidogrel, 3-5 days: ticagrelor 5-7 days: prasugrel 10-14 days ⁹⁸ : ticlopidine
	GP IIb/IIIa inhibitors: tirofiban (Aggrastat) abciximab (ReoPro) eptifibatide (Integrilin)	tirofiban: 1-2 seconds abciximab: 24 hours eptifibatide: 4 hours
	PAR-1 inhibitor: vorapaxar (Zontivity)	5-13 days
Anticoagulants	Warfarin (Coumadin)	5 days
	UFH	IV 2-6 hours SQ 12-24 hours
	LMWH: enoxaparin (Lovenox) dalteparin (Fragmin, Pfizer Inc, New York, NY, USA)	24 hours
	Fondaparinux (Arixtra)	36-48 hours

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Η επίδραση των νεότερων αντιπηκτικών στις διάφορες δοκιμασίες πηκτικότητας.

	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban
PT	Decreased	Decreased	Decreased
APTT	Increased	Increased	Increased
INR	Increased	Increased	Increased
D-Dimer	Same	Same	Same
Fibrinogen	Same	Same	Same
Anti-Xa	Same	Increased	Increased
Antithrombin	Increased	Same	Same

INR, international normalised ratio; NOAC, non-vitamin K antagonist oral anticoagulant.

Γενικά μέτρα

1. Άμεση διακοπή των αντιπηκτικών
2. Αιμοδυναμική ανάταξη του ασθενούς (κρυσταλλοειδή διαλύματα – στόχος η συστολική πίεση μεταξύ 80-90 mmHg)
3. Χρήση ινοτρόπων φαρμάκων, σε μη ικανοποιητική

ανταπόκριση ή δυσπραγία του μυοκαρδίου

4. Μετάγγιση αίματος με στόχο τα 7-9 gr Hb
5. Ηλεκτρολυτική ανάταξη του ασθενούς (προσοχή στο ασβέστιο: οι μαζικές μεταγγίσεις αίματος μπορεί να οδηγήσουν σε υπασβεσταιμία, η οποία με τη σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε παραισθήσεις και καρδιακή αρρυθμία).



Ενδοσκοπικό θέμα

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ειδικά μέτρα

- Στους ασθενείς που λαμβάνουν κουμαρινικά αντιπηκτικά πρέπει να:

- i. Γίνεται μετάγγιση με FFP (15 ml/kg βάρους). Η χορήγηση πλάσματος αρχίζει να δρα μέσα σε 10 λεπτά αλλά χρειάζεται μέχρι και 9h για την πλήρη διόρθωση του INR.

- ii. Χορηγείται σύμπλεγμα τεσσάρων παραγόντων (PCC) II, VII, IX, X.

- iii. Το σύμπλεγμα τεσσάρων παραγόντων χορηγείται σε δοσολογία 50 U/kg, ακόμα κι αν το INR δεν υπερβαίνει τα θεραπευτικά επίπεδα. 20-30 λεπτά μετά τη χορήγηση των παραγόντων αυτών, το INR θα πρέπει να επανεκτιμηθεί και, αν παραμένει περισσότερο από 1,5, θα πρέπει να δοθεί άλλη μία δόση 25 U/kg.

- iv. Χορηγείται απαραίτητως βιταμίνης Κ ενδοφλεβίως, σε δοσολογία 5-10 mg, δεδομένου ότι η διόρθωση της πηκτικότητας από το σύμπλεγμα τεσσάρων παραγόντων (PCC) διαρκεί έως 24 h, ενώ η δράση των κουμαρινικών διαρκεί από 20-60 ώρες μετά τη διακοπή τους.

- Στους ασθενείς που λαμβάνουν DOACs πρέπει να:

- i. Εξασφαλιστεί επαρκής διούρηση

- ii. Προβλεφθεί το ενδεχόμενο αιμοκάθαρσης

- iii. Χορηγηθεί ενεργός άνθρακας (αν η λήψη της τελευταίας δόσης των αντιπηκτικών έγινε έως 2 ώρες πριν από την εμφάνιση της αιμορραγίας)

- iv. Μεταγγιστεί πλάσμα FFP

- v. Γίνει χρήση συμπλέγματος τεσσάρων παραγόντων PCC, και

- vi. Χορηγηθούν παράγοντες αναστροφής της δραστηριότητας των DOACs, σε περίπτωση που η αιμορραγία είναι απειλητική για τη ζωή

Παράγοντες αναστροφής των DOACs

- Idarucizumab (Praxbind®) – για το dabigatran (Pradaxa®)

5 grams (2 vials, 2.5 g/vial)

- Andexanet Alfa

Χαμηλή δόση - bolus έγχυση των 400 mg με ρυθμό 30 mg/min, ακολουθούμενη από έγχυση 480 mg με ρυθμό 4 mg/min, με ανώτερο χρόνο έγχυσης τα 120 λεπτά

Υψηλή δόση - bolus έγχυση των 800 mg με ρυθμό 30 mg/min, ακολουθούμενη από έγχυση 960 mg με ρυθμό 8 mg/min, με ανώτερο χρόνο έγχυσης τα 120 λεπτά

Ποια φάρμακα χορηγούμε πριν από την πραγματοποίηση της ενδοσκόπησης ;

- PPIs (80 mg bolus και, εν συνεχεία, 8 mg/ώρα για 72 h).

- Ερυθρομυκίνη σε άπαξ δόση 250 mg ενδοφλεβίως 30 έως 120 λεπτά, διότι πριν από την ενδοσκόπηση, βελτιώνει σημαντικά την ενδοσκοπική απεικόνιση, περιορίζει την ανάγκη επαναληπτικής ενδοσκόπησης και μειώνει τον αριθμό των μεταγγίσεων, καθώς και τη διάρκεια παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο.

- Τρανεξαμικό οξύ (20-25 mg/kg βάρος σώματος, ενώ σε απειλητικές για τη ζωή αιμορραγίες χορηγείται bolus 1 gr ενδοφλέβια/8-12h).

- Δεσμοπρεσσίνη (DDAVP) 0.3μg/kg σε 50ml N/S σε 15-30min. Η δεσμοπρεσσίνη διεγείρει την έκκριση VIII και vWF από τα ενδοθηλιακά κύτταρα. Έτσι, λόγω της καλύτερης συγκόλλησης των αιμοπεταλίων, δημιουργείται σταθερός αιμοπεταλιακός θρόμβος στην αιμορραγική εστία.

- Θειική πρωταμίνη (η δόση της υπολογίζεται από την ποσότητα της ηπαρίνης που έχει χορηγηθεί τις δύο προηγούμενες ώρες). 1 mg θειικής πρωταμίνης εξουδετερώνει περίπου 80-100 μονάδες ηπαρίνης. Αξίζει να σημειωθεί ότι η θειική πρωταμίνη αναστέλλει περίπου το 60% της χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνης. Η δοσολογία της για LMWH είναι 1 mg

Ενδοσκοπικό θέμα

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ



ανά 100 μονάδες LMWH που έχουν χορηγηθεί τις προηγούμενες 8h.

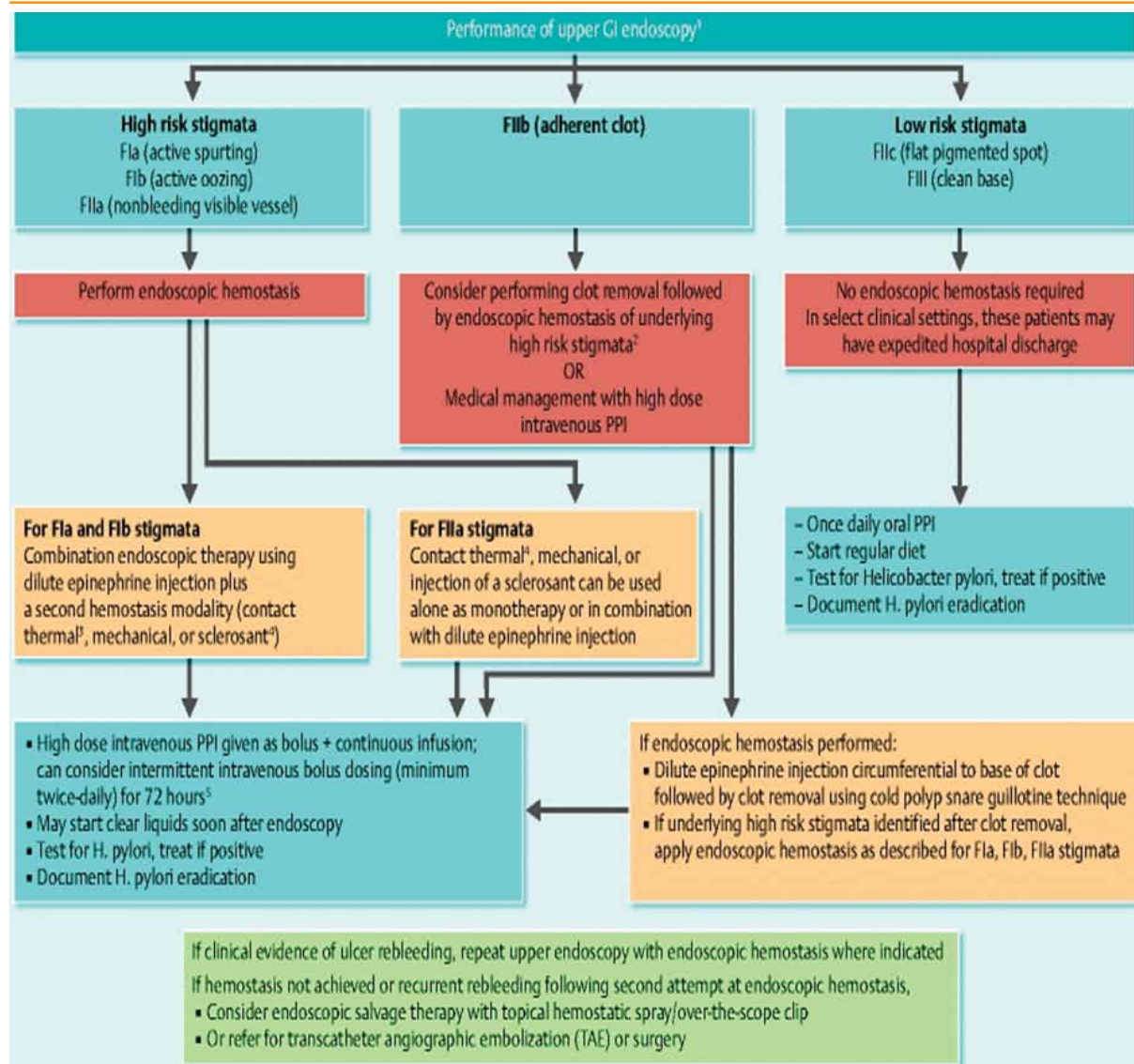
Χρόνος ενδοσκόπησης

Μετά την αιμοδυναμική ανάνηψη του ασθενούς προτείνεται ενδοσκόπηση εντός 24 h. Ωστόσο, πρώιμη ενδοσκόπηση (< 12ώρες) συνιστάται, όταν ο ασθενής εμφανίζει αιμοδυναμική αστάθεια (ταχυκαρδία-υπόταση) που εξακολουθεί να υφίσταται παρά τις

συνεχόμενες προσπάθειες για αναζωογόνηση, αιματέμεση, ή όταν υπάρχουν αντενδείξεις διακοπής των αντιπηκτικών.

Η ενδοσκόπηση που πραγματοποιείται σε λιγότερο από 12 ώρες από την εισαγωγή (σε σύγκριση με 12-24 ώρες) οδηγεί σε σημαντική μείωση μεταγγίσεων σε ασθενείς με αιματηρό περιεχόμενο στο ρινογαστρικό σωλήνα. Στον αλγόριθμο 1 προτείνεται η ενδοσκοπική

Αλγόριθμος 1. Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση των ασθενών με γαστρεντερική αιμορραγία που λαμβάνουν αντιπηκτικά, ανάλογα με τη σταδιοποίηση των αιμορραγούντων βλαβών κατά Forrest.

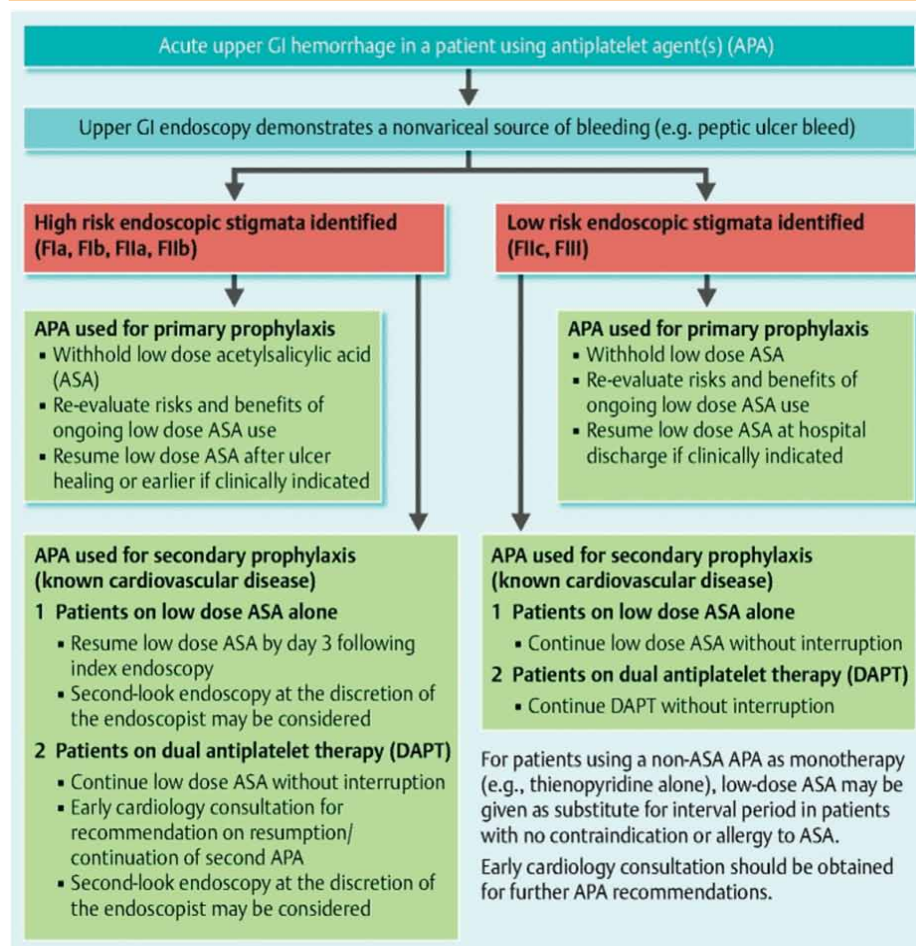




Ενδοσκοπικό θέμα

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Αλγόριθμος 2. Αλγόριθμος αντιμετώπισης ασθενών οι οποίοι λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακά.



αντιμετώπιση των ασθενών οι οποίοι, ενώ λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή, αιμορραγούν από το πεπτικό, ενώ στον αλγόριθμο 2 προτείνεται η στρατηγική αντιμετώπισης των ασθενών που λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακά και προσέρχονται με γαστρεντερική αιμορραγία.

Επανεκκίνηση του αντιπηκτικού: πότε και με ποια κριτήρια;

Μετά την επιτυχή αιμόσταση, το ζήτημα που τίθεται είναι ο χρόνος έναρξης χρήσης των αντιπηκτικών. Σημαντικό είναι να μην παραταθεί η διακοπή των αντιπηκτικών, γιατί έτσι αυξάνει ο κίνδυνος θρομβοεμβολικών συμβαμάτων, και να μη γίνει πολύ πρόωμη έναρξη, γιατί τότε αυξάνεται ο κίνδυνος υποτροπής

της αιμορραγίας. Φαίνεται ότι ο βέλτιστος χρόνος έναρξης της χρήσης των αντιπηκτικών είναι οι 7 ημέρες. Ο θρομβοεμβολικός κίνδυνος υπολογίζεται με το CHA2DS2-VASc score. Στον πίνακα 5 αναγράφονται οι παράγοντες κινδύνου για θρομβοεμβολικό επεισόδιο και ο υπολογισμός του κινδύνου αυτού βάσει του CHA2DS2-VASc score.

Bridging (γεφύρωση)

Γέφυρα με ηπαρίνη χρησιμοποιείται μόνο σε ασθενείς που λαμβάνουν κουμαρινικά αντιπηκτικά (κατά τη φάση διακοπής τους), εάν ισχύει κάποια από τις ακόλουθες κλινικές συνθήκες: σε ασθενείς που έχουν υποστεί εμβολικό επεισόδιο στους τρεις προηγούμενους

Ενδοσκοπικό θέμα

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ



ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Υπολογισμός θρομβοεμβολικού κινδύνου.

Risk factors	Score	CHADS ₂ -VASc score and Annual stroke risk (%)
Congestive heart failure	1	Score 1 = 1.3
Hypertension	1	2 = 2.2
Age > 75 years	2	3 = 3.2
Diabetes mellitus	1	4 = 4
Stroke/TIA/systemic embolism	2	5 = 6.7
Vascular disease	1	6 = 9.8
Age 65 to 74 years	1	7 = 9.6
Sex (female)	1	8 = 6.7
		9 = 15.2

μήνες, σε ασθενείς οι οποίοι έχουν μεταλλική μιτροειδή ή αορτική βαλβίδα, κολπική μαρμαρυγή με score CHA₂DS₂-VASc μεγαλύτερο από 6, σε ασθενείς με εντω βάθει θρομβοφλεβίτιδα κατά τους προηγούμενους τρεις μήνες, σε στεφανιαίους ασθενείς με stent στους 12 προηγούμενους μήνες και, τέλος, σε ασθενείς με προηγούμενο θρομβωτικό επεισόδιο υπό αντιπηκτική αγωγή. Δεν συνιστάται γεφύρωση με ηπαρίνη σε ασθενείς που λαμβάνουν DOACs.

Συμπέρασμα

Η ολοένα και συχνότερη χρήση των παλαιότερων και των νεότερων αντιπηκτικών στα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελεί την αιτία ή την αφορμή εκδήλωσης αιμορραγίας από το ανώτερο και το κατώτερο γαστρεντερικό σε πολλούς ασθενείς. Η αντιμετώπιση των ασθενών αυτών κατά τη φάση της αιμορραγίας αποτελεί πρόκληση για τον γαστρεντερολόγο. Η επιτυχής έκβασή τους απαιτεί τη στενή συνεργασία με άλλες ειδικότητες, όπως με τους καρδιολόγους, προκειμένου να συνεκτιμηθεί ο κίνδυνος του θρομβοεμβολικού επεισοδίου από τη διακοπή των αντιπηκτικών συγκριτικά με τον κίνδυνο συνεχιζόμενης αιμορραγίας ή επαναιμορραγίας από τη συνέχισή τους. Σε ασθενείς που λαμβάνουν κουμαρινικά αντιπηκτικά

απαιτείται η γεφύρωση με ηπαρίνη στο κατάλληλο κλινικό υπόβαθρο.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline (Endoscopy 2015; 47: a1–a46)
2. Risk of rebleeding, vascular events and death after gastrointestinal bleeding in anticoagulant and/or antiplatelet users (Aliment Pharmacol Ther. 2019; 50:919–929)
3. Management of Patients on Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in the Acute Care and Periprocedural Setting (Circulation. 2017;135: e604–e633. DOI: 10.1161/CIR.000000000000477)
4. The management of antithrombotic agents for patients undergoing GI endoscopy (Volume 83, No. 1: 2016 Gastrointestinal Endoscopy)
5. NOAC GUIDELINES: NON-VITAMIN K ANTAGONIST ORAL ANTICOAGULANT UPDATED JULY 2017
6. Συστάσεις για την Αντιμετώπιση Αιμορραγιών σε Ασθενείς που Λαμβάνουν από του Στόματος Αντιπηκτική Αγωγή (ελληνική καρδιολογική επιθεώρηση- κείμενο ομοφωνίας) Vol 57. No 5 (2016). Σεπτέμβριος-Νοέμβριος.



Κλινικό θέμα

Η ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Γιάννης Δρίκος, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Η αιμορραγία του πεπτικού συστήματος αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα της καθημερινής κλινικής πρακτικής (πρωτοβάθμια φροντίδα, ΤΕΠ και νοσηλείες) και αναφέρεται σε πηγές αιμορραγίας οποιουδήποτε σημείου του πεπτικού σωλήνα καθώς και των προσαρτημάτων του, ήπατος και παγκρέατος. Διακρίνεται σε οξεία-εμφανή και σε χρόνια-εμφανή ή αφανή αιμορραγία. Λόγω της μεγάλης ευρύτητας του θέματος της αιμορραγίας, στο παρόν άρθρο θα ασχοληθούμε μόνο με την οξεία αιμορραγία που αποτελεί δυνητικά άμεση απειλή για την ζωή του ασθενούς, ακόμα και αν το έδαφος της νόσου που προκάλεσε την αιμορραγία είναι καλοήθες με καλή πορεία και πρόγνωση. Αναλόγως της πηγής της αιμορραγίας, αυτή ταξινομείται σε αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού συστήματος και σε αυτή του κατώτερου πεπτικού συστήματος με όριο τον σύνδεσμο του Treitz. Στην τελευταία ταξινόμηση βάσει της ενδοσκοπικής προσέγγισης για την ανεύρεση του αιτίου της αιμορραγίας, η αιμορραγία του πεπτικού συστήματος διακρίνεται σε αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού σωλήνα που προέρχεται από τον οισοφάγο μέχρι με το φύμα του Vater, σε αιμορραγία του μέσου-κατώτερου πεπτικού σωλήνα που προέρχεται από το φύμα του Vater μέχρι την ειλεοτυφλική βαλβίδα και σε αιμορραγία του άπω-κατώτερου πεπτικού σωλήνα που προέρχεται από την ειλεοτυφλική βαλβίδα μέχρι τον πρωκτό.

Εισαγωγή

Στις ΗΠΑ και το ΗΒ η αιμορραγία από τον πεπτικό σωλήνα υπολογίζεται σε 50 ασθενείς περίπου με αιμορραγίες του ανώτερου πεπτικού ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος και σε 30 ασθενείς περίπου με αιμορραγίες του κατώτερου πεπτικού ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος, η δε θνησιμότητα κυμαίνεται από 5% έως 30% (συμπεριλαμβανομένης της επαναιμορραγίας). Η αιμορραγία του πεπτικού αποτελεί σύμπτωμα ή επιπλοκή πολλών παθήσεων του πεπτικού συστήματος. Εκδηλώνεται με αιματέμεση (έμετος με ζωηρό ερυθρό αίμα ή με καφεοειδές υλικό), μέλαινες κενώσεις και αιματοχεσία (βυσσινόχροες κενώσεις ή απώλεια ερυθρού αίμα-

τος από τον πρωκτό). Αναλόγως της εκδήλωσής της μπορεί να πιθανολογηθεί η προέλευση της εστίας της αιμορραγίας. Συνήθως η αιματέμεση και οι μέλαινες κενώσεις προέρχονται από το ανώτερο πεπτικό και η αιματοχεσία από το κατώτερο πεπτικό. Ωστόσο, αναλόγως του όγκου και του ρυθμού αιμορραγίας είναι δυνατόν η αιματοχεσία να προέρχεται από μαζική αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού καθώς και οι μέλαινες κενώσεις να προέρχονται από το εγγύς κατώτερο πεπτικό.

Αιτιολογία

Τα αίτια της αιμορραγίας του πεπτικού αναγράφονται στο πίνακα 1 χωρίς να αναφέρονται τα αίτια από το αναπνευστικό σύστημα, την στοματική κοιλότητα, την ρινική κοιλότητα και τα τμήματα του φάρυγγα, τα οποία είναι πιθανό να εκδηλωθούν ως αιμορραγία πεπτικού. Βάσει της αρχικής εκτίμησης της κατάστασης των ασθενών με αιμορραγία πεπτικού, οι περισσότεροι εξ' αυτών και με τα περισσότερα εκ των αιτιών αιμορραγίας του πίνακα 1 δύνανται να αντιμετωπισθούν διαγνωστικά και θεραπευτικά- ακόμα και αν έχουν οξεία-εμφανή αιμορραγία- ως εξωτερικοί ασθενείς ή σε κοινούς θαλάμους νοσηλείας, αποτελώντας μια λογική προσέγγιση εξοικονόμησης πόρων του συστήματος υγείας.

Αντιθέτως, ασθενείς με εικόνα οξείας μαζικής αιμορραγίας (πίνακας 2) θα πρέπει να αντιμετωπισθούν άμεσα και με συνθήκες ανάνηψης είτε στον τόπο επέλευσης του γεγονότος είτε στα ΤΕΠ, ΜΑΦ ή ΜΕΘ, λόγω της κρισιμότητας της κατάστασής τους.

Στοιχεία παθοφυσιολογίας - Παθογενετικοί μηχανισμοί

Στην οξεία μαζική αιμορραγία του πεπτικού, η απώλεια αίματος είναι σημαντική με αποτέλεσμα να παρατηρείται ελάττωση του όγκου παλμού και ενεργοποίηση του συμπαθητικού ως αντισταθμιστικού μηχανισμού με αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων, διατηρώντας κατά τα αρχικά στάδια την συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) σε φυσιολογικά επίπεδα. Παράλληλα, εξαιτίας της αγγειοσυσπάσης, αυξάνεται η διαστολική αρτηριακή

Κλινικό θέμα

Η ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ



ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Αίτια αιμορραγίας πεπτικού.

Οισοφάγος

Κιρσοί
Οισοφαγίτιδα
Διαφραγματοκήλη
Πεπτικό έλκος
Κακοήθεις όγκοι
Καλοήθεις όγκοι (συμπεριλαμβανόμενων των αιμαγγειωμάτων)
Σύνδρομο Mallory-Weiss
Αορτοοισοφαγικό συρίγγιο
Αγγειοδυσπλασίες - Αρτηριοφλεβώδεις επικοινωνίες -
Αγγειεκτασίες
Ιατρογενή

Στόμαχος

Πεπτικό έλκος και αναστομωτικά έλκη
Διαβρωτική γαστρίτιδα και stress έλκη
Πυλαία γαστροπάθεια
Κιρσοί
Έκτοπος παγκρεατικός ιστός
Κακοήθεις όγκοι (συμπεριλαμβανόμενου του λεμφώματος και σαρκώματος)
Καλοήθεις όγκοι (συμπεριλαμβανόμενων των αιμαγγειωμάτων)
Ιατρογενή
Αγγειοδυσπλασίες-αγγειεκτασίες (Water-Mellon stomach, σύνδρομο Rendu-Osler-Weber κά)
Βλάβη Dieulafoy
Εκκόλπωμα
Ξένα σώματα
Αμυλοείδωση

12δάκτυλο

Πεπτικό έλκος
Διαβρωτική 12δακτυλίτιδα
Εκκόλπωμα
Αγγειοδυσπλασίες-αγγειεκτασίες
Νεοπλάσματα καλοήθης (συμπεριλαμβανόμενων των αιμαγγειωμάτων) και κακοήθης (φ. Vater, παγκρέατος κά)
Ιατρογενή
Αορτο12δακτυλικό συρίγγιο (συνήθως 3η μοίρα)
Αιμοχολία (ιατρογενής, χολοκυστίτιδες, χολολιθίαση, νεοπλάσματα κά)
Παγκρεατίτιδα (ψευδοανευρύσματα, 12δακτυλικό έλκος, αιμορραγία πεπτικού σωλήνα-λόγω αυξημένης αγγείωσης-, συρίγγια με σπληνική ή παγκρεατο12δακτυλική αρτηρία κά)

Λεπτό έντερο

Πεπτικό έλκος
Εκκολπώματα
Κακοήθεις όγκοι (λέμφωμα, σάρκωμα, αδενοκαρκίνωμα)
Καλοήθεις όγκοι (συμπεριλαμβανόμενων των αιμαγγειωμάτων)
Απόφυση Meckel
Αγγειοδυσπλασίες-αγγειεκτασίες
Εντερική ισχαιμία
Εγκολεασμός
Λοιμώδη & παρασιτικά αίτια (shigella, campylobacter, φυματίωση, τύφος, ελμινθίαση κά)
Ιατρογενή
Αορτοεντερικό συρίγγιο – αρτηριοεντερικό συρίγγιο

Παχύ έντερο - πρωκτικός σωλήνας

Αιμορροϊδοπάθεια
Ραγάδα δακτυλίου
Εκκολπώματωση ή εκκολπωματίτιδα
Κακοήθης όγκος του πεπτικού ή διηθητικών νεοπλασμάτων παρακείμενων οργάνων
Καλοήθεις όγκοι (πολύποδες, αιμαγγειώματα κά)
Ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (Ελκώδης κολίτιδα, σπανιότερα v. Crohn)
Ισχαιμική κολίτιδα
Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (cl. difficile, αμοιβάδωση, ελμινθίαση κά)
Ξένα σώματα
Βλάβη Dieulafoy
Ιατρογενή

Συστηματικά νοσήματα

Λήψη ασπιρίνης, ΜΣΑΦ, αντιαιμοπεταλιακών και αντιπηκτικών παραγόντων (τα κορτικοστεροειδή δεν ευθύνονται για αιμορραγία εκτός αν υπάρχει ιστορικό πεπτικού έλκους)
Ουραιμία
Κακοήθης υπέρταση
Σαρκοείδωση
Πολυκυτταραιμία
Αιματολογικές κακοήθειες:
Λευχαιμία, πολλαπλούν μυέλωμα
Αιμορροφιλία
Διαταραχές αιμόστασης
Πορφύρα



Κλινικό θέμα

Η ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Αίτια οξείας μαζικής αιμορραγίας πεπτικού

Ανώτερο πεπτικό

Πεπτικό έλκος
Αιμορραγική γαστρίτιδα
Κίρσοι οισοφάγου- στομάχου
Σύνδρομο Mallory-Weiss
Οισοφαγίτιδα
Καρκίνος στομάχου
Βλάβη Dieulafoy στομάχου (σπανιότερα στον οισοφάγο, λεπτό έντερο, ΔΕ κόλον και ορθό)
Αρτηριοφλεβικές δυσπλασίες - Αγγειοδυσπλασίες
Πυλαία γαστροπάθεια
Αορτοεντερικό συρίγγιο - αρτηριοπεπτικό συρίγγιο
Ιατρογενή (χειρουργικές και ενδοσκοπικές επεμβάσεις)

Μέσο - κατώτερο πεπτικό

Αγγειοδυσπλασίες
Εκκολπώματα νήστιδας
Απόφυση Meckel
Νεοπλάσματα (καλοήθη, κακοήθη)
Εντερίτιδες
Αρτηριοεντερικό συρίγγιο

Άπω - κατώτερο πεπτικό

Εκκολπώματωση - εκκολπωματίτιδα
Αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες- αγγειοδυσπλασίες
Κολίτιδα (μολυσματικά, ισχαιμική, ΙΦΝΕ-κυρίως ελκώδης κολίτις-, μετακτινική)
Νεοπλασίες καλοήθεις και κακοήθεις
Αρτηριοεντερικό συρίγγιο
Ιατρογενή (χειρουργικές και ενδοσκοπικές επεμβάσεις)
Αιμορροϊδοπάθεια
Κίρσοι ορθού

πίεση (ΔΑΠ) και κατά συνέπεια ελαττώνεται η διαφορική αρτηριακή πίεση (ΔΙΑΠ). Ως απόρροια, στην ολιγαιμική καταπληξία η ελάττωση του όγκου παλμού και της ΔΙΑΠ εμφανίζονται πολύ πριν την ελάττωση της ΣΑΠ. π.χ. μείωση της ΔΙΑΠ από 40 mmHg (120/80 mmHg) σε 20 mmHg (120/100 mmHg) δηλώνει μείωση του όγκου παλμού κατά 40-60%. Ωστόσο, ακόμα και σε αυτό το αρχικό στάδιο, μείωση της ΑΠ θα παρατηρηθεί αν η μέτρηση γίνει σε όρθια θέση του ασθενούς. Σε μία ταχεία μεγάλη απώλεια αίματος (>20%) παρατηρείται μείωση της ΣΑΠ > 20 mmHg και της ΔΑΠ > 10 mmHg σε όρθια θέση. Όταν η απώλεια όγκου αίματος είναι τόσο μεγάλη ώστε να μην αντισταθμίζεται από τους αντιρροπιστικούς μηχανισμούς του οργανισμού (>15%-25% του όγκου αίματος ή 1000ml-1500ml) αρχίζουν να ελαττώνονται τόσο η ΣΑΠ όσο και η ΔΑΠ. Παρόμοιες μεταβολές παρουσιάζει και ο σφυγμός (>100/min), με αύξηση των παλμών >20/min σε όρθια θέση.

Λόγω της υποογκαιμίας, ως αποτέλεσμα έχουμε την ελάττωση της αιμάτωσης των οργάνων και της οξυγό-

νωσης των ιστών. Η μειωμένη οξυγόνωση προκαλεί αναερόβιο μεταβολισμό και αύξηση της παραγωγής γαλακτικού οξέος με επακόλουθο γαλακτική οξέωση και παραγωγή ιόντων H^+ που προκαλούν διέγερση του αναπνευστικού κέντρου και εμφάνιση του συμπτώματος της ταχύπνοιας. Στα αρχικά στάδια λόγω της ταχύπνοιας προκαλείται αναπνευστική αλκάλωση, η οποία γρήγορα θα μεταπέσει σε μεταβολική οξέωση προερχόμενη κυρίως από την αυξημένη παραγωγή γαλακτικού και πυρουβικού οξέος.

Τα ολικά υγρά του σώματος υπολογίζονται στους άνδρες σε 600ml/Kgr ΣΒ και στις γυναίκες 500ml/Kgr ΣΒ. Ο ολικός όγκος αίματος είναι το 7% περίπου του ΣΒ υπολογιζόμενος σε 5 Lt περίπου, με τον συνολικό όγκο αίματος της γυναίκας να υπολείπεται του ανδρός κατά 9% περίπου. Συγκεκριμένα το ολικό αίμα στους άνδρες είναι 66 ml/Kgr και στις γυναίκες 60 ml/Kgr. Το πλάσμα και τα ερυθροκύτταρα, στους άνδρες είναι 40 ml/Kgr και 26 ml/Kgr αντίστοιχα στις δε γυναίκες 36 ml/Kgr και 24 ml/Kgr αντίστοιχα.

Κλινικό θέμα

Η ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ



Οι ασθενείς με αιματέμεση συνήθως έχουν αποβάλλει μεγαλύτερες ποσότητες αίματος (>1000ml) από ότι οι ασθενείς με μέλαινα κένωση(>500ml, αν και μέλαινα κένωση μπορεί να εμφανισθεί με μικρότερη ποσότητα αίματος >60ml), γεγονός που συνεπάγεται διπλάσια θνησιμότητα στους ασθενείς με αιματέμεση. Το αίμα προκειμένου να προκαλέσει μέλαινα κένωση πρέπει να παραμείνει τουλάχιστον 8 ώρες στο πεπτικό σωλήνα και να επιδράσει ένας εν πολλοίς άγνωστος μηχανισμός στον οποίο συμπεριλαμβάνεται η επίδραση του οξέος και της πεψίνης για την μετατροπή του αίματος σε αιματίνη προκειμένου τα κόπρανα να γίνουν “πισσοειδή”.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της αιμορραγίας του πεπτικού εξαρτώνται από το ρυθμό της απώλειας αίματος, την ηλικία και τα συμπαρομαρτούντα (καρδιοαναπνευστικά, νεφρικά, αγγειακά, ηπατικά) προβλήματα του ασθενούς και οφείλονται στην υποογκαιμία, στην υπόταση, στην αναιμία και στην ελάττωση οξυγόνωσης των ιστών. Έτσι, απώλεια αίματος < 500 ml σπανίως προκαλεί συστηματικά συμπτώματα, εκτός και αν ο ασθενής είναι μεγάλης ηλικίας ή συνυπάρχουν άλλα προβλήματα υγείας. Ταχεία απώλεια αίματος με όγκο >20% λόγω της αγγειοσύσπασης θα προκαλέσει μείωση της φλεβικής επιστροφής αίματος και του όγκου παλμού της καρδιάς με αποτέλεσμα ορθοστατική υπόταση και συνοδά συμπτώματα ζάλης, λιγύγου, ναυτίας, εμέτων, υποθερμίας (ακόμα και με μέτρηση από το ορθό), εφίδρωσης, ωχρότητας δέρματος, δίψας, ανησυχίας, ή ακόμα στηθαγικό επεισόδιο, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, συγκοπτικό επεισόδιο. Σε μεγαλύτερη ταχεία απώλεια αίματος > 40% εκδηλώνεται πτώση της ΑΠ που οδηγεί σε ολιγαιμική καταπληξία (shock) και συνοδά συμπτώματα -εκτός των προαναφερόμενων- ψυχρό και κολλώδες δέρμα, περιφερική κυάνωση (αύξηση του τόνου του συμπαθητικού), σύγχυση, θόλωση της όρασης, διαταραχή του επιπέδου συνείδησης, λιποθυμικό επεισόδιο, ταχεία και ρηχή αναπνοή, δύσπνοια, εκσεσημασμένη ταχυκαρδία με αδύναμο σφυγμό, ολιγουρία λόγω μείωσης της σπειραματικής διήθησης, η οποία μπορεί να

οδηγήσει σε οξεία σωληναριακή νέκρωση, έμφρακτο μεσεντερίου και εντερική ισχαιμία.

Αξιολόγηση του ασθενούς - Αρχική εκτίμηση

Σε μία οξεία μαζική αιμορραγία του πεπτικού, η ταχεία κλινική αξιολόγηση και ανάνηψη του ασθενούς θα πρέπει να προηγούνται της διαγνωστικής και θεραπευτικής αντιμετώπισης του αιτίου της αιμορραγίας. Αφού εξασφαλιστεί η αιμοδυναμική σταθερότητα, οι ασθενείς θα πρέπει να αξιολογούνται για τον κίνδυνο της επαναιμορραγίας, τις τυχόν επιπλοκές και την εστία της αιμορραγίας. Συνήθως οι μεγάλες αιμορραγίες αφορούν το ανώτερο πεπτικό λαμβάνοντας υπόψη ότι το 85% των αιμορραγιών του κατώτερου πεπτικού αυτοπεριορίζονται.

Όπως και σε όλες τις παθήσεις, το ατομικό ιστορικό, η εκτίμηση της παρούσας κατάστασης του ασθενούς, η λήψη φαρμάκων (ασπιρίνη, ΜΣΑΦ, αντιαιμοπεταλιακοί και αντιπηκτικοί παράγοντες) και η αρχική εργαστηριακή προσέγγιση αποτελούν τις πρώτες ζωτικές σημασίας ενέργειες της εκτίμησης της οξείας μαζικής αιμορραγίας του πεπτικού. Η αιματέμεση, οι μεγάλοι καφεοειδείς έμετοι, οι μεγάλες μέλαινες-‘πισσοειδείς’ κενώσεις και η αιματοχεσία φαίνεται να αποτελούν τις κυριότερες εκδηλώσεις οξείας μαζικής αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό. Ιδιαίτερης σημασίας, καθότι αποτελούν απειλή για την ζωή του ασθενούς, έχουν η έγκαιρη αναγνώριση κίρρωσης (30% των οξέων αιμορραγιών του ανώτερου πεπτικού εμφανιζόμενη στο 90% των ασθενών με ηπατική κίρρωση) και το αορτοεντερικό συρίγγιο σε ασθενείς με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής ή τοποθέτηση μοσχεύματος αορτής. Σε αυτά τα αίτια θα πρέπει να προστεθούν και τα ιατρογενή (ενδοσκοπικές θεραπευτικές-επεμβατικές πράξεις, χειρουργεία).

Για την οξεία αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού έχουν προταθεί διάφορα scoring systems για την αξιολόγηση του κινδύνου των ασθενών όπως την ανάγκη επείγουσας παρέμβασης, επαναιμορραγίας



Κλινικό θέμα

Η ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

και θνησιμότητας. Από αυτά επικρατέστερα για την ακρίβεια και την εγκυρότητά τους φαίνεται πως είναι το Glasgow Blatchford score (GBS) και το Rockall score (RS). Η διαφορά μεταξύ τους έγκειται στο ότι το GBS περιέχει μόνο άμεσες κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους ενώ το RS απαιτεί επιπλέον και την ενδοσκοπική εκτίμηση της εστίας της αιμορραγίας του ανώτερου πεπτικού, η οποία όμως μπορεί να καθυστερήσει λόγω της αιμοδυναμικής αστάθειας των ασθενών με οξεία μαζική αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Ασθενείς με GBS score ≤ 1 χαρακτηρίζονται ως χαμηλού κινδύνου και μπορούν να αντιμετωπισθούν ως εξωτερικοί ασθενείς, ενώ οι υπόλοιποι ως νοσηλεύόμενοι. Η βαθμολογία GBS φαίνεται πως είναι ακριβής στη πρόβλεψη για την ανάγκη κλινικής παρέμβασης (μετάγγιση, ενδοσκοπική θεραπεία, διαγνωστική ή/και επεμβατική ακτινολογία, χειρουργείο, ΜΑΦ, ΜΕΘ, επαναιμορραγία, θνησιμότητα).

Σε ασθενή με οξεία αιμορραγία πεπτικού, η αρχική εκτίμηση θα πρέπει να εστιάζει στην εκτίμηση της αιμάτωσης των οργάνων και των ιστών με την μέτρηση των ζωτικών σημείων, την εξασφάλιση του αεραγωγού και του αερισμού καθώς και την εξασφάλιση της ενδοφλέβιας πρόσβασης. Συχνότητα αναπνοών $>20-30/\text{min}$ δηλώνει μεγάλη απώλεια αίματος. Η μέτρηση της ΑΠ με περιχειρίδα σε ασθενείς με βαριά κατάσταση συνήθως είναι αναξιόπιστη λόγω της αγγειοσύσπασης. Δυσκολία στην ακρόαση των ήχων, διαλείποντες ήχοι, μεγάλες διαφορές στην μέτρησή της, μη καταγραφή ΑΠ ($<50 \text{ mmHg}$) είναι δηλωτικές αιμοδυναμικής αστάθειας και προτιμότερο η ΑΠ να μετριέται με καθετηριασμό της κερκιδικής ή ωλενίου αρτηρίας ή με Doppler. Η αναγνώριση ορθοστατικής υπότασης ή μικρής ΔΙΑΠ (με φυσιολογική ΑΠ στη κατάκλιση) δηλώνουν αιμοδυναμική αστάθεια. Παράλληλα με την μέτρηση της ΑΠ, η ταχυκαρδία (σφύξεις $>100/\text{min}$), ο νηματοειδής σφυγμός, η απώλεια του κερκιδικού σφυγμού με αδύναμο και ασταθές κεντρικό σφυγμό (μηνιαίας ή καρωτίδας) αποτελούν επιβαρυντικά στοιχεία στην κλινική εξέταση. Άλλα σημεία επιδείνωσης του ασθενούς είναι

η επιδείνωση του επιπέδου συνείδησης, η ταχύπνοια που μεταπίπτει σε εργώδη αναπνοή, η ωχρή ή κυανή απόχρωση του δέρματος.

Κατά την έναρξη της οξείας αιμορραγίας του πεπτικού, ο Ht δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη της σοβαρότητας της αιμορραγίας διότι χρειάζονται κάποιες ώρες ώστε να αποκατασταθεί ο ενδοαγγειακός όγκος με την μετακίνηση υγρών από τον εξωαγγειακό χώρο. Η νορμοκυττάρωση επικρατεί στη οξεία αιμορραγία ενώ η ύπαρξη μικροκυττάρωσης και σιδηροπενίας παραπέμπει σε χρόνια απώλεια αίματος. Αύξηση των έμμορφων στοιχείων του αίματος (λευκοκυττάρωση, θρομβοκυττάρωση, ΔΕΚ) παρατηρούνται ως αποτέλεσμα του stress του οργανισμού με κινητοποίηση των λευκοκυττάρων από την δεξαμενή των περιφερικών αγγείων και της αντίδρασης του μυελού των οστών με παραγωγή θρομβοκυττάρων και της αύξησης των δικτυοερυθροκυττάρων, εμφανίζονται δε εντός 6 ωρών περίπου από την εμφάνιση της οξείας αιμορραγίας. Η αναλογία ουρίας αίματος/κρεατινίνη αίματος είναι φυσιολογική στην αιμορραγία του κατώτερου πεπτικού, ενώ αύξηση της ουρίας αίματος που παρατηρείται στην αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού οφείλεται στην αποδόμηση των πρωτεϊνών του αίματος από το μικροβίωμα του πεπτικού σωλήνα και κάποιου βαθμού μείωση της σπειραματικής διήθησης των νεφρών. Οι περισσότερες διαταραχές της ηπκτικότητας του αίματος ελέγχονται με προσδιορισμό του χρόνου προθρομβίνης και του χρόνου θρομβοπλαστίνης. Πλήρης έλεγχος της ηπκτικότητας προτείνεται σε ηπατική βλάβη ή σε αγνώστου εστίας αιμορραγία του πεπτικού.

Αντιμετώπιση του ασθενούς

Η αντιμετώπιση του ασθενούς με οξεία αιμορραγία του πεπτικού που χαρακτηρίζεται με αιμοδυναμική αστάθεια ή/και μαζική αιμορραγία χρήζει επείγουσας αντιμετώπισης σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Προτεραιότητα αποτελεί η αποκατάσταση του ενδοαγγειακού όγκου προτού προχωρήσουμε στην διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση του αιτίου της αιμορραγίας,



κυρίως μέσω των ενδοσκοπήσεων του πεπτικού. Γενικά μέτρα της αντιμετώπισης του ασθενούς είναι:

- α)** συνεχής ή ωριαία καταγραφή των ζωτικών σημείων
- β)** η άμεση εξασφάλιση φλεβικής πρόσβασης με δύο καθετήρες μεγάλου αυλού (18gauge ή μεγαλύτερους) ή καθετήρα κεντρικής φλεβικής γραμμής
- γ)** η τοποθέτηση του ασθενούς σε ύπτια και οριζόντια θέση. Η ανύψωση των κάτω άκρων βοηθά στην φλεβική επιστροφή ισοδυναμώντας με μία μονάδα αίματος. Η τοποθέτηση της κεφαλής και του θώρακα σε χαμηλότερο επίπεδο του σώματος για την αύξηση της αιμάτωσης του εγκεφάλου μάλλον αντενδείκνυται, αφού η ανύψωση του διαφράγματος εμποδίζει την αναπνοή. Αντιθέτως, ανύψωση του θώρακα σε αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς φαίνεται να βοηθά στην αιμάτωση του εγκεφάλου
- δ)** λήψη αίματος για στοιχειώδη αιματοβιοχημικό έλεγχο, οξεοβασικό προφίλ, έλεγχο της πηκτικότητας καθώς και ομάδας αίματος με διασταύρωση
- ε)** η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα (Levin, Sengstaken-Blackmore, Minnesota tube, Linton-Nachlas). Ο καθετήρας Levin, σύμφωνα με νεότερες μελέτες, δεν φαίνεται να προσφέρει τίποτα περισσότερο (θνησιμότητα, μεταγίσεις, παραμονή στο νοσοκομείο, χειρουργείο) πλην ίσως μέσω της έκπλυσης του στομάχου ένα καθαρότερο πεδίο για την αμεσότερη τέλεση διαγνωστικής και θεραπευτικής ενδοσκόπησης. Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στην κιρσορραγία, στην οποία η αιμορραγία είναι συνηθέστερα μαζική. Η τοποθέτηση των ειδικών καθετήρων (και για διάστημα όχι περισσότερο του 24ώρου), λειτουργώντας ως γέφυρα, συμβάλλουν στην αιμοδυναμική σταθεροποίηση των ασθενών προκειμένου να υποβληθούν το συντομότερο σε θεραπευτική ενδοσκόπηση (κατά προτίμηση εντός 12ώρου) ή σε διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική παράκαμψη (TIPS).
- στ)** η τοποθέτηση ουροκαθετήρα Folley για ωριαία μέτρηση αποβολής ούρων (φ.τ. 50ml/h)

Αρχική θεραπευτική προσέγγιση της οξείας αιμορραγίας

Η αρχική θεραπευτική προσέγγιση της οξείας αιμορραγίας και ακρογωνιαίος λίθος της αντιμετώπισης της ολιγαϊμικής καταπληξίας είναι η αποκατάσταση του όγκου αίματος. Η αποκατάσταση πρέπει να αρχίσει άμεσα με την διάγνωση και γίνεται με την χορήγηση κρυσταλλοειδών (ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων), κολλοειδών διαλυμάτων (πλάσμα, υποκατάστατα πλάσματος, λευκωματίνη, δεξτράνη) και αίματος. Και ενώ η απώλεια αίματος παραπέμπει στην αποκατάσταση του απολεσθέντος αίματος, η χορήγηση κρυσταλλοειδών ή κολλοειδών διαλυμάτων είναι προτιμότερη αφού η αιμοραϊώση που δημιουργούν αυτά τα διαλύματα ελαττώνουν το ιξώδες του αίματος αποκαθιστώντας την φυσιολογική ροή στα τριχοειδικά αγγεία. Παράλληλα αποκαθίσταται, εφόσον είναι αναγκαίο, η πηκτικότητα του αίματος (διακοπή ασπιρίνης, ΜΣΑΦ, αντιαιμοπεταλιακών και αντιπηκτικών παραγόντων, νοσήματα πηκτικότητας με ενδεχομένη ανάλογη φαρμακευτική αντιμετώπιση).

Παρόλο που η χρήση κολλοειδών προσφέρει ταχύτερη αποκατάσταση του ενδοαγγειακού όγκου (500ml κολλοειδούς επιτυγχάνουν έκπτυξη του ενδοαγγειακού όγκου αντίστοιχη με 1500 ml φυσιολογικού ορού), προτιμάται η χρήση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων, καθώς θεωρούνται περισσότερο ασφαλή. Τα κρυσταλλοειδή διαλύματα ευρείας χρήσης είναι ο φυσιολογικός ορός και το Ringer's lactate, χωρίς να υπάρχουν μελέτες υπεροχής κανενός εκ των δύο. Η χορήγηση φυσιολογικού ορού είναι ακίνδυνη χορηγούμενη ακόμα και σε μεγάλες ποσότητες με επαρκή νεφρική λειτουργία προσθέτοντας και 2 amp/lt NaHCO₃. Το Ringer's lactate, με σύνθεση πλησιέστερη προς εκείνη του εξωκυττάριου υγρού, φαίνεται να προτιμάται περισσότερο από τον φυσιολογικό ορό, που περιέχει περισσότερα ιόντα Na και Cl από το εξωκυττάριο υγρό. Οι φόβοι για επίταση της γαλακτικής οξέωσης με την χορήγηση Ringer's lactate που περιέχει γαλακτικά είναι ανεδαφικοί αφού οι γαλακτικές ρίζες μεταβολίζονται αμέσως χωρίς να



Κλινικό θέμα

Η ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

έχει παρατηρηθεί επίταση της οξέωσης, το δε pH του είναι πλησιέστερο με το pH του αρτηριακού αίματος από ότι ο φυσιολογικός ορός. Σχετική αντένδειξη αποτελεί η βαριά ηπατική ανεπάρκεια. Όσον αφορά στην ποσότητα των κρυσταλλοειδών διαλυμάτων που πρέπει να χορηγηθούν πριν την απόφαση για μετάγγιση, αυτή καθορίζεται από τον βαθμό αναιμίας που μπορεί να ανεχθεί ο ασθενής. Αν και μπορούμε να αντικαταστήσουμε το 75% του ολικού όγκου αίματος, στην καθημερινή πρακτική δεν πρέπει να ξεπερνάται το 25% αυτού (1500ml). Πτώση του Hct στο 30% αποτελεί το κατώτερο όριο αιμοαραίωσης προκειμένου ολικό αίμα να αντικατασταθεί με άλλη ουσία. Κάτω από αυτό το όριο του Hct, περιορίζεται προοδευτικά το ποσό του O₂ που μπορεί να μεταφέρει το αρτηριακό αίμα εξουδετερώνοντας το πλεονέκτημα από την μέτρια αιμοαραίωση που προκαλούν τα κρυσταλλοειδή. Ιδιαίτερα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, ο Hct πρέπει να διατηρείται στο 36% λόγω των αυξημένων αναγκών του μυοκαρδίου σε O₂. Τέλος, υπότονα διαλύματα φυσιολογικού ορού ή γλυκόζης 5% δεν έχουν καμία θέση στην αντιμετώπιση της επείγουσας αντικατάστασης υγρών ακόμα και αν υπάρχει έστω και μικρός βαθμός υπερώσμωσης, αφού θα αραιώσουν τον συρρικνωμένο εξωκυττάριο χώρο με κίνδυνο την δηλητηρίαση με νερό, η δε γλυκόζη θα προκαλέσει ωσμωτική διούρηση.

Η μετάγγιση αίματος με συμπυκνωμένα ερυθρά εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς, την ύπαρξη συμπαρομαρτούντων προβλημάτων-κυρίως καρδιαγγειακών νοσημάτων- και την επιμονή της αιμορραγίας. Συνιστάται όταν τα επίπεδα Hb είναι < 7gr/dl για τους περισσότερους ασθενείς ή σε επίπεδα Hb ≥ 9gr/dl για τους ασθενείς αυξημένου κινδύνου ή η απώλεια Hb είναι ≥ 2gr/dl ανά ημέρα. Εξαίρεση αποτελεί η κίρσορραγία όπου η Hb δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα 10gr/dl λόγω επιδείνωσης της αιμορραγίας από υπερμετάγγιση. Στην περίπτωση ανάγκης για υπερμετάγγιση (συνήθως >10 μονάδες αίματος /ημέρα ή 3 μονάδες αίματος σε 1 ώρα) και με σκοπό την πρόληψη των διαταραχών

της πήξεως ή σε νοσήματα πηκτικότητας πρέπει να χορηγείται φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα με διάφορα δοσολογικά σχήματα όπως π.χ. 1 μονάδα φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος ανά 4 μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών ή/και χορήγηση αιμοπεταλίων. Σε αυτή την περίπτωση το πλάσμα συνεισφέρει επιπλέον και στην αύξηση του ενδοαγγειακού όγκου. Η μετάγγιση αίματος πρέπει να γίνεται με δισταυρωμένο αίμα και μόνο στην περίπτωση της μαζικής αιμορραγίας και της βαρύτατης κατάστασης του ασθενούς (αψηλάφητος σφυγμός, χωρίς ΑΠ, απώλεια συνείδησης κ.λ.π.) μπορεί να δοθεί αδιασταύρωτο αίμα της ομάδας αίματος του ασθενούς ή 0 Rh αρνητικό. Τέλος στην περίπτωση που διαλύματα αναπλήρωσης όγκου και μεταγγίσεις δεν μπορούν να ελέγξουν την αιμορραγία, μπορούν να δοθούν αγγειοσυσπαστικές ουσίες όπως νοραδρεναλίνη, εκτός από την περίπτωση κίρσορραγίας.

Η εξασφάλιση του αεραγωγού στην οξεία μαζική αιμορραγία του πεπτικού αποτελεί υψίστης σημασίας προσέγγιση για λόγους πρόληψης των επιπλοκών από εισρόφηση εμεσμάτων διαφόρου σύστασης. Η ανάγκη αυτή προκύπτει από την επιβαρυνμένη γενική κατάσταση υγείας του ασθενούς, όπως διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, ναυτία, έμετοι, αδυναμία, καταβολή και άλλα συμπτώματα, αντιμετωπίζεται δε με ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Ωστόσο, σε μία μελέτη αναδείχθηκε ότι η εκλεκτική ενδοτραχειακή διασωλήνωση μπορεί να συνοδεύεται από δυσμενή καρδιοπνευμονικά συμβάματα (πνευμονία, πνευμονικό οίδημα, ARDS, ανακοπή) και ίσως θα πρέπει να περιορίζεται μόνον σε ακραίες συνθήκες όπως απώλειας συνείδησης και αναπνευστικής δυσχέρειας. Όσον αφορά την επαρκή οξυγόνωση, η χορήγηση O₂ κατά την φάση της πτώσης της αρτηριακής πίεσης φαίνεται πως δεν ωφελεί αφού στην καταπληξία η κύρια διαταραχή είναι η ελάττωση του όγκου αίματος προς τους ιστούς και η ελάττωση της καρδιακής παροχής. Μάλιστα έχει παρατηρηθεί τις περισσότερες φορές φυσιολογικό PO₂, η δε τυχόν μικρή αύξησή του



με τη χορήγηση O₂ προκαλεί ασήμαντη αύξηση του διαλυμένου στο αίμα O₂ λόγω της χαμηλής καρδιακής παροχής. Έτσι δεν συστήνεται χορήγηση O₂ ως ρουτίνα, παρά μόνον σε ασθενείς με καρδιοαναπνευστικά προβλήματα, στην τυχόν εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου και σε καταστάσεις που υπάρχει αμφιβολία για την οξυγόνωση του ασθενούς (π.χ. ταχύπνοια με αναπνοές > 20-30/min). Η χορήγηση του O₂ γίνεται μέσω ρινικών καθετήρων (με ροή 6-8 lt/min αποδίδουν 30-40% εισπνεόμενο O₂- μεγαλύτερη ροή δεν είναι καλά ανεκτή-), πλαστικών μασκών (με ροή 8-10 lt/min αποδίδουν 30-50% εισπνεόμενο O₂) και μασκών Venturi (αποδίδουν προκαθοριζόμενη και ποικίλη πυκνότητα O₂ και απαιτούν ροή O₂ > 2lt/min για να προσφέρουν σταθερή ποσότητα αέρα).

Ειδική αναφορά θα πρέπει να γίνει για την αρχική αντιμετώπιση της *κίρσορραγίας*. Χρήση αγγειοδραστικών ουσιών (για 2-5ημέρες) προ της επείγουσας γαστροσκόπησης όπως σωματοστατίνης, οκτρεοτιδίου ή βαζοπρεσσίνης (και νιτρογλυκερίνης επί μη διαθεσιμότητας των προηγούμενων) για την μείωση των πιέσεων της πυλαίας, φαίνεται να μειώνουν την επίπτωση της ενεργού αιμορραγίας κατά την διάρκεια της θεραπευτικής ενδοσκόπησης και ενδεχομένως την επιβίωση. Η χρήση τερλιπρεσσίνης φαίνεται να είναι αποτελεσματικότερη των προηγούμενων ουσιών και ίσως το μοναδικό φάρμακο που φαίνεται να μειώνει την θνησιμότητα. Προκινητικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν συμπεριλαμβανόμενης της σωματοστατίνης. Προφυλακτική αντιβιοτική αγωγή με κεφτριαξόνη (1gr/24ωρο για 7 ημέρες) φαίνεται να βελτιώνει τον έλεγχο της αιμορραγίας, την επιβίωση και την εμφάνιση λοιμώξεων ιδιαιτέρως σε ασθενείς με θεραπεία χημειοπροφύλαξης (κινολόνη) για αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα. Τέλος για την προστασία της νεφρικής λειτουργίας θα πρέπει να αποφεύγονται οι παρακεντήσεις ασκίτη μεγάλου όγκου και φάρμακα που προκαλούν μείωση της ΑΠ ή εμφανίζουν νεφροτοxicότητα.

Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση του αιτίου της οξείας αιμορραγίας

Μετά την αρχική ταχεία αξιολόγηση, την ανάνηψη και αιμοδυναμική σταθεροποίηση του ασθενούς, αυτοί θα πρέπει να υποβάλλονται το συντομότερο δυνατόν σε διαγνωστική και θεραπευτική ανεύρεση της εστίας-αιτίου της αιμορραγίας καθώς και σε αξιολόγηση της έκβασης της αιμορραγίας (επαιμορραγία, μεταγγίσεις, παραμονή στο νοσοκομείο, θνησιμότητα). Η ανεύρεση της εστίας αιμορραγίας επιτυγχάνεται με τις ενδοσκοπήσεις πεπτικού (γαστροσκόπηση, κολονοσκόπηση, πρωκτική εντεροσκόπηση, ενδοσκοπική κάψουλα), CT scan (κυρίως στην αιμορραγία του κατώτερου πεπτικού), εκλεκτική αγγειογραφία και σπινθηρογράφημα με ραδιοϊσότοπα σεσημασμένα με ^{99m}Tc. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ACG, η αρχική διαγνωστική αξιολόγηση θα πρέπει να γίνεται με επείγουσα γαστροσκόπηση ή/και κολονοσκόπηση.

Γαστροσκόπηση

Η διαγνωστική προσέγγιση εκλογής για το ανώτερο πεπτικό είναι η επείγουσα γαστροσκόπηση. Θα πρέπει να εκτελείται το συντομότερο δυνατόν (εντός του 1^{ου} 24ώρου) σε αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς και έχει το πλεονέκτημα της θεραπευτικής αντιμετώπισης του αιτίου της αιμορραγίας (έγχυση ουσιών, θερμικές μέθοδοι-διαθερμοπηξία, argon plasma, laser- μηχανικές μέθοδοι-διάφοροι τύποι μεταλλικών ραμμάτων, απολίνωση- ή/και συνδυασμοί διαφορετικών μεθόδων αιμόστασης). Η ευαισθησία και η ειδικότητα της επείγουσας γαστροσκόπησης είναι 92%-98% και 30%-100% αντίστοιχα. Με την θεραπευτική ενδοσκόπηση αιμόστασης επιτυγχάνονται μειωμένη νοσηρότητα, διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, επαιμορραγία, μεταγγίσεις και ανάγκη για χειρουργείο. Η αύξηση της ευαισθησίας της μεθόδου για τον εντοπισμό και την καλύτερη απεικόνιση της βλάβης και της θεραπευτικής της προσέγγισης επιτυγχάνεται με την απομάκρυνση των αιμοπηγμάτων, του προσφάτου αίματος και των



Κλινικό θέμα

Η ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

υπολειμμάτων τροφής μέσω των γαστρικών πλύσεων αλλά και με χρήση προκινητικών παραγόντων όπως η ερυθρομυκίνη σε δόση 250mg iv εφάπαξ ή η μετοκλοπροπαμίδη. Το όφελος της ερυθρομυκίνης καταδεικνύεται από μεταanalύσεις με μείωση της ποσότητας του αίματος στο στομάχι, της επαναληπτικής ενδοσκόπησης, της παραμονής στο νοσοκομείο και της ανάγκης για μετάγγιση. Έχει βρεθεί ότι το όξινο περιβάλλον του ανώτερου πεπτικού δεν ευνοεί την αιμόσταση. Η παρουσία χαμηλού pH < 5 περιορίζει το σχηματισμό ινώδους, την προσκολλητικότητα των αιμοπεταλίων και ελαττώνει την δραστηριότητα της προθρομβίνης και της θρομβολαστίνης παρατείνοντας την αιμορραγία. Για το λόγο αυτό προτείνεται η χρήση PPI's σε υψηλές δόσεις. Η γαστροσκόπηση δεύτερης ματιάς μετά την αρχική επίτευξη αιμόστασης παραμένει αμφιλεγόμενη καθώς μείωσε τον κίνδυνο επαναιμορραγίας, αλλά δεν βελτίωσε την συνολική θνησιμότητα και προτείνεται μόνον όταν υπάρχουν αμφιβολίες για την αρχική ενδοσκόπηση. Οι επιπλοκές της επείγουσας γαστροσκόπησης περιλαμβάνουν την εισρόφηση, τις παρενέργειες της καταστολής, την διάτρηση και την αύξηση της αιμορραγίας κατά την θεραπευτική παρέμβαση.

Κολονοσκόπηση

Αν και η κολονοσκόπηση προτείνεται ως πρώτη εκλογής προσέγγιση στους αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς για την ανεύρεση της εστίας της αιμορραγίας (45%-90%) και την αιμόσταση, υπάρχουν περιορισμοί λόγω της ανεπαρκούς προετοιμασίας του εντέρου (κόπρανα, αιματηρό περιεχόμενο). Η ευαισθησία μειώνεται θεαματικά και η επιτυχής αιμόσταση είναι δυνατή στο μόλις 21% των ασθενών. Προκειμένου να αυξηθεί η ευαισθησία της θα πρέπει να προηγείται ταχεία εκκένωση με ισotonική πλύση του παχέος εντέρου με 4-6 lt μέσω ρινογαστρικού καθετήρα και χρήση προκινητικού παράγοντα (π.χ. μετοκλοπροπαμίδη) εφόσον το επιτρέπει η γενική κατάσταση του ασθενούς. Σημειωτέον, ότι η κολονοσκόπηση προτείνεται και στις μεγάλες μέλαινες

κενώσεις με αρνητική την γαστροσκόπηση και πιθανή εστία αιμορραγίας από το δεξιό κόλον. Οι επιπλοκές της επείγουσας κολονοσκόπησης είναι ανάλογες της γαστροσκόπησης.

Αξονική αγγειογραφία

Σε αποτυχία των ενδοσκοπήσεων, η αξονική αγγειογραφία με ευαισθησία 86% και ειδικότητα 95% μπορεί να εντοπίσει την εστία της αιμορραγίας με την εξαγγείωση του σκιαγραφικού στον εντερικό αυλό, αν ο ρυθμός της αιμορραγίας είναι 0,5-1,0 ml/min κατά την σάρωση της αρτηριακής φάσης. Στα πλεονεκτήματά της είναι ο ελάχιστος επεμβατικός χαρακτήρας της και η ευρεία διαθεσιμότητά της, στα δε μειονεκτήματα η θεραπευτική παρέμβαση, ο κίνδυνος νεφροπάθειας σε νεφρική δυσλειτουργία και η αλλεργία στο σκιαγραφικό. Ωστόσο, η ακριβής ανάδειξη της αιμορραγίας είναι χρήσιμη στον σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης με ενδοσκόπηση ή εκλεκτική αγγειογραφία ή χειρουργική επέμβαση.

Εκλεκτική αγγειογραφία

Η αγγειογραφία με καθετηριασμό έχει ευαισθησία 42%-86% και ειδικότητα 100% στην εντόπιση της εστίας της αιμορραγίας, αν ο ρυθμός της αιμορραγίας είναι 0,5-1,5ml/min. Χρησιμοποιείται κυρίως για το κατώτερο πεπτικό, λόγω της διαθεσιμότητας τελικών αρτηριών και δυσκολότερα για το ανώτερο πεπτικό λόγω της παράπλευρης αγγείωσης. Στα πλεονεκτήματά της είναι η θεραπευτική της παρέμβαση με αγγειοσπαστικά φάρμακα ή εμβολισμό και το γεγονός πως δεν απαιτεί προετοιμασία του πεπτικού σωλήνα, στα δε μειονεκτήματα η διαθεσιμότητά της, η αιμορραγία φλεβικών και μικρών αγγείων, το αιμάτωμα ή το ψευδοανεύρυσμα στο σημείο εισόδου, η αρτηριακή ανατομία και ο σπασμός, η εντερική ισχαιμία, η νεφροπάθεια και η αλλεργία στο σκιαγραφικό.

Σπινθηρογράφημα

Το σπινθηρογράφημα με ραδιοϊσότοπα ^{99m}Tc είτε



σεσημασμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων (^{99m}Tc RBC) είτε κολλοειδές του θείου (^{99m}Tc SC) είναι περισσότερο ευαίσθητη μέθοδος απεικόνισης της αιμορραγίας του πεπτικού σωλήνα αφού μπορεί να ανιχνεύσει την αιμορραγία με ρυθμό 0,1-0,4ml/min. Στα μειονεκτήματα της μεθόδου είναι η μη ακριβής ανατομική εντόπιση της εστίας της αιμορραγίας και το ότι δεν δίνει στοιχεία για την παθολογία της βλάβης που προκάλεσε την αιμορραγία. Λόγω του σύντομου χρόνου ημιζωής του ^{99m}Tc SC, η σάρωση αναδεικνύει την ενεργό αιμορραγία κατά την έγχυση του ραδιοϊσοτόπου μέσα σε λίγα λεπτά, η δε ανάγκη για επανάληψη της σάρωσης απαιτεί επανέγχυση του ισοτόπου όπως στην διαλείπουσα αιμορραγία. Η σάρωση με ^{99m}Tc RBC επιτρέπει την συχνή λήψη εικόνων έως και 24 ώρες βοηθώντας την διερεύνηση ασθενών με διαλείπουσα αιμορραγία.

Χειρουργική αντιμετώπιση

Η χειρουργική αντιμετώπιση της οξείας μαζικής αιμορραγίας απαιτεί ερευνητική λαπαροτομία με ενδεχόμενη ενδοσκοπική διεγχειρητική υποστήριξη ή στοχευμένη χειρουργική αντιμετώπιση εφόσον έχει αναδειχθεί η εστία αιμορραγίας ή/και το αίτιο αυτής με προηγούμενες διερευνητικές μεθόδους. Τελευταία υπάρχει μείωση των χειρουργείων λόγω εμπειρίας και βελτίωσης των ενδοσκοπικών και ακτινοθεραπευτικών μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας της αιμορραγίας, περιοριζόμενα σε αυτά της αντιμετώπισης του αιτίου αιμορραγίας που έχει ένδειξη χειρουργικής αντιμετώπισης αλλά σε σταθεροποιημένο πλέον ασθενή. Ωστόσο, υπάρχει ένας πολύ μικρός αριθμός ασθενών, που λόγω της μαζικής αιμορραγίας με αιμοδυναμική αστάθεια θα χρειαστούν χειρουργική αντιμετώπιση. Τα κριτήρια δεν είναι καθορισμένα και φαίνεται να αποτελούν συμφωνίες μεταξύ των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων στο κέντρο αναφοράς λαμβάνοντας υπόψη τον κίνδυνο θανάτου από μαζική αιμορραγία και τον κίνδυνο θανάτου από μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Συμπεράσματα

Το παρόν άρθρο προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες για την αντιμετώπιση της απειλητικής για την ζωή οξείας μαζικής αιμορραγίας του πεπτικού σωλήνα και των προσαρτημάτων του στην καθημερινή κλινική πρακτική. Και ενώ η αρχική αντιμετώπιση γίνεται από τον θεράποντα παθολόγο συνεπικουρούμενο από χειρουργό, λόγω της πιθανότητας μη ανταπόκρισης στην συντηρητική αγωγή, η συμμετοχή του γαστρεντερολόγου είναι κρίσιμη στην πορεία της υγείας του ασθενούς. Λόγω των σπάνιων επιπλοκών από ενδοσκοπικές θεραπευτικές-επεμβατικές πράξεις στον πεπτικό σωλήνα αλλά και της ενδοσκοπικής διαχείρισης για την ανεύρεση και την αντιμετώπιση της εστίας αιμορραγίας του πεπτικού, ο γαστρεντερολόγος εν δυνάμει μπορεί να βρεθεί μπροστά σε ένα επεισόδιο οξείας μαζικής αιμορραγίας του πεπτικού που θα τον αναγκάσει να διαχειριστεί τον ασθενή ως κλινικός ιατρός ενδεχομένως αναβάλλοντας εν ευθέτω χρόνω την ενδοσκόπηση. Πρωταρχικό μέλημα στην αντιμετώπιση τέτοιων ασθενών είναι η αποκατάσταση του ενδοαγγειακού όγκου λόγω του απολεσθέντος αίματος με χορήγηση διαλυμάτων ή/και μετάγγισης συμπυκνωμένων ερυθρών ή/και πλάσματος, εξασφάλιση του αεραγωγού και της ενδεχόμενης κακής οξυγόνωσης.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Diagnosis of gastrointestinal bleeding: A practical guide for clinicians-World J Gastrointest Pathophysiol. 2014 15 Nov; 5(4): 467-478
2. Gastrointestinal Bleeding- Stat Pearls Publishing; 2022 Jan- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537291/>
3. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults-UpToDate Oct 04, 2021
4. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding- https://journals.lww.com/ajg/full-text/2021/05000/acg_clinical_guideline__upper_gastrointestinal_and.14.aspx



Κλινικό θέμα

Η ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

5. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline 2021.
6. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021 - <https://www.esge.com/endoscopic-diagnosis-and-management-of-nonvariceal-upper-gastrointestinal-hemorrhage-esge-update-2021>.
7. ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26925883>.
8. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline- <https://www.esge.com/diagnosis-and-management-of-acute-lower-gastrointestinal-bleeding-esge-guideline>.
9. Guidelines-Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology <http://gut.bmj.com>.
10. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study BMJ 2017; 356.
11. <https://www.mdcalc.com/glasgow-blatchford-bleeding-score-gbs>.
12. <https://www.mdcalc.com/rockall-score-upper-gi-bleeding-complete>.
13. Ruling in or out a source of gastrointestinal bleeding- United European Gastroenterol J. 2014 Dec; 2(6): 471–4.

Η Γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ «ΠΡΑΣΙΝΟ»;

Αθανάσιος Σιούλας, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα



Ολοένα και εντεινόμενη συζήτηση διεξάγεται σε παγκόσμιο επίπεδο σχετικά με την κλιματική αλλαγή και τις επιπτώσεις που αυτή θα επιφέρει στο σύνολο των ανθρώπινων δραστηριοτήτων. Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας δε θα μπορούσε να μείνει ανεπηρέαστος, αφού, από τη μία πλευρά, οι περιβαλλοντικές συνθήκες σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με πλήθος ασθενειών και, από την άλλη, η ιατρική τεχνολογία και πρακτική φαίνεται πως έχουν σαφές περιβαλλοντικό αποτύπωμα.

Είναι γνωστό πως η κλιματική επιβάρυνση σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση νοσημάτων κυρίως του αναπνευστικού και του καρδιαγγειακού συστήματος, καθώς και λοιμώξεων, μη εξαιρουμένης της πανδημίας COVID-19. Το πεπτικό σύστημα φαίνεται πως επίσης επηρεάζεται δυσμενώς, με αύξηση της συχνότητας νοσημάτων από εντερικά και ηπατικά λοιμογόνα στελέχη, ενώ και η ποιότητα των τροφίμων δύναται να αλλοιωθεί από τις υψηλότερες θερμοκρασίες. Η κλιματική αλλαγή απειλεί, με τον τρόπο αυτό, να υποσκάψει τις προόδους της ιατρικής επιστήμης που επέφεραν σημαντική αύξηση στην ποιότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης τις τελευταίες δεκαετίες.

Παράλληλα και σύμφωνα με προσφάτως δημοσιευμένο άρθρο στο έγκυρο περιοδικό «Techniques and Innovations in Gastrointestinal Endoscopy», οι ενδοσκοπήσεις του πεπτικού συστήματος συγκαταλέγονται, λόγω της ευρύτατης χρήσης τους, μεταξύ των ιατρικών

πράξεων που προκαλούν σημαντική επιβάρυνση του περιβάλλοντος. Χαρακτηριστικά, ο όγκος των αποβλήτων που προκύπτουν από τις ενδοσκοπήσεις αποτελεί τον τρίτο σε σειρά στο σύνολο των νοσοκομειακών αποβλήτων.

Από τα παραπάνω καθίσταται φανερό, πως οι διαμορφωτές των πολιτικών υγείας θα πρέπει να λάβουν υπ' όψιν το αποτύπωμα των ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών στο περιβάλλον και να δράσουν με στόχο την επί τα βελτίω τροποποίησή του. Σε ό,τι αφορά την ενδοσκόπηση του πεπτικού συστήματος, διατυπώνεται ο προβληματισμός σε σχέση με πιθανή υπερχρήση τους η οποία, δεδομένης της συσχέτισής της με σημαντική παραγωγή αποβλήτων, επιδεινώνει το πρόβλημα. Επιπρόσθετα, ενέργειες όπως η διάγνωση με λιγότερο επεμβατικές και ενεργειακά κοστοβόρες μεθόδους και η χρήση ανακυκλώσιμων ή πολλαπλών χρήσεων αναλώσιμων μπορούν να συντελέσουν σε μια πιο οικολογική καθημέρα πρακτική. Με τον τρόπο αυτό, τέλος, ο τομέας της υγείας και τα νοσηλευτικά ιδρύματα θα αποτελέσουν και λαμπρό παράδειγμα περιβαλλοντικά υπεύθυνης συμπεριφοράς για το κοινωνικό σύνολο, με στόχο το καλό όλων και ιδίως των επόμενων γενεών.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Tech Innov Gastrointest Endosc 2021; 23:337-43.



How to do it

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΚΙΡΣΟΡΡΑΓΙΑΣ: ΤΙ ΕΧΕΙ ΑΛΛΑΞΕΙ; ΑΠΟ ΤΟ ΒΑΒΕΝΟ VI ΣΤΟ ΒΑΒΕΝΟ VII

Νικολέττα Μάθου, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα



Εικόνα 1. Η πόλη Baveno της Ιταλίας.

Εισαγωγή

Η πυλαία υπέρταση (ΠΥ) αποτελεί σοβαρή συνέπεια της κίρρωσης και είναι υπεύθυνη για τις σημαντικές επιπλοκές της, που περιλαμβάνουν τον ασκίτη, την κίρσορραγία και την εγκεφαλοπάθεια. Η αντιμετώπιση της ΠΥ και των επιπλοκών της αποτελούσαν πάντα σημαντικούς κλινικούς και ερευνητικούς στόχους, με αποτέλεσμα την επιτακτική αναγκαιότητα οργάνωσης συναντήσεων ομοφωνίας (*consensus meetings*), για τη διαμόρφωση πιστοποιημένων, κοινών στρατηγικών διάγνωσης και θεραπείας. Η πρώτη συνάντηση οργάνωσε από τον Andrew Burroughs στην πόλη Groningen της Ολλανδίας το 1986. Ακολούθησαν συναντήσεις στην πόλη Baveno της Ιταλίας (Εικόνες 1 και 2) (Baveno I) το 1990 και το 1995 (Baveno II), στο Μιλάνο το 1992, στο Reston, U.S.A. το 1996, στην πόλη Stresa της Ιταλίας το 2000 (Baveno III), στο Baveno το 2005 (Baveno IV), στην Ατλάντα, U.S.A το 2007, στην Stresa το 2010 (Baveno V) και στο Baveno το 2015 (Baveno VI). Η επόμενη συνάντηση (Baveno VII) είχε καθοριστεί για τις 20-21 Μαρτίου 2020, εντούτοις η πανδημία COVID-19 οδήγησε τους οργανωτές στην αναβολή της μέχρι τα τέλη Οκτωβρίου του 2021, όπου και πραγματοποιήθηκε επιτυχώς διαδικτυακά.

Είναι πλέον καθολικά αποδεκτό ότι όλοι οι κίρρωτικοί ασθενείς δεν είναι ίδιοι και διέρχονται εξελικτικά από διαφορετικά στάδια, με τα σημαντικότερα αυτά της αντιρροπούμενης και της μη αντιρροπούμενης κίρρωσης. Μεταξύ των κίρρωτικών με αντιρροπούμενη κίρρωση (ή

αλλιώς “αντιρροπούμενη προχωρημένη χρόνια ηπατική νόσο”, *compensated Advanced Chronic Liver Disease, c ACLD*), τουλάχιστον δύο στάδια έχουν αναγνωρισθεί, αυτά με μη σημαντική ή με σημαντική πυλαία υπέρταση (*clinically significant portal hypertension, CSPH*). Τα διαφορετικά αυτά στάδια έχουν διαφορετική έκβαση, πρόγνωση και θνητότητα και επομένως οι ασθενείς έχουν ανάγκη διαφορετικών διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων. Σύμφωνα με τα παραπάνω ο τίτλος της πρόσφατης Baveno VII συνάντησης ομοφωνίας (Εικόνα 3) ήταν «**Εξατομικευμένη φροντίδα για την πυλαία υπέρταση**» (“*Personalized Care for Portal Hypertension*”) αντικατοπτρίζοντας την ανάγκη να αντιμετωπισθεί κάθε κίρρωτικός ασθενής ξεχωριστά, τόσο σε διαγνωστικό όσο και σε θεραπευτικό επίπεδο ανάλογα με το στάδιο της κίρρωσης. Συνολικά συζητήθηκαν και διαμορφώθηκαν



Εικόνα 2. Η αφίσα του συνεδρίου BAVENO I.

How to do it

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΚΙΡΣΟΡΡΑΓΙΑΣ: ΤΙ ΕΧΕΙ ΑΛΛΑΞΕΙ; ΑΠΟ ΤΟ BAVENO VI ΣΤΟ BAVENO VII



Εικόνα 3.

συμπεράσματα και κατευθυντήριες οδηγίες για εννέα θεματικές ενότητες με την αντιμετώπιση της οξείας κίρσορραγίας να αποτελεί μία εξ' αυτών.

Τα συμπεράσματα του BAVENO VII

Τα κυριότερα συμπεράσματα για την αντιμετώπιση της οξείας κίρσορραγίας, με την ενσωμάτωση όλων των νέων δεδομένων που έχουν προκύψει σε ό,τι αφορά νέες μεθόδους και στρατηγικές αντιμετώπισης, καθώς και η σύγκριση με τις συστάσεις του Baveno VI, αναφέρονται συγκεντρωτικά κατωτέρω:

- Θεμελιώδης στόχος της ανάνηψης είναι η διατήρηση της ιστικής αιμάτωσης και προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί στην άμεση αποκατάσταση του όγκου αίματος για τη διατήρηση της αιμοδυναμικής σταθερότητας. Οι μεταγγίσεις θα πρέπει να δίνονται συντηρητικά, με στόχο **τιμή αιμοσφαιρίνης 7-8gr/dl**. (παλαιά σύσταση)
- Διασωλήνωση συνιστάται πριν την ενδοσκόπηση σε ασθενείς με επηρεασμένο επίπεδο συνείδησης ή με ενεργό αιμορραγία, ενώ η αποσωλήνωση θα πρέπει να γίνει όσο το δυνατόν γρηγορότερα μετά την ολοκλήρωση της ενδοσκόπησης. (νέα σύσταση)
- Εάν υπάρχει πιθανότητα κίρσορραγίας, τα **αγγειοδραστικά φάρμακα** (τερλιπρεσσίνη, σωματοστατίνη, οκτρεοτίδη) θα πρέπει να ξεκινούν όσο το δυνατόν νωρίτερα και να χορηγούνται για 2-5 ημέρες. (αλλαγή σύστασης)
- Η προφυλακτική χορήγηση **αντιβιοτικών** είναι θεμελιώδους σημασίας σε κίρρωτικούς ασθενείς με αιμορραγία πεπτικού και η χορήγησή τους θα πρέπει να ξεκινά από την εισαγωγή (παλαιά σύσταση). Συνιστάται η ενδοφλέβια χρήση κεφτριαξόνης 1gr/24ωρο, σε πληθυσμούς με υψηλή αντοχή στις κινολόνες, αλλά η επιλογή του κατάλληλου αντιβιοτικού θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τα εκάστοτε δεδομένα ανάπτυξης αντοχής. (αλλαγή σύστασης)
- Η από του στόματος **σίτιση** θα πρέπει να ξεκινά όσο το δυνατόν νωρίτερα, καθώς η δυσθρεψία οδηγεί σε σημαντικές επιπλοκές. (νέα σύσταση)
- Οι χειρισμοί των αεραγωγών, συμπεριλαμβανομένου του ρινογαστρικού καθετήρα, θα πρέπει να γίνονται πολύ προσεκτικά γιατί αυξάνουν τον κίνδυνο πνευμονικών λοιμώξεων. (νέα σύσταση)
- Οι **PPIs**, εάν έχουν δοθεί πριν την ενδοσκόπηση, θα πρέπει να διακόπτονται αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της, εκτός εάν υπάρχει απόλυτη ένδειξη χορήγησής τους. (νέα σύσταση)
- Μετά την αιμοδυναμική σταθεροποίηση, η ενδοσκόπηση πραγματοποιείται σε χρονικό διάστημα μέχρι 12ωρών. Εάν ο ασθενής είναι ασταθής, η ενδοσκόπηση πραγματοποιείται όταν αυτό είναι ασφαλές. (αλλαγή σύστασης)
- Εάν δεν υπάρχουν αντενδείξεις (παράταση QT), συστήνεται η ενδοφλέβια χορήγηση ερυθρομυκίνης (250mg ενδοφλέβια, 30-120 λεπτά πριν την ενδοσκόπηση). (παλαιά σύσταση)
- Η ενδοσκοπική απολίνωση αποτελεί τη θεραπεία εκλογής των οισοφαγικών κίρσων, ενώ οι ιστικές κόλλες (N-butyl-cyanoacrylate/thrombin) χρησιμοποιούνται σε μεμονωμένους γαστρικούς κίρσους (IGV) ή σε γαστροοισοφαγικούς κίρσους τύπου 2 (GOV2) που εκτείνονται πέραν της καρδιάς. Απολίνωση ή ιστικές κόλλες μπορεί να χρησιμοποιηθούν στην αντιμετώπιση των γαστροοισοφαγικών κίρσων τύπου 1 (GOV1). (παλαιά σύσταση) (Εικόνα 4)
- Σύμφωνα με τα μέχρι σήμερα δεδομένα, η αιμοστατική σκόνη δε συνιστάται ως πρώτης γραμμής



How to do it

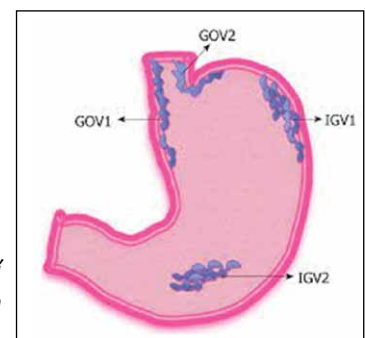
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΚΙΡΣΟΡΡΑΓΙΑΣ: ΤΙ ΕΧΕΙ ΑΛΛΑΞΕΙ; ΑΠΟ ΤΟ BAVENO VI ΣΤΟ BAVENO VII

θεραπεία της οξείας κίρσορραγίας. (νέα σύσταση)

- Ενδοσκοπική θεραπεία (argon plasma coagulation, radiofrequency ablation, band ligation for PHG-GAVE) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τοπική θεραπεία από ενεργό αιμορραγία λόγω πυλαίας γαστροπάθειας (PHG). (νέα σύσταση) (Εικόνα 5a, 5b, 5c)
- Οι ασθενείς με οξεία κίρσορραγία θα πρέπει να υποβάλλονται σε απεικονιστικό έλεγχο με αξονική ή μαγνητική τομογραφία για τον αποκλεισμό σπλαχνικής θρόμβωσης και ηπατοκυτταρικού καρκίνου, καθώς και για τη χαρτογράφηση του πυλαιοσυστηματικού παράπλευρου δικτύου για την πιθανή μελλοντική καθοδήγηση περαιτέρω εναλλακτικών θεραπευτικών επιλογών. (νέα σύσταση)
- «Προληπτική» τοποθέτηση **TIPS** (pre-emptive TIPS, rTIPS) εντός 72ωρών (ιδανικά < 24ώρες) συστήνεται σε ασθενείς με κίρσορραγία από οισοφαγικούς κίρσους, GOV1 και GOV2 που πληρούν κάποιο από τα παρακάτω κριτήρια: Child Pugh class C < 14 ή Child Pugh class B > 7 με ενεργό αιμορραγία στην επείγουσα ενδοσκόπηση ή HVPG > 20 mmHg στη διάρκεια της αιμορραγίας (αλλαγή σύστασης). Στους ασθενείς που ανήκουν στις παραπάνω κατηγορίες, η παρουσία ηπατικής εγκεφαλοπάθειας ή ικτέρου δεν αποτελεί αντένδειξη για την τοποθέτηση των TIPS. (Εικόνα 6) (νέα σύσταση)
- Στην ανθεκτική κίρσορραγία, ο επιπωματισμός με μπαλόνι και η τοποθέτηση μεταλλικών ενδοπροθέσεων (SEMS) μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως θεραπείες διάσωσης μέχρι πιο αποτελεσματικές

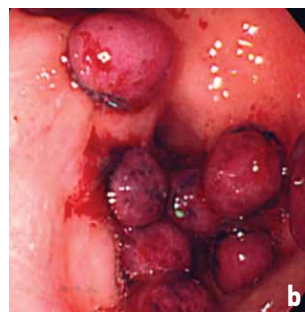
θεραπείες, όπως τα TIPS, να μπορούν να εφαρμοσθούν. Οι ενδοπροθέσεις είναι το ίδιο αποτελεσματικές με τον επιπωματισμό, αλλά αποτελούν ασφαλέστερη επιλογή. (αλλαγή σύστασης)

- Η αδυναμία ελέγχου της κίρσορραγίας παρά τη συνδυασμένη φαρμακευτική και ενδοσκοπική θεραπεία, αντιμετωπίζεται με τοποθέτηση TIPS (PTFE-covered). (αλλαγή σύστασης)
- Η τοποθέτηση TIPS είναι μάταιη σε ασθενείς με Child-Pugh ≥ 14 , ή με MELD score > 30 και γαλακτικό > 12 mmol/L, εκτός εάν υπάρχει άμεσα η πιθανότητα ηπατικής μεταμόσχευσης. (νέα σύσταση)
- Στους ασθενείς με οξεία κίρσορραγία, η ταχεία μετακίνηση του αίματος από τον εντερικό αυλό, με τη χρήση λακτουλόζης από το στόμα ή σε υποκλυσμούς, μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης ηπατικής εγκεφαλοπάθειας. (νέα σύσταση)
- Η κίρσική αιμορραγία οφείλεται στην πυλαία υπέρταση και επομένως ο στόχος της θεραπείας θα πρέπει να είναι η μείωση της πίεσης κι όχι η διόρθωση της



Εικόνα 4.
Γαστροοισοφαγικοί
κίρσοι: ταξινόμηση
Sarin.

Εικόνα 5. Ενδοσκοπική
απολίνωση για
την αντιμετώπιση
αιμορραγίας από
εκτεταμένες γαστρικές
αγγειεκτασίες στα πλαίσια
πυλαίας γαστροπάθειας,
PHG GAVE



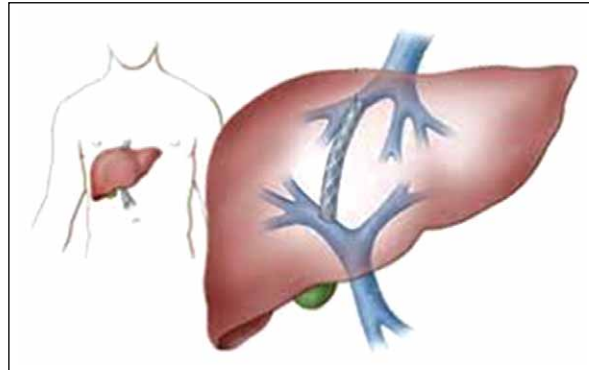
How to do it

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΚΙΡΣΟΡΡΑΓΙΑΣ: ΤΙ ΕΧΕΙ ΑΛΛΑΞΕΙ; ΑΠΟ ΤΟ ΒΑΒΕΝΟ VI ΣΤΟ ΒΑΒΕΝΟ VII

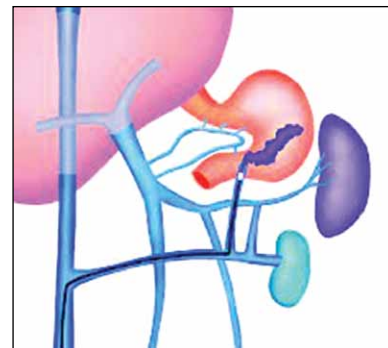


πήξης (νέα σύσταση). Επιπρόσθετα, ο συμβατικός έλεγχος της πήξης (PT/INR, aPTT), δεν εκφράζει με ακρίβεια την αιμοστατική κατάσταση των ασθενών με προχωρημένη ηπατική νόσο. (αλλαγή σύστασης)

- Στην οξεία кирсορραγία δε συστήνεται η χορήγηση πλάσματος (FFP) καθώς δε μπορεί να διορθώσει τις διαταραχές της πήξης, ενώ αυξάνοντας τον όγκο πλάσματος οδηγεί σε επιδείνωση της πυλαίας υπέρτασης. (νέα σύσταση)
- Στην οξεία кирсορραγία, ο αριθμός των αιμοπεταλίων και τα επίπεδα του ινωδογόνου δεν συσχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα αποτυχίας ελέγχου της αιμορραγίας ή επαναιμορραγίας. Εντούτοις, σε αποτυχία ελέγχου της αιμορραγίας θα μπορούσαν εξατομικευμένα να διορθωθούν οι διαταραχές της αιμόστασης. (νέα σύσταση)
- Ο ανασυνδυασμένος παράγοντας VIIa και το τρανεξαμικό οξύ δεν συστήνονται στην οξεία кирсορραγία. (νέα σύσταση)
- Οι ασθενείς με οξεία кирсορραγία που λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή θα πρέπει να τη διακόψουν μέχρι να ελεγχθεί η αιμορραγία. Η διάρκεια της διακοπής θα πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με το πόσο ισχυρή είναι η ένδειξη χορήγησής της. (νέα σύσταση)
- Σε ασθενείς με GOV2, IGV1, και με έκτοπους кирсούς, η τεχνική της επεμβατικής ακτινολογίας **BRTO** (ballon-occluded retrograde transvenous obliteration) μπορεί να θεωρηθεί σαν εναλλακτική της ενδοσκοπικής θεραπείας και των TIPS, από τη στιγμή που η εφαρμογή της είναι εφικτή και διαθέσιμη, καθώς υπάρχουν δεδομένα για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της. (Εικόνα 7) (νέα σύσταση)
- Η αιμορραγία από έκτοπους кирсούς μπορεί να αντιμετωπισθεί είτε ενδοσκοπικά είτε ενδοαγγειακά. (νέα σύσταση)
- Τα TIPS μπορεί να συνδυαστούν με εμβολισμό για τον έλεγχο της αιμορραγίας ή για να μειώσουν την επαναιμορραγία από γαστρικούς ή έκτοπους



Εικόνα 6. Σχηματική παρουσίαση TIPS.



Εικόνα 7. Σχηματική παρουσίαση BRTO τεχνικής.

κίρσους, ειδικότερα όταν υπάρχει σημαντική ροή στο παράπλευρο δίκτυο. (νέα σύσταση)

- Στους ασθενείς με κίρρωση και θρόμβωση της πυλαίας, η αντιμετώπιση της οξείας кирсορραγίας θα πρέπει να ακολουθεί τις οδηγίες για ασθενείς χωρίς θρόμβωση, όπου αυτό είναι δυνατό. (νέα σύσταση)

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Roberto de Franchis, Jaime Bosch, Guadalupe Garcia-Tsao, Thomas Reiberger, Cristina Ripoll, on behalf of the Baveno VII Faculty. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. Journal of Hepatology 2022 (in press).
2. Roberto de Franchis, Baveno VI Faculty. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. J Hepatol 2015 Sep;63(3):743-52.



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ:
ΜΙΑ ΔΕΥΤΕΡΗ ΜΑΤΙΑ 30 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ

Λεωνίδας Μυρωνίδης, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Εισαγωγή

Οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (PPI's), ανήκουν στην οικογένεια των βενζιμιδαζολών και εδώ και περίπου 30 χρόνια αποτελούν τους ισχυρότερους παράγοντες μείωσης της έκκρισης του γαστρικού οξέος δρώντας στον τελικό στόχο, στα οξυντικά-τοιχωματικά κύτταρα του θόλου και του σώματος του στομάχου. Σήμερα είναι διαθέσιμοι πέντε φαρμακευτικοί παράγοντες (ομεπραζόλη, εσομεπραζόλη, λανσοπραζόλη, παντοπραζόλη, ραμπεπραζόλη). Η εισαγωγή των PPI's αποτέλεσε επανάσταση στη θεραπεία των πεπτικών νόσων του οξέος. Καταλαμβάνουν την πρώτη θέση στη συνταγογράφηση σε παγκόσμιο επίπεδο με τάσεις αύξησης, αλλά και υπερβολικής χορήγησης (εθνική μελέτη στην Ισλανδία υπολόγισε επίπτωση αγωγής σε 15,5/100 άτομα στο γενικό πληθυσμό).

Πώς λειτουργεί η αντλία πρωτονίων;

Οι αντλίες πρωτονίων ενεργοποιούνται, όταν εξωτερικεύονται στην κορυφαία προς τον αυλό κυτταρική μεμβράνη, υπό τη διέγερση βασικά της γαστρίνης (εκκρίνεται αποκλειστικά από τα G κύτταρα του πυλωρικού άντρου). Η έκκριση δηλαδή του οξέος προϋποθέτει μετασχηματισμό της μεμβράνης και γίνεται έναντι 1000 φορές πυκνότερου πρηνούς H^+ . Από παράπλευρους ανεξάρτητους πόρους εκκρίνεται Cl^- και επαναρροφάται K^+ . Στις πλάγιες, διακυτταρικές μεμβράνες εκκρίνονται διττανθρακικά εξασφαλίζοντας ηλεκτρική ουδετερότητα, ομοιόσταση και προστασία.

Πώς λειτουργούν οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων;

Οι PPI's είναι προφάρμακα. Χρειάζονται τη λήψη ενός H^+ για να ενεργοποιηθούν. Όμως είναι ευαίσθητα στο όξινο γαστρικό περιβάλλον. Απορροφώνται καλά και η παρουσία τροφής καθυστερεί αλλά δεν επηρεάζει τη θεραπευτική συγκέντρωση. Οι νεότεροι παράγοντες απορροφώνται γρηγορότερα. Αν και η διάρκεια ημίσειας ζωής είναι λιγότερο από 2 ώρες, η δράση τους είναι 24ωρη. Ειδικότερα εξουδετερώνουν με ομοιοπολικό δεσμό στη α αλυσίδα του συμπλέγματος της H^+/K^+ -

ATPase, τους ενεργοποιημένους διαμεμβρανικούς πόρους έκκρισης του HCL. Τα τοιχωματικά κύτταρα κατασκευάζουν νέους πόρους έκκρισης μετά 24ωρο. Οι μη ενεργοποιημένες αντλίες πρωτονίων δεν μπλοκάρονται (μόνο το 5% αυτών είναι ενεργές στη νηστεία). Γι' αυτό πρέπει να δίνονται στη προγευματική φάση, διότι με την τροφή που ακολουθεί το ποσοστό ενεργοποίησης είναι 70% (συνήθως πριν το πρωινό).

Πότε χορηγούνται οι PPI's;

Οι ενδείξεις χορήγησης σε οξεία ή και μακροχρόνια βάση συνοψίζονται παρακάτω:

- Γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος με ή χωρίς διαβρωτική οισοφαγίτιδα
- Ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα που ανταποκρίνεται σε PPI's
- Θεραπεία γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους και αιμορραγίας
- Πρόληψη πεπτικού έλκους και αιμορραγίας σε άτομα υπό αγωγή με ΜΣΑΦ/ασπιρίνη
- Πρόληψη stress ulcers, αιμορραγικής γαστροπάθειας σε βαρέως πάσχοντα άτομα (π.χ. ασθενείς ΜΕΘ)
- Θεραπεία σε καταστάσεις υπερκλωρυδρίας, π.χ. γαστρίνωμα
- Εκρίζωση *H. pylori*

Ειδικότερα γαστροπροστασία προτείνεται σε άτομα άνω των 65 ετών, σε άτομα με ιστορικό πεπτικού έλκους, υπό αγωγή με ασπιρίνη/αντιαιμοπεταλιακά/αντιπηκτικά/στεροειδή φάρμακα ή και βραχεία αγωγή με αντι-COX/COX-2 παράγοντες, ειδικά όταν συνυπάρχουν συνδυασμοί αυτών. Ηπίως γαστροτοξικοί θεωρούνται και οι συνδυασμοί ΜΣΑΦ με τα νεότερα αντικαταθλιπτικά (SSRI's). Αν και οι περιπτώσεις που αναφέρθηκαν εφαρμόζονται στην κλινική πρακτική με όλους τους διαθέσιμους PPI's, δεν υποστηρίζονται με αντίστοιχες μελέτες όλες οι ενδείξεις για κάθε ουσία.

Πού μεταβολίζονται οι PPI's;

Τα φάρμακα αυτά μεταβολίζονται στο ήπαρ από το

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΤΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ:
ΜΙΑ ΔΕΥΤΕΡΗ ΜΑΤΙΑ 30 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ



σύστημα ισοενζύμων CYP. Πολυμορφισμός του CYP2CYP19 στο 3% των λευκών οδηγεί σε αύξηση των επιπέδων των PPI's εκτός της ραμπεπραζόλης. Δεν απαιτείται προσαρμογή δόσης σε ηπατική ανεπάρκεια.

Ειδικές επιδράσεις και φαινόμενα από τη χορήγηση των PPI's

Φαίνεται ότι η χορήγησή τους μετά την εκρίζωση του *H. pylori* είναι λιγότερο αποτελεσματική. Αν και η αιτία δεν έχει κατανοηθεί επαρκώς, σημαντικό ρόλο πρέπει να παίζει η υπερέκκριση διττανθρακικών και η μειωμένη έκκριση οξέος από τον γαστρικό βλεννογόνο με λοίμωξη *H. p.* Δεν αποδείχθηκε ότι η προοπτική μακροχρόνιας χορήγησης PPI's επιβάλλει την αναζήτηση και εκρίζωση της *H.p.* (+) γαστρίτιδας σώματος.

Η επαγόμενη υπεργαστριναιμία είναι συνήθως μέτρια και επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα 3-4 εβδομάδες μετά τη διακοπή της αγωγής. Αυτό μπορεί να εξηγήσει φαινόμενα υπερέκκρισης οξέος (rebound) 14 ημέρες έως και 2 μήνες μετά το τέλος της χορήγησης, συνήθως μετά μακροχρόνια λήψη στους *H.p.*(-) ασθενείς. Δεν σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα γαστρικών καρκινοειδών.

Ασφάλεια

Τα φάρμακα αυτά είναι ασφαλή και πολύ καλά ανεκτά. Κεφαλαλγία και διάρροια δεν διαφέρουν από τα ποσοστά του γενικού πληθυσμού. Η μακροχρόνια χορήγηση θέτει ερωτήματα κόστους αποτελεσματικότητας και ασφάλειας. Οι περισσότερες αναφορές για ανεπιθύμητες ενέργειες προέρχονται από μελέτες παρατήρησης ή αναδρομικές, καθώς και από μεταanalύσεις αυτών με περιορισμούς, λάθη αλλά και αδύναμες συσχετίσεις ($OR < 2-3$). Γενικά, για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των PPI's, όσα συμπεράσματα έχουν αξιολογηθεί ως σωστά συχνά προβάλλονται με υπερβολή.

Ισχυρότερες συσχετίσεις προκύπτουν για την επίδραση στο μικροβίωμα, τις εντερικές λοιμώξεις, τις αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα, τη μικροσκοπική κολίτιδα, την υπομαγνησισαίμια και τους πολύποδες τύπου θόλου στομάχου. Το τροφοφόρο αποτέλεσμα

της γαστρίνης στην πρόκληση καρκίνου του πεπτικού πρέπει να μελετηθεί περισσότερο.

ΕΝΤΕΡΙΚΟ ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ

Σε μελέτες αναδείχθηκαν αλλαγές με αποικισμό της στοματικής κοιλότητας από εντερικού τύπου μικρόβια. Η κλινική σημασία της επίδρασης στο μικροβίωμα του εντέρου δεν είναι ακόμα σαφής. Κιρρωτικοί ασθενείς εμφάνισαν συχνότερες νοσηλείες σε μελέτη 3μηνιας παρατήρησης. Ομοίως αυξήθηκαν οι πιθανότητες ηπατικής εγκεφαλοπάθειας και αυτόματης βακτηριακής περιτονίτιδας. Δεδομένου ότι περίπου 40% των κιρρωτικών ελάμβαναν PPI's χωρίς σαφείς ενδείξεις, η χρήση τους πρέπει να γίνεται με πιο αυστηρά κριτήρια.

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

- Η αύξηση της επίπτωσης ψευδομεμβρανώδους κολίτιδας, αν όντως ισχύει, δεν φαίνεται να σχετίζεται με την υποχλωρυδρία, αλλά με τη δυσβίωση. Προτείνεται διακοπή της αγωγής με PPI's σε υποτροπές της λοίμωξης.
- Αυξημένη συχνότητα γαστρεντερίτιδας αναφέρεται και σε παιδιά.
- Στις περιπτώσεις πνευμονίας της κοινότητας και της περιτονίτιδας ασθενών με ΧΝΑ, υπάρχει ασθενής συσχέτιση με $OR < 1,5$ σε μεταanalύσεις μελετών με αρκετούς περιορισμούς.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ

- Διαπιστώθηκε σημαντική επίδραση των PPI's με μείωση της απορρόφησης των από του στόματος νεότερων χημειοθεραπευτικών αναστολέων της τυροσινικής κινάσης (TKI's: erlotinib, imatinib, dasatinib, nilotinib, pazopanib and sorafenib). Οι παράγοντες αυτοί χορηγούνται σε μη μικροκύτταρο καρκίνο πνεύμονα, σε νεφρικό, παγκρεατικό καρκίνο, χρόνια μυελογενή λευχαιμία, σάρκωμα και ηπατοκυτταρικό καρκίνο.
- Η ταυτόχρονη αγωγή με PPI's επηρεάζει το προσδόκιμο επιβίωσης σαφώς σε ασθενείς με όγκους πεπτικού που λαμβάνουν capecitabine. Σε μελέτη



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ:
ΜΙΑ ΔΕΥΤΕΡΗ ΜΑΤΙΑ 30 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ

389 ασθενών ορθοκολικού καρκίνου σταδίου II ή III το ποσοστό 3ετούς επιβίωσης χωρίς υποτροπή μειώθηκε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό (69,5% έναντι 82,6%) με διπλάσια πιθανότητα υποτροπής ή θανάτου.

- Γενικά η αύξηση του γαστρικού pH δεν επηρεάζει σημαντικά την απορρόφηση πολλών φαρμάκων. Εξαιρεση αποτελεί η κετοконаζόλη, της οποίας η απορρόφηση μειώνεται και η διγοξίνη της οποίας τα επίπεδα στο πλάσμα αυξάνονται. Η ομεπραζόλη καθυστερεί την ηπατική κάθαρση της βαρφαρίνης, διαζεπάμης και φενυτοίνης.

ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Σε πρόσφατη case-control μελέτη 10665 πασχόντων από μικροσκοπική κολίτιδα στη Δανία, η λήψη PPI's συσχετίστηκε ισχυρά με την εμφάνιση της κολλαγονικής μορφής (OR=6,98) και της λεμφοκυτταρικής μορφής (OR=3,95).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗΣ ΙΧΝΟΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Υπάρχουν αναφορές επίδρασης της χρόνιας λήψης PPI's στην ομοιοστασία του σιδήρου, ασβεστίου, μαγνησίου και της βιταμίνης B12. Το FDA εξέδωσε πρόσφατα προειδοποίηση ασφαλείας για την πρόκληση υπομαγνησιαιμίας. Σε μία πρόσφατη μελέτη σε φορείς HIV η χορήγηση PPI's αύξησε σημαντικά την πιθανότητα αυτής της διαταραχής (OR=3,16). Η μεταφορά του Mg γίνεται με ειδικούς πόρους στο παχύ έντερο. Είναι δύσκολο με τα παρόντα δεδομένα να εξηγηθεί η συσχέτιση του γαστρικού pH με τη μειωμένη εντερική απορρόφηση του ιόντος.

Οι μελέτες συσχέτισης με οστικά κατάγματα είναι αντιφατικές με ορισμένες να δείχνουν ακόμα και προφυλακτική επίδραση στους χρόνιους χρήστες PPI's. Παλιότερες μεταanalύσεις μελετών παρατήρησης έδειξαν ασθενή συσχέτιση με κατάγματα ισχίου (σχετικός κίνδυνος, RR=1,20) και σπονδύλων (RR=1,33). Σε προοπτική διπλά τυφλή μελέτη 115 μετεμμηνοπαυσιακών υγείων γυναικών δεν ανιχνεύθηκε καμία επίδραση στους παράγοντες ομοιοστασης των οστών μετά 26 εβδομάδες αγωγής με PPIs.

Εγκυμοσύνη και PPI's

Πρόσφατα δημοσιεύθηκε μετανάλυση 19 μελετών

χρόνιας χρήσης PPIs και 12 μελετών με H2RAs. Ανιχνεύθηκε ελαφρά συσχέτιση μόνο της λήψης PPIs με εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών (υποσπαδίας, σύγκλεισης υπερώας, καρδιαγγειακές, βλαιοσού ποδιού, κ.α.). Ισχυρότερες συσχετίσεις αναφέρθηκαν σε case-control μελέτες (OR=2). Δεν παρατηρήθηκε επίδραση σε άλλες παραμέτρους εγκυμοσύνης. Η σπανιότητα των ανωμαλιών καθιστά αδύναμη τη γενίκευση αυτών των ευρημάτων. Είναι σκόπιμο να μη χορηγούνται PPIs όταν δεν είναι απόλυτη ανάγκη, ειδικά στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Άλλες επιδράσεις των PPI's

Διαταραχές της νοπτικής λειτουργίας, στεφανιαία νόσος, ΑΕΕ, παχυσαρκία, εμφάνιση ΣΔ, θάνατος είναι ανεπιθύμητες εκβάσεις που δεν έχουν συσχετιστεί ως τώρα.

Συμπέρασμα

Γενικώς η μεγάλη εμπειρία από τη μαζική χρήση αυτών των φαρμάκων σε ένα τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα τα καθιστά ασφαλή και αποτελεσματικά. Προτείνεται η εξατομίκευση στην ελάχιστη αναγκαία δόση και διάστημα και εντός σωστής ένδειξης με αντίστοιχη παρακολούθηση των εργαστηριακών παραμέτρων σε ασθενείς που βρίσκονται σε συνεχή αγωγή με PPI's.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Adverse effects of proton pump inhibitors: fact or fake news? Mitchell L Schubert Curr Opin Gastroenterol. 2018;34(6):451-7.
2. Association of Proton Pump Inhibitors and Capecitabine Efficacy in Advanced Gastroesophageal Cancer, Secondary Analysis of the TRIO-013/LOGIC Randomized Clinical Trial Michael P. Chu, MD1 et al. JAMA Oncol. 2017;3(6):767-73.
3. Clostridioides difficile: Sometimes It Pays To Be Difficult. Jenior ML, Papin JA. Cell Host Microbe. 2020 Sep 9;28(3):358-9.
4. Yuan J et al. Gut. 2020 Sep 28.
5. Cheng Mei Li et al. Aliment Pharmacol Ther. 2020; 51(4):410-20.
6. Sleisinger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 8th edition (Saunders).

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΜΠΟΡΕΙ Η ΚΑΨΟΥΛΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΝΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΗΣΕΙ ΤΗΝ SCREENING ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ COVID-19 ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ; Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ-ΤΕΤΑΡΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



Μουντάκη Αικατερίνη, Ειδικευόμενη Γαστρεντερολόγος, ΓΝΑ Ευαγγελισμός
Μπέκα Ελένη, Ειδικευόμενη Γαστρεντερολόγος, ΓΝΑ Ευαγγελισμός

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο 2^{ος} πιο συχνός καρκίνος στις ανεπτυγμένες χώρες με περισσότερες από 730.000 νέες διαγνώσεις παγκοσμίως κάθε χρόνο¹. Είναι εύκολο λοιπόν να συμπεράνει κανείς πως το screening για την πρόληψη αυτού μπορεί να σώσει ζωές². Η πανδημία Covid-19 προκάλεσε αναβολή σε πολλές ενδοσκοπικές διαδικασίες, με αποτέλεσμα πλέον να πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στις κολονοσκοπήσεις που είναι απόλυτα απαραίτητο να γίνουν, αφήνοντας για αργότερα αυτές που αφορούν το screening³. Αυτό προκαλεί ανησυχία στην ιατρική κοινότητα για πιθανά καθυστερημένες διαγνώσεις καρκίνου παχέος εντέρου και αυξημένη ζήτηση για παροχές υπηρεσιών από Γαστρεντερολόγους και Ογκολόγους στην μετα-πανδημία εποχή. Συνεπώς θα πρέπει να υπάρξουν μέτρα για την αποφυγή των ανωτέρω.

Μια λύση στην προτεραιοποίηση της αναγκαιότητας διενέργειας ενδοσκόπησης και στην αποφυγή μη απαραίτητων διαγνωστικών ενδοσκοπήσεων είναι η κάψουλα παχέος εντέρου⁴. Πρόκειται για μια νέα αλλά γνωστή και χρησιμοποιούμενη τεχνολογία για οπτικοποίηση του βλεννογόνου του παχέος εντέρου που μπορεί να εφαρμοστεί στην κοινότητα, περιορίζοντας την προσέλευση στο νοσοκομείο. Οι οδηγίες για την προετοιμασία δίνονται τηλεφωνικά ή ηλεκτρονικά και είναι σαφείς (απαιτείται η λήψη καθαρτικού από τον ασθενή την προηγούμενη ημέρα και υδρική διατροφή), ενώ η τοποθέτηση της κάψουλας γίνεται σε απλή κλίνη. Περιλαμβάνει την τοποθέτηση μιας ειδικής ζώνης στον ασθενή και στη συνέχεια διά του στόματος χορήγηση της κάψουλας. Μετά το πέρας της καταγραφής, ο ασθενής επιστρέφει τη ζώνη στο ιατρικό κέντρο και εκεί γίνεται η ανάλυση των δεδομένων.

Ανασκοπώντας την υπάρχουσα βιβλιογραφία, αναφέρεται η ανίχνευση κλινικά σημαντικών πολυπόδων (>10 mm) καθώς και όλων των καρκίνων παχέος εντέρου με τη χρήση ενδοσκοπικής κάψουλας παχέος, συγκριτικά με την κολονοσκόπηση^{4,5}. Αυτό έχει σαν συνέπεια τη

μείωση των κολονοσκοπήσεων που απαιτούνται για τη διάγνωση των ανωτέρω. Επιπρόσθετα πρόκειται για μια ασφαλή διαδικασία με χαμηλό κίνδυνο επιπλοκών⁵ (η πιο σημαντική από αυτές είναι η κατακράτηση της κάψουλας στο λεπτό έντερο, επιπλοκή που απαιτεί χειρουργική αντιμετώπιση), ενώ η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται κυρίως από την επάρκεια της προετοιμασίας του εντέρου⁴.

Βιώνοντας και εμείς στο κέντρο μας, το οποίο ήταν και είναι στην ήδη εξελισσόμενη περίοδο της πανδημίας κέντρο νοσηλείας Covid-19 περιστατικών, τη μείωση του αριθμού προληπτικών κολονοσκοπήσεων, κάναμε μια προσπάθεια αντικατάστασης της screening κολονοσκόπησης με τη χρήση ενδοσκοπικής κάψουλας παχέος εντέρου⁶. Για την υλοποίηση της μελέτης, όλοι οι εξωτερικοί ασθενείς που πληρούσαν τα διεθνή κριτήρια με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες και ήταν προγραμματισμένοι να υποβληθούν σε screening κολονοσκόπηση για πρόληψη καρκίνου παχέος εντέρου από τον Μάρτιο του 2020 έως και τον Σεπτέμβριο του 2020 και που τα ραντεβού τους ακυρώθηκαν λόγω της πανδημίας, ήταν υποψήφιοι να συμπεριληφθούν στη μελέτη. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν τηλεφωνικά και ερωτήθηκαν εάν είναι διατεθειμένοι να συμμετάσχουν στη μελέτη και να υποβληθούν στη διενέργεια κάψουλας παχέος εντέρου. Οι ασθενείς διαβεβαιώθηκαν για τα μέτρα προστασίας που υπήρχαν στο κέντρο μας όσον αφορά στη πιθανή έκθεση στον SARS-COV-2 καθώς επίσης και για την ασφάλεια της εξέτασης. Οι ασθενείς, που δέχθηκαν να προχωρήσουν, έλαβαν σαφείς οδηγίες για την προετοιμασία που απαιτούνταν για την εξέταση και συγκεκριμένα στη λήψη 4 λίτρων διαλύματος μακρογόλης (Fortrans®) την προηγούμενη ημέρα της εξέτασης και 60ml sodium phosphate, υποθέτω βισακοδύλης (Dulcolax®) και 10 mg από του στόματος δομπεριδόνης (Cilroton®), πριν και μετά την τοποθέτηση της ενδοσκοπικής κάψουλας, την ημέρα της εξέτασης. Δύο ειδικοί στην ανάγνωση της κάψουλας παχέος εντέρου εξέτασαν ανεξάρτητα την ολοκλήρωση της εξέτασης (ικανοποιητικός έλεγχος



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΜΠΟΡΕΙ Η ΚΑΨΟΥΛΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΝΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΗΣΕΙ ΤΗΝ SCREENING ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ COVID-19 ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ; Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ-ΤΕΤΑΡΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

του παχέος εντέρου) και κατέγραψαν τα ευρήματα. Όσον αφορά στα αποτελέσματα, συνολικά 25 ασθενείς (15 γυναίκες, 10 άνδρες, μέσης ηλικίας 62,72 έτη) που πληρούσαν τα κριτήρια για screening για καρκίνο παχέος εντέρου και συμφώνησαν, υπεβλήθησαν στην εξέταση. Η εξέταση ολοκληρώθηκε σε 18 (72%) ασθενείς, ενώ σε 2 (8%) και 5 (20%) ασθενείς, η εξέταση ολοκληρώθηκε έως και το κατάν και το σιγμοειδές κόλον, αντίστοιχα. Πολύποδες μεγαλύτεροι του 1 εκατ. σε μέγεθος βρέθηκαν σε 3 ασθενείς. Οι ασθενείς αυτοί οδηγήθηκαν σε άμεση ενδοσκοπική αφαίρεση των πολυπόδων ακολουθώντας όλες τις οδηγίες σχετικά με τα μέτρα προφύλαξης για τον SARS-CoV-2, σε περίπτωση που οι πολύποδες είχαν ανησυχητικά επισκοπικά χαρακτηριστικά, ή έλαβαν προτεραιότητα στα ραντεβού για κολονοσκόπηση μετά την αποκατάσταση της λειτουργίας των τακτικών ιατρικών, για τους πολύποδες χωρίς ανησυχητικά ενδοσκοπικά χαρακτηριστικά. Συμπερασματικά από τη μελέτη του κέντρου μας, η κάψουλα παχέος εντέρου θα μπορούσε να είναι μια αποτελεσματική εναλλακτική της screening κολονοσκόπησης την περίοδο της πανδημίας, καθώς είναι ασφαλέστερο όχι μόνο για τους ασθενείς αλλά και για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Ας κρατήσουμε λοιπόν σαν συμπέρασμα πως η εφαρμογή της κάψουλας του παχέος εντέρου είναι ένα ασφαλές διαγνωστικό εργαλείο, που σχετίζεται με συγκρίσιμη ευαισθησία και ανάλογα ποσοστά εξειδίκευσης με την κλασική κολονοσκόπηση για την ανίχνευση πολυπόδων του παχέος εντέρου. Για τους λόγους αυτούς, η κάψουλα παχέος εντέρου καθίσταται κατάλληλο διαγνωστικό εναλλακτικό εργαλείο και επομένως μια δυνητικά ευεργετική μέθοδος διερεύνησης ασθενών, με μείωση της επιβάρυνσης και αποκατάσταση των περιορισμένων υπηρεσιών ενδοσκόπησης πεπτικού στη μετά την Covid-19 εποχή⁷.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Jacques

Ferlay, Isabelle Soerjomataram, Rajesh Dikshit, Sultan Eser, Colin Mathers, Marise Rebelo, Donald Maxwell Parkin, David Forman, Freddie Bray. Int J Cancer. 2015 Mar 1;136(5): E359-86.

2. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement US Preventive Services Task Force; Kirsten Bibbins-Domingo, David C Grossman, Susan J Curry, Karina W Davidson, John W Epling Jr, Francisco A R García, Matthew W Gillman, Diane M Harper, Alex R Kemper, Alex H Krist, Ann E Kurth, C Seth Landefeld, Carol M Mangione, Douglas K Owens, William R Phillips, Maureen G Phipps, Michael P Pignone, Albert L Siu. JAMA. 2016 Jun 21;315(23):2564-2575.
3. Adoption of Multi-society Guidelines Facilitates Value-Based Reduction in Screening and Surveillance Colonoscopy Volume During COVID-19 Pandemic. Alexander Hua Xiao, Stephen Y Chang, Christian G Stevoff, Srinadh Komanduri, John E Pandolfino, Rajesh N Keswani. Dig Dis Sci. 2021; 66(8): 2578-2584.
4. Colon capsule endoscopy: an innovative method for detecting colorectal pathology during the COVID-19 pandemic? C MacLeod, P Wilson, A J M Watson. Colorectal Dis 2020 Jun;22(6):621-624.
5. Accuracy of First- and Second-Generation Colon Capsules in Endoscopic Detection of Colorectal Polyps: A Systematic Review and Meta-analysis. Cristiano Spada, Shabana F Pasha, Seth A Gross, Jonathan A Leighton, Felice Schnoll-Sussman, Loredana Correale, Begoña González Suárez, Guido Costamagna, Cesare Hassan. Clin Gastroenterol Hepatol 2016 Nov;14(11):1533-1543.e8.
6. CAN CAPSULE ENDOSCOPY REPLACE SCREENING COLONOSCOPY DURING COVID-19 PANDEMIC? N. Viazis, K. Mountaki, K. Koustenis, G. Karampekios, M. Vraha, A. Trikola, F. Almpiani, E. Beka, Ch. Veretanos, K. Arvanitis, T. Georgiadi, E. Archavlis, A. Christidou, M. Mela, A. Manolakis, G. J. Mantzaris. Gastroenterology Department, General Hospital of Athens «Evangelismos», e-poster UEG week 2021.
7. Colon capsule endoscopy for colonic surveillance. R Kroijer, M Kobaek-Larsen, N Qvist, T Knudsen, G Baatrup. Colorectal Dis 2019 May;21(5):532-537.

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΠΕΡΙΠΡΩΚΤΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΚΝΗΣΜΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Δημήτριος Κ. Σγούρος, Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Αθήνα



Εισαγωγή - Ορισμοί

Με τον όρο **περιπρωκτική δερματίτιδα (perianal dermatitis)** περιγράφεται μια κατάσταση συνοδευόμενη από εξάνθημα και συνοδό συμπτωματολογία (πχ κνησμός, καύσος κ.λπ.) στην περιοχή. Ο όρος αυτός δεν αποτελεί ειδική διάγνωση μιας ξεχωριστής νοσολογικής οντότητας, αλλά καλύπτει ως «ομπρέλλα» μια σειρά παθολογικών καταστάσεων, που επάγουν αυτή τη δυσάρεστη ενόχληση στο περιπρωκτικό δέρμα του ασθενούς.

Κατά κανόνα, η περιπρωκτική δερματίτιδα προκαλείται από ποικιλία καλοήθων παραγόντων, ωστόσο η αντιμετώπισή της είναι εξαιρετικά δυσχερής, ιδιαίτερα σε χρονίζουσες περιπτώσεις.

Ως **κνύζα του πρωκτικού δακτυλίου (pruritus ani)** ορίζεται η έντονα κνησμώδης κατάσταση της περιοχής χωρίς την ύπαρξη εξανθήματος. Η κνύζα πολλές φορές απαντάται από κοινού με τον επιθετικό προσδιορισμό «γεροντική», καθώς συχνά απασχολεί άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Ως **παράτριμμα (intertrigo)** περιγράφεται ένα υγρό, επίμονο ερυθματώδες εξάνθημα μιας δερματικής πτυχής στα πλαίσια διαβροχής και επακόλουθης τριβής με συνήθη αιτιολογία μια φλεγμονώδη δερματοπάθεια ή συνηθέστερα μια λοίμωξη.

Επιδημιολογία

Η ακριβής συχνότητα του περιπρωκτικού κνησμού και της σύστοιχης δερματίτιδας ανεξαρτήτου αιτιολογίας δεν μπορεί να υπολογιστεί με απόλυτη βεβαιότητα. Παλαιότερες μελέτες υπολογίζουν την επίπτωση του προβλήματος μεταξύ 1% και 5% του γενικού πληθυσμού. Ωστόσο, αφενός μεν στερούμαστε λεπτομερών επιδημιολογικών καταγραφών για την περιπρωκτική δερματίτιδα, αφετέρου δε σημαντικός αριθμός ασθενών δεν αναζητά ιατρική φροντίδα ή βοήθεια. Σε γενικές γραμμές το πρόβλημα φαίνεται να αφορά άτομα πάνω από την 4^η δεκαετία ζωής και στην πλειοψηφία τους άνδρες ασθενείς.

Σε κάθε περίπτωση οι ασθενείς αισθάνονται δυσάρεστα με το πρόβλημά τους και εκδηλώνουν συχνά αρνητική στάση για αναζήτηση ιατρικής βοήθειας.

Αίτια - Κλινική εικόνα

Κατά κανόνα στην περιοχή προϋπάρχει παθολογία του δέρματος, συνήθως στα πλαίσια φλεγμονώδους δερματοπάθειας (π.χ. σκληροατροφικός λειχήνας) ή ακόμα και προκλητά, λόγω του έντονου ξεσμού. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις η περιπρωκτική δερματίτιδα και ο συνοδός κνησμός προκαλείται και από άλλες καταστάσεις, όπως πχ παθολογία του ορθοπρωκτικού συστήματος (π.χ. αιμορροΐδες, ραγάδα δακτυλίου), λοιμώξεις, μεταβολικές διαταραχές, φτωχή υγιεινή κ.ο.κ.

Α. Φλεγμονώδεις δερματοπάθειες

Α.1. Ψωρίαση και Σμηγματορροϊκή Δερματίτιδα

Η **ψωρίαση** αποτελεί αυτοάνοσης αιτιολογίας, φλεγμονώδη δερματοπάθεια με χαρακτηριστικές ερυθματολεπιδώδεις πλάκες σε τυπικά σημεία (πχ αγκώνες, γόνατα, κνήμες), καθώς και με άλλες ειδικές ανατομικές εντοπίσεις, όπως τα νύχια, το τριχωτό της κεφαλής και ασφαλώς η περιγεννητική και περιπρωκτική χώρα. Εν αντιθέσει με το ξηρό, λεπιδώδες εξάνθημα στις εκτατικές επιφάνειες του σώματος, στη γεννητική χώρα η ψωρίαση εκδηλώνεται με υγρώσσοις, ερυθματώδεις πλάκες που συνήθως είναι σαφώς αφοριζόμενες από το γύρω υγιές δέρμα (**ανάστροφη ψωρίαση**). Τυπικά η ψωρίαση αναπτύσσεται στο δέρμα γύρω από τον πρωκτικό δακτύλιο και τη μεσογλουτιαία σχισμή. Το σύνθημα δεν είναι ο κνησμός, αλλά το επίμονο αίσθημα καύσου. Ο θεράπων ιατρός οφείλει να υποψιάζεται την περιπρωκτική ψωρίαση, όταν το εξάνθημα δεν ανταποκρίνεται στις συνήθεις αγωγές που δίδονται για το παράτριμμα ή την καντιντίαση που έχουν παρόμοια κλινική εικόνα. Επιπλέον, οφείλει να ελέγχει για σημεία ψωρίασης και στο υπόλοιπο δέρμα (εικόνα 1).

Η **σμηγματορροϊκή δερματίτιδα** είναι ασφαλώς πολύ συχνότερη της ψωρίασης στο πρόσωπο και στο τριχωτό της κεφαλής, όπου εκδηλώνεται με χαρακτηριστικό κιτρινωπό, λιπαρό λέπι πάνω σε ερυθματώδεις πλάκες και κατά κανόνα είναι χωρίς συνοδό συμπτωματολογία. Αναφέρεται μαζί με τη ψωρίαση, καθώς θεωρείται πως μοιράζονται αιτιοπαθογενετικά μονοπάτια και έχουν ως



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΠΕΡΙΠΡΩΚΤΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΚΝΗΣΜΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

κοινό παράγοντα πυροδότησης το συναισθηματικό στρες. Ωστόσο, στην περιπρωκτική χώρα η σημνηματορροϊκή δερματίτιδα είναι σαφώς λιγότερο συχνή σε σχέση με την ψωρίαση, ενώ η διαφορική διάγνωση μεταξύ τους είναι εξαιρετικά δυσχερής, καθώς η κλινική τους εικόνα είναι παρόμοια. Ίσως ένα σημείο διαφοροποίησης είναι η πιο συχνή εντόπιση της σημνηματορροϊκής δερματίτιδας στο περίνεο.

A.2. Ατοπική Δερματίτιδα και Δερματίτιδα εξ επαφής (αλλεργική/ερεθιστική)

Η **ατοπική δερματίτιδα** είναι μια έντονα κνησμώνδης χρόνια δερματοπάθεια με περιόδους εξάρσεων και υφέσεων, πολύ συχνή στα παιδιά, τους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικες. Έχει χαρακτηριστική κατανομή στις καμπτικές επιφάνειες του σώματος (αγκωνιαίοι/ιγνυακοί βόθροι, μασχάλες), όπου εκδηλώνεται ως ερυθρηματώδεις πλάκες με ήπια απολέπιση και τυπικά ξηρό δέρμα. Στην παθογένεια της νόσου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο η κληρονομικότητα, ενώ συχνά η δερματική νόσος έχει ένα κοινό παρονομαστή με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης αλλεργικής αιτιολογίας καταστάσεων στον ασθενή, όπως η αλλεργική ρινίτιδα, η αλλεργική επιπεφυκίτιδα και το βρογχικό άσθμα. Η ατοπική δερματίτιδα έχει και αυτή ειδικές ανατομικές θέσεις και μορφές. Μεταξύ αυτών και η εκδήλωση στην περιπρωκτική χώρα, η οποία είναι σχετικά ασυνήθιστη. Εδώ κατά βάση παρατηρούνται

δευτεροπαθείς αλλοιώσεις συνεπεία του έντονου ξεσμού, όπως πχ εκδορές, σκληρές βλατίδες και σκλήρυνση/πάχυνση του δέρματος (λεικηνοποίηση) (εικόνα 2).

Η **αλλεργική ή ερεθιστική εξ' επαφής δερματίτιδα** στην περιπρωκτική χώρα συνήθως συνδέεται με ένα πιθανό, εξωγενή ερεθιστικό παράγοντα, σε αντίθεση με την «ενδογενούς αιτιολογίας» ατοπική δερματίτιδα. Επίσης η κλινική εικόνα συνοδεύεται από έντονο κνησμό και φανερώνει ένα πιο «θορυβώδες» δερματικό εξάνθημα με ζωηρό ερύθημα, πιθανό οίδημα, φυσαλίδες, ορορροή και διαβρώσεις στα πλαίσια ξεσμού (εικόνα 3).

Συχνοί παράγοντες που προκαλούν εξ επαφής δερματίτιδες είναι οι εξής:

Αλλεργική δερματίτιδα

- Τοπικοί αναισθητικοί παράγοντες στα πλαίσια αντιμετώπισης αιμορροϊδοπάθειας*
- Αρώματα, όπως πχ στα υγρά μαντιλάκια καθαρισμού
- Βερνίκια βαφής νυχιών
- Συστατικά υγρών καθαριστικών-αφρόλουτρων
- Φάρμακα που περιέχουν νεομυκίνη*

Ερεθιστική δερματίτιδα

- Ιδρώτας
- Νερό – σάπωνες στα πλαίσια υπερβολικής υγιεινής
- Χαρτί υγείας λόγω έντονης τριβής κατά τον καθαρισμό
- Υγρασία λόγω γαστρεντερικού περιεχομένου μετά από βρώση καρυκευμάτων ή ακόμα και καθαρτικών*
- Διαφυγή κοπράνων λόγω ανεπάρκειας πρωκτικού σφιγκτήρα**

A.3. Λειχήνας

Με τον όρο «λειχήνας» στη Δερματολογία περιγράφονται διαφορετικής αιτιολογίας και κλινικής εικόνας καταστάσεις.



Εικόνα 1. Άνδρας ασθενής με ψωρίαση γλουτών. Οι βλάβες είναι τυπικά ερυθρηματολεπιδώδεις μιας και εντοπίζονται εκτός της μεσογλουτιαίας σχισμής.

* Γίνεται αναφορά στο εδάφιο Γ.3.

** Γίνεται αναφορά στο εδάφιο Γ.4.

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΠΕΡΙΠΡΩΚΤΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΚΝΗΣΜΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ



Σκληρός και Ατροφικός Λειχήνας

Πρόκειται για αυτοάνοση, φλεγμονώδη δερματοπάθεια, η οποία συχνότερα προσβάλλει το γυναικείο φύλο και ιδιαίτερα άνω των 50 ετών. Δεν είναι ασυνήθιστη η συνύπαρξη ενός ή/και περισσοτέρων άλλων αυτοάνοσων νοσημάτων, όπως πχ αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα (~20% των ασθενών), γυροειδής αλωπεκία και κακοήθους αναιμία. Η τυπική εντόπιση του σκληροατροφικού λειχήνα είναι στη γεννητική χώρα, ωστόσο μπορεί να εκδηλωθεί στο περίνεο και περιπρωκτικά ως λευκά-ζουρες, σκληρές πλάκες επί των οποίων μπορεί να εμφανίζονται μικρές διαβρώσεις. Η χρονιότητα του νοσήματος επιφέρει αίσθημα κνησμού και γενικότερης

ενόχλησης. Η διάγνωση δε του σκληρού και ατροφικού λειχήνα αποτελεί σημείο κινδύνου για την ανάπτυξη ακανθοκυτταρικού καρκινώματος επί των πλακών της δερματοπάθειας (εικόνα 4).

Ομαλός λειχήνας

Ευτυχώς αυτή η σχετικά συχνή ιδιοπαθής, φλεγμονώδης δερματική νόσος δεν προσβάλλει συχνά την περιγεννητική και την περιπρωκτική χώρα, μιας και τυπικά εκδηλώνεται ως επώδυνη εξέλκωση, η οποία δεν ανταποκρίνεται στις συνήθεις φαρμακευτικές αγωγές. Στο δέρμα αναπτύσσεται με τη μορφή έντονα κνησμοδών, επίπεδων ιωδών βλατίδων και συχνά εντοπίζεται και στο στοματικό βλεννογόνο. Στα αρχικά του στάδια ο γεννητικός ομαλός λειχήνας μπορεί να έχει την εικόνα μιας κνησμοδούς έντονης δερματίτιδας στην ευρύτερη περιοχή.

Χρόνιος Απλός Λειχήνας

Ο παραπάνω όρος αποτελεί συνώνυμο του παλαιού της «νευροδερματίτιδας», ο οποίος ενδεχομένως να περιέγραφε πιο γλαφυρά την αμφίδρομη αλληλεπίδραση στρες – ξεσμού – ερεθισμού – προκλητής δερματίτιδας και αντιστρόφως. Επί της ουσίας, πρόκειται για αθώα κατάσταση, η οποία είναι προκλητή από τον ίδιο τον ασθενή, που κατά κάποιο τρόπο σωματοποιεί τη συναισθηματική του πίεση πάνω στο δέρμα. Χαρακτηριστικά οι ασθενείς αναφέρουν ένα αίσθημα γαλήνης, όταν ξύνουν



Εικόνα 2. Ατοπική δερματίτιδα στην περιοχή γεννητικής και περιπρωκτικής χώρας σε γυναίκα ασθενή 17 ετών με χαρακτηριστική ξηρότητα, ελαφρά πάχυνση της επιδερμίδας και ήπια απολέπιση.



Εικόνα 3. Έντονη αλλεργικού τύπου δερματίτιδα εξ επαφής λόγω εφαρμογής αναισθητικών τζελ σε προπύπτουσες αιμορροΐδες. Η πλήρης διαταραχή της ανατομικής ισορροπίας της περιοχής επιδεινώνει τον τοπικό ερεθισμό.



Εικόνα 4. Σκληρός και ατροφικός λειχήνας σε άνδρα ασθενή. Διακρίνονται οι χαρακτηριστικές λευκές, ατροφικές πλάκες και μελαγχρωματικές περιοχές στα πλαίσια ακράτειας μελανίνης, φαινόμενο το οποίο συναντάται σε έντονες δερματικές φλεγμονές.



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΠΕΡΙΠΡΩΚΤΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΚΝΗΣΜΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

επίμονα την πάσχουσα περιοχή. Κλινικά, η νόσος έχει τη μορφή χρόνιας ερεθιστικής δερματίτιδας με ξηρό δέρμα, πάχυνση της επιδερμίδας και εκδορές λόγω του ξεσμού και συχνότερα εντοπίζεται περιπρωκτικά και στην περιοχή της γλουτιαίας σχισμής.

A.4. Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα

Η διαπυητική ιδρωταδενίτιδα αποτελεί μια χρόνια νόσο με δημιουργία μεγάλων μαύρων φαγεσώρων (φραγμένοι πόροι δέρματος), αποστημάτων, συριγγίων, η οποία προσβάλλει, εκτός από το πλούσιο σε αποκρινείς ιδρωτοποιούς αδένες δέρμα, και το υποδόριο λίπος. Πρόκειται για μια βασιανιστική νόσο, όταν εκδηλώνεται στην πιο έντονη μορφή της. Τα αγαπημένα σημεία της είναι οι πτυχές, ήτοι μασχάλες, υπομαζική χώρα στις γυναίκες, μηροβουβωνικές επιφάνειες και γεννητική/περιπρωκτική χώρα. Στις φάσεις της ύφεσης μπορεί να εμφανίζεται και με σημεία περιπρωκτικής δερματίτιδας λόγω χρόνιου δερματικού ερεθισμού. Συχνά εγείρεται ζήτημα διαφορικής διάγνωσης με τη δερματική νόσο Crohn, ωστόσο η τελευταία στερείται σημείων όπως οι μεγάλοι φαγέσωρες.

A.5. Πομφολυγώδεις δερματοπάθειες

Η εκδήλωση πομφολυγώδους δερματοπάθειας στο περιπρωκτικό δέρμα είναι ιδιαίτερα ασυνήθιστη. Όταν εκδηλώνεται εκεί, τότε το πιο πιθανό κλινικό σενάριο συνάδει με μια εκτεταμένη πομφολυγώδη νόσο (κοινή πέμφιγα) σε δέρμα και βλεννογόνους (στόμα και γεννητική χώρα). Μεγαλύτερο τροπισμό για την περιπρωκτική χώρα εμφανίζει η **καλοήθης οικογενής πέμφιγα (νόσος Hailey-Hailey)**, η οποία εκδηλώνεται υπό μορφή υγρωςσουσών ερυθρηματώδων πλακών στις δερματικές πτυχές με τυπική κληρονομική κατανομή.

B. Λοιμώξεις

Όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή, η πλειοψηφία των λοιμώξεων στην περιπρωκτική χώρα εκδηλώνεται με τη μορφή του παρατρίμματος, το οποίο μάλιστα δεν ανταποκρίνεται στις συνήθεις αγωγές για υγιεινή και αδιαβροχοποίηση της περιοχής.

- Η **Καντιντίαση (Candida Albicans)** είναι η συνη-

θέστερη αιτία περιπρωκτικής δερματίτιδας εξαιτίας λοιμώδους παράγοντα. Χαρακτηριστικά εκδηλώνεται ως ενοποιημένη ζωηρά ερυθρηματώδης πλάκα με τυπικά δορυφόρα μικρο-φλυκταινίδια και βασικό σύμπτωμα το ήπιο αίσθημα καύσου. Κατά κανόνα προσβάλλει όλη τη μεσογλουτιαία χώρα, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να εντοπίζεται στις βουβωνικές πτυχές (εικόνα 5).

- Η **δερματοφυτία (Tinea cruris)** είναι σχετικά ασυνήθιστη στην περιπρωκτική χώρα. Τυπικά εκδηλώνεται ως καλά αφοριζόμενες πλάκες με χαρακτηριστική απολέπιση (εικόνα 6).
- Το **ερύθρασμα (Corynebacterium minutissimum)** δεν είναι ιδιαίτερα μεταδοτική νόσος όπως οι μυκη-



Εικόνα 5. Καντιντιασικό παράτριμμα με τυπικό ζωηρό ερυθρό χρώμα και μικρά φλυκταινίδια.



Εικόνα 6. Δακτυλιοειδείς, σαφώς περιγεγραμμένες ερυθρηματολεπιδώδεις πλάκες σε βουβώνες με περιπρωκτική επέκταση. Τυπική εικόνα δερματοφυτικής μυκητιασικής λοίμωξης της περιοχής.

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΠΕΡΙΠΡΩΚΤΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΚΝΗΣΜΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ



τιάσεις. Η ανάπτυξη του οφείλεται στην αυξημένη υγρασία της περιοχής και στην ελλιπή υγιεινή. Κλινικά, εμφανίζεται ως καφε-ερυθρές πλάκες, τυπικά ασυμπτωματικές, με πολύ ήπια απολέπιση. Εντυπωσιακός είναι ο κοραλί φθορισμός του κορυνοβακτηριδίου κατά την εξέταση με λυχνία Wood (UVA 365 nm) σε σκοτεινό περιβάλλον.

- Οι λοιπές **βακτηριακές λοιμώξεις (στρεπτόκοκκος / σταφυλόκοκκος)** δεν εκδηλώνονται υπό μορφή παρατρίμματος ή δερματίτιδας στους ενήλικες, παρά με πιο χαρακτηριστικές βλάβες (π.χ. δοθιήνας). Ωστόσο, είναι πιο συχνή η **περιπρωκτική στρεπτοκοκκική δερματίτιδα στα παιδιά** με τη μορφή σαφώς αφοριζόμενων ερυθρών δακτυλίων με συνοδές διαβρώσεις (εικόνα 7). Η δε ***Neisseria gonorrhoeae*** περιπρωκτικά προκαλεί ιδιαίτερα θορυβώδη εικόνα με πόνο, εξοίδηση και πυορροή.
- Έντονος περιπρωκτικός κνησμός και δευτεροπαθώς σημεία δερματικού ερεθισμού λόγω ξεσμού μπορεί να προκληθεί και από **παρασιτώσεις**. Η **εντεροβίωση (pinworm)** και η **οξουρίαση (whipworm)** προκαλούν επίμονο νυκτερινό περιπρωκτικό κνησμό κυρίως στα παιδιά, ωστόσο δεν είναι σπάνια η εντόπιση και σε ενήλικα μέλη μιας οικογένειας. Αντίστοιχα και η **ψώρα (άκαρι της ψώρας)** εκδηλώνεται με γενικευμένο κνησμό σε όλο το σώμα

και τη γεννητική-περιπρωκτική χώρα και συχνά με ένα άτυπο εξάνθημα με δρυφάδες και εκδορές.

- Τα **ιογενή νοσήματα της περιοχής (π.χ. απλός έρπης, οξυτενή κονδυλώματα, μολυσματική τέρμινθος)** εξαιρετικά σπάνια συνδέονται με περιπρωκτική δερματίτιδα ή/και κνησμό.

Γ. Λοιπά αίτια

Γ.1. Δερματικές κακοήθειες

Ο κνησμός και η περιπρωκτική δερματίτιδα δεν είναι τα πιο ειδικά συμπτώματα μιας δερματικής νεοπλασίας στην περιοχή. Ωστόσο, η **εξωμαστική νόσος Paget (ενδοεπιθηλιακό αδενοκαρκίνωμα)** αρχικά εκδηλώνεται ως ένα επίμονο παράτριμμα, προσομοιάζοντας μια μυκητίαση, που δεν ανταποκρίνεται θεραπευτικά στις συνήθεις επιλογές μας. Τυπικά αναπτύσσεται σε άτομα μεγάλης ηλικίας και η πορεία του είναι βραδεία μεν πλην όμως συνεχής, δίνοντας την εικόνα μιας μη ελεγχόμενης δερματίτιδας (εικόνα 8). Αντίστοιχα, η **νόσος Bowen (in situ ενδοεπιδερμικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα)** μας ξεγελά διαφοροδιαγνωστικά, καθώς εκδηλώνεται ως μια επίμονη ερυθματολεπιδώδης πλάκα με ήπιο κνησμό.

Γ.2. Συστηματικά νοσήματα

Περιπρωκτικός κνησμός και δευτεροπαθής δερ-



Εικόνα 7. Περιπρωκτική δερματίτιδα στρεπτοκοκκικής αιτιολογίας σε βρέφος 11 μηνών.



Εικόνα 8. Εξωμαστικής εντόπισης νόσος Paget σε ηλικιωμένο άνδρα ασθενή. Κλινικά κυριαρχεί η διάβρωση του περιπρωκτικού ημιβλεννογόνου και η γύρω λευκωπή ατροφική ζώνη.



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΠΕΡΙΠΡΩΚΤΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΚΝΗΣΜΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ματίτιδα στα πλαίσια ξεσμού μπορεί να προκληθεί και στα πλαίσια πληθώρας συστηματικών καταστάσεων με γενικευμένο κνησμό. Η επιμέρους ανάλυση αυτών των καταστάσεων ξεφεύγει του στόχου αυτού του άρθρου. Αναφορικά σημειώνονται η χολόσταση, η νεφρική ανεπάρκεια, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο υποθυρεοειδισμός, οι αιματολογικές κακοήθειες, οι ανεπάρκειες σε βιταμίνη Α και D και η σιδηροπενία.

Γ.3. Τροφές και φάρμακα*

Διαιτητικοί παράγοντες, ακόμα και τοπικά φάρμακα έχουν αναφερθεί παραπάνω ως αίτια περιπρωκτικού κνησμού και εξ επαφής δερματίτιδας. Ωστόσο, εκφράζουμε μια σχετική επιφύλαξη για τις τροφές που αναφέρονται στη βιβλιογραφία και στο κατά πόσο μπορεί να προκαλέσουν περιπρωκτική δερματίτιδα (π.χ. καφές, γάλα, σοκολάτα κ.ά.).

Γ.4. Διαφυγή κοπράνων**

Η διαφυγή κοπράνων μπορεί προφανώς να προκαλέσει τοπικό ερεθισμό και συνεπακόλουθη δερματίτιδα ερεθιστικής αιτιολογίας, όπως προαναφέρθηκε. Ωστόσο, το ενδιαφέρον έγκειται στο ότι η μικρή διαφυγή κοπράνων σε ανθρώπους με χαλαρότητα σφιγκτήρα αποτελεί αίτιο και κνύζας δακτυλίου, δηλαδή κνησμού χωρίς εμφανές δερματικό εξάνθημα.

Γ.5. Παθολογία ορθοπρωκτικού σωλήνα

Ουσιαστικά αναφερόμαστε σε προϋπάρχουσες καταστάσεις, οι οποίες προκαλούν διαταραχή στο δέρμα της περιοχής με έμμεσο αποτέλεσμα τον τοπικό ερεθισμό, όπως πχ αιμορροϊδοπάθεια, ραγάδα δακτυλίου κ.ο.κ.

Διάγνωση

Η διαγνωστική προσέγγιση ενός ασθενούς με περιπρωκτική δερματίτιδα και συνοδό κνησμό επιβάλλει τη συνεργασία Δερματολόγου και Γαστρεντερολόγου. Η λεπτομερής λήψη ιστορικού μαζί με ενδελεχή φυσική εξέταση είναι κατά κανόνα τα δυο πιο σημαντικά βήματα προς τη σωστή διάγνωση.

Από το **ιστορικό** είναι απαραίτητο να διευκρινιστούν οι καθημερινές συνήθειες υγιεινής του ασθενούς, καθώς και οι εντερικές του συνήθειες για διερεύνηση τυχόν συσχετίσεων της όξυνσης του κνησμού ή/και του δερματικού εξανθήματος με τις κενώσεις. Επιπλέον, συστήνεται η λήψη λεπτομερούς ατομικού αναμνηστικού για συνυπάρχουσες ή προηγούμενες δερματοπάθειες, όπως επίσης και για συστηματικά νοσήματα και φάρμακα (τοπικά/συστηματικά) που λαμβάνονται. Τέλος, δεν πρέπει να υποτιμώνται και φαινομενικά απλές ερωτήσεις που αφορούν την ένδυση (σφιχτά εσώρουχα/παντελόνια) και τις διατροφικές συνήθειες.

Η **φυσική εξέταση** της περιοχής ιδανικά πρέπει να συνδυάζει δερματολογική και γαστρεντερολογική προσέγγιση. Αφενός πρέπει να εξετάζεται το είδος του εξανθήματος, οι στοιχειώδεις βλάβες του, η χρονιότητά του, η τυχόν ανταπόκριση σε προηγούμενες τοπικές αγωγές, όπως επίσης και η δερματολογική εξέταση στο υπόλοιπο σώμα. Αφετέρου δε, όταν κρίνεται σκόπιμο, πρέπει να γίνεται δακτυλική εξέταση, ώστε να αποσαφηνίζονται παθήσεις του ορθοπρωκτικού συστήματος, οι οποίες μπορεί να επάγουν την περιπρωκτική δερματίτιδα.

Ειδικές εξετάσεις και περαιτέρω ενδοσκοπικός έλεγχος (πρωκτοσκόπηση, ορθοσκόπηση, κολονοσκόπηση) προτείνεται για την εξακρίβωση διαφοροδιαγνωστικών προβλημάτων που αφορούν σε παθολογία του γαστρεντερικού σωλήνα. Η μανομετρία πρωκτού συστήνεται μόνο όταν υπάρχει υποψία για διαφυγή ή ακράτεια κοπράνων. Στο ίδιο πνεύμα, εργαστηριακός έλεγχος κρίνεται απαραίτητος μόνο για τη διαλεύκανση συστηματικών νοσημάτων που μπορεί να επηρεάζουν την περιοχή. Τέλος, λήψη καλλιέργειας από πύον ή λέπια δερματικής βλάβης θα απαιτηθεί για την ταυτοποίηση λοίμωξης, ενώ η βιοψία δέρματος θεωρείται αναγκαία για τη διάγνωση προκαρκινικών αλλοιώσεων (π.χ. σκληροατροφικός λειχήνας) ή καρκινικών καταστάσεων (π.χ. νόσος Paget, νόσος Bowen).

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Γενικά μέτρα

Τα γενικά μέτρα φροντίδας του δέρματος της περιοχής

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΠΕΡΙΠΡΩΚΤΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΚΝΗΣΜΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ



επαρκούν σε πολύ μεγάλο ποσοστό για την αποκατάσταση του προβλήματος. Ως γενικές αρχές προτείνονται η διατήρηση της ακεραιότητας του δερματικού φραγμού και η καταπράυνση του συμπτώματος του κνησμού, ώστε να προλαμβάνονται και οι υποτροπές.

Πιο συγκεκριμένα προτείνονται:

- Καλή υγιεινή της περιοχής με καλή καθαριότητα χωρίς υπερβολική τριβή κατά τον καθαρισμό μετά τις κενώσεις.
- Φροντίδα του δερματικού φραγμού με την αποφυγή «σκληρών» για το δέρμα καθαριστικών και την προτίμηση σε ουδέτερα καθαριστικά (ιδανικά χωρίς σάπωνες ή αρώματα). Προς αυτή την κατεύθυνση συμβάλλει το χλιαρό νερό, το απαλό στέγνωμα του δέρματος και η εφαρμογή κρεμών με οξείδιο του ψευδαργύρου για ενίσχυση της αδιαβροχοποίησης της περιοχής.
- Χρήση εσωρούχων στο νούμερο του ασθενούς, τα οποία δεν προκαλούν αύξηση της θερμοκρασίας της περιοχής, με αποτέλεσμα τη διαμόρφωση υγρού περιβάλλοντος που προδιαθέτει σε περιπρωκτική δερματίτιδα.
- Αποφυγή δυνητικών αλλεργιογόνων και ερεθιστικών ουσιών στην περιοχή.
- Κατάλληλη δίαιτα ανάλογα με το γαστρεντερολογικό προφίλ του ασθενούς.

Ειδικά μέτρα

Το κάθε ειδικό μέτρο για τη θεραπεία της περιπρωκτικής δερματίτιδας καθορίζεται από το αίτιο που την προκαλεί. Δεν υπάρχει γενικός κανόνας σε θεραπευτικό πρωτόκολλο που να βρίσκει εφαρμογή σε όλες τις περιπτώσεις. Κατά συνέπεια, τα τοπικά κορτικοστεροειδή ενδείκνυνται για τις δερματίτιδες ή τις φλεγμονώδεις δερματοπάθειες (εξαιρείται η ψωρίαση), ενώ έχουν σαφή αντένδειξη για το παράτριμμα καντιντιασικής ή βακτηριακής αιτιολογίας, όπου εκεί πρέπει να δίδεται η κατάλληλη αντιμικροβιακή αγωγή.

Διευκρίνιση συγγραφέα: Οι εικόνες 1, 2, 3, 4, 7 & 8 ανήκουν στο προσωπικό αρχείο του συγγραφέα. Οι εικόνες 5 & 6 έχουν ληφθεί από την ηλεκτρονική ιατρική βιβλιοθήκη www.uptodate.com.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Thomas B, Nixon R. Perianal Dermatoses. Available at <https://dermnetnz.org/topics/perianal-dermatoses>, Accessed: October 2020.
2. Agulló-Pérez AD, Hervella-Garcés M, Oscoz-Jaime S, Azcona-Rodríguez M, Larrea-García M, Yanguas-Bayona JI. Perianal dermatitis. *Dermatitis*. 2017;28(4):270–5. doi:10.1097/DER.0000000000000274.
3. Cohen PR. Perianal bacterial disease. *Skinmed*. 2017;15(2):143–4.
4. McGirt LY, Martins CR. Dermatologic diagnoses in the perianal area. *Clin Colon Rectal Surg*. 2004;17(4):241–5. doi:10.1055/s-2004-836945.
5. Ortega AE, Delgadillo X. Idiopathic pruritus ani and acute perianal dermatitis. *Clin Colon Rectal Surg*. 2019;32(5):327–32. doi:10.1055/s-0039-1687827.
6. Hanno R, Murphy P. Pruritus ani. Classification and management. *Dermatol Clin*. 1987 Oct;5(4):811–6. PMID: 3315360.
7. Kränke B, Trummer M, Brabek E, Komericki P, Turek TD, Aberer W. Etiologic and causative factors in perianal dermatitis: results of a prospective study in 126 patients. *Wien Klin Wochenschr*. 2006 Mar;118(3–4):90–4. doi: 10.1007/s00508-006-0529-x. PMID: 16703252.
8. Breen E, Bleday R. Approach to the patient with anal pruritus. Available at https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-anal-pruritus?search=perianal%20dermatitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 Accessed: January 2022.
9. St Claire K, Hoover A, Ashack K, Khachemoune A. Extramammary Paget disease. *Dermatol Online J*. 2019;25(4):13030/qt7qg8g292.



Ιστορία της Ιατρικής

ΑΝΔΡΕΑΣ ΚΑΡΚΑΒΙΤΣΑΣ (1865-1922)
Ο ΓΙΑΤΡΟΣ, Ο ΛΟΓΟΤΕΧΝΗΣ

Θεόδωρος Φιλιππίδης, Παθολογοανατόμος, Αθήνα

Η διαχρονική σχέση των γιατρών με τη λογοτεχνία είναι ευρέως γνωστή και έχει επισημανθεί από πολλούς κριτικούς. Και είναι αμέτρητοι οι γιατροί που έμειναν στην ιστορία για το λογοτεχνικό τους κυρίως έργο, μολονότι υπηρέτησαν ευσυνείδητα και την ιατρική, ενίοτε μάλιστα με εξαιρετική επιτυχία που επισφραγίστηκε ακόμα και με βραβεία επιπέδου Nobel. Πολλοί κριτικοί επίσης έχουν γράψει για την ευεργετική αλληλεπίδραση Ιατρικής-Λογοτεχνίας. Ο γιατρός και μέγας δραματουργός Αντόν Τσέχοφ είπε το χαρακτηριστικό «η Ιατρική είναι η σύζυγός μου, αλλά πραγματικό έρωτα κάνω με τη Λογοτεχνία».

Βέβαια, από φιλοσοφική θεώρηση, η Ιατρική και η Λογοτεχνία χαρακτηρίζονται από μια κοινή κυρίαρχη ανθρωπιστική διάσταση και μοιάζουν μεταξύ τους, τόσο όσον αφορά στο αντικείμενο που διακονούν, όσο και στις ενέργειες, στις συμπεριφορές τους και στους επιδιωκόμενους στόχους. Έχει αποδειχθεί ότι αυτές οι δύο «Τέχνες» μπορούν να συμπορευτούν θαυμάσια και να αποτελούν πηγές έμπνευσης και ευαισθητοποίησης, αλληλεπιδρώντας στα επιστημονικά επιτεύγματα και στις ανθρωπιστικές αξίες. Η συνύπαρξη Ιατρικής και Λογοτεχνίας συνιστά ένα αδιάσπαστο «δίδυμο» που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ίδια τη ζωή και τη σταδιοδρομία του γιατρού ως θεραπευτή του σώματος και της ψυχής των συνανθρώπων του. Και πάλι ο ανεπανάληπτος Αντόν Τσέχοφ, στη σύντομη αυτοβιογραφία του, αναφέρει επί λέξει: «Είμαι βέβαιος πως το γεγονός ότι ασχολήθηκα με την Ιατρική έχει επηρεάσει σοβαρά τη λογοτεχνική μου δραστηριότητα. Αυτό έχει διευρύνει σημαντικά το πεδίο των παρατηρήσεών μου και εμπλουτίζει τις γνώσεις μου, των οποίων την πραγματική αξία για μένα μόνον εκείνος που είναι ο ίδιος γιατρός μπορεί να καταλάβει».

Οι γιατροί που μεγαλούργησαν στα παγκόσμια λογοτεχνικά πεδία είναι πάρα πολλοί και ενδεικτικά μόνο



Ανδρέας Καρκαβίτσας

αναφέρω (σε παρένθεση το πιο γνωστό τους έργο) τους Φρανσουά Ραμπελέ (Γαργαντούας), Σόμερσετ Μομ, Άρτσιμπαλντ Κρόνιν, Άρθουρ Κόναν Ντόιλ (Σέρλοκ Χόλμς), Βασίλι Αξιόνοφ, Μάικλ Κράιτον (Τζουράσικ Παρκ), Στάνισλαβ Λεμ (Σολάρις), Ρίτσαρντ Χούκερ (συγγραφέας του MASH), Μιχαήλ Μπουλγκάκοφ, Άξελ Μούντε (το χρονικό του Σαν Μικέλε), Φρήντριχ Σίλλερ, Άντον Τσέχωφ και Σελίν Φερνάν (Ταξίδι

στην άκρη της νύχτας). Στα δικά μας Ελληνικά Γράμματα άφησαν το δημιουργικό στίγμα τους επίσης πολλοί γιατροί και ενδεικτικά αναφέρω τους Αδαμάντιο Κοραή, Ιωάννη Βηλαρά, Παύλο Νιρβάνα, Μανώλη Αναγνωστάκη, Τάκη Σινόπουλο, Στέλιο Σπεράντσα, Γιώργο Χειμωνά, Ηλία Παπαδημητρακόπουλο. Ίσως όμως ο διασημότερος όλων να είναι ο **Ανδρέας Καρκαβίτσας**, διαπρεπής διηγηματογράφος, από τους πλέον άξιους εκπροσώπους της Ελληνικής ηθογραφίας και λαογραφίας και ένας από τους πατέρες της Ελληνικής αφηγηματικής πεζογραφίας.

Ο **Ανδρέας Καρκαβίτσας** γεννήθηκε στα Λεχαινά Ηλείας το 1865, σε μια περιοχή που εκείνη την εποχή ήταν ιδιαίτερα φτωχή, την μάστιζε η ελονοσία και επιβίωνε με την παραγωγή και το εμπόριο της σταφίδας. Ήταν ο μεγαλύτερος από τα συνολικά 8 άλλα αδέρφια του (4 αγόρια και 4 κορίτσια). Τελείωσε το Δημοτικό Σχολείο στα Λεχαινά και το Γυμνάσιο στην Πάτρα, όπου γνωρίστηκε με τον Αριστοτέλη Βαλαωρίτη. Πιθανώτατα επηρεάστηκε σημαντικά από τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης των συμπατριωτών του και από τα προβλήματα που προέκυπταν από την ελονοσία και έτσι το 1883 άρχισε να φοιτά στην Ιατρική Σχολή Αθηνών από την οποία αποφοίτησε τον Δεκέμβριο του 1888. Κατά τη διάρκεια της φοιτητικής ζωής είχε την ευκαιρία να γνωρίσει λογοτέχνες όπως τον Κωστή Παλαμά, τον Κωνσταντίνο Χατζόπουλο και τον Γρηγόριο Ξενόπουλο.

Το 1889 στρατεύτηκε (κληρωτός γιατρός) και κατά τη

Ιστορία της Ιατρικής

ΑΝΔΡΕΑΣ ΚΑΡΚΑΒΙΤΣΑΣ (1865-1922)
Ο ΓΙΑΤΡΟΣ, Ο ΛΟΓΟΤΕΧΝΗΣ



διάρκεια της θητείας του στο Μεσολόγγι και στη Λάρισα κυρίως, επιδιώκει να γνωρίσει από κοντά τη φτώχεια, τη μιζέρια, τις δεισιδαιμονίες και γενικότερα τις άθλιες συνθήκες ζωής της ελληνικής υπαίθρου. Επισκέπτεται πολλές φορές τα Κράβαρα και τη Θεσσαλική ύπαιθρο, συλλέγει λαογραφικό υλικό, πεποιθήσεις, εικόνες ζωής, ως γιατρός καταγράφει τις μύχιες επιθυμίες και ανησυχίες ενός λαού που έχει εγκαταλειφθεί στην τύχη του και αποτυπώνει την θλίψη του σε «Οδοιπορικές σημειώσεις», που δημοσιεύει σε έντυπα της εποχής, κυρίως με ψευδώνυμο. Η απογοήτευσή του γίνεται μεγαλύτερη από την διαπίστωση, ότι στην παραγκωνισμένη επαρχία απουσιάζει πλήρως η στοιχειώδης ιατρική περίθαλψη, με αποτέλεσμα να λυμαίνονται τους χωρικούς οι τσαρλατάνοι και οι «μάγοι». Την περίοδο της παραμονής του στο Μεσολόγγι αποθησαυρίζει από τα Κράβαρα υλικό που θα χρησιμοποιήσει αργότερα, σέ ένα από τα σπουδαιότερα έργα του, τη νουβέλα **«Ο Ζητιάνος»** που δημοσιεύεται αργότερα (το 1897). Οι επισκέψεις του στα Κράβαρα και στην υπόλοιπη ορεινή Ρούμελη διευκολύνονται και από τη συμμετοχή του στο «Συμβούλιο Επιλογής Οπλιτών». Τις πρώτες εντυπώσεις του από το φαινόμενο της ζητιανιάς τις δημοσίευσε αμέσως στην *Εφημερίδα*, προκαλώντας σφοδρές αντιδράσεις από τους απανταχού Κραβαρίτες, κάποιοι μάλιστα τον κάλεσαν σε μονομαχία, ενώ κάποιοι άλλοι έστειλαν επιστολές διαμαρτυρίας στην εφημερίδα του. Μάλιστα από το Στράτευμα του επιβλήθηκε και ποινή φυλάκισης 20 ημερών «διότι εξύβρισε ολόκληρον επαρχίαν». Από τη θητεία του στη Λάρισα, άντλησε επίσης χρήσιμο υλικό για τον Ζητιάνο, από τη Θεσσαλική και Ευρυτανική ύπαιθρο. Στον Ζητιάνο ο Καρκαβίτσας βγάζει πολύ θυμό και στηλιτεύει με άτεγκτο ρεαλισμό τους πολιτικούς της εποχής, τον χρηματισμό των κρατικών υπαλλήλων, τα δικαστήρια, τους τσιφλικάδες. Παράλληλα όμως προσφέρει ανεκτίμητης αξίας πληροφορίες για την ένδυση της εποχής, τις οικογενειακές σχέσεις, τα ήθη και έθιμα και τις δεισιδαιμονίες που κατακλύζουν την ελληνική επαρχία ...

Κατά διάρκεια της θητείας του υπηρέτησε επίσης στην Αθήνα και στην Κέρκυρα, όμως φαίνεται ότι επεδίωκε

μεταθέσεις στην επαρχία, όπου μπορούσε να συλλέξει υλικό για ό,τι ετοίμαζε. Την τάση του να ζητά μεταθέσεις και να μη «στεριώνει» σε ένα τόπο, ο ίδιος την ονόμασε «αιφυγία» και υπήρξε χαρακτηριστικό σχεδόν όλης της ζωής του.

Το 1891 τελειώνει η στρατιωτική του θητεία, απολύεται ως έφεδρος δόκιμος ιατρός, εγκαθίσταται για λίγο στα Λεχαινά ασκώντας το επάγγελμα του γιατρού και ταυτόχρονα περιοδεύει στην Πελοπόννησο στέλνοντας σχετικά άρθρα στο περιοδικό *Εστία* (του Γ. Δροσίνη) με διακριτή την κριτική ανθρωπιστική του ματιά στα κοινωνικά φαινόμενα της εποχής. Μάλιστα, σε ένα από τα άρθρα του για τις φυλακές του Ναυπλίου παρουσιάζει μια ολοκληρωμένη εικόνα για το τότε σωφρονιστικό σύστημα της Ελλάδας. Έχει καταγραφεί και συμμετοχή του σε συλλαλητήριο των σταθερά αδικημένων σταφιδοπαραγωγών της Ηλείας.

Από τα τέλη του 1891 μέχρι και το 1894 τον βρίσκουμε γιατρό στο ατμόπλοιο *Αθήναι* της Πανελληνίου Ατμοπλοϊκής Εταιρείας, που εκτελεί δρομολόγια στη Μεσόγειο, στα παράλια της Μικράς Ασίας και στη Μαύρη Θάλασσα. Οι εμπειρίες από αυτά τα τέσσερα χρόνια συνεχών ταξιδιών καταγράφηκαν αρχικά στο ταξιδιωτικό ημερολόγιο του, με τον τίτλο *Σ' Ανατολή και Δύση* και στη συνέχεια τροφοδότησαν την συλλογή διηγημάτων **«Λόγια της πλώρης»**, που δημοσιεύτηκαν το 1899. Η συλλογή αυτή είναι το γνωστότερο έργο του και ίσως η καλύτερη συλλογή του από τις συνολικά πέντε που δημοσίευσε. Σ' αυτήν περιγράφει γλαφυρά αλλά και με ρεαλισμό τη βασανισμένη ζωή των ναυτικών μιας λίγο παλαιότερης εποχής. Απαθανατίζει ένα κόσμο που χανόταν και ζωντανεύει τις προλήψεις των ναυτικών, τον σκληρό αγώνα τους, τις παραδόσεις τους, τις χαρές και τις λύπες τους, φθάνοντας στην αποκορύφωση της διηγηματικής τέχνης.

Όταν η Ατμοπλοϊκή Εταιρεία χρεωκοπεί, ο γιατρός Καρκαβίτσας, που είναι ήδη γνωστός και στους λογοτεχνικούς κύκλους, βρίσκεται για ένα διάστημα ως Γιατρός στην Άμπλιανη της Ευρυτανίας και το 1896 κατατάσσεται



Ιστορία της Ιατρικής

ΑΝΔΡΕΑΣ ΚΑΡΚΑΒΙΤΣΑΣ (1865-1922)
Ο ΓΙΑΤΡΟΣ, Ο ΛΟΓΟΤΕΧΝΗΣ



Ανδρέας Καρκαβίτσας

στον Ελληνικό Στρατό ως Ανθυπίατρος, σε ηλικία 31 ετών. Από τον Αύγουστο του 1896 και ως το 1921 υπήρξε μόνιμος αξιωματικός του ελληνικού στρατού, φθάνοντας ως το βαθμό του γενικού αρχίατρου (συνταγματάρχη). Με την ιδιότητα του Στρατιωτικού Γιατρού συνέχισε να ταξιδεύει με συνεχείς μεταθέσεις, που επιδίωκε ο ίδιος, όμως έζησε και τα μεγάλα γεγονότα που συντάραξαν τον Ελληνισμό. Ως ανθυπίατρος ζει το δράμα της ήττας του 1897 και πληγώνεται ανεπανόρθωτα επειδή επιπλέον ήταν και δεδηλωμένος οπαδός της Μεγάλης Ιδέας και είχε τον κρυφό και φανερό πόθο της εξύψωσης του Ελληνισμού και της πλήρους απελευθέρωσης των Ελλήνων. Την ίδια χρονιά βρέθηκε και ως Ανθυπίατρος στο Εκστρατευτικό Σώμα στην Κρήτη.

Ο Καρκαβίτσας ήταν σχετικά μικρόσωμος και ασθενικός. Στο Μητρώο του καταχωρούνται συχνά νοσήματα του ανώτερου αναπνευστικού, προβλήματα πνευμόνων κλπ, αργότερα όμως πιστοποιείται και γενικότερο πρόβλημα υγείας λόγω φυματίωσης, που βέβαια ήταν η μάστιγα της εποχής. Τα προβλήματα υγείας λίγο μόνον επηρέασαν τις δραστηριότητές του και συνέχισε με πάθος να επιτελεί τα καθήκοντά του ως Στρατιωτικός γιατρός και - θα έλεγα - με μεγαλύτερο πάθος να νοιάζεται και να δρα (και πολιτικά) για μια καλύτερη και μεγαλύτερη Ελλάδα, για μια καλύτερη γλώσσα, για καλύτερες συνθήκες Παιδείας και διαβίωσης των

Ελλήνων. Ασπάζεται την προτροπή του Νικολάου Πολίτη και συμμετέχει στη συλλογή και δημοσίευση σπουδαίου Λαογραφικού έργου, καταγράφει Δημοτικά Τραγούδια (και τραγούδια του περιθωρίου). Παράλληλα ολοκληρώνει τον εν πολλοίς αλληγορικό Αρχαιολόγο (το 1904), προάγεται σε Υπίατρο, σιγά σιγά μειώνεται η λογοτεχνική παραγωγή του, όμως επιτελεί τα στρατιωτικά ιατρικά του καθήκοντα, επισκέπτεται το 1909 τη Σκιάθο (ως μέλος Στρατολογικής Επιτροπής) και εκεί συναντάται με τον Παπαδιαμάντη, οργανώνεται ως ενεργό μέλος στην ομάδα των Αξιωματικών (Στρατιωτικός Σύνδεσμος) που υποστήριξε το Κίνημα στο Γουδί του 1909, ενώ το 1910 συμμετέχει στην ίδρυση του Εκπαιδευτικού Ομίλου, μαζί με τον Ίωνα Δραγούμη, τον Λορέντζο Μαβίλη και άλλους, με σκοπό την αναμόρφωση της Παιδείας των Ελλήνων. Αγωνίζεται για την επιβολή της Δημοτικής Γλώσσας χωρίς ακρότητες, είναι ενεργό μέλος στην Εταιρεία της Εθνικής Γλώσσας και το 1911 επιβραβεύεται, μαζί με άλλους λογοτέχνες, με Κρατικό Βραβείο. Στα 1912 είναι ήδη Λοχαγός-Ιατρός και επί δύο χρόνια ζει την εποποιία των Βαλκανικών Πολέμων. Βρίσκεται σε συναισθηματική έξαρση, όμως ως στρατιωτικός γιατρός ζει και την φρίκη των μαχών, αντιμετωπίζοντας νυχθημερόν τραυματίες με τα υποτυπώδη μέσα της εποχής. Ο Σπύρος Μελάς τον συνάντησε στο μέτωπο και ο Καρκαβίτσας του διηγείται τις τρομακτικές στιγμές στη φονική μάχη των Γιαννιτσών, όπου περισυλλέγει και περιθάλπει τραυματίες κάτω από συνεχή πυρά πυροβολικού. Την ίδια περίοδο τα στρατεύματα ταλαιπωρούνται αφάνταστα και αποδεκατίζονται από επιδημία χολέρας. Στα έγγραφα της εποχής αναφέρεται η μετάβαση του Καρκαβίτσα στο Δεμίρ-Ισάρ (Σιδηρόκαστρο) για παραλαβή εμβολίων χολέρας. Η λήξη αυτών των πολέμων τον βρίσκει με επιδείνωση των προβλημάτων υγείας που πάντοτε είχε, επιβραβεύεται όμως το 1914 με προαγωγή στο βαθμό του Επιάτρου και το 1917 με το βαθμό του Αρχίατρου. Εν τω μεταξύ έχει αρχίσει η οδυνηρή περίοδος του Δικασμού και ο Καρκαβίτσας δεν αποδέχεται την προσχώρηση στην Προσωρινή Κυβέρνηση της Εθνικής Άμυνας του Βενιζέλου, αντιδρά

Ιστορία της Ιατρικής

ΑΝΔΡΕΑΣ ΚΑΡΚΑΒΙΤΣΑΣ (1865-1922)
Ο ΓΙΑΤΡΟΣ, Ο ΛΟΓΟΤΕΧΝΗΣ



και ως αποτέλεσμα της αντίδρασής του εκτοπίζεται πρώτα στην πατρίδα του τα Λεχαινά, μετά στη Γέρα της Μυτιλήνης και, αμέσως μετά μεταφέρεται/φυλακίζεται στο Γεντί Κουλέ της Θεσσαλονίκης, απ' όπου σύντομα αποφυλακίζεται και αποστρατεύεται αυτεπάγγελα με το Βαθμό του Αρχίατρου. Τη διετία 1918-1920, παρά τα προβλήματα υγείας, δεν παραμένει αδρανής και με τον Ε. Παπαμιχαήλ, εκπονούν και παραδίδουν τα εξόχως διδακτικά Αναγνώσματα Δ' και Ε' Δημοτικού, που τις επόμενες δεκαετίες γαλούχησαν γενεές Ελληνοπαίδων.

Το 1920, μετά την εκλογική ήττα του Βενιζέλου, επανήλθε στο στρατό προαγόμενος σε Γενικό Αρχίατρο αλλά δύο χρόνια μετά με αίτησή του αποστρατεύτηκε για λόγους υγείας. Η υγεία του είχε επιδεινωθεί δραματικά κατά της περίοδο της εκτόπισης και στις 22 Οκτωβρίου του 1922 απεβίωσε στο σπίτι του στο Μαρούσι, πιθανώς από φυματίωση του λάρυγγα, σε ηλικία 57 ετών και αφού πρόλαβε να πληροφορηθεί την τραγική για τον Ελληνισμό κατάληξη της Μικρασιατικής Εκστρατείας και την κατάρρευση της Μεγάλης Ιδέας που τόσο τον είχε εμπνεύσει.

Ο Καρκαβίτσας δεν έκανε δική του οικογένεια. Για αρκετά χρόνια δεν παντρεύεται, επειδή κατά τα ήθη της εποχής έπρεπε να παντρευτούν πρώτα οι 4 αδερφές του, αργότερα δόθηκε με πάθος στην λογοτεχνία και στην ιατρική και ακολούθησαν οι εμπόλεμοι περίοδοι και τα προβλήματα της υγείας του. Στα τελευταία χρόνια της ζωής του σύντροφός του στάθηκε η Δέσποινα Σωτηρίου, την οποία όρισε γενική κληρονόμο του, με διαθήκη που συνέταξε τέσσερις ημέρες πριν από τον θάνατό του.

Ο Ανδρέας Καρκαβίτσας, παρά τις αντιξοότητες, αγωνίστηκε σθεναρά και με πάθος και κατόρθωσε να καταγράψει τη ζωντανή Ελλάδα της εποχής του, την απεικόνισε πιστά και με ενάργεια στις σελίδες του και συνολικά θεμελίωσε το διήγημα στην Ελλάδα, μαζί με τον Παπαδιαμάντη, τον Βιζυηνό, τον Βλαχογιάννη και

τον Κονδυλάκη. Η ταπεινή και βασανισμένη Ελλάδα στα τέλη του 19^{ου} αιώνα και στις αρχές του 20^{ου} στο έργο του Ανδρέα Καρκαβίτσα αποτυπώθηκε με τις χαρές και τους καημούς της, τη φτώχεια και τις πίκρες της, αλλά και με τα οράματά της. Ο νευρώδης, παραστατικός, γλαφυρός και ρεαλιστής Καρκαβίτσας άφησε στην αιωνιότητα τις υπέροχες σελίδες του Ζητιάνου, αλλά και τα μοναδικά Λόγια της Πλώρης, χωρίς να υποτιμάται η συνεισφορά της Λυγερής, του Αρχαιολόγου και των Ταξιδιωτικών εντυπώσεών του.

ΚΥΡΙΑ ΕΡΓΑ ΤΟΥ ΑΝΔΡΕΑ ΚΑΡΚΑΒΙΤΣΑ

Η Λυγερή
Ο Ζητιάνος
Λόγια της Πλώρης
Παλιές Αγάπες
Ο Αρχαιολόγος
Διηγήματα του Γυλιού
Ταξιδιωτικά

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Ανδρέας Καρκαβίτσας: Αναφορές στη ζωή και στο έργο του. Ηλίας Παπαδημητράκοπουλος. Εκδόσεις Σαββάλας, 2004.
2. Η ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΗ ΠΕΖΟΓΡΑΦΙΑ ΜΑΣ. Τόμος Η. Παρουσίαση-Ανθολόγηση Έρη Σταυροπούλου. Εκδόσεις ΣΟΚΟΛΗ, 1997.
3. <https://slideplayer.gr/slide/2003391>.
4. https://www.athensvoice.gr/culture/book/466506_31-1-syggrafeis-poy-einai-giatroi.
5. <https://www.sansimera.gr/biographies/711>.
6. Γώτης Γιώργος. Τα ταξιδιωτικά του Ανδρέα Καρκαβίτσα. Καθημερινή, 20 Ιουλίου 1999.
7. Τάκης Δόξας. Ανέκδοτες και άγνωστες σελίδες του Αντρέα Καρκαβίτσα. Νέα Εστία, 1945.



Ελεύθερο Θέμα

LONG COVID Ή ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΟ COVID-19

Διονύσιος Ρόδης, Ειδικός Παθολόγος, Αθήνα

Εισαγωγή

Ζώντας στην εποχή όπου όλος ο πλανήτης πελαγοδρομεί ανάμεσα στα διαδοχικά κύματα της πανδημίας του κορωνοϊού, είναι η πρώτη φορά που αρχίζουν να φαίνονται ελπίδες ότι ίσως η νόσος θα μπορούσε να πάρει ενδημική μορφή. Σε πολλές χώρες οι περιορισμοί που επιβλήθηκαν από τις κυβερνήσεις για να ανακόψουν την εξάπλωση του ιού χαλαρώνουν και εκατομμύρια άνθρωποι αρχίζουν να φαντάζονται μια καθημερινότητα που να μοιάζει με αυτήν που είχαν πριν την πανδημία.

Τα παραπάνω όμως, σίγουρα, δεν περιγράφουν την κατάσταση που βιώνει ένα σημαντικό ποσοστό ανθρώπων που νόσησαν από COVID-19, και συνεχίζουν -για εβδομάδες ή μήνες μετά- να έχουν συμπτώματα, που επηρεάζουν από λίγο έως πολύ την καθημερινότητά τους, και την ικανότητά τους να λειτουργούν όπως έκαναν την προ COVID εποχή. Σε αυτά τα συμπτώματα αναφέρεται ο όρος - ομπρέλα: **Κατάσταση μετά από COVID-19 (post COVID-19 condition)**, ο οποίος πρόσφατα (1/10/2021) έλαβε τον ICD-10 κωδικό **U09.9**.

Ο παραπάνω όρος δεν είναι ο μοναδικός που έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει αυτήν την κατάσταση. «Μακρύ COVID (long COVID)» ή «μακρόσυρτο COVID (long - haul COVID)», «σύνδρομο μετά οξύ COVID (post acute COVID syndrome (PACS))», «επιπτώσεις μετά την οξεία λοίμωξη από SARS-CoV-2 (post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC))», «χρόνιο COVID (chronic COVID)» είναι μερικά μόνο από τα ονόματα που έχουν χρησιμοποιηθεί.

Τον Οκτώβριο του 2021 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συμφώνησε σε έναν κλινικό ορισμό της κατάστασης μετά από COVID-19, ο οποίος αναφέρεται στα συμπτώματα που εμφανίζονται σε άτομα με ιστορικό πιθανής ή επιβεβαιωμένης λοίμωξης από SARS-CoV-2, συνήθως μέσα σε 3 μήνες από την έναρξη της COVID-19, διαρκούν τουλάχιστον 2 μήνες και δεν μπορούν να εξηγηθούν από κάποια εναλλακτική διάγνωση. Συχνά συμπτώματα περιλαμβάνουν την κόπωση, την δύσπνοια, την γνωσιακή δυσλειτουργία και άλλα, τα οποία γενικά έχουν επίδραση στην καθημερινή δραστηριότητα. Τα

συμπτώματα μπορεί να πρωτοεμφανίζονται μετά από την αρχική ίαση από οξύ COVID-19 ή να συνεχίζουν από την αρχική νόσηση. Επίσης, τα συμπτώματα μπορεί να διακυμαίνονται ή να υποτροπιάζουν με το χρόνο.

Αν και η ανάρρωση μετά από COVID-19 είναι στην πραγματικότητα μια συνεχής διαδικασία, έχει προταθεί από το National Institute for Health and Care Excellence (NICE) η εξής ορολογία για την ταξινόμηση των φάσεων μετά από COVID-19:

1. Οξεία COVID-19 (Acute COVID-19): αφορά σε σημεία και συμπτώματα έως 4 εβδομάδες.
2. Συνεχιζόμενη συμπτωματική COVID-19 (Ongoing symptomatic COVID-19): αφορά σε σημεία και συμπτώματα από 4 έως 12 εβδομάδες.
3. Μετά-COVID-19 σύνδρομο (Post COVID-19 syndrome): αφορά σε σημεία και συμπτώματα που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια ή μετά από τη λοίμωξη με COVID-19 και συνεχίζουν για περισσότερο από 12 εβδομάδες, χωρίς να μπορούν να αποδοθούν σε εναλλακτική διάγνωση.

Ο όρος *κατάσταση μετά από COVID-19 ή σύνδρομο Long Covid* αναφέρεται στα συμπτώματα, σημεία αλλά και τις επιπλοκές (όψιμες ή μακροχρόνιες) που εμμένουν ή εμφανίζονται 4 εβδομάδες μετά τη λοίμωξη με SARS-CoV-2, δηλαδή περιλαμβάνει την συνεχιζόμενη συμπτωματική COVID-19 (4-12 εβδομάδες) και το μετά-COVID-19 σύνδρομο (περισσότερο από 12 εβδομάδες).

Συμπτώματα της κατάστασης μετά από COVID-19

Η **κόπωση** είναι το συχνότερο με μεγάλη διαφορά εμμένον σύμπτωμα μετά από COVID-19 (58%). Χαρακτηρίζεται από αδυναμία, μειωμένη αντοχή και εξάντληση μετά την προσπάθεια. Έχει σημαντική ομοιότητα με το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης/μυαλγικής εγκεφαλομυελίτιδας. Εμφανίζεται τόσο σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν, όσο και ασθενείς που δεν χρειάστηκαν νοσηλεία.

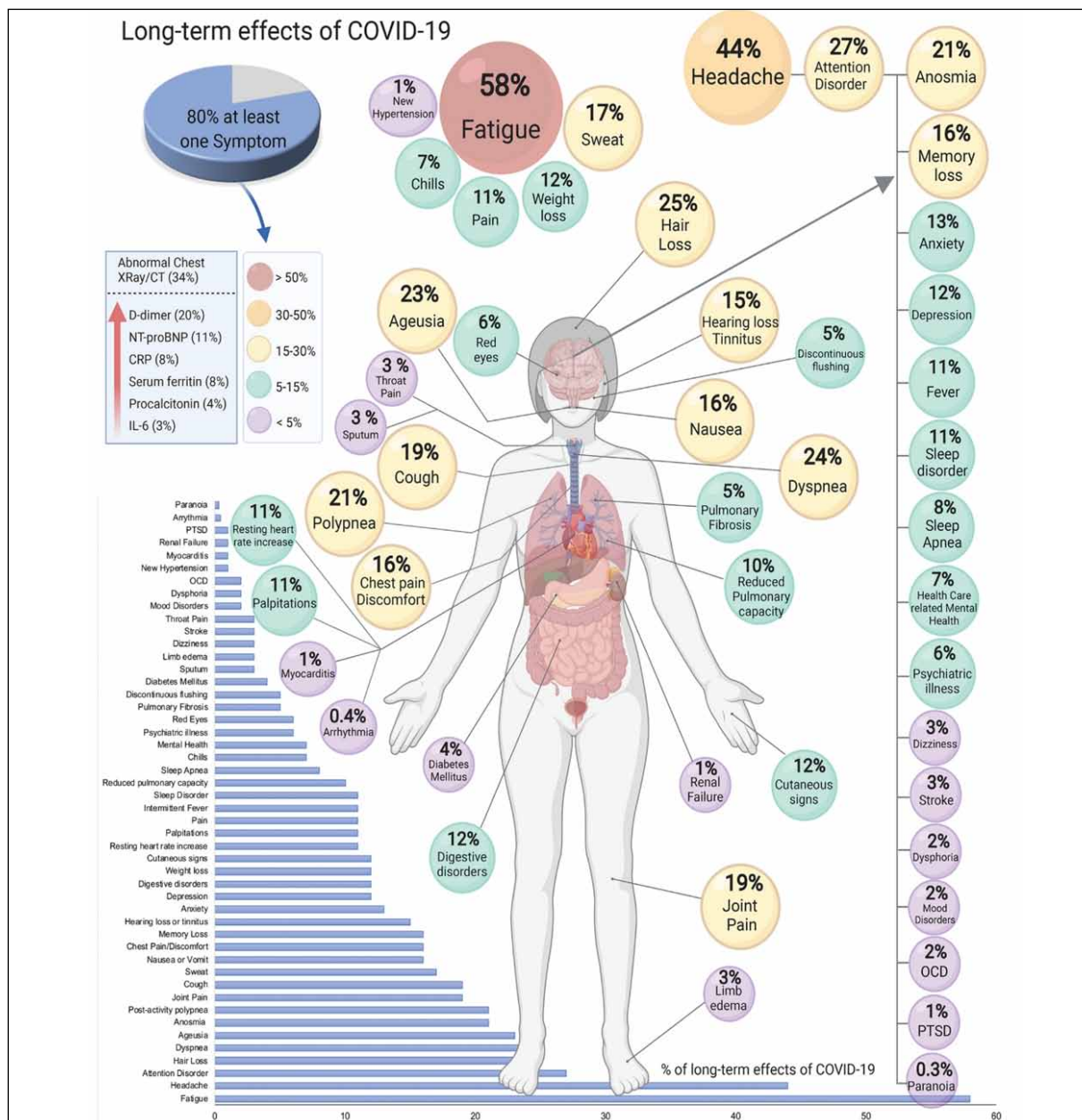
Δύσπνοια (24%), χρόνιος βήχας (19%), θωρακική δυσφορία ή άλγος (16%) είναι, επίσης, συχνά εμμένοντα συμπτώματα. Επίσης, η **επηρεασμένη γεύση και**

όσφρηση (23%), νευρονοητικά συμπτώματα με κεφαλαλγία (44%), διαταραχή της συγκέντρωσης (27%) και της μνήμης (16%), η αποκαλούμενη “εγκεφαλική ομίχλη” (brain fog), ψυχολογικά συμπτώματα όπως άγχος/κατάθλιψη (13%). Άλλα συχνά συμπτώματα

είναι η τριχόπτωση (25%), οι αρθραλγίες (19%), οι επιδρώσεις (17%).

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα κύρια συμπτώματα και νοσήματα/επιπλοκές του Post-COVID συνδρόμου (πίνακας).

Πίνακας. Τα κύρια συμπτώματα και οι επιπλοκές του Post-COVID συνδρόμου. Lopez-Leon S., Wegman - Ostrosky T., Perelman C. et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. Sci Rep 11, 16144 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8>.





Ελεύθερο Θέμα

LONG COVID Ή ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ
ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΟ COVID-19

Πολυσυστηματικό Φλεγμονώδες Σύνδρομο στα Παιδιά (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children - MIS-C)

Ένα ευτυχώς πολύ σπάνιο αλλά σοβαρό σύνδρομο που περιλαμβάνεται στις επιπτώσεις μετά COVID-19 είναι το Πολυσυστηματικό Φλεγμονώδες Σύνδρομο στα Παιδιά (multisystem inflammatory syndrome in Children – MIS-C) που έχει περιγραφεί κυρίως σε υγιή παιδιά 2-6 εβδομάδες μετά από COVID. Σε πολλές περιπτώσεις αφορά ήπια ή ασυμπτωματική προηγούμενη COVID-19. Τα συχνότερα συμπτώματα είναι πυρετός, κοιλιακό άλγος, διάρροιες, εξανθήματα, ληθαργικότητα και, σε σοβαρότερες περιπτώσεις, καταπληξία. Η παθοφυσιολογία του συνδρόμου δεν είναι γνωστή, φαίνεται όμως ότι περιλαμβάνει μηχανισμούς ανοσολογικής απορρύθμισης, βλάβες από τον ιό και μυοκαρδιακή προσβολή. Τα παιδιά έχουν εργαστηριακά ευρήματα φλεγμονής (αύξηση ΤΚΕ, CRP, ινωδογόνου, φερριτίνης κ.α.), ενώ η πλειοψηφία έχει επηρεασμένους δείκτες μυοκαρδιακής βλάβης (τροπονίνη, CK-MB, BNP) και παθολογικά ευρήματα στην υπερηχογραφική μελέτη της καρδιάς. Ένα μεγάλο ποσοστό αναπτύσσει μυοκαρδίτιδα, οξεία καρδιακή δυσλειτουργία και οξεία νεφρική ανεπάρκεια (σε πολλές περιπτώσεις η διάκριση από τη νόσο Kawasaki είναι δύσκολη). Η θεραπεία είναι υποστηρικτική με ενυδάτωση, ινóτροπα, υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας, ασπιρίνη, αντιθρομβωτική και ανοσοκατασταλτική αγωγή με ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη και κορτιζόνη. Η μεγάλη πλειοψηφία των παιδιών αναρρώνουν πλήρως.

Συνολική συχνότητα των καταστάσεων μετά από COVID

Υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση στα συμπεράσματα των μελετών, λόγω των διαφορετικών συμπτωμάτων και κριτηρίων που περιλαμβάνονται σε κάθε μελέτη, τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που μελετάται (το φύλο, την ηλικία, την συννοσηρότητα), τη βαρύτητα της νόσου COVID-19, αλλά και των μεθόδων συλλογής δεδομένων (αυτοαναφερόμενα συμπτώματα ασθενών

μέσω εφαρμογών κοινωνικής δικτύωσης, τηλεφωνική επικοινωνία, επανεξέταση σε υγειονομικές δομές κλπ.). Σύμφωνα με το European Centre of Disease Prevention and Control (ECDC), υπολογίζεται ότι 20% των ανθρώπων που ανιχνεύονται θετικοί για λοίμωξη από SARS-COV-2 αναφέρουν ένα τουλάχιστον σύμπτωμα στην περίοδο έως 5 εβδομάδες, και **10% στην περίοδο 12 ή παραπάνω εβδομάδες**, δηλαδή στο χρονικό διάστημα που εμπίπτει στον ορισμό της κατάστασης μετά από COVID-19.

Άλλες μεγάλες μελέτες αναδεικνύουν μεγαλύτερα ποσοστά. Μια πρόσφατη συστηματική ανάλυση διάφορων διεθνών μελετών κατέληξε ότι μεταξύ 3-6 μηνών μετά την COVID-19, ένας μέσος όρος **26%** (2-62%) ασθενών που δεν νοσηλεύτηκαν και ένας μέσος όρος **57%** (13-92%) ασθενών που νοσηλεύτηκαν συνεχίζουν να βιώνουν συμπτώματα.

Η συνολική συχνότητα των συμπτωμάτων μετά COVID-19 στα παιδιά είναι μικρότερη και υπολογίζεται γύρω στο **4%**, με συχνότερα συμπτώματα την κόπωση και την διαταραχή της προσοχής.

Παράγοντες κινδύνου για Long COVID

Η **βαρύτητα της οξείας νόσησης** (μετρούμενη, για παράδειγμα, από την ανάγκη νοσηλείας σε ΜΕΘ, την ανάγκη μη επεμβατικού ή επεμβατικού αερισμού, τις επιπλοκές της νοσηλείας) σχετίζεται στενά με την επίπτωση, τη βαρύτητα και την διάρκεια παραμενόντων συμπτωμάτων (όπως η δύσπνοια, η κόπωση/μυϊκή αδυναμία, το μετατραυματικό σύνδρομο), την επιδείνωση των δεικτών ποιότητας της ζωής, τις διαταραχές των αναπνευστικών λειτουργιών και τα παθολογικά ακτινολογικά ευρήματα στην κατάσταση μετά COVID. Άλλοι παράγοντες κινδύνου για παραμονή συμπτωμάτων είναι: οι **προϋπάρχουσες παθήσεις του αναπνευστικού, η παχυσαρκία, η μεγαλύτερη ηλικία, η μαύρη φυλή, το γυναικείο φύλο**. Με βάση τα παραπάνω έχουν προταθεί μοντέλα πρόβλεψης των ασθενών που θα αναπτύξουν Long COVID, ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι εργαστηριακές παράμετροι (ανοσολογική “υπογραφή”



της λοίμωξης) μπορούν να βελτιώσουν την ακρίβεια των μοντέλων αυτών.

Long COVID και παραλλαγές του ιού

Η συσχέτιση της επίπτωσης και της βαρύτητας των καταστάσεων μετά από COVID-19 με τις παραλλαγές του ιού δεν είναι γνωστή. Παρά το ότι έχουν εκφραστεί επιστημονικές υποθέσεις ότι η ηπιότερη κλινική εικόνα που έχει η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με την παραλλαγή Όμικρον πιθανά να συσχετίζεται με ελαττωμένη επίπτωση και βαρύτητα των καταστάσεων μετά COVID-19, εν τούτοις δεν υπάρχουν ακόμα μελέτες που να στηρίζουν αυτή την υπόθεση, αφού η εν λόγω παραλλαγή έχει επικρατήσει από τον Νοέμβριο 2021, και χρειάζεται περαιτέρω συλλογή δεδομένων.

Παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί του Long COVID

Συχνά είναι δύσκολο να γίνει διάκριση μεταξύ συμπτωμάτων που οφείλονται στην συγκεκριμένη λοίμωξη και σε **συμπτώματα που οφείλονται σε άλλες αιτίες**. Πολλοί ασθενείς, βιώνοντας συμπτώματα του COVID-19 μέσα στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες φόβου και κοινωνικής απομόνωσης που διαμορφώνει η πανδημία, συχνά υποφέρουν για καιρό από διαταραχές διάθεσης, άγχους και κατάθλιψης. Επίσης, πολλά συμπτώματα μετά από νοσηλεία για COVID-19, που περιλαμβάνονται στον ορισμό του μετά COVID-19 συνδρόμου, είναι στην πραγματικότητα όμοια με αυτά που επιμένουν μετά από νοσηλείες για άλλες λοιμώξεις του αναπνευστικού, όπως για παράδειγμα η στένωση τραχείας μετά από παρατεταμένη διασωλήνωση, το σύνδρομο μετά τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (post intensive care syndrome, PICS), σύνδρομο που προκαλούν σημαντική φυσική και νευρονοτική απορρύθμιση (ιδίως στους ηλικιωμένους), αδυναμία και μετατραυματικό στρες. Άλλες αιτίες συμπτωμάτων μετά από COVID-19 που πρέπει να διερευνώνται, είναι η έξαρση ή αποκάλυψη προϋπαρχουσών παθήσεων, ακόμα και η μικρή αλλά υπαρκτή πιθανότητα επαναλοίμωξης με SARS-COV-2.

Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί του συνδρόμου μετά

από COVID **που αποδίδονται ειδικά στην συγκεκριμένη λοίμωξη** είναι πεδίο εντατικής έρευνας και δεν έχουν ως τώρα διευκρινιστεί επαρκώς. Αυτοί μπορούν να διακριθούν σε δύο αδρές κατηγορίες:

A) Μηχανισμοί που οδηγούν σε βλάβες οργάνων που μπορούν να αναδειχθούν αντικειμενικά (απεικονιστικά, με βιολογικούς δείκτες ή με βιοψία) και που οδηγούν σε συμπτώματα που σχετίζονται με τα προσβεβλημένα όργανα. Τέτοια παραδείγματα είναι η αναπνευστική ανεπάρκεια, λόγω πνευμονικής ίνωσης ή πνευμονικής εμβολής, η καρδιακή ανεπάρκεια, λόγω μυοκαρδιακού εμφράγματος, μυοκαρδίτιδας ή μυοκαρδιακής ίνωσης, η νεφρική δυσλειτουργία, λόγω βλάβης των νεφρικών κυττάρων. Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί των παραπάνω βλαβών διακρίνονται α) σε αυτούς που οφείλονται στον ίδιο τον ιό (βλάβη από εισβολή του ιού στο αναπνευστικό επιθήλιο, στο αγγειακό ενδοθήλιο, στα μυοκαρδιακά κύτταρα, στα κύτταρα του οσφρητικού επιθηλίου, στα νεφρικά κύτταρα) β) σε φλεγμονώδεις βλάβες από παθολογική ανοσολογική ανταπόκριση στην λοίμωξη (κυψελιδική βλάβη, πνευμονική ίνωση, μυοκαρδιακή ίνωση) και γ) σε παρουσία μικροθρομβώσεων (πνευμονική εμβολική νόσος, εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση).

B) Μηχανισμοί που δεν οδηγούν σε αντικειμενικές βλάβες οργάνων. Η φύση των μηχανισμών αυτών δεν έχει διαλευκανθεί. Υπάρχουν πάντως ενδείξεις ότι η παρατεταμένη φλεγμονή κατέχει ρόλο κλειδί σε πολλές εκδηλώσεις του συνδρόμου μετά COVID, όπως στο αναπνευστικό, καρδιαγγειακό και το νευρικό σύστημα. Τέτοιοι μηχανισμοί μπορεί να ανατροφοδοτούνται λόγω της παραμονής στοιχείων του ιού, όπως έχει φανεί σε βιοψίες του κατώτερου πεπτικού. Εδώ περιλαμβάνονται συμπτώματα όπως η χρόνια κόπωση, η κακουχία/δυσπνοια μετά την προσπάθεια χωρίς πνευμονική βλάβη, τα νευρονοτικά συμπτώματα όπως η "εγκεφαλική ομίχλη".

Στην πραγματικότητα, οι επιπτώσεις μετά COVID πιθανά να προκαλούνται από την αλληλεπικαλυπτόμενη



Ελεύθερο Θέμα

LONG COVID Ή ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ
ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΟ COVID-19

δράση παθοφυσιολογικών μηχανισμών που προκαλούνται τόσο από τη συγκεκριμένη λοίμωξη, όσο και από τα επακόλουθα της νοσηλείας, του συνδρόμου μετά την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, και από συνυπάρχουσες νόσους (σχήμα).

Πρόληψη του συνδρόμου

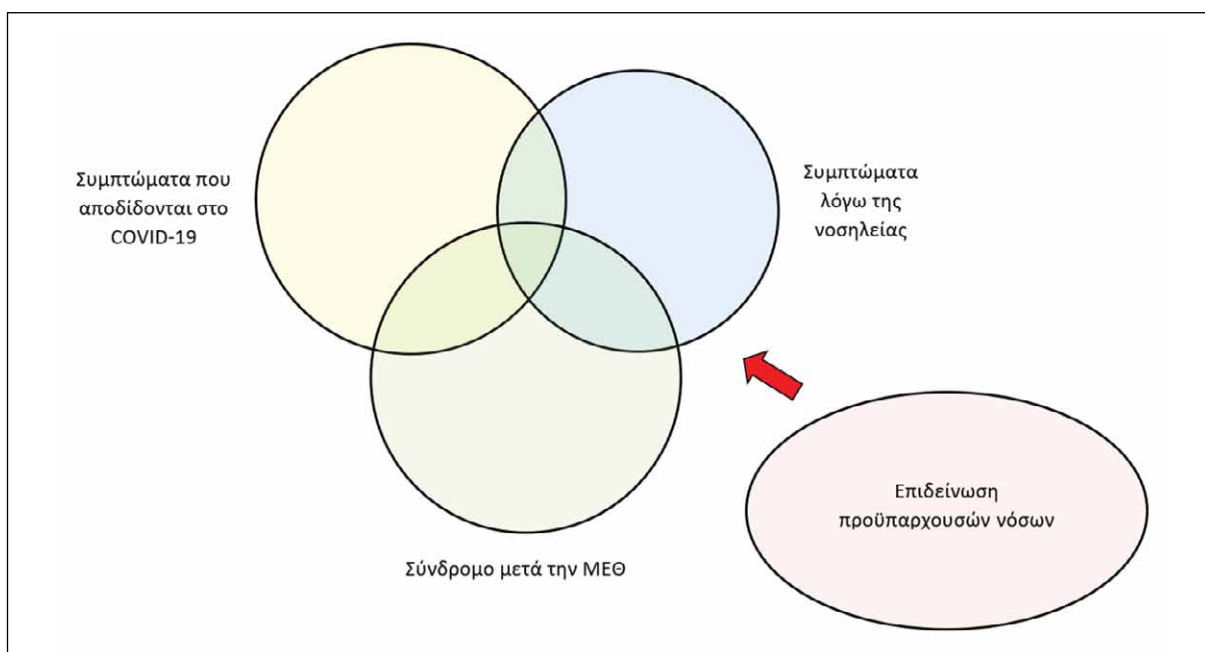
Η πρόληψη του συνδρόμου γίνεται με την πρόληψη της νόσησης από τον ιό. Είναι πιθανό ότι όποια παρέμβαση οδηγεί σε μείωση της επίπτωσης και της βαρύτητας της οξείας νόσησης, οδηγεί σε μείωση της επίπτωσης και της βαρύτητας των καταστάσεων μετά COVID. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο εμβολιασμός μειώνει την επίπτωση των καταστάσεων μετά COVID έως και 50% στις περιπτώσεις των ασθενών που νόσησαν μετά τον εμβολιασμό (breakthrough infections). Επίσης σε μια μελέτη παρατήρησης της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Μεγ. Βρετανίας σε ασθενείς που εμβολιάστηκαν μετά την οξεία λοίμωξη, φάνηκε μια συσχέτιση του εμβολιασμού με μια τάση μείωσης των συμπτωμάτων του Long COVID.

Αντιμετώπιση του Long COVID

Διάφοροι οργανισμοί υγείας έχουν κυκλοφορήσει συστάσεις και κατευθύνσεις για την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση των ασθενών με καταστάσεις μετά COVID-19. Αυτοί αφορούν ένα ευρύ φάσμα: Από αυτούς που έχουν ήπια νόσο, που συνήθως αυτοπεριορίζεται χωρίς ειδική ιατρική παρέμβαση, έως αυτούς με σοβαρή νόσο που χρειάζονται παρατεταμένη ιατρική υποστήριξη.

Ο χρόνος της προγραμματισμένης αρχικής αξιολόγησης προτείνεται να είναι από 1- 4 εβδομάδες μετά την έξοδο για ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ, και έως τις 12 εβδομάδες ή νωρίτερα επί εμμένουσας συμπτωματολογίας σε ασθενείς με πνευμονία που νοσηλεύτηκαν σε κλινική ή κατ'οίκον.

Η αρχική αξιολόγηση όλων των ασθενών που προσέρχονται με εμμένοντα συμπτώματα μετά από νόσο COVID-19, πρέπει να περιλαμβάνει πλήρες ιστορικό της οξείας νόσου (βαρύτητα με βάση την ανάγκη ή όχι νοσηλείας σε κοινό θάλαμο/ΜΕΘ, διάρκεια και σοβαρότητα των συμπτωμάτων, επιπλοκές, βλάβη οργάνων), τα εμμέ-



Σχήμα. Παθοφυσιολογία των μετά COVID επιπτώσεων.



νοντα συμπτώματα κατά τη φάση της αξιολόγησης και τις συνοσπρότητες. Ακολουθεί φυσική εξέταση που πρέπει να περιλαμβάνει την μέτρηση των ζωτικών σημείων (αρτηριακή πίεση, σφύξεις, θερμοκρασία, αναπνευστική συχνότητα, οξυμετρία), εξέταση καρδιοαναπνευστικού συστήματος και λοιπών συστημάτων). Προτείνεται να γίνεται μια αδρή αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς, ακόμα και με τη χρήση κλινικών εργαλείων, όπου χρειάζεται και εφόσον δεν υπάρχει αντένδειξη, όπως η 6-λεπτή δοκιμασία βάδισης, το EuroQol κ.α. Για τους περισσότερους ασθενείς χωρίς συμπτώματα ή με ήπια μη ειδικά συμπτώματα post COVID όπως η κόπωση, που νόσησαν ήπια ή ασυμπτωματικά, χωρίς επηρεασμένες εξετάσεις κατά την οξεία φάση, χωρίς συνοσπρότητες και χωρίς άλλα 'συμπτώματα συναγερμού για επιπλοκές, δεν προτείνεται παρακλινικός έλεγχος. Σε ασθενείς μεγαλύτερης βαρύτητας νόσου που αντιμετωπίστηκε στο νοσοκομείο ή κατ' οίκον, με επιβεβαιωμένα παρακλινικά παθολογικά ευρήματα στην οξεία φάση (παθολογική ακτινολογική εικόνα πνευμόνων, τρανσαμινασαιμία, αύξηση δεικτών φλεγμονής, θρομβοεμβολικές επιπλοκές, μυοκαρδιακή ή νεφρική συμμετοχή κ.λ.π.), με συμπτώματα που επιμένουν ή δεν μπορούν να ερμηνευτούν εύκολα ή εγείρουν την υποψία επιπλοκών, είναι λογικό να σταλεί ένας βασικός εργαστηριακός έλεγχος (γενική αίματος, ηλεκτρολύτες, σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, ηπατική βιοχημεία, CRP, ΤΚΕ, φερριτίνη, θυρεοειδικός έλεγχος, γενική ούρων). Επιπλέον έλεγχος βάσει ενδείξεων μπορεί να περιλαμβάνει d-dimers (υποψία θρομβοεμβολικής νόσου), μυοκαρδιακά ένζυμα, BNP, υπέρηχο καρδιάς, ΗΚΓ (υποψία μυοκαρδιακής νόσου), ακτινογραφία ή CT θώρακα (υποψία πνευμονικών επιπλοκών), ανοσολογικός έλεγχος (υποψία αυτοάνοσων εκδηλώσεων)

Ειδική αντιμετώπιση του Long COVID

Ειδικότερα προτείνεται η παρακάτω προσέγγιση ανά συστήματα:

1. Καρδιοαναπνευστικό. Ο χρόνιος βήχας, η δύσπνοια, η εξάντληση μετά την προσπάθεια, η κόπωση, το θωρακικό άλγος συχνά χρειάζονται διερεύνηση

προς αποκλεισμό υποκείμενης παθολογίας όπως επιλοίμωξη, ινωτικές ή μη ινωτικές πνευμονικές βλάβες, πνευμονική εμβολή, μυοκαρδιακές επιπλοκές όπως έμφραγμα / μυοκαρδίτιδα / περικαρδίτιδα / καρδιακή ανεπάρκεια. Τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να παραπέμπονται για καρδιολογική ή πνευμονολογική εκτίμηση. Εφόσον δεν συνδέονται με επιπλοκές, τότε προτείνεται συμπτωματική αντιμετώπιση. Για το βήχα και τη δύσπνοια προτείνονται αντιβηχικά φάρμακα, εισπνοές υδρατμών, τεχνικές αναπνοής, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν εισπνεόμενα κορτικοειδή. Ο θωρακικός πόνος σε μικρό αριθμό περιπτώσεων μπορεί να χρειάζεται ακόμα και αναλγητική αγωγή με ΜΣΑΦ. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς με εμμένουσα κόπωση και καρδιοαναπνευστικά συμπτώματα μπορεί να ωφεληθούν από προγράμματα φυσικής και αναπνευστικής αποκατάστασης.

2. Νευρολογικά συμπτώματα πρέπει να αξιολογούνται προς αποκλεισμό σπάνιων επιπλοκών όπως εγκεφαλικό επεισόδιο, εγκεφαλίτιδα, πολυνευροπάθεια, επιληψία. Για τα συνήθη μη ειδικά συμπτώματα όπως κεφαλαλγία, ζάλη, "εγκεφαλική ομίχλη" συστήνεται υποστηρικτική και συμπτωματική αγωγή.

3. Οι ασθενείς μετά τον COVID εμφανίζουν συχνά ψυχολογικά συμπτώματα αγχώδους διαταραχής, κατάθλιψης, διαταραχών ύπνου. Είναι σημαντικό να μην τους κατηγοριοποιούμε όλους ως ψυχικά ασθενείς, μιας και η πολύ μεγάλη πλειοψηφία έχει παροδικά συμπτώματα που βελτιώνονται στο διάστημα των πρώτων λίγων εβδομάδων. Έχει μεγάλη σημασία από την μεριά του επαγγελματία υγείας να προσεγγίσει τον ασθενή με συμπάθεια, ενσυναίσθηση, κατανόηση και να τον διαβεβαιώσει ότι με τα μέχρι τώρα δεδομένα πρόκειται στην πλειοψηφία τους για συμπτώματα που αποδράμουν σε άλλοτε άλλο χρόνο. Επίσης, η κοινωνικοποίηση, η υποστήριξη από δίκτυα πασχόντων, η σωστή διατροφή και η ενυδάτωση βοηθούν στην αποκατάστασή τους. Οι βαρύτερες ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές είναι



Ελεύθερο Θέμα

LONG COVID Ή ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ
ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΟ COVID-19

πιο συχνές όταν υπάρχουν συνθήκες κοινωνικής περιθωριοποίησης και διάκρισης, οικονομικής και εργασιακής πίεσης. Τέτοιες περιπτώσεις πρέπει όταν αναγνωρίζονται και να παραπέμπονται για ψυχιατρική/ψυχοθεραπευτική εκτίμηση.

4. Οι **ηλικιωμένοι ασθενείς** μετά COVID είναι μια ειδική ομάδα που χρειάζεται αξιολόγηση και υποστήριξη για τις επιπτώσεις της φυσικής και ψυχοκινητικής αποδιοργάνωσης που μπορεί να υπάρχει (υποθρεψία, κατάθλιψη, παραλήρημα). Η υποστήριξη τους συχνά απαιτεί την συνεργασία του οικογενειακού ιατρού, του φυσιοθεραπευτή, του κοινωνικού λειτουργού, του ψυχοθεραπευτή, του φροντιστή.
5. **Άλλες επιπτώσεις** μετά COVID πρέπει να αξιολογούνται κατάλληλα. Η *νεφρική δυσλειτουργία* συνήθως αποδράμει μετά την οξεία φάση, αλλά οι εμμένουσες διαταραχές μπορεί να χρειαστούν νεφρολογική εκτίμηση. Σε περιπτώσεις *ηπατικής συμμετοχής* χρειάζεται παρακολούθηση της αποκατάστασης των διαταραχών. Οι *δερματολογικές επιπτώσεις* (τριχόπτωση, εξανθήματα) συνήθως αποδράμουν με συμπτωματική/υποστηρικτική αγωγή. Οι *ενδοκρινολογικές διαταραχές*, όπως η απορρύθμιση προϋπάρχοντος σακχαρώδη διαβήτη, χρειάζονται προσαρμογή των φαρμακευτικής αγωγής. *Γαστρεντερολογικά συμπτώματα* όπως ναυτία ή διάρροιες εμμένουν κάποιες φορές μετά την οξεία φάση, οπότε χρειάζονται συμπτωματική αγωγή, ενώ υπάρχουν περιπτώσεις όπου πρέπει να αποκλειστούν άλλες αιτίες όπως σε διάρροιες εξ' αντιβιοτικών που χρησιμοποιήθηκαν στην οξεία φάση.

Κοινωνικοοικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις

Το Long COVID ίσως να αποτελέσει το πρόβλημα που θα πιέσει τα υγειονομικά συστήματα τον επόμενο καιρό. Ενδεικτικό της έκτασης του συνδρόμου είναι ότι σε πρόσφατη έκθεση της βρετανικής εθνικής στατιστικής υπηρεσίας (Δεκέμβριος 2021) το ποσοστό του γενικού πληθυσμού της Μ. Βρετανίας που εμφανίζουν σχετικά

συμπτώματα υπολογίζεται σε **1,9%**, δηλαδή **1,2 εκατομμύρια ασθενείς**.

Η απουσία σαφούς ορισμού και περιγραφής, διαγνωστικών κριτηρίων, αντικειμενικών παρακλινικών ευρημάτων και η ασάφεια όσον αφορά στους μηχανισμούς του, έχουν διχάσει την επιστημονική κοινότητα σε δύο στρατόπεδα: σε αυτούς που πιστεύουν ότι είναι ένα καινούργιο σύνδρομο με παθοφυσιολογικές αιτίες, που χρειάζεται διερεύνηση και ειδική αντιμετώπιση και σε αυτούς που πιστεύουν ότι δεν έχει τέτοια βάση και είναι διστακτικοί στο να προτείνουν ειδική κοινωνικοϋγειονομική οργάνωση για την αντιμετώπισή του. Από την άλλη μεριά πολλοί ασθενείς με Long COVID είναι πολύ απογοητευμένοι από το υγειονομικό σύστημα μιας και νιώθουν ότι δεν γίνονται πιστευτοί, δεν βρίσκουν κατανόηση και πολλές φορές περιθωριοποιούνται (ειδικά ομάδες κοινωνικά αποκλεισμένες). Τα μη ειδικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο και η πολυοργανική συμμετοχή κάνουν δύσκολη τη διαχείρισή του από ένα "οργανοκεντρικό" σύστημα. Για πολλούς ασθενείς το Long COVID επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους, την αυτονομία τους, την επαγγελματική τους ζωή, το εισόδημά τους. Έτσι η αμερικανική κυβέρνηση έχει ορίσει το "Long COVID" στις καταστάσεις για τις οποίες ένας ασθενής, εφόσον αξιολογηθεί και διαπιστωθεί ότι επηρεάζει σημαντικά τις καθημερινές του δραστηριότητες (είτε για σωματικούς είτε για πνευματικούς λόγους), μπορεί να συμπεριληφθεί στις προστατευτικές νομικές και ασφαλιστικές διατάξεις που αφορούν ανθρώπους με ανικανότητα.

Η διαχείρισή του από την μεριά των συστημάτων υγείας απαιτεί οργάνωση σε όλα αυτά τα μέτωπα με εξειδικευμένες δομές (ιατρεία και κλινικές Long COVID), διεπιστημονική προσέγγιση (ιατροί, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, υποστήριξη στο σπίτι, ψυχοθεραπευτές), αξιοποίηση των δυνατοτήτων της τηλεϊατρικής, και τέλος ρύθμιση νομικών, ασφαλιστικών και εργασιακών θεμάτων.



Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. COVID-19: Evaluation and management of adults following acute viral illness- UpToDate.
2. Information for Healthcare Providers about Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C)-CDC.
3. COVID-19: Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) clinical features, evaluation, and diagnosis- UpToDate.
4. Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C. et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 11, 16144 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8>.
5. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/clinical>.
6. Diego Castanares-Zapatero (KCE), Laurence Kohn (KCE), Marie Dauvrin (KCE), Jens Detollenaere (KCE), Charline Maertens de Noordhout (KCE), Celia Primus-de Jong (KCE), Irina Cleemput (KCE), Koen Van den Heede (KCE). Long COVID: Pathophysiology - epidemiology and patient needs – Synthesis. KCE REPORT 344Cs. ISSN: 2466-6459.
7. Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A. et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med* 27, 601–615 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z>.
8. Cervia, C., Zurbuchen, Y., Taeschler, P. et al. Immuno-globulin signature predicts risk of post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Commun* 13, 446 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41467-021-27797-1>.
9. Matta J, Wiernik E, Robineau O, et al. Association of Self-reported COVID-19 Infection and SARS-CoV-2 Serology Test Results With Persistent Physical Symptoms Among French Adults During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Intern Med.* 2022;182(1):19–25. doi:10.1001/jamainternmed.2021.6454.
10. Antonelli, M. et al. Risk factors and disease profile of post-vaccination SARS-CoV-2 infection in UK users of the COVID Symptom Study app: a prospective, community-based, nested, case-control study. *Lancet Infect. Dis.* 2022 Jan;22(1):43-55.
11. Coronavirus (COVID-19) vaccination and self-reported long COVID in the UK: 25 October 2021 <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/articles/coronaviruscovid19vaccinationandselfreportedlongcovidintheuk/25october2021>.
12. Greenhalgh T, Knight M, CA Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care *BMJ* 2020; 370: m3026 doi:10.1136/bmj.m3026.
13. Long-Post Covid. Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση - Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία (2021).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: STELARA 130 mg πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΩΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε φιαλίδιο περιέχει 130 mg υστεκινάμης σε 26 ml (5 mg/ml). Το υστεκινάμης είναι ένα πλήρως ανθρωπινό μονοκλωνικό IgG1κ αντίσωμα έναντι της ιντερλευκίνης (IL)-12/23 που παράγεται σε μια κυτταρική γραμμή μελάνωματος ποικιλών με χρήση τεχνολογίας ανασυνδυασμένου DNA. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση. Το διάλυμα είναι διαυγές, άχρωμο ως ανοιχτό κίτρινο. **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Θεραπευτικές ενδείξεις: Νόσος του Crohn:** Το STELARA ενδείκνυται για τη θεραπεία ενήλικων ασθενών με μετρίως έως σοβαρά ενεργή νόσο του Crohn, οι οποίοι εμφανίζουν ανεπαρκή ανταπόκριση, απώλεια ανταπόκρισης ή δυσανεξία στη συμβατική θεραπεία ή σε ανταγωνιστή του TNFα ή παρουσιάζουν αντενδείξεις σε αυτές τις θεραπείες. **Ελκώδης κολίτιδα:** Το STELARA ενδείκνυται για τη θεραπεία ενήλικων ασθενών με μετρίως έως σοβαρά ενεργή ελκώδη κολίτιδα, οι οποίοι εμφανίζουν ανεπαρκή ανταπόκριση, απώλεια ανταπόκρισης ή δυσανεξία στη συμβατική θεραπεία ή σε θεραπεία με βιολογικό παράγοντα ή παρουσιάζουν αντενδείξεις σε αυτές τις θεραπείες. **Αντενδείξεις:** Υπερευαισθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα. Κλινικά σημαντική, ενεργή λοίμωξη (π.χ. ενεργή ψωμιάτωση, βλέπε παράγραφο Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση). **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση: Ιγνυλασιμότητα:** Προκειμένου να βελτιωθεί η ιγνυλασιμότητα των βιολογικών φαρμακευτικών προϊόντων, το όνομα και ο αριθμός παρτίδας του χορηγούμενου φαρμάκου πρέπει να καταγράφεται με σαφήνεια. **Λοιμώξεις:** Το υστεκινάμης μπορεί δυνητικά να αυξήσει τον κίνδυνο λοιμώξεων και να ενεργοποιήσει εκ νέου λανθάνουσες λοιμώξεις. Σε κλινικές μελέτες, σοβαρές βακτηριακές, μυκητιασικές και ιογενείς λοιμώξεις έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς που λαμβάνουν STELARA (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες). Απαιτείται προσοχή όταν εξετάζεται η χρήση του STELARA σε ασθενείς με χρόνια λοίμωξη ή με ιστορικό υποτροπιάζουσας λοίμωξης (βλέπε παράγραφο Αντενδείξεις). Πριν από την έναρξη της θεραπείας με STELARA, οι ασθενείς πρέπει να εξετάζονται για λοίμωξη από ψωμιάτωση. Το STELARA δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με ενεργή ψωμιάτωση (βλέπε παράγραφο Αντενδείξεις). Η θεραπεία της λανθάνουσας ψωμιάτωσης πρέπει να ξεκινά πριν από τη χορήγηση του STELARA. Το ενδοχόμενο θεραπεία κατά της ψωμιάτωσης πρέπει επίσης να εξετάζεται πριν από την έναρξη χορήγησης του STELARA σε ασθενείς με ιστορικό λανθάνουσας ή ενεργού ψωμιάτωσης, για τους οποίους δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί μια επαρκής προηγούμενη θεραπεία. Ασθενείς που λαμβάνουν STELARA πρέπει να παρακολουθούνται στενά για ενδείξεις και συμπτώματα ενεργού ψωμιάτωσης κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος της θεραπείας. Πρέπει να γίνει υποδείξη στους ασθενείς να αναζητήσουν ιατρική συμβουλή εάν εμφανιστούν σημεία ή συμπτώματα που υποδηλώνουν λοίμωξη. Εάν ένας ασθενής αναπτύξει μια σοβαρή λοίμωξη, ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται στενά και το STELARA δεν πρέπει να χορηγηθεί μέχρι να υποχωρήσει η λοίμωξη. **Κακοήθειες:** Τα ανοσοκατασταλτικά όπως το υστεκινάμης αυξάνουν δυνητικά τον κίνδυνο κακοήθειας. Ορισμένοι ασθενείς που λαμβάναν STELARA στα πλαίσια κλινικών μελετών ανέπτυξαν δερματικές και μη δερματικές κακοήθειες (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες). Δεν έχουν διεξαχθεί μελέτες που να περιλαμβάνουν ασθενείς με ιστορικό κακοήθειας ή μελέτες που να συνεχίζουν τη θεραπεία σε ασθενείς που αναπτύσσουν κακοήθεια κατά τη λήψη του STELARA. Συνεπώς, πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά η χρήση του STELARA στους ασθενείς αυτούς. Όλοι οι ασθενείς, ιδίως όσοι είναι ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών, ασθενείς με ιατρικό ιστορικό μακροχρόνιας λήψης ανοσοκατασταλτικής θεραπείας ή όσοι έχουν ιστορικό φωτοθεραπείας (PUVA), πρέπει να παρακολουθούνται για την εμφάνιση μη μελανοκυτταρικού καρκίνου του δέρματος (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες). **Συστηματικές και αναπνευστικές αντιδράσεις υπερευαισθησίας: Συστηματικές:** Έχουν αναφερθεί σοβαρές αντιδράσεις υπερευαισθησίας κατά την περίοδο μετά την κυκλοφορία του προϊόντος, σε μερικές περιπτώσεις αρκετές ημέρες μετά τη θεραπεία. Έχουν εμφανιστεί αναφυλαξία και αγγειοödημα. Εάν εμφανιστεί αναφυλαξία ή άλλη σοβαρή αντίδραση υπερευαισθησίας, πρέπει να ξεκινήσει κατάλληλη θεραπεία και να διακοπεί η χορήγηση του STELARA (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες). **Αναπνευστικές:** Έχουν αναφερθεί περιστατικά αλλεργικής κυψελίτιδας, ηωσινοφιλικής πνευμονίας και μη λοιμώδους οργανωτικής πνευμονίας κατά τη χρήση του υστεκινάμης κατά τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας. Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάναν βήχα, δύσπνοια και διάμεσες διηθίσεις μετά από μία έως τρεις δόσεις. Οι σοβαρές εκβράσεις περιλάμβαναν αναπνευστική ανεπάρκεια και παρατεταμένη νοσηλεία. Βελτίωση αναφέρθηκε μετά τη διακοπή του υστεκινάμης και επίσης, σε ορισμένες περιπτώσεις, τη χορήγηση κορτικοστεροειδών. Σε περίπτωση που η πιθανότητα λοίμωξης έχει αποκλειστεί και η διάγνωση είναι επιβεβαιωμένη, διακόψτε το υστεκινάμης και ξεκινήστε κατάλληλη θεραπεία (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες). **Εμβολιασμοί:** Συνιστάται να μη συγχρηματούνται εμβόλια ζώντων ιών ή βακτηρίων (όπως ο Βάκυλλος των Calmette και Guérin (BCG)) με το STELARA. Δεν έχουν διεξαχθεί ειδικές μελέτες σε ασθενείς που είχαν πρόσφατα λάβει εμβόλια με τους ασθενείς ιούς ή ζώντα βακτήρια. Δεν υπάρχουν δεδομένα για τη δευτερογενή μετάδοση λοίμωξης από ζώντα εμβόλια σε ασθενείς που λαμβάναν STELARA. Πριν από τον εμβολιασμό με ζώντες ιούς ή ζώντα βακτήρια, η θεραπεία με το STELARA πρέπει να διακοπεί για τουλάχιστον 15 εβδομάδες μετά την τελευταία δόση και μπορεί να ξαναρχιστεί τουλάχιστον 2 εβδομάδες μετά τον εμβολιασμό. Οι συνταγογραφούντες ιατροί πρέπει να συμβουλευτούν την Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος του συγκεκριμένου εμβολίου για πρόσθετη πληροφόρηση και οδηγίες σχετικά με την παράλληλη χρήση ανοσοκατασταλτικών παραγόντων μετά τον εμβολιασμό. Οι ασθενείς που λαμβάνουν STELARA μπορούν να λάβουν ταυτόχρονα δραστηριοποιημένα ή μη ζώντα εμβόλια. Η μακροχρόνια θεραπεία με STELARA δεν καταστέλλει τη χυμική ανοσολογική απάντηση στο πολυσακχαριδικό εμβόλιο για τον πνευμονοκόκκο ή το εμβόλιο για τον τέτανο. **Παράλληλη ανοσοκατασταλτική θεραπεία:** Σε μελέτες για την ψωρίαση, η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα του STELARA σε συνδυασμό με ανοσοκατασταλτικά, συμπεριλαμβανομένων των βιολογικών, ή με φωτοθεραπεία, δεν έχουν αξιολογηθεί. Σε μελέτες για την ψωριασική αρθρίτιδα, η παράλληλη χρήση MTX δεν φάνηκε να επηρεάζει την ασφάλεια ή την αποτελεσματικότητα του STELARA. Σε μελέτες για τη νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα, η ταυτόχρονη χρήση ανοσοκατασταλτικών ή κορτικοστεροειδών δεν φάνηκε να επηρεάζει την ασφάλεια ή την αποτελεσματικότητα του STELARA. Απαιτείται προσοχή όταν εξετάζεται η παράλληλη χρήση άλλων ανοσοκατασταλτικών και του STELARA ή κατά τη μετάβαση από άλλα βιολογικά ανοσοκατασταλτικά. **Ανοσοθεραπεία:** Το STELARA δεν έχει αξιολογηθεί σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ανοσοθεραπεία για αλλεργία. Δεν είναι γνωστό εάν το STELARA μπορεί να επηρεάσει την ανοσοθεραπεία για αλλεργία. **Σοβαρές δερματοπάθειες:** Σε ασθενείς με ψωρίαση, έχει αναφερθεί αποφολιδωτική δερματίτιδα μετά από θεραπεία με υστεκινάμης (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες). Οι ασθενείς με ψωρίαση κατά πλάκας ενδέχεται να αναπτύξουν ερυθροδερμική ψωρίαση στα πλαίσια της φυσικής πορείας του νοσήματός τους. Τα συμπτώματα της ερυθροδερμικής ψωρίασης ενδέχεται να μην διακρίνονται κλινικά από την αποφολιδωτική δερματίτιδα. Κατά την παρακολούθηση της ψωρίασης του ασθενούς, οι ιατροί θα πρέπει να επαγρυπνούν για συμπτώματα ερυθροδερμικής ψωρίασης ή αποφολιδωτικής δερματίτιδας. Εάν αυτά τα συμπτώματα εμφανιστούν, θα πρέπει να ακολουθηθεί κατάλληλη θεραπεία. Το STELARA θα πρέπει να διακόπτεται εάν υπάρχει ύποπτη αντίδραση στο φάρμακο. **Ειδικό πληθυσμό: Ηλικιωμένοι (≥ 65 ετών):** Δεν παρατηρήθηκαν συνολικές διαφορές στην αποτελεσματικότητα ή την ασφάλεια σε ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω που έλαβαν STELARA, σε σύγκριση με νεότερους ασθενείς σε κλινικές μελέτες στις συγκεκριμένες ενδείξεις, ωστόσο ο αριθμός των ασθενών ηλικίας 65 ετών και άνω δεν ήταν επαρκής ώστε να καθοριστούν εάν οι ασθενείς αυτοί ανταποκρίνονται διαφορετικά από τους νεότερους ασθενείς. Λόγω της υψηλότερης επίπτωσης λοιμώξεων γενικά στον ηλικιωμένο πληθυσμό, η θεραπεία πρέπει να γίνεται με προσοχή στους ηλικιωμένους. **Περιοζόμενο σε νάτριο:** Το STELARA περιέχει λιγότερο από 1 mmol νατρίου (23 mg) ανά δόση, είναι αυτό που ονομάζεται «ελεύθερο νατρίου». Ωστόσο, το STELARA αραιώνεται με διάλυμα χλωριούχου νατρίου προσ 9 mg/ml (0,9%). Αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη προκειμένου για ασθενείς που ακολουθούν διαίτα με ελεγχόμενη πρόσληψη νατρίου. **Ανεπιθύμητες ενέργειες: Σύνοψη των προφύλ ασφάλειας:** Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (> 5%) στις ελεγχόμενες περιόδους των κλινικών μελετών της ψωρίασης, της ψωριασικής αρθρίτιδας, της νόσου του Crohn και της ελκώδους κολίτιδας σε ενήλικες με το υστεκινάμης ήταν ρινοφαρυγγίτιδα, παρρινοκολίτιδα, οι περισσότερες από αυτές θεωρήθηκαν ήπιες και δεν επήλθαν τη διακοπή της θεραπείας της μελέτης. Η πιο σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια που έχει αναφερθεί για το STELARA είναι σοβαρές αντιδράσεις υπερευαισθησίας συμπεριλαμβανομένης της αναφυλαξίας (βλέπε παράγραφο Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση). Το συνολικό προφύλ ασφάλειας ήταν παρόμοιο για ασθενείς με ψωρίαση, ψωριασική αρθρίτιδα, νόσο του Crohn και ελκώδη κολίτιδα. **Κατάλογος ανεπιθύμητων ενεργειών σε πίνακα:** Τα δεδομένα ασφάλειας που περιγράφονται παρακάτω αντικατοπτρίζουν την έκθεση ενήλικων στο υστεκινάμης σε 14 μελέτες φάσης 2 και φάσης 3 σε 6.709 ασθενείς (4.135 με ψωρίαση και/ή ψωριασική αρθρίτιδα, 1.749 με νόσο του Crohn και 825 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα). Αυτά περιλαμβάνουν έκθεση στο STELARA στις ελεγχόμενες και μη ελεγχόμενες περιόδους των κλινικών μελετών για τουλάχιστον 6 μήνες ή 1 έτος (4.577 και 3.253 ασθενείς, αντίστοιχως, με ψωρίαση, ψωριασική αρθρίτιδα, νόσο του Crohn ή ελκώδη κολίτιδα) και έκθεση για τουλάχιστον 4 ή 5 έτη (1.482 και 838 ασθενείς με ψωρίαση, αντίστοιχως). Ο Πίνακας 2 παρέχει έναν κατάλογο των ανεπιθύμητων ενεργειών από κλινικές μελέτες για την ψωρίαση, την ψωριασική αρθρίτιδα, τη νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα σε ενήλικες καθώς επίσης και ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν από την εμπειρία μετά την κυκλοφορία. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες ταξινομούνται κατά την Κατηγορία Οργάνου Συστήματος και τη συχνότητα εμφάνισης, χρησιμοποιώντας την ακόλουθη συνήθη: Πολύ συχνές (≥ 1/10), Συχνές (≥ 1/100 έως < 1/10), Όχι συχνές (≥ 1/1.000 έως < 1/100), Σπάνιες (≥ 1/10.000 έως < 1/1.000), Πολύ σπάνιες (< 1/10.000), μη γνωστές (δεν μπορούν να εκτιμηθούν με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα). Εντός κάθε κατηγορίας συχνότητας εμφάνισης, οι ανεπιθύμητες ενέργειες παρατίθενται κατά φθίνουσα σειρά σοβαρότητας.

Πίνακας 2 Κατάλογος των ανεπιθύμητων ενεργειών

Κατηγορία/Οργανικό Σύστημα	Συχνότητα εμφάνισης: Ανεπιθύμητη ενέργεια
Λοιμώξεις και παροξυσμοί	Συχνές Λοιμώξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, ρινοφαρυγγίτιδα, παρρινοκολίτιδα Όχι συχνές: Κυτταρίτιδα, οδοντικές λοιμώξεις, έρση (ζωστήρ), λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, ιογενής λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, αιδιοοικολική μυκητική λοίμωξη

Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος	Όχι συχνές: Αντιδράσεις υπερευαισθησίας (συμπεριλαμβανομένων εξανθημάτων, κνίδωσης) Σπάνιες: Σοβαρές αντιδράσεις υπερευαισθησίας (συμπεριλαμβανομένων αναφυλαξίας, αγγειοödηματος)
Ψυχιατρικές διαταραχές	Όχι συχνές: Κατάθλιψη
Διαταραχές του νευρικού συστήματος	Συχνές: Ζάλη, κεφαλαλγία Όχι συχνές: Παράλυση προσώπου, νεύρου
Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωράκιου	Συχνές: Στοματοφαρυγγικό άλγος Όχι συχνές: Ρινική συμφόρηση Σπάνιες: Αλλεργική κυψελίτιδα, ηωσινοφιλική πνευμονία Πολύ σπάνιες: Οργανωτική πνευμονία*
Διαταραχές του γαστρεντερικού	Συχνές: Διάρροια, ναυτία, έμετος
Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού	Συχνές: Κνησμός Όχι συχνές: Φλυκταινώδης ψωρίαση, αποφολιδωση δέρματος, ακμή Σπάνιες: Αποφολιδωτική δερματίτιδα, αγγειίτιδα από υπερευαισθησία
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης	Συχνές: Κόπωση, ερύθημα στη θέση ένεσης, άλγος της θέσης ένεσης Όχι συχνές: Αμυχρόνες στη θέση ένεσης (συμπεριλαμβανομένων της αιμορραγίας, αιματώματος, σκληρύνσης, ödηματος και κνησμού), εξασθένηση
*Βλέπε παράγραφο Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση. Συστηματικές και αναπνευστικές αντιδράσεις υπερευαισθησίας.	

Περιγραφή επιλεγμένων ανεπιθύμητων ενεργειών: Λοιμώξεις: Στις ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες σε ασθενείς με ψωρίαση, ψωριασική αρθρίτιδα, νόσο του Crohn και ελκώδη κολίτιδα, τα ποσοστά λοιμώξεων ή σοβαρών λοιμώξεων ήταν παρόμοια μεταξύ των ασθενών που λάμβαναν υστεκινάμης και εκείνων που λάμβαναν εικονικό φάρμακο. Στην ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο περίοδο αυτών των κλινικών μελετών, το ποσοστό λοιμώξεων ήταν 1,36 ανά ανθρωποέτος παρακολούθησης για τους ασθενείς που λάμβαναν υστεκινάμης και 1,34 για τους ασθενείς που λάμβαναν εικονικό φάρμακο. Σοβαρές λοιμώξεις εμφανίστηκαν σε ποσοστό 0,03 ανά ανθρωποέτος παρακολούθησης για τους ασθενείς που λάμβαναν υστεκινάμης (30 σοβαρές λοιμώξεις σε 930 ανθρωποέτη παρακολούθησης) και 0,03 για τους ασθενείς που λάμβαναν εικονικό φάρμακο (15 σοβαρές λοιμώξεις σε 434 ανθρωποέτη παρακολούθησης) (βλέπε παράγραφο Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση). Στις ελεγχόμενες και μη ελεγχόμενες περιόδους των κλινικών μελετών για την ψωρίαση, την ψωριασική αρθρίτιδα, τη νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα, που αντιπροσωπεύουν 11.581 ανθρωποέτη έκθεσης σε 6.709 ασθενείς, η διάρκεια διάρκεια παρακολούθησης ήταν 1,0 έτος, 1,1 έτη για τις μελέτες για την ψωριασική νόσο, 0,6 έτη για τις μελέτες για τη νόσο του Crohn και 1,0 έτος για τις μελέτες για την ελκώδη κολίτιδα. Το ποσοστό λοιμώξεων ήταν 0,91 ανά ανθρωποέτος παρακολούθησης για τους ασθενείς που λάμβαναν υστεκινάμης και το ποσοστό σοβαρών λοιμώξεων ήταν 0,02 ανά ανθρωποέτος παρακολούθησης για τους ασθενείς που λάμβαναν υστεκινάμης (199 σοβαρές λοιμώξεις σε 11.581 ανθρωποέτη παρακολούθησης) και οι σοβαρές λοιμώξεις που αναφέρθηκαν περιλάμβαναν πνευμονία, απόστημα του πρωκτού, κυτταρίτιδα, εκκολυματίτιδα, γαστρεντερίτιδα και ιογενείς λοιμώξεις. Σε κλινικές μελέτες, ασθενείς με λανθάνουσα ψωμιάτωση που παράλληλα λάμβαναν αυγών με ιονισμένη δεν ανέπτυξαν ψωμιάτωση. **Κακοήθειες:** Στην ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο περίοδο των κλινικών μελετών σε ασθενείς με ψωρίαση, ψωριασική αρθρίτιδα, νόσο του Crohn και ελκώδη κολίτιδα, η επίπτωση κακοήθειας, εξαιρουμένου του μη μελανοκυτταρικού καρκίνου του δέρματος, ήταν 0,11 ανά 100 ανθρωποέτη παρακολούθησης για τους ασθενείς που λάμβαναν υστεκινάμης (1 ασθενής σε 929 ανθρωποέτη παρακολούθησης) σε σύγκριση με 0,23 για τους ασθενείς που λάμβαναν εικονικό φάρμακο (1 ασθενής σε 434 ανθρωποέτη παρακολούθησης). Η επίπτωση του μη μελανοκυτταρικού καρκίνου του δέρματος ήταν 0,43 ανά 100 ανθρωποέτη παρακολούθησης για τους ασθενείς που λάμβαναν υστεκινάμης (4 ασθενείς σε 929 ανθρωποέτη παρακολούθησης) σε σύγκριση με 0,46 για τους ασθενείς που λάμβαναν εικονικό φάρμακο (2 ασθενείς σε 433 ανθρωποέτη παρακολούθησης). Στις ελεγχόμενες και μη ελεγχόμενες περιόδους των κλινικών μελετών για την ψωρίαση, την ψωριασική αρθρίτιδα, τη νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα, που αντιπροσωπεύουν 11.561 ανθρωποέτη έκθεσης σε 6.709 ασθενείς, η διάρκεια διάρκεια παρακολούθησης ήταν 1,0 έτος, 1,1 έτη για τις μελέτες για την ψωριασική νόσο, 0,6 έτη για τις μελέτες για τη νόσο του Crohn και 1,0 έτος για τις μελέτες για την ελκώδη κολίτιδα. Αναφέρθηκαν κακοήθειες, εξαιρουμένου του μη μελανοκυτταρικού καρκίνου του δέρματος, σε 62 ασθενείς σε 11.561 ανθρωποέτη παρακολούθησης (επίπτωση 0,54 ανά 100 ανθρωποέτη παρακολούθησης για τους ασθενείς που έλαβαν υστεκινάμης). Η επίπτωση κακοήθειας που αναφέρθηκε στους ασθενείς που έλαβαν υστεκινάμης ήταν συγκρίσιμη με την επίπτωση που αναμένεται στο γενικό πληθυσμό (προτυπωμένο ηπλικό επίπτωσης: 0,93 [διάστημα εμπιστοσύνης 95%: 0,71, 1,20], προσραμοσμένο για την ηλικία, το φύλο και τη φυλή). Οι πιο συχνά παρατηρούμενες κακοήθειες, εξαιρουμένου του μη μελανοκυτταρικού καρκίνου του δέρματος, ήταν καρκίνος του προστάτη, ορθοκολικός καρκίνος, μελάνωμα και καρκίνος του μαστού. Η επίπτωση του μη μελανοκυτταρικού καρκίνου του δέρματος ήταν 0,49 ανά 100 ανθρωποέτη παρακολούθησης για τους ασθενείς που έλαβαν υστεκινάμης (56 ασθενείς σε 11.545 ανθρωποέτη παρακολούθησης). Η αναλογία των ασθενών με βασικοκυτταρικό έναντι ακανθοκυτταρικού καρκίνου του δέρματος (3:1) είναι συγκρίσιμη με την αναμενόμενη αναλογία στο γενικό πληθυσμό (βλέπε παράγραφο Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση). **Αντιδράσεις υπερευαισθησίας και αντιδράσεις στην έγχυση:** Στις μελέτες επαγωγής με ενδοφλέβια χορήγηση για τη νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα, δεν αναφέρθηκαν επεισόδια αναφυλαξίας ή άλλες σοβαρές αντιδράσεις στην έγχυση μετά από την επάφση ενδοφλέβια δόση. Σε αυτές τις μελέτες, 2,2% από τους 785 ασθενείς που έλαβαν εικονικό φάρμακο και 1,9% από τους 790 ασθενείς που έλαβαν τη συνιστώμενη δόση υστεκινάμης ανέφεραν ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες συνέβησαν στη διάρκεια της έγχυσης ή εντός μίας ώρας από αυτήν. **Παιδιατρικές πληθυσμοί: Παιδιατρικοί ασθενείς ηλικίας 6 ετών και άνω με ψωρίαση κατά πλάκας:** Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα έχει μελετηθεί σε δύο φάσες 3 μελέτες σε παιδιατρικούς ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή ψωρίαση κατά πλάκας. Η πρώτη διεξήχθη σε 110 ασθενείς 12-17 ετών που έλαβαν θεραπεία για διάστημα έως 60 εβδομάδες και η δεύτερη μελέτη διεξήχθη σε 44 ασθενείς 6 έως 11 ετών που έλαβαν θεραπεία για διάστημα έως 56 εβδομάδες. Σε γενικές γραμμές, οι ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν σε αυτές τις δύο μελέτες με δεδομένα για την ασφάλεια έως 1 έτους ήταν παρόμοιες με εκείνες που παρατηρήθηκαν σε προηγούμενες μελέτες σε ενήλικες με ψωρίαση κατά πλάκας. **Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών:** Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιπρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιοδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, Μεσογείων 284, GR-15562 Χολαργός, Αθήνα. Τηλ: + 30 21 32040380/337, Φαξ: + 30 21 06549585, Ιστότοπος: <http://www.eof.gr>. **ΚΑΤΟΣΧΗ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Βέλγιο. **ΑΡΙΘΜΟΣ / ΔΕΛΤΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EU/1/08/494/005. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ / ΑΝΑΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ:** Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 16 Ιανουαρίου 2009. Ημερομηνία τελευταίας ανανέωσης 19 Σεπτεμβρίου 2013. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΙΜΕΝΟΥ:** 9 Μαρτίου 2021. Λεπτομέρειες πληροφοριών 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.SOLIN 130MG/26 ML VIAL (SMG/ML)	BT x 1 VIAL x 26ML	2009,02€	2439,56€

Για περισσότερες πληροφορίες παρακολουθείτε με την εταιρεία Janssen-Cilag Φαρμακευτική Α.Ε.Β.Ε. Α. Ειρήνης 56, 151 21 Πεύκη, τηλ. 210 8090000.

Το εξώφυλλο από μέσα



Το 1972 στον ασφυκτικά γεμάτο κινηματογράφο ΣΤΑΡ, στην οδό Σταδίου, έβλεπα μαζί με ένα πεινασμένο για ελευθερία, κυρίως νεανικό, κοινό τη μια και μοναδική προβολή του αντιπολεμικού «ΦΡΑΟΥΛΕΣ ΚΑΙ ΑΙΜΑ» (μετά μπούκαρε η αστυνομία).

Εκεί άκουσα για πρώτη φορά το τραγούδι του JOHN LENNON, "Give Peace a Chance".

Σήμερα, μισό αιώνα μετά, σε διάφορα μέρη του πλανήτη και τώρα στην Ουκρανία, ο πόλεμος συνεχίζει να σκεπάζει με το κόκκινο χρώμα του ολέθρου το κόκκινο της ζωής.

ΔΩΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΙΡΗΝΗ ΜΙΑ ΕΥΚΑΙΡΙΑ.

Μίλτος Σκούρας



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.

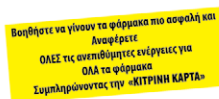
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ

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[®]



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



Προώθηση και Διανομή από τη:

BIANEX A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

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

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000