

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Οκτώβριος - Νοέμβριος - Δεκέμβριος 2020 | Τεύχος
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535, Website: www.epege.gr, e-mail: info@epege.gr

54

δηλαδή πώς;

COVID-19 και γαστρεντερικό

Ενδοσκοπική αντιμετώπιση παγκρεατικών συλλογών

Επεμβατική ακτινολογία και αιμορραγία πεπτικού

Ο Ιωάννης Λυκούδης και το Nobel που δεν ήλθε



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.

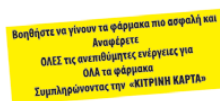
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ

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: Ακαδήμίου 113, 562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης
Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000



ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	5
ΤΑ ΑΛΛΟΘΙ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΜΟΝΗ	
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	7
ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΔΣ ΤΗΣ ΕΠΕΓΕ, ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΕΓΕ ΜΕ ΘΕΜΑ: ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ	
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	9
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟ ΔΗΜΗΤΡΙΟ ΣΟΥΤΟ	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	16
ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	24
ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	29
ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ: ΑΚΡΙΒΕΣΤΕΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕΣΩ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ	
HOW TO DO IT	30
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΕΚΤΟΜΗ (ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION - EMR)	
ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	37
ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΣΕ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ: ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ;	
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	40
ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	42
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ	
ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	47
Ο ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΥΚΟΥΔΗΣ (1910-1980), ΤΟ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ ΚΑΙ Η ΟΨΙΜΗ ΔΙΚΑΙΩΣΗ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	54
ΟΙ ΣΤΡΕΒΛΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΟΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΙ ΚΑΙ Η ΔΙΕΚΔΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΗΤΟΥ	

Ιδιοκτήτης:

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

Εκδότης & Υπεύθυνος

παρά τω νόμω:

Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Χάρης Τσιώνης

Έδρα:

Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα

Τηλ.: 210 6727531-3

Fax: 210 6727535

Website: www.epege.gr

e-mail: info@epege.gr

Διευθυντής Σύνταξης:

Νικόλαος Μαργέτης

Συντακτική Επιτροπή:

Σπύρος Γούλας

Θεόδωρος Εμμανουήλ

Κατερίνα Ευγενίδη

Βασίλης Παπαστεργίου

Κωνσταντίνα Παρασκευά

Αθανάσιος Σιούλας

Χάρης Τσιώνης

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

Πρόεδρος: Χάρης Τσιώνης

Αντιπρόεδρος: Κωνσταντίνα Παρασκευά

Γεν. Γραμματέας: Σπύρος Βρακάς

Ειδ. Γραμματέας: Δημήτριος Δανδάκης

Ταμίας: Σπύρος Γούλας

Μέλη: Θεόδωρος Εμμανουήλ,

Νικόλαος Μαργέτης

Γραμματεία: Μαρία Γεναδοπούλου

Εικονογράφηση Εξωφύλλου:

Μίλτος Σκούρας

Δημιουργικό – Εκτύπωση:

ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑmed

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

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



5th
AISDD
ATHENS
INTERNATIONAL
SYMPOSIUM
2021

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

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

**9 & 10
JULY
2021**

ATHENS - GREECE

**Megaron Athens
International
Conference Center**

#AISDD2021 | www.aisdd.com

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



ORGANIZER:

ASIAN INSTITUTE OF GASTROENTEROLOGY

ENDORSEMENTS:



SCIENTIFIC PARTNERS:



Organizing - Administrative Bureau / Secretariat:



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

Άρθρο Σύνταξης

Νικόλαος Γ. Μαργέτης, Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής Σύνταξης



Τα Άλλοθι και η Προσμονή

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η ζοφερή πραγματικότητα που όλοι βιώνουμε δεν μας επιτρέπει να εφησυχάζουμε. Έως και προ έτους, ουδείς διανοείτο πως ένας ιός θα ανέτρεπε τις σταθερές της ζωής μας, πως θα καθιστούσε την ανθρώπινη επαφή επικίνδυνη, πως θα έθετε εν αμφιβόλω δημοκρατικές κατακτήσεις δεκαετιών, πως θα αφαιρούσε εκατομμύρια ανθρώπινες ζωές. Το δυστοπικό τοπίο που ζούμε και τα μερικώς αχαρτογράφητα ύδατα που πλέουμε ξεθωριάζουν πολλά από τα προβλήματα, που μας απασχολούσαν πριν την έλευση του νέου κορωνοϊού. Η ανθρώπινη ζωή κατέχει πια τη θέση που της αξίζει στην κλίμακα των αξιών, δηλαδή την ύψιστη, και η υγεία αναδεικνύεται στο πολυτιμότερο αγαθό, ως οφείλει. Όλοι συνειδητοποιούν πως οι ιατροί είναι το πλέον επίλεκτο κομμάτι της κοινωνίας. Πως με την αληθινή τους μόρφωση, το ήθος τους, τις γνώσεις τους και την ηρωική τους δράση σώζουν ζωές, όπως εξάλλου διαχρονικά πράττουν.

Η σαρωτική δράση του νέου κορωνοϊού δεν αποτελεί το βολικό άλλοθι ούτε για απραξία ούτε για ράθυμη αδιαφορία. Οι πολίτες έχουν υποχρέωση να προστατεύουν τους εαυτούς τους και τους άλλους. Έχουν καθήκον να καθοδηγούνται από τους ειδικούς ιατρούς και όχι από τους ανεύθυνους δοκησίσοφους. Επιπλέον, ο κορωνοϊός δεν είναι το ψευδές άλλοθι για να παραμελούν άλλες πτυχές της υγείας τους, εφόσον οι εσωτερικές και οι εξωτερικές απειλές για την ανθρώπινη υγεία δεν εξέλιπαν άμα τη αφίξει του κορωνοϊού. Το όφελος της μειωμένης πιθανότητας λοίμωξης με το νέο κορωνοϊό, όταν δεν χρησιμοποιούνται οι υπηρεσίες υγείας, δεν αντισταθμίζεται από τη νοσηρότητα και τη θνητότητα, απότοκα της μη συμμόρφωσης με τις ιατρικές συστάσεις για το πλήρες φάσμα της νοσολογίας. Αυτή η αυταπόδεικτη αρχή έχει εφαρμογή και στην ενδοσκοπική πρακτική, όπως τονίζεται, μεταξύ άλλων, στο εξαιρετικά ενδιαφέρον και επίκαιρο άρθρο του τρέχοντος τεύχους για τις γαστρεντερικές εκδηλώσεις της νόσου COVID-19.

Η σφοδρότητα της πανδημίας με το νέο κορωνοϊό χρησιμοποιήθηκε ως άλλοθι από την Πολιτεία: συνεπεία τούτου, το δεύτερο κύμα της πανδημίας δεν αναχαιτίσθηκε. Η επιτυχής διαχείριση του πρώτου κύματος, την οποία επικροτήσαμε μέσω της στήλης αυτής, δεν αποτελεί δικαιολογία για την αδράνεια ή την καθυστέρηση. Η επίκληση δε της επαπειλούμενης οικονομικής δυσπραγίας είναι σαθρό επιχείρημα: διότι τελικά η ανεξέλεγκτη διασπορά του ιού παραλύει πρωτογενώς (λόγω κρουσμάτων) και δευτερογενώς (λόγω των μέτρων που λαμβάνονται κατεπείγοντως) την οικονομική δραστηριότητα. Ούτε ο αμήχανος μηρυκασμός των πρακτικών άλλων χωρών είναι άλλοθι: κάθε χώρα έχει τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες της, και οφείλει να αντιμετωπίσει τα ιδιάζοντα προβλήματά της λαμβάνοντάς τες σοβαρά υπόψη. Ούτε, τέλος, η εκτίμηση που δόθηκε κυοφορείτο για σχετικά ήπιο δεύτερο κύμα είναι άλλοθι, διότι η προορατική διακυβέρνηση οφείλει να είναι προετοιμασμένη για δυσοίωνες εξελίξεις.

Δυστυχώς, υπό το φόβο του πολιτικού κόστους, τα μέτρα απαγόρευσης ελήφθησαν καθυστερημένα. Δεν έγινε έγκαιρη καταγραφή των αναγκών του ΕΣΥ, ούτως ώστε να προσληφθεί ο απαιτούμενος αριθμός των ιατρών με ειδικότητες αιχμής. Αντ' αυτού, καλούνται εσπευσμένα ιδιώτες ιατροί να συνδράμουν στο δημόσιο σύστημα υγείας, χωρίς δομημένο πλάνο. Την ίδια ώρα που η ελληνική κοινωνία πληγώνεται με εκατό απώλειες την ημέρα, την ίδια στιγμή που η ελληνική ιατρική κοινότητα θρηνεί μέλη της που απεβίωσαν μαχόμενοι στο μέτωπο της φωτιάς τόσο στα Νοσοκομεία όσο και στα Ιατρεία, η ανεύθυνη συζήτηση για άμεση επιστροφή στη δραστηριότητα καλά κρατεί. Τα εξαγγελθέντα μέτρα δεν περιφρουρούνται. Τέλος, η Πολιτεία κωφεύει με αγνωμοσύνη και δεν συναισθάνεται την υποχρέωσή της να αποδώσει στους ιατρούς (που προσφέρουν σε εξαιρετικά επικίνδυνες συνθήκες, που αμεί-



Άρθρο Σύνταξης

βονται με συμβολικούς μισθούς, που αφιερώνονται ενσυνείδητα και ολόψυχα στην θεραπεία και την ανακούφιση των αρρώστων) τα δέοντα, αρκούμενη σε ανέξοδα χειροκροτήματα.

Η γαστρεντερολογική κοινότητα συνεχίζει να παραμένει στο ύψος των περιστάσεων. Η ενδοσκοπική δραστηριότητα, παρά την αναπόφευκτη μείωσή της, αντανάκλα το υψηλό επίπεδο των Ελλήνων γαστρεντερολόγων, όπως καταγράφεται στα άρθρα που αναφέρονται στην ενδοσκοπική αντιμετώπιση των παγκρεατικών συλλογών και στην ενδοσκοπική βλεννογονεκτομή. Επιπλέον, η ασφάλεια των ασθενών κατά την ενδοσκόπηση δεν περιορίζεται μόνο στην προφύλαξη από τον κορωνοϊό, αλλά και σε άλλους τομείς, επί παραδείγματι στην χημειοπροφύλαξη ως μέτρο πρόληψης της βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας και άλλων λοιμώξεων, όπως αναλύεται στο οικείο άρθρο. Παρά το υψηλό αίσθημα ευθύνης και την ενδοσκοπική ικανότητα, οι γαστρεντερολόγοι που ασκούν το λειτούργημά τους στον ιδιωτικό φορέα υγείας πλήττονται από ποικίλες ασφαλιστικές στρεβλώσεις. Για το λόγο αυτό, το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ, σε συνεργασία με τον ΠΙΣ, ανέλαβε πρωτοβουλία δράσης, για τη διεκδίκηση των αυτονόητων. Όπως αποτυπώνεται στην ανοικτή επιστολή που σας απευθύνει το ΔΣ στο παρόν τεύχος, στην πρωτοβουλία αυτή είστε συνοδοιπόροι και συναγωνιστές.

Τις ημέρες που τυπώνεται το τεύχος αυτό, κλείνουν ακριβώς 40 χρόνια από το θάνατο του πολύ σπουδαίου Ιατρού Ιωάννη Λυκούδη (16-12-1980). Του γιατρού με το ερευνητικό πνεύμα, που πρώτος απέδειξε κλινικά την λοιμώδη αιτιολογία του πεπτικού έλκους. Ο Ιωάννης Λυκούδης θα μπορούσε να είχε βραβευθεί με το βραβείο Nobel, εάν δεν συναντούσε μύρια εμπόδια, όπως γλαφυρά και διεισδυτικά μας αναλύει στην ιστορική στήλη η συνάδελφος κ. Ερασμία Κοίλιαρη, η οποία έχει μελετήσει και σκιαγραφήσει την ιατρική προσωπικότητα πολλών Ελλήνων Ιατρών του εικοστού αιώνα. Από τη θέση αυτή θέλω να ευχαριστήσω από ψυχής την κ. Κοίλιαρη, τόσο για την εμπειριστατωμένη εργασία της για τον Ιωάννη Λυκούδη όσο και γιατί ήταν προ έτους η γεννήτορας της ιδέας-πρότασης να εισαχθεί η ιστορική στήλη στην ανανεωμένη ύλη του περιοδικού μας. Τέλος, θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες, τόσο τις δικές μου όσο και της συγγραφέως, αφενός στον κ. Νικόλαο Λυκούδη, ιατρό, γιό του Ιωάννη Λυκούδη, για την ευγενική παραχώρηση της γραπτής μαρτυρίας του πατέρα του, αφετέρου στον ιατρό κ. Ευστάθιο Τσουκαλο, γενικό γραμματέα του ΙΣΑ, ο οποίος συνέδραμε με πολύτιμες πληροφορίες στη συγγραφή του αφιερώματος αυτού.

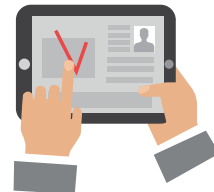
Το τεύχος που κρατάτε στα χέρια σας είναι το τελευταίο για το 2020. Η τρέχουσα ανησυχητική συγκυρία δεν μας επιτρέπει να επικοινωνήσουμε με χαρμόσυνο τόνο τα μηνύματα των γιορτινών ημερών των Χριστουγέννων και της πρωτοχρονιάς. Εν τούτοις, ο γεννηθείς Χριστός γεννά στην καρδιά μας την αυθεντική ελπίδα, από την οποία αντλούμε μηνύματα αισιοδοξίας για το επερχόμενο έτος. Για το 2021 προσβλέπουμε κατ' αρχάς στη δραστικότητα και στην ασφάλεια των εμβολίων για το νέο κορωνοϊό, με την προσδοκία να καταφέρουν να περιορίσουν την εξάπλωσή του, να μειώσουν τη σοβαρότητα προσβολής των νοσούντων και να συμπίεσουν δραστικά ή να εξαφανίσουν τους σχετιζόμενους θανάτους. Η προσδοκία αυτή δεν είναι φρούδα· προ ημερών δημοσιεύθηκε στο New England Journal of Medicine η πρώτη κλινική μελέτη με 43.548 συμμετέχοντες, η οποία έδειξε υψηλή αποτελεσματικότητα και ασφάλεια του mRNA εμβολίου BNT162b2 έναντι του COVID-19. Προσμένουμε από την Ελληνική Πολιτεία να αλλάξει, έστω και τώρα, γραμμή πλεύσης, ούτως ώστε να μετριάσει, στο μέτρο του δυνατού, τη βαρύτητα του τρίτου κύματος της πανδημίας, το οποίο βρίσκεται προ των πυλών. Αναμένουμε από τον πολίτη να επιδείξει σύνεση και υπευθυνότητα, περιορίζοντας, στο βαθμό που του αναλογεί, τη μεταδοτικότητα του κορωνοϊού. Ευελπιστούμε σε καλύτερες συνθήκες εργασίας για τους ιατρούς του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα υγείας. Αισιοδοξούμε να κατοχυρωθούν και να εφαρμοστούν στην πράξη όλες οι κατακτήσεις που επιτύχαμε το 2020 για την ειδικότητά μας. Τέλος, ευχόμαστε από καρδιάς να είσατε εσείς και οι οικογένειές σας υγιείς και να είμαστε όλοι και όλες σε θέση να γιορτάσουμε πανηγυρικά και χαρούμενα τις εορτές των Χριστουγέννων σε ένα έτος από σήμερα.

Χρόνια πολλά. Καλή χρονιά. Ευτυχισμένο το 2021!!!!

Νέα & Επίκαιρα

ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΔΣ ΤΗΣ ΕΠΕΓΕ

Σπύρος Βρακάς, Γαστρεντερολόγος, Πειραιάς



Με επιτυχία πραγματοποιήθηκε η διαδικτυακή επιστημονική εκδήλωση με θέμα «Καταστολή στην Ενδοσκόπηση», που διοργάνωσε η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδος στις 24 Οκτωβρίου 2020. Κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης παρουσιάστηκαν σύγχρονα θέματα σχετικά με την καταστολή και την ενδοσκόπηση. Θερμές ευχαριστίες στον πρόεδρο της οργανωτικής επιτροπής κ. Γρ. Πασπάτη για την άρτια οργάνωση και επιμέλεια της εκδήλωσης. Οι ομιλίες είναι αναρτημένες στο site της ΕΠΕΓΕ. Επίσης πραγματοποιήθηκε η τακτική ετήσια γενική συνέλευση. Παρουσιάστηκε ο απολογισμός των πεπραγμένων του τελευταίου έτους και συζητήθηκαν τα θέματα που απασχολούν τη Γαστρεντερολογική κοινότητα.

Ψηφίστηκε ο νόμος, που δίνει το δικαίωμα στους Γαστρεντερολόγους να συνταγογραφούν φάρμακα καταστολής κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης. Συγκεκριμένα, η φαιντανύλη και η μιδαζολάμη και τα αντίδοτα τους μπορούν πλέον να συνταγογραφούνται και να χορηγούνται για ήπιου και μέτριου βαθμού καταστολή. Το νόμο αυτό (4737/22-10-2020 – άρθρο 21) μπορείτε να τον βρείτε στο site της ΕΠΕΓΕ. Λόγω της έκτακτης κατάστασης που βιώνουμε με τον κορωνοϊό δεν έχουν ολοκληρωθεί ακόμα οι διαδικασίες, έτσι ώστε να εφαρμοστεί ο νόμος στην πράξη και να μπορούν όλοι οι συνάδελφοι Γαστρεντερολόγοι να προμηθεύονται τα φάρμακα αυτά.

Σας ενημερώνουμε ότι ολοκληρώθηκε η διαδικασία κοστολόγησης της εξέτασης για το γονότυπο της ηπατίτιδας C. Η συνταγογράφηση της πλέον πραγματοποιείται μέσω ΗΔΙΚΑ στο πεδίο «Βιοδείκτες».

Τέλος, πραγματοποιήθηκε το 40^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. Στις εκλογές που πραγματοποιήθηκαν, δυο μέλη από το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ, η κ. Παρασκευά Κωνσταντίνα και ο κ. Εμμανουήλ Θεόδωρος εκλέχθηκαν στο Ενδοσκοπικό τμήμα και στο διοικητικό συμβούλιο της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας αντίστοιχα.

Εκ μέρους του ΔΣ σας ευχόμαστε χρόνια πολλά με υγεία και ευτυχία το 2021!



Νέα & Επίκαιρα

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΕΓΕ ΜΕ ΘΕΜΑ: ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

Κωνσταντίνα Παρασκευά, Γαστρεντερολόγος, Αντιπρόεδρος της ΕΠΕΓΕ

Το Σάββατο 24 Οκτωβρίου 2020, πραγματοποιήθηκε η διαδικτυακή επιστημονική εκδήλωση της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδας (ΕΠΕΓΕ) με θέμα «ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ στην ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ».

Η διαδικτυακή εκδήλωση της ΕΠΕΓΕ έλαβε χώρα στο αμφιθέατρο της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας (ΕΓΕ), όπου παραβρέθηκαν με φυσική παρουσία όλα τα μέλη του ΔΣ και μεταδόθηκε διαδικτυακά ζωντανά μέσα από τον ιστότοπο της ΕΠΕΓΕ, www.epege.gr.

Την εκδήλωση παρακολούθησαν διαδικτυακά συνολικά 420 επαγγελματίες υγείας, εκ των οποίων τα 2/3 ήταν Γαστρεντερολόγοι.

Με στοχευμένες και πρακτικές διαλέξεις, δύο έμπειροι αναισθησιολόγοι κάλυψαν με άρτιο και ολοκληρωμένο τρόπο όλες τις παραμέτρους για τη βέλτιστη χρήση καταστολής, όπως την αξιολόγηση των ασθενών πριν την ενδοσκόπηση, ποιόν ασθενή ενδοσκοπούμε με ασφάλεια στο ιδιωτικό ιατρείο και ποιόν στο νοσοκομείο, σε ποιες περιπτώσεις πρέπει να υπάρχει πάντα αναισθησιολόγος, ποια η αναγκαία αναισθησιολογική υποδομή και ποιες οι απαραίτητες πιστοποιήσεις ιατρού και νοσηλεύτη.

Ακολούθησε ανασκόπηση όλων των υπαρχόντων κατευθυντήριων οδηγιών, από τις διεθνείς επιστημονικές εταιρείες κυρίως της ESGE, της ASGE και της BSG. Η παρουσίαση συνεχίστηκε με διάλεξη που αφορούσε το μέλλον της χορήγησης καταστολής στην ενδοσκόπηση από αναισθησιολόγο ή από γαστρεντερολόγο, με βάση οικονομοτεχνική ανάλυση των δύο πρακτικών, τα ασφαλιστικά συμβόλαια, την ιατρική αλλά και τη νομική ευθύνη.

Ιδιαίτερα πρωτότυπη και ωφέλιμη ήταν η διαδραστική συζήτηση με Εισαγγελέα Εφετών, επί αντιπροσωπευτικών νομικών σεναρίων, με σκοπό την ανάδειξη ενδεχόμενης αστικής ευθύνης.

Οι βιντεοσκοπημένες διαλέξεις διατίθενται αναρτημένες στον ανανεωμένο ιστότοπο της ΕΠΕΓΕ, με σκοπό την κατ' επίκληση παρακολούθηση.

(Ενημερωτικά σας πληροφορούμε ότι ο ιστότοπος της ΕΠΕΓΕ έχει αισίως 4.700 μοναδικούς επισκέπτες ανά μήνα).

Το Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΠΕΓΕ ευχαριστεί θερμά τον υπεύθυνο της επιστημονικής εκδήλωσης Γρηγόρη Πασπάτη, τις Αναισθησιολόγους Ειρήνη Χαινάκη και Μαρία Μανωλαράκη, τους Γαστρεντερολόγους Ιωάννη Στασινό και Αντώνη Κογεβίνα και την Εισαγγελέα Εφετών Μαρία Πολιτάκη.



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

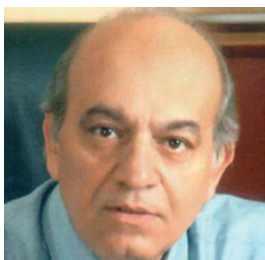
Σπύρος Γούλας, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα



Σε αυτό το τεύχος θα μου επιτρέψετε να πω ότι είμαι ιδιαίτερα χαρούμενος, γιατί φιλοξενώ ένα συνάδελφο που έχει τη δική του συμβολή και έχει δώσει το προσωπικό του στίγμα σε αυτό που ονομάζουμε Ελληνική Γαστρεντερολογία. Έχω όμως και μία συναισθηματική φόρτιση γιατί με το **Δημήτρη Σούτο** μας συνδέουν κοινά μονοπάτια και μνήμες προσώπων και χώρων δουλειάς. Το Δημήτρη, και ας με συγχωρήσει για τον ενικό, τον γνώρισα στον Ερυθρό Σταυρό όταν έκανα τη διετή μου εκπαίδευση στην Παθολογία και ήταν ένας από τους δύο τρεις γιατρούς που με «έσπρωξαν» να περάσω την πόρτα του Ιπποκράτειου για να μυηθώ στη Γαστρεντερολογία. Παθολόγος Γαστρεντερολόγος με γνώσεις, εμπειρία αλλά και...φρεσκάδα, ακούραστος με ότι καταπιανόταν, αλλά και φιλικός με τους νέους συναδέλφους... Μαζί με το νεότερο του Κώστα Γκούμα έδιναν ένα φρέσκο αέρα στην ενδοσκόπηση και τη Γαστρεντερολογία γενικότερα στο Νοσοκομείο του Ερυθρού Σταυρού στις αρχές της δεκαετίας του '90...

Κλείνοντας αυτή την εισαγωγή σας προτρέπω να διαβάσετε τις επόμενες γραμμές γιατί με το δικό του τρόπο ο Δημήτρης δίνει σημαντικά σημεία της δικής του πορείας αλλά και της πορείας της Γαστρεντερολογίας στη χώρα μας.

Και θα ξεκινήσω με **στοιχεία από το βιογραφικό του Δημήτρη Σούτου όπως ο ίδιος τα αποτύπωσε....**



Γεννήθηκα στην Αθήνα. Αποφοίτησα από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Έλαβα την ειδικότητα της Παθολογίας το 1984 και την ειδικότητα της

Γαστρεντερολογίας το 1986. Διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών το 1988.

Επιμελητής Β' στην Γαστρεντερολογική Κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου 1987-1989. Επιμελητής Α' στην Γαστρεντερολογική Κλινική του Νοσοκομείου του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, στην οποία έλαβα μετά από κρίση, το 2000, τη θέση του Συντονιστή Διευθυντή.

Μέλος της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας, διετέλεσα μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου, Ταμίας (1996), Γενικός Γραμματέας (1977 και 1978), και απλό μέλος του ΔΣ τη διετία 2003-2004.

Πρόεδρος του Ενδοσκοπικού Τμήματος της ΕΓΕ τη διετία 2000-2002, μέλος του Παγκρεατολογικού Τμή-

ματος, της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, της Ελληνικής Εταιρείας Ελλήνων Λογοτεχνών, της UEMS.

Έχω λάβει μέρος και έχω δημοσιεύσει περί τις 150 εργασίες – ανακοινώσεις, διετέλεσα βοηθός συντάκτου του περιοδικού της ΕΓΕ και υπεύθυνος της έκδοσης του Ενημερωτικού Δελτίου της ΕΓΕ.

Έχω συγγράψει τα βιβλία:

1. «*Η ιστορία μιας κλινικής. Στοιχεία από την ιστορία του Ιπποκράτειου Γεν. Νοσ Αθηνών. Η ιστορία της Κρατικής Παθολογικής. Διευθυντής (1965-1984) Παν. Κ. Πούγγουρας*» (1990).
2. «*Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία. Προσφορά και δράση 1952-1996*», κυκλοφόρησε στα πλαίσια του 16ου Πανελληνίου Συνεδρίου Γαστρεντερολογίας μου απενεμήθη το «**Αργυρούν Μετάλλιο**» της Εταιρείας.
3. «*Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία. Λεύκωμα οδοιπορικού 45 χρόνων, 1952-1997*», κυκλοφόρησε στα πλαίσια του 17ου Πανελληνίου Συνεδρίου Γαστρεντερολογίας.



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

4. «Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία. Χρονικό Πορείας και Έργου στον 20^ο αιώνα», το οποίο κατατέθηκε στην Ακαδημία Αθηνών (υπ' όψη της Τάξης Θετικών Επιστημών. ΑΠ. 64430/19-4-2001 σε δυο αντίτυπα) μαζί με φάκελο όλων των δραστηριοτήτων της Εταιρείας, προκειμένου η Εταιρεία να λάβει το βραβείο – έπαινο για τα 50 χρόνια από την ίδρυσή της, όπως κι έγινε επί Προεδρίας του Αντώνη Νάκου. Η Εταιρεία ομόφωνα μου απένειμε γι αυτό το «Αργυρούν Μετάλλιο μετά χρυσής κεφαλής».
5. «Δήμος Ταύρου. Σελίδες από την ιστορία του (1983)».
6. «Συμβολή των Ταυριωτών στον Εθνικοαπελευθερωτικό Αγώνα 1940-1945» (1993), για το οποίο έλαβα τιμητική διάκριση από τον Δήμο Ταύρου.
7. «Δρόμοι του Ταύρου, διάδρομοι γνώσης» (2005).
8. «Δήμος Ταύρου. Τοπογραφικές- Ιστορικές- Λαογραφικές σελίδες» Α' Τόμος, 1^ο τεύχος (2017).
9. «Η Σάμος και οι Σάμιοι στους Ελληνιστικούς και Ρωμαϊκούς χρόνους» (2019).

Δημοτικός Σύμβουλος 1978-1998, Πρόεδρος του Δημοτικού Συμβουλίου 1991-1992, Δήμαρχος 1999-2010 και συνεχίζω ως Δημοτικός Σύμβουλος στον Καλλικρατικό Δήμο Μοσχάτου Ταύρου, ως Πρόεδρος Δημοτικού Συμβουλίου, Αντιδήμαρχος – Αναπληρωτής Δήμαρχος, Ανεξάρτητος Δημοτικός Σύμβουλος.

Η ιατρική σου διαδρομή κινείται σε δύο άξονες ορόσημα: Νοσοκομεία Ιπποκράτειο και Ερυθρός Σταυρός. Θα ξεκινήσω από την περίοδο της... πρώτης νιότης και το Ιπποκράτειο. Θέλω σε λίγες γραμμές να μου σκιαγραφήσεις το χώρο όπως τον έζησες εργαζόμενος ως νέος γιατρός, κάνοντας φυσικά αναφορά στα πρόσωπα που έβαλαν τη δική τους σφραγίδα στην Ελληνική Γαστρεντερολογία ... με τρεις λέξεις ΚΡΑΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ...

Η θεά τύχη με φέρνει τριμηνίτη φοιτητή της Ιατρικής στην Κρατική Παθολογική Κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Αθηνών. Παίρνω τα πρώτα, κατ' ουσία, μαθήματα της κλινικής ιατρικής. Διευθυντής, επιμελητές, εσωτερικοί βοηθοί προσπαθούν να δώσουν το καλύτερο

εαυτό τους, να νοιώσουμε ότι και εμείς είμαστε ένα μέρος του προσωπικού της Κλινικής.

Ο Διευθυντής Παναγιώτης Πούγγουρας, οι επιμελητές του Κυριάκος Καρούτσος, Βασίλης Δημαράκης, Μελέτης Παπακωνσταντίνου, Αναστάσιος Δαριώτης Αμαλία Σταυρουλάκη – Τσαπάρα και Αικατερίνη Αρβανίτη, αλλά κι οι εσωτερικοί βοηθοί Κώστας Κέστης, Δημήτρης Αργυρόπουλος, Γιάννης Στενός κι άλλοι μας φωνάζουν με τα μικρά μας ονόματα, μας συμβουλεύουν και μας καθοδηγούν σε κάθε μας βήμα.

Αυτή την όμορφη ατμόσφαιρα θέλησα να ξαναζήσω, όταν αποφάσισα να ειδικευθώ στην Παθολογία. Η Κρατική Παθολογική έχει μεταφερθεί από το “υπόγειο” της πρόσοψης του κεντρικού κτιρίου στον 4^ο νεόδμητο όροφο, δωρεά του Γ. Μπακάλα και της γυναίκας του Μπέσους Μπακάλα - Hibbs. Η Κλινική στο νέο της χώρο διαθέτει επτά θαλάμους των πέντε κρεβατιών κι ιδιαίτερα δωμάτια για την ανάπτυξη του Βιοχημικού Εργαστηρίου, του Τμήματος Υπερήχων και του Ενδοσκοπικού Τμήματος. Βασικός στόχος της Κλινικής υπήρξε πάντα η σωστή διάγνωση και η υπεύθυνη νοσηλεία, σε συνδυασμό με την ταχύτερη δυνατή διακίνηση των ασθενών.

Από την ίδρυση της Κλινικής ιδιαίτερη έμφαση είχε δοθεί στη μελέτη των νόσων του **πεπτικού συστήματος**. Ήδη, από τις αρχές του 1966 εκτελούντο ειδικές εξετάσεις ελέγχου του πεπτικού, όπως βιοψίες ήπατος, υποτονικές δωδεκαδακτυλογραφίες και σπληναιοπυλαιογραφίες. Τον ίδιο χρόνο εκτελείται και η πρώτη λαπαροσκόπηση από τους Β. Δημαράκη και Κ. Καρούτσο με τον Διευθυντή Σύμβουλο Γαστρεντερολόγο του Νοσοκομείου Αθανάσιο Ζωγράφο. Ακολουθούν οι πρώτες δημοσιεύσεις και ανακοινώσεις γαστρεντερολογικών θεμάτων, μεταξύ των οποίων κι η πρώτη στον Ελληνικό χώρο μελετημένη παρουσίαση του «Συνδρόμου κακής απορροφής» επί 25 γαστρεκτομηθέντων» μετά από βιοψίες του λεπτού εντέρου με την κάψουλα CROSBY. Η δραστηριότητα της Κλινικής, επιστημονική και νοσηλευτική, γύρω από τα νοσήματα του πεπτικού, οδηγεί από τους



πρώτους μήνες της λειτουργίας της σε μια επίμονη προσπάθεια από τον Διευθυντή και τα στελέχη της για να δημιουργηθεί, στα πλαίσια της Παθολογικής Κλινικής, **Γαστρεντερολογική Μονάδα**, που θα ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της εποχής, ταυτόχρονα όμως θα έχει και τη δυνατότητα εκσυγχρονισμού.

Μέσα στο 1966 αναπτύσσονται το Ενδοσκοπικό Τμήμα και το Βιοχημικό Εργαστήριο για την εκτέλεση ειδικών εξετάσεων που επέτρεπαν την καλύτερη μελέτη των διαφόρων πεπτικών νόσων κι αργότερα το 1973 Τμήμα Υπερήχων για τον έλεγχο των οργάνων του πεπτικού συστήματος. Η ανάπτυξη των τμημάτων αυτών κι ιδιαίτερα του Τμήματος των Ενδοσκοπήσεων πρόσφερε στην Κλινική τη δυνατότητα για πλήρη άσκηση ιατρών στην ειδικότητα της Γαστρεντερολογίας. Έτσι, από τα τέλη του 1969 εμφανίζονται κι οι πρώτοι ειδικευόμενοι Γαστρεντερολόγοι της Κλινικής, Τάσος Εμμανουήλ, Κώστας Χριστόπουλος και Νίκος Ταβλαράκης.

Το Ενδοσκοπικό Τμήμα υπήρξε η πρώτη επιδίωξη της Κλινικής. Η οργάνωση και η λειτουργία του κι ιδιαίτερα ο εξοπλισμός και η στελέχωσή του έγιναν κατά τρόπο που να επιτρέπει την εκτέλεση των καθιερωμένων ενδοσκοπικών εξετάσεων αλλά και την παρακολούθηση των αλματωδών προόδων της ενδοσκόπησης του πεπτικού συστήματος. Κατά συνέπεια απαιτείτο συνεχής προσπάθεια, επίμονη από τον Διευθυντή Παναγιώτη Πούγγουρα και τον υπεύθυνο, τα πρώτα χρόνια της ίδρυσής του, Β. Δημαράκη, που ήταν ο πρωτεργάτης της δημιουργίας του. Μαζί του ήταν ο Κυριάκος Καρούτσος και ο Αναστάσιος Δαριώτης. Το τμήμα, πέραν από τις ορθοσκοπήσεις, κολονοσκοπήσεις και τις οισοφαγο – γαστρο – δωδεκαδακτυλοσκοπήσεις, που συμπληρώνονταν με τη φωτογράφιση των παρατηρουμένων βλαβών και τη λήψη υλικού για ιστολογική εξέταση, όσες φορές ήταν αναγκαίο, είχε και την ευθύνη για βιοψίες ήπατος, λεπτού εντέρου, λαπαροσκοπήσεις και για άλλες ειδικές εξετάσεις ως σπληνοπυλαιογραφίες, υποτονικές δωδεκαδακτυλογραφίες κ.α., που απαιτούσαν συνήθως τη συνεργασία κι άλλων τμημάτων του Νοσοκομείου. Όταν στο επιστημονικό προσωπικό της Κλινικής εντάχθηκε,

μετά την επάνοδό του από την Αμερική, ο επιμελητής Αντώνης Νάκος, το τμήμα δραστηριοποιήθηκε ακόμη περισσότερο και οργανώθηκε για την εκτέλεση και των πιο σύγχρονων εξετάσεων. **Ο Αντώνης Νάκος**, ειδικός Παθολόγος άριστος, Γαστρεντερολόγος πέραν του αρίστου, μετέφερε στους ειδικευόμενούς του Ιατρούς όλες τις γνώσεις της σύγχρονης ενδοσκόπησης. Δεν κράτησε τίποτα για τον εαυτό του, τα έδωσε όλα με ενδιαφέρον και ακούραστα.

Το Βιοχημικό Τμήμα οργανώνεται από τα πρώτα χρόνια της λειτουργίας της Κλινικής. Ο ειδικευμένος ιατρός Γ. Γεωργίου αναλαμβάνει πρώτος και εκτελεί τον ποσοτικό προσδιορισμό του λίπους των κοπράνων. Αργότερα με κύριο στόχο την αύξηση των διαγνωστικών δυνατοτήτων στα νοσήματα του πεπτικού εκτελούνται ειδικές εξετάσεις, όπως η δοκιμασία BSP, η δοκιμασία NORMOTEST, ο προσδιορισμός γ-GT, η δοκιμασία D-ξυλόζης, ο προσδιορισμός αμμωνίας, η ανίχνευση της λιποπρωτεΐνης LP-X και η μελέτη της γαστρικής έκκρισης. Από το 1975 το εργαστήριο οργανώνεται ακόμα περισσότερο υπό την εποπτεία της επιμελήτριας Αικ. Αρβανίτη και εκτελούνται πλέον σ' αυτό, με βάση τα σύγχρονα δεδομένα της εποχής, η λεπτομερής μελέτη της σύστασης της χολής, ο προσδιορισμός των χολικών αλάτων κ.α.

Το Τμήμα Υπερήχων άρχισε να λειτουργεί το 1973. Η ιδέα για την ανάπτυξή του ξεκίνησε όταν στο 1^ο Πανελλήνιο Γαστρεντερολογικό Συνέδριο το 1969 ο Α. Charbonnier μίλησε για την ηχοτομογραφία και τις εφαρμογές της στον έλεγχο των οργάνων του πεπτικού συστήματος. Ο Διευθυντής Παναγιώτης Πούγγουρας, αντιλαμβανόμενος τη χρησιμότητά της και την προοπτική για το μέλλον της εξέτασης αυτής στη διάγνωση των νόσων του πεπτικού συστήματος, επιτυγχάνει το 1972 τη μετάβαση του επιμελητού Αναστάσιου Δαριώτη σε ειδικά κέντρα του εξωτερικού (Γαλλία) προκειμένου να εκπαιδευτεί στην υπερηχοτομογραφία. Μετά την επιστροφή του τοποθετείται υπεύθυνος του νεοϊδρυθέντος Τμήματος Υπερήχων της Κλινικής, που συμβαίνει να είναι



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

το πρώτο ηχοτομογραφικό κέντρο που αναπτύχθηκε στην Ελλάδα, σε Κρατικό Νοσοκομείο. Ίσως την ίδια περίοδο να υπήρχαν ένα ή δυο ιδιωτικά στην περιοχή της Θεσσαλονίκης, ενώ λίγο αργότερα αναπτύχθηκε το υπό τον Α. Ηλιάδη στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Πειραιώς.

Κοντά στον Α. Δαριώτη ειδικεύθηκε και ασχολήθηκε συστηματικά και ο Κ. Κέστης του οποίου η προσφορά στο Τμήμα των Υπερήχων υπήρξε πολύ σημαντική.

Πως πέρασες από την Παθολογία στην αγκαλιά της Γαστρεντερολογίας, έρωτας η συνοικέσιο;

Από τα ανωτέρω διαπιστώνει κανείς πως για μένα το πέρασμα από την Παθολογία στη Γαστρεντερολογία δεν μπορεί να ήταν συνοικέσιο, αλλά αγάπη, έρωτας προς αυτή. Εξάλλου, η κατεύθυνση της Κλινικής που μαθήτευσα ως Παθολόγος, τα νοσήματα του πεπτικού συστήματος, κατείχαν την πρώτη θέση ελέγχου. Κι η αγάπη γίνηκε πιο δυνατή καθώς είχα την ιδιαίτερη τύχη, ως ασκούμενος, να βρεθώ δίπλα στον Αντώνη Νάκο, άνθρωπο - επιστήμονα που με απλοχεριά και χωρίς ιδιοτέλεια πρόσφερε τις γνώσεις του. Έτσι, μαζί με τον άνθρωπο αγάπησα και τη Γαστρεντερολογία. Ο Αντώνης Νάκος ήταν δάσκαλος, συνάμα φίλος και συνάδελφος.

Και από το 1989 στη πρώιμη φάση του ΕΣΥ Επιμελητής Α΄ στη Γαστρεντερολογική Κλινική στο Νοσοκομείο Ερυθρός Σταυρός... Πόσο εύκολη ήταν η μετάβαση στο νέο εργασιακό χώρο;

Με την ίδρυση του ΕΣΥ η Γαστρεντερολογική Μονάδα της Κρατικής Παθολογικής Κλινικής ενσωματώνεται στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα του Παθολογικού Τομέα του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, τη διεύθυνση του οποίου αναλαμβάνει ο Β. Δημαράκης. Ο ξαφνικός του θάνατος φέρει τον επιμελητή Αντώνη Νάκο, μετά από κρίση, στη θέση του Διευθυντού. Έτσι, βρίσκομαι ως Επιμελητής Β΄ του Γαστρεντερολογικού Τμήματος και πάλι πλάι στον Αντώνη Νάκο. Είναι μια νέα περίοδος γνώσης και εμπειρίας, που κρατά περισσότερο από δύο χρόνια και μου δίνει τη δυνατότητα να ανοίξω τα φτερά μου.

Μετά από κρίση καταλαμβάνω τη θέση του επιμελητή Α΄ στη Γαστρεντερολογική Κλινική του Νοσοκομείου του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, τη διεύθυνση της οποίας είχε ο Δημήτρης Κατσαρός. Η μετάβασή μου από το Ιπποκράτειο, στο οποίο είχα θητεύσει από διάφορες θέσεις επί μια δεκαετία περίπου, στο Νοσοκομείο του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, κατέστη εύκολη χάρις στην εγκάρδια και γεμάτη εμπιστοσύνη αποδοχή τόσο από τον Διευθυντή όσο και από το λοιπό ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Έγινε ακόμα πιο ευάρεστη, όταν στην κενωθείσα θέση ήλθε ο Κώστας Γκούμας που είχε ασκηθεί στην Γαστρεντερολογική Κλινική του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών με δάσκαλο τον Αντώνη Νάκο και στην οποία ήμουν κι εγώ Επιμελητής Β΄.

Θέλω να μας μιλήσεις στη συνέχεια για την ενασχόλησή σου με την Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία...

Με την Γαστρεντερολογική Εταιρεία είχα ασχοληθεί από τις αρχές της ένταξής μου σε αυτή, καθώς παρακολουθούσα όλες της δραστηριότητες της. Το 1996 εκλέχθηκα στο Διοικητικό Συμβούλιο κι έλαβα τη θέση του Ταμία με Πρόεδρο τον Κ. Αρβανιτάκη και Γ. Γραμματέα τον Παναγιώτη Δεληκάκη. Τότε γίνεται η πρώτη μου επαφή με τα αρχεία της Εταιρείας, τα οποία αξιοποιήθηκαν θέλησα να αξιοποιήσω. Συγγράφω το βιβλίο με τίτλο «**Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία. Προσφορά και δράση 1952-1996**», το οποίο κυκλοφορεί στα πλαίσια του 16ου Πανελληνίου Συνεδρίου Γαστρεντερολογίας, την Προεδρία του οποίου είχε ο Δημήτρης Καραμανώλης. Στο ίδιο Συνέδριο γίνεται και η 1^η Έκθεση Ιστορίας της Γαστρεντερολογικής Εταιρείας από την Επιτροπή Ιδρύσεως του Ιστορικού Μουσείου της ΕΓΕ (Δ. Σούτος, Φ. Τρυφωνίδης, Ηλ. Φωκάς). Για τη συμβολή μου στην καταγραφή του επιστημονικού έργου της Εταιρείας μου απονέμεται το «**Αργυρούν Μετάλλιο**».

Το επόμενο έτος, 1997, συγγράφω το βιβλίο με τίτλο «**Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία. Λεύκωμα οδοιπορικού 45 χρόνων, 1952-1997**», το οποίο εκδί-



δεται και χορηγείται στα μέλη της Εταιρείας στα πλαίσια του 17^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Γαστρεντερολογίας, την Προεδρία του οποίου είχε ο Αντώνης Νάκος. Ήδη έχω εκλεγεί στη θέση του Γ. Γραμματέα του Διοικητικού Συμβουλίου, Πρόεδρος του οποίου ήταν ο Ηλίας Μαλλάς. Παραμένω Γ. Γραμματέας και το επόμενο έτος 1998 με Πρόεδρο το Νίκο Ευγενίδη.

Το 2000, στα πλαίσια επετειακής εκδήλωσης του 20^{ου} Συνεδρίου, Πρόεδρος του οποίου ήταν ο Σπύρος Λαδάς, επιμελούμαι την παρουσία **21 posters, για κάθε ένα από τα είκοσι Πανελλήνια Συνέδρια Γαστρεντερολογίας και για το Συνέδριο της 1^{ης} Ενωμένης Ευρωπαϊκής Γαστρεντερολογικής Εβδομάδας, που είχε πραγματοποιηθεί στην Αθήνα το 1992**. Τα posters είχε συνοδεύσει ειδική έκδοση εφημερίδας η οποία και διανεμήθηκε στους Συνέδρους. Την περίοδο αυτή (2000-2001) διατελούσα Πρόεδρος της Τριμελούς Επιτροπής του Ενδοσκοπικού Τμήματος

Το 2001 συγγράφω το βιβλίο με τίτλο **«Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία. Χρονικό Πορείας και Έργου στον 20^ο αιώνα»**, το οποίο κατατίθεται στην Ακαδημία Αθηνών (**υπ' όψη της Τάξης Θετικών Επιστημών. ΑΠ. 64430/19-4-2001 σε δυο αντίτυπα**) μαζί με φάκελο όλων των δραστηριοτήτων της Εταιρείας, προκειμένου η Εταιρεία να λάβει βραβείο - έπαινο για τα 50 χρόνια από την ίδρυσή της, όπως κι έγινε επί Προεδρίας του Αντώνη Νάκου. **Η Εταιρεία ομόφωνα μου απένειμε το «Αργυρούν Μετάλλιο μετά χρυσής κεφαλής».**

Τέλος στη διάρκεια της θητείας μου στο Διοικητικό Συμβούλιο βοήθησα τα μέγιστα στην ολοκλήρωση των εργασιών του κτιρίου της ΕΓΕ, τα εγκαίνια του οποίου έγιναν στις 26 Νοεμβρίου 1998, επί Προεδρίας Νίκου Ευγενίδη.

Αν σου ζητούσα να καταγράψεις σημεία που θεωρείς θετικά εκείνη την περίοδο στη λειτουργία της ΕΓΕ...

Θα έλεγα με λίγα λόγια ότι στα χρόνια αυτά έγιναν

σπουδαία και σημαντικά πράγματα, μεταξύ των οποίων ήταν η κατασκευή – επισκευή του κτιρίου της ΕΓΕ, η απόκτηση ιδιόκτητης στέγης για το Τμήμα της Βορείου Ελλάδος, η αξιοποίηση των Τμημάτων της ΕΓΕ, ώστε αυτά να έχουν καθοριστικό λόγο στην εκπαίδευση των νέων Γαστρεντερολόγων, η αύξηση των υποτροφιών προς τους νέους συναδέλφους για μετεκπαίδευση εντός και εκτός Ελλάδος, προτάσεις προς το ΚΕΣΥ για την εφαρμογή ενιαίου προγράμματος εκπαίδευσης ειδικευομένων ιατρών στην ειδικότητα της Γαστρεντερολογίας, το περιοδικό της ΕΓΕ άλλαξε, έγινε αγγλόφωνο, με παρουσία ξένων συγγραφέων, εκδόθηκε το Ενημερωτικό Δελτίο της ΕΓΕ, που σήμερα επάξια συνεχίζεται από το περιοδικό της ΕΠΕΓΕ **«Ενδοσκοπήσεις»** κ.α.

Για όλα τα ανωτέρω σημαντική υπήρξε η προσφορά των Γραμματέων της ΕΓΕ, της Μαρίας Γεναδοπούλου και της Κωνσταντίνης Ντζόγια, που πολλές φορές για να φέρουμε σε πέρας πολλά εκ των αναφερθέντων ξεπερνούσαμε τα 10ωρα συνεργασίας. Ένα μεγάλο ευχαριστώ.

Θα σχολιάσω επίσης ως σημαντικότερο γεγονός την τροποποίηση του καταστατικού, σύμφωνα με το οποίο γινόταν η ανανέωση του Διοικητικού Συμβουλίου κάθε χρόνο με την είσοδο νέων μελών σ' αυτό και την ανάδειξη του Προέδρου για ένα έτος με την υποχρέωση να μη μπορεί να εισέλθει εκ νέου στο Διοικητικό Συμβούλιο. Βέβαια αυτό ήταν την εποχή αυτή το ζητούμενο. Δεν αναφέρομαι στα γεγονότα. Σήμερα όμως που πιστεύω ότι έχουν αλλάξει τα πράγματα μια νέα τροποποίηση θα ήταν καλή.

Και θέματα που δεν προχώρησαν αν και έπρεπε...

Δεν έχω να προσθέσω κάτι που έπρεπε να γίνει και δεν έγινε...

Από μια πρώτη συζήτηση που κάναμε έμαθα ότι είχες καθοριστικό ρόλο στο ξεκίνημα της ΕΠΕΓΕ και θέλω να μας μιλήσεις στη συνέχεια γι' αυτό...

Η ΕΠΕΓΕ απέκτησε νομική υπόσταση με την εγγραφή



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

της στο βιβλίο Σωματείων (Α.Μ. 21343), στις 20 Ιουλίου 1997. Ο αποκλειστικός σκοπός της Ένωσης είναι η προάσπιση των επαγγελματικών συμφερόντων των Ελλήνων Γαστρεντερολόγων, σύμφωνα με τις κατευθύνσεις της UEMS στα πλαίσια πάντα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το καταστατικό συνετάχθη με βάση το υπόδειγμα του ΠΙΣ και προτάθηκε Διοικούσα Επιτροπή από πέντε τέως Προέδρους της ΕΓΕ. Με βάση το άρθρο 20 του εγκριθέντος καταστατικού της, μέχρι την εκλογή του πρώτου Διοικητικού Συμβουλίου, η οποία θα έπρεπε να γίνει το βραδύτερο μέσα σε 6 μήνες από την ημερομηνία της αναγνώρισής της, καθήκοντα Δ.Σ. θα εκτελούσε η Διοικούσα Επιτροπή, την οποία αποτελούσαν ο Πρόεδρος Κυριάκος Καρούτσος, με μέλη τους Χαράλαμπο Βυσσούλη, Αθανάσιο Ζωγράφο, Θεμιστοκλή Καναγκίνη και Ορέστη Μανούσο. Η επιτροπή αυτή σε συνεργασία με τον Γ. Γραμματέα της ΕΓΕ (Δ. Σούτο) προχώρησε στην εκτύπωση του καταστατικού της σε ειδικό τεύχος (επιμέλεια του ίδιου Γ. Γραμματέα), το οποίο απεστάλη στα μέλη της ΕΓΕ, μαζί με την αίτηση εγγραφή τους.

Το πρώτο Διοικητικό Συμβούλιο (1999-2001) απαρτίσθηκε, μετά από τις εκλογές, από τον Αντώνη Νικολάου Πρόεδρο, Νίκο Νικολόπουλο Αντιπρόεδρο, Γεώργιο Τριανταφύλλου Γεν. Γραμματέα, Μανώλη Μερικά Ειδικό Γραμματέα, Αντώνη Ζερβακάκη Ταμία και μέλη τους Νίκο Σκανδάλη και Δ. Σούτο.

Να περάσουμε τώρα στην άλλη σου αγάπη κάτι σαν γυναίκα και...ερωμένη, στην Τοπική Αυτοδιοίκηση που αφιέρωσες σημαντικό μέρος των δυνάμεών σου. Σε θυμάμαι αρχικά σαν υποψήφιο στη σκιά του παλιού Δημάρχου, νομίζω του Βακαλόπουλου, και αργότερα σαν Δήμαρχο επί χρόνια του αγαπημένου σου τόπου του Ταύρου. Δώσε μας ο ίδιος ελεύθερα ένα περίγραμμα του αυτοδιοικητικού Δημήτρη Σούτου...

Είναι όπως τα λες. Στην Τοπική Αυτοδιοίκηση έχω μια πορεία 42 ετών και συνεχίζω. Αγάπησα και αγαπώ τον τόπο μου και αυτό το έδειξα με τη συμμετοχή μου

στα Διοικητικά Συμβούλια ως Πρόεδρος, Γραμματέας, Αντιδήμαρχος, Δήμαρχος, αλλά και με τη συγγραφή τεσσάρων βιβλίων με θετικές βιβλιοκρισίες. «Δήμος Ταύρου. Σελίδες από την ιστορία του» (1983), «Συμβολή των Ταυριωτών στον Εθνικοαπελευθερωτικό Αγώνα 1940-1945» (1993), για το οποίο έλαβα τιμητική διάκριση από τον Δήμο, «Δρόμοι του Ταύρου, διάδρομοι γνώσης» (2005) Δήμος Ταύρου. «Τοπογραφικές- Ιστορικές- Λαογραφικές σελίδες», Α΄ Τόμος, 1^ο τεύχος (2017).

Είναι ο δήμαρχος πράγματι ο τοπικός Πρωθυπουργός στην επικράτειά του...

Όχι βέβαια. Ο Δήμαρχος εκτελεί τις αποφάσεις του Δημοτικού Συμβουλίου, που είναι το ανώτερο όργανο του Δήμου και πετυχαίνει όταν έχει καλούς συνεργάτες και δεν είναι αλαζόνας. Γιατί πρέπει να ξέρει, **σύμφωνα με τον Αγάθωνα**, ότι διοικεί σύμφωνα με τους νόμους (έννομος), διοικεί ανθρώπους (ανθρώπινος) και δεν θα διοικεί πάντα (είναι δανεικός).

Αν είχες τη δυνατότητα να κάνεις αλλαγές στο θεσμό της Αυτοδιοίκησης τι θα άλλαζες;

Πολλές, άστο.

Πως τοποθετείσαι στην πρόταση που έχει κατά καιρούς διατυπωθεί ότι θα πρέπει η Υγεία να περάσει, μαζί φυσικά με τους ανάλογους πόρους, στην αρμοδιότητα της Αυτοδιοίκησης δημοτικής και περιφερειακής;

Ναι τουλάχιστον η πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αυτό όμως αποτελεί ιδιαίτερο θέμα που θέλει πολύ συζήτηση και υπερβαίνει τα στενά πλαίσια της δικής μας συνέντευξης.

Την ώρα που γράφονται αυτές οι γραμμές μάλιστα η πανδημία του κορωνοϊού, είναι σε ισχύ περιοριστικά μέτρα και υπάρχει καθημερινό δελτίο νέων κρουσμάτων διασωληνωμένων και θανάτων. Το σύστημα υγείας δοκιμάζεται σοβαρά και η οικονομική ζωή στραγγαλίζεται στο βωμό της διαφύλαξης της δημόσιας Υγείας. Πιστεύεις ότι από

Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ



αυτή τη δοκιμασία θα βγει κερδισμένο το Δημόσιο σύστημα Υγείας;

Ναι, γιατί φάνηκε περίτρανα ότι όλο βάρος της ιατρικής παροχής το σήκωσε ο Δημόσιος Τομέας.

Δυστυχώς αγαπητέ Δημήτρη όσο και αν είσαι καθηλωτικός στις πληροφορίες και γλαφυρός στην περιγραφή ο χώρος της στήλης έχει περιορισμούς τους οποίους μάλλον έχω ήδη υπερβεί, με την ανοχή του Διευθυντή Σύνταξης αλλά θεωρώ ότι άξιζε πραγματικά να συμβεί αυτό...Θέλω να σε ευχαριστήσω για όλο αυτό και ιδι-

αίτερα για την προσφορά σου στη Γαστρεντερολογική κοινότητα...

Και για να κλείσουμε θέλω να στείλεις το δικό σου μήνυμα στο νέο Έλληνα Γαστρεντερολόγο...

Υπάρχουν σήμερα σπουδαία κέντρα εκπαίδευσης. Θα πρέπει να δράσουν της ευκαιρίας. Εξάλλου, ο Έλληνας ιατρός είναι φιλότιμος, εργατικός κι όταν θέλει γίνεται σπουδαίος. Ο κάθε Γαστρεντερολόγος, όπως και κάθε ιατρός πρέπει να γνωρίζει αυτό που λέγεται, ότι **«εσύ να κάνεις πηδήματα καγκουρό κι η ιατρική σημειωτόν δεν την προλαβαίνεις»**. Αυτό σημαίνει συνεχής ενημέρωση.



Ενδοσκοπικό θέμα

ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ

Στρατηγάκος Ελευθέριος, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Καρούμπαλης Ιωάννης, Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Αθήνα

Ντελής Βασίλειος, Γαστρεντερολόγος, Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ, Αθήνα

Η οξεία παγκρεατίτιδα αποτελεί συχνή κλινική οντότητα για τους επαγγελματίες υγείας και την πιο συνήθη αιτία νοσοκομειακής νοσηλείας από τις παθήσεις του πεπτικού. Η ετήσια επίπτωσή της στις Ηνωμένες Πολιτείες υπολογίζεται σε 4,9-35/100.000 άτομα, με τη συχνότητά της να εμφανίζει αυξητικές τάσεις παγκοσμίως εξαιτίας της παχυσαρκίας και της χολολιθίας, ενώ το κόστος για την αντιμετώπιση της διαμορφώνεται στα 2,6 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. Αν και στην πλειονότητα των περιπτώσεων (80%) η πορεία της είναι καλοήγη, εντούτοις ένα 20% των ασθενών θα αναπτύξουν οξεία νεκρωτική παγκρεατίτιδα, η οποία επιπλέκεται σε σημαντικό ποσοστό με πολυοργανική ανεπάρκεια (38%) και με ανάγκη παρέμβασης (40%). Η θνησιμότητα αγγίζει το 5%, με τα ποσοστά για τη διάμεση οιδηματώδη και τη νεκρωτική να διαμορφώνονται στο 3% και 17% αντίστοιχα.

Τα πιο συνήθη **αίτια** οξείας παγκρεατίτιδας είναι η χολολιθίαση (40-70%) και η κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης (25-35%). Λιγότερο συνήθη είναι η πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής υπερτριγλυκεριδαιμία (1-4%), λοιμώδεις παράγοντες, φάρμακα, μεταβολικά αίτια, η μετά από ERCP παγκρεατίτιδα και οι χωροκατακτητικές εξεργασίες. Στην περίπτωση που το αίτιο δεν ανευρίσκεται μετά από πλήρη απεικονιστικό και εργαστηριακό έλεγχο, η οξεία παγκρεατίτιδα χαρακτηρίζεται ιδιοπαθής και συνήθως οφείλεται σε ανατομικές παραλλαγές και διαταραχές της φυσιολογίας του αδένα.

Η **διάγνωση** της οξείας παγκρεατίτιδας τίθεται με την παρουσία δύο εκ των εξής τριών κριτηρίων:

1. κοιλιακό άλγος συμβατό με τη νόσο,
2. τιμή αμυλάσης ή λιπάσης ορού υψηλότερη της τριπλάσιας του ανώτερου φυσιολογικού,
3. χαρακτηριστικά ευρήματα από την απεικόνιση της κοιλιάς.

Μορφολογικά, η οξεία παγκρεατίτιδα διακρίνεται σε

οξύ διάμεσο οιδηματώδη τύπο και σε οξύ νεκρωτικό.

Διάμεση οιδηματώδης παγκρεατίτιδα: οξεία παρεγχυματική παγκρεατική και περιπαγκρεατική φλεγμονή, χωρίς αναγνωρίσιμη ιστική νέκρωση.

Νεκρωτική παγκρεατίτιδα: φλεγμονή με παρεγχυματική παγκρεατική ή/και περιπαγκρεατική νέκρωση ή/και μονήρη εξωπαγκρεατική νέκρωση.

Σε σχέση με τη **βαρύτητα**, η οξεία παγκρεατίτιδα διακρίνεται σε:

- Ήπια : απουσία δυσλειτουργίας οργάνων, τοπικών και συστηματικών επιπλοκών,
- Μέτρια: απουσία ή παροδική (λιγότερο των 48 ωρών) δυσλειτουργία οργάνων ή/και τοπικές επιπλοκές,
- Βαριά: επίμονη (άνω των 48 ωρών) δυσλειτουργία οργάνων.

Η υπολογιστική τομογραφία (CT) κοιλιάς με ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας αποτελεί την εξέταση εκλογής, όχι μόνο για τη διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας, αλλά και για την εκτίμηση της νέκρωσης, την αναγνώριση των επιπλοκών και την παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου. Η μαγνητική τομογραφία (MRI) παγκρέατος, αποτελεί εναλλακτική εξέταση, αν υπάρχει αντένδειξη στη χορήγηση σκιαγραφικού για την πραγματοποίηση της αξονικής τομογραφίας. Δεδομένου ότι η έκταση της παγκρεατικής και περιπαγκρεατικής νέκρωσης αποκαλύπτεται πλήρως μετά την πάροδο τουλάχιστον 72 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων, η διενέργεια CT ή MRI δεν συνιστάται ως ρουτίνα κατά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο, εκτός από την περίπτωση στην οποία η διάγνωση είναι αμφίβολη.

Συχνά η οξεία παγκρεατίτιδα επιπλέκεται με την ανάπτυξη συλλογών. Οι συλλογές αυτές κατατάσσονται με βάση τα αναθεωρημένα κριτήρια της Ατλάντα του 2012.



Στην οιδηματώδη παγκρεατίτιδα παρουσιάζονται:

1. **Η οξεία περιπαγκρεατική συλλογή (APFC)** : περιπαγκρεατικό υγρό που παρουσιάζεται εντός τεσσάρων εβδομάδων από την έναρξη διάμεσης οιδηματώδους παγκρεατίτιδας. Οι συλλογές αυτές δεν εμφανίζουν σαφώς καθορισμένο τοίχωμα και συνήθως παραμένουν ασυμπτωματικές. Η πλειονότητά τους υποχωρεί εντός 7-10 ημερών και μόνο το 6,8% παραμένουν πέραν των τεσσάρων εβδομάδων και οργανώνονται σε παγκρεατικές ψευδοκύστεις.
2. **Η παγκρεατική ψευδοκύστη**: περιχαρακωμένη συλλογή υγρού, με σαφώς καθορισμένο φλεγμονώδες τοίχωμα συνήθως εκτός του παγκρέατος, με ελάχιστη ή καθόλου νέκρωση. Παρουσιάζεται μετά τις 4 πρώτες εβδομάδες από την έναρξη της οιδηματώδους παγκρεατίτιδας.

Η νεκρωτική παγκρεατίτιδα μπορεί να επιπλακεί από τις ακόλουθες συλλογές:

1. **Οξεία νεκρωτική συλλογή (ANC)**: συλλογή που περιέχει τόσο υγρό όσο και νεκρώματα, σχετιζόμενη με νεκρωτική παγκρεατίτιδα. Η νέκρωση μπορεί να αφορά το παγκρεατικό παρέγχυμα ή/και τους περιπαγκρεατικούς ιστούς και στερείται καθορισμένου τοιχώματος.
2. **Ωριμη συλλογή παγκρεατικών ή/και περιπαγκρεατικών νεκρωμάτων (WON)**: περιλαμβάνονται συλλογές με σαφώς αφοριζόμενο φλεγμονώδες τοίχωμα. Παρουσιάζονται συνήθως > 4 εβδομάδες από την έναρξη νεκρωτικής παγκρεατίτιδας.

Η διαχείριση των περιπαγκρεατικών συλλογών έχει εξελιχθεί σημαντικά με τη πάροδο του χρόνου. Η πλειονότητα των **οξείων παγκρεατικών συλλογών** (APFC- ANC) δεν απαιτεί παρέμβαση και συνήθως η συντηρητική αντιμετώπιση με διατροφική υποστήριξη και χορήγηση αντιβιοτικών (επί ενδείξεων) αρκεί για την υποχώρησή τους. Από τις **χρόνιες περιπαγκρεατικές συλλογές** (Ψευδοκύστη – WON, walled-off-necrosis) οι ασυμπτωματικές επίσης δε χρήζουν παρέμβασης καθώς η συντηρητική αντιμετώπισή τους αρκεί.

Ένδειξη παροχέτευσης περιπαγκρεατικής συλλογής αποτελεί μόνο η εμφάνιση συμπτωμάτων ή επιπλοκών. Συγκεκριμένα, η εμφάνιση συμπτωμάτων γαστρικής απόφραξης, απόφραξης χοληφόρων, η πίεση αγγειακών σχηματισμών, το επίμονο κοιλιακό άλγος ή η επιμόλυνση της συλλογής (σπανιότερα στις ψευδοκύστεις, συχνότερα στις WON με τη χαρακτηριστική ακτινολογική εικόνα της ύπαρξης φυσαλίδων αέρα εντός της κοιλότητας) αποτελούν ενδείξεις παροχέτευσης. Σημειώνεται ότι το μέγεθος μόνο δεν αποτελεί ένδειξη για παροχέτευση περιπαγκρεατικής συλλογής.

Η παροχέτευση των συμπτωματικών συλλογών μπορεί να επιτευχθεί χειρουργικά, διαδερμικά ή ενδοσκοπικά.

Παροχέτευση Ψευδοκύστης

Χειρουργική αντιμετώπιση

Πραγματοποιείται είτε λαπαροσκοπικά είτε ανοιχτά και περιλαμβάνει τη δημιουργία αναστόμωσης μεταξύ της ψευδοκύστης και του στομάχου ή του λεπτού εντέρου. Ιστορικά αποτελούσε αποτελεσματική μέθοδο, με δημοσιευμένα ποσοστά υποτροπής μεταξύ 2,5% -5%, αλλά με ποσοστά επιπλοκών να αγγίζουν το 30% σε ορισμένες μελέτες. Πλέον, δεν αποτελεί θεραπευτική επιλογή 1^{ης} γραμμής, καθώς προκρίνονται μέθοδοι ελάχιστα επεμβατικές (ενδοσκοπικά ή διαδερμικά) που παρουσιάζουν παρόμοια τεχνική επιτυχία.

Διαδερμική παροχέτευση

Περιλαμβάνει την τοποθέτηση διαδερμικού καθετήρα υπό CT ή U/S. Οι αρχικές μελέτες που συνέκριναν τη χειρουργική με τη διαδερμική παροχέτευση διαπίστωσαν ότι και οι δύο ήταν εξίσου αποτελεσματικές, με τις πιο πρόσφατες όμως να δείχνουν υπεροχή της διαδερμικής προσέγγισης ακόμη και σε επίπεδο θνησιμότητας. Σε σύγκριση με την ενδοσκοπική παροχέτευση, εμφανίζει εφάμιλλα ποσοστά επιτυχίας, όμως η ενδοσκοπική τεχνική υπερτερεί αναφορικά με την ανάγκη εκ νέου παρέμβασης και τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο.



Ενδοσκοπικό θέμα

ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ

Ενδοσκοπική παροχέτευση

Πραγματοποιείται πλέον με τη χρήση ενδοσκοπικού υπερήχου (EUS). Με το υπερηχοενδοσκόπιο καθίσταται δυνατή η παροχέτευση συλλογών που δεν προβάλλουν εντός του γαστρικού αυλού, αναγνωρίζονται οι αγγειακές δομές που παρεμβάλλονται μεταξύ της ψευδοκύστης και του σημείου προσέγγισης/παροχέτευσης, ενώ τέλος εξακριβώνεται η ύπαρξη ή όχι νεκρωτικού υλικού εντός της συλλογής. Η παροχέτευση των ψευδοκύστεων μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με πλαστικά είτε με αυτοεκτεινόμενες μεταλλικές ενδοπροθέσεις (stent) πλήρους επικάλυψης με διευρυμένα άκρα (LASEMS, lumen-apposing self-expandable metallic stent) (εικ. 1). Συγκριτικά,

οι προαναφερθείσες ενδοπροθέσεις δεν εμφανίζουν διαφορά όσον αφορά στα ποσοστά τεχνικής επιτυχίας και επιπλοκών και ως εκ τούτου οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν τη χρήση πλαστικών stent λόγω κόστους. Σημειώνεται βέβαια ότι τα LASEMS απαιτούν σαφώς λιγότερο χρόνο για την τοποθέτησή τους, η οποία πραγματοποιείται σε ένα βήμα και με μεγαλύτερη τεχνική ευκολία.

Παροχέτευση ώριμης συλλογής παγκρεατικών ή/και περιπαγκρεατικών νεκρωμάτων (WON)

Όπως και στη παροχέτευση ψευδοκύστεων, οι ελάχιστες επεμβατικές μέθοδοι προκρίνονται λόγω μειωμένων ποσοστών θνησιμότητας και επιπλοκών.

Χειρουργική αντιμετώπιση

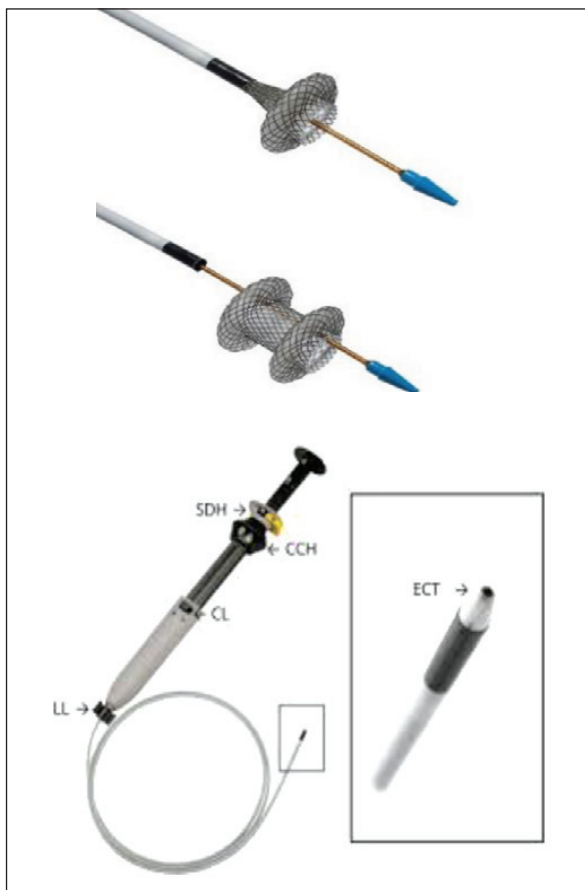
Η ανοικτή χειρουργική παρέμβαση υπήρξε ιστορικά η θεραπεία για τις WON. Εμφανίζει υψηλή νοσηρότητα (34% έως 95%), σημαντικά ποσοστά θνησιμότητας (6% έως 25%) και πληθώρα επιπλοκών όπως πολυοργανική ανεπάρκεια, διάτρηση, λοιμώξεις τραύματος, αιμορραγία, χρόνια συρίγγια.

Διαδερμική παροχέτευση

Η διαδερμική παροχέτευση περιλαμβάνει τη τοποθέτηση καθετήρα στη συλλογή υπό CT. Εν συνεχεία τοποθετούνται παροχετεύσεις, μέσω των οποίων πραγματοποιούνται πλύσεις.

Το ποσοστό επιτυχίας (ορίζεται ως επιβίωση χωρίς την ανάγκη για πρόσθετη χειρουργική νεκροσεκτομή), κυμαίνεται από 35%-84%, με τα ποσοστά θνησιμότητας να διαμορφώνονται στο 5,6%-34% και της νοσηρότητας στο 11%-42%. Οι επιπλοκές αφορούν ως επί των πλείστων παγκρεατο-δερματικά και παγκρεατοεντερικά συρίγγια, που εμφανίζονται σε ποσοστό έως και 20%.

Πλέον η διαδερμική παροχέτευση χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική μέθοδος της ενδοσκοπικής ή χειρουργικής παροχέτευσης.



Εικόνα 1. HOT AXIOS



Ενδοσκοπική παροχέτευση

Η ενδοσκοπική τεχνική παροχέτευση της WON πραγματοποιείται υπό EUS. Οι απαραίτητες προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται για την παροχέτευση οποιασδήποτε χρόνιας παγκρεατικής συλλογής (ψευδοκύστη-WON) με την ενδοσκοπική μέθοδο είναι:

1. η ακεραιότητα του παγκρεατικού πόρου
2. η απόσταση μεταξύ της συλλογής και του σημείου προσέγγισης/παρακέντησης να είναι έως 10mm.

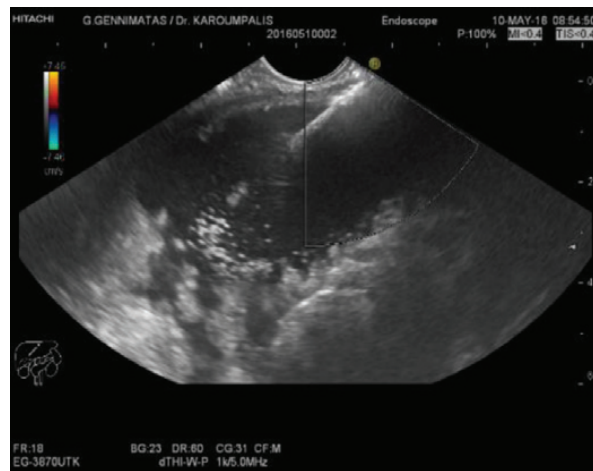
Πλέον, χρησιμοποιούνται μεταλλικά αυτοεκτεινόμενα stent πλήρους επικάλυψης με διευρυμένα άκρα (LASEMS). Οι ενδοπροθέσεις αυτές είναι πλήρως επικαλυμμένες, τα άκρα τους είναι διευρυμένα με αποτέλεσμα να μειώνεται ο κίνδυνος μετανάστευσης, διαθέτουν ειδικό άκρο ηλεκτροκαυτηρίασης που επιτρέπει την τοποθέτησή τους σε ένα βήμα ενώ η μεγαλύτερη διάμετρος του αυλού τους (10-15-20mm), επιτρέπει τη δίοδο ενδοσκοπίου εντός της νεκρωτικής κοιλότητας και τον άμεσο καθαρισμό αυτής.

Τα βήματα τοποθέτησης περιλαμβάνουν αρχικά τον έλεγχο και τη μελέτη της συλλογής, την επιλογή του σημείου προσέγγισης (access point), και τον αποκλεισμό ύπαρξης αγγειακών σχηματισμών (έλεγχος με doppler) κατά τη διαδρομή που θα τοποθετηθεί η ενδοπρόθεση. Ακολούθως, πραγματοποιείται εισαγωγή του καθετήρα εντός της συλλογής χρησιμοποιώντας pure cut ρεύμα 100Watt (εικ. 2). Πρώτα απελευθερώνεται το εσωτερικό άκρο του stent εντός της συλλογής (εικ. 3) και εν συνεχεία, μετά την απόσυρση του καθετήρα, απελευθερώνεται το εξωτερικό άκρο του stent υπό υπερηχοενδοσκοπικό έλεγχο (εικόνες 4 - 5). Με τον παραπάνω τρόπο επιτυγχάνεται η επικοινωνία της WON με τον πεπτικό σωλήνα μέσω του LASEM (εικ. 5). Ακολούθως, διαμέσου της ενδοπρόθεσης είναι εφικτή η προώθηση συμβατικού γαστροσκοπίου εντός της νεκρωτικής συλλογής και ο άμεσος καθαρισμός αυτής (necrosectomy). Απαιτείται συνήθως διαστολή του stent με τη χρήση μπαλονιού, ώστε να επιτευχθεί η πλήρης

διαστολή και απρόσκοπτη δίοδος του ενδοσκοπίου εντός της WON (εικ 6 - 9).

Ενδοσκοπική νεκροσεκτομή

Προς το παρόν δεν υπάρχει ομοφωνία για τον τρόπο και τα μέσα που χρησιμοποιούνται, αλλά και ούτε για το μεσοδιάστημα μεταξύ των συνεδριών νεκροσεκτομής. Η συνηθέστερη μέθοδος για τη διάσπαση των νεκρωμάτων είναι οι πλύσεις με διάλυμα NaCl 0,9% και ακολούθως η αφαίρεση του νεκρωτικού ιστού με λαβίδες βιοψίας, με



Εικόνα 2.

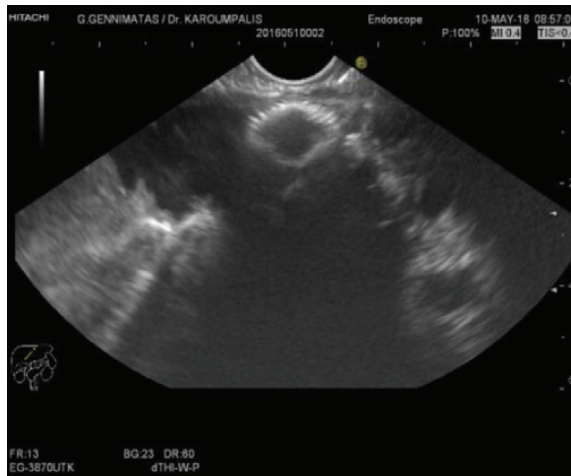


Εικόνα 3.

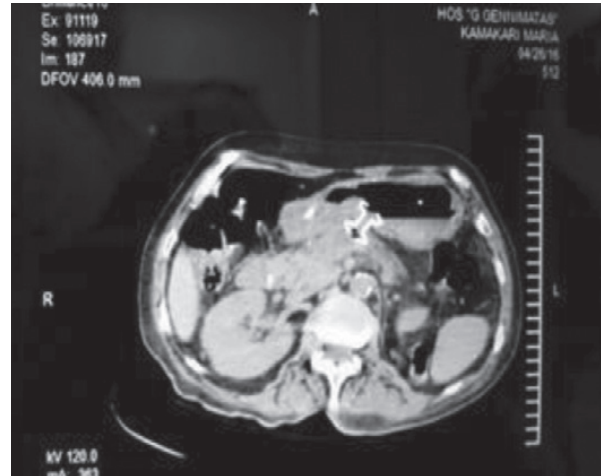


Ενδοσκοπικό θέμα

ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ



Εικόνα 4.



Εικόνα 5.

λαβίδες αφαίρεσης ξένων σωμάτων (εικ. 10), με βρόχους πολυπεκτομής (χωρίς χρήση ρεύματος - εικ. 11), με καθετήρες καλάθι. Ο ιστός που αφαιρείται απορρίπτεται στον αυλό του γαστρεντερικού σωλήνα (εικ. 12).

Η απομάκρυνση των νεκρωμάτων με υπεροξείδιο

του υδρογόνου 3%, συνήθως αραιωμένο 1: 5 ή 1:10, έχει χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά των πλύσεων με NaCl 0,9% και δείχνει να συμβάλλει σημαντικά στην ταχύτερη αποσύνθεση και η απομάκρυνση των ιστών. Επιπλέον, η τοποθέτηση ρινοκυστικού σωλήνα και η συνεχής έγχυση NaCl 0,9% έχει αποδειχθεί ότι μειώνει το χρόνο

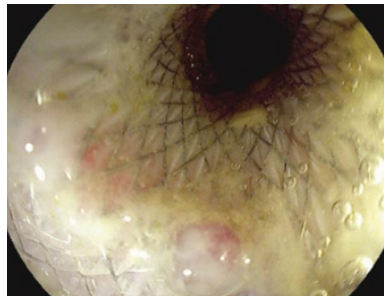
απόφραξης της ενδοπρόθεσης και μπορεί να συμβάλλει στη διάσπαση των νεκρωμάτων. Η όλη διαδικασία πραγματοποιείται με την εμφύσηση CO₂ (η χρήση αέρα έχει συσχετιστεί με αυξημένη εμφάνιση εμβολών) ενώ οι αναστολές αντλίας πρωτονίων πρέπει να διακόπτονται καθώς έτσι προάγεται η πέψη του νεκρωτικού ιστού από τη φυσιολογική παραγωγή γαστρικού οξέος.

Η αφαίρεση των ενδοπροθέσεων πραγματοποιείται έως και 30 ημέρες μετά την τοποθέτησή τους. Περαιτέρω παραμονή τους έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών.

Το ποσοστό **τεχνικής επιτυχίας** (technical success rate), δηλαδή το



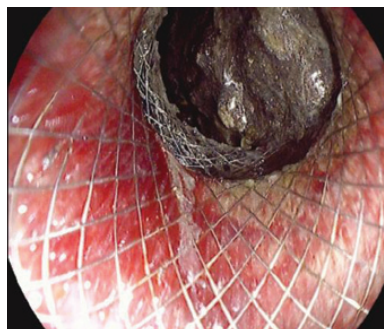
Εικόνα 6.



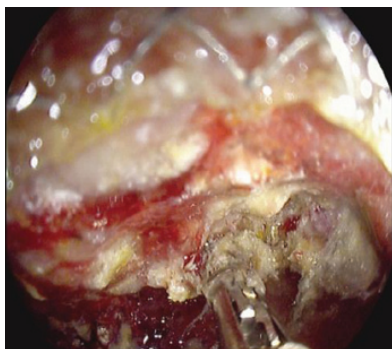
Εικόνα 7.



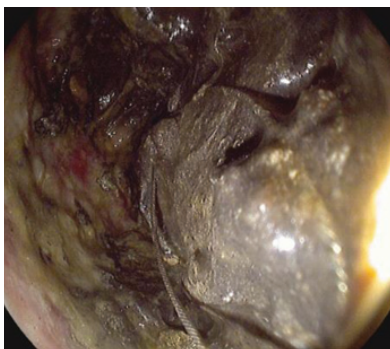
Εικόνα 8.



Εικόνα 9.



Εικόνα 10.



Εικόνα 11.



Εικόνα 12.

ποσοστό των ασθενών στους οποίους πραγματοποιείται επιτυχής τοποθέτηση του stent, κυμαίνεται από 96-100%, ενώ το ποσοστό **κλινικής επιτυχίας** (clinical success rate), δηλαδή η επιτυχής αντιμετώπιση των συλλογών διαμορφώνεται στο 85-90%. Η κλινική επιτυχία της άμεσης ενδοσκοπικής νεκροσεκτομής κυμαίνεται στο 75-90% (εικ. 13).

Επιπλοκές

Η συχνότητα επιπλοκών της ενδοσκοπικής παροχέτευσης των WON κυμαίνεται στο 7-10%. Περιλαμβάνουν την άμεση και καθυστερημένη αιμορραγία, τη διάτρηση και τη μετανάστευση του stent.

Σημειώνεται ότι τα παραπάνω ποσοστά τεχνικής, κλινικής επιτυχίας και επιπλοκών αφορούν μόνο προχωρημένους ενδοσκόπους υψηλού όγκου (πάνω από

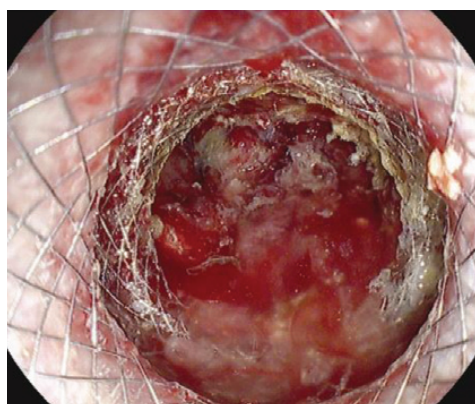
500 EUS ετησίως), ενώ η τεχνική επάρκεια για την εκτέλεση κυστεοστομίας απαιτεί τη διενέργεια τουλάχιστον 25 τέτοιων παροχετεύσεων υπό επίβλεψη. Η ενδοσκοπική νεκροσεκτομή μπορεί να εξελιχθεί σε μια μακρά, επίπονη διαδικασία καθώς πολλοί ασθενείς θα χρειαστούν πολλαπλές συνεδρίες νεκροσεκτομής με τον αριθμό των συνεδριών να ποικίλλει ανάλογα με το μέγεθος του WON και είναι αναγκαίο οι επεμβάσεις αυτές να εκτελούνται μόνο από έμπειρους ενδοσκόπους.

Η εμπειρία μας

Κατά το διάστημα 2016 - 2020 στο τμήμα μας έχουν υποβληθεί σε ενδοσκοπική παροχέτευση παγκρεατικών συλλογών συνολικά 31 ασθενείς (21 άνδρες και 11 γυναίκες). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 60,4 έτη (38-84). Όλες οι επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν από τον ίδιο έμπειρο ενδοσκόπο (>800 EUS /έτος / επί 18 έτη).

Από τις 31 περιπαγκρεατικές συλλογές, ποσοστό 67% (21/31) αφορούσαν WON και 33% (10/31) ψευδοκύστεις με το μέσο μέγεθος αυτών να διαμορφώνεται στα 11,6 x 9,6 mm. Το 64,9% (20/31) εντοπιζόνταν στο σώμα, το 25,5% (8/31) στην κεφαλή, το 6,4% (2/31) στην ουρά του παγκρέατος και το 3,2% (1/31) στον ελάσσονα επιπλοϊκό θύλακο.

Σε όλες τις συλλογές χρησιμοποιήθηκε αυτοεκτεινόμενη ενδοπρόθεση πλήρους επικάλυψης με διευρυμένα άκρα και ειδικό άκρο ηλεκτροκαυτηρίασης (HOT-AXIOS, Boston Scientific), διαστάσεων 10X15mm στο 67,7%



Εικόνα 13.



Ενδοσκοπικό θέμα

ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ

και 10X10mm στο 33,3%. Η μέση διάρκεια της εξέτασης διαμορφώθηκε στα 184 sec (50sec – 600 sec). Η προσέγγιση που επιλέχθηκε στο 80,6% (25/31) ήταν το σώμα του στομάχου, στο 16,1% (5/31) ο βολβός και στο 3,2% (1/31) η 2^η μοίρα του δωδεκαδακτύλου.

Η τεχνική επιτυχία (επιτυχής τοποθέτηση stent) διαμορφώθηκε στο 100%, ενώ δεν παρατηρήθηκαν άμεσες επιπλοκές. Η κλινική επιτυχία ανήλθε στο 93,5% (29/31). Οι δύο περιπτώσεις των ασθενών που δεν αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς αφορούσαν περιπαγκρεατικές νεκρώσεις που, παρά τη διενέργεια 3 και 7 αντίστοιχα συνεδριών νεκροσεκτομών, δεν ήταν δυνατή η περαιτέρω ενδοσκοπική αντιμετώπισή τους. Αμφότεροι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργικό καθαρισμό με τον έναν εξ αυτών να καταλήγει 7 ημέρες μετά τη χειρουργική παρέμβαση.

Απώτερες επιπλοκές παρατηρήθηκαν στο 6% (2/33). Πρόκειται για δύο ασθενείς, οι οποίοι παρουσίασαν ενδοκυστική αιμορραγία και αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με εμβολισμό. Ο μέσος χρόνος αφαίρεσης των ενδοπροθέσεων ανήλθε στις 33 ημέρες, ενώ υποτροπή της συλλογής παρουσίασε το 6% (2/33) των ασθενών.

Από την υποομάδα των ασθενών με WON (21/31), όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε τουλάχιστον μία συνεδρία νεκροσεκτομής με το μέσο όρο να διαμορφώνεται σε 1,4 συνεδρία νεκροσεκτομής ανά ασθενή (1-7 συνεδρίες). Όπου απαιτήθηκε μία συνεδρία, αυτή πραγματοποιήθηκε σε 24 ώρες από την τοποθέτηση της ενδοπρόθεσης, ενώ αν απαιτούνταν περισσότερες από μία, αυτές πραγματοποιούνταν σε μεσοδιάστημα 24 ωρών. Όλες οι νεκροσεκτομές, από τη στιγμή που ήταν διαθέσιμο, πραγματοποιούνταν με χρήση διοξειδίου του άνθρακα. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν η προώθηση ενδοσκοπίου (9mm) διαμέσου της ενδοπρόθεσης εντός της νεκρωτικής κοιλότητας, πολλαπλές πλύσεις με NaCl 0,9% και αφαίρεση των νεκρωμάτων αναλόγως του μεγέθους τους είτε με λαβίδες βιοψίας είτε με βρόγχους. Όλοι οι ασθενείς κατά τη νοσηλείας τους δεν ελάμβαναν αναστολείς αντλίας πρωτονίων.

Σημειώνεται ότι στο κέντρο μας έχουν πραγματοποιηθεί και δύο τοποθετήσεις αυτοεκτεινόμενης ενδοπρόθεσης πλήρους επικάλυψης με διευρυμένα άκρα και ειδικό άκρο ηλεκτροκαυτηρίασης (HOT-AXIOS) στον κοινό χοληδόχο πόρο. Αμφότεροι οι ασθενείς, ένας άντρας και μία γυναίκα, παρουσίαζαν αποφρακτικό ίκτερο, λόγω αδενοκαρκινώματος κεφαλής παγκρέατος και είχαν προηγουμένως υποβληθεί σε ανεπιτυχείς προσπάθειες ERCP. Τοποθετήθηκε ενδοπρόθεση διαστάσεων 8 X 10mm, χωρίς να παρουσιαστεί καμία μετεπεμβατική επιπλοκή. Αμφότεροι οι ασθενείς παρουσίασαν ταχεία αποκλιμάκωση των εργαστηριακών τους παραμέτρων και έλαβαν εξιτήριο εντός 7 ημερών από τη διενέργεια της εξέτασης.

Η παραπάνω σειρά ασθενών αποτελεί τη μεγαλύτερη στο ελλαδικό χώρο, ενώ τοποθέτηση ενδοπρόθεσης στο κοινό χοληδόχο πόρο υπό EUS έχει επιχειρηθεί μόνο στο τμήμα μας.

Συμπεράσματα

Τα τελευταία χρόνια η χρήση του ενδοσκοπικού υπερήχου και των νέων ενδοπροθέσεων έχει αλλάξει κατά πολύ την αντιμετώπιση των παγκρεατικών συλλογών και κυρίως της ώριμης παγκρεατικής νέκρωσης (WON), με την ενδοσκοπική παροχέτευση τους να αποτελεί τη θεραπεία 1^{ης} γραμμής. Παρόλα αυτά, η κάθε περίπτωση θα πρέπει να εξετασθεί και η ενδοσκοπική παροχέτευση θα πρέπει να πραγματοποιείται σε τριτοβάθμια κέντρα- κέντρα αναφοράς, από έμπειρους ενδοσκόπους.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Varadarajulu S, Bang JY, Sutton BS, Trevino JM, Christein JD, Wilcox CM. Equal efficacy of endoscopic and surgical cystogastrostomy for pancreatic pseudocyst drainage in a randomized trial. *Gastroenterology* 2013; 145: 583-590.
2. Kitamura K, Yamamiya A, Ishii Y, et al. Electrocautery vs non-electrocautery dilation catheters in endoscopic



- ultrasonography-guided pancreatic fluid collection drainage. *World J Gastrointest Endosc* 2016;8:458-465.
3. Bang JY, Varadarajulu S. Metal versus Plastic Stent for Transmural Drainage of Pancreatic Fluid Collections. *Clin Endosc* 2013;46:500-502.
 4. Sharaiha RZ, DeFilippis EM, Kedia P, et al. Metal versus plastic for pancreatic pseudocyst drainage: Clinical outcomes and success. *Gastrointest Endosc* 2015;82:822-827.
 5. van Baal MC, van Santvoort HC, Bollen TL, Bakker OJ, Besselink MG, Gooszen HG. Systematic review of percutaneous catheter drainage as primary treatment for necrotizing pancreatitis. *Br J Surg* 2011;98:18-27.
 6. Sharaiha RZ, Tyberg A, Khashab MA, et al. Endoscopic Therapy With Lumen-apposing Metal Stents Is Safe and Effective for Patients With Pancreatic Walled-off Necrosis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016;14:1797-1803.
 7. Siddiqui AA, Adler DG, Nieto J, et al. EUS-guided drainage of peripancreatic fluid collections and necrosis by using a novel lumen-apposing stent: a large retrospective, multicenter U.S. experience (with videos). *Gastrointest Endosc* 2016;83:699-707.
 8. Siddiqui AA, Easler J, Strongin A, et al. Hydrogen peroxide-assisted endoscopic necrosectomy for walled-off pancreatic necrosis: a dual center pilot experience. *Dig Dis Sci* 2014;59:687-690.
 9. Thompson CC, Kumar N, Slattery J, et al. A Standardized Method for Endoscopic Necrosectomy Improves Complication and Mortality Rates. *Pancreatology* 2016;16:66-72.
 10. Siddiqui AA, Dewitt JM, Strongin A, et al. Outcomes of EUS-guided drainage of debris-containing pancreatic pseudocysts by using combined endoprosthesis and a nasocystic drain. *Gastrointest Endosc* 2013;78:589-595.
 11. Sharaiha RZ, Tyberg A, Khashab MA, et al. Endoscopic therapy with lumen-apposing metal stents is safe and effective for patients with pancreatic walled-off necrosis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016;14:1797-1803.
 12. Walter D, Will U, Sanchez-Yague A et al. A novel lumen-apposing metal stent for endoscopic ultrasound-guided drainage of pancreatic fluid collections: a prospective cohort study. *Endoscopy* 2015;47:63-67.
 13. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology* 2013;13:e1-e15.
 14. Singh VK, Bollen TL, Wu BU et al. An assessment of the severity of interstitial pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011;9:1098-1103.
 15. Van Santvoort HC, Bakker OJ, Bollen TL et al. A conservative and minimally invasive approach to necrotizing pancreatitis improves outcome. *Gastroenterology* 2011; 141:1254-1263.
 16. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis - 2012: revisions of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut* 2013;62:102.
 17. Wittau M, Scheele J, Gözl I, Henne-Bruns D, Isenmann R. Changing role of surgery in necrotizing pancreatitis: a single-center experience. *Hepatogastroenterology* 2010;57:1300-1304.
 18. Gardner TB, Chahal P, Papachristou GI, et al. A comparison of direct endoscopic necrosectomy with transmural endoscopic drainage for the treatment of walled-off pancreatic necrosis. *Gastrointest Endosc* 2009;69:1085-1094.



Κλινικό θέμα

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19

Χαρίλαος Παπαφραγκάκης, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Εισαγωγή

Η ασθένεια COVID-19 προκαλείται από τον RNA ιό severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Η μετάδοση μέσω άμεσης επαφής ή μέσω σταγονιδίων από το στόμα ή τη μύτη είναι συνήθης και γίνεται λόγος και για αερογενή μετάδοση (aerosol), αν και η τελευταία δεν είναι απόλυτα τεκμηριωμένη. Υψηλότερος κίνδυνος μετάδοσης υπάρχει σε κοντινή επαφή με συμπτωματικό άτομο χωρίς προστατευτικά μέτρα, αν και υπάρχουν στοιχεία ότι μετάδοση μπορεί να υπάρξει και από ασυμπτωματικά άτομα στο στάδιο επώασης του ιού.

Ενδοσκόπηση

Λόγω του εύκολου τρόπου μετάδοσης από τον ρινοφάρυγγα του ασθενούς έως και σε απόσταση 2 μέτρων, ιδιαίτερα εάν φτερνιστεί, βήξει ή πρέπει να διασωληνωθεί, οι ενδοσκοπικές πράξεις πρέπει να εκτελούνται με χρήση εξοπλισμού ατομικής προστασίας, όπως μακρυμάνικων ρομπών, ασπίδας προστασίας ματιών, γαντιών και μάσκας προσώπου. Κάθε ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε ενδοσκόπηση πρέπει να ερωτάται για τυχόν συμπτώματα σχετικά με λοίμωξη από τον ιό τις τελευταίες 14 μέρες πριν από την ενδοσκόπηση. Επίσης, θα πρέπει να επισημαίνεται στον ασθενή να επικοινωνήσει με το γιατρό του σε περίπτωση που εκδηλώσει συμπτώματα ίωσης ή έχει έρθει σε επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 πριν από την προγραμματισμένη ενδοσκόπηση.

Ιδανικά για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος μετάδοσης της COVID-19 στα ενδοσκοπικά κέντρα θα πρέπει ο ασθενής ή να έχει αναπτύξει αντισώματα στον ιό ή να έχει εξεταστεί με μοριακό τεστ RT-PCR (PCR με τη χρήση ανάστροφης μεταγραφάσης, η οποία χρησιμοποιεί το RNA του ιού SARS-CoV-2 ως πρότυπο) σε ρινοφαρυγγικό επίχρισμα έως και 48 ώρες πριν από την ενδοσκόπηση. Τα περισσότερα νοσοκομεία ελέγχουν πλέον τους ασθενείς με rapid test SARS-CoV-2 αντιγόνου έως και 48 ώρες πριν από την ενδοσκόπηση, με τα αποτελέσματα να είναι διαθέσιμα μέσα σε λίγα λεπτά. Το rapid

test είναι οικονομικότερο της RT-PCR, αλλά συνήθως με μικρότερη ευαισθησία.

Οι ασθενείς θα πρέπει ιδανικά να μη συνωστίζονται στην αίθουσα αναμονής και να διατηρείται απόσταση ασφαλείας μεταξύ τους. Οι συνοδοί δε θα πρέπει να βρίσκονται στην αίθουσα αναμονής, αλλά να περιμένουν να κληθούν μετά το πέρας της εξέτασης να παραλάβουν τους ασθενείς. Παρόλα αυτά, η πιθανότητα μετάδοσης του ιού κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης φαίνεται να είναι εξαιρετικά μικρή και δεν αντισταθμίζει ακύρωση ενδοσκόπησης και πιθανή καθυστέρηση μιας σοβαρής διάγνωσης. Αν και έχει αναφερθεί ένα μόνο πιθανό περιστατικό μετάδοσης του ιού σε ενδοσκοπική μονάδα, με έναρξη συμπτωμάτων αρκετές ημέρες μετά το πέρας της ενδοσκόπησης, συνιστάται όλοι οι ασθενείς να μην έρχονται σε κοντινή επαφή μεταξύ τους και να φορούν μάσκα κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο ενδοσκοπικό τμήμα. Οι ασθενείς ή οι συνοδοί/συγγενείς τους θα πρέπει να ενημερώσουν το γιατρό τους ή το ενδοσκοπικό τμήμα αν αναπτύξουν συμπτώματα COVID-19 έως και 14 ημέρες μετά το πέρας της ενδοσκόπησης.

Παθογενετικοί μηχανισμοί

Ένα από τα πρώιμα γεγονότα στη λοίμωξη από SARS-CoV-2 είναι η σύνδεση της πρωτεΐνης S της ακίδας του ιού στο επιθηλιακό ένζυμο ACE2 και η είσοδος στο κυτταρόπλασμα του ξενιστή με τη βοήθεια της σερίνης πρωτεάσης TMPRSS και ενεργοποίηση του συστήματος RAAS (renin-angiotensin-aldosterone system). Το ένζυμο ACE2 βρίσκεται σχεδόν παντού στο πεπτικό σύστημα, από το στοματικό βλεννογόνο μέχρι το ορθό, το πάγκρεας και στο ήπαρ, ιδιαίτερα στα χολαγγειοκύτταρα. Ο ακριβής μηχανισμός, με τον οποίο ο ιός προκαλεί την πληθώρα των γαστρεντερικών εκδηλώσεων της COVID-19 δεν είναι πλήρως κατανοητός. Σχετικά με τα παθολογικά τεστ λειτουργίας του ήπατος που παρατηρούνται σε κάποιους ασθενείς έχουν προταθεί διάφοροι παθογενετικοί μηχανισμοί, όπως η απευθείας προσβολή του ήπατος και ιδιαίτερα των χολαγγειοκυττάρων από τον ιό, η έντονη ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού με



παραγωγή φλεγμονωδών κυτοκινών, ως αντίδραση στη λοίμωξη, η ανοξία που παρατηρείται σε ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια, η αντίδραση σε φάρμακα, η επανενεργοποίηση προϋπαρχόντων ηπατικών λοιμώξεων ή συνδυασμός αυτών των παραγόντων.

Μετάδοση

Από το Μάρτιο του 2020 το RNA του ιού έχει ταυτοποιηθεί στα κόπρανα ασθενών και επομένως υπήρχε η εύλογη υποψία ότι ο ιός θα μπορούσε να μεταδοθεί μέσω της κοπροστοματικής οδού. Είναι επίσης γνωστό ότι ιικό RNA ανιχνεύεται στα κόπρανα έως και ένα μήνα μετά από την αρνητικοποίηση τού ρινοφαρυγγικού τεστ. Παρόλα αυτά λίγες μελέτες έχουν καταφέρει να αναδείξουν ζωντανό ιό σε κόπρανα ασθενών. Κατά συνέπεια, δεν γνωρίζουμε με βεβαιότητα αν το ιικό RNA στα κόπρανα αντιστοιχεί σε ζωντανό ιό και κατά συνέπεια αν η νόσος μπορεί να μεταδοθεί με τα κόπρανα.

Κλινική εικόνα

Πολλοί ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί. Το ακριβές ποσοστό των ασυμπτωματικών είναι δύσκολο να υπολογιστεί αλλά μπορεί να είναι 40% ή και περισσότερο. Η κύρια συμπτωματολογία ενός ατόμου που έχει μολυνθεί είναι μελετημένη από την αρχή της πανδημίας. Η πλειοψηφία των συμπτωματικών ασθενών εμφανίζει πυρετό, βήχα και αίσθημα κακουχίας. Η δύσπνοια, αν εμφανιστεί, φαίνεται ότι είναι ανησυχητικό σύμπτωμα.

Η απώλεια της γεύσης και της όσφρησης είναι πρωταρχικό σύμπτωμα της λοίμωξης. Σε μια πρόσφατη δημοσίευση, το 87% των ασθενών με COVID-19 ανέφεραν απώλεια όσφρησης, που στην πλειοψηφία αναπτύχθηκε ταυτόχρονα ή έπειτα από άλλα συμπτώματα. Η απώλεια της όσφρησης διήρκεσε περίπου 8 ημέρες κατά μέσο όρο και στη πλειονότητα των ασθενών η όσφρηση επανήλθε αργότερα στο κανονικό. Επιπλέον, το 56% των ασθενών ανέφερε διαταραχή στη γεύση. Η ειδικότητα για λοίμωξη από COVID-19 ανέβαινε στο 99% όταν οι ασθενείς είχαν όλα τα συμπτώματα μαζί, δηλαδή διάρροια, ανορεξία, πυρετό, απώλεια όσφρησης και γεύσης.

Συμπτώματα από το γαστρεντερικό

Μεγάλος αριθμός ασθενών με COVID-19 έχουν συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα. Οι πιο πολλές μελέτες συμφωνούν ότι γαστρεντερικά συμπτώματα εμφανίζονται σε περίπου τους μισούς έως τα δύο τρίτα των ασθενών. Το κύριο γαστρεντερικό σύμπτωμα είναι η διάρροια και ακολουθούν η ναυτία και ο έμετος. Η ανορεξία, αν και δεν είναι τυπικό γαστρεντερικό σύμπτωμα, εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό των ασθενών. Μία από τις αρχικές πολυκεντρικές μελέτες που διεξήχθησαν στην Κίνα, έδειξε ότι ο μέσος χρόνος από την εμφάνιση των συμπτωμάτων μέχρι την εισαγωγή στο νοσοκομείο ήταν περίπου 8 ημέρες. Σχεδόν οι μισοί ασθενείς βρέθηκαν να έχουν γαστρεντερικά μαζί με αναπνευστικά συμπτώματα, ενώ το 42% των νοσηλευόμενων είχαν αναπνευστικά συμπτώματα μόνο. Το 10% δεν είχαν ούτε αναπνευστικά ούτε γαστρεντερικά συμπτώματα, ενώ το 3% είχαν μόνο γαστρεντερικά συμπτώματα.

Τα γαστρεντερικά συμπτώματα ήταν απώλεια όρεξης, ήπια έως μέτρια διάρροια έως και 3 φορές την ημέρα σε περίπου 35%, έμετος σε περίπου 4% και κοιλιακό άλγος σε 2% των περιπτώσεων. Σε μια πρόσφατη μελέτη στις ΗΠΑ βρέθηκε ότι γενικά γαστρεντερικά συμπτώματα εμφάνισαν το 61% των νοσούντων και συγκεκριμένα διάρροια το 33,7%, ναυτία το 26,4%, εμετό το 15,4% και κοιλιακό άλγος το 14,5%. Σε μια άλλη μελέτη βρέθηκε ότι 22,4% ανέφεραν τουλάχιστο ένα σύμπτωμα από το γαστρεντερικό, 61,7% ανέφεραν ναυτία ή / και έμετο και 11,6% είχαν όλα τα συμπτώματα, διάρροια, ναυτία/ έμετο και κοιλιακό άλγος.

Δεδομένα προηγούμενων μελετών από λοιμώξεις με άλλους τύπους πολύ παθογόνων κορωνοϊών, ειδικότερα του σοβαρού οξέος αναπνευστικού συνδρόμου (SARS-CoV) και του αναπνευστικού συνδρόμου της Μέσης Ανατολής (MERS-CoV) έχουν δείξει ότι τέτοιες λοιμώξεις συσχετίζονταν συχνά με ηπατική βλάβη, η οποία ήταν ανάλογη με τη σοβαρότητα των λοιμώξεων. Η COVID-19 επηρεάζει την ηπατική λειτουργία σε παρόμοια συχνότητα με τους προαναφερθέντες



Κλινικό Θέμα

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19

κορωνοϊούς μεταξύ 15% και 53% των περιπτώσεων. Η ηπατική προσβολή εκδηλώνεται κυρίως με ανώμαλα επίπεδα τρανσαμινασών ALT και AST, αλλά και ολικής χολερυθρίνης, κυρίως άμεσης, όπως φαίνεται από κάποιες αναφορές. Οι αυξήσεις των τιμών ακολουθούν ηπατοκυτταρικό, χολοστατικό ή μικτό μοτίβο, αλλά κάτω από 5 φορές του ανωτέρου φυσιολογικού επιπέδου στην πλειοψηφία των περιπτώσεων.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η εμφάνιση γαστρεντερολογικών συμπτωμάτων ίσως να συσχετίζεται με μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, την παρουσία σακχαρώδους διαβήτη, υπέρτασης και παθολογικού BMI. Σε αυτούς τους ασθενείς έχουν παρατηρηθεί περισσότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο και στις ΜΕΘ καθώς και υψηλότερα ποσοστά διασωληνώσεων. Σε κάποιες μελέτες η παρουσία και η σφοδρότητα των γαστρεντερικών συμπτωμάτων ή των παθολογικών ηπατικών εξετάσεων αντικατοπτρίζει τη βαρύτητα της κλινικής κατάστασης του ασθενούς, την πιθανότητα διασωλήνωσης ή και θανάτου, χωρίς όμως να επιβεβαιώνεται σε άλλες μελέτες. Σε γενικές γραμμές τα έως τώρα δεδομένα δεν επιτρέπουν την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με την επίπτωση των πεπτικών συμπτωμάτων και των ανωμαλιών του ήπατος στην γενικότερη πορεία της νόσου COVID-19.

Κάποιες αναφορές έχουν δείξει ότι ασθενείς με COVID-19 μπορεί να παρουσιάσουν με οξεία παγκρεατίτιδα. Σε μια πρόσφατη μελέτη 189 ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα, εκ των οποίων 17% ήταν θετικοί για COVID-19, βρέθηκε ότι μαύροι και ισπανόφωνοι με COVID-19 είχαν στατιστικά σημαντική επίπτωση οξείας παγκρεατίτιδας ($p=0,01$ και $p=0,006$ αντίστοιχα). Οι ασθενείς με COVID-19 και παγκρεατίτιδα ήταν περισσότερο πιθανό να απαιτήσουν μηχανική υποστήριξη αναπνοής και είχαν μακρύτερη διάρκεια νοσηλείας ($p=0,01$ και $p=0,009$). Η εμφάνιση παγκρεατικής νέκρωσης ή η θνητότητα δεν διέφεραν μεταξύ COVID-19 θετικών και αρνητικών ασθενών.

Όσον αφορά σε ασθενείς στη ΜΕΘ με ARDS και COVID-19, μία πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι αυτοί εμφά-

νισαν σοβαρό ειλεό (48% vs 22%, $p<0,01$) και ισχαιμία του μεσεντερίου (4% vs 0%, $p=0,04$) συγκριτικά με ασθενείς με ARDS χωρίς COVID-19. Η διαφορά αυτή ήταν πιο εμφανής μετά την τρίτη μέρα νοσηλείας στη ΜΕΘ. Χειρουργικά παρασκευάσματα από κάποιους εκ των ασθενών αυτών έδειξαν παρουσία θρόμβων ινικής στο μικροαγγειακό δίκτυο της περιοχής των εντερικών νεκρώσεων. Τέλος, λίγες αναφερθείσες περιπτώσεις οξείας μη λιθιασικής χολοκυστίτιδας σχετιζόμενης με απευθείας προσβολή της χοληδόχου κύστεως από SARS-CoV-2 χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Διαχείριση πιθανών κρουσμάτων και θεραπευτική προσέγγιση

Υπάρχουν σαφείς και λεπτομερείς οδηγίες για τη διάγνωση των κρουσμάτων COVID-19 και δεν είναι σκοπός του παρόντος άρθρου να υπεισέλθει σε πολλές λεπτομέρειες. Γενικά όμως, επειδή αρκετές φορές καλούμαστε να καθοδηγήσουμε τους ασθενείς, που αγχωμένοι μας ρωτούν αν τα συμπτώματά τους οφείλονται σε COVID-19, θα αναφερθούμε σε κάποια καίρια και πρακτικά σημεία. Σε περίπτωση που κάποιος ασθενής είναι ύποπτος για COVID-19, δηλαδή έχει κάποια από τα κύρια συμπτώματα της νόσου, συνιστάται έλεγχος με RT-PCR ή rapid test. Ιδιαίτερα το rapid test αντιγόνου καλύτερα να γίνεται αν έχουν περάσει έως και 5 ημέρες από την εμφάνιση των συμπτωμάτων, όταν το ιικό φορτίο είναι υψηλό και η ευαισθησία του τεστ είναι μεγαλύτερη. Αν το rapid test είναι θετικό, συνήθως συνιστάται επιβεβαίωση με RT-PCR. Αν είναι αρνητικό και υπάρχει ισχυρή υποψία για COVID-19 σε περιοχή με αυξημένο ιικό φορτίο, τότε μάλλον θα πρέπει να προχωρήσουμε σε επανάληψη του rapid test σε 2-4 μέρες ή σε RT-PCR. Αν το άτομο είναι ασυμπτωματικό, αλλά έχει έρθει σε επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα, προτείνεται άμεσος έλεγχος με rapid test και επανάληψη του τεστ σε 2-4 μέρες αν αυτό είναι αρνητικό.

Η απόφαση νοσηλείας ή παραμονής στο σπίτι του ασθενούς με COVID-19 πρέπει να εξατομικεύεται. Η απόφαση αυτή θα εξαρτηθεί από τη βαρύτητα της κλινικής



εικόνας, την παρουσία ή όχι επιβαρυντικών παραγόντων, όπως για παράδειγμα η προχωρημένη ηλικία, καρδιο-αγγειακά και αναπνευστικά νοσήματα, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος, η ανοσοκαταστολή ή η δρεπανοκυτταρική αναιμία. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε αυτούς τους ασθενείς, οι οποίοι μπορεί να εμφανίσουν επιδείνωση των συμπτωμάτων τους ιδιαίτερα τη δεύτερη εβδομάδα από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Στανταρισμένο θεραπευτικό πρωτόκολλο για COVID-19 δεν υπάρχει επί του παρόντος και οι ασθενείς που νοσούν συνήθως αντιμετωπίζονται με διάφορα θεραπευτικά σχήματα ανάλογα με το νοσηλευτικό ίδρυμα και τη βαρύτητα της νόσου. Σε ασθενείς με COVID-19 οπωσδήποτε το θεραπευτικό βάρος πέφτει στην αντιμετώπιση των αναπνευστικών επιπλοκών. Η αντιμετώπιση των γαστρεντερικών εκδηλώσεων της COVID-19 δεν είναι εξειδικευμένη για τη νόσο, αλλά ακολουθεί γενικά μέτρα αντιμετώπισης αυτών των συμπτωμάτων. Σε ασθενείς που νοσηλεύονται πρέπει να αξιολογήσουμε πιθανή συσχέτιση των συμπτωμάτων με τυχόν αντιϊκά φάρμακα ή αντιβιοτικά που χορηγούνται στον ασθενή. Επίσης σε περίπτωση νοσηλείας, να αποκλείσουμε την πιθανότητα διάρροιας από *clostridium difficile*.

Η επίδραση της λήψης PPIs σε ασθενείς με ή χωρίς COVID-19 είναι αντικείμενο διαρκούς μελέτης, γιατί φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένη θετικότητα SARS-CoV-2. Δεν έχει αποδειχθεί με βεβαιότητα ότι η χρήση τους προκαλεί βαρύτερη νόσο COVID-19, ίσως όμως να είναι απαραίτητη σε νοσηλεύμενους με COVID-19 για την πρόληψη και αντιμετώπιση της γαστρίτιδας από στρες ή πιθανής γαστρεντερικής αιμορραγίας που μπορεί να παρουσιαστεί σε κάποιους από αυτούς. Η μετοκλοπραμίδη, η δομπεριδόνη και άλλα αντιεμετικά φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ναυτία και εμέτους. Η χρήση προβιοτικών και πρεβιοτικών ίσως να έχει κάποια θέση στην αντιμετώπιση της διάρροιας από COVID-19. Αντιθέτως, δε θα συνιστούσαμε τη χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων τύπου λοπεραμίδης, με το

σκεπτικό ότι μειώνοντας την κινητικότητα του εντέρου ίσως αυξάνουμε την παραμονή του ιού στο έντερο. Φάρμακα όπως η ρασεκαδοτρίλη και η καολίνη που έχουν διαφορετικό μηχανισμό δράσης, ίσως να μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ασθενείς με COVID-19 με διάρροια, αν είναι απολύτως απαραίτητα.

Συμπεράσματα

Τα αναπνευστικά συμπτώματα είναι κυρίαρχα στην εκδήλωση της νόσου COVID-19, αλλά τα συμπτώματα από το πεπτικό σύστημα καθώς και προσβολή του ήπατος και του παγκρέατος σε κάποιες περιπτώσεις είναι επίσης συχνά. Η μετάδοση του ιού με τα κόπρανα καθώς και η επίπτωση αυτών των επιπλοκών στη πορεία και βαρύτητα της νόσου μένει να αναδειχθούν σε περισσότερες μελέτες.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Rees CJ, Rutter MD, Sharp L, et al. COVID-19 as a barrier to attending for gastrointestinal endoscopy: weighing up the risks. *The Lancet/gastrohep*, Sept 2020.
2. Pan L, et al. Clinical characteristics of COVID-19 patients with digestive symptoms in Hubei, China: A descriptive, cross-sectional, multicenter study. *Am J Gastroenterol* 2020 May;115(5):766-773.
3. Redd WD, Zhou JC, Hathorn KE, et al. Prevalence and characteristics of gastrointestinal symptoms in patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection in the United States: A multicenter cohort study. *Gastroenterology*, 2020;159(2):765-767.
4. Zhang C, Shi L, Wang F. Liver injury in COVID-19: management and challenges. *The Lancet/gastrohep*, Oct 2020
5. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020; 395: 497-506.
6. Inamda S, Benias P, Liu Y, et al. Factors, and Outcomes of hospitalized patients with coronavirus disease 2019



Κλινικό θέμα

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19

presenting as acute pancreatitis. Gastroenterology 2020.

- 7.** Adnan D, Deshmukh AA, Khan SR, et al. Gastrointestinal symptoms predict the outcomes of COVID-19 infection. Talk presented at: American College of Gastroenterology 2020 Clinical Meeting, October 24, 2020. Virtual.
- 8.** Elmunzer BJ, Spitzer RL, Foster LD, et al, for the North American Alliance for the Study of Digestive Manifesta-

tions of COVID-19. Digestive manifestations in patients hospitalized with COVID-19. Clin Gastroenterol Hepatol. Published online September 22, 2020.

- 9.** Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK. Ecdc.europa.eu, Nov 19, 2020.
- 10.** ptions for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK.

Η Γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ: ΑΚΡΙΒΕΣΤΕΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕΣΩ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ

Αθανάσιος Σιούλας, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα



Η παρούσα στήλη και ο γράφων έχει με πολλαπλές δημοσιεύσεις αναφερθεί στην πληθώρα εφαρμογών της τεχνητής νοημοσύνης (ΤΝ) στη διαγνωστική προσέγγιση νοσημάτων του πεπτικού συστήματος. Η σύγχρονη διεθνής βιβλιογραφία βρίθει σχετικών μελετών, ενώ και η κλινική πράξη στα μεγάλα κέντρα έχει, πλέον, ενσωματώσει τις αντίστοιχες τεχνικές.

Ένα κλινικό πρόβλημα που συχνά αντιμετωπίζουν οι ασχολούμενοι με τα παγκρεατικά νοσήματα, είναι η διαγνωστική προσέγγιση περιστατικών αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας και η ασφαλής διαφοροδιάγνωσή της από κακοήθειες (παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα) και από καλοήθειες νόσους του οργάνου. Με τον τρόπο αυτό οι πάσχοντες θα μπορούν να λαμβάνουν έγκαιρα θεραπευτική αγωγή αποφεύγοντας τις μακροχρόνιες επιπλοκές του νοσήματος και, βεβαίως, αχρείαστες μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις.

Τα τεχνητά νευρωνικά δίκτυα (ΤΝΔ) θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στην επίλυση τέτοιων κλινικών προβλημάτων. Πρόκειται για εργαλεία της ΤΝ που αποτελούνται από μεγάλο αριθμό διασυνδεδεμένων μεταξύ τους υπολογιστικών κόμβων (νευρώνων) και τα οποία, μετά από ειδική «εκπαίδευση», αξιοποιούνται με στόχο την επίλυση των συγκεκριμένων προβλημάτων που τους τίθενται. Κάθε νευρώνας δέχεται προκαθορισμένο αριθμό δεδομένων (είσοδοι), τα οποία επεξεργάζεται βάσει της «εκπαίδευσης» που έχει προηγουμένως λάβει και τελικά αποδίδει το αποτέλεσμα (έξοδος).

Πολύ πρόσφατα ερευνητές από τις Η.Π.Α. ανέπτυξαν και μελέτησαν την επίδοση ενός ΤΝΔ βασισμένου στο ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (EUS) στη διαφορική

διάγνωση της αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας από το παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα, την χρόνια παγκρεατίτιδα και το φυσιολογικό πάγκρεας. Το ΤΝΔ εκπαιδεύτηκε αρχικά χρησιμοποιώντας εικόνες και video από EUS σε 583 ασθενείς (146 με αυτοάνοση παγκρεατίτιδα, 292 με παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα, 72 με χρόνια παγκρεατίτιδα και 73 με φυσιολογικό πάγκρεας). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το εκπαιδευμένο ΤΝΔ ήταν 99% ευαίσθητο και 98% ειδικό στη διαφορική διάγνωση της αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας από το φυσιολογικό πάγκρεας, 94% ευαίσθητο και 71% ειδικό στη διαφορική διάγνωση της αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας από την χρόνια παγκρεατίτιδα, 90% ευαίσθητο και 93% ειδικό στη διαφορική διάγνωση της αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας από το παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα και 90% ευαίσθητο και 85% ειδικό στη διαφορική διάγνωση της αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας από το σύνολο των καταστάσεων (χρόνια παγκρεατίτιδα, παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα και φυσιολογικό πάγκρεας).

Με βάση τα αποτελέσματα της εν λόγω μελέτης, το εκπαιδευμένο ΤΝΔ μπορεί να συνεισφέρει στην πρόωπη και ακριβή διάγνωση της αυτοάνοσης παγκρεατίτιδας. Με τον τρόπο αυτό, θα βελτιστοποιηθεί χρονικά η φροντίδα των ασθενών, επιτυγχάνοντας καλύτερα κλινικά αποτελέσματα. Παραμένει, όμως, αναγκαία η διενέργεια μεγάλων τυχαιοποιημένων προοπτικών μελετών, ώστε οι δυνατότητες που προσφέρει η ΤΝ να βρουν τη θέση τους στην καθ' ημέρα κλινική πράξη.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Gut 2020; gutjnl-2020-322821 (online ahead of print)
2. Dig Endosc 2015; 27:250-8



How to do it

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΕΚΤΟΜΗ (Endoscopic Mucosal Resection - EMR)

Κωνσταντίνη Κασαμπαλή, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Γενικά

Η ενδοσκοπική βλεννογονεκτομή (EMR) είναι μία τεχνική που χρησιμοποιείται για τη σταδιοποίηση και θεραπεία των επιφανειακών νεοπλασμάτων του γαστρεντερικού σωλήνα (δηλ. όσων περιορίζονται στο βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο χιτώνα). Η τεχνική αρχικά αναπτύχθηκε στην Ιαπωνία για τη θεραπεία του πρώιμου γαστρικού καρκίνου (ECG) και εν συνεχεία διαδόθηκε παγκοσμίως για διάφορες ενδείξεις, όπως οισοφάγος Barrett με δυσπλασία, οισοφαγική πλακώδης δυσπλασία, αδενώματα λεπτού και παχέος εντέρου και πρώιμες νεοπλασίες.

Η χρησιμότητα της EMR έγκειται στους εξής δύο παράγοντες:

- Προσφέρει ακριβή ιστολογική σταδιοποίηση των επιθηλιακών νεοπλασμάτων του ΓΕΣ (συγκριτικά με άλλες θεραπείες εξάλειψης-ablation- όπως APC, φωτοδυναμικές θεραπείες ή RFA).
- Αποτελεί μία ελάχιστα επεμβατική τεχνική (minimally invasive technique) για την αφαίρεση επιθηλιακών νεοπλασμάτων.

Επί του παρόντος, χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές, μεταξύ των οποίων η υποβοηθούμενη με έγχυση (injection-assisted), η υποβοηθούμενη με **με πώμα** (cap-assisted) και η υποβοηθούμενη με απολίνωση (ligation-assisted). Μία νεώτερη τεχνική, η underwater EMR (UEMR) φαίνεται ότι μπορεί να αποδειχθεί μία ασφαλής και αποτελεσματική εναλλακτική της παραδοσιακής EMR.

Όλες οι τεχνικές βασίζονται στην αναγνώριση και το «μαρκάρισμα» (**demarcation**) της βλάβης, στην υποβλεννογόνια έγχυση διαλύματος για ανύψωση της βλάβης και στην εκτομή με ενδοσκοπικό βρόχο. Με κατάλληλη επιλογή πληθυσμού ασθενών, η EMR συνιστά σημαντική μέθοδο διάγνωσης και θεραπείας επιφανειακών νεοπλασμάτων του ΓΕΣ.

Ενδείξεις

Για να γίνουν αντιληπτές οι ενδείξεις, θα πρέπει να

γίνει αναφορά στη μορφολογική ταξινόμηση των επιθηλιακών νεοπλασμάτων. Για τη σταδιοποίηση των πρώιμων γαστρεντερικών νεοπλασιών και την πρόβλεψη των λεμφαδενικών μεταστάσεων έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα συστήματα ταξινόμησης.

Στην πράξη, βασιζόμαστε κυρίως στα εξής συστήματα:

- Την ενδοσκοπική ταξινόμηση - Paris classification (πίνακας 1 και εικόνα 1).
- Την ταξινόμηση βάσει ευρημάτων του ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος (EUS με συχνότητα κεφαλής 7,5 - 12MHz), το οποίο αποτελεί τη συννηθέστερα χρησιμοποιούμενη μέθοδο ανίχνευσης λεμφαδενικών μεταστάσεων αμέσως πριν τη διενέργεια EMR.
- Τέλος, την ιστολογική ταξινόμηση των αλλοιώσεων κατά Vienna (**Vienna classification**), όπου οι βλάβες διακρίνονται σε **μη-διηθητικές** (χαμηλόβαθμη δυσπλασία - υψηλόβαθμη δυσπλασία) και σε **διηθητικές** (ενδοβλεννογόνιος

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Αναθεωρημένη ενδοσκοπική ταξινόμηση των επιφανειακών βλαβών του ΓΕΣ (Paris classification).

Protruding

Pedunculated 0-Ip

Sessile 0-Is

Nonprotruding nonexcavated

Slightly elevated 0-IIa

Flat 0-IIb

Slightly depressed 0-IIc

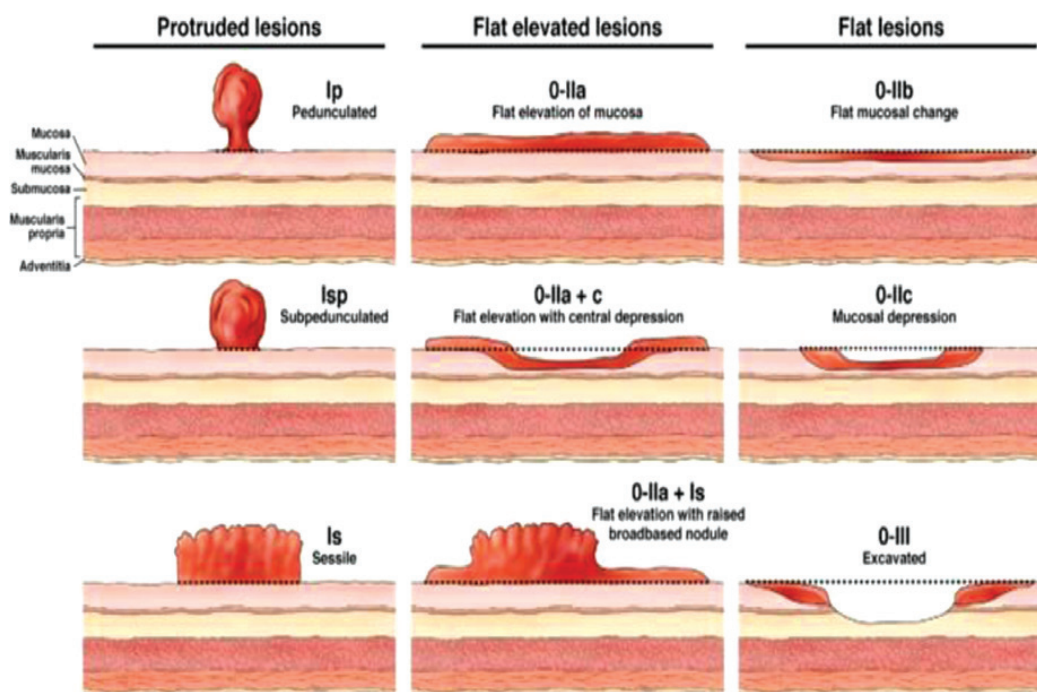
Elevated and depressed 0-IIa+IIc

Excavated (Ulcer) 0-III

Depressed and excavated 0-IIc+III

How to do it

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΕΚΤΟΜΗ (Endoscopic Mucosal Resection - EMR)



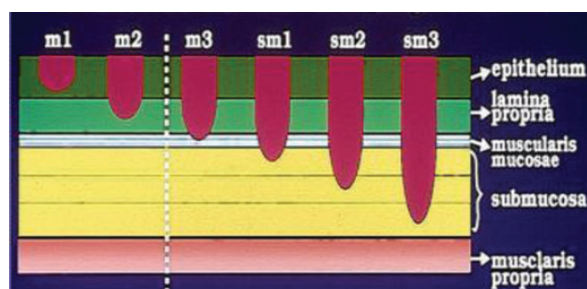
Εικόνα 1. Μορφολογική ενδοσκοπική ταξινόμηση των επιφανειακών νεοπλασιών του ΓΕΣ (Paris classification).

καρκίνος - καρκίνος που διηθεί τον υποβλεννογόνιο) (εικόνα 2).

Σε γενικές γραμμές, οι ενδείξεις για εφαρμογή της EMR συνοψίζονται στις εξής:

- Οριστική θεραπεία επιφανειακών πρώιμων και μέτρια έως καλά διαφοροποιημένων κακοηθειών του ΓΕΣ, χωρίς ενδείξεις λεμφαδενικών ή απομακρυσμένων μεταστάσεων (T1mN0M0).
- Διαμόρφωση αλγορίθμου σταδιοποίησης των πρώιμων κακοηθειών του ΓΕΣ, παρέχοντας μεγαλύτερο δείγμα ιστού σε σχέση με τις συνήθεις βιοψίες με λαβίδα (ακριβής T σταδιοποίηση και διευκρίνιση λεμφαγγειακής συμμετοχής).
- Συχνά, με την ιστολογική εξέταση των εκταμένων ιστοτεμαχίων επιτρέπονται σημαντικές τροποποιήσεις στην αντιμετώπιση των ασθενών.

Ειδικότερα, οι ενδείξεις της EMR στον οισοφάγο, το στομάχο και το παχύ έντερο συνοψίζονται στον πίνακα 2, ενώ αυτές του δωδεκαδακτύλου στον κάτωθι κατάλογο.



Εικόνα 2. Ο βλεννογόνος χωρίζεται σε ανώτερο, μέσο και κατώτερο στρώμα: m1 (επιθήλιο), m2 (χόριο του βλεννογόνου) και m3 (βλεννογόνιος μυϊκός χιτώνας). Ομοίως, χωρίζεται και ο υποβλεννογόνιος σε 3 στρώματα: sm1, sm2 και sm3. Υποβλεννογόνιος όγκος με συμμετοχή <500 μm του βλεννογόνιου μυϊκού χιτώνα χαρακτηρίζεται ως επιφανειακή νόσος (sm1), ενώ με συμμετοχή >500 μm χαρακτηρίζεται ως εν τω βάθει νόσος (sm2-3).

Ενδείξεις EMR (και ESD) στο δωδεκαδάκτυλο

- Αδενώματα του φύματος και περί το φύμα
- Πρώιμα καρκινώματα
- Υποβλεννογόνιες βλάβες του φύματος



How to do it

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΕΚΤΟΜΗ (Endoscopic Mucosal Resection - EMR)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Ενδείξεις EMR στον οισοφάγο, το στομάχο και το παχύ έντερο.

Οισοφάγος*	Στόμαχος	Παχύ έντερο
_ Paris 0-IIa and 0-IIb lesions _ M1_M3 adenocarcinoma and M1_M2 squamous cancers _ Barrett's high-grade dysplasia and intra-mucosal cancer _ Well or moderately differentiated cancer _ No evidence of lymphatic or venous involvement _ Less than 1/3 involvement of circumference	_ Paris 0-IIa <20mm and 0-IIb <10mm _ M1_M3 adenocarcinoma _ Well or moderately differentiated adenocarcinoma _ No evidence of lymphovascular invasion - Japanese expanded criteria _ Regardless of tumour size without ulcers _ 30mm with ulceration _ Sm1 invasion 30mm	_ Paris 0-IIa <20mm and 0-IIb <10mm _ Well or moderately differentiated adenocarcinoma _ Superficial invasion into submucosa (<1000 mm) _ No lymphatic or vascular invasion _ Laterally spreading tumours (granular laterally spreading tumours)

* Στον οισοφάγο, η EMR εφαρμόζεται σε βλάβες < 2 cm οι οποίες περιορίζονται στον οισοφαγικό βλεννογόνο (αντιστοιχούν σε στάδιο T1a) και καταλαμβάνουν λιγότερο από το 1/3 της περιφέρειας του αυλού. Σε μεγαλύτερες αλλοιώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί ESD.

- Αδενώματα μη σχετιζόμενα με το φύμα
- Νευροενδοκρινείς όγκοι

Επισήμανση: Τα διαθέσιμα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η EMR και η ESD στο δωδεκαδάκτυλο σχετίζονται με υψηλό ποσοστό επιπλοκών, ειδικά στις υποβλεννογόνιες βλάβες.

Απόλυτες αντενδείξεις EMR

- Υψηλός βαθμός υποψίας για λεμφαδενικές ή απομακρυσμένες μεταστάσεις
- Προηγηθείσα βιοψία από τη βλάβη πριν την ενδοσκοπική εκτομή: πιθανότητα για ψευδώς θετικό (για κακοήθεια) αποτέλεσμα, συνεπεία της ίνωσης στο σημείο της βιοψίας. Γενικώς, οι βιοψίες πριν την EMR θα πρέπει να αποφεύγονται δεδομένου ότι δε μεταβάλλουν το θεραπευτικό αλγόριθμο. Εάν πάραυτα έχουν ληφθεί βιοψίες, θα πρέπει να ελαχιστοποιείται το μεσοδιάστημα μεταξύ λήψης βιοψιών και EMR για τον περιορισμό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων.
- Το «nonlifting sign» (αποτυχία ανύψωσης της βλάβης υπεράνω του περιβάλλοντος βλεννογόνου μετά από υποβλεννογόνια έγχυση διαλύματος κάτω από αυτή): αυτό έχει καθιερωθεί ως ένας εξαιρετικά ακριβής

και ειδικός προγνωστικός δείκτης υποβλεννογόνιας διήθησης σε βλάβες του παχέος εντέρου. Σε τέτοιες περιπτώσεις, επιλέγεται συνήθως η ESD.

Σχετικές αντενδείξεις EMR

- Παρουσία διαταραχών της πήξης.
- Οποιαδήποτε σοβαρή συννοσηρή κατάσταση (πχ. βαρεία καρδιοαναπνευστική νόσος).
- Αδυναμία εκτομής λεμφαδένων: Αυτό αποτελεί και την κύρια θεραπευτική διαφορά μεταξύ EMR και χειρουργικής προσπέλασης, καθώς η EMR δεν ενδείκνυται σε βλάβες με μη αμελητέο κίνδυνο λεμφαδενικών μεταστάσεων (το βάθος διήθησης του όγκου συσχετίζεται με κίνδυνο λεμφαδενικών μεταστάσεων).

Διαλύματα

- Συνήθως εγχέονται 5-50ml διαλύματος κάτω από τη βλάβη.
- Η προσθήκη αραιωμένων χρωστικών ουσιών (πχ. indigo carmine ή methylene blue) βοηθά στην ταυτοποίηση του βάθους και των πλευρικών ορίων εκτομής.

How to do it

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΕΚΤΟΜΗ (Endoscopic Mucosal Resection - EMR)



A) Φυσιολογικός ορός (το συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο διάλυμα)

Μειονεκτήματα

- Σχετικώς ταχεία απορρόφηση
- Ανάγκη πολλαπλών επαναληπτικών εγχύσεων
Αλλά: Η προσθήκη αραιωμένου διαλ/τος αδρεναλίνης στο φυσιολογικό ορό μπορεί να παρατείνει το φαινόμενο “cushion”.

Β) Άλλα υπέρτονα και ιξώδη διαλύματα (υπέρτονος φυσιολογικός ορός, υπέρτονη δεξτρόζη 50%, υδροξυπροπυλ-μεθυλσελλουλόζη, υαλουρονικό οξύ, γλυκερόλη, διαλύματα ινωδογόνου): σπανιότερα χρησιμοποιούμενα / υψηλότερο κόστος.

Πλεονεκτήματα vs N/S 0,9%

- Μεγαλύτερη διάρκεια ανύψωσης της βλάβης (cushion)
- Σημαντική βελτίωση της δυνατότητας en-block εκτομής
- Σημαντική μείωση της παραμονής υπολειμματικής βλάβης

Μειονεκτήματα vs N/S 0,9%

- Περισσότερες τοπικές φλεγμονώδεις αντιδράσεις στο σημείο της έγχυσης

Συμπερασματικά, ειδικά για το παχύ έντερο, για χρήση σε EMR συνιστάται:

- Ορθοκολικοί πολύποδες < 2cm: N/S 0,9%
- Ορθοκολικοί πολύποδες > 2cm: Άλλα ιξώδη διαλύματα

Τεχνικές

Διάφορες τεχνικές EMR έχουν αναπτυχθεί και όλες στηρίζονται στις βασικές αρχές της ανύψωσης (lifting) του βλεννογόνου-στόχου και την ακόλουθη εκτομή της βλάβης με εφαρμογή ηλεκτροκαυτηριασμού. Οι κύριες μέθοδοι είναι οι ακόλουθες:

- η υποβοηθούμενη με έγχυση (injection-assisted) EMR

- η υποβοηθούμενη με cap (cap-assisted) EMR
- η υποβοηθούμενη με απολίνωση (ligation-assisted) EMR

Εδώ θα αναφερθούμε κυρίως στην **EMR με cap (EMRC)**. Αυτή η τεχνική αποτελεί συνδυασμό υποβλεννογονίας έγχυσης, αναρρόφησης ιστού μέσα σε ένα καθαρό, μαλακό, πλαστικό πώμα (cap) προσαρμοσμένου στην άκρη του ενδοσκοπίου και τέλος, εκτομής με βρόχο (εικόνα 3).

Συνήθως, η EMR πραγματοποιείται με ασφάλεια με τη χορήγηση της συνήθους καταστολής (μέθης). Επί παρουσίας σοβαρών καρδιοπνευμονικών συννοσηροτήτων μπορεί να ζητηθεί υποστήριξη από αναισθησιολόγο.

Ο ασθενής είναι νηστικός και τοποθετείται σε (AP) πλάγια θέση.

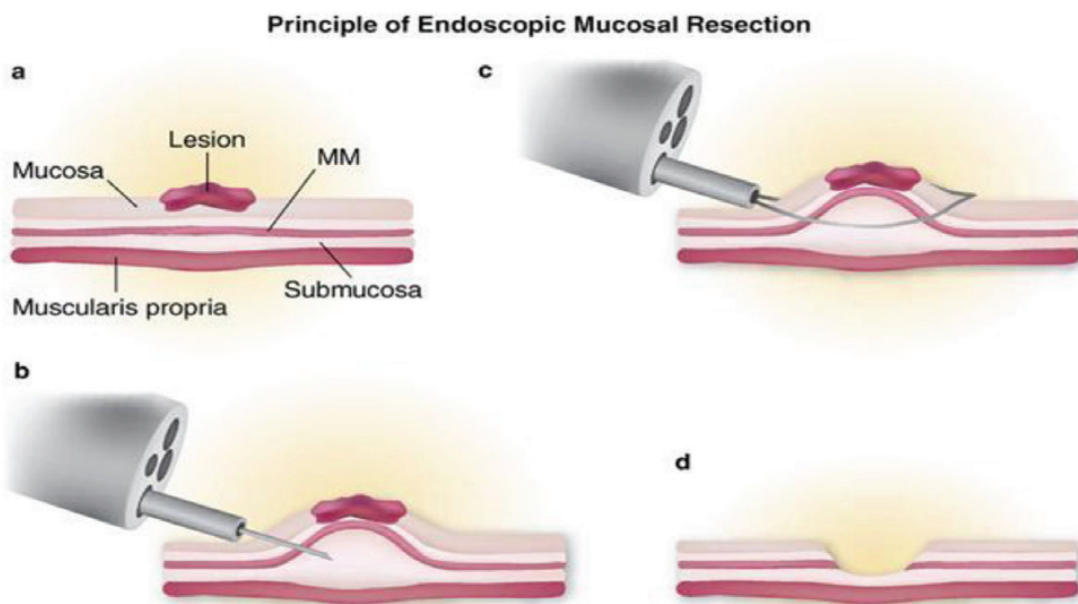
Πριν ξεκινήσουμε, συμπληρωματικά θα χρειαστούμε:

- Δίκτυο ή basket ανάκτησης των δειγμάτων
 - Βελόνα και διάλυμα έγχυσης για την ανύψωση του βλεννογόνου
 - Αιμοστατικά clips και λαβίδες για έλεγχο της αιμορραγίας και επιδιόρθωση τυχόν μικροδιατρήσεων.
1. Κατά την προετοιμασία για EMRC, το ειδικό πώμα (cap) προσαρμόζεται στο άκρο ενός ενδοσκοπίου ευθείας οράσεως και στερεώνεται καλά.
 2. Ο βλεννογόνος που περιβάλλει τα όρια της βλάβης μαρκάρεται προσεκτικά με την άκρη του σύρματος του βρόχου. Τα σημάδια τοποθετούνται 2mm από τα όρια της βλάβης.
 3. Διάλυμα φυσιολογικού ορού με αραιωμένη αδρεναλίνη (0,1% διάλυμα αδρεναλίνης 0,2 mL σε N/S 0,9% 100 mL) εγχύεται με την ειδική βελόνα στον υποβλεννογόνο. Ο συνολικός όγκος του εγχέομένου διαλύματος εξαρτάται από το μέγεθος της βλάβης, αλλά είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθεί αρκετός ορός ούτως ώστε να ανυψωθεί ολόκληρη η βλάβη (συνήθως απαιτούνται > 20 mL).



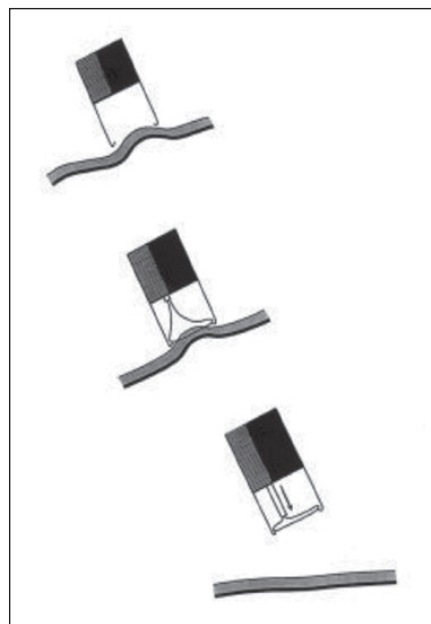
How to do it

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΕΚΤΟΜΗ (Endoscopic Mucosal Resection - EMR)



Εικόνα 3. Αρχές και στάδια EMR (εδώ δεν απεικονίζεται το cap).

4. Κάνουμε prelooping στο σύρμα κατά μήκος του χείλους του cap με έναν ειδικά σχεδιασμένο βρόχο (εξωτερική διάμετρος 2 mm). Αρχικά εφαρμόζουμε μέτρια αναρρόφηση στο βλεννογόνο για να σφραγίσουμε την έξοδο του cap (εικόνα 4, κορυφή) και κατόπιν, ανοίγουμε το σύρμα που περνάει μέσα από το κανάλι εργασίας του ενδοσκοπίου (εικόνα 4, μέση). Το ανοιχτό σύρμα στερεώνεται στα χείλη του cap και η εξωτερική θήκη του βρόχου «κολλάει» έτσι στα χείλη του cap (εικόνα 4, βάση). Με αυτόν τον τρόπο, ολοκληρώνεται το prelooping του βρόχου.
5. Για να προσεγγίσουμε το βλεννογόνο-στόχο (εικόνα 5, κορυφή), κάνουμε πλήρη αναρρόφηση αυτού του τμήματος του βλεννογόνου (που συμπεριλαμβάνει και τη βλάβη) ώστε να εισέλθει ολόκληρος μέσα στο cap και ακολούθως, τον περιβροχίζουμε με το σύρμα του βρόχου (εικόνα 5, μέση). Σε αυτή τη φάση, ο περιβροχισμένος βλεννογόνος ομοιάζει με περισφιγμένο πολυποειδές μórφωμα (εικόνα 5, βάση).
6. Κόβουμε τον σχηματιζόμενο «ψευδοπολύποδα» με ηλεκτροκαυτηρίαση. Το ληφθέν ιστοτεμάχιο μπορεί

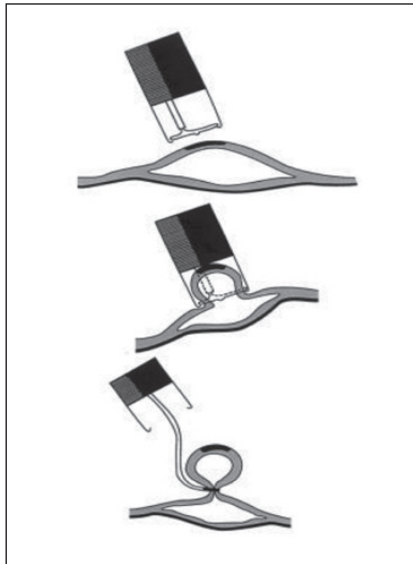


Εικόνα 4. Διαδικασία prelooping κατά την EMRC.

Κορυφή. Ο φυσιολογικός βλεννογόνος αναρροφάται και η έξοδος του cap σφραγίζεται. **Μέση.** Το σύρμα του βρόχου ανοίγει και κινείται κατά μήκος του χείλους του cap. **Βάση.** Δημιουργείται μία κατάσταση prelooping. Η εξωτερική θήκη του βρόχου πιέζεται προς το άπω άκρο του cap.

How to do it

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΕΚΤΟΜΗ (Endoscopic Mucosal Resection - EMR)



Εικόνα 5. Αναπαράσταση EMRC.

Κορυφή. Μετά την έγχυση, το ενδοσκόπιο προωθείται προς τη βλάβη. **Μέση.** Ο βλεννογόνος-στόχος έλκεται μέσα στο cap. **Βάση.** Ο περιβροχισμένος βλεννογόνος-στόχος.

τώρα εύκολα να ανακτηθεί κρατώντας το μέσα στο cap και χωρίς να χρειαστεί λαβίδα βιοψίας (εικόνα 6, a-d).

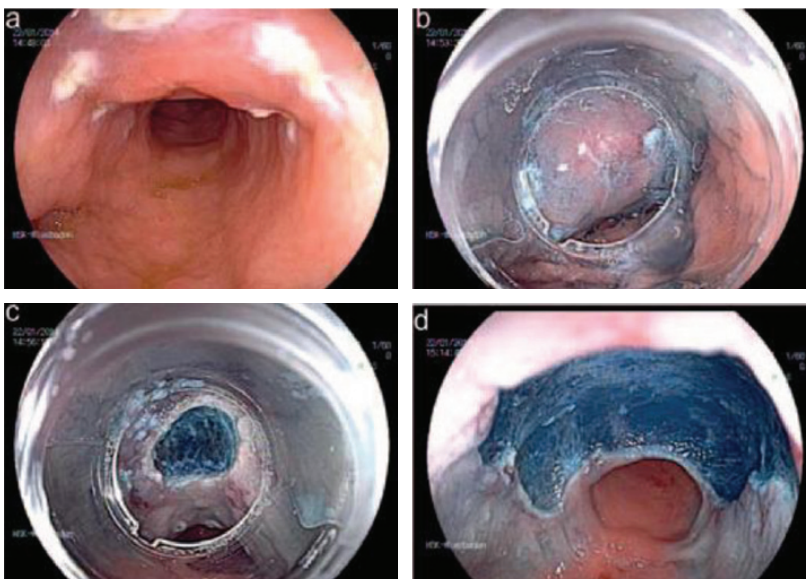
7. Σε περίπτωση που απαιτείται επιπλέον εκτομή,

επαναλαμβάνουμε όλα τα βήματα της διαδικασίας (και την έγχυση φυσιολογικού ορού).

Επιπλοκές

A) Μείζονες

- 1. Αιμορραγία:** Η συχνότερη. Διακρίνεται σε πρώιμη (επισυμβαίνουσα στη διάρκεια της επέμβασης) και σε όψιμη (από 6 ώρες έως 7 ημέρες μετά). Η συχνότητα εξαρτάται από την εντόπιση της βλάβης:
 - Οισοφάγος: Ασυνήθης (σοβαρή αιμορραγία σε περίπου 1,2% των ασθενών)
 - Στομάχος: Πρώιμη αιμορραγία σε ποσοστό από 0% - 11,5% των ασθενών. Όψιμη αιμορραγία σε ποσοστό περίπου 5% των ασθενών.
 - Παχύ έντερο: Πρώιμη αιμορραγία για βλάβες >2 cm σε ποσοστό από 11% - 22% των ασθενών. Όψιμη αιμορραγία σε μεγάλους πολύποδες σε ποσοστό από 2% - 11% των ασθενών.
 - Η πρώιμη αιμορραγία αντιμετωπίζεται με ενδοσκοπικά clips, θερμή λαβίδα βιοψίας, APC κλπ.
- 2. Διάτρηση:** Σπάνια επιπλοκή (0,3% - 0,5% των ασθενών μετά από EMR οισοφάγου και παχέος εντέρου / 1% των ασθενών μετά από EMR στομάχου)



Εικόνα 6 (a-d). Αρχικά, μαρκάρουμε τη βλάβη με ηλεκτροκαυτηρίαση. Αμέσως μετά, το ενδοσκόπιο τοποθετείται επάνω από τη βλάβη και εφαρμόζουμε αναρρόφηση για να έλξουμε το βλεννογόνο μέσα στο cap. Ακολούθως, κλείνουμε το σύρμα του βρόχου για να παγιδεύσουμε τη βλάβη.



How to do it

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΕΚΤΟΜΗ (Endoscopic Mucosal Resection - EMR)

- Σε EMR ανωτέρου ΓΕΣ βοηθά η χορήγηση υψηλών δόσεων PPIs και η δίαιτα με διαυγή υγρά για 24 ώρες μετά την επέμβαση, ακολουθούμενη από δίαιτα με μαλακές τροφές επί 3 ημέρες.
- Σε EMR παχέος εντέρου (ειδικά στο δεξιό κόλον), εξέχουσα σημασία έχει η έγχυση επαρκούς ποσότητας υποβλεννογόνιου διαλύματος για την αποφυγή διάτρησης.
- 3. *Στένωση*: Όψιμη επιπλοκή (5% - 88% των ασθενών μετά από EMR οισοφάγου).
 - Συχνότερη μετά από αφαίρεση πολλαπλών και ευμεγεθών βλαβών που καταλαμβάνουν >3/4 της περιφέρειας του αυλού ή το μήκος εκτομής υπερβαίνει τα 3 cm.
 - Αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά με διαδοχικές διαστολές οισοφάγου.

Β) Ελάσσονες (συχνότερες)

1. Πόνος
2. Μετά πολυεκτομή σύνδρομο

Συμπέρασμα

Η EMR αποτελεί μία σημαντική θεραπευτική ενδοσκοπική τεχνική και θεωρείται ως μία ελάχιστα επεμβατική εναλλακτική του χειρουργείου για τις βλεννογονικές βλάβες του ανωτέρου και κατωτέρου ΓΕΣ, εφόσον γίνεται με τις σωστές ενδείξεις.

Η ενδοσκοπική εμφάνιση συνιστά έναν χρήσιμο οδηγό για να αξιολογηθούν οι βλάβες που μπορούν να αντιμετωπισθούν με EMR. Δεδομένου όμως, ότι ενέχει υψηλό κίνδυνο επιπλοκών, η EMR θα πρέπει να πραγματοποιείται σε κατάλληλα κέντρα, από έμπειρους και εξειδικευμένους ενδοσκόπους.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Jayan Mannath and Krish Ragunath, Ther Adv Gastroenterol, (2010) 4(5) 275-282.
2. Yoo IK, Ko WJ, Kim HS, Kim HK, Kim JH, Kim WH, et al. Anti-reflux mucosectomy using a cap-assisted endoscopic mucosal resection method for refractory gastroesophageal disease: a prospective feasibility study. Surg Endosc. 2019 May 28.
3. Hedberg HM, Kuchta K, Ujiki MB. First Experience with Banded Anti-reflux Mucosectomy (ARMS) for GERD: Feasibility, Safety, and Technique. J Gastrointest Surg. 2019 Jun. 23 (6):1274-1278.
4. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002. Gastrointest Endosc. 2003 Dec. 58 (6 Suppl):S3-43.
5. Larghi A, Lightdale CJ, Memeo L, Bhagat G, Okpara N, Rotterdam H. EUS followed by EMR for staging of high-grade dysplasia and early cancer in Barrett's esophagus. Gastrointest Endosc. 2005 Jul. 62 (1):16-23.
6. Han KS, Sohn DK, Choi DH, Hong CW, Chang HJ, Lim SB. Prolongation of the period between biopsy and EMR can influence the nonlifting sign in endoscopically resectable colorectal cancers. Gastrointest Endosc. 2008 Jan. 67(1):97-102.
7. Larghi A, Waxman I. State of the art on endoscopic mucosal resection and endoscopic submucosal dissection. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2007 Jul. 17(3):441-469.
8. Fujishiro M, Yahagi N, Nakamura M, Kakushima N, Kodashima S, Ono S. Successful outcomes of a novel endoscopic treatment for GI tumors: endoscopic submucosal dissection with a mixture of high-molecular-weight hyaluronic acid, glycerin, and sugar. Gastrointest Endosc. 2006 Feb. 63(2):243-249.
9. Yandrapu H, Desai M, Siddique S, Vennalaganti P, Vennalaganti S, Parasa S, et al. Normal saline solution versus other viscous solutions for submucosal injection during endoscopic mucosal resection: a systematic review and meta-analysis. Gastrointest Endosc. 2017 Apr. 85 (4):693-699.

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΣΕ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ:
ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ;



Αναστάσιος Ρούσσος, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Εισαγωγή

Η ασυμπτωματική βακτηριαιμία, η οποία οφείλεται στην είσοδο μικροοργανισμών της φυσιολογικής χλωρίδας του γαστρεντερικού σωλήνα στην συστηματική κυκλοφορία, δεν είναι σπάνια κατά την διάρκεια των ενδοσκοπικών πράξεων. Η βακτηριαιμία στις περιπτώσεις αυτές θεωρητικά θα μπορούσε να οδηγήσει σε λοίμωξη απομακρυσμένων ιστών, όπως είναι το ενδοκάρδιο. Ένας άλλος μηχανισμός, με τον οποίο η ενδοσκόπηση μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη, είναι η τοπική εμφύτευση παθολογικών μικροοργανισμών σε όργανα και ιστούς. Ο σκοπός του άρθρου είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τον ρόλο της προφυλακτικής αντιμικροβιακής αγωγής στην πρόληψη αυτών των λοιμώξεων.

Βακτηριαιμία κατά τη διάρκεια ενδοσκοπικών πράξεων

A. Ενδοσκοπικές πράξεις με χαμηλό κίνδυνο βακτηριαιμίας

Η γαστροσκόπηση με ή χωρίς λήψη βιοψίας συνοδεύεται από παροδική βακτηριαιμία σε 2-8% των περιπτώσεων. Στην κολονοσκόπηση το αντίστοιχο ποσοστό μπορεί να φτάσει μέχρι και 25% σε αμφότερες όμως τις ενδοσκοπικές πράξεις σπάνια υπερβαίνει το 4%. Στην εύκαμπτη ορθοσιγμοειδοσκόπηση η πιθανότητα βακτηριαιμίας είναι πρακτικά μηδενική (<1%). Σε όλες τις περιπτώσεις η παρατηρούμενη βακτηριαιμία είναι μικρής διάρκειας (<30 λεπτά) και δεν φαίνεται να σχετίζεται με εμφάνιση λοίμωξης. Αν και δεν υπάρχουν πολλά βιβλιογραφικά δεδομένα, φαίνεται ότι η βακτηριαιμία είναι εξαιρετικά σπάνια κατά την τοποθέτηση stent παχέος εντέρου, όπως και κατά την εντεροσκόπηση.

Το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα ανώτερου πεπτικού με ή χωρίς λήψη FNA, ανεξάρτητα αν η τελευταία αφορά κυστικές ή συμπαγείς βλάβες, συνοδεύεται από πιθανότητα βακτηριαιμίας, η οποία δεν υπερβαίνει την αντίστοιχη της γαστροσκόπησης. Εξαιρετικά χαμηλό είναι και το ποσοστό βακτηριαιμίας σε διορθικό υπερηχογράφημα, κατά το οποίο δεν ξεπερνάει το 4%.

B. Ενδοσκοπικές πράξεις με υψηλό κίνδυνο βακτηριαιμίας

Οι ενδοσκοπικές πράξεις, οι οποίες συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα βακτηριαιμίας είναι η διαστολή οισοφαγικών στενώσεων, η σκληροθεραπεία, η απολίνωση κιστών οισοφάγου, και τέλος η ERCP, όταν αυτή συνοδεύεται από καθετηριασμό στενώσεων χοληφόρων.

Η βακτηριαιμία μετά την διαστολή οισοφαγικών στενώσεων αγγίζει το 30% σε ορισμένες προοπτικές μελέτες. Οι παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο βακτηριαιμίας είναι η διαστολή κακοήθων στενώσεων και η διαστολή με κηρία. Οι μικροοργανισμοί οι οποίοι συνήθως απομονώνονται στις καλλιέργειες αίματος είναι αυτοί της φυσιολογικής χλωρίδας του στόματος.

Η σκληροθεραπεία κιστών οισοφάγου συνοδεύεται με εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο βακτηριαιμίας. Συγκεκριμένα, το 8-50% των ασθενών που υποβάλλονται σε σκληροθεραπεία εμφανίζει συμπτωματική βακτηριαιμία. Μετά από απολίνωση με χρήση ελαστικών δακτυλίων το αντίστοιχο ποσοστό δεν υπερβαίνει το 25%.

Προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών σε ενδοσκοπικές πράξεις

A. Πρόληψη λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας

Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα είναι η ενδοαγγειακή λοίμωξη καρδιαγγειακών δομών και συγκεκριμένα των καρδιακών βαλβίδων ή/και του τοιχωματικού ενδοκαρδίου. Η ετήσια επίπτωσή της είναι 2-7 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού. Η βαλβίδα η οποία προσβάλλεται συχνότερα είναι η μιτροειδής και ακολουθούν η αορτική και η τριγλώχινα.

Σύμφωνα με τις τελευταίες οδηγίες της Ευρωπαϊκής και της Αμερικανικής καρδιολογικής εταιρίας η προφυλακτική χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής δεν συστήνεται για πρόληψη λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας σε ασθενείς οι οποίοι πρόκειται να υποβληθούν σε ενδοσκοπικές πράξεις.



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

**ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΣΕ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ:
ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ;**

Τα δεδομένα στα οποία στηρίχθηκαν αυτές οι οδηγίες συνοψίζονται ως εξής:

- Τεκμηριωμένα περιστατικά λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας μετά την ενδοσκόπηση δεν αναφέρονται στην βιβλιογραφία.
- Δεν υπάρχει αιτιολογική σύνδεση μεταξύ ενδοσκοπικών πράξεων και εμφάνισης λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας.
- Λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα είναι πολύ πιθανότερο να συμβεί λόγω ασυμπτωματικής βακτηριαιμίας μετά από καθημερινές πρακτικές, όπως το βούρτσισμα των δοντιών.
- Δεν υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της προφυλακτικής χορήγησης αντιβίωσης στην πρόληψη ενδοκαρδίτιδας μετά ενδοσκόπηση.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα και οι καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας μετά από βακτηριαιμία είναι:

- Προσθετική βαλβίδα (μεταλλική ή βιοπροσθετική)
- Ιστορικό λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας
- Ιστορικό μεταμόσχευσης καρδιάς
- Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια

Στους ασθενείς αυτούς συστήνεται η προφυλακτική χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής μόνο όταν υπάρχει τεκμηριωμένη λοίμωξη του γαστρεντερικού συστήματος (π.χ. χολαγγειίτιδα) και ιδιαίτερα όταν πρόκειται να υποβληθούν σε ενδοσκοπική πράξη η οποία αυξάνει τον κίνδυνο βακτηριαιμίας (π.χ. ERCP και διαστολή στένωσης χοληφόρων). Η χορηγούμενη για την αντιμετώπιση της υποκείμενης λοίμωξης αντιμικροβιακή αγωγή πρέπει να εμφανίζει αποτελεσματικότητα έναντι του εντεροκόκκου, αφού πρόκειται για το συνηθέστερο παθογόνο. Οι βλακτάμες (πενικιλίνη, αμπικιλίνη) η πιπερακιλίνη και η βανκομυκίνη είναι αντιβιοτικά με τεκμηριωμένη δράση έναντι του εντεροκόκκου.

Β. Πρόληψη άλλων λοιμώξεων ανά ενδοσκοπική πράξη

1. ERCP

Η χολαγγειίτιδα και η σήψη είναι γνωστές επιπλοκές της ERCP. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλές μελέτες για την αποτελεσματικότητα της προφυλακτικής χορήγησης αντιμικροβιακής αγωγής. Αν και τα δεδομένα είναι συχνά αντικρουόμενα, φαίνεται ότι η χημειοπροφύλαξη σε περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν υπάρχει γνωστή στένωση χοληφόρων δεν πρέπει να χορηγείται λόγω της χαμηλής πιθανότητας λοιμώδους επιπλοκής. Αντίθετα, η χημειοπροφύλαξη κρίνεται απαραίτητη σε ασθενείς οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση ήπατος. Η προφυλακτική αντιμικροβιακή αγωγή πρέπει να είναι αποτελεσματική έναντι των gram αρνητικών μικροοργανισμών και του εντεροκόκκου και να συνεχίζεται μετά την ERCP, όταν δεν έχει εξασφαλισθεί η επαρκής παροχέτευση των χοληφόρων.

2. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ

Οι σπητικές επιπλοκές κατά την διάρκεια διαγνωστικού ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος είναι πρακτικά μηδενικές και δεν συστήνεται η προφυλακτική χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής. Το ίδιο ισχύει και όταν το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα συνοδεύεται από βιοψία με λεπτή βελόνη συμπαγών αλλοιώσεων του γαστρεντερικού. Ο κίνδυνος επιμόλυνσης είναι μεγαλύτερος, όταν γίνεται διαγνωστική ή θεραπευτική παρακέντηση παγκρεατικών ή περιπαγκρεατικών κυστικών αλλοιώσεων στις περιπτώσεις αυτές επιβάλλεται η προφυλακτική χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής και η συνέχιση της για 3-5 ημέρες μετά την παρακέντηση.

3. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑ

Αν στην ERCP τα βιβλιογραφικά δεδομένα συχνά είναι αντικρουόμενα, δεν ισχύει το ίδιο για την διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία. Είναι σαφές ότι υπάρχει υψηλός κίνδυνος επιμόλυνσης και οι μικροοργανισμοί, οι οποίοι συνήθως απομονώνονται, ανήκουν στη φυσιολογική δερματική χλωρίδα. Με δεδομένη την συνήθως

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΣΕ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ:
ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ;



επιβαρυνόμενη υγεία και τα πολλά συνοδά νοσήματα των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία, η χορήγηση προφυλακτικής αντιμικροβιακής αγωγής θεωρείται απαραίτητη. Συγκεκριμένα, συστήνεται η χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής με δραστηριότητα έναντι των μικροβίων της φυσιολογικής δερματικής χλωρίδας (πχ κεφαζολίνη 1g ενδοφλεβίως) 30 λεπτά πριν την τοποθέτηση της γαστροστομίας.

4. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μια μεγάλη μεταανάλυση σε περίπου 1.200 ασθενείς κίρρωτικούς ασθενείς, που εισήλθαν στο νοσοκομείο λόγω αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού, έδειξε ότι η προφυλακτική χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής είχε ως αποτέλεσμα την πρόληψη λοιμώξεων, την μείωση της διάρκειας νοσηλείας και την μείωση της θνητότητας. Με βάση αυτά τα δεδομένα συστήνεται η προφυλακτική χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής σε κάθε κίρρωτικό ασθενή με αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Η ενδοφλέβια χορήγηση κεφτριαξόνης είναι το φάρμακο εκλογής καθώς υπερέχει της από του στόματος χορήγησης νορφλοξασίνης,

Ειδικές περιπτώσεις

- Η προφυλακτική αντιμικροβιακή αγωγή δεν συστήνεται πριν την ενδοσκόπηση σε ασθενείς με συνθετικά αγγειακά μοσχεύματα, βηματοδότη, εμφυτεύσιμο απινιδωτή, ενδοπροθέσεις στεφανιαίων, ενδοπροθέσεις περιφερικών αγγείων, φίλτρα στην κάτω κοίλη φλέβα.
- Η προφυλακτική αντιμικροβιακή αγωγή δεν συστήνεται πριν την ενδοσκόπηση σε ασθενείς με ιστορικό αρθροπλαστικής ή ορθοπεδικού μοσχεύματος.
- Σε ασθενείς με σοβαρή ουδετεροπενία (<500 πολυμορφοπύρρηνα/ml), σε προχωρημένη αιματολογική κακοήθεια και σε ασθενείς, οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση μυελού των οστών, συστήνεται η αντιμικροβιακή προφύλαξη πριν την ενδοσκόπηση.

- Η προφυλακτική αντιμικροβιακή αγωγή πριν από κάθε ενδοσκοπική πράξη στο παχύ έντερο συστήνεται σε ασθενείς, οι οποίοι υποβάλλονται σε συνεχή περιτοναϊκή κάθαρση καθώς θεωρείται αυξημένος ο κίνδυνος περιτονίτιδας. Συγκεκριμένα η χορήγηση ενδοφλεβίως 1gr αμπικιλίνης σε συνδυασμό με μια δόση (500 mg) μετρονιδαζόλης 15 λεπτά πριν την ενδοσκόπηση μειώνει σημαντικά αυτόν τον κίνδυνο.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. ASGE Standards of Practice Committee, Khashab MA, Chithadi KV, et al. Antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2015;81:81.
2. Lipp A, Lusardi G. Systemic antimicrobial prophylaxis for percutaneous endoscopic gastrostomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;CD005571.
3. Coelho-Prabhu N, Oxentenko AS, Osmon DR, et al. Increased risk of prosthetic joint infection associated with esophago-gastro-duodenoscopy with biopsy. *Acta Orthop* 2013;84:82.
4. Blomberg J, Lagergren P, Martin L, et al. Novel approach to antibiotic prophylaxis in percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG): randomised controlled trial. *BMJ* 2010;341:c3115.
5. Colán-Hernández J, Sendino O, Loras C, et al. Antibiotic Prophylaxis Is Not Required for Endoscopic Ultrasonography-Guided Fine-Needle Aspiration of Pancreatic Cystic Lesions, Based on a Randomized Trial. *Gastroenterology* 2020;158:1642.
6. Watters W 3rd, Rethman MP, Hanson NB, et al. Prevention of Orthopaedic Implant Infection in Patients Undergoing Dental Procedures. *J Am Acad Orthop Surg* 2013;21:180.
7. Li PK, Szeto CC, Piraino B, et al. ISPD Peritonitis Recommendations: 2016 Update on Prevention and Treatment. *Perit Dial Int* 2016;36:481.



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ:
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Βασιλική Γκάγκαρη, Ειδικευόμενη Γαστρεντερολόγος, ΓΝΑ Αλεξάνδρα, Αθήνα

1. Το ustekinumab σχετίζεται με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα συγκριτικά με το vedolizumab σε ασθενείς με νόσο Crohn οι οποίοι δεν ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία με anti-TNF παράγοντα.

"Ustekinumab is associated with superior effectiveness outcomes compared to vedolizumab in Crohn's Disease patients with prior failure to anti-TNF treatment"

Vince B. C. Biemans, C. Janneke van der Woude, Gerard Dijkstra, Andrea E. van der Meulen-de Jong, Mark Lowenberg, Nanne K. de Boer, Bas Oldenburg, Nidhi Srivastava, Jeroen M. Jansen, Alexander G. L. Bodelier, Rachel L. West, Annemarie C. de Vries, Geoffrey J. L. Haans, Dirk de Jong, Frank Hoentjen, Marieke J. Pierik

On behalf of the Dutch Initiative on Crohn and Colitis (ICC)

Aliment Pharmacol Ther. 2020; 52:123-134

Το vedolizumab και το ustekinumab μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη θεραπεία της νόσου Crohn εφόσον η προηγούμενη θεραπεία με anti-TNF παράγοντα έχει αποτύχει. Εκλείπουν, όμως, head-to-head μελέτες.

Σε μία πολυκεντρική προοπτική μελέτη παρατήρησης συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα των δύο παραπάνω βιολογικών παραγόντων σε ασθενείς με νόσο Crohn οι οποίοι δεν ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία με anti-TNF παράγοντα. Οι ασθενείς είχαν ενταχθεί σε ένα σύστημα καταγραφής στην Ολλανδία. Συμμετείχαν 200 περίπου ασθενείς (naïve τόσο σε ustekinumab όσο και σε vedolizumab) άνω των 16 ετών με νόσο Crohn (HBI>4, CRP>5 και/ή καλπροτεκτίνη κοπράνων >250 και/ή ενδοσκοπική ή ακτινολογική εικόνα ενεργότητας της νόσου). Η μία ομάδα ασθενών έλαβε ustekinumab (85 ασθενείς) και η άλλη vedolizumab (128 ασθενείς) σύμφωνα με την απόφαση των θεραπόντων ιατρών. Πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν η επίτευξη κλινικής ύφεσης άνευ κορτικοστεροειδών την 52η εβδομάδα. Δευτερογενή καταληκτικά σημεία ήταν η βιοχημική ύφεση, ο συνδυασμός κλινικής ύφεσης άνευ κορτικοστεροειδών και βιοχημικής ύφεσης, η βράχυνση των διαστημάτων έγχυσης και η διακοπή της θεραπείας λόγω μη ανταπόκρισης στη θεραπεία, ανεπιθύμητων ενεργειών, κακοήθειας ή εγκυμοσύνης.

Διαπιστώθηκε υπεροχή του ustekinumab όσον αφορά σε όλα τα καταληκτικά σημεία. Παρατηρήθηκε, επίσης, διακοπή της θεραπείας σε μεγαλύτερο ποσοστό στην ομάδα των ασθενών που έλαβε vedolizumab και ότι η επικρατέστερη αιτία διακοπής ήταν η μη ανταπόκριση στη θεραπεία. Τέλος, όσον αφορά στην εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών και λοιμώξεων δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις δύο ομάδες ασθενών. Είναι απαραίτητες head-to-head μελέτες που πιθανώς θα επιβεβαιώσουν τα παραπάνω αποτελέσματα.

2. Υπερηχογράφημα εντέρου για την παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα: τα αποτελέσματα της μελέτης TRUST&UC.

"Intestinal ultrasound for monitoring therapeutic response in patients with ulcerative colitis: results from the TRUST&UC study"

Christian Maaser, Frauke Petersen, Ulf Helwig, Imma Fischer, Alexander Roessler, Stefan Rath, Dorothee Lang, Torsten Kucharzik

On behalf of the German IBD Study Group and the TRUST&UC study group

Gut 2020; 69:1629-1636

Το υπερηχογράφημα εντέρου (IUS) είναι μία μη επεμβατική τεχνική, που βοηθάει στην εκτίμηση της ενεργότητας της νόσου αλλά και στην λήψη θεραπευτικών αποφάσεων σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Είναι εύχρηστο και αξιόπιστο και έτσι μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά το follow-up σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα. Τα τυπικά ευρήματα κατά την έξαρση της ελκώδους κολίτιδας περιλαμβάνουν την πάχυνση του τοιχώματος του παχέος εντέρου (BWT), την αυξημένη ηχογένεια της υποβλεννογονίας στιβάδας, το αυξημένο σήμα Doppler, την αύξηση του μεσεντέριου λίπους, την μεσεντέρια λεμφαδενοπάθεια, την απώλεια της πτύχωσης και την διαταραχή της διαστρωμάτωσης του κόλου. Έως τώρα υπάρχουν περιορισμένες και μονοκεντρικές μελέτες που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα του IUS στην εκτίμηση της επιτυχίας της θεραπείας σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα.

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ:
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ



Στην μελέτη TRUST&UC, μια πολυκεντρική, προοπτική μελέτη παρατήρησης, που πραγματοποιήθηκε από το 2015 έως το 2018, συμμετείχαν 220 περίπου ασθενείς άνω των 18 ετών με ελκώδη κολίτιδα σε φάση έξαρσης της νόσου (SCCAI >5). Οι ασθενείς αυτοί παρουσίαζαν όλοι πάχυνση του τοιχώματος του παχέος εντέρου στο IUS κατά την ένταξή τους στη μελέτη. Κατά το baseline καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, εργαστηριακές παράμετροι, το SCCAI και όλα τα υπερηχογραφικά ευρήματα. Στη συνέχεια οι ασθενείς έλαβαν θεραπεία σύμφωνα με τα guidelines και προγραμματίστηκε follow-up στις 2, 6 και 12 εβδομάδες. Πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν να εκτιμηθεί το ποσοστό των ασθενών με φυσιολογικό πάχος τοιχώματος εντέρου προς όλους τους ασθενείς που παρουσίασαν κλινική απάντηση τη 12η εβδομάδα σε σύγκριση με την εβδομάδα 0. Δευτερογενή καταληκτικά σημεία ήταν η αλλαγή της εικόνας Doppler τη 12η εβδομάδα, η συσχέτιση του SCCAI με την καλπροτεκτίνη κοπράνων και το πάχος του τοιχώματος του παχέος εντέρου και η συσχέτιση του πάχους του τοιχώματος του παχέος εντέρου με την τιμή της καλπροτεκτίνης κοπράνων τη 12η εβδομάδα.

Βρέθηκε ότι το ποσοστό των ασθενών με BWT μειώθηκε σημαντικά από τη 2η κιόλας εβδομάδα. Επίσης,

η εικόνα στο Doppler παρουσίασε βελτίωση από τη 2η έως και τη 12η εβδομάδα. Επιπλέον, ήταν σημαντική η μείωση του ποσοστού των ασθενών στους οποίους διαπιστώθηκαν και επιπρόσθετα ευρήματα στο IUS (όπως αύξηση του μεσεντέριου λίπους, μεσεντέρια λεμφαδενοπάθεια, απώλεια της πτύχωσης και διαταραχή της διαστρωμάτωσης του κόλου) τη 12η εβδομάδα καθώς και αξιοσημείωτη η ελάττωση του SCCAI από την 2η έως και την 12η εβδομάδα. Ασθενείς που παρουσίασαν κλινική απάντηση είχαν και σημαντική ελάττωση στο πάχος του τοιχώματος του παχέος εντέρου. Βρέθηκε, ακόμα, ότι ασθενείς με τιμές καλπροτεκτίνης κοπράνων > 250 είχαν σημαντικά υψηλότερο SCCAI αλλά και ότι χαμηλές τιμές καλπροτεκτίνης κοπράνων παρατηρούνταν συχνότερα σε ασθενείς με φυσιολογικό πάχος τοιχώματος του εντέρου. Όσον αφορά στην υποομάδα των ασθενών που υποβλήθηκε σε ενδοσκόπηση, διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση του BWT με ενδοσκοπική εικόνα ενεργότητας της νόσου.

Σύμφωνα λοιπόν, με τα παραπάνω, το IUS σε συνδυασμό και με άλλες μη επεμβατικές μεθόδους, όπως η μέτρηση της καλπροτεκτίνης κοπράνων, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στην κλινική πράξη για την εκτίμηση της βραχυπρόθεσμης αλλά και της μακροπρόθεσμης ανταπόκρισης στη θεραπεία.



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Γρηγόριος Τσούκαλος, Επεμβατικός Ακτινολόγος, Αθήνα

Εισαγωγή

Η αιμορραγία από τον πεπτικό σωλήνα είναι μια συχνή και επείγουσα κατάσταση στην καθημερινή κλινική ιατρική πράξη. Το ποσοστό θνησιμότητας από την αιμορραγία πεπτικού είναι 4-10%. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων η πηγή τους εντοπίζεται πάνω από το σύνδεσμο του Treitz και αποτελούν τις αιμορραγίες από το ανώτερο πεπτικό, ενώ εκείνες που η εστία τους εντοπίζεται κάτω από τον σύνδεσμο του Treitz ονομάζονται αιμορραγίες από το κατώτερο πεπτικό.

Ο ρόλος της ακτινολογίας είναι σημαντικός, τόσο στη διάγνωση, όσο και στην θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις οι οποίες δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν συντηρητικά ή ενδοσκοπικά.

Αιτιολογία

Αιτίες αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού αποτελούν το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος (25% των περιπτώσεων), οι γαστρικές διαβρώσεις, οι κίρσοι οισοφάγου, το σύνδρομο Mallory - Weiss, η αιμορραγική οισοφαγίτιδα, νεοπλάσματα στομάχου, η αιμοχολία, η διάβρωση Dieulafoy, αγγειοδυσπλασίες, αορτο-δωδεκαδακτυλικό συρίγγιο.

Στο κατώτερο πεπτικό η πιο συχνή αιτία είναι η εκκολπωματώση. Άλλες αιτίες είναι η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, η ισχαιμική κολίτιδα, νεοπλάσματα, πολύποδες και αγγειακές δυσπλασίες.

Κλινική εικόνα

Η αιμορραγία μπορεί να εκδηλωθεί με ταχυκαρδία, ορθοστατική υπόταση, χρόνια αναιμία. Ασθενείς με αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό παρουσιάζουν αιματέμεση ή μέλαινες κενώσεις, ενώ από το κατώτερο παρουσιάζονται με αιματοχεσία και σε ελάχιστες περιπτώσεις με μέλαινες κενώσεις αν η αιτία βρίσκεται στο λεπτό έντερο.

Σε αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς είναι απαραίτητη η χορήγηση υγρών και αίματος και η διόρθωση των

διαταραχών των παραγόντων πήξης (ή των διαταραχών πήκτικότητας). Στην συνέχεια ή ταυτόχρονα με τη ανάνηψη του ασθενούς γίνεται η διερεύνηση της αιτιολογίας της αιμορραγίας.

Διάγνωση

Η ενδοσκόπηση είναι η πρώτη διαγνωστική και θεραπευτική παρέμβαση εκλογής τόσο για το ανώτερο όσο και για το κατώτερο πεπτικό. Ασθενείς με αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό πρέπει να υποβάλλονται άμεσα σε γαστροσκόπηση, τόσο για την εύρεση της αιτίας της αιμορραγίας, όσο και για την αντιμετώπισή της.

Στις αιμορραγίες κατωτέρου πεπτικού η κολονοσκόπηση είναι η πρώτη επιλογή, με περιορισμούς σε μια βαριά αιμορραγία και σε μη προετοιμασία του εντέρου, όπου υπάρχει δυσχέρεια στην εύρεση της αιτίας.

Στην ενδοσκόπηση μπορεί να γίνει θεραπευτική παρέμβαση για να ελεγχθεί η αιμορραγία με ένεση αδρεναλίνης, σκληροθεραπεία και τοποθέτηση μεταλλικού clip. Τα μεταλλικά clip είναι ιδιαίτερα χρήσιμα σε ασθενή, όπως θα αναφερθεί παρακάτω, οι οποίοι θα χρειαστούν αγγειογραφία, διότι είναι ακτινοσκιερά και βοηθούν στην ανατομική εντόπιση της βλάβης και θα πρέπει να τοποθετούνται πάντα ακόμη και σε μη έλεγχο της αιμορραγίας.

Ενδείξεις αγγειογραφίας

Όταν η ενδοσκόπηση δεν έχει καταφέρει να αναδείξει την αιτία της αιμορραγίας το επόμενο βήμα είναι η **αξονική αγγειογραφία** (CTA) καθώς και η απεικόνιση με σεσημασμένα ερυθρά.

Το πρωτόκολλο της αξονικής αγγειογραφίας αποτελείται από τις ακόλουθες φάσεις: απλή, αρτηριακή, φλεβική και καθυστερημένη φάση στα 5, ακόμη και στα 10 λεπτά. Το ενδοφλέβιο σκιαγραφικό δίδεται με ροή 3-5 ml/s. Δεν χορηγείται σκιαγραφικό από του στόματος, διότι αυτό μπορεί να κρύψει την αιτία της αιμορραγίας. Η αξονική αγγειογραφία μπορεί να ανιχνεύσει ροές μεγα-

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ



λύτερες ή ίσες των 0,3 ml/ min, έχει ευαισθησία 50-86% και ειδικότητα 92-95%. Το κύριο διαγνωστικό εύρημα είναι η παρουσία ενδοφλέβιου σκιαγραφικού εντός του αυλού του εντέρου (Εικόνα 1). Επίσης η αξονική μπορεί να δώσει πληροφορίες για τα αγγεία και την εξωαυλική παρουσία όγκων που προκαλούν διηθήσεις.

Ο ρόλος της **πυρηνικής ιατρικής** είναι ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς μπορεί με τη χρήση ραδιοσημασμένων ερυθρών με Tc-99m να διαγνώσει αιμορραγίες με ροή 0,1-0,35 ml/min. Ωστόσο, λόγω περιορισμένης διαθεσιμότητας, δεν είναι δυνατή η εκτέλεσή της σε επείγουσες καταστάσεις.

Η **ψηφιακή ενδαρτηριακή αγγειογραφία** (DSA-Digital Subtraction Angiography) έχει ένδειξη σε περιπτώσεις που η ενδοσκόπηση ανέδειξε το αίτιο της αιμορραγίας, αλλά δε κατέστη δυνατό να αντιμετωπιστεί. Επίσης πραγματοποιείται αμέσως μετά την CTA όταν υπάρχουν ευρήματα ύποπτα για εξαγγείωση. Μπορεί να ανιχνεύσει αιμορραγίες με ροή 0,5-1 ml/min. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σε περιπτώσεις όπου η CTA δεν ανέδειξε αίτιο αιμορραγίας, ούτε κάποια ύποπτη περιοχή, η ψηφιακή αγγειογραφία δε θα μπορέσει να ανιχνεύσει την αιμορραγία, οπότε δε θα πρέπει να πραγματοποιείται ιδιαίτερα όταν ο ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερός

Τεχνική

Γίνεται παρακέντηση της κοινής μηριαίας αρτηρίας ή της βραχιονίου αρτηρίας. Ακολουθεί εκλεκτικός καθετηριασμός της κοιλιακής αρτηρίας, της άνω και κάτω μεσεντερίου αρτηρίας, ανάλογα με την προέλευση της αιμορραγίας. Ειδικά σε περιπτώσεις αιμορραγίας του κατωτέρου πεπτικού αξιολογούνται και οι έσω λαγόνιες αρτηρίες, καθώς η μέση και κάτω αιμορροϊδική αρτηρία μπορεί να αποτελούν την εστία της αιμορραγίας.

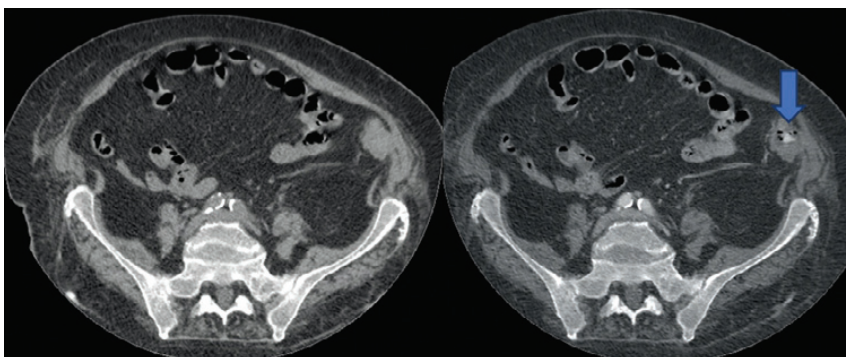
Είναι απαραίτητο πάντοτε να πραγματοποιείται υπερεκλεκτικός καθετηριασμός με μικροκαθετήρα των επιμέρους αγγειακών κλάδων. Το κυριότερο εύρημα είναι η εξαγγείωση σκιαγραφικού, η οποία διαγιγνώσκεται με την αυξημένη καθήλωση σκιαγραφικού εντός του εντερικού αυλού, το οποίο δεν απομακρύνεται μετά από λίγα δευτερόλεπτα (Εικόνες 2,3,4).

Άλλα ευρήματα συμβατά με πιθανή αιτία αιμορραγίας είναι ο σπασμός του αγγείου, η υπεραιμία περιοχής, η παρουσία κισμών και η γρήγορη πλήρωση της μεσεντερίου φλέβας.

Η DSA έχει το πλεονέκτημα ότι μπορεί στον ίδιο χρόνο να αντιμετωπιστεί η αιτία της αιμορραγίας με εμβολισμό του αιμορραγούντος αγγείου. Ο σκοπός είναι ο υπερ-

εκλεκτικός καθετηριασμός του αγγείου που αιμορραγεί και η παραμονή των παράπλευρων αγγείων για να μην δημιουργηθεί ισχαιμία του εντέρου. Αξίζει να τονισθεί, πως το στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο, λόγω της πλούσιας διπλής αιμάτωσής τους, έχουν μικρή πιθανότητα για ισχαιμία.

Υπάρχουν διάφορα είδη εμβολικών υλικών διαφορετικού σχήματος και μεγέθους, όπως μεταλλικά

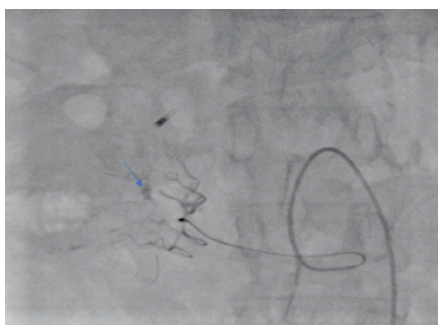


Εικόνα 1. Ασθενής ηλικίας 85 ετών με οξεία αιμορραγία κατωτέρου πεπτικού. Η δεξιά εικόνα είναι μετά την ενδοφλέβιο χορήγηση σκιαγραφικού, η οποία αναδεικνύει την παρουσία υπέρπυκνης εστίας -μπλε βέλος- (ενδεικτικό παρουσία σκιαγραφικού- ενεργού εξαγγείωσης) εντός του αυλού του κατιόντος κόλου. Η εν λόγω υπέρπυκνη εστία δεν υπήρχε στην απεικόνιση προ σκιαγραφικού, όπως φαίνεται στην αριστερή εικόνα.

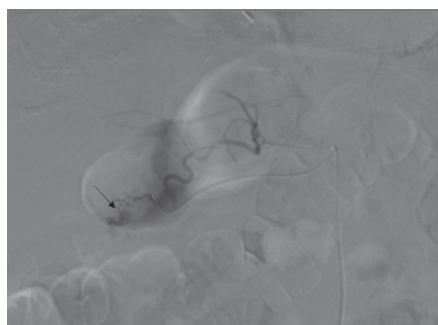


Φιλοξενούμενη ειδικότητα

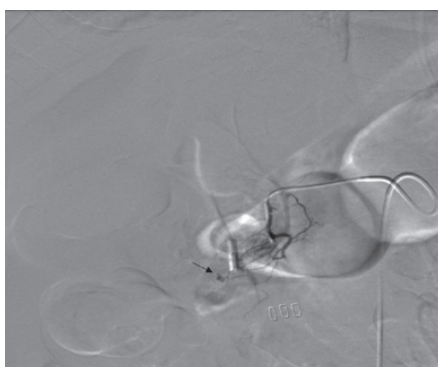
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ



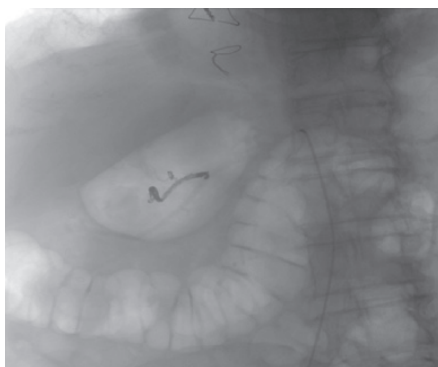
Εικόνα 2. Εικόνα αυξημένης καθήλωσης του σκιαγραφικού μετά από εκλεκτικό καθετηριασμό της κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας (βέλος).



Εικόνες 3. Εικόνα εξαγγείωσης του σκιαγραφικού μετά από εκλεκτικό καθετηριασμό κλάδου της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας (βέλη).



Εικόνες 4. Εικόνα εξαγγείωσης του σκιαγραφικού μετά από εκλεκτικό καθετηριασμό κλάδου της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας (βέλη).



Εικόνα 5. Εμβολισμός του αγγείου στην εικόνα 3 που αιμορραγεί με μεταλλικά σπειράματα και με όνυχα.

σπειράματα (Εικ. 5), κόλλα (Εικ. 6), μικροσφαιρίδια, όνυχα (Εικ. 5), αγγειακά βύσματα και αιμοστατικός σπόγγος

Τεχνικά «tips»

Σημαντικό ρόλο στη διάγνωση και θεραπεία της αιμορραγίας του πεπτικού παίζει η γνώση της αγγειακής ανατομίας. Η αιμορραγία από το θόλο του στομάχου προέρχεται από τη αριστερή γαστρική, η οποία είναι κλάδος της κοιλιακής αρτηρίας. Η αιμορραγία από το άντρο και το δωδεκαδάκτυλο είναι από τη γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία (GDA), η οποία εκφύεται από την κοινή ηπατική αρτηρία. Πρέπει να σημειωθεί ότι η GDA διαμέσου του τόξου της άνω και κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας λαμβάνει αιμάτωση και από την άνω μεσεντέριο αρτηρία. Λόγω αυτής της αναστόμωσης, όταν εμβολίζουμε την γαστροδωδεκαδακτυλική, θα πρέπει να ελέγχουμε πάντα και αν χρειάζεται να εμβολίζουμε και την αναστόμωση της από την άνω μεσεντέριο αρτηρία (back door), διότι μπορεί αυτή η αναστόμωση να τροφοδοτεί την εστία της αιμορραγίας (Εικ. 7).

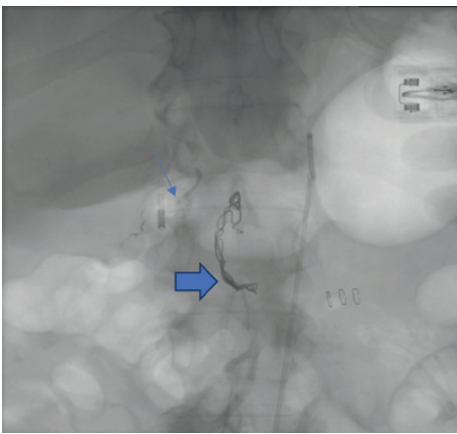
Η επιτυχής έκβαση του εμβολισμού συνίσταται στην ανεύρεση της αιμορραγίας και στον εμβολισμό αυτής. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν είναι μεγάλη η εξαγγείωση και δε μπορεί να απεικονισθεί μιας και η αγγειογραφία έχει περιορισμούς, όπως αναφέρθηκε. Στην περίπτωση αυτή, όπως προαναφέρθηκε στη διάγνωση της νόσου, είναι ιδιαίτερως σημαντικό να έχει τοποθετηθεί από τους ενδοσκόπους ένα ή δύο μεταλλικά clips στην περιοχή της αιμορραγίας. Το μεταλλικό clip αφενός μεν θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας, αφετέρου δε θα αποτελέσει έναν οδηγό, λόγω της ακτινοσκιερότητάς του, για τον επεμβατικό ακτι-

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

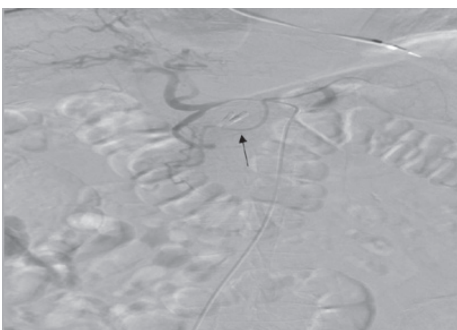
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ



Εικόνα 6. Εμβολισμός του αγγείου στην εικόνα 4 που αιμορραγεί με ιστική κόλλα (βέλος).



Εικόνα 7. Μετά τον εμβολισμό με κόλλα (μπλε λεπτό βέλος) στην εικόνα 6, η αιμορραγία τροφοδοτούνταν από την άνω μεσεντέριο αρτηρία, οπότε έγινε εμβολισμός και του κλάδου αυτής με μεταλλικά σπειράματα (μπλε παχύ βέλος).



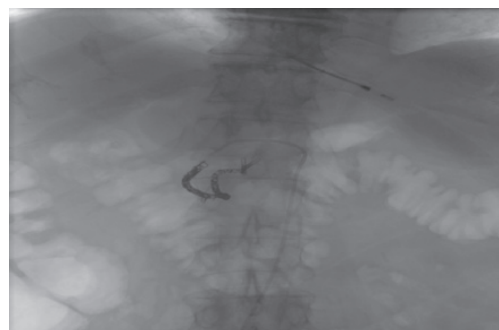
Εικόνα 8. Αγγειογραφία από την κοινή ηπατική αρτηρία δεν αναδεικνύει ενεργό εξαγγείωση. Παρουσία ενδοσκοπικών clip (βέλος).

νολόγο στην ανατομική εντόπιση της αιμορραγίας, έτσι ώστε να διακοπεί η αρτηριακή παροχή στην περιοχή και να αντιμετωπιστεί με αυτόν το τρόπο η αιμορραγία (Εικ. 8,9,10,11).

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις αναφερθήκαμε στην αρτηριακή αιμορραγία. Πάντα όταν δεν ανευρίσκεται εμφανής αρτηριακή αιμορραγία πρέπει να έχουμε στο νου μας και την φλεβική αιμορραγία από κισσούς, λόγω στένωσης της πυλαίας φλέβας ή πυλαίας υπέρταση λόγω κίρρωσης. Η αντιμετώπιση της στένωσης της πυλαίας γίνεται με τοποθέτηση stent (ενδοπρόθεση) εντός αυτής, ενώ αιμορραγία από πυλαία υπέρταση λόγω κίρρωσης αντιμετωπίζεται αρχικά ενδοσκοπικά και, σε αποτυχία αυτής, πρέπει να γίνει διασφαγιτιδική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση, το γνωστό TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt).

Επιπλοκές

Ο εμβολισμός μπορεί να προκαλέσει ισχαιμία του οργάνου, μειώνοντας την αιματική ροή. Ωστόσο ο υπερεκλεκτικός καθετηριασμός του αγγείου που αιμορραγεί μειώνει τον εν λόγω κίνδυνο. Άλλες επιπλοκές που προκύπτουν είναι ο αρτηριακός τραυματισμός, που εκδηλώνεται ως διαχωρισμός, ρήξη, ψευδοανεύρυσμα ή αγγειόσπασμος. Το σκιαγραφικό που χρησιμοποιείται μπορεί να προκαλέσει νεφροπάθεια, για αυτό το λόγο απαιτείται πολύ καλή ενυδάτωση του ασθενούς. Ορισμένες φορές δημιουργείται ένα μικρό αιμάτωμα στην περιοχή της παρακέντησης. Οι ασθενείς μερικές φορές παραπονιούνται για κοιλιακό πόνο μετά την επέμβαση, λόγω του εμβολισμού ο οποίος αποδράμει αυτόματα. Τέλος αξίζει να αναφερθεί το μετεμβολικό σύνδρομο, το οποίο διαρκεί

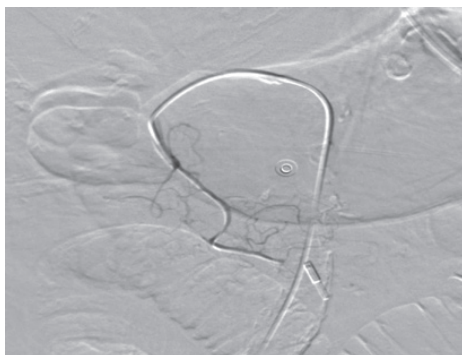


Εικόνα 9. Εμβολισμός της αρτηρίας που οδηγεί στα μεταλλικά clip.



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ



Εικόνα 10. Αιμορραγία στη 3^η - 4^η μοίρα του δωδεκαδακτύλου. Αδυναμία ενδοσκοπικού ελέγχου της αιμορραγίας, τοποθέτηση clip. Δεν απεικονίζεται εξαγγείωση.



Εικόνα 11. Εμβολισμός με κόλλα στην περιοχή του clip.

για λίγες ημέρες μετά τον εμβολισμό, εκδηλώνεται με δεκατική πυρετική κίνηση, μυαλγίες και κακουχία και αντιμετωπίζεται συντηρητικά.

Συμπεράσματα

Αρκετές περιπτώσεις αιμορραγίας πεπτικού αντιμετωπίζονται συντηρητικά ή ενδοσκοπικά. Ασθενείς με αιμορραγία ανθεκτική στα παραπάνω μέτρα πρέπει να είναι υποψήφιοι για αξονική τομογραφία και ενδαγγειακή αντιμετώπιση, για μειωθεί η θνητότητα και η θνησιμότητα. Η CTA μπορεί να αναδείξει το σημείο της αιμορραγίας και να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες, που θα συνδράμουν την ενδαγγειακή αντιμετώπιση ή το χειρουργείο. Η ενδαγγειακή αγγειογραφία και ο εμβολισμός μπορεί να αντιμετωπίσει άμεσα την αιμορραγία, προσφέροντας ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία εναλλακτική του χειρουργείου.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Raja S Ramaswamy, Hyung Won Choi, Hans C Mouser, Kazim H Narsinh, Kevin C McCammack, Tharintorn Treesit, Thomas B Kinney. Role of interventional radiology in the management of acute gastrointestinal bleeding. World J Radiol. 2014 Apr 28; 6(4): 82-92.
2. Nobuhiro Takeuchi, Masakazu Emori, Makoto Yoshitani, Junichi Soneda Masanori Takada, Yusuke Nomura

Gastrointestinal Bleeding Successfully Treated Using Interventional Radiology. Gastroenterology Res.2017 Aug; 10(4): 259-267.

3. Samuel Azeze, MD, MPH, Shiraz Rahim, MD, Amber Sands, RT John Shrewsbury, RN Sidhartha Tavri, MD The Role of Interventional Radiology in the Management of Acute Gastrointestinal Bleeding. Journal of Radiology Nursing 37 (2018) 188e197.
4. Omar Zurkiya and T. Gregory Walker Angiographic Evaluation and Management of Nonvariceal Gastrointestinal Hemorrhage. American Journal of Roentegerology. 2015; 205: 753-763.
5. Rakesh Navuluri, M.D. Jay Patel, M.D. Lisa Kang, M.D. Role of Interventional Radiology in the Emergent Management of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding Semin Intervent Radiol.2012 Sep; 29(3): 169-177.
6. Ji-Soo Song, MD, Hyo-Sung Kwak, MD, Gyung-Ho Chung, MD. Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: the Usefulness of Rotational Angiography after Endoscopic Marking with a Metallic Clip. Korean J Radiol 2011; 12(4):473-480.
7. Raja S Ramaswamy, Hyung Won Choi, Hans C Mouser, Kazim H Narsinh, Kevin C McCammack, Tharintorn Treesit, Thomas B Kinney Role of interventional radiology in the management of acute gastrointestinal bleeding. World J Radiol 2014 April 28; 6(4): 82-92.



Τα πρώτα χρόνια

Ο Ιωάννης Λυκούδης (φωτο 1) γεννήθηκε το 1910 στο Μεσολόγγι Αιτωλοακαρνανίας. Ιδιαίτερα ευφυής και άριστος μαθητής, εισάγεται το 1926 στη Στρατιωτική Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, από την οποία αποφοιτά το 1934. Επί τέσσερα συναπτά έτη υπηρετεί ως στρατιωτικός ιατρός σε απομακρυσμένες και ορεινές περιοχές της Ελλάδος, έως τη στιγμή που νοσεί από φυματίωση και αναγκάζεται να παραιτηθεί από το στράτευμα (1938), συνεχίζοντας την άσκηση της ιατρικής στη γενέτειρά του.



Φωτό 1. Ιωάννης Λυκούδης

Κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, όταν η ελονοσία αποτελούσε τη μάστιγα του Μεσολογγίου, ο Λυκούδης εφύρε και παρασκεύασε μια ενδομυϊκή μορφή κινίνης, η οποία πλεονεκτούσε της χορηγούμενης από του στόματος κινακρίνης, αφενός μεν λόγω της μεγαλύτερης αποτελεσματικότητάς της, αφετέρου δε λόγω της πικρής γεύσης της δεύτερης.

Ιατρικό ταλέντο και ερευνητικό πνεύμα

Ο Λυκούδης ασκούσε την Ιατρική με υψηλό αίσθημα ευθύνης και συνέπειας. Σήμερα, 40 χρόνια μετά τον θάνατό του, στο Μεσολόγγι τον μνημονεύουν ως τον γιατρό των φτωχών, στους οποίους προσέφερε αφειδώς και χωρίς αμοιβή τις ιατρικές του υπηρεσίες. Η αγάπη και η αναγνώριση της ανυπολόγιστης κοινωνικής προσφοράς του εκφράστηκε εμπράκτως από τους συμπατριώτες του και μέσω της εκλογής του στην αναδοχή του αξιώματος του δημάρχου επί δύο συνεχείς τετραετίες, από το 1952 ως το 1960. Αξίζει δε να σημειωθεί ότι τη δημαρχιακή αποζημίωσή εισέπραττε, αντί του ιδίου ένα τοπικό φαρμακείο, προκειμένου να προμηθεύει με φάρμακα τους απόρους. Ωστόσο, η αποτίμηση της ιστορίας απέδειξε πως

ο Ιωάννης Λυκούδης δεν ήταν μόνον ελεήμων, αλλά και ένας πραγματικά ευφυής και ταλαντούχος γιατρός.

Στην επιστήμη το «σε εγρήγορση πνεύμα», το οποίο αντιλαμβάνεται το νόημα όσων παρατηρεί, ευνοείται. Καί ο Λυκούδης παρέμενε γνήσιο «πνεύμα σε εγρήγορση». Εργατικός, τολμηρός, οξύνους και με πρακτικό νου, επινόησε τη δεκαετία του '50 ένα μείγμα αντιβιοτικών (υπό μορφή σκεύασματος) για τη θεραπεία του πεπτικού έλκους. Διότι,

για τον Λυκούδη η παρατήρηση δεν αποτελούσε μόνο το εργαλείο για την εμπεριστατωμένη διάγνωση και την ορθή θεραπεία, αλλά και το εφαλτήριο για την εξαγωγή της κλινικά χρήσιμης γνώσης. Ο ίδιος νοσούσε επί σειρά ετών από έλκος στομάχου, με υποτροπιάζοντα επεισόδια «αιμορραγικής γαστρεντερίτιδας». Το 1958, σε μια πειραματική του προσπάθειά να θεραπεύσει τον εαυτό του από ένα οξύ αιμορραγικό επεισόδιο γαστρεντερίτιδας, διαπίστωσε πως το εν λόγω σκεύασμα αντιβιοτικών όχι μόνο αντιμετώπισε επιτυχώς τη γαστρεντερίτιδα που τον ταλάνιζε, αλλά οδήγησε και τα χρόνια συμπτώματα του έλκους σε παρατεταμένη ύφεση. Ο Λυκούδης επανέλαβε την ίδια θεραπεία σε πολλούς άλλους ελκοπαθείς με πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Τα δεδομένα που συνέλλεξε τον οδήγησαν στην υπόθεση, πως βασικό στοιχείο της αιτιοπαθογένειας του πεπτικού έλκους αποτελεί **ένας** μικροβιακός παράγοντας, άγνωστος σε εκείνον και δυσχερώς ταυτοποιήσιμος.

Οι επιστημονικές αγκυλώσεις και οι σπόροι της κρυμμένης αλήθειας

Ωστόσο, η επιστημονική πρόταση και, κυρίως η πρακτική του Λυκούδη, ήταν αντίθετες με τα επιστημονικά ειωθότα εκείνης της εποχής: αιχμή του δόρατος αναφορικά με την παθογένεια του πεπτικού έλκους αποτελούσε το κυρίαρχο δόγμα “no acid, no ulcer” (Schwartz). Το υδροχλωρικό οξύ και η υπερδραστηριότητα του πνευμονογαστρικού νεύρου βρισκόντουσαν στο επίκεντρο της

¹ Ιατρός, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Μεταδιδακτορική ερευνήτρια



Ιστορία της Ιατρικής

Ο ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΥΚΟΥΔΗΣ (1910 - 1980),
ΤΟ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ ΚΑΙ Η ΟΨΙΜΗ ΔΙΚΑΙΩΣΗ

παθογένεσης του πεπτικού έλκους· πιο συγκεκριμένα, το έλκος του βολβού του δωδεκαδακτύλου είχε αποδοθεί σε «πέψη» του βλεννογόνου του δωδεκαδακτύλου από το υπερόξινο γαστρικό υγρό (Moynihan, 1907 - εξ' ου και το πεπτικό έλκος είχε επονομασθεί νόσος του Moynihan).

Είναι τεκμηριωμένο, πως η «βακτηριδιακή υπόθεση» στην αιτιοπαθογένεια του πεπτικού έλκους πρωτοεμφανίσθηκε στην ιατρική βιβλιογραφία το 1875, οπότε και οι G. Boettcher και M. Letulle απομόνωσαν βακτήρια από τα χείλη και τον πυθμένα πεπτικών ελκών. Στα 83 χρόνια που μεσολάβησαν έκτοτε, μέχρι την σπουδαία παρατήρηση του Λυκούδη, ευάριθμοι ερευνητές είχαν απομονώσει την παρουσία ετερόκλητων μικροοργανισμών στον στόμαχο, όπως gram (+), gram (-), σπειροχαίτες, βάκιλους, δονάκια, οξέοφιλα βακτήρια, σπειροειδή βακτήρια κ.α. Εν τούτοις, ένα μεγάλο ποσοστό των παρατηρήσεων αυτών αφορούσαν σε στόμαχο πειραματοζώων. Στις ολιγάριθμες εργασίες που ανέδειξαν μικροοργανισμούς σε ανθρώπινο στόμαχο, μελετήθηκαν είτε χειρουργικά παρασκευάσματα μετά από γαστρεκτομή για καρκίνο στομάχου, είτε νεκροτομικό υλικό. Μόνο μία μελέτη ανέδειξε σπειροχαίτες σε χειρουργικά παρασκευάσματα μετά από γαστρεκτομή για έλκος στομάχου, στην οποία όμως απουσίαζε η στατιστική ανάλυση. Τέλος, μεμονωμένες άτολμες απόπειρες χορήγησης βισμούθιου σε ελκοπαθείς κατά τις δεκαετίες 1860-1870 και 1940-1950 δεν ευόδωσαν και γρήγορα λησμονήθηκαν.

Παρά τις επισημάνσεις αυτές, θα ήταν ιστορικά στρεβλό και ηθικά άδικο να αποδοθεί η επινόηση του Λυκούδη στην επιρροή της όποιας βιβλιογραφίας ή της ήδη κατοχυρωμένης γνώσης. Για τον Λυκούδη **δεν** ισχύει το ρητό του Νεύτωνα «αν είδα μακρύτερα, είναι γιατί στάθηκα στους ώμους γιγάντων». Και αυτό, διότι είναι σχεδόν βέβαιο πως ο Λυκούδης δεν είχε γνώση των περιορισμένων μελετών που αναφερόντουσαν στη βακτηριδιακή υπόθεση, καθώς δεν ήταν γνώστης της αγγλικής γλώσσας και δεν είχε πρόσβαση στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία. Εξάλλου: 1 καμμία εργασία δεν απέδειξε ή έστω υπονόησε τον αιτιολογικό ρόλο του

μικροβιακού παράγοντα στην παθογένεια των γαστρικών παθήσεων, πόσο μάλλον δε του πεπτικού έλκους, 2 υπήρχαν κάποιες που τον αμφισβήτησαν, ισχυριζόμενες πιθανή δευτεροπαθή επιμόλυνση, και 3 κανένας ιατρός δεν είχε θεραπεύσει ελκοπαθείς με αντιβιοτικά, όπως έπραξε ο Λυκούδης. Χαρακτηριστικό δε είναι πως στα τέλη του 1955, σύμφωνα με την κρατούσα επιστημονική θέση, ούτε η βακτηριακή ουρεάση, ούτε ο βακτηριακός παράγων θεωρούντο πως διαδραμάτιζαν ουσιαστικό ρόλο στη φυσιολογία και την παθοφυσιολογία των παθήσεων του στομάχου.

Τούτων δοθέντων, είναι ιστορικά βέβαιο πως η πρόταση-εισήγηση του Λυκούδη ήταν μία **de novo** ανακάλυψη: ο Λυκούδης ήταν ο **πρώτος** που υποστήριξε ευθαρσώς και τεκμηριωμένα πως το πεπτικό έλκος **δεν** οφείλεται στην «υπερέκκριση οξέος», αλλά στη **λοιμογόνο** δράση **ενός** μικροβιακού παράγοντα. Πολύ περισσότερο, ήταν ο πρώτος που εισηγήθηκε ότι η εν δυνάμει θεραπεία του έλκους περνά υποχρεωτικά μέσω της εκρίζωσης του υπεύθυνου μικροβίου με τη χορήγηση αντιβιοτικών.

Ο κλινικός θρίαμβος

Ο Λυκούδης, χωρίς να επηρεαστεί από το πνεύμα των συγχρόνων του επιστημόνων, πειραματίσθηκε με διάφορους συνδυασμούς αντιβιοτικών, τους οποίους βελτίωνε διαρκώς, στην προσπάθειά του να επιτύχει το αποτελεσματικότερο θεραπευτικό σχήμα για το πεπτικό έλκος. Η κατακλείδα του μείγματος αντιμικροβιακών που χρησιμοποίησε, περιείχε: δύο κινολοΐνες, λόγω της αμοιβαδοκτόνου και της παρασιτοκτόνου δράσης τους, και δύο, ήδη, γνωστά αντιβιοτικά, μία αμινογλυκοσίδη (στρεπτομυκίνη) και μία σουλφοναμίδα (σουλφαθειαζόλη). Η συλλογιστική του Λυκούδη ήταν πως αυτοί οι δυσανορήσιμοι αντιμικροβιακοί παράγοντες θα είχαν άμεση μικροβιοκτόνο δράση στον, υπεύθυνο για το έλκος, λοιμογόνο παράγοντα του στομάχου. Ταυτοχρόνως, συγχορηγούσε βιταμίνη Α, η οποία θα ευνοούσε την επούλωση και την αναγέννηση του επιθηλίου του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου.

Ιστορία της Ιατρικής

Ο ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΥΚΟΥΔΗΣ (1910 - 1980),
ΤΟ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ ΚΑΙ Η ΟΨΙΜΗ ΔΙΚΑΙΩΣΗ



Το σκεύασμα που παρασκεύασε ο Λυκούδης περιείχε 5,7-διΐωδο-8-οξυκινολεΐνη (0,125 gr), 5,7-χλωρο-ιω-δο-οξυκινολεΐνη (0,125 gr), φθαλυλ-σουλφαθειαζόλη (0,3 gr), θειϊκή στρεπτομυκίνη (0,075 gr) και βιταμίνη Α (10.000 IU), με σύσταση να λαμβάνεται από 6 έως 8 φορές ημερησίως για 10 ημέρες. Η χαμηλή δόση των αντιβιοτικών επελέγη με γνώμονα τις περιορισμένες παρενέργειές τους. Υπό το φως της σημερινής τεκμηριωμένης γνώσης, με κύριο αιτιοπαθογενετικό παράγοντα του πεπτικού έλκους το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και θεραπεία εκρίζωσής του την συγχορήγηση 2-3 αντιβιοτικών σε συνδυασμό με αναστολέα της αντλίας πρωτονίων (PPI) για 10-14 ημέρες, η εισήγηση του Λυκούδη ήταν αναμφίβολα ρηξικέλευθη και αξιοθαύμαστη· επ' ουδενί όμως δεν πρέπει να θεωρηθεί δεδομένη και αυτονόητη για τα ιατρικά δεδομένα της δεκαετίας του '50.

Το 1960, ο Λυκούδης μετακόμισε από το Μεσολόγγι στην Αθήνα. Στις 16 Νοεμβρίου του 1961, κατοχύρωσε την ανακάλυψή του με τον υπ' αριθμ. 22453 δίπλωμα ευρεσιτεχνίας του Ελληνικού κράτους, με τίτλο «*Μια μέθοδος για την παρασκευή ενός φαρμακευτικού μείγματος για τη θεραπεία των ελκών του στομάχου, του δωδεκαδακτύλου και της γαστρίτιδας*». Αρχικά, αναμείγνυε τις συγκεκριμένες δόσεις των αντιβιοτικών και της βιταμίνης Α και τις περιέκλειε σε χαρτί. Το 1961 όμως, όταν η ζήτηση του φαρμάκου υπερέβη την δυνατότητά του να το παρασκευάζει, αγόρασε μια μηχανή, με την οποία συνδύαζε τα επιμέρους συστατικά της θεραπείας του σε μορφή χαπιού, παρασκευάζοντας καθημερινά 100-150 κουτιά του σκευάσματος. Έδωσε δε στο φάρμακό του την ονομασία **Elgaco** από τα αρχικά των λέξεων **έλκος**, **γαστρίτιδα** και **κολίτιδα**. Ωθούμενος, πιθανότατα, από τη θεραπευτική επιτυχία του σκευάσματός του, είχε συμπεριλάβει στην κατηγορία των λοιμωδών νοσημάτων του πεπτικού και την «κολίτιδα», εννοώντας, κατά τα φαινόμενα, το σύνδρομο του ευερεθίστου εντέρου, γεγονός που συνάδει με την σύγχρονη θεωρία της μικροβιακής αιτιολογίας του συνδρόμου και την επιτυχή αντιμετώπισή του με αντιβιοτική αγωγή σε ουκ ολίγες περιπτώσεις.

Πολλοί ασθενείς από όλη τη χώρα ταξίδευαν στην Αθήνα για να θεραπευθούν από τον «ιατρό του έλκους». Η επιτυχία του Elgaco εκτιμάται πως ήταν μεγάλη. Παρόλα αυτά, η αποτελεσματικότητά του δεν μπορεί να αποτιμηθεί με ακρίβεια, αφενός μεν διότι οι σημειώσεις του Λυκούδη δεν μπορούν να αποκρυπτογραφηθούν, αφετέρου δε διότι δεν είναι γνωστή η τελική έκβαση της αντιμετώπισης του κάθε ασθενούς.

Η απόρριψη

Οπλισμένος με αυτοπεποίθηση και πεπεισμένος για την θεραπευτική αποτελεσματικότητα του σχήματός του, ο Λυκούδης επιχείρησε να το προωθήσει. Συνάντησε τον τότε Πρωθυπουργό και Υπουργό Υγείας. Η υπόθεσή του, ωστόσο, παραπέμφθηκε στους ιθύνοντες του Πανεπιστημίου Αθηνών. Απευθυνόμενος στην Ανώτατη Υγειονομική Επιτροπή, προτείνει κλινική μελέτη φάσης III με 100 συμμετέχοντες ελκοπαθείς, 50 που θα ελάμβαναν την συμβατική θεραπεία και 50 που θα θεραπευόντουσαν με το Elgaco. Δυστυχώς όμως, τόσο για εκείνον όσο και για την ιατρική επιστήμη, τα σύγχρονα του Λυκούδη επιστημονικά θέσφατα απέρριψαν την πρόταση του και αμφισβήτησαν έντονα τα συμπεράσματά του, με αποκαθλωτικές φράσεις, όπως: «Ως γνωστόν, τα αντιμικροβιακά φάρμακα όχι μόνο δεν ωφελούν, αλλά βλάπτουν το έλκος του στομάχου».

Χωρίς να καμφθούν οι αντιστάσεις του, αποφάσισε να έρθει σε επαφή με όλες σχεδόν τις προσιτές σε αυτόν φαρμακευτικές εταιρείες (J R Geigy SA, Farbwerke Hoechst AG, Schering AG, Bayer, Leo Pharmaceutical, Specia of Rhone Poulenc), προκειμένου να τις πείσει για την αξία του Elgaco και την ενδεχόμενη ανάληψη της παρασκευής του. Οι εταιρείες, όμως, δεν επείσθησαν. Οι απορριπτικές τους απαντήσεις, διατυπωμένες σε τέσσερις διαφορετικές γλώσσες, συμπεριλαμβανομένης και της ελληνικής, προέβαλαν διάφορες αιτιάσεις. Πρώτιστες αυτών, ήταν η έλλειψη κατάλληλων κλινικών μελετών και η χαμηλή δόση της στρεπτομυκίνης.

Παρά ταύτα, η φλόγα του Λυκούδη ουδέποτε και



Ιστορία της Ιατρικής

Ο ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΥΚΟΥΔΗΣ (1910 - 1980),
ΤΟ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ ΚΑΙ Η ΟΨΙΜΗ ΔΙΚΑΙΩΣΗ

ουδόλως μεταλλάχθηκε υπό την πίεση των ενστάσεων που δεχόταν. Αν και το πανεπιστημιακό κατεστημένο τον απέφευγε σκόπιμα, ενημέρωνε του συναδέλφους του για την αξία του Elgaco και έκανε ανακοινώσεις σε ελληνικά ιατρικά συνέδρια, όπως εκείνο της Ιατρο-Χειρουργικής Εταιρείας, τον Μάιο του 1964. Επιπλέον, επιχείρησε να δημοσιεύσει άρθρο του στο περιοδικό JAMA με τίτλο «Έλκος του Στομάχου και του Δωδεκαδακτύλου», αλλά το χειρόγραφο του απορρίφθηκε από το περιοδικό την 1^η Σεπτεμβρίου του 1966, καθώς, όπως του διαμήνυαν: «Δεν φαινόταν κατάλληλο».

Το ίδιο έτος, ο Λυκούδης δημοσίευσε με ίδια έξοδα το εγχειρίδιο «Η αλήθεια διά το έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου» (Πίνακας 1). Το εν λόγω εγχειρίδιο, που περιέχει τον πυρήνα της σκέψης του, αναφέρεται στο πεπτικό έλκος, στη γαστρίτιδα και τη δωδεκαδακτυλίτιδα. Στη σελίδα 32 έγραφε: «Ουδεμία αμφιβολία απομένει ότι η γαστρίτις και η δωδεκαδακτυλίτις, επιπλοκαί των οποίων είναι το έλκος του στομάχου, δωδεκαδακτύλου, είναι φλεγμοναί οφειλόμενες εις λοιμογόνον χλωρίδα... Η υπερχλωρυδρία, η υπερέκκρισις, οι σπασμοί του στομάχου δεν οφείλονται ούτε εις τα οξέα, ούτε εις τον

νευρικών σπασμόν, αλλά είναι αποτέλεσμα της φλεγμονής... Η υπερχλωρυδρία, η καλουμένη νεύρωση του στομάχου, και η αεροφαγία δεν είναι νόσοι, αλλά συμπτώματα γαστροδωδεκαδακτυλίτιδος μετά ή άνευ έλκους και υποχωρούν ταχύτατα διά του αντιμικροβιακού μας συνδυασμού... Το έλκος είναι τοπική πάθησις και όχι εκδήλωσις γενικωτέρας νόσου.»

Κατά την επταετία 1961-1967, οι προσπάθειες του Ιωάννη Λυκούδη με στόχο την άδεια κυκλοφορίας του Elgaco από τις Ελληνικές Αρχές (ΑΥΣ) ήταν σθεναρές, επανειλημμένες και άοκνες. Η υπευθυνότητα, το ήθος και η επιστημοσύνη του Λυκούδη καταδεικνυόντουσαν ακόμα και στον τρόπο που διεκδικούσε. Είναι ενδεικτικό πως, σε μία από τις απόπειρές του, παρέθεσε τα ονόματα 12.500 ιαθέντων ασθενών συνοδευόμενα από σύντομο ιστορικό και διευκύνσεις. Εν τούτοις, όλες οι αιτήσεις του απορρίφθηκαν με το αιτιολογικό πως οι κλινικές του συστάσεις δεν υποστηριζόντουσαν από τις κατάλληλες κλινικές μελέτες.

Οι διώξεις και το τέλος

Η διετία 1967-1968 αποδεικνύεται περίοδος δίωξης για τον Λυκούδη. Αρχικά, παραπέμπεται στη διοικη-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Οι γραπτές μαρτυρίες του Ιωάννη Λυκούδη για το πεπτικό έλκος, όπως τις αποτύπωσε ο ίδιος στο εγχειρίδιό του: «Η αλήθεια διά το έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου», Αθήνα, 1966.

- 1 Εφόσον το έλκος είναι νόσος τόσο συχνή, θα πρέπει και τα υπεύθυνα διά την δημιουργία του μικρόβια να είναι κοινόχρηστα, η μόλυνσις δε δι' αυτών να είναι πολύ συχνή.
- 2 ... (ενν. τα υπεύθυνα διά το έλκος μικρόβια) θα πρέπει να είναι σχεδόν πάντοτε παρόντα....
- 3 ... και τοιαύτην διεργασίαν μόνο μία λοίμωξις, χωρούσα εκ του βλεννογόνου προς το βάθος, είναι δυνατόν να δημιουργήσει....
- 4 ... η γαστρίτις, η δωδεκαδακτυλίτις, επιπλοκαί των οποίων είναι το έλκος στομάχου, δωδεκαδακτύλου, είναι φλεγμοναί οφειλόμενες εις λοιμογόνον χλωρίδα, κατεξοχήν δε των αναερόβιων... (σημείωσις συγγραφέως: το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού είναι μικροαερόφιλο βακτήριο)
- 5 Χωρίς αμφιβολία, ο συνδυασμός (ενν. του προτεινόμενου συνδυασμού αντιβιοτικών) τοποθετεί το πρόβλημα της θεραπείας του έλκους και της γαστρίτιδας εις τον ορθόν δρόμον, αυτόν της χημειοθεραπείας.
- 6 Την κλινικήν βελτίωσιν (ενν. των ελκοπαθών μετά τη θεραπεία με τον συνδυασμό αντιβιοτικών) ακολουθεί και ο ακτινολογικός έλεγχος. Αι ουλώδεις παραμορφώσεις του δωδ/λου εάν δεν εξαφανίζονται, παρουσιάζουν σημαντικήν βελτίωσιν της ακτινολογικής εικόνας.
- 7 Η δραστηριότης του συνδυασμού οφείλεται αναμφισβήτως εις την συνεργικήν δράσιν των εν αυτώ φαρμάκων...

Ιστορία της Ιατρικής

Ο ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΥΚΟΥΔΗΣ (1910 - 1980),
ΤΟ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ ΚΑΙ Η ΟΨΙΜΗ ΔΙΚΑΙΩΣΗ



τική δικαιοσύνη για τη διανομή του φαρμάκου του και ακολούθως, στο Υπουργείο Υγείας και τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών (ΙΣΑ). Στη μεν δίκη αθώνεται, ενώ ταυτόχρονα δέχεται συγκινητική υποστήριξη από τους θεραπευμένους ασθενείς του, οι οποίοι σπεύδουν να του συμπαρασταθούν (φωτο 2). Το Υπουργείο Υγείας του επιβάλλει πρόστιμο 5.000 δραχμών τον Οκτώβριο του 1967, ενώ ο Ιατρικός Σύλλογος τον καλεί σε απολογία τον Μάιο του 1968. Τον Οκτώβριο του ιδίου έτους καταδικάζεται από το Πειθαρχικό Συμβούλιο του ΙΣΑ με πειθαρχική ποινή 2.000 δραχμών. Η συλλογιστική της απόφασης ήταν πως: «Κατασκεύαζε και διένειμε μη εγκεκριμένα φάρμακα... Επίσης, χρησιμοποιούσε τη μέθοδο του για προσέλκυση ασθενών και την πώληση του φαρμάκου του...».

Παρά την απογοήτευσή του, ο Λυκούδης συνεχίζει να προσφέρει τις πολύτιμες υπηρεσίες του για 12 χρόνια ακόμη. Θεράπευσε περίπου 30.000 ελκοπαθείς, ίσως και περισσότερους, για πάνω από δύο δεκαετίες. Ο θάνατός του στο Μεσολόγγι, στις 16 Δεκεμβρίου του 1980 εσήμανε το τέλος της προσφοράς του, αλλά και της προσπάθειάς του να πείσει για την ορθότητα της ανακάλυψής του. Δεν δικαιώθηκε εν ζωή, όμως πίστευε πως θα δικαιωθεί μετά θάνατον. Αναφέρεται μάλιστα πως, μέχρι το τέλος της ζωής του, έλεγε στους οικείους του: «Να μου φέρετε την απόδειξη της θεωρίας μου στο μνήμα μου, όταν ανακαλυφθεί πως είχα δίκιο.....».

Η ηθική δικαίωση

Η καταγιστική ροή των γεγονότων, που ακολούθησαν το θάνατο του, απέδειξε την αλήθεια των λεγομένων του. Μόλις 1,5 έτος μετά το θάνατο του Λυκούδη, το Πάσχα του 1982, ο Αυστραλός γαστρεντερολόγος Marshall παρατήρησε, εντελώς συμπτωματικά, πως σε καλλιέργεια ιστοτεμαχιδίων στομάχου, η οποία είχε παραμείνει στον κλίβανο περισσότερο χρόνο του κανονικού, είχαν αναπτυχθεί αποικίες. Πειραματιζόμενος στον εαυτό του, οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι το πεπτικό έλκος έχει λοιμώδη αιτιολογία. Ωστόσο, η εργασία με τα πορίσματά του απορρίφθηκε, λοιδορούμενη από το περιοδικό Gastroenterology.



Φωτό 2. 1967: Ο Ιωάννης Λυκούδης (στο κέντρο της φωτογραφίας) έξω από την αίθουσα του δικαστηρίου, μετά την ολοκλήρωση της δίκης, υποστηριζόμενος από ασθενείς του.

Η σπουδαία ανακάλυψη, η οποία δεν κατέστη αντιληπτή, τόσο από το JAMA το 1966, όσο και από το Gastroenterology το 1982, έγινε ενθουσιωδώς αποδεκτή στο Lancet στις 16 Ιουνίου του 1984, όπου δημοσιεύθηκαν τα συμπεράσματα της εργασίας του Marshall και του Αυστραλού παθολογοανατόμου Warren. Ο μεν ελάμβανε ιστοτεμαχίδια στομάχου από ελκοπαθείς, ο δε απομόνωνε στις βιοψίες αυτές έναν παράγοντα που ομοιάζε με το Campylobacter. Η συγκεκριμένη εργασία τεκμηριώνει την αιτιώδη σχέση της γαστρίτιδας και του πεπτικού έλκους με **έναν λοιμώδη παράγοντα**, ένα βακτήριο, το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (*Helicobacter Pylori*, στο οποίο τότε δόθηκε η ονομασία *Campylobacter Pyloridis*). Όπως ακριβώς υποστήριζε επί δεκαετίες ο Λυκούδης. Επρόκειτο για τη μετά θάνατον ηθική δικαίωση του σπουδαίου Έλληνα γιατρού. Αξίζει δε να σημειωθεί πως στην εργασία - σταθμό των Warren και Marshall συμπεριελήφθησαν μόλις 100 ασθενείς.

Το 1999 Έλληνες ιατροί δημοσίευσαν σε περίοπτη θέση στο "Lancet" μια συνοπτική, αλλά περιεκτική περιγραφή της προσφοράς του Λυκούδη με τίτλο: "John Lykoudis: an unappreciated discoverer of the cause and treatment of peptic ulcer disease". Το 2002, ο Marshall, εντυπωσιασμένος από το συγκεκριμένο άρθρο και έχοντας αντιμετωπίσει παρόμοιες συμπεριφορές από το ιατρικό κατεστημένο της Αυστραλίας, φιλοξένησε ένα εκτεταμένο κείμενο Ελλήνων ιατρών για τον Λυκούδη



Ιστορία της Ιατρικής

Ο ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΥΚΟΥΔΗΣ (1910 - 1980),
ΤΟ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ ΚΑΙ Η ΟΨΙΜΗ ΔΙΚΑΙΩΣΗ

στο βιβλίο του *Helicobacter Pioneers: Firsthand accounts from the scientists who discovered helicobacters 1892-1982*, με τίτλο: “John Lykoydis: The general practitioner in Greece who in 1958 discovered the etiology of, and a treatment for, peptic ulcer disease”.

Το Nobel που δεν ήλθε και η τραγική ειρωνεία

Τον Δεκέμβριο του 2005, η Σουηδική Ακαδημία απένειμε το βραβείο Nobel Φυσιολογίας και Ιατρικής στους Warren και Marshall για την «ανακάλυψη του βακτηρίου *Helicobacter Pylori* και του ρόλου του στη γαστρίτιδα και τη νόσο του πεπτικού έλκους». Τον ίδιο μήνα, και επ’ αφορμής της βράβευσης αυτής, το Διοικητικό Συμβούλιο του ΙΣΑ, μετά από πρόταση του Αντιπροέδρου του Δ.Σ. κου Ευστάθιου Τσουκάλου, αποφάσισε την άρση της επιβληθείσης το 1968 πειθαρχικής ποινής προστίμου στον Ιωάννη Λυκούδη. Η ποινή ήρθε ως αναγνώριση του έργου του, καθώς ο Λυκούδης τιμωρήθηκε για τον ίδιο λόγο, για τον οποίο δύο άλλοι Ιατροί κατέκτησαν την ύψιστη επιστημονική τιμή.

Μετά το Nobel του 2005, ο Λυκούδης έγινε ευρύτερα γνωστός. Έγινε, όμως, δευτερογενώς γνωστός. Η δίκαιη γραφίδα της ιστορίας θα όφειλε να τον συμπεριλάβει άμεσα και πρωτογενώς ανάμεσα στα ορόσημα - σταθμούς της ιατρικής σκέψης, έρευνας και πράξης. Για τη χώρα μας, ήταν μία ακόμα πράξη αυτοχειρίας, μία ακόμα ευκαιρία αναξιοποίητη. Για την ανθρωπότητα, 39 χρόνια χωρίς αντιβιοτική θεραπεία του πεπτικού έλκους, αναλογιζόμενοι μόνο τις αιμορραγίες του ανώτερου πεπτικού που η συχνότητα τους φθάνει το 1,1/εκατομ/έτος και η θνητότητα το 15 %, σημαίνει απώλεια 165.000 ατόμων ετησίως ή 4.950.000 ατόμων σε διάστημα 30 ετών.

Το 2006, ο ΙΣΑ αιτήθηκε προς τη Σουηδική Ακαδημία να δοθεί συμβολικά το βραβείο Nobel Ιατρικής στον Ιωάννη Λυκούδη, έστω και μετά θάνατον. Η απάντηση των μελών της Ακαδημίας ήταν απόλυτη: «Το βραβείο δεν απονέμεται σε αποβιώσαντες».

Γιατί λάθεψε η ιστορία;

Οι αιτίες της αποτυχίας του Λυκούδη ήταν πολλές. Η

θεωρία του συγκρουόταν ευθέως με την «ορθόδοξη» ιατρική θέση και ο Λυκούδης δεν είχε τα σημερινά όπλα (βλ. γαστροσκόπηση) να αποδείξει τις κλινικές παρατηρήσεις του, ειδικά σε μία χώρα που οι διαθέσιμοι πόροι για την ιατρική έρευνα ήταν σημαντικά πενιχροί. Η πανεπιστημιακή κοινότητα χαρακτηριζόταν από προσκόλληση στις καθιερωμένες απόψεις, έστω και αναπόδεικτες, αρνούμενη να κοιτάξει με τον δέοντα επιστημονικό-ερευνητικό οίστρο αναδυόμενες θεωρίες, βασισμένες σε κλινικά ερείσματα. Το Elgaco περιείχε ήδη κατοχυρωμένα φάρμακα και, συνεπώς, ευάλωτη πνευματική ιδιοκτησία. Θα απαιτούσε, συνεπώς, την άδεια των αρμόδιων εταιρειών πριν από την κυκλοφορία του. Η φαρμακοβιομηχανία, άλλωστε, είχε επενδύσει τεράστια ποσά στην παρασκευή φαρμάκων που μειώνουν την γαστρική έκκριση του υδροχλωρικού οξέος. Ως εκ τούτου, μια ενδεχόμενη επικράτηση της θεωρίας του Λυκούδη θα άλλαζε τα θεραπευτικά δεδομένα και η προσδοκώμενη οικονομική απόδοση θα διακυβεύετο.

Είναι πανθομολογούμενο πια, πως η ανακάλυψη του Ιωάννη Λυκούδη για την λοιμώδη αιτιολογία του πεπτικού έλκους αποτελεί μία από τις επαναστάσεις της Ιατρικής του 20ού αιώνα. Για μια ακόμα φορά ένας Έλληνας γιατρός έδωσε τα «φώτα» του στην ανθρωπότητα, έστω και εν τω κρυπτώ. Αναμφίβολα, η ιατρική κοινότητα οφείλει **ταπεινά** πολλά ευχαριστώ, αλλά και πολλά συγγνώμη στον Ιωάννη Λυκούδη.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Λυκούδης Ν. Ιωάννης. Η αλήθεια διά το έλκος στομάχου, δωδεκαδακτύλου. Αθήναι, 1966.
2. Παπαβασιλείου Ε. Αφιέρωμα στη μνήμη του Ιωάννη Λυκούδη. Πρακτικά 11^{ου} Ελληνικού Συνεδρίου για το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, σσ 197-204. Αθήνα 2006.
3. Ρογκάδης Αθανάσιος. Ιωάννης Λυκούδης (1910-1980). Ένα χαμένο ελληνικό Nobel Ιατρικής. Ιατρικά θέματα

Ιστορία της Ιατρικής

Ο ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΥΚΟΥΔΗΣ (1910 - 1980),
ΤΟ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ ΚΑΙ Η ΟΨΙΜΗ ΔΙΚΑΙΩΣΗ



- (περιοδικό Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης). Τεύχος 45, σσ 56-60.
4. Ροκκάς Θ. Από την ανακάλυψη του Ελικοβακτηριδίου του πυλωρού έως την απονομή του βραβείου Nobel Ιατρικής 2005 (1982-2005): Ιστορική αναδρομή. Πρακτικά 11^{ου} Ελληνικού Συνεδρίου για το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, σσ 193-196. Αθήνα 2006.
 5. Freedberg S, Barron LE: The presence of spirochetes in human gastric mucosa. *Is J Dig Dis* 1940;7:443-445.
 6. Kidd M, Modlin JM. A century of *Helicobacter pylori*. *Paradigms Lost – Paradigms Regained*. *Digestion* 1998; 59:1-15.
 7. Kornberg HL; Davies RE: Gastric urease. *Physiol Rev* 1955;35:169-177.
 8. Marshall BJ, Warren JR. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. *Lancet* 1984;i:1311-1315.
 9. Phillips M. John Lykoydis and peptic ulcer disease. *Lancet* 2000;355:150.
 10. Rigas B, Feretis C, Papavassiliou ED. John Lykoydis: an unappreciated discoverer of the cause and treatment of peptic ulcer disease. *Lancet* 1999;354:1634-1635.
 11. Rigas B, Papavassiliou ED. John Lykoydis: The general practitioner in Greece who in 1958 discovered the etiology of, and a treatment for, peptic ulcer disease. In: Marshall B, ed, *Helicobacter Pioneers: Firsthand accounts from the scientists who discovered helicobacters 1892-1982*. Blackwell Publishing 2002:75-87.



Ελεύθερο Θέμα

ΟΙ ΣΤΡΕΒΛΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ ΥΓΕΙΑΣ,
ΟΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΙ ΚΑΙ Η ΔΙΕΚΔΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΗΤΟΥ

Μία ανοικτή επιστολή του Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. προς όλα τα μέλη της

Εισαγωγή

Όλο και περισσότεροι συνάνθρωποί μας αποκτούν ιδιωτικό φορέα ασφάλισης, μιας και αισθάνονται «ακάλυπτοι» από το δημόσιο φορέα ή ευελπιστούν σε καλύτερες συνθήκες νοσηλείας στα ιδιωτικά ιδρύματα. Όλο και περισσότεροι συνάδελφοι προορίζονται για απασχόληση στα ιδιωτικά νοσοκομεία, είτε σε καθημερινή βάση, με κάποιου είδους σχέση εργασίας, είτε για τη διενέργεια επεμβατικής πράξης, ακόμα και αν διατηρούν το ιατρείο τους.

Αυτό που δεν ξεκαθαρίζεται όμως στους ασφαλισμένους, είναι ότι, πλέον, για την πλειοψηφία των ασφαλισμένων, δεν ισχύει η ελεύθερη επιλογή γιατρού στην πράξη. Η ελεύθερη επιλογή γιατρού ήταν στο παρελθόν ένα από τα επιχειρήματα υπεροχής της ιδιωτικής ασφάλειας. Οι ασφαλιστικές ήταν αναγκασμένες, ακριβώς γι' αυτό το λόγο, αλλά και λόγω του χαμηλού μεριδίου που κατείχε η ιδιωτική ασφάλεια στην Ελλάδα, να διατηρούν ένα σχετικά καλό έως και πολύ καλό επίπεδο αμοιβών και υψηλό επίπεδο υπηρεσιών υγείας.

Σήμερα επεκτείνονται τα προσυμφωνημένα συμβόλαια μεταξύ των ασφαλιστικών εταιριών και των νοσοκομείων (capitation), που καθορίζουν εξευτελιστικές αμοιβές για τους περισσότερους γιατρούς και δη για τους γαστρεντερολόγους. Υπάρχουν βέβαια και λίγες ιδιωτικές ασφάλειες (με έδρα στο εξωτερικό) που έχουν ικανοποιητικές αμοιβές.

Οι στρεβλώσεις

Περιληπτικά, τα φαινόμενα που έχουμε ζήσει και ζούμε τα τελευταία χρόνια είναι τα παρακάτω:

- Αμοιβές ενδοσκόπησης της τάξης των 14 ευρώ μικτά για διαγνωστική Γαστροσκόπηση και 18 ευρώ μικτά για διαγνωστική Κολονοσκόπηση, αλλά και εξευτελιστικές αμοιβές για ενδοσκοπικές επεμβάσεις, όπως EUS-FNA (100 ευρώ) ή ERCP (250-400

ευρώ). Οι τιμές αυτές βέβαια ποικίλλουν ανά κλινική ή/και ασφαλιστική.

- Οι πολυπεκτομές, σε μερικές περιπτώσεις, δεν αμείβονται (π.χ. στο MEDISYSTEM, όπου η κολο-νοσκόπηση αμείβεται ακριβώς το ίδιο είτε γίνει μία πολυπεκτομή είτε γίνουν αρκετές πολυπεκτομές στην ίδια συνεδρία είτε δεν γίνει πολυπεκτομή).
- Οι βιοψίες θεωρούνται απαραίτητες από πολλές ασφαλιστικές, διαφορετικά ο ασθενής δεν θα καλυφθεί από την ασφάλειά του, και έτσι ο ενδοσκόπος καλείται να τις πάρει, ακόμα και όταν δεν υπάρχει επιστημονική ένδειξη γι' αυτό.
- Δωρεάν ή 10 ευρώ μικτά η επίσκεψη.
- Δωρεάν ενδοσκοπήσεις στο πλαίσιο της «υποχρέωσής μας» για την εφαρμογή του capitation.
- Χρειάζεται να γίνει νοσηλεία 24ώρου ή «νοσηλεία» λίγων ωρών (ODC) για να καλυφθεί ο ασθενής. Με τον τρόπο αυτό διενεργούνται νοσηλείες αχρείαστες και η ευθύνη τους, και η αιτιολόγησή τους, φυσικά, βαραίνει αποκλειστικά τον γαστρεντερολόγο.
- Καθοδήγηση των ασθενών σε συγκεκριμένα, χαμηλού κόστους για την ασφαλιστική, κέντρα.
- Στην περίπτωση των νοσηλείων υπάρχει το περίφημο ποσοστό του 20%. Δηλαδή η ασφαλιστική εταιρεία - σε περίπτωση που προβλέπεται από το συμβόλαιο - καλύπτει το 80% της αμοιβής του ιατρού. Το υπόλοιπο 20% υποτίθεται πως πρέπει να καλυφθεί από τον ασθενή. Αυτό όμως δεν γίνεται είτε διότι ουδείς γνωρίζει εξ' αρχής ποια είναι η αμοιβή του ιατρού, και συνεπώς ο ιατρός δεν έχει τον τρόπο να ζητήσει από το ασθενή το 20% αυτής, είτε γιατί η εκκαθάριση γίνεται μήνες αργότερα και είναι άκομφο ή αδύνατο να ζητηθεί από τον ιατρό η αμοιβή. Σε πολλές περιπτώσεις που ζητήθηκε καθυστερημένα αυτό το 20%, οι ασθενείς αρνήθηκαν να το αποπληρώσουν. Σημειωτέον, πως η απόδειξη του γαστρεντερολόγου αντιστοιχεί στο 100% και όχι στο 80% της αμοιβής του, με ό,τι αυτό αφορά στην φορολογική του επιβάρυνση.



Ελεύθερο Θέμα

ΟΙ ΣΤΡΕΒΛΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΟΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΙ ΚΑΙ Η ΔΙΕΚΔΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΗΤΟΥ

- Σε κέντρα όπου συνάδελφοι αρνούνται και δεν αποδέχονται τις πιέσεις να συμμετέχουν σε ενδοσκοπήσεις με εξευτελιστική αμοιβή, προσλαμβάνονται άλλοι συνάδελφοι, με εξευτελιστικούς μισθούς ή κατά πράξη χαμηλότατη αμοιβή, για να κάνουν τις λίστες των ασφαλιστικών.
- Σε όποιες περιπτώσεις δεν έχουμε φτάσει σε εξευτελιστικά επίπεδα αμοιβών και οι ασφαλιστικές καλύπτουν, ή μετά από προέγκριση τις πράξεις σε εξωτερική βάση ή μετά από νοσηλεία, παρατηρούμε τραγικές καθυστερήσεις στην αποζημίωση που μπορεί να φτάσουν μέχρι και τα 2 χρόνια (σε μερικές περιπτώσεις και παραπάνω). Η καθυστέρηση αυτή μπορεί να οφείλεται, είτε στην ασφαλιστική που καθυστερεί την εκκαθάριση, είτε στην κλινική που καθυστερεί την απόδοση των ποσών αυτών. Ουσιαστικά μιλάμε για ένα «άτοκο δάνειο» από εμάς, χωρίς τη συγκατάθεσή μας. Σε αντίθεση, εμείς φορολογούμαστε το έτος έκδοσης της απόδειξης και όχι όταν, και αν, αποζημιωθούμε... Στο παρελθόν, κάποιες ασφαλιστικές εκδίδανε επιταγή στο όνομα του γιατρού ή έκαναν κατάθεση απευθείας στο λογαριασμό του. Αυτό έχει σχεδόν εξαφανιστεί, με ελάχιστες εξαιρέσεις.
- Όταν η ασφάλεια του ασθενούς δεν έχει άμεση σύμβαση με την κλινική συνήθως, τότε υπογράφονται από τον ασθενή δύο συναλλαγματικές, μία για την κλινική και μία για τους γιατρούς. Εάν ο ασθενής δεν πληρώσει σε εύλογο χρονικό διάστημα (είτε γιατί δεν έχει αποζημιωθεί ακόμα από την ασφάλεια του είτε γιατί έχει χρησιμοποιήσει αλλού τα χρήματα), η κλινική απειλεί με νομικά μέτρα τον ασθενή, σε περίπτωση που εκείνος δεν καλύψει τουλάχιστον το σκέλος της κλινικής. Συνήθως, καιρό μετά, μας δίνει τις συναλλαγματικές για να κινηθούμε εμείς νομικά εναντίον του ασθενούς, κάτι που όπως όλοι καταλαβαίνουμε είναι πολύ δύσκολο να γίνει.
- Μαζί με όλα αυτά υπάρχει και ο έλεγχος κάθε βήματός μας από τις ασφάλειες, όταν κριθεί πως ο ασθενής πρέπει να νοσηλευθεί ή νοσηλεύεται,

στην περίπτωση που υπάρχει άμεση σύμβαση της Κλινικής με την ασφαλιστική. Η έγκριση ή η απόρριψη κάποιας εξέτασης ή επεμβατικής πράξης γίνεται από γιατρό, συνήθως διαφορετικής, ούτε καν σχετικής, ειδικότητας και συνήθως χωρίς να ασκεί ο ίδιος ενεργά το ιατρικό επάγγελμα. Σε περίπτωση όμως που τεθεί θέμα αστικής ευθύνης ανακύπτει το μείζον ζήτημα: ποιος τελικά θα την έχει αυτή, ο θεράπων ιατρός ή ο ιατρός που απέρριψε κάποια σημαντική εξέταση ή επεμβατική πράξη για τον ασθενή; Σε μερικές κλινικές μάλιστα, στο πρόσφατο παρελθόν τουλάχιστον, αν ο γιατρός προχωρούσε, γιατί έκρινε σημαντική μια εξέταση, παρά την απόρριψη της ασφαλιστικής, η κλινική κατακρατούσε το κόστος αυτής της εξέτασης από το γιατρό, αφού η ασφαλιστική δεν την αποζημίωνε.

- Σε περιπτώσεις συμβάσεων ιδιωτών γιατρών στα ιατρεία τους, οι τιμές, στην καλύτερη των περιπτώσεων, είναι 20 ευρώ η επίσκεψη και δωρεάν η όποια επανεξέταση, 100 ευρώ η Γαστροσκόπηση και 120 ευρώ η Κολονοσκόπηση, μικτά.
- Οι τιμές των πράξεων, καθώς και των αναλωσίμων υλικών, σε όσους έχουν ιδιωτική ασφάλεια, είναι υπέρμετρα υψηλότερες σε σχέση με τις αντίστοιχες που θα απέδιδε ένας ασθενής, ως ιδιώτης. Σε περίπτωση μη κάλυψης αυτού του ποσού από την ασφαλιστική εταιρία, ζημιώνονται όλα τα μέρη, αλλά πιο πολύ ζημιώνεται ο θεράπων ιατρός, καθώς χάνεται η εμπιστοσύνη που έχει ο ασθενής στο πρόσωπό του.
- Μέχρι σήμερα τα περισσότερα ασφαλιστικά συμβόλαια δεν καλύπτουν ex officio την προληπτική κολονοσκόπηση και άρα είμαστε στη δυσάρεστη θέση να παίζουμε «το κρυφτούλι» μεταξύ μας για να υποβληθεί σε αυτή ένας ασθενής. Οι ασφαλιστικές δεν δίνουν καμία σημασία στο ότι με την πρόληψη, μεσοπρόθεσμα, γλιτώνουν και οι ίδιες από πολλές οικονομικές δαπάνες (νοσηλείες για χειρουργεία, χημειοθεραπείες, ακτινοθεραπείες, επιπλοκές των παραπάνω).



Ελεύθερο Θέμα

ΟΙ ΣΤΡΕΒΛΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ ΥΓΕΙΑΣ,
ΟΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΙ ΚΑΙ Η ΔΙΕΚΔΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΗΤΟΥ

Οι αυτονόητες επιδιώξεις μας

Θα μπορούσαμε να αναφερθούμε και σε πολλές άλλες απαράδεκτες τακτικές που συναντούμε. Είναι κατανοητό πως η κοινή μας στάση δεν είναι εύκολη υπόθεση, είναι όμως ο μόνος τρόπος και η αδιαπραγμάτευτη προϋπόθεση να αντισταθούμε στη σημερινή κατάσταση και να αποφύγουμε την πλήρη «υπαλληλοποίηση» μας. Μια καινούρια κατάσταση που θα στηρίζεται σε μια σχέση ειλικρίνειας μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων πλευρών σε όλα τα επίπεδα (στην αρχική κλινική διάγνωση, στην παραπομπή, στην εκτέλεση μίας πράξης), προϋποθέτει:

- Αξιοπρεπείς αμοιβές για όλες τις ενδοσκοπήσεις, διαγνωστικές και επεμβατικές, για προηγμένες ενδοσκοπικές πράξεις (επί παραδείγματι για τις: ERCP, EUS, EUS-FNA, EMR, ESD, HALO) και για ενδοσκοπικές τεχνικές, οι οποίες δεν εκτελούνται κατά τη διάρκεια της συνηθισμένης ενδοσκόπησης, όπως η χρωμοενδοσκόπηση.
- Αποζημίωση νεότερων πρακτικών (όπως για την cold snare polypectomy), όπως και να ξεκαθαρίσει το τοπίο με παρωχημένες τεχνικές (hot biopsy forceps polypectomy).
- Καθορισμός της ανάγκης για προληπτική κολονοσκόπηση, στο γενικό πληθυσμό και για τις ομάδες υψηλού κινδύνου.
- Δε νοείται ιατρικά η έγκριση μίας πράξης μόνο αν υπάρχουν ευρήματα ή αν ληφθούν βιοψίες. Οι ενδείξεις είναι σαφείς κάθε φορά και το αρνητικό αποτέλεσμα συμβάλλει στην κλινική διάγνωση και τη σωστή αντιμετώπιση του ασθενούς.
- Η αντιμετώπιση του γαστρεντερολογικού ασθενούς είναι ενιαία. Δε νοείται άλλος ιατρός να συστήνει ενδοσκόπηση, μετά από αρχική αξιολόγηση, άλλος να ενδοσκοπεί και άλλος να αξιολογεί στο τέλος τα αποτελέσματα ενδοσκόπησης και βιοψιών και να αποφασίζει την περαιτέρω αντιμετώπιση.

Κατευθύνσεις δράσης

Με δεδομένα τα ανωτέρω, προτείνουμε να εισηγηθού-

με στον ΠΙΣ τις παρακάτω κινήσεις, οι οποίες μπορούν να υλοποιηθούν είτε άμεσα είτε με την κάλυψή του:

- Άρνηση, από όσο το δυνατόν περισσότερους γαστρεντερολόγους, να εκτελέσουμε δωρεάν ή τραγικά υποαμοιβόμενες κλινικές εξετάσεις ή ενδοσκοπήσεις. Να εξηγήσουμε στους υπόλοιπους συναδέλφους, ότι κατανοούμε το λόγο που το κάνουν, αλλά αυτό οδηγεί αντικειμενικά σε εκφυλισμό του ιατρικού επαγγέλματος. Είμαστε εμείς οι ίδιοι που δε θα αρνηθούμε μία επείγουσα ενδοσκόπηση, ακόμα και χωρίς αμοιβή, σε κάποιον που δεν μπορεί να τα βγάλει πέρα οικονομικά, όταν όμως μιλάμε για τις ιδιωτικές ασφάλειες, το θεωρούμε κοροϊδία.
- Να απευθυνθούμε στην Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών, ζητώντας τους να διαπραγματευτούμε τις αμοιβές των ενδοσκοπήσεων απευθείας και όχι με ενδιάμεσο μεσολαβητή τις κλινικές και η αποζημίωση να αποδίδεται απευθείας στο λογαριασμό του γιατρού. Επίσης θεωρούμε δεδομένο, ότι η ιατρική εξέταση ή η εκτίμηση είναι ιατρική πράξη και θα πρέπει να αποζημιώνεται αξιοπρεπώς σε όλους τους γιατρούς, όλων των ειδικοτήτων.
- Να στείλουμε ένα ανάλογο κείμενο στις κλινικές, στις οποίες θα δηλώνουμε τις παραπάνω προθέσεις μας και θα ζητάμε επίσης την άμεση, εντός ολίγων ημερών, αποζημίωση των γιατρών από την ημέρα που η ασφαλιστική πληρώνει την κλινική (μέχρι, ελπίζουμε, να αλλάξει το παρόν σύστημα και να πληρωνόμαστε απευθείας). Σε αντίθετη περίπτωση αυτό αποτελεί παράνομη παρακράτηση και επιφυλασσόμαστε να κινηθούμε νομικά.

Επίλογος μιας επιστολής ή έναρξη ενός δίκαιου αγώνα;

Τα παραπάνω μπορεί να γίνουν ή με την κάλυψη του ΠΙΣ ή από την ΕΠΕΓΕ (για τους γαστρεντερολόγους) είτε από την ΕΠΕΓΕ σε συνεργασία με άλλες Επαγγελματικές Ενώσεις. Σε κάθε περίπτωση, υπενθυμίζουμε ότι το κύρος και ο «αέρας» ενός Νοσοκομείου ή μίας Κλινικής



Ελεύθερο Θέμα

ΟΙ ΣΤΡΕΒΛΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ ΥΓΕΙΑΣ,
ΟΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΙ ΚΑΙ Η ΔΙΕΚΔΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΗΤΟΥ

οφείλεται πρωταρχικά στους γιατρούς, το νοσηλευτικό και το παραϊατρικό προσωπικό.

Καλούμε όλους τους συναδέλφους να συντονίσουμε τις ενέργειές μας για την αντιμετώπιση όλων των παραπάνω απαράδεκτων πρακτικών. Η λύση δεν μπορεί να είναι προσωπική, μέσω της οποίας «παρακάμψης» των εμποδίων που συναντούμε. Η πραγματικότητα έχει δείξει, ότι οι όποιες «παρακάμψεις» στρέφονται τελικά εναντίον μας και μας οδηγούν σε ένα χειρότερο σημείο από αυτό που ξεκινήσαμε.

Ο μόνος τρόπος είναι η επιστημονικά υπεύθυνη στά-

ση μας, πρώτα από όλα απέναντι στους ασθενείς μας, η αδιαπραγμάτευτη αξιοπρέπειά μας και η συλλογική διεκδίκηση των αυτονόητων αιτημάτων μας. Ιδανικά, η διεκδίκηση του αυτονόητου θα αποδώσει περισσότερους καρπούς, εάν συντονιστούμε με τη δράση συναδέλφων των υπολοίπων ειδικοτήτων. Θα τελεσφορήσει όμως σε πολύ μεγάλο βαθμό εάν μία -τουλάχιστον ευρεία- πλειοψηφία γαστρεντερολόγων συναποφασίσει και ομοφωνήσει σε κοινή στάση και συντεταγμένη δράση. Ακόμα και τώρα, μετά από μία δεκαετία οικονομικής κρίσης και εν μέσω μιας πανδημίας, ας σταθούμε όρθιοι και ας βοηθήσουμε τους ασθενείς μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: STELARA 130 mg πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε φιαλίδιο περιέχει 130 mg ustekinumab σε 26 ml (5 mg/ml). Το ustekinumab είναι ένα πλήρως ανθρώπινο μονοκλωνικό IgG1κ αντισώμα έναντι της ιντερλευκίνης (IL)-12/23 που παράγεται σε μια κυτταρική γραμμή μυελώματος 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 εμφάνισαν ανεπαρκή ανταπόκριση, απώλεια ανταπόκρισης ή δυσανεξία στη συμβατική θεραπεία ή σε ανταγωνιστή του TNFα ή παρουσίαζόντων αντενδείξεις σε αυτές τις θεραπείες. Ελκώδης κολίτιδα: Το STELARA ενδείκνυται για τη θεραπεία ενήλικων ασθενών με μετρίως έως σοβαρά ενεργή ελκώδη κολίτιδα, οι οποίοι εμφάνισαν ανεπαρκή ανταπόκριση, απώλεια ανταπόκρισης ή δυσανεξία στη συμβατική θεραπεία ή σε θεραπεία με βιολογικό παράγοντα ή παρουσίαζόντων αντενδείξεις σε αυτές τις θεραπείες. **Αντενδείξεις:** Υπερευαισθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα. Κλινικά σημαντική, ενεργή λοίμωξη (π.χ. ενεργή φυματίωση, βλέπε παράγραφο Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση). **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Ληνγλασμία/σηπτική: Για να βελτιωθεί η ληνγλασμία/σηπτική των βιολογικών φαρμακευτικών προϊόντων, θα πρέπει να καταγράφεται με σαφήνεια η εμπορική ονομασία και ο αριθμός παρτίδας του χορηγούμενου προϊόντος. Λοιμώξεις: Το ustekinumab 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 φυματίωση. Το STELARA δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με ενεργή φυματίωση (βλέπε παράγραφο Αντενδείξεις). Η θεραπεία της λανθάνουσας φυματίωσης πρέπει να ξεκινά πριν από τη χορήγηση του STELARA. Το ενδεχόμενο παρατεταθείς κατά τη φυματίωσης πρέπει επίσης να εξετάζεται πριν από την έναρξη χορήγησης του STELARA σε ασθενείς με ιστορικό λανθάνουσας ή ενεργού φυματίωσης για τους οποίους δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί μια επαρκής προηγούμενη θεραπεία. Ασθενείς που λαμβάνουν STELARA πρέπει να παρακολουθούνται στενά για ενδείξεις και συμπτώματα ενεργού φυματίωσης 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 ustekinumab αυξάνουν δυνητικά τον κίνδυνο κακοήθειας. Ορισμένοι ασθενείς που λαμβάνουν 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 συνεγίζουν 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 ισχυρό 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 αγγειοοίδημα. 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 ustekinumab μετά τη χορήγηση άδεας κυκλοφορίας. Οι κλινικές εκδηλώσεις περιελάμβαναν βήχα, δύσπνοια και διάμεσες διδηχόμενες μετά από μία έως τρεις δόσεις. Οι σοβαρές εκβάσεις περιελάμβαναν αναπνευστική ανεπάρκεια και παρατεταμένη νοσηλεία. Βελτίωση αναφερόμενη μετά τη διακοπή του ustekinumab και επίσης σε ορισμένες περιπτώσεις, τη χορήγηση κορτικοστεροειδών. Σε περίπτωση που η πιθανότητα λοίμωξης έχει αποκλειστεί και η διάγνωση είναι επιβεβαιωμένη, διακοπή του ustekinumab και ξεκινήστε κατάλληλη θεραπεία (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες). Εμβολιασμοί: Συνιστάται να μη συγχρησιμοποιούνται εμβόλια ζώντων ή βακτηρίων (όπως ο Bακίλλος των Calmette και Guérin (BCG)) με το STELARA. Δεν έχουν διεξαχθεί ειδικές μελέτες σε ασθενείς που είχαν πρόσφατα λάβει εμβόλια με ζώντες ιούς ή ζώντα βακτήρια. Δεν υπάρχουν δεδομένα για τη δευτερογενή μετάδοση λοίμωξης από ζώντα εμβόλια σε ασθενείς που λαμβάνουν 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 συνταγογράφοι 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 αδρανιστικά ή μη ζώντα εμβόλια. Η μακροχρόνια θεραπεία με STELARA δεν καταστέλλει τη χυμική ανοσολογική απάντηση στο πολυαξονικό 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 αποβολιδωτική δερματίτιδα μετά από θεραπεία με ustekinumab (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 ψωριακής ενδέχεται να μην διακρίνονται κλινικά από την αποβολιδωτική δερματίτιδα. Κατά την παρακολούθηση της ψωριακής του ασθενούς, οι γιατροί θα πρέπει να επαγρυπνούν για συμπτώματα ερυθροδερμικής ψωριακής ή αποβολιδωτικής δερματίτιδας. Εάν αυτό στα συμπτώματα εμφανιστούν, θα πρέπει να ακολουθηθεί κατάλληλη θεραπεία. Το STELARA θα πρέπει να διακόπτεται εάν υπάρχει ύποπτη αντίδραση στο φάρμακο. Ειδικόι πληθυσμοί: 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 καθοριστεί 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. Περιοιζόμενο σε νεύριο: 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 έγχυση 9 mg/ml (0,9%). Αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη προκειμένου για ασθενείς που ακολουθούν δίαιτα με ελεγχόμενη πρόσληψη νατρίου. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Σύννοψη του προφίλ ασφαλείας: Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (> 5%) στις ελεγχόμενες περιόδους των κλινικών μελετών της ψωριακής, της ψωριασικής αρθρίτιδας, της νόσου του Crohn και της ελκώδους κολίτιδας σε ενήλικες με το ustekinumab ήταν ρινοφαρυγγίτιδα και κεφαλαλγία. Οι περισσότερες από αυτές θεωρήθηκαν ήπιες και δεν επέβαλαν 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 προφίλ ασφαλείας ήταν παρόμοιο για ασθενείς με ψωρίαση, ψωριασική αρθρίτιδα, νόσο του Crohn και ελκώδη κολίτιδα. Κατάλογος ανεπιθύμητων ενεργειών σε πίνακα: Τα δεδομένα ασφαλείας που περιγράφονται παρακάτω αντικατοπτρίζουν την έκθεση ενήλικων στο ustekinumab 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 συνθήκη: Πολύ συχνές (≥ 1/10), Συχνές (≥ 1/100 έως < 1/10), Οι 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 παρασιτώσεις	Συχνές: Λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, ρινοφαρυγγίτιδα, παραρρινοκολίτιδα Οι συχνές: Κυτταρίτιδα, οδοντικές λοιμώξεις, έρπης ζωστήρ, λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, ιογενής λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, αιδοιοκολική μυκητιακή λοίμωξη

Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος	Οχι συχνές: Αντιδράσεις υπερευαισθησίας (συμπεριλαμβανομένων εξανθημάτων, κνίδωσης) Σπάνιες: Σοβαρές αντιδράσεις υπερευαισθησίας (συμπεριλαμβανομένων αναφυλαξίας, αγγειοοιδήματος)
Ψυχιατρικές διαταραχές	Οχι συχνές: Κατάθλιψη
Διαταραχές του νευρικού συστήματος	Συχνές: Ζάλη, κεφαλαλγία Οχι συχνές: Παράλυση προσωπικού νεύρου
Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου	Συχνές: Στοματοφαρυγγικό άλγος Οχι 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 Οχι συχνές: Φλυκταινώδης ψωρίαση, αποβολιδωση δέρματος, ακμή Σπάνιες: Αποβολιδωτική δερματίτιδα
Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού	Συχνές: Οσφυαλγία, μυαλγία, αρθραλγία
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης	Συχνές: Κόπωση, ερυθθμα στη θέση ένεσης, άλγος της θέσης ένεσης Οχι συχνές: Αντιδράσεις στη θέση ένεσης (συμπεριλαμβανομένων της αιμορραγίας, αιματώματος, σκλήρυνσης, οίδηματος και κνησμού), εξασθένιση
*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 λαμβάναν ustekinumab και εκείνων που λαμβάναν 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 λαμβάναν ustekinumab και 1,34 για τους ασθενείς που λαμβάναν εικονικό φάρμακο. Σοβαρές λοιμώξεις εμφανίστηκαν σε ποσοστό 0,03 ανά ανθρωποέτος παρακολούθησης για τους ασθενείς που λαμβάναν ustekinumab (30 σοβαρές λοιμώξεις σε 930 ανθρωποέτη παρακολούθησης) και 0,03 για τους ασθενείς που λαμβάναν 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 διάμεση 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 έτη για τις μελέτες για την ελκώδη κολίτιδα. Το ποσοστό λοιμώξεων ήταν 0,91 ανά ανθρωποέτος παρακολούθησης για τους ασθενείς που λαμβάναν ustekinumab και το ποσοστό σοβαρών λοιμώξεων ήταν 0,02 ανά ανθρωποέτος παρακολούθησης για τους ασθενείς που λαμβάναν ustekinumab (199 σοβαρές λοιμώξεις σε 11.581 ανθρωποέτη παρακολούθησης) και οι σοβαρές λοιμώξεις που αναφέρθηκαν περιελάμβαναν πνευμονία, απόστημα του πρικτού, κυτταρίτιδα, εκκολπωματίτιδα, γαστρεντερίτιδα και ιογενείς λοιμώξεις. Σε κλινικές μελέτες, ασθενείς με λανθάνουσα φυματίωση που παράλληλα λαμβάναν αγωγή με ισονιαζίδη δεν ανέπτυξαν φυματίωση. **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 λαμβάναν ustekinumab (1 ασθενής σε 929 ανθρωποέτη παρακολούθησης) σε σύγκριση με 0,23 για τους ασθενείς που λαμβάναν 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 λαμβάναν ustekinumab (4 ασθενείς σε 929 ανθρωποέτη παρακολούθησης) σε σύγκριση με 0,46 για τους ασθενείς που λαμβάναν 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 διάμεση 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. Αναφερόμενη κακοήθεια, 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 λαμβάναν ustekinumab). Η επίπτωση κακοήθειας που αναφέρθηκε στους ασθενείς που έλαβαν ustekinumab ήταν συγκρίσιμη με την επίπτωση που αναμένεται στο γενικό πληθυσμό (προτυπώμενο ηπλικο επίπτωσις= 0,93 [διάστημα εμπιστοσύνης 95%: 0,71, 1,20], προσαρμοσμένο 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 ustekinumab (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 επώδυνη 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 ustekinumab 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 του ustekinumab έχει μελετηθεί σε δύο φάσεις 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 άδεας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιπρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιαδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, Μεσογίων 284, GR-15562 Χολαργός, Αθήνα. Τηλ: + 30 21 32040380/337, Φαξ: + 30 21066549585, Ιστοτόπος: <http://www.eof.gr>. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, 23240 Beersse, Βέλγιο. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EU/1/08/494/005. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ / ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ:** Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 16 Ιανουαρίου 2009. Ημερομηνία τελευταίας ανανέωσης: 19 Σεπτεμβρίου 2013. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΕΩΡΕΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 20 Ιανουαρίου 2020. Λεπτομερής πληροφοριακά στοιχεία για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμα στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: <http://www.ema.europa.eu>. **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΔΕΣΗΣ:** Με περιορισμένη ιατρική συνταγή: Μόνο για νοσοκομειακή χρήση στο γιατρό με κατάλληλη ειδικότητα και εμπειρία.

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ / ΤΙΜΗ

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

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

Το εξώφυλλο από μέσα



Το «δηλαδή πώς;» είναι ένα έργο από νέον που έκανα για να εκφράσω την έννοια του παράδοξου.

Παράδοξο – ότι αντιβαίνει την κοινή αντίληψη, κάτι που συμβαίνει και θεωρείται απίστευτο.

Όπως συνήθως γίνεται στην τέχνη ένα έργο γεννιέται όταν ένα βίωμα μεταβολίζεται σε έννοια και η έννοια στην συνέχεια παίρνει υπόσταση.

Το δικό μου βίωμα σε αυτήν την περίπτωση είναι ο Βασιλάκης, που βρίσκεται πανταχού παρών στις μνήμες των παιδικών και εφηβικών μου καλοκαιρινών διακοπών στα Καλαβρυτα, την γενέτειρα της μητέρας μου.

Ο Βασιλάκης είναι αυτό που θα λέγανε ο τρελός του χωριού.

Σε πλησίαζε πολύ κοντά στο πρόσωπο και σε ρωτούσε με εμμονή, «δηλαδή πώς;»

Κάθε συνάντηση μαζί του ξεκινούσε και τελείωνε με ένα χαμογελαστό και ειρωνικό, «δηλαδή πώς;»

Ο Βασιλάκης και το «δηλαδή πώς;» ήταν μέρος της γραφικότητας των Καλαβρυτών.

Τώρα όμως αντιλαμβάνομαι ότι οι γραφικοί ήμασταν εμείς στα μάτια του.

Για αυτόν η ζωή όλη ήταν ένα παράδοξο, στο οποίο απαντούσε με την μέγιστη των ρητορικών ερωτήσεων, «δηλαδή πώς;»

Καλή χρονιά σε όλους.

Μίλτος Σκούρας



ΑΠΟΣΤΟΛΗ: ΥΦΕΣΗ ΠΟΥ ΔΙΑΡΚΕΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ CROHN'



Βιβλιογραφία: 1. Sandborn WJ. et al Efficacy And Safety Of Ustekinumab For Crohn's Disease Through 5 Years: Final Results From The IM-UNITI Long-term Extension, Abstract OP110 UEGW 2020.
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**