

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Οκτώβριος - Νοέμβριος - Δεκέμβριος 2022 | Τεύχος

62

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

Φεύγει ο παλιός ο χρόνος

Η τεχνητή νοημοσύνη
στην κολonoσκοπήση

MicroRNAs κοπράνων:
εκκολλητόμενοι βιοδείκτες
εντερικών παθήσεων

Νεότερα δεδομένα
για την ηπατίτιδα Δ

Altmetrics: ένας
αναδυόμενος δείκτης
αξιολόγησης των μελετών



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



Λ.Τ.: 80,35€



Stelara[®] στα ΙΦΝΕ

(ustekinumab)



1.375.000

ανθρωπο-έτη εμπειρίας¹

- ✓ **ΑΜΕΣΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ**
- ✓ **ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΥΦΕΣΗ**
- ✓ **ΜΕ ΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ^{2,3}**



Βιβλιογραφία: 1. Sandborn W. et al, Inflamm Bowel Dis 2020, doi:10.1093/ibd/izaa236. 2. Stelara[®] 130 mg Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος. 3. Stelara[®] 90 mg και 45 mg Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος. Για την Περίληψη 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*

Αυτόματος απολυμαντής

>> Ο απολυμαντής εύκαμπτων ενδοσκοπίων **ISA™** αντιπροσωπεύει μια μοναδική νέα γενιά αυτοματοποιημένων απολυμαντών ενδοσκοπίων.

>> Παρέχει όλα τα εργαλεία για την αποτελεσματική απολύμανση των εύκαμπτων ενδοσκοπίων σας:

- Χρόνος κύκλου πλύσης σε 20 λεπτά.
- Δυνατότητα υγρής αποστείρωσης των ενδοσκοπίων.
- Διαθέτει ποδοδιακόπτη (λειτουργία hands-free) για μεγαλύτερη ευελιξία του χρήστη και την αποφυγή διασταυρούμενης μόλυνσης
- Συμμόρφωση προς τα πρότυπα ISO 15883-1/-4/-5.



ΕΜΠΕΙΡΙΑ & ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΩΝ

Σύστημα Στεγνώματος Εύκαμπτων Ενδοσκοπίων EndoDRY™

- >> Το **EndoDRY™** είναι σύστημα στεγνώματος και αποθήκευσης εύκαμπτων ενδοσκοπίων σε οριζόντια θέση με τα εξής χαρακτηριστικά:
- >> Πιστοποιημένος χρόνος αποθήκευσης των ενδοσκοπίων έως 31 ημέρες
- >> Μόνιμος αερισμός των καναλιών του ενδοσκοπίου καθώς επίσης και κυκλοφορία του αέρα για στέγνωμα στο εξωτερικό μέρος των ενδοσκοπίων
- >> Χρόνος ελέγχου αποθήκευσης για κάθε ενδοσκόπιο
- >> Εισαγωγή/εξαγωγή της κασέτας του ενδοσκοπίου χωρίς το άγγιγμα του ενδοσκοπίου
- >> Εγγραφή κύκλου και διαχείριση δεδομένων
- >> SMART light: LED functional light για οπτικό έλεγχο των ενδοσκοπίων
- >> Ενσωματωμένη μονάδα φίλτρου αέρα με φίλτρο HEPA με επίπεδο 0,01μm
- >> Διαφανείς θωρακισμένες πόρτες από γυαλί



• ΑΘΗΝΑ:

Εθν. Αντιστάσεως 93,
Νέο Ψυχικό, 154 51
Τηλ.: (+30) 210 67 90 000

• ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ:

Πλ. Σιντριβανίου 4, 546 21
Τηλ.: (+30) 2310 233 251

• ΠΑΤΡΑ • ΙΩΑΝΝΙΝΑ • ΗΡΑΚΛΕΙΟ
• ΧΑΝΙΑ • ΛΑΡΙΣΑ • ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑ

info@papapostolou.gr
www.papapostolou.gr

ENDODRY®
Storage & Drying System | Dry & Store

MEDIVATORS
A Cante Medical Company



ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	4
ΧΡΟΝΟΣ ΓΗΤΕΥΤΗΣ, ΚΑΙΡΟΣ ΠΛΗΣΙΣΤΙΟΣ	
ΝΕΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΑΙΡΑ	7
• ΤΟ ΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΑΠΕΡΧΟΜΕΝΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε. • ΤΟ ΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΝΕΟΕΚΛΕΓΕΝΤΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε. • ΤΟ ΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΗΣ 19ΗΣ ΕΤΗΣΙΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.	
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	15
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟ κ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟ ΓΚΟΥΜΑ	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	20
Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ: ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	23
ΤΑ microRNAs ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΩΣ ΔΥΝΗΤΙΚΟΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	26
ALTMETRICS: ΕΝΑΣ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ	
HOW TO DO IT	28
ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΛΗΨΗΣ ΥΛΙΚΟΥ ΜΕΣΩ ΕΥΣ. TIPS AND TRICKS	
ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	38
ΙΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Δ. ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	46
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ. ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ	
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	51
ΕΞΩΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ	
ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	56
ΦΩΤΕΙΝΟΣ ΠΑΝΑΣ (1832-1903)	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	60
Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΧΩΡΟ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ	

Ιδιοκτήτης:

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

Εκδότης & Υπεύθυνος

παρά τω νόμω:

Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Σπυρίδων Γούλας

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:

Σπυρίδων Γούλας

Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος

Γιώργος Τζιάτζιος

Παρασκευάς Γκολφάκης

Χάρης Τσιώνης

Σπύρος Βρακάς

Αθανάσιος Σιούλας

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

Πρόεδρος: Σπυρίδων Γούλας

Αντιπρόεδρος: Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος

Γεν. Γραμματέας: Ηλίας Γρίβας

Ειδ. Γραμματέας: Παρασκευή Πολύζου

Ταμίας: Γιώργος Τζιάτζιος

Μέλη: Δημήτριος Δανδάκης,

Νικόλαος Μαργέτης

Νομική Σύμβουλος: Άννα Τσίτουρα

Γραμματεία: Μαρία Γενναδοπούλου

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

Χρόνος γητευτής, καιρός πλησίστιος

...Κι αν όλα μοιάζουν σκοτεινά κι έρημος έχεις μείνει
μην πεις ποτέ σου "είναι αργά" -τ' ακούς- ό,τι κι αν γίνει...

Αντώνης Σαμαράκης (1919-2003)

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Ο χρόνος είναι, αναμφίβολα, η ζώσα παράμετρος του χωρόχρονου, η σημαντικότερη ίσως διάστασή του. Κατά πολλούς, ο χρόνος έχει νόημα ως ποιότητα του επιστητού μόνο σε συνάφεια με την ύπαρξη των έλλογων έμβιων όντων, δηλαδή του ανθρώπου. Η παρουσία του χρόνου χαρακτηρίζεται από εκκωφαντική σιωπή: ο χρόνος δεν μιλά · αυτό όμως δεν εμποδίζει το σώφρον πνεύμα να αντλήσει ό,τι εκείνος προτρέπει να του επικοινωνήσει. Ο χρόνος δεν ακούει · όμως διδάσκει, νουθετεί, εμποτίζει τις ψυχές με ιερή παρακαταθήκη. Ο χρόνος επάγει ψιχο-στιξία : λειτουργώντας άλλοτε ως ιατήρας, ενίοτε δε ως πολιορκητής, καταλείπει στίγματα ανεξίτηλα στους μύχους της ψυχής μας. Ο χρόνος περνά δίπλα μας αδυσώπητα, με ρυθμό προκαθορισμένο. Αν και παραμένει διαχρονικά ασυμπίεστος, καταφέρνουμε πλειστάκις να τον συμπυκνώσουμε : αυτό επιτυγχάνεται μόνο όταν αποδίδουμε ειδικό συγκινησιακό φορτίο στις πράξεις μας ή όταν με σύνεση χωρέσουμε σ' αυτόν έναν εαυτό απαλλαγμένο από περιττές ανάγκες. Νιώθουμε, τότε, πως ο χρόνος μας αγκαλιάζει. Πολύ περισσότερο, όταν ο χρόνος είναι μεστός γεγονότων, τον αισθανόμαστε ως σύμμαχο. Ο χρόνος είναι θεσμός, αντιπαλεύει την ειρωνεία της ιστορίας. Και αυτό, διότι συχνά συνάπτουμε μαζί του συμφωνίες αμοιβαίας ωφέλειας : εμείς τον αξιοποιούμε κατά τον βέλτιστο τρόπο, ενώ εκείνος βρίθει ψιμυθίων από τα δημιουργήματά μας, καταξιώνεται δηλαδή μέσα από τα λαμπρά σύμπαντα που τίκτει η ανθρώπινη διάνοηση.

Ο χρόνος μετονομάζεται συχνά σε **καιρό**, για να απεκδυθεί τον μανδύα της προσωρινότητας και να απεμπολήσει τον χαρακτήρα της ματαιότητας. Επιπροσθέτως, με τις υποδιαίρεσεις που του χρεώνουμε, με τον μηδενισμό που με περισσή ευκολία τον "καθελώνουμε" (δηλαδή με τις κατά το δοκούν επανεκκινήσεις μας) και με τον πληθυντικό που επιλέγουμε (**χρόνια**) αντί για τον ενικό (**χρόνος**), αυταπατόμαστε πως είμαστε επικυρίαρχοι στην ισχύ του. Ο χρόνος είναι ψυχρός και τυφλός. Ωστόσο, οι ύπουλες αυτές ιδιότητές του δεν μας αγγίζουν, εάν βιώσουμε εμπράκτως **1** τη σημασία του χρονισμού (timing), το να συμπράττουμε δηλαδή με αλληλεγγύη στον κατάλληλο χρόνο και **2** την αξία του συγχρονισμού, το να συντονίζουμε δηλαδή τη συχνότητα του νοηματικού μας βηματοδότη με το ρολόι του καιρού που κυλά. Επιπλέον, είναι χρήσιμο να μη λησμονούμε, πως ο χρόνος μας ανήκει. Μας ασκεί γοητεία, διότι είναι φεγγοβόλος. **Πάντοτε** είναι έτοιμος να μας δοθεί : θα τον εγκολπωθούμε, εάν τον κερδίσουμε. Είναι επιδραστικός, εάν συνειδητοποιήσουμε, ότι είναι καλοδεχούμενος σε **κάθε** στιγμή του, εάν κατανοήσουμε πως **κάθε** λεπτό της ζωής μας είναι αφορμή να συμφιλιωθούμε με αυτόν (**ιδού νυν καιρός ευπρόσδεκτος, Β' Κορ. 6,2**). Ο χρόνος μεταπλάθει τις στιγμές μας, μας σμιλεύει και φουσκώνει με αέρα τα ιστία μας. Ο χρόνος παράγει αγαθά αποτελέσματα σε όσους (πρόσωπα, οργανισμούς, κοινότητες, έθνη) του συμπεριφέρονται με τρόπο που δεν του δίνουν το δικαίωμα να τους αλλοτριώσει, να τους εξουσιάσει, να τους δαμάσει.

Έχοντας κατά νου τα προλεχθέντα, η σύγχρονη σκαιά πραγματικότητα προκαλεί το ηθικό μας κριτήριο. Το έτος που μόλις αποχαιρετήσαμε χαρακτηρίστηκε από τον νεοπαγή όρο **μονιμοκρίση (permacrisis)**, σύμπλοκη έννοια που νοηματοδοτεί περίοδο αστάθειας. Η μονιμοκρίση αναφέρεται στη διαβίωση σε συνθήκες ανασφάλειας, που αναβλύζουν από τις κρίσεις που σοβούν παράλληλα (οικονομική, υγειονομική, αξιακή, κλιματική, ενεργειακή, πολεμική, εργασιακή). Αν και η ρίζα των σύγχρονων ακανθωδών προβλημάτων οφείλεται στην αστοχία των

Άρθρο Σύνταξης



κρατούντων να αναπληρώνουν το κενό που αφήνει η εκάστοτε κρίση και να γονιμοποιούν έγκαιρα τις ημέρες της στενωπού με σπόρους προόδου, ο εξοστρακισμός της τοξικότητας δεν είναι αποκλειστική υποχρέωση του κράτους. Η συνεισφορά καθενός από εμάς στην αντιμετώπιση της μονιμοκρίσης είναι απόλυτα επιβεβλημένη. Μόνο εάν παρακολουθήσουμε πιστά τον μίτο διαφυγής από τα προσωπικά μας αδιέξοδα και εκμεταλλευτούμε διορατικά τον χρόνο σε ατομικό, συλλογικό, εθνικό και επιστημονικό επίπεδο, είναι εφικτή η συγκροτημένη διαχείριση των κρίσεων και η διαμόρφωση του μέλλοντος με όρους υγιούς επαναπατρισμού στην ομαλότητα.

Ο χρόνος δεν πρόδωσε την ιατρική κοινότητα, η οποία ανταπεξήλθε επάξια στις απαιτήσεις της πανδημίας COVID-19, παρά την ελλιπή συνδρομή της από το επίσημο κράτος. Ειδικότερα, ο χρόνος χάρισε πλούσια δώρα στην γαστρεντερολογική κοινότητα. Διότι η ίδια η κοινότητά μας απέδειξε πως είναι ικανή να μετατρέπει το τεθλασμένο βέλος του χρόνου σε οιονεί ευθύ. Στα καθ' ημάς, κατά την τριετία που μόλις εξέπνευσε, η ΕΠ.Ε.Γ.Ε. επέδειξε παραγωγικότητα, με πολύ σπουδαίο έργο σε καίριους τομείς, όπως αποτυπώνεται στα γράμματα του απερχόμενου και του νυν Προέδρου μας. Η αλλαγή σκυτάλης στην ηγεσία της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. έλαβε χώρα σε συνθήκες που εγγυώνται την απρόσκοπτη εξακολούθηση της αποστολής της. Το περιοδικό που κρατάτε στα χέρια σας αναβαπτίσθηκε και απέκτησε ταυτότητα αντάξια του κύρους της ειδικότητάς μας. Οι δύο τελευταίες πανελλήνιες επιστημονικές εκδηλώσεις της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. (2021, 2022) στέφθηκαν με απόλυτη επιτυχία, χωρίς να επηρεαστούν στο ελάχιστο από την πανδημία. Μάλιστα, η 19η ετήσια πανελλήνια επιστημονική εκδήλωση, αφιερωμένη στις “Καινοτομίες και τις εξελίξεις στη γαστρεντερολογία” καινοτόμησε η ίδια, εστίασε σε νεότευκτες εφαρμογές, ειςήγαγε πρωτοποριακή θεματολογία, και, επιφέροντας ρωγμές στο κέλυφος της στασιμότητας, φώτισε το δρόμο προς ένα ελπιδοφόρο μέλλον για τη γαστρεντερολογία στη χώρα μας, όπως αναδεικνύεται μέσα από το γράμμα του Προέδρου της κ. Λιάτσου.

Η συνομιλία της κοινότητάς μας με το φωτεινό μέλλον καθίσταται πρόδηλη, ομοίως, μέσα από τα άρθρα του παρόντος τεύχους. Η τεχνητή νοημοσύνη χρησιμοποιεί τις προόδους της πληροφορικής για την απεικόνιση λεπτομερειών που ξεπερνούν τα όρια της διακριτικής ικανότητας του ανθρώπινου εγκεφάλου και η ευεργετική εφαρμογή της στην κολονοσκόπηση χρησιμοποιείται ήδη σε ευάριθμες νοσοκομειακές μονάδες παράλληλα, εξελίσσεται διαρκώς. Τα μικρά, μη μεταφραζόμενα, μόρια RNA (microRNAs) αποτελούν κυρίαρχο τρόπο επιγενετικής ρύθμισης της γονιδιακής έκφρασης και η πιθανολογούμενη αξία τους ως βιοδείκτες των εντερικών παθήσεων στο εγγύς μέλλον αναλύεται στο οικείο άρθρο. Ένα από τα hot-spots στην Ηπατολογία σήμερα, οι νέες φαρμακευτικές θεραπείες για την ηπατίτιδα Δ, που αναμένεται να επιτύχουν ενθαρρυντικά ποσοστά καταστολής του ιϊκού φορτίου στους πάσχοντες από HDV λοίμωξη, περιγράφεται, μαζί με όλα τα νεότερα για τη λοίμωξη αυτή, στην αντίστοιχη ανασκόπηση. Τα altmetrics, ο δείκτης που επιτυγχάνει τον συγκερασμό των συνιστωσών αξιολόγησης των ιατρικών μελετών, παρουσιάζεται με εύληπτο τρόπο και δίνει έναυσμα για την ευρεία μελλοντική του υιοθέτηση. Η σύζευξη του αξιόλογου παρελθόντος με το λαμπερό αύριο τεκμαίρεται μέσα από την απροκατάληπτη περιγραφή των ιδιαιτεροτήτων του ΕΣΥ, όπως φαίνεται στην αποκαλυπτική συνέντευξη του γαστρεντερολόγου, Διευθυντού ΕΣΥ, κ. Γκούμα, αλλά και μέσα από την σε βάθος ανάλυση των συνθηκών άσκησης της ειδικότητάς μας στον ιδιωτικό τομέα, όπως φαίνεται μέσα από τις θέσεις του γαστρεντερολόγου κ. Δρίκου. Τέλος, η αισιόδοξη ενατένιση του χρόνου συμβολοποιείται στο εξώφυλλο του τρέχοντος τεύχους και στο λακωνικά θυμόσοφο κείμενο που το συνοδεύει.

Από τη θέση αυτή θέλω να ευχαριστήσω - και συνάμα να συγχαρώ - από βάθους ψυχής όλους τους συναδέλφους, που με τα ρηζικέλευθα άρθρα τους συνέβαλλαν τα μέγιστα στην μεταμόρφωση των «ενδοσκοπήσεων»



Άρθρο Σύνταξης

κατά την παρελθούσα τριετία. Επίσης θέλω να ευχαριστήσω ιδιαίτερα όλους όσους παραχώρησαν συνεντεύξεις στις «ενδοσκοπήσεις», καθώς η μαρτυρία τους, μέσα από τον ουσιαστικό και χρηστικό λόγο τους, αποδείχθηκε πολύτιμη. Η αυθόρμητη και πρόθυμη σύμπραξη όλων των συνεργατών οικοδόμησε εφελτήριο, ικανό να μας επιτρέψει να συνεχίσουμε με τον ίδιο ενθουσιασμό και να βελτιώνουμε το περιοδικό διαρκώς, από τεύχος σε τεύχος. Μέρος του σχεδιασμού της περαιτέρω αναβάθμισης συνιστά η κυοφορία νέας στήλης, που θα αφορά στις καινοτομίες στην ενδοσκόπηση και προγραμματίζεται να εμπλουτίζει τη θεματολογία του περιοδικού από το επόμενο τεύχος και εφεξής.

Οι ευχές μας για το 2023 είναι αυτονόητα ειλικρινείς και θερμές. Αρχικά, ευχόμαστε υγεία σε εσάς και τις οικογένειές σας. Ακολουθώντας, προσβλέπουμε στην υλοποίηση του προγράμματος προληπτικού ασυμπτωματικού προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου με την κολονοσκόπηση, που επωάζεται από την Πολιτεία· συγχρόνως, είναι, ευνοήτως, αναγκαίο να γίνει άρση των αγκυλώσεων που ελλοχεύουν και υπονομεύουν την ορθή εφαρμογή του. Προσδοκούμε να συμβάλλουμε, στα πλαίσια των δυνατοτήτων μας, στην αναδιαμόρφωση εκ βάθρων του νόμου για την αλλαγή των εργασιακών σχέσεων των ιατρών, που ψηφίσθηκε πρόσφατα, προκειμένου οι τελευταίες να είναι λειτουργικές για τους ιατρούς τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα. Ευελπιστούμε να γίνουν αντιληπτά από την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας τα συνολικότερα οφέλη που θα αποφέρει η απόδοση **κινήτρων** στους ιατρούς, διότι, μεσοπρόθεσμα, οι ευνοημένοι θα είναι οι ίδιοι οι ασθενείς. Ευχόμαστε το δίδυμο κύμα με τις λοιμώξεις από τους ιούς SARS-CoV 2 και γρίπης (Α και Β) να αντιμετωπισθεί με ορθολογική στρατηγική από την Πολιτεία, ώστε να αποτραπεί δραστικά η απώλεια σε ανθρώπινες ζωές και να μην δοκιμασθούν εκ νέου οι αντοχές του ΕΣΥ. Ακροτελεύτια ευχή: είθε να συμβιώσουμε, όλοι και όλες, αρμονικά με το έτος που μόλις γεννήθηκε, δίνοντάς του την ευκαιρία να μας εμψυχήσει μία νέα, δημιουργική πνοή.

Καλή και ευλογημένη χρονιά!
Χρόνια πολλά και καλά!
Ευτυχισμένο και ειρηνικό το 2023!



Αποχαιρετισμός «στα όπλα»

Ο Θουκυδίδης μας έχει μεταφέρει, ότι ο ηγέτης των Αθηναίων Περικλής εκφωνώντας στον Κεραμεικό της Αθήνας τον «Επιτάφιο Λόγο» για τους νεκρούς των μαχών του πρώτου έτους του Πελοποννησιακού πολέμου (στα 431 π.Χ.) έδωσε μια συνοπτική περιγραφή του πώς αντιλαμβάνεται τον πολίτη στην Αθηναϊκή κοινωνία.

«Εμείς οι ίδιοι, είπε, φροντίζουμε τόσο τις ιδιωτικές μας υποθέσεις όσο και τα δημόσια πράγματα και το ένα δεν εμποδίζει το άλλο. Θεωρούμε δε, πως αυτός που δεν αναμειγνύεται στις δημόσιες υποθέσεις είναι όχι μόνο απράγμων, δηλαδή αδιάφορος, αλλά και αχρείος, δηλαδή κοινωνικά άχρηστος. Ο μη ενεργός πολίτης λοιπόν, αυτός που δεν μετέχει στα δημόσια πράγματα και αποσύρεται στην προσωπική του σφαίρα, στον χώρο του ιδιωτικού, είναι βάρος για την κοινωνία στην οποία ανήκει».

Στον 17ο αιώνα (22 αιώνες αργότερα) ο Μολιέρος αναφέρει: «Δεν είμαστε υπεύθυνοι μόνο για αυτό που κάνουμε αλλά και για αυτό που δεν κάνουμε».

Στις αρχές του 20ου αιώνα (25 αιώνες αργότερα) ο Ιταλός επαναστάτης φιλόσοφος Antonio Gramsci στο δοκίμιό του «Η Πόλη του Μέλλοντος» επίσης αναφέρει: «Πιστεύω ότι το να ζεις σημαίνει να εντάσσεσαι κάπου. Όποιος ζει πραγματικά δεν μπορεί να μην είναι πολίτης και ενταγμένος. Η αδιαφορία είναι αβουλία, είναι παρασιτισμός, είναι δειλία, δεν είναι ζωή».

Το κοινό νόημα των διαχρονικών αυτών σκέψεων είναι ένα και μας αφορά όλους. Είναι η προτροπή να είμαστε ενεργοί πολίτες.

Να νοιαζόμαστε για το δέντρο που είναι στο πεζοδρόμιο μπροστά στο σπίτι μας, ή μακριά από αυτό, για το ίδιο το πεζοδρόμιο και τον δημόσιο χώρο, για την γειτονιά μας, για το σχολείο των παιδιών μας, για την κοινότητά μας, για την ποιότητα της Δημόσιας Παιδείας και της Υγείας. Να νοιαζόμαστε για τον επαγγελματικό μας χώρο, την επαγγελματική μας κοινότητα, για αυτό που γίνεται κοντά ή μακριά μας, που επηρεάζει την ζωή μας αλλά και την ζωή των συνανθρώπων μας.

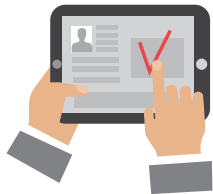
Την θέση αυτή υπηρέτησα πάντα πιστά σαν καθημερινό βίωμα, σαν στάση ζωής.

Η θέση αυτή με έκανε σε κοινωνικό, επαγγελματικό και επιστημονικό επίπεδο να αναζητώ μέσα από την δράση αυτά που με ενώνουν με τους άλλους και μπορούν να κάνουν τις ιδέες μας πιο δυνατές και τα όνειρά μας να μετουσιώνονται σε πράξεις.

«Υπηρέτησα» την γαστρεντερολογική κοινότητα συμμετέχοντας στην 3μελή επιτροπή του Τμήματος Β. Ελλάδας για 6 έτη, στο Δ.Σ της ΕΓΕ για 3 έτη και στο Δ.Σ. της ΕΠΕΓΕ για 9 έτη.

Τίμησα τους συναδέλφους μου με την προσπάθεια να υπηρετήσω τους κοινούς μας σκοπούς και στόχους και με τίμησαν οι συνάδελφοι με την εμπιστοσύνη τους, ώστε να τους εκπροσωπώ χωρίς ιδιοτέλεια για το καλύτερο δυνατό.

Σήμερα «αποστρατεύομαι», δεν ιδιωτεύω, από τα όργανα εκπροσώπησης της γαστρεντερολογικής κοινότητας πραγματικά γεμάτος από την αγάπη και εκτίμηση πολλών συναδέλφων. Έζησα μέσα στην κοινότητά μας ενεργά,



Νέα & Επίκαιρα

ΤΟ ΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΑΠΕΡΧΟΜΕΝΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

μου δόθηκε η ευκαιρία να γνωρίσω πολλούς (μα πάρα πολλούς) συναδέλφους, να αφουγκραστώ αγωνίες που ήταν και δικές μου, να μοιραστώ χαρές, να πλουτίσω σαν άνθρωπος αλλά και σαν επιστήμονας.

Συχνά τελευταία με ακούν οι συνάδελφοί μου να λέω ότι έγινα πλουσιότερος. Δεν είναι υπερβολή. Υπάρχουν πράγματα στην ζωή που όταν τα μοιράζεσαι δεν φτωχαίνεις, γίνεσαι πλουσιότερος και εγώ μοιράστηκα με πολλούς συναδέλφους πολλά όλα αυτά τα χρόνια.

Λέω επίσης ότι το σχέδιο και όνειρό μου να επιστρέψουν τα παιδιά μου, συνάδελφοι πια, από το εξωτερικό δημιουργώντας μια αξιόλογη γαστρεντερολογική υποδομή στην πόλη μου, δεν θα γινόταν πραγματικότητα αν δεν «άνοιγε» το μυαλό μου στην επαφή με τους συναδέλφους μου αλλά και τους οργανωμένους φορείς της κοινότητάς μας. Αυτό θεωρώ ότι είναι το μεγαλύτερό μου κέρδος (εκτός της φιλίας πολλών που απέκτησα), καθώς έφυγα από την νοοτροπία του κλεισμένου σε ένα ιατρείο γαστρεντερολόγου της επαρχίας και μπήκα στην λογική του τι μπορεί να πετύχουμε ενώνοντας τις δυνάμεις μας. Κέρδισα την αντίληψη ότι η επαγγελματική (εκτός των άλλων) συνεργασία μεταξύ μας μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα και να επεκτείνει τις δυνατότητες μας.

Σε έναν κόσμο που αλλάζει με μεγάλες ταχύτητες (σε κοινωνικό αλλά και επιστημονικό επίπεδο) η ανάγκη να προσαρμόζουμε την πράξη μας και να βελτιωνόμαστε καθημερινά είναι ένα δεύτερο κέρδος που απέκτησα. Η ανάγκη διά βίου εκπαίδευσης, η επιστημονική και επαγγελματική ανησυχία γίνονται κινητήρια δύναμη για τον καθένα μας.

Αποχωρώ γεμάτος με εμπειρίες και με την εικόνα πολλών φωτεινών προσώπων αγαπημένων συναδέλφων από όλες τις γωνιές της πατρίδας μας.

Αποχωρώ πιστεύοντας ακράδαντα, ότι η κοινότητά μας οργανωμένα και συντεταγμένα, με άριστη προετοιμασία, μπορεί να διεκδικεί και να κερδίζει αυτά που της αξίζουν. Η αντίληψη να βάζουμε τα προβλήματα κάτω από το χαλί και να πιστεύουμε ότι μπορούμε να προχωράμε ακροβατώντας χωρίς την θεσμοθέτηση των όρων, προϋποθέσεων αλλά και υποχρεώσεων μας στην άσκηση της επιστήμης μας είναι από χέρι χαμένη. Το να τολμάμε να διεκδικούμε την εναρμόνιση όλων των παραπάνω με αυτά που ισχύουν στην επιστημονική κοινότητα του προηγμένου κόσμου είναι βασικό μας καθήκον.

Τίποτε όμως δεν μπορούμε να πετύχουμε, αν δεν υπάρχει η συμμετοχή και ο πλούτος των πολλών. Στην ζωή κάθε διεκδίκηση κρίνεται πάντα από των συσχετισμό των δυνάμεων. Οι εκπρόσωποί μας, διαλεγμένοι και διαλεχτοί ανάμεσά μας, τότε μόνο μπορούν να μας πάνε μπροστά.

Σε κάθε νέο συνάδελφο λέω δυνατά: να συμμετέχει, να εκθέτει απόψεις και προβληματισμούς, να μην φοβάται την κρίση αυτών που θα εκθέσει, από την κρίση αυτή βγαίνουμε πάντα πιο δυνατοί. Αυτή η ανάγκη είναι μεγαλύτερη για τους συναδέλφους που βρίσκονται στην περιφέρεια, μακριά από τα δύο μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας μας. Να βγουν από την «απομόνωση», να «ζυμωθούν» με άλλους συναδέλφους που έχουν περισσότερες εμπειρίες και ευκαιρίες. Αλλά και η υπόλοιπη κοινότητα μπορεί να πλουτίσει από τις αγωνίες και τις απόψεις αυτών των συναδέλφων.

Η προσπάθεια να κατοχυρωθεί η ΕΓΕ σαν ο θεσμικός συνομιλητής της πολιτείας (του Υπουργείου Υγείας) θεωρώ ότι δεν είναι μαξιμαλιστικός στόχος και μπορεί, δουλεύοντας μεθοδικά και αξιοποιώντας κάθε συνάδελφο που μπορεί να βοηθήσει, να γίνει πραγματικότητα. Η φωνή της κοινότητάς μας θα γίνει πιο δυνατή και αποτελεσματική πετυχαίνοντας αυτόν τον στόχο.

Νέα & Επίκαιρα

ΤΟ ΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΑΠΕΡΧΟΜΕΝΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.



Σε αυτή την προσπάθεια θεωρώ ότι σημαντικός σταθμός θα είναι να επαναδιαπραγματευθούμε τους όρους και τις προϋποθέσεις της χορήγησης αναληψίας και καταστολής στην ενδοσκόπηση, διεκδικώντας την θεσμική κατοχύρωση της εκπαίδευσής μας στα πλαίσια της ειδικότητας. Προτείνοντας ταυτόχρονα έναν οδικό χάρτη για την διά βίου εκπαίδευση των ήδη ειδικών συναδέλφων. Το περιεχόμενο (curriculum) αυτής της εκπαίδευσης και οι φορείς που θα την χορηγούν πρέπει να οριστούν από εμάς άμεσα στο επόμενο διάστημα. Πρέπει να πείσουμε ότι δεν ανεχόμαστε την κακή πρακτική στην άσκηση της επιστήμης μας από κανένα συνάδελφο πριν απαιτήσουμε την διεύρυνση των όποιων δικαιωμάτων μας.

Η ανάγκη να μας δοθεί η δυνατότητα δημιουργίας γαστρεντερολογικών ΜΗΝ (Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας) θα επιτρέψει αλλά και θα ωθήσει στην συνεργασία συναδέλφων που μπορούν να δημιουργήσουν υψηλού επιπέδου υποδομές, που δεν υπάρχουν στο σύνολο σχεδόν των πόλεων της περιφέρειας, αλλά και στα μεγάλα αστικά κέντρα και θα δώσει την ευκαιρία αποδέσμευσης και αυτονομίας από τους ομίλους και τα μεγάλα ιατρικά κέντρα που καρπώνονται την υπεραξία της δικής μας εργασίας.

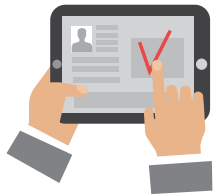
Η διεκδίκηση για την διαμόρφωση υγιούς περιβάλλοντος συνεργασίας με τις ασφαλιστικές εταιρείες, που παρέχουν συμβόλαια στους πολίτες με παροχές υγείας, χωρίς τον μεσάζοντα καταχρηστικό ρόλο των ιδιωτικών κλινικών και ομίλων πρέπει να είναι σημαντικά σημεία της δράσης μας.

Η στελέχωση των γαστρεντερολογικών μονάδων στο δημόσιο σύστημα υγείας με επιστημονικό, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και η ανανέωση των υποδομών αυτών των μονάδων πρέπει να είναι βασική μας έγνοια.

Τα επαγγελματικά μας δικαιώματα, δεν θα κουραστώ να το επαναλαμβάνω με κάθε ευκαιρία, απορρέουν από την φύση της «τέχνης» μας και όχι από τον τύπο της εργασιακής μας σχέσης στο δημόσιο ή ιδιωτικό χώρο της Υγείας. Είναι ανάγκη όμως κάθε ομάδα από διαφορετικό εργασιακό χώρο να επεξεργαστεί και να ωριμάσει τις θέσεις και τις διεκδικήσεις της και αυτές να γίνουν στην συνέχεια κτήμα και των υπολοίπων, ώστε να αποκτήσουν δυναμική και προοπτική.

Εύχομαι από καρδιάς για κάθε συνάδελφο να αγωνίζεται για τα όνειρά του, γιατί μόνο έτσι κάποια από αυτά γίνονται πραγματικότητα. Εύχομαι Υγεία και Τύχη για όλους μας καθώς συχνά αυτά τα δύο καθορίζουν τα προηγούμενα.

Σέρρες, 1 Δεκεμβρίου 2022



Νέα & Επίκαιρα

ΤΟ ΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΝΕΟΕΚΛΕΓΕΝΤΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΠ.ΕΓ.Ε.

Σπυρίδων Γούλας, Πρόεδρος ΕΠΕΓΕ

Αλλαγή σκυτάλης

Λίγες ημέρες πριν πραγματοποιήθηκε με επιτυχία η ετήσια επιστημονική εκδήλωση της ΕΠΕΓΕ που φέτος είχε τίτλο «Καινοτομίες και Εξελίξεις στη Γαστρεντερολογία». Η Οργανωτική Επιτροπή έδωσε τον καλύτερο εαυτό της και η εκδήλωση είχε ένα καινοτόμο πρόγραμμα με πολλά ενδιαφέροντα θέματα. Με την εκδήλωση αυτή ολοκληρώθηκε και η τριετής θητεία του ΔΣ. Ήδη έχει αναλάβει το νέο ΔΣ στο οποίο μετά την κατανομή ρόλων μου ανατέθηκε ο ρόλος του Προέδρου.

Στη διάρκεια της Συνέλευσης έγινε ο απολογισμός της τριετίας του απερχόμενου ΔΣ και ακολούθησε γόνιμη συζήτηση για διάφορα θέματα αν και με σχετικά περιορισμένη συμμετοχή μελών. Στο σημείωμα αυτό δεν θα αναφερθώ στο μέλλον αλλά νοιώθω την ανάγκη να καταθέσω κάποιες σκέψεις, τον δικό μου απολογισμό, από τη θέση του μέλους και Ταμία του απερχόμενου ΔΣ.

Ήταν λοιπόν μία τριετία στην οποία η ΕΠΕΓΕ με βραχίονα το ΔΣ βρέθηκε στον πυρήνα των εξελίξεων και συμμετείχε ενεργά στη διαμόρφωση αποφάσεων που αφορούν την γαστρεντερολογική κοινότητα. Συγκεκριμένα **ρυθμίστηκε με διάταξη Νόμου για πρώτη φορά το ακανθώδες θέμα της καταστολής στην ενδοσκόπηση (άρθρο 31 Νόμος 4715/20)**, που αντικατέστησε δυσμενή για μας διάταξη προηγούμενου Νόμου. Για το θέμα της καταστολής έχουν ήδη με πρωτοβουλία της ΕΓΕ διατυπωθεί και οι κατευθυντήριες οδηγίες μας οι οποίες σύντομα θα δημοσιευτούν στο περιοδικό Annals of Gastroenterology. Βέβαια, όπως επανειλημμένα έχουμε ως ΕΠΕΓΕ επισημάνει, υπάρχει ακόμη πολλή δουλειά να γίνει και συγκεκριμένα να δρομολογηθούν η εκπαίδευση των ειδικευόμενων στην καταστολή και η διαρκής εκπαίδευση των μελών των ενδοσκοπικών εργαστηρίων (συμπεριλαμβανομένου και του νοσηλευτικού μας προσωπικού) στην καταστολή και τις τεχνικές ανάνηψης και υποστήριξης της ζωής.

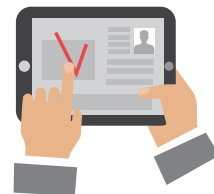
Τους τελευταίους μήνες συμμετέχουμε επίσης στο διάλογο για τη διαμόρφωση του **εθνικού προγράμματος μαζικού προληπτικού ελέγχου του καρκίνου παχέος εντέρου το οποίο θα περιλαμβάνει την κολονοσκόπηση. Διεκδικούμε μία αμοιβαία επωφελή σύμβαση που θα είναι το εκέγγυο για την επιτυχία του προγράμματος**. Το πρόγραμμα αναμένεται να ανακοινωθεί επίσημα σε λίγες εβδομάδες.

Στη διάρκεια της τριετίας μας απασχόλησαν και πολλά άλλα θέματα (ΜΗΝ, σχέση με ασφαλιστικές εταιρείες, προβλήματα με ΕΟΠΥΥ κα) για τα οποία έχουμε διατυπώσει απόψεις και θέσεις. Αυτά είναι σε εξέλιξη και το νέο ΔΣ που παρέλαβε τη σκυτάλη θα συνεχίσει τις προσπάθειες ανάδειξης των προβλημάτων, διατύπωσης λύσεων, διαλόγου και διεκδίκησης.

Όλα αυτά δεν θα είχαν πάρει σάρκα και οστά χωρίς την καθοριστική συμβολή του ανθρώπινου παράγοντα. Έχοντας ήδη διανύσει δύο θητείες στο ΔΣ της ΕΠΕΓΕ θέλω **να ευχαριστήσω θερμά τον απερχόμενο Πρόεδρό μας, τον Χάρη Τσιώνη**, για την πολυετή του προσφορά στη γαστρεντερολογική κοινότητα (ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ). Εργατικός, διορατικός, ακούραστος, δημιουργικός, ακέραιος, με πείσμα και νεανικό σφρίγγος δημιούργησε στην Εταιρεία ένα κλίμα ομαλό, φιλικό, με απόλυτο σεβασμό στις απόψεις μας ακόμη και αν αυτές δεν συμπεριείχαν με τις δικές του. Κέρδισε σημαντικές μάχες, άνοιξε δημιουργικούς δρόμους και έβαλε ψηλά τον πήχυ για ...τους επόμενους. Έχει κερδίσει δίκαια το σεβασμό και την καθολική αποδοχή της κοινότητάς μας. Είμαι βέβαιος, όπως άλλωστε το έχει ο ίδιος εκφράσει και διατυπώσει ότι θα συνεχίσει να είναι ενεργός ΚΟΝΤΑ ΜΑΣ.

Νέα & Επίκαιρα

ΤΟ ΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΝΕΟΕΚΛΕΓΕΝΤΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΠ.ΕΓ.Ε.

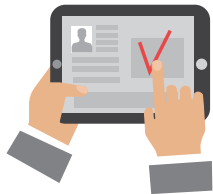


Ως νέος Πρόεδρος του ΔΣ θέλω επίσης **να ευχαριστήσω και τα απερχόμενα από το ΔΣ μέλη και συγκεκριμένα την Κωνσταντίνα Παρασκευά (τ. Αντιπρόεδρο)** που μας έδωσε πολλά και συνεχίζει πιο έμπειρη μετά από την εκλογή της σαν Αντιπρόεδρος και επόμενη Πρόεδρος της ΕΓΕ. **Τον Σπύρο Βρακά τον Γενικό Γραμματέα μας** αθόρυβο, μεθοδικό και αποτελεσματικό **και τον Θεόδωρο Εμμανουήλ** που επίσης βοήθησε σημαντικά με τις γνώσεις και την εμπειρία του.

Με την ευκαιρία θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου και **στους παραμένοντες στο νέο ΔΣ, στο Νίκο Μαργέτη** που έχει αναβαθμίσει το περιοδικό μας **και τον Δημήτρη Δανδάκη** που έχει αναλάβει εισηγήσεις σε ειδικά επαγγελματικά θέματα τόσο για την συμβολή τους αλλά και για τη βούληση να συνεχίσουν σαν μέλη του ΔΣ αυτό... το ταξίδι.

Κλείνοντας θα ήθελα να απευθύνω πρόσκληση σε ΟΛΟΥΣ τους συναδέλφους, και ιδιαίτερα στους νεότερους να έρθουν κοντά στην ΕΠΕΓΕ, να επικοινωνήσουν τα προβλήματά τους, τις παρατηρήσεις τους να διατυπώσουν τις απόψεις, και τις προτάσεις τους, να ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ. **Γιατί μόνο με τη δύναμη της συμμετοχής και τον πλούτο των ιδεών θα σχεδιάσουμε, θα προτείνουμε, θα διεκδικήσουμε και θα πετύχουμε...**

Καλή χρονιά σε όλους



Νέα & Επίκαιρα

ΤΟ ΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΗΣ 19^{ης} ΕΤΗΣΙΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Χρήστος Λιάτσος

Το ταξίδι προς το Συνέδριο μέχρι την ολοκλήρωσή του...

Ήταν την 25η Ιανουαρίου 2022, απόγευμα Τρίτης, σε μία χιονισμένη και αποκλεισμένη Αττική, όταν κοιτώντας το κινητό μου τηλέφωνο είδα ότι είχα δεχθεί περί τα 8 τηλεφωνήματα από διάφορους συναδέλφους. Καλώ λοιπόν έναν από αυτούς (πιο συγκεκριμένα τον Θοδωρή Εμμανουήλ), ο οποίος με βάζει σε ανοιχτή ακρόαση με το Δ.Σ. της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος (ΕΠ.Ε.Γ.Ε.), που είχε συγκεντρωθεί διαδικτυακά. Μου ανακοίνωσαν ότι ομόφωνα κατέληξαν να μου προτείνουν να αναλάβω την Προεδρία της επόμενης 19ης Ετήσιας Εκδήλωσης της ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Ομολογώ πως αιφνιδιάστηκα, τους ευχαρίστησα για την τιμητική πρόσκληση και ρώτησα ποιο θα ήταν το θέμα της εκδήλωσης. Μου είπαν πως σκέφτονται το θέμα «*Καινοτομίες στη Γαστρεντερολογία*». Με το άκουσμα του τίτλου, ενθουσιάστηκα και άμεσα αποδέχθηκα με χαρά την πρόσκληση των συναδέλφων και φίλων. Ο προβληματισμός για το παρόν που αλλάζει με μεγάλη ταχύτητα και το μέλλον που καταφθάνει αποτελούσε για μένα μια ξεχωριστή πρόκληση.

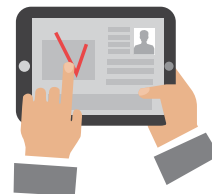
Από τότε άρχισε το ταξίδι στο όνειρο, με σκέψεις, σημειώσεις, έρευνα στο διαδίκτυο καθώς και επιλογές και συνθέσεις που θα οδηγούσαν σε ένα επιτυχές αποτέλεσμα. Στην επόμενη συνεδρίαση, πρότεινα στο Δ.Σ. ως τελικό τίτλο του Συνεδρίου «**ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΕΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ**», με σκοπό τη γεφύρωση της απόστασης ανάμεσα στο σήμερα και το αύριο. Η πρότασή μου αυτή, όπως και όσες άλλες στην πορεία προέκυψαν, έγινε άμεσα αποδεκτή, αποδεικνύοντας το ήθος, την ευγένεια και την ευρύτητα πνεύματος των συναδέλφων-μελών του ΔΣ.

Η θεματολογία περιέλαβε καινοτομίες και επίκαιρες εξελίξεις σε όλο το φάσμα της ειδικότητάς μας. Παρουσιάστηκαν νεότερα δεδομένα στην παθογένεια νοσημάτων του πεπτικού και του ήπατος-χοληφόρων-παγκρέατος, πρόοδοι στις διαγνωστικές τεχνικές καθώς και εξελίξεις στη φαρμακευτική, ενδοσκοπική και χειρουργική θεραπεία τους.

Η ποικιλότητα των θεμάτων και η πολυπλοκότητα που χαρακτηρίζει τη φροντίδα των ασθενών στις ημέρες μας, κατέστησε αναγκαία τη διεπιστημονική συγκρότηση του σώματος των ομιλητών και για πρώτη φορά συμμετείχαν ένα ευρύ φάσμα επιστημόνων, γαστρεντερολόγοι, παθολόγοι, βιοπαθολόγοι, χειρουργοί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί και μηχανικοί ηλεκτρονικών υπολογιστών. Η επιλογή των ομιλητών έγινε με μοναδικό κριτήριο τη συνάφεια της εμπειρίας και του έργου τους με το προς παρουσίαση θέμα. Το σώμα των ομιλητών κόσμησαν με την παρουσία τους καταξιωμένοι συνάδελφοι από το εξωτερικό, για πρώτη φορά σε ετήσια εκδήλωσή μας, αλλά και διακεκριμένοι, έμπειροι συνάδελφοι από όλη την Ελλάδα.

Ανασκοπώντας το πρόγραμμα της εκδήλωσης, πιστεύω πως στις περισσότερες περιπτώσεις μείναμε πιστοί στο στόχο να παρουσιαστούν οι τελευταίες εξελίξεις και οι καινοτομίες που εφαρμόζονται ή πρόκειται να ενσωματωθούν στην άσκηση της ειδικότητάς μας. Ενδεικτικά αναφέρω τα παρακάτω στρογγυλά τραπέζια:

1. «*Microbiota & Λοιμώξεις του πεπτικού σωλήνα*» με αναφορές στην *H.pylori* λοίμωξη και τα νεότερα δεδομένα από το Maastricht VI, στο γαστρικό και εντερικό μικροβίωμα αλλά και στη σύγχρονη εργαστηριακή διάγνωση των λοιμώξεων του πεπτικού.
2. Δύο τραπέζια «*Θεραπευτικής Ενδοσκόπησης*», με αναφορές στα τελευταία δεδομένα θεραπείας του οισοφάγου Barrett, στην αντιμετώπιση των αιμορραγιών του πεπτικού, στην αφαίρεση πολυπόδων με cold / hot



/ underwater resection, κ.α. αλλά και στην ESD (pocket creation, tunneling, traction, κ.α.), στην EUS, στην ενδοσκόπηση του 3^{ου} χώρου και στην ενδοσκοπική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Επίσης παρουσιάστηκε ότι πιο σύγχρονο υπάρχει στην ειδικότητα μας σε βοηθητικό ενδοσκοπικό εξοπλισμό.

3. «Τεχνητή νοημοσύνη και Γαστρεντερολογία», με όλες τις σύγχρονες εφαρμογές της στη συμβατική ενδοσκόπηση, στην ενδοσκοπική ασύρματη κάψουλα, στις ΙΦΝΕ και στις παθήσεις του παγκρέατος – χοληφόρων, που για πρώτη φορά παρουσιάστηκαν σε Συνέδριο Γαστρεντερολογίας.
4. «Καινοτόμες πρακτικές στη Γαστρεντερολογία» με παρουσίαση θεμάτων που θα απασχολήσουν την κοινότητα μας στα επόμενα χρόνια και που από πολλών ετών εφαρμόζονται στο εξωτερικό, όπως η εφαρμογή των προσομοιωτικών τεχνικών εκπαίδευσης ιατρών και νοσηλευτών στην ενδοσκόπηση, ο ρόλος του νοσηλευτή ενδοσκόπου, οι nurse-led clinics που ήδη λειτουργούν σε άλλες ειδικότητες στη χώρα μας αλλά και η αναγκαιότητα της σύγχρονης οργάνωσης των ενδοσκοπικών τμημάτων με προτυποποιημένα συστήματα ηλεκτρονικής καταγραφής.

Οι τρεις εξαιρετικές ομιλίες από τους ξένους προσκεκλημένους ομιλητές μας αφορούσαν πρωτότυπα, καινοτόμα και up-to-date θέματα τα οποία και παραθέτω:

1. Τη θέση των οδηγιών – guidelines / μεταanalύσεων στην άσκηση της σύγχρονης Γαστρεντερολογίας.
2. Τους νέους ψηφιακούς βιοδείκτες βασισμένους στην τεχνητή νοημοσύνη και την εφαρμογή τους στη Γαστρεντερολογία.
3. Τις καινοτομίες και σύγχρονες προσεγγίσεις στις ΙΦΝΕ.

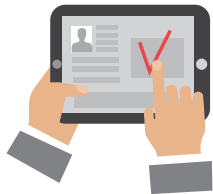
Καινοτομώντας προσφέραμε στους προσκεκλημένους ξένους ομιλητές, τιμητική πλακέτα σε ένδειξη ευχαριστίας για την αυθόρμητη και άμεση αποδοχή συμμετοχής τους στο Πανελλήνιο Συνέδριο μας αλλά κυρίως για τον κόπο και το χρόνο που διέθεσαν για όλους εμάς.

Δεν μπορώ να μην αναφέρω και τις πρωτοπαρουσιαζόμενες διαλέξεις σε συνέδριο της ειδικότητας μας που αφορούσαν:

1. στους νέους και διευρυμένους ρόλους των επαγγελματικών δικαιωμάτων των νοσηλευτών που θα αλλάξουν το τοπίο της νοσηλευτικής προσέγγισης τα χρόνια που έρχονται στη χώρα μας.
2. στις νεότερες εξελίξεις στα προβλήματα που απασχολούν επαγγελματικά εμάς τους Γαστρεντερολόγους είτε



Το απερχόμενο Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. με τον Πρόεδρο και την Αντιπρόεδρο της 19ης Ετήσιας Επιστημονικής Εκδήλωσης της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος, κ. Χρήστο Λιάτσο και κ. Μαρία Τζουβαλά αντίστοιχα.



Νέα & Επίκαιρα

ΤΟ ΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΗΣ 19^{ης} ΕΤΗΣΙΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

δουλεύουμε στον ιδιωτικό είτε στον Δημόσιο τομέα (οι παλιοί θα θυμούνται πως αρκετά χρόνια πριν, υπήρχαν ανάλογες ομιλίες οι οποίες ωστόσο είχαν για κάποιον λόγο διακοπή).

- 3. στην καταστολή στην ενδοσκόπηση με τις Ελληνικές Κατευθυντήριες Οδηγίες** όπως αναμένεται πως θα δημοσιευθούν σύντομα στο περιοδικό μας Annals of Gastroenterology.

Δεν θα μπορούσε να λείπουν και οι **τελευταίες εξελίξεις στις ΙΦΝΕ** με νεότερα δεδομένα που αφορούν στο συνδυασμό θεραπειών, στη διατροφική προσέγγιση, στην επιτήρηση και αντιμετώπιση της δυσπλασίας, στις οδηγίες της ECCO, που θα δημοσιευτούν σύντομα σχετικά με ΙΦΝΕ και καρκίνο, αλλά και στον καινοτόμο ρόλο του διακοιλιακού υπερηχοτομογραφήματος στον χειρισμό των εν λόγω ασθενών.

Ο κορμός της θεματολογίας ολοκληρώθηκε με τις **καινοτόμες θεραπείες σε κοινά νοσήματα του γαστρεντερικού** όπως επίσης και με όλες τις up-to-date **εξελίξεις στην Ηπατολογία, στην Ογκολογία του πεπτικού και στη λοίμωξη Covid**.

Για πρώτη φορά στο Συνεδριό μας, υπήρξε η δυνατότητα εξάσκησης των συμμετεχόντων επί ειδικών προπλάσμάτων, σε ενδοσκοπικές τεχνικές όπως εκτομή ιστού (βιοψίες, πολυποδεκτομές, EMR), διαστολές στενώσεων χοληφόρων, τοποθέτηση και αφαίρεση ενδοπροθέσεων χοληφόρων και αιμόσταση με clips, speedbands ή bipolar coagulation.

Τέλος και το 2022, η ετήσια εκδήλωση συμπεριέλαβε το άκρως επιτυχημένο Σεμινάριο άμεσης υποστήριξης της ζωής - ILS που διενεργήθηκε από εξειδικευμένους εκπαιδευτές σε δύο ομάδες, δύο διαφορετικές ημέρες και που φαίνεται πως αποτελεί το σεμινάριο αναζωογόνησης 1ης γραμμής για τους επαγγελματίες υγείας όλων των βαθμίδων του χώρου της ειδικότητός μας.

Θέλω να ευχαριστήσω όλους όσοι συμμετείχαν στην εκδήλωση καθώς και τους ομιλητές και τους προέδρους των διαλέξεων και συνεδριών. Ευχαριστώ την Οργανωτική Επιτροπή για τη συλλογική μας προσπάθεια και όλα τα μέλη του Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. που μου εμπιστεύθηκαν την προεδρία της φετινής μας εκδήλωσης, μετά από δύο δύσκολα χρόνια λόγω της πανδημίας Covid. Τέλος, ευχαριστώ τους χορηγούς μας που άμεσα, πρόθυμα και με πολλή χαρά υποστήριξαν την όλη διοργάνωση αλλά και το γραφείο Congress World για την άψογη προετοιμασία.

Και μία αυθόρμητη προτροπή προς όλους τους συναδέλφους!

Εάν κάποια στιγμή χτυπήσει το τηλέφωνο από τους φίλους – συναδέλφους του Δ.Σ. και σας προτείνουν να αναλάβετε την Προεδρία του επόμενου συνεδρίου της ΕΠ.Ε.Γ.Ε., μη διστάσετε ούτε στιγμή.

Αποδεχτείτε την πρόταση άμεσα!!!!

Το ταξίδι είναι ονειρικό και οι προκλήσεις πολλές!!!!

ΚΑΛΗ ΧΡΟΝΙΑ ΜΕ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΓΑΠΗ ΣΕ ΟΛΟΥΣ

Χρήστος Λιάτσος

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

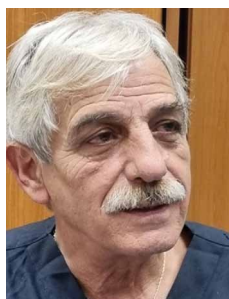
Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Ο Γαστρεντερολόγος κ. Σπυρίδων Γούλας συνομιλεί με
τον Γαστρεντερολόγο κ. Κωνσταντίνο Γκούμα



Σε αυτό το τεύχος έχουμε την τιμή και τη χαρά να φιλοξενούμε τον συνάδελφο **Γαστρεντερολόγο Διευθυντή στο Νοσοκομείο «Ερυθρός Σταυρός» Κώστα Γκούμα**. Η γνωριμία μαζί του είναι παλιά, 31 χρόνια πριν. Το 1991 βρέθηκα νέος ειδικευόμενος στο Νοσοκομείο για τα δύο χρόνια άσκησης στην Παθολογία, που είναι προαπαιτούμενο για τη Γαστρεντερολογία. Ο Κώστας είχε τότε διοριστεί στο Νοσοκομείο σε θέση Επιμελητή Β. Νέος με καλή εκπαίδευση και κέφι για δουλειά. Κύλησαν από τότε τρεις δεκαετίες, στη διάρκεια των οποίων ο Κώστας Γκούμας ακούραστος, με συνέπεια, εργατικότητα και υψηλό αίσθημα ευθύνης παρείχε ποιοτικές υπηρεσίες σε πραγματικά δύσκολες συνθήκες. Συνέβαλλε καθοριστικά στην άρτια εκπαίδευση πολλών νέων συναδέλφων, που φεύγοντας με σημαντικά εφόδια, άνοιξαν φτερά στον επαγγελματικό τους βίο. Έτσι κύλησε ο χρόνος και η πορεία του Κώστα Γκούμα στο ΕΣΥ είναι στην τελική ευθεία. Αυτός ήταν και ο βασικός λόγος της συγκεκριμένης επιλογής του για αυτή τη συνέντευξη, η οποία είμαι σίγουρος ότι έχει να συνεισφέρει πολλά και ενδιαφέροντα. Θα ξεκινήσουμε με λίγα βιογραφικά στοιχεία.



Ο Κώστας Γκούμας γεννήθηκε στο Ηράκλειο. Είναι πτυχιούχος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και Διδάκτωρ στο ίδιο Πανεπιστήμιο. Ειδικεύτηκε στην Παθολογία στο ΝΙΜΤΣ και στη Γαστρεντερολογία στην Πανεπιστημιακή

ειδικευόμενος κάπου τη δεκαετία του '80 λοιπόν στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, θέλω να μας δώσει την εικόνα της εποχής αλλά και των προσώπων...

Παθολογική Κλινική και το Γαστρεντερολογικό Τμήμα του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου της Αθήνας. Μετεκπαιδεύτηκε με υποτροφία στη θεραπευτική ενδοσκόπηση στη Μεγάλη Βρετανία. Εργάζεται ως Γαστρεντερολόγος στο Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο Μπενάκειο Ερυθρός Σταυρός» από το 1990. Από το 2014 είναι ο Επιστημονικά Υπεύθυνος του Γαστρεντερολογικού Τμήματος.

Έχει πλούσιο επιστημονικό έργο με πλήθος άρθρων σε ξένα και ελληνικά περιοδικά, συμμετοχή σε σημαντικό αριθμό πολυκεντρικών μελετών και ερευνητικών πρωτοκόλλων. Επίσης μεγάλο αριθμό ανακοινώσεων σε Συνέδρια Ελληνικά και Διεθνή.

Καθώς και σημαντική συνεισφορά στην εκπαίδευση τόσο σε θεωρητικό επίπεδο, όσο και σε πρακτικό επίπεδο όλων των ειδικευομένων του Τμήματος τα τελευταία 30 έτη.

Κώστα, αφού σε ευχαριστήσω για την ανταπόκριση, θα ήθελα να ξεκινήσουμε αυτή μας την... περιπλάνηση από τα χρόνια της ειδικότητας, νεαρός

Μετά την 2ετή εκπαίδευσή μου στην Παθολογία (ΝΙΜΤΣ 1983-1985) ξεκίνησα την εκπαίδευσή μου στην Γαστρεντερολογία στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών. Θα σας μεταφέρω στο κλίμα και τα πρόσωπα της εποχής. Το Ιπποκράτειο και ιδιαίτερα, η Κρατική Παθολογική Κλινική στην οποία ανήκα, είχε τον χαρακτήρα Γαστρεντερολογικής Κλινικής. Αναφέρω ενδεικτικά σημαίνοντες ιατρούς της περιόδου εκείνης, όπως τον Πούγγουρα, τον Καρούτσο, τον Παπακωνσταντίνου, τον Δαριώτη, τον μετέπειτα Διευθυντή του Γαστρεντερολογικού Τμήματος Αντώνη Νάκο κ.α. Με τη δημιουργία του ΕΣΥ η φήμη της Κλινικής διατηρήθηκε.

Όταν πήγα στο Ιπποκράτειο, 2 ειδικευόμενοι της Γαστρεντερολογίας ανήκαν στην Κρατική Παθολογική Κλινική με Διευθυντή τον αείμνηστο Γεράσιμο Καρβουντζή και 2 στην Πανεπιστημιακή Κλινική, της οποίας προϊστάτο ο Καθηγητής Στέφανος Χατζηγιάννης. Η ουσιαστική εκπαίδευσή μας γινόταν στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα που για λίγους μήνες είχε Διευθυντή τον αείμνηστο Δημαράκη. Μετά το θάνατό του, την Διεύθυνση ανέλαβε ο Αντώνης Νάκος, άρτι αφιχθείς από τις ΗΠΑ, όπου είχε μετεκπαιδευθεί επί 5ετία. Στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα τότε υπήρχε φανερός ενθουσιασμός και σύμπνοια μεταξύ των συναδέλφων



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

μας και επομένως ένα πολύ καλό κλίμα εκπαίδευσης, συνύπαρξης και φιλοδοξιών.

Αξίζει να αναφέρω ότι εκπαιδευτές μας τότε ήταν οι γνωστοί μετέπειτα στην Γαστρεντερολογική κοινότητα Μάνος Παρασκευάς, Νίκος Σκανδάλης, Δημήτρης Τζουρμακλιώτης, Χρήστος Μαυρογιάννης, Σωτήρης Κατσαντώνης.

Συνειδικευόμενους είχα τους Γιώργο Χανιώτη, Σταύρο Πατέρα, Γιώργο Κολιό και Δημήτρη Ταμπακόπουλο. Αργότερα προστέθηκαν ο Παύλος Μπενάκης και ο Μαρίνος Ξενοφώντας, λόγω κάποιου προβλήματος στο ΤΖΑΝΕΙΟ Νοσοκομείο, όπου ανήκαν. Όλοι τους σήμερα είναι γνωστά και επιτυχημένα μέλη της Γαστρεντερολογικής Κοινότητας. Με όλους διατήρησα και διατηρώ αδελφική σχέση ακόμη και σήμερα.

Αξίζει να σημειώσω, ότι πέραν της κλινικής, αποκτήσαμε σαν ειδικευόμενοι και σημαντική εμπειρία στην ενδοσκόπηση, παρά τις δυσκολίες της εποχής, αν αναλογισθεί κανείς ότι η εκπαίδευσή μας στην ενδοσκόπηση γινόταν με προσοφθάλμια ενδοσκόπια και το «θρυλικό» teaching εξάρτημα. Ακόμη και η εκπαίδευση στην ERCP που τότε ξεκινούσε στην Ελλάδα (Νάκος, Αυγερινός, Φερέτης), γινόταν με αυτά τα ενδοσκοπικά εργαλεία. Πραγματικά αναπολώ με νοσταλγία αυτήν την εποχή που θεωρώ ότι μου έδωσε σημαντικά εφόδια στην μετέπειτα πορεία μου ως ειδικευμένου Γαστρεντερολόγου.

Στην επόμενη φάση έρχεται ο διορισμός στο ΕΣΥ, νέος Επιμελητής Β' στο Νοσοκομείο «Ερυθρός Σταυρός». Λίγα μόλις χρόνια μετά το ξεκίνημα του ΕΣΥ σε ένα Τμήμα που συνέχιζε τη λειτουργία του και συγχρόνως περνούσε στη νέα εποχή, αναγεννιόταν...

Πράγματι στις αρχές του 1991 διορίστηκα ως Επιμελητής Β' στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα του ΝΕΕΣ «ΚΟΡΓΙΑΛΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ», ενός Νοσοκομείου με σημαντική επιστημονική και ιστορική αξία. Ήταν σχετικά στις αρχές εφαρμογής και λειτουργίας του Νέου ΕΣΥ. Το Τμήμα μας είχε 3 οργανικές θέσεις ειδικευμένων, 3

ειδικευομένων ιατρών και συμπληρωνόταν από αρκετά έμπειρο και πρόθυμο νοσηλευτικό προσωπικό, που εξελίχθηκε σε εμπειρία και γνώσεις ακόμη περισσότερο τα επόμενα χρόνια. Αλήθεια είναι ότι η σύνθεση αυτή του Τμήματός μας ήταν και τότε ανεπαρκής σε σχέση με το απαιτούμενο έργο σε ένα Νοσοκομείο Κορμού που είχε σχεδόν καθημερινή εφημερία και κάθε 4^η μέρα, Γενική Εφημερία. Διαχειριζόμασταν πολλά και συχνά δύσκολα γαστρεντερολογικά περιστατικά, περιλαμβανόμενων ενδοσκοπικών επειγουσών και μη επειγουσών επεμβατικών πράξεων καθώς και την παρακολούθηση πολλών ασθενών με ΙΦΝΕ. Επίσης αλήθεια είναι ότι όλοι μας, από τον Διευθυντή *Δημήτρη Κατσαρό*, τον Επιμελητή Α' *Δημήτρη Σούτο*, *εμένα*, τους ειδικευόμενους μας μέχρι και το νοσηλευτικό και γραμματειακό προσωπικό, δίναμε τον καλύτερο εαυτό μας για να φέρουμε σε αίσιο πέρας το βαρύ αυτό έργο απέναντι στους ασθενείς μας.

Ουσιαστικά στο Τμήμα αυτό συνάντησα μια συνέχεια του κλίματος που είχα ζήσει κατά την διάρκεια της περιόδου ειδίκευσής μου στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο. Στο Τμήμα αυτό ανδρώθηκα από άποψη εμπειρίας αλλά και ευθύνης. Με τη στήριξη των προϊσταμένων μου αλλά και την υποστήριξη των υφισταμένων μου καταφέραμε να εκτελούμε, λίγοι άνθρωποι, πολλαπλές επεμβατικές ενδοσκοπικές πράξεις, περιλαμβανομένης της ERCP. Δίναμε χώρο και στήριξη στους ειδικευόμενους στις εργασίες του Τμήματος. Έτσι όλοι είμαστε ικανοποιημένοι για αυτά που προσφέραμε στους ασθενείς μας, την αυξανόμενη ποιοτική εμπειρία μας αλλά και την χαρά μας όταν βλέπαμε, με το πέρασμα του χρόνου τους ειδικευόμενους συνεργάτες μας να εξασκούν την Γαστρεντερολογία σωστά και με αυτοπεποίθηση στην επαγγελματική τους πορεία.

Παράλληλα με τις καθημερινές εργασίες μας, προσαπθήσαμε να έχουμε και κάποιο επιστημονικό έργο. Είχαμε αρκετά καλή εκπροσώπηση με επιστημονικές ανακοινώσεις και δημοσιεύσεις μελετών που προέρχονταν από το Τμήμα μας. Σημαντική ήταν και είναι η συνεργασία του Τμήματός μας με το Φαρμακευτικό Τμήμα του ΕΚΠΑ από την οποία, με προεξάρχοντα τον



καθηγητή κ. Ρέππα προέκυψαν σημαντικές δημοσιεύσεις κλινικών μελετών αλλά και μελετών βασικής έρευνας δημοσιευμένες σε έγκριτα επιστημονικά περιοδικά.

Οι συζητήσεις μας πάνω στα περιστατικά του Τμήματος αλλά και του Νοσοκομείου μας ήταν καθημερινές με αποτέλεσμα όλοι οι συνεργάτες μου να είναι ενήμεροι και να μελετούν περισσότερο. Είχαμε συχνή επιστημονική ενημέρωση στο Τμήμα και ενθάρρυνα πάντα τους συνεργάτες μου να παρακολουθούν τις ποικίλες επιστημονικές εκδηλώσεις, σχολεία και μαθήματα που οργάνωνε κυρίως η ΕΓΕ.

Με την πρόοδο του χρόνου και έχοντας μια συνεχή και συνεπή παρουσία καλύπτοντας τις κλινικές ανάγκες του Νοσοκομείου - σε ένα απαιτητικό περιβάλλον- αλλά και τις εκπαιδευτικές των ειδικευομένων του Τμήματος φθάνεις στην κορυφή της ιεραρχίας και αναλαμβάνεις τη θέση του επιστημονικά υπεύθυνου του Τμήματος. Θέλω να μας τοποθετήσεις στο χρόνο και τις συνθήκες της συγκεκριμένης περιόδου.

Προϊστάμενος του Τμήματος έγινα το 2014. Οι ευθύνες αυτής της θέσης είναι γνωστές. Ευθύνη για την καθημερινή λειτουργία του Τμήματος, εκπαίδευση και παρακολούθηση ειδικευομένων, συμμετοχή σε εφημερίες κορμού και γενικά φροντίδα για όλα όσα αφορούσαν το Τμήμα. Όμως θέλω να τονίσω ότι σε όλα αυτά υπήρξε μια ομαλή μετάβαση αφού επί τουλάχιστον μια δεκαετία τα είχα ζήσει καθημερινά. Αρκεί να αναφέρω ότι από το 2001 και μετά στο Τμήμα υπηρετούσαν μόνο 2 ή 3 ειδικευμένοι. Είναι μεγάλο παράπονο ότι από το 2001 έως το 2021 έγινε μόνο μια πρόσληψη ειδικευμένου στο Τμήμα μας. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα μεγάλο αριθμό εφημεριών στις οποίες συμμετέχω ακόμη και σήμερα.

Τι δυσκολίες και εμπόδια αντιμετωπίζει στην καθημερινότητα ο Διευθυντής ενός νευραλγικού Τμήματος σαν το Γαστρεντερολογικό;

Πέραν όλων αυτών που αναφέρθηκαν, στο έργο ενός Διευθυντή είναι, δυστυχώς, να μεριμνά και για την επαρκή υλικοτεχνική υποδομή που στα Γαστρεντερολογικά

Τμήματα είναι καίριας σημασίας. Αυτό πολλές φορές δεν ευοδώνεται εύκολα. Πέραν της καλής διάθεσης όλων, θεωρώ ότι για την ομαλή λειτουργία ενός Γαστρεντερολογικού Τμήματος όπως το δικό μας, είναι αναγκαία και η ανάλογη βοήθεια από την Πολιτεία. Πρέπει όλες οι οργανικές θέσεις ειδικευμένων να είναι συμπληρωμένες. Αυτό δυστυχώς δεν ισχύει. Επίσης οι αρμόδιες Υπηρεσίες των Νοσοκομείων να ενδιαφέρονται για την επάρκεια υλικοτεχνικής υποδομής (ενδοσκόπια, υλικά, κ.α.).

Δεν πρέπει ο Διευθυντής να αναλώνει χρόνο για τα αυτονόητα.

Με ποιους τρόπους και μέσα εκτιμάς ότι αυτή η λειτουργία και η καθημερινότητα μπορούν να βελτιωθούν...

Φρόντιζα ώστε οι ειδικευόμενοι συνεργάτες μου να αποκτούν γρήγορα εμπειρία και ικανότητες για να στηρίζουμε το Τμήμα επαρκώς. Εδώ βοήθησε σημαντικά και η μετάβαση, κατά τα τέλη της 10ετίας του '90, στα Video ενδοσκόπια. Η καλή συνεργασία και διάθεση όλων είχε σαν αποτέλεσμα να λειτουργεί το Τμήμα ικανοποιητικά με υπερβάλλοντα ζήλο όλων. Αρκεί να αναφέρω ότι υπήρξαν περίοδοι κάποιων μηνών που υπήρχε ένας μόνον ειδικευόμενος στο Τμήμα, λόγω του κενού μέχρι τη συμπλήρωση των θέσεων των επόμενων. Αν, πάντως, θέλω κάτι να προτείνω είναι το κάθε Τμήμα που εκπαιδεύει νέους Γαστρεντερολόγους πρέπει να είναι στελεχωμένο και από τους ειδικευμένους ιατρούς που πέραν της ενδοσκόπησης, να παρέχουν καθημερινά σύγχρονη εκπαίδευση στις ΙΦΝΕ και την Ηπατολογία.

Είμαι σε θέση να γνωρίζω ότι στο Τμήμα με την πάροδο των χρόνων ειδικευμένοι και ειδικευόμενοι που έγιναν ειδικοί και σταδιοδρόμησαν επαγγελματικά σε Αθήνα και περιφέρεια είσαστε μια μεγάλη οικογένεια. Και εσύ προσωπικά βρίσκεσαι στον πυρήνα αυτής της σχέσης.. Πως καταφέρνετε να διατηρείτε οικογενειακούς δεσμούς, «μέλη της οικογένειας του Ερυθρού» που όσο μεγαλώνει αριθμητικά άλλο τόσο μεγαλώνει και η συνοχή και η ομοψυχία της...

Κατά τη διάρκεια της 32 χρόνιας θητείας μου στο Τμήμα εκπαιδεύθηκαν περίπου 30 ειδικευόμενοι, που



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

σήμερα ασκούν την ειδικότητά μας με αξιοπιστία και επιτυχώς σε διάφορα μέρη της πατρίδας μας. Είμαι ευτυχής που υπήρξα βασικός συνεργάτης τους. Η αρχή αυτής της σχέσης, αυτής της ομοψυχίας μας έγινε στη διάρκεια της εκπαίδευσης τους και στηρίχθηκε στον αλληλοσεβασμό, την αλληλοεκτίμηση, την αλληλοκατανόηση και την αλληλοστήριξη, χωρίς αστερίσκους. Όλα αυτά δεν διδάσκονται, αλλά κατακτώνται εκατέρωθεν. Η ομοψυχία συνεχίσθηκε και μετά την θητεία ειδικεύσής τους.

Όλοι γνωρίζομαστε οικογενειακά και γνωρίζουμε τα προβλήματα όλων. Συνεργαζόμαστε, συναντιόμαστε όσο τακτικότερα μπορούμε και αλληλοστηρίζομαστε ακόμη. Η επικοινωνία μεταξύ μας θεωρώ ότι είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της ομοψυχίας μας.

Θέλω όμως να τονίσω ότι όλοι οι συνεργάτες μου ήταν καλοί χαρακτήρες και είχαν διάθεση προσαρμογής στο συγκεκριμένο κλίμα του Τμήματος. Ήμουν και σε αυτό τυχερός.

Ολοκληρώνοντας μια αξιοπρεπή, συνεπή και αξιόλογη επαγγελματική πορεία θα ήθελα να μου πεις τι θα άλλαζες σε αυτή και στις επιλογές σου διαχρονικά.

Αν κάνω κάποια αυτοκριτική, δεν θεωρώ ότι αυτά που θα ήθελα να βελτιώσω στο Τμήμα μας, όλα αυτά τα χρόνια, εξαρτώντο μόνον από εμένα. Ίσως έπρεπε να ήμουν περισσότερο διεκδικητικός, αλλά αυτό δεν είναι ίσως του χαρακτήρα μου. Πάντως, δεν ήταν και λίγα αυτά που βελτιώθηκαν. Συνέχεια νοιαζόμουν για βελτιώσεις, όχι πάντα με επιτυχία.

Ποια είναι η άποψή σου για την εκπαίδευση στη Γαστρεντερολογία, νομίζεις ότι χρειάζονται αλλαγές και σε ποια κατεύθυνση;

Θεωρώ ότι σε γενικές γραμμές η βασική εκπαίδευση στη Γαστρεντερολογία στην Ελλάδα είναι επαρκής, παρά τις αντιξοότητες. Πέραν αυτών που μπορεί να προσφέρει το κάθε Τμήμα, υπάρχουν αρκετές επιστημονικές δραστηριότητες που οι ειδικευόμενοι μπορούν να παρακολουθούν. Αυτές κυρίως οργανώνονται από

την ΕΓΕ και την ΕΠΕΓΕ με την πρωτοβουλία αξιολογών έγκριτων συναδέλφων, τους οποίους και συχαίρω.

Αν ένας ειδικευόμενος ή νέος Γαστρεντερολόγος σε ρωτούσαν να προτείνεις ΕΝΑ ΜΟΝΟ διεθνές συνέδριο της ειδικότητας τι θα έλεγες;

Θεωρώ υποχρέωση των Διευθυντών των Τμημάτων να ενδιαφέρονται και να διευκολύνουν την παρακολούθηση Επιστημονικών Συνεδρίων από τους εκπαιδευόμενούς τους.

Το Παναμερικανικό Γαστρεντερολογικό Συνέδριο (DDW) ίσως είναι το πληρέστερο για την ειδικότητά μας. Λόγω όμως αυτονόμων δυσκολιών για την ευόδωση της παρακολούθησής του, θεωρώ ότι και το Πανευρωπαϊκό Γαστρεντερολογικό Συνέδριο (UEG WEEK) είναι εξίσου επαρκές. Άλλωστε, την τελευταία 10ετία, η επάρκεια και των δυο αυτών Συνεδρίων είναι συγκρίσιμη.

Θέλω να μας δώσεις κάποια προσωπικά στοιχεία για σένα εκτός Γαστρεντερολογίας, για αγαπημένες ασχολίες, συνήθειες...

Όλα αυτά τα παραπάνω καταδεικνύουν ότι ο ελεύθερος χρόνος μου ήταν και είναι περιορισμένος. Μέχρι την ηλικία των 60 ετών, οι ενεργείς αθλητικές δραστηριότητές μου ήταν αγαπημένη μου συνήθεια. Ήμουν μέλος των ομάδων μπάσκετ και ποδοσφαίρου του Νοσοκομείου μας και συμμετείχαμε σε αγώνες 2 φορές την εβδομάδα. Έβαζα γυαλιά στους 35άρηδες.

Τώρα οι αθλητικές μου δραστηριότητες περιορίστηκαν και συντονίζονται με αυτές των εγγονιών μου, στα οποία άλλωστε διαθέτω αρκετό από τον ελεύθερο χρόνο μου. Αγαπημένη μου ενασχόληση είναι και η ζωγραφική αν και παλαιότερα ήταν πιο συνεπής. Από διάβασμα μου αρέσουν τα βιβλία με ιστορική χροιά ή περιεχόμενο.

Ποιο ελληνικό νησί έχεις πλάνο να επισκεφτείς και δεν κατάφερες μέχρι σήμερα να το κάνεις;

Τα Ιόνια Νησιά δεν τα έχω επισκεφθεί αρκετά. Πάντως, η Ιθάκη, πέραν της φυσικής της ομορφιάς, που όπως μου έχουν πει είναι απaráμιλλη, είναι το νησί που και



μόνο από το όνομά του έχει κάτι μυθικό και θέλω να το νοιώσω. Άλλωστε, «σαν βγεις στο πηγάδι για την Ιθάκη να εύχεται να' ναι μακρύς ο δρόμος, γεμάτος περιπέτειες και γνώσεις...» όπως λέει ο Καβάφης στο διδακτικό ποίημά του.

Ποια θεωρείς την πιο ευχάριστη στιγμή στη μακρά πορεία σου στη Γαστρεντερολογία;

Είναι πολλές οι χαρές επαγγελματικές, επιστημονικές και προσωπικές, που έχω νοιώσει όλα αυτά τα χρόνια.

Όμως, πριν λίγες εβδομάδες, κατά τη διάρκεια του Πανελληνίου Γαστρεντερολογικού Συνεδρίου, η εξαίρετη φίλη από παλαιά κα Τάνια Σοφούρη, οργάνωσε με πρωτοβουλία της, μια εξαιρετικά τιμητική για εμένα βραδιά, όπου προσκάλεσε όλους τους παλαιούς και νέους συνεργάτες μου για να ξανασυναντηθούμε. Ήταν μια εκδήλωση που με γέμισε συγκίνηση, μια επιβεβαίωση της ομοψυχίας του Τμήματός μας και μια ακόμη ευκαιρία να ξαναβρεθούμε από κοντά, σχεδόν όλα τα μέλη της ευρύτερης «οικογένειάς μας». Άλλωστε Σπύρο μου ήσουν και συ αυτόπτης μάρτυρας εκείνη τη βραδιά, σαν μέλος της ευρύτερης «οικογένειας του Ερυθρού Σταυρού».

Δεν είναι μόνο οι Επιστημονικές ή οι επαγγελματικές επιτυχίες μας που μας φέρνουν χαρά. Ήταν ιδιαίτερη τιμή για μένα και ευχαριστώ πολύ την ίδια και όλους όσους με τίμησαν με την παρουσία τους...

Πως επηρέασε η πανδημία που βιώνουμε τα τελευταία σχεδόν τρία χρόνια την άσκηση της κλινικής σου πρακτικής;

Η πανδημία ήταν μια ιδιαίτερη, μη αναμενόμενη από κανέναν, εμπειρία. Είμαστε όλοι υποχρεωμένοι να αλλάξουμε την τακτική μας σε σχέση με την ιατρική καθημερινότητά μας. Για το Νοσοκομείο μας μάλιστα, που έγινε για κάποιους μήνες αποκλειστικά, Νοσοκομείο για την περίθαλψη των νοσούντων από COVID-19 ασθενείς, η απλή ενδοσκόπηση έγινε ξαφνικά περίπλοκη και η προετοιμασία μας απαιτούσε περισσότερο χρόνο από την ίδια την ενδοσκοπική πράξη. Επιπλέον είχαμε την υποχρέωση να παρακολουθούμε τις αναβολές παρα-

κολούθησης των ασθενών μας, ώστε να μην διαφύγουν οι επείγουσες περιπτώσεις. Προσωπικά σαν Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου, δεχόμουν καθημερινά καταιγισμό πληροφοριών, και ενημέρωσης με την υποχρέωση οι συστάσεις των ειδικών να εφαρμόζονται. Ήταν, πραγματικά, μια δύσκολη περίοδος.

Θεωρείς ότι η πανδημία έχει τελειώσει ή...δεν τα έχουμε δει όλα;

Όχι, η πανδημία δεν έχει τελειώσει. Το βλέπουμε και το ζούμε καθημερινά, όταν ολόκληρα Νοσηλευτικά Τμήματα με Covid-19 ασθενείς, στερούν σημαντικό αριθμό κλινών των Νοσοκομείων. Απλώς, σήμερα, η πανδημία είναι πιο διαχειρίσιμη. Θεωρώ ότι τα εμβόλια έπαιξαν σημαντικό ρόλο για την μείωση της θνησιμότητας και τη βελτίωση της φυσικής πορείας της νόσου. Μακάρι να τα είχαμε και στην αρχική, την οξεία φάση. Μένει να δούμε τι θα γίνει και με τα επακόλουθα της χρόνιας νόσησης, στο μέλλον.

Θέλω κλείνοντας να σε ευχαριστήσω πολύ για την αποδοχή της πρόσκλησης και να σε παρακαλέσω να κλείσεις με ένα θετικό μήνυμα για την ελληνική κοινωνία και το σύστημα υγείας...

Εγώ θέλω να ευχαριστήσω για την πρόσκληση, που είναι ιδιαίτερα τιμητική και αντανακλά σε όλο το Γαστρεντερολογικό Τμήμα του ΝΕΕΣ «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» αλλά και σε όλους τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. που αγωνίζονται. Πρέπει σύντομα η Πολιτεία να σκύψει στα προβλήματα του Ε.Σ.Υ. παρέχοντας κίνητρα για την επιστροφή ικανών Ελλήνων Ιατρών που δραστηριοποιούνται στο Εξωτερικό. Τα τελευταία χρόνια το Δημόσιο Ε.Σ.Υ. είχε υποβαθμισθεί αρκετά με ελάχιστες προσλήψεις Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και με την έλλειψη σύγχρονης υλικοτεχνικής υποδομής. Η τεχνολογία καλπάζει και ο Ιδιωτικός Τομέας Υγείας υπερτροφεί σε σχέση με το Δημόσιο Ε.Σ.Υ. Εύχομαι τα επόμενα χρόνια η ισόρροπη ανάπτυξη του Ε.Σ.Υ. σε σχέση με τον Ιδιωτικό Τομέα Υγείας να αποκατασταθεί. Πιστεύω ότι το Δημόσιο Ε.Σ.Υ. πρέπει να ευημερήσει, γιατί το χρειάζεται το μεγαλύτερο μέρος της κοινωνίας μας.



Ενδοσκοπικό θέμα

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ:
ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Dr. Χρήστος Ζαβός, Γαστρεντερολόγος, Βιοκλινική Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή

Ο όρος τεχνητή νοημοσύνη (artificial intelligence) αναφέρεται στον κλάδο της πληροφορικής που ασχολείται με τη σχεδίαση και την υλοποίηση υπολογιστικών συστημάτων που μιμούνται στοιχεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της ευφυΐας. Στη συνάφεια αυτή, η εφαρμογή της τεχνητής νοημοσύνης στην τρέχουσα τεχνολογία επεκτείνει τις δυνατότητές της με λογισμικό ικανό να μαθαίνει από την εμπειρία, να προσαρμόζεται σε νέα εισαγόμενα δεδομένα, να εξαγεί συμπεράσματα και τελικώς να επιλύει προβλήματα. Ουσιαστικά, η τεχνητή νοημοσύνη προσομοιώνει την ανθρώπινη νοημοσύνη σε μηχανές, οι οποίες έχουν προγραμματιστεί να «σκέφτονται» και μιμούνται τις ενέργειες του ανθρώπου. Το ιδανικό χαρακτηριστικό της είναι η ικανότητα να εξορθολογίζει και να αναλαμβάνει ενέργειες που έχουν την καλύτερη πιθανότητα επίτευξης ενός συγκεκριμένου στόχου.

Υποσύνολα της τεχνητής νοημοσύνης είναι η μηχανική και η βαθιά μάθηση (machine και deep learning αντίστοιχα). Στη **μηχανική μάθηση** το λογισμικό βασίζεται σε μοτίβα και χαρακτηριστικά σε μεγάλο δείγμα δεδομένων προκειμένου να λάβει αποφάσεις ή να προβλέψει κάποιο αποτέλεσμα με ελάχιστη ανθρώπινη παρέμβαση. Όσο βελτιώνεται ο αλγόριθμος κατά την επεξεργασία μεγαλύτερου όγκου δεδομένων, τόσο καλύτερη απόφαση ή πρόβλεψη θα παρέχεται από το λογισμικό. Αντίθετα, η **βαθιά μάθηση** προσομοιάζει περισσότερο με τον ανθρώπινο εγκέφαλο. Στη βαθιά μάθηση η τεχνολογία έχει την ικανότητα να λαμβάνει έξυπνες αποφάσεις από μόνη της που βασίζονται στη μάθηση μέσω παραδειγμάτων. Εντούτοις, για τη λήψη αποφάσεων χωρίς την ανθρώπινη παρέμβαση, είναι απαραίτητο να υπάρχει τεράστιος όγκος δεδομένων, πολύ μεγαλύτερος από τη μηχανική μάθηση. Σε περίπτωση πιθανού σφάλματος, αυτό βοηθά στην προσαρμογή του μοντέλου.

Η βαθιά μάθηση βρίσκει ολοένα και περισσότερες εφαρμογές στην Ιατρική, εξαιτίας της ανάπτυξης φορητών συσκευών και αισθητήρων που είναι ικανά να χρησιμοποιούν δεδομένα για την αξιολόγηση της υγείας του ασθενούς σε πραγματικό χρόνο. Η τεχνολογία

δυνατόν επίσης να συνεπικουρεί τους ειδικούς ιατρούς στην ανάλυση δεδομένων για τον εντοπισμό τάσεων ή βλαβών συμβάλλοντας έτσι στην καλύτερη διάγνωση και θεραπεία του προβλήματος.

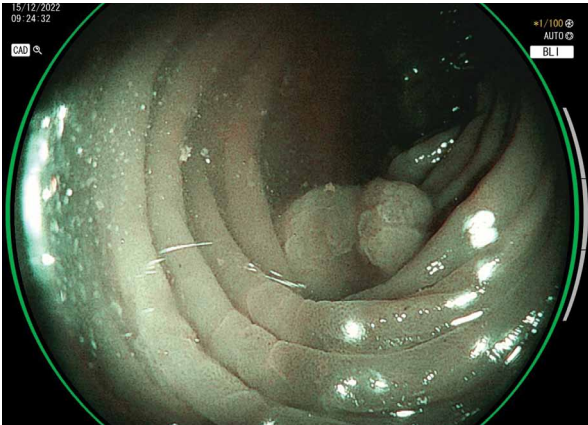
Η τεχνητή νοημοσύνη στην κολονοσκόπηση

Αντίστοιχα με τους υπόλοιπους κλάδους της Ιατρικής, η τεχνητή νοημοσύνη εισήχθη και στο χώρο της Γαστρεντερολογίας, κατά κύριο λόγο στην κολονοσκόπηση. Η τεχνολογία βαθιάς μάθησης ενσωματώθηκε στα νέας γενιάς ενδοσκόπια με εφαρμογή τόσο στη ανίχνευση (computer-aided polyp detection, CAdE) όσο και στη διάγνωση (CAdx) των πολυπόδων παχέος εντέρου (φωτογραφίες 1Α και 1Β), οδηγώντας σε βελτίωση της ποιότητας της ενδοσκόπησης και σε μείωση πιθανής άσκοπης πολυεκτομής.

Τα τελευταία χρόνια δημοσιεύθηκαν προοπτικές μελέτες που σε γενικές γραμμές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η τεχνητή νοημοσύνη αυξάνει κατά 12% (κατά 8,5% σε έμπειρους ενδοσκόπους) την ανίχνευση (CAdE) πολυπόδων και πρώιμων αδενωμάτων και μειώνει τη συχνότητα χαμένων πολυπόδων. Ωστόσο, μένει ναδειχθεί η αύξηση της ανίχνευσης προχωρημένων αδενωμάτων από την εφαρμογή της νέας τεχνολογίας. Διφορούμενα αποτελέσματα υφίστανται επίσης και ως προς τη διάγνωση (CAdx) των πολυπόδων από την τεχνολογία βαθιάς μάθησης.



Εικόνα 1Α. Πολύποδας κατιόντος, λευκό φως.



Εικόνα 1B. Χαρακτηρισμός του πολύποδα της εικόνας 1A ως υπερπλαστικού με την εφαρμογή τεχνητής νοημοσύνης (BLI, blue light imaging).

Πρόσφατα μελετήθηκε και η απόδοση της εφαρμογής της τεχνητής νοημοσύνης στην κολονοσκόπηση σε πραγματικές συνθήκες (real-world setting). Έγινε σύγκριση των ποσοστών ανίχνευσης αδενωμάτων και πολυπόδων σε όλες τις ενδοσκοπικές αίθουσες ενός κέντρου στο Ισραήλ με μεγάλο όγκο ενδοσκοπήσεων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

1. η ανίχνευση των αδενωμάτων και των πολυπόδων με την τεχνητή νοημοσύνη ήταν χαμηλότερη σε σχέση με την συμβατική κολονοσκόπηση (αδενώματα: 30,3% έναντι 35,2%, $P < 0,001$ και πολύποδες: 36,5% έναντι 40,9%, $P = 0,004$)
2. ο χρόνος της ενδοσκόπησης ήταν σημαντικά μικρότερος στην κολονοσκόπηση που υποβοηθούνταν από την τεχνητή νοημοσύνη

Το γεγονός αυτό προβληματίζει καθώς οι ενδοσκόποι στο μέλλον ενδεχομένως να βασίζονται περισσότερο στην τεχνητή νοημοσύνη από ότι στις ικανότητές τους και θα δαπανούν λιγότερο χρόνο στην επισκόπηση του εντέρου, ιδίως κατά την απόσυρση του ενδοσκοπίου, αυξάνοντας το ποσοστό λάθους.

Ο ρόλος της τεχνητής νοημοσύνης στην παρακολούθηση μετά από πολυπεκτομή

Το κόστος της παρακολούθησης των ασθενών μετά από πολυπεκτομή επιβαρύνει σημαντικά τα ασφαλιστικά

ταμεία, καθώς οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν συχνή επαναληπτική κολονοσκόπηση στους ασθενείς αυτούς, ανάλογα με τον αριθμό και το μέγεθος των πολυπόδων που ανευρέθηκαν και αφαιρέθηκαν, καθώς και ανάλογα με τα ιστολογικά τους χαρακτηριστικά. Παραμένει άγνωστη η αύξηση του κόστους στα συστήματα υγείας που θα προκύψει από τη συχνότερη επανάληψη των ενδοσκοπήσεων εξαιτίας της αυξημένης ανίχνευσης πολυπόδων παχέος εντέρου κατά τη χρήση της νέας τεχνολογίας.

Πρόσφατη μετανάλυση 9 τυχαιοποιημένων μελετών (5 από την Κίνα, 2 από την Ιταλία, 1 από την Ιαπωνία και 1 από τις ΗΠΑ) που αφορούσαν σε 5.796 ασθενείς, εκ των οποίων οι 2.894 υπεβλήθησαν σε κολονοσκόπηση υποβοηθούμενη από τεχνητή νοημοσύνη και οι 2.902 σε συμβατική κολονοσκόπηση, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η χρήση της νέας τεχνολογίας αύξησε το ποσοστό των ασθενών που χρειάστηκαν επαναληπτική κολονοσκόπηση για παρακολούθηση πολυπόδων κατά 35% σύμφωνα με τις Αμερικανικές κατευθυντήριες οδηγίες και κατά 20% σύμφωνα με τις αντίστοιχες Ευρωπαϊκές (απόλυτη αύξηση 2,9% και 1,3% αντίστοιχα). Συνεπώς, αν και η τεχνητή νοημοσύνη συμβάλλει στη βελτίωση της πρόληψης του καρκίνου παχέος εντέρου, εντούτοις αυξάνει σημαντικά την οικονομική επιβάρυνση των ασθενών και των ασφαλιστικών τους ταμείων.

Οι στρατηγικές παρακολούθησης θα πρέπει να λάβουν υπόψη την αυξημένη ανίχνευση πολυπόδων από την εφαρμογή της τεχνητής νοημοσύνης από τη μια μεριά, και τις δυνατότητες αυξημένων επανεκδοσκοπήσεων παρακολούθησης και υπερδιαγνώσεων από την άλλη. Μελέτες σε μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού και με μεγαλύτερη παρακολούθηση είναι απαραίτητες πριν την προσαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών στα νέα δεδομένα που θα προκύψουν από την εφαρμογή της νέας τεχνολογίας.

Άλλες εφαρμογές της τεχνητής νοημοσύνης στην κολονοσκόπηση στο μέλλον

Εκτός από την ανίχνευση πολυπόδων, η τεχνητή νοημοσύνη ξεκίνησε να εφαρμόζεται πιλοτικά και με σκοπό να βελτιώσει την εκτίμηση της φλεγμονώδους νόσου



Ενδοσκοπικό θέμα

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ: ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

του εντέρου, κυρίως της ελκώδους κολίτιδας. Συγκεκριμένα, η τεχνητή νοημοσύνη χρησιμοποιήθηκε για την πρόβλεψη της ενδοσκοπικής και ιστολογικής ενεργότητας της ελκώδους κολίτιδας και για τη διάκριση μεταξύ της νόσου του Crohn από τη νόσο Behcet-Αδαμαντιάδη και τη φυματίωση του εντέρου. Η διαγνωστική ακρίβεια των αλγορίθμων της τεχνητής νοημοσύνης κυμαινόταν μεταξύ 52-91%. Η ευαισθησία και η ειδικότητα των αλγορίθμων της τεχνητής νοημοσύνης στην πρόβλεψη της ενδοσκοπικής βαρύτητας της νόσου ήταν 78% (εύρος 72-83%) και 91% (εύρος 86-96%), αντίστοιχα.

Η διαγνωστική ακρίβεια φαίνεται ότι είναι υποσχόμενη και ανοίγει το δρόμο και για άλλες πιθανές εφαρμογές της όπως στην ανίχνευση δυσπλασίας στους ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Εντούτοις, υφίστανται περιορισμοί διότι τα δεδομένα των μελετών είναι αναδρομικά και τα μοντέλα της τεχνητής νοημοσύνης έχουν αναπτυχθεί μόνο από φωτογραφίες και όχι σε πραγματικό χρόνο κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης.

Συμπεράσματα

- Η εφαρμογή της τεχνητής νοημοσύνης στην κολονοσκόπηση έχει δείξει σημαντική βελτίωση της ανίχνευσης πρώιμων αδενωμάτων και πολυπόδων ακόμη και στους έμπειρους ενδοσκόπους.
- Δεν υφίστανται δεδομένα ως προς το όφελος από τη χρήση της τεχνητής νοημοσύνης στη διάγνωση προχωρημένων αδενωμάτων.
- Δεδομένα από πραγματικές συνθήκες δεν επιβεβαιώνουν την υπεροχή της νέας τεχνολογίας σε σχέση με τη συμβατική κολονοσκόπηση.
- Οι ενδοσκόποι προς το παρόν θα πρέπει να μην βασίζονται αποκλειστικά στην τεχνητή νοημοσύνη και να αφιερώνουν τον προβλεπόμενο χρόνο για την επισκόπηση του εντέρου τόσο κατά την είσοδο όσο και κατά την απόσυρση του ενδοσκοπίου.
- Καθώς θα βελτιώνεται το λογισμικό της βαθιάς μάθησης, θα ανιχνεύονται περισσότεροι πολύποδες με συνέπεια να εντατικοποιούνται τα προγράμματα παρακολούθησης με επανεξέταση, γεγονός που

θα επιβαρύνει τις ενδοσκοπικές δομές και θα έχει οικονομικές επιπτώσεις τόσο για τους ασθενείς όσο και τα συστήματα υγείας.

- Απαιτούνται μελέτες σε μεγάλο δείγμα πληθυσμού προκειμένου να ενσωματωθεί η νέα τεχνολογία στις κατευθυντήριες οδηγίες για την παρακολούθηση των ασθενών που υποβλήθηκαν σε πολυεκτομή.
- Στο μέλλον η κολονοσκόπηση υποβοηθούμενη από μοντέλο τεχνητής νοημοσύνης αναμένεται να βρει εφαρμογή και στους ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, αν και προς το παρόν υφίστανται περιορισμοί.
- Μένει να φανεί αν η επιβάρυνση του κόστους των ενδοσκοπικών πράξεων από την εφαρμογή της τεχνητής νοημοσύνης θα είναι οικονομικά αποδεκτή στις πιο αδύναμες οικονομικά χώρες, όπως η Ελλάδα, ή αν θα πρέπει να αναμένουμε ακόμη αρκετά μέχρι να μειωθεί το κόστος σε λογικά επίπεδα μετά την ευρύτερη εφαρμογή της συγκεκριμένης τεχνολογίας.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Mori Y, Wang P, Løberg M, et al. Impact of artificial intelligence on colonoscopy surveillance after polyp removal: A pooled analysis of randomized trials. Clin Gastroenterol Hepatol 2022; S1542-3565(22)00818-7.
2. Levy I, Bricklayers L, Klang E, et al. Artificial intelligence-aided colonoscopy does not increase adenoma detection rate in routine clinical practice. Am J Gastroenterol 2022 Aug 23.
3. Koh FH, Ladlad J, SKH Endoscopy Centre, et al. Real-time artificial intelligence (AI)-aided endoscopy improves adenoma detection rates even in experienced endoscopists: a cohort study in Singapore. Surg Endosc 2022 Jul 26.
4. Larsen SLV, Mori Y. Artificial intelligence in colonoscopy: A review on the current status. DEN open 2022;2: e109.
5. Yang LS, Perry E, Shan L, et al. Clinical application and diagnostic accuracy of artificial intelligence in colonoscopy for inflammatory bowel disease: systematic review. Endosc Int Open 2022;10: E1004-13.



ΤΑ microRNAs ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΩΣ ΔΥΝΗΤΙΚΟΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Μιχαλόπουλος Γεώργιος, Γαστρεντερολόγος, Επιμελητής Β¹

Θάνος Χαράλαμπος, Ειδικευόμενος Γαστρεντερολόγος²

^{1,2}Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

Εισαγωγή

Τα MicroRNAs (miRNAs) είναι μια κατηγορία διατηρημένων, ενδογενών, μη κωδικοποιητικών RNA μορίων, με μήκος 18–25 νουκλεοτιδίων που ρυθμίζουν την έκφραση γονιδίων από διαδικασίες, συμμετέχοντας σε βιολογικά μονοπάτια όπως αυτό της αποαδενυλίωσης του mRNA και της αναστολής της μετάφρασης. Τα miRNAs ρυθμίζουν τις φυσιολογικές λειτουργίες του εντέρου και φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο στην παθογένεια των εντερικών νοσημάτων. Τα miRNA παίζουν σημαντικό ρόλο στην κυτταρική επικοινωνία και ανιχνεύονται σε όλα τα σωματικά υγρά, των κοπράνων συμπεριλαμβανομένων, με διαφορετική σύνθεση και συγκεντρώσεις. Ωστόσο, σε διάφορα νοσήματα, τα miRNAs εκφράζονται εσφαλμένα και λειτουργούν ως αρνητικοί ρυθμιστές της γονιδιακής έκφρασης. Αυτό επιτρέπει στα miRNAs να χρησιμοποιηθούν ως δυναμικοί βιοδείκτες για τον προσυμπτωματικό έλεγχο διαφόρων εντερικών παθήσεων.

Βιογένεση

Η βιογένεση των miRNAs είναι μια πολύπλοκη διαδικασία πολλαπλών σταδίων που ξεκινά από τον πυρήνα. Για να σχηματίσει ώριμο miRNA, η RNA πολυμεράση II μεταγράφει τα γονίδια miRNA. Συνέπεια της μεταγραφής αυτής είναι η δημιουργία εντός πρωτογενούς miRNA (pri-miRNA), το οποίο στη συνέχεια διασπάται από την RNA ενδονουκλεάση, με αποτέλεσμα το σχηματισμός ενός προδρόμου miRNA (pre-miRNA). Το pre-miRNA διασπάται από την κυτταροπλασματική ενδονουκλεάση και σχηματίζει ένα ώριμο διπλό miRNA. Ένας κλώνος του ώριμου miRNA συνδέεται σε μια πρωτεΐνη Argonaute (Ago) σχηματίζοντας σύμπλεγμα σίγης που προκαλείται από RNA (RISC) (εικόνα 1).

Οι λειτουργίες του ώριμου miRNA επιτυγχάνονται καθοδηγώντας την πρωτεΐνη Ago και τους σχετικούς παράγοντες για τη στόχευση θέσεων στο 3' αμετάφραστη περιοχή (UTR) του mRNA. Τα miRNA ρυθμίζουν τα επίπεδα έκφρασης χιλιάδων γονιδίων-στόχων που

εμπλέκονται σε διαφορετικά μονοπάτια και παίζουν σημαντικό ρόλο σε μια ποικιλία από κυτταρικές και αναπτυξιακές. Αν και η λειτουργία του εξωκυτταρίου miRNA στα σωματικά υγρά δεν είναι πλήρως κατανοητή, τα διαφορετικώς εκφραζόμενα miRNAs στα κόπρανα σε διάφορα νοσήματα θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως ένας πιθανός βιοδείκτης για τον προσυμπτωματικό έλεγχο εντερικών παθήσεων.

miRNAs ΚΑΙ ΕΝΤΕΡΙΚΟΣ ΦΡΑΓΜΟΣ

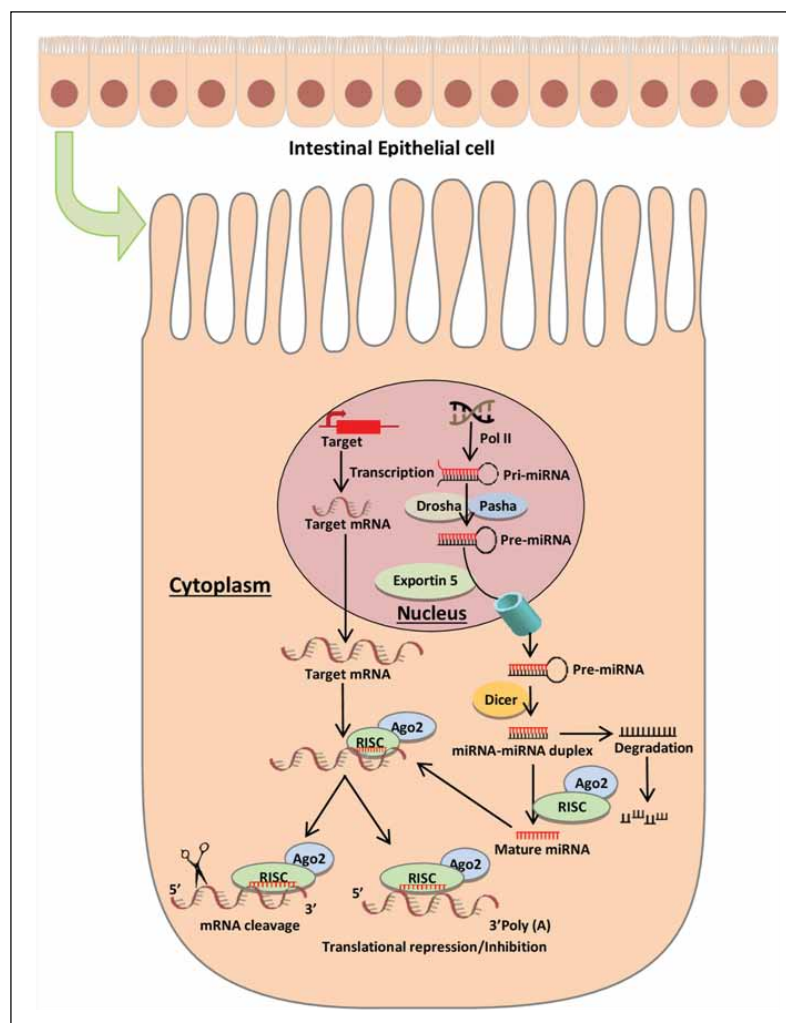
Ο εντερικός επιθηλιακός φραγμός είναι μια πολύπλοκη ανατομική και λειτουργική δομή του αυλού του εντέρου, που επιτρέπει την επιλεκτική απορρόφηση βασικών θρεπτικών συστατικών και δρα ως φραγμός ενάντια στις τοξίνες και τους μικροοργανισμούς. Η διάσπαση αυτού του φραγμού μπορεί να προκαλέσει διάφορες εντερικές παθήσεις, που χαρακτηρίζονται από αύξηση της εντερικής διαπερατότητας. Μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι τα παιδιά με εντερική δυσλειτουργία, που έχουν διαταραχή της εντερικής διαπερατότητας, μπορεί να εμφανίσουν σύνδρομο φλεγμονώδους νόσου του εντέρου και άλλα νοσήματα του εντέρου που σχετίζονται με φλεγμονή.

Είναι εξαιρετικά σημαντικό να αποτραπεί η εισβολή παθογόνων μικροοργανισμών, προκειμένου να διατηρηθεί η ακεραιότητα του εντερικού επιθηλίου. Επανεπιλημμένη έκθεση σε εντερικά παθογόνα, τοξίνες και προφλεγμονώδεις κυτοκίνες μπορεί να διαταράξει την λειτουργία των στενών συνδέσεων του εντερικού φραγμού, προκαλώντας φλεγμονή. Σε διάφορες μελέτες, έχει δείχθει ότι λοιμώξεις στην παιδική ηλικία από εντερικά πρωτόζωα, ροταϊούς, εντεροϊούς, αδενοϊούς και Escherichia coli συσχετίζονται με ανώμαλη έκφραση των miRNAs που έχει αντίκτυπο στην ανάπτυξη. Τα τρέχοντα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η συγκέντρωση των miRNAs των κοπράνων θα μπορούσε να αντανάκλα τη συγκέντρωση των miRNAs που εκφράζονται στο τοίχωμα του εντέρου, σε ρόλο διαμεσολαβητών της φλεγμονής του ξενιστή και να σχετίζονται με την εντε-



Κλινικό θέμα

ΤΑ microRNAs ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΩΣ ΔΥΝΗΤΙΚΟΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ
ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ



Εικόνα 1. Βιογένεση των MiRNAs.

ρική δυσβίωση. Μια προηγούμενη μελέτη έδειξε την τέλεια ισορροπία μεταξύ της εντερικής μικροχλωρίδας και της ανοσιακής απάντησης του ξενιστή. Αλλοίωση της σύνθεσης της μικροχλωρίδας του εντέρου σχετίζεται με δυσλειτουργία του εντερικού φραγμού, που μπορεί να προκαλέσει φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και καρκίνο παχέος εντέρου.

Επιπλέον, αρκετές έρευνες αποκαλύπτουν ότι οι φλεγμονώδεις κυτοκίνες, όπως (TNF)-α και ιντερφερόνη-γ (IFNγ), μπορεί να αυξήσουν σημαντικά την έκφραση των miRNAs σε εντεροκύτταρα και σε

εντερικούς ιστούς εν γένει. Ενεργοποίηση αυτών των προφλεγμονωδών κυτοκινών μπορεί να προκαλέσει διαταραχή του εντερικού φραγμού και αυξημένη εντερική διαπερατότητα. Βεβαίως οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί του εντερικού φραγμού δεν είναι πλήρως κατανοητοί, και η συσχέτιση των miRNAs με τις εντερικές παθήσεις έχει μελετηθεί ως επί το πλείστον in vitro.

Τα miRNAs στις γαστρεντερικές παθήσεις

Η απορρύθμιση των miRNAs έχει συνδεθεί με πολλά νοσήματα, όπως οι νεοπλασίες, οι ιογενείς ηπατίτιδες, τα καρδιαγγειακά και νευροεκφυλιστικά νοσήματα και



διάφορες γαστρεντερικές παθήσεις. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι τα miRNAs μπορούν να ανιχνευθούν σε σωματικά υγρά, συμπεριλαμβανομένων του ορού, των ούρων, του μητρικού γάλακτος, του σιέλου και των κοπράνων. Σύγχρονες μελέτες έχουν απομονώσει και αξιολογήσει miRNAs στον καρκίνο του παχέος εντέρου (CRC) και του παγκρέατος.

Συγκεκριμένα, η απομόνωση ολικού RNA από τα κόπρανα και το miRNA που εκφράζεται σε αυτό αποκάλυψε ότι τα miR-21 και miR-106a είναι αυξημένα σε ασθενείς με διεγνωσμένο καρκίνο παχέος εντέρου, υποδεικνύοντας την δυνατότητα χρήσης τους ως μη επεμβατικών βιοδεικτών για τον προσυμπτωματικό έλεγχο της νεοπλασίας του παχέος εντέρου. Μια συγκριτική μελέτη του προφίλ έκφρασης miRNA κοπράνων έδειξε ότι τα miR-221 και miR-18a εκφράζονται σε μεγάλο βαθμό στα κόπρανα ασθενών με CRC, με ευαισθησία και ειδικότητα 66 και 75%, αντίστοιχα. Επιπλέον, η σημαντική μείωση στα επίπεδα έκφρασης των miRNA-29, miRNA-223 και miRNA-224 έχουν ανιχνευθεί σε ασθενείς με CRC, ενώ σε ασθενείς με καρκίνο του ορθού, το miRNA-29 υπερεκφράζεται.

Το προφίλ της αλλοιωμένης έκφρασης των miRNAs κοπράνων έχει μελετηθεί και σε ασθενείς με ενεργό ΙΦΝΕ. Έχει δείχθει ότι τα miR-223, miR-21, miR-155 και miR-1246 κοπράνων εμφανίζουν αυξημένη έκφραση στα κόπρανα ασθενών με ΙΦΝΕ. Μια άλλη μελέτη συσχέτισε την υπερέκφραση του miR-21 με τη βαρύτητα της εντερικής βλάβης και της διαταραχής του επιθηλιακού φραγμού. Η ανάλυση καμπύλης ROC χρησιμοποιώντας miR223 στα κόπρανα έδειξε ότι η ειδικότητα και η ευαισθησία για ενεργό UC ανήλθαν σε 86,7 και 90%, αντίστοιχα.

Συμπέρασμα

Τα έως τώρα πειραματικά δεδομένα και οι συσχετίσεις μεταξύ της αλλοιωμένης σύστασης των miRNAs και της διάγνωσης και της αξιολόγησης της βαρύτητας των εντερικών παθήσεων παρέχει την ευκαιρία να χρησιμοποιηθούν τα miRNAs ως νέοι βιοδείκτες σε δείγματα κοπράνων. Ωστόσο, τα δεδομένα για την τροποποίηση

της έκφρασης των miRNAs κοπράνων σε εντερικές παθήσεις παραμένουν ελλιπή. Απαιτείται περισσότερη έρευνα για την κατανόηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών που συμμετέχουν τα miRNAs προτού χρησιμοποιηθούν στην κλινική πράξη.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

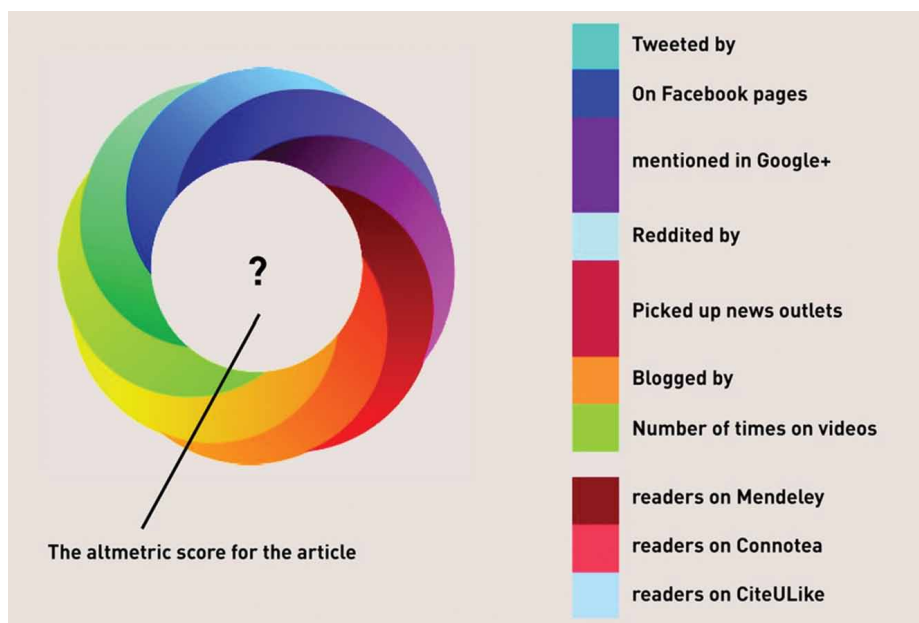
1. Fecal MicroRNAs as Potential Biomarkers for Screening and Diagnosis of Intestinal Diseases Humaira Rashid, Biplob Hossain¹, Towfida Siddiqua, Mamun Kabir, Zannatun Noor, Mamun Ahmed and Rashidul Haque. *Front. Mol. Biosci.*, 07 August 2020 Sec. Molecular Diagnostics and Therapeutics, <https://doi.org/10.3389/fmolb.2020.00181>
2. Reid, G., Kirschner, M. B., and van Zandwijk, N. (2011). Circulating microRNAs: association with disease and potential use as biomarkers. *Crit. Rev. Oncol.* 80, 193–208, 2011. doi: 10.1016/j.critrevonc.2010.11.004
3. O'Brien, J., Hayder, H., Zayed, Y., and Peng, C. (2018). Overview of microRNA biogenesis, mechanisms of actions, and circulation. *Front. Endocrinol.* 9:402. doi: 10.3389/fendo.2018.00402
4. Hibner, G., Kimsa-Furdzik, M., and Francuz, T. (2018). Relevance of microRNAs as potential diagnostic and prognostic markers in colorectal cancer. *Intern. J. Mol. Sci.* 19:2944. doi: 10.3390/ijms19102944
5. Sheedy, F., and O'Neill, L. (2008). Adding fuel to fire: microRNAs as a new class of mediators of inflammation. *Anna. Rheum. Dis.* 67(Suppl. 3), iii50–iii55. doi: 10.1136/ard.2008.100289
6. Bastaminejad, S., Taherikalani, M., Ghanbari, R., Akbari, A., and Shabab, N. (2017). Investigation of microRNA-21 expression levels in serum and stool as a potential non-invasive biomarker for diagnosis of colorectal cancer. *Iran. Biomed. J.* 21:106. doi: 10.18869/acadpub.ijb.21.2.106
7. Viennois, E., Chassaing, B., Tahsin, A., Pujada, A., Wang, L., Gewirtz, A. T., et al. (2019). Host-derived fecal microRNAs can indicate gut microbiota healthiness and ability to induce inflammation. *Theranostics* 9:4542. doi: 10.7150/thno.35282



Η Γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

ALTMETRICS: ΕΝΑΣ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

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



Εικόνα 1.

Η αξιολόγηση της βαρύτητας επιστημονικών μελετών αποτελεί θεμέλιο λίθο της εισδοχής και εξέλιξης στην ακαδημαϊκή κοινότητα διεθνώς. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται από καιρού διάφοροι δείκτες βάσει των οποίων εκτιμάται το επιστημονικό περιοδικό όπου δημοσιεύεται μία μελέτη, η ίδια η μελέτη, καθώς και οι ερευνητές ατομικά που συμπεριλαμβάνονται στην αντίστοιχη συγγραφική ομάδα. Ο γνωστότερος δείκτης αξιολόγησης ενός περιοδικού είναι το impact factor που βασίζεται στον ποσοτικό προσδιορισμό των αναφορών στα δημοσιευμένα σε αυτό άρθρα. Άλλοι αντίστοιχοι δείκτες είναι το Eigenfactor, το CiteScore, το Snip, το Scimago κ.ά. Στο επίπεδο του συγγραφέα μιας μελέτης ο βασικός δείκτης αξιολόγησης είναι το h-index που συνεκτιμά τον αριθμό των μελετών που αυτός δημοσιεύει και των αριθμό των αναφορών που καθεμιά συγκεντρώνει. Τέλος, στο επίπεδο του άρθρου ένας σχετικά νέος τρόπος αξιολόγησης είναι ο δείκτης χρήσης (usage metric) που μετρά τις αναγνώσεις στη μορφή του PDF ή HTML. Ο αριθμός που προκύπτει σε συνδυασμό με τους βασιζόμενους στις αναφορές δείκτες, μπορούν να παρουσιάσουν μια αντικειμενικότερη εικόνα της βαρύτητας ενός περιοδικού.

Με δεδομένη την ευρεία εξάπλωση της ψηφιακής πληροφορίας που μάλιστα διατίθεται σε μεγάλο βαθμό χωρίς κόστος, η μελλοντική αξιολόγηση των επιστημονικών εργασιών φαίνεται πως θα βασίζεται στους εξής πυλώνες: 1) μέτρηση αναφορών (citation metrics), 2) δείκτης χρήσης (usage metric) και 3) εναλλακτικοί δείκτες (alternative metrics-altmetrics). Τα altmetrics (εικόνα 1) παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την χρήση του δεδομένου άρθρου στα κοινωνικά δίκτυα (social media) που, ως γνωστόν, αποτελούν ηλεκτρονικές πλατφόρμες αλληλεπίδρασης των ανθρώπων και των οποίων η χρήση έχει λάβει παγκοσμίως τεράστιες διαστάσεις. Στην επισυναπτόμενη εικόνα φαίνεται ο τρόπος με τον οποίο καθορίζεται το altmetric score εκάστου επιστημονικού άρθρου βάσει των αναδημοσιεύσεών του στα διάφορα social media. Είναι προφανές πως ο συγκεκριμένος δείκτης, όπως και οι περισσότεροι από τους υπόλοιπους είναι δυναμικός και διαμορφώνεται αδιάλειπτα. Επιπρόσθετα, ενδιαφέρον είναι πως καταξιωμένα κέντρα, όπως η Mayo Clinic, συμπεριλαμβάνει στα κριτήρια αξιολόγησης του ακαδημαϊκού προσωπικού της την απήχηση του έργου τους στα εν λόγω μέσα, σε συνδυασμό πάντα με τους παραδοσιακούς δείκτες.

Η Γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

ALTMETRICS: ΕΝΑΣ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ



Από τα παραπάνω γίνεται φανερό πως η διευρυνόμενη χρήση των social media και γενικότερα οι τεχνολογικές πρόοδοι δε θα αφήσουν ανεπηρέαστο το ακαδημαϊκό περιβάλλον. Αποτελεί, συνεπώς, αναπόδραστη αναγκαιότητα η αντίστοιχη εκπαίδευση και καθοδήγηση των εμπλεκομένων, ώστε να αλληλεπι-

δρούν με τρόπο ορθό και αποδοτικό στις διάφορες ηλεκτρονικές πλατφόρμες.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. J Grad Med Edu 2017; 9:421-25.
2. JSLS 2021;25: e2021.00010.doi:10.4293/JSLS.2021.00010.



How to do it

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΛΗΨΗΣ ΥΛΙΚΟΥ ΜΕΣΩ EUS. TIPS AND TRICKS

Δημήτριος Παναγιωτακόπουλος, MD MRCP (UK)

Γαστρεντερολόγος – Υπεύθυνος Τμήματος Ενδοσκοπικών Υπερήχων

Διευθυντής Γαστρεντερολογικής και Ηπατολογικής Κλινικής Metropolitan General, Αθήνα

Εισαγωγή

Το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (EUS) αποτελεί ένα από τα σημαντικά εργαλεία για την αξιολόγηση καλοήθων και κακοήθων παθήσεων του πεπτικού συστήματος, αλλά και ανατομικών δομών που βρίσκονται πέριξ του γαστρεντερικού σωλήνα. Η δυνατότητα του ηχοβολέα υψηλών συχνοτήτων του υπερηχοενδοσκοπίου να έρθει σε στενή εγγύτητα με τους προς εξέταση ιστούς, μας δίνει εικόνες απaráμιλλης ακρίβειας. Έτσι, μας δίνεται η δυνατότητα να χαρακτηρίσουμε βλάβες που προκύπτουν από άλλες ενδοσκοπικές ή απεικονιστικές τεχνικές ή και να αναδείξουμε ακόμη βλάβες που μπορεί να μην έχουν φανεί με άλλες μεθόδους.

Οι κύριοι τύποι υπερηχοενδοσκοπίων είναι τα υπερηχοενδοσκόπια κυκλοτερούς σάρωσης (radial), καθώς και τα υπερηχοενδοσκόπια γραμμικής σάρωσης (linear). Τα radial EUS ενδοσκόπια εκπέμπουν την δέσμη των υπερήχων κάθετα στην κίνηση του ενδοσκοπίου, ίσως έχοντας κάποια απεικονιστικά πλεονεκτήματα σε κυλινδρικά όργανα όπως ο οισοφάγος και το ορθό. Τείνουν όμως να αντικατασταθούν πλήρως από τα linear EUS ενδοσκόπια, τα οποία έχουν επιπλέον το μεγάλο πλεονέκτημα της χρήσης εργαλείων μέσω του καναλιού εργασίας, που είναι ορατά από τη δέσμη των υπερήχων, όπως βελόνες, stent, κυστεοτόμοι, καθετήρες RFA κ.ά.

Οι ενδείξεις του EUS ολοένα και επεκτείνονται σε τομείς άλλων ειδικοτήτων πλην της γαστρεντερολογίας, όπως η ογκολογία, η πνευμονολογία, η αιματολογία, η χειρουργική, τόσο όσον αφορά σε διαγνωστικά πρωτόκολλα, όσο και σε θεραπευτικές παρεμβάσεις. Παραδείγματα θεραπευτικών παρεμβάσεων με τη χρήση του EUS αποτελούν παροχετεύσεις περιπαγκρεατικών συλλογών, παροχετεύσεις του χοληφόρου δέντρου, γαστρονηστιδικές αναστομώσεις, νευρόλυση του κοιλιακού πλέγματος, χορήγηση RFA σε παγκρεατικούς κυστικούς ή συμπαγείς όγκους, έγχυση χημειοθεραπευτικών παραγόντων, βραχυθεραπεία κ.ά.

Οι **τεχνολογικές βελτιώσεις** στην υπερηχογραφική εικόνα, η χρήση της ελαστογραφίας (Real-Time

Tissue Elastography) και η χρήση των σκιαγραφικών (Contrast-Enhanced EUS) έχουν βελτιώσει σημαντικά την ακρίβεια του EUS στο μορφολογικό χαρακτηρισμό βλαβών, αλλά και στην τοπικοπεριοχική σταδιοποίηση όγκων του πεπτικού σωλήνα και άλλων οργάνων. Όμως στην πλειονότητα των περιπτώσεων η κύρια ένδειξη του EUS είναι η λήψη υλικού για κυτταρολογική και ιστολογική ταυτοποίηση συμπαγών και κυστικών όγκων.

Λήψη υλικού - EUS Tissue Acquisition (EUS-TA)

Η **ανάπτυξη της πρώτης βελόνας** και η πρώτη βιοψία παγκρεατικής μάζας που περιεγράφηκε το 1992 από τον Peter Vilmann, άνοιξε το δρόμο σε μια πολλά υποσχόμενη τεχνική που ακόμη εξελίσσεται με ταχείς ρυθμούς και που έχει αλλάξει την αντιμετώπιση πολλών νόσων, κυρίως του παγκρέατος. Η EUS-TA πλέον είναι αποδεδειγμένα η προτιμυτέα μέθοδος λήψης υλικού από κυστικές και συμπαγείς βλάβες του πεπτικού, κυρίως από το πάγκρεας, το ήπαρ, λεμφαδένες, και άλλα όργανα που γειτνιάζουν με τον ανώτερο και τον κατώτερο γαστρεντερικού σωλήνα.

Οι βελόνες που αναπτύχθηκαν αρχικά και ακόμη χρησιμοποιούνται είναι βελόνες που επιτρέπουν την λήψη **κυτταρολογικού υλικού (fine-needle aspiration ή FNA)**. Οι βελόνες αυτές έγιναν διαθέσιμες σε διάφορα μεγέθη όπως 19G, 22G και 25G με διάφορα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα η κάθε μία. Μεταanalύσεις δίνουν καλά ποσοστά ακρίβειας στην EUS-FNA ειδικά σε συμπαγείς μάζες του παγκρέατος με ευαισθησία που κυμαίνεται από 85% έως 89% και ειδικότητα μεταξύ 96% με 99%. Η χρήση της FNA στις **κυστικές βλάβες του παγκρέατος** δίνει μικρότερα ποσοστά διαγνωστικής ακρίβειας σε σχέση με τα συμπαγή νεοπλασμάτα, με ευαισθησία της τάξης του 54% και ειδικότητα 93%. Το υλικό της EUS-FNA επιστρώνεται σε αντικειμενοφόρες πλάκες και επίσης τοποθετείται σε κατάλληλα υλικά όπως το Cytolyt για περαιτέρω κυτταρολογική επεξεργασία. Το υλικό που προκύπτει



μετά από φυγοκέντρηση συλλέγεται και τοποθετείται σε κύβους παραφίνης, όπου επεξεργάζεται ως ιστολογικό υλικό (cell-block). Στο υλικό της κυτταρολογικής και του cell-block εφαρμόζονται τεχνικές ανοσοκυτταρολογίας για ακριβέστερη ταυτοποίηση.

Οι **βελτιώσεις στις βελόνες FNA** και στις διάφορες τεχνικές λήψης υλικού, έχουν σκοπό την αύξηση της διαγνωστικής ακρίβειας, η οποία εξαρτάται από παράγοντες όπως η επάρκεια του υλικού, η κυτταροβρίθεια, η πρόσμιξη αίματος, η “επιμόλυνση” του υλικού από κύτταρα του τοιχώματος του γαστρεντερικού σωλήνα, ο αριθμός των περασμάτων, η χρήση αρνητικής πίεσης, η χρήση του στειλεού, η παρουσία κυτταρολόγου στην αίθουσα κ.ά. Οι διαφορές όμως παρά τις παραπάνω προσπάθειες καταφέρνουν οριακά να βελτιώσουν την διαγνωστική απόδοση της EUS-FNA, ενώ παραμένουν οι αδυναμίες της τεχνικής, ιδίως σε κλινικά σενάρια όπου η ιστολογία είναι προτιμότερη από την κυτταρολογία.

Η **χρήση κυτταρολόγου μέσα στην αίθουσα**, για την άμεση μικροσκόπηση του υλικού της FNA (Rapid On-Site Evaluation ή ROSE) φάνηκε σε μελέτες το 1994 από τον Wiersema και σε μετέπειτα μετααναλύσεις, ότι αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα στην βελτίωση της ακρίβειας της EUS-FNA μειώνοντας επίσης την ανάγκη για πολλαπλές παρακεντήσεις, αφού η άμεση μικροσκόπηση μπορεί να επιβεβαιώσει τόσο την επάρκεια, αλλά και την καταλληλότητα του υλικού. Η ROSE φαίνεται σε μελέτες να αυξάνει την ευαισθησία της FNA από 80% στο 88%-95%. Η παρουσία όμως κυτταρολόγου στην αίθουσα σε πολλές χώρες αποτελεί πρόβλημα λόγω έλλειψης κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού, όπως επίσης λόγω αύξησης του κόστους και του συνολικού χρόνου της εξέτασης.

Από την FNA στην FNB

Η ανάγκη για **λήψη ιστολογικού υλικού** είναι προτιμότερη ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου η μικρο-αρχιτεκτονική των ιστών είναι βασική προϋπόθεση για την ακριβή διάγνωση, όπως για παράδειγμα στους

στρωματικούς όγκους του πεπτικού, την αυτοάνοση παγκρεατίτιδα, τα λεμφώματα κ.ά. Επίσης, η εξέλιξη της προσωποποιημένης ιατρικής, απαιτεί επιπλέον και την μοριακή ανάλυση για τον καλύτερο σχεδιασμό της ογκολογικής θεραπείας, και επειδή η ποσότητα του υλικού είναι σημαντική για τις ανωτέρω αναλύσεις, η τάση είναι να εξελίσσεται η τεχνολογία λήψης υλικού από την κυτταρολογία στην ιστολογία. Και ενώ από το 2002 ο Wiersema et al, παρουσίασε μια 19G Tru-Cut® βελόνα για λήψη core-biopsy, δεν φάνηκε η βελόνα αυτή να επικρατεί λόγω μειωμένης ευλυγισίας, και δυσλειτουργίας της σε περιοχές όπως η δεύτερη και τρίτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου. Έτσι και εγκαταλείφθηκε.

Η εξέλιξη προς την ίδια κατεύθυνση ήταν η ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια **νέας γενιάς βελονών για λήψη ιστολογικού υλικού (fine needle biopsy – FNB)**, που ξεκίνησε το 2016 με μια βελόνα τύπου *reverse-bevel* (ProCore™; Cook Medical) και αργότερα από βελόνες με πολλαπλές κοπτικές επιφάνειες τύπου *franceen* (Acquire™; Boston Scientific) και *fork-tip* (SharkCore™; Medtronic) [εικόνα 1]. Οι νέες αυτές βελόνες FNB έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο που ουσιαστικά τέμνουν



Εικόνα 1. Τύποι βελονών.
1: Menghini type FNA needle,
2: Reverse bevel type FNB needle,
3: Forktip type FNB needle,
4: Franceen type FNB needle.



How to do it

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΛΗΨΗΣ ΥΛΙΚΟΥ ΜΕΣΩ EUS. TIPS AND TRICKS

τον ιστό λαμβάνοντας core-tissue μικροβιοψίες. Αυτές τοποθετούνται σε διάλυμα φορμόλης και φαίνονται ως κυλινδρικά νηματοειδή ιστοτεμαχίδια [εικόνα 2], τα οποία διατηρούν την μικροαρχιτεκτονική του ιστού. Η επεξεργασία του υλικού αυτού στο παθολογοανατομικό εργαστήριο είναι ίδια με την επεξεργασία που ακολουθείται με τις συμβατικές ενδοσκοπικές βιοψίες, δηλαδή με την μονιμοποίηση στη φορμόλη, την σκλήνωση με τον εγκλεισμό σε κύβο παραφίνης και τέλος την μικροτόμηση και την επίστρωση σε αντικειμενοφόρες πλάκες. Στο υλικό αυτό ακολουθούν οι κατάλληλες βαφές, καθώς και η εφαρμογή των ανοσοϊστοχημικών αντιδραστικών, που θα βοηθήσουν τους παθολογοανατόμους στην ταυτοποίηση της διάγνωσης.

Οι νέες βελόνες FNB έχουν μεταβάλλει το τοπίο της EUS-TA. Το υψηλότερο τους κόστος σε σχέση με τις βελόνες FNA ίσως είναι ένας ανασταλτικός παράγοντας χρήσης τους. Οι μελέτες όμως έχουν αναδείξει τα πλεονεκτήματα της χρήσης αυτών των βελονών. Οι FNB βελόνες εξαλείφουν την ανάγκη χρήσης της ROSE φτάνοντας ποσοστά λήψης ικανοποιητικού υλικού σε ποσοστό 95% και διαγνωστικής ακρίβειας που ξεπερνούν το 90%. Αντίστοιχα της ROSE **έχει αναπτυχθεί η έννοια της MOSE** (Macroscopic On-site Evaluation) που ουσιαστικά είναι η επισκόπηση της ποιότητας και ποσότητας του υλικού που αποβλήθηκε από την FNB βελόνα μέσα στο διάλυμα της φορμόλης. Με την εμπειρία ο ενδοσκόπος ή ο βοηθός μπορεί να αναγνωρίσει τα κυλινδρικά νηματοειδή ιστοτεμαχία ξεχωρίζοντάς τα από το πήγμα του αίματος. Λευκωπά - ρόζ ιστοτεμαχίδια χωρίς πρόσμιξη αίματος θεωρούνται καλής ποιότητας. Σε πρόσφατη μελέτη η συσχέτιση μεταξύ MOSE και ιστολογικών βιοψιών για την επάρκεια του υλικού ήταν 94% και για την διαγνωστική ακρίβεια 94%. Η ευαισθησία, ειδικότητα, θετική και αρνητική προγνωστική αξία για κακοήθεια της MOSE ήταν 92%, 100%, 100% και 81% αντίστοιχα.

Η στρατηγική της EUS-TA

Στην EUS-TA ο υπερηχοενδοσκόπος καλείται να επιτύχει την ιδανική ποιότητα και ποσότητα υλικού



Εικόνα 2. Βιοψία με βελόνα EUS-FNB.

για την σωστή και ακριβή διάγνωση, με την μικρότερη δυνατή πιθανότητα επιπλοκών, λαμβάνοντας επίσης υπόψιν του παράγοντες όπως το κλινικό σενάριο, τις ενδείξεις, το κόστος, τη διαθεσιμότητα των υλικών και την τοπική εμπειρία. Ίσως το σημαντικότερο ερώτημα στην διαδικασία της EUS-TA είναι η απάντηση στο ερώτημα: **“γιατί να κάνουμε την βιοψία και πως αυτή θα μας αλλάξει τη διαχείριση του ασθενούς;”**. Σε αυτή τη διαδικασία πρέπει να γίνει προσεκτική μελέτη του ιστορικού, των διαθέσιμων απεικονιστικών και εργαστηριακών δεδομένων, να υπολογιστεί το ρίσκο της βιοψίας και το σημαντικότερο να υπολογιστεί το όφελος που θα αποκομίσει ο ασθενής από την πληροφορία που θα μας προσφέρει η λήψη του υλικού.

Ο υπερηχοενδοσκόπος κατόπιν καλείται να **επιλέξει τον τύπο και το μέγεθος της βελόνας** που θα χρησιμοποιήσει για την παρακέντηση. Αυτό θα εξαρτηθεί από τις προτιμήσεις και την εμπειρία του, καθώς και τη θέση και τα χαρακτηριστικά της βλάβης (π.χ. κυστική, συμπαγής). Άλλοι παράγοντες που ενδέχεται να καθορίσουν την επιλογή είναι για παράδειγμα το κόστος, η διαθεσιμότητα, η ύπαρξη κυτταρολόγου ή παθολογοανατόμου κ.ά.

Βασικές βήματα και αρχές της EUS-TA

Αφού γίνει λεπτομερής εξέταση με το υπερηχοενδοσκόπιο και αξιολογηθεί η παθολογική περιοχή που μας

How to do it

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΛΗΨΗΣ ΥΛΙΚΟΥ ΜΕΣΩ EUS. TIPS AND TRICKS



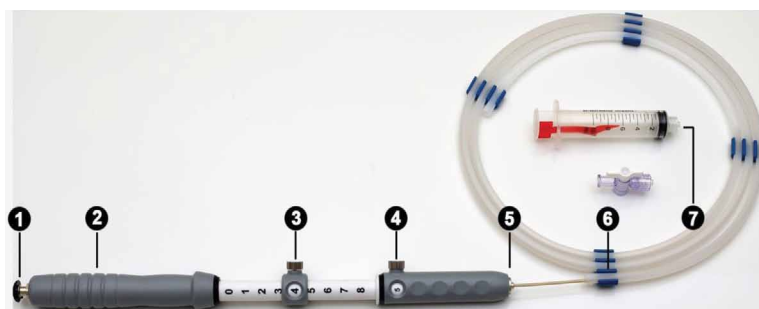
ενδιαφέρει θα προσπαθήσουμε να βρούμε την **καλύτερη θέση** για τη βιοψία, που να προσφέρει σταθερότητα στο υπερηχοενδοσκόπιο, ασφάλεια (αποφυγή αγγείων ή άλλων δομών) και ιδανική τροχιά στη βελόνα. Πριν εισέλθει η συσκευή της βελόνας μέσα στο κανάλι εργασίας του ενδοσκοπίου, πρέπει να σιγουρευτούμε ότι η βελόνα είναι πλήρως αποτραβηγμένη και καλύπτεται από το πλαστικό (ή μεταλλικό) της **θηκάρι** [εικόνα 3]. Σε αντίθετη περίπτωση υπάρχει μεγάλος κίνδυνος ζημίας του υπερηχοενδοσκοπίου. Αφού περάσουμε και κλειδώσουμε το σύστημα της βελόνας με το σύστημα luer-lock, λύνουμε την κάτω βίδα για να προωθήσουμε το θηκάρι εκτός του καναλιού εργασίας. Η επιβεβαίωση της σωστής θέσης του, μπορεί να ταυτοποιηθεί είτε ενδοσκοπικά ή και υπερηχογραφικά κινώντας το θηκάρι με τον elevator. Κατόπιν σφίγγουμε καλά την κάτω βίδα.

Η επόμενη ενέργεια μας είναι να **φέρουμε τη βλάβη-στόχο στο κέντρο του υπερηχογραφικού μας πεδίου**, να ρυθμίσουμε τη μεγέθυνση που μας βολεύει, να φέρουμε σε επαφή τον ηχοβολέα με το βλεννογόνο περιστρέφοντας τον μεγάλο κοχλία σε θέση up και χρησιμοποιώντας το φρένο του να τον κλειδώσουμε. Επιπλέον συνιστάται να είμαστε σε συνεχή αρνητική πίεση πατώντας τη βαλβίδα αναρρόφησης για έχουμε το βλεννογόνο σε συνεχή επαφή με τον ηχοβολέα. Τέλος, ελέγχουμε για την ύπαρξη αγγείων στην προβλεπόμενη τροχιά της βελόνας μας με τη χρήση του doppler. Αφού

είμαστε έτοιμοι και ελέγχουμε ενδεχόμενη κίνηση του στόχου μας κατά τις αναπνευστικές κινήσεις του ασθενούς, βρίσκουμε την κατάλληλη στιγμή να προωθήσουμε την βελόνα αφού έχουμε προηγουμένως ανασύρει τον στείλεό της βελόνας 1-2 εκ. και έχουμε απελευθερώσει την πάνω βίδα που ασφαλίζει την βελόνα.

Με κίνηση “στακάτο”, απότομα και με έλεγχο προωθούμε την βελόνα μέσα στη βλάβη. Η επιβεβαίωση γίνεται με το να σιγουρέψουμε υπερηχογραφικά ότι βλέπουμε την άκρη της βελόνας. Κατόπιν ζητούμε από τον βοηθό μας να προωθήσει τον στείλεό πλήρως μέσα στην βελόνα για να απορριφθεί πιθανό βύσμα υλικού από το τοίχωμα του πεπτικού. Η αφαίρεση του στείλεού μπορεί να είναι ταχεία ή με αργό ρυθμό που ακολουθεί τις κινήσεις της βελόνας μέσα και έξω στη βλάβη (slow-pull technique). Η τεχνική αυτή δημιουργεί θεωρητικά μια ήπια αρνητική πίεση, η οποία βοηθά την αύξηση της κυτταροβρίθειας χωρίς να αυξάνεται σημαντικά η πρόσμιξη αίματος. Ο στείλεός αποσύρεται σταδιακά έως ότου φτάσει στην μεσότητα του και μετά αφαιρείται πλήρως.

Η χρήση ή μη χρήση του στείλεού είναι ένα σημείο συζήτησης. Η χρήση του έχει το θεωρητικό πλεονέκτημα της μεγαλύτερης ακαμψίας της βελόνας και τη βελτίωση της ποιότητας και ποσότητας του υλικού (με την αποφυγή “επιμόλυνσης” με βύσμα του πεπτικού τοιχώματος).



Εικόνα 3. Η ανατομία της βελόνας.
1: Στείλεός, 2: Λαβή, 3: Πάνω βίδα φρένου βελόνας,
4: Κάτω βίδα ρύθμισης για το θηκάρι, 5: Luer-lock,
6: Θηκάρι, 7: Σύριγγα αρνητικής πίεσης.



How to do it

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΛΗΨΗΣ ΥΛΙΚΟΥ ΜΕΣΩ ΕΥΣ. TIPS AND TRICKS

Οι μελέτες όμως αλλά και η εμπειρία δείχνει ότι η χρήση του σπειριού δεν βελτιώνει την διαγνωστική ακρίβεια, την ποσότητα πρόσμιξης αίματος, την κυτταροβρίθεια, την επιμόλυνση και την επάρκεια του υλικού, αντίθετα προσθέτει χρόνο κατά την επανατοποθέτηση του κατά την διάρκεια επανειλημμένων περασμάτων. Ο σπειριός βοηθά αφού ανασύρουμε τη βελόνα μετά την λήψη βιοψίας, στην ελεγχόμενη αποβολή του υλικού από τον αυλό της. Η πρακτική χρήσης του σπειριού διαφέρει ανάλογα με τις προτιμήσεις και τις συνθήκες του υπερηχοενδοσκοπίου. Η ESGE στις οδηγίες της αφήνει την χρήση του σπειριού στην διακριτική ευχέρεια ή την κρίση του ιατρού.

Σε κυστικές βλάβες η αναρρόφηση του υγρού γίνεται με την εφαρμογή **αρνητικής πίεσης** 5-10ml με την ειδική σύριγγα που περιλαμβάνεται στο kit της βελόνας. Η χρήση ή μη αρνητικής πίεσης σε βιοψίες συμπαγών όγκων είναι ένα έντονα αμφιλεγόμενο ζήτημα στους κύκλους των υπερηχοενδοσκοπικών. Το θεωρητικό πλεονέκτημα της αρνητικής πίεσης είναι η διατήρηση της επαφής της κοπτικής επιφάνειας της βελόνας με τον ιστό, και η αναρρόφηση κυττάρων και ιστού εντός του αυλού. Το μειονέκτημα της χρήσης αρνητικής πίεσης, ειδικά σε ιστούς με έντονη αγγειοβρίθεια είναι η αύξηση της πρόσμιξης αίματος στο δείγμα. Μια αποδεκτή στρατηγική είναι το πρώτο πέρασμα να είναι χωρίς αρνητική πίεση και σε περίπτωση μικρής ποσότητας να δοκιμαστεί αρνητική πίεση στα 5 ml και μετά στα 10 ml ανάλογα με το αποτέλεσμα.

Έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί άλλες τεχνικές όπως η **wet-suction technique** κατά την οποία ο αυλός της βελόνας προγεμίζεται με φυσιολογικό ορό και εφαρμόζεται αρνητική πίεση μετά την είσοδο της βελόνας στην βλάβη όπως περιεγράφηκε παραπάνω. Το θεωρητικό πλεονέκτημα του υγρού εντός της βελόνας είναι η βελτίωση της αναρροφητικής της ικανότητας μέσω τριχοειδικής πίεσης στην άκρη της βελόνας, η μεγαλύτερη κυτταροβρίθεια του υλικού και η μικρότερη επιμόλυνση με αίμα. Δεν υπάρχουν ισχυρά δεδομένα υπέρ ή κατά

της μιας ή της άλλης τεχνικής, και ο υπερηχοενδοκόπος είναι ελεύθερος να δοκιμάσει μία ή ακόμη και όλες τις παραπάνω τεχνικές στον ίδιο ασθενή.

Η λήψη του υλικού γίνεται με **κινήσεις μέσα-έξω της βελόνας** στη βλάβη (to-and-fro movements). Η πρόσθια κίνηση είναι απότομη και η απόσυρση είναι αργή. Ο έλεγχος του βάθους διείσδυσης της βελόνας εντός της βλάβης με την εμπειρία γίνεται εύκολα. Όμως αρχάριοι χρήστες μπορεί να χρησιμοποιήσουν την πάνω βίδα της βελόνας, σε κατάλληλο σημείο που έχει μετρηθεί υπερηχογραφικά, ώστε να σταματά την περαιτέρω διείσδυση της βελόνας. Η τεχνική αυτή έχει ονομαστεί και στην μέθοδο **door knocking**, κατά την οποία με την ταχεία προώθηση της βελόνας η λαβή κτυπά την ασφάλεια. Η μέθοδος αυτή δεν φαίνεται να έχει κάποια πλεονεκτήματα.

Άλλο ένα σημείο συζήτησης είναι ο **αριθμός των περασμάτων** (δηλαδή των ξεχωριστών παρακεντήσεων της βλάβης - με ενδιάμεση αφαίρεση της βελόνας από το κανάλι εργασίας για να αποβληθεί το υλικό της βιοψίας), καθώς και ο αριθμός των κινήσεων (to-and-fro) της βελόνας μέσα στη βλάβη σε κάθε πέρασμα. Ο αριθμός των περασμάτων μέσα στη βλάβη εξαρτάται από τον τύπο της βελόνας ή/και την παρουσία κυτταρολόγου μέσα στην αίθουσα για την περίπτωση της FNA. Τρία με πέντε περάσματα είναι αρκετά, ενώ οι μελέτες δείχνουν ότι πάνω από επτά περάσματα δεν προσφέρουν παραπάνω στην απόδοση της βιοψίας. Για την περίπτωση της FNB όπως θα δούμε παρακάτω ο αριθμός των περασμάτων είναι λιγότερος συγκριτικά με τις βελόνες FNA.

Όσον αφορά στον αριθμό των κινήσεων της βελόνας μέσα στη βλάβη ανά κάθε πέρασμα, 5-10 κινήσεις μπρος-πίσω φαίνεται να είναι αρκετές. Είναι καλό να εφαρμόζεται όποτε είναι τεχνικά δυνατό, η κίνηση της βεντάλιας μέσα στη βλάβη (**fanning technique**), κατά την οποία κάθε κίνηση έχει διαφορετική διεύθυνση της βελόνας [Εικόνα 4]. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη βοήθεια του elevator και/ή του μεγάλου κοχλία. Το



Εικόνα 4. Fanning Technique.

πλεονέκτημα του fanning της βελόνας είναι να πάρει δείγματα από όλο το εύρος της βλάβης.

Είναι πολύ σημαντικό να τονίσουμε, ότι κατά την παρακέντηση μιας βλάβης η βελόνα και ιδίως η άκρη της πρέπει να είναι πάντα ορατή. Στην περίπτωση που χάσουμε την οπτική επαφή με την άκρη της βελόνας, τότε σταματούμε και με μικρομετρικές κινήσεις περιστρέφουμε αριστερά-δεξιά το ενδοσκόπιο για να την εντοπίσουμε. Επί αμφιβολίας, για να εντοπίσουμε την άκρη της, πάντα ανασύρουμε τη βελόνα αργά και ποτέ δεν την προωθούμε.

Κυστικές βλάβες

Οι κυστικές βλάβες οι οποίες συνήθως καλείται ο υπερηχοενδοσκόπος να εκτιμήσει στην πλειοψηφία τους αφορούν στο πάγκρεας. Ο συνδυασμός του ιστορικού του ασθενούς και των αποτελεσμάτων της απεικόνισης με CT, MRI και MRCP, στην πλειονότητα των περιπτώσεων βοηθά στην διαφορική διάγνωση των κυστικών βλαβών του παγκρέατος.

Η χρήση του ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος και ειδικά της EUS-FNA περιορίζεται σύμφωνα και με τους ισχύοντες διαγνωστικούς αλγόριθμους, σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν διαγνωστικά διλήμματα, ή ανησυχητικά στοιχεία στις απεικονίσεις όπως συμπαγή στοιχεία, πεπαχυσμένα κυστικά τοιχώματα, όπου η λήψη της βιοψίας ενδέχεται να αλλάξει την διαχείριση του ασθενούς.

Οι βασικές στρατηγικές όσον αφορούν την παρακέντηση των κυστικών βλαβών είναι η χρήση της κατάλληλης βελόνας, η μείωση του κινδύνου μικροβιακής επιμόλυνσης της κύστης, καθώς και η αύξηση της κυτταροβρίθειας του υλικού. Στις κυστικές βλάβες δεν υπάρχει λόγος να χρησιμοποιηθεί FNB βελόνα, εκτός πιθανά της περίπτωσης όπου ο κυστικός όγκος έχει και συμπαγές στοιχείο ή παχύ τοίχωμα. Για την παρακέντηση λοιπόν μιας κυστικής βλάβης οι βελόνες FNA είναι ιδανικές [Εικόνα 5]. Όσον αφορά στο διαμέτρημα της βελόνας, εάν αναμένουμε αναρρόφηση μεγάλης ποσότητας υγρού ή υλικού με υψηλό ιξώδες π.χ. σε IPMN, η επιλογή μεγαλύτερου διαμετρήματος όπως 19G θα μας επιτρέψει την γρηγορότερη και ευκολότερη εκκένωση της κύστης [Εικόνα 6]. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις η 22G είναι ικανοποιητική ιδιαίτερα σε δύσκολες θέσεις όπως η δεύτερη και η τρίτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου, όπου η 19G μπορεί να δημιουργήσει δυσκολίες.

Ο ενοφθαλμισμός μικροβίων με την βελόνα παρακέντησης εντός μιας κυστικής βλάβης είναι θεωρητικά δυνατός. Για να μειώσουμε την πιθανότητα επιμόλυνσης η στρατηγική μας πρέπει να περιλαμβάνει ένα μοναδικό τρύπημα εντός της κύστεως, με το οποίο να προσπαθήσουμε να πετύχουμε και την πλήρη εκκένωση της. Η χρήση αντιβιοτικών προφυλακτικά συνηθίζεται, χωρίς όμως να υπάρχουν ισχυρές μελέτες που την υποστηρίζουν. Αυτό που πρέπει να αποφεύγεται είναι



Εικόνα 5. Παρακέντηση κυστικής βλάβης.



How to do it

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΛΗΨΗΣ ΥΛΙΚΟΥ ΜΕΣΩ ΕΥΣ. TIPS AND TRICKS



Εικόνα 6. Παχύρευση βλέννη από κυστικό νεόπλασμα - 19G βελόνα.

η παρακέντηση κυστικών βλαβών στο μεσοθωράκιο διότι ενέχει υψηλό ρίσκο επιμόλυνσης.

Εάν εντοπίσουμε συμπαγές στοιχείο εντός της κύστεως ή πεπαχυσμένο τοίχωμα [Εικόνα 7], προσπαθούμε εάν είναι δυνατό να το παρακεντήσουμε. Στην περίπτωση ύπαρξης διαφραγμάτων η βελόνα μας μπορεί διαδοχικά να περάσει από ένα κυστικό χώρο στον άλλο διασπώντας τα διαφραγμάτια, καθώς επίσης μπορεί να “ξύσει” τα τοιχώματα για να αυξήσει την κυτταροβρίθεια του υλικού. Αυτή η τακτική αυξάνει λίγο τον κίνδυνο αιμορραγίας, που όμως σπανίως αποτελεί πρόβλημα μια που η αιμορραγία περιορίζεται από τον χώρο και τα τοιχώματα της κύστεως.



Εικόνα 7. Συμπαγές στοιχείο σε κυστική βλάβη.

Το υγρό από τις κυστικές βλάβες του παγκρέατος θα πρέπει να είναι ικανό σε ποσότητα, ούτως ώστε να υπολογιστούν βιοχημικοί δείκτες (αμυλάση, γλυκόζη και CEA), ενίοτε μοριακοί δείκτες (KRAS, GNAS) και τέλος να γίνει κυτταρολογική ανάλυση. Η ελάχιστη ποσότητα που ζητά το βιοχημικό εργαστήριο είναι 1-2 ml. Σε περιπτώσεις που το υγρό δεν επαρκεί, προτεραιότητα δίνεται στον βιοχημικό έλεγχο παρά στην κυτταρολογία. Στην περίπτωση όμως που έχει παρακεντηθεί συμπαγές στοιχείο ή τοίχωμα, η κυτταρολογία έχει προτεραιότητα. Σε μικρές κύστες διαμετρήματος κάτω των 10-15 mm, η ποσότητα του υγρού που μπορεί να αναρροφηθεί είναι ελάχιστη.

Βιοψίες συμπαγών βλαβών

Το μέγεθος της βλάβης, η αγγείωση, η ανατομική της θέση, η ύπαρξη κεντρικής τήξης ή δεσμοπλαστικής δραστηριότητας θα καθορίσει κατά πολύ και την στρατηγική της βιοψίας.

Η επιλογή της θέσης από την οποία θα πάρουμε την βιοψία μας έχει μεγάλη σημασία. Η θέση πρέπει να συνδυάζει σταθερότητα του ενδοσκοπίου, εγγύτητα στη βλάβη-στόχο, χωρίς την παρεμβολή μεγάλου αγγείου. Στις παρακεντήσεις όγκων του παγκρέατος είναι καλό να προτιμούμε την οδό, από όπου η βελόνα που θα έχει τη μικρότερη διαδρομή μέσα από φυσιολογικό ιστό, μια που η παρακέντηση φυσιολογικού παγκρεατικού ιστού ή δομών όπως ο παγκρεατικός πόρος αυξάνει το κίνδυνο οξείας παγκρεατίτιδας. Η βλάβη-στόχος μας πρέπει να τοποθετείται κεντρικά στο υπερηχογραφικό μας πεδίο. Στις παρακεντήσεις των βλαβών της κεφαλής του παγκρέατος είναι προτιμότερο να παρακεντήσουμε από το δωδεκαδάκτυλο παρά από το στομάχι. Ο λόγος είναι ότι έστω και στην περίπτωση της διασποράς κυττάρων στην πορεία της βελόνας (needle-track seeding), σε μια ενδεχόμενη παγκρεατο-δωδεκαδακτυλεκτομή κατά Whipple θα αφαιρεθεί και η οδός διέλευσης της βελόνας. Αυτό φυσικά δεν ισχύει για βιοψίες του σώματος και της ουράς, που αναγκαστικά πραγματοποιούνται από το στομάχι.



Στην περίπτωση παρακέντησης περιοχικών λεμφαδένων για σταδιοποίηση, είναι σημαντικό η βελόνα μας να μην διέλθει διά του πρωτοπαθούς νεοπλασματος, μια που υπάρχει η πιθανότητα να υπερσταδιοποιήσουμε ιατρογενώς τη νόσο με τη διασπορά καρκινικών κυττάρων εντός του λεμφαδένα ή να έχουμε ψευδώς θετικό αποτέλεσμα σε έναν λεμφαδένα που ήταν καταρχάς αρνητικός.

Σε περιπτώσεις μεταστατικού νεοπλασματος, όπου συνυπάρχουν ηπατικές, λεμφικές και περιτοναϊκές μεταστάσεις με συνοδό ασκτική συλλογή, **η σειρά λήψης βιοψίας** καθορίζεται από την βλάβη που θα μας προσδώσει το μεγαλύτερο στάδιο στη νόσο. Έτσι η βιοψία της ασκτικής συλλογής θα προηγηθεί, θα ακολουθήσει αυτής των ηπατικών μεταστάσεων, στη συνέχεια θα ληφθεί υλικό από τους λεμφαδένες και τέλος από την πρωτοπαθή βλάβη. Ο λόγος επίσης είναι να αποφευχθεί ιατρογενώς η αναβάθμιση (upstaging) του νεοπλασματος με την διασπορά νεοπλασματικών κυττάρων. Ιδανικά καλό είναι να χρησιμοποιείται διαφορετική βελόνα για κάθε ιστό, όμως για λόγους οικονομίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί η ίδια βελόνα με την παραπάνω σειρά, και στα ενδιάμεσα στάδια να ξεπλένεται ο αυλός της, καθώς επίσης και το κανάλι του ενδοσκοπίου.

Υποεπιθηλιακοί όγκοι

Όσον αφορά στους υποεπιθηλιακούς όγκους του πεπτικού σωλήνα, η λήψη βιοψίας συνιστάται για την ιστολογική ταυτοποίηση της βλάβης, εκτός από τις περιπτώσεις που η διάγνωση μπορεί να βασιστεί μόνο στα ηχομορφολογικά χαρακτηριστικά. Ειδικά για την περίπτωση των στρωματικών όγκων, η βιοψία βοηθά στην διαφορική διάγνωση από τα λειομυώματα και άλλους όγκους που μπορεί να εξορμούνται από την τέταρτη υπερηχογραφική στοιβάδα. Στους στρωματικούς όγκους συνιστάται η χρήση FNB βελόνας, που επιτρέπει τόσο την διατήρηση της μικροαρχιτεκτονικής του ιστού, όσο και την εφαρμογή της ανοσοϊστοχημείας και τον υπολογισμό του μιτωτικού δείκτη.

Υποεπιθηλιακοί όγκοι του στομάχου ιδιαίτερα αυτοί με μέγεθος κάτω των 15 mm είναι δύσκολοι στην βιοψία διότι το τοίχωμα του στομάχου, ιδιαίτερα του προσθίου τοιχώματος είναι κινητό και ευένδοτο. Επιπλέον το υπερηχοενδοσκόπιο δεν έχει μεγάλη σταθερότητα μέσα στον αυλό του στομάχου και έτσι η EUS-TA μικρών (< 15 mm) υποεπιθηλιακών βλαβών δεν αποδίδει πάντα ικανοποιητικό υλικό. Ακόμη και αν η βελόνα περάσει μέσα στον όγκο, η κίνηση της βελόνας μέσα-έξω από τον ενδοσκόπο παρασύρει μαζί το τοίχωμα του στομάχου και τη βλάβη.

Τρόποι που μπορεί δοκιμαστούν για αν ξεπεράσουν αυτή τη δυσκολία είναι η αναρρόφηση όλου του αέρα από το στομάχι, η τοποθέτηση του υπερηχοενδοσκοπίου σε long position, η πλήρης στροφή του μεγάλου κοιλία σε θέση up, η χρήση της αναρρόφησης για να κρατηθεί ο βλεννογόνος κοντά στο όργανο και η απότομη-στακάτο κίνηση της βελόνας κατά την παρακέντηση. Επίσης, η παρακέντηση μπορεί να γίνει σε δύο στάδια, πρώτα του τοιχώματος του στομάχου και μετά η επαναστόχευση και η παρακέντηση του όγκου. Ο κίνδυνος περιτοναϊκής διασποράς σε περίπτωση διαμπερούς περάσματος της βελόνης προς το περιτόναιο είναι θεωρητικός και η ESMO δεν την θεωρεί ως διάσπαση του όγκου.

Στις περιπτώσεις που η EUS-TA δεν αποδώσει αποτελέσματα και συνάμα ο ιστολογικός προσδιορισμός είναι απαραίτητος, μπορούν να δοκιμαστούν άλλες τεχνικές, όπως η bite-on-bite βιοψία, η mucosal incision assisted biopsy με τομή του υπερκείμενου βλεννογόνου με needle-knife και λήψη βιοψιών κ.ά.

Δυσκολίες - Tips and Tricks

Η λήψη βιοψίας από την δεύτερη και κυρίως την τρίτη μούρα του δωδεκαδακτύλου μπορεί να έχει δυσκολίες λόγω της κάμψης του ενδοσκοπίου. Ενδέχεται η βελόνα να μην μπορεί να περάσει εύκολα μέσα στο κανάλι. Στην περίπτωση αυτή δεν σπρώχνουμε με δύναμη γιατί μπορεί να τραυματίσουμε το κανάλι βιοψίας. Αυτό που προσπαθούμε είναι να ισιώσουμε το υπερηχοενδοσκόπιο



How to do it

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΛΗΨΗΣ ΥΛΙΚΟΥ ΜΕΣΩ EUS. TIPS AND TRICKS

με κίνηση απόσυρσης και να το φέρουμε σε “κοντή” θέση πριν τοποθετήσουμε τη βελόνα. Επίσης οι βελόνες μικρότερου διαμετρήματος (πχ 25G και 22G) είναι πιο εύκαμπτες και χρηστικές για χρήση στο δωδεκαδάκτυλο.

Στην περίπτωση αποφρακτικού ικτέρου είναι ιδανικό να προηγηθεί το EUS της ERCP και της τοποθέτησης stent για την αποφυγή artifact που μπορεί να δυσκολέψει την σωστή σταδιοποίηση και την λήψη βιοψίας. Επίσης η παρουσία stent ειδικά μετά από την πάροδο του πρώτου 24ωρου, μπορεί να συνοδεύεται από φλεγμονή που προκαλεί αλλοίωση των δομών στην περιοχή ενδιαφέροντος και συνεπώς να δυσκολεύει την υπερηχογραφική εκτίμηση. Όμως όπως δείχνουν οι μελέτες η παρουσία πλαστικού ή μεταλλικού stent δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην μείωση της ακρίβειας της EUS-TA.

Οι συμπαγείς μάζες από αναπλαστικά νεοπλάσματα ή και μεγάλους λεμφαδένες (ειδικά σε περιπτώσεις πλακώδους καρκινώματος π.χ. από καρκίνους κεφαλής-τραχήλου) μπορεί να συνοδεύονται από κεντρική τήξη. Στην περίπτωση αυτή το υλικό από την EUS-TA μπορεί να μην είναι διαγνωστικό. Είναι καλό λοιπόν να αποφεύγονται οι κεντρικές περιοχές και να στοχεύουμε την περιφέρεια αυτών των μορφωμάτων. Η χρήση της ελαστογραφίας και πιθανά των σκιαγραφικών μπορεί να βοηθήσουν να στοχεύουμε περιοχές με βιώσιμο νεόπλασμα και να αποφεύγουμε περιοχές με νέκρωση.

Η **οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα** αποτελούν ένα πρόβλημα στις περιπτώσεις όπου υπάρχει υποψία συνοδού παγκρεατικού νεοπλάσματος. Στην περίπτωση της οξείας παγκρεατίτιδας είναι καλό να παρέλθει ένα διάστημα 4-6 εβδομάδων πριν την διενέργεια του ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος για να μειωθεί η οξεία οίδηματώδης ή νεκρωτική φάση της φλεγμονής. Στην χρόνια παγκρεατίτιδα παρομοίως υπάρχει πιθανότητα μια νεοπλασματική βλάβη να μην εντοπιστεί λόγω των ηχομορφολογικών χαρακτηριστικών στο παρέγχυμα και τους πόρους του παγκρέατος και αυτό καταδεικνύεται σε μελέτες, όπου η διαγνωστική ακρίβεια μειώνεται από το 91% στο 73%. Η χρήση σκιαγραφικών και της ελαστογρα-

φίας πιθανά να βελτιώσει τα παραπάνω αποτελέσματα. Σε υποψία νεοπλάσματος συνιστάται η επανεξέταση και η βιοψία ύποπτων περιοχών.

Συμπεράσματα

Η EUS-TA είναι η προτιμότερη μέθοδος λήψης υλικού από νεοπλάσματα εντός και γύρω από τον πεπτικό σωλήνα προσφέροντας μεγάλη διαγνωστική ακρίβεια με χαμηλό ποσοστό επιπλοκών. Η γνώση των χαρακτηριστικών κάθε τύπου βελόνας θα βοηθήσει στην σωστή επιλογή για το καλύτερο αποτέλεσμα. Συμπερασματικά οι FNA βελόνες έχουν ένδειξη για κυστικές βλάβες, αλλά ακόμη και για συμπαγή νεοπλάσματα ή λεμφαδένες με ικανοποιητικά αποτελέσματα ειδικά με την παρουσία κυτταρολόγου στην αίθουσα (ROSE). Όμως οι βελόνες FNB νέας γενιάς προσφέρουν, παρά το υψηλότερο τους κόστος, υψηλή διαγνωστική ακρίβεια ειδικά σε ιστούς και βλάβες που απαιτείται μεγαλύτερη ποσότητα υλικού, καθώς και διατήρηση της ιστολογικής αρχιτεκτονικής. Όσον αφορά την επιλογή μεταξύ των νέων βελονών FNB, οι συγκριτικές μελέτες δεν έδειξαν ουσιαστικές διαφορές μεταξύ τους, όμως κατέληξαν ότι η χρήση βελονών τύπου *franseen* ή *forktip*, η χρήση της τεχνικής *slow-pull* και η μη χρήση αρνητικής πίεσης ήταν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες υψηλής κυτταροβρίθειας. Σημαντικό μάλιστα είναι να τονίσουμε ότι οι βελόνες *franseen* ή *forktip* πέτυχαν μεγαλύτερη διαγνωστική ακρίβεια, άνω του 90%, με ένα μόνο πέρασμα σε σύγκριση με τις βελόνες τύπου *reverse-bevel* οι οποίες φάνηκε να απαιτούν αρνητική πίεση και τουλάχιστον τρία περάσματα. Η χρήση της ROSE με τις νέες FNB βελόνες, όπως προαναφέραμε, πλέον δεν έχει θέση και έχει παραμεριστεί. Τα παραπάνω κάνουν την χρήση των βελονών FNB νέας γενιάς ελκυστική, γιατί προσδίδουν ένα καλό μίγμα υψηλής διαγνωστικής ακρίβειας, ταχύτητας και καλή αναλογία κόστους-αποτελέσματος. Ο κάθε υπερηχοενδοσκοπός με την κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία είναι ελεύθερος να διαλέξει από μια γκάμα βελονών, αλλά και τεχνικών με σκοπό να πετύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τον ασθενή του.

How to do it

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΛΗΨΗΣ ΥΛΙΚΟΥ ΜΕΣΩ EUS. TIPS AND TRICKS



Προτεινόμενη Βιβλιογραφία

1. Young Bang J, et al. Comparing Needles and Methods of Endoscopic Ultrasound-Guided Fine-Needle Biopsy to Optimize Specimen Quality and Diagnostic Accuracy for Patients With Pancreatic Masses in a Randomized Trial. Clin Gastroenterol Hepatol. 2021 Apr;19(4):825-835.e7.
2. Hébert-Magee S, et al. The presence of a cytopathologist increases the diagnostic accuracy of endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration cytology for pancreatic adenocarcinoma: a meta-analysis. Cytopathology. 2013 Jun;24(3):159-71.
3. Kandel P, Wallace MB. Recent advancement in EUS-guided fine needle sampling. J Gastroenterol. 2019 May;54(5):377-387. doi: 10.1007/s00535-019-01552-2. Epub 2019 Feb 26. PMID: 30809717; PMCID: PMC6470116.
4. Kovacevic B, Vilmann P. EUS tissue acquisition: From A to B. Endosc Ultrasound 2020;9:225-31.
5. Bang JY, et al. Randomized trial comparing the Franseen and Fork-tip needles for EUS-guided fine-needle biopsy sampling of solid pancreatic mass lesions. Gastrointest Endosc. 2018 Jun;87(6):1432-1438.
6. Varadarajulu S, Fockens P, Hawes RH. Best practices in endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012 Jul;10(7):697-703. doi: 10.1016/j.cgh.2012.03.017. Epub 2012 Apr 1. PMID: 22475740.



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΙΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Δ.

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χρίστος Παυλίδης MD, PhD, FEBGH Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,

Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ, Υπεύθυνος Ηπατο-Γαστρεντερολογικού Τμήματος ΓΝ Κέρκυρας

Εισαγωγή

Ο ιός της ηπατίτιδας D (HDV) είναι ένας ιός RNA που ανακαλύφθηκε το 1977 και είναι δομικά άσχετος με τους ιούς ηπατίτιδας A (HAV), ηπατίτιδας B (HBV) και ηπατίτιδας C (HCV). Ο HDV προκαλεί μια μοναδική λοίμωξη που απαιτεί τη βοήθεια των ιικών σωματιδίων του HBV για την αναπαραγωγή και τη μόλυνση των ηπατοκυττάρων.¹⁻⁴ Η κλινική του πορεία ποικίλλει και κυμαίνεται από οξεία αυτοπεριοριζόμενη λοίμωξη έως οξεία κεραυνοβόλο ηπατική ανεπάρκεια. Η χρόνια ηπατική λοίμωξη μπορεί να οδηγήσει σε ηπατική νόσο τελικού σταδίου με τις συναφείς επιπλοκές (συμπεριλαμβανομένης της επιταχυνόμενης ίνωσης/κίρρωσης, τη ρήξη της ηπατικής αντιρρόπησης), αλλά και την ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού καρκίνου.⁵⁻¹⁰

Υπάρχουν οκτώ γνωστοί γονότυποι HDV. Ο γονότυπος 1 είναι ο συνηθέστερος και έχει παγκόσμια κατανομή.¹⁰

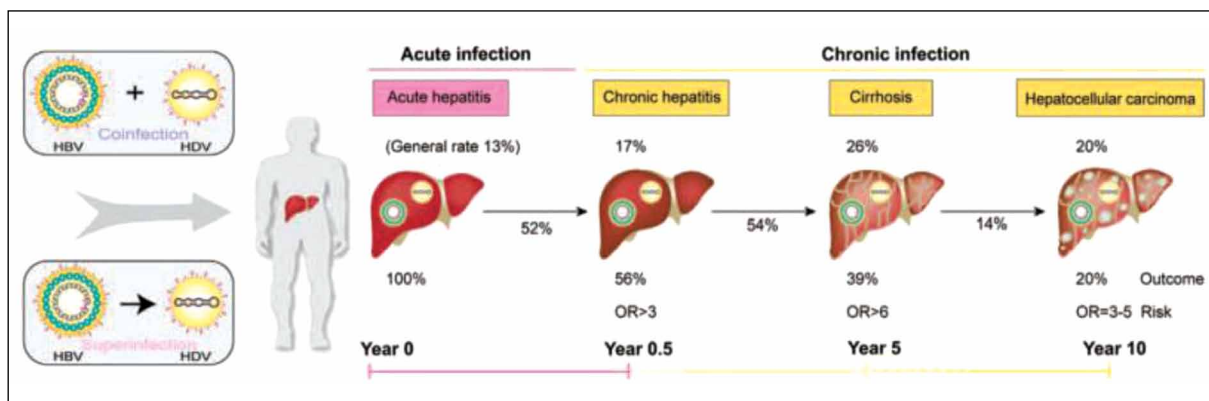
Η ταυτόχρονη μόλυνση με HBV και HDV εμφανίζεται στο 5-15% των ατόμων με HBV^{8,11} ενώ οδηγεί σε κεραυνοβόλο ηπατική ανεπάρκεια περίπου στο 1% των ασθενών. Η οξεία συλλοίμωξη HBV-HDV είναι η πιο επιθετική μορφή ιογενούς ηπατίτιδας.^{8,12,13} Η πλήρης κλινική αποκατάσταση και η κάθαρση της ταυτόχρονης λοίμωξης HBV και HDV είναι η πιο συνήθης έκβαση (~85%).

Η μόλυνση με HDV σε έναν ασθενή που είναι ήδη θετικός στο επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας B (HBsAg) είναι γνωστή ως επιλοίμωξη και οδηγεί σε κεραυνοβόλο ηπατική ανεπάρκεια στο ~5% των ασθενών. Περισσότεροι από το 90% των ασθενών θα αναπτύξει χρόνια λοίμωξη. Στους ασθενείς αυτούς, σύμφωνα με μελέτες, η νόσος εξελίσσεται πιο γρήγορα σε κίρρωση (2 φορές περισσότερο σε σχέση με ασθενείς με HBV λοίμωξη μόνο), και έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκίνου (σχήμα 1).¹⁴

Αιτιολογία

Ο ιός της ηπατίτιδας δ μεταδίδεται **παρεντερικά**. Μπορεί να αναπαραχθεί ανεξάρτητα μέσα στο ηπατοκύτταρο, αλλά απαιτεί το επιφανειακό αντιγόνο ηπατίτιδας B (HBsAg) για τη διάδοση. Ο θάνατος των ηπατικών κυττάρων μπορεί να συμβεί λόγω της άμεσης κυτταροτοξικής δράσης του HDV ή μέσω της ανοσιακής απόκρισης που προκαλείται από τον ξενιστή.

Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών (IVDU) και τις πολλαπλές μεταγγίσεις αίματος. Η σεξουαλική μετάδοση είναι λιγότερο πιθανή από ότι με τον ιό της ηπατίτιδας B. Η περιγεννητική μετάδοση είναι σπάνια, (πίνακας 1).¹⁵



Σχήμα 1. Διαφορά της εξέλιξης της νόσου (χρονιότητα, επιπλοκές) σε ασθενείς με λοίμωξη από B+D ανάλογα αν πρόκειται για συλλοίμωξη ή επιλοίμωξη.

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

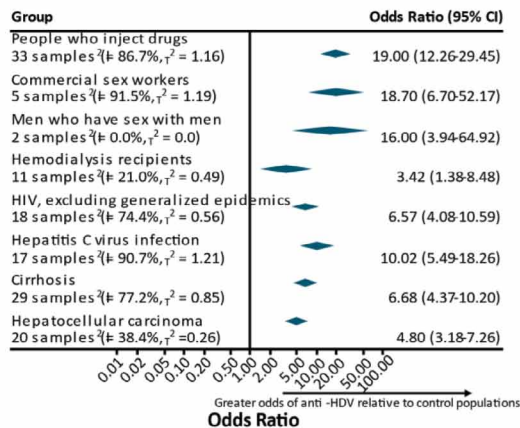
ΙΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Δ.
ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ



ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Επιπολασμός HDV σε ειδικούς πληθυσμούς.

HDV Prevalence Among Selected Population Groups Across the Globe

- HDV seroprevalence among selected population groups relative to general populations or asymptomatic HBsAg positive people from the same geographic region
- Population attributable fraction of HBsAg-positive patients suggested HDV accounted for:
 - 18% of cirrhosis
 - 20% of HCC



Stockdale. J Hepatol. 2020;73:523.

Επιδημιολογία

Ο ευρέως διαδεδομένος εμβολιασμός κατά της ηπατίτιδας Β στις ανεπτυγμένες χώρες έχει βοηθήσει στη μείωση της συχνότητας της μόλυνσης και από HDV.¹⁰

Οι αρχικές μελέτες υπολόγιζαν ότι περίπου 15-20 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν ταυτόχρονη μόλυνση με HDV και HBV παγκοσμίως.^{11,15} Πιο πρόσφατες μελέτες υποδηλώνουν ότι ο παγκόσμιος επιπολασμός του HDV είναι πιθανώς δύο έως τρεις φορές υψηλότερος από ό,τι είχε εκτιμηθεί προηγουμένως.¹¹ Οι περιοχές με τον υψηλότερο επιπολασμό HDV περιλαμβάνουν περιοχές με υψηλή μετανάστευση πληθυσμών από ενδημικές χώρες HDV και λιγότερο πλούσιες χώρες¹⁰ καθώς και από τη νότια Ιταλία, Βόρεια Αφρική, Μέση Ανατολή, τη λεκάνη του Αμαζονίου¹⁶ και τα αμερικανικά νησιά του Νότιου Ειρηνικού Σαμόα, Χάουρου και Χιούε. Αν και η Κίνα, η Ιαπωνία, η Ταϊβάν και η Μιανμάρ (πρώην Βιρμανία) έχουν υψηλό επιπολασμό της μόλυνσης από HBV αλλά χαμηλό ποσοστό μόλυνσης από HDV.¹⁷⁻²¹ (σχήματα 2 και 3).

Η Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΠΟΥ συγκαταλέγεται στις περιοχές ενδιάμεσης ενδημικότητας για την

ηπατίτιδα Β, δηλαδή ~2% του πληθυσμού (σχήμα 2).²¹ Με βάση την παγκόσμια εκτιμώμενη επίπτωση ~4,5% της ηπατίτιδας Δ ανάμεσα σε φορείς HBsAg(+), υπολογίζεται ότι υπάρχουν περίπου 7000 ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β+D στη χώρα μας.

Πρόγνωση

Η πρόγνωση είναι συνήθως πολύ καλή με κάθαρση και των δύο ιών για ασθενείς με οξεία συλλοίμωξη στους οποίους η χορηγείται υποστηρικτική θεραπεία.²²

Η πρόγνωση είναι μεταβλητή για ασθενείς HBV με μεταγενέστερη επιλοίμωξη από τον ιό HDV. Εξαρτάται από τη διάρκεια και τη σοβαρότητα της λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV), την κατανάλωση αλκοόλ, τις συνυπάρχουσες ασθένειες και την ηλικία.

Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση ήπατος για χρόνια ηπατική νόσο δευτερογενή σε λοιμώξεις από τον HBV και τον ιό της ηπατίτιδας D (HDV), ο HDV φαίνεται να καταστέλλει την αναπαραγωγή του HBV στο μεταμοσχευμένο ήπαρ και μπορεί να βοηθήσει στην παράταση της επιβίωσης του μοσχεύματος. Ωστόσο, η κεραυνοβόλος ηπατίτιδα από υποτροπιάζουσες λοιμώ-



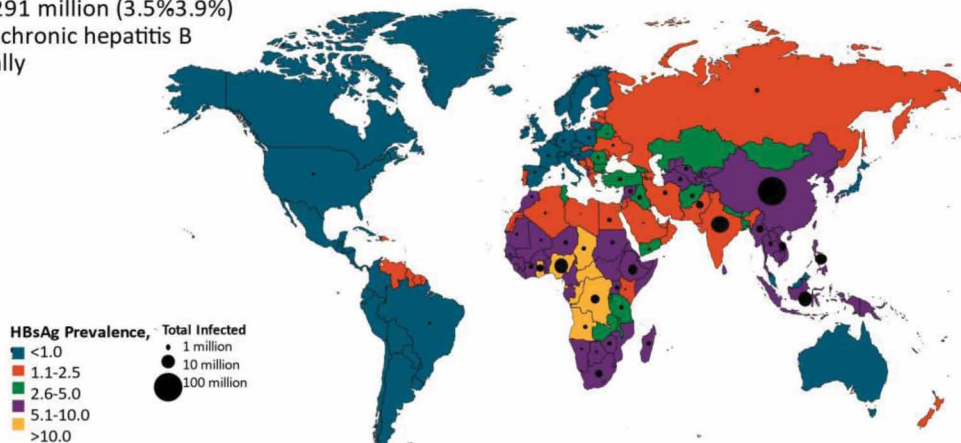
Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΙΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Δ.

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Epidemiology of Hepatitis B Virus

- 257-291 million (3.5%-3.9%) have chronic hepatitis B globally



WHO. Global Hepatitis Report 2017. [who.int/publications/i/item/global-hepatitis-report-2017](http://www.who.int/publications/i/item/global-hepatitis-report-2017)
Polaris Observatory Collaborators. Lancet Gastroenterol & Hepatol. 2018;3:383

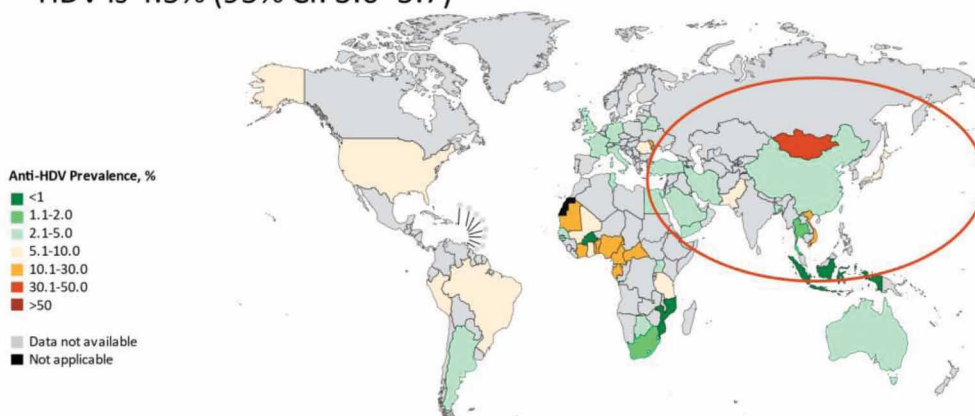
Σχήμα 2. Επιδημιολογία HBV λοίμωξης.

Ξεις από HBV και HDV στο μεταμοσχευμένο ήπαρ είχε ως αποτέλεσμα το θάνατο του ασθενούς ή την ανάγκη επαναμεταμόσχευσης.^{12,23}

Η επιμόλυνση HBV-HDV αυξάνει σημαντικά τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των ενηλίκων με ταχύτερη εξέλιξη της ίνωσης/κίρρωσης αλλά και τον κίνδυνο

Proportion of People With HBV Who Have HDV

- Among HBsAg -positive people with HBV, the estimated prevalence of HDV is 4.5% (95% CI: 3.6 -5.7)



Σχήμα 3. Ποσοστό ασθενών HBV που έχουν συλλοίωξη HDV.

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΙΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Δ.
ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ



ανάπτυξης ΗΚΚ, παρόλο που αυτό δεν έχει διαπιστωθεί στατιστικά στις μέχρι σήμερα μελέτες πιθανώς, λόγω της απώλειας των ασθενών από την κίρρωση και τις επιπλοκές της σε πρωιμότερο στάδιο και ηλικία.²³

Εργαστηριακός έλεγχος

Οι ακόλουθες ορολογικές εξετάσεις βοηθούν στη διάγνωση της συλλοίμωσης ή επιλοίμωσης με τον ιό της ηπατίτιδας D (HDV) και τον ιό της ηπατίτιδας B (HBV): (πίνακας 2).

Τα αποτελέσματα είναι θετικά για το HDV RNA σε ποσοστό 55-65% των ασθενών με HDV λοίμωξη. Η δοκιμασία αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης της αντίστροφης μεταγραφάσης είναι επί του παρόντος η πιο ευαίσθητη ανάλυση για την ανίχνευση της ιαμίας HDV.¹⁵

Η ανίχνευση του αντισώματος έναντι του HDV σε συνδυασμό με θετικά anti-HBc IgG σχετίζεται σχεδόν αποκλειστικά με χρόνιες λοιμώξεις από HDV

Το επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας B (HBsAg) απαιτείται για την αντιγραφή του HDV, αλλά μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να κατασταλεί σε μη ανιχνεύσιμα επίπεδα με την ενεργή αντιγραφή του HDV.

Ιστολογικά ευρήματα

Τα αποτελέσματα από τη βιοψία ήπατος σε ασθενείς με οξεία νόσο είναι σύμφωνα με την οξεία ηπατίτιδα και, γενικά, η βιοψία δεν ενδείκνυται. Η ανοσοϊστοχημική ανάλυση του αντιγόνου HDV του ηπατικού ιστού αποτελεί το πρότυπο κριτήριο για τη διάγνωση της επίμονης λοίμωξης από HDV. Τα ιστολογικά χαρακτηριστικά είναι πολύ παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται σε ασθενείς με λοίμωξη HBV.⁴

Διάγνωση

Με βάση τις οδηγίες, θα πρέπει να γίνεται έλεγχος ανίχνευσης anti-HDV **σε κάθε ασθενή με HBsAg(+)**, ενώ ιδιαίτερα σε ασθενείς που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, θα πρέπει να επαναλαμβάνεται αυτός όταν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις (π.χ: υψηλές τιμές τρανσαμινασών με χαμηλή ιαμία HBV, επιδείνωση ίνωσης). (πίνακες 3 και 4).^{24,25}

Θεραπεία

Η θεραπεία για τη οξεία συλλοίμωση από τον ιό της ηπατίτιδας D + B απαιτεί κυρίως υποστηρικτικά μέτρα. Χρειάζεται προσεκτική αξιολόγηση των δεικτών ηπατικής λειτουργίας και της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Διάγνωση τύπων λοίμωξης HDV.

Διαγνωστικός δείκτης	Οξεία συλλοίμωση HDV/HBV	Οξεία επιλοίμωση HDV	Χρόνια HDV λοίμωξη
HBsAg	+	+	+
Anti-HBc, IgM	+	+/-	+/-
Serum HDAg (by EIA/RIA)	Νωρίς, γρήγορη εμφάνιση, συνήθως χάνεται	Νωρίς, παροδικό, και συνήθως χάνεται	Παροδικό και μπορεί να μην ανιχνευθεί
Serum HDV RNA (by RT-PCR)	+	+	+
Anti-HDV, total	Όψιμα, χαμηλά επίπεδα	Γρήγορα αυξανόμενα επίπεδα	Υψηλά επίπεδα
Anti-HDV, IgM	+	Γρήγορα αυξανόμενα και επίμονα υψηλά επίπεδα	Συνήθως υψηλά επίπεδα

■ HDV genotyping is not done routinely in clinical practice

Terrault. Hepatology. 2018;67:1560. Sarin. Hepatol Int. 2016;10:1.

WHO. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154590/9789241549059_eng.pdf?sequence=1. Cheung. Clin Liver Dis. 2020;24:405.



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΙΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Δ.

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση HDV λοίμωξης.

	Who to test?	How to test?
AASLD ^[a] (2018)	- HBs-Ag + ασθενείς με παράγοντες κινδύνου για HDV ή από χώρες με υψηλό επιπολασμό - Ασθενείς με χαμηλό HBV DNA και υψηλή ALT	HBsAg positive (all or only risk groups?) ↓ Anti-HDV ↓ HDV RNA
APASL ^[b] (2016)	Ασθενείς με χρόνια ηπατική νόσο από HBV	
EASL ^[c] (2017)	Όλοι οι ασθενείς με HBV λοίμωξη	

AASLD, American Association for the Study of Liver Diseases; APASL, The Asian Pacific Association for the Study of the Liver; EASL, European Association for the Study of the Liver. a. Terrault NA, et al. Hepatology. 2018;67:1560-1599; b. Sarin SK, et al. Hepatol Int. 2016;10:1-98; c. European Association for the Study of the Liver. J Hepatol. 2017;67:370-398.

Η επιδείνωση του καθενός από τα δύο απαιτεί έγκαιρη συνεννόηση με κέντρο μεταμόσχευσης ήπατος.

Η δίαιτα δεν χρειάζεται να περιορίζεται. Εάν η εντερική πρόσληψη είναι κακή, μπορούν να χορηγηθούν ενδοφλέβια υγρά. Η ολική παρεντερική διατροφή σπάνια χορηγείται.

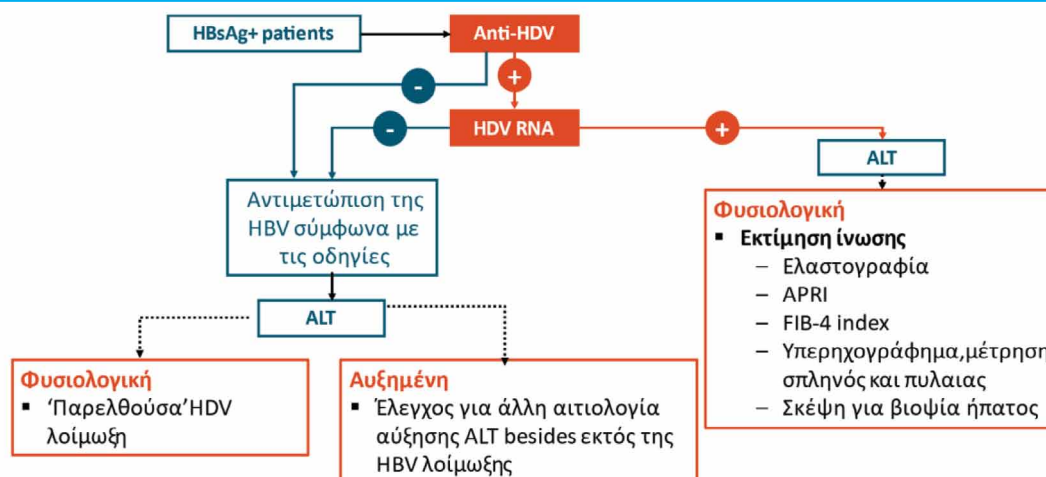
Οι ασθενείς με ενδείξεις μη αντirroπούμενης ηπατικής νόσου ή κεραυνοβόλου ηπατικής ανεπάρκειας θα πρέπει να μεταφερθούν αμέσως σε κέντρο μεταμόσχευσης ήπατος.^{22,23}

Η **πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη άλφα-2α (PEG-**

IFNa2α) και τα **νουκλεοσ(τ)ιδικά ανάλογα** έχουν χρησιμοποιηθεί για τη αντιμετώπιση της χρόνιας λοίμωξης από HBV, αλλά μόνο η PEG-IFN έχει δείξει σαφή αντι-HDV δράση (σχήμα 4).^{8,26,27,28} Ωστόσο, μια μελέτη για την αποτελεσματικότητα του PEG-IFNa2α διαπίστωσε ότι η θεραπεία με ή χωρίς adefovir για διάστημα 48 εβδομάδων είχε ως αποτέλεσμα την παρατεταμένη καταστολή του HDV RNA σε περίπου ένα τέταρτο των ασθενών.²⁹

Σε άλλη μελέτη, η PEG-IFNa πέτυχε παρατεταμένη ιική ανταπόκριση (SVR) και ύφεση μόνο στο 29,4% των ασθενών.^{27,30} Το ποσοστό αποτελεσματικότητας της θεραπείας με βάση την ιντερφερόνη δεν υπερβαίνει το

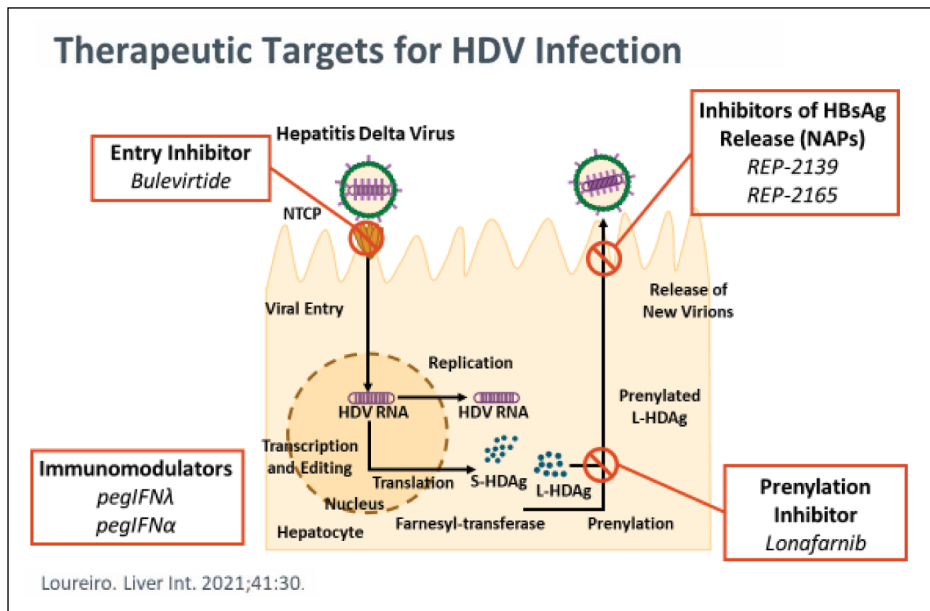
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Αλγόριθμος για τη διάγνωση και εκτίμηση της HDV λοίμωξης.



Adapted from: Shah. Gastroenterol Rep (Oxf). 2019;7:396.

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΙΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Δ.
ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ



Σχήμα 4. Θεραπευτικοί στόχοι για τη λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Δ.

30% με συχνή διακοπή της θεραπείας λόγω σοβαρών παρενεργειών αλλά και το ποσοστό υποτροπής μετά τη διακοπή είναι πολύ υψηλό.⁸

Παρόμοια ευρήματα αναφέρθηκαν σε μια μετα-ανάλυση του 2021 που αφορούσε την αποτελεσματικότητα της μονοθεραπείας με PEG-IFN (α2α ή α2β) στη θεραπεία της χρόνιας λοίμωξης HDV.²⁷ Η ανάλυση περιλάμβανε 13 μελέτες με 475 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με PEG-IFN για τουλάχιστον 48 εβδομάδες και παρακολουθήθηκαν για 24 εβδομάδες μετά τη θεραπεία. Η παρατεταμένη ιολογική ανταπόκριση μετά από 24 εβδομάδες επιτεύχθηκε στο 29% των ασθενών, η βιοχημική ανταπόκριση επιτεύχθηκε στο 33% των ασθενών και η κάθαρση του HBsAg με ορομετατροπή σε αντι-HBs επιτεύχθηκε μόνο στο 1% των ασθενών.²⁷

Η πρώτη φαρμακολογική θεραπεία για τον HDV, τη **βουλεβιρτίδη (Hepcludex)** έλαβε έγκριση υπό όρους (conditional market approval) από την Ευρωπαϊκή Ένωση τον Ιούλιο του 2020 στην δοσολογία των 2mg/ημέρα υποδορίως.³¹ Στόχος της αγωγής είναι η μείωση του HDV RNA κατά 2log από τα αρχικά επίπεδα

ή η αρνητικοποίησή του τον 6^ο μήνα ενώ, η χορήγηση της συνεχίζεται όσο υπάρχει θεραπευτικό όφελος. Το Bulevirtide είναι ένας πρώτης κατηγορίας αναστολέας εισόδου του HDV, εμποδίζοντας την είσοδο του ιού στα ηπατικά κύτταρα, μέσω της σύνδεσης στο πολυπεπίδιο που μεταφέρει ταυροχολικό νάτριο (NTCP). Το NTCP είναι ένας υποδοχέας της κυτταρικής επιφάνειας που εκφράζεται στις βασεοπλάγιες μεμβράνες των ηπατοκυττάρων και είναι απαραίτητος για την είσοδο του HBV και του HDV (σχήμα 4).³

Στις πρώτες μελέτες η χορήγηση του Bulevirtide σε συνδυασμό με Tenofovir 245 mg πέτυχε ιική καταστολή στους μισούς περίπου ασθενείς το πρώτο 6μηνο χορήγησης της.³³ Παρόμοια αποτελέσματα διαπιστώθηκαν και σε άλλη μελέτη με τον συνδυασμό Bulevirtide+PEG-IFN-α.³⁴

Κυριότερη ανεπιθύμητη ενέργεια αποτελεί η αύξηση των χολικών αλάτων χωρίς όμως να προκαλεί ιδιαίτερη συμπτωματολογία στους ασθενείς (π.χ κνησμός).

Οι πιθανές νέες θεραπείες που μελετώνται συμπεριλαμβάνουν τους **αναστολείς πρενυλίωσης** (μόνο κατά



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΙΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Δ.

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

του HDV), καθώς και τους **αναστολείς εισόδου του ιού** και τους **αναστολείς της απελευθέρωσης του HBsAg** (κατά της ταυτόχρονης μόλυνσης από τον ιό HDV και HBV)^{8,35,36} όπως φαίνεται στο σχήμα 4.

Δεν υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο για τον HDV, αλλά ο εμβολιασμός έναντι του HBV είναι αποτελεσματικός και έναντι του HDV.

Βιβλιογραφία

1. Rizzetto M, Verme G. Delta hepatitis--present status. J Hepatol. 1985. 1(2):187-93.
2. Bean P. Latest discoveries on the infection and coinfection with hepatitis D virus. Am Clin Lab. 2002 Jun. 21(5):25-7.
3. Xiridou M, Borkent-Raven B, Hulshof J, Wallinga J. How hepatitis D virus can hinder the control of hepatitis B virus. PLoS One. 2009. 4(4):e5247.
4. Abbas Z, Afzal R. Life cycle and pathogenesis of hepatitis D virus: a review. World J Hepatol. 2013 Dec 27. 5(12):666-75.
5. Smedile A, Casey JL, Cote PJ, et al. Hepatitis D viremia following orthotopic liver transplantation involves a typical HDV virion with a hepatitis B surface antigen envelope. Hepatology. 1998 Jun. 27(6):1723-9.
6. Samuel D, Zignego AL, Reynes M, et al. Long-term clinical and virological outcome after liver transplantation for cirrhosis caused by chronic delta hepatitis. Hepatology. 1995 Feb. 21(2):333-9.
7. Romeo R, Del Ninno E, Rumi M, et al. A 28-year study of the course of hepatitis delta infection: a risk factor for cirrhosis and hepatocellular carcinoma. Gastroenterology. 2009 May. 136(5):1629-38.
8. Bahcecioglu IH, Sahin A. Treatment of delta hepatitis: today and in the future - a review. Infect Dis (Lond). 2017 Apr. 49(4):241-50.
9. Bockmann JH, Grube M, Hamed V, et al. High rates of cirrhosis and severe clinical events in patients with HBV/HDV co-infection: longitudinal analysis of a German cohort. BMC Gastroenterol. 2020 Jan 30. 20(1):24.
10. Rizzetto M, Hamid S, Negro F. The changing context of hepatitis D. J Hepatol. 2021 May. 74(5):1200-11.
11. Vlachogiannakos J, Papatheodoridis GV. New epidemiology of hepatitis delta. Liver Int. 2020 Feb. 40 suppl 1:48-53.
12. Mallet V, Hamed K, Schwarzing M. Prognosis of patients with chronic hepatitis B in France (2008-2013): A nationwide, observational and hospital-based study. J Hepatol. 2017 Mar. 66(3):514-20.
13. Alfaiate D, Lucifora J, Abeywickrama-Samarakoon N, et al. HDV RNA replication is associated with HBV repression and interferon-stimulated genes induction in super-infected hepatocytes. Antiviral Res. 2016 Dec. 136:19-31.
14. Miao Z, Zhang S, Ou X, Li S, Ma Z, Wang W, et al. Estimating the global prevalence, disease progression, and clinical outcome of hepatitis delta virus infection. J Infect Dis 2020;
15. Stockdale. Benno Kreuels,3,4 Marc Y.R. Henrion,2,5 Emanuele Giorgi,6 Irene Kyomuhangi,6 Catherine de Martel,7 Yvan Hutin,8 and Anna Maria Geretti1, J Hepatol. 2020; 73:523.
16. Da BL, Rahman F, Lai WC, Kleiner DE, Heller T, Koh C. Risk factors for delta hepatitis in a North American cohort: who should be screened? Am J Gastroenterol. 2021 Jan 1. 116(1):206-9.
17. Alfaiate D, Deny P, Durantel D. Hepatitis delta virus: from biological and medical aspects to current and investigational therapeutic options. Antiviral Res. 2015 Oct. 122:112-29.
18. Braga WS, Castilho Mda C, Borges FG, et al. Hepatitis D virus infection in the Western Brazilian Amazon - far from a vanishing disease. Rev Soc Bras Med Trop. 2012 Dec. 45(6):691-5.
19. Heidrich B, Deterding K, Tillmann HL, Raupach R, Manns MP, Wedemeyer H. Virological and clinical characteristics

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΙΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Δ.
ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ



- of delta hepatitis in Central Europe. *J Viral Hepat.* 2009 Dec. 16(12):883-94.
- 20.** Makuwa M, Mints-Ndong A, Souquiere S, Nkoghe D, Leroy EM, Kazanji M. Prevalence and molecular diversity of hepatitis B virus and hepatitis delta virus in urban and rural populations in northern Gabon in central Africa. *J Clin Microbiol.* 2009 Jul. 47(7):2265-8.
- 21.** WHO. Global Hepatitis Report 2017. [who.int/publications/i/item/global-hepatitis-report-2017](https://www.who.int/publications/i/item/global-hepatitis-report-2017). Polaris Observatory Collaborators. *Lancet Gastroenterol & Hepatol.* 2018; 3:38
- 22.** Shah PA, Choudhry S, Reyes KJC, Lau DTY. An update on the management of chronic hepatitis D. *Gastroenterol Rep (Oxf).* 2019 Dec. 7(6):396-402.
- 23.** Goyal A, Murray JM. Recognizing the impact of endemic hepatitis D virus on hepatitis B virus eradication. *Theor Popul Biol.* 2016 Dec. 112:60-9.
- 24.** Terrault. Anna S.F. Lok, Brian J. McMahon, Kyong-Mi Chang, Jessica P. Hwang, Maureen M. Jonas, Robert S. Brown Jr., Natalie H. Bzowej, John B. Wong *Hepatology.* 2018; 67:1560.
- 25.** Shah Pir Ahmad, Saad Choudhry, Karen J Campoverde Reyes, Daryl T Y Lau *Gastroenterol Rep (Oxf).* 2019; 7:396
- 26.** Samiullah S, Bikharam D, Nasreen. Treatment of chronic hepatitis delta virus with peg-interferon and factors that predict sustained viral response. *World J Gastroenterol.* 2012 Oct 28. 18(40):5793-8.
- 27.** Abdrakhman A, Ashimkhanova A, Almawi WY. Effectiveness of pegylated interferon monotherapy in the treatment of chronic hepatitis D virus infection: A meta-analysis. *Antiviral Res.* 2021 Jan. 185:104995.
- 28.** Petersen J, Thompson AJ, Levrero M. Aiming for cure in HBV and HDV infection. *J Hepatol.* 2016 Oct. 65(4):835-48.
- 29.** Wedemeyer H, Yurdaydin C, Dalekos GN, et al. Peginterferon plus adefovir versus either drug alone for hepatitis delta. *N Engl J Med.* 2011 Jan 27. 364(4):322-31.
- 30.** Deterding K, Wedemeyer H. Beyond pegylated Interferon-alpha: new treatments for hepatitis delta. *AIDS Rev.* 2019. 21(3):126-34.
- 31.** European Medicines Agency. Hepcludex (EMA/H/C/004854). Available at <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/hepcludex>. August 12, 2020. Updated: October 7, 2020; Accessed: January 25, 2021.
- 32.** Highleyman L. Bulevirtide shows promise as maintenance therapy for hepatitis D. *InfoHep.org.* August 30, 2020.
- 33.** Bogomolov P., Alexandrov A., Voronkova N., Macievich M., Kokina K., Petrachenkova M., Lehr T., Lempp F.A., Wedemeyer H., Haag M., et al. Treatment of chronic hepatitis D with the entry inhibitor myrcludex B: First results of a phase Ib/IIa study. *J. Hepatol.* 2016
- 34.** De Ledinghen. Dominique Guyader, Sophie Metivier, Marie-Noelle Hilleret, Helène Fontaine, Bruno Roche, Nathalie Ganne-Carrie, Louis d'Alterroche, Veronique Loustaud-Ratti, Anne Gervais, Christiane Stern, Laurent Alric, Isabelle Fouchard-Hubert, Tarik Asselah, Karine Lacombe, Fabien Zoulim, Jerome Dumortier, Anne Minello, Caroline Lascoux-Combe, Leon Muti, Isabelle Ollivier-Hourmand, Dominique Larrey, Vincent Leroy, Isabelle Rosa, Julie Chas, Frederic Heluwaert, Patrick Borentain, Isabelle Archambeaud, Bernard Prouvost-Keller, Si Nafa Si Ahmed, Dominique Roulot *AASLD* 2021. Abstr OA21
- 35.** Maravelia P, Frelin L, Ni Y, et al. Blocking entry of hepatitis B and D viruses to hepatocytes as a novel immunotherapy for treating chronic infections. *J Infect Dis.* 2021 Jan 4. 223(1):128-38.
- 36.** Deterding K, Wedemeyer H. Beyond pegylated Interferon-alpha: new treatments for hepatitis delta. *AIDS Rev.* 2019. 21(3):126-34.



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

**ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ. ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ
ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ**

Χαράλαμπος Θάνος, Ειδικευόμενος Γαστρεντερολόγος
Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια, η Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου διαγιγνώσκεται όλο και περισσότερο σε άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών. Ειδικότερα, περίπου το 15% των ασθενών με ΙΦΝΕ διαγιγνώσκονται μετά τα 60 έτη, και το 30% των ήδη διαγνωσμένων ασθενών με ΙΦΝΕ σε νεότερες ηλικίες, είναι επί του παρόντος άνω των 60 ετών. Παράλληλα, η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα χαρακτηρίζεται από ιδιαιτερότητες, όπως η παρουσία συν-νοσηροτήτων, πολυφαρμακίας, μειωμένης ανθεκτικότητας στην σοβαρή νόσηση και αυξημένης συνολικής θνησιμότητας. Το πλαίσιο αυτό θέτει μια μοναδική πρόκληση όσον αφορά την φροντίδα, την διαχείριση και τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων στους ασθενείς αυτούς.

Επιδημιολογία

Αρκετές μελέτες έχουν καταδείξει μια διφασική ηλικιακή κατανομή στην επίπτωση της νόσου του Crohn και της Ελκώδους κολίτιδας, με μια πρώτη αιχμή να σημειώνεται μεταξύ του ηλικιακού εύρους των 20 έως 40 ετών, και μια δεύτερη μικρότερη, μεταξύ του εύρους 60 έως 80 ετών. Ο επιπολασμός των ΙΦΝΕ στους ηλικιωμένους φαίνεται από μελέτες να αυξάνεται σταδιακά κατά 5,2% ετησίως. Ειδικότερα, οι εκτιμήσεις για τα ποσοστά επίπτωσης της ελκώδους κολίτιδας στους ηλικιωμένους κυμαίνονται μεταξύ 3 και 17 ανά 100.000, και της νόσου του Crohn μεταξύ 3 και 6 ανά 100.000. Δεδομένης της παγκοσμίως αυξανόμενης επίπτωσης των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου και ως συνέπεια της γήρανσης του πληθυσμού, η αύξηση της επίπτωσης και του επιπολασμού των ΙΦΝΕ στους ηλικιωμένους δεν αποτελεί έκπληξη. Παράγοντες όπως η αστικοποίηση, η ευαισθητοποίηση για θέματα υγείας καθώς και η διαρκής εξέλιξη των διαγνωστικών τεχνικών, είναι συνυπεύθυνοι για την παρατηρούμενη αύξηση.

Αρκετές μελέτες βασισμένες στον πληθυσμό, υποδηλώνουν ότι η όψιμη έναρξη Ελκώδους κολίτιδας και νόσος Crohn, χαρακτηρίζονται από ηπιότερη κλινική πορεία, με λιγότερη ανάγκη χρήσης ανοσοτροποποι-

ητικών και βιολογικών θεραπειών, χαμηλότερο ποσοστό εξωεντερικών εκδηλώσεων, και αυξημένη χρήση κορτικοστεροειδών συγκριτικά με την πρώιμη έναρξη νόσου σε νεότερους ασθενείς. Ωστόσο, η συσχέτιση της χρήσης φαρμακευτικών θεραπειών με την κλινική πορεία μπορεί να είναι παραπλανητική, καθώς η χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων μπορεί να επηρεαστεί από συνυπάρχουσες παθήσεις και αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα που ήδη λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς, ενώ ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων μπορεί να αποφεύγονται εξ' ολοκλήρου για λόγους ασφαλείας. Αξίζει επίσης να σημειωθεί, ότι τα περισσότερα δεδομένα για τους ηλικιωμένους ασθενείς με ΙΦΝΕ βασίζονται σε μελέτες παρατήρησης, επειδή οι ασθενείς αυτοί αποτελούν ένα πολύ μικρό σύνολο μεταξύ των συμμετεχόντων σε κλινικές δοκιμές και μελέτες φαρμακοεπαγρύπνησης.

Κλινική Εικόνα και Εξέλιξη Νόσου

Συνολικά, οι ηλικιωμένοι ασθενείς με ΙΦΝΕ φαίνεται να παρουσιάζουν ηπιότερα κλινικά συμπτώματα. Στην νόσο Crohn, οι ηλικιωμένοι ασθενείς, συγκριτικά με τους νεότερους, είναι πιθανότερο να παρουσιάζουν μεμονωμένη νόσο του παχέος εντέρου (44%) και λιγότερο πιθανό να έχουν διεισδυτική ή περιπρωκτική νόσο. Σε σύγκριση με τους νεότερους ομολόγους τους, τα ηλικιωμένα άτομα με Ελκώδη Κολίτιδα έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν νόσο στο αριστερό κόλον (40%). Ηλικιωμένα άτομα με νόσο Crohn αναφέρουν λιγότερο συχνά κοιλιακό άλγος, συστηματικά συμπτώματα και διάρροια, ενώ άτομα με Ελκώδη Κολίτιδα σε μεγαλύτερη ηλικία αναφέρουν λιγότερο συχνά κοιλιακό άλγος ή αιμορραγία από το ορθό.

Η εμφάνιση ενός πιο καλοήθους φαινοτύπου, μπορεί να υποδηλώνει ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς με ΙΦΝΕ μπορεί να έχουν πιο ευνοϊκή κλινική πορεία σε σύγκριση με όσους προσβάλλονται σε νεότερη ηλικία. Παρόλο που ορισμένες αρχικές επιδημιολογικές μελέτες μπορεί να υποστήριξαν αυτήν την ιδέα, άλλες έχουν δείξει ότι όσοι διαγνώστηκαν με Ελκώδη κολίτιδα στην τρίτη ηλικία, είχαν περισσότερες πιθανότητες από να υποβληθούν

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ. ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ
ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ



σε κολεκτομή. Συνεπώς, στην προσπάθεια πρόβλεψης της πορείας της νόσου, είναι πιο συνετό να ληφθούν υπόψη τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της νόσου εξατομικευμένα, παρά η βιολογική ηλικία.

Θεραπεία - Γενικές Αρχές

Οι στρατηγικές θεραπείας σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΙΦΝΕ θα πρέπει να σχεδιάζονται με γνώμονα την εντόπιση και τη σοβαρότητα της φλεγμονής και να υλοποιούν τους ακόλουθους στόχους: την διατήρηση της ύφεσης, την πρόληψη επιπλοκών που σχετίζονται με τη νόσο, την αποφυγή ανεπιθύμητων συμβάντων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Επιπρόσθετοι παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη στον ηλικιωμένο πληθυσμό, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι κακοήθειες, οι λειτουργικές και γνωστικές βλάβες, το ιστορικό καπνίσματος και η νεφρική δυσλειτουργία. Θα πρέπει να έχουμε επίγνωση ότι αυτοί οι ασθενείς μπορεί να αντιμετωπίζονται ήδη φαρμακευτικά για συνοδά νοσήματα· η πολυφαρμακία αυξάνει τον κίνδυνο αλληλεπιδράσεων και μπορεί να επιδεινώσει τα νοσήματα αυτά ή να προκαλέσει άλλα. Οι εξαρτώμενες από την ηλικία αλλαγές στην ηπατική και νεφρική λειτουργία και τη σύνθεση του σώματος (αύξηση σωματικού λίπους, μείωση της άλιπης μύϊκής μάζας, υποπρωτεϊναιμία) μπορεί να επηρεάσουν τη φαρμακοκινητική των φαρμάκων. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί επίσης σε λοιμώξεις σε ασθενείς με ΙΦΝΕ που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική θεραπεία, καθώς αυτές τείνουν να συμβαίνουν συχνότερα και οι ασθενείς είναι επιρρεπείς σε μια πιο σοβαρή κλινική πορεία.

5 – Αμινοσαλικυλικά

Τα αμινοσαλικυλικά έχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα για την επαγωγή και τη διατήρηση της ύφεσης σε ήπια έως μέτρια Ελκώδη Κολίτιδα. Αντίθετα, αν και χρησιμοποιούνται ευρέως, η αποτελεσματικότητά τους δεν είναι τεκμηριωμένη στη νόσο Crohn, με τις περισσότερες κλινικές δοκιμές να μη δείχνουν όφελος σε σχέση με το εικονικό φάρμακο. Η έλλειψη συστημα-

τικής ανοσοκατασταλτικής δράσης τα έχει καταστήσει μια βασική θεραπευτική επιλογή για ηλικιωμένους ασθενείς με ΙΦΝΕ. Μελέτες με βάση τον πληθυσμό έχουν δείξει ότι περισσότερο από τα δύο τρίτα των ηλικιωμένων ασθενών με ΙΦΝΕ λαμβάνουν θεραπεία με μεζαλαμίνη. Αν και οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χρήση μεζαλαμίνης είναι σπάνιες, η σπάνια επιπλοκή της διάμεσης νεφρίτιδας μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική σε ηλικιωμένους ασθενείς, λόγω της σχετιζόμενης με την ηλικία μείωσης της νεφρικής λειτουργίας.

Κορτικοστεροειδή

Σημαντική χρήση κορτικοστεροειδών αναφέρεται σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΙΦΝΕ, ενώ σε μια πρόσφατη ανάλυση δείχνει ότι ένα ποσοστό 20-40% των ασθενών με ΙΦΝΕ λαμβάνουν θεραπεία με κορτικοστεροειδή κατά τα πρώτα 5 χρόνια μετά τη διάγνωση της ΙΦΝΕ. Επομένως, οι μεταβολικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, ειδικά σε αυτήν την ομάδα ασθενών και επαναλαμβανόμενες ή παρατεταμένες δόσεις κορτικοστεροειδών θα πρέπει να αποφεύγονται. Η παρατεταμένη χρήση στεροειδών μπορεί να επιδεινώσει προϋπάρχουσες κλινικές καταστάσεις, όπως σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακή υπέρταση, λοιμώξεις. Πρέπει επίσης να δοθεί προσοχή στην οστεοπόρωση που προκαλείται από κορτικοστεροειδή και στον κίνδυνο καταγμάτων των οστών. Σε μελέτη της Ελβετίας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, τα κορτικοστεροειδή και η ηλικία ήταν οι πιο σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για μειωμένη οστική πυκνότητα, ενώ ο κίνδυνος γαστρεντερικής αιμορραγίας είναι αυξημένος σε ηλικιωμένους ασθενείς. Λόγω του υψηλού μεταβολισμού πρώτης δόδου στο ήπαρ, η βουδεσονίδη ή τα σκευάσματα τροποποιημένης αποδέσμευσης βουδεσονίδης έχουν λιγότερες συστηματικές επιδράσεις σε σύγκριση με την πρεδνιζόνη και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε ήπια έως μέτρια ενεργό νόσο σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΙΦΝΕ. Πρέπει, τέλος, να σημειωθεί ότι οι παρενέργειες των τοπικών στεροειδών μπορεί να είναι πιο συχνές στους ηλικιωμένους ασθενείς.



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

**ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ. ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ
ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ**

Ανοσοτροποποιητικά: Θειοπουρίνες, Μεθοτρεξάτη

Παρά το δυννητικό θεραπευτικό τους όφελος, η χρήση θειοπουρινών σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι χαμηλή. Δεδομένα από τη γαλλική ομάδα πληθυσμού EPIMAD ανέφεραν 3% πιθανότητα έναρξης θειοπουρίνης μέσα στο πρώτο έτος της διάγνωσης. Κατά τη διάρκεια της ζωής τους, μόνο το 16% των ασθενών έλαβε ανοσοτροποποιητική θεραπεία. Αυτά τα χαμηλά ποσοστά χρήσης οφείλονται σε μεγάλο βαθμό σε ανησυχίες σχετικά με το ουσιαστικό προφίλ ασφάλειας των θειοπουρινών. Μεγάλες προοπτικές μελέτες παρατήρησης που πραγματοποιήθηκαν από την ομάδα CESAME έδειξαν ότι η έκθεση σε θειοπουρίνες σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο πολλών κακοηθειών, συμπεριλαμβανομένου του μη μελανωματικού καρκίνου του δέρματος (NMSC), μυελοκυτταρικής λευχαιμίας, μυελοδυσπλαστικού συνδρόμου και λεμφοϋπερπλαστικών διαταραχών, τόσο λεμφώματος Hodgkin όσο και non-Hodgkin λεμφώματος, καρκίνου ουροδόχου κύστης και καρκίνου τραχήλου μήτρας. Μάλιστα ο κίνδυνος για NMSC φαίνεται να παραμένει υψηλός και μετέπειτα, παρά τη διακοπή τους. Εκτός από κακοήθεια, η χρήση θειοπουρινών σχετίζεται με αυξημένες λοιμώξεις. Σε μια γαλλική εθνική μελέτη, οι ασθενείς που εκτέθηκαν σε μονοθεραπεία με θειοπουρίνη διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο για σοβαρές και ευκαιριακές λοιμώξεις σε σύγκριση με εκείνους που δεν εκτέθηκαν. Ο απόλυτος κίνδυνος μόλυνσης ήταν 2 έως 3 φορές μεγαλύτερος σε ασθενείς 65 ετών και άνω. Πολλές αλληλεπιδράσεις φαρμάκων είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη κατά τη χρήση θειοπουρινών σε ηλικιωμένους. Η αζαθειοπρίνη αναστέλλει τις επιδράσεις της βαρφαρίνης που απαιτεί αύξηση της δόσης. Φάρμακα που παρεμβαίνουν στο μεταβολισμό των θειοπουρινών και δυννητικά οδηγούν σε φαρμακοτοξικότητά τους περιλαμβάνουν την σουλφασαζίνη και τον μεταβολίτη της 5-ASA, τη φουροσεμίδη και την αλλοπουρινόλη. Σε περίπτωση συγχορήγησης με αλλοπουρινόλη και εφόσον δεν μπορεί να αποφευχθεί η συγχορήγηση, συστήνεται η μείωση της δόσης της αζαθειοπρίνης στο

1/4 της αρχικής. Κοινό σημείο των περισσότερων κατευθυντήριων οδηγιών είναι να αποθαρρύνεται η έναρξη αζαθειοπρίνης σε ασθενείς άνω των 65, ενώ αποτελεί θέμα προς σκέψη η διακοπή της σε ηλικιωμένους που λαμβάνουν ήδη.

Η μεθοτρεξάτη δεν έχει μελετηθεί αποκλειστικά σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΙΦΝΕ, αλλά αναδρομικά δεδομένα μελετών υποδεικνύουν περιορισμένη χρήση σε ηλικιωμένους, με παρόμοια αποτελέσματα σε σύγκριση με νεαρούς ασθενείς. Για ασθενείς με νόσο Crohn έχει περιγραφεί επαγωγή και διατήρηση της ύφεσης με 10–25 mg μεθοτρεξάτης υποδόρια εβδομαδιαίως. Για τους ασθενείς με Ελκώδη κολίτιδα, η μεθοτρεξάτη δεν βρέθηκε να είναι καλύτερη από το εικονικό φάρμακο στην επαγωγή, τη διατήρηση της ύφεσης ή την πρόληψη υποτροπών σε ασθενείς που πέτυχαν ανταπόκριση χωρίς στεροειδή. Πρέπει να δίνεται προσοχή στα συμπτώματα γενικής κακουχίας, στα γαστρεντερικά προβλήματα και στην ασυμπτωματική αύξηση των ηπατικών ενζύμων. Η χρήση συμπληρωμάτων φυλλικού οξέος είναι υποχρεωτική σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με μεθοτρεξάτη.

Βιολογικοί παράγοντες: Anti - TNFa, Anti-Integrins, and Anti IL-12/23

Οι anti-TNF παράγοντες συνιστώνται για μέτρια έως σοβαρή UC και CD, ωστόσο τα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια σε ηλικιωμένους ασθενείς σε τυχαιοποιημένες μελέτες ελέγχου είναι περιορισμένα. Ενώ τα ποσοστά μακροχρόνιας ύφεσης φαίνεται να είναι παρόμοια στους ηλικιωμένους, τα ποσοστά διακοπής είναι υψηλότερα, με το 25% των ασθενών ηλικίας άνω των 60 ετών να διακόπτουν τη θεραπεία με αντι-TNF έως 12 μήνες μετά την έναρξή τους σε σύγκριση με το 7% των νεότερων χρηστών. Ένας λόγος για τη χαμηλότερη παραμονή σε θεραπεία είναι ότι μια λοίμωξη που απαιτεί διακοπή του αντι-TNF εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε ηλικιωμένους ασθενείς από ό,τι σε νεότερους ασθενείς. Τα αναφερόμενα ποσοστά λοίμωξης σε ηλικιωμένους ασθενείς

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ. ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ
ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ



είναι σταθερά 2-4 φορές υψηλότερα σε σχέση με τα αντίστοιχα νεότερων ασθενών. Επιπλέον, ο κίνδυνος κακοήθειας είναι ανησυχητικός για τους ηλικιωμένους ασθενείς με ΙΦΝΕ που διάγουν υπό χρόνια ανοσοκαταστολή. Η προχωρημένη ηλικία είναι ένας παράγοντας κινδύνου για λεμφοϋπερπλαστικά νοσήματα σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, κίνδυνος που αυξάνεται από τη συγχορήγηση θειοπουρίνης. Μια αρχική μετα-ανάλυση περιγράφει τριπλάσια αύξηση στον κίνδυνο λεμφώματος απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, η πλειονότητα των ασθενών είχαν προηγούμενη έκθεση σε ανοσοτροποποιητικά και πιο πρόσφατες μελέτες αναπαρήγαγαν αυτά τα ευρήματα. Στο μητρώο TREAT (Crohn's Therapy, Resource, Evaluation and Assessment Tool), ο κίνδυνος λεμφώματος με μονοθεραπεία με αντι-TNF ήταν παρόμοιος με αυτούς που δεν είχαν λάβει αντι-TNF για μια μέση παρακολούθηση 5 ετών.

Συνοπτικά, οι αντι-TNF-α αντενδείκνυνται σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή σε ασθενείς με χρόνια ηπατική νόσο, νευρολογική παθολογία ή ιστορικό κακοήθειας, ιδιαίτερα λέμφωμα σε ασθενείς που λαμβάνουν συνδυασμό με ανοσοτροποποιητικό. Οι σχετικά νεότερες βιολογικές θεραπείες περιλαμβάνουν τον αναστολέα αντι-ιντεγκρίνης vedolizumab και το μονοκλωνικό αντίσωμα ustekinumab, που αναστέλλει τον άξονα IL-12/23. Σε μια μικρή μελέτη, η αποδείχθηκαν η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια του vedolizumab σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΙΦΝΕ, με ποσοστό κλινικής ύφεσης 41% την εβδομάδα 52. Σε μια συγκεντρωτική ανάλυση post hoc, η βεδολιζουμάμπη δείχνει ένα ευνοϊκό προφίλ ασφάλειας με χαμηλά ποσοστά εμφάνισης σοβαρών λοιμώξεων, αντιδράσεων που σχετίζονται με την έγχυση και κακοηθειών για εκτεταμένη περίοδο θεραπείας. Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με σοβαρή λοίμωξη για ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με βεδολιζουμάμπη ήταν η νεότερη ηλικία, η ταυτόχρονη χρήση κορτικοστεροειδών και η χρήση οπιούχων.

Ομοίως, το ustekinumab, που επάγει και διατηρεί

αποτελεσματικά την ύφεση σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή νόσο Crohn, φαίνεται να προσφέρει ένα ευνοϊκό προφίλ ασφάλειας έναντι λοιμώξεων. Τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές δεν έδειξαν μέχρι στιγμής καμία αυξημένη συχνότητα λοίμωξης σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Από δεδομένα παρατήρησης σε ηλικιωμένους ασθενείς με ήπια έως μέτρια νόσο, η χρήση των vedolizumab και ustekinumab φαίνεται να προτιμάται έναντι των anti-TNF.

Tofacitinib

Η τοφασιτινίμπη, ένας από του στόματος αναστολέας της κινάσης Janus, αποδείχθηκε ότι είναι αποτελεσματική ως θεραπεία επαγωγής και συντήρησης σε μέτρια έως σοβαρή Ελκώδη κολίτιδα. Σε μια ανάλυση ασφάλειας ασθενών με μέτρια έως σοβαρή UC που έλαβαν θεραπεία με τοφασιτινίμπη, παρατηρήθηκε επιπρόσθετος σοβαρός κίνδυνος λοίμωξης, δηλαδή μια δοσοεξαρτώμενη συσχέτιση με λοίμωξη από έρπητα ζωστήρα. Μια αρχική μελέτη με μέση παρακολούθηση 4 ετών διαπίστωσε αυξημένο κίνδυνο φλεβικής θρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής σε ασθενείς ≥50 ετών. Βάσει και του SPC του φαρμάκου, η χρήση σε ηλικιωμένους άνω των 65 θα πρέπει να αποφεύγεται, ειδικά σε αυτούς που είναι και ενεργοί καπνιστές.

Συμπέρασμα

Η ιατρική διαχείριση των ηλικιωμένων ασθενών με ΙΦΝΕ αποτελεί πρόκληση όσον αφορά τη διάγνωση, την φαρμακευτική θεραπεία και την διαχείριση της νοσηρότητας και των επιπλοκών. Τα τελευταία χρόνια οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, πάνω 65, αποκλείστηκαν συστηματικά από κλινικές δοκιμές και επομένως σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την επιτυχία της θεραπείας, την έκβαση, τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τις γενικές επιδημιολογικές πληροφορίες συχνά προέρχονται από δεδομένα νεότερου πληθυσμού με ΙΦΝΕ. Με τη γήρανση του πληθυσμού μας, τούτο πρέπει να αλλάξει επείγοντως για να αποκτηθούν καλύτερα στοιχεία για τη θεραπεία των ηλικιωμένων με ΙΦΝΕ.



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ. ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ
ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Management of the Elderly Inflammatory Bowel Disease Patient. Hruz P, Juillerat P, Kullak-Ublick G.-A., Schoepfer A.M., Mantzaris G.J., Rogler G. f. on behalf of Swiss IBD net, an official working group of the Swiss Society of Gastroenterology Digestion 2020;101(suppl 1):105–119 <https://doi.org/10.1159/000503099>
2. The elderly IBD patient in the modern era: changing paradigms in risk stratification and therapeutic management. Simon J. Hong and Seymour Katz. Therapeutic Advances in Gastroenterology 2021 10.1177/17562848211023399.
3. Rungoe C, Simonsen J, Riis L, Frisch M, Langholz E, Jess T. Inflammatory bowel disease and cervical neoplasia: a population-based nationwide cohort study. Clin Gastroenterol Hepatol. 2015 Apr;13(4):693–700.e1.
4. Pandey N, Herrera HH, Johnson CM, MacCarthy AA, Copeland LA. Preventative care for patients with inflammatory bowel disease in the Veterans Health Administration. Medicine (Baltimore). 2016 Jul;95(27): e4012.
5. Annese V, Daperno M, Rutter MD, Amiot A, Bossuyt P, East J, et al.; European Crohn's and Colitis Organisation. European evidence-based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. J Crohn's Colitis. 2013 Dec;7(12):982–1018.
6. Baars JE, Kuipers EJ, van Haastert M, Nicolai JJ, Poen AC, van der Woude CJ. Age at diagnosis of inflammatory bowel disease influences early development of colorectal cancer in inflammatory bowel disease patients: a nationwide, long-term survey. J Gastroenterol. 2012 Dec;47(12):1308–22.
7. Shi HY, Chan FK, Leung WK, Li MK, Leung CM, Sze SF, et al. Natural History of Elderly-onset Ulcerative Colitis: Results from a Territory-wide Inflammatory Bowel Disease Registry. J Crohn's Colitis. 2016 Feb;10(2):176–85.

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΕΞΩΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

Αικατερίνη Πάλλα, Διευθύντρια Αιματολόγος,
Επιστημονική Υπεύθυνη Αιματολογικού Τομέα, Ευρωκλινική Αθηνών



Εισαγωγή

Τα πρωτοπαθή γαστρεντερικά λεμφώματα (ΓΕΛ) εντοπίζονται σε οποιαδήποτε θέση του γαστρεντερικού συστήματος από τον οροφάρυγγα μέχρι το ορθό και αποτελούν την πιο συχνή ομάδα εξωλεμφαδενικών λεμφωμάτων. Η κλινική συμπεριφορά, η ιστολογική ή κλινική εξέλιξη των ΓΕΛ, διαφέρει από εκείνη των λεμφωμάτων που εντοπίζονται σε άλλες θέσεις ή από άλλους καρκίνους του γαστρεντερικού συστήματος. Στην μεγαλύτερη πλειοψηφία τους είναι non Hodgkin αλλά έχουν περιγραφεί και λεμφώματα Hodgkin.

Επιδημιολογία. Γενικά χαρακτηριστικά

Τα πρωτοπαθή γαστρεντερικά λεμφώματα (ΓΕΛ) είναι σπάνια και αφορούν 1-4 % του συνόλου των νεοπλασμάτων του στομάχου, λεπτού και παχέος εντέρου, ενώ τα δευτεροπαθή είναι σχετικά συχνότερα και εμφανίζονται σε ποσοστό περίπου 10%.

Ο στόμαχος, το οποίο είναι ένα όργανο το οποίο φυσιολογικά στερείται δομικού λεμφικού ιστού, αποτελεί την πιο συχνή εντόπιση λεμφώματος σε ποσοστό 68-75%. Ακολουθεί το λεπτό έντερο με τον βολβό του δωδεκαδακτύλου (9%), το οποίο διαθέτει άφθονα λεμφικά στοιχεία (πλάκες Peyer), η ειλεοτυφλική περιοχή σε ποσοστό 7%, το ορθό σε ποσοστό 2%, ενώ η διάχυτη διήθηση του εντέρου εκτιμάται σε ποσοστό 1%. Η επίπτωση των πρωτοπαθών ΓΕΛ, διαφέρει μεταξύ των πληθυσμών. Ειδικότερα στις ΗΠΑ το γαστρικό λέμφωμα είναι το πιο συχνό εξωλεμφαδενικό λέμφωμα με χαρακτήρες είτε Β-κυτταρικού λεμφώματος οριακής ζώνης MALT, είτε διάχυτου από μεγάλα κύτταρα. Στις δυτικές κοινωνίες το πρωτοπαθές λέμφωμα εντέρου είναι σπάνιο, αντιθέτως στη Μέση Ανατολή και στις χώρες της Μεσογείου κυριαρχεί και αποτελεί το 75%.

Παράγοντες Κινδύνου

Αρκετοί παράγοντες φαίνεται ότι προδιαθέτουν στην εμφάνιση των ΓΕΛ.

- Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού έχει συσχετισθεί

άμεσα με την ανάπτυξη του πρωτοπαθούς λεμφώματος στομάχου.

- Αυτοάνοσα νοσήματα όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, το σύνδρομο Sjogren, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος αλλά και η κοκκιωματώδης πολυαγγειίτιδα συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης λεμφώματος. Για την εκδήλωση του λεμφώματος στα αυτοάνοσα νοσήματα, φαίνεται ότι περισσότερο ευθύνεται η ανοσοκατασταλτική θεραπεία από την ίδια τη νόσο.
- Συγγενείς ανοσοανεπάρκειες, όπως, σύνδρομο Wiskott-Aldrich, βαριά συνδυασμένη ανοσοανεπάρκεια SCID, αλλά και επίκτητες ανοσοανεπάρκειες όπως HIV ή ιατρογενής ανοσοκαταστολή, συνδέονται με αυξημένη συχνότητα Β λεμφώματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα λεμφώματα είναι συνήθως εκτεταμένα, επιθετικά και κυρίως δευτεροπαθή. Υπάρχουν όμως αναφορές και για πρωτοπαθή εντόπιση στο στομάχο και στο λεπτό έντερο.
- Οι ασθενείς με κοιλιοκάκη εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης εντεροπάθειας σχετιζόμενης με Τ κυτταρικό λέμφωμα (enteropathy-associated T cell lymphoma, EATL) καθώς επίσης και με Β κυτταρικό λέμφωμα. Δεν είναι ακόμα σαφές, αν οι αυτοάνοσες ή οι φλεγμονώδεις διαταραχές συντελούν στον αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης του λεμφώματος. Η εντεροπάθεια σχετιζόμενη με Τ κυτταρικό λέμφωμα εμφανίζεται σε ποσοστό 5% των ασθενών με κοιλιοκάκη.
- Δεν έχει αποδειχθεί συσχέτιση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου με το λέμφωμα. Παραμένει όμως αναπάντητο το ερώτημα, αφού παρουσιάζεται αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης λεμφώματος στις περιπτώσεις των ασθενών που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική θεραπεία (azathioprine, 6 mercaptopurine) ή TNF-alpha αναστολείς (etanercept, infliximab).

Παθογένεια

Ο λεμφικός ιστός των βλεννογόνων (Mucosa As-



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΕΞΩΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

sociated Lymphoid Tissue-MALT) υποδηλώνει την λεμφοκυτταρική συνιστώσα που παρατηρείται σε ποικίλες εξωλεμφαδενικές περιοχές. Ο MALT ιστός διακρίνεται σε αυτόχθονα και επίκτητο. Ο επίκτητος MALT ιστός αναπτύσσεται ως απάντηση σε λοιμογόνο αντιγονικό ερέθισμα, όπως είναι η γαστρίτιδα από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (*Helicobacter pylori/HP*), ή σε αυτοάνοσο υπόστρωμα, όπως θυρεοειδίτιδα Hashimoto, σύνδρομο Sjogren. Η παρατεινόμενη αντιδραστική λεμφοκυτταρική υπερπλασία μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη παθολογικού κλώνου, ο οποίος τελικά θα αντικαταστήσει τον υπόλοιπο λεμφοκυτταρικό πληθυσμό και θα έχει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία ενός λεμφώματος τύπου MALT. Κατά παράδοση τρόπο τα MALT λεμφώματα αναπτύσσονται συνήθως σε θέσεις, όπου φυσιολογικά δεν παρατηρείται λεμφικός ιστός όπως είναι ο στόμαχος, οι σιελογόνοι αδένες ή ο θυρεοειδής αδένας. Παραμένουν εντοπισμένα για μεγάλα χρονικά διαστήματα και μεθίστανται συνήθως σε άλλες εξωλεμφαδενικές περιοχές.

Λέμφωμα οισοφάγου

Το πρωτοπαθές λέμφωμα οισοφάγου είναι πολύ σπάνιο και η συχνότητα εμφάνισης του υπολογίζεται σε λιγότερο από 1% του συνόλου των πρωτοπαθών ΓΕΛ. Το λέμφωμα στον οισοφάγο εντοπίζεται πιο συχνά σαν επέκταση διήθησης του γαστρικού λεμφώματος ή του μεσοθωρακίου. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί ή παραπονούνται για δυσφαγία ή οδυνοφαγία. Η διάγνωση τίθεται με ενδοσκοπική βιοψία.

Λέμφωμα στομάχου

Ο στόμαχος αποτελεί την πιο συχνή εντόπιση των εξωλεμφαδενικών λεμφωμάτων και αποτελεί το 68-75% του συνόλου των ΓΕΛ. Το πρωτοπαθές γαστρικό λέμφωμα αποτελεί το 3% του συνόλου των νεοπλασιών του στομάχου και το 10% των λεμφωμάτων με μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες και στις ηλικίες 50-60 έτη.

Γενικά χαρακτηριστικά

Τα γαστρικά MALT λεμφώματα εντοπίζονται κυρίως στην περιοχή του άντρου είναι περιορισμένου σταδίου

stage I, σπάνια διηθούν τον μυελό των οστών, στο 1/3 των περιπτώσεων είναι δυνατόν η εντόπιση στον στόμαχο να είναι πολλαπλή και η πενταετής επιβίωση υπολογίζεται στο 82%.

Τα MALT λεμφώματα συμπεριλαμβάνονται στις ταξινομήσεις REAL και WHO με τον όρο εξωλεμφαδενικά B-λεμφώματα από τα κύτταρα της οριακής ζώνης (extranodal marginal zone B cell lymphomas).

Ιστολογική ταξινόμηση

Σε ιστολογικό επίπεδο τα γαστρικά λεμφώματα διακρίνονται σε MALT (38-48%), σε διάχυτα B κυτταρικής σειράς λεμφοκυτταρικά λεμφώματα από μεγάλα κύτταρα, DLBCL (45%-59%), σε λέμφωμα μανδύα (1%), σε οζώδες λέμφωμα (0,5-2%) και σε περιφερικό T λέμφωμα (1,5-4%).

Κλινικά χαρακτηριστικά

Η συμπτωματολογία είναι μη ειδική και συχνά παραπέμπει σε άλλες καταστάσεις όπως το πεπτικό έλκος, την μη ελκωτική δυσπεψία ή το αδενοκαρκίνωμα του στομάχου. Οι ασθενείς εμφανίζουν συστηματική β συμπτωματολογία με πυρετό και νυκτερινές εφιδρώσεις (12%), επιγαστραλγία και δυσφορία (78-93%), ανορεξία (47%), απώλεια βάρους (25%), ναυτία ή εμέτους (18%), κρυφή (occult) αιμορραγία γαστρεντερικού (19%), ενώ η αιματέμεση και οι μέλαινες κενώσεις είναι ασυνήθεις. Η διάρκεια εμφάνισης των συμπτωμάτων, που προηγούνται της διάγνωσης, ποικίλλει και κυμαίνεται από λίγες ημέρες έως και 6 έτη. Η κλινική εξέταση δεν εμφανίζει παθολογικά ευρήματα. Συνήθως σε εκτεταμένη νόσο μπορεί να αναδειχθεί ψηλαφητή μάζα ή και περιφερική λεμφαδενοπάθεια.

Παρακλινικές εξετάσεις

Ο εργαστηριακός έλεγχος συνήθως είναι φυσιολογικός. Σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζεται αναιμία, σιδηροπενία ή αυξημένη ταχύτητα καθιζήσεως.

Η περίπτωση λοίμωξης του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού θα πρέπει να τεκμηριώνεται ιστολογικά, με



τεστ αναπνοής ή με τον ορολογικό έλεγχο, ο οποίος παρουσιάζει τον μεγαλύτερο βαθμό ευαισθησίας.

Η διάγνωση τίθεται με ενδοσκόπηση και βιοψία. Η λαπαροτομία και η λαπαροσκόπηση διενεργούνται στους ασθενείς που προσέρχονται με διάτρηση στομάχου ή απόφραξη. Τα ευρήματα της ενδοσκόπησης ποικίλλουν και μπορεί να εμφανίζουν ερύθημα βλεννογόνου, τοπικό οίδημα, οζώδη διαμόρφωση του βλεννογόνου, ιδίως στο άντρο, πάχυνση των πτυχών, μονήρη ή πολλαπλά έλκη και προβάλλουσα μάζα ή μάζες. Η δωδεκαδακτυλική διήθηση συμβαίνει περιστασιακά. Τα ιστοτεμάχια από τις αλλοιώσεις συνιστάται να λαμβάνονται όσο το δυνατόν βαθύτερα στο βλεννογόνο. Η χρήση της ενδοσκοπικής υπερηχοτομογραφίας είναι πολύτιμη κυρίως για την σταδιοποίηση της νόσου, διότι καθορίζει το βάθος της βλάβης, την ύπαρξη ή μη παθολογικών λεμφαδένων και τον ιστολογικό τύπο. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να εκτιμήσει το βάθος της διήθησης και την παρουσία περιγαστρικών λεμφαδένων, να δώσει πληροφορίες για την πρόγνωση και να διακρίνει και τον τύπο του λεμφώματος (MALT ή διάχυτο από B κυτταρικής προέλευσης μέγαντα κύτταρα).

Θεραπεία γαστρικού εξωλεμφαδενικού λεμφώματος οριακής ζώνης MALT (EMZL)

Σταδιοποίηση νόσου

Της θεραπείας προηγείται η σταδιοποίηση της νόσου που συνίσταται σε εκτίμηση σωματικής κατάστασης του ασθενούς (Karnofsky, ECOG score), κλινική εξέταση, οφθαλμολογική και ωτορινολαρυγγολογική εκτίμηση, ανίχνευση *H. pylori* από βιοψία μάζας. Στην περίπτωση που το *H. pylori* είναι αρνητικό ιστολογικά, γίνεται αναζήτηση του αντιγόνου *H. pylori* στα κόπρανα ή τεστ αναπνοής. Επιπλέον είναι απαραίτητη η ανίχνευση με FISH ή PCR της μετάθεσης t(11;18) για να διαπιστωθεί η παρουσία MALT1 μετάθεσης. Η παρουσία αυτής της μετάθεσης δηλώνει την αδυναμία ανταπόκρισης του *H. pylori* στην θεραπεία εκρίζωσης.

Στάδιο I ή II και *H. pylori* θετικό

Η πλειοψηφία των ασθενών κατά την αρχική διάγνωση

της νόσου με EMZL είναι σταδίου I ή II με ενεργό λοίμωξη *Hp*, η οποία απαιτεί θεραπεία εκρίζωσης, που συνήθως είναι απόλυτα επιτυχής. Μόνο 20% των ασθενών χρειάζονται συμπληρωματική θεραπεία εκρίζωσης. Πλήρης ύφεση επιτυγχάνεται σε 50-83% των περιπτώσεων. Ο μέσος χρόνος από την θεραπεία εκρίζωσης μέχρι επιτεύξεως πλήρους υφέσεως υπολογίζεται σε 15 μήνες, με εύρος από 5 μήνες έως περισσότερα από 3 έτη. Τουλάχιστον 4 εβδομάδες μετά την αρχική θεραπεία εκρίζωσης αξιολογείται η ανταπόκριση. Προσφέρονται τουλάχιστον τρεις συνδυασμοί θεραπειών εκρίζωσης πριν από την απόφαση για χορήγηση εναλλακτικών θεραπειών. Οι ασθενείς υποβάλλονται περιοδικά σε ενδοσκοπήσεις και λήψη πολλαπλών βιοψιών για εκτίμηση ανταπόκρισης και διερεύνηση για εμφάνιση υποτροπής. Οι ενδοσκοπήσεις προγραμματίζονται κάθε τρεις μήνες έως επίτευξης πλήρους ύφεσης ιστολογικά και ακολούθως κάθε 6 μήνες τουλάχιστον για 2 έτη. Στη συνέχεια υπάρχει σύσταση για ενδοσκόπηση κάθε 18 μήνες ή όποτε υπάρχει ένδειξη. Οι ασθενείς με υποτροπιάζον EMZL έχουν πενταετή επιβίωση σε ποσοστό 80-90%.

Τοπική ακτινοθεραπεία ενδείκνυται σε εντοπισμένη νόσο στον στόμαχο ή σε περιγαστρική λεμφαδενοπάθεια. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία σχεδόν πάντοτε επιτυγχάνουν πλήρη ύφεση και μικρό ποσοστό υποτροπών (<5%), αλλά συχνά εμφανίζουν επιπλοκές. Στους ασθενείς με εκτεταμένη νόσο σταδίου IV χορηγείται ανοσοθεραπεία με Rituximab ή συνδυασμένη ανοσοχημειοθεραπεία.

Στάδιο I ή II *H. Pylori* αρνητικό

Στους ασθενείς με *H. Pylori* αρνητικό, συστήνεται τοπική ακτινοθεραπεία, κυρίως λόγω του υψηλού ποσοστού επίτευξης πλήρους ύφεσης, της χαμηλής τοξικότητας και των μακροχρόνιων υφέσεων. Στην περίπτωση αρνητικής t(11;18) και αρνητικού *H. Pylori* στην βιοψία, συστήνεται μερικές φορές θεραπεία εκρίζωσης σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία αναλόγως των ευρημάτων της βιοψίας. Ανοσοθεραπεία και χημειοθεραπεία χορηγούνται εφεδρικά επί αποτυχίας



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΕΞΩΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

ή επί υποτροπής μετά την ακτινοθεραπεία και στους ασθενείς σταδίου IV.

Λέμφωμα λεπτού εντέρου

Τα λεμφώματα του λεπτού εντέρου αποτελούν το 30% των λεμφωμάτων του γαστρεντερικού συστήματος και κατηγοριοποιούνται σε τρεις κύριες ομάδες:

- Ανοσοϋπερπλαστική νόσος του λεπτού εντέρου (immunoproliferative small intestine disease - IPSID, νόσος των άλφα βαρέων αλυσίδων, μεσογειακό λέμφωμα, νόσος Seligmann), η οποία είναι παραλλαγή του εξωλεμφαδενικού MALT λεμφώματος που εκκρίνει α-βαρείες αλυσίδες.
- Τ-λέμφωμα σχετιζόμενο με εντεροπάθεια (Enteropathy-associated T-cell lymphoma-EATL) είναι σπάνιο νόσημα - αποτελεί λιγότερο του 1% των μη-Hodgkin λεμφωμάτων και το 4,7% των ωρίμων Τ λεμφωμάτων, που προέρχεται από τα ενδοεπιθηλιακά Τ λεμφοκύτταρα του εντέρου. Αναπτύσσεται κατά κανόνα επί εδάφους κοιλιοκάκης (εντεροπάθειας από γλουτένη), με σχετικό κίνδυνο για EATL 20 φορές υψηλότερο για τους ασθενείς με κοιλιοκάκη από το γενικό πληθυσμό.
- Άλλα δυτικού τύπου non-IPSD λεμφώματα (διάχυτο λέμφωμα από μεγάλα κύτταρα, λέμφωμα μανδύα, λέμφωμα Burkitt, λεμφοζιδιακό λέμφωμα).

Επιδημιολογία

Το πρωτοπαθές λέμφωμα λεπτού εντέρου του τύπου IPSID είναι συχνό στις χώρες της Μέσης Ανατολής και της Μεσογείου, αναλογεί στο 75% του συνόλου των ΓΕΛ και προσβάλλει συχνότερα τους άνδρες με μέση ηλικία εμφάνισης τα 25 έτη. Η κακή υγιεινή, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η αυξημένη συχνότητα παρασιτικών λοιμώξεων, λοιμώξεις από *Campylobacter* αλλά και γενετικοί παράγοντες εμπλέκονται στην παθογένεια της νόσου.

Η υψηλότερη σχετικά επίπτωσή του στον πληθυσμό της Βόρειας Ευρώπης ερμηνεύεται από την αυξημένη

συχνότητα των αλληλίων HLA-DQ2 και HLA-DQ8, σχετιζόμενων με την κοιλιοκάκη. Στην ταξινόμηση κατά WHO του 2008 αναγνωρίζεται ως πιθανή διακριτή οντότητα η μονόμορφη παραλλαγή του νοσήματος, το EATL τύπου II, μη σχετιζόμενο με κοιλιοκάκη, το οποίο αποτελεί το 10-20% των περιπτώσεων και παρουσιάζει μορφολογικές, ανοσοφαινοτυπικές και κυτταρογενετικές διαφορές.

Κλινικά χαρακτηριστικά

Η διάμεση ηλικία προσβολής είναι τα 60 έτη, ενώ και τα δύο φύλα προσβάλλονται εξίσου. Το 30% των ασθενών έχει προηγούμενο γνωστό ιστορικό κοιλιοκάκης, αλλά στην πλειονότητα των περιπτώσεων η κοιλιοκάκη διαγιγνώσκεται ταυτόχρονα με το λέμφωμα. Τα συμπτώματα κατά τη διάγνωση είναι κατά σειρά συχνότητας το κοιλιακό άλγος (84%), η απώλεια βάρους, το διαρροϊκό σύνδρομο και οι έμετοι. Στο 40% των ασθενών η νόσος διαγιγνώσκεται διεγχειρητικώς λόγω απόφραξης ή διάτρησης εντέρου. Το 90% των ασθενών παρουσιάζει επηρεασμένη γενική κατάσταση κατά τη διάγνωση (ECOG >1). Η νόσος προσβάλλει συνήθως τη νήστιδα ή τον ειλεό.

Λέμφωμα παχέος εντέρου

Αποτελεί το 3% του συνόλου των ΓΕΛ, αναλογεί στο 0,3% όλων των κακοθειών του παχέος εντέρου και προσβάλλει κυρίως τους άνδρες.

Κλινικά χαρακτηριστικά

Οι ασθενείς με λέμφωμα παχέος εντέρου μπορεί να εμφανίσουν κοιλιακό άλγος, αιμορραγία πεπτικού, διαρροϊκές κενώσεις, εγκολεασμό ή σπανιότερα απόφραξη εντέρου.

Το ενδημικό λέμφωμα Burkitt είναι νόσος της παιδικής ηλικίας με κύρια επίπτωση τα 8 έτη και σπάνιες γαστρεντερικές εκδηλώσεις του τύπου της εντερικής απόφραξης και εγκολεασμό. Το σποραδικό Burkitt λέμφωμα κατανέμεται σε όλες τις ηλικίες και μόνο το 50% των περιπτώσεων προσβάλλει τα παιδιά. Συχνά εκδηλώνεται με κοιλιακό άλγος και απόφραξη.



Διάγνωση

Η διάγνωση τίθεται με κολονοσκόπηση, λήψη βιοψιών από κάθε ύποπτη περιοχή, αξονική τομογραφία και βαριούχο γεύμα. Τα ευρήματα της κολονοσκόπησης περιλαμβάνουν διάχυτη διήθηση του βλεννογόνου, αλλοιώσεις μιμούμενες κολίτιδα ή παρουσία μάζας με ή χωρίς συνοδό εξέλκωση.

Αρκετά συχνά κατά την αρχική διάγνωση της νόσου διαπιστώνονται μεσεντέριος λεμφαδενοπάθεια, διήθηση ήπατος, σπληνός, μυελού των οστών και περιφερική λεμφαδενοπάθεια.

Ιστολογική ταξινόμηση

Οι πιο συχνοί ιστολογικοί τύποι είναι: λέμφωμα μανδύα, λέμφωμα Burkitt, οζώδες λέμφωμα, διάχυτο λέμφωμα από μεγάλα κύτταρα.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Extranodal Marginal Zone B-Cell lymphoma. Gastric MALT lymphoma. NCCN Guidelines Version 5.2022.
2. Haber DA, Mayer RJ. Primary gastrointestinal lymphoma. Semin Oncol 1988; 15:154.
3. Ducreux M, Boutron MC, Piard F et al. A15-year series of gastrointestinal non-Hodgkin's lymphomas: a population-based study. Br J Cancer 1998; 77:511-4.
4. Freedman S A Clinical presentation and diagnosis of primary gastrointestinal lymphomas Up to Date 2021.
5. Wotherspoon AC. Gastric lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue and *Helicobacter pylori*. Annu Rev Med 1998; 49:289-99.
6. Raderer M, Osterticher C, Machold K, et al. Impaired response of gastric MALT-lymphoma to *Helicobacter pylori* eradication in patients with autoimmune disease. Ann Oncol 2001; 12:937-9.
7. Farthing MJ. *Helicobacter pylori* infection: an overview. Br Med Bull 1998; 54:1-6.
8. Smedby KE, Akerman M, Hildebrand H, et al. Malignant lymphomas in coeliac disease: evidence of increased risks for lymphoma types other than enteropathy-type T cell lymphoma. Gut 2005; 54:54.
9. Suekane H, Iida M, Yao T, et al. Endoscopic ultrasonography in primary gastric lymphoma: correlation with endoscopic and histologic findings. Gastrointest Endosc 1993; 39:139.



Ιστορία της Ιατρικής

ΦΩΤΕΙΝΟΣ ΠΑΝΑΣ (1832-1903)

Αριστείδης Γ. Διαμαντής¹

Ο Φωτεινός Πανάς γεννήθηκε στα Σπαρτιά της Κεφαλονιάς, το 1832. Υπήρξε γιός του γιατρού Νικόλαου Πανά και η γέννησή του συνέπεσε χρονικά με την εορτή των Θεοφανείων και αυτός ήταν ο λόγος που ονομάστηκε Φωτεινός. Μεγάλωσε λιτά και με σκληρή διαπαιδαγώγηση και ίσως αυτό τον βοήθησε να αντιμετωπίσει τα δύσκολα και φτωχικά χρόνια των σπουδών του στη γαλλική πρωτεύουσα, την οποία επέλεξε για θετή του πατρίδα. Τελειώνει τη Μέση

Εκπαίδευση στο Λύκειο του Αργοστολίου με εξαιρετική επίδοση και εγγράφεται στη Φαρμακευτική Σχολή της Κέρκυρας, όπου φοιτά και ασκεί το επάγγελμα του φαρμακοποιού μέχρι τον θάνατο του πατέρα του, το 1848, οπότε αναχωρεί για ιατρικές σπουδές στο Παρίσι.

Σε ηλικία 22 ετών, ο Πανάς διορίζεται εσωτερικός γιατρός και δύο χρόνια αργότερα, το 1856, βραβεύεται με χρυσό μετάλλιο από την Ιατρική Σχολή και ο επιφανής χειρουργός και δάσκαλός του Auguste Nélaton (1807-1873) τον προτείνει για τη θέση του εσωτερικού βοηθού, ασκώντας χειρουργική χωρίς ποτέ να εγκαταλείψει τη γενική ιατρική. Το ίδιο χρονικό διάστημα, που παραδίδει μαθήματα στην Πρακτική Σχολή (*École pratique des hautes études*) και μεταφράζει συγγράμματα για να μπορέσει να ζήσει αξιοπρεπώς, διορίζεται βοηθός στην Ανατομική και εκπονεί τη διδακτορική του διατριβή, το 1860, με τίτλο «*Ανατομία των ρινικών κοιλοτήτων και των δακρυϊκών οδών*» (*Anatomie des fosses nasales et des voies lacrymales*). Τρία χρόνια αργότερα, το 1863, παρουσιάζει την υφηγεσία του πάνω στους τρόπους θεραπείας των ουλών (*Sur les cicatrices et les moyens d'y remédier*).



Εικόνα 1. Φωτεινός Πανάς (1831-1903).

Την ίδια εποχή, επισκέπτεται την Ελλάδα και τους δικούς του εν μέσω γενικής αποδοχής, λαϊκών εορταστικών τελετών προς τιμήν του, δωρεάν ιατρικών συμβουλών ακόμη και χειρουργικών επεμβάσεων που εκτελεί, κάθε φορά δε που επισκέπτεται τη γενέτειρά του οι εκδηλώσεις λατρείας επαναλαμβάνονται προς το πρόσωπό του. «...Γεννήθηκε σ' εκείνο τον υπέροχο τόπο της Ελλάδας, όπου το φως πλημμυρίζει τα μάτια των παιδιών. Αυτή η χαρούμενη παιδική

ανάμνηση τον είχε, ασφαλώς, συγκινήσει τόσο έντονα, ώστε αισθανόταν βαθιά την ανάγκη να βοηθήσει όσους οι αρρώστιες των ματιών βύθιζαν στο σκοτάδι...» είναι μερικά από τα εγκωμιαστικά λόγια του Γάλλου υπουργού Παιδείας και Καλών Τεχνών Joseph M. Chaumié (1849-1919), επί τη ευκαιρία της επίσημης τελετής των αποκαλυπτηρίων του μεγαλοπρεπή μαρμάρινου ανδριάντα του Φωτεινού Πανά, το 1904, που κοσμεί την αυλή του φημισμένου νοσοκομείου των Παρισιών *Hôtel-Dieu*, φιλοτεχνημένου από τον Γάλλο γλύπτη Alfred Boucher (1850-1934).

Ο βασιλιάς Όθων (1815-1867) θα του προτείνει δύο φορές να τον διορίσει καθηγητή Χειρουργικής στην Ιατρική Σχολή των Αθηνών, όμως ο ίδιος θα αρνηθεί, διότι πίστευε ότι η Γαλλία του πρόσφερε περισσότερες δυνατότητες επιστημονικής ανέλιξης. Το 1865, λαμβάνει τη γαλλική υπηκοότητα. Το ότι ο Πανάς προτίμησε να ακολουθήσει την επιστημονική του πορεία σε ευρωπαϊκό επίπεδο δεν σημαίνει ότι αγαπούσε περισσότερο τη θετή του πατρίδα· εξάλλου όπως και ο ίδιος έλεγε η συναίσθηση του καθήκοντος απέναντι στην πανανθρώπινη έρευνα «δεν αποστερούσε εντεύθεν ωφελείας και κλέους την ιδιαίτερην πατρίδα». Όπως έγραφαν οι εφημερίδες της εποχής, ο Πανάς είχε γίνει πασίγνωστος «*δια τε τας εργασίας αυτού και την ιατρικήν πείραν, ης διδάγματα*

¹Ιατρός-Κυτταρολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Ιστορικός της Ιατρικής.



πλείστοι απεκόμιζον μεταβαίνοντας αυτόθι, όπως ζητήσωσι την σοφήν αυτού συμβουλήν».

Το 1867, νυμφεύεται την κατά πολλά χρόνια νεότερη του Μαρία Μπαλλή, κόρη Έλληνα Χιώτη τραπεζίτη στο Λονδίνο, η οποία θα του σταθεί μέχρι το τέλος της ζωής του η ιδανική και αφοσιωμένη σύζυγος. Η διακριτική της παρουσία μετατράπηκε σε αποτελεσματική και ενεργό δράση, που συνέπεσε με την κήρυξη του Ελληνοτουρκικού πολέμου του 1897, μόλις ο Πανάς άρχισε να νιώθει τα πρώτα ενοχλήματα της προοδευτικής μυϊκής ατροφίας Duchenne-Aran, που στάθηκε η αφορμή για τον θάνατό του λίγα χρόνια αργότερα, ανήμερα της ονομαστικής του εορτής την ημέρα των Φώτων. Η Μαρία Πανά υλοποίησε την επιθυμία του συζύγου της να αποστείλει ιατρικό κλιμάκιο του με υγειονομικό υλικό και χρήματα κατά τη διάρκεια του ατυχή Ελληνοτουρκικού πολέμου του 1897. Αλλά και το 1912, κατά τη διάρκεια του Α΄ Βαλκανικού πολέμου, η «χήρα κυρία Πανά του τόσον λαμπρύναντος το ελληνικόν όνομα αιμινήστου καθηγητού του εν Παρισίσις Πανεπιστημίου» ήλθε στην Ελλάδα επικεφαλής νοσοκομειακής αποστολής και χειρουργείου, που συνέστησε η ίδια μαζί με Γάλλους γιατρούς και Γαλλίδες νοσοκόμες και πρόσφερε τις υπηρεσίες της στο μέτωπο της Ηπείρου, παραμένοντας μέχρι την απελευθέρωση των Ιωαννίνων, τον Φεβρουάριο του 1913. Όταν η «ερίτιμος κυρία» αναχώρησε για την Γαλλία, ο βασιλιάς Κωνσταντίνος (1868-1923) της απένειμε τον Χρυσό Σταυρό του Σωτήρος και παρασημοφόρησε τους Γάλλους χειρουργούς.

Το 1873, η Ιατρική Σχολή αποφασίζει τη διδασκαλία επιλογής μαθήματος Οφθαλμολογίας, το οποίο και ανατίθεται στον Πανά. Το 1877, εκλέγεται μέλος της Ιατρικής Ακαδημίας της Γαλλίας (*l'Académie nationale de médecine*) και πρόεδρος της Χειρουργικής Εταιρείας. Τα «επικουρικά μαθήματα», οι οφθαλμολογικές δημοσιεύσεις και οι εγχειρήσεις απογειώνουν τη φήμη του και με διάταγμα της Γαλλικής Κυβέρνησης, στις αρχές Φεβρουαρίου του 1879, ο υφηγητής Φωτεινός Πανάς διορίζεται πρώτος καθηγητής της Έδρας της Οφθαλ-

μολογίας στην Ιατρική Σχολή των Παρισίων, που θα εγκατασταθεί στο νοσοκομείο *Hôtel-Dieu*. Ο ελβετικός καταγωγής Γάλλος καθηγητής της Παθολογίας στο Παρίσι François-Sigismond Jaccoud (1830-1913) δήλωσε ότι «Ο Πανάς γίνεται ο ηγέτης μιας Σχολής με αποστολικό ενθουσιασμό». Οι ελλείψεις υποδομών θα αποτελέσουν πρόκληση για τον Πανά, ο οποίος από μηδενική βάση δημιούργησε μια υποδειγματική Οφθαλμολογική Κλινική, στα πρότυπα άλλων ευρωπαϊκών οφθαλμολογικών κέντρων, τα οποία επισκέφθηκε, προκειμένου να αντλήσει πληροφορίες για τη δομή και τον τρόπο λειτουργίας τους. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο Πανάς κατόρθωσε μέσα στους περιορισμένους διατιθέμενους χώρους του παρισινού νοσοκομείου να δημιουργήσει ανεξάρτητο εργαστήριο και δικό του χειρουργείο, έχοντας υπόδειγμα την Οφθαλμολογική Κλινική του διακεκριμένου Γερμανού καθηγητή και πρωτοπόρου της γερμανικής οφθαλμολογίας Ernst Albrecht von Gräfe (1828-1870), την οποία επισκέφτηκε στο Πανεπιστήμιο Χούμπολτ στο Βερολίνο (*Humboldt-Universität zu Berlin*). Από την εποχή του εναρκτήριου μαθήματός του στο *Hôtel-Dieu*, το 1879, με θέμα την ιστορία της Οφθαλμολογίας από την αρχαιότητα μέχρι τις μέρες του και την ίδρυση και έκδοση των «*Αρχείων*



Εικόνα 2.



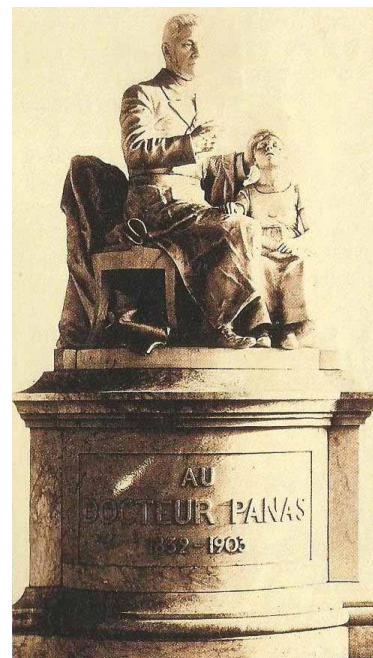
Ιστορία της Ιατρικής

ΦΩΤΕΙΝΟΣ ΠΑΝΑΣ (1832-1903)

Οφθαλμολογίας» (*Archives d'ophtalmologie*), το 1881, στο πρότυπο των αντιστοίχων γερμανικών του von Gräfe (*Archiv für Ophthalmologie*), ο Πανάς πέτυχε μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα να κατακτήσει η Γαλλία την πρώτη θέση στην Οφθαλμολογία μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών και ο ίδιος να καθιερωθεί ως ο κορυφαίος της Γαλλικής Οφθαλμολογικής Σχολής και θεμελιωτής της σύγχρονης Γαλλικής Οφθαλμολογίας.

Ο Φωτεινός Πανάς με το πλούσιο επιστημονικό του έργο ανύψωσε το επίπεδο της Οφθαλμολογίας στη Γαλλία, το οποίο ουσιαστικά υπήρξε δικό του δημιούργημα. Στον πρόλογο του δίτομου συγγράμματός του «Περί οφθαλμικών νόσων» (*Traité des maladies des yeux*), το 1894, περιγράφει τους κανόνες της διδασκαλίας της οφθαλμολογίας, από τους οποίους προβάλλουν η ευθυκρισία, η σαφήνεια και η αναζήτηση της αλήθειας, έχοντας ως βάση το επιστημονικό πείραμα. Ο ίδιος πίστευε ότι κανείς δεν μπορεί να γίνει οφθαλμίατρος αν δεν έχει αποκτήσει προηγουμένως βαθιά ιατρική παιδεία. Ο επιφανής μαθητής του Σπήλιος Χαραμής (1869-1956) διέσωσε με θρησκευτική ευλάβεια ορισμένες από τις απόψεις του δασκάλου του, οι οποίες παρέχουν στον σύγχρονο αναγνώστη μια γεύση από το επιστημονικό κύρος και τη βαθειά χριστιανική πίστη του Πανά: «Η έρευνα είναι η βάση της επιστήμης», «Η ρουτίνα είναι το ναυάγιο της προόδου», «Να επαινείς χωρίς να εγκωμιάζεις» και «Δεν γίνεται μεγάλος αν δεν είσαι καλός χριστιανός». Σε ολόκληρη την επιστημονική του σταδιοδρομία παρέμεινε σταθερός στην αρχή του ότι η Οφθαλμολογία οφείλει να είναι στενά και άρρηκτα συνδεδεμένη με τη Γενική Ιατρική και τη Χειρουργική. Στον Πανά πιστώνονται οι επεμβάσεις για το εντρόπιο (έσω στροφή των βλεφάρων), την τριχίαση (εκτροπή προς τα έξω των φυσιολογικών βλεφαρίδων) καθώς και η θεραπεία της βλεφαρόπτωσης με την προσκόλληση του άνω βλεφάρου στον ινιακό μετωπιαίο μυ. Οι χειρουργικές αυτές τεχνικές αναφέρονται στην ιατρική βιβλιογραφία ως «*opération Panas*».

Ο κατάλογος των δημοσιεύσεων του Πανά είναι μα-



Εικόνα 3.
Μαρμάρινο
άγαλμα του Πανά
στην αυλή του
νοσοκομείου
«Hôtel-Dieu»,
στο Παρίσι.

κρύς: περισσότερα από 312, τον αριθμό, συγγράμματα, ανακοινώσεις και μελέτες του κοσμούν και πλουτίζουν την ιατρική βιβλιογραφία της εποχής του. Πρωτότυπη εγχειρητική μέθοδος για τον στραβισμό, ανατομικές και φυσιολογικές μελέτες των οφθαλμών, εγχειρήσεις καταρράκτη, οφθαλμικών νεοπλασμάτων και γλαυκώματος, εργασίες για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των βακτηριακών λοιμώξεων του οφθαλμού, τραχώματος ή γονοκοκκικής οφθαλμίας συνθέτουν το παζλ της αξιοσύνης και του επιστημονικού κύρους του Πανά. Αξιοσημείωτη είναι και η συνεργασία και φιλία του με τον διάσημο Γάλλο χημικό και θεμελιωτή της Μικροβιολογίας και Ανοσολογίας Louis Pasteur (1822-1895), εφαρμόζοντας την αντισηπτική μέθοδο του διαπρεπή Άγγλου χειρουργού Joseph Lister (1827-1912) στις τραυματικές επιδέσεις, αποστέλλοντας χειρουργικό υλικό για μικροβιολογική εξέταση στο εργαστήριο του Pasteur. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο Lister, υιοθετώντας τις θεμελιώδεις ανακαλύψεις του Pasteur για την παρουσία βακτηρίων στον αέρα—ικανά να εισέρχονται στο τραύμα προκαλώντας θανατηφόρα σηψαιμία—χρησιμοποίησε διάλυμα φαινικού οξέος ως απολυμαντικό μέσο για την



καταστροφή τους, ψεκάζοντας τα χειρουργικά εργαλεία, τα τραύματα και τα χέρια των χειρουργών.

Ο Πανάς με το ήθος, τη βαθειά εγκυκλοπαιδική του μόρφωση και την οξυδέρκεια, που τον διέκρινε, στάθηκε αρωγός στους νέους Έλληνες γιατρούς, που σπούδαζαν στο Παρίσι. Πολλοί υπήρξαν οι προστατευόμενοι μαθητές του, που αργότερα διακρίθηκαν, άλλοι στη Γαλλία και άλλοι στην Ελλάδα. Από τον Σπήλιο Χαραμή και τον Γεώργιο Φωκά-Κοσμετάτο (1876-1973), που επέστρεψαν στην πατρίδα και συνέβαλαν στην ανάπτυξη της Ελληνικής Οφθαλμολογίας, ως τον διακεκριμένο οφθαλμίατρο της Μασσαλίας Σταύρο Μεταξά (1823-1899). Το 1899, ο Πανάς θα αναλάβει Πρόεδρος της Γαλλικής Ιατρικής Ακαδημίας. Ανάμεσα στους επίηλους τίτλους, τα πολλά μετάλλια και παράσημα εξέχουσα θέση κατέχει το παράσημο της Λεγεώνας της Τιμής για τις υπηρεσίες, που πρόσφερε κατά τη διάρκεια του Γαλλογερμανικού Πολέμου (1870-1871). Η γενέθλια χώρα του θα τον τιμήσει και αυτή με το ελληνικό παράσημο των Ανωτέρων Ταξιαρχών.

Ο διακεκριμένος Γάλλος καθηγητής της Οφθαλμολογίας και μέλος της Ιατρικής Ακαδημίας της Γαλλίας Paul Brégeat (1909-1989), παρά το γεγονός ότι δεν γνώρισε τον Πανά εκ του σύνεγγυς, εντούτοις μέσα από εγκωμιαστικά άρθρα συναδέλφων και φίλων, των εξωτερικών χαρακτηριστικών του προσώπου και των συνήθειών του, κατόρθωσε να σκιαγραφήσει και να μας χαρίσει μια απολαυστική εικόνα της προσωπικότητας του διάσημου Κεφαλονίτη γιατρού, αποσπάσματα του οποίου παραθέτω: «...Μικρόσωμος, συγκρατημένος στις κινήσεις του, κομπά ντυμένος, με κάτασπρα μανικέτια, ακόμη και στο Νοσοκομείο, ο Φωτεινός Πανάς, είχε έντονα χαρακτηριστικά, γκριζες φαβορίτες, ξυρισμένα μάγουλα, έξυπνο μέτωπο και χείλη λίγο μελανά. Ήρεμος, νηφάλιος και παρατηρητικός, σχεδόν απαθής έδινε την εντύπωση μάλλον ψυχρού ατόμου... Ήταν μεγαλόκαρδος. Η γενναιοδωρία του συμπορευόταν με την ευθύτητα του χαρακτήρα του... Αγαπούσε την ομορφιά και τα λουλούδια.

Προτιμούσε τις ορχιδέες και είχε αδυναμία στα τριαντάφυλλα. Τον ξεκούραζε η ζωγραφική και περισσότερο η μουσική παρά το θέατρο... Ήταν ένα ανήσυχο πνεύμα. Τα επιστημονικά ζητήματα τον απασχολούσαν και στις ιδιωτικές συντροφίες, ακόμα και στο στενό φιλικό του περιβάλλον. Ωστόσο, ήταν εύθυμος και συναρπαστικός ομιλητής. Αιχμαλώτιζε τους συνομιλητές του με το λεπτό χιούμορ που πάντα τον διέκρινε. Από τις πολλές αρετές του ξεχώριζαν τρεις: η ευθύτητα, η αφοσίωση και η μεγαλοψυχία του... Ο Φωτεινός Πανάς αγαπούσε με πάθος τη ζωή. Κι όταν προσβλήθηκε από μια σπάνια αρρώστια— τη νόσο Aran- Duchenne— που μόνος του τη διάγνωσε, την αντιμετώπισε με θάρρος και στωικότητα. Μάταια προσπάθησε να την κρύψει απ' όλους, εκτός από την αγαπημένη του γυναίκα, που στάθηκε αληθινή ηρωίδα στη σκληρή δοκιμασία του... Αυτός ήταν ο Φωτεινός Πανάς, που ενσαρκώνει το πρότυπο του τέλει ευπατρίδη. Δεν θα κουραστούμε ποτέ να διαλαλούμε πως η ζωή του ολόκληρη ήταν συνυφασμένη με την αδιάκοπη εργασία, την αφοσίωση, το καθήκον, την πνευματική γαλήνη και τη νηφαλιότητα. Όπως και δεν θα πάψουμε να τονίζουμε το πόσο πολύ αγάπησε την επιστήμη και την αλήθεια. Αν είναι αλήθεια πως ορισμένοι Γάλλοι χαρακτηρίζονται από την ευγένεια στην ψυχή και στο πνεύμα, τότε, θα πρέπει να πιστέψουμε ότι, αυτές τις κύριες αρετές, τις έχουν κληρονομήσει από ορισμένους Έλληνες και ότι ένας απ' αυτούς υπήρξε ο Φωτεινός Πανάς».

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Bregeat P.: "Φωτεινός Πανάς", *Materia Medica Greca*, 1983; 11(3): 197-200. Μαρκέτος Σ., Λασκαράτος Ι.: "Η «επανανακάλυψη» του καθηγητή Φωτεινού Πανά", *Materia Medica Greca*, 1983; 11(6): 552-6.
2. Τσιτσέλης Η.Α.: "Κεφαλλονιακά Σύμμικτα: συμβολαί εις την ιστορίαν και λαογραφίαν της νήσου Κεφαλληνίας εις τόμους τρεις", Τόμος Πρώτος, σελ. 510-515, Τύποις Παρασκευά Λεωνή, εν Αθήναις 1904.



Ελεύθερο Θέμα

Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΧΩΡΟ ΥΓΕΙΑΣ.
ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ¹

Γιάννης Δρίκος, Γαστρεντερολόγος, Ελεύθερος Επαγγελματίας, Αθήνα

Οι ραγδαίες εξελίξεις στην Ιατρική μαζί με την ταχεία διάδοση της γνώσης φαίνεται πως επηρεάζουν και την Γαστρεντερολογία, με επιστημονικές προκλήσεις που δίνουν νέες προοπτικές στην άσκησή της. Ωστόσο, η καθημερινή κλινική πρακτική της Γαστρεντερολογίας και ειδικά στον ιδιωτικό τομέα ασκείται σε ένα όλο και πιο εχθρικό περιβάλλον, που φαίνεται να πλήττεται βάνουσα. Οι προκλήσεις είναι πολλές αλλά με αρνητικό πρόσημο και οι προοπτικές προκειμένου να βελτιωθούν χρήζουν συλλογικής και ατομικής ευθύνης. Τα αίτια είναι γνωστά και φαίνεται να οφείλονται στην παγκόσμια απόκλιση του πολιτικο-κοινωνικο-οικονομικού συστήματος από τον ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα που όφειλε να έχει. Ως επακόλουθο, ο εκ της φύσης της ανθρωποκεντρικής χαρακτήρας της παροχής υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών προς τον πάσχοντα συνάνθρωπο είναι επόμενο να πληγεί μέσα σε αυτό το δυσμενές περιβάλλον. Το περιβάλλον αυτό καλλιεργήθηκε τα τελευταία χρόνια από την τρέχουσα ενεργειακή κρίση μαζί με τα απόνερα της υγειονομικής και της οικονομικής κρίσης σε παγκόσμια κλίμακα αλλά και από τα άλυτα προβλήματα του παρελθόντος που επηρέασαν κάθε δομή της κοινωνίας και κατ' επέκταση το Ιατρικό Σώμα γενικότερα και τον Γαστρεντερολόγο ειδικότερα. Η άσκηση της Γαστρεντερολογίας στον ιδιωτικό τομέα υγείας από τον Γαστρεντερολόγο ως υποσύνολο του Ιατρικού Σώματος αλλά και του συστήματος υγείας έχει κάποιες ιδιαιτερότητες, οι οποίες θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στις δράσεις για θετικές προοπτικές τόσο στην επιστημονική δράση όσο και στην άσκηση της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Αναμφίβολα το Ιατρικό επάγγελμα και κατ' επέκταση του Γαστρεντερολόγου φαίνεται πως αλλάζει ριζικά βάσει των νέων δεδομένων και ουδείς μπορεί να προβλέψει αξιόπιστα το ποιες θα είναι ακριβώς αυτές οι αλλαγές, όπως εδώ και δεκαετίες δεν μπορούσαν να προβλέψουν την σημερινή εξέλιξη της Γαστρεντερολογίας και

της Ιατρικής. Όμως μοναδικός και ουσιαστικός στόχος μας θα πρέπει να είναι η παροχή υψηλού επιπέδου Γαστρεντερολογικών υπηρεσιών με αίσθημα ευθύνης στους ασθενείς μας.

Οι προκλήσεις του σύγχρονου γαστρεντερολόγου-ελεύθερου επαγγελματία στην επιστημονική δράση

Η μεγάλη εξέλιξη της επιστημονικής γνώσης στην Ιατρική φαίνεται ότι επηρεάζει και την Γαστρεντερολογία, δίνοντας νέες θετικές προοπτικές στην άσκηση του επαγγέλματος. Η εμβάθυνση στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, η αυξανόμενη κατανόηση του ανθρώπινου μικροβιώματος και η ανάλυση του ανθρώπινου γονιδιώματος, φαίνεται πως θα επιδράσουν στην διάγνωση, την θεραπεία και την πρόληψη των νόσων του γαστρεντερικού συστήματος. Από την άλλη, η αλματώδης ανάπτυξη του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού που φαίνεται να μονοπωλεί την πρόοδο στην Γαστρεντερολογία, δίνει νέα ώθηση τόσο σε κλινικό όσο και σε ενδοσκοπικό επίπεδο. Διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις ελάσσονος επεμβατικού χαρακτήρα υπόσχονται άμεσες και ριζικές προσεγγίσεις για τον ασθενή, τείνοντας να ελαχιστοποιήσουν τις υπάρχουσες χρονοβόρες και υψηλού ρίσκου παρεμβάσεις.

Η τεχνολογία της πληροφορικής με την διασύνδεση μεγάλων πληροφοριακών δεδομένων (big data) και την δυνατότητα ταχύτατης ανάλυσης της ιατρικής πληροφορίας προερχόμενες από την επιστημονική γνώση και από το σύγχρονο εξελισσόμενο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό δίνει ώθηση στην εξατομικευμένη ιατρική τόσο σε επίπεδο διάγνωσης και θεραπείας όσο και σε επίπεδο πρόληψης. Η εκθετική αύξηση της σύγχρονης παγκόσμιας ιατρικής βιβλιογραφίας δημιουργεί την ανάγκη για την συστηματοποίησή της, την δυνατότητα ορθότερης αναζήτησης αλλά και την αξιολόγηση της ποιότητάς της. Για να επιτευχθούν όμως αυτά χρειάζεται η καλύτερη γνώση στην ιατρική στατιστική και επιδημιολογία.

¹Εισήγηση του συγγραφέα στη στρογγυλή τράπεζα που διοργάνωσε η ΕΠ.Ε.Γ.Ε. στα πλαίσια του 42ου Πανελληνίου Συνεδρίου Γαστρεντερολογίας (Αθήνα, 10-13/11/2022).



Ελεύθερο Θέμα

Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΧΩΡΟ ΥΓΕΙΑΣ.
ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Η εξειδίκευση σε θεματικές ενότητες του γνωστικού μας αντικειμένου φαίνεται πως είναι αναγκαία, συνεισφέροντας στην προσφορά υψηλού επιπέδου παροχής ιατρικών-γαστρεντερολογικών υπηρεσιών στους ασθενείς. Από την άλλη, η τάση για περισσότερο αυτοματοποιημένη παροχή ελαχίστου επεμβατικού χαρακτήρα αντιμετώπιση σε συνδυασμό με τις αναπτυσσόμενες πλατφόρμες της τεχνητής νοημοσύνης, θα μειώσουν το «τεχνικό έργο από ανθρώπινο χέρι», παραπέμποντας στην νέα εποχή άσκησης της Γαστρεντερολογίας.

Οι εξελίξεις όμως αυτές φαίνεται πως θα δημιουργήσουν κοινωνικές ανισότητες, τόσο μεταξύ των ασθενών όσο και μεταξύ των ιατρών. Όσον αφορά τους ασθενείς, η πρόσβαση στις νέες εξελίξεις, τουλάχιστον στην αρχή, φαίνεται πως θα είναι περιορισμένη καθιστώντας εμάς τους ιατρούς υπεύθυνους για την ενεργό συμμετοχή μας στην επίλυση των συνεπειών αυτού του φαινομένου. Έτσι, θέματα βιοηθικής και επικοινωνίας της ιατρικής πληροφορίας θα πρέπει να αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της βασικής εκπαίδευσης.

Οι προκλήσεις του σύγχρονου γαστρεντερολόγου-ελεύθερου επαγγελματία στην κλινική πρακτική

Ως γνωστόν, ο ιδιωτικός χώρος υγείας περιλαμβάνει το ιδιωτικό ιατρείο (ατομικό, συστέγαση, παραρτήματα), τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και πολυιατρεία, τις μονάδες ημερήσιας νοσηλείας (ΜΗΝ) και τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές. Και ενώ είναι παραδεκτό, σχεδόν από όλους, ότι ο ιδιωτικός τομέας υγείας προσφέρει στην απόσβεση των στρεβλώσεων του συστήματος υγείας με παροχή ιατρικών υπηρεσιών υψηλού επιπέδου και με υψηλό αίσθημα ευθύνης προς τον πάσχοντα συνάνθρωπο, εμφανίζει σοβαρά προβλήματα στην λειτουργία του. Στη παρούσα παρουσίαση θα γίνει μια προσπάθεια ομαδοποίησης των κυριότερων προβλημάτων-προκλήσεων καθώς και των προοπτικών για βελτίωση-επίλυσή τους, λαμβάνοντας υπόψη ότι αυτά προέρχονται από χρόνια, ακανθώδη και διαιωνιζόμενα από το παρελθόν προβλήματα, τα οποία επιτάθηκαν μέσα στα χρόνια και

προστέθηκαν νεότερα, με αποτέλεσμα τις δυσμενείς επιπτώσεις που βιώνουμε ασθενείς και ιατροί.

Συμβάσεις με παρόχους υγείας ή/και ασφαλιστικούς παρόχους

Οι συμβάσεις των γαστρεντερολόγων (και εν γένει των Ιατρών) με το δημόσιο (ΕΟΠΥΥ-βλ. συμβάσεις για συμβεβλημένο και για προσωπικό ιατρό) ή τους παρόχους ιατρικών και ασφαλιστικών υπηρεσιών ή των διαμεσολαβητών τους σε οποιοδήποτε επίπεδο δραστηριότητάς τους από το ιδιωτικό ιατρείο μέχρι το ιδιωτικό νοσοκομείο, αποτελούν μια «παρωδία», που δυστυχώς πρώτοι εμείς τις αποδεχόμαστε. Πρόκειται κυρίως για ατομικές συμβάσεις ενώ η τυχόν υπάρχουσα συλλογική σύμβαση εργασίας πρακτικά δεν εφαρμόζεται. Οι συμβάσεις αυτές περιέχουν καταχρηστικούς όρους, χωρίς να παρέχουν δικαιώματα στον αντισυμβαλλόμενο Ιατρό, παρά μόνον υποχρεώσεις και επιβολή όρων που μειώνουν το κύρος και την αξιοπρέπείά του. Έτσι, θα δούμε την έλλειψη εργασιακών δικαιωμάτων και κινήτρων αποδοτικότητας, απαξιωτικές αμοιβές είτε στις κατά πράξη και περίπτωση είτε στις αντιμισθίες, όρους που μπορούν να εγείρουν διοικητικές και ποινικές ευθύνες με αστικές ή ποινικές κυρώσεις εις βάρος του συμβαλλόμενου Ιατρού (προσπαιτούμενη σύμβαση ή πιστοποίηση του Ιατρού με τον ΕΟΠΥΥ, δι-άθεση ιατρικού απορρήτου και προσωπικών στοιχείων ασθενών στη ζήτηση από τον πάροχο υγείας (πχ από το συντονιστικό κέντρο του παρόχου υγείας ή οποιοδήποτε υπάλληλο του παρόχου!, φορολογικές παραβάσεις κá), προτύπωση όρων χωρίς διαπραγμάτευση παραπέμποντας σε απαξίωση του Ιατρού και της προσφοράς των υπηρεσιών του (πχ προ-συνυπογραφή τιμοκαταλόγου ιατρικών γαστρεντερολογικών πράξεων), υποχρέωση με ευθύνη του ιατρού για συμβόλαιο αστικής ευθύνης με υπέρογκα ποσά ασφαλίσεων και ασφαλιζόμενων κεφαλαίων και υποχρεωτική λογοδοσία για την ενεργότητα του συμβολαίου (στον αντίποδα σημειώνεται η δωρεάν παροχή αστικής ευθύνης στα συμβόλαιο συνεργασίας σε χώρες της Ευρώπης, Αμερικής, Ασίας κá), τυπολογικές εκφράσεις οικονομικού περιεχομένου



Ελεύθερο Θέμα

Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΧΩΡΟ ΥΓΕΙΑΣ.
ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

μη συμβατές με την άσκηση της Ιατρικής (πχ καταναλωτές, χρήστες, πάροχοι υπηρεσιών υγείας, παραγωγοί, πελάτες, αγοραστές, πωλητές κá, έννοιες που ωστόσο μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τις δομές διαχείρισης της υγείας, δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα και όχι στις συμβάσεις Ιατρών) κá. Οι έννοιες στην αλληλουχία **Ασθενείς- Ιατρικές Υπηρεσίες (Ειδικότητας...)- Ιατροί** δεν μπορούν να υποκατασταθούν από άλλες έννοιες εμπορικού περιεχομένου όπως αναφέρθηκαν παραπάνω, αφού μπορεί να προκαλέσουν ρήγματα στην πανάρχαια σχέση αλληλοεξάρτησης ασθενούς-ιατρού με δυσάρεστα αποτελέσματα στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Εξάλλου η σχέση αυτή διέπεται από κανόνες Ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας, υπακούοντας στις πανάρχαιες αδιαμφισβήτητες αρχές της Ιηποκρατικής Ιατρικής και όχι σε εμπορικές-οικονομικές αρχές.

Αμοιβές γαστρεντερολόγου-γαστρεντερολογικών πράξεων

Πριν αναφερθούμε στις προκλήσεις από τις αμοιβές γαστρεντερολόγου-γαστρεντερολογικών ιατρικών πράξεων, θεωρώ σκόπιμο να αναφερθούμε στο ερώτημα κατά πόσον η υγεία αποτελεί εμπορικό προϊόν ή ένα ιδιαίτερο θεμελιώδες κοινωνικό αγαθό. Η απάντηση δίνεται μέσα από την επιστήμη των οικονομικών της υγείας. Οι όροι της «ασύμμετρης πληροφόρησης» και της «αβεβαιότητας» που εμπεριέχονται στο αγαθό της υγείας δίνουν την απάντηση ότι η «φροντίδα υγείας» -υποσύνολο της Υγείας- δεν είναι εμπορικό προϊόν. «Ασύμμετρη πληροφόρηση» είναι η αδυναμία του ασθενή-καταναλωτή να είναι κάτοχος της γνώσης της ιατρικής κλινικής πρακτικής (εκτός και αν είναι ιατροί) με αποτέλεσμα να μην μπορεί να δρα ως κυρίαρχος-ορθολογικός καταναλωτής στο τομέα της υγείας, σε αντιδιαστολή με τα λοιπά αγαθά όπου ο καταναλωτής μπορεί να έχει ή και να αποκτήσει με την επανάληψη και την εμπειρία κυριαρχία στην επιλογή του εμπορικού αγαθού. «Αβεβαιότητα» είναι το απρόβλεπτο στην ζήτηση υπηρεσιών υγείας από τον ασθενή-καταναλωτή τόσο στην εμφάνιση ενδεχόμενης νόσου όσο και στο προγραμματισμό της μελλοντικής

δαπάνης ή και της προκύπτουσας δαπάνης, η οποία ενίοτε δυνατόν να είναι και καταστροφική για το άτομο ή για τον οικογενειακό προϋπολογισμό.

Βάσει της κείμενης νομοθεσίας (Ν.3418/2005, Ν.4512/2018-πειθαρχικές διώξεις-, ΣτΕ 1964/2016) ο ιατρός διατηρεί το δικαίωμα της «αυτοδιάθεσης» για καθορισμό της αμοιβής του (Ν.3418/2005, άρθρο 19, παρ.4). Υπεύθυνοι για την τήρηση της νομοθεσίας είναι ο εκπρόσωπος και ο επιστημονικός διευθυντής του παρόχου υπηρεσιών υγείας. Υπεύθυνοι κατά νόμο όμως είναι βάσει του καταστατικού λειτουργίας τους και οι κατά τόπους ΙΣ και ο ΠΙΣ ενώ βάσει καταστατικού της και η ΕΠΕΓΕ. Οι κατά νόμο έμμισθες θέσεις, όπως του επιστημονικού διευθυντή και διευθυντή τμήματος ή κλινικής, φαίνεται πως δεν ακολουθούν την κείμενη νομοθεσία, με τους όρους που αυτές προβλέπονται από το λειτουργικό πλαίσιο του παρόχου υπηρεσιών στην άδεια λειτουργίας τους. Αποτέλεσμα να απασχολούνται παρανόμως με απόδειξη παροχής υπηρεσιών σε κατά νόμο έμμισθες θέσεις.

Η αμοιβή των ιατρικών υπηρεσιών μπορεί να γίνει ως αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (fee for service), αμοιβή κατά κεφαλή (capitation) ή μέσω αντιμισθίας. Ένα από τα προβλήματα των πολλών τελευταίων ετών είναι η ανεξήγητη σταδιακή μείωση της αμοιβής των γαστρεντερολογικών ιατρικών πράξεων και των αμοιβών των γαστρεντερολόγων, ενώ τελευταία παρατηρείται και μία ευρεία δυσνόητος διαβάθμισή της από τις ασφαλιστικές εταιρίες ή τους διαμεσολαβητές τους (πάροχοι υπηρεσιών υγείας, διαχειριστές συμβολαίων ασφαλιστικών προγραμμάτων) ενώ ο ΕΟΠΥΥ, ο μοναδικός δημόσιος ασφαλιστικός οργανισμός, κρατά σθεναρή στάση διαχρονικά στην μη ορθολογική αποτίμηση των ενδοσκοπικών πράξεων και της αμοιβής των ειδικών ιατρών-γαστρεντερολόγων. Όμως δεν είναι μόνον η αποτίμηση της αμοιβής των γαστρεντερολογικών πράξεων. Πληθώρα στρεβλώσεων παρατηρούνται στην καθ' ημέρα πράξη όπως είναι ο μεγάλος χρόνος αποπληρωμής των αμοιβών (τόσο από το δημόσιο όσο και



Ελεύθερο Θέμα

Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΧΩΡΟ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

από το ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα), ακοστολόγητες γαστρεντερολογικές πράξεις από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς με αποτέλεσμα τη μη ισότιμη πρόσβαση ασθενών σε σύγχρονες διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις, «κούρεμα» αμοιβών ή και εκκαθαρισμένων αμοιβών, ετεροχρονισμένες αποδείξεις παροχής ιατρικών υπηρεσιών σε σχέση με το χρόνο απόδοσης της υπηρεσίας, προσχηματική υποτίμηση των γαστρεντερολογικών πράξεων όπως πχ «εμπορικού τύπου» συναλλαγές (πχ στην ενδεχόμενη περίπτωση τέλεσης γαστροσκόπησης και κολονοσκόπησης αποζημιώνεται η κολονοσκόπηση ενώ η γαστροσκόπηση αποζημιώνεται με το 10% της αρχικής αξίας της ή και δωρεάν!), χαρακτηρισμός της διαγνωστικής ενδοσκόπησης ως διαγνωστική εξέταση αγνοώντας τον επεμβατικό της χαρακτήρα, δωρεάν ιατρική επίσκεψη ή κλινική επανεκτίμηση ή/και αξιολόγηση ιατρικών εξετάσεων αγνοώντας την σπουδαιότητα του επανελέγχου του ασθενούς κá.

Ελεγκτικοί μηχανισμοί για την ιατρική κλινική πράξη

Τόσο στο δημόσιο όσο και στο ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα υπάρχουν ελεγκτικοί μηχανισμοί που δεν ανήκουν σε ανεξάρτητες αρχές ελέγχου, λειτουργούν με άγνωστο μηχανισμό λειτουργίας και με άγνωστα κριτήρια επιλογής, κρινόμενες δε εκ του αποτελέσματός τους φαίνεται να αποσκοπούν στο έλεγχο της δαπάνης με περιοριστικό χαρακτήρα. Οι μηχανισμοί αυτοί υπηρετούντες τον ΕΟΠΥΥ και τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και τους διαμεσολαβητές τους έχουν εκτελεστικά όργανα-διαμεσολαβητές που τις περισσότερες φορές ο έλεγχος γίνεται από ιατρούς διαφορετικής ειδικότητας από το αντικείμενο της διαιτησίας. Με την επίκληση από μέρους τους την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των παροχών υπηρεσιών υγείας φαίνεται να δρουν αναποτελεσματικά, δημιουργώντας προβλήματα, που στόχο έχουν την αποτροπή τόσο στη ζήτηση όσο και στην προσφορά ιατρικών υπηρεσιών. Εύλογη είναι η απορία, γιατί δεν αναλαμβάνουν την ευθύνη με ενεργό συμμετοχή πριν την εκδήλωση του ασφαλιστικού κιν-

δύνου ή έστω και στην διάρκειά του για ανακοπή της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, παρά μόνον αφού έχει ολοκληρωθεί το ιατρικό έργο του θεράποντος ιατρού κρίνοντας με αυτό τον τρόπο 'εκ του αποτελέσματος'.

Γραφειοκρατικές διαδικασίες

Αν και η τεχνολογία της πληροφορικής είχε υποσχεθεί την μείωση της γραφειοκρατίας, φαίνεται πως εμείς καταφέραμε εκτός της μετατροπής της από έντυπη σε ηλεκτρονική να την αυξήσουμε σε μεγάλο βαθμό, προκαλώντας κατασπατάληση πολύτιμου ιατρικού χρόνου εις βάρος της ουσιαστικής αφοσίωσης στον ασθενή. Το φαινόμενο αυτό φαίνεται να γίνεται περισσότερο οξύ όσο πιο μεγαλύτερο είναι το σχήμα οργάνωσης και διοίκησης, φαινόμενο που καταδυναστεύει και το δημόσιο τομέα, δημιουργώντας επιπρόσθετα προβλήματα πρόσβασης και προσφοράς ιατρικών υπηρεσιών. Τα παραδείγματα είναι πολλά. Η ανισοτιμία της υπογραφής των ιατρών, οι πολυδαίδαλες-ηλεκτρονικές πλέον-γνωματεύσεις για την πρόσβαση του ασθενούς σε ιατρική παροχή, οι επαναλαμβανόμενες γνωματεύσεις για τον ίδιο ασθενή και την ίδια νόσο, «ειδικές» γνωματεύσεις για την πρόσβαση σε ιατρική υπηρεσία ή νοσηλεία, πληθώρα γνωματεύσεων για εισιτήριο εισαγωγής, «έκτακτες» γνωματεύσεις για αιτιολόγηση ιατρικής πράξης κá είναι μερικά από αυτά. Στα γραφειοκρατικά προβλήματα θα πρέπει να προστεθούν η υποστήριξη της ιατρικής πρακτικής μας σε ενδεχόμενο έλεγχο από ελεγκτικούς μηχανισμούς για τυχόν παρατυπίες μας καθώς επίσης και η κωδικοποίηση των γαστρεντερολογικών πράξεων που τις περισσότερες φορές δεν ανταποκρίνονται στην ιατρική πραγματικότητα. Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει στο φαινόμενο της υιοθέτησης των ιατρικών πρωτοκόλλων (απότοκα κατευθυντήριων οδηγιών, consensus, position statements) από ελεγκτικούς μηχανισμούς, τα οποία από εργαλεία της δουλειάς μας έχουν μετατραπεί σε γραφειοκρατικά εργαλεία ελέγχου τείνοντας εκτός των πολλών άλλων προβλημάτων να μετατρέψουν τον ιατρό σε technician προκειμένου να αντιμετωπίσουν την καθημερινότητα (αμυντική ιατρική).



Ελεύθερο Θέμα

Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΧΩΡΟ ΥΓΕΙΑΣ.
ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Οι προκλήσεις του σύγχρονου γαστρεντερολόγου-ελεύθερου επαγγελματία σε αμιγή γαστρεντερολογική δομή

Ιδιαίτερη αναφορά στις προκλήσεις του σύγχρονου γαστρεντερολόγου-ελεύθερου επαγγελματία θα πρέπει να γίνει για τις δομές στις οποίες επιστημονικά και διοικητικά είναι υπεύθυνος/οι ο γαστρεντερολόγος/οι (ιδιωτικό ιατρείο-παράρτημα ιατρείου-συστέγαση γαστρεντερολόγων-ΜΗΝ).

Ιδιωτικό Ιατρείο

Στη δομή υγείας του ιδιωτικού ιατρείου διασφαλίζεται η αδιαμφισβήτητη πανάρχαια σχέση εμπιστοσύνης ασθενούς-ιατρού, όπου οι υπηρεσίες μπορούν να παρέχονται με υψηλό αίσθημα ευθύνης, ενώ η συμμετοχή του στο σύστημα υγείας συνεισφέρει στην απόσβεση των κραδασμών του. Ωστόσο, λειτουργεί σε ένα ολόενα και πιο εχθρικό περιβάλλον. Πρόκειται για μια δαπανηρή δομή λόγω του υψηλού κόστους λειτουργίας του (ακριβός εξοπλισμός, φορολογία, «κουρέματα» εσόδων-clawback-rebate ή/και μειώσεις αποτίμησης γαστρεντερολογικών πράξεων ή/και «κουρέματα» εκκαθαρισμένων αμοιβών, ακατανόητες δαπανηρές προδιαγραφές όπως πχ πιστοποιητικό καλής λειτουργίας, συμβόλαιο αστικής ευθύνης για προσωπικά δεδομένα κá) αλλά και διάφορα άλλα θέματα που περιορίζουν την πλήρη δραστηριότητά του (πχ ισοτιμία της υπογραφής των ιατρών, άχρηστες και υπερβολικές γνωματεύσεις κá).

Συστέγαση γαστρεντερολόγων

Στην συστέγαση γαστρεντερολόγων, δεδομένων των σύγχρονων εχθρικών συνθηκών δραστηριοποίησης των ελεύθερων επαγγελματιών, το λειτουργικό κόστος μπορεί να μοιραστεί μεταξύ των συνεργατών ιατρών και μαζί με το διευρυμένο ωράριο λειτουργίας να αποτελέσει κίνητρο για την δημιουργία μιας τέτοιας δομής. Επιπλέον, η συνύπαρξη των συστεγαζόμενων συνεισφέρει στην αποδοτικότερη από επιστημονικής πλευράς συνεργασία, προκειμένου να παρασχεθούν υψηλού επιπέδου

γαστρεντερολογικές υπηρεσίες (πχ εξειδίκευση σε διαφορετικούς τομείς του γνωστικού αντικειμένου κá). Απαιτεί όμως την άριστη συνεργασία μεταξύ των συνεργατών. Προκειμένου να είναι συμφέρουσα μια τέτοια λύση θα πρέπει να εκδοθεί μία άδεια λειτουργίας, με ειδικά χωροταξικά δεδομένα και χωρίς περιορισμούς στο ωράριο λειτουργίας των συνεργαζόμενων ιατρών (ανεπαρκής η υπάρχουσα σχετική νομοθεσία).

Παράρτημα Ιατρείου

Σε αυτή τη δομή υγείας ο στόχος θα πρέπει να είναι η παροχή υψηλού επιπέδου γαστρεντερολογικών, ειδικών ή εξειδικευμένων, υπηρεσιών και με υψηλό αίσθημα ευθύνης σε δυσπρόσιτες περιοχές ή σε περιοχές με δυσκολία πρόσβασης σε γαστρεντερολογικές υπηρεσίες και όχι ως μια διαφορετική δεξαμενή ασθενών. Τόσο ο ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας όσο και ο χώρος της υγείας, ως ιδιαίτερα κοινωνικά χαρακτηριστικά του επαγγέλματος δεν επιτρέπουν την άσκηση της πλανοδιακής ιατρικής. Εξάλλου σχετικοί νόμοι (νόμοι, νομολογίες, αποφάσεις ΣτΕ κá) ορθώς απαγορεύουν την πλανοδιακή ιατρική. Πρόσφατος νόμος (2011) αν και απελευθέρωσε το ιατρικό επάγγελμα, ωστόσο δεν έχουν καταργηθεί οι περιορισμοί που προβλέπει ο κώδικας ιατρικής δεοντολογίας στο άρθ.7 για την πλανοδιακή ιατρική. Κατά τα άλλα, αυτή η δομή υγείας αντιμετωπίζει τα ίδια διοικητικά, οικονομικά και γραφειοκρατικά προβλήματα, όπως το ιδιωτικό ιατρείο και επιπροσθέτως χρήζει ιδιαίτερο συντονισμό και επαρκή διοικητικού χαρακτήρα υποστήριξη.

Μονάδες ημερήσιας νοσηλείας (ΜΗΝ)

Σε μία ΜΗΝ με διοικητική και επιστημονική υπευθυνότητα από γαστρεντερολόγο/ους θα μπορούσε να ανοίξει το πεδίο παροχής γαστρεντερολογικών υπηρεσιών (εγχύσεις, προηγμένα διαγνωστική και επεμβατική ενδοσκοπήση). Όμως η παρούσα σχετική νομοθεσία δεν επιτρέπει την λειτουργία ΜΗΝ ειδικότητας γαστρεντερολογίας (ΥΑ 2018). Βάσει της σχετικής νομοθεσίας (ν.2011 & ν.2014), η λειτουργία ΜΗΝ επιτρέπεται μόνο για τις



Ελεύθερο Θέμα

Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΧΩΡΟ ΥΓΕΙΑΣ.
ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

ειδικότητες δερματολογίας, πλαστικής/επανορθωτικής χειρουργικής, ΩΡΛ και οφθαλμολογίας με προδιαγραφές όμως που δεν θα μπορούσαν να εξυπηρετήσουν το σκοπό λειτουργίας μίας ΜΗΝ ειδικότητας γαστρεντερολογίας. Προκειμένου να ευοδωθεί ένας τέτοιος σκοπός, θα πρέπει να διεκδικηθεί από το συλλογικό μας όργανο (ΕΠΕΓΕ) σχετική νομοθετική ρύθμιση μετά από σύσταση ειδικών προδιαγραφών και εκπόνηση σχετικής οικονομοτεχνικής μελέτης.

Οι προοπτικές του σύγχρονου γαστρεντερολόγου-ελεύθερου επαγγελματία

Μέσα σε ένα περιβάλλον δραστηριοποίησης του γαστρεντερολόγου-ελεύθερου επαγγελματία, όπου επικρατούν θετικές και αρνητικές προκλήσεις, οι προοπτικές για βελτίωση των συνθηκών για παροχή γαστρεντερολογικών υπηρεσιών υψηλού επιπέδου με υψηλό αίσθημα ευθύνης απέναντι στους ασθενείς μας θα έρθουν μέσα από την ατομική και συλλογική ευθύνη-υπευθυνότητα.

«Η ευθύνη είναι σταυρός και προνόμιο μόνο προσωπικών όντων»-Παπανούτσος Ε, από το δοκίμιο πρακτικής φιλοσοφίας 'Επιστήμη και ευθύνη'. Ο ρόλος της ατομικής ευθύνης-υπευθυνότητας τόσο στην επιστημονική μας δράση όσο και στην άσκηση της καθημερινής κλινικής πρακτικής είναι αδιαμφισβήτητος και θα πρέπει να υποστηρίζει κάθε ενέργεια προς όφελος της υγείας του ασθενούς. Όμως αδιαμφισβήτητος είναι και ο ρόλος της συλλογικής ευθύνης-υπευθυνότητας αφού η φύση των προκλήσεων (κυρίως της καθημερινής κλινικής πρακτικής) είναι τέτοια που η ατομική ευθύνη-υπευθυνότητα από μόνη της δεν μπορεί να αντιμετωπίσει το μέγεθος των προκλήσεων. «Δεν είμαστε υπεύθυνοι μόνο για αυτό που κάνουμε αλλά και για αυτό που δεν κάνουμε»-Μολιέρος.

Οι προοπτικές του σύγχρονου γαστρεντερολόγου-ελεύθερου επαγγελματία στην επιστημονική του δράση

Όπως προαναφέρθηκε, οι εξελίξεις στην Ιατρική επηρεάζουν και την Γαστρεντερολογία. Η εμβάθυνση

των γνώσεων μας στην ανοσολογία, στο ανθρώπινο μικροβίωμα και στο ανθρώπινο γονιδίωμα, δίνουν προοπτικές σύγχρονων προσεγγίσεων διαγνωστικών, θεραπευτικών (ανοσοθεραπείες, θεραπείες του μικροβιώματος, γονιδιακές και επιγενετικές θεραπείες) ακόμα και στη πρόληψη των νόσων του γαστρεντερικού συστήματος. Η τεχνολογία της πληροφορικής με την δυνατότητά της για μεγάλη ταχύτητα διάδοσης της γνώσης, την σχεδόν αυτόματη διασύνδεση μεγάλων πληροφοριακών δεδομένων και τις συνεχώς βελτιούμενες πλατφόρμες επεξεργασίας των ιατρικών δεδομένων (τεχνητή νοημοσύνη), καλλιεργούν την ανάγκη για δημιουργία του σύγχρονου γαστρεντερολόγου ως ενός έμπειρου κλινικού ιατρού-διερμηνέα, όπου θα μπορεί να επεξεργάζεται τα συγκεκριμένα δεδομένα αγνοώντας πιθανώς εκλεκτικά κάποια εξ αυτών προκειμένου να τα εφαρμόζει στην καθημερινή κλινική πρακτική του. Η καλύτερη γνώση στην ιατρική στατιστική και επιδημιολογία, η προσέγγιση θεμάτων εξατομικευμένης Ιατρικής, θέματα βιοηθικής και μετάδοσης της ιατρικής πληροφορίας θα πρέπει να μας απασχολούν τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Η εξειδίκευση σίγουρα αποτελεί μια αναγκαιότητα, χωρίς όμως να παραβλέπουμε την τάση του σύγχρονου ιατρού να λειτουργεί στο μέλλον λιγότερο αυτόνομα και περισσότερο σε ένα σύστημα υγείας σε αλληλεπίδραση με ιατρούς της ίδιας ή άλλης ειδικότητας. Ωστόσο, προκειμένου να μπορέσουμε να ακολουθήσουμε αυτές τις προοπτικές που μας προσφέρει η εξέλιξη της γαστρεντερολογίας στην σύγχρονη εποχή, εκτός της προσωπικής μας ευθύνης για συνεχή παρακολούθηση των εξελίξεων, τα συλλογικά όργανα εκπροσώπησης θα πρέπει να αναλάβουν με υπευθυνότητα την διαχείριση της προσφοράς στην γνώση και τις δεξιότητες του σύγχρονου γαστρεντερολόγου. Οι υποδομές και ο σχεδιασμός της βασικής και της συνεχιζόμενης διά βίου εκπαίδευσης για την επιμόρφωση και τις δεξιότητες θα πρέπει να προσαρμόζονται στην ιδιομορφία της άσκησης του επαγγέλματος ως ιδιώτη-ελεύθερου επαγγελματία γαστρεντερολόγου και να παρέχονται με ισότιμο τρόπο.



Ελεύθερο Θέμα

Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΧΩΡΟ ΥΓΕΙΑΣ.
ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Οι προοπτικές του σύγχρονου γαστρεντερολόγου-ελεύθερου επαγγελματία στην κλινική πρακτική

Οι προοπτικές για βελτίωση στις συνθήκες της άσκησης του επαγγέλματός μας στην καθημερινή κλινική πρακτική θα πρέπει να προέλθουν κυρίως από τα συλλογικά όργανα εκπροσώπησης (ΕΠΕΓΕ & ΕΓΕ) σε συνεργασία με τους κατά τόπους ΙΣ και ΠΙΣ καθώς και με τους εμπλεκόμενους τεχνοκράτες της υγείας και την εποπτεύουσα αρχή (Υπουργείο Υγείας). Η ατομική υπευθυνότητα-ευθύνη περιορίζεται κυρίως στην υποστήριξη των ενεργειών που προτείνουν τα συλλογικά όργανα, αν αυτές έχουν ως στόχο την καλύτερη προσφορά ιατρικών υπηρεσιών όπως ελεύθερη επιλογή ιατρού, παροχή ιατρικών υπηρεσιών χωρίς περιορισμούς, βιώσιμες λύσεις δομών παροχής υπηρεσιών και αξιοπρεπών συνθηκών εργασίας του ιατρού, ισοτιμία των ιατρών κ.ά. Διάφορες νομοθετικές ρυθμίσεις και ενέργειες στην καθημερινή κλινική πρακτική ολοένα και περισσότερο αποκλίνουν την Ιατρική από τον ανθρωποκεντρικό σε περισσότερο τεχνοκρατικό χαρακτήρα εις βάρος των ασθενών και του κύρους και της αξιοπρέπειας του Ιατρού.

Η προοπτική για βελτίωση των εξαθλιωμένων συνθηκών εργασίας στο ιδιωτικό τομέα είναι η ανάληψη από τα συλλογικά όργανα της κοινότητάς μας (ΕΠΕΓΕ) της δημιουργίας ενδεικτικών πρότυπων ατομικών και συλλογικών συμβάσεων με την συνδρομή του νομικού μας συμβούλου που θα εξασφαλίζουν τον συμβαλλόμενο ιατρό και τον τελικό αποδέκτη των ιατρικών υπηρεσιών δηλαδή τον ασθενή. Οι κατά τόπους ΙΣ και ο ΠΙΣ (που εκπροσωπούν το σύνολο των ειδικοτήτων) θα πρέπει να υποστηρίξουν τις ενέργειες των συλλογικών μας οργάνων, η δε πρόσφατη πρωτοβουλία του ΙΣΑ για δημιουργία συλλογικής σύμβασης θα πρέπει να περιορίζεται σε γενική περιγραφή που θα αφορά το σύνολο των ιατρών και όχι των ειδικοτήτων, οι οποίες παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες σε τεχνικά σημεία που αφορούν την ειδικότητα. Η ατομική διεκδίκηση έχει δείξει μέχρι σήμερα ότι δεν μπορεί να βελτιώσει τις σχέσεις συνεργασίας στο ιδιωτικό τομέα υγείας.

Οι προοπτικές για την αντιμετώπιση των προκλήσεων σχετικά με την αμοιβή της ιατρικής πράξης θα πρέπει να προέλθουν μέσα από τα συλλογικά μας όργανα. Η ενδεικτική αποτίμηση των αμοιβών (ή έστω και ενδεικτικών κατώτατων αμοιβών) θα πρέπει να γίνει από το συλλογικό μας όργανο (ΕΠΕΓΕ) μετά από ορθολογική κωδικοποίηση και τιμολόγηση όλων των πράξεων. Ο διαχωρισμός της ιατρικής αμοιβής για τις ιατρικές πράξεις από τα λειτουργικά έξοδα των ιατρικών πράξεων θεωρείται πλέον επιβεβλημένος. Λόγω της ιδιαιτερότητας του επαγγέλματός μας που δραστηριοποιείται σε ένα ευαίσθητο τομέα αυτόν της Υγείας, οι αμοιβές των ιατρών και των ιατρικών πράξεων θα πρέπει να κινούνται εντός πλαισίων επαρκώς καθορισμένων, χωρίς ιδεοληψίες και δαιμονοποιήσεις του κέρδους που είναι αναγκαίο στην λειτουργία του ιδιωτικού τομέα. Οι αποτιμήσεις των αμοιβών θα πρέπει να είναι αξιοπρεπείς και κατά πράξη και περίπτωση, ο δε καθορισμός της αντιμισθίας θα πρέπει να παρέχει επαρκές εισόδημα αντάξιο άλλων. Η απόδοση των αμοιβών πρέπει να γίνεται απευθείας στον ιατρό (και όχι μέσω διαμεσολαβητών) εντός εύλογου χρονικού διαστήματος και με διαφάνεια στις σχετικές διαδικασίες (πχ δίγραμμες επιταγές, κατάθεση σε επαγγελματικό λογαριασμό). Τέλος, για το μεγάλο πρόβλημα της μη απόδοσης ή μεγάλων καθυστερήσεων των χρονιζουσών εκκαθαρισμένων αμοιβών, η διεκδίκηση θα πρέπει να γίνει με την βοήθεια νομικού συμβούλου-κατά προτίμηση του συλλογικού μας οργάνου-παραθέτοντας στοιχεία που θα τεκμηριώναν την τυχόν αδικαιολόγητη παρακράτηση ή «κούρεμα» ή αναίτια μειωμένη αποτίμησή τους (συμβάσεις παρόχων, εκκαθαρίσεις και εντολές πληρωμών, τιμοκατάλογος ιατρικών αμοιβών παρόχου κ.ά.).

Αν και δεν μπορούμε να παρέμβουμε στη δημιουργία επιτροπών διαιτησίας και ελέγχου, το έργο αυτών δεν μπορεί να παρεμβαίνει στο ιατρικό έργο (διεθνές και ευρωπαϊκό δίκαιο) ούτε να δημιουργεί προβλήματα πρόσβασης στις ιατρικές υπηρεσίες και στο σύστημα υγείας. Ωστόσο, οι επιτροπές αυτές μπορούν να βρίσκονται σε συνεργασία με τα αρμόδια όργανα της γαστρεντερολογι-



Ελεύθερο Θέμα

Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΧΩΡΟ ΥΓΕΙΑΣ.
ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

κής κοινότητας. Έτσι, τα συλλογικά μας όργανα (ΕΠΕΓΕ, ΕΓΕ) με την δράση των πειθαρχικών συμβουλίων θα πρέπει να επιληφθούν μαζί με τα αντίστοιχα όργανα των άλλων ειδικοτήτων και με υποστήριξη των κατά τόπους ΙΣ και του ΠΙΣ, προκειμένου να καταπολεμηθούν τυχόν φαινόμενα αντιδεοντολογικής ιατρικής συμπεριφοράς ή ανεπαρκούς παροχής ιατρικών υπηρεσιών.

Ο ιδιωτικός τομέας χαρακτηριζόμενος για την αμεσότητα και την αποτελεσματικότητα στη διαχείριση του αντικειμένου του, θα πρέπει να μειώσει τόσο την έντυπη όσο και ηλεκτρονική γραφειοκρατία. Και εδώ η ατομική διεκδίκηση φαίνεται πως δεν μπορεί να υποστηρίξει μια τέτοια προοπτική βελτίωσης της προσφοράς των υπηρεσιών μας, συνυπολογίζοντας πως αυτά τα προβλήματα δεν αφορούν μόνο την γαστρεντερολογική κοινότητα αλλά το σύνολο του Ιατρικού Σώματος. Στα πλαίσια της στείρας γραφειοκρατίας εντάσσονται οι προδιαγραφές και οι αδειοδοτήσεις των ιατρείων και γαστρεντερολογικών μονάδων, οι οποίες θα πρέπει να εκτελούνται από αρμόδιο τμήμα του συλλογικού μας οργάνου (ΕΠΕΓΕ) σε συνεργασία με τον κατά τόπους ΙΣ και όποια άλλη αρχή θελήσει να συμμετέχει. Επιπλέον ένα διαχρονικό πρόβλημα γραφειοκρατίας που άπτεται της διεκδίκησης του συλλογικού μας οργάνου (ΕΠΕΓΕ) είναι η ισοτιμία της υπογραφής των ιατρών ώστε να σταματήσει ο «ευνουχισμός» μερίδας ιατρών.

Συμπεράσματα

Ως βασικό και κύριο μέλημα του σύγχρονου ιδιώτη-ελεύθερου επαγγελματία γαστρεντερολόγου απέναντι

στις προκλήσεις και στις προοπτικές του μέλλοντος στην γαστρεντερολογία είναι η ύψιστη υποχρέωση -από επιστημονικής και ηθικής πλευράς- παρακολούθησης των σύγχρονων εξελίξεων μέσα από τη βασική και συνεχιζόμενη διά βίου εκπαίδευση στην επιμόρφωση και τις δεξιότητες, με σκοπό την παροχή υψηλού επιπέδου γαστρεντερολογικών υπηρεσιών στους ασθενείς μας. Οι προοπτικές που ανοίγονται στην ειδικότητά μας είναι πολλές και ενδιαφέρουσες, θα πρέπει δε να υποστηρίζονται τόσο από την ατομική υπευθυνότητα-ευθύνη όσο και από την συλλογική υπευθυνότητα-ευθύνη.

Η καθημερινή κλινική πρακτική ασκείται σε ένα όλο και πιο εχθρικό περιβάλλον, χαρακτηριζόμενη από αρνητικές προκλήσεις που προέρχονται από προβλήματα του παρελθόντος που έχουν διογκωθεί και έχουν προστεθεί νεότερα. Η συλλογική υπευθυνότητα-ευθύνη (ΕΠΕΓΕ & ΕΓΕ σε συνεργασία με τους κατά τόπους ΙΣ & ΠΙΣ και τα όργανα των λοιπών ειδικοτήτων) αποτελεί την κυριότερη δράση της γαστρεντερολογικής κοινότητας, χωρίς να παραγνωρίζεται ο ρόλος της ατομικής υπευθυνότητας-ευθύνης. Πλειάδα προβλημάτων και στρεβλώσεων στην κλινική πρακτική χρήζουν σταθερής στρατηγικής αντιμετώπισης από τα συλλογικά όργανα, με διεκδικήσεις μέσω νομοθετικών ρυθμίσεων, της εφαρμογής νόμων και της ιατρικής δεοντολογίας, ώστε να πετύχουμε προοπτικές προς την κατεύθυνση της παροχής υψηλού επιπέδου υπηρεσιών, με υψηλό αίσημα ευθύνης προς τους ασθενείς, αποκαθιστώντας το κύρος και την αξιοπρέπεια που αρμόζει στον σύγχρονο ιατρό-γαστρεντερολόγο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: STELARA 130 mg πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε φιαλίδιο περιέχει 130 mg ustekinumab σε 26 ml (5 mg/ml). Το ustekinumab είναι ένα πλήρως ανθρώπινο μονοκλωνικό IgG1κ αντισώμα έναντι της υπερτενικίνης (IL)-12/23 που παράγεται σε μια κυτταρική γραμμή μυελωματώδους ποντικού 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 δυσανεξία 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 δυσανεξία 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 παρτίδας 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 λοιμωδούς οργανωτικής πνευμονίας κατά τη χρήση του ustekinumab μετά τη χορήγηση οξείας κυκλοφορίας. Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλάμβαναν βήχα, δύσπνοια και διάμεσες διηθητικές μετά από μια έως τρεις δόσεις. Οι σοβαρές εκβάσεις 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 συνταγογραφούμενοι 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 αδρανισιογόνα ή μη ζώντα εμβόλια. Η μακροχρόνια θεραπεία με STELARA δεν καταστέλλει τη χημική ανοσολογική απόκριση στο πολυακρυλικό 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 ενδεχεται να αναπτύξουν ευρυθεροδερμική ψωρίαση στα πλαίσια της φυσικής πορείας του νοσήματός τους. Τα συμπτώματα της ευρυθεροδερμικής ψωρίασης ενδεχεται 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 συγκεκριμένες 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 νάτριο:** Το STELARA περιέχει λιγότερο από 1 mmol νατρίου (23 mg) ανά δόση, είναι αυτό που ονομάζουμε «ελεύθερο νάτριο». 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 συνήλη: Πολύ συχνές (> 1/10), Συχνές (> 1/100 έως < 1/10), Όχι συχνές (> 1/1.000 έως < 1/100), Σπάνιες (< 1/10.000 έως < 1/10.000), Πολύ σπάνιες (< 1/10.000), μη γνωστές (δεν μπορούν να εκτιμηθούν με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα). Εντός κάθε κατηγορίας συχνότητας εμφάνισης, οι ανεπιθύμητες ενέργειες παρατίθενται κατά φθίνουσα σειρά σοβαρότητας.

Πίνακας 2 Κατάλογος των ανεπιθύμητων ενεργειών

Κατηγορία/Οργανικό Σύστημα	Συχνότητα εμφάνισης: Ανεπιθύμητη ενέργεια
Λοιμώξεις και παρασιτώσεις	Συχνές: Λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, ρινοφαρυγγίτιδα, παραρρινοκολπίτιδα Όχι συχνές: Κυτταρίτιδα, οδοντικές λοιμώξεις, έρπης ζωστήρ, λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, ιογενής λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, αιδιοκολική μυκητική λοίμωξη
Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος	Όχι συχνές: Αντιδράσεις υπερευαίσθησιας (συμπεριλαμβανομένων εξανθήματος, κνίδωσης) Σπάνιες: Σοβαρές αντιδράσεις υπερευαίσθησιας (συμπεριλαμβανομένων αναφυλαξίας, αγγειοοίδηματος)
Ψυχιατρικές διαταραχές	Όχι συχνές: Κατάθλιψη
Διαταραχές του νευρικού συστήματος	Συχνές: Ζάλη, κεφαλαλγία Όχι συχνές: Παράλυση προσωπικού νεύρου
Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωράκιου	Συχνές: Στοματοφαρυγγικό άλγος Όχι συχνές: Ρινική συμφόρηση Σπάνιες: Αλλεργική κυψελίτιδα, ηωσινοφιλική πνευμονία Πολύ σπάνιες: Οργανωτική πνευμονία*
Διαταραχές του γαστρεντερικού	Συχνές: Διάρροια, ναυτία, έμετος
Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού	Συχνές: Κνησμός Όχι συχνές: Φλυκταίνουσες ψωρίαση, αποφολιδωση δέρματος, ακμή Σπάνιες: Αποφολιδωτική δερματίτιδα, αγγειίτιδα από υπερευαίσθησια Πολύ σπάνιες: Πομφολυγώδες πεμφιογείδες
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 Όχι συχνές: Αντιδράσεις στη θέση ένεσης (συμπεριλαμβανομένων της αιμορραγίας, αιματώματος, σκληρόνσης, 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 με 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, εκκολπλιματίτιδα, 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 με 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 [διάστημα 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 οξείας 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, Ιστοτόπος: <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



Που πάει ο χρόνος όταν φεύγει;

Στη πραγματικότητα δεν φεύγει αλλά έρχεται να μείνει και αυτός μαζί μας παρέα με όλους τους χρόνους που ήρθαν πριν από αυτόν.

Και όπως σε όλες τις παρέες των κολλητών, μαζί δεν κάνουμε και χώρια δεν μπορούμε.

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
Ανοφάρματε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



Προώθηση και Διανομή από τη:

BIANEX A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIANEX A.E. - Έδρα : οδός Τατοΐου, 18° 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: Ακαδήμνου 113, 562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης
Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000