

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων [ΕΠ.Ε.Γ.Ε.] | Ιανουάριος - Απρίλιος 2024 | Τεύχος 67
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535, Website: www.epege.gr, e-mail: info@epege.gr

67

Αμφίθυμη Άνοιξη

Νεότερα αναλψισμα
στη γαστρεντερολογία

Οι *Helicobacter Pylori* αρνητικές
γαστρίτιδες και γαστροπάθειες

Tips & Tricks για
την ενδοσκοπική βλεννογονεκτομή

Διάγνωση πλαστικής ρινίτιδας
στομάχου με EUS-FNB

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

 **Galénica a.e.**

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



Λ.Τ.: 80,35€

Περιεχόμενα



ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	2
ΖΕΙΔΩΡΟΣ ΑΡΙΣΤΕΙΑ	
ΝΕΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΑΙΡΑ	6
ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	8
ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥΣ	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	21
ΟΙ HELICOBACTER PYLORI ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΟΠΑΘΕΙΕΣ	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	26
ΤΟ CHATGPT ΑΠΑΝΤΑ ΣΩΣΤΑ ΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ!	
HOW TO DO IT	27
ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ SONOVUE® (CEUS - CONTRAST ENHANCED ULTRASOUND)	
TIPS & TRICKS	33
5 ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΕΚΤΟΜΗ (ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION - EMR)	
ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	34
ΣΤΑΤΙΝΕΣ: ΝΕΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ?	
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	43
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΛΙΝΙΤΙΔΑΣ ΑΝΤΡΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΜΕ EUS-FNB ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΩΣ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΒΙΟΨΙΕΣ ΑΠΟ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ	
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	48
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	
ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	54
Η ΤΕΧΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΣΤΗΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	74
ΕΤΥΜΟΛΟΓΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΡΟΛΟΓΙΑΣ	
ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ	76
ΘΕΡΜΙΚΟΣ ΚΑΥΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ (ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION - EMR) ΜΕΓΑΛΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΠΟΛΥΠΩΔΩΝ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΚΡΟΥ ΒΡΟΧΟΥ ΔΙΑΘΕΡΜΙΑΣ, ΔΙΑΘΕΡΜΟΓΗΝΕΙΑΣ ΜΕ ARGON PLASMA COAGULATION (APC) Ή ΚΑΜΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	

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 Γεναδοπούλου

Εικονογράφηση Εξωφύλλου:

Μίλτος Σκούρας

Δημιουργικό – Εκτύπωση:

ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑ*med*

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

Ζεϊδωρος Αριστεία

...αἰὲν ἀριστεύειν καὶ ὑπείροχον ἔμμεναι ἄλλων...

Ομήρου Ιλιάδα, Ζ, 208

Αξιότιμες κυρίες και αξιότιμοι κύριοι Συνάδελφοι,

Εν μέσω της τύρβης του περίπλοκου σύγχρονου κόσμου που ευνοεί την αποπροσωποποίηση, την ομογενοποίηση και την εξομοίωση, η αριστεία προβάλλει ως μία υπαρξιακή αξία, ικανή να αποκαταστήσει τη χαμένη τιμή του πολιτισμού μας. Στην αμφίθυμη και δυσερμηνεύτη πραγματικότητα της αχαλίνωτης παγκοσμιοποίησης, των επικοινωνιακών τεχνασμάτων που χειραγωγούν συναισθήματα και ευνουχίζουν τη δημιουργικότητα, της Βαβέλ ιδεολογημάτων και κοσμοθεωριών, των αντίρροπων κινήτρων, της θεοποίησης του συμφέροντος, της δικτατορίας των στερεοτύπων και της επικράτησης της αδικίας, η αριστεία ορθώνεται ως θεσμός προόδου, δικαιοσύνης και αξιοκρατίας. Η αριστεία είναι ταυτόχρονα το κίνητρο, το μέσον, η δύναμη πυροδότησης, ο σκοπός και ο προορισμός. Η αριστεία δεν ευθυγραμμίζεται με ό,τι κολακεύει τη μάζα, ούτε με ό,τι θρέφει τις μειονεξίες των πολλών. Η αριστεία δεν επιτυγχάνεται διά των αγαθών προθέσεων και του ανοίκειου ανταγωνισμού, αλλά ούτε και μέσω κυνικών συμπεριφορών· τουναντίον, με όχημα την άμιλλα, διανοίγει ρηξικέλευθες “διώρυγες” και “λεωφόρους” προς τα λαμπερά επιτεύγματα. Η αριστεία εγκαθιδρύει μία δίκαιη πνευματική ιεραρχία, η οποία βασίζεται στην αξιοσύνη, στις στέρεες γνώσεις, στην εξειδίκευση και στην αντιληπτική ικανότητα. Η αριστεία είναι η ηγέτιδα δύναμη που πρωτοπορεί, που επικαθορίζει το μέλλον, που επανεκκινεί ευεργετικά τον τροχό της ιστορίας, που συντηρεί τη στροφορμή του.

Η αριστεία προϋποθέτει ισχυρά σημεία εκκίνησης· αυτά είναι τα τάλαντα των χαρισματικών ανθρώπων. Για τους άριστους ισχύει ο σοφός λόγος του Albert Einstein (1879-1955), «δεν αρκεί να έχεις στόχους, αλλά να ξέρεις και σημάδι». Οι στόχοι τους παραμένουν αλώβητοι στην οξειδωση του χρόνου : η δικαίωση της αριστείας στην πράξη επιφέρει καίριο πλήγμα στην αρχή της ετερογονίας των σκοπών (Wilhelm Wundt, 1832-1920) που υποστηρίζει πως οι συνέπειες των πράξεών μας ξεπερνούν τον σκοπό που αρχικά έχουμε θέσει. Η αριστεία δεν χαρίζεται, δεν κληρονομείται, δεν αγοράζεται. Ούτε “αποκτάται” με “προσήλωση” και “προσπάθεια”. **Κατακτάται**: από τους άξιους (σπουδαιότητες ικανότητες, υψηλό IQ, ισχυρό EQ), οι οποίοι επιπλέον διαθέτουν αυτογνωσία και ατσάλνια θέληση, έχουν πεποίθηση στο τέλει αποτέλεσμα, αφοσιώνονται στον ύψιστο στόχο τους και δεν λυγίζουν στον “πόνο”. Διότι, **ό,τι αξίζει, πονάει κι είναι δύσκολο** (Μάρω Βαμβουνάκη). Η αριστεία είναι αυταξία, γομώνεται με ιδανικά, αλλά είναι και η ίδια ιδανικό που συγκινεί. Η αριστεία είναι η επιτερπής ενσάρκωση του κορυφαίου πνεύματος, το οποίο και οδηγεί προς τα άκρα του ορίζοντα. Οι άριστοι, λόγω των πλούσιων εγγενών εφοδίων τους, είναι προορισμένοι να γίνουν καθοδηγητές, να αποτελέσουν πρότυπα, να εξελιχθούν -με πνεύμα ευθύνης- σε φορείς της αλήθειας. Η ισχύς που δίδεται στους άριστους είναι τίτλος τιμής αποτελεί το ουσιαστικό έπαθλο και για το γεγονός ότι οι άριστοι δεν ορρωδούν έμπροσθεν κινδύνων και εμποδίων, αλλά και για την διπνηκή και ανυπολόγιστη προσφορά τους.

Στην κρατούσα πραγματικότητα, που ταλαντεύεται χαοτικά και άστοχα μεταξύ της ρεαλιστικής, της υπερρεαλιστικής και της εικονικής της εκδοχής, η αριστεία -ειρωνικά- αντί να θαυμάζεται, λοιδορείται, αντί να τιμάται, φαλκιδεύεται, αντί να επιβραβεύεται, στοχοποιείται. Σύγχρονοι πολέμιοί της είναι οι αυτόκλητοι ανεπαρκείς ψευδοσωτήρες, οι δοκπισσοφοί βραδύνους, όσοι φθονούν συμπλεγματικά το άριστον και τον άριστο. Δεν ευθύνονται

Άρθρο Σύνταξης



όμως αποκλειστικά οι μη άριστοι για την αδόκιμη θέση της αριστείας διαχρονικά. Η ίδια η αριστεία έχει τις δικές της ευθύνες : διότι, ενώ συνεπάγεται **και αριστεία ήθους**, πολλοί από όσους -δικαίως- βρίσκονται σε προνομιούχες θέσεις, συχνά “αξιοποιούν” την αριστεία τους αποκλειστικά προς ίδιον όφελος, χωρίς να διαχέουν τους καρπούς της, ως οφείλουν. Επιπλέον, οι άριστοι κατά καιρούς ενσωματώνονται άνευ όρων στα συστήματα εξουσίας, με συνέπεια να χάνουν τμήμα της αίγλης τους. Ακόμα, η αριστεία ενίοτε αυτοπαραδίδεται σε φεουδαρχικές λογικές π.χ. στον τομέα της τεχνογνωσίας λίγοι καρπώνονται τη γνώση, όσοι δηλαδή είναι οι γνώριμοι και οι εκλεκτοί του συστήματος, όσοι έτυχε ή «έτυχε» να έχουν πρόσβαση σε αυτή, όσοι έχουν την οικονομική δυνατότητα να γίνονται κάτοχοι της νέας γνώσης, να εμποδώνουν τη γνώση στον πρακτικό τομέα, να καθίστανται οιοσεί έμπειροι διά της εφαρμογής της. Οι άνθρωποι που γίνονται κοινωνοί αυτής της εξειδικευμένης γνώσης δεν είναι κατ’ ανάγκη άριστοι, ούτε δίδεται στο σύνολο των άξιων η δυνατότητα και η ευκαιρία να την αποκτήσουν. Δημιουργήθηκε με τον τρόπο αυτό μία πυραμίδα διαφορετική από αυτή που θα άρμοζε στη δικαιοσύνη και στην αξιοκρατία· η αριστεία αδίκησε σε πολλές περιπτώσεις τον εαυτό της, δεν «απέδωσε τα του Καίσαρος τω Καίσαρι», πολλάκις αυτοδιαβρώθηκε, δεν αυτοπεριφρουρήθηκε. Επέτρεψε αδόκιμα στις κυβερνήσεις πολλών κρατών να εφαρμόζουν ισοπεδωτικές πολιτικές. Μεταξύ άλλων, και στις Ελληνικές κυβερνήσεις, οι οποίες προκλητικά και κατ’ εξακολούθηση άλλοτε αίρουν τις ορθολογικά ακριβοδίκαιες προϋποθέσεις εισαγωγής στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, άλλοτε ανωτατοποιούν τεχνολογικά ιδρύματα χωρίς αυστηρά κριτήρια, ενώ εσχάτως επιτρέπουν την ίδρυση δομών, οι οποίες μόνο κατ’ όνομα είναι τριτοβάθμιες και πωλούν έναντι αδρού τιμήματος ανύπαρκτους τίτλους.

Η Ιατρική αντιπροσωπεύει τον κολοφώνα της επιστήμης, είναι η ενσάρκωση της αριστείας. Είναι αδιαπραγμάτευτα άριστη και δεν επιδέχεται σχετικότητες. Ο Ιατρός που επιθυμεί να φέρει εις πέρας την ύψιστη αποστολή του έχει μια και μόνο επιλογή: να είναι τέλειος σε κάθε έκφανση της δραστηριότητάς του, να μην σταματήσει να είναι άψογος. Τον συγκερασμό της ιερής τέχνης της ιατρικής με την άριστη ιατρική επιστήμη, όπως τον εφάρμοσε στην πράξη ο «Πατέρας της Ιατρικής», ο Ιπποκράτης πριν από 25 αιώνες, αποτυπώνει το ιστορικό άρθρο του παρόντος τεύχους. Τα υπόλοιπα άρθρα του τεύχους 67 των «ενδοσκοπήσεων» αποδεικνύουν πως η γαστρεντερολογία ασκείται στην Ελλάδα με πυξίδα το διαχρονικό ιπποκρατικό πλαίσιο αριστείας. Στη νεότευκτη στήλη «Tips & Tricks» αποδίδονται ευσύνοπτα και διδακτικά οι βέλτιστες τεχνικές για την επιτυχή ενδοσκοπική βλεννογονεκτομή. Η εφαρμογή των νεότερων αναλωσίμων στην ενδοσκόπηση συμβάλλει στο -κατά το δυνατόν- ωφέλιμο για τον ασθενή αποτέλεσμα, όπως λεπτομερώς αναλύεται στο ενδοσκοπικό θέμα. Στην στήλη «καινοτομίες στην ενδοσκόπηση» προτείνεται η καυτηρίαση των υπολειμμάτων μετά την πολυπεκτομή, προκειμένου αυτή να καταστεί πλήρης. Επιπλέον, το περιστατικό που παρουσιάζεται μας διδάσκει πως ο Έλληνας γαστρεντερολόγος είναι ικανός να πρωτοπορεί με αυθυπέμβαση, επιτυγχάνοντας να εξιχνιάζει δυσδιάγνωστες περιπτώσεις. Η ανάλυση της τεχνικής του υπερηχογραφήματος μετά από χορήγηση σκιαγραφικού παράγοντα αποδεικνύει πως τα όρια της ειδικότητάς μας επεκτείνονται διαρκώς στη διαδρομή προς το τέλειο. Οι νεότερες θεραπευτικές χρήσεις των στατινών στις ηπατικές παθήσεις που παρουσιάζονται στη στήλη της φαρμακολογίας, αλλά και η συσχέτιση των ψυχικών διαταραχών με το σύνδρομο ευερεθίστου εντέρου που τεκμηριώνεται στη φιλοξενούμενη ειδικότητα, μας υπενθυμίζουν πως ο γαστρεντερολόγος οφείλει να εντρυφεί βαθιά σε τομείς πολλών ιατρικών ειδικοτήτων, με τις οποίες η γαστρεντερολογία είναι συναφής. Τέλος, η ανασκόπηση για την γαστροπάθεια/γαστρίτιδα μη ελικοβακτηριδιακής αιτιολογίας μας μεταλαμπαδεύει το μήνυμα πως ο ολοκληρωμένος γαστρεντερολόγος ασκεί την καθημερινή του ιατρική πράξη με πνεύμα ευρείας διαφορικής διάγνωσης.

Κλείνοντας την αυλαία της σημερινής μας επικοινωνίας, θέλω να πω ένα μεγάλο “ευχαριστώ” σε όλους τους



Άρθρο Σύνταξης

συναδέλφους-συγγραφείς του τρέχοντος τεύχους, διότι με τα υψηλής επιστημοσύνης άρθρα τους συνέβαλλαν τα μέγιστα στην ολοκλήρωση ενός ακόμα τεύχους των «ενδοσκοπήσεων». Ιδιαίτερη μνεία θέλω να κάνω (αλφαβητικά) στους συναδέλφους, των οποίων η συνεισφορά στα τελευταία τεύχη του περιοδικού μας είναι πυκνή: τον κ. Παρασκευά Γκολφάκη, τον κ. Αριστείδη Διαμαντή, τον κ. Χρίστο Παυλίδη, τον κ. Αθανάσιο Σιούλα και τον κ. Γεώργιο Τζιάτζιο. Τους ευχαριστώ ειλικρινά για την προσφορά τους. Θέλω επίσης να ευχαριστήσω τον Διευθυντή γαστρεντερολόγο κ. Ιωάννη Καρούμπαλη για την ευγενική παραχώρηση του περιστατικού -που ο ίδιος επιμελήθηκε- προκειμένου αυτό να δημοσιευθεί στη στήλη του ειδικευόμενου γαστρεντερολόγου. Τέλος, θέλω να ευχηθώ σε όλους και σε όλες να περάσετε με υγεία και κατάνυξη τις ιερές μέρες του Θείου Πάθους και να αντλήσετε από τη Σταυροαναστάσιμη μέθεξη το ιδανικό έναυσμα για την ες αεί πολιτεία σας στην αριστεία.

Καλό Πάσχα !
Χρόνια Πολλά !

Pioneering Endosurgery



LUMENDI

Dilumen EZ Glide



Superior Navigation

- **Inflatable two-balloon design** stabilises the endoscope and the nearby anatomy
- **Intraoperative conduit** enables safe and efficient access, and repeated removal of tools and tissue, without losing position.



Enhanced Visualisation

- **Aft balloon** supplies gentle endoluminal positioning, helping to reveal tissue planes and expose hidden polyps within folds and flexures.
- **EZ Glide hydrophilic coating** provides a clearer, more visible therapeutic zone without messy lubricants.



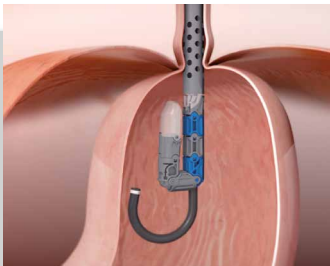
Stability & control

- **Colon shortening** allows for safe and gentle straightening of tortuous anatomy, achieving faster access and fewer aborted procedures.
- **Extendable fore balloon** creates a stable therapeutic zone, flattening the surgical site for submucosal injection and precise tissue dissection.
- **Integrated suture system** supplies controlled, dynamic tissue manipulation and tension during procedures.



EndoGastric Solutions

Esophy X Z



The evolving EsophyX Z+ technology now enables surgeons and gastroenterologists to use a wider selection of standard endoscopes to treat the underlying anatomical cause of GERD.

▶ Helical Retractor

- Engages and retracts tissue
- Anchors gastroesophageal junction during fundoplication
- Stows/locks safely inside tissue mold during insertion and removal

▶ Invaginator

- Suctions tissue circumferentially
- Reduces small hiatal hernia
- Facilitates proper position of fundoplication caudal to diaphragm

▶ Tissue Mold and Chassis

- Plicates and compresses tissue
- Rotates fundus around esophagus to create partial wrap

▶ Stylets and SerosaFuse® Fasteners

- Transect apposed tissues
- Fasteners maintain tissue compression throughout healing process

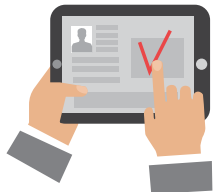
lightbox.gr

PAPAPOSTOLOU

HEALTHCARE TECHNOLOGIES

est. 1914

papapostolou.gr



Νέα & Επίκαιρα

ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΔΣ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Ηλίας Γρίβας, Γαστρεντερολόγος, Μαρούσι

Στις 27/3/2024 πραγματοποιήθηκε η τακτική συνεδρίαση του διοικητικού συμβουλίου της ΕΠΕΓΕ.

Πρόεδρος του ερχόμενου συνεδρίου ορίστηκε ο καθηγητής κος Ανδρέας Καψωριτάκης. Η διημερίδα με θέμα: «Σύγχρονες προσεγγίσεις σε νοσήματα οισοφάγου - στομάχου», θα διεξαχθεί από 4 έως 6/10/2024 στο ξενοδοχείο Divani Caravel (αίθουσα ΙΛΙΣΣΟΣ).

Ένα πρόσθετο ζήτημα που ανέκυψε και συζητήθηκε είναι η εξαγορά της ασφαλιστικής εταιρίας «Ευρωπαϊκή Πίστη». Αυτή η εξέλιξη δημιουργεί πρόβλημα στους ασφαλισμένους σε αυτή συναδέλφους, ως προς τους όρους περί καταστολής και αναδρομικότητας κάλυψης της αστικής ευθύνης. Επιπλέον, έγινε κρούση σε άλλες ασφαλιστικές εταιρίες προς επίλυση των ζητημάτων αυτών. Τα κύρια σημεία της σχετικής ενημερωτικής επιστολής, που εστάλη από την ασφαλιστική σύμβουλο Κα Πολίτη προς την ΕΠΕΓΕ είναι τα εξής:

1. Η GENERALI δεν δέχεται ούτε τον όρο για την καταστολή ούτε αναδρομικότητα κάλυψης.
2. Η ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ δέχεται τον όρο όπως ήταν μέχρι σήμερα, όχι όμως αναδρομικότητα.
3. Η INTERAMERICAN δέχεται τον όρο για την καταστολή, αλλά με την υποσημείωση "υπό την προϋπόθεση ότι τηρείται η ισχύουσα σχετική περί καταστολής νομοθεσία", άρα επί της ουσίας ΔΕΝ τον δέχεται. Επίσης δίνει αναδρομικότητα για 2 χρόνια παρελθόντα και εφόσον γίνει νομική κίνηση μέσα στα επόμενα 2 χρόνια. Μένει έτσι κι αλλιώς σημαντικό διάστημα ακάλυπτο, με βάση και το γεγονός ότι οι περισσότερες αγωγές γίνονται στο τέλος της πενταετίας.

Η επιστολή είναι διαθέσιμη προς ανάγνωση σε όλους τους συναδέλφους.

Τέλος, δηλώνουμε την πλήρη υποστήριξή μας στον συνάδελφο Δημήτρη Τζιλβέ για το πρόβλημα που δημιουργήθηκε, εξαιτίας της ανάρτησής του στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, προκειμένου να καταστήσει γνωστή σε όλους την ανεπάρκεια χώρων ανάνηψης σε κάποια δημόσια νοσοκομεία. Σχετικό δελτίο τύπου έχει εκδοθεί από την ΕΓΕ και την ΕΠΕΓΕ.



21^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΠ.Ε.ΓΕ

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

4 – 6 Οκτωβρίου 2024, Αθήνα,
Ξενοδοχείο Divani Caravel

Γραμματεία:

CONGRESS WORLD | Οργάνωση Συνεδρίων

Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210-72 100 52, 210-72 10 001, Web site: www.congressworld.gr, e-mail: cv@congressworld.gr



Ενδοσκοπικό θέμα

ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥΣ

Βιργινία Λαμπροπούλου, Ειδικευόμενη Ιατρός Εσωτερικής Παθολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Κοργιαλένιο- Μπενάκειο «Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός»

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

Διανύουμε, αναμφίβολα, την εποχή που η τεχνολογική πρόοδος και η ανάπτυξη της τεχνητής νοημοσύνης, έχουν επηρεάσει όλους τους τομείς στην Ιατρική. Χωρίς να αποτελεί εξαίρεση η Γαστρεντερολογία, μια πληθώρα τεχνολογικών εξελίξεων υπόσχεται τη βελτίωση των δεικτών ποιότητας των ενδοσκοπήσεων. Η βελτίωση των δεικτών ποιότητας της κολonosκόπησης, η αποτελεσματική αφαίρεση πολυπόδων, η αντιμετώπιση αιμορραγιών και τοιχωματικών ελλειμμάτων, η βελτίωση της λήψης δείγματος σε EUS/FNA και η θεραπεία παθήσεων του οισοφάγου, είναι μερικοί από τους τομείς που βρίσκουν εφαρμογή τα νέα αναλώσιμα.

Βελτίωση των δεικτών ποιότητας στην κολonosκόπηση

Η αξία της κολonosκόπησης για την ανίχνευση πολυπόδων και την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι αδιαμφισβήτητη. Αυτό δημιουργεί την ανάγκη για μια υψηλής ποιότητας κολonosκόπηση, όπως αυτή αξιολογείται από διάφορους δείκτες (ποσοστό ανίχνευσης πολυπόδων-PDR, ποσοστό ανίχνευσης αδενωμάτων-ADR, χρόνος απόσυρσης του ενδοσκοπίου, ποσοστό καθετηριασμού του τυφλού ή του τελικού ειλεού κτλ). Πολλές τεχνολογικές εξελίξεις συνεισφέρουν σε αυτό το σκοπό, όπως η χρήση **caps**, δηλαδή διάφανων πλαστικών «καπακιών» που εφαρμόζονται στο άκρο του κολonosκοπίου (φωτό 1) και προσφέρουν καλύτερη οπτική σε μεγαλύτερη έκταση βλεννογόνου (οπτική 360 μοιρών) με ομαλοποίηση των πτυχών, διευκολύνοντας την προώθηση του ενδοσκοπίου και κρατώντας την

κάμερα κοντά στο βλεννογόνο, για καλύτερο προσανατολισμό και πιο ολοκληρωμένη εξέταση. Πολλές μελέτες συγκρίνουν την κολonosκόπηση με και χωρίς caps και τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η χρήση caps μειώνει το χρόνο προώθησης του ενδοσκοπίου μέχρι το τυφλό (ειδικά με πιο μεγάλα caps 7-11 mm) και το συνολικό χρόνο της κολonosκόπησης (κατά 1,51 λεπτά), χωρίς να φαίνεται στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά καθετηριασμού του τυφλού και του τελικού ειλεού. Επίσης, φαίνεται ότι αυξάνεται το ποσοστό ανίχνευσης πολυπόδων-PDR (OR 1.17, 95% CI 1.06-1.29, P<0.001) (ειδικά με πιο μικρά caps 2-4 mm) και πιθανότατα και το ποσοστό ανίχνευσης αδενωμάτων-ADR, συγκεκριμένα για το δεξιό κόλον (rADR), αν και απαιτούνται περισσότερα δεδομένα για ένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα (Mir F. et al, 2017). Ακόμα, αποτρέπουν την απώθηση του ενδοσκοπίου προς τα πίσω και βοηθούν σε δύσκολες ενδοσκοπήσεις, όπως σε περιπτώσεις εκκολπωμάτωσης, απαιτώντας τη χρήση λιγότερου αέρα. Στα μειονεκτήματά τους, συγκαταλέγεται το ότι μπορεί να δυσχεραίνουν την εξέταση σε περιπτώσεις μέτριας προετοιμασίας του εντέρου, περιορίζοντας την επισκόπηση. Συμπερασματικά, η κολonosκόπηση με caps μπορεί να αποτελέσει μια χρήσιμη εναλλακτική της συμβατικής screening κολonosκόπησης.

Ένα άλλο αναλώσιμο για τη βελτίωση της ποιότητας της κολonosκόπησης, είναι το **Endocuff** (Arc Medical Design, Leeds, Ηνωμένο Βασίλειο), ένα μιας χρήσης κυλινδρικό πλαστικό πρόθεμα, με δύο παράλληλες σειρές



Φωτό 1.

Ενδοσκοπικό θέμα

ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ
ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥΣ

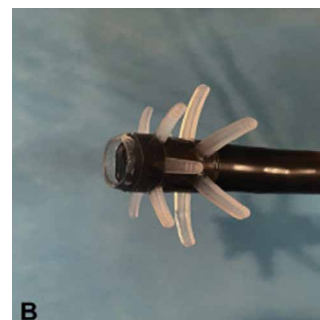
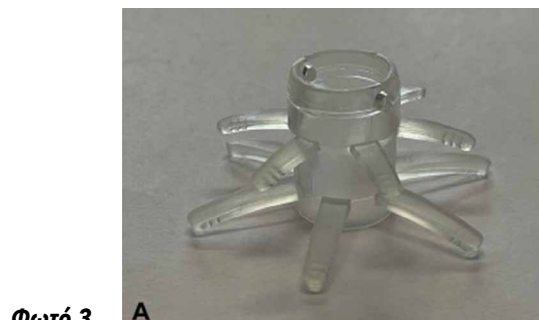
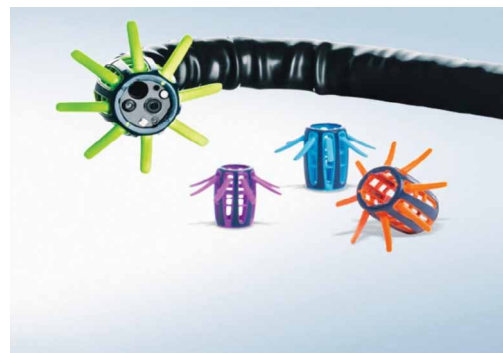


από εύκαμπτες προσεκβολές που προσαρμόζεται στο άκρο του ενδοσκοπίου και έχει αποτελέσει αντικείμενο πληθώρας μελετών (φωτό 2). Λιγότερα δεδομένα είναι διαθέσιμα για το επόμενης γενιάς **Endocuff-vision** (Norgine Pharmaceuticals Ltd, Uxbridge, Ηνωμένο Βασίλειο), που φέρει μία σειρά προσεκβολών. Με τη χρήση του Endocuff αυξάνεται το ADR (OR 1.18, 95% CI 1,05-1,32, $P < 0.005$) (Triantafyllou K. et al., 2019) ειδικά για τους ενδοσκόπους με $ADR < 35\%$, ενώ σε αυτούς με $ADR > 35\%$ μπορεί να αυξήσει το μέσο αριθμό των αδενωμάτων που ανιχνεύονται ανά κολonosκόπηση. Μπορεί να υπάρχει όφελος για την ανίχνευση οδοντωτών πολυπόδων, ενώ δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά στην ανίχνευση προχωρημένων αδενωμάτων. Η εγκυρότητα της αύξησης του ADR επιβεβαιώνεται από την ελάττωση του ποσοστού των αδενωμάτων που δεν ανιχνεύονται- AMR σε όλο το κόλον (14,7 % vs. 38,4 %) και το δεξιό κόλον (10.4 % vs. 38.9 %) με τη χρήση του Endocuff (Triantafyllou et al., 2017). Η συσκευή έπρεπε να αφαιρεθεί σε 3% των ενδοσκοπήσεων, λόγω αδυναμίας

προώθησης του ενδοσκοπίου σε πολυέλικτο σιγμοειδές ή λόγω της ύπαρξης εκκολπωμάτων. Συγκριτικά με τα caps, το Endocuff παρουσιάζει μεγαλύτερο ADR και μικρότερο AMR, με το όφελος να είναι μεγαλύτερο για τους ενδοσκόπους με μικρότερα ADR (μελέτη DETECT, 2020). Παρόλα αυτά η σχέση κόστους-οφέλους του Endocuff στο πλαίσιο screening κολonosκόπησης δεν είναι ακόμα αρκετά σαφής, ώστε να υποστηρίζει την ευρεία χρήση του.

Το **WingCap** (A&A Medical Supply LLC, Seongnam, Νότια Κορέα) είναι μία νέα συσκευή που προσαρμόζεται στο άκρο του ενδοσκοπίου (φωτό 3) και συνδυάζει ένα πλαστικό cap με άλλες υπάρχουσες συσκευές για καλύτερη έκθεση του βλεννογόνου, όπως το Endocuff ή το AmplifEYE (Medivators Inc, Minneapolis, Minn, ΗΠΑ). Σε μια προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη 537 ασθενών, η χρήση του Wingcap σε σύγκριση με τη συμβατική κολonosκόπηση, αυξάνει το ADR (37.2% vs. 26.6%, $P = 0.012$) και τον αριθμό των αδενωμάτων ανά κολonosκόπηση (APC: 0.72 ± 1.34 vs. 0.45 ± 0.97 ,

Φωτό 2.



Φωτό 3.

A

B



Ενδοσκοπικό θέμα

ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ
ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥΣ

$P=0.008$), ειδικά για άμισχα και μικροσκοπικά αδενώματα. Δεν υπήρχε διαφορά για το καθετηριασμό του τυφλού ή τον χρόνο απόσυρσης του ενδοσκοπίου. Τα οφέλη ήταν μεγαλύτερα για τους πιο άπειρους ενδοσκόπους (Hong S. et al, 2022).

Τα **EndoRings** (EndoAid Ltd., Caesarea, Ισραήλ) αποτελούν μια πρόσθετη συσκευή με τρεις πλαστικούς και εύκαμπτους κυκλωτερείς δακτυλίους που προσαρμόζεται στην άκρη του ενδοσκοπίου (φωτό 4) και κατά την απόσυρσή του ισοπεδώνει τις πτυχές για καλύτερη ανάδειξη του βλεννογόνου. Επίσης σταθεροποιεί το ενδοσκόπιο στο κέντρο του αυλού και βοηθάει στην καθήλωσή του κατά τις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Σε μια μελέτη με 116 ασθενείς η κολονοσκόπηση με Endorings παρουσίαζε μικρότερα ποσοστά μη ανίχνευσης αδενωμάτων και πολυπόδων σε σχέση με τη συμβατική κολονοσκόπηση (AMR: 10.4% vs 48.3%, $P<0.001$) (PMR: 9.1% vs 52.8%, $P<0.001$), ενώ δεν υπήρχε διαφορά στους χρόνους καθετηριασμού του τυφλού ή απόσυρσης του ενδοσκοπίου. Συνολικά ο χρόνος της κολονοσκόπησης ήταν μεγαλύτερος, καθώς αφαιρούνταν περισσότεροι πολύποδες (21.6 vs 18.5 λεπτά, $P=0.001$) (Dik V. et al, 2015). Άλλες μελέτες δεν επιβεβαιώνουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε ADR και AMR με τη χρήση Endorings και περισσότερα δεδομένα χρειάζονται για την απόδειξη οφέλους.

Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση (Manti M. et al., 2023) απέδειξε ότι η χρήση πρόσθετων συσκευών με προ-

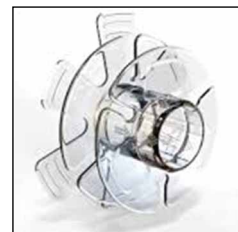
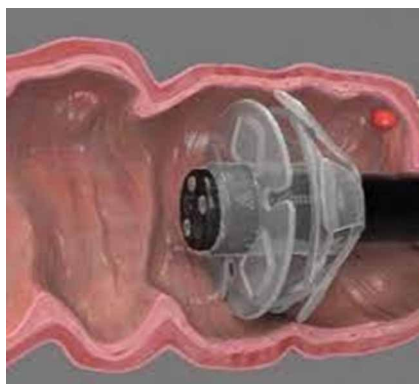
σεκβολές (Endocuff, Endorings, WingCap) κατά την κολονοσκόπηση που γίνεται για προληπτικούς σκοπούς συνδέεται με υψηλότερο ποσοστό ανίχνευσης αδενωμάτων σε σχέση με τη συμβατική κολονοσκόπηση (ADR: 45.9% vs. 41.1%; RR 1.18, 95%CI 1.02-1.37; $P=0.03$), βελτιώνοντας την ποιότητα και αυξάνοντας την αξία της ως προληπτικής εξέτασης.

Το **Third Eye Retroscope** (Avantis Medical Systems, Sunnyvale, CA, ΗΠΑ) είναι μια συσκευή που προωθείται μέσα από τον αυλό του ενδοσκοπίου και προσφέρει μια ανάδρομη οπτική (φωτό 5), για ανίχνευση πολυπόδων πίσω από τις κολικές πτυχές και καμπές, που μπορεί να μην είναι ορατοί κατά τη συμβατική κολονοσκόπηση. Υπάρχει πληθώρα παρόμοιων αναλωσίμων που συμπληρώνουν την ορθόδρομη οπτική του ενδοσκοπίου. Σε μια μεγάλη μελέτη σε Ευρώπη και Αμερική, φάνηκε ότι με το Third Eye Retroscope υπήρξε στατιστικά σημαντική μείωση του ποσοστού αδενωμάτων και πολυπόδων που δεν ανιχνεύτηκαν και αύξηση του ADR κατά 23,2% και του PDR κατά 29,8%, με αύξηση της συνολικής διάρκειας της εξέτασης λόγω περισσότερων πολυπεκτομών (Leukens A. et al, 2011).

Αντιμετώπιση αιμορραγίας

Είναι γνωστό, πως το ποσοστό των αιμορραγιών πεπτικού έχει μειωθεί χάρη στην καλύτερη διαχείριση του γαστρικού έλκους, τη θεραπεία εκρίζωσης του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού και την αύξηση των

Φωτό 4.



Ενδοσκοπικό θέμα

ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ
ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥΣ



ενδοσκοπήσεων για προληπτικούς σκοπούς. Μολαταύτα, οι οξείες αιμορραγίες παραμένουν ένα από τα επείγοντα της Γαστρεντερολογίας. Έτσι δημιουργείται η ανάγκη για νέες αιμοστατικές τεχνικές, που συμβάλλουν στην άμεση αντιμετώπιση των αιμορραγιών, μειώνοντας ακόμα περισσότερο τη θνητότητα και τη νοσηρότητα.

Οι αιμοστατικές σκόνες (ορυκτά όπως το TC-325 (Hemospray, Cook Medical Inc., Winston-Salem, North Carolina, ΗΠΑ), παράγωγα αμύλου, όπως το EndoClot (Endoclot Plus Inc., Santa Clara, California, ΗΠΑ), βιο-συμβατικά φυσικά πολυμερή, όπως το UI-EWD (Nexpowder, NextBiomedical Co, Incheon, Νότια Κορέα), φυτικά εκχυλίσματα που οδηγούν σε συσσώρευση των ερυθροκυττάρων, όπως το Ankaferd Blood Stopper (ABS) (Ankaferd Health Products Istanbul, Τουρκία) και το σύγχρονο πεπτίδιο που αυτοδιοργανώνεται (PuraStat, 3D-Matrix, Europe Ltd., Γαλλία)) μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως θεραπεία πρώτης γραμμής ή διάσωσης και ως μονοθεραπεία ή μεταβατικά και σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες για πολλές παθήσεις, όπως πεπτικό έλκος,

κακοήθειες, μετεπεμβατικές αιμορραγίες, κίρσοραγία, εκκολπωματική αιμορραγία κ.ά.

Συγκεκριμένα, το **TC-325 (Hemospray)** (Cook Medical Inc., Winston-Salem, North Carolina, ΗΠΑ), είναι ένας αδρανής, μη οργανικός, ορυκτός παράγοντας με τη μορφή σκόνης που ξεκίνησε να χρησιμοποιείται για αιμόσταση στα πεδία μάχης (φωτό 6). Έχει διπλή δράση: ως μηχανικός φραγμός πάνω από το τοίχωμα του αγγείου, σταματώντας την αιμορραγία άμεσα και μέσω απορρόφησης που αυξάνει τοπικά τη συγκέντρωση παραγόντων πήξης, επιταχύνοντας το σχηματισμό θρόμβου. Δεν απορροφάται από τα βλεννογονικά κύτταρα, οπότε δεν έχει συστηματικές παρενέργειες. Η σκόνη προωθείται, μέσω ενός καθετήρα μέσα από το κανάλι εργασίας του ενδοσκοπίου, με διοξείδιο του άνθρακα. Επιτυγχάνει άμεση αιμόσταση στο 94,5% για το ανώτερο και 96,2% για το κατώτερο πεπτικό με ποσοστά επαναιμορραγίας κάτω από 20% (9,9% (3 μέρες) και 17,6% (30 μέρες) για το ανώτερο πεπτικό και 19,5% (7 μέρες) για το κατώτερο πεπτικό) (Facciorusso et al., 2021). Ειδικά

Φωτό 5.



Φωτό 6.





Ενδοσκοπικό θέμα

ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ
ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥΣ

για αιμορραγίες σχετιζόμενες με κακοήθειες, οι τοπικοί αιμοστατικοί παράγοντες πρέπει να αποτελούν εναλλακτική στις καθιερωμένες ενδοσκοπικές μεθόδους, καθώς οδηγούν σε μεγαλύτερα ποσοστά άμεσης αιμόστασης και μικρότερα ποσοστά επαναιμορραγίας. Εφαρμόζονται ευκολότερα στην ευρεία αιμορραγική περιοχή των κακοηθειών χωρίς να χρειάζεται ακριβής τοποθέτηση του ενδοσκοπίου, με μόνο μειονέκτημα την πιθανότητα εκροής της σκόνης στο κανάλι του ενδοσκοπίου ή στην κάμερα παρεμποδίζοντας την ενδοσκόπηση.

Το **TDM-621 (PuraStat)** (3D Matrix, Europe Ltd., Γαλλία) αποτελείται από πεπτίδια που, όταν έρθουν σε επαφή με το σημείο της αιμορραγίας και ιδανικά όξινο pH, αυτό-διοργανώνονται σε νανο-ίνες, δημιουργώντας μία γέλη που μοιάζει με κολλαγόνο πάνω από την αιμορραγία, επιτυγχάνοντας άμεση αιμόσταση (94%) με όψιμη επαναιμορραγία (30 μέρες) 16%. Βρίσκει κυρίως εφαρμογή σε αιμορραγίες μετά από EMR/ESD, σε οξεία αιμορραγία (ως διάσωση) και σε ανθεκτική μετακτινική ορθίτιδα (Jiang et al., 2022). Δεν παρουσιάζει συστηματικές ανεπιθύμητες ενέργειες ή τεχνικές δυσκολίες. Ο καθετήρας έγχυσης του **TDM-621 (PuraStat)** απεικονίζεται στην φωτό 7.

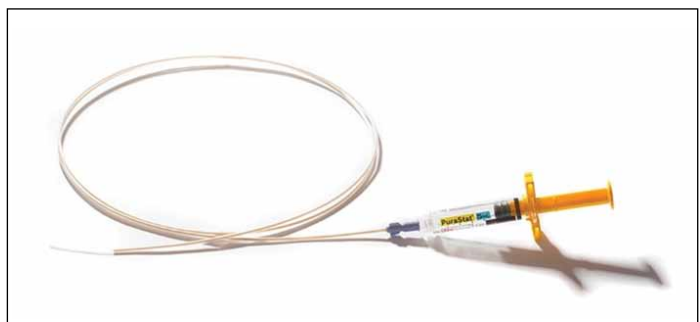
Ακόμα σε προκλινικό επίπεδο βρίσκονται οι έρευνες για μια αυτοπροωθούμενη σκόνη θρομβίνης (**SPTP, CounterFlow Powder**), που αποτελείται από μικροσωματίδια διττανθρακικού ασβεστίου μαζί με θρομβίνη και τρανεξαμικό οξύ και προωθεί τον παράγοντα πήξης απευθείας πάνω στο αγγείο που αιμορραγεί για επαγωγή

της αιμόστασης και σταθεροποίηση του θρόμβου. Με βάση τα μέχρι τώρα δεδομένα από μελέτες σε χοίρους έχει φανεί ότι είναι πολύ αποτελεσματικό σε σοβαρές αιμορραγίες του ανωτέρου πεπτικού με ορατό αγγείο, με καλή ανοχή, χωρίς παρενέργειες (Jiang S. et al, 2022).

Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση παραμένει η θεραπεία πρώτης γραμμής για τις αιμορραγίες πεπτικού. Σε μια μεγάλη μελέτη για μη κίρσικες αιμορραγίες ανωτέρου πεπτικού με αυξημένο κίνδυνο επαναιμορραγίας φάνηκε ότι το **over-the-scope-clip (OTSC)** (Ovesco Endoscopy AG, Tübingen, Γερμανία), μια συσκευή αποτελούμενη από ένα cap που φέρει το τραυματικό ή μη clip το οποίο εφαρμόζεται μέσω ενός τροχού στο κανάλι εργασίας του ενδοσκοπίου (φωτό 8), έχει συσχετιστεί με μικρότερο χρόνο παρέμβασης, καλύτερα ποσοστά αιμόστασης (RR 1.36, 95% CI 1.06-1.75) και μικρότερα ποσοστά επαναιμορραγίας (σε 7 μέρες RR 0.41, 95% CI, 0.24-0.68 και σε 30 μέρες RR 0.46; 95% CI, 0.31-0.65) σε σχέση με την τυπική θεραπεία. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στη θνητότητα και στο χρόνο νοσηλείας (Baraye J. et al., 2022). Σε μια μελέτη που αφορούσε το κατώτερο πεπτικό, άμεση αιμόσταση επετεύχθη στο 94,4%, επαναιμορραγία υπήρξε στο 4,4% και η θνητότητα ανερχόταν στο 1,5%.

Αντιμετώπιση τοιχωματικών ελλειμμάτων-διατρήσεων

Ορισμένες ενδοσκοπικές επεμβάσεις όπως οι διαστολές, οι ενδοσκοπήσεις που περιλαμβάνουν μυστομές, ο καυτηριασμός για αιμόσταση, η ενδοσκοπική



Φωτό 7.

Ενδοσκοπικό θέμα

ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ
ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥΣ



Φωτό 8.

βλεννογόνια ή η υποβλεννογόνια εκτομή (EMR, ESD), η εκτομή ολικού πάχους (eFTR), η ERCP σε ανατομικές παραλλαγές και οι χειρισμοί στο φύμα του Vater, η τοποθέτηση ενδοπροθέσεων που εκπτύσσονται (SEMS, LAMS) κ.ά. ενέχουν κίνδυνο ιατρογενούς διάτρησης. Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση των ελλειμμάτων που μπορεί να προκληθούν, περιλαμβάνει την αιμοδυναμική σταθεροποίηση του ασθενούς, τη διατήρηση της καθαριότητας της περιοχής, την αποφυγή διαρροής γαστρεντερικού περιεχομένου έξω από τον αυλό και τη σύγκλιση του ελλείμματος. Απαιτεί ψυχραιμία και συνεργασία από την ενδοσκοπική ομάδα και πλέον υπάρχουν νέα «όπλα», τα οποία έχουν μειώσει τα ποσοστά ανάγκης χειρουργικής παρέμβασης για τις διατρήσεις, που συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα.

Πέρα από τα τυπικά clip μέσα από το ενδοσκόπιο (TTSCs) πλέον χρησιμοποιούνται και τα **over-the-scope-clip (OTSC)** (Ovesco Endoscopy AG, Tübingen, Γερμανία) για τη σύγκλιση διατρήσεων από 10 mm μέχρι 20mm στο ανώτερο πεπτικό και σε μικρά ελλείμματα στο παχύ έντερο, με εξαίρεση το δεξιό κόλον, που τεχνικά δεν είναι εφικτό να φτάσει το κολονοσκόπιο με τη συσκευή OTSC, ειδικά αν η προετοιμασία δεν είναι καλή. Η κλινική επιτυχία είναι της τάξης του 84,6%. Για μεγαλύτερα ελλείμματα σε οισοφάγο και στομάχι (>2 cm) χρησιμοποιούνται κυρίως συσκευές ενδοσκοπικών ραμμάτων, stents (SEMS), ενώ μια νεότερη μέθοδος είναι η **ενδοσκοπική vacuum θεραπεία**, που περιλαμβάνει την εφαρμογή ενός συστήματος αναρρόφησης-κενού

και την προώθηση ενός σπόγγου προσαρμοσμένου στο σχήμα και στο μέγεθος του ελλείμματος, με μεγάλα ποσοστά επιτυχίας (>90%) (Lee J. et al, 2021).

Όσον αφορά στις ιατρογενείς διατρήσεις με ανώμαλα όρια ή μεγάλο μέγεθος στο παχύ έντερο ή και στο λεπτό έντερο, νέες συσκευές μέσα ή δίπλα από το ενδοσκόπιο, η **Apollo Overstitch** και **Overstitch SX** (Apollo Endosurgery Inc, Austin, TX, ΗΠΑ), έχουν δείξει υποσχόμενα αποτελέσματα (φωτό 9). Τα ράμματα τοποθετούνται σταθερά σε πρώτο χρόνο σε υγιείς ιστούς γύρω από το έλλειμμα και σε δεύτερο χρόνο συρράπτονται μεταξύ τους οδηγώντας στη σύγκλιση του ελλείμματος. Ένα πλεονέκτημα είναι ότι μπορούν να γίνουν πολλά συνεχόμενα ή διακεκομμένα ράμματα ξαναγεμίζοντας τη συσκευή χωρίς να χρειάζεται απόσυρση του ενδοσκοπίου. Σε μια συστηματική ανασκόπηση 13 μελετών,



Φωτό 9.



Ενδοσκοπικό θέμα

ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ
ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥΣ

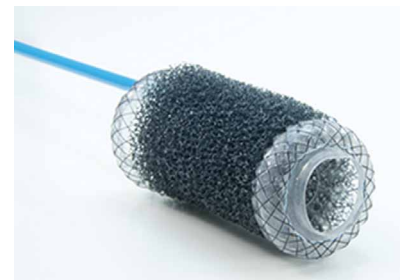
φάνηκε κλινική επιτυχία 98,6% σε ασθενείς με μέση διάμετρο οπής 33,9mm, με δεδομένα κυρίως για το παχύ έντερο (45,5%), ενώ μόνο 1,4% των ασθενών χρειάστηκαν χειρουργείο μετά την ενδοσκοπική προσπάθεια σύγκλισης (Bartell N. et al, 2018).

Μια ιδιαίτερα σύγχρονη και ενδιαφέρουσα προσέγγιση στη σύγκλιση τοιχωματικών ελλειμμάτων του οισοφάγου, που συνδυάζει τα SEMS (Self-Expanding Metal Stents) με την ενδοσκοπική vacuum θεραπεία, είναι το **MicroTech-VacStent GI** (MICRO TECH Europe GmbH, Düsseldorf, Γερμανία). Το stent καλύπτει πλήρως το έλλειμμα, ενώ ο σπόγγος προσφέρει συνεχή αναρρόφηση και ευνοεί τη δημιουργία κοκκιώδους ιστού (φωτό 10). Χρησιμοποιείται για ελλείμματα μέχρι 30 mm, εφαρμόζεται εύκολα με εύκαμπτο μέσο προώθησης και στοχευμένα με τεχνική over-the-wire, ενώ διατηρεί τον αυλό ανοιχτό, χωρίς να χρειάζεται σωλήνας σίτισης (Klose M. et al., 2023).

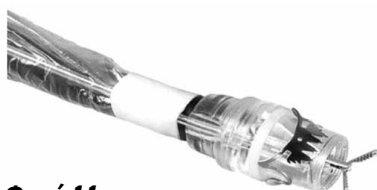
Αφαίρεση βλαβών με εκτομή ολικού πάχους (endoscopic full-thickness resection – eFTR)

Το συγκεκριμένο είδος εκτομής χρησιμοποιείται για βλάβες του πεπτικού σωλήνα που δεν είναι εφικτό να αφαιρεθούν ικανοποιητικά με τις κλασικές μεθόδους της βλεννογόνιας ή υποβλεννογόνιας εκτομής (EMR, ESD), όπως τα υποτοπιάζοντα ή υπολειμματικά αδενώματα, τα αδενώματα με non-lifting sign, περισκωληκοειδικά και περιεκκολπωματικά αδενώματα, υποεπιθηλιακοί όγκοι (νευροενδοκρινείς, GIST), μέχρι και κακοήθειες αρχικού σταδίου T1, κατά TNM. Έχει αναπτυχθεί συσκευή που

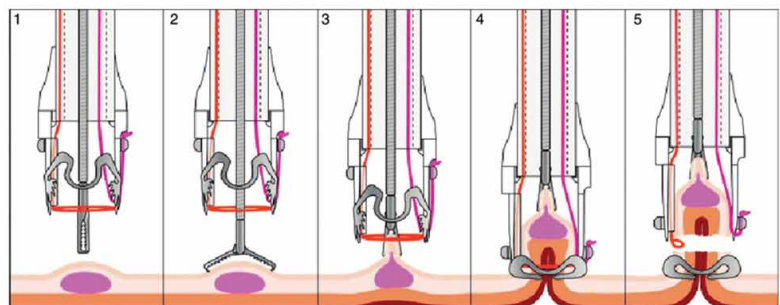
επιτρέπει eFTR σε ένα χρόνο (FTRD, Onesco, Tübingen, Γερμανία), εξασφαλίζοντας πρώτα την ακεραιότητα του βλεννογόνου με ένα over-the-scope-clip (OTSC) και στη συνέχεια γίνεται η εκτομή. Αποτελείται από ένα OTSC διαμέτρου 14 mm πάνω σε ένα cap μήκους 21 mm, έναν βρόγχο 13 mm και μία λαβίδα (φωτό 11). Υπάρχουν δύο συσκευές, μία για το έντερο και μία γαστροδωδεκαδακτυλική. Σε συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις για το κατώτερο πεπτικό έχει φανεί ποσοστό πλήρους εκτομής με καθαρά όρια (R0) 82,4 % με τεχνική επιτυχία 89,25%, με ποσοστό εμφάνισης επιπλοκών 10,2% (Fahmawi Y. et al, 2021). Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από πιο πρόσφατες ανασκοπήσεις, που δείχνουν ποσοστό εκτομής R0 78,8 %, τεχνική επιτυχία 87,6% (μεγαλύτερη για βλάβες <20mm), ποσοστό εμφάνισης επιπλοκών 12,2% και υποτροπή στους 5 μήνες σε ποσοστό 12,6%. (Dolan R. et al., 2022). Για το ανώτερο πεπτικό, το ποσοστό R0 ήταν 80% με κλινική επιτυχία 86,9% και επιπλοκές 18,6% (Abdallah M. et al., 2023). Συμπερασματικά, η FTRD είναι μια μέθοδος εκτομής βλαβών και στο ανώτερο και στο κατώτερο πεπτικό με υψηλή τεχνική και κλινική επιτυχία, με αποδεκτό προφίλ



Φωτό 10.



Φωτό 11.





ασφάλειας, που μετά από μεγαλύτερες μελέτες, μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην ενδοσκοπική αφαίρεση δύσκολων βλαβών.

«Ψυχρή» εκτομή πολυπόδων

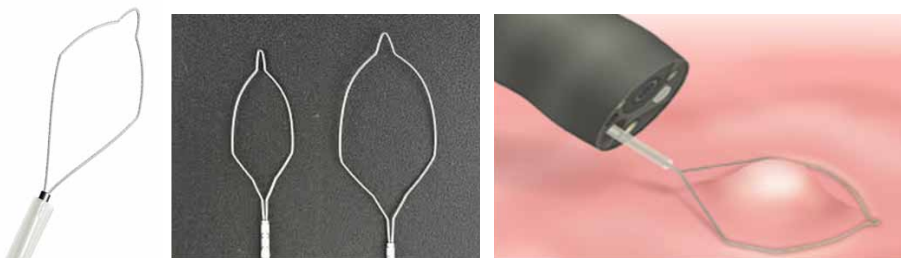
Η ψυχρή εκτομή πολυπόδων, με βρόχους που περιβροχίζουν τον πολύποδα από τη βάση μαζί με 1-2 mm υγιούς ιστού για πλήρη εκτομή, χρησιμοποιείται ευρέως για πολύποδες <10 mm, καθώς αποφεύγεται η χρήση θερμικού καυτηριασμού και μειώνεται ο κίνδυνος θερμικής βλάβης, αιμορραγίας και καθυστερημένης διάτρησης. Εξειδικευμένοι νέοι βρόχοι με λεπτότερο σύρμα και θηλιά δίκην «ασπίδας» ή «διαμαντιού» (**dedicated cold snares-φωτό 12**) (Exacto Cold Snare/ Steris Endoscopy, Mentor, Ohio, ΗΠΑ), φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικοί σε σχέση με τους παλαιότερους με παχύτερα και περιελιγμένα σύρματα με οβάλ θηλιές (πλήρης εκτομή: 90,2% vs 73,3% αντίστοιχα, P=0.05) (Din S. et al., 2015), αυξάνοντας παράλληλα την ταχύτητα της εκτομής (28,5 sec vs. 66,0 sec, p=0.006). Τόσο σε μια μετα-ανάλυση (OR 1.76, 95% CI 1.07-2.89) (Jung Y. et al., 2018), όσο και σε μια τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή (70,0%- τυ-

πικοί βρόχοι vs. 81,0%- dedicated cold snares, p=0.04) (Ang T. et al., 2023), οι νεότεροι βρόχοι συσχετίζονταν με υψηλότερα ποσοστά ιστολογικά πλήρους εκτομής. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά άμεσης αιμορραγίας. Ορισμένα δεδομένα, βέβαια, δεν αποδεικνύουν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους βρόχους, τονίζοντας έτσι και τη σημασία της τεχνικής του ενδοσκόπου για τη σωστή αφαίρεση ενός πολύποδα.

Διαστολή στενώσεων

Τα **Bougie caps** (Ovesco, Tübingen, Γερμανία) είναι διάφανα caps σε ποικίλα μεγέθη που προσαρμόζονται στην άκρη του ενδοσκοπίου και προσφέρουν τη δυνατότητα διαστολών υπό άμεση όραση, καθώς το ενδοσκόπιο περνάει τη στένωση, αποφεύγοντας έτσι την υπερδιάταση των ιστών (φωτό 13). Σε σχέση με τα κλασικά μπαλόνια, η αξιολόγηση μετά τη διαστολή γίνεται άμεσα μέσω του διαφανούς cap και ο χρόνος της ενδοσκόπησης είναι μικρότερος λόγω της μη αλλαγής εργαλείων. Φέρει τρύπες στα πλάγια για αναρρόφηση και χορήγηση αέρα και μία κεντρική με τη δυνατότητα

Φωτό 12.



Φωτό 13.





Ενδοσκοπικό θέμα

ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ
ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥΣ

να περάσει σύρμα-οδηγός (guide wire). Έχουν φανεί αποτελεσματικά για διαστολή σε μετακτινικές στενώσεις, στενώσεις σε πωσινοφιλική οισοφαγίτιδα και ιατρογενείς μετά από ESD, μειώνοντας παράλληλα το περιβαλλοντικό αποτύπωμα, όταν όλο και περισσότερος λόγος γίνεται για την «πράσινη» ενδοσκόπηση.

Η χρήση **βιοδιασπώμενων stents (SX-ELLA BDS, ELLA-CS, Hradec Kralove, Τσεχία)**, δηλαδή ενδοπροθέσεων που ασκούν πίεση σε μια στένωση για 4-5 εβδομάδες και στη συνέχεια υδρολύονται και αποδομούνται πλήρως σε 11-12 εβδομάδες (φωτό 14), κερδίζει έδαφος σε σχέση με τα πλαστικά ή μεταλλικά stents, κυρίως για καλοήθεις στενώσεις χοληφόρων ή οισοφάγου. Εξασφαλίζουν χρόνο μέχρι να λυθεί το υποκείμενο αίτιο ή διαστέλλουν τη στένωση και παράλληλα δεν χρειάζεται επανεπέμβαση για την αφαίρεση του stent, μειώνοντας τόσο τις επιπλοκές, όσο και το κόστος για τα συστήματα υγείας. Έχει φανεί συνολικά μεγάλη τεχνική επιτυχία (>90%), με τη μεγαλύτερη κλινική ανταπόκριση σε καλοήθεις στενώσεις των χοληφόρων (83%). Οι επιπλοκές για τα χοληφόρα ήταν συγκρίσιμες ανάμεσα στα βιοδιασπώμενα και στα τυπικά stents, με εξαίρεση την πιο συχνή εμφάνιση

χολαγγειίτιδας (24,1 % vs. 6,1 %) και αιμοχολίας (3% vs <1%) με τα βιοδιασπώμενα stents. Στις ανθεκτικές καλοήθεις στενώσεις του οισοφάγου επιπλοκές υπήρξαν στο 21,9%, ενώ μετανάστευση του stent σε 15,3% (Fuccio L. et al., 2016), (Almeida G. et al., 2020).

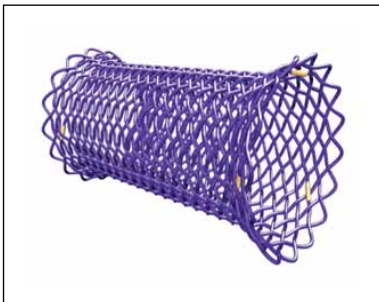
Περιορισμός μετανάστευσης SEMS

Η καθήλωση των Self-Expandable Metallic Stents (SEMS) με over-the-scope-clip (OTSC) με το σύστημα **stentfix OTSC** (Ovesco, Tübingen, Γερμανία), που προσφέρει την καλύτερη ευθυγράμμιση με το πλέγμα του stent και την πιο σταθερή καθήλωση του στον ιστό (φωτό 15), φαίνεται να μειώνει τα ποσοστά μετανάστευσης των stent, ελαττώνοντας έτσι τις επιπλοκές και τη σημαντική νοσηρότητα των επανεπεμβάσεων που τη συνοδεύουν. Σε μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση, παρατηρήθηκε μειωμένος κίνδυνος μετανάστευσης μετά από την καθήλωση SEMS οισοφάγου, σε σχέση με τα SEMS χωρίς καθήλωση (RR = 0.24 (95% CI, 0.13- 0.43)) με υψηλή τεχνική και κλινική επιτυχία (98% και 79%, αντίστοιχα) (Jena A. et al., 2023).

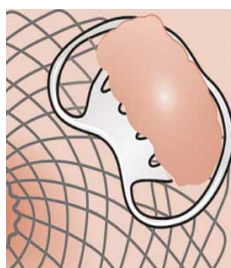
Βελτίωση δείγματος EUS-FNA/FNB

Ο ενδοσκοπικός υπέρηχος είναι ιδιαίτερα χρήσιμη εξέταση για τη διερεύνηση κακοθειών του παγκρέατος, των χοληφόρων, του στομάχου και του ορθού, καθώς πέρα από την απεικόνιση προσφέρει τη δυνατότητα λήψης δείγματος για ιστολογική διάγνωση. Συνεπώς, υπάρχει μεγάλη ανάγκη για νέα αναλώσιμα που αυξάνουν τη διαγνωστική αξία της εξέτασης.

Δύο νέες βελόνες είναι διαθέσιμες για λήψη δείγματος FNB (Fine Needle Biopsy), η **Fork-tip needle**



Φωτό 14.



Φωτό 15.

Ενδοσκοπικό θέμα

ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ
ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥΣ



(SharkCore, Medtronic Corporation, Newton, Mass and Covidien, Dublin, Ιρλανδία), με δύο αντιδιαμετρικές διαφορετικού μήκους προσεκβολές για καλύτερη λήψη ιστού και η **Franseen-tip needle** (Acquire; Boston Scientific, Natick, MA, ΗΠΑ), με τρεις συμμετρικές προσεκβολές διατεταγμένες σαν «στέμμα» που εισχωρεί πιο βαθιά για μεγαλύτερο δείγμα ιστού (φωτό 16). Σε μια μεγάλη συστηματική ανασκόπηση, η συνολική διαγνωστική αξία ήταν 92,8% (95% CI 85.3–96.6) για τη Fork-tip βελόνα και 92,7% (95% CI 86.4–96.2) για τη Franseen-tip βελόνα. Το ποσοστό επιπλοκών ήταν μικρό, χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο βελόνες. Δυστυχώς και οι δύο βελόνες, μπορούν να προσφέρουν επαρκές δείγμα με κάτω από 2 δειγματοληψίες και να μειώσουν την ανάγκη για άμεση εκτίμηση από παθολογοανατόμο (ROSE) σε κάποια κέντρα (Mohan B. et al., 2019).

Θεραπεία οισοφάγου Barrett

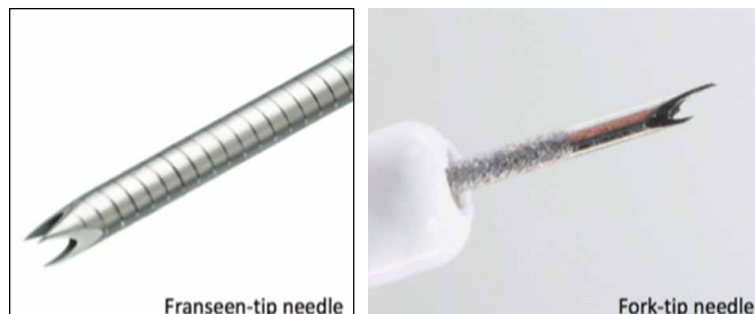
Όσον αφορά στη θερμική θεραπεία μετά από ενδοσκο-

πική αφαίρεση για τον οισοφάγο Barrett, πέρα από τον καθιερωμένο καυτηριασμό με ραδιοσυχνότητες (RFA) χρησιμοποιείται και η υβριδική θεραπεία με argon plasma (H-APC) (**Erbe HybridAPC**, Erbe, Marietta, Georgia, ΗΠΑ) που περιλαμβάνει την έγχυση φυσιολογικού ορού στον υποβλεννογόνιο, για ανύψωση του βλεννογόνου και αποφυγή θερμικής βλάβης στους βαθύτερους ιστούς κατά τον καυτηριασμό (φωτό 17). Σε μια προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη σύγκρισης των δύο τεχνικών, προέκυψε ότι έχουν υψηλά ποσοστά εκρίζωσης του οισοφάγου Barrett σε μακρά παρακολούθηση (περίπου 2 χρόνια) με μικρή υπεροχή του H-APC (74,2% για το RFA vs 82,9% για το H-APC), όμως η βαρύτητα και η διάρκεια του πόνου μετά τη θεραπεία, ήταν σημαντικά υψηλότερες στο γκρουπ του καυτηριασμού με ραδιοσυχνότητες (Knabe M. et al., 2023).

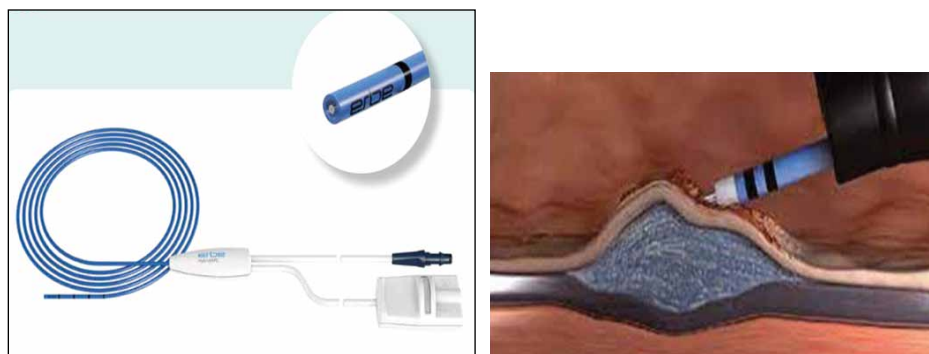
Αναλώσιμα και ενδοσκόπια «μιας χρήσης»

Όλο και περισσότερος λόγος γίνεται για τα αναλώσιμα μιας χρήσης προς αποφυγή διασποράς λοιμώξεων από

Φωτό 16.



Φωτό 17.





Ενδοσκοπικό θέμα

ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ
ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥΣ



Φωτό 18.

τα επαναχρησιμοποιούμενα εργαλεία, καθώς και την εξοικονόμηση χρόνου και ενέργειας που καταναλώνεται για την αποστείρωσή τους, στο πλαίσιο της «Πράσινης ενδοσκόπησης». **Δωδεκαδακτυλοσκόπια μίας χρήσης** για ERCP (EXALT Model D/ Boston Scientific Corporation, Marlborough, Massachusetts, ΗΠΑ) ή επαναχρησιμοποιούμενα δωδεκαδακτυλοσκόπια με **τελικό cap μίας χρήσης** (Olympus America Inc, Center Valley, Pennsylvania, ΗΠΑ), είτε με **elevator cap μίας χρήσης** (PENTAX Europe GmbH, Hamburg, Γερμανία), συμβάλλουν στον περιορισμό διασποράς των λοιμώξεων, καθώς αυτά τα μέρη του εργαλείου είναι τα πιο δύσκολα να αποστειρωθούν (φωτό 18). Η ανάγκη γίνεται μεγαλύτερη την εποχή αύξησης των ανθεκτικών στη βανκομυκίνη εντεροβακτηρίων. Με τα δωδεκαδακτυλοσκόπια μίας χρήσης, ο διάμεσος αριθμός προσπαθειών για καθετηριασμό του φύματος του Vater ήταν μικρότερος (2 αντί για 5, $p=0.013$), όπως και ο χρόνος, με χειρότερα όμως τεχνικά χαρακτηριστικά. Παρουσιάζουν παρόμοιο προφίλ ασφαλείας κι έτσι αποτελούν μια εναλλακτική στα καθιερωμένα επαναχρησιμοποιούμενα εργαλεία (Bang J. et al., 2021).

Αυτά είναι κάποια από τα κυριότερα νέα αναλώσιμα που έχουν αρχίσει να χρησιμοποιούνται στην άσκηση

της Γαστρεντερολογίας και έχουν βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα των ενδοσκοπικών μεθόδων. Φυσικά, η χρήση τέτοιων αναλώσιμων υπογραμμίζει την ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση και εξάσκηση του ενδοσκόπου, ώστε να αποκτήσει την κατάλληλη τεχνογνωσία. Έτσι τονίζεται το γεγονός ότι η τεχνολογική πρόοδος δεν αποτελεί απειλή για το ιατρικό επάγγελμα, αλλά έναν πολύτιμο συνεργάτη με στόχο την καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας και το καλό του ασθενούς.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Mir FA. Cap-assisted colonoscopy versus standard colonoscopy: is the cap beneficial? A meta-analysis of randomized controlled trials. *aog* [Internet]. 2017 [cited 2024 Mar 19]; Available from: <http://www.annalsgastro.gr/files/journals/1/earlyview/2017/ev-07-2017-10-AG3114-0180.pdf>
2. Triantafyllou K, Gkolfakis P, Tziatzios G, Papanikolaou IS, Fuccio L, Hassan C. Effect of Endocuff use on colonoscopy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *WJG*. 2019 Mar 7;25(9):1158–70.
3. Triantafyllou K, Polymeros D, Apostolopoulos P, Lopes Brandao C, Gkolfakis P, Repici A, et al. Endocuff-assisted



- colonoscopy is associated with a lower adenoma miss rate: a multicenter randomized tandem study. *Endoscopy*. 2017 Nov;49(11):1051–60.
4. Hong SW, Hong HS, Kim K, Oh K, Lee JY, Park JH, et al. Improved adenoma detection by a novel distal attachment device-assisted colonoscopy: a prospective randomized controlled trial. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2022 Sep;96(3):543–552.e1.
 5. Dik V, Gralnek I, Segol O, Suissa A, Belderbos T, Moons L, et al. Multicenter, randomized, tandem evaluation of EndoRings colonoscopy – results of the CLEVER study. *Endoscopy*. 2015 Jul 28;47(12):1151–8.
 6. Leufkens AM, DeMarco DC, Rastogi A, Akerman PA, Azouzouzi K, Rothstein RI, et al. Effect of a retrograde-viewing device on adenoma detection rate during colonoscopy: the TERRACE study. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2011 Mar;73(3):480–9.
 7. Facciorusso A, Bertini M, Bertoni M, Tartaglia N, Pacilli M, Ramai D, et al. Effectiveness of hemostatic powders in lower gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Endosc Int Open*. 2021 Aug;09(08):E1283–90.
 8. Jiang SX, Chahal D, Ali-Mohamad N, Kastrup C, Donnellan F. Hemostatic powders for gastrointestinal bleeding: a review of old, new, and emerging agents in a rapidly advancing field. *Endosc Int Open*. 2022 Aug;10(08):E1136–46.
 9. Bapaye J, Chandan S, Naing LY, Shehadah A, Deliwala S, Bhalla V, et al. Safety and efficacy of over-the-scope clips versus standard therapy for high-risk nonvariceal upper GI bleeding: systematic review and meta-analysis. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2022 Nov;96(5):712–720.e7.
 10. Lee JH, Kedia P, Stavropoulos SN, Carr-Locke D. AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Management of Perforations in Gastrointestinal Tract: Expert Review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2021 Nov;19(11):2252–2261.e2.
 11. Bartell N, Kaul V, Kothari TH, Bittner K, Kothari S. Sa1917 GASTROINTESTINAL PERFORATION CLOSURE USING OVER-THE-SCOPE CLIPS AND ENDOSCOPIC SUTURING: A SYSTEMATIC REVIEW. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2018 Jun;87(6):AB248–9.
 12. Klose MA, Walldorf J, Damm M, Krug S, Klose J, Ronellenfitsch U, et al. Treatment of esophageal leakages with the Microtech® -VAC-Stent: a monocentric early experience of three cases. *Clin Med Insights Gastroenterol*. 2023 Jan; 16:26317745231200312.
 13. Fahmawi Y, Hanjar A, Ahmed Y, Abdalhadi H, Mulekar MS, Merritt L, et al. Efficacy and Safety of Full-thickness Resection Device (FTRD) for Colorectal Lesions Endoscopic Full-thickness Resection: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Gastroenterol*. 2021 Apr 1;55(4):e27–36.
 14. Dolan RD, Bazarbashi AN, McCarty TR, Thompson CC, Aihara H. Endoscopic full-thickness resection of colorectal lesions: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2022 Feb;95(2):216–224.e18.
 15. Abdallah M, Suryawanshi G, McDonald N, Chandan S, Umar S, Azeem N, et al. Endoscopic full-thickness resection for upper gastrointestinal tract lesions: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc*. 2023 May;37(5):3293–305.
 16. Din S, Ball AJ, Riley SA, Kitsanta P, Johal S. Cold snare polypectomy: Does snare type influence outcomes? *Digestive Endoscopy*. 2015 Jul;27(5):603–8.
 17. Jung YS, Park CH, Nam E, Eun CS, Park DI, Han DS. Comparative efficacy of cold polypectomy techniques for diminutive colorectal polyps: a systematic review and network meta-analysis. *Surg Endosc*. 2018 Mar;32(3):1149–59.
 18. Ang TL, Chiu H. Editorial: Optimizing the success of cold snare polypectomy in colonoscopy practice. *J of Gastro and Hepatol*. 2023 May;38(5):678–9.
 19. Fuccio L, Hassan C, Frazzoni L, Miglio R, Repici A. Clini-



Ενδοσκοπικό Θέμα

ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ
ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥΣ

- cal outcomes following stent placement in refractory benign esophageal stricture: a systematic review and meta-analysis. *Endoscopy*. 2015 Nov 3;48(02):141–8.
- 20.** G. Almeida G, Donato P. Biodegradable versus multiple plastic stent implantation in benign biliary strictures: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Radiology*. 2020 Apr; 125:108899.
- 21.** Jena A, Chandhani S, Jain S, Sharma V, Rathi P. Efficacy of endoscopic over-the-scope clip fixation for preventing migration of self-expandable metal stents: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc*. 2023 May;37(5):3410–8.
- 22.** Mohan B, Shakhatreh M, Garg R, Asokkumar R, Jayaraj M, Ponnada S, et al. Comparison of Franseen and fork-tip needles for EUS-guided fine-needle biopsy of solid mass lesions: A systematic review and meta-analysis. *Endosc Ultrasound*. 2019;8(6):382.
- 23.** Knabe M, Wetzka J, Welsch L, Richl J, Michael F, Blöber S, et al. Radiofrequency ablation versus hybrid argon plasma coagulation in Barrett's esophagus: a prospective randomised trial. *Surg Endosc*. 2023 Oct;37(10):7803–11.
- 24.** Bang JY, Hawes R, Varadarajulu S. Equivalent performance of single-use and reusable duodenoscopes in a randomised trial. *Gut*. 2021 May;70(5):838–44.

Κλινικό θέμα

ΟΙ HELICOBACTER PYLORI ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΟΠΑΘΕΙΕΣ

Μιχάλης Τσακωνιάτης, Γαστρεντερολόγος, Νάξος



Εισαγωγή

Οι βλεννογονικές αλλοιώσεις του στομάχου μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ευρέως σε γαστρίτιδα και γαστροπάθεια με βάση την παρουσία ή την απουσία φλεγμονής του βλεννογόνου. Με τον όρο γαστρίτιδα αναφερόμαστε σε αλλοιώσεις του γαστρικού επιθηλίου που συνοδεύονται ιστολογικά από φλεγμονή. Ο όρος γαστροπάθεια υποδηλώνει μια διαταραχή του γαστρικού βλεννογόνου με ελάχιστη έως καθόλου φλεγμονή. Αν και ο όρος «γαστρίτιδα» χρησιμοποιείται συχνά και καταχρηστικά για να περιγράψει τα ενδοσκοπικά ή ακτινολογικά χαρακτηριστικά του γαστρικού βλεννογόνου που εμφανίζεται με ανώμαλη εμφάνιση, η διάγνωση της γαστρίτιδας απαιτεί ιστοπαθολογικές ενδείξεις φλεγμονής.

Τα περισσότερα συστήματα ταξινόμησης που χαίρουν ευρείας αποδοχής από την επιστημονική κοινότητα, διαχωρίζουν τις γαστρίτιδες και τις γαστροπάθειες με βάση την μορφολογία, την τοπογραφία και την πιθανή αιτιολογία. Η σημαντικότητα αναγνώρισης – διάγνωσης αυτών έγκειται στο γεγονός ότι κάποιες από αυτές χρήζουν άμεσης θεραπευτικής παρέμβασης καθώς έχουν μεγάλη θνησιμότητα (όπως η οξεία γαστρίτιδα από το *Clostridium perfringens*), κάποιες άλλες αυξάνουν τον κίνδυνο για ανάπτυξη νεοπλασματικών νοσημάτων (όπως η χρόνια ατροφική γαστρίτιδα), ενώ άλλες συμβάλουν στην σταδιοποίηση και πρόγνωση άλλων νοσημάτων (όπως η πυλαία γαστροπάθεια στην ηπατική κίρρωση). Το παρόν άρθρο συγκεντρώνει τις γνωστές μέχρι σήμερα γαστρίτιδες και γαστροπάθειες που δεν οφείλονται στη λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και τις οποίες ο κλινικός γαστρεντερολόγος καλείται να διαχειριστεί.

Χρόνια γαστρίτιδα

Αδιαμφισβήτητα, αποτελεί την πιο συχνή μορφή γαστρίτιδας που ο ενδοσκόπος και ο παθολογοανατόμος καλείται να διαχειριστεί. Τρεις τύποι χρόνιας γαστρίτιδας αναγνωρίζονται. Η διάχυτη γαστρίτιδα του άντρου (diffuse antral gastritis – DAG) η οποία σχετίζεται με το

ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης δωδεκαδακτυλικού έλκους, η περιβαλλοντική μεταπλαστική ατροφική γαστρίτιδα (environmental metaplastic atrophic gastritis – EMAG – αναφέρεται και ως πολυεστιακή ατροφική γαστρίτιδα / Multifocal Atrophic Gastritis) και η αυτοάνοση μεταπλαστική ατροφική γαστρίτιδα (autoimmune metaplastic atrophic gastritis – AMAG – αναφέρεται και ως διάχυτη ατροφική γαστρίτιδα σώματος / Diffuse Corporal Atrophic Gastritis).

Στις χρόνιες ατροφικές γαστρίτιδες (EMAG και AMAG) ο ρυθμός απώλειας των κυττάρων του στομάχου υπερβαίνει αυτόν της αντικατάστασης τους με αποτέλεσμα ο βλεννογόνος να λεπταίνει, να αναπτύσσεται μεταπλασία (κυρίως εντερική αλλά μερικές φορές και ψευδο-πυλωρική, παγκρεατική, πλακώδης ή λαχνωτή) και να διηθείται από κύτταρα χρόνιας φλεγμονής. Ο πληθυσμός ειδικών κυττάρων (τοιχωματικά, θεμέλια) των γαστρικών αδένων ελαττώνεται με αντίστοιχη ελάττωση των παραγόντων που εκκρίνουν (υδροχλωρικό οξύ, ενδογενής παράγοντας, πεψινογόνο) με δυσμενή κλινικά αποτελέσματα όπως η έλλειψη βιταμίνης B12, η βακτηριακή υπερανάπτυξη και οι εντερικές λοιμώξεις. Παράλληλα, αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης δυσπλασίας και γαστρικού καρκίνου (παθολογοανατομικά συστήματα OLGA και OLGIM). Ο βλεννογόνος μακροσκοπικά αποκτά πιο ωχρή εμφάνιση, είναι ορατά τα υποβλεννογόνια αγγεία του και επιπεδώνονται οι γαστρικές πτυχές. Όταν συνυπάρχει εντερική μετάπλαση ελέγχονται περιοχές του βλεννογόνου με ευδιάκριτες λευκάζουσες εναποθέσεις.

Η περιβαλλοντική μεταπλαστική ατροφική γαστρίτιδα EMAG είναι αποτέλεσμα χρόνιας φλεγμονής πολυπαράγοντικής αιτιολογίας. Στο 85% των περιπτώσεων ενοχοποιείται η λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (85%). Σημαντικό ρόλο όμως φαίνεται να κατέχουν γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, κυρίως η διατροφή. Η ατροφία των γαστρικών αδενίων και οι εστίες εντερικής μετάπλασης εντοπίζονται τόσο στο σώμα όσο και στο άντρο του στομάχου.



Κλινικό θέμα

ΟΙ HELICOBACTER PYLORI

ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΟΠΑΘΕΙΕΣ

Η αυτοάνοση μεταπλαστική ατροφική γαστρίτιδα AMAG, είναι αποτέλεσμα καταστροφής των γαστρικών αδένων του σώματος του στομάχου μέσω αυτοάνοσου μηχανισμού. Κάποιοι από αυτούς τους ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί αν και αρκετοί βιώνουν δυσπεψία με μεταγευματική δυσφορία. Στους ασθενείς αυτούς υπάρχει σκλωρυδρία ή υποσκλωρυδρία, υπεργαστριναιμία με υπερπλασία των G κυττάρων του άντρου δευτερογενώς των χαμηλών επιπέδων οξέος και χαμηλές τιμές PGI (πεψινογόνο I). Στον ανοσολογικό έλεγχο ανευρίσκονται αντισώματα έναντι των τοιχωματικών κυττάρων του στομάχου (μεγαλύτερη ευαισθησία, χαμηλότερη ειδικότητα) και του ενδογενούς παράγοντα (μεγαλύτερη ειδικότητα, χαμηλότερη ευαισθησία). Δυσασπορρόφηση της βιταμίνης B12 αλλά και του σιδήρου οδηγούν σε χαμηλά επίπεδα αυτών στον ορό των ασθενών και σε εκδήλωση αναιμίας.

Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται τελευταία για την χρόνια ατροφική γαστρίτιδα με εντερική μετάπλαση του βλεννογόνου της περιοχής της καρδίας του στομάχου ακριβώς κάτω από την γραμμή Z (Carditis). Κύριοι ενοχοποιητικοί παράγοντες αποτελούν η λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και η γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος. Υποστηρίζεται ότι η ατροφική γαστρίτιδας στην ανατομική αυτή περιοχή σχετίζεται με την ανάπτυξη του αδενοκαρκινώματος της γαστροοισοφαγικής συμβολής.

Ο γαστρεντερολόγος που διενεργεί την ενδοσκόπηση του ανωτέρου πεπτικού με οποιαδήποτε ένδειξη, όταν αναγνωρίζει την ενδοσκοπική εικόνα που θέτει την υπόνοια ύπαρξης ατροφικής γαστρίτιδας θα πρέπει να λαμβάνει βιοψίες βάσει πρωτοκόλλου. Επιπλέον, ο έλεγχος αντισωμάτων έναντι των τοιχωματικών κυττάρων και του ενδογενούς παράγοντα είναι χρήσιμος σε όλους τους ασθενείς με ιστολογική εικόνα ατροφίας, πρακτική ακόμα πιο απαραίτητη στην περίπτωση που η χαρακτηριστική εικόνα εντοπίζεται κυρίως στο σώμα του στομάχου ή ακόμα περισσότερο εάν στις ενδείξεις της ενδοσκόπησης είναι η διερεύνηση χαμηλών επιπέδων βιταμίνης B12 και φερριτίνης. Σαφώς, αν και δεν απο-

τελεί θέμα του παρόντος άρθρου, ο γαστρεντερολόγος δεν πρέπει να παραλείψει τον έλεγχο για την ύπαρξη του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού. Ίσως δεν είναι υπερβολή να σημειωθεί πως στην περίπτωση που η γαστρίτιδα καταλαμβάνει τόσο το σώμα όσο και το άντρο του στομάχου, ακόμα και όταν η ιστολογική εξέταση ή το τεστ ουρεάσης αποβούν αρνητικά για την ύπαρξη του ελικοβακτηριδίου αλλά υπάρχουν σαφή ιστολογικά στοιχεία ατροφίας ή/και εντερικής μετάπλασης, να διενεργείται και κάποιος επιπλέον έλεγχος όπως το τεστ αναπνοής, η ανίχνευση αντιγόνου στα κόπρανα ή ο έλεγχος αντισωμάτων ορού αίματος (στην περίπτωση που επιβεβαιωμένα ο ασθενής δεν έχει λάβει αγωγή εκκρίζωσης στο παρελθόν).

Δεν υπάρχει απόλυτη ομοφωνία όσον αφορά στην ενδοσκοπική επιτήρηση των ασθενών με ατροφική γαστρίτιδα. Άλλοι παράμετροι όπως το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό θα πρέπει να συνηπολογίζονται. Ένα μεσοδιάστημα 3 ετών μεταξύ των ενδοσκοπήσεων επιτήρησης αποτελεί μία λογική τακτική στις περιπτώσεις προχωρημένης και μεγάλης έκτασης ατροφίας.

Επίσης δεν υπάρχει σαφής οδηγία για την ενδοσκοπική επιτήρηση των ασθενών με αυτοάνοση γαστρίτιδα. Καθώς η συσχέτιση με νευροενδοκρινείς γαστρικούς όγκους τύπου 1 δεν είναι σπάνια, στην περίπτωση ανεύρεσης και αφαίρεσης αυτών επιβάλλεται ενδοσκοπική επιτήρηση κάθε ένα με δύο έτη. Ο γαστρεντερολόγος δεν θα πρέπει να ξεχνάει πως παράλληλα με την αυτοάνοση γαστρίτιδα είναι συχνή η ύπαρξη και άλλων αυτοάνοσων νοσημάτων, κυρίως του θυρεοειδούς, οπότε θα πρέπει να κατευθύνει τον ασθενή και προς αυτή την διερεύνηση.

Οξεία γαστρίτιδα

Η οξεία γαστρίτιδα χαρακτηρίζεται από διήθηση του στομάχου με πολυμορφοπύρνα λευκοκύτταρα. Είναι μία σπάνια κλινική οντότητα, η οποία διαφοροποιείται από την πολύ πιο συχνή “ενεργό” γαστρίτιδα, στην οποία υπάρχουν πολυμορφοπύρνα παράλληλα με κύτταρα χρόνιας φλεγμονής (λεμφοκύτταρα, πλασματοκύτταρα),



όπως στη γαστρίτιδα από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Μπορεί να προκληθεί από βακτήρια, ιούς, μύκητες και παράσιτα. Οι ασθενείς με ανοσοκαταστολή είναι οι πιο συχνοί υποψήφιοι.

Αξίζει ίσως να γίνει αναφορά στην οξεία πυογόνο γαστρίτιδα λόγω της μεγάλης θνητότητας (70%), καθώς η διάγνωση και η θεραπεία της συνήθως καθυστερούν. Ενοχοποιούνται διάφοροι μικροοργανισμοί όπως gram αρνητικοί βάκιλλοι, αναερόβια, gram θετικοί κόκκοι κα. Έχει παρατηρηθεί σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς αλλά και σε ανοσοεπαρκείς μετά από κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ ή με λοιμώξεις του αναπνευστικού. Οι ασθενείς αυτοί συνήθως παρουσιάζονται σηπτικοί. Η εικόνα του στομάχου παρουσιάζει διάχυτο οίδημα και έντονη πάχυνση των πτυχών καθώς και σημεία που υποδηλώνουν διατρήσεις.

Επίσης, άξια αναφοράς είναι η ανεύρεση μυκήτων, κυρίως *Candida*. Συνήθως η αποίκηση γίνεται στις περιοχές με έλκος. Τα έλκη αυτά ενδοσκοπικά παρουσιάζονται μεγαλύτερα σε διάμετρο και πιο ύποπτα για κακοήθεια από τα κλασικά γαστρικά έλκη. Κάποιες φορές παρατηρούνται διάχυτες επιφανειακές διαβρώσεις. Υπάρχει διχογνωμία για την κλινική σημαντικότητα της παρουσίας των μυκήτων στον στόμαχο με γαστρίτιδα και έλκος. Συνήθως η θεραπεία με αντιμυκητιασικά δεν κρίνεται απαραίτητη αλλά, εάν κριθεί αναγκαία, η χρήση φλουκοναζόλης είναι μία λογική αλλά με αμφίβολα αποτελέσματα επιλογή.

Ακολουθεί σύντομη αναφορά στις γαστρίτιδες και στις γαστροπάθειες που απαντώνται συχνότερα στην κλινική πράξη.

Κοκκιωματώδης γαστρίτιδα

Κοκκιώματα στον γαστρικό βλεννογόνο μπορούν να παρατηρηθούν σε έδαφος ποικίλων καταστάσεων. Αναφορικά:

1. Νόσος Crohn, κυρίως σε παιδιά αλλά και σε ενήλικες.
2. Σαρκοείδωση: προσβάλλει το 10% των ασθενών και

συχνά παρουσιάζεται με στένωση της αποχετευτικής μοίρας του στομάχου, πολλαπλά προπυλωρικά έλκη ή διαβρώσεις, πάχυνση των πτυχών και εικόνα λιθόστρωτου.

3. Λοιμώξεις: Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (μετά την επιτυχή εκρίζωση του οποίου, παραμένει ένας αποχρωματισμός του βλεννογόνου), φυματίωση, σύφιλη.
4. Ιδιοπαθής: περίπου το 20%. Συχνά στην πορεία διαγιγνώσκεται σαρκοείδωση ή νόσος Crohn.
5. Σχετιζόμενη με κακοήθειες: παρακείμενα σε αδενοκαρκινώματα ή MALT λεμφώματα του στομάχου.

Λεμφοκυτταρική γαστρίτιδα

Σχετίζεται με ελικοβακτηριδιακή λοίμωξη, κοιλιοκάκη, νόσο Crohn, HIV λοίμωξη, καρκίνωμα στομάχου. Ο βλεννογόνος παρουσιάζει διάχυτη ερυθρότητα, διαβρώσεις, οζίδια και πεπαχυσμένες πτυχές. Ενίοτε υπάρχει σχετική φυσιολογική ενδοσκοπική εικόνα.

Κολλαγονώδης γαστρίτιδα

Σπάνια κλινική οντότητα η οποία μπορεί να σχετίζεται με κολλαγονώδη δωδεκαδακτυλίτιδα, κολίτιδα, κοιλιοκάκη, λεμφοκυτταρική κολίτιδα και αυτοάνοσα νοσήματα. Λίγα είναι γνωστά σχετικά με την αιτιολογία, την πορεία και την αντιμετώπισή της.

Ηωσινοφιλική γαστρίτιδα

Συχνό εύρημα στα πλαίσια της ηωσινοφιλικής γαστρεντερίτιδας. Σπάνια κλινική οντότητα αγνώστου αιτιολογίας εφόσον αποκλειστούν άλλα νοσήματα ηωσινοφιλίας (π.χ. παρασιτικές λοιμώξεις, φλεγμονώδη νοσήματα, κυρίως η νόσος Crohn).

Αντιδραστική γαστροπάθεια (Reactive Gastropathies)

Το επιθήλιο του γαστρικού βλεννογόνου υπόκειται σε βλάβες μέσω διαφόρων μηχανισμών, οι οποίοι όμως, ενίοτε, δεν προκαλούν ουσιαστική φλεγμονώδη αντίδραση. Στοιχεία γαστροπάθειας ανευρίσκονται περίπου στο 15% των βιοψιών που λαμβάνονται από τον



Κλινικό θέμα

ΟΙ HELICOBACTER PYLORI

ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΟΠΑΘΕΙΕΣ

στόμαχο κατά την γαστροσκόπηση. Η επίπτωση αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας και παραδόξως με την παρουσία φλεγμονωδών νοσημάτων σε άλλα όργανα στον πεπτικό σωλήνα.

Η ενδοσκοπική εμφάνιση του βλεννογόνου του στομάχου των ασθενών με γαστροπάθεια ποικίλει. Συχνή είναι η εμφάνιση εξέρυθρων λωρίδων, υποεπιθηλιακών αιμορραγιών – πετεχειών, βλεννογονικών διαβρώσεων ακόμα και οξέων ελκών.

Οι οξείες διαβρώσεις και τα έλκη είναι συχνά πολλαπλά. Ελέγχονται ως σαφώς περιγεγραμμένες αιμορραγικές αλλοιώσεις διαμέτρου 1-2 χιλιοστών με σκουρόχρωμη καφέ απόχρωση η οποία οφείλεται στην έκθεση της αιμοσφαιρίνης στο γαστρικό οξύ.

Στη διαφορική διάγνωση της αντιδραστικής γαστροπάθειας περιλαμβάνονται οι ακόλουθες κλινικές καταστάσεις:

A. Συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα, τοξίνες και άλλες ουσίες

Φάρμακα:

- i. Ασπιρίνη και άλλα ΜΣΑΦ (και COX-2 αναστολείς)
- ii. Διφωσφωρικά
- iii. Βρωμαζεπάμη
- iv. Σελήνιο
- v. Συμπληρώματα σιδήρου
- vi. Sodium phosphate (bowel preps)

Τοξίνες και παράνομες ουσίες: αιθυλική αλκοόλη, κοκαΐνη

B. Παλινδρόμηση χολής

Η παλινδρόμηση χολής από το δωδεκαδάκτυλο στο στομάχι είναι συχνό φαινόμενο μετά από χειρουργικές επεμβάσεις για πεπτικά έλκη, γαστρικό καρκίνο ή παχυσαρκία. Επίσης παρατηρείται μετά από χολοκυστεκτομή και σφιγκτηροτομή. Ενδοσκοπικά ο βλεννογόνος ελέγχε-

ται οιδηματώδης, εξέρυθρος, ενίοτε με διαβρώσεις και χολώδη απόχρωση. Δεν είναι βέβαιο αν η παράλληλη λοίμωξη από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού επιδεινώνει ή μειώνει τις ενδοσκοπικές αλλοιώσεις.

Γ. Ισχαιμική γαστροπάθεια

Η χρόνια ισχαιμική αντιδραστική γαστρίτιδα καθώς και τα χρόνια ισχαιμικά γαστρικά έλκη είναι πιθανό αποτέλεσμα της χρόνιας ανεπάρκειας των μεσεντέριων αγγείων ή θρομβοεμβολικής νόσου αυτών. Η κλινική αυτή οντότητα εκτός από τους αγγειοπαθείς ασθενείς εμφανίζεται ενίοτε επαναλαμβανόμενα στους αθλητές απαιτητικών αθλημάτων, όπως στους δρομείς μεγάλων αποστάσεων. Επίσης, ανάλογες εικόνες σε πιο οξεία μορφή ελέγχονται σε καταστάσεις ελάττωσης της αιματικής ροής στον στόμαχο, όπως συμβαίνει σε ασθενείς σε σήψη, σε υποβολαιμικούς, σε εγκαυματίες και σε χρήστες κοκαΐνης. Το ατομικό ιστορικό σε συνδυασμό με την ιστολογική γνωμάτευση και τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο θα θέσουν την διάγνωση.

Γαστροπάθεια αγγειακής αιτιολογίας (Vascular gastropathy)

Αναφέρεται στη γαστροπάθεια στα πλαίσια πυλαίας γαστροπάθειας ή στην αγγειακή εκτασία του άντρου (Gastric antral vascular ectasia).

Υπερπλαστικές γαστροπάθειες (συμπεριλαμβανομένης της νόσου Ménétrier)

Η υπερπλασία των επιθηλιακών κυττάρων των γαστρικών αδένων έχει ως αποτέλεσμα την σημαντική αύξηση του μεγέθους των γαστρικών πτυχών. Τόσο στη νόσο Menetrier όσο και στο σύνδρομο Zollinger-Elison οι υπερτροφικές πτυχές εντοπίζονται στον εγγύς στόμαχο (σε σώμα και θόλο). Επιπλέον, στο σύνδρομο Zollinger-Elison κατά την ενδοσκόπηση ανευρίσκονται συνήθως μονήρη έλκη στην πρώτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου (75%), στο άπω δωδεκαδάκτυλο (14%) και στη νήστιδα (11%).



Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Mark Feldman, Pamela Jensen, Colin Howden. Gastritis and Gastropathy. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and liver disease. 11th Ed 2021, 2:781-805.
2. Shailja C. Shah, M. Blanca Piazuelo, Ernst J. Kuipers, Dan Li. AGA Clinical Practice Update on the Diagnosis and Management of Atrophic Gastritis: Expert Review. Gastroenterology. 2021; 161(4): 1325–32.
3. Samir Gupta, Dan Li, Hashem B. El Serag, Perica Davitkov, Osama Altayar, Shahnaz Sultan, Yngve Falck-Ytter, Reem Mustafa1. AGA Clinical Practice Guidelines on Management of Gastric Intestinal Metaplasia. Gastroenterology 2020; 158:693–702.
4. Pamela Jensen, Thomas Lamont, Shilpa Grover. Gastritis: Etiology and diagnosis. UpToDate Literature review current through: Feb 2024.
5. Annibale B, Esposito G, Lahner E. A current clinical overview of atrophic gastritis. Expert Rev Gastroenterol Hepatol 2020; 14:93–102.
6. Lahner E, Zagari RM, Zullo A, et al. Chronic atrophic gastritis: natural history, diagnosis and therapeutic management. A position paper by the Italian Society of Hospital Gastroenterologists and Digestive Endoscopists [AIGO], the Italian Society of Digestive Endoscopy [SIED], the Italian Society of Gastroenterology [SIGE], and the Italian Society of Internal Medicine [SIMI]. Dig Liver Dis 2019; 51:1621–32.
7. Altayar O, Davitkov P, Shah SC, et al. AGA technical review on gastric intestinal metaplasia-epidemiology and risk factors. Gastroenterology 2020; 158:732–44.



Η Γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

ΤΟ CHATGPT ΑΠΑΝΤΑ ΣΩΣΤΑ ΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ!

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

Τα τελευταία χρόνια κυρίαρχο ρόλο και στην Ιατρική φαίνεται να διαδραματίζουν τα μεγάλα γλωσσικά μοντέλα. Πρόκειται για συστήματα τεχνητής νοημοσύνης που εκπαιδεύονται σε μεγάλο αριθμό δεδομένων, ώστε να παρέχουν απαντήσεις στα ερωτήματα που τους τίθενται. Μεταξύ αυτών, κορυφαία θέση, ως γνωστόν, κατέχει το ChatGPT που παρουσιάστηκε τον Νοέμβριο του 2022 από την εταιρεία OpenAI και ήδη χρησιμοποιείται από εκατοντάδες εκατομμύρια χρηστών παγκοσμίως. Ανάμεσά τους, σημαντικό ποσοστό αποτελούν και οι πάσχοντες από διάφορα χρόνια νοσήματα, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου (ΙΦΝΕ), οι οποίοι συχνά αναζητούν πληροφόρηση μέσα από τη συγκεκριμένη εφαρμογή.

Σε πρόσφατη εργασία τους ερευνητές αξιολόγησαν τις απαντήσεις που έδωσε το ChatGPT σε συνολικά 38 ερωτήματα που έθεσαν ασθενείς με ΙΦΝΕ. Τα ερωτήματα χωρίστηκαν σε 4 κατηγορίες: α) ΙΦΝΕ και κακοήθεια, β) ιατρική μητέρα-παιδιού, γ) λοιμώξεις και εμβολιασμοί και δ) εναλλακτική ιατρική. Η ακρίβεια των απαντήσεων βαθμολογήθηκε σε μία κλίμακα από 1 έως 5 (άριστα) και η πληρότητα σε κλίμακα από 1 έως 3 (πλήρης). Η αξιολόγηση έγινε από 14 ειδικούς γαστρεντερολόγους βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών της ECCO.

Βάσει των αποτελεσμάτων που ανακοίνωσαν οι συμμετέχοντες στη μελέτη όσον αφορά στην ακρίβεια, οι περισσότερες απαντήσεις (84,2%) είχαν διάμεσο σκορ ≥ 4 και μέσο 3,87. Σε σχέση με την πληρότητα, το 34,2% των απαντήσεων είχε διάμεσο σκορ 3 και το 55,3% είχε διάμεσο σκορ μεταξύ 2 και 3. Ο γενικός μέσος όρος ήταν 2,24. Αν και η ομάδα 3 και 4 είχαν μεγαλύτερο μέσο

ακρίβεια και πληρότητα, δεν υπήρχε σημαντική απόκλιση βαθμολογίας μεταξύ των 4 ομάδων ερωτήσεων. Ωστόσο, η στατιστική ανάλυση για τις διαφορετικές μεμονωμένες ερωτήσεις απέδειξε σημαντική διαφορά τόσο για την ακρίβεια ($p < 0,001$) όσο και για την πληρότητα ($p < 0,001$). Οι ερωτήσεις που αξιολογήθηκαν υψηλότερα τόσο για την ακρίβεια όσο και για την πληρότητα ήταν σχετικές με το κάπνισμα, ενώ η χαμηλότερη βαθμολογία αφορούσε τον έλεγχο για κακοήθεια και τους εμβολιασμούς, ειδικότερα στο πλαίσιο της ανοσοκαταστολής και του οικογενειακού προγραμματισμού.

Σύμφωνα με τους συγγραφείς, μεταξύ των οποίων υπάρχει και ελληνική εκπροσώπηση, πρόκειται για την πρώτη μελέτη που δείχνει την ικανότητα ενός συστήματος που βασίζεται σε τεχνητή νοημοσύνη να παρέχει ακριβείς και περιεκτικές απαντήσεις σε ερωτήσεις πραγματικών ασθενών με νόσο του Crohn και ελκώδη κολίτιδα. Τα συστήματα τεχνητής νοημοσύνης μπορεί να λειτουργήσουν ως χρήσιμα εργαλεία για τους ασθενείς, επιπλέον του τυπικού προτύπου περίθαλψης στην κλινική και των έγκυρων πηγών πληροφόρησης που προτείνονται. Ωστόσο, οι απαντήσεις σε επιμέρους ειδικούς τομείς είναι πιθανό να αποκλίνουν των τεκμηριωμένων συστάσεων και κατευθυντήριων οδηγιών. Για το λόγο αυτό, φαίνεται πως η σχέση εμπιστοσύνης ιατρού-ασθενούς θα συνεχίσει να αποτελεί τον θεμέλιο λίθο της παροχής ιατρικής φροντίδας.

Βιβλιογραφία

1. J Crohns Colitis. 2024 Mar 23: jjae040. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjae040.

How to do it



ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ SONONUVE® (CEUS - CONTRAST ENHANCED ULTRASOUND)

Θεόδωρος Τσιώνης, Ειδικός γαστρεντερολόγος, DEGUM - Certified
Υπερηχογραφιστής κοιλίας (DE), Γαστρεντερολογική Διάγνωση Σερρών

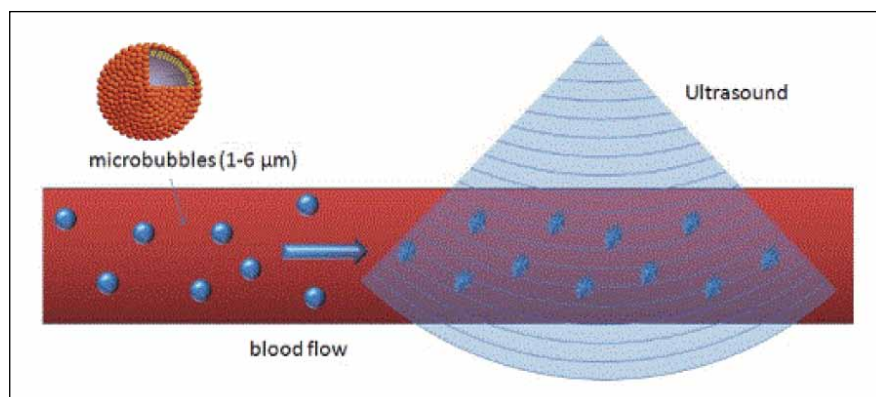
Εισαγωγή

Το υπερηχογράφημα κοιλίας αποτελεί ένα εξαιρετικά σημαντικό διαγνωστικό εργαλείο στην καθημερινότητα μας, προσφέροντας ακρίβεια και ταχύτητα στη διάγνωση, χωρίς να αποκλείει ομάδες πληθυσμών και χωρίς τον κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών, ενώ παράλληλα συμβάλλει στη μείωση του κόστους για τα συστήματα υγείας. Ένα από τα βασικά μειονεκτήματα του είναι ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν πραγματοποιείται χορήγηση σκιαγραφικού παράγοντα με συνέπεια να είναι άνιση σε κάποιες περιπτώσεις η σύγκριση του ως προς τη διαγνωστική του ακρίβεια σε σχέση με τις υπόλοιπες απεικονιστικές εξετάσεις (π.χ. CT ή MRI). Η χορήγηση σκιαγραφικού παράγοντα, αν και δεν εφαρμόζεται σε ευρεία βάση στη χώρα μας, προσφέρει εξαιρετικά σημαντικές πληροφορίες, καθιστώντας το υπερηχογράφημα ως ένα ακόμα ισχυρότερο όπλο στη διαγνωστική μας φαρέτρα, ενώ σε συγκεκριμένες περιπτώσεις κρίνεται ως ισάξιο με τις προαναφερθείσες εξετάσεις. Ήδη από το 2004 έχουν περιγραφεί στις επίσημες κατευθυντήριες οδηγίες της EFSUMB (European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology) οι βασικές αρχές λειτουργίας της μεθόδου, οι οποίες έκτοτε επικαιροποιούνται και εμπλουτίζονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Όπως κάθε ιατρική πράξη, απαιτείται φυσικά συστηματική εκπαίδευση, εμπάθунση στο αντικείμενο των υπερήχων και απόκτηση κατάλληλης εμπειρίας, ώστε να είναι εφικτή η ασφαλής χρήση του στην καθημερινότητα μας.

Τι σκιαγραφικό χρησιμοποιείται στο υπερηχογράφημα και ποια είναι τα χαρακτηριστικά του;

Το Sononue® αποτελεί το μοναδικό διαθέσιμο σκιαγραφικό παράγοντα στη χώρα μας για χρήση στο υπερηχογράφημα. Αποτελείται από διαφόρων μεγεθών μικροφουσαλίδες (διάμετρος 1-10μm) εξαφθοριούχου θείου, οι οποίες περιβάλλονται και σταθεροποιούνται από μια μεμβράνη φωσφολιπιδίων υψηλής ελαστικότητας, δημιουργώντας έτσι μια διάμεση επιφάνεια, η οποία είναι δύσκολο να διασπαστεί σε υδάτινο περιβάλλον ή να μεταφερθεί εκτός των αγγείων, καθιστώντας το Sononue® ως ένα αμιγώς ενδοαγγειακό σκιαγραφικό.

Η ύπαρξη αυτής της διάμεσης επιφάνειας που σταθεροποιεί τις φουσαλίδες επιτυγχάνει την αντανάκλαση της ακτίνας των υπερήχων στο αέριο, ενισχύοντας επομένως την ηχογένεια του αίματος και αυξάνοντας την αντίθεση μεταξύ του αίματος και των περιβαλλόντων ιστών. Ο βαθμός, μάλιστα, αντανάκλασης εξαρτάται από τη συγκέντρωση των μικροφουσαλίδων και τη συχνότητα της υπερηχητικής δέσμης, η οποία προκαλεί την ταλάντωση αυτών των σωματιδίων. Το εξαφθοριούχο θείο είναι ένα αδρανές, αβλαβές αέριο χωρίς καμία φαρμακολογική δράση στον οργανισμό, ενώ η αποβολή του πραγματοποιείται μέσω της κυψελιδοτριχοειδικής μεμβράνης από τους πνεύμονες. Ο χρόνος ημίσειας ζωής είναι 12 λεπτά ενώ η αποβολή του ακόμα και από ασθενείς με πνευμονολογικό ιστορικό, π.χ. με διάχυτη



Εικόνα 1.



How to do it

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ SONOVUE® (CEUS - CONTRAST ENHANCED ULTRASOUND)

πνευμονική ίνωση, δεν επηρεάζεται σε σύγκριση με τους υγιείς.

Ποιες είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες και οι αντενδείξεις στη χορήγηση του;

Από το 2001, οπότε και εγκρίθηκε (EMA) η κυκλοφορία του Sonovue® έχει χορηγηθεί σε περισσότερους από 6 εκατομμύρια ασθενείς με εξαιρετικά σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες, οι περισσότερες από τις οποίες ήταν ήπιες, χωρίς ειδικούς χαρακτήρες, με αυτόματη υποχώρηση και χωρίς ανάγκη παρέμβασης, καθιστώντας το ένα από τα ασφαλέστερα χορηγούμενα σκιαγραφικά. Αυτές αφορούσαν κυρίως κεφαλαλγία, ναυτία, κνησμό, θωρακική δυσφορία/άλγος, κόπωση και ήπιες αντιδράσεις υπερευαισθησίας. Το ποσοστό των σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών κυμαίνεται σε επίπεδα <0,01%.

Σύμφωνα με το φύλλο οδηγιών του σκιαγραφικού, αντενδείκνυται η χορήγηση του σε ασθενείς με γνωστό ιστορικό αλλεργικών αντιδράσεων από προηγούμενη χορήγηση καθώς και σε ασθενείς με επιβαρυσμένο καρδιολογικό ιστορικό (NYHA III/IV, έμφραγμα μυοκαρδίου τις τελευταίες 7 ημέρες, πρόσφατη παρέμβαση στα στεφανιαία αγγεία, βαριά πνευμονική υπέρταση, σοβαρές αρρυθμίες κ.α.). Δεν συστήνεται η χορήγηση του σε εγκύους ή θηλάζουσες μητέρες λόγω απουσίας κλινικών μελετών, ενώ η χορήγηση τους σε παιδιατρικό πληθυσμό, αν και έχει αποδειχθεί ασφαλής και συστήνεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες, δεν συμπεριλαμβάνεται στο επίσημο φύλλο οδηγιών του σκιαγραφικού.

Ποιες είναι οι ενδείξεις για διενέργεια CEUS;

Σύμφωνα με τις τελευταίες επίσημες κατευθυντήριες οδηγίες (EFSUMB 2020):

- Το CEUS αποτελεί εξέταση πρώτης εκλογής σε **ασθενείς χωρίς ιστορικό κίρρωσης ήπατος** με μορφώματα ήπατος που εντοπίζονται σε τυχαίο υπερηχογραφικό έλεγχο. Σε αυτή την περίπτωση, η σαφής διάγνωση μιας καλοήθους βλάβης θεω-

ρείται ασφαλής και καθιστά περιττή τη διενέργεια οποιασδήποτε περαιτέρω απεικονιστικής εξέτασης.

- Το CEUS αποτελεί εξέταση πρώτης εκλογής σε ασθενείς με μορφώματα ήπατος, οι οποίοι δεν μπορούν να υποβληθούν σε CT ή MRI λόγω αντενδείξεων (π.χ. μεταλλικές βελβίδες ή γνωστή υπερευαισθησία σε ενδοφλέβια CT-σκιαγραφικά).
- Σε **ασθενείς με γνωστή κίρρωση ήπατος**, το CEUS μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εξέταση δεύτερης εκλογής, ενώ η CT και η MRI συνεχίζουν να αποτελούν τις εξετάσεις πρώτης εκλογής.
- Η διενέργεια CEUS συστήνεται ως συμπληρωματική εξέταση στις περιπτώσεις, τις οποίες η CT/MRI ή ακόμα και η ιστολογική δεν είναι διαγνωστικές.
- Το CEUS συστήνεται για το διαχωρισμό καλοήθους ή κακοήθους αιτιολογίας σε περίπτωση θρόμβωσης της πυλαίας φλέβας
- Το CEUS μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως βοηθητικό μέσο κατά τη διάρκεια διενέργειας βιοψιών ήπατος (US-guided), χειρουργικών εκτομών ή παροχετεύσεων αποστηματικών κοιλοτήτων.

Εκτός των εφαρμογών στο ήπαρ, το CEUS χρησιμοποιείται ως συμπληρωματικό διαγνωστικό μέσο και στα υπόλοιπα ενδοκοιλιακά όργανα, προσφέροντας πληροφορίες για εστιακές βλάβες παγκρέατος, σπληνός και χοληδόχου κύστης ενώ τα τελευταία χρόνια βρίσκει εφαρμογές και στο υπερηχογράφημα εντέρου, κυρίως στις επιπλεγμένες εκκολπωματίτιδες και στη διαγνωστική προσέγγιση των ασθενών με ΙΦΝΕ.

Αξίζει, ωστόσο, να σημειωθεί ότι οι ενδείξεις του CEUS διαφοροποιούνται μεταξύ των χωρών καθώς υπάρχει μεγάλη ανομοιογένεια τόσο ως προς τη διαθεσιμότητα της μεθόδου, όσο και ως προς την εμπειρία των ιατρών στην διενέργεια του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Γερμανία, στην οποία οι τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες για τις κακοήθειες βλάβες του ήπατος κατατάσσουν το CEUS ως εξέταση πρώτης εκλογής μαζί με την CT και την MRI.

How to do it



ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ SONOVUE® (CEUS - CONTRAST ENHANCED ULTRASOUND)

Ποια είναι η διαδικασία παρασκευής του σκιαγραφικού πριν τη χορήγηση του;

Το σκιαγραφικό έρχεται με τη μορφή ενός συστήματος που περιέχει: 1 φιαλίδιο με 25mg λυόφιλης κόνεως, 1 προγεμισμένη σύριγγα που περιέχει 5ml διαλύματος χλωριούχου νατρίου και 1 σύστημα μεταφοράς Mini-Spike.

Πάνω σε κάθε συσκευασία αναγράφονται και απεικονίζονται σαφείς οδηγίες για την ανάμειξη των συστατικών και την τελική παρασκευή του διαλύματος μικροφουσαλίδων.

Το φιαλίδιο ανακινείται καλά πριν τη χορήγηση επί είκοσι δευτερόλεπτα, μετά από τα οποία μπορεί να αναρροφηθεί ο επιθυμητός όγκος σε σύριγγα.

Εάν το SonoVue δε χρησιμοποιηθεί άμεσα μετά την ανασύσταση, η σταθερότητα των φουσαλίδων διατηρείται έως και 6 ώρες, ωστόσο, θα πρέπει να ανακινείται εκ νέου πριν τη χορήγηση. Το φιαλίδιο προορίζεται για μια εξέταση.

Τι προετοιμασία απαιτείται για τη διενέργεια CEUS;

Ο ασθενής, όπως σε κάθε υπερηχογράφημα κοιλίας, πρέπει να είναι νηστικός ώστε να καθίσταται εφικτή η διακοιλιακή απεικόνιση των οργάνων.

Για τη χορήγηση του SonoVue® είναι απαραίτητη η τοποθέτηση ενδοφλέβιου καθετήρα σχετικά μεγάλης διαμέτρου (τουλάχιστον 20G) με 3-way καθώς αμέσως μετά τη χορήγηση του σκιαγραφικού (από το κανάλι που βρίσκεται σε ευθεία διάταξη με τον φλεβοκαθετήρα) είναι απαραίτητη η έκπλυση με 10ml NaCl 0,9% (από το δεύτερο κανάλι που σχηματίζει γωνία με τον φλεβοκαθετήρα). Η χορήγηση σκιαγραφικού είναι με την ίδια διαδικασία εφικτή και μέσω κεντρικού φλεβικού καθετήρα ή port.

Πριν τη χορήγηση του σκιαγραφικού, είναι απαραίτητο να έχει ολοκληρωθεί μια λεπτομερής εξέταση του οργάνου με B-Mode και να έχει εντοπιστεί η ακριβής τοποθεσία στην οποία θα πρέπει να βρίσκεται η κεφαλή



Εικόνα 2.



Εικόνα 3.

των υπερήχων, ώστε να είναι επαρκής η απεικόνιση της βλάβης. Επίσης, είναι απαραίτητο να έχουν γίνει οι κατάλληλες ρυθμίσεις στο μηχάνημα των υπερήχων και να έχει αποφασιστεί η ποσότητα σκιαγραφικού που θα χορηγηθεί. Στις περισσότερες περιπτώσεις επαρκεί μια ποσότητα 2-2,5ml για βλάβες του ηπατικού παρεγχύματος.

Αξίζει να σημειωθεί ότι για λόγους ευκολίας και, λαμβάνοντας υπόψη ότι η αλληλουχία των γεγονότων κατά τη διενέργεια του CEUS πρέπει να ολοκληρωθεί εντός δευτερολέπτων, είναι απαραίτητο να έχει προηγηθεί



How to do it

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ SONONUE® (CEUS - CONTRAST ENHANCED ULTRASOUND)

μια αναπαράσταση της διαδικασίας, τόσο για τον ασθενή (ιδιαίτερως σε περίπτωση που πρέπει να συνεργαστεί για την επαρκή απεικόνιση π.χ. να λάβει μια βαθιά εισπνοή) όσο και για το νοσηλευτικό/βοηθητικό προσωπικό.

Αντίστοιχη διαδικασία ακολουθείται στις περιπτώσεις χορήγησης Sononue® κατά τη διάρκεια διενέργειας ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος (EUS).

Ποια είναι τα στάδια της εξέτασης του ηπατικού παρεγχύματος;

Η ιδιαιτερότητα της διπλής αιματικής παροχής του ηπατικού παρεγχύματος μέσω της ηπατικής αρτηρίας (20-30% της συνολικής παροχής) και της πυλαίας φλέβας (70-80% της συνολικής παροχής) έχει ως αποτέλεσμα το διαχωρισμό 3 διαφορετικών χρονικών φάσεων που είναι απαραίτητο να καταγραφούν κατά τη διάρκεια της εξέτασης:

- Αρτηριακή φάση εισόδου σκιαγραφικού: 10-35 sec
- Πυλαία φάση εισόδου του σκιαγραφικού: 30-120 sec
- Καθυστερημένη φάση: >120sec

Ο καθορισμός των φάσεων δεν είναι απόλυτος και εξαρτάται από παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όπως π.χ. η θέση έγχυσης του σκιαγραφικού, η καρδιακή συχνότητα τη στιγμή της εξέτασης, το κλάσμα εξώθησης του ασθενούς ή η ύπαρξη θρόμβωσης της πυλαίας φλέβας.

Με την bolus έγχυση του σκιαγραφικού παράγοντα, είναι απαραίτητο να αρχίσει η χρονομέτρηση (λειτουργία ενσωματωμένη στην οθόνη του μηχανήματος με το πάτημα ενός κουμπιού) και η συνεχής λήψη βίντεο για 60 δευτερόλεπτα, ώστε να καταγραφεί η αρτηριακή και η πυλαία φάση εισόδου του σκιαγραφικού στο ηπατικό παρέγχυμα. Τα δεδομένα είναι απαραίτητο να αποθηκευτούν για ανάλυση σε δεύτερο χρόνο, σε περίπτωση που απαιτηθεί περαιτέρω επεξεργασία.

Μετά το πέρας της πρώτης καταγραφής, συστήνεται η εξέταση να συνεχιστεί με διαλείπουσες καταγραφές καθώς η όλο και αυξημένη ταλάντωση των σωματιδίων

που οφείλεται στη συνεχή χρήση των υπερήχων θα οδηγήσει σε πρόωρη καταστροφή τους και σε μικρότερη χρονική διάρκεια κυκλοφορίας του σκιαγραφικού στο αγγειακό δίκτυο. Για τον ίδιο ακριβώς λόγο, δεν συστήνεται η εφαρμογή colour doppler imaging (CDI) κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Ποια είναι τα χαρακτηριστικά που αξιολογούνται κατά τη διάρκεια της εξέτασης;

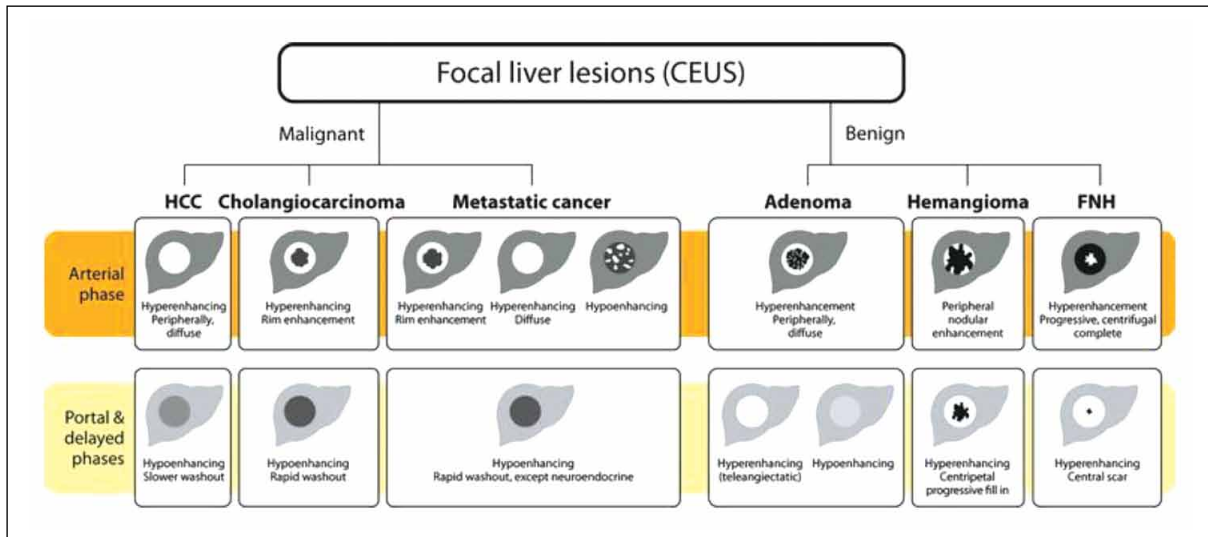
Λαμβάνοντας υπόψη ότι το Sononue® αποτελεί είναι καθαρά ενδαγγειακό σκιαγραφικό, οι πληροφορίες που λαμβάνονται κατά τη διάρκεια της εξέτασης έχουν



Εικόνα 4. Ταχεία είσοδος σκιαγραφικού σε ηπατική βλάβη στην αρτηριακή φάση.



Εικόνα 5. Έκπλυση σκιαγραφικού (wash out) σε ηπατική βλάβη στην καθυστερημένη φάση



Εικόνα 6.

άμεση συσχέτιση με την αιματική παροχή των δομών που εξετάζονται. Έτσι, βλάβες οι οποίες δεν ανήκουν φυσιολογικά στα εξεταζόμενα όργανα, π.χ. μορφώματα ήπατος, παρουσιάζουν διαφορετικό πρότυπο αγγείωσης και λαμβάνουν με διαφορετικό τρόπο το χορηγούμενο σκιαγραφικό.

Ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά που διαχωρίζουν με ιδιαίτερη ευκολία τις καλοήθειες από τις κακοήθειες βλάβες του ήπατος είναι το γεγονός ότι οι κακοήθειες βλάβες λαμβάνουν ταχύτερα σκιαγραφικό από το φυσιολογικό ηπατικό παρέγχυμα στη διάρκεια της αρτηριακής φάσης και “εκπλένουν” το σκιαγραφικό ταχύτερα (wash out) από το φυσιολογικό ηπατικό παρέγχυμα στην καθυστερημένη φάση.

Ο ακριβής τρόπος, μάλιστα, με τον οποίο εισέρχεται το σκιαγραφικό στη βλάβη π.χ. μέσω ενός κεντρικού αγγείου ή εκπλένεται δίνει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τις αγγειακές δομές της, βοηθώντας στη διαφορική διάγνωση βλαβών με τυπικό αγγειακό δίκτυο όπως π.χ. η εστιακή οζώδης υπερπλασία (FNH).

Αντίστοιχα πρότυπα περιγράφονται και σε εστιακές βλάβες άλλων οργάνων εκτός του ήπατος, όπως π.χ.

στους νευροενδοκρινείς όγκους παγκρέατος, οι οποίοι, σε αντίθεση με το τυπικό αδενοκαρκίνωμα, εμφανίζουν χαρακτηριστική πρώιμη λήψη σκιαγραφικού.

Επιπρόσθετες πληροφορίες που μπορούν να αξιολογηθούν κατά τη διάρκεια της εξέτασης είναι το ακριβές μέγεθος των βλαβών, η διήθηση τους σε παρακείμενους ιστούς/όργανα, η ύπαρξη κυστικών/νεκρωτικών στοιχείων ή φλεγμονωδών στοιχείων αλλά και η μεταβολή των βλαβών κατά τη διάρκεια της θεραπείας, με την προϋπόθεση ότι η εξέταση πραγματοποιείται από τον ίδιο έμπειρο χειριστή, με το ίδιο μηχάνημα.

Σύνοψη

Το υπερηχογράφημα με χορήγηση σκιαγραφικού παράγοντα Sonovue® αποτελεί ένα σημαντικό όπλο στη φαρέτρα μας κατά τη διαγνωστική προσέγγιση εστιακών αλλοιώσεων του ήπατος αλλά και άλλων ενδοκοιλιακών οργάνων ενώ τα τελευταία χρόνια η χρήση του επεκτείνεται σε όλο και περισσότερες ενδείξεις. Έχοντας ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες και αντενδείξεις μπορεί να εφαρμοστεί σε μια πληθώρα περιπτώσεων, ώστε στα χέρια ενός έμπειρου χειριστή με τα κατάλληλα μηχανήματα να προσφέρει σε πολύ σύντομο χρονικό



How to do it

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ SONOVUE® (CEUS - CONTRAST ENHANCED ULTRASOUND)

διάστημα πολύτιμες πληροφορίες που καθορίζουν τη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Dietrich CF et al. EFSUMB Technical Review - Update 2023: Dynamic Contrast-Enhanced Ultrasound (DCE-CEUS) for the Quantification of Tumor Perfusion. *Ultraschall Med.* 2024 Feb;45(1):36-46. English. doi: 10.1055/a-2157-2587.
2. Dietrich CF et al. Guidelines and Good Clinical Practice Recommendations for Contrast Enhanced Ultrasound (CEUS) in the Liver - Update 2020 - WFUMB in Cooperation with EFSUMB, AFSUMB, AIUM, and FLAUS. *Ultraschall Med.* 2020 Oct;41(5):562-585. English. doi: 10.1055/a-1177-0530.
3. Sidhu PS et al. The EFSUMB Guidelines and Recommendations for the Clinical Practice of Contrast-Enhanced Ultrasound (CEUS) in Non-Hepatic Applications: Update 2017 (Long Version). *Ultraschall Med.* 2018 Apr;39(2):e2-e44. English. doi: 10.1055/a-0586-1107.
4. Strobel D et al, Tumor-Specific Vascularization Pattern of Liver Metastasis, Hepatocellular Carcinoma, Hemangioma and Focal Nodular Hyperplasia in the Differential Diagnosis of 1349 Liver Lesions in Contrast-Enhanced Ultrasound (CEUS). *Ultraschall in Der Medizin - European Journal of Ultrasound*, 30(04), 376-382. doi:10.1055/s-0028-1109672.
5. Bitzer M et al. S3-Leitlinie "Diagnostik und Therapie des Hepatozellulären Karzinoms" – Langversion 4.0. *Z Gastroenterol.* 2024 Jan;62(1): e67-e161. German. doi: 10.1055/a-2189-6353.
6. Befundungsatlas – Kontrastmittelsonographie, fokale Leberläsionen, Dr. med. Horst Kinkel, Krankenhaus Düren
7. <https://www.bracco.com/en-se/product/sonovue>
8. <http://www.efsumb-atlas.org>



5 ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΕΚΤΟΜΗ (ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION – EMR)

Αντωνία Παναγάκη, Ειδικευόμενη Γαστρεντερολογίας, Γαστρεντερολογικό Τμήμα,
Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο Πατησίων», Αθήνα

Κωνσταντίνα Δ. Παρασκευά, Επιστημονικά και Διοικητικά υπεύθυνη Γαστρεντερολογικού
Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο Πατησίων», Αθήνα

Στον δυτικό κόσμο η τεχνική της ενδοσκοπικής βλεννογονεκτομής (*Endoscopic mucosal resection – EMR*) χρησιμοποιείται κυρίως για την αφαίρεση πολυπόδων παχέος εντέρου >20mm. Στο παρόν άρθρο θα παρουσιάσουμε πέντε προτάσεις – τεχνικές συμβουλές για την διενέργειά της.

1. Οπτική διάγνωση

Η οπτική διάγνωση του πολύποδα θα πρέπει να διενεργείται με τη ψηφιακή ή κλασική χρωμοενδοσκόπηση και να περιλαμβάνει:

- i. τα αδρά (ταξινόμηση κατά *Paris*) και λεπτομερή μορφολογικά χαρακτηριστικά του πολύποδα με συστήματα ταξινόμησης (*Sano, JNET, Kudo*)
- ii. το μέγεθος και την θέση αυτού

Τα ανωτέρω στοιχεία επιτρέπουν την εκτίμηση της πιθανότητας υποβλεννογονίας διήθησης και λεμφαγγειακής διασποράς και κατ' επέκταση την δυνατότητα πλήρους και ασφαλούς ενδοσκοπικής αφαίρεσης καθώς και την βέλτιστη τεχνική ανά περίπτωση.

2. Ενδοσκοπικά εργαλεία

Προτείνουμε τη χρήση cap για την αφαίρεση επίπεδων βλαβών που βρίσκονται επί πτυχών του εντέρου και τη χρήση άκαμπτων βρόχων με διάμετρο έως 20 mm ενώ στα οδοντωτά αδενώματα συστήνουμε εκτομή με ειδικό βρόχο.

3. Υποβλεννογονία έγχυση

Η υποβλεννογονία έγχυση συστήνεται να πραγματοποιείται με τη χρήση διαλυμάτων με μεγαλύτερο ιξώδες από τον φυσιολογικό ορό (*Gelofusine, Voluten, Glycerol*) με προσθήκη αδρεναλίνης και μπλε χρωστικής (*Indigo*

carmine). Κατά τη διάρκεια της έγχυσης η βελόνα θα πρέπει να σπκώνεται προς τα πάνω ώστε να επιτευχθεί ικανή ανύψωση από τη μυϊκή στοιβάδα, διαδικασία γνωστή ως δυναμική έγχυση. Όταν η ανύψωση δεν είναι ικανοποιητική, η υποβρύχια πολυποδεκτομή αποτελεί μια καλή εναλλακτική.

4. Τεχνική

Τοποθετούμε τον πολύποδα στην 6^η ώρα και η εκτομή ξεκινάει από το άπω πέρασ του πολύποδα (προς τον πρωκτό). Για πολύποδες με διάμετρο > 20mm προτείνεται η τμηματική εκτομή σε όσο το δυνατόν λιγότερα κομμάτια. Κάθε τμήμα πρέπει να αφαιρείται σε συνέχεια με το προηγούμενο ώστε να μην δημιουργούνται νησίδες υπολειμματικού ιστού.

5. Μετά την εκτομή

Τυχόν υπολειμματικός ιστός θα πρέπει να αφαιρείται με ψυχρό βρόχο ή λαβίδα βιοψίας (*Cold, hot avulsion*) και να εφαρμόζεται καυτηριασμός στα άκρα με τη χρήση του βρόχου (*soft tip coagulation*) για μείωση του κινδύνου υποτροπής. Τα αγγεία θα πρέπει να καυτηριάζονται και να αναγνωρίζονται σημεία πιθανής διάτρησης. Συστήνουμε προφυλακτική σύγκλιση με μεταλλικούς αγκιτήρες για πρόληψη της καθυστερημένης αιμορραγίας σε πολυποδεκτομή στο δεξιό τμήμα παχέος εντέρου ή σε ασθενείς με χρόνια αγωγή με αντιπηκτικά / αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Siddiqui UD. Top tips for colonic EMR (with video). *Gastrointest Endosc.* 2023 Nov;98(5):834-838. doi: 10.1016/j.gie.2023.04.008.



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΣΤΑΤΙΝΕΣ: ΝΕΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ?

Χρίστος Παυλίδης, MD, PhD, FEBGH, Γαστρεντερολόγος,
Διευθυντής Γαστρεντερολογικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας

Εισαγωγή

Οι αναστολείς της 3-υδροξυ-3-μεθυλ-γλουταρυλ-CoA αναγωγάσης, “στατίνες”, έχουν χρησιμοποιηθεί για περισσότερες από τρεις δεκαετίες για τη θεραπεία της υπερχοληστερολαιμίας, αναστέλλοντας τη σύνθεση της χοληστερόλης μέσω της ανταγωνιστικής αναστολής του ηπατικού ενζύμου HMG-CoA αναγωγάση.¹ Αντιπροσωπεύουν μια σημαντική κατηγορία φαρμάκων για τη θεραπεία και την πρόληψη της αθηροσκληρωτικής καρδιαγγειακής νόσου.

Σύμφωνα με τελευταία δεδομένα, οι στατίνες επιτυγχάνουν μείωση της λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας χοληστερόλης (LDL-C) κατά μέσο όρο 55% στις μέγιστες δόσεις, με συνέπεια την σημαντική μείωση της συχνότητας εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, συμπεριλαμβανομένων των ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων αλλά και των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα. Αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο τόσο της θεραπείας, όσο και της πρωτογενούς πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων.²

Ασφάλεια στατινών

Είναι πλέον παγιωμένη η γνώση ότι οι στατίνες είναι **ασφαλή φάρμακα**. Σύμφωνα με μεταanalύσεις μελετών προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

- Ο κίνδυνος *σοβαρής μυοπάθειας* που προκαλείται από στατίνες, συμπεριλαμβανομένης της ραβδομυόλυσης, είναι <0,1%, ενώ ο κίνδυνος *σοβαρής ηπατοτοξικότητας* είναι ≈0,001%. Η ήπια, (λιγότερο από 3 φορές της ανώτερης φυσιολογικής τιμής), παροδική αύξηση των τρανσαμινασών παρατηρείται σε ~1% των ασθενών και δεν συνοδεύεται από ηπατική βλάβη. Ο κίνδυνος νέο-διαγνωσθέντα σακχαρώδη διαβήτη που προκαλείται από στατίνες είναι ≈0,2% ανά έτος θεραπείας και εξαρτάται και από άλλους υποκείμενους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου στον πληθυσμό των μελετών. Σε ασθενείς με εγκεφαλική αγγειακή νόσο, οι στατίνες πιθανώς να αυξάνουν τον κίνδυνο αιμορραγικού

εγκεφαλικού επεισοδίου. Ωστόσο, προκαλούν σαφώς μεγαλύτερη μείωση του κινδύνου εγκεφαλικού επεισοδίου ισχαιμικής αιτιολογίας, καθώς και άλλων καρδιαγγειακών συμβάντων. Δεν υπάρχουν πειστικά στοιχεία για αιτιολογική σχέση μεταξύ στατινών και καρκίνου, καταρράκτη, γνωστικής δυσλειτουργίας, περιφερικής νευροπάθειας, στυτικής δυσλειτουργίας ή τενοντίτιδας. Στην κλινική πράξη στις ΗΠΑ, έχει αναφερθεί ότι περίπου 10% των ασθενών σταματούν την αγωγή λόγω υποκειμενικών παραπόνων, πιο συχνά μυϊκών συμπτωμάτων χωρίς συνοδό αυξημένη κρεατινο-φωσφοκινάση. Αντίθετα, σε τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές, η διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης μυϊκών συμπτωμάτων χωρίς σημαντικά αυξημένη κρεατινική κινάση στους ασθενείς που έλαβαν στατίνη σε σύγκριση με αυτούς που έλαβαν εικονικό φάρμακο, είναι <1% και είναι ακόμη μικρότερη (0,1%) για ασθενείς που διέκοψαν τη θεραπεία λόγω τέτοιων μυϊκών συμπτωμάτων. Αυτό υποδηλώνει ότι τα μυϊκά συμπτώματα συνήθως δεν προκαλούνται από τις φαρμακολογικές επιδράσεις της στατίνης. Η επανέναρξη της θεραπείας με στατίνες σε αυτούς τους ασθενείς μπορεί να είναι δύσκολη, αλλά είναι σημαντική, ειδικά σε αυτούς με υψηλό κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων, για τους οποίους η πρόληψη αποτελεί προτεραιότητα.³

Έτσι, με βάση τα δεδομένα ασφαλείας των μελετών ο **FDA, (Food and Drug Administration), το 2012** προχώρησε στην εξής οδηγία: ‘...πρέπει να πραγματοποιείται έλεγχος ηπατικών ενζύμων πριν από την έναρξη της θεραπείας με στατίνες και στη συνέχεια **όπου ενδείκνυται κλινικά**. Η σοβαρή ηπατική βλάβη από στατίνες **είναι σπάνια** και απρόβλεπτη σε μεμονωμένους ασθενείς οπότε, η τακτική περιοδική παρακολούθηση των ηπατικών ενζύμων δεν φαίνεται να είναι αποτελεσματική στην ανίχνευση ή την πρόληψη σοβαρής ηπατικής βλάβης’.⁴

Νέα δεδομένα για τις δράσεις των στατινών

Εκτός από τις ιδιότητες μείωσης των λιπιδίων, οι

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΣΤΑΤΙΝΕΣ: ΝΕΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ?



στατίνες εμφανίζουν πολλαπλές πλειοτροπικές δράσεις όπως αντιοξειδωτικές, αντιφλεγμονώδεις αλλά και ανοσοτροποποιητικές.^{5,6} Σε πειραματικές μελέτες φάνηκε επίσης ότι έχουν την ικανότητα να βελτιώνουν την ενδοθηλιακή λειτουργία καθώς και να διεγείρουν τη νέο-αγγειογένεση⁷ (Εικόνα 1). Τα δεδομένα των μελετών έως σήμερα προτείνουν κάποιους μηχανισμούς και υπογραμμίζουν πιθανό κλινικό όφελος σε χρόνια ηπατικά νοσήματα κυρίως μέσω:

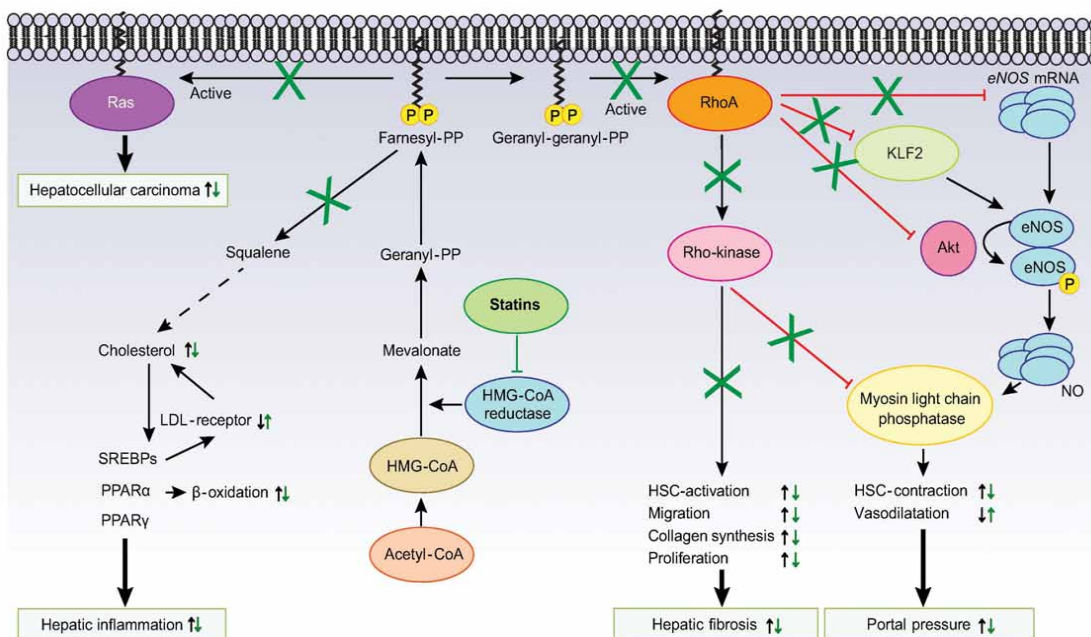
1. μείωσης του οξειδωτικού στρες και της φλεγμονής που σχετίζεται εν μέρει με την επίδραση στη διαφοροποίηση των μεσεγχυματικών αρχέγονων κυττάρων^{8,9,10}
2. βελτίωσης της ενδοθηλιακής λειτουργίας και του τόνου των ηπατικών αγγείων μέσω αύξησης της σύνθεσης του μονοξειδίου του αζώτου καθώς και της αύξησης των ενδοθηλιακών κυττάρων^{11,12,13,14}
3. του μειωμένου κύκλου των αστεροειδών κυττάρων¹⁵ και
4. προστασίας από τη βλάβη που προκαλείται από λιποπυρωσασκακχαρίτες ή από καταστάσεις μικρο-ισχαιμίας^{16,17}

Στατίνες και ηπατικά νοσήματα

Οι πρώτες διαθέσιμες πληροφορίες για αυτή την ομάδα ασθενών προέρχονται από μεγάλες αναδρομικές μελέτες κοόρτης σε ασθενείς με χρόνια ηπατική νόσο λόγω χρόνιας ηπατίτιδας Β ή ηπατίτιδας C, χωρίς κίρρωση. Στις μελέτες αυτές παρατηρήθηκε μείωση της συχνότητας εμφάνισης κίρρωσης, ανάπτυξης ΗΚΚ και θνησιμότητας σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με στατίνες.^{18,19} Τα τελευταία χρόνια αναδρομικές μελέτες, κυρίως σε ασθενείς με λιπώδη νόσο του ήπατος με αυξημένη ίνωση χωρίς κίρρωση, έδειξαν μείωση του κινδύνου εξέλιξης της ίνωσης ή/και κίρρωσης σε αυτούς που έλαβαν στατίνες για τη θεραπεία υπερχοληστεριναιμίας.²⁰ Μια άλλη πρόσφατη μετα-ανάλυση κατέληξε επίσης στο συμπέρασμα ότι οι στατίνες μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κίρρωσης σε ασθενείς με χρόνια ηπατική νόσο διαφορετικών αιτιολογιών.²¹

Μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος/στεατοηπατίτιδα

Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (ΜΑΛ-



Εικόνα 1. Πλειοτροπικές δράσεις στατινών στο ήπαρ.



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΣΤΑΤΙΝΕΣ: ΝΕΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ?

ΝΗ) είναι η πιο κοινή ηπατική διαταραχή στον δυτικό κόσμο. Κύριοι παράγοντες κινδύνου για ΜΑΛΝΗ είναι η κεντρική παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, η υπερλιπιδαιμία και η παρουσία μεταβολικού συνδρόμου. Παράλληλα, η ισχυρή σχέση μεταξύ ΜΑΛΝΗ και μεταβολικού συνδρόμου συνδέεται και με *αυξημένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα*.²²

Παρά την εκτεταμένη γνώση της επιδημιολογίας, παθογένειας και φυσικής ιστορίας της ΜΑΛΝΗ, δεν υπάρχει προς το παρόν εγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή για την πρόληψη και/ή τη θεραπεία της, εκτός από τροποποίηση του τρόπου διατροφής, των μεταβολικών παραγόντων κινδύνου, τον έλεγχο του σωματικού βάρους καθώς και την αύξηση της καθημερινής άσκησης.²³

Οι σημερινές κατευθυντήριες οδηγίες *δεν συνιστούν* τις στατίνες ως πρωτεύουσα θεραπεία της στεάτωσης/στεατοπατίτιδας.²⁴ Έχουν γίνει μελέτες σε ανθρώπους με στόχο την διερεύνηση της επίδρασης των στατινών στην ΜΑΛΝΗ αλλά και την αποτελεσματικότητα αυτών σε ιστολογικές παραμέτρους. Ωστόσο, πολλές μελέτες δεν κατάφεραν να αποδείξουν ένα σημαντικό όφελος των στατινών, πιθανώς λόγω του μικρού μεγέθους του

δείγματος, των διαφορετικών τύπων στατινών αλλά και τη διαφορετική διάρκεια παρακολούθησης.^{25,26}

Σε πρόσφατη **μετανάλυση**, που περιέλαβε μεγάλο αριθμό μελετών από τους Boutari C. και συν. φαίνεται ότι, οι στατίνες μειώνουν σημαντικά τόσο τα ηπατικά ένζυμα (AST, ALT, γ-GT), όσο και τα επίπεδα χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων σε ασθενείς με ΜΑΛΝΗ-ΜΑΣΗ. Επίσης, η μετανάλυση έδειξε ότι βελτιώνουν σημαντικά το βαθμό στεάτωσης αλλά όχι τόσο το βαθμό ίνωσης, σε μελέτες όπου υπήρχαν βιοψίες ήπατος (πίνακες 1,2,3).²⁷

Είναι γεγονός ότι η χορήγηση ή όχι των στατινών σε ασθενείς με ήπια αύξηση των τρανσαμινασών αποτελούσε επί σειρά ετών θέμα αντιπαράθεσης. Ωστόσο, δεδομένου του γεγονότος ότι οι ασθενείς με στεατοπατίτιδα διατρέχουν υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο και ότι οι στατίνες αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας της δυσλιπιδαιμίας και της πρόληψης καρδιαγγειακών συμβαμάτων^{28,29} η χρήση αυτών των φαρμακευτικών παραγόντων σε ασθενείς με ΜΑΛΝΗ δεν θα πρέπει να αποφεύγεται ή να υποτιμάται. Μια μετα-ανάλυση 16 μελετών παρατήρησης, συμπεριλαμβανομένων 34.043 ασθενών, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με ΜΑΛΝΗ είχαν 64% υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Επίδραση στατινών στα ηπατικά ένζυμα.

Statins effect on liver enzymes in statin treatment arm (values pre- and post-treatment with statin)						
Study	ALT (pre) (IU/L)	ALT (post) (IU/L)	AST (pre) (IU/L)	AST (post) (IU/L)	GGT (pre) (IU/L)	GGT (post) (IU/L)
Kiyici et al. (2003)	81.8 ± 8.9	44.8 ± 5.7	45.4 ± 4	32.1 ± 3	64.2 ± 9.5	37.2 ± 4.2
Athyros et al. (2006)	54 ± 23	32 ± 9	38 ± 11	25 ± 8	52 ± 28	33 ± 8
Ekstedt et al. (2007)	80 ± 48	63 ± 40	41 ± 15	36 ± 13	N/A	N/A
Georgescu et al. (2007)	66.7 ± 16.4	34.8 ± 15.7	N/A	N/A	40.6 ± 27	27.5 ± 13.9
Hyogo et al. (2008)	89.4 ± 46.3	35.9 ± 13.5	51.1 ± 23.3	25.8 ± 7.3	87 ± 74	51 ± 16
Nelson et al. (2009)	70.4 ± 29.6	49.5 ± 15.6	43.3 ± 14.8	36.5 ± 11.5	N/A	N/A
Hyogo et al. (2011)	102.1 ± 60.1	68.2 ± 48.3	62.6 ± 48.9	41.8 ± 18.2	94.5 ± 82.7	59.6 ± 21.1
Maroni et al. (2011)	37.6 ± 14.2	44.7 ± 30.4	26.3 ± 8.2	34.3 ± 31.6	76.4 ± 59	86.5 ± 93.3
Nakahara et al. (2012)	68.7 ± 52.5	50.3 ± 27.8	40.1 ± 22.8	33.8 ± 15.2	78.7 ± 83.6	61.4 ± 51.2
Hyogo et al. (2012)	89 ± 61.9	56.6 ± 52.3	48 ± 26.7	33 ± 18.4	90.4 ± 89.9	65.1 ± 49.9
Kargiotis et al. (2015)	66.6	27.6	56.9	18.3	76.4	42.4
Rana et al. (2016)	51.9 ± 17.5	59.9 ± 30.6	44.6 ± 17.8	52.9 ± 27.3	N/A	N/A
Sfikas et al. (2020)	61.2 ± 14.3	36 ± 9.1	46.4 ± 12.3	33.8 ± 9	46.4 ± 15.3	33.9 ± 10.5

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΣΤΑΤΙΝΕΣ: ΝΕΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ?



ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Επίδραση των στατινών σε χοληστερόλη και τριγλυκερίδια.

Statins effect on lipid profile in statin treatment arm (values pre-and post-treatment with statin)								
Study	CHOL (pro) (mg/dL)	CHOL (post) (mg/dL)	LDL (pro) (mg/dL)	LDL (post) (mg/dL)	HDL (pro) (mg/dL)	HDL (post) (mg/dL)	trigl (pro) (mg/dL)	trigl (post) (mg/dL)
Kiyici et al. (2003)	238.2 ± 6.6	183.7 ± 7	N/A	N/A	N/A	N/A	82 ± 5.4	71.9 ± 8.9
Athyros et al. (2006)	235.9 ± 42.5	162.4 ± 30.9	154.7 ± 38.7	100.5 ± 23.2	38.7 ± 15.5	42.5 ± 19.3	88.9 ± 46.4	61.9 ± 27.1
Ekstedt et al. (2007)	264 ± 86	176 ± 39	N/A	101 ± 35	N/A	45 ± 9.5	184 ± 99	159 ± 60
Georgescu et al. (2007)	325.9 ± 49.2	208.6 ± 13.8	N/A	N/A	N/A	N/A	223.3 ± 80	145.9 ± 44.4
Hyogo et al. (2008)	237 ± 39	163 ± 32	147 ± 31	81 ± 27	50 ± 12	55 ± 12	199 ± 90	132 ± 44
Nelson et al. (2009)	230.5 ± 72.5	209.1 ± 114.7	138.5	102.7	N/A	N/A	388.7 ± 507.9	490 ± 890.5
Hyogo et al. (2011)	252.8 ± 53	184 ± 41.9	160.7 ± 45.4	100.3 ± 32.1	50.1 ± 15.6	52.6 ± 11.4	216.9 ± 113.1	169.4 ± 94.8
Maroni et al. (2011)	289.8 ± 46.0	192.3 ± 33.8	194.4 ± 41.3	110.9 ± 25.9	56.1 ± 16.4	54.3 ± 15.4	212 ± 146.2	146.2 ± 105.8
Nakahara et al. (2012)	245.3 ± 30.8	170.8 ± 22.3	170.5 ± 32.3	90.5 ± 22.4	58.2 ± 15.8	55.1 ± 14.5	172.9 ± 63.6	151.5 ± 55
Hyogo et al. (2012)	233.9 ± 35	177 ± 35.5	144.5 ± 29.2	92.9 ± 30.8	48 ± 12.5	54.1 ± 11.9	206.8 ± 114.8	150.1 ± 73.1
Kargiotis et al. (2015)	251 ± 22	179 ± 9	180 ± 23	110 ± 11	38 ± 5	44 ± 5	187 ± 19	117 ± 18
Rana et al. (2016)	205.1 ± 29.3	146.8 ± 19.0	113.2 ± 38.3	59.4 ± 12.5	37.9 ± 5.1	40.4 ± 4.6	260.7 ± 21.4	138.1 ± 14.2
Sfikas et al. (2020)	237 ± 39	163 ± 32	147 ± 31	81 ± 27	50 ± 12	55 ± 12	199 ± 90	132 ± 44

C. Boutari et al, Clinical Nutrition 2022

θανατηφόρα ή μη θανατηφόρα καρδιαγγειακά επεισόδια σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς λιπώδη νόσο ήπατος.²⁶ Επιπλέον, άλλη μετα-ανάλυση 34 μελετών έδειξε ότι η ΜΑΛΝΗ σχετίζεται σαφώς με αυξημένο κίνδυνο για επεισόδιο καρδιαγγειακής νόσου και ότι οι ασθενείς με λιπώδη διήθηση ήπατος είναι πιο πιθανό να διαγνωστούν με στεφανιαία νόσο.³⁰ Συγκεκριμένα, η ΜΑΛΝΗ σχετίζεται όχι μόνο με μεγαλύτερο επιπολασμό κλινικά

τεκμηριωμένης καρδιαγγειακής νόσου, αλλά και με δείκτες αθηροσκλήρωσης όπως: η αυξημένη αρτηριακή ακαμψία, το πάχος του έσω χιτώνα της καρωτιδικής αρτηρίας και η ασβέστωση των στεφανιαίων αρτηριών.^{31,32}

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι σημερινές *κατευθυντήριες οδηγίες* σχετικά με τη στεάτωση/στεατοηπατίτιδα, αναφέρουν ότι οι στατίνες μπορούν να χρησιμοποιηθούν

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Επίδραση των στατινών στην στεάτωση, το δείκτη ενεργότητας στεάτωσης και στο βαθμό ίνωσης.

Statins effect on histological findings (steatosis grade, NAS, fibrosis stage) in statin treatment arm (values pre- and post-treatment with statin).						
Study	Steatosis grade (pro) (%)	Steatosis grade (post) (%)	NAS (pro)	NAS (post)	Fibrosis stage (pro)	Fibrosis stage (post)
Kiyici et al. (2003)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Athyros et al. (2006)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Ekstedt et al. (2007)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Georgescu et al. (2007)	N/A	N/A	6.7 ± 1.3	5 ± 1.6	N/A	N/A
Hyogo et al. (2008)	1.6 ± 0.1	0.8 ± 0.1	4.1 ± 0.3	2.9 ± 0.2	1.8 ± 0.2	1.9 ± 0.2
Nelson et al. (2009)	N/A	N/A	N/A	N/A	1.3 ± 0.7	1.5 ± 0.9
Hyogo et al. (2011)	2.8 ± 0.6	2.5 ± 0.7	6.7 ± 1.3	6.3 ± 1.2	2.3 ± 0.7	2.1 ± 0.6
Maroni et al. (2011)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Nakahara et al. (2012)	1.4 ± 0.8	1.1 ± 0.3	3.9 ± 1.5	3.4 ± 1.0	2.3 ± 0.7	2 ± 0.7
Hyogo et al. (2012)	N/A	N/A	3.9 ± 1	3 ± 0.9	N/A	N/A
Kargiotis et al. (2015)	3 ± 0	0.05 ± 0.1	8 ± 0	0.2 ± 0.4	N/A	N/A
Rana et al. (2016)	2.6 ± 0.5	1.3 ± 0.5	N/A	N/A	N/A	N/A
Sfikas et al. (2020)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

C. Boutari et al, Clinical Nutrition 2022



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΣΤΑΤΙΝΕΣ: ΝΕΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ?

με ασφάλεια όπου ενδείκνυται για τη θεραπεία της δυσλιπιδαιμίας και φυσικά για την πρόληψη της καρδιοαγγειακής νόσου.²⁴

Έτσι, οι γιατροί δεν θα πρέπει να διστάζουν να συνταγογραφούν στατίνες σε ασθενείς με ΜΑΛΝΗ και ιδιαίτερα σε ασθενείς με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Απαιτούνται μελλοντικές τυχαίοποιημένες δοκιμές μεγάλης κλίμακας, με αυστηρή μεθοδολογία και εκτεταμένη διάρκεια μελέτης για τον περαιτέρω καθορισμό του ρόλου των στατινών στη διαχείριση της λιπώδους νόσου του ήπατος.

Στατίνες και κίρρωση ήπατος

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι θετικές επιδράσεις των στατινών σε ασθενείς με κίρρωση σχετίζονται κυρίως με μείωση του ποσοστού ρήξης της αντιρρόπησης και τη βελτίωση της θνησιμότητας.^{33,34} Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε επίσης θετική επίδραση των στατινών στην πρόληψη ανάπτυξης οξείας επί χρόνιας ηπατικής βλάβης.³⁵ Ωστόσο, ένα αξιολογημένο μέρος αυτών των στοιχείων προέρχεται από αναδρομικές κυρίως μελέτες κοόρτης και τα αποτελέσματα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή. Οι ασθενείς σε αυτές τις μελέτες είχαν μικτής αιτιολογίας κίρρωση, κυρίως χρόνια ιογενή ηπατίτιδα και ηπατική νόσο που σχετίζεται με κατάχρηση αλκοόλ.

Ως αποτέλεσμα των δεδομένων από τις μελέτες που έχουν αναπτυχθεί μέχρι σήμερα, είναι οι *κατευθυντήριες οδηγίες* του **EASL (European Association for the Study of the Liver)**, να αναγνωρίζουν τις ευεργετικές επιδράσεις των στατινών στην κίρρωση, αλλά να υποστηρίζουν ταυτόχρονα ότι απαιτείται περαιτέρω κλινική έρευνα και τεκμηρίωση.³⁶ Αρκετές διπλές τυχαίοποιημένες μελέτες με σκληρά καταληκτικά σημεία, βρίσκονται σήμερα σε εξέλιξη για να επιβεβαιώσουν τις πιθανές ευεργετικές επιδράσεις των στατινών στην αντιρροπούμενη και μη αντιρροπούμενη κίρρωση (NCT04072601, NCT03654053, NCT01282398 και NCT03654053).

Η επίδραση των στατινών στην πυλαία υπέρταση έχει μελετηθεί σε 4 τυχαίοποιημένες μελέτες μέσω της

μέτρησης της ΗVPG, (διαφορά πίεσης ηπατικής φλέβας), σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με στατίνες έναντι εικονικού φαρμάκου, στην έναρξη και σε 1 ή 3 μήνες μετά, ανάλογα με τη μελέτη.³⁷⁻³⁷ Εκτός από 1 μελέτη που διεξήχθη με ατορβαστατίνη, όλες οι μελέτες χρησιμοποίησαν σιμβαστατίνη. Τρεις RCT έδειξαν σημαντική μείωση στην πίεση της πυλαίας σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με στατίνες.³⁴⁻³⁹ Και οι 3 δοκιμές περιλάμβαναν διαφορετικό ποσοστό ασθενών που έλαβαν θεραπεία με προπρανολόλη, που κυμαινόταν από 50% έως 100%. Συγκεκριμένα, οι στατίνες μείωσαν την πυλαία πίεση ανεξάρτητα αν υπήρχε ταυτόχρονη χορήγηση προπρανολόλης. Μόνο μία μελέτη απέτυχε να δείξει σημαντική μείωση της πίεσης στην πυλαία. Σε αυτή τη μελέτη η σιμβαστατίνη χορηγήθηκε σε συνδυασμό με καρβεδιλόλη.⁴⁰

Ως επακόλουθο των παραπάνω αποτελεσμάτων, οι *κατευθυντήριες οδηγίες* του **Baveno VII** ενθαρρύνουν τη χρήση στατινών σε ασθενείς με κίρρωση, στους οποίους υπάρχει ένδειξη για τη χρήση τους, δεδομένου ότι μπορεί να μειώσουν την πίεση στην πυλαία, (επιστημονικός βαθμός σύστασης A1), αλλά και να βελτιώσουν τη συνολική επιβίωση (επιστημονικός βαθμός σύστασης B1) σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών.⁴¹

Μείωση κινδύνου ΗΚΚ

Αρκετές αναδρομικές μελέτες κοόρτης, (κυρίως μελέτες ιογενούς ηπατίτιδας και με τη χρήση λιπόφιλων στατινών), έχουν βρει χαμηλότερη επίπτωση για ανάπτυξη ΗΚΚ.^{42,46} Μεταξύ αυτών των μελετών, μόνο λίγες έχουν συμπεριλάβει ασθενείς με προχωρημένη ίνωση και κίρρωση.⁴⁷

Μια προηγούμενη μετα-ανάλυση ανέφερε ότι οι χρήστες στατινών είχαν 37% λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ΗΚΚ από τους μη χρήστες, αν και υπήρχαν ετερογενή αποτελέσματα, διέφεραν σημαντικά οι παράγοντες κινδύνου για ΗΚΚ και το όφελος προήλθε κυρίως από μελέτες που συμπεριέλαβαν Ασιατικό πληθυσμό.⁴⁸ Πιο πρόσφατη μετα-ανάλυση που περιλάμβανε δεδομένα

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΣΤΑΤΙΝΕΣ: ΝΕΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ?



από **25 μελέτες** με 1.925.964 ασθενείς ανέφερε μείωση κατά 25% της επίπτωσης ΗΚΚ σε χρήστες στατινών, σε σύγκριση με μη χρήστες.⁴⁹ Η επίδραση των στατινών στη μειωμένη επίπτωση του ΗΚΚ ήταν δοσοεξαρτώμενη, πιο έντονη με τις λιπόφιλες στατίνες και μεγαλύτερο όφελος σε ασθενείς με ιογενή ηπατίτιδα (συγκεκριμένα χρόνια ηπατίτιδα Β).

Ασφάλεια στατινών στους κίρρωτικούς

Δύο παρενέργειες της θεραπείας με στατίνες μπορεί να είναι ιδιαίτερα ανησυχητικές σε ασθενείς με κίρρωση: η ηπατο-τοξικότητα και η μυο-τοξικότητα. Η ηπατο-τοξικότητα σχετίζεται με παροδικές αυξήσεις των επιπέδων τρανσαμινασών, ενώ η σοβαρή ηπατική βλάβη είναι εξαιρετικά σπάνια.⁵⁰ Η σοβαρότητα της μυϊκής τοξικότητας κυμαίνεται από μυαλγία έως την πιο σοβαρή μορφή, τη ραβδομυόλυση. Ο κίνδυνος σοβαρής μυϊκής τοξικότητας φαίνεται να σχετίζεται με τη συστηματική έκθεση σε στατίνες, η οποία είναι αυξημένη σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος και διαταραγμένη ηπατική λειτουργία, πιθανώς λόγω του μειωμένου μεταβολισμού των φαρμάκων.⁵¹

Σε ασθενείς με αντιρροπούμενη κίρρωση, (Child Rough A), η θεραπεία με σιμβαστατίνη σε υψηλές δόσεις (40 mg την ημέρα) δεν συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο μυϊκής τοξικότητας.^{39,40} Σε ασθενείς με Child Rough C όμως υπήρχε αύξηση των περιπτώσεων μυϊκής τοξικότητας με αυτή τη δοσολογία ενώ αντίθετα, δεν έχει περιγραφεί μυϊκή τοξικότητα με χαμηλές δόσεις σιμβαστατίνης (20 mg την ημέρα) σε αυτόν τον πληθυσμό.⁵² Θα πρέπει σημειωθεί ότι τα περισσότερα από τα στοιχεία που αφορούν στην ασφάλεια των στατινών σε ασθενείς με κίρρωση προέρχονται από μελέτες με σιμβαστατίνη ή ατορβαστατίνη, οι οποίες είναι λιπόφιλες ενώσεις. Στο γενικό πληθυσμό, οι υδρόφιλες στατίνες, όπως η πραβαστατίνη και η ροσουβαστατίνη, έχουν δείξει καλύτερο προφίλ ασφάλειας και έχουν συσχετιστεί με χαμηλότερο κίνδυνο μυϊκής τοξικότητας. Επιπλέον, αυτά τα φάρμακα υφίστανται λιγότερο ηπατικό μεταβολισμό.⁵³

Συμπερασματικά, απαιτούνται περισσότερες μελέτες σε ασθενείς με κίρρωση για να διερευνηθούν οι πιθανές ευεργετικές επιδράσεις των στατινών καθώς και το προφίλ ασφάλειάς τους, ώστε να αποτελέσουν στο μέλλον μία επιπλέον επιλογή στην θεραπεία αυτών των ηπατικών νοσημάτων.

Βιβλιογραφία

1. Chou R, Dana T, Blazina I, Daeges M, Jeanne TL. Statins for prevention of cardiovascular disease in adults: evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA*. 2016;316(19):2008–2024. doi: 10.1001/jama.2015.15629.
2. Baigent C, Keech A, Kearney PM, Blackwell L, Buck G, et al. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins [published corrections appear in *Lancet*. 2005;366:1358 and *Lancet*. 2008;371:2084]. *Lancet*. 2005; 366:1267–1278. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67394-1
3. Connie B. Newman, David Preiss, Jonathan A. Tobert, Terry A. Jacobson MD, et al. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2019;39: e38-e81. DOI: 10.1161/ATV.0000000000000073.
4. FDA Drug Safety Communication: Important safety label changes to cholesterol-lowering statin drugs, Feb 2012
5. Feldt M, Bjarnadottir O, Kimbung S, et al. Statin-induced anti-proliferative effects via cyclin D1 and p27 in a window-of-opportunity breast cancer trial. *J Transl Med*. 2015;13(1):133. doi:10.1186/s12967-015-0486-04.
6. Sorrentino G, Ruggeri N, Specchia V, et al. Metabolic control of YAP and TAZ by the mevalonate pathway. *Nat Cell Biol*. 2014;16(4):357–366. doi:10.1038/ncb2936
7. Zhang Q, Dong J, Yu Z. Pleiotropic use of statins as non-lipid-lowering drugs. *Int J Biol Sci*. 2020;16(14):2704–2711. doi:10.7150/ijbs.42965



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΣΤΑΤΙΝΕΣ: ΝΕΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ?

8. Lefer DJ. Statins as potent antiinflammatory drugs. *Circulation*. 2002; 106:2041–2.
9. La Mura V, Pasarín M, Meireles CZ, Miquel R, Rodríguez-Vilarrupla A, Hide D, et al. Effects of simvastatin administration on rodents with lipopolysaccharide-induced liver microvascular dysfunction. *Hepatology*. 2013; 57:1172–81.
10. Izadpanah R, Schächtele DJ, Pfnür AB, Lin D, Slakey DP, Kadowitz PJ, et al. The impact of statins on biological characteristics of stem cells provides a novel explanation for their pleiotropic beneficial and adverse clinical effects. *Am J Physiol Cell Physiol*. 2015;309:C522–31.
11. Kalinowski L, Dobrucki LW, Brovkovich V, Malinski T. Increased nitric oxide bioavailability in endothelial cells contributes to the pleiotropic effect of cerivastatin. *Circulation*. 2002; 105:933–8.
12. Laufs U, Fata VL, Liao JK. Inhibition of 3-hydroxy-3-methyl-glutaryl (HMG)-CoA reductase blocks hypoxia-mediated down-regulation of endothelial nitric oxide synthase. *J Biol Chem*. 1997; 272:31725–9.
13. Hernández-Perera O, Pérez-Sala D, Navarro-Antolín J, Sánchez-Pascuala R, Hernández G, Díaz C, et al. Effects of the 3-hydroxy-3-methylglutaryl-CoA reductase inhibitors, atorvastatin and simvastatin, on the expression of endothelin-1 and endothelial nitric oxide synthase in vascular endothelial cells. *J Clin Invest*. 1998; 101:2711–9.
14. Abraldes JG, Rodríguez-Vilarrupla A, Graupera M, Zafra C, García-Calderó H, García-Pagán JC, et al. Simvastatin treatment improves liver sinusoidal endothelial dysfunction in CCl₄ cirrhotic rats. *J Hepatol*. 2007; 46:1040–6.
15. Trebicka J, Hennenberg M, Odenthal M, Shir K, Klein S, Granzow M, et al. Atorvastatin attenuates hepatic fibrosis in rats after bile duct ligation via decreased turnover of hepatic stellate cells. *J Hepatol*. 2010; 53:702–12.
16. Nežić L, Amidžić L, Škrbić R, Gajanin R, Nepovimova E, Vališ M, et al. Simvastatin inhibits endotoxin-induced apoptosis in liver and spleen through up-regulation of survivin/NF-κB/p65 expression. *Front Pharmacol*. 2019; 10:54.
17. Shyamsundar M, McKeown ST, O’Kane CM, Craig TR, Brown V, Thickett DR, et al. Simvastatin decreases lipopolysaccharide-induced pulmonary inflammation in healthy volunteers. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009; 179:1107–14.
18. Huang YW, Lee CL, Yang SS, Fu SC, Chen YY, Wang TC, et al. Statins Reduce the Risk of Cirrhosis and Its Decompensation in Chronic Hepatitis B Patients: a Nationwide Cohort Study. *Am J Gastroenterol*. 2016; 111:976–85.
19. Simon TG, Bonilla H, Yan P, Chung RT, Butt AA. Atorvastatin and fluvastatin are associated with dose-dependent reductions in cirrhosis and hepatocellular carcinoma, among patients with hepatitis C virus: results from ERCHIVES. *Hepatology*. 2016; 64:47–57.
20. Dongiovanni P, Petta S, Mannisto V, Mancina RM, Pipitone R, Karja V, et al. Statin use and non-alcoholic steatohepatitis in at risk individuals. *J Hepatol*. 2015; 63:705–12.
21. Kamal S, Khan MA, Seth A, Cholankeril G, Gupta D, Singh U, et al. Beneficial effects of statins on the rates of hepatic fibrosis, hepatic decompensation, and mortality in chronic liver disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2017; 112:1495–505.
22. Polyzos SA, Kang ES, Boutari C, Rhee EJ, Mantzoros CS. Current and emerging pharmacological options for the treatment of nonalcoholic steatohepatitis. *Metabolism* 2020; 111. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2020.154203>.
23. [European association for the study of the liver (EASL), European association for the study of diabetes (EASD), European association for the study of obesity (EASO). EASLeEASDeEASO clinical practice guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *J Hepatol* 2016;64(6):1388e402. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2015.11.004>.
24. Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, et al. The diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease: practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology* 2018;67(1):328e57. <https://doi.org/10.1002/hep.29367>.

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΣΤΑΤΙΝΕΣ: ΝΕΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ?



- 25.** Eslami L, Merat S, Malekzadeh R, Nasser-Moghaddam S, Aramin H. Statins for non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013(12) <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008623.PUB2>.
- 26.** Rattanachaisit P, Susantitaphong P, Thanapirom K, Chaitteerakij R, Komolmit P, Tangkijvanich P, et al. Statin use and histopathological change in patients with non-alcoholic fatty liver disease: a systematic review and meta-analysis. *Asian Biomed* 2018;12(1):3e13. <https://doi.org/10.1515/ABM-2018-0026>.
- 27.** Chrysoula Boutari, Panagiotis D. Pappas, Dimitrios Anastasilakis, Christos S. Mantzoros, Statins' efficacy in non-alcoholic fatty liver disease: A systematic review and meta-analysis *Clinical Nutrition* 41 (2022) 2195e2206 doi.org/10.1016/j.clnu.2022.08.001
- 28.** Athyros VG, Alexandrides TK, Bilianou H, Cholongitas E, Doumas M, Ganotakis ES, et al. The use of statins alone, or in combination with pioglitazone and other drugs, for the treatment of non-alcoholic fatty liver disease/non-alcoholic steatohepatitis and related cardiovascular risk. An Expert Panel Statement. *Metabolism* 2017; 71:17e32. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2017.02.014>.
- 29.** Targher G, Day CP, Bonora E. Risk of cardiovascular disease in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *N Engl J Med* 2010;363(14):1341e50. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0912063>. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2021.154770>.
- 30.** Targher G, Byrne CD, Lonardo A, Zoppini G, Barbui C. Non-alcoholic fatty liver disease and risk of incident cardiovascular disease: a meta-analysis. *J Hepatol* 2016;65(3):589e600. <https://doi.org/10.1016/J.JHEP.2016.05.013>.
- 31.** Wu S, Wu F, Ding Y, Hou J, Bi J, Zhang Z. Association of non-alcoholic fatty liver disease with major adverse cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 2016;6. <https://doi.org/10.1038/SREP33386>.
- 32.** Liu S, Wang J, Wu S, Niu J, Zheng R, Bie L, et al. The progression and regression of metabolic dysfunction-associated fatty liver disease are associated with the development of subclinical atherosclerosis: a prospective analysis. *Metab Clin Exp* 2021;120. <https://doi.org/10.1016/J.METABOL.2021.154779>.
- 33.** Lonardo A, Sookoian S, Pirola CJ, Targher G. Non-alcoholic fatty liver disease and risk of cardiovascular disease. *Metab Clin Exp* 2016;65(8):1136e50. <https://doi.org/10.1016/J.METABOL.2015.09.017>.
- 34.** Chang FM, Wang YP, Lang HC, Tsai CF, Hou MC, Lee FY, et al. Statins decrease the risk of decompensation in hepatitis B virus- and hepatitis C virus-related cirrhosis: a population-based study. *Hepatology*. 2017;66:896–907
- 35.** Bang UC, Benfield T, Bendtsen F. Reduced risk of decompensation and death associated with use of statins in patients with alcoholic cirrhosis. A nationwide case-cohort study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2017;46:673–80.
- 36.** Mahmud N, Chapin S, Goldberg DS, Reddy KR, Taddei TH, Kaplan DE. Statin exposure is associated with reduced development of acute-on-chronic liver failure in a Veterans Affairs cohort. *J Hepatol*. 2022;76:1100–8.
- 37.** Angeli P, Bernardi M, Villanueva C, Francoz C, Mookerjee RP, Trebicka J, et al. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol*. 2018;69:406–460;
- 38.** Abralde JG, Albillos A, Bañares R, Turnes J, González R, García-Pagán JC, et al. Simvastatin lowers portal pressure in patients with cirrhosis and portal hypertension: a randomized controlled trial. *Gastroenterology*. 2009;136:1651–8.
- 39.** Pollo-Flores P, Soldan M, Santos UC, Kunz DG, Matos DE, da Silva AC, et al. Three months of simvastatin therapy vs. placebo for severe portal hypertension in cirrhosis: a randomized controlled trial. *Dig Liver Dis*. 2015; 47:957–63.



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΣΤΑΤΙΝΕΣ: ΝΕΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ?

- 40.** 14. Bishnu S, Ahammed SM, Sarkar A, Hembram J, Chatterjee S, Das K, et al. Effects of atorvastatin on portal hemodynamics and clinical outcomes in patients with cirrhosis with portal hypertension. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2018; 30:54–9.
- 41.** 15. Vijayaraghavan R, Jindal A, Arora V, Choudhary A, Kumar G, Sarin SK. Hemodynamic effects of adding simvastatin to carvedilol for primary prophylaxis of variceal bleeding: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol.* 2020; 115:729–37
- 42.** de Franchis R, et al. Expanding consensus in portal hypertension: report of the Baveno VI Consensus Workshop: stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. *J Hepatol.* 2015;63:743–52
- 43.** Kim RG, Loomba R, Prokop LJ, Singh S. Statin use and risk of cirrhosis and related complications in patients with chronic liver diseases: a systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2017; 15:1521–530.e8.
- 44.** Wong YJ, Qiu TY, Ng GK, Zheng Q, Teo EK. Efficacy and safety of statin for hepatocellular carcinoma prevention among chronic liver disease patients: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Gastroenterol.* 2021; 55:615–23.
- 45.** Goh MJ, Sinn DH, Kim S, Woo SY, Cho H, Kang W, et al. Statin use and the risk of hepatocellular carcinoma in patients with chronic hepatitis B. *Hepatology.* 2020; 71:2023–32.
- 46.** Kim G, Jang SY, Nam CM, Kang ES. Statin use and the risk of hepatocellular carcinoma in patients at high risk: a nationwide nested case-control study. *J Hepatol.* 2018; 68:476–84.
- 47.** Pinyopornpanish K, Al-Yaman W, Butler RS, Carey W, McCullough A, Romero-Marrero C. Chemopreventive effect of statin on hepatocellular carcinoma in patients with nonalcoholic steatohepatitis cirrhosis. *Am J Gastroenterol.* 2021;116: 2258–69.
- 48.** Singh S, Singh PP, Singh AG, Murad MH, Sanchez W. Statins are associated with a reduced risk of hepatocellular cancer: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology.* 2013; 144:323–32.
- 49.** Facciorusso A, Abd El Aziz MA, Singh S, Pusceddu S, Milione M, Giacomelli L, et al. Statin use decreases the incidence of hepatocellular carcinoma: an updated meta-analysis. *Cancers (Basel).* 2020; 12:874.
- 50.** Law M, Rudnicka AR. Statin safety: a systematic review. *Am J Cardiol.* 2006;97(8A):52C–60C.
- 51.** Albarmawi A, Czock D, Gauss A, Eehalt R, Lorenzo Bermejo J, Burhenne J, et al. CYP3A activity in severe liver cirrhosis correlates with Child-Pugh and model for end-stage liver disease (MELD) scores. *Br J Clin Pharmacol.* 2014; 77:160–9.
- 52.** Pose E, Napoleone L, Amin A, Campion D, Jimenez C, Piano S, et al. Safety of two different doses of simvastatin plus rifaximin in decompensated cirrhosis (LIVERHOPE-SAFETY): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 2 trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020; 5:31–41.
- 53.** Sirtori CR. The pharmacology of statins. *Pharmacol Res.* 2014; 88:3–11.

Στην έντυπη μορφή του τεύχους 66 στους συγγραφείς του άρθρου “Νεότερα δεδομένα για τη θεραπεία της πρωτοπαθούς χολικής χολαγγειίτιδας” εκ παραδρομής συμπεριλήφθηκε ο κ. Αθανάσιος Καββαδίας, ενώ ο συγγραφέας του, όπως ορθά αναγράφηκε στην διαδικτυακή του μορφή, ήταν αποκλειστικά ο κ. Χρίστος Παυλίδης. Η Συντακτική Επιτροπή των “ενδοσκοπήσεων” απολογείται στον κ. Παυλίδη για το τυπογραφικό λάθος που εν αγνοία της παρέισφρησε στον τίτλο του συγκεκριμένου άρθρου, και τον ευχαριστεί θερμά για την τακτική συνεισφορά του στην ύλη του περιοδικού με τα έγκριτα άρθρα του.

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΛΙΝΙΤΙΔΑΣ ΑΝΤΡΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΜΕ EUS - FNB ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΩΣ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΒΙΟΨΙΕΣ ΑΠΟ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ



Χαράλαμπος Θάνος, Ειδικευόμενος Γαστρεντερολόγος
Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

Παρουσίαση Περιστατικού:

Πρόκειται για ασθενή, άνδρα 61 ετών, ο οποίος παραπέμφθηκε στο γαστρεντερολογικό μας τμήμα από ιδιώτη γαστρεντερολόγο στα πλαίσια διερεύνησης επιγαστραλγίας με σύνοδο απώλεια βάρους. Ο ασθενής είχε υποβληθεί αρχικώς σε ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού με ευρήματα γαστρίτιδας άντρου. Ελήφθησαν βιοψίες, οι οποίες ήταν αρνητικές για κακοήθεια: σε αυτήν περιγράφηκαν ιστολογικά ευρήματα συμβατά με μη ειδική χρόνια γαστρίτιδα. Λόγω επίμονης συμπτωματολογίας και παρουσίας συμπτωμάτων συναγερμού που ενίσχυσαν την κλινική υποψία του θεράποντος γαστρεντερολόγου, ο ασθενής υπεβλήθη εκ νέου σε ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού με παρόμοια ενδοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα. Ακολούθως ο ασθενής παραπέμφθηκε για εκτίμηση και διενέργεια EUS.

Στην ενδοσκοπική μας μονάδα υποβλήθηκε σε EUS, κατά το οποίο, το πυλωρικό άντρο ελέγχθηκε ενδοσκοπικά με εξέρυθρο βλεννογόνο και ακινησία του τοιχώματός του. Υπερηχογραφικά, το τοίχωμα του πυλωρικού άντρου εμφάνιζε διάχυτη υποηχογενή πάχυνση του τοιχώματος (εικόνα 1), ενώ σε περιφερικές θέσεις εμφάνιζε υποηχογενή πάχυνση της 2ης (deep mucosa) και

4ης (muscularis propria) υπερηχογραφικής στοιβάδας (εικόνες 2 και 3), με διατήρηση της αρχιτεκτονικής αυτών. Το λοιπό ελεγχθέν τοίχωμα του στομάχου απεικονίστηκε με φυσιολογικό πάχος και αρχιτεκτονική χωρίς ανάδειξη εστιακής αλλοίωσης. Πραγματοποιήθηκαν 2 περάσματα με βελόνα FNB (εικόνα 4) από πεπαχυμένο τοίχωμα πυλωρικού άντρου.

Η κυτταρολογική εξέταση του υλικού που ελήφθη από FNB ανέδειξε κακοήθη νεοπλασματικά κύτταρα αδενικού τύπου με παραγωγή βλέννης, σε αθροίσεις και μεμονωμένα καθώς και σε θέσεις πλακώδους διαφοροποίησης. Τα ευρήματα ήταν συνηγορητικά υπέρ αδenoκαρκινώματος χαμηλής διαφοροποίησης. Η αρχική κλινική υποψία για παρουσία πλαστικής λινίτιδας είχε επιβεβαιωθεί.

Πλαστική Λινίτιδα

Η πλαστική λινίτιδα (Linitis Plastica - LP) αποτελεί έναν ξεχωριστό φαινότυπο καρκίνου του στομάχου. Οι αρχικές αναφορές της χρονολογούνται από τον 16^ο και τον 17^ο αιώνα, ορίστηκε δε ως μια ξεχωριστή οντότητα το 1859 από τον Δρ. William Brinton, ο οποίος περιέγραψε μια κλινική οντότητα που χαρακτηρίζεται από διάχυτη



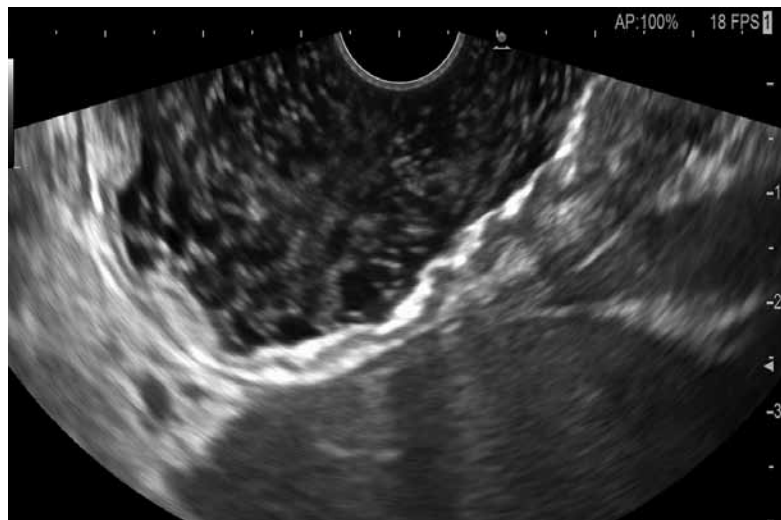
Εικόνα 1. Πυλωρικό άντρο: σημειώνεται η εμφανής πάχυνση του τοιχώματος του στομάχου



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΛΙΝΙΤΙΔΑΣ ΑΝΤΡΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΜΕ EUS - FNB ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΩΣ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΒΙΟΨΙΕΣ ΑΠΟ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Εικόνα 2. Πυλωρικό άντρο:
Η μετάπτωση τμήματος βλενογόνου με φυσιολογικό πάχος στοιβάδων (αριστερά) στην περιοχή με πάχυνση 2ης (*deep mucosa*) και 4ης (*muscularis propria*) υπερηχογραφικής στοιβάδας.



Εικόνα 3. Πυλωρικό άντρο:
Η πάχυνση 2ης (*deep mucosa*) και 4ης (*muscularis propria*) υπερηχογραφικής στοιβάδας διαμέτρου 1,29 εκ - σημείο Sandwich.



πάχυνση τοιχώματος και ακαμψία του στομάχου. Η επιλογή του όρου «λινίτιδα» οφειλόταν στην παρουσία ακανόνιστων λωρίδων νηματώδους ιστού σε υπερτροφικό υποβλενογόνο χιτώνα, που μοιάζουν με ίνες λινού.

Από τότε που ο Δρ. William Brinton όρισε την πλαστική λινίτιδα το 1859, ο ορισμός της έχει αλλάξει αρκετές φορές και παραμένει αμφιλεγόμενος. Πλέον η πλαστική

λινίτιδα δεν θεωρείται ξεχωριστή οντότητα όσον αφορά τη σταδιοποίηση ή την ταξινόμηση του καρκίνου του στομάχου. Αντιθέτως, θεωρείται απλώς ένα πρότυπο διάχυτου διηθητικού γαστρικού καρκίνου, με καλώς τεκμηριωμένη επίδραση στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Αποτελεί δηλαδή έναν σχετικά σπάνιο τύπο γαστρικού καρκίνου με μοναδικά κλινικά και παθολογικά χαρακτηριστικά.

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΛΙΝΙΤΙΔΑΣ ΑΝΤΡΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΜΕ EUS - FNB ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΩΣ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΒΙΟΨΙΕΣ ΑΠΟ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ



Εικόνα 4. Λήψη βιοψτικού υλικού με FNB.

Ενδοσκοπικά και Ιστολογικά Χαρακτηριστικά

Επιδημιολογικά, η πλαστική λινίτιδα αφορά το 7 έως 10% όλων των περιπτώσεων πρωτοπαθούς καρκίνου του στομάχου. Αναπτύσσεται από το κατώτερο 1/3 του τοιχώματος του στομάχου χωρίς συνήθως να καταστρέφεται η αρχιτεκτονική του. Ο βλεννογόνος συχνά δεν εμφανίζει κακοήθη διήθηση, απεικονίζεται με μη ειδικά χαρακτηριστικά ως διάχυτα πεπαχυσμένος, με ακαμψία και απουσία περίστασης, κάνοντας την ενδοσκοπική διάγνωση εξαιρετικά δύσκολη. Τα μακροσκοπικά αυτά χαρακτηριστικά δεν επιτρέπουν τη διάκριση μεταξύ καλοήθων και κακοήθων βλαβών, ώστε να ληφθεί στοχευμένο βιοψτικό υλικό· συνεπώς απαιτούνται πολλαπλές ενδοσκοπικές βιοψίες, οι οποίες εάν περιέχουν μόνο βλεννογόνο, θα αποβούν αρνητικές για κακοήθεια.

Στην εξέταση ιστολογικών παρασκευασμάτων, μακροσκοπικά εμφανίζεται διάχυτη διήθηση του υποβλεννογόνιου χιτώνα και της muscularis propria. Μικροσκοπικά παρατηρείται υπερτροφία και υπερπλασία του στρώματος, με παρουσία αδενοκαρκινώματος χαμηλής διαφοροποίησης. Στις πιο τυπικές περιπτώσεις, τα κύτταρα εμφανίζονται σε μορφή δακτυλίου σφραγίδας (signet cell) και για το λόγο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί

και ο όρος "signet cell carcinoma" σε παλαιότερες βιβλιογραφικές αναφορές.

Η μοναδική βιολογική συμπεριφορά της πλαστικής λινίτιδας έχει ως αποτέλεσμα να είναι πιο επιθετική και να έχει υψηλότερο κίνδυνο μετάστασης, περιτοναϊκής διάδοσης και άμεσης εισβολής στα γύρω όργανα. Επιπλέον, η έλλειψη αλλοιώσεων του βλεννογόνου και τα ασαφή όρια έχουν ως αποτέλεσμα την καθυστερημένη διάγνωση. Συνεπώς η πλαστική λινίτιδα είναι ως επί το πλείστον ασυμπτωματική μέχρι προχωρημένης νόσου. Οι συμπτωματικές περιπτώσεις παρουσιάζονται κυρίως με δυσπεψία (55%) μαζί με έμετο (33%), γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και δυσφαγία (33%), λόγω της διήθησης του υποβλεννογόνιου και της μυϊκής στοιβάδας που προκαλεί μαζικό περιορισμό στη διατασιμότητα του στομάχου. Τα συμπτώματα επίσης περιλαμβάνουν επιγαστραλγία - αίσθημα όγκου στο επιγάστριο και ακούσια απώλεια βάρους.

Διάγνωση και Αξιολόγηση

Μία από τις δύσκολες πτυχές της διάγνωσης της πλαστικής λινίτιδας, είναι το γεγονός ότι η ασθένεια διεισδύει στον υποβλεννογόνο χιτώνα και δεν επηρεάζει



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΛΙΝΙΤΙΔΑΣ ΑΝΤΡΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΜΕ EUS - FNB ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΩΣ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΒΙΟΨΙΕΣ ΑΠΟ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

τον βλεννογόνο. Ως εκ τούτου, οι επιφανειακές βιοψίες που λαμβάνονται κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής ενδοσκόπησης του ανώτερου γαστρεντερικού συστήματος μπορεί να είναι αρνητικές ή στην καλύτερη περίπτωση ασαφείς. Πρόσφατα, ο ρόλος του ενδοσκοπικού υπερήχου αποδείχθηκε σημαντικός στη διάγνωση των περιπτώσεων πλαστικής λινίτιδας, καθώς το EUS αναγνωρίζει την πάχυνση και διήθηση της υποβλεννογόνιας στοιβάδας μαζί με την αξιολόγηση του μεγέθους των περιφερειακών λεμφαδένων και της διήθησης των παρακείμενων δομών. Η ακρίβεια του EUS στην πλαστική λινίτιδα κυμαίνεται στη βιβλιογραφία από 64-92% στην T σταδιοποίηση και 50-90% στην N σταδιοποίηση.

Η αξονική τομογραφία με σκιαγραφικό είναι το gold standard για την αρχική διάγνωση για την ανίχνευση της βαθιάς πάχυνσης του γαστρικού τοιχώματος στον υποβλεννογόνο και τον μυϊκό χιτώνα, και επιπλέον για την ανίχνευση μεταστάσεων σε ήπαρ και λεμφαδένες. Η ενίσχυση της καθυστερημένης φάσης μετά την έγχυση ενδοφλέβιου σκιαγραφικού είναι διαγνωστική για την πλαστική λινίτιδα. Η μαγνητική τομογραφία θα μπορούσε να αποτελέσει εναλλακτικό, εξίσου αποτελεσματικό διαγνωστικό μέτρο εάν η αξονική τομογραφία αντενδείκνυται ή δεν είναι εφικτή.

Θεραπεία και πρόγνωση

Η θεραπεία της πλαστικής λινίτιδας είναι αμφιλεγόμενο θέμα. Κάποιοι συγγραφείς έχουν προτείνει, εκτός από τη ριζική χειρουργική επέμβαση, εξίσου επιθετικές θεραπείες, όπως συστηματική και/ή ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία, ενώ άλλοι προτείνουν ότι αυτοί οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με πρωτογενή χημειοθεραπεία ακόμη και σε απουσία δυσμενών παραμέτρων, πεπεισμένοι ότι οι περισσότερες περιπτώσεις έχουν ήδη μεταστατική νόσο κατά την διάγνωση. Γενικώς, η γαστρεκτομή με συστηματική θεραπεία, είτε ακτινοθεραπεία είτε χημειοθεραπεία, φαίνεται υποσχόμενη προσέγγιση σε ορισμένες περιπτώσεις εντοπισμένης πλαστικής λινίτιδας, και συνδέεται με αυξημένη συνολική επιβίωση στους ασθενείς αυτούς. Η ολική γαστρεκτομή

θεωρείται η μόνη θεραπεία για τη νόσο, αλλά αυτό περιορίζεται από πολλούς παράγοντες. Οι επιλέξιμοι ασθενείς για ολική γαστρεκτομή αποτελούν μειοψηφία λόγω του όψιμου σταδίου της νόσου στην αρχική εμφάνιση στις περισσότερες περιπτώσεις. Πρόκειται για μια σημαντική επέμβαση με υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας και νοσηρότητας, η οποία μπορεί να επηρεάσει τη μετεγχειρητική επιβίωση.

Η πλαστική λινίτιδα έχει κακή πρόγνωση λόγω του όψιμου σταδίου της μεταστατικής νόσου κατά τη στιγμή της διάγνωσης. Η καθυστερημένη διάγνωση οφείλεται στην απουσία κλινικών εκδηλώσεων στα πρώιμα στάδια της νόσου, καθώς ο γαστρικός βλεννογόμος δεν επηρεάζεται, καθιστώντας τον ασθενή ασυμπτωματικό μέχρι τα τελευταία στάδια.

Η διάμεση επιβίωση κυμαίνεται από 5 έως 17 μήνες σε περίπτωση χειρουργικής παρέμβασης. Η πενταετής επιβίωση είναι πολύ χαμηλή και κυμαίνεται από 3 έως 10%. Η διαχείριση των ασθενών με πλαστική λινίτιδα χρειάζεται τον συντονισμό μιας διεπαγγελματικής ομάδας ιατρών (γαστρεντερολόγων, ογκολόγων, χειρουργών, ακτινολόγων, παθολόγων), διατροφολόγων και νοσηλευτών (για νοσηλευτική φροντίδα τελικού σταδίου). Αυτή η ομάδα θα πρέπει να σχεδιάσει την καλύτερη στρατηγική για κάθε ασθενή ξεχωριστά, επειδή αυτή η ασθένεια είναι ασυνήθιστη και με πτωχή πρόγνωση.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Mastoraki A, Papanikolaou IS, Sakorafas G, Safioleas M. Facing the challenge of managing linitis plastica -review of the literature. *Hepatogastroenterology*. 2009 Nov-Dec;56(96):1773-8.
2. Agnes A, Estrella JS, Badgwell B. The significance of a nineteenth century definition in the era of genomics: linitis plastica. *World J Surg Oncol*. 2017 Jul 05;15(1):123.
3. Ikoma N, Agnes A, Chen HC, Wang X, Blum MM, Das P, Minsky B, Estrella JS, Mansfield P, Ajani JA, Badgwell

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΛΙΝΙΤΙΔΑΣ ΑΝΤΡΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΜΕ ΕΥΣ - FNB ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΩΣ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΒΙΟΨΙΕΣ ΑΠΟ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ



- BD. Linitis Plastica: a Distinct Type of Gastric Cancer. *J Gastrointest Surg.* 2020 May;24(5):1018-1025.
- Zali H, Rezaei-Tavirani M, Azodi M. Gastric cancer: prevention, risk factors and treatment. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench.* 2011 Fall;4(4):175-85.
 - M A M, Pera G, Agudo A, Bueno-de-Mesquita HB, Palli D, Boeing H, Carneiro F, Berrino F, Sacerdote C, Tumino R, Panico S, Berglund G, Manjer J, Johansson I, Stenling R, Martinez C, Dorransoro M, Barricarte A, Tormo MJ, Quiros JR, Allen N, Key TJ, Bingham S, Linseisen J, Kaaks R, Overvad K, Jensen M, Olsen A, Tjønneland A, Peeters PH, Numans ME, Ocké MC, Clavel-Chapelon F, Boutron-Ruault MC, Trichopoulou A, Lund E, Slimani N, Jenab M, Ferrari P, Riboli E, González CA. Cereal fiber intake may reduce risk of gastric adenocarcinomas: the EPIC-EURGAST study. *Int J Cancer.* 2007 Oct 01;121(7):1618-23.
 - Vilaichone RK, Panarat W, Aekpongpaisit S, Mahachai V. Clinical characteristics and *Helicobacter pylori* status of gastric cancer in Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(20):9005-8.
 - Park JC, Lee YC, Kim JH, Kim YJ, Lee SK, Hyung WJ, Noh SH, Kim CB. Clinicopathological aspects and prognostic value with respect to age: an analysis of 3,362 consecutive gastric cancer patients. *J Surg Oncol.* 2009 Jun 01;99(7):395-401.
 - Viso Vidal D, Villanueva Pavón R, Jorquera Plaza F. Linitis plastica of the colon due to metastases of invasive lobular breast carcinoma. *Rev Esp Enferm Dig.* 2019 Apr;111(4):326-8.
 - Lior T, Chin Ng S, Ng MK. A rare case of linitis plastica of the colon from ovarian carcinoma. *J Surg Case Rep.* 2019 Mar;2019(3):rjz089.
 - Feinberg AE, Barnard M, Feinberg SM. Primary linitis plastica of the entire colon in a background of ulcerative colitis: a case report. *World J Surg Oncol.* 2015 Feb 04;13:16.
 - Go A, Mehta M, Bihun T, Carpenter D, Ghani S. Metastatic Breast Cancer Presenting as a Gastric Primary with Linitis Plastica: a Case Report and Review of Literature. *J Gastrointest Cancer.* 2020 Jun;51(2):698-702.
 - Van der Post RS, Vogelaar IP, Carneiro F, Guilford P, Huntsman D, Hoogerbrugge N, Caldas C, Schreiber KE, Hardwick RH, Ausems MG, Bardram L, Benusiglio PR, Bisseling TM, Blair V, Bleiker E, Boussioutas A, Cats A, Coit D, DeGregorio L, Figueiredo J, Ford JM, Heijkoop E, Hermens R, Humar B, Kaurah P, Keller G, Lai J, Ligtenberg MJ, O'Donovan M, Oliveira C, Pinheiro H, Ragnauth K, Rasenberg E, Richardson S, Roviello F, Schackert H, Seruca R, Taylor A, Ter Huurne A, Tischkowitz M, Joe ST, van Dijck B, van Grieken NC, van Hillegersberg R, van Sandick JW, Vehof R, van Krieken JH, Fitzgerald RC. Hereditary diffuse gastric cancer: updated clinical guidelines with an emphasis on germline CDH1 mutation carriers. *J Med Genet.* 2015 Jun;52(6):361-74.
 - Uprak TK, Attaallah W, Çelikel ÇA, Ayrancı G, Yeğen C. HER-2 incidence in gastric cancer, its association with prognosis and clinicopathological parameters. *Ulus Cerrahi Derg.* 2015;31(4):207-13.
 - Luu C, Thapa R, Woo K, Coppola D, Almhanna K, Pimiento JM, Chen DT, Marquez DD, Hodul PJ. Does histology really influence gastric cancer prognosis? *J Gastrointest Oncol.* 2017 Dec;8(6):1026-36.



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Κωνσταντίνος Ζαχαράκης, Ψυχίατρος - Ψυχοθεραπευτής

Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιστημονικός Συνεργάτης Νοσοκομείου ΥΓΕΙΑ

Εισαγωγή στο εντερικό νευρικό σύστημα (ΕΝΣ)

Η στενή σχέση μεταξύ γαστρεντερικού συστήματος και ψυχισμού ήταν παλαιόθεν γνωστή, όπως αποδίδεται από το γνωστό «Ο γαστρεντερικός σωλήν είναι το χέιρο μέσα στο οποίο αντηχεί η φωνή της ψυχής», με το οποίο γαλουχήθηκαν πολλές γενιές ιατρών.

Πράγματι, είναι γνωστή η σχέση μεταξύ του Εντερικού Νευρικού Συστήματος (ΕΝΣ) και του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ). Το ΕΝΣ είναι ένα ιδιαίτερα εκτεταμένο δίκτυο διαφορετικών τύπων εγγενών εντερικών νευρώνων και γλοίας που βρίσκονται «στριμωγμένα» μεταξύ του βλεννογόνου και των κυκλικών και διαμήκων μυϊκών στιβάδων του εντέρου, και περιλαμβάνουν κινητικούς νευρώνες, εγγενείς πρωτογενείς προσαγωγούς νευρώνες και διασυνδεδετικούς (όχι προσαγωγούς ή απαγωγούς) νευρώνες. Οι εγγενείς πρωτογενείς προσαγωγοί νευρώνες του εντέρου είναι οι μόνοι πρωτογενείς προσαγωγοί νευρώνες σπονδυλωτών που έχουν ταυτοποιηθεί μέχρι στιγμής με τα κυτταρικά σώματα να βρίσκονται σε ένα περιφερειακό όργανο. Είναι πολυπολικό και δέχονται συνάψεις από άλλους νευρώνες πάνω στο κυτταρικό τους σώμα, σε αντίθεση με τους πρωτογενείς προσαγωγούς νευρώνες των κρανιακών και των σπονδυλικών νεύρων. Αυτοί οι νευρώνες απαρτίζουν δύο διασυνδεδεμένα δίκτυα, το υποβλεννογόνο και το μυεντερικό πλέγμα, τα οποία ρυθμίζουν την έκκριση και την κινητικότητα αντίστοιχα, με συντονισμένο τρόπο. Στο ΕΝΣ συναντάμε σχεδόν κάθε κατηγορία νευροδιαβιβαστών που υπάρχει και στο ΚΝΣ. Διαφορετικές κατηγορίες νευρώνων χρησιμοποιούν για τη χημική τους νευροδιαβίβαση διαφορετικούς συνδυασμούς νευροδιαβιβαστών και τροποποιητών, πολλοί από τους οποίους απαντώνται επίσης στο ΚΝΣ.

Το ΕΝΣ συνδέεται στενά μέσα στο έντερο με το ανοσοποιητικό σύστημα του εντέρου, το ενδοκρινικό σύστημα, τα γλοιακά και τα επιθηλιακά κύτταρα. Έξω από το έντερο το ΕΝΣ συνδέεται, μέσω πρωτογενών νωτιαίων και πνευμονογαστρικών προσαγωγών και μεταγαγγλιακών

συμπαθητικών και πνευμονογαστρικών απαγωγών ινών, με τον νωτιαίο μυελό, το εγκεφαλικό στέλεχος και τον εγκέφαλο. Το ΚΝΣ έχει ισχυρό ρυθμιστικό ρόλο στη ρύθμιση της εντερικής λειτουργίας, σύμφωνα με τη συνολική κατάσταση του οργανισμού και τις διαταραχές της ομοιόστασης. Παρόλο που το ΕΝΣ αναφέρεται συχνά ως «δεύτερος εγκέφαλος», από εξελικτική σκοπιά το ΕΝΣ μπορεί να θεωρηθεί ως «ο πρώτος εγκέφαλος» καθώς μπορεί να ανιχνευθεί πίσω στο γένος *cnidaria phylum* και στο γένος *hydra* πριν από 650 εκατομμύρια χρόνια.

Το ΕΝΣ και οι αμφίδρομες αλληλεπιδράσεις του με το μικροβίωμα του εντέρου,, το εντεροενδοκρινικό σύστημα και το ανοσοποιητικό σύστημα που σχετίζεται με το έντερο και τον εγκέφαλο, απεικονίζονται στο Σχήμα 1.

Γενικά περί συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου

Το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (ΣΕΕ) είναι η συχνότερη διαταραχή που αφορά τις αλληλεπιδράσεις εγκέφαλου-εντέρου και εκδηλώνεται στο 5-10% του παγκόσμιου πληθυσμού. Διαταραχές σε αυτές τις αλληλεπιδράσεις μπορούν να παρουσιάζονται ως Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου ή/και ως ψυχικές διαταραχές.

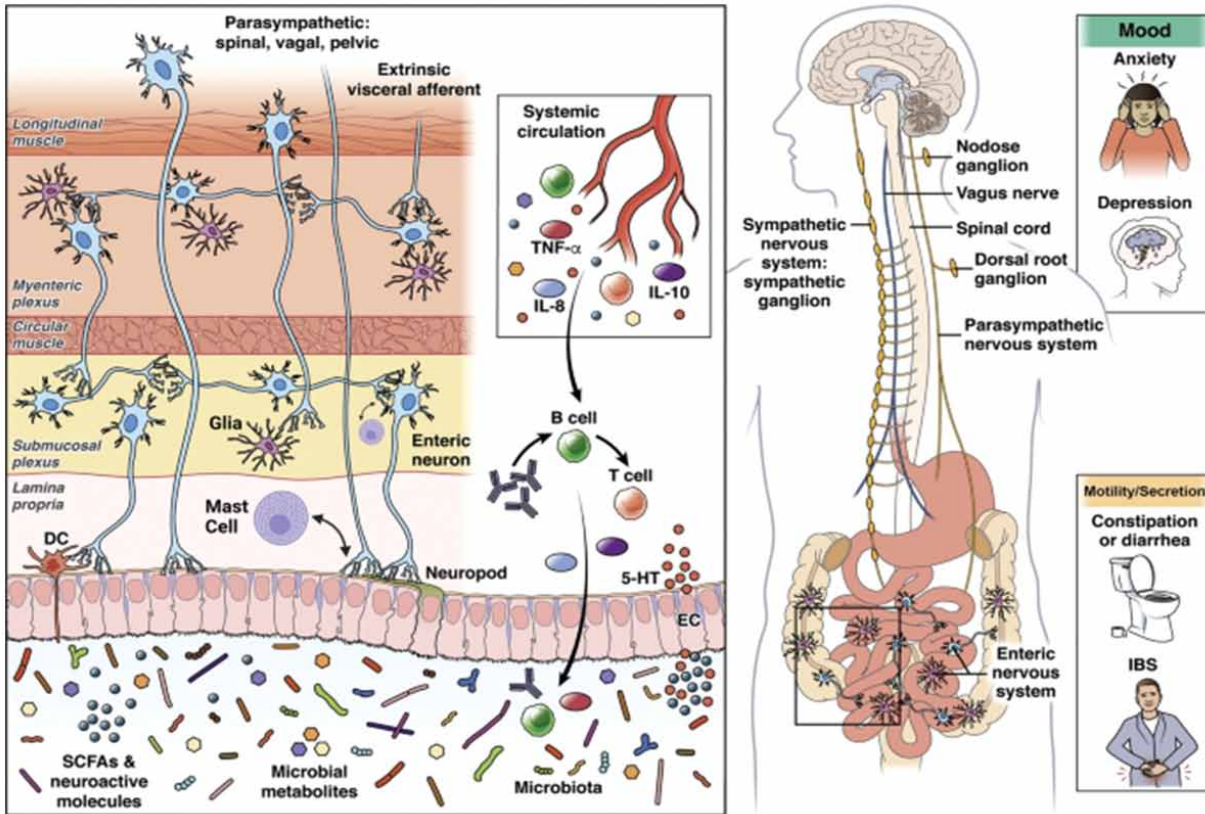
Από τις μελέτες που έχουν διενεργηθεί κατά τα τελευταία χρόνια σε ασθενείς με ΣΕΕ, έχει προκύψει μεγάλος αριθμός πιθανών παθοφυσιολογικών παραγόντων ή βιοδεικτών. Αναφέρονται ενδεικτικά: γενετικοί παράγοντες (πολυμορφισμοί γονιδίων, αναλυτικότερη αναφορά παρακάτω), ανοσοποιητικοί μηχανισμοί, νευροενδοκρινικοί μηχανισμοί, παράγοντες σχετικοί με τη δομή και τη λειτουργία του εγκέφαλου, το στρες, το μικροβίωμα του εντέρου κ.ά.

Ο γενετικός παράγοντας στο ΣΕΕ

Όσον αφορά τους γενετικούς παράγοντες, πρόσφατη μεγάλη μελέτη ολόκληρου του γονιδιώματος εντόπισε και επιβεβαίωσε έξι γενετικούς τόπους ευαισθησίας για IBS. Τα εμπλεκόμενα γονίδια περιελάμβαναν τα

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ



Σχήμα 1. Το εντερικό νευρικό σύστημα (ΕΝΣ) και οι αμφίδρομες αλληλεπιδράσεις του. (από Mayer EA et al, 2023)

NCAM1, CADM2, PHF2/FAM120A, DOCK9, CKAP2/TPTE2P3 και BAG6. Τα πρώτα τέσσερα σχετίζονται με συναισθηματικές διαταραχές ή με αγχώδεις διαταραχές, ή και με τις δύο κατηγορίες διαταραχών. Βρέθηκε επίσης ισχυρή συσχέτιση σε όλο το γονιδίωμα μεταξύ του κινδύνου για IBS και του άγχους, του νευρωτισμού και της κατάθλιψης. Πρόσθετες αναλύσεις πρότειναν ότι αυτό οφείλεται σε κοινές παθογόνες οδούς και όχι, για παράδειγμα, λόγω άγχους ή κατάθλιψης που προκαλεί κοιλιακά συμπτώματα ή αντίστροφα. Δηλαδή το ΣΕΕ και οι τυχόν συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές οφείλονται αμφότερα σε κοινά (γονιδιακά και άλλα) αίτια.

Το Σχήμα 2 απεικονίζει ένα μοντέλο που προτάθηκε πρόσφατα, στο οποίο απαρτίζονται οι αλληλεπιδράσεις των παραγόντων που σχετίζονται με το σύστημα εγκέφαλος-έντερο-μικροβίωμα.

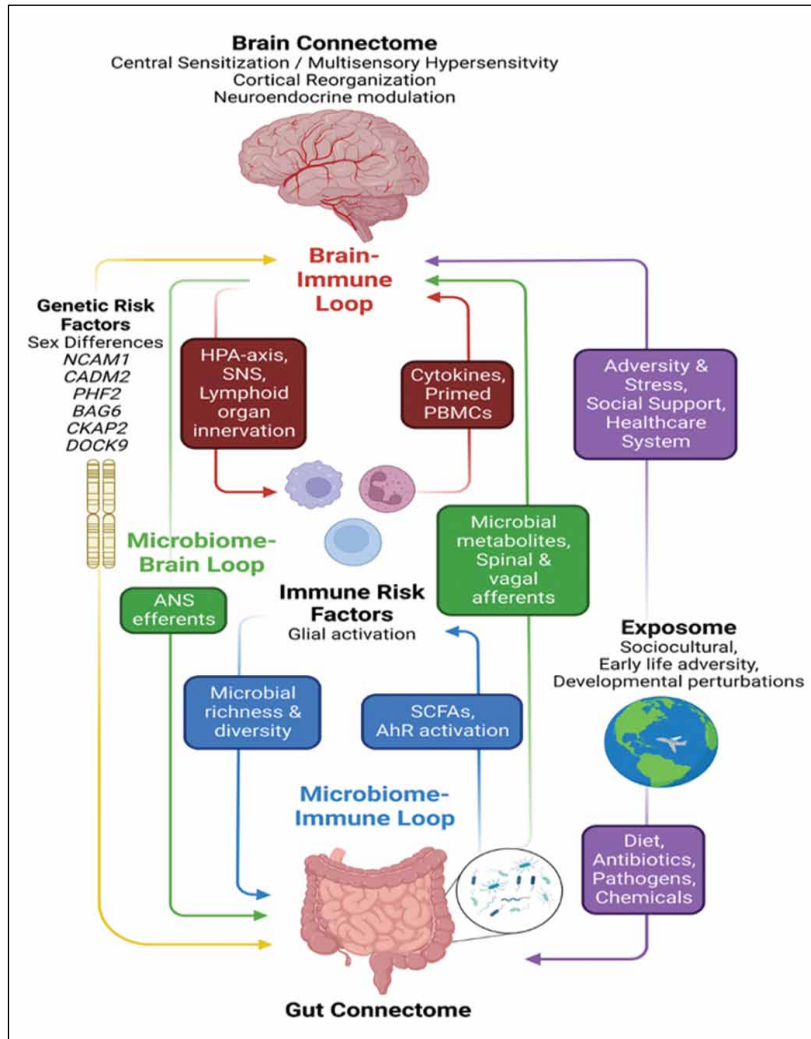
ΣΕΕ και ψυχικές διαταραχές

Οι απεικονιστικές εξετάσεις του εγκεφάλου σε ασθενείς με ΣΕΕ αναδεικνύουν ποικίλα ευρήματα. Μερικές μελέτες ενδεικτικά αναδεικνύουν αυξημένη φαιά ουσία του υποθαλάμου που μπορεί να σχετίζεται με υπερδιέγερση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων. Σε άλλη μελέτη βρέθηκε μειωμένη πυκνότητα φαιάς ουσίας σε διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου (έσω προμετωπιαίος φλοιός, κοιλιοπλάγιος προμετωπιαίος και οπίσθιος βρεγματικός φλοιός, κοιλιακό ραβδωτό σώμα και θάλαμος). Σε άλλες μελέτες λειτουργικής μαγνητικής τομογραφίας εγκεφάλου βρέθηκε αυξημένη ενεργοποίηση των αμυγδαλών (η αμυγδαλή αποτελεί νευροανατομική δομή του μεταϊχμιακού συστήματος του εγκεφάλου) καθώς και δυσλειτουργία του συναισθήματος και της επεξεργασίας της προσοχής στον πόνο.



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ



Σχήμα 2. (από Mayer EA et al, 2023): Το σύστημα εγκεφάλου-εντέρου-μικροβιώματος με τα επιμέρους υποσυστήματά του, τα οποία επικοινωνούν με αμφίδρομο τρόπο. Τα χαρακτηριστικά απόκρισης του συστήματος καθορίζονται από γονίδια ευπάθειας που αλληλεπιδρούν με διαφορετικούς κοινωνικοπολιτισμικούς, αναπτυξιακούς και πρώιμους ψυχοτραυματικούς παράγοντες (exposome). Οι διαφορετικοί βρόχοι των υποκυκλωμάτων του συστήματος χρησιμοποιούν νευρικούς, ενδοκρινικούς, παρακρινικούς και ανοσολογικούς μηχανισμούς επικοινωνίας. Οι διαταραχές των διαφορετικών κόμβων του συστήματος (εγκέφαλος, έντερο, ανοσοποιητικό, μικροχλωρίδα) έχουν ως αποτέλεσμα μη γραμμικές επιδράσεις και αλλαγές στα χαρακτηριστικά απόκρισης που εκδηλώνονται ως ψυχιατρικά ή/και εντερικά συμπτώματα. ANS: Αυτόνομο νευρικό σύστημα, SNS: συμπαθητικό νευρικό σύστημα, PBMCs: μονοκύτταρα περιφερικού αίματος, SCFAs: λιπαρά οξέα βραχείας αλυσίδας, AhR: υποδοχέας υδρογονάνθρακα αρυλίου.

Όπως προκύπτει από πολλές μελέτες, στο ΣΕΕ είναι αυξημένος ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών έως και δύο φορές σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Αναφέρεται ότι μέχρι και ποσοστό 50-90 % των πασχόντων από ΣΕΕ πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, με τις αγχώδεις και τις καταθλιπτικές διαταραχές να είναι οι συχνότερες και ιδιαίτερα η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-5 της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής καταγράφονται στον πίνακα 1 και 2, αντίστοιχα). Η παρουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής

επιβαρύνει την κλινική εικόνα αλλά και την πρόγνωση του ΣΕΕ, επίσης μειώνει τη λειτουργικότητα και υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Αντίστροφα, η συχνότητα του ΣΕΕ είναι επίσης σημαντικά υψηλότερη σε ασθενείς με αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Αντιμετώπιση του ΣΕΕ επί συνύπαρξης ψυχικών διαταραχών

Η αντιμετώπιση των αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών που συνυπάρχουν με το ΣΕΕ περιλαμβάνει τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (κυρίως αγχολυτικά ή

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ



ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή: Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το διαγνωστικό-ταξινομικό σύστημα DSM-5

- A. Υπερβολικό άγχος και ανησυχία (προσοκία με ανησυχία), που εμφανίζεται τις περισσότερες ημέρες για διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών, σχετικά με έναν αριθμό γεγονότων ή δραστηριοτήτων (όπως η εργασία ή η απόδοση στο σχολείο).
- B. Το άτομο δυσκολεύεται να ελέγξει την ανησυχία.
- Γ. Το άγχος και η ανησυχία συνδέονται με τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα έξι συμπτώματα (με τουλάχιστον ορισμένα συμπτώματα να είναι παρόντα τις περισσότερες ημέρες για τους τελευταίους 6 μήνες). (Σημείωση: Απαιτείται μόνο ένα στοιχείο στα παιδιά.)
1. Ανησυχία ή αίσθημα σύγχυσης ή «σε αναμμένα κάρβουνα».
 2. Εύκολη κόπωση.
 3. Δυσκολία συγκέντρωσης ή αίσθηση ότι το μυαλό είναι άδειο.
 4. Ευερεθιστότητα.
 5. Μυϊκή ένταση.
 6. Διαταραχή ύπνου (δυσκολία έναρξης ή διατήρησης του ύπνου ή ανήσυχος, μη ικανοποιητικός ύπνος).
- Δ. Το άγχος, η ανησυχία ή τα σωματικά συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή βλάβη σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργίας.
- E. Η διαταραχή δεν μπορεί να αποδοθεί στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ. φάρμακο κατάχρησης, φάρμακο) ή άλλη ιατρική κατάσταση (π.χ. υπερθυρεοειδισμός).
- ΣΤ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. άγχος ή άγχος αναμονής στη διαταραχή πανικού, αρνητική αξιολόγηση στην κοινωνική φοβία, μόλυνση ή άλλες εμμονές στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, αποχωρισμός από πρόσωπα προσκόλλησης στη διαταραχή άγχους αποχωρισμού, υπενθυμίσεις τραυματικών γεγονότων στη διαταραχή μετατραυματικού στρες, άγχος αύξησης βάρους στην νευρική ανορεξία, σωματικά ενοχλήματα σε διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων, ελαττώματα στην αντιληπτή εμφάνιση στη σωματική δυσμορφική διαταραχή, φόβος σοβαρής ασθένειας στη διαταραχή άγχους ασθένειας ή το περιεχόμενο παραληρηματικών πεποιθήσεων στη σχιζοφρένεια ή την παραληρηματική διαταραχή).

αντικαταθλιπτικά διαφόρων κατηγοριών, λιγότερο συχνά νευροληπτικά ή σταθεροποιητές διάθεσης). Η επιλογή της φαρμακευτικής αγωγής πρέπει να γίνεται με προσοχή, λαμβάνοντας υπόψιν και την σωματική κατάσταση του ασθενούς και την υπόλοιπη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει. Χρήσιμη είναι επίσης και η ψυχοθεραπεία, ιδιαίτερα η γνωσιακή-συμπεριφορική, καθώς και οι παρεμβάσεις σε τυχόν άλλους εξωτερικούς, κοινωνικοπολιτισμικούς κ.α. παράγοντες, που πυροδοτούν ή/και συντηρούν το ΣΕΕ αλλά και τις συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές.

Συνοψίζοντας, το ΣΕΕ συχνά (σε 50-90% των περιπτώσεων) συνυπάρχει με ψυχικές διαταραχές, συχνότερα αγχώδους ή καταθλιπτικού τύπου, με σημαντικό αντίκτυπο στην πρόγνωση του ΣΕΕ, τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η έγκαιρη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών που τυχόν συνυπάρχουν με το ΣΕΕ και η συνεργασία γαστρεντερολόγων-ψυχιάτρων είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του Συνδρόμου Ευερεθίστου Εντέρου.



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή: Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το διαγνωστικό-ταξινόμικό σύστημα DSM-5.

- A. Πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα έχουν εμφανιστεί κατά την ίδια περίοδο 2 εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργικότητα: τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση ή (2) απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστηση. Σημείωση: Μην συμπεριλάβετε συμπτώματα που αποδίδονται σαφώς σε άλλη ιατρική πάθηση.
- I. Καταθλιπτική διάθεση το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως υποδεικνύεται είτε από την υποκειμενική αναφορά (π.χ. αισθάνεται λυπημένος, άδειος, απελπισμένος) είτε από την παρατήρηση που κάνουν άλλοι (π.χ. φαίνεται δακρύβρεχτος).
(Σημείωση: Σε παιδιά και εφήβους, μπορεί να υπάρχει ευερέθιστη διάθεση.)
- II. Σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα (όπως υποδεικνύεται είτε από υποκειμενική αναφορά είτε από παρατήρηση).
- III. Σημαντική απώλεια βάρους όταν δεν κάνετε δίαιτα ή αύξηση βάρους (π.χ. αλλαγή άνω του 5% του σωματικού βάρους σε ένα μήνα) ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα. (Σημείωση: Στα παιδιά, εξετάστε το ενδεχόμενο να μην πετύχετε την αναμενόμενη αύξηση βάρους).
- IV. Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα.
- V. Ψυχοκινητική διέγερση ή καθυστέρηση σχεδόν καθημερινά (παρατηρήσιμη από άλλους, όχι απλώς υποκειμενικά συναισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης).
- VI. Κούραση ή απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα.
- VII. Αισθήματα αναξιοσύνης ή υπερβολικής ή ακατάλληλης ενοχής (που μπορεί να είναι παραληρηματικά) σχεδόν κάθε μέρα (όχι απλώς αυτομαρτία ή ενοχή για την ασθένεια).
- VIII. Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης, ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν κάθε μέρα (είτε από υποκειμενική αναφορά είτε όπως παρατηρείται από άλλους).
- IX. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβο θανάτου), επαναλαμβανόμενοι ιδεασμοί αυτοκτονίας χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας.
- B. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή έκπτωση σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.
- Γ. Το επεισόδιο δεν μπορεί να αποδοθεί στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας ή φαρμάκου ή σε άλλη ιατρική κατάσταση.
- Δ. Η εμφάνιση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου δεν εξηγείται καλύτερα από την ύπαρξη σχιζοψυχωσικής διαταραχής, σχιζοφρένειας, τη σχιζοφρενοειδή διαταραχή, την παραληρηματική διαταραχή ή τη μη καθορισμένη διαταραχή σχιζοφρενικού τύπου.
- E. Δεν υπήρξε ποτέ μανιακό επεισόδιο ή επεισόδιο υπομανίας.

Σημείωση 1^η: Τα κριτήρια A-Γ αντιπροσωπεύουν ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.

Σημείωση 2^η: Οι απαντήσεις σε μια σημαντική απώλεια (π.χ. πένθος, οικονομική καταστροφή, απώλειες από φυσική καταστροφή, σοβαρή ιατρική ασθένεια ή αναπηρία) μπορεί να περιλαμβάνουν αισθήματα έντονης θλίψης, μηρυκασμό για την απώλεια, αϋπνία, κακή όρεξη και απώλεια βάρους που σημειώνεται στο κριτήριο A, η οποία μπορεί να μοιάζει με καταθλιπτικό επεισόδιο. Αν και τέτοια συμπτώματα μπορεί να είναι κατανόητά ή να θεωρούνται κατάλληλα για την απώλεια, η παρουσία ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου εκτός από τη φυσιολογική απόκριση σε μια σημαντική απώλεια θα πρέπει επίσης να ληφθεί προσεκτικά υπόψη. Αυτή η απόφαση απαιτεί αναπόφευκτα την άσκηση κλινικής κρίσης με βάση το ιστορικό του ατόμου και τα πολιτισμικά πρότυπα για την έκφραση της αγωνίας στο πλαίσιο της απώλειας.



Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. Takajo, T. et al. Depression promotes the onset of irritable bowel syndrome through unique dysbiosis in rats. *Gut Liver* 13, 325–332 (2019).
2. Koloski, N., Holtmann, G. & Talley, N. J. Is there a causal link between psychological disorders and functional gastrointestinal disorders? *Expert. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 14, 1047–1059 (2020).
3. Chang, L. The role of stress on physiologic responses and clinical symptoms in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 140, 761–765 (2011).
4. Mayer, E. A., Ryu, H. J., & Bhatt, R. R. (2023). The neurobiology of irritable bowel syndrome. *Molecular Psychiatry*, 28(4), 1451–1465. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-01972-w>.
5. Eijsbouts C, Zheng T, Kennedy NA, Bonfiglio F, Anderson CA, Moutsianas L, et al. Genome-wide analysis of 53,400 people with irritable bowel syndrome highlights shared genetic pathways with mood and anxiety disorders. *Nat Genet.* 2021; 53:1543–52.
6. Bengtson M-B, Aamodt G, Vatn MH, Harris JR. Co-occurrence of IBS and symptoms of anxiety or depression, among Norwegian twins, is influenced by both heredity and intrauterine growth. *BMC Gastroenterol.* 2015; 15:9.
7. Lee C, Doo E, Choi JM, Jang S-H, Ryu H-S, Lee JY, et al. The increased level of depression and anxiety in irritable bowel syndrome patients compared with healthy controls: systematic review and meta-analysis. *J Neurogastroenterol Motil.* 2017; 23:349–62.
8. Fond G, Loundou A, Hamdani N, Boukouaci W, Dargel A, Oliveira J, et al. Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2014; 264:651–60.
9. Hu Z, Li M, Yao L, Wang Y, Wang E, Yuan J, et al. The level and prevalence of depression and anxiety among patients with different subtypes of irritable bowel syndrome: a network meta-analysis. *BMC Gastroenterol.* 2021; 21:23.
10. Phillips K, Wright BJ, Kent S. Irritable bowel syndrome and symptom severity: Evidence of negative attention bias, diminished vigour, and autonomic dysregulation. *J Psychosom Res.* 2014; 77:13–9.
11. Kilpatrick LA, Labus JS, Coveleskie K, Hammer C, Rappold G, Tillisch K, et al. The HTR3A Polymorphism c.-42C>T is associated with amygdala responsiveness in patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* 2011; 140:1943–51.
12. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry.* 2001; 49:1023–39.



Ιστορία της Ιατρικής

Η ΤΕΧΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΣΤΗΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

Νικόλαος Γ. Μαργέτης, MD, PhD, FEBGH, Γαστρεντερολόγος, Χαλάνδρι

...Ιπποκράτους ἀληθῶς ἔσμεν ζηλωταί...

Γαλνός (129-216 μ. Χ.)

Λίγες ημέρες πριν ολοκληρωθεί το παρόν τεύχος, έγινε γνωστή η εκδημία του πολύ σπουδαίου Ιατρού Παθολόγου Πάνου Αποστολίδη. Η αποβίωσή του βύθισε σε θλίψη την οικογένειά του, όλους τους οικείους και τους φίλους του, τους Ιατρούς που είχαν αξιωθεί να εκπαιδευτούν κοντά του και όσους είχαν την τύχη να μελετήσουν ένα από τα πολλά και βαθυστόχαστα συγγράμματά του. Προσωπικά, αισθάνθηκα ιδιαίτερη συγκίνηση και βαθιά λύπη για την απώλεια ενός από τους πιο πεφωτισμένους ανθρώπους, ενός άριστου Ιατρού, ενός λαμπρότατου πνεύματος, ενός υπέροχου Έλληνα και ενός συναδέλφου που με τίμησε με τη φιλία του. Θα διατηρήσω αναλλοίωτη την αφιέρωση που ακολουθεί, σαν να είναι ακόμα μαζί μας, δίπλα μας, σαν να μας συντροφεύει η επιστημοσύνη του, η σοφία του, η αξιοσύνη του, η αξιοπρέπεία του, η αγάπη του. Θέλω, τέλος, να επισημάνω πως ο Πάνος Αποστολίδης ήταν Ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΣΤΗΣ, ο Ιατρός που είχε μελετήσει το έργο του Ιπποκράτους και των συνεχιστών του στον ύψιστο βαθμό, ο Ιατρός που είχε εμβαθύνει στη συλλογιστική σκέψη και στους πολυσήμαντα δύσκολους στοχασμούς του Κώου Ιατρού όσο κανείς και ο Ιατρός που εμφορείτο στην πράξη από τα ιπποκρατικά ιδανικά όσο ελάχιστοι. Χωρίς την έμπνευση από το έργο του Πάνου Αποστολίδη, ποτέ δεν θα είχα νιώσει την ανάγκη να διεισδύσω στο ιπποκρατικό πνεύμα, ούτε θα είχα συγγράψει το κείμενο της ιστορικής στήλης του περιοδικού...

Το παρόν πόνημα αφιερώνεται, με ευγνωμοσύνη και σεβασμό, στον Ιατρό κ. Πάνο Δ. Αποστολίδη, βαθυστόχαστο μελετητή, απροκατάληπτο ερμηνευτή και ακάματο συνεχιστή του πνεύματος του προπάτορα Κώου Ιατρού.

Εισαγωγή

Ο Ιπποκράτης γεννήθηκε στο νησί της Κω το 460 π.Χ. Η χρονολογία θανάτου του δεν είναι επακριβώς γνωστή· το εύρος των πιθανών ετών που απεβίωσε εκτείνεται από το 377 π.Χ. έως το 351 π.Χ. Ο Ιπποκράτης διδάχθηκε τις εγκύκλιες αλλά και τις ιατρικές γνώσεις του από τον ιατρό πατέρα του Ηρακλείδη, σύμφωνα με τα ήθη της εποχής. Απέκτησε, χάριν της «πολιτείας» του, την φήμη άριστου ιατρού. Παράλληλα με την ρηξικέλευθη ιατρική του δραστηριότητα, ο Ιπποκράτης συνέγραψε αρκετά ιατρικά έργα, τα οποία καλύπτουν όλο το φάσμα της παθολογίας, της χειρουργικής και της γυναικολογίας, ενώ στο έργο του γίνεται σύντομη αναφορά και στα νοσήματα των παιδιών. Στα συγγράμματά του αναλύονται διεξοδικά επίσης πολλές άλλες πτυχές του ιατρικού έργου, όπως επί παραδείγματι η θέσπιση

προϋποθέσεων για την ιατρική εκπαίδευση, ο καθορισμός κανόνων ιατρικής δεοντολογίας, η σύνταξη ιατρικής ονοματολογίας συνεπούς με το έτυμον (=αλήθεια) και το περιεχόμενο εκάστου όρου, ο καθορισμός της ορθής συμπεριφοράς του ιατρού, οι προδιαγραφές οργάνωσης του ιδανικού ιατρείου και χειρουργείου κ.ο.κ. Τα έργα που αναφέρονται στο όνομα του Ιπποκράτους συνανήκουν στον όρο «Ιπποκρατική Συλλογή» (Hippocratic Corpus/ Hippocratic Collection) και απέκτησαν -από τα πρώτα χρόνια μετά την εκδημία του- φήμη εξίσου ολύμπια με τον σπουδαίο ιατρό.

Είναι αλήθεια πως δεν έχει εξακριβωθεί η ταυτότητα του συγγραφέα για όλα τα έργα της Ιπποκρατικής Συλλογής. Ο Ιπποκράτης είχε συγγράψει πληθώρα συγγραμμάτων· δυστυχώς, πολλά από τα έργα του έχουν χαθεί. Τα περίπου 60 έργα που απαρτίζουν την Ιπποκρατική Συλλογή κατατάσσονται, σύμφωνα με τον Daremberg, σε 5 κατηγορίες. Τα έργα που αναμφίβολα γράφτηκαν από τον Ιπποκράτη (κατηγορία Α) είναι μόλις 13. Στην κατηγορία Β περιλαμβάνονται έργα που είναι πολύ πιθανόν να έχουν συνταχθεί υπό του Ιπποκράτους, ενώ στην κατηγορία Γ εντάσσονται έργα σύγχρονα του



μεγάλου Κώου ιατρού, για τα οποία η ιστορική έρευνα εικάζει πως γράφτηκαν υπό την επίβλεψή του.

Αν και το ζήτημα της πατρότητας εκάστου βιβλίου της Συλλογής έχει σημαντική ιστορική και φιλολογική αξία, μικρή σημασία έχει αναφορικά με την βαρύνουσα θέση της Συλλογής, ως αυγής της επιστημονικής ιατρικής. Παρά τις επιμέρους -όχι σπάνιες- αντιφάσεις που απαντώνται μεταξύ των κειμένων διαφορετικών έργων της Συλλογής (πιθανότατα επειδή γράφτηκαν από διαφορετικούς συγγραφείς), τα έργα αυτά οικοδομούν ισχυρές ορθολογικές βάσεις της επιστημονικής Ιατρικής και θεσμοθετούν τους κανόνες άσκησης της. Τα έργα αυτά γράφτηκαν στην ιωνική διάλεκτο, παρότι ο Ιπποκράτης είλκε την καταγωγή του από δωρική περιοχή. Το γεγονός αυτό πιθανότατα οφείλεται στην ανά τακτά διαστήματα μετοίκηση του Ιπποκράτους σε αρκετές περιοχές εντός της επικράτειας (π.χ. Θεσσαλία, Μακεδονία, Θράκη), που εθεωρείτο κατά τον 5^ο και τον 4^ο αιώνα π.Χ. πως κατοικούνταν από Έλληνες (Ελληνική επικράτεια), προκειμένου να ασκήσει το ιατρικό επάγγελμα ως περιδεύων ιατρός στην επικράτεια αυτή η ιωνική διάλεκτος είχε αυξημένο κύρος (οι ιστορικοί σχεδόν ταυτίζουν τους Έλληνες εκείνων των αιώνων με τους Ίωνες). Για τον ίδιο λόγο, την ιωνική διάλεκτο χρησιμοποίησαν και άλλοι συγγραφείς, όπως ο Ηρόδοτος.

Αν και ο Ιπποκράτης υπερασπίστηκε τα ιατρικά δεδομένα που ήταν ήδη γνωστά μέχρι τις ημέρες του και ήταν υπέρμαχος της επάλληλης επιστρωμάτωσης της ιατρικής γνώσης και πείρας από γενεά σε γενεά, το περιεχόμενο των έργων της Συλλογής κρίνεται ως πρωτότυπο (δημιουργήθηκε *de novo*). Τα έργα αυτά γράφτηκαν στην Ελληνική επικράτεια, από Έλληνες ιατρούς, στην Ελληνική γλώσσα, και μάλιστα εντός σχετικά μικρού χρονικού διαστήματος (αδρομερώς, από τα μέσα του 5^{ου} αιώνα π.Χ. έως τα μέσα του 4^{ου} αιώνα π.Χ.). Θεωρούνται ως η πρωταρχική συστηματική καταγραφή και η απαρχή της επιστημονικής ταξινόμησης του συνόλου της ιατρικής γνώσης και εμπειρίας, όπως αυτή είχε ήδη συσσωρευτεί μέχρι την εποχή εκείνη, αλλά και όπως διδασκόταν στη θεωρία και ασκείτο στην πράξη από τους εκπροσώπους

της Ιατρικής Σχολής της Κω. Η Συλλογή πήρε την μορφή που γνωρίζουμε σήμερα κατά τους αλεξανδρινούς χρόνους, περίπου το 300 π.Χ., λίγες δεκαετίες μετά τον θάνατο του Ιπποκράτους.

Τέχνη και επιστήμη στα χρόνια του Ιπποκράτους

Ακόμα και πριν από τα χρόνια του Ιπποκράτους, είχε τεθεί το ερώτημα-δίλημμα: η Ιατρική είναι τέχνη ή επιστήμη; Για να απαντηθεί αυτή η αντιγνωμία, αξίζει να γίνει βραχεία αναφορά στην εννοιολογική σημασία των δύο εννοιών, τόσο κατά τον 5^ο και τον 4^ο αιώνα π.Χ., όσο και κατά τους προγενέστερους αιώνες, οπότε και επικρατούσαν οι θέσεις των προσωκρατικών φιλοσόφων.

Το σημαίνον και το σημαινόμενο του όρου «επιστήμη» είναι σε απόλυτη συνέπεια με την ετυμολογία της λέξης: *επιστήμη=επί+ίσταμαι*. Υπό την έννοια αυτή, η επιστήμη αναφέρεται στην μελέτη αυτού του τομέα του επιστητού, από τον οποίο ο ανθρώπινος νους στέκεται εκτός μεν, σε στενή επαφή δε. Στέκεται έξωθεν, διότι το τμήμα αυτό του επιστητού είναι μη αισθητό. Ο επιστήμονας εποπτεύει, φροντίζει και επιμελείται το αντικείμενό του από βραχεία απόσταση. Επιπλέον, προκειμένου να το μελετήσει, το «φωτίζει», ακριβώς διότι αυτό δεν είναι άμεσα αντιληπτό. Η επιστήμη επιδιώκει να μελετήσει αυτό που υπάρχει (το *ὄν*) χωρίς τη διαμεσολάβηση των σωματικών αισθήσεων· αντιθέτως, το προσεγγίζει με την ψυχή και τον νου. Πιο συγκεκριμένα, επιζητεί να γνωρίσει το αντικείμενό της στο μέτρο του εφικτού· όχι απόλυτα, διότι είναι δυσχερές να επιτύχει την άμεση και απόλυτη γνώση του μη αισθητού αντικειμένου της, του αντικειμένου που δεν άπτεται. Παρότι η γνώση του αντικειμένου δεν είναι απόλυτη, αυτό που επιζητεί ο επιστήμονας στην πορεία προς την κορύφωση της επιστήμης είναι η απόκτηση της αντικειμενικής γνώσης. Η **γνώση του αντικειμένου (=αντικειμενική γνώση)** αποκτά σημασία ταυτόσημη με αυτή της αλήθειας, δηλαδή αυτού του αδιαπραγμάτευτου σημαινομένου που δεν θα καταδικαστεί στην λήθη (*αλήθεια=a+λήθη*). Ό,τι γνωρίζει ο επιστήμονας, παρότι δεν είναι πλήρες, δεν αμφισβητείται, δεν περιέχει ανακρίβειες και ψεύδη και



Ιστορία της Ιατρικής

Η ΤΕΧΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΣΤΗΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

για τον λόγο αυτό προορίζεται να μην εκφυλιστεί από τη λησμονιά. Η αλήθεια της επιστήμης εμπεριέχει ισχύ και τεράστιο ειδικό φορτίο· η δύναμη αυτή μεταφέρει την αλήθεια εις το διηνεκές. Μόλα ταύτα, η γνώση δεν είναι ούτε ο τελικός προορισμός, ούτε αυτοσκοπός· τουναντίον, είναι το εργαλείο (μέσο, όχημα) για την κατάκτηση της επιστήμης. Αν και, κατά ειρωνική συγκυρία, ο επιστήμονας τρυγά τα τεκμήρια για τα «πιστεύω» του από τον αισθητό κόσμο, οι θέσεις του επιστήμονα διαμορφώνονται με επιχειρήματα που εξάγονται από τον νου (διά του ορθού λόγου) και όχι από τον εμπειρισμό· και τούτο, διότι, όσα διαπραγματεύεται η επιστήμη, αναφέρονται στον νοητό κόσμο. Για τους λόγους αυτούς, ο Πλάτωνας (427-347 π.Χ.) θεωρεί ως επιστήμες τα Μαθηματικά και την διαλεκτική Φιλοσοφία, ενώ ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.) τα Μαθηματικά, την μη υλιστική Φυσική και την Θεολογία.

Αντιθέτως, η τέχνη, η οποία ανάγει το έτυμόν της στο ρήμα τίκτω (γεννώ), αποσκοπεί στο άμεσο και το από αποτέλεσμα. Αντλεί τα ερεθίσματά της από τον υπαρκτό κόσμο, τον «ψηλαφητό» κόσμο, τον άμεσα αισθητό. Αναφέρεται στον υλικό κόσμο και στοιχειοθετεί τα επιχειρήματά της από τον εμπειρισμό. Σύμφωνα με την κατοπινή ιατρική έρευνα, η τέχνη χρησιμοποιεί ως οδούς απαρτίωσης τις νευρικές συνδέσεις των ειδικών αισθήσεων, που μεταφέρουν τις πληροφορίες στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), επιτυγχάνοντας δι' αυτών να αποκτήσει την γνώση μέσω της εμπειρικής προσέγγισης. Συνήθως το αποτέλεσμα της τέχνης είναι βραχυπρόθεσμο. Άλλοτε διεγείρει και χειραγωγεί τα ανθρώπινα συναισθήματα, γεννώντας συγκίνηση, ενίοτε καλύπτει καθημερινές ανάγκες, ενώ σε μερικές περιπτώσεις στοχεύει προς αμφότερες τις κατευθύνσεις.

Είναι αλήθεια, ότι το σημαντικό της τέχνης κατά τον 5^ο και τον 4^ο αιώνα π.Χ. δεν ήταν ταυτόσημο με το σημερινό. Πιθανότατα κατά τα χρόνια εκείνα ο όρος «τέχνη» συμπεριελάμβανε ένα σύστημα κανόνων, την επιδεξιότητα στην εργασία, την απόκτηση ενός συνόλου ειδικών γνώσεων και την καλλιέργεια εξειδικευμένων δεξιοτήτων. Τέλος,

στην τέχνη εμπεριείχεται η ιδιότητα του υποκειμενισμού, δηλαδή η τέχνη επιστεύετο πως επιδιώκει την **υποκειμενική γνώση**, υπηρετώντας με συνέπεια το θεμελιώδες αξίωμα πως η αλήθεια είναι υποκειμενική.

Όσαύτως, σπουδαία διακριτή μεταβλητή μεταξύ τέχνης και επιστήμης αποτελούσε η μέθοδος απόκτησης της γνώσης. Εξίσου σημαντική ήταν και η διαφοροποίηση της έννοιας της γνώσης ανάμεσα στη τέχνη και την επιστήμη. Σε έναν από τους πιο ενδιαφέροντες διαλόγους του Πλάτωνα, τον “Θεαίτητο”, ο διάλογος του Σωκράτη με τον Θεαίτητο θεμελιώνει διαχρονικές βάσεις για την σχέση επιστήμης και τέχνης. Αν και στο έργο αυτό η επιστήμη και η τέχνη ταυτίζονται (αμφότεροι, επιστήμονες και τεχνίτες, χρειάζονται απαραίτητως το στοιχείο της γνώσης, ως θεμελιώδη προϋπόθεση για να παράξει έκαστος το διακριτό του αποτέλεσμα), ο Πλάτωνας επιχειρεί να διαχωρίσει την φύση της γνώσης, που χαρακτηρίζει την επιστήμη, από το ποιόν της γνώσης που προσιδιάζει στην τέχνη. Μέσα από τα εντυπωσιακά επιχειρήματα που ανταλλάσσονται, αμφισβητείται βάσιμα το θεώρημα πως η γνώση είναι αίσθηση, και συνεπώς καταρρίπτεται το δόγμα ότι ο καθένας είναι σε θέση να γνωρίζει πραγματικά, να έχει δηλαδή ακριβή και **αντικειμενική γνώση** του περιβάλλοντος αντικειμένου. Επίσης επισημαίνεται η συνάφεια της γνώσης με την μνήμη, διδάσκεται πως κέντρο της νόησης είναι η ψυχή και αναφέρεται πως είναι δυσχερές να γνωρίζουμε την έννοια της γνώσης. Ο μεγάλος φιλόσοφος διαχωρίζει την αλήθεια από την γνώση, την αλήθεια από την αίσθηση και την αίσθηση από την γνώση, αφήνοντας να εννοηθεί πως είναι δυνατόν να έχει κάποιος την δική του αλήθεια επί των πραγμάτων, χωρίς εν τούτοις να τα γνωρίζει ουσιαστικά. Γνώση και αίσθηση διαφέρουν μιν, αμφότερες είναι πηγές αλήθειας δε: η αλήθεια που αναβλύζει από την αίσθηση είναι υποκειμενική ενώ από την γνώση αντικειμενική. Επί της αρχής αυτής ο Πλάτωνας εφευρίσκει την έννοια της αντικειμενικής γνώσης, ταυτίζοντάς την με την πραγματική γνώση.

Προχωρώντας περισσότερο, ο Πλάτωνας εισάγει την



έννοια της ατομικής κρίσης, της προσωπικής «δόξας». Η γνώση αποκτάται, επειδή χρησιμοποιούμε την κρίση μας, την διάνοιά μας και όχι την αίσθησή μας, η οποία θα μας μετέφερε βιώματα διά των αισθήσεων. «Δοξάζω», κατά τον Πλάτωνα, σημαίνει σχηματίζω γνώμη και κατά συνέπεια (δικαιούμαι να) κρίνω. Η αντικειμενική γνώση αποκτάται μέσω της διανοητικής λειτουργίας της διαμόρφωσης της αληθινής γνώμης-δόξας, δηλαδή της **αληθινής κρίσης**. Όταν εκπληρούνται συγχρόνως τρεις προϋποθέσεις: α) η αληθής δόξα βασίζεται σε λογικά επιχειρήματα, β) η αληθής δόξα εκφράζεται με συγκροτημένο και ισχυρό λόγο, γ) προτάσσεται η ειδοποιός διαφορά των πραγμάτων και των ιδεών, τότε η γνώση μετουσιώνεται σε επιστήμη. Παρότι φορέας της γνώσης αυτής είναι το υποκείμενο, η γνώση είναι αντικειμενική, αληθής και πραγματική, διότι βεβαιώνεται με απόλυτα λογικά επιχειρήματα. Το σύνολο αυτής της τεκμηριωμένης και εξακριβωμένης με πειστικά επιχειρήματα γνώσης απαρτίζει την επιστήμη (**έστιν ουν επιστήμη δόξα αληθής μετά λόγου**).

Η Ιατρική του Ιπποκράτους: ο ορισμός της επιστήμης

Παρότι κάποιοι ιστορικοί εικάζουν πως ο Ιπποκράτης επηρεάστηκε από την ανθρωποκεντρική φιλοσοφία του Σωκράτη, δεν υπάρχουν μαρτυρίες για το θρυλούμενο πέρασμά του από την Αθήνα του χρυσού αιώνας (5^{ος} αιώνας π.Χ.). Πιθανότατα ούτε από τον Πλάτωνα επηρεάστηκε, διότι οι ιδέες που εκφράζονται στον “Θεαίπτο” μάλλον δεν είχαν περιέλθει στην αντίληψή του: ο Ιπποκράτης ενδεχομένως να είχε αποβιώσει κατά το έτος συγγραφής του “Θεαίπτου” (368 ή 367 π.Χ.). Δεν αποκλείεται να είχε λάβει χώρα η αντίστροφη επιρροή: ο Πλάτων να είχε γονιμοποιήσει τις ιδέες του με τις απόψεις του Ιπποκράτους, με δεδομένο τον θαυμασμό που του έτρεφε (ο Πλάτωνας θεωρούσε τον Ιπποκράτη αυθεντία ως προς την επιστημονική μεθοδολογία της προσέγγισης του ανθρώπινου σώματος, όπως εξομολογείται στον “Φαίδρο”). Ανεξάρτητα από την χρονολογική σειρά των γεγονότων, είναι αδιαμφισβήτητο πως οι απόψεις του Ιπποκράτους και των ιπποκρατικών ιατρών περί της αληθούς γνώσης και περί της επιστήμης συμφωνούν

σε μεγάλο βαθμό με τις θέσεις που υποστήριζαν οι συνομιλπτες των πλατωνικών διαλόγων.

Είναι γνωστό ότι ο Ιπποκράτης ήταν και φιλόσοφος. Πρωτίστως όμως ήταν ιατρός: η ιατρική του ιδιότητα επισκίαζε όλες τις άλλες. Πολύ περισσότερο, κατάφερε να διαχωρίσει σαφώς την επιστήμη από την φιλοσοφία. Διότι, κατά τα γραφόμενα του Πάνου Αποστολίδη, η φιλοσοφία είτε συμπληρώνεται είτε επαναλαμβάνεται, ενώ η επιστήμη είτε απορρίπτεται είτε αμφισβητείται. Ο Ιπποκράτης βασίσθηκε στις ιατρικές γνώσεις, πρακτικές και θεωρητικές, που είχαν ήδη αθροισθεί από τα χρόνια που προηγήθηκαν του Ομήρου έως και τα χρόνια του και διακήρυξε ευθαρσώς την συνέχεια της ιατρικής εμπειρίας. Είχε την τεράστια ευφυΐα, το θάρρος και το επιστημονικό μέγεθος να αμφισβητεί, να απορρίπτει, ή, αντίθετα, να επιβεβαιώνει -εν μέρει ή καθολικά- αυτά που του παραδόθηκαν ως παρακαταθήκη από τους προγεννητόρες του ιατρούς. Στο έργο του *Περί Αρχαίας Ιατρικής* υποστήριξε με σθένος πως η Ιατρική είναι επιστήμη· μάλιστα χαρακτήρισε τους άπειρους και αμάητους ως «ανεπιστήμονες», προειδοποιώντας πως εάν γίνουν θεράποντες ιατροί, τότε η θεραπεία των ασθενών αφήνεται ολοκληρωτικά στην τύχη. Σύμφωνα δε με τον Πάνο Αποστολίδη, «ο Ιπποκράτης ανύψωσε την Ιατρική στο βάθρο της επιστήμης».

Ο Ιπποκράτης έθεσε επίσης το θεμέλιο της φιλοσοφίας της ιατρικής επιστήμης. Θεωρούσε πως η Ιατρική δεν πρέπει να αποδέχεται αβάσιμες υποθέσεις, αλλά αποκλειστικά ό,τι συνιστά την απτή πραγματικότητα (θετικά γεγονότα). Εμπνεόμενος από το κίνητρό του και την επιδίωξή του, που ήταν η ανεύρεση της αλήθειας, απάλλαξε την Ιατρική από τις δεισιδαιμονίες της εποχής του, από την θεοκρατία και από τις επιρροές/παιρσιφρήσεις της μαγείας και της μαντικής. Αναντίρρητα, **ο Ιπποκράτης αναζητούσε την αντικειμενική γνώση**: η γνώση αυτή αφορούσε στην ανατομία του ανθρώπινου σώματος και στους μηχανισμούς δημιουργίας των νόσων (διατύπωσε την θέση πως οι νόσοι έχουν φυσική προέλευση). Πίστευε πως η αλήθεια κατακτάται διά της



Ιστορία της Ιατρικής

Η ΤΕΧΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΣΤΗΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

κλινικής παρατήρησης, διά της κλινικής υπόθεσης, διά της κλινικής δοκιμασίας και διά της κλινικής έρευνας. Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που έψαξε την αντικειμενική ιατρική γνώση στα άδυτα του ανθρώπινου οργανισμού, σε μία πραγματικότητα που -με εξαίρεση τις εξωτερικές εκδηλώσεις των νόσων και τις ορατές ανατομικές δομές- δεν ήταν αντιληπτή (άρα, σύμφωνα με τα θέσφατα της εποχής δεν ήταν τέχνη) ούτε αναφερόταν στον νοητό κόσμο (άρα, κατά τα ειωθότα της εποχής δεν ήταν επιστημονική γνώση). Εν τούτοις, συνάρμοσε επιτυχώς τον εμπειρισμό με τα ορθολογικά επιχειρήματα/την αληθή κρίση και απέδειξε πως η ιατρική γνώση συνιστούσε επιστήμη. Σύμφωνα με τον μεγάλο Κώο ιατρό, απόδειξη πως η ιατρική ήταν επιστήμη ήταν οι ιατρικές έρευνες και ανακαλύψεις: αυτές οδηγούσαν στην εξεύρεση της γνώσης, η οποία στην πράξη επαληθευόταν και δικαιωνόταν. Για όλους αυτούς τους λόγους, **ο Ιπποκράτης θεωρείται ο θεμελιωτής της επιστημονικής Ιατρικής.**

Ο Ιπποκράτης απέδιδε βαρύνουσα σημασία στην κλινική παρατήρηση, διότι αυτή κομίζει γνώση, γεννά και κτίζει πείρα (**εμπειρική παρατήρηση**). Από την στιγμή, όμως, που ο ίδιος με τον αρχικό του αφορισμό (*Αφορισμοί, 1.1*) πίστευε πως **“η πείρα σφαλερή”**, απεφάνθη με συνέπεια πως οι γνώσεις του ιατρού δεν πρέπει να βασίζονται αποκλειστικά στην προσωπική του πείρα. Τιμούσε και ενθάρρυνε την μεταμόρφωση (μετά-πλαση) του μυαλού του ιατρού, που επιτυγχάνεται διά της συγκρότησης της ατομικής του πείρας, απόρροια των κλινικών του παρατηρήσεων· όμως απέρριπτε τον τυφλό εμπειρισμό. Θεωρούσε πως οι γνώσεις του ιατρού πρέπει να ολοκληρώνονται τόσο με την κατάκτηση θεωρητικών γνώσεων όσο και με τον διαμοιρασμό της πείρας άλλων ιατρών. Ο ιατρός πρέπει αδιάλειπτα να οικοδομεί τις γνώσεις του σε θεωρητικό υπόβαθρο διά της άσκησης μελέτης. Επιπροσθέτως, η ώσμωση της πείρας του ιατρού με αυτή σύγχρονων και προγενέστερων συναδέλφων του είναι απαραίτητη για να απαρτισθεί κατά πλάτος και κατά βάθος το οικοδόμημα της ατομικής του ιατρικής γνώσης. Τελικά, οι θεωρητικές γνώσεις, η ατομική πείρα και η πείρα άλλων ιατρών αλληλοενισχύονται και εγκα-

θιστούν τον ενάρετο κύκλο της **προσωπικής εμπειρίας**. Καθοριστικό ρόλο στην τριπλή αυτή αλληλεπίδραση διαδραματίζει, κατά τον Ιπποκράτη, η μνήμη του ιατρού (ο ιατρός πρέπει να είναι χαρισματικός), θεωρώντας πως η ικανότητά του να μαθαίνει θετικά και να ανακαλεί τις γνώσεις του ευχερώς και καίρια είναι αδιαπραγμάτευτη προϋπόθεση για την ουσιαστική άσκηση της Ιατρικής. Με τον τρόπο αυτό, ο γνήσιος ιπποκρατικός ιατρός ενσωματώνει αρμονικά την πανταχόθεν ορμώμενη συσσωρευμένη εμπειρία στην επιστήμη του.

Η ικανότητα του ιατρού για ορθή (ή αληθινή) κρίση (αλάθευτη διάγνωση, ορθή πρόγνωση, ασφαλής γνώση της θεραπευτικής προσέγγισης) αντιμετωπίζεται ως ζητούμενο παρά ως δεδομένο· δεν είναι μία ευχερής νοητική διαδικασία που βασίζεται στον παραγωγικό λογισμό. Τουναντίον, η Ιατρική απαιτεί έναν ακατάπαυστο καταγισμό πολλαπλών και σύνθετων συλλογισμών. Εφόσον **“η κρίσις χαλεπή, Αφορισμοί, 1.1”** και η πορεία του ασθενούς εξαρτάται τα μέγιστα από αστάθμητους -και εν πολλοίς άγνωστους- παράγοντες, ο Ιπποκράτης συνιστούσε στον ιατρό να παραμένει διαρκώς σε επαγρύπνηση και να εξατομικεύει την θεραπεία σε κάθε ασθενή του ξεχωριστά, προτάσσοντας ως μείζονα προτεραιότητα το όφελος του ασθενούς. Τούτων δοθέντων, δικαιούμαστε να χαρακτηρίσουμε τον Ιπποκράτη ως τον εγκαθιδρυτή της εξατομικευμένης ιατρικής.

Έχοντας ο Ιπποκράτης την βιωματική εμπειρία του εαυτού του ως εξάιρετου ιατρού, δηλαδή διαπιστώνοντας στην πράξη τα αγαθά αποτελέσματα της δικής του ευεργετικής ιατρικής πρακτικής, επέτυχε να “μεταβάλει την πορεία της Ιατρικής” (Πάνος Αποστολίδης): δεν την αναβίβασε απλώς σε επιστήμη, αλλά και την καθιέρωσε ως **εφαρμοσμένη επιστήμη**. Ουσιαστικά, ο Ιπποκράτης ανακατεύθυνε την στόχευση της επιστήμης από το μη αισθητό τμήμα του επιστητού (νοερό, μη απότο) στο τμήμα που φωτίζει η εμπειρία (υλικό, πρακτικό). Χωρίς να απεμπολεί το βασικό γνώρισμα των επιστημών, που είναι η ανεύρεση της αντικειμενικής αλήθειας (τεκμηριωμένη γνώση), ο Ιπποκράτης απέδειξε εμπράκτως πως αυτή η αρχή είναι εφικτό να μεταφερθεί, εφαρμοζόμενη με



ανάλογη μεθοδολογία, από τον νοητό στον υλικό κόσμο. Και μάλιστα στον υλικό μικρόκοσμο του ανθρώπινου σώματος, τόσο του υγιούς όσο και του νοσούντος.

Ο Ιπποκράτης είχε συναίσθηση της ταυτοτικής ιδιότητας της αντικειμενικής γνώσης, δηλαδή πως αυτή δεν δύναται να είναι απόλυτη, δεν είναι εφικτό να είναι πλήρης. Για τον λόγο αυτό, ήταν πεπεισμένος πως η ιατρική γνώση της εποχής του, συμπεριλαμβανομένης αυτής που ο ίδιος πρωτοδιατύπωσε, έχρηζε συμπλήρωσης, πως ήταν ατελής. Μολαταύτα, σύμφωνα με τον Πάνο Αποστολίδη, «ο Ιπποκράτης ανήκει στους ελάχιστους που βρήκε ότι έψαχνε». Αρκετά από όσα βρήκε ο Ιπποκράτης είναι διαχρονικές αλήθειες, αντι-

κειμενικές ιατρικές γνώσεις, των οποίων η ισχύς έχει μείνει αναλλοίωτη μετά από 25 αιώνες περίπου, παρά τις ασύλληπτες για τον ανθρώπινο νου κατακτήσεις της ιατρικής επιστήμης κατά τους τελευταίους αιώνες (ιδίως κατά τις πρόσφατες δεκαετίες), παρά το γεγονός πως ο ίδιος αγνοούσε στοιχειώδεις γνώσεις ανατομίας, ιστολογίας, φυσιολογίας και παθοφυσιολογίας και σε πείσμα των παραδοχών του, αρκετές από τις οποίες ήταν λανθασμένες. Μικρό υποσύνολο των πρωτοπόρων επιστημονικών παρατηρήσεων και συμπερασμάτων του Ιπποκράτους και των ιπποκρατικών ιατρών που άντεξαν στον χρόνο και η θέση των οποίων βρίσκεται δικαιωματικά αιώνες μπροστά από την εποχή τους, παρατίθενται στον πίνακα Α που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ Α. Πρωτοπόρα επιστημονικά σταχυολογήματα της Ιπποκρατικής Συλλογής.

1. Τα οξέα νοσήματα κρίνονται σε 14 ημέρες.
2. Ο βαθμός της απόκλισης των παθολογικών σημείων, όπως αυτά προκύπτουν από την επισκόπηση, συγκρινόμενα με τα αντίστοιχα φυσιολογικά, καθορίζουν την βαρύτητα της αρρώστιας. Η σύγκριση των παθολογικών σημείων με τα φυσιολογικά δέον να διενεργείται, εφόσον είναι εφικτό, με το αντίστοιχο υγιές μέλος του ίδιου ατόμου, αλλά και με τα ευρήματα που είχε το ίδιο άτομο ενόσω ήταν ακόμα υγιές.
3. Τα νοσήματα έχουν φυσική προέλευση (σύμφωνα με τον Πάνο Αποστολίδη, ο πρώτος που διατύπωσε το αξίωμα αυτό ήταν ο Ιπποκράτης).
4. Υπάρχουν νοσήματα που έχουν αιτιώδη σχέση με την καταγωγή του ατόμου, είναι νόσοι δηλαδή εξ αίματος, διότι μεταδίδονται (=κληρονομούνται, ΣτΣ) από γενεά σε γενεά (τα κατά γένος). Σε αντίστιξη, τα νοσήματα που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού ή της βρεφικής ηλικίας ονομάζονται **εκ γενέσιος** ή **σύμφυτα** ή **συγγενή**.
5. Κάθε πρωτεύον νόσημα έχει την δική του ταυτότητα, η οποία περιλαμβάνει τα κύρια (υποχρεωτικά ή αναγκαία) συμπτώματα (υποκειμενικά ενοχλήματα), που ακολουθούν συγκεκριμένη πορεία, η οποία δίνει τη δυνατότητα ευσίωνης ή δυσσίωνης πρόγνωσης (Πάνος Αποστολίδης). Ενίοτε, στην πορεία της νόσου εμφανίζονται και τα δευτερεύοντα συμπτώματα.
6. Φάρμακο ονομάζεται **ο,τιδήποτε** τροποποιεί την παρούσα κατάσταση του οργανισμού (φαρμακευτική ουσία, εξωγενής χημική ουσία, διατροφικός παράγων, ΣτΣ). Η από μνήμης φαρμακογνωσία είναι προχωρημένη ιατρική γνώση και απαραίτητη προϋπόθεση για την άσκηση κλινικής ιατρικής (Πάνος Αποστολίδης).
7. Ο ιατρός πρέπει να στοχεύει και να επικεντρώνεται στην θεραπεία του πάσχοντος οργάνου ή μέλους, εφόσον το νόσημα δεν είναι συστηματικό.
8. Σε όλα τα νοσήματα, η διατήρηση της πνευματικής διαύγειας και της όρεξης είναι καλό προγνωστικό σημείο.
9. Σφυγμός πρέπει να αναζητείται από τον ιατρό (κατά την ψηλάφηση) όχι μόνον στα αγγεία (π.χ. στους αγκώνες, στους κροτάφους), αλλά και σε συγκεκριμένους ανατομικούς τόπους, όπως στα υποχόνδρια (βλ. σφύζον ήπαρ σε ανεπάρκεια τριγλώχινος, ΣτΣ).
10. Η φλεγμονή είναι συνυφασμένη με την υπεραιμία, δηλαδή με την τοπική πληθώρα του αίματος.
11. Ο πυρετός συνυπάρχει με πολλές άλλες νόσους, αλλά περισσότερο με την φλεγμονή (κατά τον Ιπποκράτη, ο πυρετός ήταν νόσημα και όχι σύμπτωμα, ΣτΣ).



Ιστορία της Ιατρικής

Η ΤΕΧΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΣΤΗΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ Α. Πρωτοπόρα επιστημονικά σταχυολογήματα της Ιπποκρατικής Συλλογής (συνέχεια).

12. Ο ψυχρός ιδρώτας είναι ενδεικτικός **κεναγγίης**, δηλαδή κενότητας των αγγείων (μειωμένος δραστικός ενδοαγγειακός όγκος αίματος, που απαντάται σε υπο-ογκαιμική καταπληξία, ΣτΣ).
13. Πρέπει να θερμαίνουμε τα παγωμένα μέρη του σώματος, εκτός από εκείνα που αιμορραγούν ή πρόκειται να αιμορραγήσουν.
14. Το «**Ιπποκράτειο προσωπείο**» είναι προάγγελος θανάτου (προγνωστικό σημείο). Το προσωπείο αυτό περιλαμβάνει: μάτια βαθουλωμένα, κροτάφους βαθουλωμένους, αυτιά κρύα και ζαρωμένα, με τους λοβούς γυρισμένους προς τα πίσω, δέρμα μετώπου σκληρό, τεντωμένο και κατάξερο και χρώμα προσώπου κίτρινο ή μαύρο ή κιτρινόμαυρο ή μολυβένιο (*Προγνωστικόν, 2*, πιστή αναπαραγωγή από την μετάφραση του Πάνου Αποστολίδη).
15. Σε πυογόνες καταστάσεις, τα νύχια των χεριών κυρτώνονται και τα δάκτυλα και ιδιαίτερα οι ρώγες είναι ζεστές. Το κλινικό σημείο ονομάζεται «**Ιπποκράτειο δάκτυλο**» και είναι διαγνωστικό των εμπύων καταστάσεων (το σημείο αυτό εμπεριέχεται στα χαρακτηριστικά του κλινικού σημείου που ονομάστηκε, αιώνες αργότερα από τον Αρεταίο, πληκτροδακτυλία, Πάνος Αποστολίδης).
16. Η «**Ιπποκρατική σείσις**», δηλ. ο κυματοειδής ήχος (παφλασμός, κλυδασμός), που ακούει ο ιατρός κατά την άμεση ακρόαση του ημιθωρακίου, όταν σείει τον καθήμενο άρρωστο ταλαντεύοντάς τον δεξιά-αριστερά, δηλώνει με βεβαιότητα την μετακίνηση υγρού εντός της υπεζωκοτικής κοιλότητας, εφόσον συνυπάρχει ποσότητα αέρα σε αυτήν. Με τον τρόπο αυτό τίθεται η διάγνωση του υδρο-πυοπνευμοθώρακα (ανάλογη μεθοδολογία χρησιμοποιείται σήμερα για την κλινική διάγνωση του ειλεού και της πυλωρικής στένωσης, διά της ακρόασης της κοιλίας κατά την σείση της τελευταίας, ΣτΣ).
17. Επί εξαρθήματος του ώμου, η -σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία- **Ιπποκράτειος μέθοδος**, η τοποθέτηση δηλαδή της πτέρνας του σύστοιχου ποδιού του ιατρού στο θωρακικό τοίχωμα της σύστοιχης μασχάλης του ασθενούς (προκειμένου να αποφευχθεί η πίεση αγγείων και νεύρων, ΣτΣ) με την ταυτόχρονη έλξη και έξω στροφή με τα δύο χέρια του ιατρού του εξαρθρωμένου τεντωμένου άνω άκρου του ασθενούς, αποτελεί την απλούστερη και την αποτελεσματικότερη μέθοδο ανάταξης του εξαρθήματος από την εποχή του Ιπποκράτους έως και τις ημέρες μας.
18. Όταν η κλείδα υφίσταται κάταγμα, το έξω τμήμα αυτής (προς το ακρώμιο) φέρεται προς τα κάτω (συνεπεία τούτου ο σύστοιχος ώμος παραμορφώνεται και κατέρχεται, ΣτΣ).
19. Η αθρόα παροχέτευση της πλευριτικής συλλογής, του εμπύματος του θώρακα και της ασκτικής συλλογής απαγορεύεται, διότι θα προκαλέσει τον θάνατο (μέσω πρόκλησης υποογκαιμικού σοκ, ΣτΣ).
20. Το διογκωμένο, επώδυνο και συνεσπασμένο δεξιό υποχόνδριο έχει πρόγνωση βαρύτερη από εκείνη του αριστερού με τα ίδια κλινικά σημεία. Σε βαρύ εμπύρετο νόσημα, ο πόνος στο δεξιό υποχόνδριο έχει κακή πρόγνωση (κατά τον Πάνο Αποστολίδη, ο Ιπποκράτης αναφέρεται στο σημείο Murphy, κλινικό σημείο οξείας χολοκυστίτιδας).
21. Στους ικτερικούς, εάν το ήπαρ γίνει σκληρό, τότε η πρόγνωση είναι κακή (το σκληρό ήπαρ δηλώνει είτε κίρρωση του ήπατος είτε πρωτοπαθές ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, ΣτΣ).
22. Στον ίκτερο, η κίτρινη χροιά δεν αφορά μόνο στο δέρμα και στους οφθαλμούς (βλ. σκληρούς, ΣτΣ), αλλά και στην κάτω επιφάνεια της γλώσσας.
23. Σε βαριές ασθένειες της χολής, τα λευκά κόπρανα...αλλά και τα ούρα γεμάτα χολή είναι δυσμενή προγνωστικά σημεία. Τότε ενδέχεται να πάσχει το ήπαρ. (Προφανώς ο Ιπποκράτης περιγράφει με ακρίβεια την κλινική εικόνα της χολόστασης, με την υπέρχρωση των ούρων και τον αποχρωματισμό των κοπράνων, υπονοώντας πως αυτή ενδέχεται να είναι **και** ενδοηπατική, ΣτΣ).
24. Ο εμετός μπορεί να επιπλακεί από ρήξη αιμοφόρου αγγείου (υπονοείται αιματέμεση, λόγω ρήξης βλεννογονίων ή υποβλεννογονίων αγγείων της γαστροοισοφαγικής συμβολής, σύνδρομο Mallory/Weiss, ΣτΣ).
25. Εάν τα κόπρανα αποβάλλονται κάθε τρεις ή τέσσερις ημέρες ή σε μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, υπάρχει ο κίνδυνος να εμφανισθεί διάρροια (ο Ιπποκράτης πιθανώς υπαινίσσεται ψευδοδιάρροια, απότοκη κοπρόστασης, ΣτΣ).
26. Η εξέταση του ορθού και του πρωκτού διενεργείται από τον **κατοπήρα**, έναν μεταλλικό εδροδιαστολέα (αρχέγονο πρωκτοσκόπιο – ορθοσκόπιο, ΣτΣ).



ΠΙΝΑΚΑΣ Α. Πρωτοπόρα επιστημονικά σταχυολογήματα της Ιπποκρατικής Συλλογής (συνέχεια).

27. Τα κονδυλώματα δεν περιορίζονται ανατομικά αποκλειστικά στον πρωκτό ή στο περιπρωκτικό δέρμα· ενδέχεται να έχουν «μεταναστεύσει» στο ορθό (πιθανότατα ο Ιπποκράτης εννοεί την προσβολή του πρωκτού άνωθεν της οδοντωτής γραμμής, ΣτΣ).
28. Το ορθοσκόπιο χρησιμοποιείται όχι μόνο για διαγνωστικούς, αλλά και για θεραπευτικούς σκοπούς, δηλαδή για την καυτηρίαση των εσωτερικών αιμορροϊδών και των άνωθεν της περιπρωκτικής περιοχής κονδυλωμάτων.
29. Η καυτηρίαση των αιμορροϊδών διενεργείται με χάλκινο σωλήνα, ο οποίος εφαρμόζεται στο ορθό ως εδροδιαστολέας· εντός του εδροδιαστολέα εισάγεται η πυρωμένη σιδερένια ράβδος (*καυστήρ*), που θα προκαλέσει εξέγκωση των αιμορροϊδικών φλεβών διά της θερμότητας. Σε 2^ο χρόνο, οι εξέγκωμένες αιμορροϊδικές φλέβες θα αποξηρανθούν (μπορούμε να αντιπαραβάλλουμε την περιγραφή αυτή με την αιμορροϊδοπηξία, κατά την οποία εισάγεται μεταλλική οπτική ίνα-βελόνη διόδου εντός των αιμορροϊδικών όζων από τον χειρουργό, από το άκρο της οποίας θα γίνει εκπομπή δέσμης laser· η μέθοδος ανήκει στην ελάχιστη επεμβατική χειρουργική, που εφαρμόζεται εσχάτως για την θεραπεία της αιμορροϊδοπάθειας, ΣτΣ).
30. Επί αποτυχίας της καυτηρίασης των αιμορροϊδών, έχει ένδειξη η εκτομή των αιμορροϊδικών όζων (αιμορροϊδεκτομή).
31. Η άφθονη νυκτερινή διούρηση προαναγγέλλει μείωση των εντερικών κενώσεων (η αποκατάσταση του ενδοαγγειακού όγκου αίματος, λόγω π.χ. της αυτοϊάσης ενός λοιμώδους αιτίου γαστρεντερίτιδας, οδηγεί σε αναστολή της έκκρισης της αντιδιουρητικής ορμόνης, ΣτΣ).
32. Στους πυρέσσοντες, εάν η αποβολή πυκνών και ολίγων ούρων ακολουθηθεί από άφθονη διούρηση με αραιά ούρα, η πρόγνωση είναι καλή (ενδεχομένως ο Ιπποκράτης αναφέρεται στις διαδοχικές φάσεις της νεφρικής ανεπάρκειας, στην αρχική ολιγουρική, που ακολουθείται από την πολυουρική, ΣτΣ).
33. Η αιφνίδια *συνεχής* αιματοουρία προέρχεται από ρήξη μικρών αγγείων των *νεφρών* (η διάκριση της αιματοουρίας σε αρχική, τελική και συνεχή προκρίνει και το όργανο προέλευσής της από τα χρόνια του Ιπποκράτους έως τις ημέρες μας, ΣτΣ).
34. Η διάρκεια της φυσιολογικής κύησης είναι 280 ημέρες.
35. Έμβρυα που έχουν συμπληρώσει 182 ημέρες κύησης (τα λεγόμενα επτάμηνα, αυτά δηλαδή που έχουν εισέλθει στον 7^ο μήνα κύησης) είναι δυνητικά βιώσιμα.
36. Ο φυσιολογικός τοκετός προϋποθέτει την κεφαλική προβολή του εμβρύου.
37. Στις επίτοκες η κεφαλαλγία, συνοδευόμενη από καρνηβάρια, προκωματώδη κατάσταση και σπασμούς έχει κακή πρόγνωση (συμπτωματολογία εκλαμψίας, Πάνος Αποστολίδης).
38. Εάν μία γυναίκα που δεν είναι έγκυος εμφανίσει γάλα από τους μαστούς (γαλακτόρροια), η περίοδός της έχει σταματήσει (υπονοείται υπερπρολακτιναιμία, ΣτΣ).
39. Στα άτομα που πάσχουν ή έχουν προδιάθεση για φυματίωση, η χορήγηση εμετικών φαρμάκων πρέπει να γίνεται με μέτρο και φειδώ (πιθανώς ο Ιπποκράτης υποψιάσθηκε την ακούσια κατάποση των φυματίων στον στόμαχο, που συχνά συμβαίνει στους φυματικούς· θεώρησε, επομένως, υποχρέωσή του να προφυλάξει τον ασθενή από το ενδεχόμενο του αυτο-ενοφθαλμισμού, ΣτΣ).
40. Οι παρασιτικοί σκώληκες του εντερικού σωλήνα ονομάζονται έλμινθες και διακρίνονται στους λεπτούς, τους στρογγύλους και στους πλατείες (οι αντίστοιχες σημερινές ονομασίες είναι οξύουροι, ασκαρίδες και ταινία *saginata*). Οι μικροοργανισμοί αυτοί παρασιτούν στην περιοχή του δακτυλίου· μετακινούμενοι κατά τις νυκτερινές ώρες, είναι το αίτιο του τοπικού κνησμού (Πάνος Αποστολίδης, πιστή αναπαραγωγή διευκρινιστικού σχολίου).
41. Η απώλεια της προσαρμοστικής ικανότητας των οφθαλμών είναι κακό προγνωστικό σημείο.
42. Τα τραύματα του εγκεφάλου ακολουθούνται υποχρεωτικώς από χολώδεις εμέτους (πιθανόν στα πλαίσια αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης, ΣτΣ).
43. Η ενδεδειγμένη αντιμετώπιση των αποστημάτων είναι η παροχέτευσή τους προς το εξωτερικό περιβάλλον.



Ιστορία της Ιατρικής

Η ΤΕΧΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΣΤΗΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

Ιατρική: η δικαίωση και η μύηση των αρίστων

Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, η Ιατρική ανήκει στους **αληθινούς ιατρούς**· είναι ένα προνόμιο που το κατέκτησαν με την αξία τους. Αναφερόμενος στον ιατρό, θεωρεί δεδομένο πως εννοεί τον άριστο ιατρό. Οι προσδιορισμοί «ιατρός», «πραγματικός ιατρός», «καλός ιατρός», «άριστος ιατρός» και «αληθινός ιατρός» είναι ταυτόσημοι. Ο Ιπποκράτης θεωρεί τους αληθινούς ιατρούς ιερά και πανάξια πρόσωπα. Όσοι από τους εγγενώς άριστους έχουν επιπλέον την φυσική **κλίση**, είναι δηλαδή πλασμένοι να γίνουν ιατροί, είναι ήδη ιεροί και πανάξιοι άνθρωποι πριν γίνουν ιατροί. Όσοι είναι προικισμένοι από την μητέρα-φύση με τα πολλαπλά χαρίσματα, τα απόλυτα αναγκαία σε έναν ιατρό, είναι επιβεβλημένο να δεχθούν ποιοτική, ευρεία και πλούσια μόρφωση (με την έννοια της απόκτησης παιδείας και της καλλιέργειας του πνεύματος) ήδη από την παιδική τους ηλικία (διδασχία), προκειμένου να «κληθούν» στη συνέχεια στην χορεία των ιατρών με την διαδικασία της μύησης.

Για να μνηθούν στα ιερά μυστήρια της επιστήμης, οι άριστοι με την φυσική κλίση πρέπει οι να «προσκληθούν» (εκτός από την κλίση προϋπόθεση είναι ομοίως και η **κλήση**). Η πρόσκληση ερμηνεύεται με την ευρεία της έννοια: ο χαρισματικός άνθρωπος έλκεται από το κορυφαίο, από το άριστο, από το ιερό και μαθητεύει με φρόνηση σε έμπειρους ιατρούς-δασκάλους. Οι διδάσκαλοι διδάσκουν (παραδίδουν, μεταλαμπαδεύουν) την αντικειμενική γνώση (επιστήμη) στον αμύητο, ο οποίος την παραλαμβάνει, την μαθαίνει, την κάνει κτήμα του· η γνώση μμει σταδιακά τον αμύητο, τον αναβιβάζει στο επίπεδο της επιστήμης και του επιτρέπει να εισαχθεί στα μυστήριά της. Ο μνημένος-γνώστης είναι, πλέον, ο ιατρός-επιστήμονας.

Τότε, και μόνον τότε, ο μνημένος-γνώστης της ιατρικής επιστήμης αποκτά το δικαίωμα να του αποκαλυφθούν τα ιερά μυστικά της ιατρικής τέχνης, διότι βρίσκεται στην προνομιακή θέση που μπορεί να τα δεχθεί. Με αυτά τα

μυστικά ως αρωγό, ο κάτοχος της ιερής γνώσης μετουσιώνει τις ικανότητές του σε δεξιότητες. Σε απόλυτη αντίθεση, οι μη μνημένοι, όσο ικανοί και αν είναι, δεν έχουν δικαίωμα να γίνουν κοινωνοί των μυστικών της ιατρικής τέχνης. Δηλαδή, ο ιπποκρατικός ιατρός ξεκινά την ιατρική του τέχνη εκεί που τελειώνουν τα (όποια) θετικά αποτελέσματα της καλλιεργημένης έμφυτης κλίσης του. Το σημείο εκκίνησης του αληθινού ιατρού είναι αυτό ακριβώς το σημείο της μεταμόρφωσής του, δηλαδή το μεταίχμιο της εσωτερικής του μετουσίωσης, το σημείο που η ιατρική τέχνη αρχίζει να εμπλουτίζει την ιατρική επιστήμη, με σκοπό να την ολοκληρώσει. **Η Ιατρική, κατά συνέπεια, είναι ιερή επιστήμη και ιερή τέχνη**· οι φυσικοί της εκφραστές είναι μόνο όσοι είναι άξιοι για μια τέτοια τιμή, δηλαδή **τα ιερά πρόσωπα των ιατρών**.

Στον βαθμό που ο Ιπποκράτης επαινεί, θαυμάζει και εγκωμιάζει τους αληθινούς ιατρούς, άλλο τόσο είναι απόλυτα εχθρικός απέναντι στους ψευτοιατρούς. Για τους ιπποκρατικούς ιατρούς, ο δήθεν ιατρός είναι μη-ιατρός. Είναι αμαθής, χωρίς γνώσεις, χωρίς παιδεία. Δεν έχει πρόσωπο, αλλά **προσωπείο ιατρού**. Είναι αγύρτης, επικίνδυνος, εξαπατητής. Δεν έχει το δικαίωμα να ασκεί την Ιατρική. Είναι άξιος παραδειγματικής, σκληρής και αμειλικτής τιμωρίας για τα όσα δεινά έχει προκαλέσει και θα προκαλέσει. Κατά τον Ιπποκράτη, η αμαύρωση της φήμης των ψευτοιατρών δεν είναι η δέουσα τιμωρία τους. Αυτή η ήπια «τιμωρία» τους επιτρέπει να συνεχίζουν την αντιποίηση ιδιότητας και να ασκούν λαθραία και κατά το δοκούν το ιερό επάγγελμα του ιατρού· επιπλέον, τους αφήνει ανενόχλητους να ασκούν «ιατρική» εναντίον του λαού. Αυτή η ψευδοτιμωρία έχει αντίκτυπο και στο κύρος της Ιατρικής: βασιζόμενοι στις επιβλαβείς πράξεις και στις εσφαλμένες πρακτικές των ψευτοιατρών, πολλοί κρίνουν άδικα τόσο την Ιατρική όσο και τους ιατρούς. Εξαιτίας αυτής της στρέβλωσης, η υπόληψη της Ιατρικής, επιστήμης και τέχνης, έχει υποστεί ρωγμές μεταξύ των αμόρφωτων και των αδαών.

Η παραδειγματική τιμωρία των ψευτοιατρών δεν



σημαίνει, κατά τον Ιπποκράτη, πως οι αληθινοί ιατροί δεν έχουν δικαίωμα στο λάθος. Η ακριβής αισθητηριακή αντίληψη και η απόλυτη γνώση του σώματος εκάστου ασθενούς είναι έργο ιδιαίτερα δυσχερές (ίσως και ουτοπικό), λαμβάνει δε χώρα σπάνια. Για τον λόγο αυτό, ο Ιπποκράτης φρονεί πως ο ρεαλιστικά βέλτιστος στόχος για τον ιατρό είναι να κάνει μικρά σφάλματα, φθάνοντας μάλιστα στο σημείο να τον επαινέσει, εάν τα λάθη του είναι περιορισμένα, διότι το αλάνθαστο είναι σπάνιο (*...καν εγώ τούτον τον ιητράν ισχυρώς επαινέοιμι, τον σμικρά αμαρτάνοντα...*, *Περί Αρχαίης Ιητρικής*, 9).

Ο Ιπποκράτης διακηρύσσει πως ο ιατρός, για να καταφέρει να σφάλει σε μικρό βαθμό, πρέπει να αποκτήσει πλουσιότατη κλινική εμπειρία. Κατά συνέπεια, καυτηριάζει την απειρία του ιατρού, ως απόδοσα του ιατρικού τίτλου τιμής (η απειρία τροφοδοτεί την δειλία και την απερισκεψία, η δειλία φανερώνει αδυναμία, ενώ η απερισκεψία έλλειψη επιστημονικής κατάρτισης, *Νόμος*, 4). Ο Ιπποκράτης θεωρεί ότι και ο άπειρος ιατρός δυσφημεί την Ιατρική, και για το λόγο αυτό τον ψέγει (αλλά δεν τον κολάζει, όπως πράττει για τον ψευτογιατρό). Ως εκ τούτου, προτρέπει τον άπειρο να εξαγνίσει και να ολοκληρώσει την τέχνη του, να μετεξελιχθεί δηλαδή στον έμπειρο της τέχνης (*...τα της τέχνης ειδόσιν...*) (*Περί Τέχνης*, 12).

Η αιτιοκρατία ως ο πυρήνας της Ιατρικής του Ιπποκράτους

Το *Περί Τέχνης* δεν ανήκει στα γνήσια έργα του Ιπποκράτους. Μολαταύτα, ο συγγραφέας του αντικατοπτρίζει το πνεύμα του Ιπποκράτους και θέτει σπουδαία και χρήσιμα ζητήματα αναφορικά με το περιεχόμενο, το αντικείμενο και τον σκοπό ύπαρξης της Ιατρικής. Δίνει επίσης αποστομωτικές απαντήσεις σε όσους αμφισβητούν την αξία, αλλά και την ύπαρξη της ιατρικής τέχνης. Στο έργο αυτό η ιατρική τέχνη ταυτίζεται με την ιατρική επιστήμη: ο ιατρός επιτυγχάνει την τεχνογνωσία, το πώς να ολοκληρώνει μία ιατρική διαδικασία επιτυχώς ή μία τεχνική δεξιοτεχνικώς, ακριβώς διότι γνωρίζει πως πίσω από κάθε φαινόμενο/γεγονός υπάρχει κάποιο

γενεσιουργό αίτιο και διότι η σχέση αιτίου-αιτιατού είναι δεδομένη σε ό,τι τεχνητά δημιουργείται ή γίνεται ή γεννάται ή επινοείται (**αρχή της αιτιοκρατίας ή της νομοτέλειας ή του ντετερμινισμού**). Βάσει της αρχής αυτής, τα φαινόμενα και τα γεγονότα συνδέονται μεταξύ τους νομοτελειακά, όχι τυχαία.

Αξίζει εδώ να υπογραμμισθεί, πως η επίδραση της τύχης στην πορεία και στην πρόγνωση των νόσων θεωρείται αντιεπιστημονική από τους ιπποκρατικούς ιατρούς. Ο συγγραφέας του *Περί Τέχνης*, χωρίς να αμφισβητεί εντελώς την συμβολή της τύχης στην πρόγνωση και την πορεία των νόσων, είτε ο ασθενής λαμβάνει αγωγή είτε όχι, την αξιολογεί ως ισχνή. Οι ιπποκρατικοί ιατροί θεωρούν πως αυτή η ελάχιστη συνεισφορά της τύχης ερμηνεύει το φαινόμενο που για πρώτη φορά μαρτυρείται στο ιατρικό γίγνεσθαι, δηλαδή την πιθανότητα ίασης του ασθενούς χωρίς αγωγή, εισάγοντάς μας σε αυτό που πολύ αργότερα ονομάστηκε εικονικό φάρμακο (placebo).

Η αρχή της αιτιοκρατίας οδήγησε τον Ιπποκράτη και τους επιγόνους του στην πρωταρχική απόπειρα ανεύρεσης αλληλοδιάδοχων γεγονότων που να εξηγούν το πώς προήλθε η κάθε νόσος χωριστά (παθοφυσιολογία των νόσων) και στην διερεύνηση της αιτιολογίας των παθήσεων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η, τηρουμένων των αναλογιών, ικανοποιητική απόπειρα διασαφήνισης της παθοφυσιολογίας της αιμορροϊδοπάθειας στο πρώτο κεφάλαιο του *Περί Αιμορροϊδων*.

Η ίδια σπουδαία αρχή της νομοτέλειας βρίσκει ακραιφνή εφαρμογή στην θεραπευτική τέχνη των ιπποκρατικών: οι ιπποκρατικοί γιατροί γνωρίζουν τον τρόπο που επιδρούν οι φαρμακευτικές ουσίες και τα ιάματα στον ασθενή και γνωρίζουν πώς και γιατί θεραπεύεται ο ασθενής. Η τέχνη των ιατρών (ωφέλεια, θεραπεία, ανακούφιση των ασθενών) εξαρτάται μεν από την γνώση της αλληλουχίας των γεγονότων (δημιουργία της νόσου) αλλά, ισαξίως, και από την γνώση του πώς αναστρέφονται τα παθολογικά μονοπάτια διά της φαρμακευτικής και/ή της διαιτητικής παρέμβασης.



Ιστορία της Ιατρικής

Η ΤΕΧΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΣΤΗΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

Η αρχή της νομοτέλειας έχει εφαρμογή και στον καθορισμό της διακριτής αλληλουχίας τόσο των σωστών όσο και των λανθασμένων βημάτων που συνεπάγεται η κάθε απόφαση. Η ακριβής γνώση του ορθού και του λανθασμένου, καθώς και η αδήριτη ανάγκη του ιατρού να τα διαχωρίζει ευχερώς αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της ιπποκρατικής ιατρικής τέχνης και συνιστά ειδική ιατρική δεξιότητα. Αυτό σημαίνει ότι σε κάθε στιγμή της ιατρικής πράξης του ο ιατρός βρίσκεται μπροστά σε σταυροδρόμι επιλογών, της δόκιμης και της λανθασμένης. Κάθε επιλογή οδηγεί σε συγκεκριμένη σειρά «γεγονότων» που νομοτελειακά θα προκύψουν· ο έμπειρος και διορατικός ιατρός «οφείλει» να προβλέπει διορατικά και με σχετική ακρίβεια όλα τα διάδοχα γεγονότα αμφοτέρων των δρόμων, δεξιότητα που θα τον βοηθήσει να κρίνει συνεπώς και να μην σφάλει.

Συνοψίζοντας, ο **ντετερμινισμός του Ιπποκράτη** βρίσκει εφαρμογή -εκτός από την τεχνογνωσία, την παθοφυσιολογία και την θεραπευτική- και στον πυρήνα, στον απώτατο σκοπό της ιατρικής τέχνης, δηλαδή στην ίαση/ανακούφιση του ασθενούς. Η δεξιότητα (ή, αλλιώς, δεξιotechνία) του ιατρού μόνο στην καθημερινή “πολυδύσκολη” κλινική πράξη αποδεικνύεται: κάθε πράξη (ή η τήρηση στάσης αναμονής), κάθε λόγος, κάθε απόφαση εμπεριέχει ενέδρες και η λανθασμένη επιλογή είναι εύκολο να συμβεί. Η τέχνη του ιατρού δικαιώνεται και η αξία του εμπεδώνεται στις -καθόλου εύκολες- αποφάσεις, διαγνωστικές και θεραπευτικές, που καλείται να λάβει ο ιατρός στην καθημερινή του κλινική πραγματικότητα (real life), γνωρίζοντας ο ίδιος πως οι γνώσεις του δεν μπορεί ποτέ να είναι πλήρεις, γνωρίζοντας πως ο ίδιος, όπως και ο κάθε άνθρωπος, είναι ατελής ον. Η τέχνη του αποκτά μεγαλύτερη αξία, επειδή αναλαμβάνει την ευθύνη να επιτύχει τον *μοναδικό* στόχο που ο άρρωστος προσδοκά από τον ίδιο, δηλαδή τον *ιδεατό*, όσο και εάν γνωρίζει πως αυτό είναι εφικτό μόνο σε λίγες περιπτώσεις.

Η Ιατρική του Ιπποκράτους: “η επιφανειότητα των τεχνών”

Είναι πασιφανές πως ο Ιπποκράτης πίστευε πως η ιατρική τέχνη οικοδομείται πάνω στα ακλόνητα θεμέλια

που έχει ήδη ορθώσει η ιατρική επιστήμη. Επίσης ήταν βέβαιος πως όσο ο ιατρός βελτιώνεται στην ιατρική του τέχνη, τόσο πιο εύκολο είναι να βελτιωθεί και στην ιατρική του επιστήμη. Τέχνη και επιστήμη εγκαθιδρύουν έναν ενάρετο κύκλο στην διάνοση και την ψυχή του ιατρού. Κατά συνέπεια θεωρούσε ότι το δίλημμα *ιατρική, είναι τέχνη ή επιστήμη;* είναι ανυπόστατο. Για τον λόγο αυτό, όταν χαρακτήριζε την Ιατρική ως τέχνη (*η δε τέχνη μακρή, Αφορισμοί, 1.1*), δεν έρχεται σε αντίφαση με την δική του θέση, πως δηλαδή η Ιατρική είναι επιστήμη. Επειδή η έννοια της “τέχνης” στα χρόνια του Ιπποκράτους δεν ήταν η ίδια με την σημερινή, η αναφορά του Ιπποκράτους στην (ιατρική) τέχνη, είναι λογικό να επιδέχεται διάφορες ερμηνείες, από την κατά λέξη απόδοση έως και την πλέον διασταλτική.

Για τον Ιπποκράτη, η Ιατρική είναι τέχνη, επειδή κατ’ ουσίαν και πάνω απ’ όλα είναι πράξη. Δεν θεωρούσε όμως την τέχνη του ιατρού ανεξάρτητη από το επιστημονικό της υπόβαθρο ούτε την ιατρική επιστήμη αποκομμένη από την ιατρική τέχνη. Όντας ικανότατος κλινικός ιατρός ο ίδιος, εστίαζε στην ελάχιστη και φαινομενικά άχρηστη λεπτομέρεια, ακόμα και σε αυτήν που δεν είχε εμφανή επιστημονικό μανδύα. Ο Ιπποκράτης δίδασκε ότι η επιστημονικότητα αντανάκλαται και εμπεριέχεται και στο τεχνικό σκέλος της ιατρικής πράξης. Ο Ιπποκράτης ουσιαστικά ενσωμάτωσε την έννοια της επιστήμης στην έννοια της τέχνης· αλλά και το αντίστροφο (Πίνακας Β).

Ο προσδιορισμός του όρου «ιατρική τέχνη» δεν περιορίζεται ούτε στην άρτια τεχνική, ούτε στην ορθή και συνεπή πρακτική εφαρμογή των επιστημονικών κατακτήσεων. Η ιατρική τέχνη επεκτείνεται και στην σμιλευμένη συμπεριφορά του ιατρού, όπως εύγλωττα αναφέρει ο συγγραφέας του *Περί Ιητρού*. Στο ίδιο έργο ο συγγραφέας εξαιρεί την τεράστια σημασία του ήθους, της ευπρέπειας, της αξιοπρέπειας και της εγκράτειας, ως προσόντων του ιατρού. Δίνει υπεραξία στην μη λεκτική επικοινωνία (όπως για παράδειγμα στους μορφασμούς του προσώπου, στην στάση του σώματος, στα περιποιημένα νύχια, στην βλεμματική επαφή) και προτρέπει



ΠΙΝΑΚΑΣ Β. Αλληλεξάρτηση ιατρικής τέχνης και ιατρικής επιστήμης κατά τον Ιπποκράτη

Η επιστήμη οδηγεί στην τέχνη. Η ιατρική τέχνη συνεπάγεται και προϋποθέτει τον αγαστό συγκερασμό ορθής τεχνικής και επιστήμης. Η τέχνη του ιατρού αποκτάται επιστημονικώς: η τεχνική δεξιότητα του ιατρού, η οποία επαινείται πλειστάκις από τον Ιπποκράτη, ειδικά στα χειρουργικά έργα του, μαθαίνεται/αποκτάται κατόπιν εκπαίδευσης που διενεργείται με επιστημονική μεθοδολογία, αντικειμενικούς κανόνες και επιστημονικό ήθος. Επιπλέον, ο αληθινός ιατρός, που είναι ο γνήσιος και κορυφαίος επιστήμονας, κατακτά επιπλέον και τις δεξιότητες της ιατρικής τέχνης, διότι δείχνει έφεση προς αυτές και ολοκληρώνεται δι' αυτών ως ιατρός.

Η τέχνη οδηγεί στην επιστήμη. Ο ιατρός που γνωρίζει να ασκεί την καθημερινή κλινική πράξη με τους αυστηρότατους και αντικειμενικούς “νόμους” της τέχνης του, νιώθει ως ιερό καθήκον να συνεχίσει να μυείται στην αντικειμενική γνώση, δηλ. παρακολουθεί και γνωρίζει τις εξελίξεις της επιστήμης του, διότι τότε και μόνο τότε θα συνεχίζει να ασκεί την τέχνη του τέλεια, ορθολογικά και ηθικά. Εξάλλου, μόνο εάν ο ιατρός γνωρίζει ουσιαστικά και εφαρμόζει στην πράξη ειδικές τεχνικές, χειρουργικές και μη, είναι σε θέση να κατακτήσει την αντικειμενική και αληθή γνώση εν τω συνόλω της (και όχι αποσπασματικά) και δύναται να γνωρίσει το σύμπαν της επιστημονικής γνώσης του φυσιολογικού και του παθολογικού.

στους ιατρούς να μην κοινωνούν εσφαλμένα μηνύματα στους ασθενείς. Ο ιατρός οφείλει να έχει λεπτότητα στους τρόπους του, να είναι προσηνής και εκέμυθος και να φροντίζει με εξαιρετική επιμέλεια τον εαυτό του, ακόμα και στην παραμικρή λεπτομέρεια της ενδυμασίας του και της εξωτερικής του εμφάνισης γενικότερα. Ο ιατρός πρέπει να διαθέτει διαύγεια νου (*Περί Τέχνης, 7*) και να διαλέγεται με σοφία, μέτρο, αυτοπειθαρχία, ωριμότητα, νηφαλιότητα, υπομονή και ενσυναίσθηση. Επιπλέον, η διάκριση στην επικοινωνία (να γνωρίζει δηλαδή πώς θα μιλήσει, ποιες λέξεις θα χρησιμοποιήσει, σε ποιον ασθενή, σε ποια περίπτωση, με ποιο ύφος/τόνο, με ποια εκφορά του λόγου) και η διάκριση στην θεραπεία (δεν προσφέρει σε όλους τους ασθενείς την ίδια θεραπεία για το ίδιο νόσημα ούτε δίνει την ίδια αγωγή στον ίδιο ασθενή, όταν τον εξετάζει σε διαφορετικές περιστάσεις) προσδίδουν κύρος και επιδαψιλεύουν την έξωθεν καλή μαρτυρία στον ιατρό· με την «πολιτεία» αυτή ο ιατρός τιμά και επιτελεί επαξίως τον ρόλο του, δικαιώνει τον τίτλο αριστείας του.

Η τέχνη του ιατρού -κατά τον Ιπποκράτη- περιλαμβάνει, ακόμη, την σωστή, λεπτομερή και επιστημονική λήψη του ιστορικού, αλλά και την πλήρη και κατά συστήματα κλινική εξέταση. Αμφότερα απαιτούν ειδικές δεξιότητες. Οι πληροφορίες που λαμβάνει ο ιατρός πρέπει να εκμαιεύονται με συγκεκριμένα, αριστοτε-

χνική μέθοδο, διότι κάποιες από αυτές αποκρύπτονται, ενώ αρκετές εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από τις προσωπικές δοξασίες του ασθενούς. Έτερη δεξιότητα αποτελεί η ικανότητα ορθής ερμηνείας των σημείων και των συμπτωμάτων· ο ιατρός πρέπει να διαθέτει όραση πνεύματος, για να διαγιγνώσκει ό,τι δεν είναι ορατό με τα φυσικά του μάτια και με την άμεση αντίληψή του. Τούτο αποκτά μεγαλύτερη χρησιμότητα στην διάγνωση των αφανών ασθενειών και των παθήσεων των εσωτερικών οργάνων (νοσήματα εσωτερικής παθολογίας).

Εκτός από το υψηλό διανοητικό πηλίκιο (IQ) που θα επιτρέπει την ερμηνεία σημείων και συμπτωμάτων, ο ιατρός πρέπει να διαθέτει και υψηλό συναισθηματικό πηλίκιο (EQ), δηλαδή υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη. Ο ιατρός πρέπει να εκπαιδεύεται να εισχωρεί βαθιά και διακριτικά στον ψυχικό κόσμο του ασθενούς, παρότι ο ίδιος ο ψυχισμός του ασθενούς ορθώνει συχνά ανυπέρβλητα προσκόμματα που δυσχεραίνουν το ιατρικό έργο: οι ασθενείς φοβούνται, και ενώ δεν θέλουν να υποφέρουν ούτε να πεθάνουν, δεν κάνουν υπομονή και απαιτούν από τον ιατρό άμεση θεραπεία. Η συναισθηματική εγγύτητα ιατρού-ασθενούς οδηγεί στην σωστή εκτίμηση της συναισθηματικής κατάστασης του ασθενούς και στην ασφαλή και σχετικά ταχεία διασαφήνιση των ιδιοσυμπωματικών χαρακτηριστικών εκάστου. Τέλος, σπουδαία επικοινωνιακή δεξιότητα του ιατρού είναι η



Ιστορία της Ιατρικής

Η ΤΕΧΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΣΤΗΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

δυνατότητά του να εξηγήει στον ασθενή από τι πάσχει με τρόπο κατανοητό και με μέθοδο προσαρμοσμένη στην μόρφωσή του και στην ιδιοσυστασία του.

Αναπόσπαστο στοιχείο της ιπποκρατικής ιατρικής τέχνης αποτελεί και η εδραίωση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς του. Χωρίς να παραγνωρίζει το πεπερασμένο της ιατρικής, ο ιατρός οφείλει να επιμελείται ο ίδιος προσωπικά την οικοδόμηση εμπιστοσύνης προς το πρόσωπό του. Ο κάθε ιατρός οφείλει να καλλιεργεί το αίσθημα ασφάλειας τόσο προς τον εαυτό του όσο και προς τους άλλους ιατρούς. Η σχέση εμπιστοσύνης εξασφαλίζεται αφενός μεν με τον ορθό και ισχυρό λόγο και την μη λεκτική επικοινωνία του ιατρού, αφετέρου δε -και κυρίως- με το ευεργετικό αποτέλεσμα που παράγει, με την ανακούφιση δηλαδή των ασθενών του (ο ιατρός οφείλει, κατά την αντιμετώπιση των ασθενών του, να λαμβάνει υπόψη την διαχρονική αλήθεια πως οι ασθενείς προτιμούν να λαμβάνουν όσα τους ανακουφίζουν, παρά όσα ωφελούν την υγεία τους) και/ή με την ίσσή τους. Ενισχύεται δε ακόμη περισσότερο από την αυτοπεποίθηση του ιατρού στις ικανότητές του (αυτή πρέπει να επικοινωνείται με ευπρέπεια, μέτρο και σοβαρότητα, χωρίς έπαρση και επιδεικτικότητα) και από την έμπρακτη εμπιστοσύνη του προς την αδιαμφισβήτητη αλήθεια της ιατρικής γνώσης.

Μ' άλλα λόγια, σπουδαία ιατρική δεξιότητα, την οποία ο ιατρός οφείλει να καλλιεργεί συστηματικά, είναι η αυτή της πειθούς: εφόσον οι ασθενείς πεισθούν πως ο ιατρός είναι βαθύς γνώστης και έμπειρος, με περισσότερο θάρρος θα εμπιστευθούν τον εαυτό τους στον ιατρό αυτό. Η πειθώ του ιατρού προς την κοινωνία δεν πρέπει να περιορίζεται στην καλλιέργειά του· ο ιατρός πείθει κατά βάση με την επιστημοσύνη του και με τις πρωτοβουλίες του.

Το όφελος της ανάπτυξης σχέσης εμπιστοσύνης είναι μεγάλο. Αφενός, για τον ασθενή, επειδή, έχοντας εμπιστοσύνη στον ιατρό του, ο άρρωστος θα δώσει λεπτομερέστερο ιστορικό, των χρήσιμων για την διάγνωση

προσωπικών του πληροφοριών συμπεριλαμβανομένων. Ο συνδυασμός της συμμόρφωσης στις ιατρικές συστάσεις (από την πλευρά του ασθενούς) με την πληρέστερη γνώση των δεδομένων του ασθενούς (από την πλευρά του ιατρού), θα αυξήσουν σημαντικά τις πιθανότητες ορθής διάγνωσης και ενδεδειγμένης θεραπείας. Δεύτερον, για τον ιατρό, διότι θα βρει πρόσφορο έδαφος να ασκήσει την σωστή ιατρική, αλλά και επειδή ο ασθενής θα του ανταποδώσει την εμπιστοσύνη με την ευγνωμοσύνη του. Τέλος, για την Ιατρική την ίδια: οι ασθενείς καταφεύγουν τους ιατρούς που έχουν αποκτήσει καλό όνομα και η συνεπακόλουθη επαλήθευση της καλής τους φήμης γεννά κύματα θαυμασμού και εμπιστοσύνης των ανθρώπων προς την αλήθεια της ιατρικής επιστήμης. Συνεπακόλουθο τούτων είναι το αξίωμα, με το οποίο ξεκινά ο *Νόμος (1)*: **Ιητρική τεχνέων μὲν πασέων ἐστὶν ἐπιφανεστέρα.**

Σχεδόν όλες οι δεξιότητες της ιατρικής τέχνης, όπως τις περιέγραψε ο Ιπποκράτης, συνεχίζουν να έχουν εφαρμογή κατά την άσκηση της σύγχρονης ιατρικής, γεγονός που αποδεικνύει πως τα θεμέλια της ιπποκρατικής ιατρικής τέχνης παραμένουν ακλόνητα. Μερικές από τις δεξιότητες αυτές περιγράφονται ευσύνοπτα στον πίνακα Γ.

Η φήμη του ιατρού

Ο Ιπποκράτης ήταν ένθερμος θιασώτης της άποψης πως έκαστος ιατρός έχει χρέος -προς τον εαυτό του, προς την Ιατρική και προς τους συνανθρώπους του, ασθενείς και υγιείς- να φροντίζει ο ίδιος για την προσωπική του φήμη και να επιδιώκει ο ίδιος να αποκτήσει καλό όνομα. Η καλή φήμη του ιατρού οφείλει να απορρέει αβίαστα από τις γνώσεις του, από τις ικανότητές του, από τον χαρακτήρα του, από το ήθος του και από τις **προσωπικές του δεξιότητες**. Δηλαδή, κατά τους ιπποκρατικούς, ο κάθε ιατρός οφείλει να είναι ξακουστός όχι για την ιατρική τέχνη γενικώς και αορίστως, αλλά για την τέχνη του ιατρού, όπως ο ίδιος την οικοδόμησε, όπως ο ίδιος την έπλασε για τον εαυτό του. Μάλιστα, ο Ιπποκράτης



ΠΙΝΑΚΑΣ Γ. Απάνθισμα δεξιοτήτων της ιατρικής τέχνης κατά τους ιπποκρατικούς ιατρούς.

- 1. Ωφελείν ή μη βλάπτειν** (ο ιατρός πρέπει να παρέχει βοήθεια ή, τουλάχιστον, να μην βλάπτει τον ασθενή, μετάφραση Πάνου Αποστολίδη). *Επιδημιών Α,5.*
- Καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας ο ιατρός δεν πρέπει να προσθέτει κανένα κακό στην ασθένεια.
- Οι κανόνες εφαρμογής της ιατρικής τέχνης είναι αυστηροί.
- Η αίσθηση καθήκοντος είναι απόλυτα απαραίτητη δεξιότητα για τον ιατρό· εν τούτοις, δεν διδάσκεται.
- Το να γνωρίζει ο ιατρός τι γνωρίζει, πώς το γνωρίζει και σε ποιο βαθμό το γνωρίζει, συνιστά ιατρική σωφροσύνη και σπουδαιότατη δεξιότητα.
- Ο ιατρός που είναι ταυτόχρονα και φιλόσοφος είναι ίσος με τον Θεό.
- Ο (καλός) ιατρός είναι ταυτόχρονα και στον ίδιο βαθμό κλινικός ιατρός, επεμβατικός ιατρός, ερευνητής και δάσκαλος· διδάσκει τόσο τους ομότεχνούς του όσο και το ευρύ κοινό.
- Οι ιπποκρατικοί ιατροί (οφείλουν να) είναι συνετοί, αφιλοκερδείς, ευσχήμονες, και πεπαιδευμένοι.
- Η άμιλλα μεταξύ των ιατρών είναι θεμιτή, εφόσον προάγει την ιατρική επιστήμη.
- Στην ιατρική τέχνη και την ιατρική επιστήμη η έρευνα έχει συγκεκριμένη μεθοδολογία και αταλάντευτες αρχές.
- Η χρήσιμη φιλοσοφία μετουσιώνεται σε ιατρική τέχνη (για να θεωρήσουμε πως η φιλοσοφική αναζήτηση των ιατρικών γνώσεων συμβάλλει στην θεμελίωση της ιατρικής τέχνης, πρέπει οι γνώσεις που ανακαλύπτονται να στοχεύουν στην ίαση των ασθενών και στην πρόληψη της νόσων στους υγιείς, ΣτΣ).
- Ο ιατρός πρέπει να διαθέτει έμφυτη σύνεση· η εξάσκηση της ιατρικής τέχνης επαυξάνει και βελτιώνει αυτό το εγγενές εφόδιο.
- Η ανυπομονησία του ασθενούς για γρήγορη ανακούφιση και ταχεία ίαση δεν πρέπει να επηρεάζει την κρίση του ιατρού.
- Ο ιατρός, για να επιτύχει την συνεργασία του ασθενούς και το βέλτιστο αποτέλεσμα, έχει την ευχέρεια να συνομιλεί με τον ασθενή κατά την εξέταση ή κατά την επέμβαση (οι επεμβάσεις στα χρόνια του Ιπποκράτους επιτελούντο χωρίς αναλγησία, χωρίς καταστολή, ΣτΣ), προκειμένου να αποσπάσει την προσοχή του.
- Η εξάσκηση της Ιατρικής δεν πρέπει να βασίζεται ούτε στην φαντασία ούτε σε αναπόδεικτες θεωρίες.
- Ο ιατρός πρέπει να μελετά εξ αρχής και με ιδιαίτερη επιμέλεια κάθε περιστατικό και να ενεργεί με τρόπο κατά το δυνατόν ωφέλιμο· να μην υπόσχεται εκ των προτέρων (για την αγαθή έκβαση) και να μην απολογείται εκ των υστέρων (για την ατυχή έκβαση) (απόδοση Πάνου Αποστολίδη, ΣτΣ).
- Ο ιατρός, κατά την αντιμετώπιση δυσδιάγνωστων και δυσθεράπευτων νόσων, οφείλει μεν να ενεργεί με κριτήριο την υποκειμενική του κρίση, αλλά πρέπει να βρίσκεται συγχρόνως σε διαρκή εγρήγορση, διότι η κρίσις είναι χαλεπή και η αλαζονική χρήση της εμπειρίας σφαλερή.
- Η ιατρική τέχνη απαιτεί από τον ιατρό για σχηματίζει ένα πλαίσιο που θα κινηθεί η θεραπεία της ασθένειας, με σκοπό να την θεραπεύσει περισσότερο με φρόνηση παρά με τόλμη, με τρόπο μάλλον ήπιο παρά βίαιο.
- Ο ιατρός οφείλει να αναπτύξει την δεξιότητα της όρασης του πνεύματος, η οποία διαγιγνώσκει όσα δεν είναι ορατά με την άμεση αντίληψή του.
- Ο γιατρός πρέπει να αντιμετωπίζει τους αρρώστους του με συναισθηματική νοημοσύνη: ...ο ιατρός βλέπει τα δεινά, αγγίζει τα δυσάρεστα και λυπάται με τις συμφορές των αρρώστων...
- Ο ιατρός οφείλει να επιμελείται με ιδιαίτερη φροντίδα την εξωτερική του εμφάνιση και την ενδυμασία του, να δίδει ιδιαίτερη προσοχή στον λόγο του, στην μη λεκτική επικοινωνία και, εν γένει, στους τρόπους συμπεριφοράς του.
- Ο ιατρός πρέπει να εκπέμπει αίσθημα υπεροχής, χωρίς όμως να εμφορείται από πατερναλιστική διάθεση απέναντι στους ασθενείς του.
- Η λήψη του ιστορικού είναι μία επίπονη διαδικασία και συνιστά μία ιδιαίτερα δυσχερή τέχνη, στην οποία ο ιατρός οφείλει να εκπαιδεύεται χρονίως ταυτόχρονα με την εξάσκησης της.
- Η Ιατρική συνεπάγεται δεξιότητα εξαγωγής αλάθητων πορισμάτων, στα οποία ο ιατρός ανάγεται, συλλέγοντας πληροφορίες όχι μόνο από τον ασθενή, αλλά και από συγγενείς, οικείους και μη ειδικούς.



Ιστορία της Ιατρικής

Η ΤΕΧΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΣΤΗΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ Γ. Απάνθισμα δεξιοτήτων της ιατρικής τέχνης κατά τους ιπποκρατικούς ιατρούς (συνέχεια).

25. Πρωταρχικής σημασίας για τον ιατρό είναι να επικεντρώνεται -κατά τη λήψη του ιστορικού- στην πρώτη ημέρα που άρχισε να νοσεί ο άρρωστος, επιχειρώντας να εκμαιεύσει τις συνθήκες εισβολής, τις ενδεχόμενες αιτίες και τους παράγοντες που πιθανόν πυροδότησαν την εμφάνιση της νόσου.
26. Ο καλός ιατρός δεν φλυαρεί και δεν συζητεί με τους ασθενείς τα μη απαραίτητα, διότι αυτό δύναται να εκληφθεί ως πρόσκληση για θεραπεία. Η απόπειρα άγρας πελατείας είναι κολάσιμη συμπεριφορά, η οποία δεν συνάδει με το ιατρικό ήθος και την ιατρική αξιοπρέπεια.
27. Αρχίζουμε την άσκηση της ιατρικής τέχνης άλλοτε μιλώντας και άλλοτε δουλεύοντας και την τελειώνουμε με τον ίδιο τρόπο. Όταν μιλάμε (στον ασθενή) δεν αρχίζουμε ούτε τελειώνουμε με τα ίδια λόγια, ακόμα κι αν αναφερόμαστε στα ίδια θέματα, ούτε τελειώνουμε με τις ενέργειες που ξεκινήσαμε.
28. Ο ιατρός εξετάζει τον ασθενή όρθιος, στηριζόμενος εξίσου και στα δύο του πόδια.
29. Η εξέταση του αρρώστου γίνεται κατά συστήματα και είναι λεπτομερής, χωρίς να είναι υπερβολικά χρονοβόρος.
30. Υπάρχουν επείγουσες καταστάσεις που πρέπει να αντιμετωπισθούν χωρίς καμία καθυστέρηση· η βοήθεια που πραγματικά σώζει τον ασθενή που κινδυνεύει είναι εκείνη που δίδεται στον κατάλληλο χρόνο (καίρια).
31. Θεραπεύοντας τους ασθενείς, ο ιατρός οφείλει να μην λησμονεί πως δεν υπάρχει μία αποδεδειγμένη αρχή με ισχύ σε όλα τα νοσήματα. Ούτε υπάρχουν θεραπευτικές αρχές που έχουν την ίδια εφαρμογή στην αρχή, στο μέσον ή στο απώτατο στάδιο των νόσων.
32. Κατά την επέμβαση, ο χειρουργός οφείλει να (μάθει να) εξασφαλίζει το καλό, το ορθό, το ταχύ, το κομψό, το επιδέξιο, το ανώδυνο, το εύκολο, με σκοπό την απώτερη ωφέλεια του ασθενούς.
33. Ο χειρουργός πρέπει να ασκείται στη χρήση των άκρων των δακτύλων του, στη χρήση κάθε χεριού χωριστά αλλά και σε αυτή των δύο χεριών του ταυτόχρονα.
34. Ο χειρουργός χειρουργεί πατώντας στο δάπεδο κυρίως με το ένα πόδι, το οποίο δεν πρέπει να είναι σύστοιχο προς το χέρι που χειρουργεί.
35. Ο χειρουργός πρέπει να συνηθίσει τις απαραίτητες ιατρικές επεμβάσεις, διότι η εξάσκηση είναι ο καλύτερος δάσκαλος των χεριών.
36. Η πρακτική του χειρουργού να επιδεικνύει τις τεχνικές δεξιότητές του κατακρίνεται.
37. Η εκτέλεση περίτεχνων επιδέσεων ή άλλων πράξεων από τον ιατρό προς το θεαθήναι, δεν συνιστά ιατρική επιδεξιότητα και αποθαρρύνεται από τους ιπποκρατικούς ιατρούς.
38. Ο κατάλληλος χώρος εξάσκησης της ιατρικής (ιατρείο ή χειρουργείο) είναι καθοριστικός για την αγαθή έκβαση της πορείας του ασθενούς. Ο φωτισμός και οι λοιπές συνθήκες στον χώρο του ιατρείου πρέπει να είναι ιδανικές και τα εργαλεία να είναι εύχρηστα (*Κατ' ιητρείον, 1-5*).
39. Οι βοηθοί των ιατρών δέον να υπηρετούν το ιατρικό έργο, υιοθετώντας συγκεκριμένους κανόνες, π.χ. δεν πρέπει να μιλούν· αντιθέτως, πρέπει να ακούν και να εκτελούν προσεκτικά τις εντολές του ιατρού (*Κατ' ιητρείον, 6*).
40. Η ενημέρωση του ιατρού στον ασθενή για την κατάστασή του και την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται με φειδώ και βραχυλογία, υπό τον φόβο ακραίων συμπεριφορών, που θα γεννούσε η συνειδητοποίηση της δυσάρεστης αλήθειας.
41. Η ιατρική αμοιβή δεν πρέπει να ξεπερνά το μέτρο, πρέπει να ζητείται με ανθρωπιά, ευγένεια, λεπτότητα και κοσμιότητα, το δε ύψος της να είναι ανάλογο με την οικονομική κατάσταση του ασθενούς· ποτέ δεν πρέπει ο ιατρός να ασχολείται με αυτήν ευθύς εξ αρχής. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο ιατρός προτρέπεται να θεραπεύει δωρεάν, έχοντας ως κίνητρο να συνδράμει τους πένντες και τους κατατρεγμένους ή/και να επαυξήσει την φήμη του.
42. Η τέχνη του ιατρού αποδεικνύεται τρανώς με την ορθή και αποτελεσματική αντιμετώπιση των βαρέων νοσημάτων, τα οποία έχουν μοιραία κατάληξη στους περισσότερους ανθρώπους.
43. Όσα νοσήματα δεν θεραπεύονται με τα φάρμακα, θεραπεύονται με τις εγχειρήσεις· όσα δεν θεραπεύονται με τις εγχειρήσεις, θεραπεύονται με τις καυτηριάσεις· όσα τέλος, δεν θεραπεύονται με τις καυτηριάσεις, πρέπει αναγκαστικά να θεωρούνται ανίατα (*Αφορισμοί, 7.87*, πιστή αναπαραγωγή από την μετάφραση του Πάνου Αποστολίδη).



προτρέπει τον ιατρό να γίνεται γνωστός από τα πρώτα χρόνια της σταδιοδρομίας του.

Ως απαραίτητα εφόδια για να αποκτήσει ο ιατρός καλή φήμη θεωρούνται η ικανότητα του ιατρού να εξασφαλίζει αγαθή έκβαση στα περιστατικά του, να είναι δηλαδή καλός θεραπευτής και η άνεσή του να δείχνει σιγουριά, να εμπνέει δηλαδή ασφάλεια στον ασθενή και στους οικείους του. Ο ιατρός οφείλει να μην περιέρχεται σε αμηχανία, εάν θέλει να δείχνει κραταιός· σε αντίστιξη, οφείλει να γνωρίζει εκ των προτέρων ποιες είναι οι άμεσες ενέργειες που οφείλει να πράξει. Οφείλει να αναπτύξει την ικανότητα να λαμβάνει τις σωστές αποφάσεις ακόμη και όταν δεν υπάρχει η πολυτέλεια του χρόνου· όταν ο χρόνος πιέζει ασφυκτικά, ο ιατρός δεν πρέπει να εξαρτά την αποτελεσματικότητά του από πολυδαίδαλους συλλογισμούς. Συντοίς άλλους, ο ιατρός οφείλει να ελέγχει επιμελώς εάν ο ασθενής τηρεί με ακρίβεια τις συστάσεις που του δίδει (φαρμακευτικές, διαιτητικές, λοιπές). Η επιτήρηση αυτή προφυλάσσει την φήμη του ιατρού: οι ασθενείς έχουν την τάση να επιρρίπτουν την ευθύνη της μη ανακούφισής τους/μη ίσασής τους στον ιατρό, αποκρύπτοντας πως δεν τήρησαν τις οδηγίες του.

Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει και να αποδέχεται ως πραγματικότητα την αγνωμοσύνη της Ιατρικής. Στην ευνοϊκή πορεία των «εύκολων» (κατά τους ασθενείς) παθήσεων ο ιατρός δεν επαινείται, διότι οι αμαθείς πιστεύουν ότι η αγαθή κρίσις θα συνέβαινε και χωρίς την ιατρική παρέμβαση. Στις δε ανιάτες περιπτώσεις, οι ιατροί επικρίνονται (αδίκως), διότι οι ασθενείς δεν δέχονται το επιστημονικώς ανέφικτο ως τέτοιο. Τούτων δοθέντων, ο ιατρός πρέπει να δέχεται την πρόκληση των βαριών περιστατικών και να (επιχειρεί να) τα αντιμετωπίζει με τρόπο καλύτερο από τους συναδέλφους του, έχοντας ως κίνητρο όχι μόνο την ηθική ανταμοιβή πως βοήθησε τους βαρέως πάσχοντες κατά το μέγιστο δυνατόν, αλλά και την ενίσχυση του καλού του ονόματος. Διότι ο ιατρός κρίνεται ως άριστος στην αντιμετώπιση -κυρίως ή αποκλειστικά- των περίπλοκων και των ιδιαίτερα απαιτητικών περιστατικών.

Τέλος, ο Ιπποκράτης θεωρούσε ισχυρές βάσεις για την απόκτηση καλού ιατρικού ονόματος τα εξής: την ικανότητα του ιατρού για πολύπλοκες διανοητικές διεργασίες, την νοητική του αντοχή (η Ιατρική είναι κυρίως πνευματική εργασία), την διαρκή επιμέλεια της σωματικής του ακεραιότητας και υγείας, την διατήρηση της ευρωστίας του, την διαφύλαξη της ψυχικής του ισορροπίας και υγείας. Με αυτά τα πανίσχυρα εφόδια στην φαρέτρα του (προϊόν αλληλοενίσχυσης εγγενών χαρισμάτων και κοπιώδους εκπαίδευσης), ο ιατρός τίθεται σε θέση ισχύος· μέλημά του είναι να μην καταχραστεί την πνευματική εξουσία που άξια έχει κατακτήσει, αλλά να την χρησιμοποιήσει με ορθοφροσύνη προς όφελος των ασθενών του.

Καταληκτικά συμπεράσματα

Ο Ιπποκράτης ήταν, αδιαμφισβήτητα, ιατρική ιδιοφυΐα. Απόλυτα δίκαια του έχει αποδοθεί ο ύψιστος τιμητικός τίτλος του “Πατέρα της Ιατρικής”, τίτλος που είναι καθολικά και διαχρονικά αποδεκτός. Ενώ πριν από εκείνον η Ιατρική δεν εδύνατο να χαρακτηριστεί ούτε τέχνη ούτε επιστήμη, ο ίδιος θεμελίωσε την Ιατρική τόσο ως επιστήμη όσο και ως τέχνη. Ο Ιπποκράτης συγκέρασε θαυμαστά την ιατρική επιστήμη με την ιατρική τέχνη: η Ιατρική -κατέδειξε- είναι συγχρόνως και ασυγχύτως ιερή επιστήμη και ιερή τέχνη. Ο Ιπποκράτης εφάρμοσε εμπράκτως αυτό που αιώνες αργότερα, διατύπωσε γλαφυρά ο Sir William Osler (1849-1919): **η Ιατρική είναι η επιστήμη της αβεβαιότητας και η τέχνη των πιθανοτήτων**. Και τούτο, διότι σοφά συμπέρανε πως η τεκμηρίωση στην Ιατρική δεν δύναται να είναι απόλυτη. Η Ιατρική είναι επιστήμη, που δεν έχει την ευκολία και την πολυτέλεια της τέλει θεωρητικής απόδειξης, την οποία διαθέτουν επιστήμες, όπως η Φυσική και τα Μαθηματικά. Η Ιατρική είναι, συνάμα, μία δυσκολότατη τέχνη. Αποτελεί την κορωνίδα των επιστημών και την επιφανέστατη των τεχνών.

Για να κατακτηθεί η Ιατρική, το χάρισμα (η δωρεά της φύσεως) απαιτείται μεν, δεν επαρκεί δε. Ούτε η θέληση και η αποφασιτικότητα του «ευνοημένου» από



Ιστορία της Ιατρικής

Η ΤΕΧΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΣΤΗΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

την φύση ατόμου αρκεί. Απαιτούνται βέβαια αυτές οι προδιαγραφές, αλλά επιπλέον είναι απόλυτα αναγκαίο ο υποψήφιος ιατρός (και ο ιατρός) να επιδεικνύει εις το διπνεκές ζήλο, μελέτη, εργατικότητα, έφεση για εμπά-θυση στις επιστημονικές και τεχνικές ιατρικές εξελίξεις, αδιάκοπη πρακτική και αφοσίωση. Κομβικό ρόλο για την επιτυχή άσκηση της ιατρικής έχει η ορθή αξιολόγηση του ιστορικού και της κλινικής εξέτασης. Καταλυτική δεξιοτέτατα κατά την κλινική εξέταση είναι η διεισδυτική παρατηρητικότητα και η ικανότητα αναπαραγωγής και ερμηνείας των δοκιμασιών πρόκλησης.

Ο παράγων «χρόνος» έχει διττή σημασία για τον ιατρό (**χρόνος εστίν εν ω καιρός, και καιρός εν ω χρόνος ου πολός, Παραγγελίαι, 1**). Αφενός, η Ιατρική δεν μαθαίνεται γρήγορα: τουναντίον, απαιτεί πολύ χρόνο και φιλοπονία. Με δεδομένο το βραχύβιο των ανθρωπίνων όντων (**ο βίος βραχύς, Αφορισμοί, 1.1**), για να είναι εφικτή και τε-λεσφόρος η μακρόχρονη εκπαίδευση στην ιατρική τέχνη, απαιτείται αξιοποίηση των λίγων και βραχείας διάρκειας ευκαιριών που δίδονται στον ιατρό για εμπλουτισμό της εμπειρίας του. Αφετέρου, ο ιατρός οφείλει να αξιοποιεί με σύνεση το παράθυρο ευκαιρίας που του δίδεται για την θεραπεία του αρρώστου του.

Κατά τον Ιπποκράτη, η ορθή και αντικειμενική γνώση (επιστήμη) βρίσκεται στον αντίποδα της απλής γνώμης. Για να δικαιώνει ο ιατρός τον τίτλο του -κατά Πλάτωνα- γνήσιου επιστήμονα, για να είναι σε θέση δηλαδή να κρίνει, και κατά συνέπεια να έχει το δικαίωμα να εκφέρει ουσιαστική και τεκμηριωμένη γνώμη επί ενός ιατρικού θέματος, πρέπει να γνωρίζει σε βάθος και πλάτος το σύνολο της καθολικώς παραδεκτής ιατρικής γνώσης και της συσσωρευμένης εμπειρίας στο θέμα αυτό και, συνάμα, να διαθέτει προσωπική εμπειρία στο εν λόγω αντικείμενο. Σε αντίθετη περίπτωση, η απλή γνώμη εκ-φέρεται από κάποιον που νομίζει πως είναι γνώστης του αντικειμένου, ενώ κατ' ουσίαν το αγνοεί (δοκνησίσοφος, κατά την μετάφραση του Πάνου Αποστολίδη). Αληθή γνώση και δικαίωμα γνώμης έχουν αποκλειστικά οι αληθινοί ιατροί, ενώ όσοι δεν έχουν ούτε γνώση ούτε

δικαίωμα γνώμης είναι αυθάδεις και κατατάσσονται στους ψευτογιατρούς.

Οι αληθινοί ιατροί είναι ιερά πρόσωπα: αληθινοί ιατροί γίνονται οι εκ γενετής άριστοι, οι οποίοι (α) αρ-χικά, απέκτησαν ευρεία μόρφωση (β) ακολούθως, μύηθηκαν στην ιατρική επιστήμη, δηλαδή κατέκτησαν την αντικειμενική, την επιστημονική γνώση και (γ) τέ-λος, όντας μυημένοι, δέχθηκαν ως ανταμοιβή για την αξιοσύνη τους την αποκάλυψη των ιερών μυστικών της ιατρικής τέχνης.

Εν κατακλείδι, κατά τον Ιπποκράτη, η Ιατρική είναι **και επιστήμη και τέχνη και επάγγελμα**. Στην ιατρι-κή πράξη, η παράμετρος «αληθής και αντικειμενική γνώση», δηλαδή η επιστήμη και η παράμετρος «τέ-χνη» συνάπτονται γόνιμα και αλληλοεξαρτώνται ανα-πόδραστα. Ο ιατρός βασίζει την γνώση του τόσο στην πείρα -την δική του και των άλλων ιατρών- όσο και στις θεωρητικές του γνώσεις. Ο ακροτελεύτιος στό-χος είναι η απόκτηση ουσιώδους ιατρικής εμπειρίας, η οποία προϋποθέτει την αγαστή σύνθεση των ανα-γκαίων θεωρητικών γνώσεων, της απαραίτητης τε-χνογνωσίας και της ιατρικής ανθρωπιστικής τέχνης. Ο Ιπποκράτης εξέφρασε την αλληλεξάρτηση ιατρικής τέχνης και ιατρικής επιστήμης με το διαχρονικό, λα-κωνικό και διδακτικό δόγμα του: εκεί που υπάρχει φιλανθρωπία, υπάρχει και αγάπη για την επιστήμη (**Ην γαρ παρή φιλανθρωπία, πάρεστι και φιλοτε-χνία, Παραγγελίαι, 6**).

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

Διευκρίνιση συγγραφέα 1: Οι τίτλοι των πρωτότυπων έργων της Ιπποκρατικής Συλλογής (στο κείμενο, στους πίνακες και στις βιβλιογραφικές παραπομπές) αναγράφονται με **πλάγια γραμματοσειρά**.

Διευκρίνιση συγγραφέα 2: Τα αυθεντικά παραθέματα των βιβλίων της Ιπποκρατικής Συλλογής (στο κείμενο και στους πίνακες) αναγράφονται με **τονισμένη πλάγια γραμματοσειρά**.

Διευκρίνιση συγγραφέα 3: Η συντομογραφία «ΣτΣ» δηλώνει «Σημείωση του Συγγραφέα».



Βιβλιογραφία

1. Ιπποκρατική Ιατρική Ορολογία. Πάνος Δ. Αποστολίδης. «Βίος Ιπποκράτους» και «Γενική εισαγωγή». Σελ. 21-33. Εκδόσεις Παρασκήνιο. Αθήνα, 2010.
2. Ο Ιπποκράτης στην ιατρική της εποχής μας. Πάνος Δ. Αποστολίδης. Εκδόσεις στιγμή. Αθήνα, 2005.
3. Ιπποκράτους Αφορισμοί. Πάνος Δ. Αποστολίδης. Εκδόσεις στιγμή. Αθήνα, 2004.
4. Ερμηνευτικό λεξικό πασών των λέξεων του Ιπποκράτους. Πάνος Δ. Αποστολίδης, Εκδόσεις Γαβριηλίδη. Αθήνα, 1997.
5. Ιατρικό εγκόλπιο: Προτρεπτικοί Λόγοι προς Νέους Ιατρούς. Πάνος Ν. Ζηρογιάννης. Έκδοση Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών. Κεφάλαια: 2ο (Ορκος του Ιπποκράτη), 3ο (Ιπποκρατική Ιατρική), 4ο (Ιατρική Ηθική). Σελ. 59-76, Αθήνα, 2017.
6. Εισαγωγή στη Φιλοσοφία. Ιωάννης Ν. Θεοδωρακόπουλος. Τμήμα: Γνωσιολογία, Κεφάλαιο Α' (Η πλατωνική κριτική του ορισμού ότι η γνώση είναι αίσθηση), κεφάλαιο Β' (Η πλατωνική κριτική του ορισμού ότι η γνώση είναι αληθής δόξα), κεφάλαιο Γ' (Η πλατωνική κριτική του ορισμού ότι η γνώση είναι αληθής δόξα μετά λόγου) Σελ 1-48. Αθήνα, 1975.
7. Θεαίτητος, Πλάτων.
8. Φαίδρος, Πλάτων.
9. Αρχαίοι Έλληνες Κλασικοί. Ιπποκράτης. Εισαγωγή, σελ. 7-16. Άννα Παπακωνσταντίνου. Εκδόσεις DEAGOSTINI, 2005.
10. Αρχαίοι Έλληνες Κλασικοί. Ιπποκράτης. Όρκος. Σελ. 17-21. Μετάφραση Νίκος Νικολίτσας. Εκδόσεις DEAGOSTINI, 2005.
11. Αρχαίοι Έλληνες Κλασικοί. Ιπποκράτης. Προγνωστικόν. Σελ. 93-153. Μετάφραση Νίκος Νικολίτσας. Εκδόσεις DEAGOSTINI, 2005.
12. Αρχαίοι Έλληνες Κλασικοί. Ιπποκράτης. Περί ευσημωσύνης. Σελ. Μετάφραση Νίκος Νικολίτσας. Εκδόσεις DEAGOSTINI, 2005.
13. Αρχαίοι Έλληνες Κλασικοί. Ιπποκράτης. Παραγγελία. Σελ. 179-201. Μετάφραση Νίκος Νικολίτσας. Εκδόσεις DEAGOSTINI, 2005.
14. Αρχαίοι Έλληνες Κλασικοί. Ιπποκράτης. Περί ιερής νόσου. Σελ. 203-255. Μετάφραση Νίκος Νικολίτσας. Εκδόσεις DEAGOSTINI, 2005.
15. Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 1. Αφορισμοί, σελ. 215-311. Αθήνα, 1993.
16. Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 1. Εισαγωγή, σελ. 15-25. Αθήνα, 1993.
17. Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 1. Περί Ιητρού, σελ. 111-134. Αθήνα, 1993.
18. Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 1. Όρκος, σελ. 27-38. Αθήνα, 1993.
19. Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 1. Νόμος, σελ. 39-49. Αθήνα, 1993.
20. Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 1. Περί Αρχαίης Ιητρικής, σελ. 51-111. Αθήνα, 1993.
21. Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 1. Περί Τέχνης, σελ. 137-167. Αθήνα, 1993.
22. Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 1. Περί Ευσημωσύνης, σελ. 169-189. Αθήνα, 1993.
23. Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 1. Παραγγελία, σελ. 191-213. Αθήνα, 1993.



Ιστορία της Ιατρικής

Η ΤΕΧΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΣΤΗΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

- 24.** Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 1. Σχόλια, σελ. 315-326. Αθήνα, 1993.
- 25.** Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 15. Περί νούσων το πρώτων, σελ. 17-89. Αθήνα, 1993.
- 26.** Ιπποκρατική Συλλογή. Εκδόσεις Συλλεκτική Βιβλιοθήκη Ελληνικού Πνεύματος. Εισαγωγή, σελ. 9-16. Αθήνα, 1997.
- 27.** Ιπποκρατική Συλλογή. Εκδόσεις Συλλεκτική Βιβλιοθήκη Ελληνικού Πνεύματος. Περί φύσιος ανθρώπου, σελ. 16-81. Αθήνα, 1997.
- 28.** Ιπποκρατική Συλλογή. Εκδόσεις Συλλεκτική Βιβλιοθήκη Ελληνικού Πνεύματος. Περί γονής και περί φύσιος παιδίου, σελ. 83-225. Αθήνα, 1997.
- 29.** Ιπποκρατική Συλλογή. Εκδόσεις Συλλεκτική Βιβλιοθήκη Ελληνικού Πνεύματος. Περί οστέων φύσιος, σελ. 227-283. Αθήνα, 1997.
- 30.** Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 11. Κατ' ιητρείον, σελ. 71-107. Αθήνα, 1992.
- 31.** Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 11. Περί αγμών, σελ. 109-223. Αθήνα, 1992.
- 32.** Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 11. Περί συρίγγων, σελ. 281-301. Αθήνα, 1992.
- 33.** Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 11. Περί των εν κεφαλή τρωμάτων, σελ. 19-69. Αθήνα, 1992.
- 34.** Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 11. Περί αιμορροΐδων, σελ. 265-279. Αθήνα, 1992.
- 35.** Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 11. Περί ελκών, σελ. 225-263. Αθήνα, 1992.
- 36.** Ιπποκράτης. Ιατρική δεοντολογία, Νοσολογία. Εισαγωγή, μετάφραση, σχόλια: Δημήτριος Λυπουρλής. Περί παθών, σελ. 153-208. Εκδόσεις Ζήτρος, Θεσσαλονίκη, 2001.
- 37.** Ιπποκράτης. Ιατρική δεοντολογία, Νοσολογία. Εισαγωγή, μετάφραση, σχόλια: Δημήτριος Λυπουρλής. Περί των εντός παθών, σελ. 209-264. Εκδόσεις Ζήτρος, Θεσσαλονίκη, 2001.
- 38.** Ιπποκράτης. Ιατρική δεοντολογία, Νοσολογία. Εισαγωγή, μετάφραση, σχόλια: Δημήτριος Λυπουρλής. Περί νούσων, σελ. 265-269. Εκδόσεις Ζήτρος, Θεσσαλονίκη, 2001.
- 39.** Ιπποκράτης. Ιατρική δεοντολογία, Νοσολογία. Εισαγωγή, μετάφραση, σχόλια: Δημήτριος Λυπουρλής. Περί νούσων Β, σελ. 325-350. Εκδόσεις Ζήτρος, Θεσσαλονίκη, 2001.
- 40.** Ιπποκράτης. Ιατρική δεοντολογία, Νοσολογία. Εισαγωγή, μετάφραση, σχόλια: Δημήτριος Λυπουρλής. Περί νούσων Γ, σελ. 351-368. Εκδόσεις Ζήτρος, Θεσσαλονίκη, 2001.
- 41.** Ιπποκράτης. Ιατρική δεοντολογία, Νοσολογία. Εισαγωγή, μετάφραση, σχόλια: Δημήτριος Λυπουρλής. Περί νούσων Δ, σελ. 369-404. Εκδόσεις Ζήτρος, Θεσσαλονίκη, 2001.
- 42.** Ιπποκράτης. Ιατρική δεοντολογία, Νοσολογία. Εισαγωγή, μετάφραση, σχόλια: Δημήτριος Λυπουρλής. Περί διαίτης, σελ. 405-479. Εκδόσεις Ζήτρος, Θεσσαλονίκη, 2001.
- 43.** Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 2. Προγνωστικόν, σελ. 19-73. Αθήνα, 1993.
- 44.** Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 2. Προρρητικός Α', σελ. 75-117. Αθήνα, 1993.
- 45.** Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 2. Προρρητικός Β', σελ. 119-187. Αθήνα, 1993.
- 46.** Αρχαία Ελληνική Γραμματεία ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ. Εκδόσεις Κάκτος. Ιπποκράτης, Άπαντα 2. Κωακαί Προγνώσεις, σελ. 189-345. Αθήνα, 1993.
- 47.** Πίσω από τις Σκιές των Ιατρικών Σκέψεων. Αλέξανδρος

Ιστορία της Ιατρικής

Η ΤΕΧΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΣΤΗΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ



Χατζηπαύλου. Πρόλογος, σελ. 17-22. Εκδόσεις BROKEN HILL PUBLISHERS LTD. Nicosia, Cyprus, 2021.

48. Ο «Νόμος» της Ιπποκρατικής Συλλογής. Ερμηνεία και σύγχρονες προεκτάσεις. Χ. Κανακάρης και συν. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2018, 35(5): 698-705.

49. Ο Ιπποκράτης και η φιλοσοφία. Κ. Ι. Δεσποτόπουλος,

Ακαδημία Αθηνών. Σελ. 143-155. Λόγος στο Γαλλο-Ελληνικό Συμπόσιο "Hippocrate et son heritage", Lyon, Octobre 1985.

50. Pulciani S, Di Lonardo A, Fagnani C, Taruscio D. Ann Ist Super Sanita. P4 Medicine versus Hippocrates. 2017 Jul-Sep;53(3):185-191.



Ελεύθερο Θέμα

ΕΤΥΜΟΛΟΓΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΡΟΛΟΓΙΑΣ

Θεόδωρος Φιλιππίδης, Παθολογοανατόμος, Αθήνα

(συνέχεια από το τεύχος 64)

Στην ορολογία των παθήσεων και των λειτουργιών του Γαστρεντερικού συστήματος είναι εμφανέστατη η χρησιμοποίηση της Ελληνικής γλωσσικής δεξαμενής, πέρα από την ονομασία των βασικών οργάνων, παθήσεων και λειτουργιών, που έτσι κι αλλιώς περιγράφηκαν για πρώτη φορά από σπουδαίους Αρχαίους Έλληνες συγγραφείς.

Είναι απολύτως κατανοητή η χρήση αμιγώς ελληνικών όρων, όπως *polyg* (πολύπους, που χαρακτηρίσε για πρώτη φορά το έκφυμα της ρινός), *atrophy*, *hypertrophy*, *hyperplasia*, *metaplasia*, *dysplasia*, *neoplasm*, *adenoma*, *carcinoma*, *hepatoid*, *cirrhosis*, *atresia*, *stenosis*, *cyst*, *cele* (κήλη), *chronic*, *haemorrhoids* κλπ. Αξιοθαύμαστη όμως είναι η εργαλειοποίηση των δυνατοτήτων της γλώσσας μας από τους σύγχρονους ερευνητές ιατρούς, βιολόγους κλπ. που μπόρεσαν να εκφράσουν με ακρίβεια τα χαρακτηριστικά κυττάρων, οργάνων και λειτουργιών, με συνθετικά παράγωγα αρχέγονων και πανάρχαιων Ελληνικών λέξεων. Έτσι, ενώ είχαν στη διάθεσή τους τη λέξη *intestine*, για την φλεγμονή και όποια άλλη εντερική πάθηση χρησιμοποίησαν τις λέξεις *enteritis*, *enteropathy*, *enteric* κλπ. Αντίστοιχα για την χοληδόχο κύστη είχαν τη λέξη *gallbladder*· χαρακτηρίσαν όμως τις παθήσεις της με τις λέξεις *cholecystitis*, *cholelithiasis*, *pericholecystitis*, *cholangiocarcinoma* κλπ. Για τον πρωκτό είχαν τη λέξη *anus*, όμως η φλεγμονή του εκφράστηκε με τις λέξεις *proctitis/proctocolitis*.

Τα παραδείγματα, όπως αυτά που συνοπτικά προαναφέρθηκαν, είναι πάρα πολλά, αξίζει όμως να σταθούμε λίγο περισσότερο στο Πεπτικό Σύστημα, που είναι γνωστό στους αγγλόφωνους ως *Digestive System*. Το πεπτικό προέρχεται από το πανάρχαιο ρήμα *πέσσω-πέττω-πέπτω* που έδωσε το ουσιαστικό *πέψις*. Η αρχική σημασία της λέξης ήταν η *ωρίμανση* και ακολούθησε η χρήση της για το μαγείρεμα και μετά για τη χώνευση. Ενώ λοιπόν στις λατινογενείς γλώσσες έχουν το *digestion* και το *digestive*, στις παθήσεις και ιδιότητες του συστήματος πλάσθηκαν λέξεις από την πέψη (*pepsis*), όπως *peptic*,

pepsin, *pepsinogen*, *peptidia*, ακόμη και ονομασίες φαρμακευτικών σκευασμάτων όπως *Peptonorm*, *Peptan*, *Pepsicon*, για να μην αναφερθούμε και στην *Pepsi Cola*.

Σε μια μικρή περιδιάβαση στο λεξιλόγιο των γαστρεντερολόγων, θα βρούμε και -ενδεικτικά- τις παρακάτω «παγκοσμιοποιημένες» Ελληνικές λέξεις:

Pylorus: ο Πυλωρός (πύλη+ουρος). Το δεύτερο συνθετικό της λέξης δεν έχει σχέση με το ρήμα *ορώ*, ούτε με τα ούρα. Είναι η λέξη *ούρος* που σήμαινε φύλακας/φρουρός/επιστάτης (της πύλης του στομάχου προς το έντερο). Στην αρχαία βιβλιογραφία αναφέρονται οι Κορίνθιοι ως πυλωροί της Πελοποννήσου και επίσης αναφέρεται ο Κέρβερος ως «κύων πυλωρός Άδου».

Lapara: Λαπάρα. Η κοιλιακή κοιλότητα μαζί με την πυελική, η κοιλιά συνολικά. Μια επίσης πανάρχαια ξεχασμένη ελληνική λέξη (μολονότι έμεινε ζωντανή σε κάποιες ντοπιολαλιές ως λάπα και λάπαρη) που τις τελευταίες δεκαετίες επανήλθε στο προσκήνιο με τους όρους *laparotomy*, *laparoscopy*, *laparoscopic* κλπ.

Peristalsis: περίστασις/περίσταση, περισταλτικός, περισταλτική κίνηση. Από το ρήμα *περιστέλλω*. Ο Γαλνός χρησιμοποίησε τη λέξη «περισταλτική» για την συσταλτική και διασταλτική δύναμη που ευθύνεται για την κινητικότητα των εντέρων και την πέψη.

Diarrhea/Diarrhoea: Διάρροια. Από το ρήμα *διαρρέω*. Η σωστή γραφή είναι με δυο «ρ» και σωστά μεταφέρθηκε στην Αγγλική με τα δύο “r”. Στην καθομιλουμένη Ελληνική πολύ συχνές οι λέξεις «λογοδιάρροια», «διαρροή» κλπ.

Achalasia: Αχαλασία, γνωστή η του οισοφάγου. Από το -α- στερητικό και το *χάλασις*, που προέρχεται από το ρήμα *χαλάω* που σημαίνει χαλαρώνω. **Αχαλασία** είναι η αδυναμία του κυκλοτερούς μυός του οισοφάγου να χαλάται, δηλαδή να χαλαρώνει. Ο Ιπποκράτης χρησιμοποιεί το ρήμα στη χαλάρωση των επιδέσμων, ο Γαλνός στη διάνοιξη/χαλάρωση οπών και στομιών του σώματος, ενώ ως χάλαση χαρακτηριζόταν και η χαλάρωση των γραμμών στις στρατιωτικές φάλαγγες.



Ελεύθερο Θέμα

ΕΤΥΜΟΛΟΓΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΡΟΛΟΓΙΑΣ

Dysphagia, dystrophy, dysentery, dysplasia, dyspepsia, dyspareunia και πλήθος άλλων παρόμοιων σύνθετων ιατρικών όρων που δεν απαιτούν επεξήγηση στα ελληνικά, αφού παραμένουν αυτούσιοι στη μεταφορά τους στις λατινογενείς γλώσσες. Να επισημάνουμε μόνον το πρόθεμα **dys-/δυσ-** που σημαίνει διαταραχή του κανονικού, δυσκολία ή και κάτι κακό και αναιρεί κατά κανόνα την καλή έννοια της λέξης που ακολουθεί ή επιτείνει και επαυξάνει την κακή του έννοια (ευτυχία/δυστυχία, αρεστός/δυσάρεστος, εύσομος/δύσοσμος, εύμορφος/δύμορφος, εύκολος/δύσκολος κλπ). Σημειώνουμε επίσης ότι στις λατινογενείς γλώσσες το δυσ- έχει μεταφερθεί και ως dis-, κυρίως με την έννοια του ελληνικού α-στερητικού (discomfort, disability, dislike, disorder κλπ).

Nausea: Ναυτία. Πανάρχαια λέξη, με την ίδια σημερινή σημασία. Ναύς είναι το πλοίο και στην Ελληνική γλώσσα έχει δώσει εκατοντάδες παραγώγων λέξεων, κυρίως με συνθετικά (ναυτικός, ναυπηγείο, Ναύπακτος, Ναύπλιο, αστροναύτης, ναυτίλος κλπ), οι περισσότερες των οποίων «πέρασαν» στις λατινογενείς γλώσσες. *Ναυτιάω* σημαίνει ζαλίζομαι και έχω αναγούλα/τάση για έμετο, στο ταξίδι με το πλοίο, δηλαδή έχω ναυτία. Ο όρος ναυτία χρησιμοποιήθηκε από όλους τους αρχαίους ιατρικούς συγγραφείς, ενώ και ο ποιητής Σιμωνίδης τη

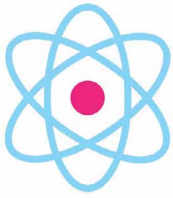
χρησιμοποίησε για να αποδώσει την απδία, την αποστροφή προς κάτι (συνήθως πρόσωπο).

Spasm: Σπασμός είναι η απότομη ακούσια σύσπασση μυός, ομάδων μυών (κράμπα) ή και οργάνου. Από το ρήμα σπάω, με δεκάδες παράγωγα του στον καθημερινό λόγο (σπάσιμο, σπαστικός, απόσπασμα, απόσπαση, αναπόσπαστος, σπασμωδικός, σπασμολυτικό κλπ).

Heterotopia-Ectopia/Ectopy: Ετεροτοπία-Εκτοπία. Όροι που αναφέρονται σε ανεύρεση ιστού ή και οργάνου, σε θέση του σώματος εκτός της φυσιολογικά αναμενόμενης εντόπισης. Πολύ γνωστές οι εκτοπίες και ετεροτοπίες γαστρικού και παγκρεατικού ιστού.

Hydrops: Ύδρωψ (ύδρωπας, υδρωπική εκφύλιση υδρωπικία).

Το εισαγωγικό αυτό σημείωμα δεν είχε σκοπό να εξαντλήσει το θέμα «Η Ελληνική Γλώσσα στην Παγκόσμια Ιατρική Ορολογία», ούτε και θα ήταν αυτό εφικτό. Σκόπευε να ευαισθητοποιήσει τους χειριστές των ιατρικών, ιδιαίτερα των Γαστρεντερολογικών όρων, σχετικά με το σημαίνον και σημαινόμενο των Ιατρικών Όρων που προέρχονται από την Ελληνική Γλώσσα, να δώσει το έναυσμα για το ευχάριστο ταξίδι της ανίχνευσης της προέλευσης του κάθε Όρου και -ίσως- να συνεισφέρει στην υπερηφάνεια για την Γλώσσα που μας δόθηκε.



Καινοτομίες στην Ενδοσκόπηση

ΘΕΡΜΙΚΟΣ ΚΑΥΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ (ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION - EMR) ΜΕΓΑΛΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΠΟΛΥΠΩΔΩΝ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΚΡΟΥ ΒΡΟΧΟΥ ΔΙΑΘΕΡΜΙΑΣ, ΔΙΑΘΕΡΜΟΠΗΞΙΑΣ ΜΕ ARGON PLASMA COAGULATION (APC) Ή ΚΑΜΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Γεώργιος Τζιάτζιος, Επικουρικός Επιμελητής Β' Γαστρεντερολογίας

Παρασκευάς Γκολφάκης, Επιμελητής Β' Γαστρεντερολογίας

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο Πατνσιών», Αθήνα

Ο θερμικός καυτηριασμός της περιφέρειας του ελλείμματος μετά από ενδοσκοπική εκτομή (Endoscopic Mucosal Resection - EMR) μεγάλων επίπεδων πολύποδων παχέος εντέρου μειώνει το ποσοστό τοπικής υποτροπής. Η διαθερμοπηξία με την χρήση του άκρου βρόχου διαθερμίας (Snare Tip Soft Coagulation – STSC) και η διαθερμοπηξία με Argon Plasma Coagulation (APC) έχουν χρησιμοποιηθεί για αυτή την ένδειξη, αλλά τα δεδομένα που συγκρίνουν άμεσα τις δύο μεθόδους είναι ελάχιστα.

Σε αυτή την πολυκεντρική τυχαίοποιημένη μελέτη σε 9 κέντρα των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, τυχαίοποιήθηκαν αρχικά 384 ασθενείς με 414 βλάβες ($\geq 15\text{mm}$ σε διάμετρο) εκ των οποίων οι 308 (80,2%) με 328 βλάβες ολοκλήρωσαν την παρακολούθηση ενός έτους¹. Το ποσοστό των βλαβών με υπολειπόμενο αδενωματώδη ιστό κατά την πρώτη παρακολούθηση ήταν 4,6% με STSC, 9,3% με APC και 21,4% στην ομάδα ελέγχου (χωρίς εφαρμογή θεραπείας). Οι πιθανότητες υπολειπόμενου αδενωματώδους ιστού ήταν χαμηλότερες για STSC και APC σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν έλαβαν καμία θεραπεία (P =0,001 και P=0,01, αντίστοιχα), χωρίς διαφορά μεταξύ STSC και

APC. Το STSC χρειάστηκε λιγότερο χρόνο εφαρμογής από το APC (3,35 έναντι 4,08 λεπτά. P=0,019).

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη αναδεικνύει ότι η θεραπεία με STSC και APC είναι και οι δύο ανώτερες από το να μην εφαρμοσθεί κάποια θεραπεία της περιφέρειας του ελλείμματος μετά ενδοσκοπική εκτομή. Το γεγονός ότι το STSC είναι πιο γρήγορο στην εφαρμογή, με χαμηλότερο κόστος (το APC απαιτεί πρόσθετη συσκευή) και όγκο πλαστικών αποβλήτων, το καθιστούν ως την προτιμώμενη μέθοδο θερμικού καυτηριασμού της περιφέρειας του ελλείμματος μετά από ενδοσκοπική εκτομή ορθοκολικών πολύποδων.

Βιβλιογραφία

1. Rex DK, Haber GB, Khashab M, Rastogi A, Hasan MK, DiMaio CJ, Kumta NA, Nagula S, Gordon S, Al-Kawas F, Wayne JD, Razjouyan H, Dye CE, Moyer MT, Shultz J, Lahr RE, Yuen PYS, Dixon R, Boyd L, Pohl H. Snare Tip Soft Coagulation vs Argon Plasma Coagulation vs No Margin Treatment After Large Nonpedunculated Colorectal Polyp Resection: a Randomized Trial. Clin Gastroenterol Hepatol. 2023 Oct 21:S1542-3565(23)00843-1. doi: 10.1016/j.cgh.2023.09.041.

Θερμικός καυτηριασμός της περιφέρειας του ελλείμματος μετά από ενδοσκοπική εκτομή (Endoscopic Mucosal Resection - EMR) μεγάλων επίπεδων πολύποδων παχέος εντέρου με την χρήση άκρου βρόχου διαθερμίας, διαθερμοπηξίας με Argon Plasma Coagulation (APC) ή καμία θεραπεία: Αποτελέσματα τυχαίοποιημένης μελέτης



Θ θερμικός καυτηριασμός της περιφέρειας του ελλείμματος μετά από ενδοσκοπική εκτομή (Endoscopic Mucosal Resection - EMR) μεγάλων επίπεδων πολύποδων παχέος εντέρου μειώνει το ποσοστό τοπικής υποτροπής - δεν υπάρχουν συγκριτικά δεδομένα



Ασθενείς που υποβάλλονται σε ενδοσκοπική εκτομή (Endoscopic Mucosal Resection - EMR) πολύποδων παχέος εντέρου $\geq 15\text{mm}$



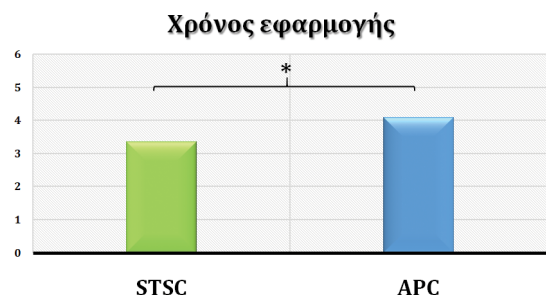
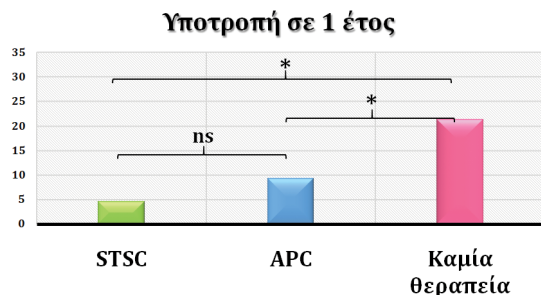
Χρήση άκρου βρόχου διαθερμίας (Snare Tip Soft Coagulation - STSC) Διαθερμοπηξία με Argon Plasma Coagulation (APC) Καμία θεραπεία



Σχεδιασμός

Προοπτική, τυχαίοποιημένη μελέτη με 384 ασθενείς σε 9 κέντρα

Πρωτογενές καταληκτικό σημείο Ποσοστό τοπικής υποτροπής σε 1 έτος



Το εξώφυλλο από μέσα



Αμφίθυμη Άνοιξη

Αν υπάρχει μια βεβαιότητα σε αυτή τη χώρα είναι οι τέσσερις εποχές του χρόνου, που έχουμε ακόμη το προνόμιο να τις απολαμβάνουμε σε αυτή τη μεριά του πλανήτη.

Δεδομένης όμως της κλιματικής αλλαγής, για την οποία είμαστε όλοι υπεύθυνοι, δεν θα πρέπει να θεωρούμε αυτή τη συνθήκη δεδομένη για πάντα.

Και αυτό έρχεται να μας το θυμίσει η Άνοιξη με την αμφιθυμία της.

Μίλτος Σκούρας

Φωτό: Λήμνος 6/5/2023



Pariet[®]
rabeprazole



Μέγιστη αποτελεσματικότητα
1^η δόση / **1^η** ημέρα^{1,2}
μετά την

Πριν τη συνταγογράφηση παρακαλούμε συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται στο εκθετήριο

Βιβλιογραφία: **1.** Pace F, Pallotta S, Casalini S, Porro GB. A review of rabeprazole in the treatment of acid-related diseases. Ther Clin Risk Manag. 2007 Jun;3(3):363-79. **2.** Norris V, Baisley K, Dunn K, Warrington S, Morocutti A. Combined analysis of three crossover clinical pharmacology studies of effects of rabeprazole and esomeprazole on 24-h intragastric pH in healthy volunteers. Aliment Pharmacol Ther. 2007 Feb 15;25(4):501-10.

Τρόπος Διάθεσης: Φαρμακευτικό Προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

PARIET® FC TAB 20MG/TAB BTX14 Λιανική τιμή: 4,96€

PARIET® FC TAB 20MG/TAB BTX28 Λιανική τιμή: 8,16€



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

Αρ.Γ.Ε.ΜΗ 000314201000

CP-402566/PAR/0923/005

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

Προώθηση και Διανομή από τη:



BIANEX Α.Ε.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIANEX Α.Ε. - Έδρα : Οδός Βαρυμπόμπης 8, 14671 Ν. Ερυθραία, Κηφισιά,
Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία, Τηλ. : 210 8009111
Fax: 210 8071573 • E-mail: mailbox@vianex.gr • WEBSITE: www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113, 562 24 Εύσμος Θεσσαλονίκης,
Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

VE-23176-PAR-9/2023