

ενδοσκοπήσεις

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο
ΚΕΜΠ Αθηνών
Αριθμός Άδειας
1



Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Ιούλιος- Αύγουστος - Σεπτέμβριος 2022 | Τεύχος

61

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

Καινοτομίες και εξελίξεις στη Γαστρεντερολογία

Η ηλεκτροχειρουργική
στην ενδοσκόπηση
του πεπτικού

Υποβοηθούμενη
εντεροσκόπηση

Υπερηχογράφημα εντέρου

Λειτουργία και νοσολογία
πεπτικού στην τρίτη ηλικία

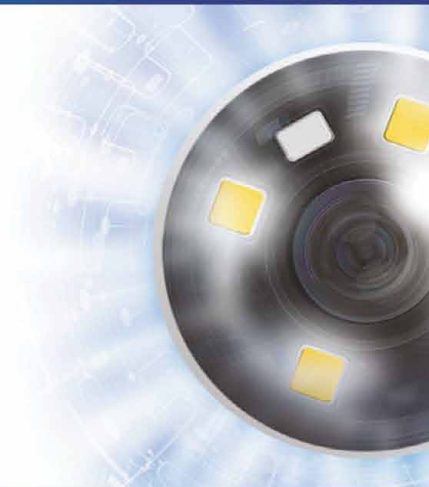
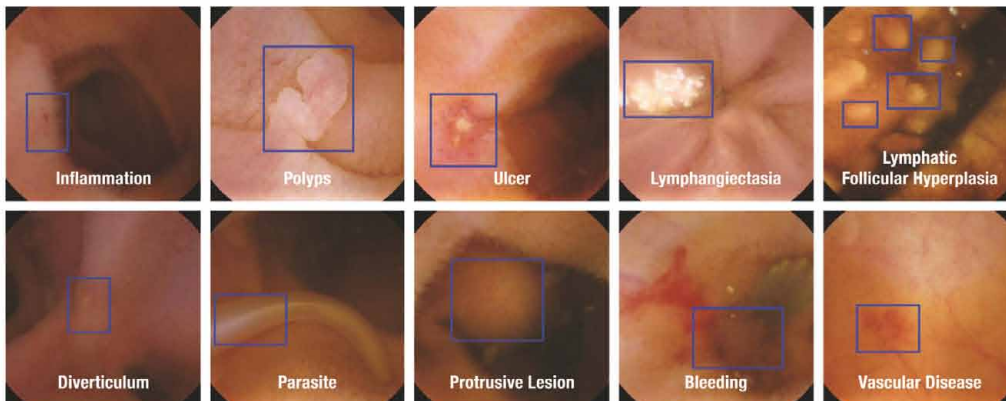
Converging Robotics & AI

a new vision of GI diagnostic & therapeutic excellence

NAVICAM® SB
SMALL BOWEL



NaviCam® SB with ProScan™
Intelligent Reading Support
improves both accuracy and efficiency in the identification
of multiple subtypes of abnormal
lesions found in the small bowel.



PAPAPOSTOLOU
HEALTHCARE TECHNOLOGIES
— est. 1914 —

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

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

info@papapostolou.gr www.papapostolou.gr

ΠΑΤΡΑ • ΙΩΑΝΝΙΝΑ • ΗΡΑΚΛΕΙΟ • ΧΑΝΙΑ • ΛΑΡΙΣΑ • ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑ



Stelara[®]
(ustekinumab)

**3 ΧΡΟΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ**



ΑΜΕΣΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ



ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΥΦΕΣΗ



ΜΕ ΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ^{1,2}



Βιβλιογραφία: 1. Stelara[®] 130 mg Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος. 2. Stelara[®] 90 mg και 45 mg Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος. Για την Περιλήψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος ανατρέξτε στις τελευταίες σελίδες του 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*



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ
19^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

Καινοτομίες και εξελίξεις στη Γαστρεντερολογία

2-4/12/2022, Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani-Caravel



Γραμματεία:

CONGRESS WORLD Mon. IKE | Οργάνωση Συνεδρίων

Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210-72 100 52

e-mail: cv@congressworld.gr | Web site: www.congressworld.gr

Περιεχόμενα



ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	4
ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΤΕΡΟΤΗΤΑ	
ΝΕΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΑΙΡΑ	6
ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε., ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΕΔΡΟΥ 19 ^{ης} ΕΤΗΣΙΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.	
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	9
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΠΡΟΕΔΡΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ Κ. ΕΥΑΓΓΕΛΟ ΦΙΛΟΠΟΥΛΟ	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	18
ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΕΝΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	23
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	35
Η ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ	
HOW TO DO IT	36
ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ	
ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	45
Η ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΠΡΟΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΚΑΙ ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ	
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	47
ΥΠΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ: ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	51
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	
ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	57
ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΕΤΣΑΛΗΣ (1813 - 1815-1853). Ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΛΑΠΑΡΟΤΟΜΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	61
ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΕΝΤΕΡΟΥ	

Ιδιοκτήτης:

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

Εκδότης & Υπεύθυνος

παρά τω νόμω:

Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Χάρης Τσιώνης

Έδρα:

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

Διευθυντής Σύνταξης:

Νικόλαος Μαργέτης

Συντακτική Επιτροπή:

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

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

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

Εικονογράφηση Εξωφύλλου:

Μίλτος Σκούρας

Δημιουργικό – Εκτύπωση:

ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑmed

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

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



Άρθρο Σύνταξης

Νικόλαος Γ. Μαργέτης, Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής Σύνταξης

Ταυτότητα και Ετερότητα

Αξιότιμες και αξιότιμοι Συνάδελφοι,

Διάγοντας μία από τις δυσκολότερες περιόδους της, η ανθρωπότητα βρίσκεται στη δίνη της έωλης ταυτότητάς της· η επώδυνη αυτή παραδοχή επαληθεύεται από τη μακροδομή έως τις διαδοχικά αποκλιμακούμενες μικροδομές της οικουμένης. Οι συνασπισμοί ομόθησκων ή ομόγλωσσων χωρών, τα κυρίαρχα κράτη, οι κοινωνικές τάξεις, οι ιδεολογικοί φορείς, οι επαγγελματικές συμπράξεις: όλοι «επιθυμούν», συχνά ανεπιτυχώς, να γνωρίσουν, να σχηματοποιήσουν, να προβάλλουν και να αξιοποιήσουν την ταυτότητά τους. Αλλά ακόμη και το κάθε άτομο χωριστά είναι θεμιτό να επιθυμεί να εμπεδώνει το στίγμα του, να επικοινωνεί την ιδιοπροσωπία του, να επιλέγει συνειδητά την πνευματική του φυσιογνωμία· εάν δεν αποφασίσει το χαρακτηριστικό του ύφους, ελλοχεύει ο κίνδυνος να μετατραπεί σε άθυρμα ή σε θύμα του εθελόδουλου μιμητισμού. Για το ύψιστο λειτούργημα του Ιατρού, η επιλογή της ατομικής ταυτότητας κατά την ιατρική πρακτική αποτελεί, επιπροσθέτως, στάση ευθύνης και βιωματικό πρόταγμα, αμφότερα επιβεβλημένα από την κλινική πράξη. Αλλά, και εντός της ιατρικής κοινότητας, η κάθε ειδικότητα κατοχυρώνει το δικό της ρόλο, αξιώνει την ιδιαίτερη, την ταυτοτική της πορεία.

Για να ανακαλυφθεί και να οικοδομηθεί η ιδιοσυστασία της υπόστασης ενός ατόμου, απαιτείται τόσο αυτογνωσία όσο και συμφιλίωση με την ετερότητα. Η αποδοχή του δικαιώματος των συνανθρώπων μας στην ενσυνείδητη ή την ανεπίγνωστη διαφορετικότητα συνεισφέρει στη δόμηση την προσωπικής μας ταυτότητας. Παράλληλα, η επιγαμία μεταξύ των προσωπικών οραμάτων και των επιδιώξεων των άλλων είναι κομβική αναγκαιότητα, προκειμένου να επιτευχθεί ο σύνδεσμος των πολιτών σε μικρές κοινότητες αρχικά και, ακολούθως, σε μεγαλύτερες. Η ώσμωση μεταξύ των διαφοροποιών γνωρισμάτων των ξεχωριστών ομάδων πλάθει τη συλλογικότητα και σμιλεύει την ενιαία ταυτότητα της ολότητας. Είναι απολύτως αναγκαία η υιοθέτηση του δόγματος “win-win”· πρόσωπα ή ομάδες, ριζικά διαφορετικά μεταξύ τους, μπορούν να αποκομίσουν αμοιβαία ωφέλεια, εάν σεβαστούν το καθένα την ανεπανάληπτη ταυτότητα του έτερου συμβαλλόμενου μέλους και αντικαταστήσουν τη διεκδικητικότητα με τη συμπόρευση, τη διαφαινόμενη διαπάλη με την αγαστή συναρμογή. Επόμενο στάδιο είναι η προσαρμοστικότητα στην ποικιλότητα, η οποία συντελείται επαγωγικά, όταν ξεπεραστεί η αυτιστική προσήλωση εκάστου στη δική του ταυτότητα, όταν κατανοηθεί η ετερότητα ως αξία. Οι εντελώς διακριτές ετερότητες έναν δρόμο έχουν να ακολουθήσουν, προκειμένου να αποκτήσουν ισχύ και να γίνουν επιδραστικές: να συμπλεύσουν ομού προς την συλλογική ταυτότητα, αυτή που προστάζει το κοινό αγαθό.

Η χώρα μας συνεχίζει να αναζητεί την εθνική της ταυτότητα. Περίπου 200 έτη μετά τη θεμελίωση του σύγχρονου Ελληνικού κράτους και 100 έτη μετά την οδυνηρή Μικρασιατική καταστροφή, η Ελλάδα συνεχίζει να ταλαντεύεται παλίμβουλη μεταξύ ανατολής και δύσης. Η εκατονταετηρίδα της πυρπόλησης της πολυπολιτισμικής Σμύρνης (Σεπτέμβριος 1922) μας διδάσκει πως, εάν ο Ελληνισμός αποφύγει τα ολέθρια λάθη του, ιδίως δε την ευαλωτότητα στην εμφύλια διαμάχη και την επιρρέπεια προς τον μεγαλοϊδεατισμό, μπορεί να προσδώσει οικουμενική διάσταση στα ιδιοτυπικά του χαρακτηριστικά. Πως, εάν οι Έλληνες εξοβελίσουμε τις αγκυλώσεις μας αναφορικά με τις περιβάλλουσες και τις ενδοβάλλουσες ετερότητες, μπορούμε να εγγράψουμε την πολιτιστική και επιστημονική μας ταυτότητα στο παλίμψηστο της υφής με λαμπερά γράμματα και να βαδίσουμε στις παγκοσμιοποιημένες λεωφόρους όχι ως λαός παρίας, αλλά ως πρωταγωνιστής.

Άρθρο Σύνταξης

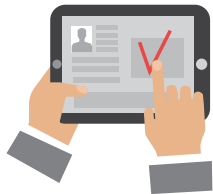


Η γαστρεντερολογία εξελίσσεται ραγδαία, υιοθετώντας τη δική της, ελκυστική ταυτότητα. Στην έρευνα, στην κλινική γαστρεντερολογία, στη διαγνωστική και την επεμβατική ενδοσκόπηση, οι ρυθμοί προσθήκης νέων δεδομένων και νοσητικών εργαλείων είναι ιλιγγιώδεις. Ο σημερινός γαστρεντερολόγος δέχεται έναν πληροφοριακό ορυμαγδό· εναπόκειται στην ατομική του αρμοδιότητα να επιλέξει με σωφροσύνη τη χρήσιμη νέα γνώση, να την εγκολπωθεί κριτικά και να την εφαρμόσει συνετά. Οι συνθήκες άσκησης της ειδικότητάς μας υφαίνονται ακόμα πιο απαιτητικές, εφόσον το εύρος των εξειδικευμένων τεχνικών δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες στον σύγχρονο γαστρεντερολόγο μεταβάλλεται δραστικά και διαρκώς. Το αχανές πεδίο της γαστρεντερολογίας συνάδει με το κύρος της και την προσφορά της· καθιστά, ωστόσο, επιτακτική την ανάγκη της περαιτέρω εξειδίκευσης του γαστρεντερολόγου σε σαφώς καθορισμένα αντικείμενα ενδιαφέροντος. Όλοι σχεδόν οι τομείς της ειδικότητάς μας έχουν αυτονομηθεί και η απόκτηση πιο «ειδικών» ταυτοτήτων τίθεται στο στόχαστρο πολλών γαστρεντερολόγων.

Η κολοσσιαία εξέλιξη των ιατροτεχνολογικών εφαρμογών έχει άμεσο αντίκτυπο στην ειδικότητά μας, όπως καθίσταται εμφανές στον κύριο όγκο των άρθρων του παρόντος τεύχους των “ενδοσκοπήσεων” (ηλεκτροχειρουργική στην ενδοσκόπηση, υποβοηθούμενη εντεροσκόπηση, υπερηχογράφημα εντέρου, ενδοσκοπική προσέγγιση των υποβλεννογονίων όγκων του στομάχου, χρήση της ανασυνδυασμένης πολυμεράσης για την ανίχνευση της γλουτένης στα τρόφιμα). Μερικές από τις εξελίξεις στη γαστρεντερολογία μετουσιώνονται σε καινοτομίες, χρήσιμες για την ανακούφιση και τη θεραπεία των ασθενών μας. Αυτές τις εξελίξεις και τις καινοτομίες φιλοδοξεί να καλύψει η 19η ετήσια επιστημονική εκδήλωση της ΕΠ.Ε.Γ.Ε., η οποία θα λάβει χώρα στην Αθήνα τον προσεχή Δεκέμβριο και αποσκοπεί να καταδείξει, μεταξύ άλλων, πως οι διακριτές προσλαμβάνουσες της γαστρεντερολογίας, ιδίως όταν συμπράττουν με τα όμορά της πεδία, μπορούν να δομήσουν μία ισχυρή γαστρεντερολογική ταυτότητα. Προς την επίτευξη του ιδίου στόχου, προσβλέπουμε στη συνδρομή του καθενός γαστρεντερολόγου, ο οποίος δύναται και δικαιούται να συμβάλλει στη διαμόρφωση του χαρακτήρα του σώματος των Ελλήνων γαστρεντερολόγων. Εξάλλου, η προσφορά μιας ιατρικής ειδικότητας στην κοινωνία και το έθνος επιτελείται αφενός μεν μέσα από την υπερπήδηση των εμποδίων, αφετέρου δε διά της εγκαθίδρυσης της δικής της «προσωπικότητας» στον ιστορικό χρόνο που ακμάζει και στη συγκεκριμένη επικράτεια που ασκείται (όπως γλαφυρά, εύστοχα και διδακτικά μας κοινωνεί ο Πρόεδρος της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, Χειρουργός κ. Ευάγγελος Φιλόπουλος για την ειδικότητα της Χειρουργικής Ογκολογίας, στην τιμητική συνέντευξη που παραχώρησε στον κ. Σπύρο Γούλα και δημοσιεύουμε στο τρέχον τεύχος).

Κλείνοντας τη σημερινή μας συνάντηση, θέλω ολόθερμα να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους, για την προθυμία και τον ζήλο που επέδειξαν, συγγράφοντας εξαιρετικά και χρησιμότερα άρθρα για τις “ενδοσκοπήσεις”, το περιοδικό όλων μας. Και όλα αυτά, εν μέσω καλοκαιρινής ανάπαυλας και ενώ διατελούμε υπό τη δαμόκλειο σπάθη των επιπτώσεων της λοίμωξης με SARS-CoV-2, η οποία παραμένει απειλητική. Θέλω, τέλος, να ευχηθώ η άρτι αφιχθείσα ακαδημαϊκή χρονιά να επιφέρει λιγότερες και υποδεέστερες επιπτώσεις από όσες προφητεύουν οι τρομολάγνες “Κασσάνδρες” καθώς και να αποδώσει θαλερούς καρπούς στην ιατρική κοινότητα.

Καλό φθινόπωρο !



Νέα & Επίκαιρα

ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΔΣ ΤΗΣ ΕΠΕΓΕ

Σπύρος Βρακάς, Γαστρεντερολόγος, Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά

Με μεγάλη χαρά ανακοινώνουμε τη 19η Πανελλήνια Εκπαιδευτική Διημερίδα με τίτλο «Καινοτομίες και εξελίξεις στη Γαστρεντερολογία», η οποία θα πραγματοποιηθεί στις 2-4 Δεκεμβρίου 2022 στο ξενοδοχείο Caravel. Πρόεδρος της διημερίδας είναι ο κ. Χρήστος Λιάτσος. Η διημερίδα περιλαμβάνει πλούσια θεματολογία σε διάφορους τομείς της Γαστρεντερολογίας. Αναγνωρίζοντας τη σημασία της καταστολής στην ενδοσκόπηση και την αξία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των Γαστρεντερολόγων σε αυτή, το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ θα διοργανώσει το σεμινάριο Άμεσης Υποστήριξης της Ζωής (Immediate Life Support – ILS), το οποίο ανήκει στα εξειδικευμένα σεμινάρια του ERC (European Resuscitation Council).

Φέτος, παράλληλα με τη διημερίδα θα διενεργηθούν και αρχαιρεσίες για την εκλογή νέου Διοικητικού Συμβουλίου. Προσβλέπουμε στην ενεργό συμμετοχή στα κοινά του κλάδου μας σε μία περίοδο που η Γαστρεντερολογία μας έχει περισσότερο ανάγκη από ποτέ. Νέοι άνθρωποι με καινούριες ιδέες και όραμα είναι απαραίτητοι. Σκεφτείτε σοβαρά την υποβολή υποψηφιότητας στις εκλογές και μη χάσετε την ετήσια γενική συνέλευση, όπου μπορεί ο καθένας μας να εκφράσει απόψεις και προβληματισμούς.

Πρόσφατα έγινε γνωστό ότι η Πολιτεία προτίθεται να εφαρμόσει πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου, όπως αντίστοιχα εφαρμόζεται σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έχει οριστεί από το Υπουργείο Υγείας επιτροπή ειδικών Γαστρεντερολόγων, η οποία θα προτείνει τη διαμόρφωση και τη λειτουργία του προγράμματος αυτού. Να θυμίσουμε ότι η Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδος έχει καταθέσει συγκεκριμένη πρόταση στον ΕΟΠΥΥ για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, προτείνοντας την κολονοσκόπηση ως gold standard εξέταση. Η εφαρμογή του προγράμματος αυτού θα είναι μια θετική εξέλιξη για τους πολίτες, δεδομένου ότι η πρόληψη σώζει ζωές. Για ό,τι νεότερο προκύψει σχετικά με το θέμα αυτό θα υπάρξει και η αντίστοιχη ενημέρωση στα μέλη της ΕΠΕΓΕ.

Salofalk^{1g}

Mesalazine

Δισκία

Γαστροανθεκτικά



03.2022/SALOFALK TABS 1GR/ADV/01

• INFORMAL Adv.

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

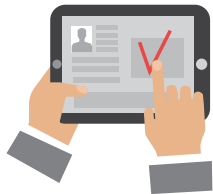
Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον ΚΑΚ κατόπιν αιτήσεως

 **Galenica α.ε.**

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



Α.Τ.: 80,35€



Νέα & Επίκαιρα

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

19^{ης} ΕΤΗΣΙΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Χρήστος Λιάτσος, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Σας προσκαλώ να συμμετάσχετε στη **19^η Ετήσια Επιστημονική Εκδήλωση της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος (ΕΠ.Ε.Γ.Ε.)**, που θα πραγματοποιηθεί στις 2 - 4 Δεκεμβρίου του 2022 στο Ξενοδοχείο Divani Caravel, στην Αθήνα, με φυσική συμμετοχή αλλά και δυνατότητα διαδικτυακής παρακολούθησης, αξιοποιώντας την εμπειρία που αποκτήθηκε την περίοδο της πανδημίας από τον SARS-CoV-2.

Θέμα του Συνεδρίου είναι οι **«ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΕΣ & ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ»**. Η επιλογή του θέματος συμβολίζει την ανάγκη συνεχούς ενημέρωσης σε μία εποχή, που χαρακτηρίζεται από μεγάλη, «εκθετική» αύξηση νέων γνώσεων, καινοτόμων πρακτικών και τεχνολογιών. Ειδικότερα για τη Γαστρεντερολογία, η οποία είναι στενά συνυφασμένη με την πρόοδο της τεχνολογίας, η ανάγκη ενημέρωσης και αφομοίωσης των νεότερων δεδομένων είναι επιτακτικότερη.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει καινοτομίες και επίκαιρες εξελίξεις σε όλο το φάσμα της ειδικότητάς μας. Θα παρουσιαστούν νεότερα δεδομένα στην παθογένεια νοσημάτων, εντυπωσιακές πρόοδοι στις διαγνωστικές τεχνικές καθώς και εξελίξεις στη φαρμακευτική, ενδοσκοπική και χειρουργική θεραπεία. Θα παρουσιαστούν επίσης θέματα που αφορούν τη σύγχρονη νοσηλευτική φροντίδα, την εκπαίδευση και την οργάνωση.

Η ποικιλότητα των θεμάτων κατέστησε αναγκαία τη διεπιστημονική συγκρότηση του σώματος των ομιλητών και με χαρά καλωσορίζω τη συμμετοχή παθολόγων, βιοπαθολόγων, χειρουργών, νοσηλευτών, φαρμακοποιών και μηχανικών ηλεκτρονικών υπολογιστών. Διακεκριμένοι στον τομέα τους συνάδελφοι από την Ελλάδα και το εξωτερικό θα καταθέσουν την εμπειρία τους στα θέματα που θα παρουσιαστούν, προσφορά για την οποία τους ευχαριστώ εκ των προτέρων. Επιπλέον, πέραν του Νοσηλευτικού Σεμιναρίου, καινοτόμα νοσηλευτικά θέματα εντάχθηκαν στον κύριο κορμό του συνεδρίου μας. Η αναβάθμιση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και του ρόλου των νοσηλευτών καθιστούν, πιστεύω, αναγκαία την κοινή ενημέρωση και την αμοιβαία ανταλλαγή απόψεων μεταξύ των δύο κλάδων, που εμπλέκονται στη φροντίδα των ασθενών καθώς νομοτελειακά θα μας απασχολήσουν στο ορατό μέλλον.

Τέλος, για πρώτη φορά στο Συνέδριο μας θα υπάρξει η δυνατότητα στους συμμετέχοντες ιατρούς να εξασκηθούν επί ειδικών προπλάσμάτων σε ενδοσκοπικές τεχνικές όπως η εκτομή ιστού (βιοψίες, πολυποδεκτομές, EMR), οι διαστολές στενώσεων χοληφόρων, η τοποθέτηση/αφαίρεση ενδοπροθέσεων χοληφόρων και η αιμόσταση με clips, speedbands ή με bipolar coagulation.

Αυτό, ωστόσο, που θα εγγυηθεί την επιτυχία των εργασιών του φετινού Συνεδρίου μας θα είναι η ενεργός συμμετοχή όλων σας, στην οποία προσβλέπουμε η οργανωτική επιτροπή κι εγώ.

Με ιδιαίτερη τιμή,

Χρήστος Λιάτσος

Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής

19^{ης} Επιστημονικής Εκδήλωσης ΕΠ.Ε.Γ.Ε. 2022

Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ



Ο Γαστρεντερολόγος κ. Σπύρος Γούλας συνομιλεί με τον
Πρόεδρο της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας κ. Ευάγγελο Φιλόπουλο

Και σε αυτό το τεύχος, μετά από το προηγούμενο που ήταν εξ' ολοκλήρου αφιερωμένο στον καρκίνο, η στήλη θα παραμείνει στο θέμα, το οποίο ασφαλώς έχει διάφορες πτυχές, και υπάρχουν πολλοί να εκφράσουν άποψη όπως γιατροί, άλλοι λειτουργοί Υγείας, φορείς ασθενών, επίσημοι κρατικοί φορείς, κοινωνία των πολιτών... Καλεσμένος μας αυτή τη φορά είναι ο **Ευάγγελος Φιλόπουλος Χειρουργός Ογκολόγος Πρόεδρος της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας**. Η επιλογή δεν έγινε μόνο στη βάση αυτών που προαναφέρθηκαν αλλά ήταν συνειδητή. Συγκεκριμένα είχα προσωπικά την ευκαιρία να τον γνωρίσω πριν λίγους μήνες σε μία εκδήλωση, ανοικτή στο κοινό, που οργανώθηκε από την Επιτροπή Υγείας ενός Δήμου του Λεκανοπεδίου. Έμπειρος ομιλητής, γνώστης του θέματος, προσαρμοσμένος στο συγκεκριμένο ακροατήριο, μου έκανε πολύ καλή εντύπωση για το ύφος της ομιλίας, που κέντριζε το ενδιαφέρον αλλά και το περιεχόμενο, που είχε στοιχεία κριτικής, ενίοτε και αυτοκριτικής και ήταν σταθερά προσανατολισμένο στην φροντίδα της ευαίσθητης ομάδας των ογκολογικών ασθενών. Είμαι βέβαιος ότι τέτοια ψήγματα θα θελήσει να περάσει με το δικό του ιδιαίτερο τρόπο και στη συνέντευξη που ακολουθεί...



Ο Ευάγγελος Φιλόπουλος

είναι Χειρουργός Ογκολόγος
Διευθυντής Μονάδας Μαστού
στην Ευρωκλινική Αθηνών
και από ετών Πρόεδρος της
Αντικαρκινικής Εταιρείας.
Εκπαιδεύτηκε στην Γερμανία,

πέραν της Χειρουργικής Ογκολογίας και στην Επείγουσα
Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα. Εργάστηκε στο Νοσοκομείο
Άγιος Σάββας επί 33 έτη, υπήρξε αιρετός εκπρόσωπος
των Ιατρών στο ΔΣ του Νοσοκομείου και για πολλά
χρόνια Υπεύθυνος της Μονάδας Μαστού.

Η συμβολή του στη δημιουργία Μονάδας Ημερήσιας
Νοσηλείας Ογκολογικών ασθενών ήταν καθοριστική,
καθώς η ιδέα και η πρότασή του μετουσιώθηκαν σε
πράξη με την αποδοχή και την ευγενική χορηγία της
κας Μαριάννας Λάτση. Καρπός αυτής της προσπάθειας
ήταν η δημιουργία του Κέντρου Ημερήσιας Νοσηλείας
«Νίκος Κούρκουλος» σε αυτόνομο κτίριο, που στέγαζε
το 6ο Θεραπευτήριο του ΙΚΑ και περιήλθε στον Άγιο
Σάββα, που αποτελεί πρότυπο λειτουργίας και βάλσαμο
για τους ογκολογικούς ασθενείς.

Πριν λίγα χρόνια έλαβε την απόφαση να αποχωρήσει
και να πορευτεί προς τον ιδιωτικό τομέα Υγείας όπου
και συνεχίζει να εργάζεται συγκεκριμένα στην Ευρω-
κλινική Αθηνών.

Αλλά τόσο γι' αυτή την απόφαση όσο και για άλλα πολ-
λά και ενδιαφέροντα της ογκολογικής πραγματικότητας
στη χώρα μας ας αφήσουμε τον ίδιο να τα αναπτύξει με
το δικό του ιδιαίτερο ύφος...Ξεκινάμε λοιπόν με:

Τι σας ώθησε να ασχοληθείτε με τη Χειρουργική Ογκολογία, ενσυνείδητη απόφαση ή συγκυριακοί λόγοι...

Η Χειρουργική Ογκολογία ήταν συνειδητή απόφαση
επιστρέφοντας από την τότε Δυτική Γερμανία, όπου
έκανα την ειδικότητα μου. Ο βασικός λόγος είναι πως
σαν εξειδίκευση θέτει τον χειρουργό μπροστά σε μία
σειρά προκλήσεων που περιορίζουν την ρουτίνα στην
εξάσκηση της, οξύνουν την κριτική ικανότητα και κα-
θιστούν επιτακτική την ανάγκη για συνεχή ενημέρωση.
Συνδυασμός χαρακτηριστικών που εκτιμώ ότι κάνουν την
άσκηση της Ιατρικής σε αυτό το πεδίο ιδιαίτερα θελκτική.

Ποιο θεωρείτε το σημαντικότερο, το πιο αναγκαίο, συστατικό του ανθρώπινου χαρακτήρα για αυτή την ενασχόληση;

Όπως και για όλες τις ειδικότητες της Ιατρικής θεωρώ
ουσιαστικά χαρακτηριστικά του ασκούντος το λειτούργημά
της ογκολογικής χειρουργικής την ύπαρξη ενσυναίσθη-
σης, την έφεση για συνεχή βελτίωση των γνώσεων του
και την μετριοφροσύνη. Η τελευταία είναι απαραίτητο
στοιχείο για την ανάπτυξη του επιστημονικού διαλόγου,



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

αφού πλέον η σύγχρονη ιατρική ασκείται συλλογικά, καθώς και γιατί θεμελιώνει πιο στέρεα την γόνιμη επικοινωνία με τους ασθενείς.

Έχετε μακρά εργασιακή εμπειρία στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας αλλά και κάποια χρόνια πλέον στο Ιδιωτικό. Θέλω να μας περιγράψετε τις αδυναμίες του πρώτου και τα δυνατά σημεία του δεύτερου που θα ωφελούσε να μεταφερθούν στο Δημόσιο Σύστημα χωρίς να αλλοιώσουν καθοριστικά το χαρακτήρα του...

Για 40 χρόνια υπηρετούσα το δημόσιο σύστημα υγείας, όχι μόνο σαν νοσοκομειακός γιατρός, αλλά και σε θέσεις εκπροσώπησης των συναδέλφων μου σε επαγγελματικά θέματα καθώς και στη διοίκηση του Α.Ο.Ν.Α "Ο Άγιος Σάββας", όπου υπηρέτησα για 33 χρόνια. Έτσι μπορώ να πω ότι γνώρισα αρκετά καλά τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του δημόσιου συστήματος. Η μη ύπαρξη κινήτρου για κέρδος, οι λιγότερο ανταγωνιστικές σχέσεις των υγειονομικών, η απλοχεριά -τουλάχιστον στον Άγιο Σάββα- απόκτησης διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων, η έλλειψη αγωνίας για το μέλλον που σου επιτρέπει να αφιερωθείς στη δουλειά σου, το αίσθημα ότι συμμετέχεις ενεργά στην παροχή ίσης φροντίδας για όλους τους πολίτες αποτελούν πλεονεκτήματα του δημόσιου συστήματος υγείας.

Από την άλλη πλευρά, βασικά μειονεκτήματα του είναι: α) η εξάρτηση του δημόσιου συστήματος από την γενικότερη πορεία της εθνικής οικονομίας, γεγονός που οδηγεί σε μικρότερες ή μεγαλύτερες δυσλειτουργίες κατά τις περιόδους οικονομικής κρίσης (όπως των τελευταίων χρόνων), β) η ευρέως διαδεδομένη παράδοση της έντονης προσοδοθηρίας στη χώρα μας, που καλύπτεται με τον μανδύα των ιδεολογικών- κομματικών αντιπαραθέσεων, γεγονός που οδηγεί σε αναποτελεσματικό σύστημα διοίκησης και αδυναμία εφαρμογής αξιολόγησης του παραγόμενου έργου και γ) τέλος, και πολύ βασικό, είναι πως στη χώρα μας στο χώρο της δημόσιας υγείας λειτουργεί ένα μοντέλο που θα ζήλευε και ο Στάλιν, καθώς όλα εξαρτώνται από έναν κεντρικά

κατευθυνόμενο γραφειοκρατικό μηχανισμό, που με την πολιτική παθογένεια με την οποία έχει εμποτιστεί είναι και ευάλωτος σε πιέσεις και αναποτελεσματικός στην επιλογή λύσεων με σκοπό την καλύτερη προσαρμογή σ' ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον στον χώρο της υγείας.

Από την άλλη, η εφαρμογή του Ε.Σ.Υ. αφορούσε κυρίως το νοσοκομειακό χώρο και οδήγησε στην δημοσιοποίηση των μη κερδοσκοπικών νοσηλευτηρίων, στο κλείσιμο μικρών κλινικών όπου πρωταγωνιστικό ρόλο είχαν γιατροί και έδωσε την απαραίτητη ώθηση για την ανάπτυξη των μεγάλων ιδιωτικών μονάδων διαγνωστικής και νοσηλευτικής φροντίδας.

Ο ιδιωτικός τομέας στη χώρα μας, ιδίως τα τελευταία χρόνια, έχει να επιδείξει μεγάλη ανάπτυξη και ιδιαίτερη προσαρμοστικότητα στις σύγχρονες τεχνολογικές επιτεύξεις. Πλεονεκτεί σε ταχύτητα επιλογών, ενώ πρόσφατα προσελκύει ένα διαρκώς αυξανόμενο επιστημονικό δυναμικό υψηλού κύρους. Οι τάσεις συγκεντρωτισμού και η διέυρυνσή του μειώνουν τον ανταγωνισμό και δημιουργούν συνθήκες που μελλοντικά θα οδηγήσουν και αυτόν τον τομέα σε δυσλειτουργία. Προς το παρόν η κρατική παρέμβαση στα οικονομικά των ιδιωτικών φορέων δυσχεραίνει τη διαχείρισή τους, ιδίως των μικρών διαγνωστικών μονάδων και δημιουργεί δυσκολίες στην σωστή ανάπτυξη του.

Από την άλλη, η μετατροπή του αυτοδύναμου γιατρού σε υπάλληλο του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα είναι μία εξέλιξη που μειώνει το κύρος του ιατρικού κλάδου και θα συνεχίσει να ευνοεί την συνεχή εκροή καλά εκπαιδευμένων νεαρών γιατρών στο εξωτερικό.

Το μοντέλο της ιδιωτικής ιατρικής πρέπει να ανανεωθεί κυρίως με τη δυνατότητα λειτουργίας συνεργατικών μονάδων παροχής φροντίδας με κύριους μετόχους τους γιατρούς που δουλεύουν σε αυτές.

Η προκατάληψη που υπάρχει σε ότι αφορά τη συνεργασία του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα, εδράζεται σε παλαιότερες κακές πρακτικές και φοβίες. Η έλλειψη



φαντασίας στο πώς μπορεί μία τέτοια συνεργασία να υλοποιηθεί δυσκολεύει τα πράγματα και δίνει επιχειρήματα που ενισχύουν την εκτίμηση πως μία τέτοια προσπάθεια δεν έχει “καλό σκοπό”.

Όμως, τόσο στο διαγνωστικό τομέα όσο και στο θεραπευτικό υπάρχουν δυνατότητες συνεργασίας οι οποίες αν δεν αφορούν μόνο μεγάλους ιδιωτικούς ομίλους, αλλά συμπεριλαμβάνουν και ομάδες συνεργαζόμενων ιδιωτών γιατρών, και εφόσον ρυθμιστούν με ένα σωστό κανονιστικό πλαίσιο που να εξασφαλίζει την ηθική και ομαλή λειτουργία των διαφόρων μεικτών συμπράξεων, θα μπορούσε να δώσει νέα ώθηση στην καλή φροντίδα του πληθυσμού.

Θέλω να μας μιλήσετε για την Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας «Νίκος Κούρκουλος» που ξεκίνησε να λειτουργεί πριν λίγα χρόνια..

Η δημιουργία της Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας Χειρουργικού Τομέα υπήρξε ένα όραμα που κατάφερα να το υλοποιήσω ως αυτόνομη μονάδα μέσα στο νοσοκομείο “Ο Άγιος Σάββας”. Μια μονάδα που λειτούργησε με αυστηρές προδιαγραφές και υπήρξε από τις πρώτες κλινικές μονάδες που είχαν πιστοποίηση κατά ISO. Αυτή η πολύ αποδοτική πρακτική αποτέλεσε το παράδειγμα για την αξιοποίηση του δού Θεραπευτηρίου του Ι.Κ.Α. - που είχε περιέλθει στην ιδιοκτησία του “Αγίου Σάββα” - ώστε να δημιουργηθεί το πρώτο αυτοδύναμο και ανεξάρτητο κτιριακά Κέντρο Ημερήσιας Νοσηλείας. Η πρόταση προς το Ίδρυμα “Ι. Λάτση” τράβηξε το προσωπικό ενδιαφέρον της κας Μαρίας Λάτση, η οποία δαπάνησε ένα μεγάλο χρηματικό ποσό από την προσωπική περιουσία της για να δημιουργηθεί το Κέντρο Ημερήσιας Νοσηλείας “Νίκος Κούρκουλος”. Ένα Κέντρο που μετά από αρκετά πλέον χρόνια λειτουργίας εξακολουθεί να εντυπωσιάζει κτιριακά, αλλά και λειτουργικά, αφού πλέον έχει πιστοποιηθεί ότι εφαρμόζει Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας για Υπηρεσίες Υγείας σύμφωνα με τις απαιτήσεις του Προτύπου: BS EN 15224:2016.

Ένα δεύτερο Κέντρο Ημερήσιας Νοσηλείας “Νίκος

Κούρκουλος” δημιουργήθηκε στις εγκαταστάσεις της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας στην Πυλαία Θεσσαλονίκης (και πάλι με την οικονομική ενίσχυση από την μεγάλη ευεργέτη κα Μαρτίνα Λάτση), το οποίο έχει παραχωρήσει άνευ ανταλλάγματος στο Θεαγένειο Νοσοκομείο και λειτουργεί και αυτό έχοντας πιστοποιηθεί όπως και το αντίστοιχο των Αθηνών.

Η αξιοπρεπής και σωστή αντιμετώπιση των ασθενών σε αυτά τα Κέντρα είναι τέτοιου επιπέδου που είναι χαρακτηριστικό ότι πολλοί ασθενείς δεν πιστεύουν ότι τους τα προσφέρει το δημόσιο σύστημα υγείας και φεύγοντας ρωτούν τι πρέπει να πληρώσουν.

Όμως, εξακολουθώ να νιώθω μία πικρία γιατί δεν έγινε εφικτό να πειστεί η Πολιτεία, αλλά και να γνωρίσουν οι γιατροί τα μεγάλα πλεονεκτήματα που δίνει στους ασθενείς, στα ταμεία αλλά και στους ίδιους τους λειτουργούς υγείας, η δημιουργία πολλών ανεξάρτητων μονάδων ημερήσιας νοσηλείας. Είναι κρίμα χώρες όπως η Τουρκία να έχουν αναπτύξει δεκάδες τέτοιες μονάδες και να εισπράττουν χρήματα με την ένταξή τους στα πλαίσια του ιατρικού τουρισμού και εμείς να εμποδιζόμαστε για κάτι τέτοιο αφού στο Νόμο για τις υπό ίδρυση μονάδες ημερήσιας χειρουργικής προστέθηκε ότι εκεί μπορεί να γίνονται επεμβάσεις “μόνο” με τοπική αναισθησία. Με μία λεξούλα στο κείμενο του νόμου κατέστη ανέφικτη η ίδρυση πραγματικών μονάδων ημερήσιας χειρουργικής (προς επίρρωση των όσων ανέφερα για τα μειονεκτήματα του δημόσιου τομέα).

Αποχωρήσατε από το ΕΣΥ πριν τη συνταξιοδότηση σας και αναφερθήκατε αναλυτικά στους λόγους με ανάρτηση στο προσωπικό σας ιστολόγιο τον 9/2018. Θα ήθελα να αναφερθείτε στο θέμα αυτό και αν νομίζετε ότι έχει αλλάξει κάτι προς το καλύτερο την τελευταία 5ετία.

Όταν η άσκηση της ιατρικής γίνεται κάτω από βάρβαρες συνθήκες και με εξοντωτικούς ρυθμούς και όταν η κοινή προσπάθεια προς βελτίωση της κατάστασης δεν είναι αποτελεσματική, αναγκαστικά οδηγείσαι σε ατομικές



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

αποφάσεις, αφού το χρέος απέναντι στους ασθενείς και στον εαυτό σου έδειξαν ως μόνη επιλογή την απόφαση αποχώρησης. Συνεχίζοντας ιδιωτικά, επανέκτησα τον χρόνο που χρειάζομαι για να μελετήσω την κάθε περίπτωση και να μπορώ να επικοινωνώ με άνεση χρόνου ώστε να καλύπτω τις ανησυχίες και τις ανάγκες των ασθενών μου. Ιδιώτευσα όχι για να αυξήσω το εισόδημά μου, αλλά για να μπορέσω να κάνω πιο ήρεμα και πιο ουσιαστικά αυτό το οποίο αγάπησα και συνεχίζω να αγαπώ.

Σαν Αντικαρκινική Εταιρεία έχετε στοιχεία για τις επιπτώσεις της πανδημίας που σοβεί τα τελευταία 2 ½ χρόνια στη διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου στη χώρα μας;

Στοιχεία υπάρχουν αποσπασματικά από μικρές τοπικές μελέτες που δείχνουν μία σημαντική ύφεση στο ρυθμό των προσερχομένων πολιτών για προληπτικές εξετάσεις. Κεντρικά (συνολικά) στοιχεία δεν διαθέτουμε.

Και η προσωπική σας εμπειρία σχετικά;

Η προσωπική μου εμπειρία μαρτυρεί μείωση της προσέλευσης των γυναικών για προληπτικό έλεγχο περισσότερο από 60% (που την πρώτη περίοδο των περιορισμών έφτανε και το 80%), ενώ ασθενείς με συμπτώματα ή σημεία δεν σταμάτησαν να προσέρχονται προς εξέταση και θεραπεία.

Με τη χρονική απόσταση που μας χωρίζει από την αρχική φάση και την εμπειρία που αποκτήθηκε με το χρόνο θέλω την άποψή σας αν τα γενικευμένα περιοριστικά μέτρα κατά του κορωνοϊού ήταν επιβεβλημένα, και αναφέρομαι στη δυσκολία πρόσβασης στα Νοσοκομεία κυρίως, ή τα πράγματα θα μπορούσαν να εξελιχθούν περίπου κατά τον ίδιο τρόπο με λιγότερους περιορισμούς ιδιαίτερα μετά την είσοδο των εμβολίων.

Κατά το αρχικό διάστημα η αυστηρότητα των μέτρων ήταν δικαιολογημένη, καθώς δεν ήταν γνωστή ούτε η εξέλιξη της νόσου, ούτε ποιες είναι οι ενδεδειγμένες θεραπείες, ενώ παράλληλα η θνησιμότητα ήταν πολύ υψηλή.

Οι νέες παραλλαγές του ιού καθιστούν την λήψη παρόμοιων αυστηρών μέτρων λιγότερο αναγκαία. Ίσως περνάμε στη φάση που η ανάγκη επιβίωσης του ιού τον καθιστά λιγότερο επικίνδυνο για τον άνθρωπο, αλλά περισσότερο μεταδοτικό. Μία εξέλιξη ως ένα είδος κοινού κρυολογήματος ίσως να είναι μία ευκαία και πιθανή εξέλιξη. Όμως, η μη χρήση μάσκας και γαντιών από άτομα που εξυπηρετούν τον πληθυσμό όπως είναι γιατροί, νοσηλευτές, εργαζόμενοι σε καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, σε ταξί κ.α. πρέπει να διατηρηθεί. Δυστυχώς το καλοκαίρι έχουμε γίνει μάρτυρες μιας απρόσεκτης συμπεριφοράς ακόμα και σε χώρους με συνωστισμό, όπου υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης όπως π.χ. σε αεροδρόμια, αεροπλάνα και άλλα μέσα μαζικής μεταφοράς κλπ.

Τέλος, να τονιστεί, πως παρόλο που ως δημοκρατική χώρα μπορούμε και επιτρέπουμε την ελευθερία του λόγου στον καθένα, η πολυφωνία ειδικών στα μέσα μαζικής επικοινωνίας δεν βοήθησε αλλά αποπροσανάτολισε τον πληθυσμό.

Ποια θεωρείτε ότι είναι τα πιο σημαντικά προβλήματα στη διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου στη χώρα μας;

Οι γεωγραφικές και κοινωνικές ανισότητες. Ο κάτοικος ορεινής ή νησιωτικής περιοχής δεν έχει τις ίδιες δυνατότητες να εξεταστεί για κάποιο πρόβλημα που μπορεί να υποδηλώνει καρκίνο, με τον κάτοικο της πρωτεύουσας. Ο φτωχός ή ο άνεργος επίσης βρίσκεται σε δυσμενέστερη μοίρα από τον πιο εύπορο, γιατί τον απασχολούν άλλα προβλήματα και συχνά δεν έχει την ίδια αυτοεκτίμηση που θα τον καθιστούσε πιο προσεκτικό στα θέματα υγείας. Τα ίδια ισχύουν και στο θέμα της θεραπείας.

Εθνικό αρχείο νεοπλασιών υπάρχει, λειτουργεί αν όχι ποιοι είναι οι λόγοι και πως θα μπορούσε να οργανωθεί...

Το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών είναι η επιτομή της ανικανότητας μας για συλλογική εργασία, δείγμα κομματικής



εκμετάλλευσης και επιπολαιότητας των υπευθύνων. Το γιατί δεν μπόρεσε να οργανωθεί, παρόλη την γενναία οικονομική βοήθεια που έλαβε, κανείς υπεύθυνος δεν το εξήγησε. Ήταν εκνευριστικό υπεύθυνος για το αρχείο να αναφέρει σε ακρόαση κοινωνικών φορέων στη Βουλή το πόσο κακό είναι που δεν έχει γίνει το Εθνικό Αρχείο και να μην αναφέρει τους λόγους!

Κατά τη γνώμη σας ο ασθενής πρέπει να ξέρει ότι έχει καρκίνο και, αν ναι, να ενημερώνεται αναλυτικά για το θεραπευτικό πλάνο ;

Ναι είναι σωστό. Ο τρόπος όμως της κοινοποίησης της διάγνωσης και των επιλογών θεραπείας οφείλει να σέβεται και να προσαρμόζεται στις ιδιαιτερότητες του ασθενούς. Δυστυχώς ποτέ οι γιατροί δεν διδάχθηκαν πώς να επικοινωνούν σωστά με τους ασθενείς. Γι' αυτό και στην εποχή μας αυτή η επικοινωνία εξαρτάται απόλυτα από τις σχετικές ικανότητες του κάθε γιατρού. Θεωρώ, όμως, τελείως λανθασμένο να ανακοινώνονται ατομικές προβλέψεις για την επιβίωση. Το "σου μένουν 6 μήνες ζωής" είναι καλό για κινηματογραφικές ταινίες, αλλά είναι αντιεπιστημονικό και επιζήμιο για ασθενείς.

Θεωρείτε ότι η θρησκευτική πίστη βοηθάει τον πάσχοντα;

Πολλές μελέτες του εξωτερικού έχουν δείξει πως η "πνευματικότητα" βοηθά. Ο όρος βέβαια είναι αδόκιμος για την Ελλάδα. Το πιο σωστό είναι πως η πίστη στον Θεό βοηθά να ανταπεξέρχεται η πλειοψηφία των ασθενών στα προβλήματα που καθιστούν δύσκολη τη ζωή τους. Και οι ασθενείς όσο είναι ασθενείς είναι ζωντανοί. Η χριστιανική πίστη και η θρησκεία μας αποτελεί για την μεγάλη πλειοψηφία των συμπολιτών μας ένα σημαντικό στήριγμα, το οποίο πρέπει να σεβόμαστε και να υποστηρίζουμε, ανεξάρτητα των όποιων πεποιθήσεων έχει ο κάθε θεράπων γιατρός.

Τι αντιδράσεις καταγράφετε από το οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου με την αναγγελία της νόσου;

Οι αντιδράσεις ποικίλλουν. Άλλοτε είναι πιο υποστη-

ρικτικές για τον ασθενή και άλλοτε κυριαρχεί ένα κλίμα πανικού. Οι συγγενείς νέων ογκολογικών ασθενών είναι η κατηγορία που αντιμετωπίζει μεγαλύτερα προβλήματα και χρειάζεται ειδική προσέγγιση και στήριξη. Γι' αυτό και η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία έχει αναπτύξει ένα ειδικό πρόγραμμα, το Ariadni project, όπου στον ομότιτλο ιστότοπο ή στην τηλεφωνική γραμμή 215 215 1366 μπορούν να απευθυνθούν συγγενείς και ασθενείς και να τύχουν της κατάλληλης ψυχοκοινωνικής στήριξης.

Ποιες συμβουλές θα δίνετε στις Ελληνίδες για το ευαίσθητο θέμα της πρόληψης του καρκίνου του μαστού;

Επειδή ο καρκίνος του μαστού είναι η συνηθέστερη κακοήθεια στις γυναίκες και επειδή ένα μικρό ποσοστό γυναικών έχει βαρύ οικογενειακό ιστορικό, ενώ οι παράγοντες κινδύνου δεν έχουν τόσο μεγάλη επίδραση, η μόνη λύση είναι η διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την μαστογραφία. Επειδή η συχνότητα εμφάνισης της νόσου αυξάνει σημαντικά μετά τα 40 και ιδιαίτερα μετά την εμμηνόπαυση η έναρξη του ελέγχου προσδιορίζεται από τα 40. Θα πρέπει, όμως, η γυναίκα να γνωρίζει πως στις ηλικίες μεταξύ 40-50 συνήθως οι μαστοί είναι πυκνοί (ακτινοσκοιροί) και επομένως η διαγνωστική ικανότητα της μαστογραφίας είναι μειωμένη, γι' αυτό και συχνά χρειάζονται συμπληρωματικοί απεικονιστικοί έλεγχοι, κυρίως υπερηχογράφημα.

Η Πολιτεία αυτή την περίοδο επιχειρεί να εφαρμόσει προγράμματα μαζικού προληπτικού ελέγχου. Ήδη είναι σε εφαρμογή το πρόγραμμα για το μαστό, πρόσφατα νομοθετήθηκε το αντίστοιχο για τον τράχηλο και έπεται του παχέος εντέρου. Πως βλέπετε τις προσπάθειες αυτές, ποια θεωρείτε ότι είναι τα συστατικά επιτυχίας τέτοιων προγραμμάτων και τι ποσοστά, κατ' αντιστοιχία με εκείνα άλλων χωρών θα θεωρούσατε ως επιτυχία για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα για το μαστό;

Επικροτούμε την προσπάθεια της Πολιτείας και



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

δηλώνουμε πρόθυμοι να βοηθήσουμε όπου και όσο μπορούμε. Την ευθύνη για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση την έχει το κράτος. Η δική μας συμβολή θα είναι συμπληρωματική. Εκτός προτάσεων και επισημάνσεων, οι κινητές μονάδες μας μπορούν να καλύψουν ανάγκες απομακρυσμένων ή κοινωνικά απομονωμένων ομάδων πληθυσμού. Ως Αντικαρκινική Εταιρεία πιστεύουμε πως οι κινητές μονάδες αποτελούν βασικό εργαλείο στην πρόληψη.

Θα ήθελα στο σημείο αυτό να κάνετε μια αναφορά στην Αντικαρκινική Εταιρεία της οποίας είστε Πρόεδρος.

Η Ε.Α.Ε. είναι η μεγαλύτερη ιατροκοινωνική οργάνωση στο χώρο της Ογκολογίας και διανύει το 64^ο έτος συνεχούς δράσης. Προώθησε την υγιεινή ζωή πρωτοστατώντας στη διαφώτιση του πληθυσμού για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος, της κακής διατροφής, της παχυσαρκίας, της κατανάλωσης οινοπνεύματος, Προώθησε την σωματική άσκηση, συμμετείχε με τα στελέχη της στην δημιουργία όλων των Αντικαρκινικών Νοσοκομείων (με εξαίρεση τον Άγιο Σάββα, που δημιουργήθηκε με πρωτοβουλία του Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου, αλλά που τον συμπλήρωσε με το ΚΗΝ Νίκος Κούρκουλος). Δώρισε στο Δημόσιο το Νοσοκομείο “Άγιοι Ανάργυροι”. Δημιούργησε ξενώνες περιθάλψεως ασθενών. Είναι η πρώτη οργάνωση που προώθησε και εφάρμοσε την ψυχοκοινωνική ογκολογία στη χώρα μας. Δημιούργησε δύο κινητές μονάδες μαστογράφου, που επί 16 χρόνια συνεχώς έχουν οργώσει όλη την Ελλάδα προσφέροντας δωρεάν μαστογραφικό έλεγχο σε χιλιάδες Ελληνίδες-πριν την πανδημία ο αριθμός είχε φτάσει τις 120.000. Τώρα πλέον δεν τις μετράμε. Δημιούργησε κινητή μονάδα Pap test. Δημιούργησε τηλεφωνική και διαδικτυακή γραμμή διακοπής καπνίσματος. Ανοικτή τηλεφωνική γραμμή στήριξης ασθενών και συγγενών τους. Στήριξε οργανώσεις που ασχολούνται με τον παιδικό καρκίνο. Ανέδειξε το πρόβλημα της ατμοσφαιρικής ρύπανσης από τα τζάκια και των θαλασσών μας από τα αποτίγματα.

Έχει δημιουργήσει δεκάδες παραρτήματα σε όλη την Ελλάδα που δραστηριοποιούνται στις τοπικές κοινωνίες, μοίρασε δεκάδες χιλιάδες μάσκες προστασίας στους ογκολογικούς ασθενείς την περίοδο της πανδημίας. Διατηρεί το ερευνητικό εργαστήριο G. Behrakis. Το πρόγραμμα της SMOKEFREEGREECE βραβεύτηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή ως το καλύτερο πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου στην Ευρώπη για το 2021. Συμμετέχει σε Ευρωπαϊκά προγράμματα πρόληψης και σε προγράμματα απεικονιστικών μελετών με τεχνική νοημοσύνη. Συνεργάζεται και στηρίζει μικρές οργανώσεις. Λειτουργεί 4 ιστοσελίδες και σελίδες στο FB, πραγματοποιεί παρεμβάσεις και αναπτύσσει και μία σειρά από άλλες δράσεις (π.χ. μουσική δημιουργία, πρόγραμμα για νέους ενήλικες, θεατρικό έργο κ.ά.).

Πως αντιλαμβάνεστε το ρόλο σας σε σχέση με την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας στα θέματα του καρκίνου;

Η Ε.Α.Ε. δημιουργήθηκε κατά τα πρότυπα της American Cancer Society με την προτροπή και καθοδήγηση του αείμνηστου Γεώργιου Παπανικολάου. Στόχο είχε να ηγηθεί του αντικαρκινικού αγώνα και να ενώσει τις πολυδιασπασμένες επιμέρους πρωτοβουλίες. Το κατάφερε σε μεγάλο βαθμό. Είναι αξιοσημείωτο πως ο περισσότερος κόσμος δεν γνώριζε ότι ο Πανελλήνιος Αντικαρκινικός Έρανος της Εταιρείας μας ήταν ο μόνος από τους τρεις πανελλήνιους εράνους, όπου το ποσό που συλλέγονταν δεν το καρπούτο η ίδια, αλλά κατατίθετο σε ειδικό λογαριασμό της Εθνικής Τράπεζας για να αποφασίσει το Υπουργείο πού θα δοθούν τα χρήματα, με συνυπογραφή του προέδρου της Εταιρείας. Με αυτά τα χρήματα στηρίχθηκαν τα αντικαρκινικά Νοσοκομεία και τμήματα. Παράλληλα η Εταιρεία συμμετείχε στο ογκολογικό συμβούλιο του Υπουργείου.

Η Εταιρεία είναι οργανωμένος φορέας της κοινωνίας των πολιτών. Δεν εξαρτάται από κόμματα ή ιδιωτικές εταιρείες ή άλλες οργανώσεις, ελληνικές ή διεθνείς. Ως ανεξάρτητος φορέας, και μάλιστα με μεγάλη πείρα και επιρροή στην κοινωνία προσπαθεί να προτείνει επι-



κτές λύσεις σε προβλήματα που αφορούν τον καρκίνο, λαμβάνοντας υπόψη τις δυνατότητες και τις διαθέσεις της εκάστοτε πολιτειακής ηγεσίας. Ως Εταιρεία και συμπολιτευόμαστε και αντιπολιτευόμαστε την εκάστοτε εξουσία, με αίσθημα ευθύνης και σεβασμού.

Υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης αυτής της σχέσης και, αν ναι, τι θα προτείνατε σε αυτή την κατεύθυνση;;

Πολλά περιθώρια υπάρχουν να βελτιωθεί η σχέση μας, χωρίς εμείς να χάνουμε την αυτοτέλεια μας και το Υπουργείο τον ευρύτερο ρόλο ευθύνης που έχει. Ναι μεν κάνουμε lobbying για τον καρκίνο, αλλά ταυτόχρονα ως ενεργοί πολίτες καταλαβαίνουμε τις δυσκολίες του κράτους. Δεν είμαστε μία απλή ομάδα πίεσης. Θέλουμε και είμαστε ομάδα αντικειμενικής παρουσίασης των αναγκών και των εφικτών λύσεων στην ογκολογία. Εφόσον αυτά γίνουν αντιληπτά, δεν υπάρχει πρόβλημα συνεργασίας με την εκάστοτε ηγεσία του Υπουργείου. Εξάλλου έχουμε προσφέρει στο δημόσιο σύστημα υγείας όσο καμία άλλη ιατροκοινωνική οργάνωση.

Που νομίζετε ότι..πάσχει η Ογκολογία στη χώρα μας;

Όχι σε επιστημονική των λειτουργιών υγείας, ούτε και σε μέσα αντιμετώπισης των κακοθειών. Πάσχουμε σε θέματα που απαιτούν συλλογική οργανωτική δουλειά. Δυσκολευόμαστε μόνοι μας από την πάλη που διεξάγουν μικρά και μεγάλα συμφέροντα στον χώρο της ογκολογίας (αυτό που προσδιορίστηκε ως μάχη για προσοδοθρία, ως νομή εξουσίας με άλλα λόγια). Υποφέρουμε από τον οικονομικό μαρασμό του κράτους που αδυνατεί να φροντίσει το ευ ζην των ασθενών και να παράσχει φροντίδα για ένα αξιοπρεπές, ανώδυνο και ειρηνικό τέλος της ζωής. Πάσχουμε από αδυναμία αντιμετώπισης του πόνου που προκαλεί η νόσος. Είμαστε αδύναμοι στην ψυχοκοινωνική στήριξη των ασθενών μας. Είμαστε φτωχοί πλέον στη διάθεση εθελοντικής προσφοράς, στην κοινωνική αλληλεγγύη. Αλλά από την άλλη είμαστε υπερπλούσιοι σε οργανώσεις και

αστικές μη κερδοσκοπικές εταιρείες και επομένως σε προέδρους κ.ο.κ.

Τι νεότερο θεωρείτε ότι θα υπάρχει στον τομέα της Ογκολογίας Μαστού το 2030;

Είναι ήδη ορατή η μετατόπιση του βάρους της θεραπευτικής παρέμβασης σε εξατομικευμένες φαρμακευτικές θεραπείες (όρμονο, άνοσο, χήμιο θεραπείες) και μία σμίκρυνση της Χειρουργικής. Οι τεχνολογικές εξελίξεις προσφέρουν ήδη ενδείξεις μίας πιο έγκαιρης διάγνωσης της νόσου και ανακάλυψης της υποτροπής.

Ο καρκίνος του μαστού έως το 2030 θα έχει πάψει να απειλεί τη ζωή των ασθενών στο μέτρο που συνέβαινε ως τώρα. Τα ποσά που διατίθενται στην έρευνα του καρκίνου του μαστού είναι συντριπτικά πολλαπλάσια από κάθε άλλη κακοήθεια. Αυτή η έρευνα έχει δώσει και θα δίνει ραγδαία νέες αποτελεσματικότερες θεραπείες.

Ακούγονται πολλά τα τελευταία χρόνια για εξατομικευμένη θεραπεία του καρκίνου με βάση το εκάστοτε προφίλ ασθενούς. Από την άλλη πλευρά είναι γνωστό ότι διαρκώς προστίθενται εξετάσεις και θεραπείες υψηλού κόστους στην σύγχρονη αντιμετώπιση της νόσου. Αντέχουν τα οικονομικά μας συστήματα ευρύτερα και ειδικότερα της χώρας μας;;

Πάντα η θεραπεία ήταν εξατομικευμένη, σε αντιστοιχία βέβαια με τις εκάστοτε γνώσεις. Σήμερα στην εποχή που τα χημικά μονοπάτια, οι τρόποι αποφυγής του ανοσοποιητικού ελέγχου από τα καρκινικά κύτταρα, οι γονιδιακές μεταλλάξεις προσεγγίζονται με διάφορους τρόπους αναδεικνύονται θεραπευτικοί στόχοι διαφορετικοί για τα πολλά διαφορετικά είδη καρκίνων, που συναποτελούν την ομάδα που γενικά αποκαλούμε καρκίνο του μαστού.

Όλες οι νέες θεραπευτικές παρεμβάσεις, αλλά και οι τεχνολογικές βελτιώσεις (πολλές από τις οποίες δεν προσθέτουν και τόση μεγάλη αξία στην πρόοδο που συντελείται) είναι ιδιαίτερα ακριβές και έχουν αρχίσει να ξεφεύγουν από αυτό που προσδιόριζε κάποτε την



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

αξία τους, δηλ. τόσο το κόστος έρευνας, τόσο το κόστος παραγωγής, συσκευασίας, διανομής κ.ο.κ. και τόσο το αναλογούν λογικό κέρδος. Έχει αρχίσει η συζήτηση να προσδιορίζονται οι τιμές των προσφερόμενων υπηρεσιών ανάλογα με τα κερδισμένα έτη ζωής. Πρακτική με ηθικό μειονέκτημα και ικανή να τινάξει τα ασφαλιστικά ταμεία στον αέρα.

Η συσσώρευση πλούτου από τις μεγάλες ιατροτεχνολογικές εταιρείες συνεπάγεται μεγαλύτερη επιρροή στις πολιτικές αποφάσεις. Μικρές χώρες, όπως η Ελλάδα, δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν μόνες τους το κόστος των νέων θεραπειών. Χρειάζεται υπερεθνική προσπάθεια (π.χ. μέσω της Ε.Ε. ή ειδικής διηπειρωτικής συνεργασίας) για να υπάρξει συνεννόηση με τις βιομηχανίες για πιο λελογισμένες τιμές

Τώρα θα σας ζητήσω μια σύντομη αναφορά στο γιατρό και τον άνθρωπο Φιλόπουλο... Θέλω να εκφραστείτε με το προσωπικό σας τόνο και ύφος...

Πάντα έβλεπα τον εαυτό μου ως κοινωνικά ενεργό πολίτη. Δεν μ' ενδιέφερε η ατομική ανέλιξη, όσο μ' ενδιέφερε η κοινωνική προσφορά. Είναι στάση ζωής που δεν θέλω να την αξιολογήσω, αλλά που μου προσέφερε συγκινήσεις και εμπειρίες πολλές καθώς λίγοι γνωρίζουν πως όταν γύρισα από τη Γερμανία κατείχα όλη τη γνώση για να οργανώσω την επείγουσα εξωνοσοκομειακή φροντίδα, και πως δεν μπόρεσα να το κάνω σε πλήρη έκταση, αφού αξιοποιήθηκαν οι γνώσεις και οι ικανότητες μου για λίγο χρονικό διάστημα, γνώσεις και δουλειά που προσέφερα εθελοντικά. Αλλά καθώς στην Ελλάδα το κόμμα είναι το διαβατήριο κοινωνικής ανόδου, και εκείνη την εποχή υπήρξε συχνότερη εναλλαγή κομμάτων στην εξουσία, η εμπειρία μου έμεινε ανεκμετάλλευτη γιατί ως κομματικά άστεγος ή κατά συνθήκη συνεργάτης του κόμματος εκθρού, παραμερίστηκα για να αναλάβουν οι κομματικοί.

Η κοινωνική εθελοντική δραστηριότητα σε δυναμώνει προσωπικά και παρόλες τις στενοχώριες που σου δημιουργούν άνθρωποι και καταστάσεις, έχεις τελικά

ειρήνη με τον εαυτό σου και αγάπη με τους άλλους - τους πολλούς - συνανθρώπους.

Είμαι ικανοποιημένος που μετά από 44 χρόνια άσκησης μάχιμης ιατρικής μπορώ να έχω ήσυχη τη συνείδησή μου και να συναντώ ανθρώπους που με ευγνωμονούν και εγώ τους έχω ξεχάσει. Ο άνθρωπος Φιλόπουλος ένωσε και προσωπικές χαρές και λύπες. Πιστεύω όμως πως η προσωπική ιστορία του καθενός είναι πολύ ιδιωτική υπόθεσή του και αφορά μόνο την οικογένειά του (εκτός και αν πρόκειται για παραβατικό άτομο οπότε τα εν οίκω πρέπει να παρουσιάζονται εν δόμῳ).

Πανδημία σε εξέλιξη, αναδυόμενες μεταλλάξεις, πόλεμος στην ευρύτερη περιοχή μας, πληθωρισμός, ενεργειακή κρίση, απειλές για σύρραξη από τη γείτονα. Από την άλλη πλευρά, καλοκαίρι, τουρισμός, αναμονή νέων εμβολίων, φάρμακο που θεραπεύει πλήρως τον καρκίνο του παχέος εντέρου.. Μπορούμε να είμαστε αισιόδοξοι;;

Αισιόδοξοι για την αντιμετώπιση του καρκίνου γενικώς, ναι. Αισιόδοξοι κοινωνικά, όχι. Η ευφορία των μεταπολεμικών δεκαετιών έχει εκλείψει. Υπάρχει μία σημαντική μείωση της κοινωνικής συνοχής στη χώρα μας, αλλά και παγκοσμίως. Η επικέντρωση στον ατομικό ευδαιμονισμό δημιουργεί συνθήκες αποξένωσης και προϋποθέσεις επιδεινούμενης δυστυχίας. Είμαι απαισιόδοξος, καθώς συστηματικά στα μέσα μαζικής επικοινωνίας και στα κοινωνικά δίκτυα προβάλλονται στην πρώτη γραμμή ανάξιες, ελαττωματικές προσωπικότητες, συχνά αυθεντικά πρότυπα υποκόσμου. Το ίδιο ισχύει και για την ανάδειξη συνθηκών και τρόπων ζωής που δηλητηριάζουν το πνεύμα και το σώμα των νέων μας.

Μαζί με αυτήν την συστηματικά ασκούμενη προπαγάνδα, υπάρχει και η εξασθένηση και συρρίκνωση της οικογένειας (ας αναλογιστεί κάποιος πόσοι ηλικιωμένοι θα είναι μόνοι γιατί τα παιδιά που σπούδασαν με κόπο ζουν πλέον στο εξωτερικό). Πρέπει να αγωνιστούμε για να έρθει σε πρώτη προτεραιότητα το εμείς και να υποχωρήσει το εγώ με τις αδυναμίες του.

Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ



Δεν είναι “φιλοσοφίες” τα ανωτέρω, είναι προσπάθεια ανάδειξης της πολιτισμικής κρίσης που δημιουργεί τις προϋποθέσεις κοινωνικής τελμάτωσης, και που σίγουρα θα επηρεάσει με τη σειρά της και την υγεία και την φροντίδα, όπως την ξέρουμε και την ζήσαμε εμείς οι παλαιότεροι.

Επομένως ναι, υπάρχει αισιοδοξία για τον καρκίνο, αλλά όπως και στο ποδόσφαιρο φοβάμαι ότι απλά θα παρακολουθούμε τις εξελίξεις παγκοσμίως, όπως πα-

ρακολουθούμε σήμερα τα ξένα πρωταθλήματα γιατί το δικό μας δεν βλέπεται...

Κλείνοντας θα ήθελα να σας ευχαριστήσω για την αποδοχή αυτής της πρόσκλησης και μάλιστα μεσούντος του θέρους. Θεωρώ ότι ήταν πολλά, σημαντικά, απόσταγμα εμπειρίας και με πολλούς αποδέκτες όσα ειπώθηκαν, με ένα ιδιαίτερο προσωπικό ύφος από ένα επιστήμονα με περίσσιο ήθος....



Ενδοσκοπικό θέμα

ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΕΝΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Ερασμία Βλάχου, MD, FEBGH, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Εισαγωγή

Το λεπτό έντερο για πολλά χρόνια αποτελούσε για τους γαστρεντερολόγους το «μαύρο κουτί» του πεπτικού σωλήνα, μιας και η όποια προσπάθεια ενδοσκοπικής του προσέγγισης, πέραν της διεγχειρητικής προσπέλασης, δεν ξεπερνούσε το εγγύς τμήμα της νήστιδας ή τον τελικό ειλεό. Αυτό άλλαξε το 2001 με την έλευσης της ασύρματης ενδοσκοπικής κάψουλας που μας έδωσε τη δυνατότητα να επισκοπήσουμε όλο το μήκος του λεπτού εντέρου και να έχουμε πλέον ενδοσκοπικές εικόνες τόσο του φυσιολογικού λεπτού εντέρου αλλά και, κυριότερα, της παθολογίας αυτού του οργάνου.

Περίπου ταυτόχρονα με την κάψουλα, αναπτύχθηκε και η πρώτη μέθοδος άμεσης ενδοσκοπικής προσέγγισης του λεπτού εντέρου, η **εντεροσκόπηση διπλού μπαλονιού** (Double Balloon Enteroscopy, DBE, Fujifilm, Tokyo, Japan). Έκτοτε αναπτύχθηκαν και άλλες μέθοδοι και συγκεκριμένα η **εντεροσκόπηση μονού μπαλονιού (2007)** (Single-balloon Enteroscopy, SBE, Olympus Medical Systems Corporation, Tokyo, Japan), η **καθοδηγούμενη με μπαλόνι εντεροσκόπηση** (Balloon-guided endoscopy, NaviAid, Smart Medical Systems, Ra'anana, Israel), η κλασσική χειροκίνητη **σπειροειδής εντεροσκόπηση (2008)** (Spiral Enteroscopy, SE, Spirus Medical Inc., Stoughton, Massachusetts) και τελευταία το αυτοματοποιημένο ανάλογό της, η **Motorized Spiral Εντεροσκόπηση (2015)** (Power Spiral Enteroscopy,

PSE, Olympus Medical Systems Corporation, Tokyo, Japan). Όλες αυτές οι μέθοδοι περιλαμβάνονται στον όρο «υποβοηθούμενη εντεροσκόπηση» (Device Assisted Enteroscopy, DAE) μιας και εξασφαλίζουν την προώθηση του ενδοσκοπίου εντός του λεπτού εντέρου με τη χρήση βοηθημάτων όπως μπαλόνια, overtube ή καθετήρες ώστε να περιορίζουν τη διάταση του λεπτού εντέρου, να σταθεροποιούν το ενδοσκόπιο και να διευκολύνουν την προώθησή του.

Υποβοηθούμενη με μπαλόνι εντεροσκόπηση

Με την εντεροσκόπηση διπλού μπαλονιού (DBE, εικόνα 1), η προώθηση εντός του λεπτού εντέρου επιτυγχάνεται πτυχώνοντας το λεπτό έντερο πάνω σε ένα εντεροσκόπιο λειτουργικού μήκους 200 εκ, στο οποίο προσαρμόζεται ένα overtube μήκους 145 εκ. Τόσο στο άκρο του εντεροσκοπίου, όσο και στο overtube υπάρχουν μπαλόνια, τα οποία φουσκώνουν και ξεφουσκώνουν μέσω μιας αντλίας ελεγχόμενης πίεσης. Με την εναλλαγή του εύρους των μπαλονιών και με διαδοχικές προωθήσεις κι αποσύρσεις (push & pull technique), εξασφαλίζεται η προώθηση του ενδοσκοπίου σε μεγάλο βάθος εντός του λεπτού εντέρου, επιτυγχάνοντας έως και πανεντεροσκόπηση είτε με συνδυασμό ανιούσας και κατιούσας πρόσβασης, είτε και μόνο με τη μία οδό (συνήθως την κατιούσα).

Η εντεροσκόπηση μονού μπαλονιού (SBE, εικόνα 2) χρησιμοποιεί επίσης ένα εντεροσκόπιο μήκους 200



Εικόνα 1. Εντεροσκόπιο διπλού μπαλονιού.



Εικόνα 2. Εντεροσκόπιο μονού μπαλονιού.

εκ. κι ένα overtube μήκους 140 εκ. με ένα μπαλόνι ήδη προσαρμοσμένο πάνω του. Σε αντίθεση με την DBE δεν υπάρχει μπαλόνι στην άκρη του εντεροσκοπίου, επομένως η σταθερότητα του οργάνου επιτυγχάνεται αναρροφώντας το τοίχωμα του λεπτού εντέρου ή/και με τη γωνίωση του άκρου του ενδοσκοπίου για αγκίστρωση. Κατά τα άλλα εφαρμόζεται η ίδια push & pull τεχνική για την είσοδο και την απόσυρση του ενδοσκοπίου, ξεφουσκώνοντας ή φουσκώνοντας το μπαλόνι του overtube αντίστοιχα.

Η καθοδηγούμενη-με-μπαλόνι-εντεροσκόπηση (εικόνα 3) περιλαμβάνει ένα καθετήρα με ένα μπαλόνι που μπορεί να χρησιμοποιηθεί μέσω του καναλιού εργασιών οποιουδήποτε κολονοσκοπίου.

Οι παραπάνω τεχνικές μπορούν να πραγματοποιηθούν τόσο με την κατιούσα οδό (από το στόμα), όσο και την ανιούσα οδό (από το ορθό).

Υποβοηθούμενη με overtube εντεροσκόπηση

Στην κλασική σπειροειδή εντεροσκόπηση (SE, εικόνα 4), ένα χειροκίνητο σπειροειδές overtube μήκους 118 εκ. προσαρμόζεται σε ένα εντεροσκόπιο μήκους 200 εκ, ενώ στο αυτοματοποιημένο μοντέλο που κυκλοφόρησε πρόσφατα (PSE, εικόνα 5), το ειδικό εντεροσκόπιο μήκους 168 εκ. διαθέτει από κατασκευής ένα μοτέρ ελεγχόμενο από ένα πεντάλ, που περιστρέφει το άκρο του ενδοσκοπίου, όπου και προσαρμόζεται το ειδικό

σπειροειδές overtube μήκους 24 εκ, καταργώντας έτσι την ανάγκη για δεύτερο χειριστή. Σε αυτές τις τεχνικές η προώθηση του ενδοσκοπίου πραγματοποιείται μετατρέποντας τη σπειροειδή κίνηση του overtube σε γραμμική, ώστε και πάλι το λεπτό έντερο να πτυχώνεται πάνω στο εντεροσκόπιο. Οι μέθοδοι αυτές πραγματοποιούνται



Εικόνα 3. Καθοδηγούμενη με μπαλόνι εντεροσκόπηση.



Εικόνα 4. Σπειροειδές εντεροσκόπιο.



Εικόνα 5. Motorized σπειροειδές εντεροσκόπιο.



Ενδοσκοπικό θέμα

ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΕΝΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

κατά κανόνα από το στόμα, και η εφαρμογή τους από την ανιούσα οδό είναι περιορισμένη.

Η υποβοηθούμενη εντεροσκόπηση συνήθως πραγματοποιείται με βαθιά καταστολή ή ακόμη και γενική αναισθησία, ιδίως όταν γίνεται με την κατιούσα οδό και κυρίως λόγω της μεγαλύτερης διάρκειάς της σε σχέση με τις κλασικές ενδοσκοπικές πράξεις, πολύ δε περισσότερο σε περίπτωση θεραπευτικών χειρισμών. Σε κατιούσα πρόσβαση η 12ωρη νηστεία είναι επαρκής, σε περίπτωση ωστόσο πρόσβασης από το ορθό απαιτείται προετοιμασία με καθαρτικά.

Σύγκριση των μεθόδων

Στη διεθνή βιβλιογραφία οι περισσότερες συγκρίσεις των διαφόρων μεθόδων υποβοηθούμενης εντεροσκόπησης έχουν γίνει με την εντεροσκόπηση διπλού μπαλονιού, ενώ για τη νέα μέθοδο PSE δεν υπάρχουν ακόμη επαρκή δεδομένα αν και τα πρώτα δείγματα από την εφαρμογή της είναι ενθαρρυντικά. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα στοιχεία που προκύπτουν από αναδρομικές και προοπτικές συγκριτικές μελέτες, φαίνεται πως η εντεροσκόπηση διπλού μπαλονιού επιτυγχάνει μεγαλύτερα ποσοστά πανεντεροσκόπησης και μεγαλύτερο βάθος εισόδου στο λεπτό έντερο σε σχέση με την εντεροσκόπηση μονού μπαλονιού, είναι όμως περισσότερο χρονοβόρα και πιο απαιτητική στην εκμάθησή της σε σχέση με όλες τις άλλες μεθόδους. Η ταχύτερη τεχνική φαίνεται να είναι η σπειροειδής εντεροσκόπηση, τόσο η κλασική (χειροκίνητη) όσο και η νέα motorized εκδοχή της, η οποία με βάση τα πρώτα διαθέσιμα δεδομένα επιτυγχάνει ποσοστά πανεντεροσκόπησης αντίστοιχα με εκείνα της εντεροσκόπησης διπλού μπαλονιού και φτάνει ταχύτερα και σε μεγαλύτερο βάθος στο λεπτό έντερο συγκριτικά με όλες τις μεθόδους (Πίνακας 1).

Ενδείξεις

Όλες οι τεχνικές υποβοηθούμενης εντεροσκόπησης έχουν το πλεονέκτημα ότι επιτρέπουν, εκτός από την εντεροσκόπηση του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου, τη λήψη βιοψιών για διαγνωστικούς σκοπούς ή την τοποθέτηση

σήμανσης (tattoo), την πραγματοποίηση θεραπευτικών χειρισμών, καθώς και την πραγματοποίηση ERCP σε ασθενείς με χειρουργικά τροποποιημένη ανατομία (π.χ σε Roux-en-Y). Τέλος, η υποβοηθούμενη εντεροσκόπηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε περιπτώσεις δολιχό-κολου που καθιστά τεχνικά δυσχερή και ανέφικτη την ολοκλήρωση μιας κολονοσκόπησης ή ακόμη και για την ενδοσκόπηση του «απομονωμένου» στόμαχου σε ασθενείς με Roux-en-Y γαστρική παράκαμψη.

Πιο συγκεκριμένα, οι διαγνωστικές ενδείξεις της υποβοηθούμενης εντεροσκόπησης περιλαμβάνουν την ενεργό ή λανθάνουσα αιμορραγία του λεπτού εντέρου, τη νόσο Crohn, την ανθεκτική κοιλιοκάκη, τους πολύποδες και όγκους λεπτού εντέρου και οποτεδήποτε απαιτείται ενδοσκοπική εκτίμηση παθολογικών ευρημάτων στο λεπτό έντερο που έχουν προκύψει είτε από απεικονιστικές μεθόδους είτε από την ενδοσκοπική ασύρματη κάψουλα.

Σε επίπεδο θεραπευτικών χειρισμών, η υποβοηθούμενη εντεροσκόπηση επιτρέπει τη διενέργεια όλων των επεμβατικών πράξεων που πραγματοποιούνται και μέσω των κλασικών ενδοσκοπικών μεθόδων, συμπεριλαμβανομένης της αιμόστασης, της αφαίρεσης πολυπόδων, των διαστολών στενώσεων, της ανάσχυσης ξένων σωμάτων, της σκληροθεραπείας κισρών λεπτού εντέρου, της τοποθέτησης μεταλλικών ενδοπροθέσεων και της τοποθέτησης νηστιδοστομίας.

Αντενδείξεις

Οι αντενδείξεις της υποβοηθούμενης εντεροσκόπησης είναι πρακτικά οι ίδιες που ισχύουν και για την ενδοσκόπηση ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού. Η χειρουργικά τροποποιημένη ανατομία του πεπτικού σωλήνα ή/και το ιστορικό προηγηθέντος χειρουργείου στην κοιλιά μπορεί να καταστήσει την εντεροσκόπηση τεχνικά πιο απαιτητική, χωρίς ωστόσο να αποτελεί αντένδειξη. Ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα, κισσοί και στενώσεις οισοφάγου χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής σε κατιούσα εντεροσκόπηση, ιδίως με τη σπειροειδή εντεροσκόπηση. Τέλος, σε ασθενείς με



ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Χαρακτηριστικά μεθόδων υποβοηθούμενης εντεροσκόπησης (προσαρμοσμένο από: Nehme, F., Goyal, H., Perisetti, A., Tharian, B., Sharma, N., Tham, T. C., & Chhabra, R. (2021). The Evolution of Device-Assisted Enteroscopy: From Sonde Enteroscopy to Motorized Spiral Enteroscopy. *Front Med (Lausanne)*, 8, 792668. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.792668>)

Τεχνική εντεροσκόπησης	Μέγιστο βάθος εισόδου (κατιούσα) (εκ)	Διαγνωστικό εύρος	Παν-εντεροσκόπηση	Μέση διάρκεια κατιούσας εντεροσκόπησης (λεπτά)	Μείζονες επιπλοκές	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Διπλού μπαλονιού (DBE)	220-360	40-80%	40-60%	60-123	0.72-1.2	*Καλύτερα μελετημένη σχετικά με την επάρκεια και ασφάλεια *Μεγαλύτερο βάθος εισόδου/ποσοστά πανεντεροσκόπησης σε σχέση με την SBE	*Χρονοβόρα *Μεγαλύτερη καμπύλη εκμάθησης *Δύο χειριστές
Μονού μπαλονιού (SBE)	133-270	41-65%	15-25%	57-72	0.02	*Μικρότερη διάρκεια *Ευκολότερη	Μικρότερο βάθος εισόδου/ποσοστά πανεντεροσκόπησης σε σχέση με την DBE
Καθοδηγούμενη με μπαλόνι	120-190	45-59%	N/A	15-52	Ανεπαρκή δεδομένα	Δε χρειάζεται ιδιαίτερο εξοπλισμό	Λίγα δεδομένα για την επάρκεια και ασφάλεια
Χειροκίνητη σπειροειδής	175-262	30-65%	10%	35-52	0.08	Ταχύτερη σε σχέση με SBE/DBE	*Δύσκολη ανιούσα πρόσβαση *Χαμηλά ποσοστά πανεντεροσκόπησης *Δύο χειριστές
Αυτοματοποιημένη σπειροειδής	450-490	65-80%	60-70%	40	1.5	*Ταχύτερη και ευκολότερη στο χειρισμό *Μεγαλύτερα ποσοστά πανεντεροσκόπησης	*Περιορισμένα δεδομένα ασφαλείας *Περιορισμένη διαθεσιμότητα *Ανάγκη για διαστολή οισοφάγου πριν την εντεροσκόπηση

αλλεργία στο λάτεξ, υπάρχουν μπαλόνια latex-free που μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια.

Επιπλοκές

Όλες οι μέθοδοι υποβοηθούμενης εντεροσκόπησης είναι ασφαλείς και οι όποιες επιπλοκές είναι παρόμοιες με εκείνες που μπορούν να συμβούν και στις συνήθεις ενδοσκοπικές τεχνικές· οι επιπλοκές αυξάνουν αντίστοιχα σε περίπτωση θεραπευτικών χειρισμών π.χ. αφαίρεση πολυπόδων. Τα περισσότερα δεδομένα σχετικά με τα ποσοστά επιπλοκών προκύπτουν από την εντεροσκόπηση διπλού μπαλονιού που είναι η πιο ευρέως διαδεδομένη μέθοδος. Πιο συγκεκριμένα, το

ποσοστό διάτρησης κυμαίνεται από 0,1-0,4% και μπορεί να φτάσει το 3,4% σε περίπτωση πολυπεκτομής. Παράγοντες κινδύνου για διάτρηση είναι η χειρουργικά τροποποιημένη ανατομία του πεπτικού σωλήνα και η παρουσία ενεργού φλεγμονής σε περίπτωση διαστολών στενώσεων. Η αιμορραγία μπορεί να επιπλέξει το 0,2% των εντεροσκοπήσεων, ιδίως σε ενδοσκοπική αφαίρεση πολυπόδων. Τέλος, η πιο συχνή επιπλοκή που μπορεί να συμβεί σε εντεροσκόπηση με την κατιούσα οδό είναι η παγκρεατίτιδα, σε ποσοστό 0,3%. Ο ακριβής μηχανισμός δεν είναι πλήρως εξακριβωμένος, πιστεύεται ωστόσο πως πιθανότατα να προκαλείται από μηχανικό τραύμα ή και την πίεση των μπαλονιών επί του φύματος Vater.

Συμπέρασμα

Η υποβοηθούμενη εντεροσκόπηση είναι ένα σημαντικό εργαλείο για τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της παθολογίας του λεπτού εντέρου, υποκαθιστώντας σε πολλές περιπτώσεις πιο επεμβατικές χειρουργικές πράξεις. Αν και οι περισσότερες μέθοδοι προϋποθέτουν ειδικό εξοπλισμό κι εκπαίδευση, τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πιο ευρέως διαθέσιμες, διευρύνοντας τις διαγνωστικές και θεραπευτικές ενδείξεις τους, ώστε να αποτελούν πλέον κομμάτι της καθημερινής κλινικής πράξης.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Nehme F, Goyal H, Perisetti A, Tharian B, Sharma N, Tham TC, & Chhabra R (2021). The Evolution of Device-Assisted Enteroscopy: From Sonde Enteroscopy to Motorized Spiral Enteroscopy. *Front Med (Lausanne)*, 8, 792668. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.792668>.
2. ASGE Standards of Practice Committee, Khashab MA, Pasha SF, et al. The role of deep enteroscopy in the management of small-bowel disorders. *Gastrointest Endosc* 2015; 82:600.
3. Yano T, Yamamoto H. Current state of double balloon enteroscopy: the latest approach to small intestinal diseases. *J Gastroenterol Hepatol* 2009; 24:185.
4. Khashab MA, Lennon AM, Dunbar KB, et al. A comparative evaluation of single-balloon enteroscopy and spiral enteroscopy for patients with mid-gut disorders. *Gastrointest Endosc* 2010; 72:766.
5. Takano N, Yamada A, Watabe H, et al. Single-balloon versus double-balloon enteroscopy for achieving total enteroscopy: a randomized, controlled trial. *Gastrointest Endosc* 2011; 73:734.
6. Domagk D, Mensink P, Aktas H, et al. Single- vs. double-balloon enteroscopy in small-bowel diagnostics: a randomized multicenter trial. *Endoscopy* 2011; 43:472.
7. Wadhwa V, Sethi S, Tewani S, et al. A meta-analysis on efficacy and safety: single-balloon vs. double-balloon enteroscopy. *Gastroenterol Rep (Oxf)* 2015; 3:148.
8. Yamamoto, H., Yano, T., Ohmiya, N., Tanaka, S., Tanaka, S., Endo, Y., Matsuda, T., Matsui, T., Iida, M., & Sugano, K. (2015). Double-balloon endoscopy is safe and effective for the diagnosis and treatment of small-bowel disorders: prospective multicenter study carried out by expert and non-expert endoscopists in Japan. *Dig Endosc*, 27(3), 331-337. <https://doi.org/10.1111/den.12378>.
9. Pennazio M, Spada C, Eliakim R, Keuchel M, May A, Mulder CJ, Rondonotti E, Adler SN, Albert J, Baltes P, Barbaro F, Cellier C, Charton JP, Delvaux M, Despott EJ, Domagk D, Klein A, McAlindon M, Rosa B, Gralnek IM (2015). Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*, 47(4), 352-376. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1391855>.
10. Rondonotti E, Spada C, Adler S, May A, Despott EJ, Koulaouzidis A, Panter S, Domagk D, Fernandez-Urien I, Rahmi G, Riccioni ME, van Hoof JE, Hassan C, & Pennazio M (2018). Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technical Review. *Endoscopy*, 50(4), 423-446. <https://doi.org/10.1055/a-0576-0566>.



Ελευθερία Γιαννακουλοπούλου, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα
Δημήτριος Ζιρκόπουλος, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Εισαγωγή

Η επίδραση της ηλικίας στη μορφολογία και λειτουργία του πεπτικού συστήματος αποτελεί αντικείμενο συνεχιζόμενης έρευνας. Αν και υπάρχουν ηλικιωμένοι στους οποίους δεν διαπιστώνεται οποιαδήποτε αλλαγή στις λειτουργίες του πεπτικού συστήματος (κινητικότητα, έκκριση, απορρόφηση), στους περισσότερους έχουν παρατηρηθεί διαταραχές. Τα δεδομένα σχετικά με τις μορφολογικές αλλοιώσεις και την πιθανή σημασία τους είναι λιγότερο σαφή (Πίνακας 1).

Οι παρατηρούμενες μορφολειτουργικές διαταραχές ενοχοποιούνται για την παθογένεια νοσημάτων, τα οποία όμως εμφανίζονται και στις λοιπές ηλικιακές ομάδες, αν και η πρόγνωση στους ηλικιωμένους είναι συνήθως βαρύτερη. Ακολουθεί περιγραφή των σημαντικότερων νοσημάτων του πεπτικού συστήματος, έτσι όπως εκδηλώνονται στους ηλικιωμένους.

Διαταραχές του οισοφάγου

Εμφανίζονται διαταραχές στο μηχανισμό της κατά-

ποσης, στο μηχανισμό της προστασίας των αεραγωγών και στην κινητική λειτουργία του οισοφάγου, που εκδηλώνονται με δυσκαταποσία ή δυσφαγία και έχουν ως συνέπειες, μεταξύ άλλων, επεισόδια εισρόφησης και υποσιτισμό. Αν και ο επιπολασμός της δυσκαταποσίας και της δυσφαγίας στους ηλικιωμένους δεν είναι ακριβώς γνωστός, η κλινική σημασία του προβλήματος προκύπτει από τη μεγάλη συχνότητα πνευμονίας από εισρόφηση σε νεκροτομικό υλικό.

Επίδραση της ηλικίας στο μηχανισμό της κατάποσης

Δυνατόν να αφορά όλες τις φάσεις της κατάποσης (στοματο-φαρυγγική φάση, χάλαση του ανώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα, συγχρονισμό στη σύγκλειση των φωνητικών χορδών). Υπό φυσιολογικές συνθήκες αντιρροπούνται επαρκώς και δεν προκαλούνται συμπτώματα. Δυσκαταποσία παρατηρείται όταν συνυπάρχουν νευρολογικές, μυϊκές και νευρομυϊκές παθήσεις, που είναι συχνές στους ηλικιωμένους (αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, νόσος Parkinson, νόσος Alzheimer, περιφε-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Μορφολειτουργικές διαταραχές πεπτικού σε ηλικιωμένους

- μείωση της μυϊκής μάζας και αύξηση του σωματικού λίπους
- απώλεια όρεξης, ξηρότητα στόματος, απώλεια οδόντων, εξασθένηση των μυών της μάσησης
- διαταραχές της κινητικής λειτουργίας του οισοφάγου, που ίσως αντανakλούν την παρατηρούμενη μείωση του αριθμού των νευρώνων του μυεντερικού πλέγματος
- μείωση της γαστρικής έκκρισης, ως αποτέλεσμα της συχνότερα εμφανιζόμενης ατροφικής γαστρίτιδας
- διαταραχή της γαστρικής κινητικότητας και επιβράδυνση της γαστρικής κένωσης (ίσως απότοκες αυτόνομης νευροπάθειας)
- απουσία επιδράσεων στην κινητική και απορροφητική λειτουργία του λεπτού εντέρου (με εξαίρεση μείωση της απορρόφησης ασβεστίου)
- επιβράδυνση της διάβασης του παχέος εντέρου, πιθανώς απότοκη της παρατηρούμενης μείωσης του αριθμού των νευρώνων του μυεντερικού πλέγματος αλλά και διαταραχών στη σύσταση του τοιχώματός του
- ανεπάρκεια του πρωκτικού σφιγκτήρα (λέπτυνση του έξω και πάχυνση του έσω σφιγκτήρα, μείωση της πίεσης ηρεμίας του πρωκτικού σωλήνα, μείωση της μέγιστης συσπαστικότητας των μυών της ορθοπρωκτικής περιοχής)
- λειτουργική ανεπάρκεια της εξωκρινούς λειτουργίας του παγκρέατος και μορφολογικές αλλοιώσεις, συνήθως χωρίς κλινική έκφραση
- μορφολογικές αλλοιώσεις στα χοληφόρα χωρίς σαφείς παθογενετικές συσχετίσεις



Κλινικό θέμα

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ρικές νευροπάθειες, μυοπάθειες, στοματο-φαρυγγικοί όγκοι, εκκόλπωμα Zenker κ.ά.).

Επίδραση της ηλικίας στο μηχανισμό της προστασίας των αεραγωγών

Οι εμπλεκόμενοι πολύπλοκοι και όχι πλήρως μελετημένοι αυτοί μηχανισμοί επηρεάζονται από την ηλικία (μείωση της πίεσης ηρεμίας του ανώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα, αύξηση του επιπολασμού της διαφραγματοκήλης, διαταραχές στη λειτουργία της γλωττίδας, μείωση των φαρυγγικών καταπόσεων κ.ά.).

Επίδραση της ηλικίας στην κινητική λειτουργία του οισοφάγου

Αν και κατά το παρελθόν είχαν παρατηρηθεί ποικίλες διαταραχές (μη περισταλτικές συσπάσεις, μείωση του ύψους των περισταλτικών κυμάτων, μείωση του δευτερογενούς περισταλτισμού), οι οποίες εφέροντο υπό τον όρο «πρεσβυοισοφάγος», νεότερες μελέτες υποβαθμίζουν τη συχνότητα και την κλινική σημασία τους.

Κλινικά θέματα

Η διαγνωστική προσέγγιση των ηλικιωμένων ασθενών με οισοφαγικά συμπτώματα ακολουθεί τους ίδιους αλγόριθμους όπως σε κάθε άλλον ασθενή, οι οποίοι επιλέγονται με βάση την αρχική εκτίμηση σχετικά με το εάν η δυσφαγία είναι στοματοφαρυγγική ή οισοφαγική και το εάν έχει χαρακτηριστικά λειτουργικής ή οργανικής διαταραχής. Τα διαγνωστικά μέσα περιλαμβάνουν το οισοφαγογράφημα με κατάποση βαρίου, την ενδοσκόπηση και τον μανομετρικό έλεγχο.

Το συνηθέστερο αίτιο στοματο-φαρυγγικής δυσφαγίας (δυσκαταποσίας) είναι τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, οπότε η δυσφαγία εμφανίζεται συχνά (έως και 45%) αλλά υποχωρεί σχετικά γρήγορα και δεν χρειάζεται ειδική θεραπεία αλλά προσωρινά, γενικά, υποστηρικτικά μέτρα. Το εκκόλπωμα Zenker, που επίσης προκαλεί δυσκαταποσία, αντιμετωπίζεται με κρικοφαρυγγική μυοτομή που σήμερα διενεργείται ενδοσκοπικά.

Στις περιπτώσεις (οισοφαγικής) δυσφαγίας, πρώτο

μέλημα είναι ο αποκλεισμός του οισοφαγικού καρκίνου. Το συνηθέστερο αίτιο είναι η παλινδρομική οισοφαγίτιδα με ή χωρίς πεπτικές στενώσεις, λόγω της αυξημένης συχνότητας διαφραγματοκήλης και συνυπαρχουσών κινητικών διαταραχών.

Από τις κινητικές διαταραχές που προκαλούν δυσφαγία, η αχαλασία (συχνότερη στους ηλικιωμένους) αντιμετωπίζεται με το συνήθη θεραπευτικό αλγόριθμο ανταγωνιστές ασβεστίου → έγχυση Botulinum toxin → ενδοσκοπικές διαστολές → μυοτομή, προσαρμοσμένου φυσικά στην ηλικία και στη γενικότερη κατάσταση του ασθενή. Για τις λοιπές μη ειδικές κινητικές διαταραχές δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία.

Ειδική μνεία χρειάζεται να γίνει για την οισοφαγική βλάβη από κατάποση δισκίων όπως τετρακυκλινών, χλωριούχου καλίου, μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών (ΜΣΑΦ) κ.ά. Είναι σχετικά συχνή στους ηλικιωμένους, λόγω των κινητικών διαταραχών, της ανεπαρκούς εκκρίσεως σιέλου, της οφιοειδούς πορείας του οισοφάγου, του μεγάλου αριθμού καταπινόμενων δισκίων ή της κατάποσής τους σε κατακεκλιμένη θέση ή με μικρή ποσότητα νερού. Εκδηλώνεται με οδυνοφαγία και δεν χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση πέραν της απομάκρυνσης του βλαπτικού παράγοντα.

Πεπτική νόσος

Γαστροοισοφαγική Παλινδρομική Νόσος (ΓΟΠΝ)

Η συχνότητα της ΓΟΠΝ αυξάνεται σημαντικά με την ηλικία, λόγω διαταραχών του οισοφαγικού περισταλτισμού, μείωσης του όγκου σιέλου και της συγκέντρωσης διττανθρακικών, λήψης φαρμάκων που μειώνουν τον τόνο του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα, συχνότερης παρουσίας διαφραγματοκήλης, περιορισμού της καθημερινής δραστηριότητας και κακής στάσης του σώματος εξαιτίας εκφυλιστικών αλλοιώσεων του μυοσκελετικού συστήματος.

Εξαιτίας μειωμένης αντίληψης του πόνου και συχνής λήψης αναλγητικών, συχνά ελλείπουν τα τυπικά συμπτώ-



ματα (οπισθοστερνικός καύσος, όξινες αναγωγές) και εμφανίζονται ήπια ή/και άτυπα (δυσπεψία, επιγαστραλγία, ναυτία, ερυγές, μετεωρισμός) καθώς και εξω-οισοφαγικές εκδηλώσεις (άσθμα, χρόνιος βήχας, λαρυγγίτιδα, βράγχος φωνής, άτυπη στηθάγχη). Αποτέλεσμα είναι η καθυστέρηση της διάγνωσης, η σημαντική αύξηση της συχνότητας των επιπλοκών (οισοφαγίτιδας, στένωσης, οισοφάγου Barrett) και η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας λόγω εκδήλωσης ανησυχητικών συμπτωμάτων (π.χ. αναιμίας, δυσφαγίας, οδυνοφαγίας, εμέτων, απώλειας βάρους).

Η οισοφαγογαστροσκόπηση αποτελεί τη διαγνωστική μέθοδο εκλογής και μόνο σε ειδικές περιπτώσεις (π.χ. εκτίμηση για χειρουργική αντιμετώπιση) θα χρειαστεί περαιτέρω μελέτη με οισοφαγογράφημα, μανομετρία ή pH-μετρία. Η έγκαιρη διάγνωση και στενή επιτήρηση του οισοφάγου Barrett είναι μείζονος σημασίας, αφού το αδενοκαρκίνωμα απαντάται συχνότερα σε άτομα άνω των 60 ετών και επιπλέον η οισοφαγεκτομή συνοδεύεται από αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα συγκριτικά με τους νεότερους.

Η θεραπεία της ΓΟΠΝ και των επιπλοκών της στους ηλικιωμένους ασθενείς είναι παρόμοια αλλά επιθετικότερη αυτής στους νεότερους ενήλικους, εξαιτίας της αυξημένης σοβαρότητας της νόσου και της μεγαλύτερης συχνότητας επιπλοκών. Τροποποιήσεις του τρόπου ζωής και διατροφής συνιστώνται αλλά δεν επαρκούν. Τόσο η φαρμακευτική (PPI's) όσο και η χειρουργική θεραπεία έχουν υψηλά ποσοστά επιτυχίας και η επιλογή εξατομικεύεται.

Πεπτικό έλκος

Στους ηλικιωμένους παρατηρείται αύξηση των παραγόντων κινδύνου εμφάνισης γαστρικού ή δωδεκαδακτυλικού έλκους και των επιπλοκών τους. Η αύξηση στη νοσηρότητα και τη θνητότητα οφείλεται στην καθυστέρηση της διάγνωσης και θεραπείας, στις συννοσηρότητες, στην πολυφαρμακία, κυρίως στη λήψη ΜΣΑΦ, στην άνοια και στην υποθρεψία. Τα ΜΣΑΦ προκαλούν, ως

γνωστό, αλλοιώσεις στον γαστρεντερικό βλεννογόνο μέσω αναστολής της σύνθεσης βλεννογονικών προσταγλανδινών, η οποία στους ηλικιωμένους είναι ήδη μειωμένη. Περίπου 40% των ατόμων άνω των 65ετών λαμβάνουν ΜΣΑΦ και 1-8% εξ' αυτών νοσηλεύονται με γαστρεντερική επιπλοκή τον πρώτο χρόνο θεραπείας. Επιπροσθέτως, ο επιπολασμός της λοίμωξης από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού είναι μεγαλύτερος στους ηλικιωμένους.

Η κλινική εικόνα του πεπτικού έλκους και των επιπλοκών του (αιμορραγία ή διάτρηση) στους ηλικιωμένους είναι ήπια και/ή άτυπη. Η συχνότητα των επιπλοκών του πεπτικού έλκους είναι αυξημένη (έως 50% σε ασθενείς άνω των 70 ετών) όπως και η θνητότητα (έως 30% σε ασθενείς άνω των 65 ετών). Η θνητότητα λόγω αιμορραγίας πεπτικού έλκους είναι 4-10 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς. Όπως και στην ΓΟΠΝ, η γαστροσκόπηση αποτελεί τη διαγνωστική εξέταση εκλογής και η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να είναι επιθετικότερη συγκριτικά με τους νεότερους ασθενείς.

Δυσασπορρόφηση

Δεν έχουν διαπιστωθεί σημαντικές ιστολογικές αλλοιώσεις στο λεπτό έντερο των ηλικιωμένων και η εμφάνιση δυσασπορρόφησης δεν πρέπει να αποδίδεται στην ηλικία αλλά να διερευνάται όπως και στους λοιπούς ενήλικους. Ηλικιωμένοι με ατροφική γαστρίτιδα ή υπό χρόνια λήψη PPI's μπορεί να εμφανίσουν σύνδρομο υπερανάπτυξης βακτηριδίων, το οποίο όμως σπανίως έχει κλινική έκφραση. Η συχνότερα παρατηρούμενη διαταραχή είναι η ελάττωση της απορρόφησης του ασβεστίου, η δυσανεξία στη λακτόζη και η μείωση της απορρόφησης του φυλλικού οξέος επί συνυπάρχουσας αχλωρυδρίας.

Περιστατικά δυσασπορρόφησης είναι δυνατό να παρατηρηθούν σε ηλικιωμένους με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή χρόνια εντερική ισχαιμία αλλά δεν οφείλονται στην ηλικία καθ' εαυτή. Οι παρατηρούμενες μορφολογικές αλλοιώσεις στο εκφορητικό σύστημα του



Κλινικό θέμα

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

παγκρέατος δεν επηρεάζουν την εξωκρινή λειτουργία του (βλέπε παρακάτω).

Διατροφικά θέματα

Ποιοτικές και ποσοτικές παρεμβάσεις στο διαιτολόγιο των ηλικιωμένων είναι απαραίτητες, λόγω των μεταβολών που παρατηρούνται στη λειτουργία του πεπτικού συστήματος και στο μεταβολισμό αλλά και στην επίδραση που έχει η διατροφή στα ποικίλα χρόνια νοσήματα που είναι συχνά σε αυτούς. Η ηλικία συνεπάγεται διαταραχές στη σύσταση του σώματος με την ελάττωση της μυϊκής μάζας (σαρκοπενία) και την αύξηση του λίπους να είναι οι σημαντικότερες. Οι περιορισμένες μεταβολές στη λειτουργία του γαστρεντερικού σωλήνα είναι δυνατό να επηρεάσουν οριακά την πρόσληψη και αφομοίωση των θρεπτικών συστατικών. Ελάττωση της όρεξης, ανεπαρκής μαστική λειτουργία, ξηρότητα στόματος είναι επιπλέον παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την πρόσληψη τροφής. Σε γενικές γραμμές, χρειάζεται ελάττωση του συνολικού αριθμού θερμίδων, αν και ο υπολογισμός πρέπει να εξατομικεύεται. Λόγω των χαμηλών επιπέδων βιταμίνης B₁₂, που αποδίδονται κυρίως στην ατροφική γαστρίτιδα, ειδικοί συνιστούν τη χορήγηση βιταμίνης B₁₂ όπως άλλωστε και βιταμίνης D και ασβεστίου.

Διάρροια

Η διάρροια στους ηλικιωμένους ορίζεται όπως και στους λοιπούς ενήλικους, όμως δεν πρέπει να λησμονείται πως οι ηλικιωμένοι συγχέουν τη διάρροια με το σύμπτωμα της επιτακτικής κένωσης. Η απώλεια υγρών σε σύντομο χρονικό διάστημα, είναι δυνατό να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των ηλικιωμένων ασθενών και γι' αυτό η νοσηλεία σε νοσοκομείο είναι συχνότερα επιβεβλημένη. Τα συνηθέστερα αίτια διάρροιας σε ηλικιωμένους αναφέρονται στον πίνακα 2.

Δεν υπάρχουν σαφή επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με την επίπτωση της λοιμώδους διάρροιας στις μεγαλύτερες ηλικίες, αλλά η ανάγκη νοσηλείας και η θνητότητα είναι σαφώς μεγαλύτερες, ιδιαίτερα σε όσους διαβιούν σε ιδρύματα. Η πλειοψηφία των περιστατικών οξείας δι-

άρροιας οφείλονται σε ιούς (rotavirus, cytomegalovirus) και σε λοίμωξη από το *Clostridium difficile*. Άλλα αίτια περιλαμβάνουν: salmonella, shigella, campylobacter jejuni, escherichia coli, entamoeba histolytica, giardia lamblia.

Η εμφάνιση διάρροιας στους ηλικιωμένους εμφανίζεται συχνά ως παρενέργεια φαρμάκων. Πολλές κατηγορίες φαρμάκων είναι δυνατό να συνιστούν αίτιο διάρροιας και ανάμεσά τους είναι: αντιβιοτικά, αντινεοπλασματικά, αντιυπερτασικά (β-blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors), αντιαρρυθμικά (quinidine, digitalis), αντιπαρκινσονικά, υπακτικά, αντιελκωτικά, ΜΣΑΦ.

Τέλος, η διάρροια είναι συχνή επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη και εκδηλώνεται με άλλοτε άλλο αριθμό κενώσεων (συχνότερα τη νύχτα) και ακράτεια. Αν και παραδοσιακά αποδίδεται σε διαβητική νευροπάθεια, η ακριβής παθογένειά της είναι άγνωστη.

Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου (ΙΦΝΕ)

Τελευταία έχει παρατηρηθεί αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ασθενών με ΙΦΝΕ, η οποία αντανάκλα την γενικότερη αύξηση της επίπτωσης της νόσου και τη γενικότερη αύξηση του γηράσκοντος πληθυσμού. Περίπου 25-35% των πασχόντων από ΙΦΝΕ έχουν ηλικία άνω των 60 ετών. Σημαντικό ποσοστό αυτών διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά σε προχωρημένη ηλικία.

Αναφέρονται κάποιες διαφορές στην αρχική εκδήλωση της νόσου όπως π.χ. μικρότερη συχνότητα κοιλιακού

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Αίτια διάρροιας σε ηλικιωμένους

- ΟΞΕΙΑ: λοιμώξεις, φάρμακα
- ΧΡΟΝΙΑ: ενσφήνωση κοπράνων, ιδιοπαθή φλεγμονώδη εντερικά νοσήματα, φάρμακα, ανεπάρκεια λακτάσης, μικροσκοπική κολίτιδα
- Άλλα αίτια: θυρεοτοξίκωση, νόσος Whipple, αμυλοείδωση, λέμφωμα, καρκίνος παχέος εντέρου, εκκολπωματίτιδα κ.ά.



άλγους, πυρετού και απώλειας βάρους και μεγαλύτερη συχνότητα αιματοχεσίας σε περιπτώσεις νόσου Crohn (CD). Η διαφορική διάγνωση στους ηλικιωμένους συνιστά πρόκληση, γιατί περιλαμβάνει παθήσεις συχνές σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, όπως: λοιμώξεις (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Clostridium difficile*, *Escherichia coli*), ισχαιμική κολίτιδα, εκκολπωματική νόσο, μικροσκοπική κολίτιδα, λέμφωμα, εντερίτιδα από μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη κ.ά. Η διαγνωστική προσέγγιση δεν διαφέρει εκείνης που εφαρμόζεται στους λοιπούς ενήλικους.

Ηλικιωμένοι με CD έχουν συχνότερα προσβολή του κόλου (vs του ειλεού) και ηλικιωμένοι με ελκώδη κολίτιδα (UC) έχουν συχνότερα «αριστερή» κολίτιδα (vs πρωκτίτιδα ή πανκολίτιδα) όπως και ανάγκη νοσηλείας.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι ιδιαίτερος επιρρεπείς σε λοιμώξεις και με δεδομένο ότι η θεραπεία των ΙΦΝΕ βασίζεται στη χορήγηση ανοσοκατασταλτικής αγωγής (κορτικοειδών, azathioprine/6-mercaptoprine και των νεότερων βιολογικών παραγόντων), ο θεράπων ιατρός πρέπει να επαγρυπνεί για την όσο το δυνατόν εγκαίριστη διάγνωση και αντιμετώπισή τους, ενώ πριν την έναρξη της αγωγής απαιτείται αυστηρή τήρηση του πρωτοκόλλου των εμβολιασμών.

Το πρόγραμμα ενδοσκοπικής επιτήρησης για ορθοκολικό καρκίνο τηρείται αλλά εξατομικεύεται με βάση το προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενή καθώς και την ύπαρξη συννοσηροτήτων. Σε ηλικιωμένους ασθενείς με όψιμη εμφάνιση ΙΦΝΕ η επιτήρηση αρχίζει ενωρίτερα.

Η αποτελεσματικότητα των διαφόρων θεραπευτικών παραγόντων είναι συγκρίσιμη μεταξύ ηλικιωμένων και λοιπών ενηλίκων, ωστόσο χρειάζεται προσοχή στον τομέα της ασφάλειας. Η χορήγηση aminosalicylates και sulfasalazine εγκυμονεί κινδύνους νεφροτοξικότητας στους ηλικιωμένους και η παρατεταμένη χορήγηση κορτικοειδών συνοδεύεται από μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών (οστεοπόρωσης, διαβήτη, υπέρτασης, οφθαλμικών προβλημάτων κ.ά.). Οι θειοπουρίνες

(azathioprine/6-mercaptoprine) πρέπει να χορηγούνται με προσοχή, λόγω των δυνητικών αλληλεπιδράσεων με άλλα φάρμακα και του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης λεμφωμάτων ή δερματικού καρκίνου. Τέλος, η χορήγηση βιολογικών παραγόντων συνοδεύεται από αύξηση του κινδύνου εμφάνισης σοβαρών λοιμώξεων.

Οι ενδείξεις και οι τεχνικές χειρουργικής αντιμετώπισης των ΙΦΝΕ στους ηλικιωμένους είναι ταυτόσημες με εκείνες των λοιπών ενηλίκων. Εξαιρεση αποτελεί η ειλεοπρωκτική αναστόμωση με δημιουργία pouch, γιατί προϋποθέτει επάρκεια του σφιγκτήρα. Μόνη η ηλικία του ασθενή δεν φαίνεται να επηρεάζει τη χειρουργική έκβαση και τη θνητότητα.

Εκκολπωματική νόσος παχέος εντέρου

Από τους ποικίλους παράγοντες που σχετίζονται με την παθογένεια των εκκολπωμάτων (διατροφή, κληρονομικότητα, έλλειψη άσκησης, δυσκοιλιότητα), η πλέον αδιαμφισβήτητη συσχέτιση είναι με την ηλικία. Ανευρίσκονται σπάνια έως την 4^η δεκαετία ζωής, παρατηρούνται εκθετικά συχνότερα μετά τα 60 έτη, ενώ μετά τα 70, εντοπίζονται πλέον στην πλειοψηφία των εξεταζόμενων (με σχετική υπεροχή των γυναικών).

Η εκκολπωματική νόσος περιλαμβάνει τις ακόλουθες νοσολογικές οντότητες: την ασυμπτωματική (περίπου στο 80% των ασθενών), τη συμπτωματική ανεπίπλεκτη εκκολπωμάτωση, την αιμορραγία και την εκκολπωματίτιδα (ανεπίπλεκτη ή επιπλεγμένη από απόστημα, συρίγγιο, απόφραξη ή διάτρηση).

Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών είναι ασυμπτωματικοί. Μεταξύ των συμπτωματικών, τα τρίτα τέταρτα εμφανίζουν συμπτωματική ανεπίπλεκτη εκκολπωμάτωση και μόνο περίπου 5% παρουσιάζει φλεγμονή ή αιμορραγία.

Στη συμπτωματική ανεπίπλεκτη εκκολπωμάτωση (άτυπο κοιλιακό άλγος χωρίς εμπύρετο ή αυξημένους δείκτες φλεγμονής), είναι σημαντική η διαφορική διάγνωση από άλλες απειλητικότερες καταστάσεις, όπως



Κλινικό Θέμα

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ο καρκίνος του παχέος εντέρου. Διαγνωστική εξέταση επιλογής είναι η κολonosκόπηση (αφού αποκλειστεί η εκκολπωματίτιδα). Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει τροποποίηση του τρόπου ζωής (διατροφή, άσκηση, κενώσεις) και πιθανόν αγωγή με μυοχαλαρωτικά του εντέρου, 5-ASA ή ριφαξιμίνη.

Η εκδήλωση εκκολπωματίτιδας είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους (μεγαλύτερος αριθμός εκκολπωμάτων, παρουσία τους για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα). Η σχετικά περιορισμένη φλεγμονώδης απάντηση (λόγω συνοδών νοσημάτων ή πολυφαρμακίας) και η ελλιπής περιγραφή της συμπτωματολογίας δυσκολεύουν τη διάγνωση. Στη διάγνωση συμβάλλει σημαντικά η αξονική τομογραφία. Η αντιμετώπιση, λόγω συννοσηροτήτων, συχνής υποεκτίμησης της βαρύτητας και ανεπαρκούς κατ' οίκον υποστήριξης, απαιτεί νοσηλεία με διακοπή σίτισης και i.v. αντιβίωση.

Επιμονή συμπτωμάτων παραπέμπει σε επιπλοκές όπως απόστημα, συρίγγιο, απόφραξη ή διάτρηση. Διάγνωση τίθεται και εδώ με αξονική τομογραφία. Σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή είναι η ελεύθερη διάτρηση με γενικευμένη περιτονίτιδα (θνητότητα άνω του 35%), που απαιτεί άμεση χειρουργική παρέμβαση.

Η αιμορραγία από εκκόλπωμα είναι η συχνότερη αιτία αιμορραγίας κατωτέρου πεπτικού στους ηλικιωμένους. Συνδέεται με εξασθένηση του τοιχώματος των αρτηριών στην περιοχή του εκκολπώματος (στην οποία συμβάλλει η αθηροσκληρόνωση και η χρήση ΜΣΑΦ). Συνήθως εκδηλώνεται ως ανώδυνη αιματοχεσία. Σταματά αυτόματα στο 70-80% ενώ 3-5% των ασθενών θα χρειασθούν μετάγγιση. Επαναίμορραγία εμφανίζει το 22-38% και από αυτούς το ήμισυ εμφανίζει και 3^ο επεισόδιο. Στη διάγνωση βοηθούν η ενδοσκόπηση, η αγγειογραφία και το scanning ραδιοσημασμένων ερυθρών. Στους ηλικιωμένους σημαντικός είναι ο αποκλεισμός άλλων αιτιών αιμορραγίας, όπως η κακοήθεια. Η αντιμετώπιση γίνεται ενδοσκοπικά ή αγγειογραφικά (ειδικά σε ηλικιωμένους με συννοσηρότητες), με το χειρουργείο να επιλέγεται επί αποτυχίας των μεθόδων αυτών.

Ισχαιμική εντερική νόσος

Η εντερική ισχαιμία οφείλεται σε οξεία ή χρόνια ανεπάρκεια αιματικής ροής σε άλλοτε άλλο μήκος του εντέρου. Ανεξαρτήτως αιτίου, οδηγεί σε βλάβες που κυμαίνονται από πλήρως αναστρέψιμες έως και ολική νέκρωση του προσβεβλημένου τμήματος. Διακρίνεται σε 3 βασικές μορφές: 1) οξεία μεσεντέριος ισχαιμία, 2) χρόνια μεσεντέριος ισχαιμία και 3) ισχαιμία του παχέος εντέρου. Η τελευταία είναι μακράν η συχνότερη (περίπου 75% των περιπτώσεων).

Η **οξεία μεσεντέριος ισχαιμία** σχετίζεται στενά με σοβαρές καρδιαγγειακές και εκφυλιστικές συστηματικές νόσους, συνδεδεμένες με την προχωρημένη ηλικία. Διακρίνεται περαιτέρω σε αποφρακτική από έμβολο ή θρόμβο (η συχνότερη), μη αποφρακτική (σχετιζόμενη με χαμηλή συστηματική παροχή), μεσεντέριο φλεβική θρόμβωση και εστιακή τμηματική ισχαιμία λεπτού εντέρου. Αποτελεί διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση με υψηλά ποσοστά θνητότητας, ειδικά όταν εξελιχθεί σε έμφρακτο. Κανένας εργαστηριακός δείκτης δεν αποδείχθηκε ως τώρα αξιόπιστος να επιβεβαιώσει τη νόσο σε πρώιμο στάδιο. Η αξονική αγγειογραφία θεωρείται η διαγνωστική εξέταση εκλογής, ενώ ρόλο στη διάγνωση διατηρεί και η επεμβατική αγγειογραφία.

Η αντιμετώπιση προϋποθέτει αιμοδυναμική σταθεροποίηση του ασθενούς, χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής και εν συνεχεία αγγειογραφία με i.v. χορήγηση παπαβερίνης (και επί απόφραξης, θρομβολυτικών παραγόντων). Επί αποτυχίας ή επί διατοικωματικής νέκρωσης απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση.

Η **χρόνια μεσεντέριος ισχαιμία** είναι σπανιότερη οντότητα (<5% του συνόλου). Εμφανίζεται συνήθως σε ηλικιωμένους με προϋπάρχον ιστορικό αθηρωματικής νόσου. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει αγγειοπλαστική ή χειρουργείο.

Η **ισχαιμία του παχέος εντέρου** είναι η συχνότερη εντερική αγγειακή διαταραχή και διακρίνεται περαιτέρω σε αναστρέψιμη κολοπάθεια (η συχνότερη), παροδική



ισχαιμική κολίτιδα, χρόνια (ή υποτροπιάζουσα) κολίτιδα, στένωση, γάγγραινα και κεραυνοβόλο πανκολίτιδα. Εμφανίζεται σχεδόν πάντα σε ηλικιωμένους (με αθηρωματική νόσο) και συχνότερα στις γυναίκες. Στα αίτια περιλαμβάνονται διαταραχές μηχανισμού πήξης, περισφιγμένες κήλες, λοιμώξεις, φάρμακα (περιλαμβανομένων των ΜΣΑΦ), ενδοκοιλιακές επεμβάσεις, αγγειίτιδες, shock κ.α. Σπάνιος σχετίζεται με τοιχωματική βλάβη του κόλου (νεοπλασία, εκκόλπωμα κ.α.). Εντοπίζεται συχνότερα στο αριστερό κόλον, σπανιότερα στο εγκάρσιο ή στο δεξιό κόλον και πολύ σπάνια στο ορθό ή σε όλο το παχύ έντερο.

Συνήθως εμφανίζεται με ήπιο άλγος αριστερού λαγόνιου βόθρου, επείγουσα έπειξη προς αφόδευση και πρόσμειξη κόκκινου ή βυσσινόχρους αίματος στις κενώσεις. Η φυσική εξέταση είναι συμβατή με την αναφερόμενη συμπτωματολογία.

Διαγνωστική μέθοδος εκλογής είναι η ενδοσκόπηση (εντός 48ώρου από την έναρξη των συμπτωμάτων), που επιτρέπει την επισκόπηση του βλεννογόνου και τη λήψη βιοψιών. Τμηματική νόσος, απουσία προσβολής του ορθού και ταχεία εξέλιξη (συνήθως προς υποχώρηση των αλλοιώσεων) είναι χαρακτηριστικά της νόσου. Διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από λοιμώδη/ψευδομεμβρανώδη κολίτιδα, ΙΦΝΕ, εκκολπωματίτιδα και καρκίνο παχέος εντέρου.

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει διακοπή σίτισης, ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και αντιβιοτικών και παρακολούθηση εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων. Συνιστάται καρδιαγγειακός έλεγχος για ανάδειξη του πιθανού αιτίου. Η νόσος είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενη. Παρατεταμένα συμπτώματα, κλινική εικόνα οξείας κοιλίας, αυξανόμενοι δείκτες φλεγμονής παραπέμπουν σε έμφρακτο και απαιτούν επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση.

Αιμορραγία πεπτικού

Η αιμορραγία πεπτικού στους ηλικιωμένους σχετίζεται με μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνητότητα. Η γήρανση

καθ' εαυτή, η αυξημένη συχνότητα συννοσηροτήτων και η ευρεία χρήση φαρμάκων (όπως ΜΣΑΦ, αντιπηκτικών, και αντιαιμοπεταλιακών), συμβάλλουν τόσο στη δημιουργία αιμορραγουσών βλαβών όσο και στη δυσμενέστερη έκβαση της αιμορραγίας. Μεταξύ των αιτίων, κάποια αφορούν τους ηλικιωμένους με μεγαλύτερη συχνότητα. Οι κλινικές εκδηλώσεις ποικίλλουν από λανθάνουσα αιμορραγία και αναιμία έως μαζική, απειλητική για τη ζωή αιμορραγία. Η διάγνωση και η θεραπεία της στους ηλικιωμένους συνιστά κλινική πρόκληση.

Αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού

Τον 20ό αιώνα παρατηρήθηκε μια εντυπωσιακή και σταθερή αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων ασθενών που εμφανίζουν αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού, ενώ παρά την εφαρμογή προηγμένων διαγνωστικών και αιμοστατικών τεχνικών και τη βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας, η θνητότητα παραμένει στο 10%. Ποσοστό άνω του 50% οφείλεται σε πεπτική νόσο. Η οισοφαγίτιδα και η γαστρίτιδα σε συνδυασμό με το πεπτικό έλκος είναι τα συχνότερα αίτια και ακολουθούν οι κίρσοι, το σύνδρομο Mallory-Weiss, η πυλαία γαστροπάθεια, τα αορτοεντερικά συρίγγια, οι βλάβες Dieulafoy, οι γαστρικές αγγειεκτασίες του άντρου και οι γαστροδωδεκαδακτυλικές αρτηριοφλεβικές ανωμαλίες.

Εκδηλώνεται συνηθέστερα με αιματέμεση (50%) και λιγότερο συχνά με μέλαινες κενώσεις (30%) ή συνδυασμό (20%). Η εμφάνιση είναι δυνατόν να διαλάβει της προσοχής των ηλικιωμένων, λόγω ελάττωσης της όρασης και της υπολειπόμενης γνωστικής ικανότητας, με αποτέλεσμα η διάγνωση να τίθεται αργά και η πρόγνωση να επιβαρύνεται. Επί πλέον, η άτυπη συμπτωματολογία των υποκειμένων πεπτικών νόσων εξηγεί το ότι οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν συχνά ως πρώτη εκδήλωση την αιμορραγία.

Αιμορραγία κατωτέρου πεπτικού

Η αιμορραγία κατωτέρου πεπτικού εμφανίζεται με συχνότητα <30% αυτής του ανωτέρου πεπτικού, έχει λιγότερο σοβαρή πορεία και στις περισσότερες πε-



Κλινικό θέμα

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ριπτώσεις (80%-85%) σταματά αυτόματα. Εντούτοις, η επίπτωσή της αυξάνεται με την ηλικία (200 φορές συχνότερη στην 8^η δεκαετία της ζωής σε σχέση με τη 2^η), λόγω του αυξημένου επιπολασμού των νοσημάτων που μπορεί να προκαλέσουν απώλεια αίματος. Τα συνηθέστερα εξ' αυτών είναι η εκκολπωμάτωση, οι αγγειοδυσπλασίες και η ισχαιμική νόσος του εντέρου. Η λήψη ΜΣΑΦ, ιδιαίτερα συχνή σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, ενοχοποιείται για αιμορραγία από εκκολπώματα, αλλοιώσεις μη ειδικής κολίτιδας και εξάρσεις ΙΦΝΕ. Σε περιπτώσεις οξείας αιμορραγικής διάρροιας, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους που ζουν σε ιδρύματα, θα πρέπει να αποκλείονται πιθανές λοιμώξεις. Σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία αίτιο συνιστά η μετακινική κολίτιδα. Η δυσκοιλιότητα, που είναι συχνή σε άτομα προχωρημένης ηλικίας, σχετίζεται με αιμορραγία από αιμορροϊδοπάθεια ή από έλκη του ορθού που οφείλονται σε κοπρόλιθους. Περίπου 10% των περιπτώσεων μείζονος και 20% ελάσσονος αιμορραγίας κατωτέρου πεπτικού στους ηλικιωμένους οφείλεται σε νεόπλασμα και λιγότερο συχνά σε πολύποδες παχέος εντέρου. Σπανιότερα αίτια περιλαμβάνουν τον εγχολεασμό του εντέρου, τον τραυματισμό από υποκλυσμό, την πυλαία κολοπάθεια με ή χωρίς παρουσία κιστών, την ενδομητρίωση και τις βλάβες Dieulafoy. Σε ποσοστό 0,7 - 9% των ασθενών με συμπτωματολογία αιμορραγίας κατωτέρου πεπτικού, η εστία αιμορραγίας εντοπίζεται στο λεπτό έντερο (με συχνότερα αίτια τις αγγειοδυσπλασίες και τα νεοπλάσματα).

Δυσκοιλιότητα

Το περιεχόμενο που αποδίδεται στον όρο ποικίλλει σημαντικά (μειωμένη συχνότητα, δυσφορία στην κένωση ή αμφότερα). Επιδημιολογικά δεδομένα αναδεικνύουν αυξημένη συχνότητα στους ηλικιωμένους (με υπεροχή των γυναικών), που επιβαρύνει την καθημερινότητα των ασθενών και το σύστημα υγείας.

Στη μεγάλη ηλικία, παρατηρούνται ανατομικές (όπως ίνωση ή απίσχναση σφιγκτήρων), νευρολογικές (όπως μειωμένη αίσθηση ορθικής διάτασης) και κινητικές

(μείωση προώθησης μέσω του πρωκτικού καναλιού) αλλοιώσεις στη λειτουργία του άπω κόλου και του πρωκτού. Παραμένει ασαφές σε ποιο βαθμό αυτές οφείλονται στην ηλικιακή επίδραση ή είναι δευτεροπαθείς άλλων νοσημάτων και πολυφαρμακίας. Μεταβολικά νοσήματα (σακχαρώδης διαβήτης, υποθυρεοειδισμός κ.α.), ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υπερασβεστιαμία, υποκαλσιαιμία κ.α.) και νευροψυχιατρικά νοσήματα (νόσος Parkinson, πολλαπλή σκλήρυνση, άνοια, κατάθλιψη), καταστάσεις συχνές στους ηλικιωμένους, οδηγούν σε δυσκοιλιότητα. Φάρμακα όπως οπιοειδή αναλγητικά, αντικαταθλιπτικά, αντιπαρκινσονικά και άλλα ενοχοποιούνται επίσης. Παράλληλα, διατροφικές συνήθειες (μειωμένη πρόσληψη φυτικών ινών, αφυδάτωση) και η περιορισμένη φυσική δραστηριότητα των ηλικιωμένων συχνά επιδεινώνουν την κατάσταση.

Οι υπερήλικες εμφανίζονται κυρίως με δυσκολία στην έξοδο των κοπράνων και αίσθημα ατελούς κένωσης. Λόγω πρότερης χρήσης καθαρτικών, πιθανή είναι και η εμφάνιση ακράτειας. Η διαγνωστική προσπάθεια βασίζεται στην ενδοσκόπηση (για τον αποκλεισμό κυρίως ορθοκολικού καρκίνου) ενώ περαιτέρω έλεγχος περιλαμβάνει ορθοπρωκτική μανομετρία, αφοδεογράμμα και ασύρματη κάψουλα κινητικότητας (WMC).

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει αντιμετώπιση, κατά το δυνατόν, του γενεσιουργού αιτίου (νόσου ή φαρμακευτικού), αύξηση πρόσληψης φυτικών ινών και επαρκή ενυδάτωση, αύξηση φυσικής δραστηριότητας, φαρμακευτική αγωγή (καθαρτικά *per os*, μαλακτικά κοπράνων, υποκλυσμοί και ίσως προκινητικοί παράγοντες), θεραπεία βιοανάδρασης και χειρουργείο (αβέβαιο αποτέλεσμα στους ηλικιωμένους).

Ακράτεια κοπράνων

Παρατηρείται με αυξημένη συχνότητα στους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα σε ιδρυματικούς ασθενείς (με χειρότερη πρόγνωση). Συσχετίζεται με αλλοιωμένη ορθική ευενδοτότητα στη διάταση (λόγω εκφυλιστικών νόσων ή τραύματος). Η ενσφήνωση κοπράνων αποτελεί



ένα επιπλέον αίτιο. Ως σύμπτωμα είναι υπεύθυνο για σημαντική ψυχοσωματική επιβάρυνση των υπερηλίκων.

Η διαγνωστική προσέγγιση περιλαμβάνει δακτυλική εξέταση, ορθοσκόπηση, ορθοπρωκτική μανομετρία, αφοδεύγραμμα και υπερηχογραφικό έλεγχο του πρωκτικού καναλιού.

Η αντιμετώπιση συνίσταται σε περιποίηση του δέρματος περιπρωκτικά, ειδικά σε κατακεκλιμένους ασθενείς, διέγερση κενώσεων κατά διαστήματα (με εναλλαγή αντιδιαρροϊκών και καθαρτικών) ώστε να κενώνεται το ορθό και να αποφεύγεται η υπερπλήρωση και βιοανάδραση, για τους συνεργάσιμους ασθενείς. Η χειρουργική αντιμετώπιση με σφιγκτηροπλαστική έχει πτωχότερα αποτελέσματα και περισσότερες παρενέργειες στους υπερήλικες και γι' αυτό δεν συνιστάται.

Διαταραχές των χοληφόρων

Οι μορφολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στο γηράσκον χοληφόρο δέντρο περιλαμβάνουν αύξηση της πτύχωσης του βλεννογόνου, ανάπτυξη των κόλπων Rokitansky-Aschoff της χοληδόχου κύστεως, αύξηση του αριθμού των ενδοτοιχωματικών αδένων των μεγάλων χοληφόρων πόρων, αύξηση του αριθμού και του πάχους των ελαστικών ινών του κοινού χοληδόχου πόρου και αύξηση της διαμέτρου του, ανάλογη της ηλικίας (άνωτερο φυσιολογικό όριο 10 mm σε ασθενείς με χοληδόχο κύστη in situ και 14 mm σε ασθενείς μετά από χολοκυστεκτομή). Δεν έχει διευκρινιστεί αν οι προαναφερθείσες ανατομικές διαφοροποιήσεις αποτελούν το αίτιο ή το αποτέλεσμα της διαταραχής της κινητικότητας των χοληφόρων που παρατηρείται στους ηλικιωμένους. Εντούτοις, έχει αποδειχθεί μείωση της ανταπόκρισης των μυϊκών ινών της χοληδόχου κύστεως στη χολοκυστοκίνη, η οποία αντισταθμίζεται από αύξηση της μεταγευματικής έκκρισής της. Επιπλέον, το παγκρεατικό πολυπεπτίδιο, το οποίο αναστέλλει την κινητικότητα της χοληδόχου κύστεως και την έκκριση χολής, αυξάνεται κατά 3% ανά έτος με την αύξηση της ηλικίας. Η μειωμένη κινητικότητα οδηγεί σε στάση, αύξηση της βακτηριδιακής χλωρίδας

των χοληφόρων, αποσύζευξη της χολερυθρίνης και σχηματισμό χολερυθρινικών λίθων. Σχετιζόμενες με την ηλικία διαταραχές του μεταβολισμού της χοληστερόλης (αύξηση της έκκρισής της στη χολή) και των χολικών οξέων (μειωμένη παραγωγή τους) οδηγούν σε αύξηση του κορεσμού της χοληστερόλης στη χολή και έχουν ως αποτέλεσμα το σχηματισμό χολολίθων (λιθογόνος χολή).

Λόγω των ανωτέρω μεταβολών, η επίπτωση της χολολιθίασης στους ηλικιωμένους είναι αυξημένη (14 - 27%). Η λήψη θεραπευτικών αποφάσεων σε συμπτωματικούς ασθενείς είναι περίπλοκη, αφενός λόγω των πιθανών σοβαρών επιπλοκών της και αφετέρου λόγω του αυξημένου περιεγχειρητικού κινδύνου. Εναλλακτικές επιλογές της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής είναι η διαδερματική χολοκυστοστομία, η εξωσωματική λιθοτριψία και η χημική διάλυση των λίθων.

Διαταραχές του παγκρέατος

Ο όγκος του παγκρέατος αυξάνεται σταδιακά έως την εφηβική ηλικία, σταθεροποιείται μεταξύ 20-60 ετών και ακολούθως μειώνεται. Σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι αναδεικνύουν αρκετές μορφολογικές διαφοροποιήσεις του παγκρέατος στους ηλικιωμένους, που περιλαμβάνουν υπερπλασία των πόρων, σπληαιοποίηση, λοβιδιακή εκφύλιση (με ατροφία, λιπώδη διήθηση και ίνωση του παρεγχύματος), σβεστοποίηση των αγγείων και λιθίαση. Τόσο ο κύριος παγκρεατικός πόρος του Wirsung, όσο και ο Santorini εμφανίζουν κυστικές αλλοιώσεις και διάταση (8% ανά δεκαετία, με αναφερόμενη μέση διάμετρο του κύριου παγκρεατικού πόρου σε ηλικία 80 ετών 5,3 χιλ. στην κεφαλή, 4 χιλ. στο σώμα και 2,1 χιλ. στην ουρά). Οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις του παγκρεατικού παρεγχύματος πιθανότατα σχετίζονται με διαταραχές της αιμάτωσης.

Λειτουργικά παρατηρείται έκπτωση της εξωκρινούς παγκρεατικής λειτουργίας (αν και όχι απολύτως τεκμηριωμένη). Η μείωση της παγκρεατικής έκκρισης είναι σχετικά μικρή (10 - 30%) και χωρίς ιδιαίτερη κλινική σημασία, αφού > 90% του παγκρέατος πρέπει να κα-



Κλινικό θέμα

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ταστραφεί προκειμένου να υπάρξει κλινικά σημαντική παγκρεατική ανεπάρκεια.

Είναι πολύ σημαντικό σε ηλικιωμένους ασθενείς με κλινικά σημεία έκπτωσης της παγκρεατικής λειτουργίας (μεγάλη απώλεια βάρους ή αποδεδειγμένη παγκρεατική ανεπάρκεια) να εκτελείται πάντα απεικονιστικός έλεγχος για τον αποκλεισμό κακοήθειας.

Μια ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα των ηλικιωμένων αποτελεί η όψιμη (απώτερη ή γερωντική) ιδιοπαθής χρόνια παγκρεατίτιδα (late-onset or senile idiopathic chronic pancreatitis). Εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών, συχνότερα άνδρες (56-81%) και χαρακτηρίζεται από απουσία πόνου (50-74%), συχνή στεατόρροια (46-78%), σακχαρώδη διαβήτη (41-68%) και λιθίαση (37-61%). Η κλινική της πορεία είναι καλοήθης και μπορεί να παραμένει ασυμπτωματική για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα αίτια της παραμένουν άγνωστα, αν και η αρτηριοσκλήρυνση, γενετικοί παράγοντες και η μακροχρόνια μέτρια κατανάλωση αλκοόλ προδιαθέτουν στην ανάπτυξή της.

Τέλος, η οξεία παγκρεατίτιδα είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους, με υψηλότερα ποσοστά θνητότητας (20-25%) σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (8-10%) και αποδίδεται συννηθέστερα σε χολόλιθους (65-75%), φάρμακα, υπερλιπιδαιμία και κακοήθεια, ενώ λιγότερο συχνά στη λήψη αλκοόλ.

Διαταραχές του ήπατος

Οι σημαντικότερες δομικές διαφοροποιήσεις που σχετίζονται με τη γήρανση του ήπατος είναι η προοδευτική μείωση της ηπατικής αιματικής ροής και κατά συνέπεια και του όγκου του (περίπου κατά 20-40%). Από λειτουργικής πλευράς παρατηρείται αύξηση των επιπέδων της χοληστερόλης, της λιποπρωτεΐνης υψηλής πυκνότητας (HDL) και των λιπιδίων και μείωση κατά 35% του μεταβολισμού της χοληστερόλης χαμηλής πυκνότητας (LDL). Τα επίπεδα χολερυθρίνης ορού βαθμιαία ελαττώνονται και ενώ οι τρανσαμινάσες παραμένουν ανεπηρέαστες, τα επίπεδα της γ-γλουταμυλ-τρανσπεπτιδάσης (γ-GT) και της αλκαλικής φωσφατάσης (ALP) αυξάνονται.

Η γήρανση αυξάνει την ευαισθησία στην οξεία ηπατική βλάβη, ελαττώνει την αναγεννητική ικανότητα του ήπατος και αυξάνει την προδιάθεση για ίνωση. Ο επιπολασμός της μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος αυξάνεται με την ηλικία και στα άτομα άνω των 65 ετών υπολογίζεται σε 35%. Αύξηση παρατηρείται επίσης στον επιπολασμό της μη αλκοολικής στεατοηπατίτιδας και της ηπατικής ίνωσης.

Όσον αφορά τις ιογενείς ηπατίτιδες, η ηπατίτιδα Α είναι μεν σπάνια σε άτομα άνω των 65 ετών αλλά σχετίζεται με υψηλότερη συχνότητα εκδήλωσης οξείας ηπατικής ανεπάρκειας και αυξημένη θνητότητα. Η οξεία ηπατίτιδα Β είναι σπάνια στους ηλικιωμένους, αν και έχουν αναφερθεί τόσο σποραδικές περιπτώσεις όσο και εξάρσεις σε οίκους ευγηρίας. Η φυσική της πορεία διαφοροποιείται στους ηλικιωμένους, στους οποίους έχουν αναφερθεί ποσοστά μετάπτωσης σε κατάσταση φορέας έως και 59%.

Αντίθετα, στους ηλικιωμένους παρατηρείται αυξημένη επίπτωση ηπατικής νόσου συνεπεία ηπατίτιδας C. Η ηλικία του ασθενούς κατά την εκδήλωση της νόσου αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την πρόοδό της σε ηπατική ίνωση, κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνο και η εξέλιξη είναι ταχύτερη σε ηλικιωμένους, πιθανώς λόγω έκπτωσης της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Jensen GL, McGee M, Binkley J. Nutrition in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001;30(2):313-334. *Παρουσιάζονται οι διατροφικές ανάγκες των ηλικιωμένων με βάση τις αλλαγές στον πεπτικό σωλήνα.*
2. Grassi M, Petraccia L, Fontana M et al. Changes, functional disorders and diseases in the gastrointestinal tract of the elderly. *Nutr Hosp* 2011; 26:659-668. *Περιγραφή των δομικών και λειτουργικών αλλαγών που επιφέρει το γήρας στον πεπτικό σωλήνα.*



3. Shaker R, Staff D. Esophageal disorders in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001;30(2):335-361. *Περιγράφονται οι δομικές και λειτουργικές αλλαγές του οισοφάγου και τα επακόλουθα κλινικά προβλήματα στους ηλικιωμένους.*
4. Sarabia-Cobo CM, Perez V, Lorena P et al. The incidence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients institutionalized: A multicenter study in Spain. *Appl Nurs Res* 2016;30: e6-e9. *Παρατίθενται αποτελέσματα μελέτης που αφορά επιδημιολογικά και κλινικά στοιχεία ηλικιωμένων με δυσφαγία, που διαβιούν σε ιδρύματα.*
5. Paterson WG. Dysphagia in the elderly. *Can Fam Physic* 1996; 42:925-932.
6. Soumekh A, Schnoll-Sussman FH, Katz PO. Reflux and acid peptic diseases in the elderly. *Clin Geriatr Med* 30(2014)29-41. *Επιδημιολογικά και κλινικά στοιχεία που αφορούν ηλικιωμένους με πεπτική νόσο.*
7. Linder JD, Wilcox CM. Acid peptic disease in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001 Jun;30(2):363-76. *Επιδημιολογικά και κλινικά στοιχεία που αφορούν ηλικιωμένους με πεπτική νόσο.*
8. Holt PR. Diarrhea and malabsorption in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001;30(2):427-444. *Ανασκόπηση της διάρροιας και δυσαπορρόφησης που εμφανίζεται στους ηλικιωμένους.*
9. Mason JB. Nutritional assessment and management of the malnourished patient. In: Sleisenger and Fordtran's *Gastrointestinal and Liver Disease*, 2010, 9th Ed, pp 47-75. *Διατροφικά θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους.*
10. Sturm A, Maaser C, Mendall M et al. European Crohn's and Colitis Organisation Topical Review on IBD in the Elderly. *J Crohn's Colitis* 2017;263-273. *Ανασκόπηση και συστάσεις που αφορούν ηλικιωμένους ασθενείς με φλεγμονώδη εντερικά νοσήματα.*
11. Robertson DJ, Grimm IS. Inflammatory bowel disease in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001;30(2):409-426. *Επιδημιολογικά και κλινικά δεδομένα που αφορούν ηλικιωμένους ασθενείς με φλεγμονώδη εντερικά νοσήματα.*
12. Farell R., Farell J., Morrin M. Diverticular disease in the elderly, *Gastroenterol Clin North Am* 2001;30:475-496. *Ανασκόπηση παθογενετικών και κλινικών στοιχείων σχετικά με την εκκολπωματική νόσο στους ηλικιωμένους.*
13. Comparato G., Pilotto A., Di Mario F. et al. Diverticular disease in the elderly, *Dig Dis* 2007;25:151-159. *Μελέτη παθογενετικών και κλινικών στοιχείων σχετικά με την εκκολπωματική νόσο στους ηλικιωμένους.*
14. Greenwald D., Brandt L., Reinus F.: Ischemic bowel disease in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30:445-473. *Ανασκόπηση της ισχαιμικής εντερικής νόσου στους ηλικιωμένους.*
15. Brandt L., Feuerstadt P.: Intestinal ischemia. In: Sleisenger & Fordtran's *Gastrointestinal and Liver disease* 10th ed. 2016; vol2:2076-2101. *Ανασκόπηση της ισχαιμικής εντερικής νόσου στους ηλικιωμένους.*
16. Farrell JJ, Friedman LS. Gastrointestinal bleeding in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001 Jun;30(2):377-407. *Ανασκόπηση επιδημιολογικών, παθογενετικών και κλινικών δεδομένων της αιμορραγίας πεπτικού στους ηλικιωμένους.*
17. Roque M., Bouras E. Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients, *Clin Interv Aging*. 2015;10:919-930. *Μελέτη που αφορά την επιδημιολογία και αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας στους ηλικιωμένους.*
18. Schiller L. Constipation and fecal incontinence in the elderly, *Gastroenterol Clin North Am* 2001;30:497-515. *Ανασκόπηση που αφορά την επιδημιολογία και αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας και της ακράτειας κοπράνων στους ηλικιωμένους.*
19. Zhang ZM, Liu Z, Liu LM et al. Therapeutic experience of 289 elderly patients with biliary diseases. *World J Gastroenterol* 2017 Apr 7;23(13):2424-2434. *Μελέτη που αφορά αποτελέσματα της θεραπείας νοσημάτων των χοληφόρων (κυρίως χολολιθιασικών) σε ηλικιωμένους.*
20. Ross SO, Forsmark CE. Pancreatic and biliary disorder-



Κλινικό θέμα

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ders in the elderly. Gastroenterol Clin North Am. 2001 Jun;30(2):531-45. Ανασκόπηση των νοσημάτων των χοληφόρων και του παγκρέατος στους ηλικιωμένους.

- 21.** Löhr JM, Panic N, Vujasinovic M, Verbeke CS. The ageing pancreas: A systematic review of the evidence and analysis of the consequences. J Intern Med 2018 Feb 23. doi: 10.1111/joim.12745. [Epub ahead of print]. Ανασκόπηση των μορφολογικών και λειτουργικών μεταβολών του παγκρέατος στους ηλικιωμένους και των κλινικών επιπτώσεων.

- 22.** Kim IH, Kisseleva T, Brenner DA. Aging and liver disease. Curr Opin Gastroenterol 2015; 31(3): 184-91. Επιδημιολογικά και κλινικά θέματα σχετικά με τα νοσήματα του ήπατος στους ηλικιωμένους.

- 23.** Regev A, Schiff ER. Liver disease in the elderly. Gastroenterol Clin North Am 2001 Jun;30(2):547-63, x-xi. Review. Ανασκόπηση των μορφολογικών και λειτουργικών μεταβολών του ήπατος στους ηλικιωμένους και των κλινικών επιπτώσεων

Η Γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

Η ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ

Αθανάσιος Δ. Σιούλας MD, PhD, FEBGH, Γαστρεντερολόγος, Δ.Θ.Κ.Α. ΥΓΕΙΑ



Περίπου το 7% του πληθυσμού των Η.Π.Α. πάσχει από κοιλιοκάκη ή δυσανεξία στη γλουτένη (non-celiac gluten sensitivity). Ως αποτέλεσμα, εμφανίζει συμπτώματα όπως κοιλιακό άλγος, μετεωρισμό, διάρροια και χρόνια κόπωση, όταν καταναλώνει τρόφιμα που περιέχουν γλουτένη. Η μόνη έως τώρα αποτελεσματική αντιμετώπιση είναι η εφ' όρου ζωής διατροφή ελεύθερη γλουτένης. Η συγκεκριμένη δίαιτα είναι γνωστό πως συχνά αποτελεί πρόκληση για τους πάσχοντες, αφού ακόμα και προϊόντα που χαρακτηρίζονται σαν ελεύθερα γλουτένης μπορεί να περιέχουν ίχνη αυτής, πυροδοτώντας συμπτώματα και συντηρώντας τη φλεγμονή.

Η σύγχρονη τεχνολογία τροφίμων αναζητά μεθόδους ελέγχου των συστατικών αυτών, ώστε να είναι εφικτός ο έλεγχος σε μεγάλη κλίμακα, να είναι χρονικά ταχύς και να έχει θετικό ισοζύγιο οφέλους - κόστους. Πολύ πρόσφατα ερευνητές από την Ισπανία ανέπτυξαν και δημοσίευσαν ένα νέο σύστημα ανίχνευσης DNA στόχων σε τρόφιμα. Το σύστημα συνδυάζει χρωματομετρία, εκλεκτικό πολλαπλασιασμό ανασυνδυασμένης πολυμεράσης (RPA), απευθείας ανίχνευση σωματιδίων μεγέθους έως 15 nm και τελικά, ανάγνωση του αποτελέσματος μέσω εφαρμογής σε smartphone. Πιο απλά, η διαδικασία ακολουθεί τα εξής βήματα: α) δειγματοληψία από το προς εξέταση τρόφιμο, β) άλεση, γ) ανάμειξη με νανοσωματίδια, δ) αναμονή 10 λεπτών για να γίνει η χημική αντίδραση, ε) ενστάλαξη

3 σταγόνων σε ειδική πλαστική επιφάνεια στ) λήψη φωτογραφίας με το κινητό τηλέφωνο και ζ) λήψη του αποτελέσματος.

Βάσει των αποτελεσμάτων της δημοσίευσης, η συγκεκριμένη τεχνική μπορεί όχι μόνο να εντοπίσει την παρουσία γλουτένης στα τρόφιμα υπό εξέταση, αλλά και να προβεί σε ποσοτικό προσδιορισμό αυτής, στέλλοντας την τιμή στην οθόνη του κινητού τηλεφώνου. Επιπρόσθετα, με τον τρόπο αυτό είναι δυνατός και ο εντοπισμός περιστατικών απάτης μέσω της ανάμειξης σιτηρών στην παρασκευή προϊόντων κρέατος με στόχο τη βελτίωση της υφής και τη μείωση του κόστους.

Γίνεται, συνεπώς, φανερό, πως με τη βοήθεια της σύγχρονης τεχνολογίας είναι πιθανό να αντιμετωπιστεί το συχνό πρόβλημα της «κρυφής» κατανάλωσης γλουτένης σε ασθενείς με κοιλιοκάκη, οδηγώντας σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα και βελτιώνοντας τη μακροπρόθεσμη πρόγνυσή τους. Ακόμα, όμως, και πέραν της κοιλιοκάκης, η εν λόγω τεχνική υπόσχεται να βελτιώσει συνολικά την ποιότητα των τροφίμων μέσω του ενδελεχούς ελέγχου που επιτρέπει.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Food Control 2022; doi: 10.1016/j.foodcont.2022.108943.
2. Am J Gastroenterol 2019;114:792-97.



How to do it

ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Κωνσταντίνος Χ. Δελής MD, PhD, FEBG

Διευθυντής Γαστρεντερολόγος, METROPOLITAN HOSPITAL

Με τον όρο **ηλεκτροχειρουργική** αναφερόμαστε στην εφαρμογή εναλλασσόμενου ηλεκτρικού ρεύματος υψηλής συχνότητας σε βιολογικούς ιστούς μέσω ειδικών ιατρικών εργαλείων. Σκοπός είναι η επίτευξη ενός συγκεκριμένου επιθυμητού θεραπευτικού αποτελέσματος, όπως είναι η κοπή, η πήξη, η αφυδάτωση κλπ. ενός ιστού στο σημείο της εφαρμογής του ρεύματος. Το υψίσυχνο αυτό ρεύμα (ραδιοσυχνότητα) παράγεται από μια γεννήτρια που ονομάζεται **ηλεκτροχειρουργική μονάδα (ΗΧΜ) ή διαθερμία**.

Η θεραπευτική βάση της ηλεκτροχειρουργικής στηρίζεται στην μετατροπή της ηλεκτρικής ενέργειας σε θερμική μέσα στους ιστούς. Η επακόλουθη αύξηση της θερμοκρασίας μέσα στα κύτταρα σε άλλοτε άλλο βαθμό επιφέρει διαφορετικά θεραπευτικά αποτελέσματα.

Σήμερα η ηλεκτροχειρουργική χρησιμοποιείται στην πλειονότητα των ενδοσκοπικών θεραπευτικών επεμβάσεων της γαστρεντερολογίας. Συνεπώς, η κατανόηση όχι μόνο των βασικών αρχών που την διέπουν αλλά και του τρόπου με τον οποίο εφαρμόζεται πρακτικά στην ενδοσκόπηση είναι αναγκαία για τον ενδοσκόπο και πρέπει να αποτελεί βασικό κομμάτι της εκπαίδευσής του.

Ηλεκτροχειρουργική vs ηλεκτροκαυτηριασμός

Συχνά ο όρος ηλεκτροχειρουργική συγχέεται με αυτόν του ηλεκτροκαυτηριασμού. Ωστόσο, πρόκειται για δύο διαφορετικές έννοιες. Στον ηλεκτροκαυτηριασμό χρησιμοποιείται συνεχές ρεύμα (τα ηλεκτρόνια ρέουν προς μία κατεύθυνση) που θερμαίνει το ηλεκτρόδιο-ιατρικό εργαλείο και αυτό με την σειρά του μεταφέρει την θερμότητα στον ιστό ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα όπως π.χ. η καταστροφή ενός σπίλου. Το ρεύμα δεν εισέρχεται ποτέ στο σώμα του ασθενούς. Ο ηλεκτροκαυτηριασμός έχει εφαρμογή στην δερματολογία, την πλαστική χειρουργική κ.α.

Αντίθετα, στην ηλεκτροχειρουργική, εναλλασσόμενο ρεύμα υψηλής συχνότητας (RF, ραδιοσυχνότητες) που

παράγεται από την ΗΧΜ ή διαθερμία, διέρχεται μέσω ενός ηλεκτροδίου (ιατρικό εργαλείο) στο σώμα του ασθενούς όπου και ασκεί την θεραπευτική του δράση, ακολούθως δε επιστρέφει με άλλο ηλεκτρόδιο επιστροφής στην ΗΧΜ. Συνεπώς το ανθρώπινο σώμα καθίσταται μέρος αυτού του ηλεκτρικού κυκλώματος.

Η ηλεκτροχειρουργική χρησιμοποιείται πολύ συχνά στην θεραπευτική ενδοσκόπηση του πεπτικού. Τα ηλεκτρόδια εργαλεία που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν βρόχους, μαχαιρίδια, λαβίδες κ.λπ. αναλόγως του επιδιωκόμενου αποτελέσματος (π.χ. πολυποδεκτομή, βλεννογόνια εκτομή, υποβλεννογόνια διατομή, αιμόσταση).

Η επίδραση του ρεύματος στους ιστούς

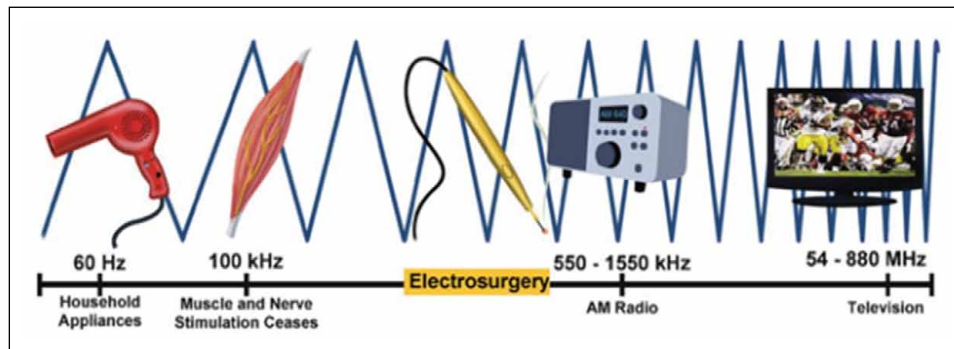
Καθώς το εναλλασσόμενο ρεύμα διέρχεται μέσω του ιατρικού εργαλείου στο ανθρώπινο σώμα συναντά αντίσταση. Η σύγκρουση των ηλεκτρονίων μεταξύ τους αλλά και με τα διάφορα συστατικά των ιστών οδηγεί στην μετατροπή της ηλεκτρικής ενέργειας σε θερμική. Η παραγόμενη θερμότητα διαχέεται στον ιστό αυξάνοντας τοπικά την θερμοκρασία. Εκμεταλλευόμενοι αυτό το φαινόμενο επιτυγχάνουμε διάφορα θεραπευτικά αποτελέσματα. Δεδομένου ότι η ηλεκτρική αντίσταση των ιστών εξαρτάται κυρίως από τον βαθμό της αγγείωσης και την περιεκτικότητά τους σε νερό, η δίοδος του ρεύματος μέσα σε αυτούς παράγει κάθε φορά διαφορετικό θερμικό αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, τα οστά και το λίπος έχουν υψηλότερη ηλεκτρική αντίσταση από εκείνη του δέρματος και των μυών και συνεπώς η δίοδος του ρεύματος μέσα από αυτά οδηγεί τοπικά σε μεγαλύτερη αύξηση της θερμοκρασίας.

Ηλεκτροχειρουργικές μονάδες (ΗΧΜ) ή διαθερμίες

Οι ΗΧΜ είναι, όπως αναφέρθηκε, γεννήτριες ρεύματος που εφαρμόζουν την ηλεκτροχειρουργική στους ανθρώπινους ιστούς. Μετατρέπουν το χαμηλής συχνότητας ρεύμα των 60 Hz του οικιακού δικτύου σε υψηλής συχνότητας ρεύμα μερικών εκατοντάδων ΚHz

How to do it

ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ



Εικόνα 1.

π.χ. 500 KHz (500.000 κύκλοι ανά δευτερόλεπτο). Παράγουν ποικιλία ηλεκτρικών κυματομορφών, ώστε να επιφέρουν αντίστοιχα διάφορα επιθυμητά θεραπευτικά αποτελέσματα στους ιστούς (Εικόνα 1).

Γιατί όμως χρειαζόμαστε τόσο υψηλές συχνότητες; Το ανθρώπινο σώμα είναι ευαίσθητο στο ηλεκτρικό ρεύμα με συχνότητα από 60 Hz (οικιακό δίκτυο) έως και 100 KHz (100.000 κύκλοι ανά δευτερόλεπτο). Ειδικότερα, στο φάσμα αυτό το ρεύμα προκαλεί πόνο ενώ συγχρόνως αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κοιλιακής μαρμαρυγής και καρδιακής ανακοπής (ηλεκτροπληξία). Αντίθετα, οι υψίσυχνες κυματομορφές που παράγουν οι ΗΧΜ διασφαλίζουν την ακίνδυνη διέλευση του ρεύματος μέσα από τους ανθρώπινους ιστούς. Επιπλέον, το παραγόμενο αποτέλεσμα είναι ελεγχόμενο και προβλέψιμο.

Παρόλα αυτά, πρέπει να σημειωθεί ότι οι πολύ υψηλές αυτές συχνότητες μπορεί να δημιουργήσουν παρενέργειες, ευτυχώς σπανιότατα, και υπό την προϋπόθεση ότι δεν τηρούνται οι σωστοί κανόνες λειτουργίας των ΗΧΜ. Συγκεκριμένα, επειδή αυξάνεται η πιθανότητα ηλεκτροστατικών απωλειών από μη ελεγχόμενα ρεύματα διαρροής, μπορεί να υπάρξει αφενός μείωση της απόδοσης του ρεύματος στο σημείο εφαρμογής του στον ιστό, αφετέρου αύξηση του κινδύνου εγκαύματος στον ασθενή ή τον χειριστή. Ευτυχώς οι σύγχρονες ΗΧΜ έχουν μηχανισμούς ασφαλείας ώστε να αντιμετωπίζουν ακόμη και περιπτώσεις αστοχίας χειρισμού. Είναι σημαντικό

κάθε ενδοσκόπος να γνωρίζει καλά την ΗΧΜ που χρησιμοποιεί στην ενδοσκοπική αίθουσα του τμήματός του.

Τρόποι λειτουργίας των ΗΧΜ

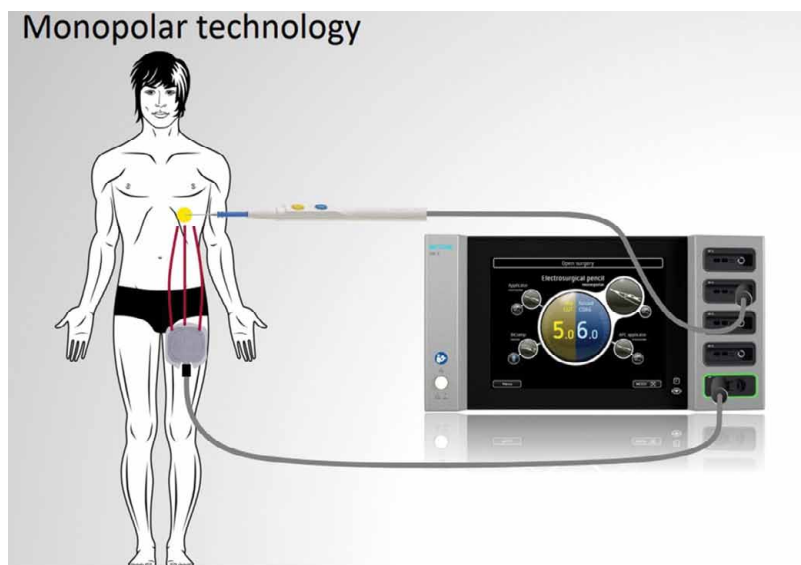
Δύο είναι οι δυναμικοί τρόποι λειτουργίας (modes) μιας σύγχρονης ΗΧΜ, ο μονοπολικός και ο διπολικός. Αυτοί καθορίζονται με βάση το ιατρικό εργαλείο που κάθε φορά εφαρμόζεται σε αυτήν (μονοπολικό ή διπολικό). Οι σύγχρονες ΗΧΜ των ενδοσκοπικών μονάδων χρησιμοποιούν συχνότερα την **μονοπολική λειτουργία**, δεδομένου ότι η πλειονότητα των ενδοσκοπικών εργαλείων είναι μονοπολικά. Το ρεύμα διέρχεται μέσω του ενεργού ηλεκτροδίου (βρόχος, ενδοσκοπικό μαχαιρίδιο κ.λπ.) στον ιστό και επιστρέφει μέσω άλλου ηλεκτροδίου στην ΗΧΜ κλείνοντας έτσι το κύκλωμα. Τον ρόλο του ηλεκτροδίου επιστροφής παίζει μια πλάκα που επικολλάται στο δέρμα του ασθενούς και είναι απαραίτητη για να κλείσει το κύκλωμα. Ενεργό ηλεκτρόδιο και πλάκα επιστροφής απέχουν μεταξύ τους (Εικόνα 2).

Η **διπολική λειτουργία** εφαρμόζεται σπανιότερα (π.χ. σε ενδοσκοπική αιμόσταση με BICAP, καταστροφή βλεννογόνου οισοφάγου Barrett με HALO), κυρίως λόγω έλλειψης διπολικών εργαλείων. Τα διπολικά εργαλεία φέρουν μέσα τους ενσωματωμένα παράλληλα, και συνεπώς σε πολύ κοντινή απόσταση, τόσο το ενεργό όσο και το ηλεκτρόδιο επιστροφής του ρεύματος στην ΗΧΜ. Το κύκλωμα κλείνει με το ρεύμα να διατρέχει μόνο μια μικρή απόσταση μέσα στον ιστό, αυτή ανάμεσα



How to do it

ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

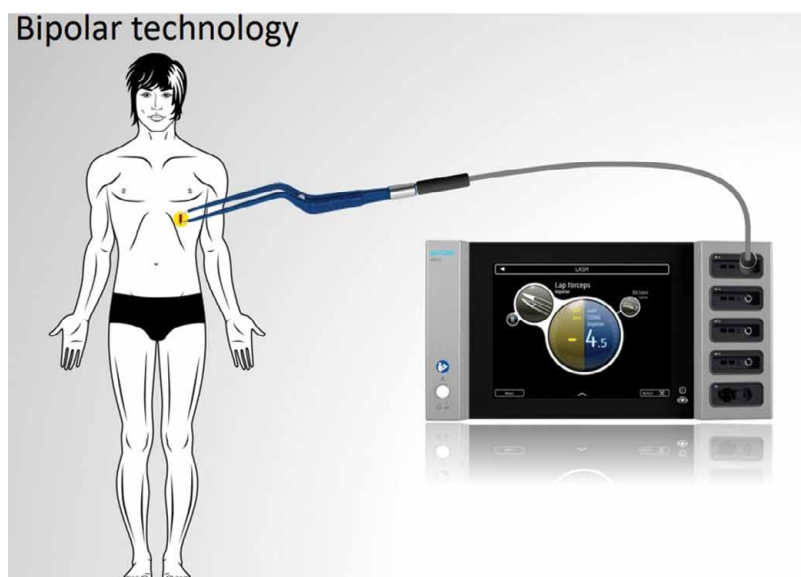


Εικόνα 2.

στα δύο ηλεκτρόδια και συνεπώς δεν απαιτείται πλάκα επιστροφής ρεύματος. Η διπολική λειτουργία ρυθμίζεται σε χαμηλότερα επίπεδα τάσης ρεύματος σε σχέση με τα αντίστοιχα της μονοπολικής. Η παρεχόμενη ισχύς από τα διπολικά εργαλεία είναι χαμηλότερη και για το λόγο αυτό θεωρούνται ασφαλέστερα (Εικόνα 3).

Πλάκα επιστροφής ρεύματος

Σκοπός του ηλεκτροδίου ή πλάκας επιστροφής του ρεύματος (ΠΕΡ) είναι 1) η ολοκλήρωση του ηλεκτρικού κυκλώματος 2) η διάχυση του ρεύματος της ΗΧΜ, ώστε να μην έχει επικίνδυνα αυξημένη συγκέντρωση σε κάποιο σημείο του σώματος κατά την διάρκεια της



Εικόνα 3.

How to do it

ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ



επέμβασης. Συνεπώς η ΠΕΡ είναι σημαντική για την ασφάλεια του ασθενούς.

Η ΠΕΡ εφαρμόζεται στο δέρμα του ασθενούς σε κάποια απόσταση από το σημείο δράσης του μονοπολικού εργαλείου, ώστε να κλείνει το ηλεκτρικό κύκλωμα. Δεδομένου ότι δεν οδηγεί το ρεύμα στη γη, ο όρος πλάκα γείωσης είναι λανθασμένος και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται.

Η σωστή τοποθέτηση και ο προσανατολισμός της πλάκας είναι σημαντικά για την καλή λειτουργία της ΗΧΜ, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η σχετικά ομοιόμορφη κατανομή της πυκνότητας ρεύματος σε αυτή και να αποφεύγεται η υπερβολική αύξηση της θερμοκρασίας σε συγκεκριμένα σημεία (έγκαυμα). Αυτή πρέπει να τοποθετείται σχετικά κοντά στο σημείο δράσης του ενεργού ηλεκτροδίου αλλά πάντα σε απόσταση τουλάχιστον 15 εκ.

Στην περίπτωση ασθενή με βηματοδότη ή απινιδωτή, το κύκλωμα μεταξύ του ενεργού και του ηλεκτροδίου επιστροφής δεν θα πρέπει να περιλαμβάνει την εμφυτεύσιμη συσκευή. Συνεπώς είναι σκόπιμο το ηλεκτρόδιο επιστροφής να είναι σωστά τοποθετημένο και όσο το δυνατόν πιο κοντά στο ενεργό ηλεκτρόδιο.

Υπάρχουν διάφορα είδη ΠΕΡ και πρέπει πάντα να χρησιμοποιούνται σύμφωνα με τις προδιαγραφές. Στην εικόνα φαίνονται οι ενδεδειγμένες περιοχές επικόλλησης μιας ΠΕΡ (Εικόνα 4).

Τα ρεύματα των ΗΧΜ

Πριν προχωρήσουμε στα είδη ρευμάτων που παρέχουν οι ΗΧΜ είναι βασικό να γίνει κατανοητή η σημαντική έννοια του **κύκλου λειτουργίας (duty cycle)** αυτών. Αυτή αναφέρεται στη ποσοστιαία επί τοις εκατό αναλογία του χρόνου που η ΗΧΜ χορηγεί στην πράξη ηλεκτρικό ρεύμα όσο πατάμε το πετάλ λειτουργίας της. Ο κύκλος λειτουργίας του ρεύματος είναι καθοριστικός για το θερμικό αποτέλεσμα της δράσης του πάνω στον ιστό (κοπή, πήξη). Υπάρχουν ρεύματα που προάγουν κυρίως την κοπή των ιστών και άλλα που προάγουν κυρίως την

πήξη. Ωστόσο, το θερμικό αποτέλεσμα της δράσης ενός ρεύματος στον ιστό εξαρτάται και από άλλους παράγοντες όπως η τάση υπό την οποία εφαρμόζεται, ο χρόνος εφαρμογής, η αντίσταση του ιστού κ.λπ.

Ρεύματα στην ενδοσκόπηση πεπτικού

Στην ενδοσκόπηση χρησιμοποιούμε βασικά 2 μορφές ρευμάτων, τα **ρεύματα πήξης (καψίματος, αιμόστασης)** και **κοπής**. Αυτά, πέραν του κύκλου λειτουργίας, διαφέρουν και ως προς την ταχύτητα και το μέγεθος αύξησης της θερμοκρασίας που προκαλούν στα κύτταρα του ιστού στόχου.

Γενικά, τα ρεύματα κοπής προκαλούν ταχύτερη αύξηση της θερμοκρασίας άνω των 100°C, με αποτέλεσμα τον βρασμό του υγρού των κυττάρων και την ρήξη του τοιχώματός τους. Αυτό οδηγεί στην κοπή του ιστού που βρίσκεται σε άμεση επαφή με το ενεργό ηλεκτρόδιο π.χ. βρόχο πολυποδεκτομής. Η πέριξ περιοχή δεν επηρεάζεται πλην μιας μικρής σειράς κυττάρων στο όριο της κοπής.

Τα ρεύματα πήξης από την άλλη πλευρά προκαλούν μια πιο βραδεία ήπια αύξηση της θερμοκρασίας μέσα στα κύτταρα (μεταξύ 70 και 100°C) οδηγώντας τα σε αφυδάτωση και συρρίκνωση αλλά όχι σε ρήξη του τοι-

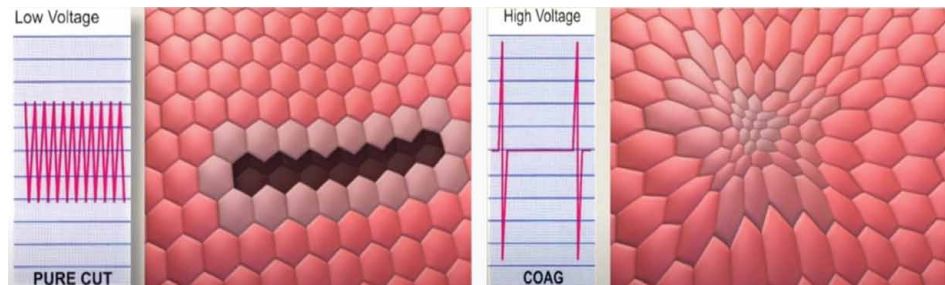


Εικόνα 4.



How to do it

ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ



Εικόνα 5.

χώματος. Εδώ, η περίξ περιοχή επηρεάζεται, ανάλογα βέβαια με την απόσταση. Ο ιστός στο σημείο άμεσης επαφής με το ενεργό ηλεκτρόδιο υφίσταται αποξήρανση. Αυτό συμβαίνει π.χ. στην αιμόσταση με μια αιμοστατική λαβίδα (coag grasper) (Εικόνα 5).

Οι **βασικές** μορφές ρευμάτων στην ενδοσκόπηση είναι:

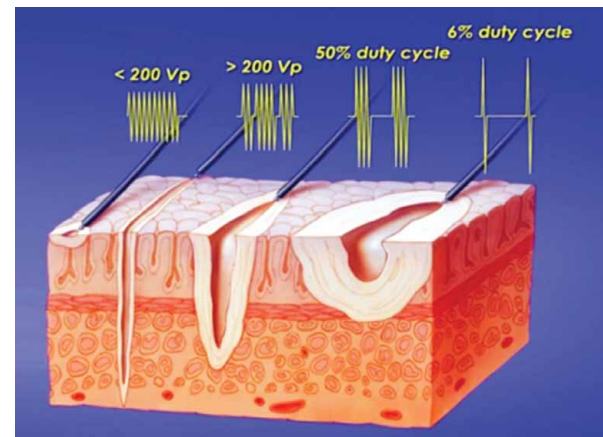
1. της **αμιγούς κοπής (pure cut)** με κύκλο λειτουργίας 100%,
2. της **πήξης ή καψίματος (coag)** με κύκλο λειτουργίας περίξ του 6%,
3. τα **μικτά (blend)** με κύκλο λειτουργίας περίξ του 50% και ιδιότητες ταυτόχρονα κοπής και πήξης, υποδεικνύοντας ότι υπάρχει αναλογία μείγματος κυττάρων που ρύγνυνται (κόψιμο) και άλλων που αποξηραίνονται (κάψιμο). Στην πράξη και αυτά χρησιμοποιούνται ως ρεύματα κοπής.

Η μέγιστη τιμή τάσης (voltage peak) των παραπάνω ρευμάτων ξεκινά λίγο πιο πάνω από τα 200Vp (Volt peaks) για τα ρεύματα κοπής και μεγαλώνει αρκετά για τα ρεύματα πήξης (>1000Vp), ενώ για τα μικτά βρίσκεται στο ενδιάμεσο. Υψηλότερες μέγιστες τιμές τάσης αιχμής οδηγούν σε βαθύτερα και ευρύτερα θερμικά αποτέλεσμα δηλαδή μεγαλύτερο κάψιμο του ιστού ή εντονότερη αιμόσταση.

4. μια κυματομορφή με κύκλο λειτουργίας μεν 100% αλλά μέγιστη τιμή τάσης κάτω από 200Vp. Αυτή η συνεχής κυματομορφή λόγω της πολύ χαμηλής τάσης δεν είναι ικανή να θερμάνει τον ιστό αρκετά γρήγορα

ώστε να δημιουργήσει οποιαδήποτε μορφή κοπής, είναι όμως ιδανική για αιμόσταση (**soft coagulation**) με ειδικά μονοπολικά ή διπολικά εξαρτήματα (coag graspers) που δρουν εξ επαφής.

Το αποτέλεσμα της δράσης των παραπάνω ρευμάτων αποτυπώνονται στην Εικόνα 6.



Εικόνα 6.

Σύγχρονα ρεύματα HXM

Οι σύγχρονες διαθερμίες αποδίδουν μια ποικιλία νέων τύπων ρευμάτων που χρησιμοποιούνται για κοπή ή πήξη των ιστών (κάψιμο, αιμόσταση). Παραδείγματος χάριν, συνδυάζοντας τα τρία πρώτα βασικά ρεύματα δημιουργούν νέα **σύνθετα ρεύματα κοπής** με εξελιγμένες ιδιότητες που έχουν όμως ενσωματωμένα στοιχεία πήξης για αυξημένη ασφάλεια π.χ. endocut, pulsecut κ.α. Επίσης εκτός των βασικών ρευμάτων πήξης (π.χ. forced coag) παρέχουν και **εξελιγμένα ρεύματα πήξης** (π.χ.

How to do it

ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ



το spray coag, το swift coag, κ.α.) Τα τελευταία έχουν και δυνατότητες κοπής ή διαχωρισμού των ιστών και χρησιμοποιούνται κυρίως στις νεότερες επεμβατικές ενδοσκοπικές τεχνικές όπως η ESD, η POEM κ.λπ.

Πρέπει να σημειώσουμε ότι τόσο τα βασικά (αμιγούς κοπής και blend) όσο και τα σύγχρονα σύνθετα (endocut, pulsecut) ρεύματα κοπής σηματοδοτούνται στην ηλεκτροχειρουργική (οθόνη ΗΧΜ, πετάλ) πάντα με κίτρινο χρώμα, ενώ τα ρεύματα πήξης με μπλέ χρώμα. Κάθε εταιρεία παραγωγής ΗΧΜ χρησιμοποιεί δική της ονοματολογία για περιγραφή των διαφόρων τύπων ρευμάτων.

Σύνθετα ρεύματα κοπής

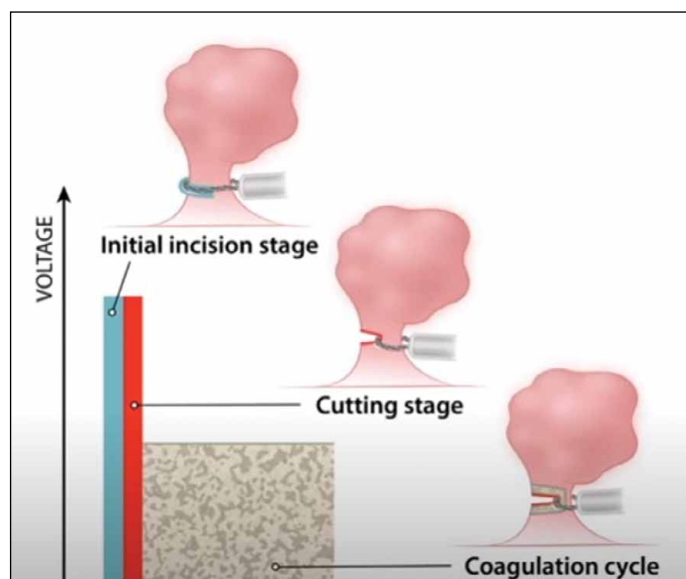
Σήμερα, τα δύο πιο δημοφιλή σύνθετα ρεύματα κοπής είναι το **endocut** (ERBE) και το **pulsecut** (Olympus). Αυτά είναι και τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα ρεύματα στις πολυποδεκτομές και όχι μόνο. Χαρακτηρίζονται από ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο αποτελούμενο από βασικά ρεύματα κοπής και πήξης, που έχουν όμως και παραπέρα δυνατότητες παραμετροποίησης για μεγαλύτερη ευελιξία χρήσης.

Το endocut π.χ. είναι μια **συνεχής** επανάληψη τριών σταδίων εφαρμογής βασικών ρευμάτων (επαναλαμβανόμενες τριπλέτες).

1) ενός αρχικού σταδίου εφαρμογής μικτού ρεύματος που προκαλεί κοπή και ταυτόχρονα πήξη του ιστού για ασφαλή έναρξη 2) ενός με αμιγές ρεύμα κοπής και 3) ενός με ρεύμα πήξης για ασφαλή ολοκλήρωση (Εικόνα 7).

Οι χρήστες μπορούν παραπέρα να επιλέξουν στην ΗΧΜ τρεις παραμέτρους ρυθμίζοντας ανάλογα.

1. Το **effect**. Εκφράζει την ένταση της πήξης (καψίματος) του ιστού. Όσο υψηλότερο είναι το effect τόσο εντονότερο το κάψιμο του ιστού και η αιμοστατική δράση του ρεύματος κατά την διάρκεια π.χ. μιας πολυποδεκτομής ή άλλης ενδοσκοπικής πράξης. Διαβαθμίζεται από 1-4 με το 1 να αντιστοιχεί σε σχεδόν μηδενική πήξη (έχει μόνο αυτή του αρχικού σταδίου μικτού ρεύματος), το 2 σε μικρή, το 3 σε μέτρια ενώ το 4 στην μέγιστη.
2. Το **cut duration**, αντιστοιχεί στην χρονική διάρκεια του ρεύματος κοπής μέσα σε κάθε τριπλέτα και διαβαθμίζεται από 1-4. Όσο υψηλότερα ρυθμίζεται, τόσο



Εικόνα 7.



How to do it

ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

μεγαλύτερο είναι κάθε φορά το βάθος (διείσδυση του βρόχου) κοπής.

3. Το **cut interval** δηλαδή το χρονικό διάστημα το οποίο ορίζεται μεταξύ των σημείων έναρξης δύο φάσεων κοπής. Αντιστοιχεί στην χρονική διάρκεια κάθε τριπλέτας που κυμαίνεται από 0,4-1,8 sec Στην πράξη εκφράζει την ταχύτητα που εξελίσσεται η διαδικασία π.χ. της πολυποδεκτομής. Όσο μεγαλύτερο είναι το cut interval, τόσο χαμηλότερη είναι η ταχύτητα της κοπής και το αντίστροφο. Στο endocut διαβαθμίζεται από 1-10 (0,4-1,8 sec). Στην πράξη επιλέγουμε συνήθως το 5 ή 6 (1 ή 1,2 sec).

Το χαρακτηριστικό επαναλαμβανόμενο ακουστικό σήμα «μπιπ» της HXM κατά την διάρκεια της εφαρμογής του εν λόγω ρεύματος αντιστοιχεί κάθε φορά στην φάση κοπής (cutting stage) της τριπλέτας και η συχνότητα με την οποία ακούγεται αντανakλά την διαβάθμιση του cut interval (Εικόνα 8).

Ρεύματα πήξης

Forced coag. Αποτελεσματικό και γρήγορο «κλασσικό» ρεύμα καψίματος με δυνατότητα μέτριας έως έντονης αιμόστασης. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για precoagulation, για marking σε ESD κ.λπ.

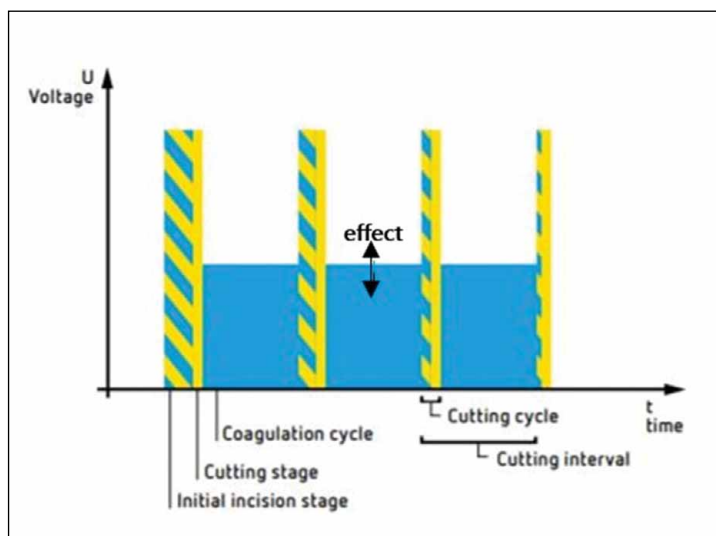
Swift coag. Έντονο κάψιμο, με επιπλέον δυνατότητα διαχωρισμού των ιστών.

Spray coag. Παρέχεται με υψηλότερες τάσεις αιχμής από τις δύο προηγούμενες λειτουργίες. Έχει και ανέπαφη δράση, αποτελεσματική επιφανειακή πήξη (χαμηλή διεισδυτικότητα) αλλά και δυνατότητα μηχανικού διαχωρισμού των ιστών. Κάνει ταυτόχρονα ισχυρή πήξη όποτε το μαχαίριδιο έρχεται σε επαφή με τον ιστό.

Soft Coag. Η χρήση αυτού του ρεύματος με αιμοστατική λαβίδα (coag grasper) έχει αποδειχθεί η πιο αποτελεσματική μέθοδος αιμόστασης αλλά και αποτροπής αιμορραγίας μεγάλων αγγείων. Η λαβίδα παρέχει ευρεία περιοχή επαφής με τον ιστό, χαμηλή πυκνότητα ρεύματος και, λόγω του χαμηλού ρυθμού αύξησης της θερμοκρασίας, επιφέρει καλύτερα αποτέλεσμα πήξης. Επιπλέον ο ιστός δεν κολλά σε αυτήν κατά την διάρκεια της αιμόστασης.

Οι διαφορές στις βασικές ιδιότητες αυτών των ρευμάτων φαίνονται στην Εικόνα 9.

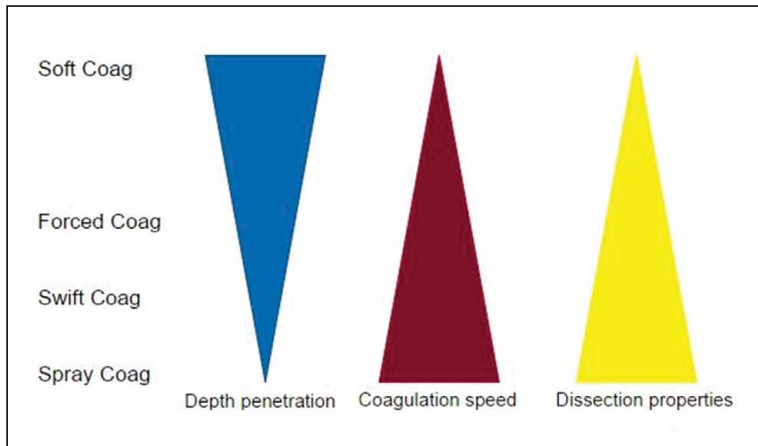
Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ακόμα και αν ένα ρεύμα έχει το συνθετικό coag μπορεί να έχει και δυνα-



Εικόνα 8.

How to do it

ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ



Εικόνα 9.

τότητα κοπής. Επίσης ακόμα και αν έχει το συνθετικό cut εμπεριέχει και δυνατότητα καψίματος. Ακόμη και τα ρεύματα αμιγούς κοπής (pure cut) αφήνουν κάποιο ελάχιστο περιθώριο πήξης γύρω από το εργαλείο. Πρακτικά, η μόνη «αληθώς» αμιγής κοπή (pure cut) είναι εκείνη της ψυχρής αφαίρεσης πολυπόδων (cold snare).

Το μοναδικό ρεύμα πήξης που δεν μπορεί να κόψει είναι εκείνο με αιχμή τάσης λιγότερο από 200Vp (soft coag).

Τips για μία σωστή πολυποδεκτομή

- Ο βρόχος πρέπει να τοποθετείται παράλληλα με το τοίχωμα του εντέρου ώστε να αποφεύγεται η επαφή του με τον πέριξ του πολύποδα βλεννογόνο.
- Αποφεύγουμε την επαφή βρόχου και παρακείμενων αιμοστατικών clips.
- Αποφεύγουμε το έντονο και ταχύ κλείσιμο του βρόχου. Μπορεί να οδηγήσει σε μηχανική εκτομή του πολύποδα χωρίς πήξη αυξάνοντας τον κίνδυνο της αιμορραγίας.
- Αποφεύγουμε την επαφή μεταξύ του πολύποδα και του απέναντι εντερικού τοιχώματος, γιατί μπορεί να οδηγήσει σε ανεξέλεγκτη διαρροή ηλεκτρικού ρεύματος. Η υψηλή πυκνότητα ρεύματος στο σημείο

επαφής μπορεί να επιφέρει θερμικό τραυματισμό του εντέρου και πιθανόν διάτρηση σε δεύτερο χρόνο.

- Στο endocut το κίτρινο πετάλ του ποδιού πρέπει να πιέζεται **συνεχώς** και όχι με διαλείψεις μέχρι να ολοκληρωθεί η πολυποδεκτομή.
- Σε πολυποδεκτομή στο δεξιό παχύ έντερο το effect του endocut ρυθμίζεται πάντα στην ελάχιστη κλίμακα για λόγους ασφαλείας (αποφυγή άμεσης ή καθυστερημένης διάτρησης).
- Σε γενικές γραμμές πρέπει να γνωρίζουμε ότι η ιστική θερμική ευαισθησία στον γαστρεντερικό σωλήνα διαβαθμίζεται ως εξής (μικρότερη προς μεγαλύτερη): 1) στομάχι, 2) ορθό, 3) οισοφάγος, 4) αριστερό κόλον, 5) δωδεκαδάκτυλο-λεπτό έντερο 6) δεξιό κόλον και τυφλό.
- Σε πολύποδες μεσαίου και μεγάλου μεγέθους μπορεί να προηγηθεί ένα ταχύ precoagulation με forced coag.
- Η τοποθέτηση της πλάκας επιστροφής ρεύματος πρέπει να γίνεται με σωστό τρόπο, όπως καθορίζουν οι οδηγίες χρήσης. Η μη τήρηση αυτών μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά ανεπιθύμητα συμβλήματα.
- Η παρουσία εμφυτεύσιμων συσκευών (πχ βημα-



How to do it

ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

τοδοτών, απινιδωτών) απαιτεί ειδικούς χειρισμούς κατά την χρήση των ΗΧΜ, κατάλληλη τοποθέτηση της πλάκας επιστροφής, συνεργασία με καρδιολόγο, πρόσβαση στα εγχειρίδιο χρήσης των συσκευών και αν χρειασθεί διευκρινιστικές ερωτήσεις στην εταιρεία παραγωγής.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Morris ML, Bowers WJ. Math, Myth and the Fundamentals of Electrosurgery. J Hepatol Gastroenterol. 2016; 1(1):1-5.
2. Malcolm G. Munro. Fundamentals of Electrosurgery. In L.S. Feldman et al. (eds.), The SAGES Manual on the Fundamental Use of Surgical Energy (FUSE).
3. <https://www.youtube.com/watch?v=TaT1hS5HMmM&t=791s>.
4. Kensuke Shinmura, Hiroaki Ikematsu, Motohiro Kojima, Hiroshi Nakamura, Shozo Osera, Yusuke Yoda et al. Safety of endoscopic procedures with monopolar versus bipolar instruments in an ex vivo porcine model. BMC Gastroenterol. 2020; 20: 27.
5. José C. Marín-Gabriel a, Raffaella Romito, Carlos Guarnier-Argente, José Santiago-García, Joaquín Rodríguez-Sánchez, Takashi Toyonaga. Use of electrosurgical units in the endoscopic resection of gastrointestinal tumors. Gastroenterol Hepatol. 2019;42(8):512-523.
6. Rey J F. et al. Technical guidelines for electrosurgery Endoscopy 2010 Sep;42(9):764-72.

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

Η ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΠΡΟΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΚΑΙ ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ



Νικόλαος Βιάζης, Γαστρεντερολόγος - Διευθυντής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο αποικισμός και η λοίμωξη του γαστρικού βλεννογόνου από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού αποτελεί την κύρια αιτία ανάπτυξης χρόνιας γαστρίτιδας, γαστρικού έλκους, MALT λεμφώματος και γαστρικού καρκίνου¹. Για το λόγο αυτό οι Γαστρεντερολογικές Εταιρείες ανά τον κόσμο - και ανάμεσα τους και η Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία - προτείνουν, στις περιπτώσεις αυτές, την εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου, με τη χορήγηση ενός αναστολέα αντλίας πρωτονίων και τριών αντιβιοτικών δύο φορές την ημέρα, για 10 ή 14 ημέρες². Όμως τόσο η ανάπτυξη αντοχής στα αντιβιοτικά, όσο και η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με τη λήψη τους οδηγούν σε μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία και έχουν συσχετιστεί με αποτυχία της θεραπείας εκρίζωσης. Μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναδείξει την πιθανή ευεργετική επίδραση των προβιοτικών στους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία εκρίζωσης για το ελικοβακτηρίδιο. Πιο συγκεκριμένα, μια μετα-ανάλυση, η οποία και συμπεριέλαβε 40 μελέτες με 894 ασθενείς κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η προσθήκη προβιοτικών, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, αυξάνει το ποσοστό εκρίζωσης ($p < 0,001$) και μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης παρενεργειών ($p < 0,001$)³. Όμως οι περισσότερες μελέτες στην ανάλυση αυτή προέρχονταν από την Ασία, ενώ δεδομένα για το θέμα αυτό σε Έλληνες ασθενείς δεν υπήρχαν.

Για το σκοπό αυτό σχεδιάσαμε και πραγματοποιήσαμε μια προοπτική, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με placebo μελέτη⁴, προκειμένου να εκτιμήσουμε την επίδραση της συγχορήγησης προβιοτικών με το κλασικό σχήμα εκρίζωσης του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού στην πιθανή μείωση των ανεπιθύμητων ενεργειών και στην πιθανή αύξηση του ποσοστού εκρίζωσης.

Συνολικά 741 ασθενείς με λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, η οποία διαγνώστηκε είτε με γαστροσκόπηση και βιοψία είτε με τεστ αναπνοής, τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν το κλασικό σχήμα εκρί-

ζωσης (ομεπραζόλη 20 mg x 2, αμοξυκιλλίνη 1 gr x 2, κλαριθρομυκίνη 500 mg x 2 και μετρονιδαζόλη 500 mg x2 για 10 ημέρες), σε συνδυασμό είτε με προβιοτικά (ομάδα Α n=371) είτε με placebo (ομάδα Β, n=370). Το προβιοτικό που χορηγήθηκε (LactoLevure, Uni-Pharma S.A. - Greece) συνδυάζει τέσσερα προβιοτικά στελέχη γνωστά για την αποτελεσματική και ασφαλή τους δράση και συγκεκριμένα *Lactobacillus acidophilus* LA-5 (1,75 Colony Forming Units/capsule), *Lactiplantibacillus plantarum* (0,5 Colony Forming Units/capsule), *Bifidobacterium lactis* BB-12 (1,75 Colony Forming Units/capsule) & *Saccharomyces boulardii* (1,5 Colony Forming Units/capsule). Το LactoLevure χορηγήθηκε σε δοσολογία 1 capsule το πρωί και 1 capsule το βράδυ, 2 ώρες μετά το γεύμα, για 15 ημέρες. Η επιτυχής εκρίζωση ελέγχθηκε με τεστ αναπνοής 6 εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Τέσσερεις ασθενείς, όλοι στην ομάδα Β, δεν ολοκλήρωσαν τη θεραπεία εκρίζωσης λόγω παρενεργειών, ενώ 42 ασθενείς στην ομάδα Α και 31 στην ομάδα Β χάθηκαν κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Έτσι συνολικά μελετήθηκαν 664 ασθενείς (329 στην ομάδα Α και 335 στην ομάδα Β).

Το ελικοβακτηρίδιο εκριζώθηκε με επιτυχία σε 303 ασθενείς στην ομάδα Α (92,0%) και σε 291 ασθενείς στην ομάδα Β (86,8%), ($p = 0,028$). Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι η προσθήκη του συγκεκριμένου προβιοτικού σχεδόν διπλασίασε το ποσοστό εκρίζωσης του ελικοβακτηριδίου. Παρενέργειες αναφέρθηκαν σε 56 (17,0%) ασθενείς της ομάδας Α και 170 (50,7%) ασθενείς της ομάδας Β ($p < 0,00001$). Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι η πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών μειώθηκε κατά 14 φορές στους ασθενείς που έλαβαν προβιοτικά. Οι πιο συχνές παρενέργειες ήταν οι διαταραχές στη γεύση, η εμφάνιση διαρροιών και επιγαστραλγίας.

Η μελέτη μας αυτή είναι η πρώτη που εκτίμησε την προσθήκη προβιοτικών στο 4πλό - χωρίς βισμούθιο - σχήμα εκρίζωσης του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, το



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

**Η ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΠΡΟΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ
ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ
ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΚΑΙ ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ**

οποίο αποτελεί και το σχήμα εκλογής σε πολλές χώρες, ανάμεσα σε αυτές και την Ελλάδα. Η μελέτη μας ανέδειξε ότι η προσθήκη του συγκεκριμένου προβιοτικού μειώνει σημαντικά την εμφάνιση παρενεργειών και αυξάνει το ποσοστό εκρίζωσης.

Βιβλιογραφία

1. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Gisbert J, Kuipers E, Axon A, Bazzoli F, Gasbarrini A, Atherton J, Graham D, Hunt R, Moayyedi P, Rokkas T, Rugge M, Selgrad M, Suerbaum S, Sugano K, El-Omar E. European Helicobacter and Microbiota Study Group and Consensus panel. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut*. 2017 Jan;66(1):6-30.
2. Georgopoulos S, Michopoulos S, Rokkas T, Apostolopoulos P, Giamarellos E, Kamberoglou D, Mentis A, Triantafyllou K. Hellenic consensus on helicobacter pylori infection. *Annals of Gastroenterology* 2020; 33:105-124.
3. Shi X, Zhang J, Mo L, Shi J, Qin M, Huang X. Efficacy and safety of probiotics in eradicating Helicobacter pylori. A network meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Apr;98(15):e15180.
4. Viazis N, Argyriou K, Kotzampassi K, Christodoulou D, Apostolopoulos P, Georgopoulos S, Liatsos Ch, Gioulema O, Koustenis K, Veretanos, Stogiannou D, Moutzoukis M, Poutakidis Ch, Mylonas I, Tseti I, Mantzaris G. A Four-Probiotics regimen combined with a standard Helicobacter pylori - eradication treatment reduces side effects and increases eradication rates. *Nutrients* 2022, 14, 632. <https://doi.org/10.3390/nu14030632>.

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΥΠΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ: ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Γεράσιμος Γερασιμάτος, Ειδικευόμενος Γαστρεντερολόγος
Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, «Γ. Γεννηματάς»



Εισαγωγή

Στους υποεπιθηλιακούς όγκους του γαστρεντερικού σωλήνα περιλαμβάνονται όλοι οι όγκοι που μπορεί να εξορμούνται από οποιαδήποτε στιβάδα του πεπτικού σωλήνα, από τη βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα και κάτω. Οι όγκοι αυτοί ανευρίσκονται κυρίως τυχαία σε ενδοσκοπικό (καλυπτόμενοι από φυσιολογικό βλεννογόνο) είτε σε απεικονιστικό έλεγχο, και είναι συνήθως ασυμπτωματικοί. Η συχνότητα διάγνωσης των υποεπιθηλιακών όγκων στομάχου στην ενδοσκόπηση δεν είναι ακριβής, ωστόσο υπάρχουν έρευνες που φτάνουν σε ποσοστό 0,36%, δηλαδή ανευρίσκονται σε μία 1 ανά 300 γαστροσκοπήσεις διαφορετικών ασθενών.

Αν και στη πλειοψηφία τους οι υποεπιθηλιακοί όγκοι του στομάχου είναι καλοήθεις (υπολογίζεται ότι < 15% είναι κακοήθεις τη στιγμή της διάγνωσης), οι ενδοσκόποι εγείρουν ερωτήματα αν ένας όγκος είναι καλοήθους είτε κακοήθους αιτιολογίας καθώς η διάγνωση στις περισσότερες περιπτώσεις δεν μπορεί να τεθεί με τον συνήθη τρόπο λήψης βιοψιών. Καθώς προηγμένες ενδοσκοπικές τεχνικές όπως το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (EUS) και το EUS-FNA δεν είναι πάντοτε διαθέσιμες, το πρώτο βήμα στη διαφορική διάγνωση των υποεπιθηλιακών όγκων του στομάχου αποτελεί ο ενδελεχής ενδοσκοπικός έλεγχος. Κατ' αυτόν αξιολογούνται χαρακτηριστικά του όγκου όπως η εντόπιση, το μέγεθος, το σχήμα, το χρώμα, η σύσταση, η κινητικότητα και η παρουσία διάβρωσης ή έλκους στον υπερκείμενο βλεννογόνο. Στη διαφορική διάγνωση χρησιμοποιούνται και διάφορα ενδεικτικά σημεία που προκύπτουν με τη χρήση της λαβίδας βιοψίας, όπως το σημείο μαξιλαριού (pillow sign) και το σημείο τέντας (tenting sign). Τα ανωτέρω σημεία και χαρακτηριστικά θα βοηθήσουν στην κατ' εκτίμηση προσέγγιση της ιστοπαθολογικής ταυτοποίησης του όγκου.

Χαρακτηριστικά των υποεπιθηλιακών όγκων του στομάχου

Εντόπιση

Ορισμένοι υποεπιθηλιακοί όγκοι εντοπίζονται σε συνήθεις ανατομικές θέσεις στο στόμαχο. Οι στρωματικοί

όγκοι του γαστρεντερικού σωλήνα (GISTs) εντοπίζονται πιο συχνά στο θόλο και στο σώμα, τα λειομύματα συνήθως στην καρδιά και τον οισοφάγο ενώ τα σβαννώματα στη μεσότητα του στομάχου. Στους υποεπιθηλιακούς όγκους που εντοπίζονται στο άντρο περιλαμβάνονται το έκτοπο πάγκρεας, το λίπωμα και οι ινώδεις φλεγμονώδεις πολύποδες (IFPs).

Σχήμα

Το σχήμα των υποεπιθηλιακών όγκων μπορεί να περιγραφεί χρησιμοποιώντας την ταξινόμηση Yamada. Με βάση αυτή την ταξινόμηση, οι όγκοι χωρίζονται σε τύπου Y-I (elevation with a smooth baseline without a clear boundary), τύπου Y-II (elevation with a boundary at the base but no notch), τύπου Y-III (elevation with a clearly notched base but no peduncle) και τύπου Y-IV (pedunculated elevation). Όγκοι τύπου I και II συνήθως προέρχονται από το κατώτερο μέρος του υποβλεννογόνιου χιτώνα είτε από τη μυϊκή στιβάδα (στρωματικός όγκος, λειομύωμα, σβάννωμα), ενώ όγκοι τύπου III και IV προέρχονται από τη βλεννογόνια μυϊκή είτε από το ανώτερο μέρος του υποβλεννογόνιου χιτώνα (ινώδεις φλεγμονώδεις πολύποδες, κοκκιοκυτταρικός όγκος). Σχεδόν όλοι οι υποεπιθηλιακοί όγκοι είναι τύπου YI ή YII και το μακροσκοπικό σχήμα διαφέρει με βάση το μέγεθος και την τάση αύξησης.

Χρώμα

Οι περισσότεροι υποεπιθηλιακοί όγκοι παρουσιάζουν βλεννογόνο όμοιο με τον διπλανό φυσιολογικό. Ωστόσο, κάποιοι όγκοι έχουν χαρακτηριστική χροιά. Ένα όγκος που παρουσιάζει υποκίτρινη χροιά μπορεί να είναι λίπωμα είτε κοκκιοκυτταρικός όγκος ενώ το κυανίζον χρώμα υποδηλώνει όγκο αγγειακής αιτιολογίας, όπως είναι οι κίρσοι και το αιμαγγείωμα.

Χαρακτηριστικά επιφανείας

Καθώς οι υποεπιθηλιακοί όγκοι καλύπτονται από φυσιολογικό βλεννογόνο, σχεδόν όλοι παρουσιάζουν λεία επιφάνεια. Παρόλα αυτά, μερικές φορές εμφανίζουν ένα μικρό άνοιγμα, μια κεντρική εμβάθυνση, διάβρωση είτε έλκος.



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΥΠΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ: ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ένας υποεπιθηλιακός όγκος που παρουσιάζει κεντρική εμβάθυνση είναι παθογνωμονικός του έκτοπου παγκρέατος ενώ ένα μικρό άνοιγμα μπορεί να παρατηρηθεί στη gastritis cystica profunda. Ένας όγκος που παρουσιάζει διάβρωση είτε ελκωτική επιφάνεια αυξάνει την πιθανότητα να πρόκειται για κακοήθεια. Τέτοιες αλλαγές στην επιφάνεια παρατηρούνται σε νευροενδοκρινείς όγκους, σε μεσεγχυματογενείς όγκους με υψηλό ρίσκο κακοήθειας και σε ινώδεις φλεγμονώδεις πολύποδες. Σε αυτή την περίπτωση απαιτούνται πολλαπλές και bite on bite βιοψίες προς περαιτέρω επιβεβαίωση της ιστοπαθολογίας.

Ελαστικότητα

Πιέζοντας έναν υποεπιθηλιακό όγκο από τη μία πλευρά στην άλλη με τη λαβίδα βιοψίας, μπορεί να εκτιμηθεί η ελαστικότητα του. Όταν ο όγκος είναι ευκίνητος στη δοκιμασία αυτή, τότε λέμε πως εμφανίζεται το rolling sign. Η κλινική ερμηνεία στο σημείο αυτό είναι ότι ο όγκος εξορμάται από την βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα ή βαθύτερα. Αντιθέτως, όγκοι που σχετίζονται με το χόριο (lamina propria) όπως οι inflammatory fibroid tumors και νευροενδοκρινείς όγκοι δεν παρουσιάζουν rolling sign. Όγκοι με ίνωση ή έλκος επίσης δεν παρουσιάζουν το σημείο αυτό.

Το σημείο τέντας (tenting sign) είναι ακόμα ένα σημείο που χρησιμοποιείται. Το σημείο αυτό προκύπτει, όταν χρησιμοποιώντας μια λαβίδα βιοψίας πιάνεται η επιφάνεια του όγκου και το υπερκείμενο επιθήλιο διαχωρίζεται από τον όγκο. Η κλινική ερμηνεία στο σημείο αυτό είναι ότι ο όγκος εξορμάται από τη βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα είτε βαθύτερα.

Σύσταση

Πιέζοντας με τη λαβίδα βιοψίας το κέντρο ενός υποεπιθηλιακού όγκου ο ενδοσκόπος μπορεί να κατανοήσει τη σύσταση του. Όγκος που αλλάζει εύκολα σχήμα εμφανίζει το σημείο μαξιλαριού (pillow sign). Η κλινική ερμηνεία στο σημείο μαξιλαριού είναι ότι ο όγκος έχει υγρό ή λιπώ-

δες περιεχόμενο είτε ακόμα και αέρα. Τέτοιο ενδεικτικό σημείο παρατηρείται σε gastritis cystica profunda, σε κύστη διπλασιασμού, σε λεμφαγγείωμα και σε λίπωμα. Αντένδειξη στη χρήση σημείου μαξιλαριού με τη λαβίδα βιοψίας αποτελεί η κυανίζουσα χροιά ενός όγκου, επειδή ενδεχομένως να πρόκειται για κιρσό είτε αιμαγγείωμα και υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας.

Μέγεθος

Για αντικειμενικό υπολογισμό του μεγέθους του υποεπιθηλιακού όγκου χρησιμοποιείται συγκριτικά είτε η λαβίδα βιοψίας είτε το ενδοσκόπιο σε ανάστροφη θέση. Το μέγεθος ενός όγκου διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην παρακολούθηση του. Πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν follow-up με ενδοσκόπηση ή ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα κάθε 6 ή 12 μήνες για μεσεγχυματικούς όγκους < 2 εκ. εκτός αν είναι συμπτωματικοί είτε έχουν αυξητική τάση οπότε απαιτείται θεραπευτική αντιμετώπιση. Για όγκους > 5 εκ. προτείνεται η χειρουργική εκτομή ενώ για όγκους 2-5 εκ. προτείνεται EUS-FNA προς ιστολογική ταυτοποίηση. Τέλος, η τάση αύξησης είτε μείωσης του μεγέθους του όγκου σε επανενδοσκόπηση 6 μήνες αργότερα, αποδεικνύει κακοήθη είτε καλοήθη χαρακτηριστικά αντίστοιχα.

Τεχνική bite-on-bite

Σε πολλές περιπτώσεις υποεπιθηλιακών όγκων η λήψη ιστού για ιστοπαθολογική διάγνωση είναι συχνά απαραίτητη για να αποφασιστεί η περαιτέρω αντιμετώπιση. Καθώς οι όγκοι αυτοί καλύπτονται από φυσιολογικό βλεννογόνο, είναι δύσκολο να ληφθεί διαγνωστικό υλικό με τις συνήθεις μεθόδους λήψης βιοψιών. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιείται η bite-on-bite τεχνική που περιλαμβάνει πολλαπλές βιοψίες από το ίδιο σημείο είτε λήψη υλικού με λαβίδες jumpo. Απαιτείται λήψη 4-10 βιοψιών, τεχνική που αυξάνει τον κίνδυνο αιμορραγίας (2,3%), με το ποσοστό μη διαγνωστικών βιοψιών να παραμένει υψηλό (17-42%). Ως εκ τούτου, δεν προτείνεται η λήψη

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΥΠΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ: ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ



βιοψιών για όλους τους υποεπιθηλιακούς όγκους. Η τεχνική bite-on-bite προτείνεται σε όγκους που δεν παρουσιάζουν rolling sign είτε tenting sign, όπως οι νευροενδοκρινείς όγκοι, οι inflammatory fibroid tumors, τα λεμφώματα καθώς και σε αυτούς με σημείο διάβρωσης είτε έλκους, όπως το μεταστατικό καρκίνωμα και οι μεσεγχυματογενείς όγκοι.

Εξωαυλικές αιτίες υποεπιθηλιακών όγκων

Σε αρκετές περιπτώσεις ο ενδελεχής ενδοσκοπικός έλεγχος μπορεί να δώσει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με το αν ένας όγκος προκαλείται από εξωαυλική πίεση. Μια μεταβολή στην εμφάνιση και την εντόπιση της βλάβης που σχετίζεται και με την αλλαγή της θέσης του ασθενούς, με την εμφύσηση αέρα, με την αναπνοή του ασθενούς και την παρουσία παλμικής ώσης είναι χρήσιμη για να αξιολογηθεί εάν μια βλάβη προκαλείται από πίεση εκ των έξω. Συχνές αιτίες πίεσης εκ των έξω αποτελούν ο σπλήνας, τα σπληνικά αγγεία, η χοληδόχος κύστη, το παχύ έντερο και το πάγκρεας. Η ευαισθησία της ενδοσκόπησης στη διαφοροδιάγνωση υποεπιθηλιακών όγκων από εξωαυλικά αίτια κυμαίνεται από 87-98% και η ειδικότητα από 29-64%. Περισσότερες πληροφορίες θα δώσει το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα είτε άλλη απεικονιστική μέθοδος.

Υποεπιθηλιακοί όγκοι και EUS

Το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα, όπου είναι διαθέσιμο, αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο στην αξιολόγηση των υποεπιθηλιακών όγκων. Παραδειγματικά, στο EUS, ο μεσεγχυματογενής όγκος και το λειομύωμα απεικονίζονται ομοιογενή με σαφή και ομαλά όρια, ενώ ο γαστρικός καρκίνος μπορεί να είναι ανομοιογενής. Στα κριτήρια υψηλού κινδύνου για κακοήθεια περιλαμβάνονται η διάμετρος του όγκου μεγαλύτερη των 3 εκ, το υποηχογενές πρότυπο, τα ασαφή όρια και η παρουσία λεμφαδένων. Το EUS έχει 64% ευαισθησία και 80% ειδικότητα στη διάγνωση κακοήθους όγκου, εάν πληρούνται συγχρόνως τουλάχιστον 2 από τα παραπάνω κριτήρια. Ακόμα και αν τα χαρακτηριστικά της βλάβης

δεν είναι ειδικά για να θέσουν τη διάγνωση υπάρχουν πιο επεμβατικές μέθοδοι, όπως το EUS-FNA.

Συμπέρασμα

Συνοψίζοντας, η ανάδειξη υποεπιθηλιακών όγκων στομάχου κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης ανωτέρου πεπτικού δεν είναι ασυνήθης. Οι περισσότεροι εξ' αυτών είναι καλοήθεις· ωστόσο, όγκοι με κακοήγη διάθεση, όπως οι μεσεγχυματογενείς όγκοι, οι νευροενδοκρινείς όγκοι, τα λεμφώματα και το μεταστατικό καρκίνωμα δεν πρέπει να διαλάβουν της προσοχής των ενδοσκόπων. Δεδομένου ότι η συμβατική ενδοσκόπηση είναι συνήθως η μέθοδος διάγνωσης των υποεπιθηλιακών όγκων, απαιτείται σωστή ενδοσκοπική παρατήρηση και τεχνική σε συνδυασμό με τη λήψη των απαραίτητων βιοψιών με σκοπό την καλύτερη ταυτοποίηση των όγκων.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Yang B, Lu X. The malignancy among gastric submucosal tumor. *Transl Cancer Res* 2019;8(7):2654-2666. doi: 10.21037/tcr.2019.10.4.
2. Gwang Ha Kim, Systematic Endoscopic Approach for Diagnosing Gastric Subepithelial Tumors, *Gut and Liver*, <https://doi.org/10.5009/gnl20296>.
3. Ponsaing LG et al. Diagnostic procedures for submucosal tumors in the gastrointestinal tract, *World J Gastroenterol* 2007 June 28; 13(24): 3301-3310.
4. Hess C et al. Gastric Submucosal Tumor: A Common Finding in an Atypical Location, *Gastroenterology*, <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2012.01.038>.
5. Ohara N. et al A Case of Advanced Gastric Cancer Resembling Submucosal Tumor of the Stomach, *Jpn J Clin Oncol* 1997;27(6)423-426.
6. Kapur S. et al Diagnosing a Gastric Submucosal Tumor Using Jumbo Biopsy "Unroofing" Technique: A Case Report and Review of the Literature, *Hindawi Publish-*



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΥΠΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ: ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ing Corporation Case Reports in Oncological Medicine Volume 2013, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/414518>.

7. Papanikolaou IS et al. EUS for gastric submucosal lesion, World J Gastrointest Endosc 2011 May, doi:10.4253/wjge.v3.i5.86.
8. Rodríguez-de-Santiago Enrique, et al. Ulcerated submucosal gastric tumor. Could it be a benign condition? Revista Española de Enfermedades Digestivas 2016;108(11):733-735.
9. J.Y. Oh et al. Benign submucosal lesions of the stomach and duodenum: Imaging characteristics with endoscopic and pathologic correlation / European Journal of Radiology 67 (2008) 112–124.
10. Huang Liang et al. Effects of Endoscopic Submucosal Excavation With Non-Submucosal Injection on Stromal Tumors in Stomach, Frontiers in Oncology,2022 doi: 10.3389/fonc.2022.792445.
11. Kochar Rajan et al. Giant Hepatic Hemangioma Masquerading as a Gastric Subepithelial Tumor, Gastroenterology & Hepatology Volume 9, Issue 6 June 2013.
12. Naz S et al. Gastric Leiomyoma and its Management: A Rare Occurrence Oncol Cancer Case Rep 2019,5:2.

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Κωστής Γ. Μιχαλάκης, MD, PhD, Ενδοκρινολόγος, Clinical Fellow, NIH, USA
Hon. Consultant of Bariatric Medicine, Imperial College, London, UK
SCOPE International Fellow in Obesity



Παχυσαρκία, μηχανισμός και ενδοκρινική επίδραση

Ως παχυσαρκία ορίζεται η νόσος του ενεργειακού μεταβολισμού, η οποία χαρακτηρίζεται από παθολογικά αυξημένη συσσώρευση λίπους στο ανθρώπινο σώμα και η οποία συχνά σχετίζεται (ιδιαίτερα η κοιλιακή παχυσαρκία) με πολλά νοσήματα και μεταβολικές διαταραχές καθώς και με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα.

Οι βλάβες που συνδυάζονται με την παχυσαρκία είναι βλάβη του αγγειακού ενδοθηλίου, μεταβολικό σύνδρομο (αντίσταση στην ινσουλίνη, δυσλιπιδαιμία, αρτηριακή υπέρταση), Σακχαρώδης Διαβήτης 2, καρδιαγγειακή νόσος, υπερουριχαιμία, χολολιθίαση, άπνοια ύπνου, αναπνευστική ανεπάρκεια, υπογοναδισμός, διαταραχές αναπαραγωγικής λειτουργίας, νεοπλασίες συμπαγών οργάνων και αιματολογικές κακοήθειες, ενώ τα 2/3 των ενήλικων με BMI > 27 kg/m² έχουν τουλάχιστον 1 πάθηση.

Η παχυσαρκία αποτελεί μία πολυπαραγοντική νόσο, δηλαδή είναι αποτέλεσμα περιβαλλοντικών, συμπεριφορικών, ορμονικών και γενετικών παραγόντων ή συνδυασμού αυτών. Κύριο γενεσιουργό αίτιο πρόκλησης της παχυσαρκίας είναι η αύξηση της ενεργειακής πρόσληψης σε σχέση με την ενεργειακή κατανάλωση. Η εξίσωση είναι σχετικά απλή και συνοψίζεται στο ότι όταν υπάρχει θετικό ενεργειακό ισοζύγιο, δηλαδή η ενεργειακή πρόσληψη είναι μεγαλύτερη από την ενεργειακή κατανάλωση, ο οργανισμός αποθηκεύει την περίσσεια ενέργειας ως λίπος.

Τα συνήθη ενδοκρινικά αίτια που ευθύνονται για παχυσαρκία είναι:

- οι διαταραχές της λειτουργίας του **θυρεοειδούς** αδένος, στο στάδιο του υποθυρεοειδισμού, όπου ο αδένας παράγει λιγότερη θυροξίνη, ορμόνη που κανονικά αυξάνει τον μεταβολισμό και κινητοποιεί καλύτερα το σώμα για πρόσληψη τροφής. Σημειώνεται όμως ότι σπανιότατα και σε βαρείες μη θεραπευμένες περιπτώσεις κατα-

λήγει κάποιος να πάσχει από παχυσαρκία οφειλόμενη σε υποθυρεοειδισμό. Σε συνήθεις περιπτώσεις ο υποθυρεοειδισμός απλά προκαλεί ένα ήπιο οίδημα και μία δυσκολία στην απώλεια βάρους με γρήγορους ρυθμούς.

- οι διαταραχές των **επινεφριδίων**, με μία κατάσταση που λέγεται υπερκορτιζολαιμία (νόσος ή σύνδρομο Cushing) και προκαλεί μία μορφή αυξημένης συγγέντρωσης λίπους στον κορμό, σε συνδυασμό με λεπτά άκρα, ενίοτε δασυτριχισμό και λιπαρό δέρμα. Εδώ όντως η παχυσαρκία μπορεί να είναι αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης, η οποία θεραπεύεται φαρμακευτικά ή χειρουργικά.
- το σύνδρομο των **πολυκυστικών ωοθηκών** συνδυάζεται με παχυσαρκία και διαταραχές κύκλου στις γυναίκες, αλλά δεν ευθύνεται αυτό καθ' αυτό για την παχυσαρκία· ωστόσο, συνδυάζεται συχνά με αντίσταση στην ινσουλίνη.

Παρά τις μεγάλες μεταβολές ενίοτε σε πρόσληψη θερμίδων και αν δεν γίνουν ακραίες διατροφικές αποκλίσεις, το ανθρώπινο σώμα διατηρεί το βάρος του με μία μικρή απόκλιση 0,5-0,6%. Συχνά γι' αυτό χρησιμοποιείται ο όρος Μεταβολικός Όγκος Σώματος [kcal/d=66,5 x ΣΒ (kg)]. Ο άνθρωπος παίρνει την ενέργεια που χρειάζεται από το περιβάλλον μέσα από τις τροφές και τη μετατρέπει σε ενέργεια για τους ιστούς και τη λειτουργία του σώματος. Η ενέργεια (θερμίδες) των τροφών προέρχεται από την περιεκτικότητά τους σε πρωτεΐνες, λίπη και υδατάνθρακες. Μεταβολισμός είναι η μετατροπή της χημικής ενέργειας των τροφών σε χημική ενέργεια του ανθρωπίνου σώματος και σε θερμότητα. Η ενέργεια αυτή χρησιμοποιείται για μηχανικό έργο (συσπάσεις των γραμμωτών και λείων μυϊκών ινών), τη συντήρηση και την ανάπτυξη των ιστών και τη σωματική αύξηση.

Για την αύξηση της παχυσαρκίας τις τελευταίες δεκαετίες έχουν ενοχοποιηθεί η γενετική προδιάθεση (ob γονίδιο που επηρεάζει την έκκριση της λεπτίνης και πολλοί άλλοι πολυμορφισμοί βρίσκονται σε φάση διερεύνησης), η αυξημένη πρόσβαση σε θερμίδες, η



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και οι ανεπαρκείς καύσεις (έλλειψη άσκησης και κατά συνέπεια μειωμένος μεταβολισμός).

Η ενεργειακή κατανάλωση ηρεμίας αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος των ημερησίων αναγκών του οργανισμού (60-80% του συνόλου). Ουσιαστικά είναι η ενέργεια που απαιτείται για τις βασικές λειτουργίες του σώματος σε απόλυτη ανάπαυση.

Σιτιογενής θερμογένεση είναι η επιπλέον θερμότητα που παράγεται από τον οργανισμό μετά από λήψη οποιασδήποτε ποσότητας τροφής (6-12% του συνόλου). Οφείλεται στην αύξηση της δραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και στη θερμότητα που παράγεται κατά την πέψη των τροφών και εξαρτάται από το είδος και την ποσότητα της τροφής. Μεγάλη αύξηση της σιτιογενούς θερμογένεσης έχουμε μετά από λήψη πρωτεϊνών, αλκοόλ και υδατανθράκων, ενώ ελάχιστη μετά από πρόσληψη λίπους. Η σιτιογενής θερμογένεση διαρκεί μέχρι 4-6 ώρες από τη λήψη του τελευταίου γεύματος.

Η Ενεργειακή κατανάλωση της σωματικής δραστηριότητας χωρίζεται στο “ενεργειακό κόστος των αυτοματικών κινήσεων” και στο “ενεργειακό κόστος των σωματικών δραστηριοτήτων”, συμπεριλαμβανομένης και της άσκησης.

Η επίδραση των ορμονών του γαστρεντερικού στη νευροφυσιολογία της όρεξης

Η όρεξη ρυθμίζεται από την αλληλεπίδραση ορμονικών και νευρωνικών μηχανισμών. Ο εγκέφαλος μεταφράζει τα σήματα για τον έλεγχο και την ρύθμιση της ομοιόστασης της ενέργειας, διατηρώντας τελικά μια ισορροπία μεταξύ της πρόσληψης τροφής και της κατανάλωσης ενέργειας.

Βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα ορμονικά σήματα από την περιφέρεια αλληλεπιδρούν με νευρωνική ανάδραση. Ο τοξοειδής πυρήνας (arcuate nucleus, ARC) του υποθαλάμου ενσωματώνει τις περισσότερες από τις ενέργειες του ομοιοστατικού μηχανισμού ανάδρασης. Ο

τοξοειδής πυρήνας του υποθαλάμου δέχεται την αλληλεπίδραση 2 αντίστροφων νευρωνικών κυκλωμάτων, ενός ορεξιογόνου και ενός ανορεξιογόνου. Τα δύο κυκλώματα στέλνουν σήματα, κυρίως στον παρακοιλιακό πυρήνα (PVN) αλλά επίσης και σε άλλους πυρήνες του υποθαλάμου και στη συνέχεια διαμορφώνεται άμεσα η συμπεριφορά σίτισης. Τα κυκλώματα επηρεάζονται από περιφερικά ορμονικά σήματα που είναι σε θέση να διασχίζουν τον αιματο-εγκεφαλικό φραγμό.

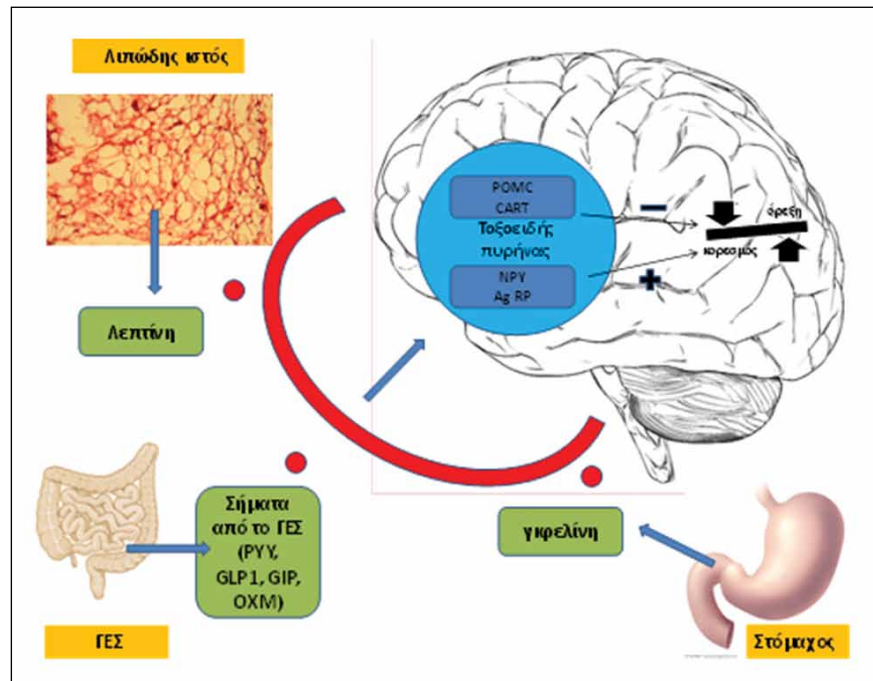
Αν απλοποιούσαμε το μηχανισμό πιο πρακτικά, θα έλεγε κανείς ότι υπάρχει μια ισορροπία μεταξύ ανορεξίας και όρεξης, μια ευαίσθητη ισορροπία, που άλλοτε γέρνει προς τη μεριά της όρεξης, με ανάλογη λήψη τροφής και άλλοτε γέρνει προς τη μεριά της ανορεξίας, μέσω ενός αισθήματος κορεσμού. Μέσα στη μέρα -σε φυσιολογικά άτομα- σε παρατεταμένη νηστεία, τα ορεξιογόνα ερεθίσματα παρακινούν τον εγκέφαλο σε αναζήτηση τροφής, ενώ η πλήρωση του στομάχου με τροφή εκκρίνει ανορεξιογόνα ερεθίσματα, που παραπέμπουν σε αναστολή της αναζήτησης τροφής και πρακτικά στο αίσθημα της πλήρωσης (Εικόνα 1). Δεδομένου ότι τα ερεθίσματα πλήρωσης έχουν κάποιο λανθάνοντα χρόνο να εκφραστούν μοριακά στον υποθάλαμο, μεσολαβεί και το κοινώς λεγόμενο «η αργή σίτιση προλαβαίνει να δώσει σήμα κορεσμού στον εγκέφαλο».

Οι περιφερικοί παράγοντες μπορούν να χωριστούν σε εκείνους που ρυθμίζουν το καθεστώς ενέργειας:

- **Μακροπρόθεσμα** και παράγονται από τον λιπώδη ιστό (λεπτίνη, αντιπονεκτίνη) και το πάγκρεας (ινσουλίνη)
- **Βραχυπρόθεσμα**, όπως το σήμα για πείνα της γκρελίνης (παράγεται στο στομάχι), και οι ορμόνες του εντέρου [πεπτικό ΥΥ (3-36) (PYY (3-36), παγκρεατικό πολυπεπτικό (PP) και οξυνομοντουλίνη]
- Οι ινκρετίνες GLP-1, το εξαρτώμενο από τη γλυκόζη ινσουλινοτροπικό πεπτικό (GIP), και ενδεχομένως η οξυνομοντουλίνη βελτιώνουν την απόκριση του παγκρέατος να εκκρίνει ινσουλίνη.

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΒΑΡΟΥΣ



Εικόνα 1. Ορεξιογόνο και ανορεξιογόνο κύκλωμα στον εγκέφαλο.

Τροποποιημένο από: "Gut hormones and leptin: impact on energy control and changes after bariatric surgery--what the future holds." Michalakis & leRoux, *Obesity Surgery* 2012.

Η επανάσταση στον τομέα της νευροενδοκρινολογίας και της όρεξης έχει εμπλέξει πλείστες ορμόνες και πεπτίδια στην ρύθμιση της συμπεριφοράς σίτισης.

Η λεπτίνη αναστέλλει την πρόσληψη τροφής, ενεργοποιεί τη θερμογένεση, και αλληλεπιδρά με διάφορα νευροπεπτίδια και το κεντρικό νευρικό σύστημα. Όσο περισσότερο ένα άτομο παίρνει βάρος, τόσο πιο πολλή λεπτίνη εκκρίνεται (μαζί με την ινσουλίνη) που οδηγεί σε ένα ανασταλτικό κύκλωμα με τον υποθάλαμο, το οποίο με τη σειρά του μειώνει την όρεξη και την κατανάλωση τροφίμων και αυξάνει τις δαπάνες ενέργειας και τον συμπαθητικό τόνο. Αντίθετα, η ασιτία μειώνει τα επίπεδα λεπτίνης και την αύξηση της όρεξης και τον παρασυμπαθητικό τόνο, διατηρώντας την κατανάλωση ενέργειας για το ίδιο χρονικό διάστημα. Το νευροπεπτίδιο Y (NPY) είναι γνωστό ότι είναι ορεξιογόνο, και η λεπτίνη καταστέλλει την παραγωγή και έκκριση του NPY από νευρώνες στον τοξοειδή πυρήνα. Μέρος αυτής της σηματοδότησης έχει

να κάνει με ένα άλλο πεπτίδιο ορεξιογόνο, το agouti related peptide (AGRP). Η λεπτίνη επίσης μειώνει και την έκφραση των ενδοκανναβινοειδών, τα οποία υπό άλλες συνθήκες θα αύξαναν την όρεξη και μειώνει τα επίπεδα γκρελίνης. Τέλος, διεγείρει νευρώνες που εκφράζουν την α-ορμόνη διέγερσης μελανοκυττάρων (α-MSH) και CART, που δρουν με καταστολή της όρεξης και αναστολή κατανάλωσης τροφής.

Η ινσουλίνη εκκρίνεται από τα β-κύτταρα του παγκρέατος σε απάντηση στην αύξηση του σακχάρου του αίματος και πρακτικά σε απάντηση στην τροφή, έχει επικοινωνία με τον τοξοειδή πυρήνα στον εγκέφαλο και η σύνδεσή της με τον τοξοειδή πυρήνα σηματοδοτεί για κορεσμό και εν γένει δίνει εντολή για αναστολή πρόσληψης τροφής. Η διαφορά της από την λεπτίνη είναι ότι η ανταπόκρισή της είναι σχετικά άμεση στο φαγητό. Σε παχύσαρκους προφανώς υπάρχει αντίσταση στην ινσουλίνη, με τις γνωστές μεταβολικές παραμέτρους,



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

αλλά και με την μη ικανότητά της τελικά να σηματοδοτεί για κορεσμό. Παρατεταμένη υπερινσουλιναιμία προκαλεί έκκριση λεπτίνης, ενώ λογική αύξησή της μειώνει την γκρελίνη. Πρακτικά λοιπόν, η γνωστή αντίσταση στην ινσουλίνη, που φανερώνει μια δυσκολία του β κυττάρου του παγκρέατος να καταστείλει την υπεργλυκαιμία, τελικά καταλήγει σε χρόνια κόπωση του β κυττάρου και εν δυνάμει εκδήλωση Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, παράλληλα όμως δεν ειδοποιεί τον εγκέφαλο και σε βραχυπρόθεσμη βάση για το αίσθημα του κορεσμού.

Η γκρελίνη είναι μία ορμόνη που εκκρίνεται από το στομάχι. Σε περιόδους ασιτίας, η γκρελίνη αυξάνεται πάρα πολύ και μας κάνει να πεινάμε, ενώ κατά τη διάρκεια ενός γεύματος, τα επίπεδα της μειώνονται και προκαλούν κορεσμό. Η δράση της γκρελίνης διαμεσολαβείται μέσω του κυκλώματος τοξοειδής πυρήνας-NPY / agouti-related πεπτίδιο, προκαλώντας αυξημένη όρεξη, ενώ NPY / AGRP knock-out ποντίκια δεν είχαν ορεξιογόνο απάντηση στην γκρελίνη. Οι υδατάνθρακες και οι πρωτεΐνες ασκούν εντονότερη δράση για την καταστολή της γκρελίνης σε σχέση με το λίπος και εν γένει η γκρελίνη δρα προς την λιπογένεση, ενώ μειώνει την απόπτωση των λιποκυττάρων και μακροπρόθεσμα φαίνεται να οδηγεί σε αύξηση του σωματικού βάρους. Η μοντέρνα προσέγγιση στην χειρουργική της παχυσαρκίας περιλαμβάνει εκτομή του τμήματος του στομάχου που εκκρίνει γκρελίνη, πρακτικά μειώνοντας έτσι την επιθυμία για σίτιση και υπερφαγία. Σε ανάπτυξη βρίσκονται αναστολείς των υποδοχέων της γκρελίνης στον εγκέφαλο, μιας και έχει παρατηρηθεί αντίσταση στη δράση της σε παχύσαρκους, όπως αντίστοιχα παρατηρείται η αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης σε διαβητικούς.

Το PYY μειώνει την έκφραση του NPY στον τοξοειδή πυρήνα, καθώς και την έκκριση του NPY από τον υποθάλαμο και επίσης, ενεργοποιεί νευρώνες του ανορεκτικού POMC (προοπιομελανοκορτίνη), μειώνοντας έτσι την κατανάλωση τροφής. Είναι πεπτίδιο που εκκρίνεται από το ΓΕΣ (L κύτταρα πεπτικού) και ανακαλύφθηκε το 1980 σαν ορμονικός ρυθμιστής όρεξης.

Παράγεται με την πρόσληψη τροφής (λίπη) (15-30 min, plateau 1-2 h, συνολικά 6 h) και μειώνει την κατανάλωσή της. Όπως και η λεπτίνη, διασχίζει τον αιματο-εγκεφαλικό φραγμό και δρα στον τοξοειδή πυρήνα του υποθαλάμου. Το PYY μειώνει την έκφραση του NPY στον τοξοειδή πυρήνα, καθώς και την έκκριση του NPY από τον υποθάλαμο. Επίσης, ενεργοποιεί νευρώνες του ανορεκτικού POMC, μειώνοντας έτσι την κατανάλωση τροφής και επίσης μειώνει την ορεξιογόνο γκρελίνη. Δεν φαίνεται στους παχύσαρκους να υπάρχει αντίσταση, αλλά μικρότερη απάντηση στη δράση του PYY.

Η χορήγησή του (σε μορφή μακράς δράσης και σε ρινική έγχυση) σε παχύσαρκους φαίνεται να μειώνει την πρόσληψη τροφής σε 30%, αλλά υπάρχει δυσκολία λόγω του χρόνου ημιζωής και της ναυτίας που μπορεί να προκληθεί.

Η σεκρετίνη είναι μια ορμόνη που απελευθερώνεται από εντεροενδοκρινά S-κύτταρα μετά από ένα γεύμα, και έχει δράση στη ρύθμιση της εξωκρινούς παγκρεατικής έκκρισης (την αυξάνει) και την έκκριση γαστρικού οξέος (την μειώνει) και χολής από το ήπαρ (την αυξάνει) σε συνδυασμό με προώθηση της γαστρικής κινητικότητας. Το πεπτίδιο, όταν εγχέεται περιφερικά, θα μπορούσε επίσης να λειτουργήσει ως ένα σήμα κορεσμού, με μείωση της πρόσληψης τροφής, μεταβάλλοντας την έκφραση των νευροπεπτιδίων εντός του τοξοειδούς πυρήνα. Ενεργοποιεί νευρώνες του POMC (έκφραση του υποδοχέα της σεκρετίνης στον υποθάλαμο) με αύξηση των επιπέδων mRNA της POMC στον τοξοειδή πυρήνα· τα δεδομένα αυτά προτείνουν ένα ρόλο της στη μεσολάβηση της ανορεκτικής της δράσης.

Η ρεζιστίνη είναι ένα πολυπεπτίδιο που εκκρίνεται από τον λιπώδη ιστό. Εμπλέκεται στη ινσουλinoευαισθησία, παρά τις αντικρουόμενες απόψεις. Στον άνθρωπο παράγεται στα μονοκύτταρα/μακροφάγα και συνδέεται με φλεγμονή (συνθήκη παχυσαρκίας), ενώ το 2001 οι Steppan και συν. δημοσίευσαν ότι η έκκριση ρεζιστίνης μειώνεται με την λήψη ροζιλιταζόνης. Χορήγηση ανασυνδυασμένης ρεζιστίνης επιβαρύνει την ινσουλι-

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΒΑΡΟΥΣ



νοαντοχή και την δράση της ινσουλίνης σε φυσιολογικά ποντίκια. Γενικά ανταγωνίζεται την ινσουλίνη και φαίνεται να έχει δράση επιβαρυντική στην γλυκαιμία και στην διαχείριση των υδατανθράκων.

Το GLP-1 είναι μία ινκρετίνη που εκκρίνεται από τα ίδια κύτταρα L που εκκρίνουν το PYY. Τα κύτταρα L βρίσκονται κυρίως στον απομακρυσμένο ειλεό και το κόλον και εκκρίνουν GLP-1, κυρίως ως απάντηση στην πρόσληψη ενέργειας.

Το GLP-1 ρυθμίζει την όρεξη μέσω διαφόρων μηχανισμών, που στο τέλος προάγουν τον κορεσμό, καθυστερεί την γαστρική κένωση, αναστέλλει την έκκριση γαστρικού οξέος, ενισχύει την απελευθέρωση ινσουλίνης, ελαττώνει την έκκριση γλυκαγόνης και επηρεάζει επίσης το ΚΝΣ για τη μείωση της πρόσληψης τροφής και την πρόκληση κορεσμού, έμμεσα, μέσω διέγερσης του POMC. Η συνθετική μορφή του αποτελεί πλέον ένα από τα ισχυρότερα όπλα στην φαρμακευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, αφού σηματοδοτώντας τον εγκέφαλο, προάγει το αίσθημα του κορεσμού και της πληρότητας και τελικά την απώλεια βάρους. Κυκλοφορεί σε υποδόρια ενέσιμη μορφή, είτε σε καθημερινό σχήμα, είτε σε εβδομαδιαίο.

Η οξυτομοντουλίνη (ΟΧΜ) μειώνει το βάρος, αυξάνει τον κορεσμό, μειώνει το σωματικό λίπος και αυξάνει τις ενεργειακές δαπάνες, συντίθεται κυρίως στο λευκό λιπώδη ιστό και, σε χαμηλότερες συγκεντρώσεις, στο φαιό λιπώδη ιστό. Ανήκει στην ίδια οικογένεια με το PYY (36 αμινοξέα), παράγεται από τα νησίδια Langerhans στο πάγκρεας. Τα επίπεδά του εμφανίζονται μειωμένα σε παχύσαρκους και αυξημένα με την άσκηση. Μειώνει την πρόσληψη τροφής μέσω καταστολής του NPY και εκκρίνεται σε απάντηση στη γλυκόζη και στα λιπαρά οξέα.

Η χολοκυστοκινίνη (CCK) είναι, ως γνωστόν, πεπτίδιο που εκκρίνεται από το ΓΕΣ (L κύτταρα στο 12δάκτυλο,) σε απάντηση σε γεύμα. Παράγεται με την πρόσληψη τροφής (πρωτεΐνες, ελεύθερα λιπαρά οξέα-FFA, κορεσμένα λίπη) και μειώνει την κατανάλωσή της με συνοδό αίσθημα κορεσμού. Η λεπτίνη προάγει την

έκκρισή της. Αναστέλλει τη γκρελίνη. Έχει υποδοχείς στο ΚΝΣ (CCK 1) και στον εγκέφαλο (CCK 2) σε κέντρα ανταμοιβής, μνήμης και κορεσμού. Αυξάνει τη γαστρική έκκριση και την εντερική κινητικότητα και προκαλεί σύσπαση χοληδόχου και έκκριση χολής, καθώς και παγκρεατικών ενζύμων

Ενθαρρυντικά είναι τα δεδομένα για τη χρήση της ως φάρμακο (αγωνιστές), αλλά χρειάζεται πολύ μεγάλες δόσεις για να έχει επιθυμητή δόση στο σημείο δράσης και είναι ήπια τα αποτελέσματα στην μακροχρόνια διατήρηση χαμηλού βάρους (προκαλεί ναυτία και μάλλον τελικά μικραίνει την ποσότητα, αλλά αυξάνει αριθμό γευμάτων).

Η **αντιπονεκτίνη** πλέον θεωρείται ευαισθητοποιήτης της ινσουλίνης, παίζει ρόλο διαμεσολαβητή για την δράση του peroxisome proliferator-activated receptor γ και τροποποιεί τον μεταβολισμό της γλυκόζης και την ινσουλινοευαισθησία, ενώ έχει αντιφλεγμονώδεις και αντι-αθηρογόνες ιδιότητες. Η αντιπονεκτίνη είναι επισήμως το πιο καλό προϊόν του λιπώδους ιστού για το σώμα, με τα επίπεδά της να αυξάνονται και να δρουν ευοδωτικά όσο λιγότερο είναι το λίπος στο σώμα. Έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση κακοηθειών στον άνθρωπο, όταν τα επίπεδά της είναι χαμηλά και άρα ο ασθενής παχύσαρκος.

Συντίθεται κυρίως στο λευκό λιπώδη ιστό και, σε χαμηλότερες συγκεντρώσεις, στο φαιό λιπώδη ιστό, είναι πιο στενά συνδεδεμένη με το σπλαχνικό λίπος από ό,τι με το υποδόριο λίπος. Οι συγκεντρώσεις της είναι χαμηλές σε ασθενείς με παχυσαρκία, ΣΔ2, ινσουλινοαντοχή και υπερινσουλιναιμία, υπέρταση και Στεφανιαία Νόσο και μπορεί να αυξηθούν μετά από παρατεταμένη νηστεία και χαμηλή θερμιδική πρόσληψη.

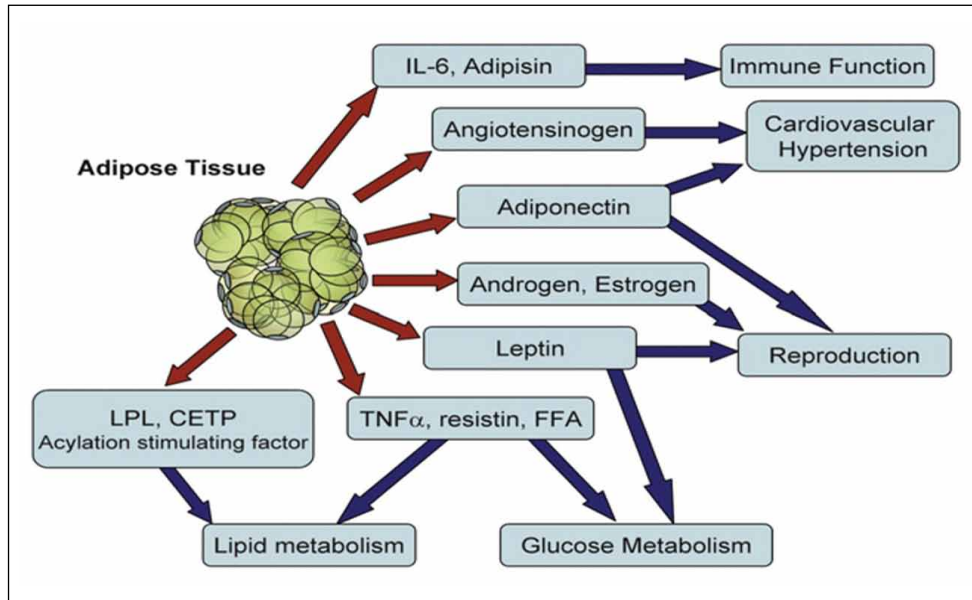
Οι υψηλές συγκεντρώσεις αντιπονεκτίνης προστατεύουν το καρδιαγγειακό και συνδέονται με μειωμένο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου, ενώ παράλληλα επιταχύνουν την ανανέωση του ενδοθηλίου.

Έχει συσχετισθεί σαφώς με την ύπαρξη συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών και με την ποιότητα του ωαρίου



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΒΑΡΟΥΣ



Εικόνα 2. Το λιπώδες κύτταρο σαν ενδοκρινές όργανο.

Από: "Adiponectin in Reproduction", Michalakis & Segars, *Fertility & Sterility* 2009.

ου, μέσω της εμπλοκής της στο κομμάτι της αντίστασης της ινσουλίνης και της υπερέκκρισης ανδρογόνων, εξηγώντας μεγάλο μέρος της υπογονιμότητας των παχύσαρκων γυναικών.

Αντί επιλόγου

Ο Λιπώδης Ιστός συνολικά πλέον θεωρείται ένα πολύμορφο ενδοκρινές όργανο, το οποίο εκκρίνει πλήθος ορμονών και κυτταροκινών, με επίδραση στη γλυκαιμική ρύθμιση (μέσω ινσουλίνης και αντιπνεκτίνης), στην σύνθεση των λιπιδίων (μέσω της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης), στην αναπαραγωγή (μέσω ανδρογόνων και οιστρογόνων), στην αρτηριακή υπέρταση (μέσω αγγειοτενσίνης) και στην ανοσιακή απάντηση (μέσω ιντερλευκινών και άλλων παραγόντων). Οι διάφορες λειτουργίες του λιπώδους ιστού φαίνονται στην Εικόνα 2.

Η έρευνα όλο και φέρνει στο φως νέα πεπτίδια, τόσο από τον λιπώδη ιστό, όσο και από διάφορα σημεία του γαστρεντερικού συστήματος, που δημιουργούν νέο πεδίο έρευνας, αλλά και δοκιμαστικών θεραπειών.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Khosha et al *British Journal of Nutrition* 1964.
2. Μόρτογλου Α, Μεταβολισμός και ενέργεια.
3. Spiegelman & Flier, *Cell* 2001.
4. Michalakis & Segars, *Fertility & Sterility*, 2009.
5. Michalakis & leRoux, *Obesity Surgery* 2012.
6. Havel PJ, *Exp Biol Med*. 2001.
7. Magni et al, *Curr Protein Pept Sci*. 2003.
8. Gale et al, *Journal of Nutrition* 2004.
9. Wren et al, *Gastroenterology* 2007.
10. Overduin et al, *Endocrinology* 2005.
11. Gutzwiller et al, *Gut* 1999.
12. Viengchareun S et al, *FEBS Lett* 2002.
13. Naslund et al, *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1999.
14. Tatemoto et al, *Nature (Lond.)* 1980.
15. Steppan et al, *Nature (Lond.)* 2001.

Ιστορία της Ιατρικής



ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΕΤΣΑΛΗΣ (1813 Ή 1815-1853). Ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΛΑΠΑΡΟΤΟΜΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Λάζαρος Ε. Βλαδίμηρος, Μαιευθήρας-Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Ιστορικός της Ιατρικής

Στις 15 Απριλίου 1819, Μεγάλη Παρασκευή, όλοι οι κάτοικοι της Πάργας εγκατέλειψαν την πατρίδα τους. Η Πάργα που βρισκόταν τότε κάτω από την προστασία της Αγγλίας, πουλήθηκε από τους Άγγλους στον Αλή πασά των Ιωαννίνων. Οι Παργινοί δεν θέλησαν να βρεθούν κάτω από την κυριαρχία του τύραννου της Ηπείρου και έτσι αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τις πατρογονικές τους εστίες. Μεταξύ των κατοίκων βρισκόταν και ένα παιδάκι, ο Νικόλαος Πετσάλης, που έμελλε να εξελιχθεί σε έναν από τους πιο σπουδαίους Έλληνες χειρουργούς του 19ου αιώνα.

Από την Πάργα η αρχοντική οικογένεια του Πετσάλη εγκαταστάθηκε στην Κέρκυρα και από εκεί, με τη βοήθεια συγγενών του, σε ηλικία οκτώ ετών ο μικρός μαζί με άλλα παιδιά επιφανών οικογενειών της Πάργας, πήγε στην Βασιλεία της Ελβετίας υπό την προστασία Ελβετών φιλελλήνων ιερέων. Μετά τα εγκύκλια μαθήματα στη Βασιλεία οι Ελβετοί φιλέλληνες το 1832 τον έστειλαν στο Παρίσι όπου σπούδασε στην Ιατρική Σχολή. Το 1837 πήγε στο Μόναχο για μετεκπαίδευση στη Χειρουργική και το 1838 ανακηρύχθηκε διδάκτορας της Ιατρικής Σχολής του Μονάχου με θέμα της διατριβής του τη σύφιλη. Μετά το Μόναχο εργάστηκε σε νοσοκομείο στο Παρίσι. Το 1839 επέστρεψε στην Ελλάδα.¹

Ο Πετσάλης ήταν ένας από τους 98 νεαρούς Έλληνες που σπούδασαν ή μετεκπαιδεύτηκαν στο Πανεπιστήμιο του Μονάχου με υποτροφία του πατέρα του βασιλιά Όθωνα, του γνωστού φιλέλληνα βασιλιά της Βαυαρίας Λουδοβίκου Α'.²

Όταν ο Πετσάλης επέστρεψε στην Ελλάδα διορίστηκε στρατιωτικός γιατρός με το βαθμό του λοχαγού και ανέλαβε τη διεύθυνση της χειρουργικής κλινικής στο Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών με μηνιαίο μισθό 300



Ο Νικόλαος Πετσάλης

δραχμές. Μετά την πολιτική αλλαγή που επέφερε η Επανάσταση της 3ης Σεπτεμβρίου 1843, κατά την οποία όλοι οι Βαυαροί που υπηρετούσαν στο κράτος απολύθηκαν και στις θέσεις τους διορίστηκαν Έλληνες, ο Πετσάλης ανέλαβε τη διοίκηση του Στρατιωτικού Νοσοκομείου αντικαθιστώντας τον Αντώνιο Λινδεργίερ. Τον Ιανουάριο του 1846 διορίστηκε τακτικός καθηγητής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών στην έδρα

της Χειρουργικής Παθολογίας και Κλινικής Ιατρικής, διατηρώντας όμως και τη θέση του στο στράτευμα λαμβάνοντας μόνο ένα μικρό επιμίσθιο 150 δραχμών. Τον Ιούνιο του 1846 εκδόθηκε το βιβλίο του *Περί αφροδισίων παθών*, και κατά την περίοδο 1852-1853 διατέλεσε Κοσμήτορας της Ιατρικής Σχολής. Πέθανε στην Αθήνα στις 10 Ιουλίου 1853.³

Ταλαντούχος χειρουργός και υποδειγματικός πανεπιστημιακός δάσκαλος ο Πετσάλης, γρήγορα απέκτησε φήμη για το έργο του στο στράτευμα αλλά και στην κοινωνία. Στο περιοδικό *Στρατιωτικός Άγγελος* στις 15 Νοεμβρίου 1846 γράφτηκε για τον Πετσάλη: «...Ο επιϊατρός κ. Πετσάλης καθ' όσον αφορά τα εν τω στρατώ έργα του έδειξε και δεικνύει καθ' εκάστην δείγματα της μεγάλης ικανότητός του, χαίρων την κοινήν υπόληψιν των συναδέλφων του. Καθ' όσον όμως αφορά τον ιδιωτικόν του βίον μολονότι είναι πασίγνωστος ότι ουδείς δύναται να προσάψη ψόγον εις τον αξιωματικόν τούτον απεναντίας μάλιστα η ιδιωτική διαγωγή αυτού είναι παραδειγματική εις τον στρατόν και εις τους κατοίκους της πρωτευούσης».⁴

Ο Πετσάλης, όπως ήδη σημειώθηκε, έγινε τακτικός καθηγητής της Χειρουργικής το 1846, αλλά είναι τεκμηριωμένο ότι και πριν από το 1846 παρέδιδε μαθήματα στους φοιτητές της Ιατρικής για το μάθημα της Χειρουργικής. Δεν περιορίστηκε μόνον στις θεωρητικές γνώσεις, αλλά

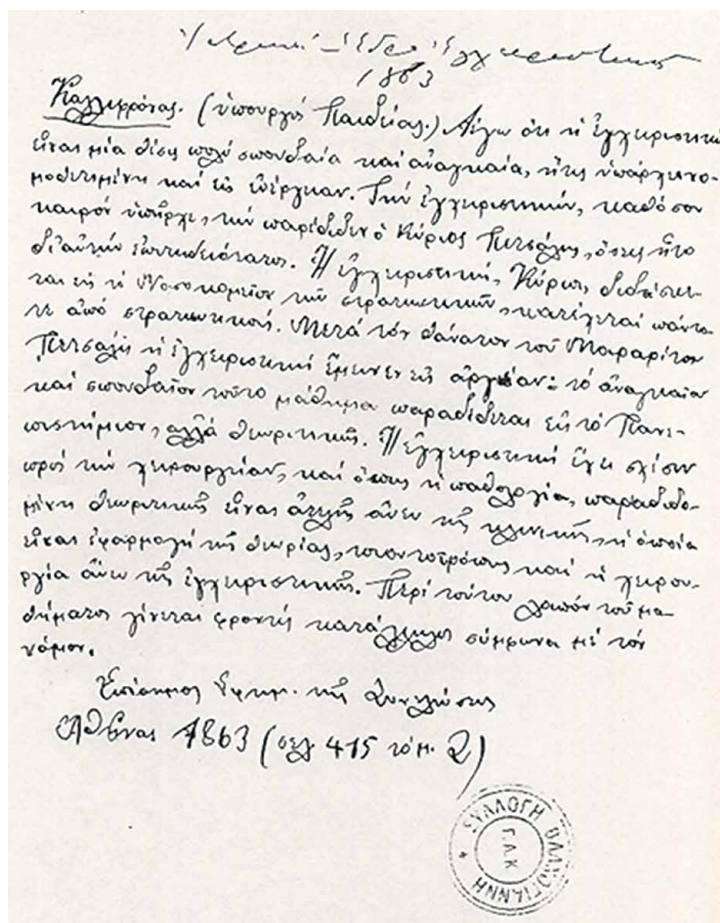
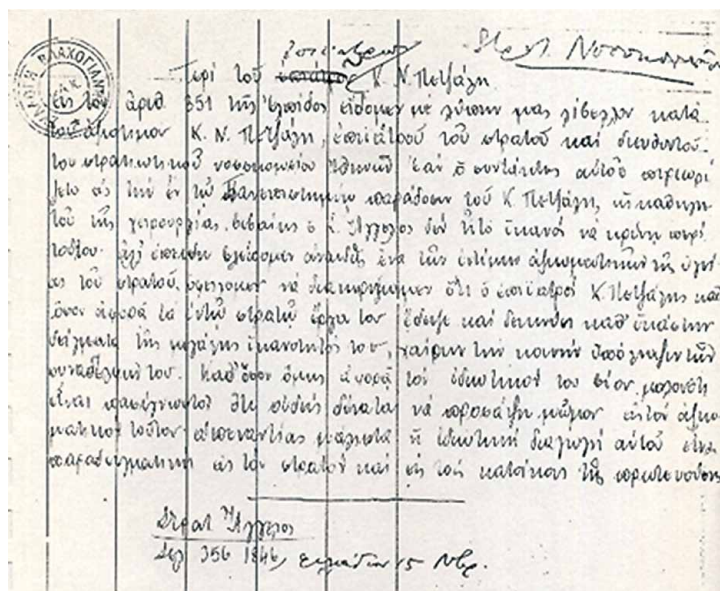


Ιστορία της Ιατρικής

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΕΤΣΑΛΗΣ (1813 Ή 1815-1853). Ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΛΑΠΑΡΟΤΟΜΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

φρόντισε να εκπαιδεύει τους φοιτητές και τους νέους γιατρούς και σε πρακτικά θέματα χειρουργικής στις αίθουσες του Στρατιωτικού Νοσοκομείου. Γερμανός γιατρός που επισκέφθηκε την Ελλάδα το 1842 και γνώρισε προσωπικά τον Πετσάλη, έγραψε στο χρονικό του: «Ο στρατιωτικός γιατρός και τακτικός καθηγητής Πετσάλης διδάσκει χειρουργική οκτώ ώρες την εβδομάδα, οφθαλμολογία δύο ώρες και χειρουργική εγχειρήσεων σε πτώμα». ⁵ Ο Πετσάλης το 1842 δεν ήταν τακτικός καθηγητής, όπως από αβλεψία έγραψε ο Γερμανός γιατρός, ασφαλώς όμως θα κατείχε θέση έκτακτου καθηγητή τότε, και οπωσδήποτε, η διατύπωση «χειρουργική εγχειρήσεων σε πτώμα» θα πρέπει να δηλώνει τις διδασκαλίες χειρουργικών χειρισμών που θα έδειχνε στους φοιτητές του ο Πετσάλης χρησιμοποιώντας πτώματα ασθενών του νοσοκομείου. Για πολλά χρόνια το Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών υπήρξε το μοναδικό νοσοκομείο της πόλης και εκεί γινόταν η πρακτική άσκηση των φοιτητών της Ιατρικής Σχολής στα κλινικά μαθήματα και κυρίως στο μάθημα της Χειρουργικής.⁶

Στις 14 Απριλίου 1847 ο Νικόλαος Πετσάλης που τότε έφερε τον βαθμό του ταγματάρχη στο Υγειονομικό Σώμα του Στρατού, μαζί με τον αρχίατρο Ερρίκο Τράιμπερ, για πρώτη φορά στην Ελλάδα στο Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών χειρούργησαν ασθενείς υπό αναισθησία μετά από τη χορήγηση αιθέρα. Σε έναν ασθενή εγένετο ακρωτηριασμός του ποδιού και σε άλλον εγένετο διεμβολή διάσφυρτου. Τις εγχειρήσεις πραγματοποίησε ο Πετσάλης. Δημοσίευμα της εποχής αναφέρει για τις πρωτοποριακές επεμβάσεις: «το διάσφυρτον



Δύο έγγραφα των Γενικών Αρχείων του Κράτους που αναφέρονται στο ήθος και τη χειρουργική δεινότητα του Νικόλαου Πετσάλη.



διεμβάλλεται χωρίς καμμίαν του ασθενούς αίσθησιν... ο ακρωτηριασμός εγένετο εις δύο περίπου λεπτά της ώρας από τας ευστρόφους χείρας του κ. Πετσάλη... Η επιτυχία των ανωτέρω δύο εγχειρήσεων ως προς τα αποτελέσματα του αιθερισμού, θέλει ενθαρρύνει τους χειρουργούς της Ελλάδος εις την χρήσιν τοιούτου ευεργετικού μέσου, και περιποιήσει πάντα έπαινον εις τους κατά πρώτον εφαρμόσαντες αυτό εις την πατρίδα μας εμπείρους χειρουργούς». Στο δημοσίευμα αναφέρεται ότι οι ίδιοι χειρουργοί πραγματοποίησαν λίγες μέρες αργότερα και τρίτη εγχείρηση με νάρκωση από αιθέρα, αφαιρώντας κατεστραμμένο όρχι από ασθενή.⁷

Οι πρώτες εγχειρήσεις με αναισθησία από θειικό αιθέρα πραγματοποιήθηκαν στην Αμερική τον Οκτώβριο του 1846, δηλαδή έξι μήνες πριν από την Ελλάδα. Στην εποχή μας η υιοθέτηση μίας επιστημονικής καινοτομίας έξι μήνες μετά την πρώτη επιτυχημένη εφαρμογή της, αποτελεί αξιόλογο επίτευγμα, για το 1847 όμως αποτέλεσε επιστημονικό άθλο, που αποδεικνύει πόσο καλά ενημερωμένος ήταν ο Πετσάλης για τα ιατρικά δρώμενα της εποχής.

Η φήμη του Πετσάλη ως σπουδαίου χειρουργού ξεπέρασε τα όρια της χώρας μας και έφτασε έως τη Ρωσία. Με αναισθησία από αιθέρα ο Πετσάλης πραγματοποίησε λαπαροτομία και έσωσε τη ζωή ενός Ρώσου πρίγκιπα που υπηρετούσε ως αξιωματικός στο ρωσικό πολεμικό ναυτικό. Για τη διάσωση της ζωής του πρίγκιπα ο Τσάρος παρασημοφόρησε τον Πετσάλη. Η συγκεκριμένη πληροφορία έχει καταγραφεί σε δημοσιεύματα.^{1,2,3} Δεν είναι γνωστό πότε έγινε η λαπαροτομία, ωστόσο, η χρήση του αιθέρα για νάρκωση, μας οδηγεί με βεβαιότητα να υποθέσουμε ότι η πρωτοποριακή εγχείρηση θα έγινε μετά από τις πρώτες εφαρμογές του αιθέρα στην Ελλάδα, δηλαδή από τα τέλη του 1847 και μετά. Επίσης, στα δημοσιεύματα δεν αναφέρεται η ένδειξη καθώς και το είδος της εγχείρησης. Ίσως ο Ρώσος αξιωματικός να εμφάνισε συμπτωματολογία οξείας χειρουργικής κοιλίας που απαιτεί άμεσο χειρουργική διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων ή να

έπασχε από ηπατικό ή από κοιλιακό απόστημα που χρειαζόταν χειρουργική παροχέτευση.

Ανεξάρτητα όμως από αυτά τα ερωτήματα και τις υποθέσεις, η πληροφορία ότι ένας Έλληνας χειρουργός πραγματοποίησε σε ασθενή του, με επιτυχία λαπαροτομία κατά το χρονικό διάστημα από τα τέλη 1847 έως τον Ιούλιο 1853, δηλαδή σε χρόνια που η ασηψία και η αντισηψία στα χειρουργεία ήταν έννοιες άγνωστες, ασφαλώς η είδηση είναι συγκλονιστική. Στην παγκόσμια ιατρική βιβλιογραφία οι αναφορές για λαπαροτομίες τότε ήταν ελάχιστες, κυριολεκτικά μετρημένες στα δάκτυλα ενός χεριού.

Μετά τον Πετσάλη, λαπαροτομίες τόλμησαν να εκτελέσουν άλλοι Έλληνες χειρουργοί μετά από τρεις δεκαετίες, όταν είχε εισαχθεί η χρήση των αντισηπτικών στην Ιατρική και στα χειρουργεία εφαρμοζόταν συστηματικά η ασηπτική αγωγή.

Δέκα χρόνια μετά τον θάνατο του Πετσάλη η αθηναϊκή κοινωνία είχε ακόμα στη μνήμη της την εγχειρητική δεινότητα του στρατιωτικού χειρουργού καθώς και τον τρόπο διδασκαλίας του μαθήματος της Χειρουργικής από τον γιατρό. Ο τότε υπουργός Παιδείας Δημήτριος Καλλιφρονάς μιλώντας στη Βουλή για το μάθημα της Χειρουργικής στο Πανεπιστήμιο, είπε και τα ακόλουθα: «... Την εγχειριστικήν καθόσον καιρόν υπήρχε, την παρέδιδεν ο κύριος Πετσάλης, όστις ήτο δι' αυτήν επιτηδείοτατος. Η εγχειριστική, κύριοι, διδάσκεται εις το Νοσοκομείον των στρατιωτικών, κατέχεται πάντοτε από στρατιωτικούς. Μετά τον θάνατον του μακαρίτου Πετσάλη η εγχειριστική έμεινεν εις αργίαν, το αναγκαίον και σπουδαίον τούτο μάθημα παραδίδεται εις το πανεπιστήμιον, αλλά θεωρητικώς...».⁸

Ο Νικόλαος Πετσάλης υπήρξε ο πρώτος Έλληνας χειρουργός που μετεκπαιδεύτηκε ειδικά στη Χειρουργική. Στο σύντομο χρονικό διάστημα που έζησε πρόσφερε τη δική του συνεισφορά για την ανάπτυξη της νεοελληνικής ιατρικής επιστήμης καθώς και τη δική του μέθοδο διδασκαλίας στην εκπαίδευση των φοιτητών και των νέων γιατρών στην ειδικότητα της Χειρουργικής.



Ιστορία της Ιατρικής

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΕΤΣΑΛΗΣ (1813 Ή 1815-1853). Ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΛΑΠΑΡΟΤΟΜΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Βιβλιογραφία

1. Δ. Α. Δημητριάδης, «Νικόλαος Πετσάλης». Μεγάλη Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια, τόμος Κ' σ. 144.
2. Konstantin Kotsowilis, Die griechischen Studenten in München unter König Ludwig I von Bayern (von 1826 bis 1844). München 1995.
3. Κωνσταντίνος Κωτσοβίλης, «Επιφανείς εν Μονάχω σπουδάσαντες Έλληνες ιατροί κατά τη διάρκεια της βασιλείας του φιλέλληνος βασιλέως της Βαυαρίας Λουδοβίκου Α΄ (1826-1848)». Κεφάλαιο στον τόμο: Πρακτικά ημερίδας Ιστορίας της Ιατρικής εις μνήμην του ιστορικού της Ιατρικής Αριστοτέλη Κ. Σταυρόπουλου. Αθήνα 1996, σσ. 54-66.
4. ΓΑΚ. Αρχείο Βλαχογιάννη. Κυτίον Δ 56 «Ιατρικά». Λυτά έγγραφα. Χειρόγραφο αντίγραφο από το περιοδικό Στρατιωτικός Άγγελος. Το έγγραφο φέρει την ένδειξη: Στρατιωτικός Άγγελος Φυλλάδιον 15 Νοεμβρίου 1846 σελ. 356.
5. Πολυχρόνης Ενεπεκίδης, Αθηναϊκά-Αττικοβοιωτικά-Δωδεκανησιακά 1815-1980. Εκδόσεις Ωκεανίδα Αθήνα 1991, σ. 114.
6. Λ. Βλαδίμηρος, «Η συμβολή του Υγειονομικού του Στρατού στην εξέλιξη της ελληνικής Ιατρικής τον 19ο αιώνα». Ιατρικό Περισκόπιο, τεύχος 9 2004, σσ. 18-31.
7. Σ. Παπαδόπουλος, «Εφαρμογή του αιθέρος εις το Στρατιωτικόν Νοσοκομείον Αθηνών». Νέος Ασκληπιός ήτοι σύγγραμμα περιοδικόν των φυσικο-ιατρικών επιστημών. Φυλλάδιον 3 Αθήνησιν 1847, σσ. 97-100.
8. ΓΑΚ. Αρχείο Βλαχογιάννη. Κυτίον Δ 56 «Ιατρικά». Λυτά έγγραφα. Χειρόγραφο αντίγραφο. Το έγγραφο φέρει την ένδειξη: Επίσημος εφημερίς των συνελεύσεων Αθήναι 1863 σελ. 415 τόμος 2.

Θεόδωρος Τσιώνης, Ειδικός Γαστρεντερολόγος - Εξειδίκευση στην Επείγουσα Ιατρική (Notarzt)
DEGUM - Certified Υπερηχογραφιστής κοιλίας (DE), Γαστρεντερολογική Διάγνωση Σερρών
Επιστημονικός συνεργάτης Β' ΠΠ Κλινικής Γ.Ν.Θ Ιπποκράτειο

Εισαγωγή

Η ολοένα και ταχύτερη εξέλιξη της τεχνολογίας τον 21^ο αιώνα δεν θα μπορούσε να μην επηρεάσει έναν από τους βασικούς υπαρξιακούς πυλώνες του ανθρώπινου είδους, την ιατρική. Έτσι τα χέρια του κλινικού ιατρού έχουν πλέον συμπληρωθεί από αμέτρητες εξετάσεις διαφόρων ειδών που προσπαθούν να βοηθήσουν στη διαλεύκανση των καθημερινών κλινικών προβλημάτων. Το υπερηχογράφημα, έχοντας κάποια πολύ σημαντικά χαρακτηριστικά που το καθιστούν εύχρηστο, γρήγορο, εύκολα προσβάσιμο, οικονομικό και ιδιαίτερα αγαπητό από τον ασθενή αποτελεί εδώ και δεκαετίες έναν από τους βασικούς μας αρωγούς σε αυτή την προσπάθεια. Η προαναφερθείσα εξέλιξη της τεχνολογίας, μας οδήγησε την τελευταία δεκαετία να αναζητούμε υπερηχογραφικά πλέον παθολογίες σε ένα όργανο που μέχρι τώρα μας φάνταζε αόρατο, το έντερο.

Ποια νοσήματα μπορούμε να αναγνωρίσουμε στο υπερηχογράφημα εντέρου;

Οι πρώτες κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν το υπερηχογράφημα εντέρου δημοσιεύτηκαν το 2016 από την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία των Εταιριών για Υπερήχους στην Ιατρική και τη Βιολογία (EFSUMB)¹ και έως σήμερα έχουν συμπληρωθεί από αρκετές δημοσιεύσεις² που επεκτείνουν όλο και περισσότερο το φάσμα των ασθενειών στις

οποίες είναι χρήσιμη η διενέργεια υπερηχογραφήματος. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται συνήθεις καταστάσεις, όπως η οξεία σκωληκοειδίτιδα, η οξεία εκκολπωματίτιδα (Εικόνα 1), η εντερική απόφραξη, η διάτρηση κοίλου σπλάχνου, η εντερική ισχαιμία, οι νεοπλασίες (Εικόνα 2) αλλά και σπανιότερες νόσοι όπως η κοιλιοκάκη, η επιπλοϊκή αποφυσίτιδα, η κυστική ίνωση, η αμυλοείδωση και πολλές άλλες. Το ενδιαφέρον, ωστόσο, των περισσότερων ιατρών που ασχολούνται με το υπερηχογράφημα εντέρου κλινικά αλλά και ερευνητικά αφορά **τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ)**.

Τι εξοπλισμό χρειαζόμαστε για τη διενέργεια του εντερικού υπερηχογραφήματος;

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια της εξέτασης είναι η ύπαρξη ενός σύγχρονου μηχανήματος με ικανές τεχνικές προδιαγραφές. Οι δύο κεφαλές που απαιτούνται είναι μια Convex χαμηλών συχνοτήτων (συνήθως 1-6 Mhz) για την αρχική, γενική εκτίμηση της κοιλιάς που μας επιτρέπει να βλέπουμε σε μεγαλύτερο βάθος και μια κεφαλή υψηλότερων συχνοτήτων (>5Mhz) για την λεπτομερέστερη εκτίμηση του εντέρου στα πιο επιφανειακά τμήματα της κοιλιάς¹.

Τι προετοιμασία απαιτείται από τον ασθενή;

Σύμφωνα με τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες^{1,2}, δεν απαιτείται κάποια ιδιαίτερη προετοιμασία



Εικόνα 1. Υπερηχογραφική εικόνα ανεπίπλεκτης εκκολπωματίτιδας με εντοπισμό εκκολπώματος (λευκά βέλη), πάχυνση του εντερικού τοιχώματος και ρύπανση του περιτολικού λίπους



Εικόνα 2. Ανεύρεση μάζας στο σιγμοειδές, ύποπτης για κακοήθεια, σε ηλικιωμένο ασθενή με διάρροιες που αρνήθηκε τη διενέργεια κολονοσκόπησης και αξονικής τομογραφίας



Ελεύθερο Θέμα

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΕΝΤΕΡΟΥ

από τον ασθενή. Σε κάποιες περιπτώσεις, όπως π.χ. για την εκτίμηση της κινητικότητας του εντέρου ή για τη μέτρηση της αιματικής ροής στα σπλαχνικά αγγεία, συστήνεται η νηστεία για 6-8 ώρες πριν τη διενέργεια της εξέτασης. Αυτός είναι και ένας από τους βασικούς λόγους που οι ασθενείς προτιμούν το υπερηχογράφημα από τη μαγνητική εντερογραφία ή την κολονοσκόπηση (Εικόνα 3).

Πόσο εύκολη είναι η διενέργεια του υπερηχογραφήματος;

Το ιδανικό όργανο για την απεικόνιση στον υπέρηχο θα θέλαμε να είναι συμπαγές, χωρίς περιεχόμενο, χωρίς παρουσία αέρα, σε σταθερή θέση, με σταθερή ανατομία και να βρίσκεται πάντα επιφανειακά και κοντά στο κοιλιακό τοίχωμα, στοιχεία που φυσικά δεν μπορούν να χαρακτηρίσουν το έντερο, καθιστώντας το έτσι ένα από τα δυσκολότερα όργανα για υπερηχογραφική απεικόνιση. Η διεθνής εμπειρία, ωστόσο, μας αποδεικνύει ότι έχοντας αποκτήσει την απαραίτητη βασική εκπαίδευση στο υπερηχογράφημα κοιλίας^{1,4}, την εξειδικευμένη εκπαίδευση στο υπερηχογράφημα εντέρου και έχοντας την κατάλληλη εμπειρία, η διενέργεια του καθίσταται εφικτή ακόμα και στα πλαίσια ενός ιδιωτικού ιατρείου. Μια από τις βασικότερες προϋποθέσεις παραμένει η ύπαρξη ενός σύγχρονου μηχανήματος υπερήχων.

Ποιες παραμέτρους μπορούμε να αξιολογήσουμε με το υπερηχογράφημα εντέρου;

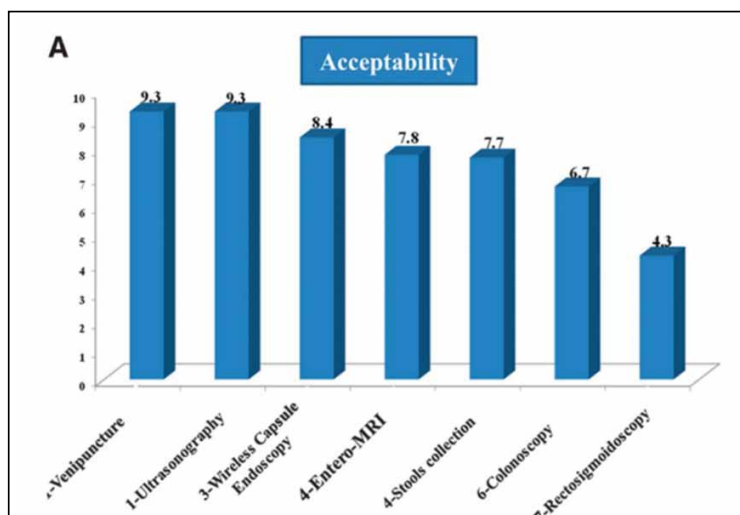
Πάχος εντερικού τοιχώματος – Bowel Wall Thickness (BWT)

Το πάχος του εντερικού τοιχώματος αποτελεί τον πιο σημαντικό, πιο χρησιμοποιούμενο και πιο αξιόπιστο δείκτη για την εκτίμηση της φλεγμονής σε οποιοδήποτε τμήμα του εντέρου. Ο δείκτης αυτός έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζεται εξαιρετικά τόσο με την ενδοσκοπική εικόνα όσο και με τους βιοχημικούς δείκτες φλεγμονής (πχ. CRP)^{2,4}.

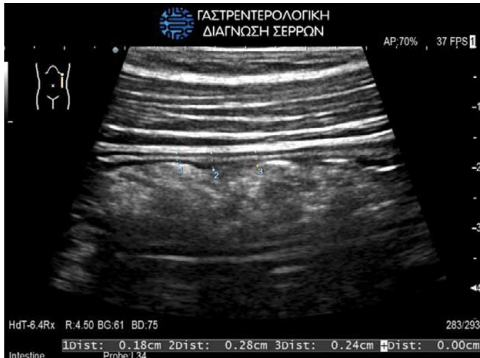
Η μέτρηση του πάχους BWT > 3mm μπορεί να θεωρηθεί σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες ως cut-off^{1,4} για το διαχωρισμό φυσιολογικού (Εικόνες 4-5) και παθολογικού τοιχώματος (Εικόνα 6) (εξαιρέση αποτελεί το ορθό και ο βολβός του δωδεκαδακτύλου που μπορεί να έχουν φυσιολογικά μεγαλύτερο πάχος).

Διαστρωμάτωση τοιχώματος – Bowel Wall Stratification (BWS)

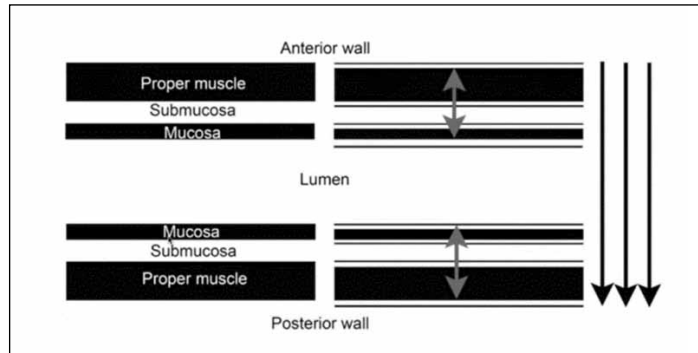
Οι διαφορετικές στοιβάδες του εντερικού τοιχώματος (Mucosa – Submucosa – Muscularis) είναι υπερηχογραφικά ορατές τόσο στο λεπτό όσο και στο παχύ έντερο σε φυσιολογικές αλλά και παθολογικές καταστάσεις (Εικόνα 7). Η απώλεια αυτής της διαστρωμάτωσης είναι κακός προγνωστικός παράγοντας και υποδηλώνει έντονη



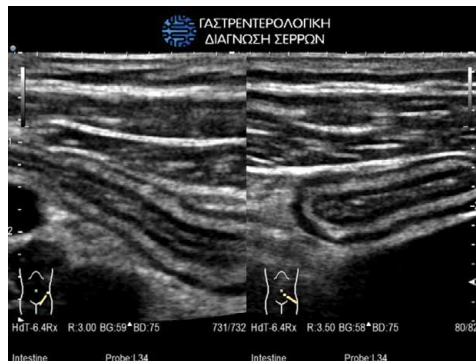
Εικόνα 3. Οι ασθενείς προτιμούν το υπερηχογράφημα σε σύγκριση με άλλες εξετάσεις³.



Εικόνα 4. Φυσιολογικό πάχος τοιχώματος σε τμήμα του κατιόντος.



Εικόνα 5. Σχηματική απεικόνιση της διαστρωμάτωσης του εντερικού τοιχώματος.



Εικόνα 6. Πάχυνση του εντερικού τοιχώματος >3mm στο ανιόν (δεξιά) και το σιγμοειδές (αριστερά) σε ασθενή με πανκολίτιδα.

φλεγμονώδη δραστηριότητα. Συνηθέστερα εντοπίζεται σε σοβαρές εξάρσεις ελκώδους κολίτιδας ή σε περιπτώσεις νόσου Crohn με έντονη διατοχωματική φλεγμονή^{2,4}.

Αγγείωση και αιματική παροχή (Limberg Score)

Η εκτίμηση της αγγείωσης του εντέρου αποτελεί το δεύτερο σημαντικότερο δείκτη αξιολόγησης της φλεγμονής. Σε περιπτώσεις έντονης φλεγμονής εντοπίζονται έντονο σήμα Doppler (Εικόνα 8), ενώ η ύπαρξη φυσιολογικής αγγείωσης μας απομακρύνει, υπό προϋποθέσεις, από το ενδεχόμενο φλεγμονώδους διεργασίας. Για τη εκτίμηση, ωστόσο, της αγγείωσης είναι απαραίτητη η σωστή ρύθμιση του υπερηχογραφικού μηχανήματος, καθώς λόγω της ύπαρξης μικρών αγγείων εντός του εντερικού τοιχώματος, υπάρχει κίνδυνος εσφαλμένων μετρήσεων. Τόσο στις κλινικές μελέτες, όσο και στην καθημερινή κλινική πράξη έχει καθιερωθεί η χρήση του Limberg Score (Εικόνα 9) για να είναι εφικτή η αντικειμενική καταγραφή των ευρημάτων^{4,5,6}.

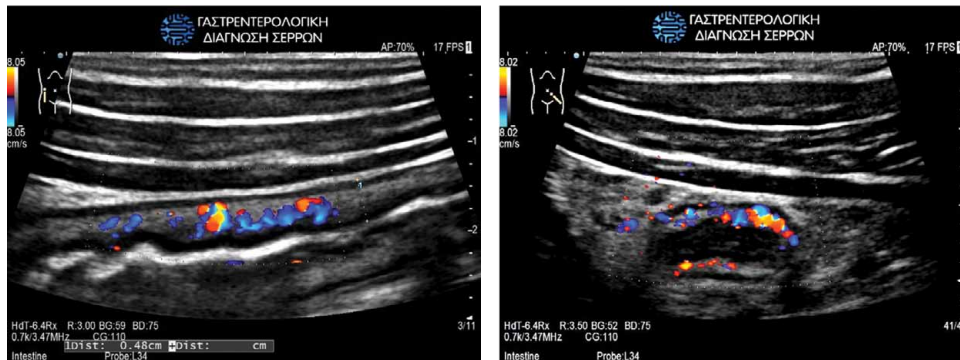


Εικόνα 7. Απώλεια της φυσιολογικής διαστρωμάτωσης του εντερικού τοιχώματος με παρουσία λεμφαδενοπάθειας σε ασθενή με σοβαρή ελκώδη κολίτιδα.



Ελεύθερο Θέμα

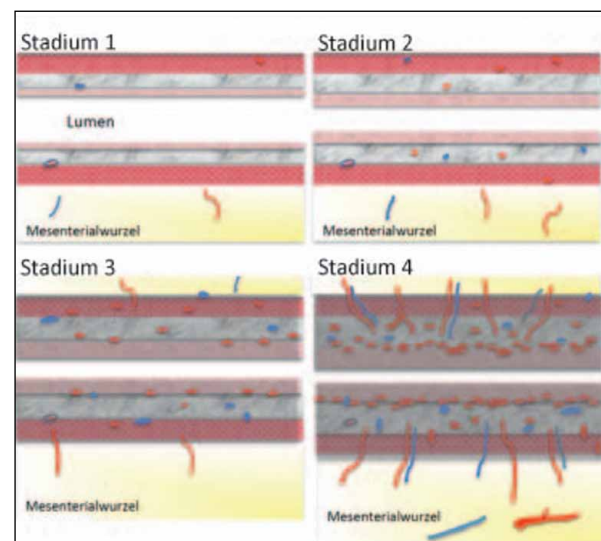
ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΕΝΤΕΡΟΥ



Εικόνα 8. Αυξημένο σήμα Doppler και πάχυνση του τοιχώματος σε ενεργό φλεγμονή.

Περικολικό λίπος και λεμφαδένες

Η ρύπανση του περικολικού λίπους αποτελεί ένα από τα συχνότερα ευρήματα σε περιπτώσεις φλεγμονής και λειτουργεί επικουρικά στην εντόπιση του φλεγμαίνοντος τμήματος εντέρου². Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ιδιαίτερα υπερηχογενές, συνήθως με έντονη αγγείωση και ξεχωρίζει σαφώς από τους παρακείμενους ιστούς (Εικόνα 10). Εντός του περικολικού λίπους εντοπίζονται αρκετές φορές διογκωμένοι λεμφαδένες (Εικόνα 11), η ύπαρξη, ωστόσο, των οποίων δεν έχει ειδικούς χαρακτήρες καθώς πολλές φορές εντοπίζονται χωρίς να συνυπάρχει κάποια ιδιαίτερη παθολογία του εντέρου.



Εικόνα 9. Limberg Score⁶.



Εικόνα 10. Ρύπανση περικολικού λίπους πλησίον φλεγμαίνουσας εντερικής έλικας.



Εικόνα 11. Ύπαρξη λεμφαδένων εντός του περικολικού λίπους.



Περιεχόμενο και περισταλτισμός εντέρου

Σε περιπτώσεις που υπάρχει υπόνοια ειλεού ή διαταραχές της κινητικότητας, είναι χρήσιμη η παρατήρηση του περιεχομένου και του περισταλτισμού του εντέρου. Ο ειλεός χαρακτηρίζεται από διατεταμένες εντερικές έλικες λεπτού εντέρου ($>2,5-3 \text{ cm}$)², γεμάτες υγρό, το οποίο μετακινείται με τις αναπνευστικές κινήσεις ελάχιστα εκατοστά χωρίς ωστόσο να προωθείται στον εντερικό αυλό.

Παρουσία ελεύθερου υγρού

Η παρουσία ελεύθερου υγρού μεταξύ των εντερικών ελίκων (Εικόνα 12) καθώς και σε διάφορα τμήματα της κοιλιάς αποτελεί άλλο ένα μη ειδικό εύρημα, το οποίο απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση². Η ποσότητα, η εντόπιση ακόμα και η ηχογένεια του υγρού μπορεί να μας δώσει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την προέλευση του. Σε νεαρές γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας ανευρίσκεται συχνά ως φυσιολογικό εύρημα στο δουγλάσειο χώρο ενώ σε περιπτώσεις φλεγμονής του εντέρου (ΙΦΝΕ, εκκολπωματίτιδα, σκωληκοειδίτιδα) ανευρίσκεται συνήθως πλησίον της φλεγμονής.

Εντοπισμός επιπλοκών

Οι επιπλοκές στη νόσο Crohn αποτελούν ένα συχνό διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα που οδηγεί πολύ συχνά τους ασθενείς σε επαναλαμβανόμενες απεικονιστικές

εξετάσεις. Το υπερηχογράφημα εντέρου, έχοντας συγκρίσιμη ευαισθησία και ειδικότητα τόσο με την αξονική όσο και με τη μαγνητική τομογραφία^{2,4} και έχοντας όλα τα πλεονεκτήματα που προαναφέρθηκαν, συστήνεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες για τον εντοπισμό αυτών των επιπλοκών. Σε κάποιες ιδιαίτερες περιπτώσεις και έχοντας την κατάλληλη εκπαίδευση μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλέβιο σκιαγραφικό (Sonovue) ή να εφαρμοστεί ελαστογραφία για τον περαιτέρω χαρακτηρισμό αποστημάτων ή στενώσεων. Οι μέθοδοι αυτοί, ωστόσο, στην Ελλάδα, λόγω της περιορισμένης βιβλιογραφίας, των αμφιλεγόμενων αποτελεσμάτων, της ελλιπούς κατάρτισης και του αυξημένου κόστους δεν είναι ευρέως διαδεδομένοι.

A. Στένωση

Η στένωση χαρακτηρίζεται υπερηχογραφικά από μείωση της διαμέτρου του αυλού $<10 \text{ mm}$, πάχυνση του τοιχώματος $>3 \text{ mm}$ και παρουσία προστενωτικής διάτασης ($>2,5-3 \text{ cm}$) (Εικόνα 13)². Το βασικότερο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα προκύπτει, ωστόσο, στη διάκριση μεταξύ οξείας φλεγμονής και χρόνιας στένωσης καθώς τα υπάρχοντα δεδομένα δεν μας επιτρέπουν να βγάλουμε σε όλες τις περιπτώσεις ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με τη φύση της στένωσης. Συνήθως, σε περιπτώσεις χρόνιας πάχυνσης του τοιχώματος παρατηρούμε ινώδη στοιχεία που διεισδύουν στον μυϊκό χιτώνα (Εικόνα 14), μειωμένο σήμα Doppler καθώς και περιορισμένη και αργή είσοδο σκιαγραφικού (Sonovue).

B. Συρίγγιο

Τα συρίγγια σε ασθενείς με νόσο Crohn είναι εφικτό να απεικονιστούν υπερηχογραφικά καθώς παρατηρείται λύση της συνέχειας του εντερικού τοιχώματος και σύνδεση του με παρακείμενες εντερικές έλικες ή όργανα (Εικόνα 15)^{2,4}. Οι περισσότερες περιπτώσεις εντοπίζονται σε σημεία έντονης φλεγμονής.

C. Απόστημα

Ο εντοπισμός πιθανού αποστήματος καθίσταται ακόμα ευκολότερος καθώς η εξέταση κατευθύνεται από την

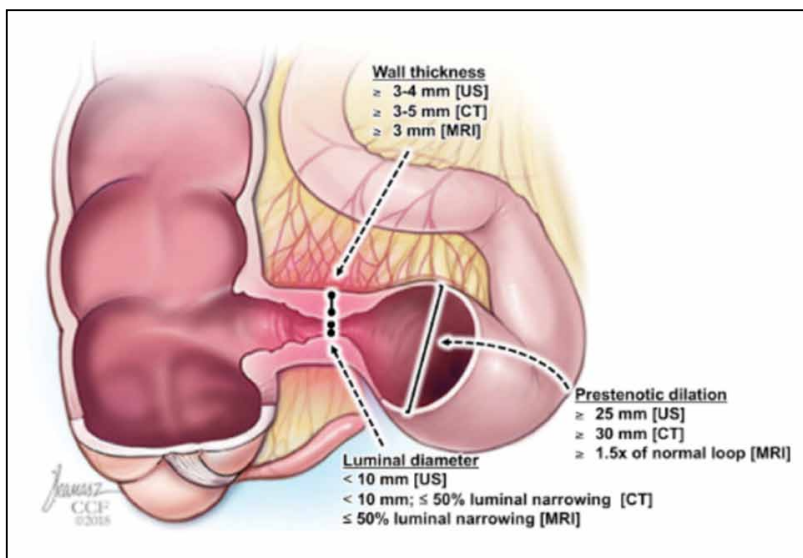


Εικόνα 12. Παρουσία ελεύθερου περιτοναϊκού υγρού μεταξύ εντερικών ελίκων.



Ελεύθερο Θέμα

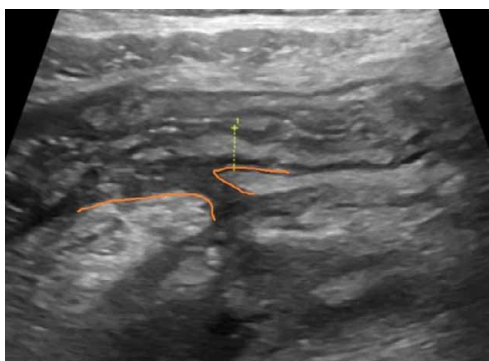
ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΕΝΤΕΡΟΥ



Εικόνα 13. Τυπικά ευρήματα σε στένωση εντέρου.



Εικόνα 14. Ινωτικά στοιχεία (λευκά βέλη) που διεισδύουν στο μυϊκό χιτώνα και συνηγορούν υπέρ χρονιότητας.



Εικόνα 15. Λύση της συνέχειας του εντερικού τοιχώματος λόγω ύπαρξης συριγγίου μεταξύ δύο εντερικών ελίκων.

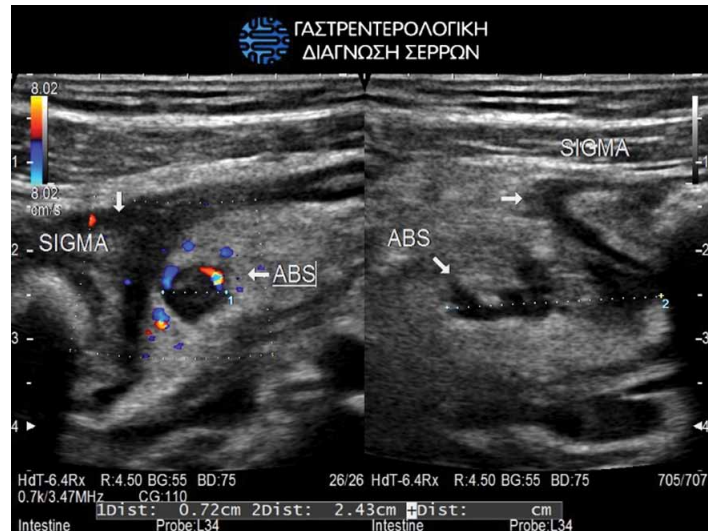
κλινική συμπτωματολογία του ασθενούς και το απόστημα συνήθως εντοπίζεται στο σημείο του μέγιστου πόνου. Σε αυτές τις περιπτώσεις απεικονίζεται έντονη φλεγμονή του εντερικού τοιχώματος με εξωεντερικά ευρήματα φλεγμονωδών οδών και οργανωμένων συλλογών (Εικόνα 16) με έντονη τοιχωματική αγγείωση και πιθανή ύπαρξη φυσαλίδων αέρα. Η εφαρμογή, μάλιστα, σκιαγραφικού μπορεί να βοηθήσει στη διάκριση μεταξύ αποστημάτων και διάχυτης φλεγμονής^{2,4}. Το υπερηχογράφημα μπορεί σε αυτές τις περιπτώσεις, όταν κριθεί αναγκαίο, να χρησιμοποιηθεί με μεγάλη ασφάλεια και ακρίβεια για

την παροχέτευση του αποστήματος, εφαρμόζοντας ένα ειδικό εξάρτημα-οδηγό στην κεφαλή του υπερήχου.

Πότε πρέπει να σκεφτούμε τη διενέργεια υπερηχογραφήματος εντέρου;

Το υπερηχογράφημα δεν αποτελεί αυτή τη στιγμή Gold Standard για τη διάγνωση παθολογιών του εντέρου, κάτι το οποίο οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι είναι μια πολύ πρόσφατη μέθοδος που δεν είναι ευρέως διαδεδομένη.

Όσον αφορά τα ΙΦΝΕ, το υπερηχογράφημα εντέρου συστήνεται ήδη από τις κατευθυντήριες οδηγίες της



Εικόνα 16. Παρουσία φλεγμονωδών οδών εξωεντερικά, έντονη ρύπανση περιτολικού λίπους και δημιουργία μικροαποστήματος σε περιοχή πλησίον φλεγμαίνοντος σιγμοειδούς.

ECCO/ESGAR⁴ και της EFSUMB^{1,2} ως ισοδύναμο με άλλες μεθόδους (CT, MRI, SBCE)¹⁷ και θα πρέπει να εφαρμόζεται σε κάθε νέα διάγνωση ΙΦΝΕ (κυρίως Νόσου Crohn), σε υπόνοια επιπλοκών της νόσου, σε κάθε υποτροπή της νόσου, σε εμφάνιση νέων συμπτωμάτων, σε εκτίμηση της μετεγχειρητικής πορείας των ασθενών, πριν την έναρξη νέας θεραπείας αλλά και σε ειδικές ομάδες ασθενών όπως τα παιδιά και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Το υπερηχογράφημα προτιμάται συνολικά από την αξονική τομογραφία λόγω του καλύτερου προφίλ ασφαλείας ενώ φαίνεται να υστερεί σε σχέση με τη μαγνητική τομογραφία στην εκτίμηση επιπλοκών εντός της πυέλου λόγω της δυσκολίας απεικόνισης της περιοχής. Σε αυτή την περίπτωση, εναλλακτικά συστήνεται το διορθικό υπερηχογράφημα με συγκρίσιμη ευαισθησία και ειδικότητα στον εντοπισμό επιπλοκών^{7,8}.

Μπορεί το υπερηχογράφημα εντέρου να αντικαταστήσει την ενδοσκόπηση στα ΙΦΝΕ;

Πολλές μελέτες έχουν δείξει μια εξαιρετική συσχέτιση της ενδοσκοπικής εικόνας με τα υπερηχογραφικά ευρήματα⁴, όμως, είναι ακόμα πολύ πρώιμο να συζητάμε για κατάργηση της ενδοσκόπησης στα ΙΦΝΕ την εποχή των βιολογικών παραγόντων που στοχεύουμε πλέον στην ιστολογική ύφεση. Έτσι, το υπερηχογράφημα

στοχεύει στο να μειώσει τον αριθμό των επαναλαμβανόμενων ενδοσκοπήσεων¹⁷ και να λειτουργήσει επικουρικά, ώστε οι πιθανές υποτροπές ή επιπλοκές να αναγνωρίζονται πρώιμα, ακόμα και σε περιόδους πλήρους ύφεσης, με συνέπεια να βελτιώνεται η αντιμετώπιση και η συνολική διαχείριση των ασθενών.

Οι πρώτες οδηγίες που εντάσσουν το υπερηχογράφημα στα πρωτόκολλα παρακολούθησης των ασθενών έχουν αρχίσει να δημοσιεύονται από ομάδες που ασχολούνται ενεργά με το αντικείμενο (TRUST study, TRUST & UC study)^{9,10} και πιθανότατα είναι θέμα χρόνου να ενταχθούν στις επόμενες κατευθυντήριες οδηγίες που θα ακολουθήσουν (Εικόνα 17).

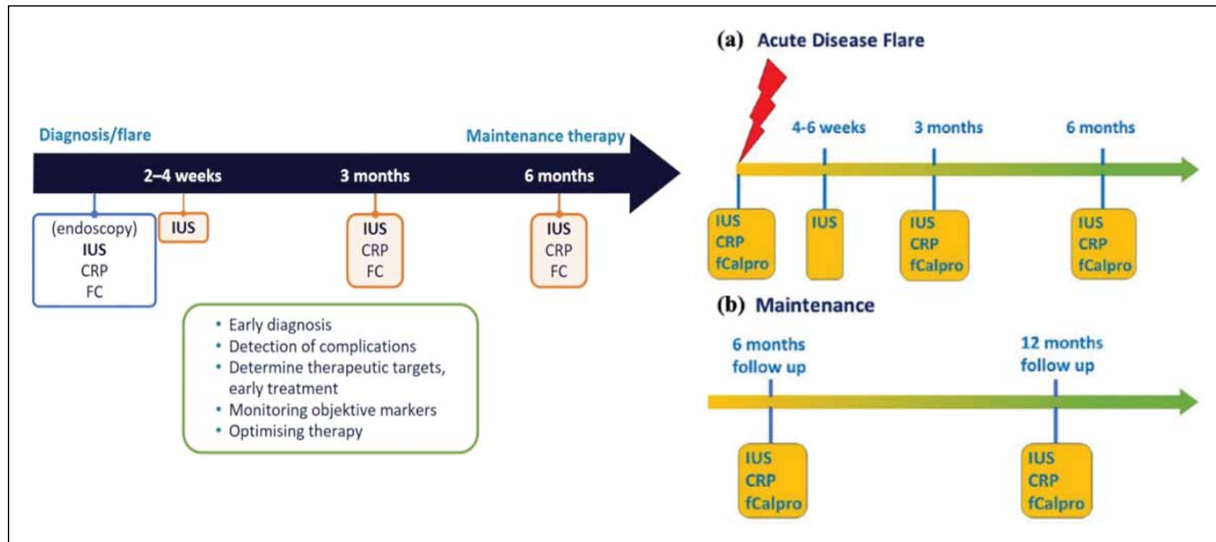
Μπορεί το υπερηχογράφημα εντέρου να προβλέψει την ανταπόκριση στη θεραπεία των ασθενών με ΙΦΝΕ και να οδηγήσει στην πρώιμη αλλαγή της θεραπείας;

Ένα από τα βασικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η γαστρεντερολογική κοινότητα στη διαχείριση των ασθενών με ΙΦΝΕ είναι να μπορέσει να επιλεγεί ο κατάλληλος ασθενής για την κατάλληλη θεραπεία καθώς, επίσης, και η αποτυχία μιας θεραπείας να αναγνωρίζεται εγκαίρως αποφεύγοντας έτσι μεγάλες περιόδους εξάρσεων που επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής των



Ελεύθερο Θέμα

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΕΝΤΕΡΟΥ

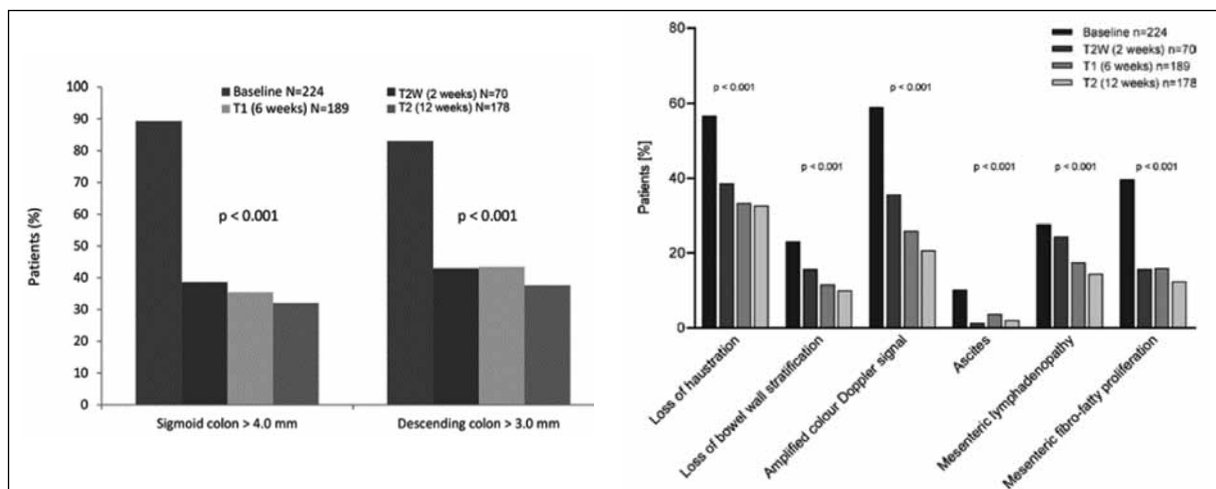


Εικόνα 17. Πενδεικτικοί αλγόριθμοι προτεινόμενοι από γερμανική ερευνητική ομάδα (TRUST Study, TRUST & UC Study) για την παρακολούθηση των ασθενών με ΙΦΝΕ, συμπεριλαμβάνοντας το υπερηχογράφημα εντέρου^{9,10}. Ελκώδης κολίτιδα (αριστερά), N. Crohn (δεξιά). IUS: Intestinal Ultrasound, FC/fCalpro: Faecal Calprotectin.

ασθενών και αυξάνουν την πιθανότητα βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων επιπλοκών.

Υπάρχουν πλέον αρκετά δημοσιευμένα δεδομένα^{9,10,11,12,13,14} τα οποία δείχνουν ότι **η ομαλοποίηση των παραγόντων που αξιολογούνται στο υπερηχογρά-**

φημα (ιδίως το πάχος τοιχώματος και η αγγείωση) σε αρκετά σύντομο χρονικό διάστημα μετά την έναρξη νέας θεραπείας (στην πλειονότητα των περιπτώσεων ακόμα και εντός 2 εβδομάδων – Εικόνα 18) **μπορεί όχι μόνο να αναγνωρίσει τους ασθενείς που θα ανταποκριθούν στη θεραπεία αλλά και να προβλέ-**



Εικόνα 18. Σε μια μεγάλη προοπτική μελέτη συνεργασίας 42 γερμανικών κέντρων παρατηρήθηκε ότι η βελτίωση των υπερηχογραφικών παραμέτρων εντός 2 εβδομάδων μετά την έναρξη νέας θεραπείας αποτελούσε θετικό προγνωστικό παράγοντα για ύφεση τουλάχιστον ενός έτους⁹.

ψει τη διατήρηση της ύφεσης τους έως και μετά από 2 έτη. Η διατήρηση, αντιθέτως, παθολογικών υπερηχογραφικών παραμέτρων 3 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας αποτελεί ένδειξη αποτυχίας της θεραπείας και μπορεί με ασφάλεια να οδηγήσει σε αλλαγή του θεραπευτικού πλάνου, χωρίς τη διενέργεια νέας ενδοσκόπησης.

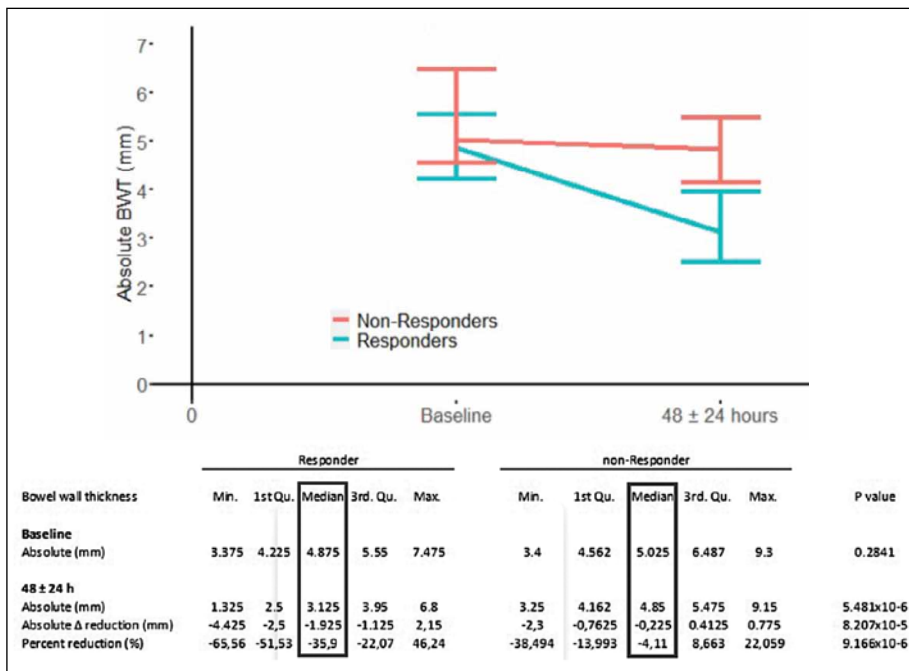
Αντίστοιχα ενθαρρυντικά ευρήματα δημοσιεύτηκαν πρόσφατα¹⁵ σχετικά με την ανταπόκριση στα κορτικοστεροειδή σε περιστατικά οξείας βαρείας ελκώδους κολίτιδας. Σύμφωνα με αυτά, οι ασθενείς που τελικά ανταποκρίθηκαν στα ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή και είχαν θετική έκβαση, εμφάνισαν 48 ± 24 ώρες μετά την έναρξη της θεραπείας μείωση κατά 35% του πάχους τοιχώματος, σε αντίθεση με του Non-Responders στους οποίους δεν παρατηρήθηκε κάποια ιδιαίτερη μεταβολή (Εικόνα 19). Οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το υπερηχογράφημα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ταυτοποιηθούν πρώιμα οι ασθενείς που χρήζουν θεραπείας διάσωσης με βιολογικούς

παράγοντες μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο καθυστέρησης έναρξης της θεραπείας και συνεπώς τον κίνδυνο χειρουργείου και επιπλοκών. Αναμένεται τα ευρήματα αυτά να επαληθευτούν με μεγαλύτερες πολυκεντρικές μελέτες (Εικόνα 19).

Η βελτίωση των υπερηχογραφικών παραμέτρων φαίνεται ρεαλιστικά, πλέον, ότι μπορεί να αποτελέσει έναν νέο θεραπευτικό στόχο στη θεραπεία των ΙΦΝΕ και απομένει στην επιστημονική κοινότητα όχι μόνο να καθορίσει με ακρίβεια τις παραμέτρους που πρέπει να αξιολογούνται (π.χ. σαφής καθορισμός των όρων TR: Transmural Response και TH: Transmural Healing)¹² αλλά και να δημιουργήσει αξιόπιστα validated scores (π.χ. IBUS-SAS)¹⁶ για την αντικειμενική καταγραφή και ερμηνεία των υπερηχογραφικών μετρήσεων.

Πως μπορεί να εκπαιδευτεί ένας γαστρεντερολόγος στην Ελλάδα στη διενέργεια του εντερικού υπερηχογραφήματος;

Σε αντίθεση με πολλές ευρωπαϊκές χώρες, δεν υπάρχει κάποια οργανωμένη εκπαίδευση στη χώρα μας που



Εικόνα 19. Οι ασθενείς με οξεία βαριά ελκώδη κολίτιδα που τελικά ανταποκρίθηκαν στα ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή παρουσίασαν μείωση του πάχους τοιχώματος κατά 35% ήδη 48 ± 24 ώρες μετά την έναρξη της θεραπείας¹⁵.



Ελεύθερο Θέμα

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΕΝΤΕΡΟΥ

να επικεντρώνεται στο εντερικό υπερηχογράφημα. Η απόκτηση άδειας από το κράτος για τη διενέργεια υπερήχων κοιλίας από γαστρεντερολόγους δεν επαρκεί στην πράξη για τη διενέργεια του και οποιαδήποτε προσπάθεια απόκτησης των απαραίτητων δεξιοτήτων καλύπτεται είτε έχοντας ειδικευτεί στην γαστρεντερολογία σε κράτη του εξωτερικού είτε από ανεξάρτητους οργανισμούς του εξωτερικού, οι πιστοποιήσεις των οποίων, ωστόσο, δεν αναγνωρίζονται επίσημα στη χώρα μας. Η πιο οργανωμένη προσπάθεια αφορά το IBUS-Group (International Bowel Ultrasound Group), στα πλαίσια του οποίου μπορεί κάποιος να εκπαιδευτεί στοιχειωδώς και να αρχίσει την ενασχόληση του με το συγκεκριμένο αντικείμενο.

Ποιο είναι το μέλλον του εντερικού υπερηχογραφήματος στη χώρα μας;

Το υπερηχογράφημα του εντέρου φαίνεται πως ήρθε να προστεθεί ως ένα σημαντικό εργαλείο στην καθημερινή κλινική μας πράξη. Αν καταφέρουμε να ξεπεράσουμε τις πολύ σημαντικές δυσκολίες που αφορούν την εκπαίδευση των γαστρεντερολόγων, πρωτίστως στον τομέα των υπερήχων κοιλίας και μετέπειτα εντέρου, είναι βέβαιο πως η όλο και ταχύτερη εξέλιξη της μεθόδου, θα καταφέρει να βελτιώσει την καθημερινότητα πολλών ασθενών μας που παρακολουθούνται σε όλες τις βαθμίδες υγείας της χώρας μας, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Βιβλιογραφία

1. Nylund K et al. EFSUMB Recommendations and Guidelines for Gastrointestinal Ultrasound, *Ultraschall in Med* 2017; 38: e1–15
2. Maconi G et al. EFSUMB Recommendations and Clinical Guidelines for Gastrointestinal Ultrasound (GIUS) in Inflammatory Bowel Diseases, *Ultraschall in Med* 2018; 39: 304–317
3. Anthony Buisson et al. Comparative Acceptability and Perceived Clinical Utility of Monitoring Tools: A Nationwide Survey of Patients with Inflammatory Bowel Disease, *Inflamm Bowel Dis* 2017;23:1425–1433
4. ECCO Guideline / Consensus Paper, A. Sturm et al. ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 2: IBD scores and general principles and technical aspects, *Journal of Crohn's and Colitis*, 2018, 273–290
5. Kunze G et al. Clinical Ultrasound in Inflammatory Bowel Disease, *Ultraschall in Med* 2019; 40: 132–162
6. Limberg B. Diagnostik von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen durch Sonographie, *Zeitschrift für Gastroenterologie* 1999; 37: 495–508
7. Schwartz DA et al. A comparison of endoscopic ultrasound, magnetic resonance imaging, and exam under anesthesia for evaluation of Crohn perianal fistulas, *Gastroenterology* 2001;121:1064–72.
8. Buchanan GNet al. Clinical examination, endosonography, and MR imaging in preoperative assessment of fistula in ano: comparison with outcome-based reference standard, *Radiology* 2004;233:674–81.
9. Maaser C et al. On behalf of the German IBD Study Group and the TRUST&UC study group, Intestinal ultrasound for monitoring therapeutic response in patients with ulcerative colitis: results from the TRUST&UC study *Gut* 2020;69:1629–1636.
10. Kucharzik T, Maaser C. Intestinal ultrasound and management of small bowel Crohn's disease. *Therap Adv Gastroenterol*, 2018 May
11. Ahmad Albshesh et al, Terminal Ileum Thickness During Maintenance Therapy Is a Predictive Marker of the Outcome of Infliximab Therapy in Crohn Disease, *Inflammatory Bowel Diseases*, Volume 26, Issue 10, October 2020, Pages 1619–1625
12. Helwig U et al Transmural Response and Transmural Healing Defined by Intestinal Ultrasound: New Potential Therapeutic Targets? *J Crohns Colitis*. 2022 Jan 28;16(1):57–67



- 13.** T Kucharzik et al, on behalf of the IBD DACH study group, P181 IBD patients with early clinical and sonographic improvements achieve better long-term outcomes than patients with clinical improvements alone – one-year interim results of the TRUST BEYOND study, Journal of Crohn's and Colitis, Volume 16, Issue Supplement_1, January 2022, Pages i247–i248
- 14.** Parente F et al. Are colonoscopy and bowel ultrasound useful for assessing response to short-term therapy and predicting disease outcome of moderate-to-severe forms of ulcerative colitis? a prospective study, Am J Gastroenterol 2010;105:1150
- 15.** J Fremberg Ilvemark et al. P520 Very early intestinal ultrasound predicts intravenous corticosteroid failure in hospitalized severe ulcerative colitis patient, Journal of Crohn's and Colitis, Volume 16, Issue Supplement_1, January 2022, Pages i475–i476
- 16.** Novak KL et al, Expert Consensus on Optimal Acquisition and Development of the International Bowel Ultrasound Segmental Activity Score [IBUS-SAS]: A Reliability and Inter-rater Variability Study on Intestinal Ultrasonography in Crohn's Disease. J Crohns Colitis. 2021 Apr 6;15(4):609-616
- 17.** Alfarone L et al. Cross-Sectional Imaging Instead of Colonoscopy in Inflammatory Bowel Diseases: Lights and Shadows. J Clin Med. 2022 Jan 12;11(2):353

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 IgG1 αντισώμα έναντι της υπερτενικίνης (IL)-12/23 που παράγεται σε μια κυτταρική γραμμή μελετώντας ποτυπικά με χρήση τεχνολογίας ανασυνδυασμένου DNA. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση. Το διάλυμα είναι διαυγές, άχρωμο ως ανοιχτό κίτρινο.

ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Θεραπευτικές ενδείξεις: **Νόσος του Crohn:** Το STELARA ενδείκνυται για τη θεραπεία ενήλικων ασθενών με μετριώς έως σοβαρά ενεργή νόσο του Crohn, οι οποίοι εμφανίζουν ανεπαρκή ανταπόκριση, απώλεια ανταπόκρισης ή δυσανεγία στη συμβατική θεραπεία ή σε ανταγωνιστή του TNFα ή παρουσιάζουν αντενδείξεις σε αυτές τις θεραπείες. **Εκδόχως κοιλίτιδα:** Το STELARA ενδείκνυται για τη θεραπεία ενήλικων ασθενών με μετριώς έως σοβαρά ενεργή εκδόχως κοιλίτιδα, οι οποίοι εμφανίζουν ανεπαρκή ανταπόκριση, απώλεια ανταπόκρισης ή δυσανεγία στη συμβατική θεραπεία ή σε θεραπεία με βιολογικό παράγοντα ή παρουσιάζουν αντενδείξεις σε αυτές τις θεραπείες. **Αντενδείξεις:** Υπερευαίσθησια 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:** **Ιχθυλασιμότητα:** Προκειμένου να βελτιωθεί η ιχθυλασιμότητα των βιολογικών φαρμακευτικών προϊόντων, το όνομα ή ο αριθμός πατίδας του χορηγούμενου φαρμάκου πρέπει να καταγράφεται με σαφήνεια. **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 λάμβαναν STELARA (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες). Έχουν αναφερθεί ευκαιριακές λοιμώξεις σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με ustekinumab. 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 θεραπείας κατά της 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 προηγουμένη 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 υπόδειξη στους ασθενείς να αναζητούν 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 λάμβαναν STELARA στα πλαίσια κλινικών μελετών ανέπτυξαν δερματικές και μη δερματικές κακοήθειες (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες). Δεν έχουν διεξαχθεί μελέτες που να περιλαμβάνουν ασθενείς με ιστορικό κακοήθειας ή μελέτες που να συνεχίζουν τη θεραπεία σε ασθενείς που αναπτύσσουν κακοήθεια κατά τη λήψη του STELARA. Συνεπώς, πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά η χρήση του STELARA στους ασθενείς αυτούς. Όλοι οι ασθενείς, ιδίως όσοι είναι ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών, ασθενείς με ιατρικό ιστορικό μακροχρόνιας λήψης ανοσοκατασταλτικής θεραπείας ή όσοι έχουν ιστορικό φωτοθεραπείας (PUVA), πρέπει να παρακολουθούνται για την εμφάνιση μη μελανοκυτταρικού καρκίνου του δέρματος (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες). **Συστηματικές και αναπνευστικές αντιδράσεις υπερευαίσθησιας:** **Συστηματικές:** Έχουν αναφερθεί σοβαρές αντιδράσεις υπερευαίσθησιας 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 υπερευαίσθησιας, πρέπει να ξεκινήσει κατάλληλη θεραπεία και να διακοπεί η χορήγηση του STELARA (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες). **Αντιδράσεις σχετιζόμενες με την έγχυση:** Αντιδράσεις σχετιζόμενες με την έγχυση έχουν παρατηρηθεί σε κλινικές δοκιμές (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες). Σοβαρές αντιδράσεις σχετιζόμενες με την έγχυση, συμπεριλαμβανομένων αναφυλακτικών αντιδράσεων στην έγχυση, έχουν αναφερθεί κατά την περίοδο μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Σε περίπτωση που παρατηρηθεί σοβαρή ή απειλητική για τη ζωή αντίδραση, θα πρέπει να ξεκινά κατάλληλη θεραπεία και το ustekinumab θα πρέπει να διακόπτεται. **Αναπνευστικές:** Έχουν αναφερθεί περιστατικά αλλεργικής κυψελίτιδας, ηωσινοφιλικής πνευμονίας και μη λοιμοδοξ οργανωτικής πνευμονίας κατά τη χρήση του ustekinumab μετά τη χορήγηση οξείας κυκλοφορίας. Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλάμβαναν βήχα, δύσπνοια και διάμεσες διηθήσεις μετά από μια έως τρεις δόσεις. Οι σοβαρές εκδόχως περιλάμβαναν 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, διακόψτε το ustekinumab και ξεκινήστε κατάλληλη θεραπεία (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες). **Εμβολιασμοί:** Συνιστάται να μη συγχորγούνται εμβόλια ζώντων ιών ή βακτηρίων (όπως ο Βακίλλος 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 λοιμώξεων από ζώντα εμβόλια σε ασθενείς που λάμβαναν 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 εξακολουθεί 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 αδρανισιοποιημένα ή μη ζώντα εμβόλια. Η μακροχρόνια θεραπεία με STELARA δεν καταστρέφει τη χημική ανοσολογική απόκριση στο πολυακχαριδικό εμβόλιο για τον πνευμονιοκόκο ή το εμβόλιο για τον τέτονο. **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 εκδόχως κοιλίτιδα, 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 (βλέπε παράγραφο Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπίδρασης). **Ανοσοθεραπεία:** Το STELARA δεν έχει αξιολογηθεί σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ανοσοθεραπεία για αλλεργία. Δεν είναι γνωστό εάν το STELARA μπορεί να επηρεάσει την ανοσοθεραπεία για αλλεργία. **Σοβαρές δερματοπάθειες:** Σε ασθενείς με ψωρίαση, έχει αναφερθεί αποφολιδωτική δερματίτιδα μετά από θεραπεία με ustekinumab (βλέπε παράγραφο Ανεπιθύμητες ενέργειες). Οι ασθενείς με ψωρίαση κατά λάθος ενδέχεται να αναπτύξουν ευρυθεροδερμική ψωρίαση στα πλαίσια της φυσικής πορείας του νοσήματός τους. Τα συμπτώματα της ευρυθεροδερμικής ψωρίασης ενδέχεται να μην διακρίνονται κλινικά από την αποφολιδωτική δερματίτιδα. Κατά την παρακολούθησή της ψωρίασης του ασθενούς, ο ιατρός θα πρέπει να επαγρυπνούν για συμπτώματα ευρυθεροδερμικής ψωρίασης ή αποφολιδωτικής δερματίτιδας. Εάν αυτά τα συμπτώματα εμφανιστούν, θα πρέπει να ακολουθηθεί κατάλληλη θεραπεία. Το STELARA θα πρέπει να διακόπτεται εάν υπάρχει υπόνοια αντίδρασης στο φάρμακο. **Ειδικό πληθυσμός: 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 εγκεκριμένες ενδείξεις, ωστόσο ο αριθμός των ασθενών ηλικίας 65 ετών και άνω δεν ήταν επαρκής ώστε να καθορισθεί εάν οι ασθενείς αυτοί ανταποκρίνονται διαφορετικά από τους νεότερους ασθενείς. Λόγω της υψηλότερης επίπτωσης λοιμώξεων γενικά στον ηλικιωμένο πληθυσμό, η θεραπεία πρέπει να γίνεται με προσοχή στους ηλικιωμένους. **Περιοζόμενο σε νεύρα:** Το STELARA περιέχει λιγότερο από 1 mmol νατρίου (23 mg) ανά δόση, είναι αυτό που ονομάζουμε «εύθερο νατρίου». Ωστόσο, το STELARA αραιώνεται με διάλυμα γλυκώριου 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:** **Σύννοση του προφίλ ασφαλείας:** Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (> 5%) στις ελεγχόμενες περιόδους των κλινικών μελετών της ψωρίασης, της ψωριασικής αρθρίτιδας, της νόσου του Crohn και της εκδόχως κοιλίτιδας σε ενήλικες με το ustekinumab ήταν ρινοφαρυγγίτιδα και κεφαλαλγία. Οι περισσότερες από αυτές θεωρήθηκαν ήπιες και δεν επηρέασαν τη διακοπή της θεραπείας της μελέτης. Η πιο σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια που έχει αναφερθεί για το STELARA είναι σοβαρές αντιδράσεις υπερευαίσθησιας 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 εκδόχως κοιλίτιδα. **Κατάλογος ανεπιθύμητων ενεργειών σε πίνακα:** Τα δεδομένα ασφαλείας που περιγράφονται παρακάτω αντιστοιχούν στην έκθεση ενήλικων που 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 εκδόχως κοιλίτιδα). Από περιλαμβανόμενων έκθεση στο STELARA στις ελεγχόμενες ή με ελεγχόμενες περιόδους των κλινικών μελετών για τουλάχιστον 6 μήνες ή 1 έτος (4.577 και 3.253 ασθενείς, αντιστοίχως, με ψωρίαση, ψωριασική αρθρίτιδα, νόσο του Crohn ή εκδόχως κοιλίτιδα) και έκθεση για τουλάχιστον 4 ή 5 έτη (1.482 και 838 ασθενείς με ψωρίαση, αντιστοίχως). Ο Πίνακας 2 παρέχει έναν κατάλογο των ανεπιθύμητων ενεργειών από κλινικές μελέτες για την ψωρίαση, την ψωριασική αρθρίτιδα, τη νόσο του Crohn και την εκδόχως κοιλίτιδα σε ενήλικες, καθώς επίσης και ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν από την εμπειρία μετά την κυκλοφορία. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες ταξινομήθηκαν κατά την Κατηγορία Οργάνου Συστήματος και τη συχνότητα εμφάνισης, χρησιμοποιώντας την ακόλουθη συνήληξη: Πολύ συχνές (> 1/10), Συχνές (> 1/100 έως < 1/10), Όχι συχνές (> 1/1.000 έως < 1/100), Σπάνιες (< 1/10.000 έως < 1/100), 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: Λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, ρινοφαρυγγίτιδα, παραρρινοκολπίτιδα, Οχι συχνές: Κυτταρίτιδα, οδοντικές λοιμώξεις, έρπης ζωστήρ, λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, ιογενής λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, αιδιοκολική μυκητική λοίμωξη
Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος	Οχι συχνές: Αντιδράσεις υπερευαίσθησιας (συμπεριλαμβανομένων εξανθήματος, κνίδωσης) Σπάνιες: Σοβαρές αντιδράσεις υπερευαίσθησιας (συμπεριλαμβανομένων αναφυλαξίας, αγγειοοίδηματος)
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 μεσοθωράκιου	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: Φλυκταίνουσες ψωρίαση, αποφολιδωση δερματός, ακμή Σπάνιες: Αποφολιδωτική δερματίτιδα, αγγειίτιδα από υπερευαίσθησια Πολύ σπάνιες: Πομφολυγώδες πεμφιογιοίδες
Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού	Συχνές: Οσφυαλγία, μυαλγία, αρθραλγία
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης	Συχνές: Κόπωση, ερυθμία στη θέση ένεσης, άλγος της θέσης ένεσης Οχι συχνές: Αντιδράσεις στη θέση ένεσης (συμπεριλαμβανομένων της αιμορραγίας, αιματώματος, σκλήρυνσης, οίδηματος και κνησμού), εξάσθηση

* Βλέπε παράγραφο Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση. Συστηματικές και αναπνευστικές αντιδράσεις υπερευαίσθησιας.

Περιγραφή επιλεγμένων ανεπιθύμητων ενεργειών: Λοιμώξεις: Στις ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες σε ασθενείς με ψωρίαση, ψωριασική αρθρίτιδα, νόσο του Crohn και εκδόχως κοιλίτιδα, τα ποσοστά λοιμώξεων ή σοβαρών λοιμώξεων ήταν παρόμοια μεταξύ των ασθενών που λάμβαναν ustekinumab και εκείνων που λάμβαναν εικονικό φάρμακο. Στην ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο περίοδο αυτών των κλινικών μελετών, το ποσοστό λοιμώξεων ήταν 1,36 ανά άνθρωπο-έτος παρακολούθησης για τους ασθενείς που λάμβαναν ustekinumab και 1,34 για τους ασθενείς που λάμβαναν εικονικό φάρμακο. Σοβαρές λοιμώξεις εμφανίστηκαν σε ποσοστό 0,03 ανά άνθρωπο-έτος παρακολούθησης για τους ασθενείς που λάμβαναν ustekinumab (30 σοβαρές λοιμώξεις σε 930 άνθρωπο-έτος παρακολούθησης) και 0,03 για τους ασθενείς που λάμβαναν εικονικό φάρμακο (15 σοβαρές λοιμώξεις σε 434 άνθρωπο-έτος 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 εκδόχως κοιλίτιδα, που αντιπροσωπεύουν 11.581 άνθρωπο-έτος 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 εκδόχως κοιλίτιδα. Το ποσοστό λοιμώξεων ήταν 0,91 ανά άνθρωπο-έτος παρακολούθησης για τους ασθενείς που λάμβαναν ustekinumab και το ποσοστό σοβαρών λοιμώξεων ήταν 0,02 ανά άνθρωπο-έτος παρακολούθησης για τους ασθενείς που λάμβαναν ustekinumab (199 σοβαρές λοιμώξεις σε 11.581 άνθρωπο-έτος παρακολούθησης) και οι σοβαρές λοιμώξεις που αναφέρθηκαν περιλάμβαναν πνευμονία, απόστημα του πριώτου, κυτταρίτιδα, εκκολπυματίτιδα, γαστρεντερίτιδα και ιογενείς λοιμώξεις. Σε κλινικές μελέτες, ασθενείς με λανθάνουσα φυματίωση που παράλληλα λάμβαναν αγωγή με ισοαζιδό δεν ανέπτυξαν φυματίωση. **Κακοήθειες:** Στην ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο περίοδο των κλινικών μελετών σε ασθενείς με ψωρίαση, ψωριασική αρθρίτιδα, νόσο του Crohn και εκδόχως κοιλίτιδα, η επίπτωση κακοήθειας, εξαιρουμένου του μη μελανοκυτταρικού καρκίνου του δέρματος, ήταν 0,11 ανά 100 άνθρωπο-έτος παρακολούθησης για τους ασθενείς που λάμβαναν ustekinumab (1 ασθενής σε 929 άνθρωπο-έτος παρακολούθησης) σε σύγκριση με 0,23 για τους ασθενείς που λάμβαναν εικονικό φάρμακο (1 ασθενής σε 434 άνθρωπο-έτος παρακολούθησης). Η επίπτωση του μη μελανοκυτταρικού καρκίνου του δέρματος ήταν 0,43 ανά 100 άνθρωπο-έτος παρακολούθησης για τους ασθενείς που λάμβαναν ustekinumab (4 ασθενείς σε 929 άνθρωπο-έτος παρακολούθησης) σε σύγκριση με 0,46 για τους ασθενείς που λάμβαναν εικονικό φάρμακο (2 ασθενείς σε 433 άνθρωπο-έτος παρακολούθησης). Στις ελεγχόμενες και μη ελεγχόμενες περιόδους των κλινικών μελετών για την ψωρίαση, την ψωριασική αρθρίτιδα, τη νόσο του Crohn και την εκδόχως κοιλίτιδα, που αντιπροσωπεύουν 11.561 άνθρωπο-έτος 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 εκδόχως κοιλίτιδα. Αναφέρθηκαν κακοήθειες, εξαιρουμένου του μη μελανοκυτταρικού καρκίνου του δέρματος, σε 62 ασθενείς σε 11.561 άνθρωπο-έτος παρακολούθησης (επίπτωση 0,54 ανά 100 άνθρωπο-έτος παρακολούθησης για τους ασθενείς που έλαβαν ustekinumab). Η επίπτωση κακοήθειας που αναφέρθηκε στους ασθενείς που έλαβαν ustekinumab ήταν συγκρίσιμη με την επίπτωση που αναμένεται στο γενικό πληθυσμό (προτυπώμενο ηπλικο επίπτωσης= 0,93 [δίσταμη εμπιστοσύνης 95%: 0,71, 1,20], προσαρμοζόμενο 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 άνθρωπο-έτος παρακολούθησης για τους ασθενείς που έλαβαν ustekinumab (56 ασθενείς σε 11.545 άνθρωπο-έτος 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 υπερευαίσθησιας και αντιδράσεις στην έγχυση:** Στις μελέτες επαγωγής με ενδοφλέβια χορήγηση για τη νόσο του Crohn και την εκδόχως κοιλίτιδα, δεν αναφέρθηκαν επεισόδια αναφυλαξίας ή άλλες σοβαρές αντιδράσεις στην έγχυση μετά από την ερπώδη 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 συνδεόταν στη διάρκεια της έγχυσης ή εντός μίας ώρας από αυτήν. Σοβαρές αντιδράσεις σχετιζόμενες με την έγχυση, συμπεριλαμβανομένων αναφυλακτικών αντιδράσεων στην έγχυση, έχουν αναφερθεί κατά την περίοδο μετά την κυκλοφορία του προϊόντος (βλέπε παράγραφο Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση). **Παιδιατρικός πληθυσμός: Παιδιατρικοί ασθενείς ηλικίας 6 ετών και άνω με ψωρίαση κατά λάθος:** Η ασφάλεια του ustekinumab έχει μελετηθεί σε δύο φάσεις 3 μελέτες σε παιδιατρικούς ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή ψωρίαση κατά λάθος. 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 λάθος. **Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών:** Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση οδούς κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιπλέον, η συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος, ζήτηται 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 2106549585, Ιστοτόπο: <http://www.eod.gr>. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΔΕΛΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Βέλγιο. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΔΕΛΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EU/1/08/494/005. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 12 Νοεμβρίου 2021. Λεπτομέρειες πληροφοριών για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμες στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: <http://www.ema.europa.eu>. **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:** Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση από ιατρό με κατάλληλη ειδικευση 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 26ML	2009,02€	2439,56€

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 ζητούμενο για την αφίσα της διημερίδας ήταν η σύνδεση της γαστρεντερολογίας με το μέλλον.

Στη δική μου αντίληψη όλο το φάσμα της εξέλιξης της ιατρικής, στηρίζεται πλέον κατά κύριο λόγο στην επιστήμη της πληροφορικής, η οποία εξελίσσεται με τη σειρά της με αδιανόητη μέχρι πρότινος ταχύτητα ξεπερνώντας καθημερινά τον εαυτό της.

Και αυτό είναι ένα αισιόδοξο μέλλον.

Μίλτος Σκούρας



Pariet[®]
rabeprazole



ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

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

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ

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

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



Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:
JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.
Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000
www.janssen.com.gr
CP131922

Βεβαιώστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφάνετα
ΟΛΕΣ τις αντιπαραγωγικές ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



Προώθηση και Διανομή από τη:

BIANEX Α.Ε.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

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

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000