

# ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων [ΕΠ.Ε.Γ.Ε.] | Ιανουάριος - Απρίλιος 2026 | Τεύχος  
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Website: www.epege.gr, e-mail: info@epege.gr

73

## Σημειώσεις καλοκαιριού

Οι ενδοσκοπίσεις στην παροχέτευση  
των κακοήθων στενώσεων  
των χοληφόρων

Ηπατικές πορφυρίες

Η σεμαγλουτίδη στη θεραπεία  
της στεατοπατίτιδας

Γαστρεντερολόγοι και burnout



# Made for you: the **IMAGINA** **EPK-i5500c Video Processor**

Your choice for daily practices

**PENTAX**  
MEDICAL



Το νέο σύστημα **IMAGINA** δημιουργήθηκε για τις καθημερινές σας ανάγκες. Ο νέος επεξεργαστής **IMAGINA** υποστηρίζει κάθε βήμα της κλινικής οδού, από την παρακολούθηση έως τη διάγνωση και την θεραπεία, με την κορυφαία ποιότητα εικόνας **Full HD** με **Χρωμοενδοσκόπηση i-scan**. Με την πρωτοποριακή του τεχνολογία, ο επεξεργαστής **IMAGINA** μειώνει το κόστος λειτουργίας και το κόστος επένδυσης λόγω της τελευταίας τεχνολογίας φωτισμού **LED on the Tip**.

Η νέα πλατφόρμα **IMAGINA** είναι η πρώτη και η μοναδική που:

- δεν έχει πηγή ψυχρού φωτισμού καθώς **2 LED** είναι ενσωματωμένα στο άκρο του ενδοσκοπίου.
- μπορεί να καταγράψει εικόνες και Βίντεο **σε FHD**.
- μπορεί να αναπαράγει τα βίντεο και τις φωτογραφίες την ίδια στιγμή τόσο στην οθόνη του επεξεργαστή όσο και στο μόνιτορ.
- επιτρέπει στον χειριστή να κάνει **zoom in/zoom out** στην οθόνη αφής του επεξεργαστή.
- έχει **αδιάβροχο** συνδετικό.

**PAPAPOSTOULOU**

HEALTHCARE TECHNOLOGIES

est. 1914

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

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

E: [info@papapostolou.gr](mailto:info@papapostolou.gr)

[www.papapostolou.gr](http://www.papapostolou.gr)

ΠΑΤΡΑ · ΙΩΑΝΝΙΝΑ · ΗΡΑΚΛΕΙΟ · ΧΑΝΙΑ · ΛΑΡΙΣΑ · ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑ

# Περιεχόμενα



<b>ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ</b> .....	<b>4</b>
Η ΕΛΛΗΝΙΚΟΤΗΤΑ ΩΣ ΝΟΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ	
<b>ΝΕΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΑΙΡΑ</b> .....	<b>8</b>
I. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.	
II. ΑΓΓΕΛΙΕΣ	
<b>ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ</b> .....	<b>10</b>
ΣΥΝΝΕΤΕΥΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟ Κ. ΓΕΡΑΣΙΜΟ ΜΑΝΤΖΑΡΗ	
<b>ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ</b> .....	<b>21</b>
ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΗΣ ESGE ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΕΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ - 2017: ΜΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗ ΜΑΤΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΣΤΕΝΩΣΕΩΝ	
<b>ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ</b> .....	<b>28</b>
ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΠΟΡΦΥΡΙΕΣ, ΜΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	
<b>Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ</b> .....	<b>34</b>
ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ (ΚΑΙ) ΣΤΗΝ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ	
<b>TIPS &amp; TRICKS</b> .....	<b>36</b>
ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ, ΜΗ ΚΙΡΣΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ	
<b>HOW TO DO IT</b> .....	<b>39</b>
ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΩΝ ΠΟΛΥΠΩΔΩΝ	
<b>ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ</b> .....	<b>50</b>
ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΕΜΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ (GLP-1 RA) ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ (MASH)	
<b>ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	<b>57</b>
ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΛΙΝΙΚΟ ΙΑΤΡΟ	
<b>ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</b> .....	<b>65</b>
ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ	
<b>ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ</b> .....	<b>68</b>
ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ ΤΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΗ ΧΡΗΣΤΟΥ ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗ	
<b>ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ</b> .....	<b>71</b>
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ (BURNOUT) ΣΤΟΥΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥΣ: Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΜΑΣΤΙΓΑ	
<b>ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ</b> .....	<b>75</b>
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΥΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΤΗΣ ΤΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΚΤΟΜΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΕΚΤΟΜΗ ΜΕΓΑΛΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΠΟΛΥΠΩΔΩΝ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ	

## Ιδιοκτήτης:

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

## Εκδότης & Υπεύθυνος

### παρά τω νόμω:

Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος

## Έδρα:

Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα  
Τηλ.: 210 6727531-3  
Fax: 210 6727535  
Website: [www.epege.gr](http://www.epege.gr)  
e-mail: [info@epege.gr](mailto:info@epege.gr)

## Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

Πρόεδρος: Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος, Αντιπρόεδρος: Σπυρίδων Γούλας,  
Γεν. Γραμματέας: Ορέστης Σιδηρόπουλος, Ειδ. Γραμματέας: Νικόλαος Μαργέτης,  
Ταμίας: Γεώργιος Τζιάτζιος, Μέλη: Δημήτριος Δανδάκης, Γεώργιος Τσιώνης,  
Αναπληρωματικά Μέλη: Έλενα Μανθοπούλου, Παντελής Ουσταμανωλάκης,  
Αθανάσιος Γιαννακόπουλος

## Διευθυντής Σύνταξης:

Νικόλαος Μαργέτης

## Αναπληρωτές Διευθυντές Σύνταξης:

Γεώργιος Τσιώνης, Έλενα Μανθοπούλου

## Συντακτική Επιτροπή:

Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος, Σπυρίδων Γούλας,  
Γεώργιος Τζιάτζιος, Δημήτριος Δανδάκης,  
Ορέστης Σιδηρόπουλος, Παντελής  
Ουσταμανωλάκης, Αθανάσιος Γιαννακόπουλος

Νομική Σύμβουλος: Άννα Τσίτουρα  
Γραμματεία: Μαρία Γενναδοπούλου

## Εικόνα Εξωφύλλου:

Μίλτος Σκούρας

## Δημιουργικό - Εκτύπωση:

ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑmed

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

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



ΕΠ.Ε.Γ.Ε. Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδας  
23<sup>η</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

# ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ

## ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ



**2 - 4 Οκτωβρίου 2026, Αθήνα, Ξενοδοχείο Royal Olympic**

Πληροφορίες - Γραμματεία: CONGRESS WORLD  
Μιχαλακοπούλου 27, 11528 Αθήνα, Τηλ.: 210 7210001, 210 7210052,  
e-mail: [info@congressworld.gr](mailto:info@congressworld.gr), [www.congressworld.gr](http://www.congressworld.gr)



# ibutin-Gelsectan®

στο Ευερέθιστο Έντερο

"Leaky Gut"

Αποτρέπει

την εντερική διαπερατότητα και την εισροή παθογόνων  
ερεθισμάτων εντός του γαστρ/κού σωλήνα<sup>(1,2)</sup>

Ανακουφίζει<sup>1</sup>

- Κοιλιακό πόνο • Δυσφορία
- Φουσκώματα

Ελέγχει<sup>2</sup>

αποτελεσματικά τη διάρροια  
και ανακουφίζει από τα  
κλινικά συμπτώματα σε  
ασθενείς με IBS-D



ίδια σύνθεση με τη  
συσκευασία των 15 caps



ίδια αποτελεσματικότητα



σε συσκευασία  
με 30 κάψουλες

02.2026/IBUTIN GELSECTAN/ADV/01

ΤΟΠΙΚΟΣ ΔΙΑΝΟΜΕΑΣ



Αθήνα: Ελευθερίας 4, Κηφισιά 145 64, τηλ.: 210 5281700  
Θεσσαλονίκη: Χάλκης 8, Πυλαία 554 535, τηλ.: 2310 542685  
Τμήμα Υλικοεπαγρύπνησης τηλ.: 210 5281700  
e-mail: pv@galenica.gr | [www.galenica.gr](http://www.galenica.gr)

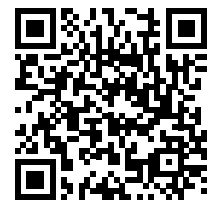
**Βιβλιογραφία:** 1. FOX ibutin Gelsectan, 2. A. Tirfan et.al Efficacy and safety of Gelsectan for diarrhea- predominant irritable bowel syndrome: A randomized, crossover clinical trial United European Gastroenterology J. 2019 Vol 7(8) 1093-1101

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ

DEVINTEC SAGL  
- Corso Elvezia 14,  
6900 Lugano, Switzerland

ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ  
Π.Λ.Τ. 18,00 €

Για περισσότερες  
πληροφορίες  
συμβουλευτείτε το  
φύλλο οδηγιών



1370 CE



# Άρθρο Σύνταξης

Νικόλαος Γ. Μαργέτης, Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής Σύνταξης

## Η ελληνικότητα ως νοηματοδοτική σχέση

*Ό,τι είναι ο νους και η καρδιά για τον άνθρωπο,  
είναι και η Ελλάδα για την οικουμένη*  
Γόχαν Βόλφγκανγκ φον Γκαίτε (1749-1832)

Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι,

Στη μακραίωνη ιστορία του ο ελληνισμός είναι οικοδομημένος στη διαπάλη μεταξύ μυθευμάτων και δύσθυμης πραγματικότητας, είναι οικονομημένος με παρενθέσεις, είναι αλλοιωμένος με επικωματώσεις. Προσομοιάζει με φυλλοβόλο δέντρο, οι ρίζες του οποίου είναι ετερόκλητες· η καθεμιά αδημονεί να δεσπόσει στο συλλογικό γίγνεσθαι, να επικαθορίσει το σημαινόμενο της ελληνικότητας. Ως άλλη επιγενετική τροποποίηση, η κάθε συνιστώσα επιδιώκει να επηρεάσει τα μέγιστα τη «μετάφραση» των εθνικών μας μιμιδίων. Ψευδαισθήσεις και ποικιλότητες καταβολές επέφεραν συγκρούσεις, κυοφόρησαν αντιφάσεις. Αιχμάλωτο αντιφάσεων, το ελληνικό έθνος ουδέποτε ωρίμασε τόσο που να επιτύχει να δομήσει μία (σχετικά) ομοιογενή νοοτροπία (τρόπος του νούς, πολιτισμική ταυτότητα): από τις πόλεις-κράτη που ήκμασαν αλληλοεπιτιθέμενα περί τον 5<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ. έως και τη σημερινή ελλαδική επικράτεια, που έχει χαρακτήρα ψηφιδωτού, δύο μόνο συνεκτικά στοιχεία επιβίωσαν μεταξύ των περισσοτέρων Ελλήνων: η γλώσσα [η περιλάλητη, σύμφωνα με τον Γεώργιο Σεφέρη (1900-1971), η ιθαγένειά μας, σύμφωνα με πολλούς αλλοεθνείς] και η αυτοαναφορική πεποίθηση του μέσου Έλληνα ότι συγκαταλέγεται μεταξύ των ολίγων που έχουν αντιληφθεί σε βάθος το σημασιολογικό φορτίο της ελληνικότητας. Ο καθείς καταθέτει τα διαπιστευτήριά του στη δική του «αλήθεια» και μόνο, τόσο ως προς τα φυσιογνωμικά χαρακτηριστικά της ελληνικότητας όσο και ως προς ποια κατεύθυνση είναι δόκιμο να μετεξελιχθεί, προκειμένου να συναντήσει τα δικά του, υποκειμενικά κριτήρια, τα οποία (ανα)βαπτίζονται από τον εκφραστή τους σε οιονεί αντικειμενικά, ορθολογικά και δίκαια.

Εν τούτοις, η ελληνικότητα ως όρος δεν δύναται να προσδιοριστεί με ακρίβεια, διότι δεν αποτελεί υπαρξιακό μέγεθος που ταυτοποιείται με αντικειμενικά και αυστηρά σημασιολογικά κριτήρια, ούτε ιδιότητα με χαρακτηριστικούς εκπροσώπους στο διάβα των αιώνων. Συνιστά, κατά το μάλλον ή ήττον, διαφιλονικούμενη έννοια. Πλείστοι Έλληνες επιδίωξαν να διασαφηνίσουν τον όρο· όμως, εις μάτην. Ο καθένας ισχυρίστηκε, από τη δική του οπτική γωνιά, πως είχε ανακαλύψει τα ιδιαίτερα γνωρίσματα του Έλληνα. Οι διαπιστώσεις ήταν αντικρουόμενες. Επί παραδείγματι, ο Ηρόδοτος (485-425 π.Χ.) διατείνεται πως τα κοινά στοιχεία που χαρακτηρίζουν τους Έλληνες είναι η γλώσσα, η θρησκεία, η καταγωγή και ο τρόπος/τα ήθη/ο πολιτισμός, ενώ ο Οδυσσεάς Ελύτης (1911-1996) όρισε την ελληνικότητα ως «έναν τρόπο να βλέπεις και να αισθάνεσαι τα πράγματα». Η συντριπτική πλειονότητα των ειδικών συγκλίνει στη θέση πως η ελληνικότητα δεν είναι αυτοφυής και, συνεπώς, δεν είναι προϊόν μετάφρασης και συνεργασίας ταυτοτικών, «εθνικών» γονιδίων. Τουναντίον, οι χαρακτηρισμοί «Έλληνας» και «Ελληνίδα» αποτελούν ετερογενή παλίμψηστα (μοτίβα ανθρωπότητας) που έχουν προκύψει από επιμειξίες χιλιετιών. Όπως καθετί ζωντανό, η ελληνικότητα εξελίσσεται: διάδοχα κύματα κλωνικής επέκτασης ωθούν και διαμορφώνουν το ελληνικό στοιχείο ανά τους αιώνες. Κάθε «κλώνος» κυριαρχεί έναντι των λοιπών μοτίβων βάσει των κανόνων της φυσικής επιλογής. Διότι ο ελληνισμός ανέκαθεν προσαρμόζεται ως απάντηση σε αλλότρια ερεθίσματα, η πλαστικότητα είναι διαχρονικά το ουσιαδέστερο γνώρισμά του. Παρά την αδιάκοπη μεταμόρφωση που υπέστη ο ελληνισμός σε βάθος χιλιετιών μέσα από επαναστάσεις, υποδουλώσεις και κατακτήσεις, ο πυρήνας

# Άρθρο Σύνταξης



της ελληνικότητας δεν αλλοιώθηκε, όποιος κι αν είναι αυτός, όσο κι αν γνωρίζουμε (και συμφωνούμε) πως δεν τον γνωρίζουμε ενδελεχώς.

Εξίσου μείζον επίδικο με τη νοηματική απόδοση του όρου «ελληνικότητα» είναι και η διάγνωση των αιτίων της βαθύτερης ανάγκης μας να τον προσεγγίσουμε και να τον εμπεδώσουμε. Αναζητούμε διέξοδο στην ατελέσφορη προσπάθεια εύρεσης συγκεκριμένης και σταθερής εθνικής ταυτότητας; Επιζητούμε να καλύψουμε την επιτακτική ανάγκη μας για ασφαλή πορεία στο σύγχρονο στερέωμα που κλυδωνίζεται πανταχόθεν; Μας προβληματίζει η υιοθέτηση (αυθαίρετων ή στοιχειοθετημένων) ιδεολογημάτων για την ελληνικότητα, που άλλοτε προσβάλλονται από τη νόσο της προγονοπληξίας και άλλοτε θυσιάζουν τα αδιαμφισβήτητα ιστορικά γεγονότα στο βωμό ενός βουλευσιαρχικού ναρκισσισμού; Επιδιώκουμε (ο καθένας από τη σκοπιά του) να εκφράσει τον δικό του πατριωτισμό μέσα από την απατηλή ιδέα ενός βολικού ρόλου; Στοιχειώνει μέσα μας η αμφισημία του όρου, που οδηγεί αντανάκλαστικά στη ζωτική αναγκαιότητα για αυτοπροσδιορισμό μέσα στη σοβούσα κρίση των αντιτιθέμενων ετεροτήτων;

Όποια κι αν είναι τα αίτια, η μαγιά της ελληνικότητας βρίθεται μύθων: αυτοί αφορούν στην αυτο-απόδοση αρετών που δεν μας ανήκουν ή/και στην αγνόηση των εθνικών μας ελαττωμάτων και «νοσημάτων». Οι μύθοι μας ακολουθούν, είτε ως κληροδόχη είτε ως νοοτροπία που επικράτησε μέσω της φυσικής επιλογής. Έχουν ισχυρά ενσωματωθεί στον πυρήνα της εθνικής μας φυσιογνωμίας σε τέτοιο βαθμό, που όποια μορφή κι αν λάβει η τελευταία, όσο κι αν η πλειονότητα των Ελλαδιτών τους μέμφεται ή τους αποστρέφεται, οι μύθοι επιφέρουν πλήγματα στον καθάριο ιστό της ψυχραιμής ενατένισης των τεκταινόμενων. Πηγάζουν από το ιδιοσυστατικό χαρακτηριστικό της αενάως μεταλλασσόμενης ελληνικής κοινωνίας: καταφεύγει αφρόνως στην προσδοκία μιας χίμαιρας, μη αποδεχόμενη την πραγματικότητα και τα αδιέξοδά της. Οι μύθοι είναι πολυδιάστατοι: από τη γονιδιακή καθαρότητά του λαού μας, τον αξιοθαύμαστο χαρακτήρα του και την ηθική του υπεροχή έως την θρυλούμενη δυνατότητα να συγκεραστούν οι πολυδιάστατες απόψεις των Ελλήνων. Από την αυταπάτη της δυνατότητας επίτευξης ευημερίας σε όλους τους κατοίκους της Ελλάδας, παρά τα συγκρουόμενα συμφέροντά τους, έως την πλάνη ότι οι Έλληνες έχουν ενιαίο χαρακτήρα. Από τη φενάκη του συλλογικού πεπρωμένου έως την προσήλωση στο αμφισβητούμενο συλλογικό ασυνείδητο/υποσυνείδητο. Η ενδημική εξάπλωση μύθων μπορεί να εξυπηρετεί κάποιες σκοπιμότητες, συνιστά όμως διάστροφη κατάσταση, είναι αδόκιμη και αντιπαραγωγική. Διότι είναι σαφές πως το έθνος που, αντί να απεμπολεί ψευτοάλλοθι και αφηγήματα, επιλέγει να βαυκαλίζεται την ιδιαιτερότητά του στρουθοκαμηλίζοντας και μεταφέρει στρεβλά τις ευθύνες των λαθών του σε τρίτους, εν τέλει βιώνει μία παράλληλη, όχι τη ζώσα, «πραγματικότητα» και οδηγείται στην οπισθοδρόμηση και στην αποδοκιμασία της ιστορίας.

Η σύγχρονη Ελλάδα αδικεί τον εαυτό της, όταν βαδίζει εμπρός, με το πρόσωπό της να ατενίζει τα νώτα της, δηλαδή τη «θετική» όψη του παρελθόντος της. Αγνοεί ότι η σύμμιξη των αρετών με τα πάθη οδηγεί σε απώλεια της λάμψης των αρετών και σε αναίρεσή τους. Δεν αντιλαμβάνεται ότι αυτή η τακτική οδηγεί σε σκυταλοδρομία κρίσεων. Τα αναμφισβήτητα επιτεύγματα και οι όποιες αρετές του λαού μας, τα κατορθώματα και οι πνευματικές κορυφές των Αρχαίων Ελλήνων, η γέννηση και η ώθηση των επιστημών, της φιλοσοφίας, της ποίησης και των τεχνών χρησιμοποιούνται ως επίχρισμα που τεχνηέντως «αξιοποιούμε» για μην έρθουμε αντιμέτωποι με τις εθνικές μας δοξασίες. Έχουμε εθιστεί στο να περιφέρουμε στους παγκόσμιους δρόμους ως περήφανα τρόπαια το εξιδανικευμένο παρελθόν και τα κλέη των Ελλήνων που έζησαν πριν από εμάς, ρητορεύοντας μία ψευδεπίγραφη και επίπλαστη «ελληνικότητα». Αντ' αυτού, οφείλουμε να τρυγήσουμε από το παρελθόν μας τα σπουδαία



## Άρθρο Σύνταξης

στοιχεία της ελληνικότητας, να τα θέσουμε στη σωστή τους διάσταση, να τα εγκιβωτίσουμε στον ψυχισμό μας και να πορευτούμε με αυτά ως πρώτη ύλη, λαμβάνοντας συγχρόνως πρόνοια να μην παγιδευόμαστε σε αυτά, να μην ακινητοποιούμαστε έκθαμβοι από τη λάμψη τους. Ο εθνοκεντρισμός, που μας εγκλωβίζει στο -όποιο- ευκλεές παρελθόν μας, οφείλει να δώσει τη θέση του στην απροκατάληπτη, ακριβοδίκαιη και τεκμηριωμένη (αυτο)ανάγνωση του πλαισίου της ελληνικής ιστοριογραφίας, στην παραδοχή των ιστορικών αληθειών και των λανθασμένων στρατηγικών και στη διάγνωση και εκρίζωση των εθνικών μας παθών. Η Ελλάδα δέον να κατανοήσει την τωρινή της ισχύ και να αντικαταστήσει την παρελθοντολαγνεία με την ενεργό συνομιλία με το μέλλον, προκειμένου να συναντήσει τη μοίρα που την περιμένει και της ανήκει.

Υπάρχουν όμως αυθεντικά στοιχεία ελληνικότητας; Βασικό στοιχείο ομοφωνίας είναι πως η ελληνικότητα έχει δύο πυλώνες, την παράδοση και τον πολιτισμό. Τούτοι οι πυλώνες πέτυχαν την ώσμωση εξωγενών χαρακτηριστικών και, με όχημα την ιστορική μνήμη, κατάφεραν διά αλυσιδωτών συζεύξεων να κάνουν πράξη την αδιάλειπτη συνέχεια του ελληνικού έθνους ανά τους αιώνες. Η χρονική συνοχή του ελλητισμού επιτρέπει την ανάπτυξη της **συνείδησης της ελληνικότητας**: εξ αυτής εμβρυσουλκείται η **σύγχρονη ελληνική ταυτότητα**, ως πρόταση και ως πρόταγμα, παρά ως επικρατούν βιωματικό προηγούμενο. Όχι ως κράμα θεωρητικών κανόνων, αλλά ως πρό(σ)κληση για μία αξιοβίωτη ζωή. Όχι ως σχηματική ερμηνεία της παρακαταθήκης των προγόνων μας, αλλά ως σχέση αρμονική μεταξύ των μερών της ψυχής, ως σχέση εμπράγματη μεταξύ των πολιτών, ως σχέση ειρήνευσης και αγαστής συνοδοιπορίας ανθρώπων και λαών διαφορετικής αφετηρίας. Χαρακτηριστικά που μοιράζονται οι διακριτές μορφές της ελληνικότητας είναι, μεταξύ άλλων, η αριστεία και όχι η χρυσή μετριότητα, η ουσία και όχι το φαίνεσθαι, η ηθική αυτοτέλεια και όχι ο οπισθόβουλος μμητισμός, η δημιουργία πολιτισμού και όχι η υιοθέτηση ετερόχθονων παραπροϊόντων, η προαγωγή της τέχνης και η καλλιέργεια του πνεύματος και της ψυχής και όχι η βύθιση σε αγελαία ένστικτα, η εδραίωση της δημοκρατίας και όχι ο εναγκαλισμός αυταρχικών μεθοδεύσεων, η αξία του ανήκειν και όχι η άγονη ατομικότητα, το μέτρο και η προτεραιοποίηση και όχι η άναρχη σκέψη, ο γόνιμος φιλοσοφικός στοχασμός και όχι ο απλοϊκός εμπειρισμός, η επικυριαρχία της κριτικής σκέψης και όχι η προσκόλληση σε στερεότυπα. Στην ακροτελεύτια μορφή της, η ελληνική σκέψη σφυρηλατεί την ικανότητα του ανθρώπου να διαπλάθει τον ενδιάθετο λόγο (την έμφυτη ικανότητά του για λογική σκέψη και νόηση), ο οποίος βρίσκεται σε άενα αλληλεπίδραση και διάδραση τόσο με τον γραπτό όσο και με τον προφορικό λόγο. Η ελληνικότητα, στην όποια εκδοχή της, προσδίδει ιδιαίτερη βαρύτητα στη σχέση προσώπων, νοηματοδοτεί την ύπαρξη, αξιολογεί την αιτία και τον σκοπό, διαχωρίζοντας το *τι* από το *διατί*. Αυτός ο διαχωρισμός γεφυρώνεται σε συγκερασμό και αποτελεί τη βάση της επιστημονικής σκέψης στην ολότητά της. Η ελληνικότητα γίνεται περισσότερο αντιληπτή ως αίσθημα παρά ως ιδιότητα, ζυμώνεται ως βίωμα παρά μαθαίνεται/διδάσκεται ως κοσμοθεωρία, εντυπώνεται στο οικουμενικό φαντασιακό ως χωνευτήρι πάνδημων αξιών. Παρά τις αντιθέσεις τους, οι διάφορες εκφάνσεις της ελληνικότητας αποστρέφονται το κίβδηλο και εναντιώνονται στον μεταπρατισμό.

Η ελληνική ιατρική δικαιούται να επαίρεται ότι είναι ο γνήσιος εκφραστής της ελληνικής αριστείας και της ελληνικής πρωτοπορίας. Η ιατρική γεννήθηκε στην Ελλάδα από τον Πατέρα της Ιατρικής (Ιπποκράτης, 460-377 π.Χ.), ο οποίος θεμελίωσε την ύψιστη των επιστημών *de novo*. Ακολούθησαν μύριες ιατρικές ελληνικές ιδιοφυίες, που οικοδόμησαν την εξέχουσα ελληνική ιατρική παράδοση είκοσι πέντε αιώνων. Ο εικοστός αιώνας λαμπρύνθηκε από τις εκπληκτικές ανακαλύψεις και εφευρέσεις Ελλήνων ιατρών, όπως του Γεωργίου Παπανικολάου (1883-1962) και του Γεωργίου Κοτζιά (1918-1977), μεταξύ πολλών. Οι σύγχρονοι Έλληνες ιατροί χαίρουν μέγιστης εκτίμησης και τιμών σε όλη την υφήλιο και ο τίτλος «Έλληνας ιατρός» είναι τιμητικός, διότι είναι συνώνυμος με την ιδιότητα του

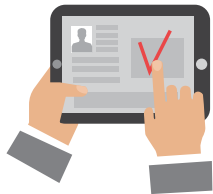
# Άρθρο Σύνταξης



άριστου ιατρού. Οι Έλληνες ιατροί-ερευνητές συνεχίζουν να βρίσκονται στην προμετωπίδα της ιατρικής έρευνας, παράγοντας σπουδαία γνώση με εφαρμογή στην κλινική πράξη, οι δε Έλληνες κλινικοί και επεμβατικοί ιατροί συγκαταλέγονται μεταξύ αυτών που κρατούν τα σκήπτρα της παγκόσμιας ιατρικής. Η ελληνικότητα βρήκε στο πρόσωπο της ιατρικής αυτό που δεν κατάφερε να βρει σε πολλούς άλλους τομείς: την ομόθυμη, την παγκόσμια και τη διαχρονική αναγνώριση του περήφανου πρωταγωνιστή.

Το ανά χείρας τεύχος τιμά την ελληνική ιατρική. Εν πρώτοις, επανεκκινείται από τον πρώην Πρόεδρο και νυν αντιπρόεδρο της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. η στήλη «Πρόσωπο με πρόσωπο», η οποία είχε δώσει εξαιρετικά δείγματα γραφής κατά τη 10ετία 2014-2023· ευχή και προσδοκία της διεύθυνσης σύνταξης είναι να είναι ούριος ο άνεμος στο νέο ταξίδι της στήλης και να συνεχίζει να μας διαφωτίζει μέσα από τη σοφία των Ελλήνων ιατρών. Επιπροσθέτως, στην ιστορική στήλη του τεύχους 73 εγκαινιάζονται τα αφιερώματα σε σπουδαίους και επιδραστικούς Έλληνες γαστρεντερολόγους, οι οποίοι δεν βρίσκονται πια ανάμεσά μας. Η κριτική θεώρηση των πρόσφατων οδηγιών της ESGE για την παροχέτευση των κακοήθων στενώσεων των χοληφόρων είναι μάρτυρας του πολύ υψηλού επιπέδου των Ελλήνων γαστρεντερολόγων. Η κλινική προσέγγιση των ηπατικών πορφυριών αποδεικνύει τον υψηλό βαθμό εγρήγορης των Ελλήνων γαστρεντερολόγων, προκειμένου να μην διαλανθάνουν τα σπάνια νοσήματα. Ούτε όμως και οι εξελίξεις στη γαστρεντερολογία διαφεύγουν της γνωστικής μας κατάκτησης, όπως καταδεικνύεται στα άρθρα αναφορικά με τον καυτηριασμό των ορίων και της κοίτης της πολυποδεκτομής αφενός και με την εξατομίκευση της θεραπείας του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού με τη συνδρομή της τεχνητής νοημοσύνης αφετέρου. Η εστίαση στη χρηστική γνώση είναι εμφανής στις μελέτες για την αιμορραγία ανώτερου πεπτικού και για τη διαφοροδιάγνωση των γαστρικών πολυπόδων. Το υψηλό διαμέτρημα των Ελλήνων γαστρεντερολόγων, ειδικευμένων και ειδικευόμενων, αποκρυσταλλώνεται ομοίως στις ανασκοπήσεις για την χρήση της σεμαγλουτίδης στη θεραπεία της στεατοηπατίτιδας και για τις κατευθυντήριες οδηγίες για την ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα. Στη στήλη της φιλοξενούμενης ειδικότητας παρουσιάζονται ευσύνοπτα όλα όσα είναι αναγκαίο να γνωρίζει ο ενδοσκόπος αναφορικά με το -συχνό- σύνδρομο της υπνικής άπνοιας. Τέλος, η επίκαιρη ανάλυση της επαγγελματικής εξουθένωσης των γαστρεντερολόγων «ενδοσκοπεί» τις αθέατες πτυχές της καθημερινής άσκησης της ιατρικής και εγκύπτει σε ένα φλέγον θέμα, το οποίο συχνά αποσιωπάται και ενίοτε υποτιμάται.

Για όλα αυτά τα επίκαιρα και ιδιαιτέρως χρήσιμα άρθρα, θέλω να ευχαριστήσω θερμά τους συγγραφείς· η συνδρομή τους στις «ενδοσκοπήσεις» είναι γενναιόδωρη και η συνεισφορά τους στην κοινότητά μας απροϋπόθετη. Θέλω ακόμα να ευχαριστήσω ειλικρινά την αναπληρώτρια διευθύντρια και τον αναπληρωτή διευθυντή σύνταξης για τον ζήλο και τον ενθουσιασμό που επέδειξαν· η άρτια επιμέλεια και επιλογή των άρθρων αποδεικνύει ότι οι οιωνοί της συνεργασίας μας είναι άριστοι. Στην αυλαία της σημερινής μας συνάντησης, σας εύχομαι υγεία και κάθε πρόοδο σε όλα τα αγαθά σχέδιά σας. Σε σύμπλευση δε με το εκφραστικό εξώφυλλο του τεύχους, επιθυμώ εκ καρδιάς να σας ευχηθώ το καλοκαίρι, που βιάζεται να εκτοπίσει τον μακροήμερεύσαντα χειμώνα, να αποδειχθεί για την καθεμιά και τον καθένα από εσάς ο ορισμός του αθάνατου ελληνικού καλοκαιριού· να σας χαρίσει ανεμελιά, ανάπαυση, αναζωογόνηση, παραστάσεις, γέυσεις, μελωδίες, αναζητήσεις, διαλόγους, επαφή με τη φύση, συμπορεύσεις και προορισμούς, προικίζοντάς σας με ζωογόνο ενέργεια, που είναι θεμελιώδης για το λαμπρό έργο σας.



# Νέα & Επίκαιρα

## ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

**Ορέστης Σιδηρόπουλος**, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα, Γενικός Γραμματέας Δ.Σ. ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Οι πρόσφατες συνεδριάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος (ΕΠ.Ε.Γ.Ε.) σηματοδοτούν μία ιδιαίτερα παραγωγική περίοδο για την Ένωση, με σημαντικές αποφάσεις που αφορούν τόσο τη διοικητική της συγκρότηση όσο και τον επιστημονικό της προγραμματισμό.

Κατά τη συνεδρίαση της 17ης Δεκεμβρίου, το πρώτο Διοικητικό Συμβούλιο συγκροτήθηκε σε σώμα και προχώρησε στην εκλογή των μελών του, διαμορφώνοντας την ακόλουθη σύνθεση: Πρόεδρος εξελέγη ο Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος, Αντιπρόεδρος ο Σπυρίδων Γούλας, Γενικός Γραμματέας ο Ορέστης Σιδηρόπουλος, Ειδικός Γραμματέας ο Νικόλαος Μαργέτης, Ταμίας ο Γεώργιος Τζιάτζιος, ενώ ως μέλη συμμετέχουν ο Δημήτριος Δανδάκης και ο Γεώργιος Τσιώνης. Η νέα αυτή διοικητική ομάδα καλείται να ενισχύσει τον ρόλο της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. στην επιστημονική κοινότητα και να προωθήσει δράσεις υψηλού επιπέδου.

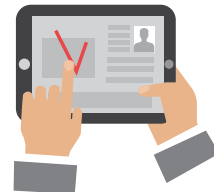
Στο ίδιο Διοικητικό Συμβούλιο, ιδιαίτερη σημασία είχε η παρουσίαση του απολογισμού της 22ης Πανελλήνιας Επιστημονικής Εκδήλωσης της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. από τον πρόεδρο του συνεδρίου, κ. Ψιλόπουλο. Ο απολογισμός ανέδειξε την επιτυχία της διοργάνωσης, τόσο ως προς τη συμμετοχή όσο και ως προς το επιστημονικό της περιεχόμενο, επιβεβαιώνοντας τη δυναμική της Ένωσης στον χώρο της γαστρεντερολογίας.

Στην επόμενη συνεδρίαση, το Διοικητικό Συμβούλιο επικεντρώθηκε στον σχεδιασμό της επόμενης Πανελλήνιας Επιστημονικής Εκδήλωσης. Συζητήθηκαν διεξοδικά οι ημερομηνίες και ο χώρος διεξαγωγής, με τελική απόφαση τη διοργάνωση στο ξενοδοχείο Royal Olympic, από τις 2 έως τις 4 Οκτωβρίου 2026. Πρόεδροι του συνεδρίου ορίστηκαν ο κ. Σπυρίδων Μιχόπουλος και η κα Μάθου Νικολέττα, οι οποίοι αναλαμβάνουν τον επιστημονικό και οργανωτικό συντονισμό της εκδήλωσης.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δόθηκε επίσης στην πρόταση συνεργασίας με το Ίδρυμα ΕΛΙΓΑΣΤ, σχετικά με τη συνδιοργάνωση ημερίδας που θα πραγματοποιηθεί στα τέλη Σεπτεμβρίου 2026. Η ημερίδα αυτή θα εστιάσει στην αξιολόγηση του εθνικού προγράμματος «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ» για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, αναδεικνύοντας τόσο τις επιτυχίες όσο και τις προκλήσεις στην εφαρμογή του. Το Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. αποφάσισε τη συμμετοχή του Προέδρου, του Αντιπροέδρου και του Γενικού Γραμματέα στη συγκεκριμένη πρωτοβουλία, υπογραμμίζοντας τη σημασία της ενεργού συμβολής της Ένωσης σε εθνικά προγράμματα δημόσιας υγείας.

Τέλος, κατά την τρίτη συνεδρίαση, οι πρόεδροι του συνεδρίου, σε συνεργασία με την οργανωτική επιτροπή και το Διοικητικό Συμβούλιο, προχώρησαν στη διαμόρφωση της θεματολογίας και του επιστημονικού προγράμματος του επερχόμενου συνεδρίου. Η διαδικασία βασίστηκε σε προτάσεις που είχαν υποβληθεί, με στόχο τη δημιουργία ενός σύγχρονου και πολυδιάστατου επιστημονικού προγράμματος που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες της σύγχρονης γαστρεντερολογίας.

Συνολικά, οι συνεδριάσεις αυτές αναδεικνύουν τη στρατηγική κατεύθυνση της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. προς την ενίσχυση της επιστημονικής δραστηριότητας, τη συνεργασία με άλλους φορείς και τη βελτίωση της δημόσιας υγείας. Η δυναμική αυτή πορεία δημιουργεί υψηλές προσδοκίες για τις μελλοντικές δράσεις της Ένωσης και τη συμβολή της στην πρόοδο της γαστρεντερολογίας στην Ελλάδα.



## Αγγελίες

### Διατίθεται

- Γαστρεντερολογικό Ιατρείο προς Ενοικίαση / Πώληση Επιχείρησης

Λόγω συνταξιοδότησης, διατίθεται προς ενοικίαση γαστρεντερολογικό ιατρείο σε λειτουργία, σε εξαιρετική τοποθεσία στα Γιαννιτσά Ν. Πέλλης. Ιδανικό για γαστρεντερολόγο που επιθυμεί άμεση εγκατάσταση σε οργανωμένο και λειτουργικό χώρο.

**Πληροφορίες: Τηλ.: 6944 691881**

### Πωλείται

- Πωλείται επεξεργαστής Pentax EPK100p

**Πληροφορίες: κα Στασινοπούλου  
Τηλ.: 6976 657615**

### Πωλούνται

- Επεξεργαστής Pentax EPK 1000 (1000ευρώ)
- Επεξεργαστής και Πηγή Fujinon 4400 (2000ευρώ)
- Κοθονοσκόπιο Fuji EC530L (1000ευρώ)

**Πληροφορίες: Τηλ.: 6973215196 και στο e-mail: apostolospoulakis@gmail.com**



# Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Ο Γαστρεντερολόγος κ. **Σπυρίδων Γούλας** συνομιλεί με τον Γαστρεντερολόγο κ. **Γεράσιμο Μάντζαρη**

Η στήλη Πρόσωπο με Πρόσωπο ξεκίνησε στις αρχές του 2014 (τεύχος 31) και σταμάτησε στις αρχές του 2023 (τεύχος 63) Κατά τη διάρκεια των 10 αυτών ετών δημοσιεύτηκαν στο περιοδικό συνολικά τριάντα συνεντεύξεις με συναδέλφους κατά κύριο λόγο Γαστρεντερολόγους αλλά και Ιατρούς άλλων ειδικοτήτων (Χειρουργούς, Παθολογοανατόμους, Πνευμονολόγους, Λοιμωξιολόγους). Μετά από πορεία ..... ετών έπεσε η αυλαία γιατί θεωρήσαμε τότε ότι είχε έρθει το πλήρωμα του χρόνου για αυτό. Η κόπωση, η αίσθηση ότι κουράσαμε, ότι είχε πάρει μια τυπική μορφή και μια επαναληψιμότητα κυριάρχησαν και μας οδήγησαν σε αυτή την απόφαση. Πρόσφατα κάναμε μια ανασκόπηση σε αυτή την δραστηριότητα, διαβάσαμε ξανά σημεία από συνεντεύξεις εκλεκτών συναδέλφων και αντιληφθήκαμε την διαχρονική αξία αυτής της δουλειάς που στην ουσία είναι ένα κομμάτι της ιστορίας της Γαστρεντερολογίας των τελευταίων τεσσάρων και πλέον δεκαετιών. Διαπιστώσαμε, λοιπόν, ότι είχαμε παραλείψει, και θα έλεγα με τον τρόπο αυτό αδικήσει συναδέλφους με μακρά πορεία και σημαντική εμπειρία, επίλεκτα μέλη της κοινότητάς μας των οποίων η οπτική και οι απόψεις θα προσέθεταν σημαντικά στο εγχείρημά μας.

Πήραμε λοιπόν την απόφαση να κάνουμε μία επανεκκίνηση σε αυτή την στήλη και να συνεχίσουμε το ..ταξίδι αυτό το οποίο θα διαρκέσει για κάποιο - άγνωστο- χρόνο αλλά είμαι βέβαιος ότι θα κεντρίσει το ενδιαφέρον των αναγνωστών μας. Και ξεκινάμε από αυτό το τεύχος, προσκαλώντας τον γνωστό σε όλους στην κοινότητα συνάδελφο **Γεράσιμο Μάντζαρη** ο οποίος αποδέχθηκε άμεσα την πρόσκληση – πρόκληση να παραθέσει τις απόψεις του και τον ευχαριστούμε για αυτό.



Θα ξεκινήσουμε με ένα σύντομο βιογραφικό του σημείωμα

**Ο Γεράσιμος Μάντζαρης του Ιωάννη** γεννήθηκε στα Ιωάννινα αλλά έζησε στον Αστακό Αιτωλοακαρνανίας όπου τέλειωσε το Δημοτικό, το Γυμνάσιο και το

Λύκειο. Εισήχθη και αποφοίτησε από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών (1973-1979). Ως φοιτητής ασχολήθηκε ερευνητικά με τις Ραδιοανασομετρήσεις και Ιωδιώσεις ορμονών στο Ενδοκρινολογικό Τμήμα της Πειραματικής Φαρμακολογίας του ΕΚΠΑ. Υπηρέτησε τη στρατιωτική του θητεία ως Οπλίτης Ιατρός στο 708 Τάγμα Μηχανικού και κατόπιν την Υπηρεσία Υπαίθρου στο Νεφρολογικό Τμήμα του ΓΝ Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας». Έκανε ειδικότητα Παθολογίας στην Α΄ Παθολογική Κλινική του ΓΝ Αθηνών «Σπηλιοπούλειο» και ταυτόχρονα ολοκλήρωσε τη Διδακτορική του Διατριβή στο Τμήμα Φαρμακολογίας του ΕΚΠΑ με θέμα «Κιρκαδιανοί ρυθμοί της έκκρισης TSH και η επίδραση ουσιών με αντι-αδρενεργική και αντι-σεροτονινεργική δράση».

Απέκτησε την ειδικότητα της Γαστρεντερολογίας από τη Θεραπευτική Κλινική του ΕΚΠΑ και στη συνέχεια μετέβη στην Οξφόρδη όπου υπηρέτησε ως Εταίρος Ερευνητής και Κλινικός Επιμελητής στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα του John Radcliffe University Hospital. Μετά την επιστροφή του υπηρέτησε στο Α΄ Γαστρεντερολογικό Τμήμα του ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» ως Επιμελητής Β΄, Επιμελητής Α΄, Αναπληρωτής Διευθυντής και Συντονιστής Διευθυντής. Το 2016 έγινε Συντονιστής Διευθυντής του ενιαίου Γαστρεντερολογικού Τμήματος και διαδοχικά Πρόεδρος του Α΄ Παθολογικού Τομέα και Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου. Από την 1/1/2023 είναι ιδιώτης και εργάζεται ως Διευθυντής στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών και στον Λευκό Σταυρό.

Είναι μέλος της ΕΓΕ, ΕΠΕΓΕ, ΕΟΜΙΦΝΕ, ΕΕΜΕΠ/ΕΛΟΜΕΠ, Ανοσολογικής Εταιρείας, ΕΛΙΓΑΣΤ, και της Ηπατολογικής Εταιρείας. Υπηρέτησε ως Πρόεδρος της ΕΓΕ και της ΕΕΜΕΠ. Υπηρέτησε ως μέλος της Executive Committee του IOIBD και του ΔΣ της ECCO. Παράλληλα είναι Honorary μέλος της ECCO, του IOIBD, και fellow του AGA, ACG και του International Coeliac Society.



Έχει πλούσιο συγγραφικό έργο με περισσότερες από 200 δημοσιεύσεις σε peer-review διεθνή περιοδικά με h-index >35. Έχει λάβει μέρος στη συγγραφή Θεραπευτικών κατευθυντήριων Οδηγιών, και συμμετέχει στα Εκδοτικά Σώματα Διεθνών και Ελληνικών Ιατρικών περιοδικών και ως κριτής εργασιών τους. Έχει διοργανώσει ή/και ομιλήσει/προεδρεύσει σε πληθώρα Ελληνικών και Διεθνών Συνεδρίων, Συμποσίων, Μετεκπαιδευτικών μαθημάτων, Σεμιναρίων, Συμβουλευτικών Σωμάτων κοκ. Έχει επίσης υπηρετήσει ως κριτής Διεθνών Πρωτοκόλλων Έρευνας και εισηγητής για κατάληψη θέσεων Ιατρών σε Διεθνή Ιδρύματα και Πανεπιστήμια.

Υπηρέτησε ως μέλος Επιτροπών Εξετάσεων στην Ειδικότητα, Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων, Επιτροπών Πρόληψης καλοήθων και κακοήθων παθήσεων του πεπτικού.

Όπως θα δείτε στη συνέχεια, ο αγαπητός σε όλους μας συνάδελφος τοποθετήθηκε σε όλα τα θέματα και αναφέρθηκε στα διάφορα στάδια της μακράς του πορείας... Όπως θα διαπιστώσετε ήταν, όπως αναμενόταν, χειμαρρώδης. Από τις απαντήσεις που μας έδωσε προέκυψε ένα εκτεταμένο κείμενο το οποίο εκτιμώ ότι θα έπρεπε να δημοσιοποιήσουμε ατόφιο χωρίς περικοπές γιατί αντιπροσωπεύει με το καλύτερο τρόπο τον Μέντορα, τον Δάσκαλο, τον Διευθυντή, τον Επιστήμονα, τον Ερευνητή, τον Γαστρεντερολόγο τον γνωστό σε όλους μας Γεράσιμο Μάντζαρη, τον Μάκη των οικείων και των φίλων του. Ας δούμε λοιπόν τι μας είπε...

**Έχετε μια μακρά πορεία στο χώρο της Γαστρεντερολογίας. Θέλω να μας πείτε πως ξεκίνησε αυτό το ταξίδι, πως επιλέξατε την Ιατρική και τη Γαστρεντερολογία...**

Δεν υπήρχε ιατρική παράδοση στην οικογένειά μου. Αποφάσισα να σπουδάσω Ιατρική πολύ νωρίς, στην 6<sup>η</sup> Δημοτικού. Τότε νοσηλεύτηκα στο Νοσοκομείο Λοιμωδών Νόσων για ενάμιση μήνα με παρατεταμένη ικτερική Ηπατίτιδα Α που είχε ξεσπάσει στο χωριό. Μια θεία μου έφερε τότε να διαβάσω βιβλία του Κρόνιν (Το Κάστρο, τα Άγουρα και τα Ώριμα Χρόνια) που με μάγευσαν. Στον

ίδιο θάλαμο νοσηλεύεταν ένα αγοράκι, παιδί φτωχής, πολύτεκνης οικογένειας από το Νομό μας. Εγώ είχα καθημερινά τον πατέρα μου που έφερνε φαγητό και με φρόντιζε αλλά όχι ο Νικολάκης, που κανείς δεν τον επισκεπτόταν. Ο πατέρας μου δεν τον ξεχνούσε αλλά το βουβό κλάμα της εγκατάλειψής του κάθε βράδυ με στοίχειωσε. Υποσχέθηκα στον εαυτό μου να κάνω ό,τι μπορώ για να απαλύνω τον ανθρώπινο πόνο, κάτι που μόνο η Ιατρική μου παρείχε.

Τέλειωσα το Κλασικό Λύκειο στον Αστακό κι έδωσα πανελλήνιες εξετάσεις (τότε δίναμε τον Σεπτέμβριο) με ελάχιστο θερινό φροντιστήριο. Ως φοιτητής ήμουν υποβοηθός στην Έδρα της Ιστολογίας όταν γνώρισα και δούλεψα για ένα καλοκαίρι με τον καθ. Μουτσόπουλο, ενθουσιώδη τότε ερευνητή στο Berkley που με εισήγαγε στην Συστηματική Ανοσολογία, γεγονός που καθόρισε τη ζωή μου. Αργότερα εργάστηκα εθελοντικά στο Τμήμα Ενδοκρινολογίας της Πειραματικής Φαρμακολογίας που διύθυνε ένας ευγενικός και γοητευτικός άνθρωπος ευρείας μορφώσεως, ο καθ. Μενέλαος Μπατρίνος. Δίπλα στον λέκτορα Σπύρο Πιτούλη, παρέα με άλλους 5 αδερφικούς φίλους, έμαθα τι σημαίνει εργαστήριο: ανάπτυξη αντισωμάτων, ανάπτυξη ραδιοανοσομετρικών μεθόδων, εκτέλεση ραδιοανοσομετρήσεων, κοκ. Εκεί, με καθοδήγηση μιας νέας ενθουσιώδους Ενδοκρινολόγου, της Μαργαρίτας Αναπλιώτου, και της Γυναικολόγου κας Χρυσούλας Πανίτσα-Φαφλιά, συμμετείχα στις ερευνητικές εργασίες της Έδρας, εκεί εκπόνησα τη Διδακτορική μου Διατριβή και γνώρισα τη μελλοντική σύζυγό μου Στέλλα. Η Στέλλα με τον Πιτούλη και την Λένα Δημητρίου, μετέπειτα Αν Καθ στην Ιατρική Σχολή του Παν. Κρήτης, ανέπτυξαν τη μέθοδο μέτρησης TSH σε διηθητικό χαρτί που παραχωρήθηκε στο Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού που διύθυνε τότε ο Στέφανος Παντελάκης για την έγκαιρη διάγνωση του νεογνικού υποθυρεοειδισμού.

Το 1980 υπηρέτησα τη στρατιωτική μου θητεία μου στο 708 Τ. Μηχ. και κατόπιν την υπηρεσία Υπαίθρου στο Νεφρολογικό Τμήμα του ΓΝ Πατρών 'ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ'. Επιστρέφοντας στην Αθήνα οι επιλογές ήταν



# Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Ενδοκρινολογία ή Νεφρολογία. Όμως με κέρδισε η Γαστρεντερολογία, όχι μόνο λόγω του ευρύτατου πεδίου Παθολογίας που κάλυπτε, αλλά και λόγω της παλιάς αγάπης στην Ανοσολογία και της άμεσης ικανοποίησης που δίνει η Ενδοσκόπηση.

***Κάντε μου μια σύντομη περιγραφή των χρόνων της ειδικότητας στο Νοσοκομείο Αλεξάνδρα και γενικότερα της ...αναδυόμενης τότε Γαστρεντερολογίας.***

Έκανα ειδικότητα στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα της Θεραπευτικής Κλινικής με δάσκαλους τον Κώστα Νικολαΐδη στην Ενδοσκόπηση, το Νίκο Κράλιο στην Κλινική Γαστρεντερολογία και Ενδοσκόπηση και τον Κυριάκο Κεχαγιόγλου στην Ηπατολογία. Η Θεραπευτική Κλινική είχε στιβαρή δομή με κυριαρχία της Εσωτερικής Παθολογίας και της Καρδιολογίας, σφραγισμένη από την ισχυρή προσωπικότητα του καθ. Μουλόπουλου. Ήταν όμως πραγματικό Σχολείο, με οργάνωση, στρατιωτική πειθαρχία, εκτεταμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα με καθορισμένα εκπαιδευτικά αντικείμενα, βιβλιογραφική ενημέρωση, εβδομαδιαία κριτική και σε βάθος συζήτηση των αιτιών θανάτων των ασθενών και υποστηρικτικά εργαστήρια Διαβήτη, Καρδιολογίας, Αιματολογίας και με απεριόριστη ελευθερία δραστηριοποίησης σε αυτά. Ο Κώστας Νικολαΐδης με εισήγαγε τότε στην Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία ως εκπρόσωπο των ειδικευόμενων στην Εκπαίδευση στη Γαστρεντερολογία. Συνέχισα τη δουλειά που είχε ξεκινήσει με τον Ορέστη Μανούσο ο Αντώνης Ζερβακάκης και με τον Απόστολο Μαντίδη και τον Αντώνη Κογεβίνα συμμετείχαμε στην 2<sup>η</sup> Εκπαιδευτική Ημερίδα για την Εκπαίδευση στη Γαστρεντερολογία στα πλαίσια των τότε Εαρινών Ημερών Γαστρεντερολογίας. Ταυτόχρονα, καταγράψαμε με τον Νικολαΐδη για 1<sup>η</sup> φορά την υλικοτεχνική υποδομή των εν λειτουργία Γαστρεντερολογικών Τμημάτων που παρουσιάστηκε στο Παν. Συν. Γαστρεντερολογίας. Η προσπάθειά μας ήταν μέσω της Εκπαίδευσης να δημιουργηθούν δομές και διαδικασίες ώστε να αναπτυχθούν αυτόνομα Γαστρεντερολογικά Τμήματα που θα υποκαθιστούσαν τα Ενδοσκοπικά Εργαστηρίων των Παθολογικών και Χειρουργικών Κλινικών

Ο σπόρος της τότε δραστηριότητας δεν με άφησε ποτέ: μέλος της Εκπαιδευτικής Επιτροπής της ΕΓΕ ως Επιμελητής Β', Επιμελητής Α' και Αν Διευθυντής, μέλος και Πρόεδρος της Εκπαιδευτικής Επιτροπής της ECCO, κοκ.

***Και το ιατρικό τοπίο της Οξφόρδης....***

Στο Νοσοκομείο ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ γνώρισα τον Γιάννη Καραγιάννη που έκανε ειδικότητα Γαστρεντερολογίας. Μέσω του Γιάννη απέκτησα επαφή με τον Derek Jewell, Διευθυντή του Γαστρ/κου Τμήματος του John Radcliffe Hospital (JRH) του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης. Εκεί βρέθηκα από τον Σεπτέμβριο του 1987, ήδη ειδικευμένος, να συνεχίσω το Ερευνητικό Πρόγραμμα του Γιάννη στην εμπλοκή του αδενοϊού 12 μέσω μοριακής ομοιότητας με την Α-γλιαδίνη στην παθογένεια της κοιλιοκάκης. Το πρόγραμμα χρηματοδοτήθηκε από την Coeliac Trust, UK. Η έρευνα πήγε πολύ καλά χάρις στη εκπαίδευση που είχα στην Ιστολογία και την Πειραματική Φαρμακολογία στην Αθήνα και μου έδωσε παράλληλα τη δυνατότητα να βοηθήσω και τους συναδέλφους, καθηγητές σήμερα σε διακεκριμένα Πανεπιστήμια, που ερευνούσαν τότε πτυχές της Ανοσολογίας και Γενετικής των ΙΦΝΕ. Παράλληλα, εκτελούσα χρέη Κλινικού Επιμελητή στο JRH: Εξωτερικό ιατρείο γενικής Γαστρεντερολογίας, ΙΦΝΕ και Κοιλιοκάκης, Ενδοσκόπηση, συζητήσεις περιπτώσεων με Ακτινολόγους και Παθολογοανατόμους, επισκέψεις θαλάμων, βιβλιογραφικές ενημερώσεις, ομιλίες διακεκριμένων ερευνητών. Συνελόντι ειπείν, Μεγάλο Σχολείο. Η μεγαλύτερη απόλαυση: οι περίπατοι στα University Parks με ένα ποτήρι μπύρα στο χέρι να συζητάμε περιπτώσεις ασθενών και ερευνητικά προβλήματα κρεμασμένοι από τα χείλη του Sidney Truelove (που ερχόταν στο Εργαστήριο κάθε Δευτέρα). Ακόμη μεγαλύτερο σχολείο: η επαφή με τους ασθενείς σε κοινωνικές-εκπαιδευτικές συγκεντρώσεις για θέματα της υγείας και της ζωής τους. Η γυναίκα μου έκανε ταυτόχρονα ΔΔ στο Τμήμα Ανατομίας στο Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης. Παράλληλα βρήκαμε θέση για το παιδί μας στον παιδικό σταθμό του St Ann's College (υπεύθυνη ήταν η μεγάλη Ιρλανδή Συγγραφέας Iris Merdoch) και η ζωή μας κύλησε όμορφα. Υπέροχες



πολυεθνικές οικογένειες στα διαμερίσματα του Churchill Hospital, Σάββατα με εθνικές κουζίνες, υποστήριξη στα παιδιά των άλλων, σημαντικές μουσικές εκδηλώσεις στη Radcliffe Camera, Σαιξπηρικές παραστάσεις στο Stratford, τσάι στο Blenheim Palace Tea Shop, φαγητό στην Trout Inn δίπλα στον ποταμό Isis, βαρκάδες στον ποταμό Cherwell, παρέα με τον αδελφικό φίλο Καρδιολόγο Σταμάτη Αδαμόπουλο.

**Νέος Γαστρεντερολόγος επιλέγετε να εργαστείτε στον Ευαγγελισμό και μάλιστα στην πρώιμη φάση του ΕΣΥ, ασφαλώς μια συνειδητή απόφαση... πόσο εύκολη ήταν, είχατε το δίλημμα Δημόσιος η Ιδιωτικός τομέας;**

Ως φοιτητής στα κλινικά έτη ήμουν παιδί του Ευαγγελισμού. Θυσίασα διακοπές τα καλοκαίρια του 4<sup>ου</sup> και 5<sup>ου</sup> έτους για να δουλέψω εθελοντικά στην Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική του μεγάλου Δάσκαλου Γαρδίκου με την εποπτεία ενός καταπληκτικού Παθολόγου, του Αρτέμη Φουντά. Ενδιαφέρον ότι την ίδια περίοδο έκαναν εκεί ειδικότητα ο Δημήτρης Τζουρμακλιώτης, ο Επαμεινώνδας Τσιάνος και ο Δημήτρης Καραμανώλης. Η απόφασή μου να εργαστώ στο ΕΣΥ ήταν μονόδρομος: Πρώτον γιατί όλοι οι δάσκαλοί μου ήταν παθιασμένοι με τη Νοσοκομειακή Ιατρική. Δεύτερον ο Ευαγγελισμός έδινε δυνατότητες να συνεργαστώ με το Ανοσολογικό (Ιωάννα Οικονομίδου, Χρύσα Παπαστεριάδη, Αλεξάνδρα Τσιρογιάννη, κά) και το Παθολογοανατομικό Τμήμα (Λίλιαν Πετράκη, κά) κι όσο και αν ηχεί εγωιστικό, ήθελα να αποδείξω στους Οξφορδιανούς φίλους πως μπορούμε να παράγουμε ερευνητική δραστηριότητα και στη χώρα μας. Άλλωστε, ο Jewell είχε προτείνει κάποιες ενδιαφέρουσες ιδέες για real world κλινικές μελέτες που δεν μπορούσαν να πραγματοποιηθούν στον ιδιωτικό Τομέα. Τρίτον στο Νοσοκομείο ήταν ο Αυγερινός, που αν και δεν ανήκα στην Κλινική του, είχε όραμα για την ενδοσκόπηση και την εκπαίδευση, ο Χάρης Τζάθας που θα συνεργαζόμασταν στενά, πολλοί προικισμένοι Παθολόγοι και έξοχοι Χειρουργοί, ανάμεσά τους ο Σωτήρης Μπαράτσος και πολλοί αξιόλογοι ειδικευόμενοι. Αντιλαμβάνεστε τι σή-

μαιναν αυτά για κάποιον που είχε στόχο να επικεντρωθεί στις ΙΦΝΕ και τις ανοσιακές παθήσεις του εντέρου. Επομένως η επιλογή μου ήταν ή στον Ευαγγελισμό ή πουθενά κι ας χρειαζόταν να περιμένω. Δεν υπήρχε δεύτερη σκέψη για ιδιωτική Ιατρική.

**Η πορεία στον Ευαγγελισμό, το μεγαλύτερο Νοσοκομείο της χώρας, ήταν μακρά, δημιουργική και ανοδική μέχρι και το ανώτατο αξίωμα του Συντονιστή Διευθυντή και του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας. Δώστε μας μια σύνοψη αυτής της πορείας...**

Ως επιμελητές Β' με τον Τζάθα οργανώσαμε στην Α' Γαστρεντερολογική Κλινική Ιατρεία Ήπατος, ΙΦΝΕ, Κοιλολοκίας, Κινητικότητας και Γενικής Γαστρεντερολογίας. Συστήσαμε κοινό και πλήρες εκπαιδευτικό πρόγραμμα με την Β' Γαστρεντερολογική Κλινική. Ο Αυγερινός οργάνωσε ζωντανές ενδοσκοπικές εκδηλώσεις με συμμετοχή διάσημων Ενδοσκόπων από το εξωτερικό στις οποίες συμμετείχαμε όλοι οι γιατροί. Στο ερευνητικό επίπεδο, προσπάθησα να βρω λύσεις σε κοινά αναπάντητα ερωτήματα. Π.χ. χρειάζεται η ιστολογία για τεκμηρίωση της βαθιάς ύφεσης στην κολίτιδα; αυξάνουν τα αντιβιοτικά την αποτελεσματικότητα της κορτιζόνης στη βαριά κολίτιδα; προσφέρει κάτι η προσθήκη μεσαλζίνης στην αζαθειοπρίνη ως θεραπεία συντήρησης; στην εποχή που υπήρχε μόνο αζαθειοπρίνη θα μπορούσε η κυκλική χορήγηση ώσεων βουδεσονιδης να αντικαταστήσει την αζαθειοπρίνη ως θεραπεία συντήρησης σε ασθενείς με δυσανεξία στην αζαθειοπρίνη; αυξάνει την αποτελεσματικότητα της ινφλιξιμάμπης η προσθήκη αζαθειοπρίνης έναντι της μονοθεραπείας με το κάθε φάρμακο; η τετραπλή θεραπεία με βισμουθιο για 14 ημέρες υπερτερεί της κλασικής τριπλής θεραπείας στην εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου; Αυτά απαιτούσαν σκληρή δουλειά, προσωπικές και οικογενειακές θυσίες λόγω της ενασχόλησης στον ελεύθερο χρόνο μου, σε εποχή που και η αναζήτηση βιβλιογραφικών πηγών ήταν δυσχερέστατη. Η βοήθεια όμως των ειδικευόμενων διαχρονικά ήταν καθοριστική αλλά... θα μνημονεύσω εδώ κατ' εξαίρεση τον Κώστα Παπαμιχαήλ, που κάνει



# Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

τώρα διεθνή καριέρα. Ανεκτίμητη ήταν επίσης εκείνα τα χρόνια η βοήθεια των ειδικευμένων γιατρών και του τεχνικού και Νοσηλευτικού Προσωπικού. Με τη βοήθειά τους διενεργήσαμε δικές μας κλινικές μελέτες και φέραμε διεθνείς κλινικές μελέτες στο Τμήμα. Φατάζομαι πως η εκλογή μου ως Συντονιστή Διευθυντή και η θητεία μου ως προέδρου στην ΕΓΕ, την ΕΟΜΙΦΝΕ και την ΕΕΜΕΠ, στα όργανα Εκπαίδευσης και Διοίκησης της ECCO και η εκλογή μου στο IOIBD οφείλεται σ' αυτή τη δραστηριότητα.

Η ασθένεια και ο θάνατος του Αυγερινού ήταν ένα σοκ. Το σχέδιό του ήταν η εκλογή του ως Καθηγητή και κατόπιν η ενοποίηση των 2 Κλινικών ως η πρώτη Παν/κή Γαστρ/κη Κλινική του ΕΚΠΑ. Ο Δημήτρης Καραμανώλης τον διαδέχθηκε και οφείλω να ομολογήσω ότι εκείνη την περίοδο υπήρχε ευγενής άμιλλα μεταξύ των δύο Κλινικών που λειτούργησε ευεργετικά για το Νοσοκομείο. Στην πορεία ενσωματώθηκε σε μας η Πολυκλινική, ήρθε η κα Χρηστίδου που με τον κ Αρχαύλη στήριξαν την Κλινική, αυξήθηκε ο αριθμός των ειδικευόμενων, εμπλουτίστηκε η υλικοτεχνική υποδομή των Τμημάτων. Στη συνέχεια η οικονομική κρίση μας στέρησε την δυνατότητα να βελτιώσουμε έτι περαιτέρω τις υποδομές μας.

Στα τέλη του 2013 οι δύο κλινικές ενοποιήθηκαν υπό την διοικητική διεύθυνση του Δημήτρη Καραμανώλη ως αρχαιότερου Συντονιστή Διευθυντή. Μετά την συνταξιοδότησή του το 2016 ανέλαβα την Διεύθυνση του ενοποιημένου Τμήματος. Θέλοντας να μείνει κάτι στο Τμήμα και το Νοσοκομείο απευθύνθηκα σε δωρητές. Έτσι με δωρεές από τα Ιδρύματα Λάτση και Αγγελικούση και τον ΟΠΑΠ φέραμε στο Τμήμα νέα ενδοσκόπια. Με γενναιοδωρη προσφορά του ιδρύματος ΑΙΓΕΑΣ του Αθανάσιου Μαρτίνου κατασκευάστηκε το νέο Ενδοσκοπικό Τμήμα που εμπλουτίστηκε σε ενδοσκόπια και υλικοτεχνική υποδομή με Δωρεά του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος. Επίσης από τον κ Ε. Μυτιληναίο ανακατασκευάστηκε το παλιό Ενδοσκοπικό ως Μονάδα εγχύσεων βιολογικών θεραπειών και Γαστρεντερολογικό Εργαστήριο. Διατηρήθηκε επίσης η λειτουργία της Πολυκλινικής ως 2<sup>ης</sup>

Γαστρεντερολογικής Μονάδας. Θα πρέπει εδώ να πω ότι η συνδρομή των δύο Διοικητών της κας Μητσάκη και στη συνέχεια του κου Γρηγορόπουλου στην υλοποίηση του προγράμματος επέκτασης και ανακαίνισης του Τμήματος ήταν αμέριστη.

Με επαρκή υποδομή και με στελέχωση του Τμήματος από εξαιρετικούς ειδικευμένους και ειδικευόμενους γιατρούς μπορούσαμε να προσφέρουμε πλέον πλήρη διερεύνηση και θεραπεία των παθήσεων του πεπτικού με οργανωμένες ομάδες ειδικών με συγκεκριμένα γνωστικά αντικείμενα: ΙΦΝΕ, Κοιλιοκάκη, Ηπατολογία, Χοληφόρα-Πάγκρεας, προωθημένη ενδοσκόπηση, ανώτερο πεπτικό, κινητικότητα και λειτουργικές παθήσεις, ενδοσκοπική κάψουλα, κοκ. Όλοι οι συνεργάτες συνέβαλαν αποφασιστικά στην κλινική, ερευνητική και εκπαιδευτική λειτουργία του Τμήματος παρά τις δύσκολες μέρες της οικονομικής κρίσης και στη συνέχεια της πανδημίας. Είμαι δε εξαιρετικά ευγνώμων και περήφανος για τους γιατρούς και το Νοσηλευτικό Προσωπικό για την αγόγγυστη και αλτρουϊστική προσφορά τους τον καιρό της Πανδημίας, όταν διατηρήσαμε πλήρη τη λειτουργία της Κλινικής και των Ιατρείων με απόλυτη προστασία ασθενών και προσωπικού. Το ίδιο ισχύει φυσικά και για τη Διοίκηση του Νοσοκομείου, το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό το διάστημα που υπηρέτησα ως Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας. Δυστυχώς, η θητεία μου αναλώθηκε κυρίως στη διαχείριση της Πανδημίας και σχέδια όπως πρωτόκολλα λειτουργίας των επειγόντων, διακίνησης των ασθενών, επιτήρησης των Νοσοκομειακών λοιμώξεων, χρήσης των διαγνωστικών μεθόδων κλπ ήλθαν σε δεύτερη μοίρα.

***Σήμερα έχετε ολοκληρώσει μια πλήρη θητεία στο ΕΣΥ και έχετε διανύσει και λίγα χρόνια στον ιδιωτικό τομέα· θέλω λοιπόν να κάνετε μια καταγραφή των δυνατών και αδύνατων σημείων και των δύο τομέων (διαδικασίες, συνθήκες εργασίας, ικανοποίηση, απογοητεύσεις, εμπόδια κλπ).***

Ας ξεκινήσω με την παραδοχή πως στη χώρα μας δεν υπάρχει η άνεση της επιλογής του Δημόσιου ή



του Ιδιωτικού Τομέα για την άσκηση της Γαστρεντερολογίας επειδή οι θέσεις στο ΕΣΥ και το Πανεπιστήμιο είναι δυσανάλογα λίγες σε σχέση με τον αριθμό των ειδικευόμενων που τελειώνουν ειδικότητα. Επομένως, ο νέος Γαστρεντερολόγος συχνότατα οδεύει προς τον ιδιωτικό τομέα.

Τώρα, με βάση και την μικρή εμπειρία μου στον ιδιωτικό τομέα θα έλεγα πως το δυνατό σημείο του δημόσιου τομέα είναι ότι ο γιατρός μπορεί να λειτουργεί ακόμη και σήμερα χωρίς να σκέπτεται τις οικονομικές παραμέτρους στην επιλογή των διαγνωστικών μεθόδων και των θεραπευτικών πράξεων. Με αυτό ΔΕΝ ΥΠΟΝΟΩ την αλόγιστη, άκριτη, ανορθολογική χρήση των ως άνω μεθόδων. Ο γιατρός εκτίθεται καθημερινά σε συνεχιζόμενη εκπαίδευση όχι μόνο στη δική του ειδικότητα και επιλύει τα προβλήματα των ασθενών του στα πλαίσια Ομάδας. Άλλα δυνατά σημεία είναι ότι έχει τη δυνατότητα να διευρύνει τους ορίζοντές του ως εκπαιδευτής και ερευνητής, ιδίως αν υπηρετεί σε Πανεπιστημιακό Τμήμα. Έχει περισσότερο ελεύθερο χρόνο από τον ιδιώτη γιατρό να αφιερώσει σε οικογενειακές υποχρεώσεις και κοινωνικές συναστροφές. Μπορεί, αν θέλει, να έχει διεθνή συμβολή και αναγνώριση μέσω ερευνητικών, εκπαιδευτικών και οργανωτικών δεσμών με συναδέλφους της αλλοδαπής σε Διεθνείς Ιατρικούς Οργανισμούς.

Τα μειονεκτήματα είναι πολλά: κακές αμοιβές, υποβαθμισμένες υποδομές στον χώρο εργασίας, γραφειοκρατικές αγκυλώσεις που εμποδίζουν την επιλογή συνεργατών για τις ανάγκες του κάθε Τμήματος με θυσιά της αριστείας και των πραγματικών αναγκών κάθε Νοσοκομείου σε μια οιονεί διαφάνεια. Πληθμής γραμματειακή υποστήριξη, δραματική καθυστέρηση της ανέλιξής του στηριγμένη κατά βάση σε χρονολογικά κι όχι ποιοτικά κριτήρια και ουσιαστική έλλειψη ποιοτικής αξιολόγησης, καταστάσεις που οδηγούν στην “υπαλληλοποίησή” και σε απρόσωπη σχέση με τον ασθενή.

Από την άλλη πλευρά, στον Ιδιωτικό Τομέα το δυνατό σημείο του γιατρού είναι ο χρόνος που διαθέτει στην

“πρόσωπο με πρόσωπο” επαφή με τον ασθενή. Αυτό ενδυναμώνει τη σχέση γιατρού-ασθενούς, κτίζει εμπιστοσύνη και συμβάλει καθοριστικά στις κοινές διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις. Στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία η διεκπεραίωση παρακλινικών εξετάσεων είναι σημαντικά ταχύτερη, η δυνατότητα επιλογής υλικών για τη διενέργεια ασφαλών ενδοσκοπικών πράξεων ευχερέστερη και ταχύτερη, η ξενοδοχειακή υποδομή ασύγκριτα καλύτερη, η μεταχείριση του νοσηλευόμενου ασθενούς ευγενέστερη και πιο ανθρώπινη. Τα μειονεκτήματα είναι η συχνή “μοναξιά” στις θεραπευτικές αποφάσεις, το κόστος των υπηρεσιών που ασκούν μεγάλη πίεση να διενεργήσει ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΑ τις απαραίτητες διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες για την έγκριση πράξεων από τις Ασφαλιστικές Εταιρείες που επίσης καθυστερούν υπερβολικά την απόδοση των αμοιβών του για ήδη τιμολογημένες πράξεις και η υποβαθμισμένη ποιότητα της ζωής που επιβάλει η άσκηση της solo Ιατρικής. Φυσικά οι αμοιβές είναι σαφώς καλύτερες σε σχέση με τους γιατρούς του ΕΣΥ αλλά και με τεράστια επιβάρυνση του κόστους των υπηρεσιών (Εξοδα Ιατρείου, Ενδοσκόπια, Λογιστική υποστήριξη, κοκ).

***Μπορείτε να αναφέρετε δύο τρεις προτάσεις που κατά την γνώμη σας θα βελτίωναν σημαντικά την πραγματικότητα που βιώνουν οι γιατροί και ειδικότερα οι Γαστρεντερολόγοι στα Νοσοκομεία;***

Πολλές προτάσεις, τόσο γενικές όσο και ειδικές, για τους Γαστρεντερολόγους των Δημόσιων Νοσοκομείων: Αυτονόητο είναι πως πρέπει να έχουν καλύτερες αμοιβές, γραμματειακή υποστήριξη, βελτίωση των υποδομών, των χώρων όπου περνούν τη μισή μέρα της παραγωγικής τους ζωής. Η επιλογή γιατρών να γίνεται με προκλήσεις γνωστικού αντικειμένου βάσει ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΩΝ αναγκών, κλινικών, ενδοσκοπικών, κλπ του Νοσοκομείου και του Τμήματος. Ενοποίηση των βαθμίδων από τον επικουρικό μέχρι Αναπληρωτή Διευθυντή και αντικατάστασή τους από μια βαθμίδα Επιμελητή για την ταχύτερη ανέλιξη. Από τους Επιμελητές θα εκλέγεται



# Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

με διαδικασίες εντός του Τμήματος, υπό την εποπτεία του Τομεάρχη και του Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας, κάθε Ζετία ένας ως Αναπληρωτής του απουσιάζοντος για οποιοδήποτε λόγο Συντονιστή Διευθυντή. Διατήρηση της βαθμίδας του Συντονιστή Δ/ντή με κρίση ανά Ζετία υπηρεσίας. Συμμετοχή Γαστρεντερολόγου στην triage των ΤΕΠ. Κίνητρα για περαιτέρω μετεκπαίδευση σε ειδικά Κέντρα της χώρας ή/και της αλλοδαπής.

Για τα Γαστρεντερολογικά Τμήματα του ΕΣΥ: να υπάρχει ετήσιος προϋπολογισμός και ουσιαστική διαχείρισή του από το Τμήμα. Επίσης επιστροφή στο Τμήμα ποσοστού από τα έσοδα του Νοσοκομείου που προέρχονται από την Κλινική και Ερευνητική δραστηριότητά του Τμήματος. Εξομίσωση του ΕΛΚΕ με τον ΕΛΚΕΑ, ώστε και τα Τμήματα του ΕΣΥ να διαχειρίζονται κονδύλια ερευνητικής δραστηριότητας. Συμβάσεις συντήρησης των Ενδοσκοπίων και της λοιπής υλικοτεχνικής υποδομής για την απρόσκοπτη και ταχεία επιδιόρθωση βλαβών και αντικατάσταση πεπαλαιωμένων ή φθαρμένων ενδοσκοπίων και άλλων οργάνων. Ουσιαστική ένταξη των Γαστρεντερολογικών Τμημάτων στον Παθολογικό Τομέα για ασφαλέστερη και ταχύτερη διεκπεραίωση των ασθενών. Συνεχής αξιολόγηση και audit του Τμήματος για βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών. Σύνδεση (affiliation) με Πανεπιστημιακά Γαστρεντερολογικά Τμήματα για κοινά εκπαιδευτικά και ερευνητικά προγράμματα.

Στον Ιδιωτικό Τομέα θα συνιστούσα στους νέους Γαστρεντερολόγους να συνέρχονται σε κοινά Ιατρεία: ένα κτήριο, ενιαία ενδοσκοπική και λοιπή υλικοτεχνική υποδομή, ενιαία γραμματειακή και νοσηλευτική υποστήριξη. Αυτό θα μειώσει το κόστος λειτουργίας τους και στην πράξη θα παρακάμψει τα εμπόδια δημιουργίας Μονάδων Υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα. Θα συνιστούσα ενασχόληση με ειδικό γνωστικό αντικείμενο (πχ λειτουργικές παθήσεις, ΙΦΝΕ, Ηπατολογία, κοκ) επί πλέον των ενδοσκοπικών τους ενδιαφερόντων. Όπου δεν υπάρχει Γαστρεντερολογικό Τμήμα στα Περιφερειακά Νοσοκομεία να συνεργάζονται με τις διοικήσεις για τη διεκπεραίωση ασθενών.

**Εκπαίδευση στην ειδικότητα: αδιαμφισβήτητα έχετε τεράστια εμπειρία στο θέμα, με την εκπαίδευση πολλών νεότερων Γαστρεντερολόγων στον Ευαγγελισμό αλλά και στην έρευνα και τη διοργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων Εκτιμάτε ότι χρειάζονται αλλαγές στο σύστημα εκπαίδευσης των ειδικευόμενων και ποιες;**

Αλλαγές στο σύστημα εκπαίδευσης; Φυσικά. Κι όχι μόνο στη Γαστρεντερολογία. Δυστυχώς θα γίνω δυσάρεστος. Ιδανικά, κατά την άποψή μου, η ειδικότητά μας πρέπει να είναι 4ετής στην Ειδική Παθολογία και μετά από εξετάσεις (όπως πχ το MRCP στο Ην. Βασίλειο) να συνεχίζεις στη Γαστρεντερολογία για 3 ακόμη έτη. Αν ίσχυε αυτό το σύστημα, θα μπορούσε κάποιος να κάνει το PhD στο διάστημα της εξειδίκευσης στη Γαστρεντερολογία και να το έχει ως επιπλέον κριτήριο για να καταλάβει θέση ειδικευμένου γιατρού στο ΕΣΥ ή στο Πανεπιστήμιο. Στη χώρα μας όμως, σε αντίθεση με όλο τον Δυτικό κόσμο, ο συντριπτικός αριθμός ειδικευόμενων εκπαιδεύεται σε μη Πανεπιστημιακά Τμήματα. Στερείται έτσι της έκθεσης στο Ακαδημαϊκό περιβάλλον, την εντρύφηση στην ερευνητική δραστηριότητα και την πιο συγκροτημένη εκπαιδευτική διαδικασία. Αναγνωρίζοντας το μειονέκτημα θα πρότεινα κάποια αντισταθμιστικά μέτρα που θα ευνοούσαν τους καλύτερους και πιο επιμελείς νεαρούς γιατρούς.

1. Κατάργηση της επετηρίδας για κάθε Νοσοκομείο και αντικατάστασή της με Πανελλαδικές Εξετάσεις 3 φορές το χρόνο για κάθε ειδικότητα. Οι πρωτεύοντες θα έχουν το δικαίωμα επιλογής του Τμήματος που θα εκπαιδευτούν κατά προτεραιότητα.
2. Με τα audits των Τμημάτων θα γνωρίζουμε την υλικοτεχνική και επιστημονική του υποδομή τους ώστε κάθε Τμήμα να παρέχει τμηματική (και σε ποιους τομείς) ή πλήρη ειδικότητα βάσει των γνωστικών αντικειμένων που πρέπει να γνωρίζει ο ειδικευόμενος στο τέλος της ειδικότητας.
3. Καθιέρωση του rotation μεταξύ των Τμημάτων, ώστε κάθε Τμήμα ή Νοσοκομείο με βάση το ανθρώπινο δυναμικό και την υλικοτεχνική υποδομή να παρέχει



ειδικότητα συγκεκριμένου χρόνου και πέραν των στενά Γαστρεντερολογικών αντικειμένων (πχ Παθολογική Ανατομική, απεικόνιση, εξειδικευμένες τεχνικές ενδοσκοπησης ή κινητικότητας, Ηπατολογία, κοκ).

4. Συμμετοχή σε ερευνητικές δραστηριότητες του Τμήματος ή στα affiliated Πανεπιστημιακά Τμήματα.
5. Υποχρεωτική συμμετοχή στα Εκπαιδευτικά προγράμματα της ΕΓΕ και των αδελφών Εταιρειών με εξετάσεις και συνεκτίμηση των επιδόσεων στις τελικές εξετάσεις ειδικότητας.
6. Διαχωρισμό της Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης από την ειδικότητα. Η παροχή master ή ΔΔ θα πρέπει να χορηγείται από προγράμματα του Πανεπιστημίου σε χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 ετών σε πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης Μεταπτυχιακούς Φοιτητές είτε πριν την έναρξη ειδικότητας ή μετά. – φυσικά με χρηματοδότηση της έρευνάς του.
7. Ο τίτλος ειδικότητας να απονέμεται από την Εταιρεία και τον οικείο Ιατρικό Σύλλογο ή τον ΠΙΣ, που θα είναι και υπεύθυνοι της συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης.

Για τους ειδικούς travel grants σε συνέδρια Εξωτερικού στα οποία συμμετέχουν με εργασίες και βραχείες υποτροφίες για μετεκπαίδευση σε άλλα Κέντρα για συγκεκριμένα γνωστικά αντικείμενα απαραίτητα για την λειτουργία του Τμήματος. Ανάνεωση της άδειας άσκησης επαγγέλματος ανά 5ετία βάσει εξετάσεων, όπως κάνει το AGA, και συνυπολογισμό ενός αριθμού CMEs από Εκπαιδευτικές δραστηριότητες.

***Πως τοποθετείτε την Ελληνική Γαστρεντερολογία στο διεθνές επιστημονικό στερέωμα και πως τοποθετείστε απέναντι στο σύγχρονο brain drain των νέων επιστημόνων... μπορεί να αναστραφεί η τάση;***

***Παρακολουθώντας τόσο του ειδικευόμενους στον Ευαγγελισμό (1990-2022) όσο και τους εξεταζόμενους στην ειδικότητα (2010-2022) μπορώ να πω ότι είμαι περήφανος για το επίπεδο των Ελλήνων Γαστρεντερολόγων. Η θέση της Γαστρεντερολογίας του ΕΚΠΑ διε-***

θνώς και πανευρωπαϊκά είναι υψηλότατη. Σημαίνοντας Γαστρεντερολόγοι της χώρας έχουν γίνει δεκτοί βάσει βιογραφικού για μεταπτυχιακές σπουδές και έχουν υπηρετήσει ως Κλινικοί ή ως Ερευνητές (ή και τα δύο) στα καλύτερα Πανεπιστήμια του κόσμου. Οι άρτι ειδικευθέντες Γαστρεντερολόγοι μας είναι ανάρπαστοι σε όλες τις χώρες της Ευρώπης. Το ζούμε καθημερινά. Στη χώρα μας δεν υπολείπομαστε τόσο στο Δημόσιο όσο και στον Ιδιωτικό Τομέα των καλύτερων Κέντρων του κόσμου, παρά τις τεράστιες διαφορές στην οργάνωση των υπηρεσιών.

Η φυγή έγινε πληγή στα χρόνια της Οικονομικής Κρίσης. Τα αίτια είναι πολλά κι όχι μόνο οικονομικά αλλά κυρίως ότι παράγουμε περισσότερους Γαστρεντερολόγους από όσους πιθανώς χρειάζεται και μπορεί να απορροφήσει το σύστημα. Για αυτό και η αιμορραγία δεν σταμάτησε ούτε αναστράφηκε μετά την Οικονομική Ανάκαμψη, παρά τις εκάστοτε κυβερνητικές προσπάθειες. Ποιοι επιστρέφουν; Όσοι έχουν ισχυρό νόστο λόγω οικογένειας, κλίματος, τρόπου ζωής. Όσοι έχουν οικονομική άνεση να αρχίσουν την επαγγελματική τους ζωή. Όσοι έμαθαν τεχνικές που τους επιτρέπουν να διεκδικήσουν θέση στον Ιδιωτικό Τομέα. Και κάποιοι που κουράστηκαν στο εξωτερικό. Ποιοι δεν γυρίζουν; Όσοι δεν έχουν νόστο. Όσοι καλύπτονται από τις ατομικές, οικογενειακές και κοινωνικές παροχές των οργανωμένων κοινωνιών των χωρών που ζουν. Όσοι είναι ευτυχείς να ασκούν τη Γαστρεντερολογία σε ένα τέτοιο περιβάλλον και απολαμβάνουν πολύ καλύτερους μισθούς από ό,τι στο Ελληνικό ΕΣΥ. Όσοι δόμησαν οικογενειακές σχέσεις και αποκτήσαν ιδιοκτησία ή τα παιδιά τους απολαμβάνουν πολύ καλύτερη εκπαίδευση και ποιότητα ζωής. Αυτοί δεν θα επιστρέψουν, τουλάχιστον σε παραγωγική ηλικία. Με ευκολογία δεν ανακτάς το brain-drain αν η ευνοιοκρατία και η αναξιοκρατία κυριαρχούν, οι μισθοί των γιατρών είναι απαράδεκτα χαμηλοί, το ιατρικό επάγγελμα απαξιώνεται συστηματικά και οι ανταποδοτικές παροχές του κράτους προς τους πολίτες και τις οικογένειές τους παραμένουν χαμηλή προτεραιότητα, γεγονός που εξηγεί πολλά πράγματα πέρα από το brain



# Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

drain, πχ την υπογεννητικότητα. Και δεν ισχύει μόνο για την Ιατρική. Δείτε πόσο πίσω είμαστε στη διαδικασία δημιουργίας καινοφανών (start-up) Εταιρειών. Γνωστό μου παιδί μετά από σύντομες μεταπτυχιακές σπουδές στις ΗΠΑ έχει δημιουργήσει σε χρόνο ρεκόρ παγκόσμιας εμβέλειας Εταιρεία Διατροφής. Ένα άλλο παιδί με 500 δολάρια ίδρυσε start up Εταιρεία μέσα σε 15 λεπτά και την πούλησε στην Apple ένα χρόνο μετά – ας μη μνημονεύσω το ποσό.

## **Ποια θεωρείτε την πιο ευχάριστη στιγμή στην καριέρα σας... και την πιο ..δύσκολη;**

Το πιο ευχάριστο πράγμα στη ζωή μου είναι η οικογένειά μου. Επειδή όμως με ρωτάτε για την Ιατρική θα έλεγα πως υπήρξαν πολλές ευχάριστες στιγμές: η αποδοχή μου στην Οξφόρδη, ο διορισμός μου στον Ευαγγελισμό, η εκλογή μου ως Συντονιστή Διευθυντή και ως Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας, κá. Δεν μπορώ επίσης να μη αναφέρω τη συγκίνηση της τιμητικής εκδήλωσης που οργάνωσε ο Νίκος Βιάζης, νυν Διευθυντής του Τμήματος, ως κύκνειο άσμα της Νοσοκομειακής μου θητείας στο ΕΣΥ που ήρθαν ή με χαιρέτησαν με μηνύματα αδελφικοί φίλοι από το ΙΟΙΒΔ και την ECCO – μεγάλη συγκίνηση. Θεωρώ όμως πιο ευχάριστη την επιλογή μου ως μέλους του ΙΟΙΒΔ, ανάμεσα στους γίγαντες των ΙΦΝΕ. Η εκλογή γινόταν εν αγνοία του υποψήφιου μετά από πρόταση ενός μέλους στην επιτροπή εκλογής και βασιζόταν στο βιογραφικό και την προέλευση του υποψηφίου. Ήμουν το μόνο μέλος που εκλέχτηκε ως Επιμελητής και μη Ακαδημαϊκός. Οι εμπειρίες που έζησα στον Οργανισμό αυτό και οι γνώσεις που αποκόμισα εργαζόμενος σε διάφορα θέματα μαζί τους ήταν ασύλληπτες.

Η πιο δύσκολη στιγμή: Όταν ως Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας στην πανδημία, στο τέλος της καριέρας μου έπρεπε να προτείνω δημιουργίες κλινικών COVID με κλείσιμο Τμημάτων και αναδιάταξη κλινών και ειδικευομένων, εφημερίες στις Κλινικές COVID γιατρών κάθε ειδικότητας που όσο σωστές κι αν ήταν δημιουργούσαν ψυχοφθόρα αισθήματα από τις δυσарέσκεις και συγκρούσεις που δεν ήταν εύκολα διαχειρίσιμες με

συναδέλφους που μας ένωναν για χρόνια στενές φιλικές σχέσεις. Πικρότατο το ποτήρι αλλά φίλοι οι γιατροί, φιλότατη η ζωή των ασθενών....

## **Θέλω σε αυτό το σημείο να κάνετε μια αναφορά για το Γεράσιμο (Μάκη) εκτός Ιατρικής.. για αγαπημένες ασχολίες και ενδιαφέροντα εκτός Ιατρικής.**

Λατρεύω τον αθλητισμό (στίβο και αθλοπαιδιές, ιδίως καλαθόσφαιρα), την όπερα και την κλασική μουσική, τον κινηματογράφο και το θέατρο. Υπήρξα αθλητής και με βραβεύσεις στα μαθητικά μου χρόνια αλλά η Ιατρική ήθελε θυσίες που δεν μπορούσα να συνεχίσω. Ο στίβος ήταν ανέκαθεν στο μυαλό μου ο αγώνας του ανθρώπου να υπερβεί τα όρια της φύσης. Χειροκροτούσα τον νικητή αλλά ο αγώνας του αθλητή να τερματίσει παρά την εξάντλησή του μου σηματοδοτούσε τα κίνητρα που θα πρέπει να έχουμε: Δεν έχει σημασία πόσες φορές θα πέσεις αλλά αν θα σηκωθείς να συνεχίσεις, όπως λένε κι οι Ιρλανδοί. Το μπάσκετ το λατρεύω για την ταχύτητα και την ανάγκη να πάρεις αποφάσεις σε απειροελάχιστο προσφέροντας και θέαμα. Το θαύμα του Αντετονκούμπο (από τα Σεπόλια στον μαγικό κόσμο του NBA) θυμίζει σε όλους ότι "Ο ουρανός είναι τα όριά μας". Θεωρώ τον κινηματογράφο πολύ μεγάλη τέχνη: δεν είναι μόνο η υποκριτική αλλά όλο το σύστημα: κείμενο, σκηνικά, κουστούμια, μουσική επένδυση, επιλογή τοπίων, οπερατέρ, σκηνοθεσία. Είτε θες να διασκεδάσεις με μια κωμωδία ή να ζήσεις μια περιπέτεια ή να συγκινηθείς με ένα δράμα. Όλα τα είδη του στέλνουν μηνύματα πίσω από την επιφάνεια. Για παράδειγμα....μπορείς να βιώσεις το Pretty woman ως το παραμύθι της Σταχτοπούτας. Όμως, μια κοινή escort λέει σε ένα αρπακτικό γιάπη που θέλει να αγοράσει κοψοχρονιά ένα ναυπηγείο για να το σπάσει σε κομμάτια και να το πουλήσει: «Εσύ δεν δημιουργείς, καταστρέφεις» και με ένα μαγικό τρόπο του αλλάζει τη ζωή-σαν παραμύθι. Ή στην Company men όταν απολυμένοι τέως υψηλόμισθοι της οικονομίας του αέρα αναλαμβάνουν να στήσουν ένα ερειπωμένο εργοστάσιο από την αρχή γυρνώντας στην πραγματική οικονομία λέγοντας: «Και τι έχουμε να χάσουμε; Έτσι



και αλλιώς απολυμένοι είμαστε». Η αγάπη μου είναι ο Ιταλικός κινηματογράφος: Νέο-ρεαλισμός μεταπολεμικά («κλέφτης των ποδηλάτων»), μετά Φελίνι, Βισκόντι, Παζολίνι, Σκόλα, Τορνάτορε, άντε και λίγο Τζεφινέλι. Στο θέατρο είχα την ευτυχία να ζήσω από κοντά το θέατρο Τέχνης στο «Υπόγειο» του Κουν αλλά και στη 2<sup>η</sup> σκηνή στη Στουρνάρη και πολύ λίγο στην Πλάκα- ανεπανάληπτη μυσταγωγία.

***Έχετε ιδιαίτερο επιστημονικό και ερευνητικό ενδιαφέρον και μακρά ενσασχόληση με τα Φλεγμονώδη Νοσήματα διάρκειας που πλησιάζει τα 50 χρόνια. Ποιους θεωρείτε τους σημαντικότερους σταθμούς σε αυτό το πεδίο. Η ριζική θεραπευτική αντιμετώπιση των ΙΦΝΕ είναι ρεαλιστικός στόχος ή ουτοπία;***

Ο σημαντικότερος σταθμός στην εξέλιξη της έρευνας στις ΙΦΝΕ ήταν η κατανόηση της αλληλεπίδρασης εξωγενών παραγόντων με την κληρονομική προδιάθεση, το ανοσιακό σύστημα και το μικροβίωμα του εντέρου για την εμφάνιση της νόσου. Ο ρόλος της ανοσιολογίας ήταν κυρίαρχος: η τεκμηρίωση των ανοσιακών οδών φλεγμονής οδήγησε μέσω μεγάλων και καλά τεκμηριωμένων RCTs στη στόχευσή τους, που με την έγκαιρη έναρξη εξατομικευμένης θεραπείας και την στενή επιτήρηση της πορείας του ασθενούς έχουν αλλάξει την ποιότητα της ζωής των ασθενών μειώνοντας την εξάρτησή τους από το Νοσοκομείο και τις ακρωτηριαστικές επεμβάσεις. Υπολειπόμαστε όμως σημαντικά στο να θεραπεύσουμε ολιστικά τους ασθενείς, ιδίως τους δύσκολους, και εκείνες τις πτυχές της νόσου που είναι λιγότερο «οργανικές», πχ κόπωση, αυπνία, κατάθλιψη, άγχος, κοκ. Αυτό οφείλεται και στο γεγονός ότι οι RCTs παρέχουν μια περιορισμένη χρονικά και αποσπασματική θεραπεία των οργανικών πτυχών της νόσου, ενώ ο ασθενής πάσχει από μια δια βίου και συνεχώς μεταβαλλόμενη νόσο, συχνά και με συννοσηρότητες που βιώνονται περίπλοκα στην καθημερινή του ζωή κι απαιτούν συνεχή, ευέλικτη και ολιστική φαρμακευτική και ιδίως μη φαρμακευτική φροντίδα (εκπαίδευση, δίαιτα, υποστήριξη και ενδυνάμωση του

ασθενούς, κá). Δυστυχώς οι ΙΦΝΕ δεν είναι μονογονιδικά νοσήματα ή νοσήματα που οφείλονται σε ενζυμική ανεπάρκεια αλλά ελπίζουμε ότι με τη στενή συνεργασία consortium επιστημόνων από διάφορα μετερίζια (επιδημιολόγοι, ανοσιολόγοι, βιολόγοι, μικροβιολόγοι, γενετιστές, με τους κλινικούς γαστρεντερολόγους και άλλες εμπλεκόμενες ειδικότητες) παράλληλα με την εξέλιξη της Ιατρικής Βιοτεχνολογίας θα προσπελάσουμε πιο σφαιρικά τα άλυτα προβλήματα της παθογένειας των ΙΦΝΕ (πχ ανάλυση του μικροβιώματος και της αλληλεπίδρασής του με το νευρο-ανοσιακό σύστημα) για να φτάσουμε στη ριζική θεραπεία τους. Αυτό δεν είναι ουτοπικός στόχος αλλά η επιστήμη προχωρά αργά χωρίς να κοιτάζει τη μελαγχολία μας.

***Κλείνοντας θέλω να μας πείτε πως βλέπετε την πορεία της ειδικότητάς μας και της Ιατρικής γενικότερα στη σύγχρονη εποχή της τεχνητής νοημοσύνης και της εξατομικευμένης προσέγγισης τους ασθενούς.***

Το μέλλον της Γαστρεντερολογίας είναι λαμπρό: οι τεχνολογικές εξελίξεις οδηγούν στην παραγωγή νέων οργάνων και υποστηρικτικών εργαλείων ενδοσκόπησης, κινητικότητας, ενδοσκοπικής κάψουλας, απεικόνισης, ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής, κλπ που θα φέρουν επανάσταση στη διαγνωστική προσπέλαση, σταδιοποίηση και συντηρητική και επεμβατική θεραπεία των καλοήθων και κακοήθων παθήσεων του πεπτικού, του παγκρέατος και του ήπατος. Οι εξελίξεις στη Φαρμακολογία, τη Μοριακή Βιολογία, την Ανοσιολογία και την Γενετική θα εμπλουτίσουν περαιτέρω το φαρμακευτικό οπλοστάσιό μας. Νέες διατάξεις θα χρησιμοποιηθούν για την στοχευμένη ανοσιακά και μοριακά θεραπεία αποφεύγοντας τις συστηματικές δράσεις φαρμάκων εκτός του παθολογικού πεδίου. Οι θεραπείες αυτές θα είναι πιο εξατομικευμένες και πιθανότατα αλγοριθμικά ιεραρχημένες ανάλογα με την εντόπιση, την έκταση και τη βαρύτητα της νόσου. Επεμβατικές πράξεις θα εκτελούνται διαδικτυακά σε ασθενείς μακράν του θεραπευτή. Η λελογισμένη χρήση της ΑΙ θα διευκολύνει σημαντικά την ανίχνευση, διά-



# Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

γνωση, σταδιοποίηση, σχεδιασμό και ασφαλή χορήγηση ριζικών θεραπειών των παθήσεων.

Σε αυτό το δαιδαλώδες πεδίο ποιός θα είναι ο ρόλος του Γιατρού; Θα πρέπει να ξεχάσουμε τους παραδοσιακούς τρόπους εκπαίδευσης, κυρίως στο επίπεδο της ειδικότητας και της Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης. Ο Γαστρεντερολόγος του μέλλοντος μετά από πολυ-επίπεδη εκπαίδευση θα είναι ένα πολυ-εργαλείο γνώσεων, ενσωμάτωσης και κριτικής ανάλυσης δεδομένων και, προκειμένου για την ενδοσκόπηση, τεχνικών αρετών. Πιθανώς να διαμορφωθούν υβρίδια Ενδοσκοπικές πολυειδικότητας που θα διενεργούν πχ ενδοσκοπικές πράξεις ανεξαρτήτως του οργάνου που πάσχει. Όμως, η ανθρωπιστική φύση της Ιατρικής και η συνακόλουθη αποστολή του Γιατρού θα πρέπει να ενδυναμωθούν. Ανεξαρτήτως των εργαλείων που θα διατίθενται για τις βασικές σπουδές και την Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση των γιατρών **ο ρόλος τους ως θεραπευτών και «ψυχαγωγών» των ασθενών δεν πρέπει να αλλάξει. Η βασική δομή της διαγνωστικής προσπέλασης (ιστορικό, αντικειμενική εξέταση, σχεδιασμός εργαστηριακών εξετάσεων στοχευμένων προς την κλινική υποψία) θα παραμείνει ακρογωνιαίος λίθος της επιστήμης**

**μας και, παρότι αναμφίβολα θα διευκολυνθεί, δεν θα υποκατασταθεί από την ΑΙ. Επίσης, η σχέση μας με τους ασθενείς θα είναι ακόμη περισσότερο επιτακτικό να παραμείνει υγιής, ευθεία, τίμια και ειλικρινής, ιδίως σε εποχές που η χρήση των εργαλείων του ΑΙ και του διαδικτύου θα δημιουργούν ασθενείς με περισσότερες αληθείς γνώσεις και ενημέρωση αλλά και περισσότερους παραπληροφορημένους ασθενείς, από την παραπλανημένη χρήση της ΑΙ και των κοινωνικών δικτύων. **Οι προκλήσεις θα είναι πολλές, αλλά ελπίζω πως οι επόμενες γενιές Γαστρεντερολόγων θα θυμούνται πως η Ιατρική είναι Art κι όχι Craft και θα εκπαιδεύονται για να ασκούν την επιστήμη μας ανάλογα.****

***Κάπου εδώ θα πρέπει να κλείσουμε... εκτιμώ ότι δώσατε μια κατάθεση ψυχής με βάση το χαρακτήρα σας, τις εμπειρίες και τα βιώματα μιας μακράς πετυχημένης επαγγελματικής πορείας πολύ χρήσιμη για την γαστρεντερολογική κοινότητα και γενικότερα και θέλω να σας ευχαριστήσω θερμά***

Σας ευχαριστώ και εγώ για την τιμή που μου κάνατε να παραχωρήσω αυτή τη συνέντευξη.

# Ενδοσκοπικό θέμα



## ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΗΣ ESGE ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΕΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ - 2017: ΜΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗ ΜΑΤΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΣΤΕΝΩΣΕΩΝ

Νίκος Σαμαρέντσας, Γεώργιος Θεοχάρης, Αλέξανδρος Γιάννης, Ιωάννης Σ. Παπανικολάου  
Β' Γαστρεντερολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», Ιατρική Σχολή,  
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

### Εισαγωγή

Η ενδοσκοπική τοποθέτηση χολικών ενδοπροθέσεων αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στη διαχείριση κακοήθων παθήσεων των χοληφόρων. Η παροχέτευση των χοληφόρων μέσω ενδοσκοπικής παλίνδρομης χολαγγειο-παγκρεατογραφίας (ERCP) αποτελεί μία από τις συχνότερες και πλέον καθοριστικές θεραπευτικές παρεμβάσεις στην επεμβατική ενδοσκόπηση. Η επιλογή του κατάλληλου τύπου ενδοπρόθεσης, ο χρόνος τοποθέτησης και η στρατηγική παροχέτευσης επηρεάζουν άμεσα τη νοσηρότητα, την ποιότητα ζωής και, σε ορισμένες περιπτώσεις, την επιβίωση των ασθενών.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Γαστρεντερικής Ενδοσκόπησης (ESGE), που επικαιροποιήθηκαν το 2017, φιλοδοξούν να ενοποιήσουν τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα και να προσφέρουν σαφείς και τεκμηριωμένες συστάσεις για την κλινική πράξη. Ωστόσο, η ταχεία πρόοδος της τεχνολογίας, η ανάπτυξη και η ευρεία εφαρμογή νεότερων ενδοσκοπικών τεχνικών, επιβάλλουν την ανάγκη αναθεώρησης οδηγιών σε ολοένα και μικρότερα μεσοδιαστήματα. Επιπλέον, σε κάποιες περιπτώσεις παρατηρείται απόσταση μεταξύ των θεωρητικά βέλτιστων πρακτικών και της καθημερινής κλινικής πραγματικότητας. Στο παρόν άρθρο επιχειρείται μια κριτική ανάλυση των συγκεκριμένων οδηγιών, με έμφαση στα ισχυρά τους σημεία, τις «γκρίζες ζώνες» της τεκμηρίωσης και τις πρακτικές προκλήσεις κατά την εφαρμογή τους.

Σημειώνεται ότι αποφεύχθηκε η εκτενής ανάλυση της παροχέτευσης των χοληφόρων καθοδηγούμενης από ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (EUS-BD), ενώ δεν εξετάστηκαν ιδιαίτερες περιπτώσεις, όπως οι κακοήθεις στενώσεις της ηπατικής πύλης, καθώς αποτελούν εξειδικευμένα κεφάλαια που εκφεύγουν του σκοπού του παρόντος κειμένου. Τέλος, τονίζεται ότι το παρόν κείμενο εστιάζει στην παροχέτευση κακοήθων στενώσεων, ενώ οι καλοήθεις θα αποτελέσουν αντικείμενο επόμενης ανασκόπησης.

### 1. Κακοήθης εξωηπατική απόφραξη χοληφόρων

#### 1.1 Ενδείξεις για τοποθέτηση ενδοπροθέσεων χοληφόρων

##### 1.1.1 Προεγχειρητική παροχέτευση χοληφόρων

**Η σύσταση:** Η ESGE συνιστά να αποφεύγεται η προεγχειρητική χολική παροχέτευση ως ρουτίνα σε ασθενείς με κακοήθη εξωηπατική χολική απόφραξη. Η παρέμβαση αυτή θα πρέπει να περιορίζεται σε ασθενείς με χολαγγειίτιδα, σοβαρό συμπτωματικό ίκτερο (π.χ. έντονο κνησμό), καθυστέρηση της χειρουργικής επέμβασης ή πριν από τη χορήγηση νεοπλαστικής χημειοθεραπείας σε ικτερικούς ασθενείς. (Ισχυρή σύσταση, μέτριας ποιότητας δεδομένα.)

**Σκέψεις:** Ένα από τα πιο ισχυρά σημεία των guidelines του 2017 είναι η ξεκάθαρη τοποθέτηση κατά της προεγχειρητικής χολικής παροχέτευσης ως ρουτίνα σε ασθενείς με δυνητικά εξαιρέσιμη κακοήθη απόφραξη. Η σύσταση αυτή στηρίζεται σε πολυάριθμες μετα-αναλύσεις που δείχνουν απουσία οφέλους στη θνητότητα και πιθανή αύξηση της νοσηρότητας. Παρά τη σαφήνεια της οδηγίας, η κλινική πραγματικότητα είναι πιο σύνθετη. Η αυξανόμενη χρήση νεοπλαστικών σχημάτων, η καθυστέρηση της χειρουργικής επέμβασης και η ετερογένεια της βαρύτητας του ικτέρου καθιστούν την απόφαση για προεγχειρητική παροχέτευση συχνά εξατομικευμένη. Οι οδηγίες αναγνωρίζουν αυτή την πολυπλοκότητα, αφήνοντας περιθώριο κλινικής κρίσης.

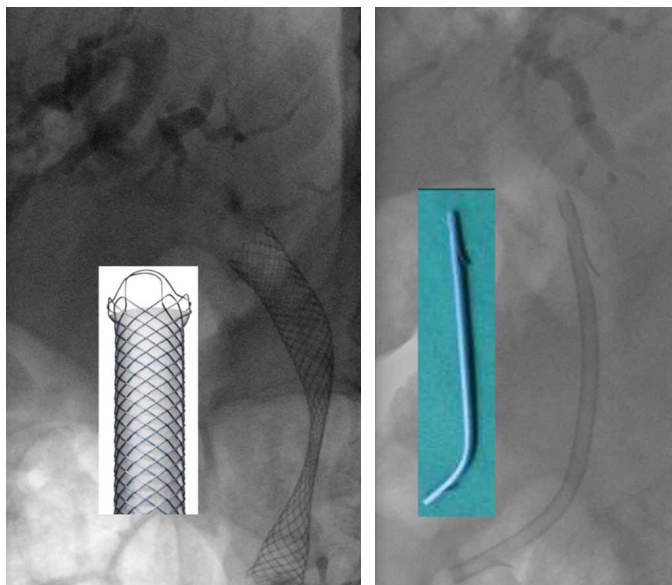
**Η σύσταση:** Η ESGE συνιστά την ενδοσκοπική τοποθέτηση αυτοεκπτυσσόμενης μεταλλικής ενδοπρόθεσης (SEMS) διαμέτρου 10mm για την προεγχειρητική παροχέτευση χοληφόρων σε κακοήθη εξωηπατική χολική απόφραξη. (Ισχυρή σύσταση, μέτριας ποιότητας δεδομένα)

**Σκέψεις:** Οι οδηγίες του 2017 επιβεβαιώνουν με ισχυρή σύσταση την υπεροχή των SEMS έναντι των πλαστικών ενδοπροθέσεων στην αντιμετώπιση της κα-



# Ενδοσκοπικό θέμα

ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΗΣ ESGE ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ  
ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΕΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ - 2017: ΜΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗ ΜΑΤΙΑ  
ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΣΤΕΝΩΣΕΩΝ



**Εικόνα 1.** Αντιμετώπιση κακοήθους στένωσης του χοληδόχου πόρου με μεταλλική ενδοπρόθεση (αριστερα) και με πλαστική (δεξιά).

κόθους χολικής απόφραξης (Εικόνα 1). Η μεγαλύτερη βατότητα, η μειωμένη ανάγκη επανεπέμβασης και η καλύτερη ποιότητα ζωής καθιστούν τις αυτοεκπυσσόμενες μεταλλικές ενδοπρόθεσεις τη λογική επιλογή.

Ωστόσο, η βιβλιογραφία στην οποία βασίζεται η σύσταση περιλαμβάνει μελέτες με διαφορετικά κριτήρια επιλογής ασθενών και συχνά περιορισμένο προσδόκιμο επιβίωσης. Επιπλέον, το κόστος, αν και θεωρητικά ισοσκελίζεται μακροπρόθεσμα, παραμένει πρακτικός περιορισμός σε ορισμένα συστήματα υγείας με περιορισμένους οικονομικούς πόρους, παράμετρος που δεν αναλύεται επαρκώς στις οδηγίες.

## 1.1.2. Παρηγορική παροχέτευση χοληφόρων

### 1.1.2.1. Η οδός πρώτης επιλογής για την παροχέτευση

**Η σύσταση:** Η ESGE συνιστά η παροχέτευση της κακοήθους εξωηπατικής χολικής απόφραξης να πραγματοποιείται κατά προτίμηση μέσω ERCP παρά χειρουργικά ή διαδερμικά. (Ισχυρή σύσταση, μέτριας ποιότητας δεδομένα)

**Η σύσταση:** Η ESGE συνιστά τον περιορισμό της χρήσης EUS-καθοδηγούμενης χολικής παροχέτευσης σε περιπτώσεις όπου η παροχέτευση με συμβατικές τεχνικές ERCP έχει αποτύχει. (Ισχυρή σύσταση, χαμηλής ποιότητας δεδομένα.)

**Σκέψεις:** Η ενότιπη αυτή τεκμηριώνει πειστικά την καθιέρωση της ERCP ως μεθόδου πρώτης γραμμής για την παροχέτευση κακοήθους εξωηπατικής χολικής απόφραξης, κυρίως λόγω της χαμηλότερης περιεπεμβατικής νοσηρότητας, της μικρότερης διάρκειας νοσηλείας και του μειωμένου κόστους σε σύγκριση με τη χειρουργική και τη διαδερμική προσπέλαση. Ωστόσο, σημαντικό μέρος των δεδομένων προέρχεται από παλαιότερες μελέτες με περιορισμένη χρήση σύγχρονων μεταλλικών ενδοπρόθεσεων, γεγονός που περιορίζει τη μεταφορά ορισμένων συμπερασμάτων στη σημερινή πρακτική. Αφετέρου, παρά τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα της EUS-καθοδηγούμενης χολικής παροχέτευσης, η σύσταση για περιορισμό της χρήσης της μετά από αποτυχία ERCP υπογραμμίζει ότι η τεχνική, αν και πολλά υποσχόμενη, παραμένει δύσκολη, απαιτεί ειδική εκπαίδευση και εφαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την εμπειρία του κέντρου,

# Ενδοσκοπικό θέμα



## ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΗΣ ESGE ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΕΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ - 2017: ΜΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗ ΜΑΤΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΣΤΕΝΩΣΕΩΝ

συνεπώς ακόμα δεν μπορεί να γενικευθεί ως μέθοδος πρώτης γραμμής για αυτή την κατηγορία ασθενών.

### 1.1.2.2. Τύπος ενδοπρόθεσης

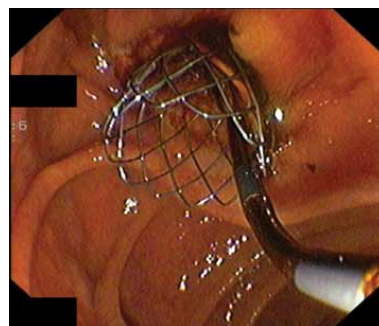
**Η σύσταση:** Η ESGE συνιστά την τοποθέτηση SEMS για την παρηγορική παροχέτευση κακοήθους εξωηπατικής χολικής απόφραξης. (Ισχυρή σύσταση, υψηλής ποιότητας δεδομένα)

**Σκέψεις:** Οι αυτοεκπτυσσόμενες μεταλλικές ενδοπρόθεσεις (Εικόνα 2) υπερέρχουν σταθερά των πλαστικών ως προς τη διάρκεια βατότητας, τη μείωση επιπλοκών και την ανάγκη επανεπέμβασης, ενώ το συνολικό κόστος παραμένει συγκρίσιμο, ακόμη και σε ασθενείς με περιορισμένο προσδόκιμο επιβίωσης. Παρά την τεχνολογική εξέλιξη των SEMS και των ειδικών υποτύπων (με αντιπαλινδρομική βαλβίδα, αντιμεταναστευτικό μηχανισμό, ραδιενεργό, καλυμμένο με rapli-taxel), καμία παραλλαγή δεν έχει αποδείξει σαφή υπεροχή σε «σκληρά» κλινικά καταληκτικά σημεία, γεγονός που υπογραμμίζει ότι η βασική επιλογή μεταξύ πλαστικής ενδοπρόθεσης (Εικόνα 3) και SEMS είναι κλινικά πολύ πιο σημαντική από τις επιμέρους τεχνικές διαφοροποιήσεις των ενδοπρόθεσεων και επηρεάζεται από πολλές παραμέτρους (κλινικές, διαθεσιμότητα, πόροι συστήματος Υγείας κ.).

### 1.1.3. Παροχέτευση ύποπτης για κακοήθεια απόφραξης χοληφόρου

**Η σύσταση:** Η ESGE συνιστά να αποφεύγεται η τοποθέτηση ακάλυπτων SEMS για την παροχέτευση εξωηπατικής απόφραξης χοληφόρου ασαφούς αιτιολογίας. (Ισχυρή σύσταση, χαμηλής ποιότητας δεδομένα)

**Σκέψεις:** Η συγκεκριμένη σύσταση της ESGE αποτελεί μια συνειδητά συντηρητική προσέγγιση σε ένα κλινικό πεδίο όπου η βεβαιότητα της διάγνωσης αποτελεί καθοριστικό στοιχείο για την επιλογή της ακολουθούμενης αντιμετώπισης. Το γεγονός ότι ένα μικρό αλλά μη αμελητέο ποσοστό ασθενών με προεγχειρητική υποψία καρκίνου του παγκρέατος τελικά πάσχει από καλοήγη νόσο, καθιστά προβληματική τη χρήση μη-αφαιρέσιμων μεταλλικών ενδοπρόθεσεων. Παρότι τα ακάλυπτα SEMS προσφέρουν ικανοποιητική βατότητα σε τεκμηριωμένη κακοήθεια, η αδυναμία ασφαλούς αφαίρεσής τους δημιουργεί σημαντικό θεραπευτικό αδιέξοδο όταν η αρχική διάγνωση δεν επιβεβαιώνεται και τελικά αποδεικνύεται ότι πρόκειται για μια καλοήγη στένωση. Οι εναλλακτικές τεχνικές διάσωσης, όπως η προσέγγιση “stent-in-stent” για την αφαίρεση ακάλυπτου SEMS, παραμένουν ιδιαίτερα δύσκολες από πλευράς τεχνικής, με συχνές επιπλοκές και περιορισμένη αποτελεσματικότητα, οπότε

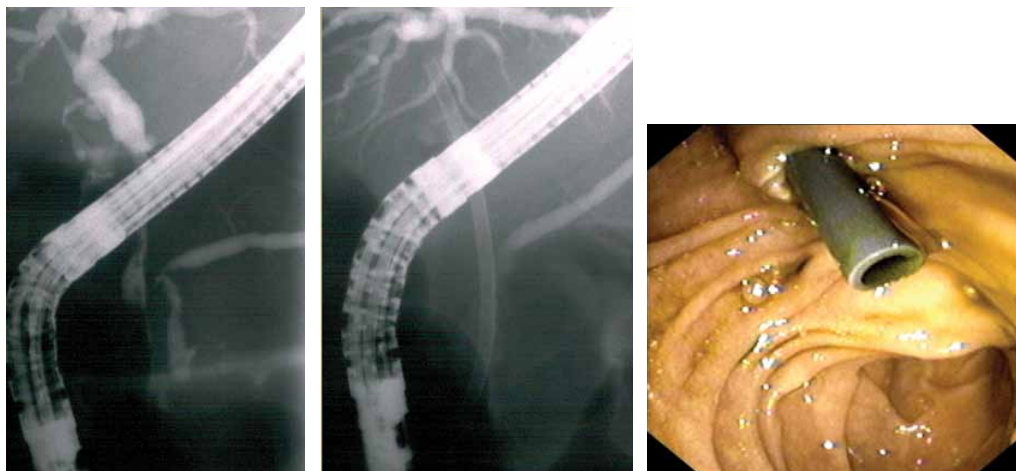


**Εικόνα 2.** Κακοήθης στένωση του χοληδόχου πόρου, όπου φαίνεται η εκσεσημασμένη διάταση του χοληδόχου πόρου και των ενδοηπατικών χοληφόρων (αριστερά). Παροχέτευση της με μεταλλική ενδοπρόθεση (μεσαία εικόνα). Ενδοσκοπική εικόνα του άκρου της ενδοπρόθεσης όπως προβάλλει από το φύμα του Vater (δεξιά).



# Ενδοσκοπικό θέμα

ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΗΣ ESGE ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ  
ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΕΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ - 2017: ΜΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗ ΜΑΤΙΑ  
ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΣΤΕΝΩΣΕΩΝ



**Εικόνα 3.** Παρόμοιο περιστατικό με την εικόνα 2, όπου υπάρχει κακοήθης στένωση του χοληδόχου πόρου (και εδώ φαίνεται η εκσεσημασμένη διάταση του χοληδόχου πόρου και των ενδοηπατικών χοληφόρων στην αριστερή εικόνα). Εδώ η παροχέτευση της έγινε με πλαστική ενδοπρόθεση (μεσαία εικόνα). Ενδοσκοπική εικόνα του άκρου της ενδοπρόθεσης όπως προβάλλει από το φύμα του Vater (δεξιά).

δεν μπορούν να θεωρηθούν ως μια ρεαλιστική λύση. Υπό αυτό το πρίσμα, η ισχυρή σύσταση της ESGE, παρά τη χαμηλή ποιότητα τεκμηρίωσης, αντανάκλα την ανάγκη πρόληψης μη αναστρέψιμων λαθών.

#### 1.1.4. Αντιμετώπιση κακοήθους χοληδοχοδωδεκαδακτυλικής απόφραξης

**Η σύσταση:** Η ESGE προτείνει την ενδοσκοπική τοποθέτηση SEMS χοληδόχου πόρου και ακάλυπτης δωδεκαδακτυλικής SEMS σε ασθενείς με ταυτόχρονη κακοήθη χολική και δωδεκαδακτυλική απόφραξη. (Ασθενής σύσταση, χαμηλής ποιότητας δεδομένα.)

**Σκέψεις:** Η αντιμετώπιση της κακοήθους χοληδοχοδωδεκαδακτυλικής απόφραξης βασίζεται περισσότερο σε έμμεσες ενδείξεις παρά σε άμεση τεκμηρίωση, καθώς απουσιάζουν προοπτικές συγκριτικές μελέτες που να αξιολογούν συνολικά τη συνδυασμένη ενδοσκοπική έναντι της χειρουργικής προσέγγισης. Τα διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν ότι οι ενδοσκοπικές τεχνικές προσφέρουν ταχύτερη λειτουργική αποκατάσταση και μικρότερη νοσηλεία, στοιχεία ιδιαίτερα σημαντικά σε ασθενείς με εξαιρετικά περιορισμένο προσδόκιμο επιβίωσης. Η ασθενής σύσταση της ESGE αντικατοπτρίζει εύστοχα

αυτή την πραγματικότητα, καθώς η επιλογή της ενδοσκοπικής λύσης υπαγορεύεται κυρίως από παρηγορικούς και πρακτικούς στόχους και λιγότερο από αποδείξεις για το ποια επιλογή εξασφαλίζει πιο μακροπρόθεσμη καλή έκβαση. Η εφαρμογή της παροχέτευσης των χοληφόρων υπό EUS-καθοδήγηση (EUS-BD), πρακτική που άρχισε να εφαρμόζεται ολοένα και περισσότερο μετά τη συγγραφή των οδηγιών της ESGE το 2017 έχει ανοίξει νέες δυνατότητες στην ενδοσκοπική αντιμετώπιση της ταυτόχρονης κακοήθους χολικής και δωδεκαδακτυλικής απόφραξης ακόμα και ως πρωτογενούς μεθόδου παροχέτευσης (παρά τους περιορισμούς της μεθόδου που αναφέρθηκαν παραπάνω), ενώ φυσικά παραμένει και η επιλογή της πρώιμης διαδερμικής παροχέτευσης των χοληφόρων (PTBD), ιδίως σε κέντρα που δε διαθέτουν τη δυνατότητα της EUS-BD.

## 2. Δυσλειτουργία ενδοπρόθεσης

**Η σύσταση:** Η ESGE προτείνει σε ασθενή με περιφερική κακοήθη στένωση χοληφόρων και μη λειτουργικό stent, ένα πλαστικό stent θα πρέπει να αντικατασταθεί από ένα SEMS και, στην περίπτωση ενός προϋπάρχοντος SEMS, ένα πλαστικό stent ή ένα



**νέο SEMS θα πρέπει να εισαχθεί εντός του αρχικού SEMS.** (Ασθενής σύσταση, μέτριας ποιότητας δεδομένα.)

**Σκέψεις:** Η δυσλειτουργία των ενδοπροθέσεων των χοληφόρων παραμένει ένα πεδίο με σημαντική ετερογένεια, καθώς απουσιάζει ένας ενιαίος, τυποποιημένος ορισμός, γεγονός που δυσχεραίνει τη σύγκριση μελετών και την εξαγωγή ισχυρών συμπερασμάτων. Παρά ταύτα, τα διαθέσιμα δεδομένα συγκλίνουν στο ότι η δευτερογενής τοποθέτηση SEMS υπερέχει σαφώς των πλαστικών ενδοπροθέσεων ως προς τη διάρκεια βατότητας, χωρίς επιβάρυνση του συνολικού κόστους. Η περιορισμένη διαφορά μεταξύ επικαλυμμένων και ακάλυπτων SEMS υποδηλώνει ότι, στη φάση της επανεπέμβασης, η στρατηγική αντικατάστασης είναι σημαντικότερη από τον ακριβή τύπο της ενδοπρόθεσης. Παρά τις ελπιδοφόρες ενδείξεις για τεχνικές όπως η χρήση των ραδιοσυχνοτήτων (radiofrequency ablation) για την αντιμετώπιση μη-λειτουργικού ακάλυπτου SEMS σε σύγκριση με τοποθέτηση πλαστικής ενδοπρόθεσης εντός του SEMS, η απουσία πολλών και ισχυρών προοπτικών δεδομένων επιβάλλει την επιλογή της κατάλληλης αντιμετώπισης με μεγάλη προσοχή και κατά προτίμηση σε κέντρα με αρκετή εμπειρία πάνω στο θέμα.

### 3. Περιεπεμβατική και τεχνική πλευρά της τοποθέτησης ενδοπροθέσεων

#### 3.1. Πρόληψη της παγκρεατίτιδας μετά από ERCP

**Η σύσταση:** Η ESGE συνιστά, για την πρόληψη της παγκρεατίτιδας μετά από ERCP, τη χορήγηση 100 mg δικλοφενάκης ή ινδομεθακίνης από το ορθό, αμέσως πριν ή αμέσως μετά την ERCP, σε κάθε ασθενή χωρίς αντενδείξεις. (Ισχυρή σύσταση, μέτριας ποιότητας δεδομένα.)

**Σκέψεις:** Η συγκεκριμένη σύσταση αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα ισχυρής τεκμηρίωσης με ανεπαρκή εφαρμογή στην καθημερινή πράξη. Παρά το σαφές όφελος, την ασφάλεια και το χαμηλό κόστος της χορήγησης μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών υπό μορφή ορθικού υπόθετου για την πρόληψη της παγκρεατίτιδας μετά από ERCP, το μέτρο εξακολουθεί να μην εφαρμό-

ζεται καθολικά. Η πλήρης σύγκλιση ευρωπαϊκών και αμερικανικών οδηγιών στο σημείο αυτό υπογραμμίζει ότι το πρόβλημα δεν είναι επιστημονικό, αλλά πρωτίστως οργανωτικό και κυρίως θέμα αποδοχής.

#### 3.2. Χορήγηση προφυλακτικής αντιβίωσης

**Η σύσταση:** Η ESGE προτείνει τη χορήγηση αντιβιοτικής προφύλαξης πριν από την τοποθέτηση ενδοπρόθεσης χοληφόρων σε επιλεγμένους ασθενείς (π.χ. ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, αναμενόμενη ατελής χολική παροχέτευση). (Ασθενής σύσταση, μέτριας ποιότητας δεδομένα.)

**Σκέψεις:** Η σύσταση για αντιβιοτική προφύλαξη αποτυπώνει τη μετατόπιση από τη χορήγηση αντιβιοτικών σε επίπεδο ρουτίνας προς μια στοχευμένη χρήση τους σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι η ατελής χολική παροχέτευση και όχι η απουσία αντιβιοτικών, αποτελεί τον κύριο παράγοντα κινδύνου για χολαγγειίτιδα. Η στάση αυτή, που περιορίζει την προφύλαξη σε επιλεγμένες περιπτώσεις, ευθυγραμμίζεται με τις αμερικανικές οδηγίες και αποφεύγει την αδικαιολόγητη έκθεση όλων και ανεξαιρέτως, των ασθενών σε αντιβιοτικά.

#### 3.3. Ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή δια του χοληδόχου πόρου

**Η σύσταση:** Η ESGE προτείνει να αποφεύγεται η ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή πριν από την τοποθέτηση πλαστικής ενδοπρόθεσης ή ακάλυπτης/μερικώς επικαλυμμένης SEMS. (Ασθενής σύσταση, μέτριας ποιότητας δεδομένα.)

**Σκέψεις:** Η ανάλυση των διαθέσιμων δεδομένων καθιστά σαφές ότι η ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως τυπικό προπαρασκευαστικό βήμα πριν από την τοποθέτηση ενδοπρόθεσης στα χοληφόρα. Τα πιθανά προστατευτικά της αποτελέσματα φαίνεται να περιορίζονται σε πολύ συγκεκριμένες ενδείξεις, όπως η τοποθέτηση ενδοπρόθεσης σε περίπτωση χολόρροιας, ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις δεν προσφέρει ουσιαστικό όφελος και συνοδεύεται από



# Ενδοσκοπικό θέμα

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΗΣ ESGE ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ  
ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΕΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ - 2017: ΜΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗ ΜΑΤΙΑ  
ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΣΤΕΝΩΣΕΩΝ**

αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας. Υπό αυτό το πρίσμα, η σύσταση της ESGE να αποφεύγεται η σε επίπεδο ρουτίνας η ενδοσκοπική σφικκτηροτομή πριν την τοποθέτηση μιας ενδοπρόθεσης δεν αντανάκλα συντηρητισμό, αλλά μάλλον μια στάθμιση κινδύνου-οφέλους. Φυσικά και εδώ θα πρέπει να λαμβάνονται ειδικές περιπτώσεις υπόψιν (π.χ. η σφικκτηροτομή μπορεί να διευκολύνει την είσοδο ψύκτρας κυτταρολογικής εκεί που χρειάζεται)

### **3.4. Αποτυχία τοποθέτησης ενδοπρόθεσης**

#### **3.4.1. Επανάληψη ERCP**

Η ERCP στις περιπτώσεις παροχέτευσης κακοήθους απόφραξης των χοληφόρων μπορεί να αποτύχει σε ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 10–20% των ασθενών λόγω δύσκολης ανατομίας ή αδυναμίας καθετηριασμού της θηλής και διέλευσης οδηγού σύρματος διαμέσου της στένωσης. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η ένδειξη για επανάληψη της ενδοσκοπικής παρέμβασης θα πρέπει να επανεκτιμάται προσεκτικά. Σε 9 μελέτες που ανέλυσαν τον ρόλο της επαναληπτικής ERCP, η επαναληπτική ERCP ήταν επιτυχής σε 442 από 537 ασθενείς (82%).

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι τρεις μελέτες που ανέλυσαν τον χρόνο επανάληψης της ERCP έδειξαν ότι η επιτυχία ήταν μεγαλύτερη όταν η ERCP επαναλαμβανόταν τουλάχιστον 2 ή 4 ημέρες μετά την πρώτη προσπάθεια.

Πιθανή εξήγηση αποτελεί η καλύτερη ορατότητα του στομίου του χοληδόχου πόρου λόγω:

- μείωσης του οιδήματος,
- ή υποχώρησης της υποβλενογόνιας έγχυσης.
- Παράγοντες που ενδέχεται να ευνοούν την επιτυχία της επαναληπτικής ERCP περιλαμβάνουν:
  - καλύτερη καταστολή του ασθενούς,
  - καλύτερη προετοιμασία της ομάδας,
  - διαθεσιμότητα εξειδικευμένου υλικού (π.χ. ειδικά σύρματα),
  - παραπομπή σε άλλο ενδοσκόπο στο ίδιο ίδρυμα ή σε κέντρο υψηλού όγκου περιστατικών.

Η νοσηρότητα που σχετίζεται με την πρώτη και τις επόμενες ERCP ήταν παρόμοια στις μελέτες που ανέφεραν το συγκεκριμένο καταληκτικό σημείο.

Στο σημείο αυτό, ο αναγνώστης παραπέμπεται στην Κατευθυντήρια Οδηγία της ESGE για τις τεχνικές καθετηριασμού της θηλής και τη σφικκτηροτομή κατά την ERCP, η οποία περιλαμβάνει αλγόριθμο τεκμηριωμένης αντιμετώπισης του δύσκολου καθετηριασμού των χοληφόρων. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε ασθενείς με σύνθετη μετεγχειρητική ανατομία (π.χ. γαστρεκτομή Billroth II), η ESGE προτείνει παραπομπή σε εξειδικευμένο κέντρο.

#### **3.4.2 Ο ρόλος της EUS-καθοδηγούμενης παροχέτευσης χοληφόρων (EUS-BD)**

Πιο πρόσφατα έχει αρχίσει να αποτυπώνεται στη βιβλιογραφία ο ρόλος της EUS-BD μετά από αποτυχία ERCP. Στις RCTs που έχουν εξετασθεί η EUS-BD φαίνεται να έχει παρόμοια αποτελεσματικότητα με λιγότερες επιπλοκές από τις διαθέσιμες εναλλακτικές

### **Επίλογος**

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της ESGE του 2017 για την ενδοσκοπική παροχέτευση κακοήθων στενώσεων των χοληφόρων αποτέλεσαν αναμφίβολα ένα ουσιαστικό σημείο αναφοράς για την καθημερινή επεμβατική ενδοσκόπηση, προσφέροντας ένα σαφές και κατά βάση τεκμηριωμένο πλαίσιο κλινικών αποφάσεων. Παρ' όλα αυτά, η εφαρμογή τους στην πράξη αναδεικνύει σταθερά την απόσταση που συχνά χωρίζει τη θεωρητικά βέλτιστη σύσταση από την πραγματικότητα της κλινικής καθημερινότητας, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα με ετερογένεια ασθενών, πόρων και διαθέσιμης εξειδίκευσης. Η εμπειρία που προκύπτει τόσο από τη διεθνή βιβλιογραφία όσο και από μελέτες στις οποίες ο γράφων είχε τη δυνατότητα να συμβάλει επιστημονικά, υπογραμμίζει ότι η εξατομίκευση της θεραπευτικής στρατηγικής παραμένει καθοριστική, ακόμη και όταν υφίστανται ισχυρές κατευθυντήριες οδηγίες. Υπό αυτό το πρίσμα, οι οδηγίες της ESGE οφείλουν να λειτουργούν όχι ως άκαμπτοι κανόνες, αλλά ως ζωντανό εργαλείο κριτικής σκέψης, που σε συνδυασμό



με την κλινική εμπειρία και την ευθύνη του θεράποντος ιατρού μπορεί να οδηγήσει στη βέλτιστη δυνατή φροντίδα των ασθενών με κακοήθη απόφραξη των χοληφόρων.

**Ίσως τελικά η μεγαλύτερη αξία των οδηγιών να μην έγκειται στο τι ακριβώς προτείνουν, αλλά στο πώς ωθούν τον κλινικό να σκέφτεται κριτικά, να αμφισβητεί τεκμηριωμένα και να προσαρμόζει τις συστάσεις στον ασθενή που έχει μπροστά του.**

### ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Testoni PA, Mariani A, Aabakken L, Arvanitakis M, Borjes E, Costamagna G, Devière J, Dinis-Ribeiro M, Dumonceau JM, Giovannini M, Gyokeres T, Häfner M, Halttunen J, Hassan C, Lopes L, Papanikolaou IS, Tham TC, Tringali A, van Hooft J, Williams EJ. Papillary cannulation and sphincterotomy techniques at ERCP: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2016;48(7):657–683. doi:10.1055/s-0042-108641.
2. Dumonceau JM, Tringali A, Papanikolaou IS, Blero D, Mangiavillano B, Schmidt A, Vanbiervliet G, Costamagna G, Devière J, García-Cano J, Gyökeres T, Hassan C, Prat F, Siersema PD, van Hooft JE. Endoscopic biliary stenting: indications, choice of stents, and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline – updated October 2017. *Endoscopy*. 2018;50(9):910–930. doi:10.1055/a-0659-9864.
3. Dumonceau JM, Tringali A, Blero D, Devière J, Laugiers R, Heresbach D, Costamagna G; European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Biliary stenting: indications, choice of stents and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guideline. *Endoscopy*. 2012;44(3):277–298. doi:10.1055/s-0031-1291633.
4. Sawas T, Al Halabi S, Parsi MA, Vargo JJ. Self-expandable metal stents versus plastic stents for malignant biliary obstruction: a meta-analysis. *Gastrointest Endosc*. 2015;82(2):256–267. doi:10.1016/j.gie.2015.03.1980.
5. Zorrón Pu L, de Moura EG, Bernardo WM, Baracat FI, Mendonça EQ, Kondo A, Luz GO, Furuya Júnior CK, Artifon EL. Endoscopic stenting for inoperable malignant biliary obstruction: a systematic review and meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2015;21(47):13374–13385. doi:10.3748/wjg.v21.i47.13374.
6. Almadi MA, Barkun A, Martel M. Plastic vs self-expandable metal stents for palliation in malignant biliary obstruction: a series of meta-analyses. *Am J Gastroenterol*. 2017;112(2):260–273. doi:10.1038/ajg.2016.512.
7. Kullman E, Frozanpor F, Söderlund C, Linder S, Sandström P, Lindhoff-Larsson A, Toth E, Lindell G, Jonas E, Freedman J, Ljungman M, Rudberg C, Ohlin B, Zacharias R, Leijonmarck CE, Teder K, Ringman A, Persson G, Gözen M, Eriksson O. Covered versus uncovered self-expandable nitinol stents in the palliative treatment of malignant distal biliary obstruction: results from a randomized, multicenter study. *Gastrointest Endosc*. 2010;72(5):915–923. doi:10.1016/j.gie.2010.07.036.
8. Telford JJ, Carr-Locke DL, Baron TH, Poneris JM, Bounds BC, Kelsey PB, Schapiro RH, Huang CS, Lichtenstein DR, Jacobson BC, Saltzman JR, Thompson CC, Forcione DG, Gostout CJ, Brugge WR. A randomized trial comparing uncovered and partially covered self-expandable metal stents in the palliation of distal malignant biliary obstruction. *Gastrointest Endosc*. 2010;72(5):907–914. doi:10.1016/j.gie.2010.08.021.
9. Walter D, van Boeckel PG, Groenen MJ, Weusten BL, Witteman BJ, Tan G, Brink MA, Nicolai J, Tan AC, Alderliesten J, Venneman NG, Laleman W, Jansen JM, Bodelier A, Wolters FL, van der Waaij LA, Breumelhof R, Peters FT, Scheffer RC, Leenders M, Hirdes MM, Steyerberg EW, Vleggaar FP, Siersema PD. Cost efficacy of metal stents for palliation of extrahepatic bile duct obstruction in a randomized controlled trial. *Gastroenterology*. 2015;149(1):130–138. doi:10.1053/j.gastro.2015.03.012.
10. Arkadopoulos N, Kyriazi MA, Papanikolaou IS, Vasiliou P, Theodoraki K, Lappas C, Oikonomopoulos N, Smyrniotis V. Preoperative biliary drainage of severely jaundiced patients increases morbidity of pancreaticoduodenectomy: results of a case-control study. *World J Surg*. 2014;38(11):2967–2972. doi:10.1007/s00268-014-2669-x.



# Κλινικό θέμα

## ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΠΟΡΦΥΡΙΕΣ, ΜΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

**Δρ. Θωμάς Βασιλάκης**, M.Sc. Επιμελητής Β΄, Κλινική Ηπατολογίας και Γαστρεντερολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Charité, Campus Mitte, Βερολίνο

Οι πορφυρίες είναι σπάνιες, ως επί το πλείστον γενετικές διαταραχές της βιοσύνθεσης της αίμης. Λόγω της σπανιότητάς τους και της ποικίλης συμπτωματολογίας τους παραλείπονται συχνά ως διαφορική διάγνωση, με αποτέλεσμα η διάγνωση να καθυστερεί, ανα περίπτωση, κατα μέσο όρο έως και τα 15 έτη από την έναρξη των συμπτωμάτων. Αυτή η καθυστέρηση προκαλεί σημαντικές σωματικές, ψυχολογικές και οικονομικές επιπτώσεις στους ασθενείς.

### Ταξινόμηση

Για την καλύτερη κατανόηση και αναγνώριση των πορφυριών συνιστάται ο διαχωρισμός τους *βάσει της θέσης* που εκφράζεται πρωτίστως η μεταβολική βλάβη - **ηπατικές** και **ερυθροποιητικές** (μυελός των οστών) - και *βάσει της κλινικής εικόνας* (Εικόνα 1) σε:

- **Δερματικές Πορφυρίες.** Αυτές παρουσιάζουν μόνο δερματικά συμπτώματα και μπορούν να υποδιαιρεθούν στις δερματικές πορφυρίες που εμφανίζουν πομφόλυγες και σε αυτές χωρίς πομφόλυγες. Οι πρώτες είναι ηπατικές (συνότερη: όψιμη δερματική πορφυρία) ή ερυθροποιητικές, ενώ οι δεύτερες είναι μόνο ερυθροποιητικές.
- **Νευροσπλαχνικές (neurovisceral) Πορφυρίες.** Αυτές παρουσιάζουν μόνο νευροσπλαχνικά συμπτώματα και είναι αποκλειστικά ηπατικές, με συχνότερη την οξεία διαλείπουσα πορφυρία (ΟΔΠ).
- **Νευροδερματικές (neurocutaneous) Πορφυρίες.** Στις πορφυρίες αυτής της κατηγορίας μπορούν να συνυπάρχουν νευροσπλαχνικά και δερματικά συμπτώματα ποικίλης σοβαρότητας, χωρίς όμως να εμφανίζονται πάντα ταυτόχρονα. Συχνότερη εκπρόσωπος είναι η Ποικίλη Πορφυρία (ΠΠ), η οποία απαντάται ιδιαίτερα συχνά στη Νότια Αφρική. Χαρακτηριστικά, στο 60% των ασθενών η νόσος εκδηλώνεται αποκλειστικά με δερματικές αλλοιώσεις. Αντίθετα, στην Κληρονομική Κοπροπορφυρία (ΚΚΠ) δερματικές εκδηλώσεις παρατηρούνται σπάνια, σε μόλις 5% των περιπτώσεων.

Οι δύο τελευταίες κατηγορίες κατατάσσονται στις οξείες ηπατικές πορφυρίες (ΟΗΠ) που χαρακτηρίζονται

από επεισοδιακές, ήπιες έως δυνητικά θανατηφόρες κρίσεις, οι οποίες εκλύονται από παράγοντες, όπως φάρμακα, νηστεία ή ορμονικές μεταβολές. Οι ΟΗΠ έρχονται σε αντιδιαστολή με τις δερματικές πορφυρίες, οι οποίες δεν παρουσιάζουν αντίστοιχες κρίσεις. Ένας άλλος διαχωρισμός μπορεί να γίνει βάσει ηλικίας, καθώς οι ερυθροποιητικές πορφυρίες εκδηλώνονται νωρίς (βρεφική-παιδική ηλικία), οι ΟΗΠ σπάνια πριν από την εφηβεία, ενώ η όψιμη δερματική πορφυρία είναι κατεξοχήν νόσος της μέσης και ώριμης ηλικίας. Το άρθρο αυτό θα επικεντρωθεί κυρίως στις ηπατικές πορφυρίες.

### Επιδημιολογία / Γενετικό Υπόβαθρο

Στον Πίνακα 1 παρατίθεται ο επιπολασμός της κάθε πάθησης και ο τρόπος κληρονομησης. Η όψιμη δερματική πορφυρία είναι η μοναδική πορφυρία που μπορεί να εμφανιστεί ως σποραδική/επίκτητη, με εκλυτικούς παράγοντες την ηπατίτιδα C, τον HIV, την αιμοχρωμάτωση κ.α., ή ως οικογενής νόσος. Οι αυτοσωμικά υπολειπόμενες πορφυρίες εμφανίζουν πολύ υψηλή διεισδυτικότητα. Αντιθέτως, η διεισδυτικότητα των αυτοσωμικά επικρατών πορφυριών είναι εξαιρετικά χαμηλή (π.χ. ΟΔΠ 0,5-1%). Ανάλογα με τη διεισδυτικότητα παρατηρούνται, στις οξείες ηπατικές πορφυρίες, οι ακόλουθοι κλινικοί φαινότυποι:

- Ασυμπτωματική λανθάνουσα νόσος: φορείς γενετικής μετάλλαξης χωρίς κλινικές ή βιοχημικές εκδηλώσεις.
- Ασυμπτωματικοί υψηλοί εκκριντές: φορείς γενετικής μετάλλαξης χωρίς κλινικές εκδηλώσεις αλλά με βιοχημική δραστηριότητα: αυξημένο δ-αμινολεβουλικό οξύ (ALA) και πορφοχολινογόνο (PBG) ούρων.
- Συμπτωματικοί ασθενείς με σπάνιες οξείες κρίσεις: άτομα με ήπια συμπτώματα και < 4 οξείες κρίσεις ετησίως.
- Συμπτωματικοί ασθενείς με υποτροπιάζουσες οξείες κρίσεις: άτομα με σοβαρή νόσο και ≥ 4 οξείες κρίσεις ετησίως.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.** Επιδημιολογία Πορφυριών.

Πορφυρία	Ένζυμο	Επιπολασμός	Κληρονομ.
Όψιμη Δερματική Πορφυρία	UROD	~1:10.000 (Ευρώπη)	ΑΕ, επίκτητη
Οξεία Διαλείπουσα Πορφυρία (ΟΔΠ)	PBGD	~6:1.000.000 συμπτωματική 1:1500 φορείς	ΑΕ
Ποικίλη Πορφυρία (ΠΠ)	PPOX	~1:300.000	ΑΕ
Κληρονομική Κοπροπορφυρία (ΚΚΠ)	CPO	~2-5:1.000.000	ΑΕ
Ερυθροποιοτική Πρωτοπορφυρία (ΕΠΠ)	FECH	~1:75.000-200.000	ΑΥ
Συγγενής Ερυθροποιοτική Πορφυρία (ΣΕΠ)	UROS	~1:1.000.000	ΑΥ
Χ συνδεδεμένη Πρωτοπορφυρία (ΧΣΠΠ)	ALAS2	~1:1.000.000-2.000.000	ΦΕ
Ηπατοερυθροποιοτική Πορφυρία (ΗΕΠ)	UROD	<100 περιπτώσεις	ΑΥ
Ανεπάρκεια ALA Αφυδρατάσης (ΑΑΑ)	ALAD	<10 περιπτώσεις	ΑΥ

ΑΕ: αυτοσωμικά επικρατής, ΑΥ: αυτοσωμικά υπολειπόμενα, ΦΕ: Φυλοσύνδετη επικρατής, ALAS: δ-Αμινολεβουλινική συνθάση, ALAD: δ-Αμινολεβουλινική αφυδρατάση, PBGD: Πορφοχολινογόνο απαμινάση, UROS: Ουροπορφυρινογόνο III συνθάση, UROD: Ουροπορφυρινογόνο αποκαρβοξυλάση, CPO: Κοπροπορφυρινογόνο οξειδάση, PPOX: Πρωτοπορφυρινογόνο οξειδάση, FECH: Σιδηροχλητάση

### Παθοφυσιολογία

Το 80% της αίμης συντίθεται στον μυελό των οστών και το 15% στο ήπαρ, ενώ η οδός σύνθεσής της αποτελείται από 8 ενζυμικά στάδια. Τα συμπτώματα κάθε πορφυρίας προκύπτουν από τη συσσώρευση προδρόμων ουσιών της αίμης ανοδικά του ελλειμματικού ενζύμου (Εικόνα 1). Ωστόσο, ο τύπος των ουσιών που συσσωρεύονται και επομένως η κλινική εικόνα εξαρτάται από την εφεδρική ενζυμική δραστηριότητα του παθολογικού ενζύμου (Εικόνα 2) και της θέσης που εκφράζεται πρωτίστως η μεταβολική βλάβη (ηπατικές ή ερυθροποιοτικές).

Πιο συγκεκριμένα, στις ηπατικές πορφυρίες (με εξαίρεση την όψιμη δερματική πορφυρία), η παραγωγή αίμης μειώνεται, με αποτέλεσμα την αποδέσμευση της ALAS1 από τον ανασταλτικό βρόχο ανατροφοδότησης και την υπερπαραγωγή ALA και PBG. Καθώς το ALA είναι νευροτοξικό, δρώντας ως ανάλογο του GABA, η συσσώρευσή του προκαλεί νευροσπλαχνική συμπτωματολογία. Αντίθετα, στους ερυθροβλάστες εκφράζεται το ισομερές ένζυμο ALAS2 που δε ρυθμίζεται από τη συγκέντρωση αίμης αλλά από την ερυθροποιοτίνη και τη διαθεσιμότητα σιδήρου. Επομένως, δεν παρατηρείται

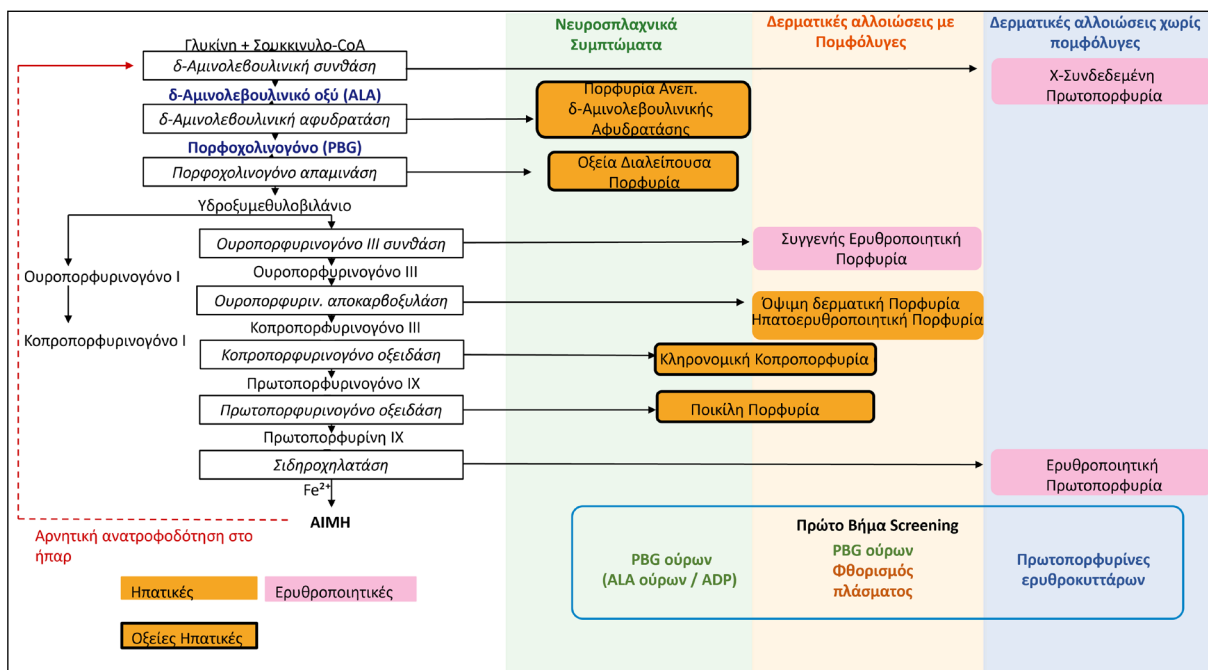
επαγωγή του ALAS2 ούτε υπερπαραγωγή ALA και PBG και κατ' επέκταση στις ερυθροποιοτικές πορφυρίες απουσιάζει η νευρολογική συμπτωματολογία.

Στις πορφυρίες που συσσωρεύονται πορφυρίνες, αυτές εναποτίθενται στο δέρμα και προκαλούν φωτοευαισθησία. Ο χαρακτήρας της φωτοευαισθησίας, πομφολυγώδης ή μη, εξαρτάται από τις φυσικοχημικές ιδιότητες των εκάστοτε πορφυρινών. Οι υδρόφιλες πορφυρίνες (ουροπορφυρίνη, κοπροπορφυρίνη) κυκλοφορούν ελεύθερα στο πλάσμα και συσσωρεύονται στο υδατικό διαμέρισμα του χορίου, φθάνοντας έως τη βασική μεμβράνη της επιδερμίδας. Όταν ενεργοποιηθούν από το φως, παράγουν δραστικές ρίζες οξυγόνου που βλάπτουν τη βασική μεμβράνη και οδηγούν σε υποεπιδερμική φυσαλιδοποίηση. Αντιθέτως, η πρωτοπορφυρίνη IX είναι έντονα λιπόφιλη και εντοπίζεται στα ενδοθηλιακά κύτταρα των επιπολής τριχοειδών του χορίου. Η φωτοενεργοποίησή της προκαλεί άμεση αγγειακή βλάβη και αποκοκκίωση μαστοκυττάρων, με αποτέλεσμα έντονο καύσο και πόνο εντός λεπτών, χωρίς όμως σχηματισμό πομφολύγων.



# Κλινικό θέμα

## ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΠΟΡΦΥΡΙΕΣ, ΜΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ



**Εικόνα 1.** Απεικόνιση της βιοσυνθετικής οδού της αίμης με ταξινόμηση των πορφυριών βάσει της θέσης που εκφράζεται πρωτίτως η μεταβολική βλάβη σε ηπατικές και ερυθροποιητικές και βάσει της συμπτωματολογίας και της παρουσίας οξείων κρίσεων. \*Σημείωση: στους ερυθροβλάστες εκφράζεται η αμινολεβουλινική συνθάση (ALAS2), η οποία δεν αναστέλλεται από τη συγκέντρωση της αίμης.

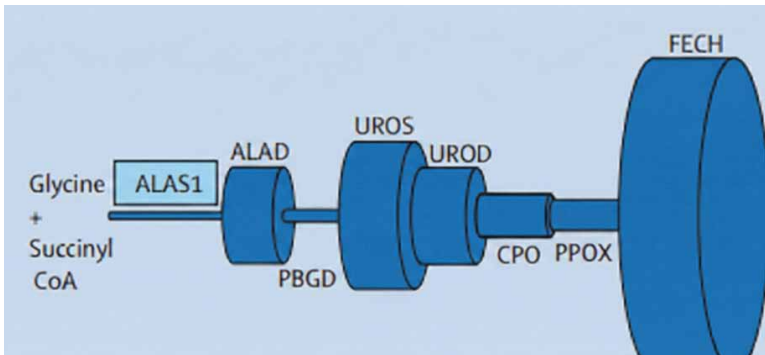
### Συμπτωματολογία Οξείων Ηπατικών Πορφυριών

Το κοιλιακό άλγος είναι το επικρατέστερο σύμπτωμα (Πίνακας 2): διάχυτο, έντονο, συχνά συνοδευόμενο από ναυτία, έμετο και δυσκοιλιότητα. Τα συμπτώματα αυτά οφείλονται στη νευροτοξική δράση του ALA στο αυτόνομο νευρικό σύστημα αλλά και στην ενεργοποίηση του κέντρου του εμέτου. Η βλάβη στο εντερικό νευρικό σύστημα οδηγεί σε διαταραχή της περισταλτικής κίνησης, με αποτέλεσμα δυσκοιλιότητα, κοιλιακές κράμπες και ναυτία. Ταυτόχρονα, η αυτόνομη νευροπάθεια προκαλεί σπασμό των λείων μυϊκών ινών του εντέρου, συμβάλλοντας στο χαρακτηριστικό διάχυτο κοιλιακό άλγος χωρίς περιτοναϊσμό, γεγονός που αποτελεί σημαντικό στοιχείο για τη διαφορική διάγνωση και την αποφυγή άσκοπου χειρουργείου.

Επιπλέον, δύναται να εμφανιστούν αισθητικές διαταραχές, όπως υπαισθησία και παραισθησίες καθώς και κινητικά ελλείμματα ποικίλης βαρύτητας, έως πλήρης

χαλαρή παράλυση. Η κλινική εικόνα ενίοτε μιμείται το σύνδρομο Guillain-Barré. Η κινητική αδυναμία ξεκινά συνήθως από τα άνω άκρα και μπορεί να εξελιχθεί σε αναπνευστική ανεπάρκεια. Αυτόνομες εκδηλώσεις (ταχυκαρδία, υπέρταση) και υπονατρίαμια συμπληρώνουν την κλινική εικόνα. Η υπονατρίαμια πιθανότατα οφείλεται στην απελευθέρωση αντιδιουρητικής ορμόνης, η οποία θεωρείται ότι επάγεται από τον πόνο, τη ναυτία και την αφυδάτωση από εμέτους. Λόγω της υπονατρίαμιας μπορούν να εμφανιστούν κεφαλαλγίες, αλλαγές στη συμπεριφορά, ψευδαισθήσεις, αλλά και επιληπτικές κρίσεις (5%–10%).

Η ΠΠ και η ΚΚΠ δύναται να εκδηλωθούν με δερματικά συμπτώματα. Οι αλλοιώσεις εμφανίζονται στις εκτεθειμένες στον ήλιο περιοχές και χαρακτηρίζονται από ευθραυστότητα του δέρματος, φυσαλίδες, διάβρωση και υπέρχρωση, κλινική εικόνα αδιαίρετη από εκείνη της όψιμης δερματικής πορφύρας.



**Εικόνα 2.** Σχηματική απεικόνιση της εφεδρικής ενζυματικής ικανότητας στη βιοσυνθετική οδό της αίμης. Η διάμετρος κάθε κυλίνδρου αντιπροσωπεύει την εφεδρική ικανότητα του αντίστοιχου ενζύμου. Τα ένζυμα με μεγαλύτερη εφεδρική ικανότητα, επιτρέπουν τη διατήρηση επαρκούς παραγωγής αίμης παρά τη μερική ανεπάρκειά τους. Αντιθέτως, η PBGD διαθέτει τη μικρότερη εφεδρική ικανότητα. Ως εκ τούτου, σε συνθήκες υπερπαραγωγής υποστρώματος, ακόμη και ετερόζυγη ανεπάρκεια PBGD

(~50% μείωση δραστηριότητας) αρκεί για να δημιουργήσει κρίσιμη συμφόρηση και να οδηγήσει στην εκδήλωση οξείας διαλείπουσας πορφυρίας. Αντιθέτως, δεν παρατηρείται συσσώρευση ALA στην όψιμη δερματική πορφυρία (ένζυμο UROD), επειδή συνεχίζεται να παράγεται αίμη που αναστέλλει την ALAS1.

ALAS: δ-Αμινολεβουλινική συνθάση, ALAD: δ-Αμινολεβουλινική αφυδρατάση, PBGD: Πορφοχολινογόνο απαμινάση, UROS: Ουροπορφυρινογόνο III συνθάση, UROD: Ουροπορφυρινογόνο αποκαρβοξυλάση, CPO: Κοπροπορφυρινογόνο οξειδάση, PPOX: Πρωτοπορφυρινογόνο οξειδάση, FECH: Σιδηροχλητάση. Προσαρμογή από Puy et al., 2010.

### Εκλυτικοί Παράγοντες

Οι κρίσεις εκδηλώνονται κυρίως σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, συχνά με κυκλικό χαρακτήρα (ωχρινική φάση), λόγω επαγωγής ALAS1 από τη προ-

γεστερόνη. Άλλοι εκλυτικοί παράγοντες είναι η νηστεία/ασιτία, το αλκοόλ, οι λοιμώξεις, το στρες, το κάπνισμα και φάρμακα όπως τα αντιεπιληπτικά, οι σουλφοναμίδες, σκευάσματα προγεστερόνης/οιστρογόνων και αναισθητικά φάρμακα. Μια συγκεντρωτική λίστα φαρμάκων και της ασφάλειάς τους για ασθενείς με ΟΗΠ είναι διαθέσιμη στον ιστότοπο: <https://www.drugs-porphyrria.org/>.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.** Συχνότητα συμπτωμάτων οξείων ηπατικών πορφυριών

Σύμπτωμα	Συχνότητα
Κοιλιακό άλγος	85–95%
Έμετος	43–88%
Δυσκοιλιότητα	48–84%
Μυϊκή αδυναμία	42–60%
Ψυχιατρικά συμπτώματα	40–58%
Άλγος άκρων, κεφαλής, αυχένα ή θώρακα	50–52%
Υπέρταση	36–54%
Ταχυκαρδία	28–80%
Σπασμοί	5–10%
Αισθητική απώλεια	9–38%
Πυρετός	9–37%
Αναπνευστική παράλυση	9–14%
Διάρροια	5–12%

### Χρόνιες επιπλοκές

Το 65% των ασθενών με υποτροπιάζουσες κρίσεις αναπτύσσει χρόνια συμπτωματολογία. Το νευροπαθητικό άλγος των κρίσεων παραμένει στο 40% ασθενών ακόμα και κατά τις περιόδους ύφεσης και αποδίδεται σε περιφερική και κεντρική ευαισθητοποίηση. Ως απόρροια του χρόνιου άλγους μπορούν να εμφανιστούν άγχος, κατάθλιψη, κόπωση και αυτοκτονικός ιδεασμός. Χρόνια νεφρική νόσος και αρτηριακή υπέρταση εμφανίζονται στο 60% των συμπτωματικών ασθενών (έναντι 11% των ασυμπτωματικών φορέων), υπό μορφή χρόνιας διάμεσης νεφρίτιδας χωρίς πρωτεϊνουρία. Επιπλέον, παρακολούθηση ηπατικών ενζύμων συνιστάται τουλάχιστον ετησίως για όλες τις πορφυρίες. Τρανσαμινασαιμία μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια των οξείων κρίσεων, αλλά αυξήσεις σε περίοδο ύφεσης



# Κλινικό θέμα

## ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΠΟΡΦΥΡΙΕΣ, ΜΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

μπορεί να οφείλονται σε υπερφόρτωση σιδήρου από χρόνια χορήγηση αιμίνης, λόγω χορήγησης givosiran ή λόγω άλλης αιτιολογίας. Ασθενείς με ΟΗΠ αλλά και δερματικές πομφολυγώδεις πορφυρίες χρειάζονται υπερηχογράφημα ήπατος ανά εξάμηνο από τα 45 έτη, καθώς υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος με ετήσια επίπτωση 0,8–1,5%, ακόμη και σε ασυμπτωματικούς φορείς, ανεξαρτήτως παρουσίας κίρρωσης. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι και ένα μικρό ποσοστό (έως 5%) των ασθενών με ΕΠΠ μπορεί να εκδηλώσει χολοστατική ηπατοπάθεια.

### Διάγνωση

Για τη διάγνωση των ΟΗΠ το πρώτο διαγνωστικό βήμα είναι η μέτρηση ALA και PBG σε τυχαίο δείγμα ούρων, κανονικοποιημένο ως προς την κρεατινίνη. Το δείγμα πρέπει να προστατεύεται από το φως και να διατηρείται σε ψύξη. Η συλλογή ούρων 24ώρου δεν απαιτείται. Παράλληλα, πρέπει να συλλέγονται δείγματα ούρων, πλάσματος, ολικού αίματος και κοπράνων πριν από χορήγηση αιμίνης για τη μέτρηση των πορφυρινών, ώστε να γίνει διαφοροποίηση του τύπου πορφυρίας σε περίπτωση που το πρώτο δείγμα είναι θετικό. Διαφοροποίηση ΟΔΠ/ΠΠ/ΚΚΠ: οι πορφυρίνες πλάσματος είναι έντονα αυξημένες στη ΠΠ (κορυφή φθορισμού  $626 \pm 1$  nm)· οι πορφυρίνες κοπράνων είναι αυξημένες σε ΠΠ και ΚΚΠ. Ο γενετικός έλεγχος (ως δεύτερης γραμμής διαγνωστικό βήμα) επιβεβαιώνει τον τύπο πορφυρίας και επιτρέπει οικογενειακή διερεύνηση.

### Διαφορική Διάγνωση

Δευτεροπαθείς πορφυρινουρίες εμφανίζονται σε ασθενείς με λιπώδες ήπαρ, ηπατίτιδα, χολόσταση, αιμόλυση, HIV, νεοπλάσματα, διαταραχές μεταβολισμού σιδήρου και χολερυθρίνης, καθώς και λόγω κάποιων φαρμάκων. Στη δηλητηρίαση από μόλυβδο, τυροσιναιμία τύπου 1 και AAA παρατηρείται αύξηση ALA χωρίς ανάλογη αύξηση PBG. Η διαφοροποίηση γίνεται μεσω ολοκληρωμένου βιοχημικού ελέγχου των πρόδρομων ουσιών της αιμης σε συνδυασμό με το κλινικό ιστορικό.

### Θεραπεία

**Χορήγηση Γλυκόζης:** Η γλυκόζη καταστέλλει την ALAS1 μέσω ανάλογου μηχανισμού όπως η αιμ. Ενδείκνυται σε ήπιες κρίσεις, στην πρώιμη φάση εκδήλωσής τους ή ως bridging θεραπεία έως την έναρξη χορήγησης αιμίνης. Ασθενείς που αναγνωρίζουν έγκαιρα τα πρώιμα συμπτώματα κρίσης μπορούν να την αντιμετωπίσουν στο σπίτι με τροφές και ροφήματα πλούσια σε υδατάνθρακες. Στο νοσοκομείο, η χορήγηση γλυκόζης πραγματοποιείται ενδοφλεβίως ως διάλυμα γλυκόζης 10%. Η ελάχιστη προτεινόμενη ποσότητα ανέρχεται σε 300 g ημερησίως, ενώ δόσεις εγγύς των 500 g κρίνονται πιο αποτελεσματικές. Η συγχορήγηση ινσουλίνης θα μπορούσε να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Κατά τη διάρκεια αυτής απαιτείται στενή παρακολούθηση των ηλεκτρολυτών, καθώς είναι πιθανή η εμφάνιση συνδρόμου επανασίτισης (αφορά τους σοβαρά υποσιτισμένους ασθενείς) ή και επιδείνωση προϋπάρχουσας υπονατριαιμίας.

**Αιμίνη:** Χορηγείται ενδοφλεβίως μέσω κεντρικής γραμμής ή τουλάχιστον μεγάλης περιφερικής φλέβας, για την πρόληψη φλεβίτιδας. Η ημερήσια δόση είναι 3-4 mg/kg/ημέρα και πρέπει να χορηγείται αμέσως μετά την ανασύσταση (χρόνος ημίσειας ζωής < 4 ώρες). Κλινική ανταπόκριση αναμένεται εντός 4 - 5 ημερών· το ουρικό PBG μειώνεται συνήθως την τρίτη ημέρα. Συμπληρωματικά προτείνεται υποστηρικτική θεραπεία με οπιοειδή, γκαμπαπεντίνη, ονδανσετρόνη, βήτα-αναστολείς και αναστολείς MEA ανάλογα με τα συμπτώματα. Σε σοβαρές κρίσεις συνιστάται νοσηλεία σε ΜΕΘ με τακτικό έλεγχο των νευρολογικών συμπτωμάτων και της αναπνευστικής λειτουργίας.

**Givosiran:** Αναστολέας siRNA της ALAS1. Ενδείκνυται για πρόληψη των κρίσεων όταν  $\geq 3$  - 4 κρίσεις/έτος. Μειώνει τις ετήσιες κρίσεις κατά 74% και την ανάγκη χορήγησης αιμίνης. Δόση: 2,5 mg/kg υποδορίως ανά 28 ημέρες. Παρακολούθηση: ηπατικά ένζυμα, νεφρική λειτουργία, ομοκυστεΐνη, ALA/PBG ούρων πριν κάθε δόση.



**Μεταμόσχευση Ήπατος:** Ύστατη επιλογή σε ανθεκτικές υποτροπιάζουσες κρίσεις ή απώλεια αγγειακής πρόσβασης για χορήγηση αιμίνης. Ο κατάλληλος χρόνος παραπομπής είναι κρίσιμος, καθώς μετά από εγκατεστημένες νευρολογικές επιπλοκές (παράλυση, χρόνιο άλγος) η αναστροφή των συμπτωμάτων είναι σπάνια.

**Δερματικές Εκδηλώσεις:** Φωτοπροστασία με ρουχισμό (τα κλασικά αντηλιακά είναι ανεπαρκή). Στην όψιμη δερματική πορφυρία: αφαιμάξεις ή υδροξυκλωροκίνη 150-250 mg × 2/εβδομάδα. Η φαμελανοτίδη, ως αγωνιστής του υποδοχέα μελανοκορτίνης MC1R, ενεργοποιεί την παραγωγή ευμελανίνης που λειτουργεί ως φωτοπροστατευτικός φραγμός. Το φάρμακο αυτό χρησιμοποιείται χρησιμοποιείται σε επιλεγμένους ασθενείς με ΕΠΠ/ΧΣΠΠ, όπου είναι διαθέσιμη.

### Ειδικές Καταστάσεις

**Κύηση και Υπογονιμότητα:** Απαιτείται συνεργασία ειδικού υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και ειδικού πορφυρίας. Η κύηση αυξάνει τον κίνδυνο κρίσεων αλλά κατά κανόνα εξελίσσεται φυσιολογικά. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για διαβήτη κύησης, υπερτασικές επιπλοκές, νεογνά μικρά για τη ηλικία κύησης. Οξείες κρίσεις αντιμετωπίζονται με αιμίνη. Συστήνεται η αποφυγή νηστείας και πορφυρινογόνων φαρμάκων.

**Χειρουργικές Επεμβάσεις:** Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στην επιλογή αναισθητικών και της περιεχειρουργικής φαρμακευτικής αγωγής. Η βαριατρική χειρουργική αποτελεί παράγοντα κινδύνου λόγω ταχείας απώλειας βάρους. Για το λόγο αυτό συνιστάται διαιτολογική υποστήριξη.

### Επίλογος

Οι ηπατικές πορφυρίες αποτελούν σπάνιες αλλά σοβαρές παθήσεις με παρατεταμένη διαγνωστική καθυστέρηση. Το *givosiran* άλλαξε τα δεδομένα στη μακροχρόνια διαχείριση, χωρίς ωστόσο να αντιμετωπίζει την υποκείμενη βλάβη. Αιτιολογικές θεραπείες βρίσκονται

ακόμα σε πρώιμα κλινικά στάδια. Η διεθνής συνεργασία και τα μητρώα ασθενών παραμένουν ο πυλώνας για την παραγωγή ισχυρότερων κλινικών δεδομένων.

### Βιβλιογραφία

1. Moghe A, McGuire BM, Levy C. Acute hepatic porphyrias-A guide for hepatologists. *Hepatology*. 2025 Dec 1;82(6):1603-1618. doi: 10.1097/HEP.0000000000000880. Epub 2024 Apr 12. PMID: 38607698.,
2. Rigor J, Pinto SA, Martins-Mendes D. Porphyrias: A clinically based approach. *Eur J Intern Med*. 2019 Sep;67:24-29. doi: 10.1016/j.ejim.2019.06.014. Epub 2019 Jun 27. PMID: 31257150.
3. Kauppinen R. Porphyrias. *Lancet*. 2005 Jan 15-21;365(9455):241-52. doi: 10.1016/S0140-6736(05)17744-7. PMID: 15652607.
4. Stölzel U, Stauch T, Kubisch I. Porphyrien [Porphyria]. *Internist (Berl)*. 2021 Sep;62(9):937-951. German. doi: 10.1007/s00108-021-01066-1. Epub 2021 Jun 29. PMID: 34185109; PMCID: PMC8387262.
5. Lindemann, H., Diehl-Wiesenecker, E., Gerischer, L. et al. Porphyrien – eine Übersicht. *Dermatologie* 75, 539–547 (2024). doi.org/10.1007/s00105-024-05370-3.
6. Hussain Z, Qi Q, Zhu J, Anderson KE, Ma X. Protoporphyrin IX-induced phototoxicity: Mechanisms and therapeutics. *Pharmacol Ther*. 2023 Aug;248:108487. doi: 10.1016/j.pharmthera.2023.108487. Epub 2023 Jun 29. PMID: 37392940; PMCID: PMC10529234.
7. Hervé Puy, Laurent Gouya, Jean-Charles Deybach, Porphyrias, *The Lancet*, Volume 375, Issue 9718, 2010, Pages 924-937, ISSN 0140-6736, //doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61925-5.
8. Uptodate 2026, <https://www.uptodate.com/contents/porphyrias-overview-of-classification-and-evaluation>, Ημερομηνία 26.02.2026.



# Η Γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ (ΚΑΙ) ΣΤΗΝ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ

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

Η επιλογή της κατάλληλης, ανά ασθενή, αγωγής εκρίζωσης του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (H<sub>p</sub>) συχνά παρουσιάζει δυσχέρειες που αντανακλούν σε μικρότερα του επιθυμητού ποσοστά επιτυχίας. Προβλήματα αποτελούν η αυξανόμενη αντοχή στα χορηγούμενα αντιβιοτικά, φυλετικές και ιδιοσυγκρασιακές διαφορές στην ανταπόκριση των ασθενών και οι ιδιότητες του H<sub>p</sub> καθ' εαυτού, ενώ από την άλλη πλευρά οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται κυρίως σε γενικευμένα θεραπευτικά μοντέλα.

Η τεχνητή νοημοσύνη (TN) πολλάκις καλείται να λύσει προβλήματα της κλινικής πρακτικής, γεγονός που δεν θα μπορούσε παρά να συμβαίνει και στη συγκεκριμένη περίπτωση. Σε αυτό το πλαίσιο, η μελέτη "The H. pylori AI-Clinician" που δημοσιεύθηκε το 2024 εξετάζει τη χρήση της TN για την εξατομίκευση της θεραπείας της λοίμωξης από H<sub>p</sub>.

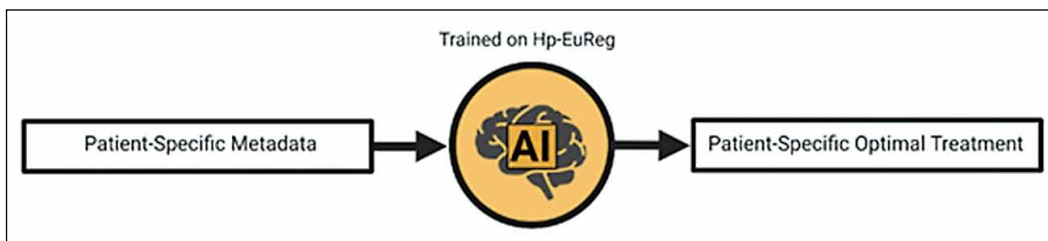
Για τον λόγο αυτό, ερευνητές από διάφορα κέντρα ανέπτυξαν ένα σύστημα TN βασισμένο σε ενισχυτική μάθηση (reinforcement learning), το οποίο εκπαιδεύτηκε σε μεγάλο σύνολο πραγματικών κλινικών δεδομένων από το ευρωπαϊκό μητρώο H<sub>p</sub>-EuReg. Το μοντέλο λαμβάνει υπόψη πολλαπλές παραμέτρους, όπως δημογραφικά στοιχεία, κλινικά χαρακτηριστικά, γεωγραφική περιοχή και προηγούμενες θεραπείες και δύναται μετά την κατάλληλη εκπαίδευση να επιλέγει το καταλληλότερο θεραπευτικό σχήμα με στόχο την

αύξηση της πιθανότητας επιτυχούς εκρίζωσης του μικροβίου (Εικόνα 1).

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι προτεινόμενες από το σύστημα TN θεραπείες πέτυχαν υψηλότερα ποσοστά εκρίζωσης (περίπου 94%) σε σύγκριση με την καθιερωμένη κλινική πρακτική (περίπου 88%). Επιπλέον, το σύστημα δεν κατέληξε σε μία ενιαία θεραπευτική προσέγγιση, αλλά πρότεινε διαφορετικά σχήματα ανάλογα με τον ασθενή, με συχνότερη επιλογή τα τετραπλά σχήματα (ιδίως με βισμούθιο). Παράλληλα, επιβεβαίωσε γνωστές αρχές της κλινικής πρακτικής, όπως την ανωτερότητα των συνδυαστικών θεραπειών και τη σημασία της επαρκούς διάρκειας αγωγής.

Η αξία της μελέτης έγκειται στο ότι μετατοπίζει τη χρήση της TN από τη διάγνωση στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, εισάγοντας την έννοια της εξατομικευμένης ιατρικής στη διαχείριση της λοίμωξης από H<sub>p</sub>. Ωστόσο, η μελέτη βασίζεται σε αναδρομικά δεδομένα, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων μέσω προοπτικών κλινικών μελετών πριν από την ευρεία εφαρμογή της στην καθημερινή πράξη.

Συμπερασματικά, η TN φαίνεται να αποτελεί ένα πολλά υποσχόμενο εργαλείο για τη βελτίωση της θεραπευτικής αντιμετώπισης του H<sub>p</sub>, συμβάλλοντας σε πιο στοχευμένες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις.



**Εικόνα 1.** Το σύστημα TN "H. pylori AI-clinician" εκπαιδεύτηκε με βάση το σύνολο δεδομένων H<sub>p</sub>-EuReg και έχει σχεδιαστεί ώστε να παρέχει εξατομικευμένες συστάσεις βέλτιστης θεραπείας για την εκρίζωση του H. pylori. Το μοντέλο αξιοποιεί κλινικά, δημογραφικά και γεωγραφικά δεδομένα για να προσαρμόζει την επιλογή της θεραπείας, με στόχο τη μεγιστοποίηση της επιτυχούς εκρίζωσης. Η απεικόνιση δημιουργήθηκε στο BioRender. Higgins, K. (2025).

# Η Γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο

ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ (ΚΑΙ) ΣΤΗΝ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ  
ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ



## Βιβλιογραφία

1. Higgins K et al. The Helicobacter pylori AI-Clinician: Harnessing artificial intelligence to personalize H. pylori treatment recommendations <https://arxiv.org/abs/2412.06841>
2. Nyssen OP et al. European Registry on Helicobacter pylori management (Hp-EuReg): patterns and trends in first-line empirical eradication prescription and outcomes of 5 years and 21 533 patients. Gut 2021;70:40-54.



# Tips & Tricks

## ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ, ΜΗ ΚΙΡΣΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

**Τσιώνης Θεόδωρος**, Ειδικός Γαστρεντερολόγος, Εξειδίκευση στην Επείγουσα Ιατρική (Notarzt, DE)  
Γαστρεντερολογική Διάγνωση Σερρών

Η αιμορραγία ανώτερου πεπτικού, μη κίρσικης αιτιολογίας, αποτελεί ένα από τα συχνότερα επείγοντα που καλείται να αντιμετωπίσει ο γαστρεντερολόγος, κυρίως σε νοσοκομειακό επίπεδο. Το παρόν άρθρο έχει ως στόχο την υπενθύμιση *κάποιων σημείων-κλειδιών* για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας και δε αξιώνει σε καμία περίπτωση την κάλυψη όλων των πτυχών γύρω από αυτό το θέμα (π.χ. διαχείριση αντιπηκτικής/αντιαιμοπεταλιακής αγωγής, ενδείξεις διασωλήνωσης, χορήγηση ινóτροπων ουσιών κτλ.)

### Προ της ενδοσκόπησης

Τα επιστημονικά δεδομένα, σχετικά με τη διαχείριση της αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού, είναι περιορισμένα συγκριτικά με άλλους τομείς της θεραπευτικής ενδοσκόπησης. Πολλές φορές υπάρχει η πεποίθηση ότι η επιτυχής έκβαση του περιστατικού εξαρτάται αποκλειστικά και μόνο από την εμπειρία του ενδοσκόπου που πραγματοποιεί την ενδοσκόπηση. Ωστόσο, παρά τη γενικευμένη αυτή αίσθηση, ότι ο ακρογωνιαίος λίθος της επιτυχούς πορείας είναι η άμεση αιμόσταση μέσω ενδοσκόπησης, οι επίσημες κατευθυντήριες οδηγίες της ESGE, συστήνουν να δίνεται ιδιαίτερη σημασία σε πολλούς παράγοντες πριν ακόμα πραγματοποιηθεί η ενδοσκόπηση, οι οποίοι είναι καθοριστικοί για την τελική έκβαση. Οι σημαντικότεροι εξ αυτών είναι:

- Χρήση του Glasgow-Blatchford Score (GBS) για αξιολόγηση του κινδύνου της αιμορραγίας
- Σταθεροποίηση του ασθενούς με χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων
- Μετάγγιση αίματος σε τιμές Hb < 7g/dl ή επί γνωστού καρδιαγγειακού ιστορικού σε τιμές < 8g/dl
- Χορήγηση υψηλής δόσης ppi ενδοφλεβίως

Εξίσου σημαντική κρίνεται και η χρονική στιγμή της ενδοσκοπικής παρέμβασης, η οποία θα πρέπει να πραγματοποιείται, μετά τη σταθεροποίηση του ασθενούς, εντός 24 ωρών. Αξίζει να σημειωθεί ότι η παρέμβαση εντός 12 ωρών δε φαίνεται να βελτιώνει την έκβαση της αιμορραγίας ενώ η πολύ έγκαιρη εντός 6 ωρών φαίνεται να σχετίζεται

ακόμα και με αρνητική πρόγνωση. Εξαίρεση αποτελεί η αιμορραγία, η οποία δεν μπορεί να σταθεροποιηθεί αιμοδυναμικά, στην οποία η επιτυχής αιμόσταση (μέσω ενδοσκόπησης, επεμβατικής ακτινολογίας ή χειρουργικά) αποτελεί, ίσως, τη μοναδική θεραπεία διάσωσης.

### Κατά την ενδοσκόπηση

Κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης, το συχνότερο πρόβλημα που έχει να αντιμετωπίσει ο ενδοσκόπος είναι η μειωμένη ορατότητα, η οποία μπορεί να βελτιωθεί με τα εξής μέσα:

- Χρήση ενδοσκοπίων υψηλής ευκρίνειας (συμπεριλαμβανομένων λογισμικών όπως το Near Focus, το RDI – Red Dichromatic Imaging κ.α.)
- Χρήση θεραπευτικού ενδοσκοπίου με μεγάλο κανάλι εργασίας, ώστε να είναι εφικτή η αναρρόφηση περιεχομένου
- Χορήγηση ενδοφλέβιας ερυθρομυκίνης (250mg, 30min πριν την ενδοσκόπηση), ως προκινητικό, με στόχο την ταχεία κένωση του στομάχου από πιθανά πήγματα αίματος (προσοχή στις αντενδείξεις και ανεπιθύμητες ενέργειες)
- Χρήση cap το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο για τη βελτίωση της ορατότητας, όσο και για τον προσωρινό επιπωματισμό της αιμορραγίας, μέχρι να πραγματοποιηθεί η οριστική αιμόσταση
- Χρήση αντλίας νερού για ταχεία έκπλυση του πεδίου
- Αλλαγή θέσης σώματος του ασθενούς, σε περίπτωση που η πηγή της αιμορραγίας βρίσκεται σε θέση που δεν ευνοείται από τη βαρύτητα λόγω συλλογής αίματος/πηγμάτων

Τα ανωτέρω μέσα έχουν ως στόχο να καταστεί εφικτή η απεικόνιση της ακριβούς θέσης αιμορραγίας αλλά και πιο συγκεκριμένα του υπεύθυνου αγγείου (Εικόνα 1), γεγονός που θα καθορίσει και το πλάνο της θεραπευτικής αντιμετώπισης, σύμφωνα πάντα με την ταξινόμηση Forrest (F). Αξίζει να σημειωθεί ότι σε περίπτωση που δεν είναι ορατό το υπεύθυνο αγγείο λόγω σχηματισμού πήγματος (Fillb), συστήνεται η προσεκτική αφαίρεση του



πήγματος με βρόγχο ή λαβίδα, γεγονός το οποίο μπορεί συχνά να οδηγήσει σε ενεργό αιμορραγία, μια κατάσταση την οποία όλη η ενδοσκοπική ομάδα θα πρέπει να είναι προετοιμασμένη να αντιμετωπίσει.

Τα μέσα τα οποία είναι διαθέσιμα για την αντιμετώπιση μιας πιθανής αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού συνοψίζονται ως εξής:

### 1. Υλικά έγχυσης

- Αραιωμένη Αδρεναλίνη σε συγκέντρωση 1:10.000 - 1:20.000, με στόχο να δημιουργηθεί τοπική αγγειοσυσπασση και να βελτιωθεί το οπτικό πεδίο. Δεν συστήνεται να χρησιμοποιείται ως μονοθεραπεία ή να γίνεται απευθείας έγχυση εντός του υπεύθυνου αγγείου, λόγω κινδύνου συστηματικής επίδρασης της αδρεναλίνης (εξαιρετικά σπάνια)
- Σκληρυντικοί παράγοντες, όπως η αιθανόλη, η αιθανολαμίνη και η πολιδοκανόλη. Επιτυγχάνουν

αιμόσταση προκαλώντας άμεση βλάβη στους ιστούς και θρόμβωση. Μια άλλη κατηγορία ενέσιμων

- Ιστικές κόλλες, όπως η κόλλα θρομβίνης, ινώδους και η κυανοακρυλική κόλλα, οι οποίες χρησιμοποιούνται για την σύγκλιση των ιστών στο σημείο της αιμορραγίας.

### 2. Θερμικά μέσα

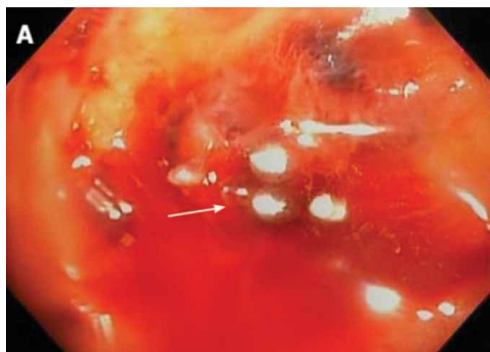
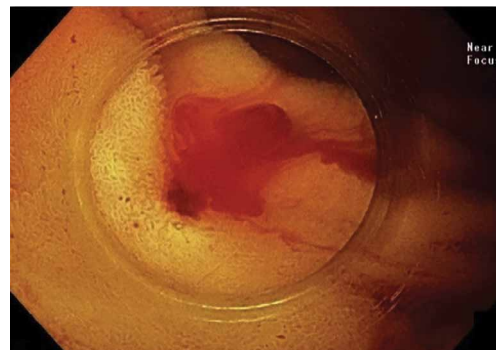
- Διαθερμοπηξία με πλάσμα αργού [Argon Plasma Coagulation (APC)]
- Αιμοστατικές λαβίδες
- Heater Probes
- Διαθερμοπηξία με το άκρο του βρόχου πολυεκτομής (Snare Tip Coagulation)
- Μαχαιρίδια

### 3. Μηχανικά μέσα

(αναφέρονται με τη διεθνή τους ονομασία)

- Through The Scope Clip (TTSC)
- Over The Scope Clip (OTSC) (Εικόνα 2)

**Εικόνα 1.** Η χρησιμότητα του cap, της αντλίας έγχυσης νερού και του near focus στον ακριβή εντοπισμό της θέσης αιμορραγίας.



**Εικόνα 2.** Αντιμετώπιση ενεργού αιμορραγίας με εφαρμογή OTSC.



# Tips & Tricks

ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ,  
ΜΗ ΚΙΡΣΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

- Endoscopic Band Ligation (EBL)

#### 4. Τοπικά μέσα

- Αιμοστατικά sprays
- Αιμοστατικές γέλες

Η χρήση όλων των ανωτέρω μεθόδων εξαρτάται από την αιτία/θέση/σοβαρότητα της αιμορραγίας, τη διαθεσιμότητα των υλικών και την εξοικείωση της ενδοσκοπικής ομάδας, ενώ πολλές φορές απαιτείται ο συνδυασμός μεθόδων αιμόστασης. Ένα στοιχείο που είναι σημαντικό να αναφερθεί είναι ότι η πλειονότητα των αιμορραγιών που οφείλονται σε ευμεγέθη έλκη, λόγω της σκληρής υφής των ιστών του έλκους δεν είναι εφικτό να αντιμετωπιστούν με τη χρήση των συμβατικών Through The Scope Clips (TTSC) και απαιτούν κυρίως τη χρήση θερμικών μέσων ή μηχανικών μέσων του τύπου Over The Scope Clip (OTSC). Αντίστοιχα, σε περίπτωση αιμορραγίας από αγγείο διαμέτρου >2mm, ο έλεγχος της αιμορραγίας συστήνεται να πραγματοποιείται πρωτίστως με χρήση Over The Scope Clip (OTSC), ως το αποτελεσματικότερο διαθέσιμο μέσο.

#### Μετά την ενδοσκόπηση

Μετά την επιτυχή αιμόσταση, σε περίπτωση πεπτικού

έλκους συστήνεται η λήψη δείγματος για έλεγχο για *Helicobacter pylori* κατά τη διάρκεια της ίδιας ενδοσκόπησης ενώ παράλληλα είναι απαραίτητη η συνέχιση της αγωγής με υψηλή δόση ppi για τουλάχιστον 72 ώρες.

Σε περίπτωση μη επιτυχούς αιμόστασης, είναι απαραίτητη η συνεργασία, σε βάση MDT, τόσο με επεμβατικούς ακτινολόγους, όσο και με χειρουργούς για την εφαρμογή θεραπειών διάσωσης.

Συμπερασματικά, η επιτυχής έκβαση μιας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού απαιτεί τη συνεργασία πολλών ατόμων, ενώ η τήρηση αλγορίθμων και πρωτοκόλλων στην αντιμετώπιση του ασθενούς εκτός της ενδοσκοπικής αίθουσας φαίνεται να είναι εξίσου σημαντική με την ενδοσκοπική αντιμετώπιση, η αξία της οποίας είναι αδιαμφισβήτητη.

#### Βιβλιογραφία

- Gralnek IM et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. *Endoscopy*. 2021 Mar;53(3):300-332.

# How to do it

## ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΩΝ ΠΟΛΥΠΟΔΩΝ

Ευάγγελος Α. Καρπούζας, Γαστρεντερολόγος-Ηπατολόγος, Κατερίνη



Οι γαστρικοί πολύποδες αποτελούν εστιακές προβολές του γαστρικού βλεννογόνου, οι οποίες ανευρίσκονται συχνά ως τυχαίο ενδοσκοπικό εύρημα και εκτιμάται ότι εμφανίζονται περίπου στο 6% των γαστροσκοπήσεων. Οι συχνότεροι ιστολογικοί τύποι είναι οι κυστικοί πολύποδες θόλου, οι υπερπλαστικοί πολύποδες και τα γαστρικά αδενώματα, κατηγορίες που διαφέρουν ουσιωδώς ως προς την αιτιοπαθογένεια, το βλεννογονικό υπόστρωμα και τον κίνδυνο νεοπλασματικής εξαλλαγής

Η αξιολόγηση των γαστρικών πολυπόδων δεν πρέπει να γίνεται αποσπασματικά, αλλά στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης που συνδυάζει την **κλινική εικόνα**, το ατομικό και οικογενειακό **ιστορικό**, τα **ενδοσκοπικά χαρακτηριστικά** της βλάβης και την **ιστοπαθολογική** εικόνα. Στόχος δεν είναι μόνο η ορθή ταξινόμηση του ίδιου του πολύποδα, αλλά και η αναγνώριση του βλεννογονικού υποστρώματος μέσα στο οποίο αυτός αναπτύσσεται, καθώς από αυτό εξαρτώνται ο πραγματικός νεοπλασματικός κίνδυνος και η στρατηγική παρακολούθησης.

### 1. Κλινική συμπτωματολογία

Οι περισσότεροι γαστρικοί πολύποδες είναι ασυμπτωματικοί και αναγνωρίζονται τυχαία κατά τη γαστροσκόπηση. Σπανιότερα μπορεί να συνυπάρχουν σιδηροπενική αναιμία ή κλινικές εκδηλώσεις αιμορραγίας, όπως μέλαινα κένωση, ενώ ορισμένοι ασθενείς αναφέρουν δυσπεπτικά ενοχλήματα. Μεγάλοι πολύποδες, ιδίως όταν εντοπίζονται στο άντρο ή πλησίον του πυλωρού, είναι δυνατόν να προκαλέσουν αίσθημα πρόωρου κορεσμού ή συμπτωματολογία ψευδοαπόφραξης. Στην πράξη, όμως, τα συμπτώματα συχνά σχετίζονται περισσότερο με το υποκείμενο νόσημα του γαστρικού βλεννογόνου - όπως λοίμωξη από ελικοβακτήριο του πυλωρού, ατροφική γαστρίτιδα - παρά με τον ίδιο τον πολύποδα.

### 2. Ατομικό και οικογενειακό ιστορικό

Το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό μπορεί να κατευθύνει ήδη από την πρώτη εκτίμηση προς τον πιθανό ιστολογικό τύπο και το επίπεδο κινδύνου.

Πολλοί γαστρικοί πολύποδες αναπτύσσονται σε έδαφος χρόνιας γαστρίτιδας. Θα πρέπει λοιπόν να εκτιμάται η παρουσία ενεργής ή παρελθούσας λοίμωξης ελικοβακτηριδίου, η προηγούμενη θεραπεία εκρίζωσης, αλλά και πιθανό ιστορικό ατροφίας και εντερικής μεταπλασίας, μιας και τότε ο πολύποδας μπορεί να αποτελεί εκδήλωση χρόνιας φλεγμονώδους ή αναπλαστικής διεργασίας του βλεννογόνου και όχι μεμονωμένη νεοπλασματική αλλοίωση. Έτσι η αντιμετώπιση δεν πρέπει να περιορίζεται στη βλάβη αυτή καθαυτή, αλλά να επεκτείνεται και στην υποκείμενη νόσο του στομάχου.

Η μακροχρόνια λήψη αναστολέων αντλίας πρωτονίων (PPI) έχει επίσης συσχετισθεί με την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης κυστικών πολυπόδων θόλου και επηρεάζει ουσιαστικά την αρχική ενδοσκοπική εκτίμηση. Αντίστοιχα, η ανεύρεση πολλαπλών γαστρικών πολυπόδων σε ασθενή με ιστορικό πολλαπλών αδενωμάτων ή πολυπόδων του παχέος εντέρου, ή με θετικό οικογενειακό ιστορικό πολυποδίασης, πρέπει να εγείρει υποψία κληρονομικού συνδρόμου, όπως η οικογενής αδενωματούδης πολυποδίαση.

Συνεπώς, η συστηματική λήψη ιστορικού επιτρέπει στον κλινικό ιατρό να διακρίνει αν ένας γαστρικός πολύποδας εντάσσεται στο πλαίσιο χρόνιας φλεγμονώδους νόσου του βλεννογόνου ή αν αποτελεί πιθανή έκφραση κληρονομικού συνδρόμου πολυποδίασης (FAP).

Η παρουσία πολλαπλών κυστικών πολυπόδων του θόλου, ιδίως όταν υπερβαίνουν τους 20, όταν εμφανίζονται σε νεαρότερη ηλικία, ή όταν συνοδεύονται από δυσπλασία, πρέπει να εγείρει υποψία συνδρόμου πολυποδίασης, κυρίως στο φάσμα της οικογενούς αδενωματούδους πολυποδίασης (FAP) ή, σπανιότερα, του συνδρόμου εγγύς γαστρικής πολυποδίασης και γαστρικού αδενοκαρκινώματος (GAPPS). Η υποψία για GAPPS ενισχύεται όταν υπάρχει εκσεσημασμένη πολυποδίαση του εγγύς στομάχου με περισσότερους από 100 πολύποδες σε θόλο και σώμα και σχετική εξαίρεση του άντρου. Αντίστοιχα, η ανεύρεση δύο ή περισσότερων νεανικών πολυπόδων στο στομάχι ή σε άλλο



# How to do it

## ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΩΝ ΠΟΛΥΠΟΔΩΝ

τμήμα του ανώτερου πεπτικού, ή δύο ή περισσότερων αμαρτωματωδών πολυπόδων τύπου Peutz–Jeghers, επιβάλλει διερεύνηση για αντίστοιχα σύνδρομα πολυποδίασης. Στους γαστρικούς πολύποδες, επομένως, ο αριθμός των βλαβών αποκτά διαγνωστική σημασία μόνο όταν ερμηνεύεται σε συνδυασμό με την ενδοσκοπική εικόνα, την ιστοπαθολογική εκτίμηση και το ευρύτερο κλινικό πλαίσιο.

### 3. Υψηλής ποιότητας, ορθά δομημένη γαστροσκόπηση.

Η διενέργεια γαστροσκόπησης υψηλής ποιότητας, σύμφωνα με τα πρότυπα της ESGE και της ιαπωνικής JSGE, αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ορθή εκτίμηση των γαστρικών πολυπόδων και των συνοδών αλλοιώσεων του γαστρικού βλεννογόνου (Πίνακας 1).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.** Δείκτες ποιότητας διαγνωστικής γαστροσκόπησης

Κατηγορία	Δείκτης ποιότητας	Στόχος / σύσταση	Κλινική σημασία
Πριν από την εξέταση	Καταγραφή ενδεδειγμένης ένδειξης γαστροσκόπησης	>95% των εξετάσεων με τεκμηριωμένη ένδειξη	Αποφυγή υπερδιάγνωσης και άσκοπων εξετάσεων
	Προετοιμασία βλεννογόνου (σιμεθικόνη, βλενολυτικά)	Συνιστάται συστηματικά	Βελτίωση ορατότητας βλεννογόνου
	Καταγραφή παραγόντων κινδύνου (Ελικοβακτήριο του πυλωρού, ατροφία, οικογενειακό ιστορικό)	Σε κάθε ασθενή	Εκτίμηση παραγόντων κινδύνου
Κατά την εξέταση	Ελάχιστος χρόνος επιθεώρησης	≥7 λεπτά	Αυξημένη ανίχνευση πρώιμων νεοπλασιών
	Συστηματική επιθεώρηση όλων των ανατομικών περιοχών	Υποχρεωτική	Μείωση διαφευγουσών βλαβών
	Φωτοτεκμηρίωση βασικών σημείων	≥10–22 φωτογραφίες	Διασφάλιση πληρότητας εξέτασης
	Επαρκής διάταση στομάχου	Υποχρεωτική	Ανάδειξη επίπεδων αλλοιώσεων
	Χρήση ενδοσκόπησης με ενίσχυση εικόνας σε ύποπτες περιοχές	Συνιστάται	Καλύτερη διάκριση δυσπλασίας
	Σε υποψία νεοπλάσματος ακριβής περιγραφή στοχευμένες 2 βιοψίες φωτογραφική τεκμηρίωση	Συνιστάται	Αποφυγή μη διαγνωσμένου καρκίνου
	Λήψη βιοψιών σύμφωνα με το αναθεωρημένο πρωτόκολλο του Σίδνεϋ.	Συνιστάται	Ιστολογική σταδιοποίηση και διαφοροδιάγνωση των ειδών γαστρίτιδας
	Εκτίμηση κατά Kimura–Takemoto/EGGIM όταν υπάρχει ατροφία/εντερική μεταπλασία αντίστοιχα	Συνιστάται	Ενδοσκοπική εκτίμηση της έκτασης της ατροφίας/εντερικής μεταπλασίας
Μετά την εξέταση	Τεκμηριωμένη ενδοσκοπική διάγνωση	Σε κάθε εξέταση	Βελτίωση διαγνωστικής ακρίβειας
	Τεκμηριωμένη παρακολούθηση προνεοπλασματικών αλλοιώσεων	Σύμφωνα με οδηγίες	Πρόληψη γαστρικού καρκίνου

# How to do it

## ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΩΝ ΠΟΛΥΠΩΔΩΝ



Η προετοιμασία του στομάχου πρέπει να είναι επαρκής, με χρήση σιμεθικόνης πριν από την εξέταση για τη μείωση των φυσαλίδων, βλεννολυτικών όπως η ακετυλοκυστεΐνη όπου ενδείκνυται, καθώς και συστηματική έκπλυση και απομάκρυνση αφρού και βλέννης κατά την ενδοσκόπηση. Χωρίς καθαρό βλεννογόνο, μικρές ή επίπεδες βλάβες μπορεί να διαφύγουν.

Η πλήρης διάταση με αέρα ή, κατά προτίμηση, με CO<sub>2</sub> είναι απαραίτητη για την ανάδειξη επίπεδων αλλοιώσεων και τη σωστή εκτίμηση των γαστρικών πτυχών. Περιοχές αυξημένου κινδύνου, όπως η γαστροοισοφαγική συμβολή, το έλασσον τόξο του σώματος, η γωνιώδης εντομή και το άντρο, πρέπει να επιθεωρούνται τουλάχιστον δύο φορές κατά τη διενέργεια της γαστροσκόπησης.

Η στρατηγική λήψης βιοψιών είναι κρίσιμη. Συνιστάται η εφαρμογή του ανανεωμένου πρωτοκόλλου του Σίδνεϋ με λήψη δύο βιοψιών από το άντρο, σε απόσταση 2–3 cm από τον πυλωρό, μία από τη γωνιώδη εντομή, και δύο από το σώμα του στομάχου, από τη μεσότητα του ελάσσονος και του μείζονος τόξου αντίστοιχα. Παρότι στο κλασικό πρωτόκολλο η βιοψία από τη γωνιώδη μοίρα αποτελεί διακριτή θέση λήψης, στη σύγχρονη πρακτική είναι αποδεκτό να συνεκτιμάται και να τοποθετείται μαζί με τα δείγματα του άντρου στο ίδιο δοχείο, υπό την προϋπόθεση ότι διατηρείται χωριστή σήμανση των δειγμάτων από το σώμα ώστε να επιτρέπεται αξιόπιστη σταδιοποίηση της όποιας ατροφίας ή εντερικής μεταπλασίας κατά OLGA/OLGIM.

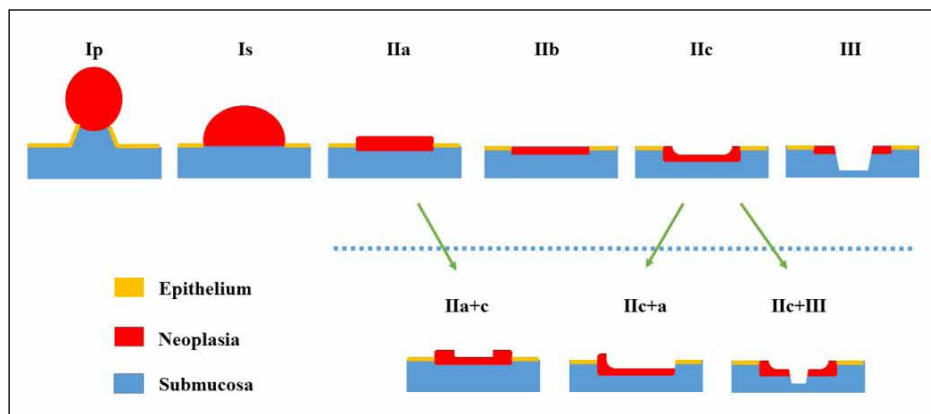
Όταν υπάρχει υποψία νεοπλασματικής βλάβης, η βλάβη πρέπει να περιγράφεται με ακρίβεια (μέγεθος, μορφολογική ταξινόμηση) κατά Paris (Εικόνα 1), αγγειακά και βλεννογονικά χαρακτηριστικά), να τεκμηριώνεται φωτογραφικά και να λαμβάνονται 2 στοχευμένες βιοψίες.

Όταν τεκμηριώνεται χρόνια ατροφική γαστρίτιδα, η έκταση της ατροφίας πρέπει να εκτιμάται και ενδοσκοπικά με επικυρωμένα συστήματα όπως το Kimura–Takemoto, το οποίο βασίζεται στο ατροφικό όριο και συμπληρώνει την ιστολογική σταδιοποίηση. Όταν τεκμηριώνεται εντερική μεταπλασία, η ενδοσκοπική έκταση εκτιμάται καταλληλότερα με συστήματα όπως το EGGIM.

Ο χρόνος παρατήρησης σχετίζεται άμεσα με το ποσοστό ανίχνευσης βλαβών, γι' αυτό και η ESGE προτείνει συνολικό χρόνο επιθεώρησης τουλάχιστον 7 λεπτών για διαγνωστική γαστροσκόπηση υψηλής ποιότητας.

Η συστηματική φωτοτεκμηρίωση μειώνει τον κίνδυνο παράλειψης ανατομικών περιοχών και ενισχύει την αναπαραγωγιμότητα της εξέτασης (Πίνακας 2). Η ESGE συνιστά τουλάχιστον 10–22 εικόνες, ενώ η JSGE προτείνει ακόμη εκτενέστερη καταγραφή, συνήθως άνω των 20–30 εικόνων, από προκαθορισμένα ανατομικά σημεία:

- ανώτερο οισοφάγο
- γαστροοισοφαγική συμβολή
- θόλο



**Εικόνα 1.** Μορφολογική ταξινόμηση πολυπόδων κατά Paris.



# How to do it

## ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΩΝ ΠΟΛΥΠΟΔΩΝ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.** Τυποποιημένη φωτοτεκμηρίωση κατά τη γαστροσκόπηση

Ανατομική περιοχή	Δείκτης ποιότητας
Φαρυγγικό τμήμα του οισοφάγου	Επισκόπηση
Θωρακικό τμήμα του οισοφάγου	Επισκόπηση
Γαστροοισοφαγική συμβολή	Οδοντωτή γραμμή (Z-line)
Θόλος στομάχου	Απεικόνιση σε αναστροφή
Σώμα στομάχου	Πρόσθιο τοίχωμα Οπίσθιο τοίχωμα Έλασσον τόξο Μείζον τόξο
Γωνία στομάχου	Εστιασμένη εικόνα
Άντρο	Πρόσθιο τοίχωμα Οπίσθιο τοίχωμα
Πυλωρός	Προσπελασιμότητα, εκτίμηση πιθανής στένωσης
Βολβός δωδεκαδακτύλου	Επισκόπηση
Δεύτερη μούρα δωδεκαδακτύλου	Επισκόπηση

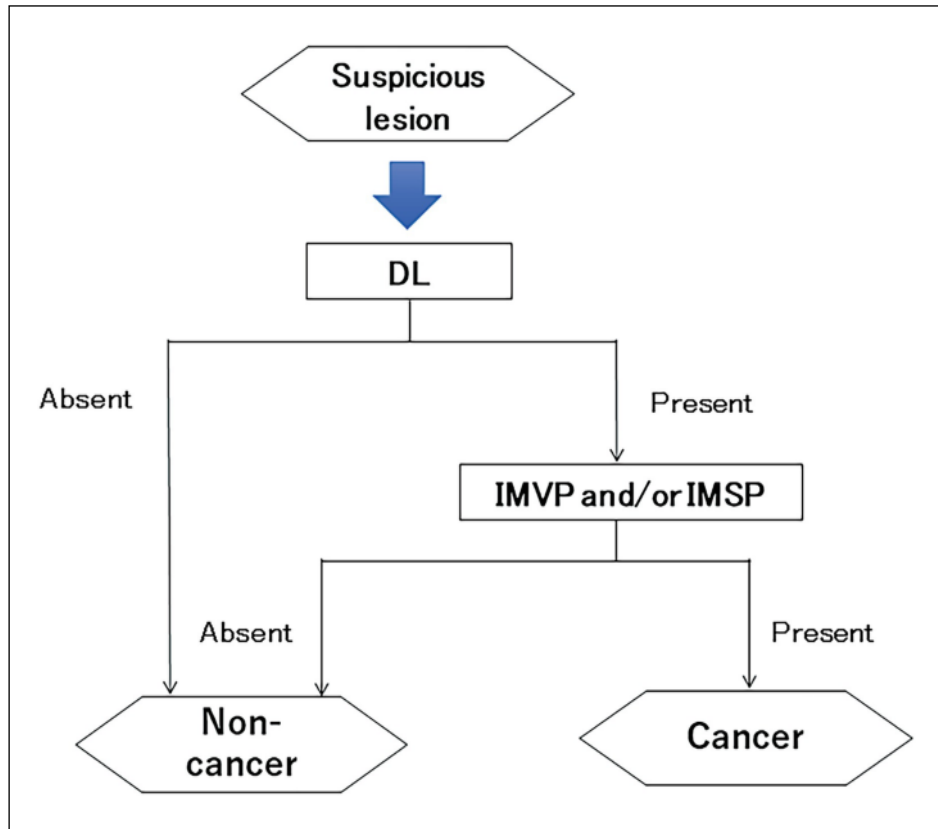
- σώμα (πρόσθιο/οπίσθιο τοίχωμα)
- έλασσον και μείζον τόξο του στομάχου
- άντρο
- πυλωρό
- δωδεκαδάκτυλο

Οι τεχνικές ενδοσκόπησης με ενίσχυση εικόνας (image-enhanced endoscopy, IEE), όπως το NBI, το I-Scan και τα LCI/BLI, αυξάνουν την ικανότητα ανίχνευσης και οπτικής ταξινόμησης της δυσπλασίας. Η μεγέθυνση, όπου είναι διαθέσιμη, επιτρέπει την αξιολόγηση του μικροαγγειακού και μικροεπιφανειακού προτύπου και συμβάλλει στην εφαρμογή των ταξινομήσεων VS και MESDA-G (Εικόνα 2).

Η διαφορική διάγνωση των γαστρικών πολυπόδων εξαρτάται λοιπόν, από την εντόπιση, το μακροσκοπικό σχήμα, το επιφανειακό και αγγειακό πρότυπο, καθώς και από το βλεννογονικό υπόστρωμα στο οποίο αναπτύσσεται η βλάβη. Για τον λόγο αυτόν, η ενδοσκοπική περιγραφή πρέπει να είναι τυποποιημένη και να ερμηνεύεται πάντοτε σε συνδυασμό με την ιστοπαθολογική τεκμηρίωση (Πίνακας 3, Εικόνες 3, 4, 5, 6).

Κατά την ενδοσκόπηση, οι γαστρικοί πολύποδες πρέπει να αξιολογούνται ταυτόχρονα ως προς την δυνητική δυνατότητα ενδοσκοπικής εξαίρεσης. Κάθε βλάβη οφείλει να περιγράφεται συστηματικά ως προς τον αριθμό, την κατανομή, την εντόπιση, το μέγεθος, τη μορφολογία κατά Paris, το επιφανειακό και αγγειακό πρότυπο, καθώς και την παρουσία εξέλκωσης ή άλλων σημείων ύποπτων για βαθύτερη διήθηση.

Η αντιμετώπιση δεν πρέπει να βασίζεται αποκλειστικά στο μέγεθος, επειδή οι συστάσεις διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο της βλάβης. Η ESGE συνιστά βιοψίες ή, εφόσον η βλάβη είναι ενδοσκοπικά εξαιρεσιμη, αφαίρεση των υπερπλαστικών πολυπόδων άνω των 10 mm. Για τα γαστρικά αδενώματα συνιστώνται βιοψίες ή, όταν είναι τεχνικά εφικτό, ενδοσκοπική εξαίρεση ανεξαρτήτως μεγέθους. Αντιθέτως, στους τυπικούς κυστικούς πολύποδες του θόλου δεν συ-



**Εικόνα 2.** Διαγνωστικός αλγόριθμος κατά MESDA-G.

νιστώνται συνήθεις βιοψίες ούτε ενδοσκοπική επιτήρηση, εκτός εάν υπάρχουν ύποπτα ενδοσκοπικά χαρακτηριστικά ή συνυπάρχει κληρονομικό σύνδρομο πολυποδίασης.

Οι ορατές δυσπλαστικές ή καρκινικές βλάβες δεν αντιμετωπίζονται ως απλοί πολύποδες, αλλά απαιτούν πλήρη σταδιοποίηση και θεραπευτικό σχεδιασμό, με την ενδοσκοπική υποβλεννογόνια διατομή (ESD) να αποτελεί κατά κανόνα τη θεραπεία εκλογής για τις περισσότερες επιφανειακές γαστρικές νεοπλασματικές βλάβες. Η ESGE δεν συιστά ως ρουτίνα την διενέργεια ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος, αξονικής τομογραφίας, μαγνητικής τομογραφίας ή PET-CT πριν από την ενδοσκοπική εκτομή, εκτός αν υπάρχουν ενδείξεις βαθύτερης υποβλεννογόνιας διήθησης ή άλλοι λόγοι που αμφισβητούν τη δυνατότητα ριζικής ενδοσκοπικής θεραπείας.

Η μακροχρόνια παρακολούθηση δεν καθορίζεται μόνο από τον ιστολογικό τύπο του πολύποδα, αλλά και από το συνολικό βλεννογονικό υπόστρωμα, την παρουσία ή μη δυσπλασίας και την πληρότητα της ενδοσκοπικής εξαίρεσης. Σε ασθενείς με εκτεταμένες προκαρκινικές αλλοιώσεις ή με προχωρημένα ιστολογικά στάδια κατά OLGA/OLGIM III–IV και/ή ενδοσκοπικά εκτεταμένη ατροφία κατά Kimura–Takemoto, συιστάται υψηλής ποιότητας γαστροσκόπηση ανά τριετία. Σε επιπλέον παρουσία συγγενούς πρώτου βαθμού με γαστρικό καρκίνο μπορεί να δικαιολογείται σε αυτούς τους ασθενείς εντατικότερη επιτήρηση, ανά 1–2 έτη. Αντίθετα, όταν η χρόνια ατροφική γαστρίτιδα ή η γαστρική εντερική μεταπλασία είναι ήπια έως μέτρια και περιορίζεται στο άντρο, χωρίς άλλα στοιχεία αυξημένου κινδύνου, δεν συιστάται συστηματική παρακολούθηση.



# How to do it

## ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΩΝ ΠΟΛΥΠΩΔΩΝ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.** Διαφορική διάγνωση γαστρικών πολυπόδων.

Βλάβη	Συνήθης εντόπιση στο στόμαχο	Ενδοσκοπική εικόνα	Ταξινόμηση κατά Paris	Ταξινόμηση VS / MESDA-G	Υπόστρωμα βλεννογόνου/συσχετίσεις	Κύρια διαφορική διάγνωση
Κυστικοί πολύποδες του θόλου (fundic gland polyp)	Κυρίως θόλος και σώμα	Μικρός, συνήθως <10 mm, άμισχος, θολωτός, λείος, γυαλιστερός, συχνά ημιδιαφανής ή με χροιά παρόμοια με τον περίβλεννογόνο. Στις σποραδικές μορφές είναι συχνά πολλαπλοί αλλά λίγοι σε αριθμό, ενώ στα διάφορα σύνδρομα μπορεί να είναι πολύαριθμοι.	Συνήθως Is	Συνήθως χωρίς σαφή γραμμή οριοθέτησης, με ομαλό μικροαγγειακό και μικροεπιφανειακό πρότυπο, άρα με οπτική εικόνα μη συμβατή με καρκίνωμα.	Πιθανή συσχέτιση με χρόνια χρήση αναστολέων αντλίας πρωτονίων (PPI). Σύνδρομα: FAP, MAP, GAPPs	Υπερπλαστικός πολύποδας, γαστρικό αδένωμα οξυντικού τύπου, καρκίνωμα τύπου αδένων του θόλου, μικρό νευροενδοκρινές νεόπλασμα (NET).
Υπερπλαστικός πολύποδας	Κυρίως άντρο, συχνά και παρακείμενα σε έλκος ή άλλη βλάβη	Συνήθως ερυθρός/υπεραιμικός, ευρείας βάσεως, λείος ή λοβώδης, άμισχος ή έμισχος. Συχνά υπάρχουν επιφανειακές διαβρώσεις ή λευκωπά εξίδρωμα. Δεν έχει τη διαυγή, «γυάλινη» όψη του πολύποδα αδένων του θόλου.	Is ή Ip	Όταν δεν υπάρχει γραμμή οριοθέτησης και δεν υπάρχουν ακανόνιστο μικροαγγειακό και μικροεπιφανειακό πρότυπο, ταυρίζεται με μη καρκινική εικόνα. Ύποπτη εστιακή ατυπία, λευκή αδιαφανής ή ακανόνιστη επιφάνεια αυξάνουν την υποψία κακοήθους εξαλλαγής.	Συνήθως σε έδαφος H-pylori λοίμωξης, χρόνιας γαστρίτιδας, ατροφικής ή αυτοάνοσης γαστρίτιδας.	Πολύποδας αδένων του θόλου, αμάρτωμα, αδένωμα, φλεγμονώδης/αναγεννητική πολυποειδής βλάβη, πρώιμος πολυποειδής καρκίνος.
Γαστρικό αδένωμα	Κυρίως άντρο και γωνιώδης εντόπιση. Τα αδενώματα γαστρικού τύπου και σε εγγύς/μέσο στόμαχο	Συχνότερα ωχρο ή γαλακτόχρομο, λοβώδες ή επίπεδο επηρμένο. Μπορεί να είναι άμισχο, έμισχο ή ελαφρώς προέχον. Τα εντερικού τύπου αδενώματα είναι συχνότερα στο άντρο και μπορεί να έχουν κεντρική εντύπωση, ενώ τα γαστρικού τύπου μπορεί να φαίνονται ως ελαφρά επηρμένες γαλακτόχρες βλάβες σε μη ατροφικό βλεννογόνο.	Is, Ip ή Ila	Αν υπάρχει γραμμή οριοθέτησης με ομαλή λευκή αδιαφανή ουσία /κανονικό μικροεπιφανειακό πρότυπο, η εικόνα παραπέμπει μάλλον σε καλοήγη ή αδενωματώδη βλάβη. Ακανόνιστη λευκή αδιαφανής ουσία (irregular WOS) ή ακανόνιστο μικροαγγειακό και μικροεπιφανειακό πρότυπο υποδηλώνουν κακοήθεια.	Συνήθως σε έδαφος ατροφικής γαστρίτιδας και εντερικής μεταπλασίας. Σε FAP/MAP μπορεί να συνυπάρχουν και άλλες βλάβες.	Υπερπλαστικός πολύποδας με δυσπλασία, πρώιμο διαφοροποιημένο αδενωμαρκίνωμα, επίπεδη επηρμένη μεταπλαστική/δυσπλαστική βλάβη.

# How to do it

## ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΩΝ ΠΟΛΥΠΩΔΩΝ

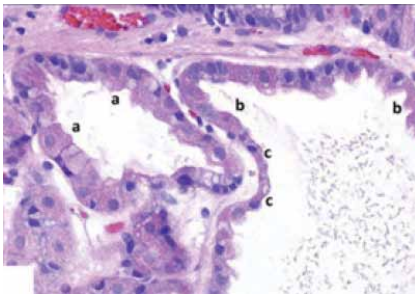
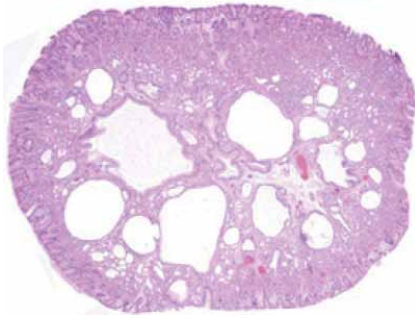


Βλάβη	Συνήθης εντόπιση στο στόμαχο	Ενδοσκοπική εικόνα	Ταξινόμηση κατά Paris	Ταξινόμηση VS / MESDA-G	Υπόστρωμα βλεννογόνου/συσχετίσεις	Κύρια διαφορική διάγνωση
Αμάρτωμα / σιμωμάτωμα / δης πολύποδας (νεανικός, Peutz-Jeghers, GHIP)	Ετερογενής ομάδα: οιμνήρεις βλάβες συχνότερα στο άντρο, οι πολλοί πλές συχνότερα στο σώμα. Οι νεανικοί πολύποδες μπορεί να είναι διάχυτοι, ενώ οι GHIP συχνά εντοπίζονται σε σώμα/θόλο ως βλάβες ομοιάζουσες υποβλεννογόνιας εξεργασίας.	Γενικά η εικόνα είναι λιγότερο ειδική και συχνά μοιάζει με υπερπλαστικό πολύποδα. Οι νεανικοί πολύποδες είναι συχνά ερυθροί, οιδηματώδεις, θλωδείς ή γλωσσάδεις, με ποικίλο μέγεθος. Οι πολύποδες Peutz-Jeghers στο στομάχι μπορεί να είναι ερυθρές πολυποειδείς βλάβες >5 mm, άμιας ή ημιμιας, αλλά μπορεί επίσης να συνυπάρχουν πολλές μικρές βλάβες που μοιάζουν με πολύποδες αδένων του θόλου. Οι GHIP έχουν συχνά εικόνα ομοιάζουσα υποβλεννογόνιας εξεργασίας με λεία επιφάνεια.	Για καθαρά βλεννογονικές βλάβες: Is ή Ip. Σε GHIP ή βλάβες ομοιάζουσες υποβλεννογόνιας εξεργασίας, η ταξινόμηση κατά Paris έχει περιορισμένη αξία.	Δεν υπάρχει ειδικό, καλά εδραιωμένο πρότυπο. Σε μορφές ομοιάζουσες υποβλεννογόνιας εξεργασίας, η VS/MESDA-G έχει περιορισμένη διαγνωστική χρησιμότητα.	Συχνή συσχέτιση με σύνδρομο πολυποιδίας: σύνδρομο νεανικής πολυποιδίας, σύνδρομο Peutz-Jeghers, Cowden/Pten.	Υπερπλαστικός πολύποδας, νεανικός πολύποδας, πολύποδας Peutz-Jeghers, GHIP, νεοπλασματικές νεόπλασμες (NET) ή GIST όταν η εικόνα είναι ομοιάζουσα υποβλεννογόνιας εξεργασίας.
Γαστρικό νεοπλασμα (NET)	Τύπου I: κυρίως σώμα και θόλος. Τύπου III: μπορεί να εμφανιστεί οπουδήποτε.	Μικρή επιρμημένη βλάβη, συχνά ερυθρή, με διατεταμένα επιφανειακά αγγεία, συχνά με κεντρική εμφάνιση και όχι σπάνια με περιφερική έπαρση. Τα τύπου I συχνότερα εμφανίζονται ως πολλαπλές ερυθρές πολυποειδείς βλάβες σε στροφικό σώμα/θόλο, ενώ τα τύπου III είναι συχνότερα ισόχρωμα και ομοιάζονται υποβλεννογόνιας εξεργασίας.	Όταν είναι εμφανώς βλεννογονικό: Is / Isr. Όταν είναι ομοιάζον υποβλεννογόνιας εξεργασίας, η ταξινόμηση κατά Paris είναι λιγότερο χρήσιμη.	Στα τύπου I μπορεί να υπάρχει απουσία μικροεπιφανειακού προτύπου και ακανόνιστο μικροαγγειακό πρότυπο (absent MS + irregular MV), ειδικά όταν υπάρχει κεντρική εμφάνιση. Όμως τα NET ομοιάζονται υποβλεννογόνιας εξεργασίας, μπορεί να μην δίνουν κλασικό καρκινικό πρότυπο, άρα η μέθοδος δεν αρκεί μόνη της.	Τύπου I: αυτοάνοση στροφική γαστρίτιδα με υπεργαστριναιμία. Τύπου II: Zollinger-Ellison / MEN1. Τύπου III: σποραδικό, συχνά σε φυσιολογικό βλεννογόνο.	GHIP ή άλλη βλάβη ομοιάζουσα υποβλεννογόνιας εξεργασίας, GIST, φλεγμονώδης ινώδης πολύποδας, υπερπλαστικός πολύποδας με κεντρική διάβρωση, πολυποειδές καρκίνωμα.
Πολυποειδές / εξωφυσικό γαστρικό καρκίνωμα	Μπορεί να εμφανιστεί παντού, συχνότερα όμως σε άντρο και σώμα. Ο προχωρημένος εξωφυσικός τύπος αντιστοιχεί σε Borrmann I.	Όχι πλέον εικόνα «απλού πολύποδα», αλλά ανώμαλη εξωφυσική μάζα με αδρή, λοβώδη ή κοκκιώδη επιφάνεια, ανομοιογενή χροιά, εσθριπτικότητα, διαβρώσεις/έξελκωση και συχνά αιμορραγία. Στις πρώιμες προέκουσες βλάβες μπορεί να συνυπάρχουν ερυθρότητα, αιμορραγία, εξίδρωμα ή ανώμαλο μικροεπιφανειακό πρότυπο.	Αν είναι πρώιμος επιφανειακός: Is / Isr / Ip, ενίοτε Ila-Ilc. Αν είναι προχωρημένος εξωφυσικός: Borrmann I.	Το κλασικό καρκινικό πρότυπο είναι σαφές γραμμικό οριοθέτησης (DL) και ακανόνιστο μικροαγγειακό πρότυπο (irregular MV) και/ή ακανόνιστο μικροεπιφανειακό πρότυπο (irregular MS) μέσα στη βλάβη.	Συχνά σε έδαφος Η. Ρυσιολιμώξης, στροφικής γαστρίτιδας και εντερικής μεταπλασίας, αναλόγως υποτύπου.	Αδένωμα υψηλόβαθμης δυσπλασίας, μεγάλος υπερπλαστικός πολύποδας με νεοπλασματική εστία, τύπου III νεοπλασματικές νεόπλασμες, εξωφυσική βλάβη ομοιάζουσα υποβλεννογόνιας εξεργασίας.

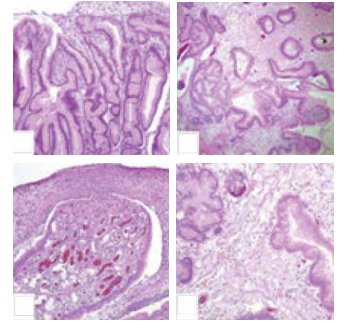
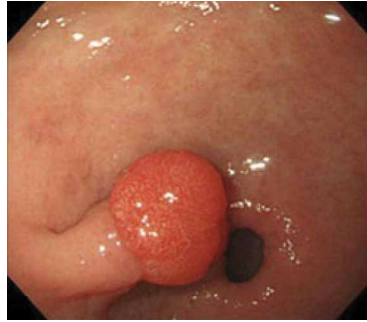


# How to do it

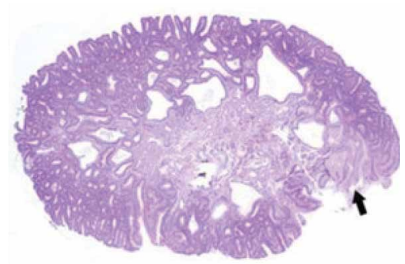
## ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΩΝ ΠΟΛΥΠΩΔΩΝ



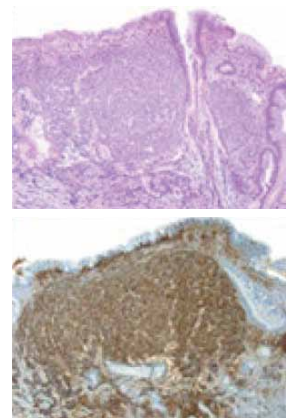
**Εικόνα 3.** Κυστικοί πολύποδες του θύλου (ενδοσκοπική και ιστολογική εικόνα).



**Εικόνα 4.** Υπερπλαστικός πολύποδας άντρου στομάχου (ενδοσκοπική και ιστολογική εικόνα).



**Εικόνα 5.** Γαστρικό αδένωμα (ενδοσκοπική και ιστολογική εικόνα).



**Εικόνα 6.** Γαστρικός νευροενδοκρινής όγκος, NET 1 (ενδοσκοπική και ιστολογική εικόνα).

Αν η ιστοπαθολογία αναδείξει δυσπλασία χωρίς αντίστοιχη ορατή βλάβη, συνιστάται επανάληψη υψηλής ποιότητας ενδοσκόπησης από έμπειρο ενδοσκόπο. Εφόσον και τότε δεν αναδειχθεί ορα-

τή βλάβη, ο επανέλεγχος συνιστάται σε 6 μήνες για υψηλόβαθμη δυσπλασία και σε 12 μήνες για χαμηλόβαθμη ή αόριστη για δυσπλασία αλλοίωση (Πίνακας 4).



**ΠΙΝΑΚΑΣ 4.** Παρακολούθηση κατά ιστολογικό τύπο και βλεννογονικό υπόστρωμα σύμφωνα με την ESGE.

Ιστολογικός τύπος / σενάριο	Προσέγγιση σύμφωνα με ESGE	Πρακτικό συμπέρασμα για την καθημερινή κλινική πράξη
Κυστικοί πολύποδες του θόλου	Η ESGE δεν συνιστά συνήθεις βιοψίες ούτε ενδοσκοπική παρακολούθηση, εκτός αν υπάρχουν ύποπτα ενδοσκοπικά χαρακτηριστικά ή συνυπάρχει κληρονομικό σύνδρομο.	Δεν απαιτείται ειδική επιτήρηση σε τυπικές, μη ύποπτες βλάβες.
Υπερπλαστικοί πολύποδες	Για πολύποδες >10 mm συνιστώνται βιοψίες ή, εφόσον είναι ενδοσκοπικά εξαιρέσιμοι, αφαίρεση. Η περαιτέρω επιτήρηση καθορίζεται κυρίως από το βλεννογονικό υπόστρωμα.	Η παρακολούθηση εξατομικεύεται με βάση τη χρόνια ατροφική γαστρίτιδα, τη γαστρική εντερική μεταπλασία και τους λοιπούς παράγοντες κινδύνου.
Γαστρικά αδενώματα / ορατές δυσπλαστικές βλάβες	Συνιστώνται βιοψίες ή, όταν είναι τεχνικά εφικτό, ενδοσκοπική εξαίρεση. Μετά από θεραπευτική ESD συνιστάται επανεκδοσκόπηση σε 3–6 μήνες και κατόπιν ετησίως.	Αντιμετωπίζονται ως νεοπλασματικές αλλοιώσεις και απαιτούν θεραπευτικό σχεδιασμό και συστηματική μεθεπεμβατική επιτήρηση.
Δυσπλασία χωρίς ορατή βλάβη	Συνιστάται υψηλής ποιότητας επανεκδοσκόπηση από έμπειρο ενδοσκόπο. Αν εξακολουθεί να μην αναδεικνύεται ορατή βλάβη, ο επανέλεγχος γίνεται σε 6 μήνες για υψηλόβαθμη δυσπλασία και σε 12 μήνες για χαμηλόβαθμη ή αόριστη για δυσπλασία αλλοίωση.	Δεν ενδείκνυται εμπειρική θεραπεία χωρίς επαναξιολόγηση.
Εκτεταμένο προκαρκινικό βλεννογονικό υπόστρωμα	Σε εκτεταμένες αλλοιώσεις ή σε προχωρημένα στάδια OLGA/OLGIM III–IV συνιστάται υψηλής ποιότητας γαστροσκόπηση ανά 3 έτη. Με συγγενή πρώτου βαθμού με γαστρικό καρκίνο μπορεί να απαιτείται επιτήρηση ανά 1–2 έτη.	Η μακροχρόνια επιτήρηση καθορίζεται περισσότερο από το υπόστρωμα παρά από τον μεμονωμένο πολύποδα.
Κληρονομικά σύνδρομα πολυποδίασης	Η παρακολούθηση πρέπει να ακολουθεί το ειδικό πρωτόκολλο του συνδρόμου ή το συντομότερο διάστημα που απαγορεύουν οι γαστρικές βλεννογονικές αλλοιώσεις.	Απαιτείται εξατομικευμένο πλάνο επιτήρησης, αναλόγως του πρωτόκολλου του υποκείμενου συνδρόμου

Συντομογραφίες: CAG = χρόνια ατροφική γαστρίτιδα, GIM = γαστρική εντερική μεταπλασία, ESD = ενδοσκοπική υποβλεννογονία διατομή.

### Βιβλιογραφία

- Carmack SW, Genta RM, Schuler CM, Saboorian MH. The current spectrum of gastric polyps: a 1-year national study of over 120,000 patients. *Am J Gastroenterol*. 2009;104(6):1524-1532. doi:10.1038/ajg.2009.139.
- Park DY, Lauwers GY. Gastric polyps: classification and management. *Arch Pathol Lab Med*. 2008;132(4):633-640. doi:10.5858/2008-132-633-GPCAM.
- Areia M, Esposito G, Leclercq P, Romańczyk M, Zessner-Spitzenberg J, Delgado Guillena PG, et al. Performance measures for upper gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative - Update 2025. *Endoscopy*. 2025;57(11):1268-1297. doi:10.1055/a-2674-4912.
- Dinis-Ribeiro M, Libânio D, Uchima H, Spaander MCW, Bornschein J, Matysiak-Budnik T, et al. Manage-



# How to do it

## ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΩΝ ΠΟΛΥΠΩΔΩΝ

- ment of epithelial precancerous conditions and early neoplasia of the stomach (MAPS III): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG) and European Society of Pathology (ESP) Guideline update 2025. *Endoscopy*. 2025;57(5):504-554. doi:10.1055/a-2529-5025.
5. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, Correa P. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994. *Am J Surg Pathol*. 1996;20(10):1161-1181. doi:10.1097/00000478-199610000-00001.
  6. Ruge M, Meggio A, Pennelli G, Pisciole F, Giacomelli L, De Pretis G, et al. Gastritis staging in clinical practice: the OLGA staging system. *Gut*. 2007;56(5):631-636. doi:10.1136/gut.2006.106666.
  7. Capelle LG, de Vries AC, Haringsma J, Ter Borg F, de Vries RA, Bruno MJ, et al. The staging of gastritis with the OLGA system by using intestinal metaplasia as an accurate alternative for atrophic gastritis. *Gastrointest Endosc*. 2010;71(7):1150-1158. doi:10.1016/j.gie.2009.12.029.
  8. Yao K. The endoscopic diagnosis of early gastric cancer. *Ann Gastroenterol*. 2013;26(1):11-22.
  9. Yao K, Uedo N, Kamada T, Hirasawa T, Nagahama T, Yoshinaga S, et al. Guidelines for endoscopic diagnosis of early gastric cancer. *Dig Endosc*. 2020;32(5):663-698. doi:10.1111/den.13684.
  10. Muto M, Yao K, Kaise M, Kato M, Uedo N, Yagi K, et al. Magnifying endoscopy simple diagnostic algorithm for early gastric cancer (MESDA-G). *Dig Endosc*. 2016;28(4):379-393. doi:10.1111/den.12638.
  11. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002. *Gastrointest Endosc*. 2003;58(6 Suppl):S3-S43. doi:10.1016/S0016-5107(03)02159-X.
  12. van Leerdam ME, Roos VH, van Hooft JE, Dekker E, Jover R, Kaminski MF, et al. Endoscopic management of polypoid syndromes: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2019;51(9):877-895. doi:10.1055/a-0965-0605.
  13. Martin FC, Chenevix-Trench G, Yeomans ND. Systematic review with meta-analysis: fundic gland polyps and proton pump inhibitors. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016;44(9):915-925. doi:10.1111/apt.13800.
  14. Ouyang Y, Zhang W, Huang Y, Wang Y, Shao Q, Wu X, et al. Effect of Helicobacter pylori eradication on hyperplastic gastric polyps: a systematic review and meta-analysis. *Helicobacter*. 2021;26(5):e12838. doi:10.1111/hel.12838.
  15. Worthley DL, Phillips KD, Wayte N, Schrader KA, Healey S, Kaurah P, et al. Gastric adenocarcinoma and proximal polyposis of the stomach (GAPPS): a new autosomal dominant syndrome. *Gut*. 2012;61(5):774-779. doi:10.1136/gutjnl-2011-300348.
  16. Matsumoto T, Umeno J, Jimbo K, Arai M, Iwama I, Kashida H, et al. Clinical Guidelines for Diagnosis and Management of Juvenile Polyposis Syndrome in Children and Adults-Secondary Publication. *J Anus Rectum Colon*. 2023;7(2):115-125. doi:10.23922/jarc.2023-002.
  17. Yamamoto H, Sakamoto H, Kumagai H, Abe T, Ishiguro S, Uchida K, et al. Clinical Guidelines for Diagnosis and Management of Peutz-Jeghers Syndrome in Children and Adults. *Digestion*. 2023;104(5):335-347. doi:10.1159/000529799.
  18. Pimentel-Nunes P, Libânio D, Bastiaansen BAJ, Bhandari P, Bisschops R, Bourke MJ, et al. Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2022. *Endoscopy*. 2022;54(6):591-622. doi:10.1055/a-1811-7025.
  19. Rodríguez-de-Santiago E, Frazzoni L, Fuccio L, van Hooft JE, Ponchon T, Hassan C, et al. Digestive findings that do not require endoscopic surveillance - Reducing the burden of care: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy*. 2020;52(6):491-497. doi:10.1055/a-1137-4721.



- 20.** Forté E, Petit B, Walter T, Lépilliez V, Vanbiervliet G, Rostain F, et al. Risk of neoplastic change in large gastric hyperplastic polyps and recurrence after endoscopic resection. *Endoscopy*. 2020;52(6):444-453. doi:10.1055/a-1117-3166.
- 21.** Sok C, Ajay PS, Tsagkalidis V, Kooby DA, Shah MM. Management of Gastric Neuroendocrine Tumors: A Review. *Ann Surg Oncol*. 2024;31(3):1509-1518. doi:10.1245/s10434-023-14712-9.
- 22.** Tanadi C, Pajala FB, Supranoto YTN, Tandarto K, Stella MM, Adiwinata R, et al. Simethicone with or without N-acetylcysteine as premedication in esophagogastroduodenoscopy: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gastroenterol*. 2025;38(1):28-40. doi:10.20524/aog.2024.0930.
- 23.** Pouw RE, Barret M, Biermann K, Bisschops R, Czako L, Gecse KB, et al. Endoscopic tissue sampling – Part 1: Upper gastrointestinal and hepatopancreatobiliary tracts. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2021;53:1174-1188. doi:10.1055/a-1611-5091.



# Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

**ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΕΜΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ, (GLP-1 RA)  
ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ  
ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ (MASH)**

**Χρίστος Παυλίδης, MD, PhD, FEBGH,**  
Διευθυντής Ηπατο-Γαστρεντερολογικού Τμήματος Γ.Ν. Κέρκυρας

## Εισαγωγή

Οι αγωνιστές του υποδοχέα του 'γλυκαγονόμορφου' πεπτιδίου-1 (GLP-1 RAs) έχουν προσελκύσει τελευταία την προσοχή για τις δυνατότητές τους στη διαχείριση και την πρόληψη της εξέλιξης της ηπατίτιδας που σχετίζεται με το μεταβολικό σύνδρομο (MASH). Οι μηχανισμοί δράσης τους, συμπεριλαμβανομένης της προαγωγής της απώλειας βάρους, της βελτίωσης του γλυκαιμικού ελέγχου και της άσκησης πιθανών άμεσων αντιφλεγμονωδών και αντινωτικών επιδράσεων, ευθυγραμμίζονται στενά με τους βασικούς παθογενετικούς παράγοντες της MASH.<sup>1</sup>

Η σεμαγλουτίδη, ένας παράγοντας GLP-1 *δεύτερης γενιάς*, διακρίνεται για την αποτελεσματικότητά της στη μείωση του βάρους καθώς και τον γλυκαιμικό έλεγχο, σε συνδυασμό με τα καρδιαγγειακά οφέλη της.<sup>2</sup>

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι 'ηπατοπροστατευτικές' επιδράσεις της σεμαγλουτίδης δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως, ούτε όμως και η βέλτιστη δοσολογική στρατηγική και η διάρκεια παρέμβασης που απαιτείται για το όφελος στην MASH. Επιπλέον, δεδομένης της παθοφυσιολογικής επικάλυψης μεταξύ μεταβολικών καταστάσεων, οι ασθενείς με παχυσαρκία και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 αντιπροσωπεύουν έναν μεγάλο πληθυσμό υψηλού κινδύνου για MASH. Η σεμαγλουτίδη χρησιμοποιείται ευρέως σε αυτές τις ομάδες και τα αποτελέσματα σε παραμέτρους που αφορούν το ήπαρ, αναφέρονται συχνά ως δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία στις τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες.<sup>3</sup>

Πρόσφατα ο οργανισμός τροφίμων και φαρμάκων (FDA), των ΗΠΑ ενέκρινε την **ενέσιμη μορφή** της σεμαγλουτίδης για τη θεραπεία της μεταβολικά σχετιζόμενης στεατοηπατίτιδας (MASH) σε ενήλικες με *μέτρια έως προχωρημένη ίνωση*. Η έγκριση στηρίχθηκε κυρίως στα πρώτα αποτελέσματα της μελέτης των A. Sanyal

και συν. που δημοσιεύθηκαν στο The New England Journal of Medicine.<sup>4</sup>

Στην μελέτη ESSENCE, η οποία είναι σε εξέλιξη, συμμετέχουν 800 ασθενείς, εκ των οποίων οι 534 έλαβαν υποδόρια σεμαγλουτίδη σε δόση 2,4 mg μία φορά την εβδομάδα και 266 έλαβαν εικονικό φάρμακο (Πίνακας 1). Σημαντικό στοιχείο της μελέτης ήταν η πραγματοποίηση βιοψίας κατά την εισαγωγή και την εβδομάδα 72. Τα οριστικά αποτελέσματα αυτής θα παρουσιαστούν μετά το τέλος, την εβδομάδα 240.<sup>4</sup>

## Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία

*Η υποχώρηση της στεατοηπατίτιδας χωρίς επιδείνωση της ηπατικής ίνωσης* μετά από 72 εβδομάδες, (το πρώτο πρωτεύον καταληκτικό σημείο) παρατηρήθηκε στο **62,9% των ασθενών στην ομάδα της σεμαγλουτίδης** και στο 34,3% αυτών στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου, με εκτιμώμενη διαφορά 28,7 ποσοστιαίων μονάδων (διάστημα εμπιστοσύνης 95% [CI], 21,1 έως 36,2· P<0,001). *Μείωση της ηπατικής ίνωσης χωρίς επιδείνωση της στεατοηπατίτιδας*, (το δεύτερο πρωτεύον καταληκτικό σημείο) επιτεύχθηκε στο **36,8% των ασθενών στην ομάδα της σεμαγλουτίδης** και στο 22,4% αυτών στην ομάδα εικονικού φαρμάκου (εκτιμώμενη διαφορά, 14,4 ποσοστιαίες μονάδες· 95% CI, 7,5 έως 21,3· P<0,001) (Εικόνα 1).<sup>4</sup>

## Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία

*Υποχώρηση της στεατοηπατίτιδας με παράλληλη μείωση της ίνωσης* παρατηρήθηκε στο **32,7% των ασθενών στην ομάδα της σεμαγλουτίδης** και στο 16,1% αυτών στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου (εκτιμώμενη διαφορά, 16,5 ποσοστιαίες μονάδες· 95% CI, 10,2 έως 22,8· P<0,001) (Εικόνα 2). Η μέση ποσοστιαία *μεταβολή στο σωματικό βάρος* την εβδομάδα 72 από την αρχική τιμή ήταν **-10,5% με τη σεμαγλουτίδη** και -2,0% με το εικονικό φάρμακο (εκτιμώμενη διαφορά, -8,5 ποσοστιαίες μονάδες· 95% CI, -9,6 έως -7,4· P<0,001). Η μέση

# Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΕΜΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ, (GLP-1 RA)  
ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ  
ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ (MASH)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.** Χαρακτηριστικά ασθενών της μελέτης ESSENCE

Patient characteristics	Semaglutide, 2.4 mg (N=534)	Placebo (N=266)
Age — yr.	56.3±11.4	55.4±12.0
Female sex — no. (%)	313 (58.6)	144 (54.1)
Race or ethnic group — no. (%)		
Asian	142 (26.6)	74 (27.8)
White	361 (67.6)	179 (67.3)
Black	3 (0.6)	2 (0.8)
Other	21 (3.9)	10 (3.8)
Missing data	7 (1.3)	1 (0.4)
Hispanic or Latino ethnic group	95 (17.8)	51 (19.2)
Body weight — kg	95.4±24.5	97.6±24.6
Waist circumference — cm	111.8±15.6	113.1±16.0
Body-mass index	34.3±7.2	35.0±7.1
Percentage of lean patients — no. (%)	14 (2.6)	8 (3.0)
Type 2 diabetes — no. (%)	296 (55.4)	151 (56.8)
Laboratory measures		
Alanine aminotransferase — U/liter	67.8±42.3	67.9±44.7
Aspartate aminotransferase — U/liter	53.2±28.6	52.8±33.1
Fibrosis stage — no. (%)		
2	169 (31.6)	81 (30.5)
3	365 (68.4)	185 (69.5)
Median score on Fibrosis-4 Index (IQR)	1.58 (1.12–2.24)	1.50 (1.08–2.28)
Enhanced liver fibrosis score	9.95±0.94	9.95±0.98
Controlled attenuation measure — dB/m	329±45	330±49
Liver stiffness —	12.8±6.6	12.9±7.6
Propeptide of type III collagen — ng/ml	52.9±24.9	52.9±28.1

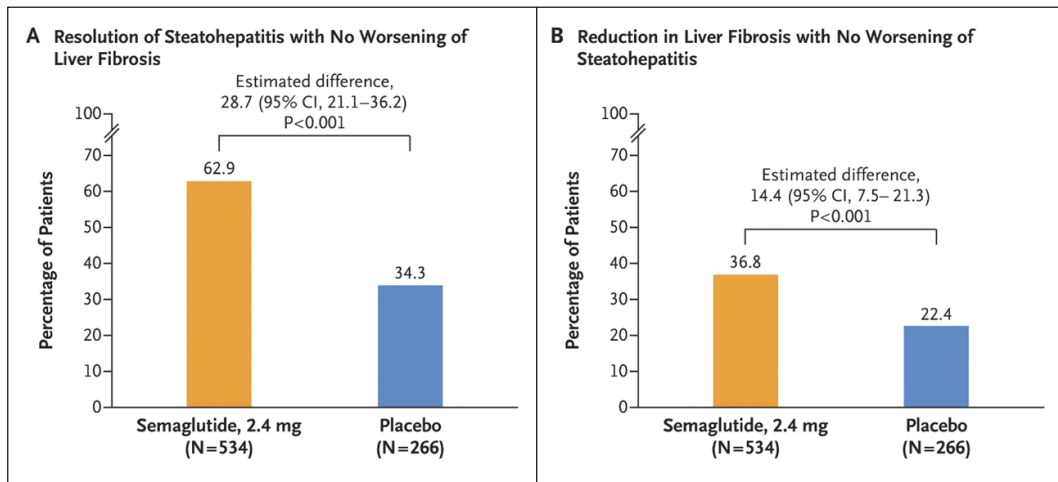
μεταβολή από την αρχική τιμή την εβδομάδα 72 για τη βαθμολογία σωματικού πόνου στο SF-36 ήταν **0,9 στην ομάδα της σεμαγλουτιδης** και -0,5 στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου, υποδεικνύοντας λιγότερο πόνο με τη σεμαγλουτιδίδη (εκτιμώμενη διαφορά, 1,3· 95% CI, 0,0 έως 2,7· P=0,05), ένα εύρημα που δεν πληρούσε όμως τα προκαθορισμένα κριτήρια στατιστικής σημαντικότητας (P<0,0045).<sup>4</sup>

Το ποσοστό των ασθενών που πληρούσαν τον προκαθορισμένο ορισμό της μείωσης της βαθμολογίας ELF κατά 0,5 ή περισσότερο ήταν **55,8% στην ομάδα της σεμαγλουτιδης** και 25,5% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου. Το ποσοστό των ασθενών που πληρούσαν τα κριτήρια ανταπόκρισης για μείωση της ηπατικής δυσκαμψίας κατά 30% ή περισσότερο ήταν **52,0% με τη σεμαγλουτιδίδη** και 30,3% με το εικονικό φάρμακο (Εικόνα 3).<sup>4</sup>

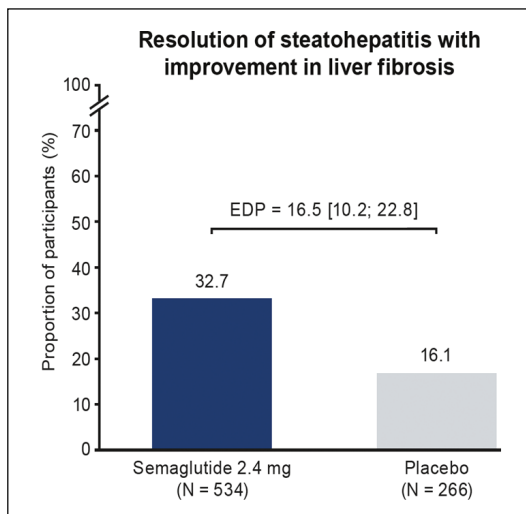


# Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΕΜΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ, (GLP-1 RA)  
ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ  
ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ (MASH)



**Εικόνα 1.** Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία μελέτης.



**Εικόνα 2.** Ύφεση της στεατοηπατίτιδας με παράλληλη βελτίωση της ίνωσης του ήπατος.

Σημαντική ήταν η βελτίωση των AST, ALT και της γ-GT στην ομάδα των ασθενών που έλαβαν σεμαγλουτίδη σε σχέση με αυτούς που έλαβαν εικονικά φάρμακο (Εικόνες 4 και 5).

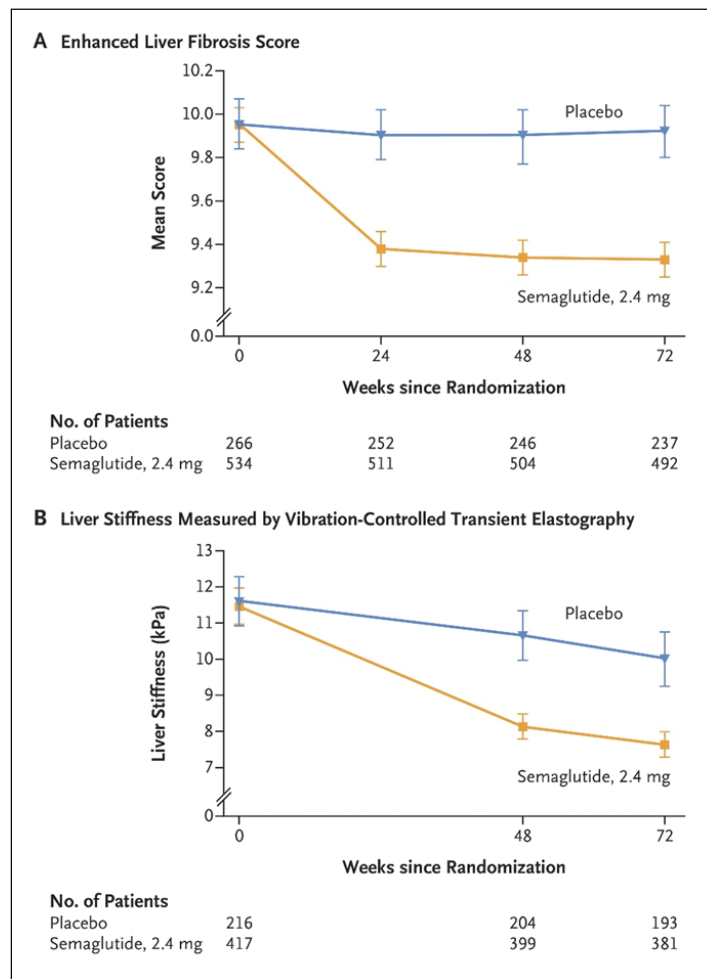
## Ασφάλεια

Συνολικά, το 83,5% των ασθενών στην ομάδα της σεμαγλουτίδης διατήρησαν τη δόση-στόχο των 2,4 mg μέχρι την εβδομάδα 72. Το ποσοστό των ασθενών που είχαν ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν 86,3% με τη σεμαγλουτίδη και 79,7% με το εικονικό

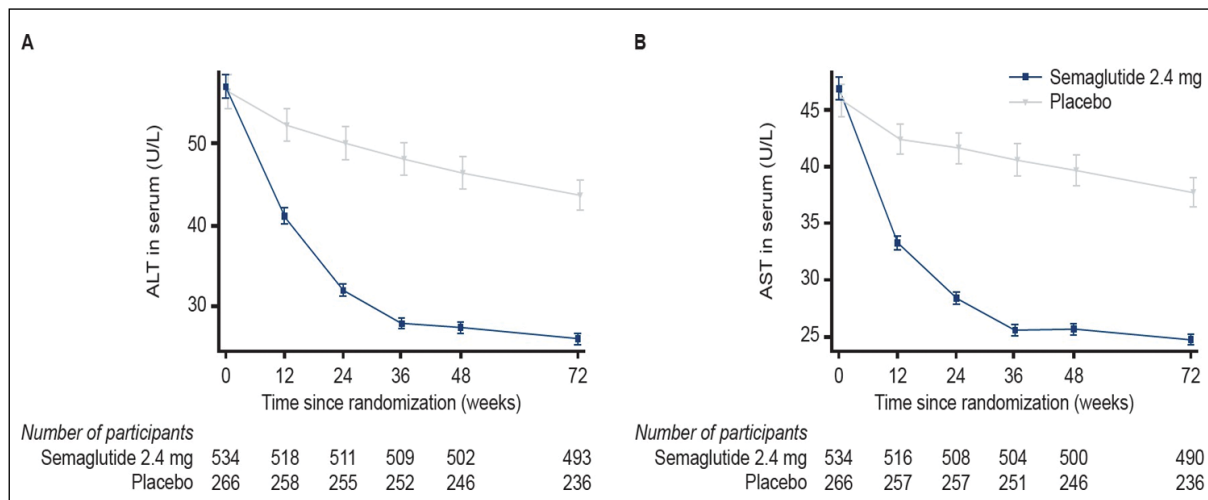
φάρμακο. Το 13,4% των ασθενών σε κάθε ομάδα είχε σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Ανεπιθύμητες ενέργειες, που οδήγησαν σε πρόωρη διακοπή της μελέτης, εμφανίστηκαν στο 2,6% των ασθενών στην ομάδα της σεμαγλουτίδης και στο 3,3% αυτών στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου (Πίνακας 3). Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν γαστρεντερικές διαταραχές και στις δύο ομάδες. Η ναυτία, η διάρροια, η δυσκοιλιότητα και ο έμετος ήταν πιο συχνές στην ομάδα της σεμαγλουτίδης. Η συχνότητα εμφάνισης οξείας παγκρεατίτιδας ήταν παρόμοια στις

# Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΕΜΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ, (GLP-1 RA)  
ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ  
ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ (MASH)



**Εικόνα 3.** Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία μελέτης.

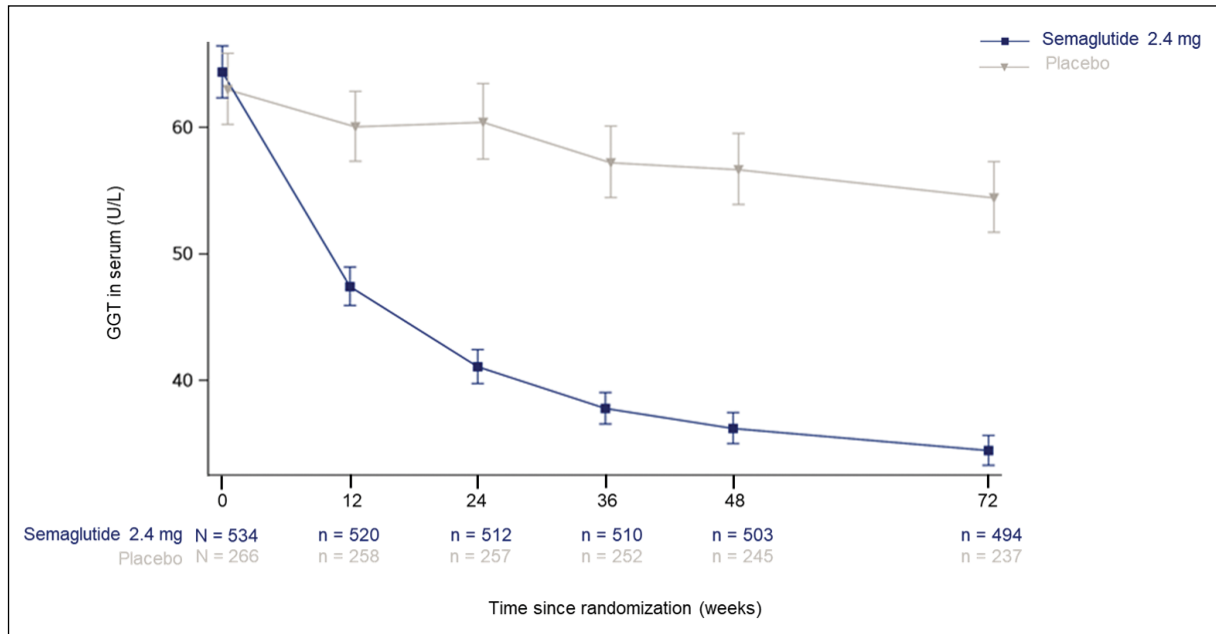


**Εικόνα 4.** Μέση μεταβολή των AST και ALT μέχρι την εβδομάδα 72.



# Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΕΜΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ, (GLP-1 RA)  
ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ  
ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ (MASH)



**Εικόνα 5.** Μέση μεταβολή της γ-GT μέχρι την εβδομάδα 72.

δύο ομάδες. Εννέα ασθενείς απεβίωσαν, (τρεις στην ομάδα της σεμαγλουτίδης και έξι στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου), χωρίς εμφανή συσσωμάτωση της αιτίας θανάτου.<sup>4</sup>

## Συζήτηση

Η σεμαγλουτίδη φαίνεται να αποτελεί μία ακόμη επιλογή στη θεραπεία των ασθενών με μεταβολικά σχετιζόμενη στεατοηπατίτιδα και μέτρια ή σοβαρή ίνωση.

Οι πιθανοί μηχανισμοί που εμπλέκονται στη δράση της στο ήπαρ δεν είναι γνωστοί. Οι υποδοχείς GLP-1 ουσιαστικά δεν εκφράζονται στα ηπατοκύτταρα, γεγονός που καταδεικνύει ότι δεν υπάρχει άμεση δράση του GLP-1 στο ήπαρ.<sup>5</sup> Έχουν περιγράψει διάφορες πλειοτροπικές επιδράσεις της σεμαγλουτίδης στη στεατωτική ηπατική νόσο. Αυτές περιλαμβάνουν: την άμεση καταστολή της λιπογένεσης μέσω της μείωσης της λιπογενούς σηματοδότησης PI3K/AKT/mTORC1, την ενεργοποίηση των AMPK και SIRT1 που είναι υπεύθυνες για τη σύνθεση λιπαρών οξέων αλλά και την ενεργοποίηση της έκφρασης PPAR- $\alpha$ .<sup>6</sup> Η σεμαγλουτίδη θεωρείται

επίσης ότι έχει αντιφλεγμονώδεις επιδράσεις μέσω της μείωσης των προσταγλανδινών, των λευκοτριενίων, της γαλεκτίνης-3, του TNF- $\alpha$ , της IL-1 $\beta$  και της IL-6. Οι αντινωτικές δράσεις της φαίνεται ότι οφείλονται στην καταστολή της έκφρασης του TGF- $\beta$ 1.<sup>5</sup>

Πρόσφατη μετανάλυση, που περιέλαβε μελέτες που αξιολογούσαν την επίδραση της σεμαγλουτίδης σε ασθενείς με μεταβολικά σχετιζόμενη στεατοηπατίτιδα, έδειξε ότι η σεμαγλουτίδη βελτίωσε σημαντικά την φλεγμονή, (RR = 1,98, διάστημα εμπιστοσύνης 95% [CI]: 1,57 έως 2,50), αλλά δεν επέφερε σημαντική βελτίωση/μείωση της ίνωσης (RR = 1,18, διάστημα εμπιστοσύνης 95% [CI]: 0,74 έως 1,88) (Εικόνα 7).<sup>7</sup>

Μείωσε επίσης το βαθμό της ηπατικής στεατώσεως (WMD = -11,30%, διάστημα εμπιστοσύνης 95% [CI]: -18,70 έως -3,91) και τη βαθμολογία ELF, (WMD = -0,49, 95% [CI]: -0,70 έως -0,29). Σημαντικές μειώσεις παρατηρήθηκαν στα ηπατικά ένζυμα, συμπεριλαμβανομένης της ALT· WMD = -5,55 U/L, 95%CI: -9,21 έως -1,89) και της AST· WMD = -3,85 U/L,

# Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΕΜΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ, (GLP-1 RA)  
ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ  
ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ (MASH)



**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.** Ανεπιθύμητες ενέργειες στους πληθυσμούς της μελέτης.

Event	Semaglutide, 2.4 mg number/total number (percent)	Placebo
Any adverse event	690/800 (86.2)	315/395 (79.7)
Fatal adverse event	3/800 (0.4)	6/395 (1.5)
Serious adverse event	107/800 (13.4)	53/395 (13.4)
Infection or infestation	22/800 (2.8)	10/395 (2.5)
Gastrointestinal disorder	20/800 (2.5)	6/395 (1.5)
Musculoskeletal or connective-tissue disorder	14/800 (1.8)	6/395 (1.5)
Injury, poisoning, or procedural complication	11/800 (1.4)	5/395 (1.3)
Nervous system disorder	11/800 (1.4)	5/395 (1.3)
Neoplasm	11/800 (1.4)	8/395 (2.0)
Adverse event leading to trial discontinuation	21/800 (2.6)	13/395 (3.3)
Adverse event affecting $\geq 10\%$ of patients in either group		
Nausea	290/800 (36.2)	52/395 (13.2)
Diarrhea	215/800 (26.9)	48/395 (12.2)
Constipation	178/800 (22.2)	33/395 (8.4)
Vomiting	149/800 (18.6)	22/395 (5.6)
Coronavirus disease 2019	134/800 (16.8)	74/395 (18.7)
Decreased appetite	112/800 (14.0)	11/395 (2.8)
Adverse event within safety focus area		
Gallbladder-related disorder	20/800 (2.5)	6/395 (1.5)
Acute pancreatitis	3/800 (0.4)	2/395 (0.5)
Malignant neoplasm	13/800 (1.6)	9/395 (2.3)
Hypoglycemia		
Patients with type 2 diabetes	33/446 (7.4)	12/222 (5.4)
Patients without type 2 diabetes	1/354 (0.3)	1/173 (0.6)

95%CI: -7,67 έως -0,03). Επιπλέον, η σεμαγλουτίδη συνέβαλε σημαντικά στη διαχείριση του βάρους, σε γλυκαιμικές και λιπιδαιμικές παραμέτρους ενώ μείωσε τη θνησιμότητα από κάθε αιτία (RR = 0,82, 95%CI: 0,74 έως 0,91) όπως και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο (RR = 0,83, 95%CI: 0,75 έως 0,92). Οι αναλύσεις των υποομάδων αποκάλυψαν ότι τα μεγαλύτερα οφέλη είχαν ασθενείς που έλαβαν υψηλότερες δόσεις ( $\geq$

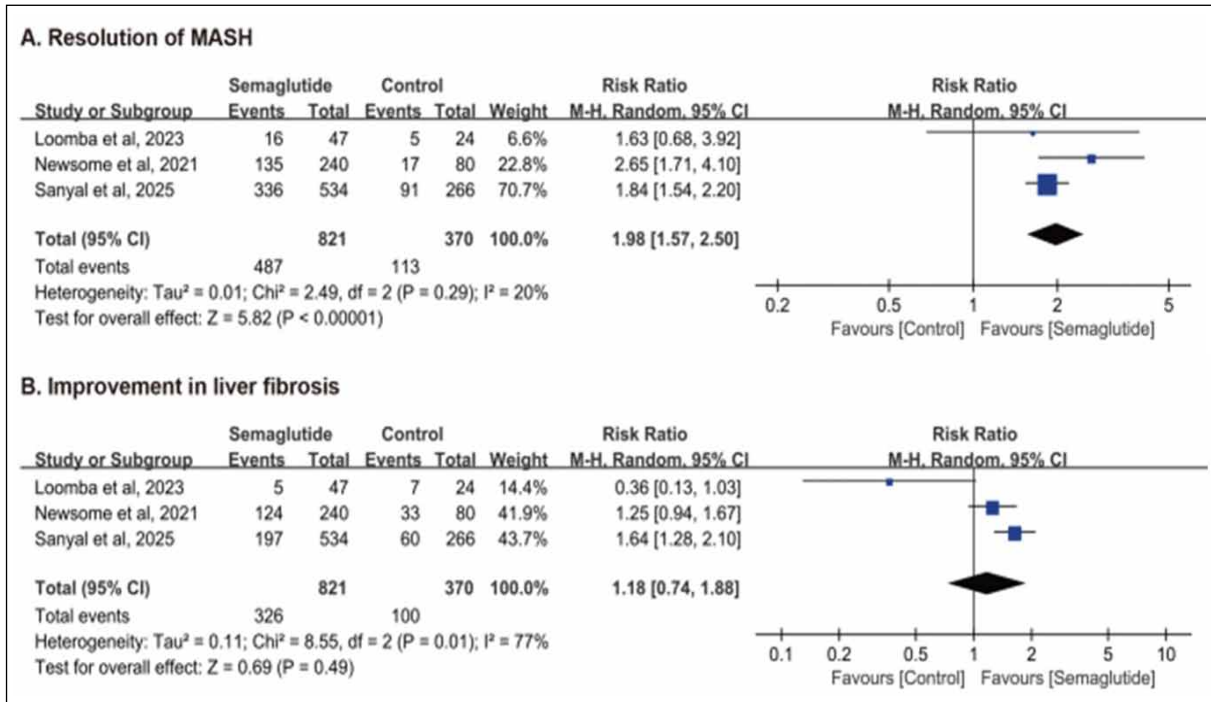
2,0 mg εβδομαδιαίως) και με μεγαλύτερη διάρκεια παρέμβασης ( $\geq 12$  μήνες).<sup>7</sup>

Η σεμαγλουτίδη, λοιπόν, αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη θεραπευτική επιλογή για την MASH, επιδεικνύοντας σημαντικές βελτιώσεις στην ιστολογική φλεγμονή, τους βιοδείκτες ηπατικής βλάβης και τις μεταβολικές παραμέτρους, ενώ η επίδρασή της στην υποχώρηση της ίνωσης παραμένει να επιβεβαιωθεί στο μέλλον.



# Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΕΜΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ, (GLP-1 RA)  
ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΤΕΑΤΟΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ  
ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ (MASH)



**Εικόνα 7.** Επίδραση της σεμαγλουτιδής στην βελτίωση της MASH (A) και της ίνωσης (B).

## Βιβλιογραφία

1. Stretton B, et al. Weight loss with subcutaneous semaglutide versus other glucagon-like peptide 1 receptor agonists in type 2 diabetes: a systematic review. Intern Med J. 2023;53:1311–20.
2. Caruso I, et al. Glucometabolic outcomes of GLP-1 receptor agonist-based therapies in patients with type 2 diabetes: a systematic review and network meta-analysis. EClinicalMedicine. 2023;64:102181.
3. Younossi ZM, et al. The global epidemiology of NAFLD and NASH in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. J Hepatol. 2019;71:793–801.
4. Sanyal AJ, et al. Phase 3 trial of semaglutide in metabolic dysfunction-associated steatohepatitis. N Engl J Med. 2025;392:2089–99.
5. Ezhilarasan D, Mechanism of semaglutide in MASLD treatment: where is the master key?. J Gastroenterol Hepatol. 2025;40:2163–2175.
6. da Silva Lima N, Cabaleiro A, Novoa E, et al GLP-1 and GIP agonism has no direct actions in human hepatocytes or hepatic stellate cells.. Cell Mol Life Sci. 2024;81:468.
7. R, Kan, et al, The impact of semaglutide on liver outcomes in patients with or at risk of MASH: a dose and duration response meta-analysis of randomized trials, Diabetol Metab Syndr 2025 Nov 24;17:439.

# Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ:  
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΛΙΝΙΚΟ ΙΑΤΡΟ



Βίκη Σεϊμένη, Ειδικευόμενη Γαστρεντερολόγισσα,  
251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

## Ορισμός

Η ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα (eosinophilic esophagitis - EoE) είναι μία χρόνια ανοσολογικά διαμεσολαβούμενη πάθηση του οισοφάγου, αλλεργιογενούς αιτιολογίας η οποία διαμεσολαβείται από ανοσία τύπου 2 και χαρακτηρίζεται κλινικά από συμπτώματα οισοφαγικής δυσλειτουργίας και ιστολογικά από καθ' υπερκοχή οισοφαγική διήθηση από ηωσινόφιλα.

## Επιδημιολογία

Η EoE είναι η πιο συχνή αιτία χρόνιας οισοφαγίτιδας μετά τη γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο και η βασική αιτία δυσφαγίας και ενσφήνωσης βλωμού σε παιδιά και νέους ενήλικες. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, ωστόσο οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν παιδιά, εφήβους και ενήλικες < 50 ετών. Η νόσος εμφανίζει υπερχοχή στο άρρεν φύλο (αναλογία 3:1). Την τελευταία δεκαετία, ο επιπολασμός αυξάνεται ραγδαία στον Δυτικό Κόσμο, φτάνοντας τις 63 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα. Η εκτιμώμενη επίπτωση είναι 3.7 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 ανθρωποέτη.

## Αιτιολογία- Παθοφυσιολογία

Διάφοροι παράγοντες κινδύνου έχουν περιγραφεί στην αιτιολογία της EoE όπως οι περιβαλλοντικοί, συμπεριλαμβανομένων των αερο-αλλεργιογόνων, των τροφών και του μικροβιώματος, οι οποίοι αλληλεπιδρούν με το οισοφαγικό επιθήλιο προκαλώντας την παραγωγή των

κυτοκινών και την ενεργοποίηση των T ρυθμιστικών κυττάρων και της Th2 ανοσοαπάντησης.

Η EoE άνευ θεραπείας σχετίζεται με επίμονα συμπτώματα και φλεγμονή, οδηγώντας σε στενώσεις και λειτουργικές διαταραχές, δηλαδή η νόσος προοδεύει από φλεγμονώδη σε ινοστενωτικό φαινότυπο. Δεν υπάρχουν δεδομένα που να υποστηρίζουν ότι η EoE αποτελεί προκαρκινωματώδη κατάσταση.

## Κλινική Εικόνα- Σχετιζόμενες νόσοι

Τα συμπτώματα διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς και κανένα δεν είναι ειδικό για την EoE, καθιστώντας ευρεία την διαφοροδιάγνωση. Στους εφήβους και στους ενήλικες, η δυσφαγία και η ενσφήνωση βλωμού είναι οι συχνότερες εκδηλώσεις, ενώ μπορεί να συνυπάρχει θωρακικό άλγος και αίσθημα καύσους. Στα βρέφη και στα μικρά παιδιά, παρατηρείται καθυστέρηση της ανάπτυξης και της μετάβασης στις στερεές τροφές, άρνηση λήψης τροφής, αυξημένος χρόνος σίτισης, έμετος, ευερεθιστότητα ενώ στα παιδιά σχολικής ηλικίας εκδηλώνεται με κοιλιακό άλγος, εμέτους, καύσος και παλινδρόμηση.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η αναζήτηση συμπεριφορών προσαρμογής στη δυσφαγία καθώς οι ασθενείς συχνά υιοθετούν στρατηγικές αποφυγής ή τροποποίησης της τροφής καθυστερώντας την διάγνωση. Το ακρωνύμιο IMPACT (Πίνακας 1) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση των συμπεριφορών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.** IMPACT συμπεριφορές για αξιολόγηση των συμπτωμάτων δυσφαγίας κατά την λήψη του ιστορικού (Hirano I, Furuta GT., Gastroenterology. 2020).

Συμπεριφορά	Περιγραφή
Imbibe fluids	Κατανάλωση πολλών υγρών μετά από κάθε βλωμό
Modify foods	Πολτοποίηση ή τεμαχισμός σε μικρά κομμάτια του φαγητού
Prolong meal times	Το να τρως αργά και να «είσαι ο τελευταίος στο τραπέζι»
Avoid hard texture foods	Κρέας, σκληρά ή κολλώδη φαγητά αποφεύγονται
Chew excessively	Καλή μάσηση του φαγητού έως πολτοποίησής του
Turn away tablets/pills	Δυσφαγία στα δισκία- μπορεί να είναι η μοναδική ένδειξη



# Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

**ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ:**

**ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΛΙΝΙΚΟ ΙΑΤΡΟ**

Επιπλέον, συνυπάρχουσες ατοπικές καταστάσεις (τροφικές αλλεργίες, αλλεργική ρινίτιδα, ατοπική δερματίτιδα, άσθμα) παρατηρούνται στο 60–80% των ασθενών και αυξάνουν την κλινική υποψία.

Τέλος, το θετικό οικογενειακό ιστορικό ΕοΕ ή ηωσινοφιλικής γαστρεντερίτιδας σε συμπτωματικό ασθενή θέτει αυξημένη υποψία της διάγνωσης.

## Ενδοσκόπηση

Τα ενδοσκοπικά ευρήματα είναι κρίσιμα για την διάγνωση, την ανταπόκριση στην θεραπεία και την παρακολούθηση της ΕοΕ, ωστόσο δεν είναι παθογνωμονικά. Επιπλέον, το 10–32 % των ασθενών με ΕοΕ μπορεί να έχει φυσιολογική ενδοσκοπική εικόνα.

Τα ενδοσκοπικά ευρήματα της ΕοΕ περιλαμβάνουν:

1. Οίδημα- εξάλειψη αγγειακού δικτύου
2. Λευκωπά εξιδρώματα που προσομοιάζουν με καντιντίαση
3. Τραχειοποίηση του οισοφάγου - Δακτύλιοι (Rings)
4. Επιμήκεις αυλακώσεις δίκην σιδηροτροχιάς (Furrows)
5. Στενώσεις
6. Συνολική στένωση του αυλού (small-caliber esophagus)
7. Ευθρυπτότητα με τους ενδοσκοπικούς χειρισμούς (Crepe-paper mucosa)
8. Αυξημένη αντίσταση του βλεννογόνου κατά την λήψη βιοψιών (tug sign, pull sign)

Το ακρωνύμιο EREFS είναι το σύστημα ενδοσκοπικής ταξινόμησης αναφοράς της ΕοΕ και περιλαμβάνει τα 5 βασικά ενδοσκοπικά ευρήματα της ΕοΕ, αποδίδοντας τους βαθμολογία ανάλογα με την βαρύτητα εμφάνισης τους στο πιο προσβεβλημένο τμήμα του οισοφάγου. Από το άθροισμα τους προκύπτει σκορ με εύρος τιμών από 0–9 (Πίνακας 2).

Το οίδημα, το εξίδρωμα και οι αυλακώσεις σχετίζονται με τη φλεγμονώδη δραστηριότητα, ενώ οι δακτύλιοι και οι στενώσεις με την ινοστενωτική εξέλιξη.

## Ιστολογία

Η ΕοΕ ιστολογικά έχει ανομοιόμορφη κατανομή, δηλαδή η κατανομή των ηωσινοφίλων ποικίλλει και σε κάποιες περιοχές είναι φυσιολογικός ο αριθμός τους, ενώ σε άλλες αυξημένος, με αποτέλεσμα να υπάρχει κίνδυνος να μην τεθεί η διάγνωση αν ληφθούν λίγες βιοψίες. Από τις οδηγίες της ACG (2025), της ASGE (2022) και της UEG (2017), προτείνονται *τουλάχιστον 6 οισοφαγικές βιοψίες από  $\geq 2$  οισοφαγικά επίπεδα* (εγγύς και άπω οισοφάγο), στοχεύοντας τις περιοχές με ορατή φλεγμονή, εάν υπάρχουν.

Κατά την αρχική διάγνωση, συνιστάται να λαμβάνονται βιοψίες από τον στόμαχο και από τον 12δάκτυλο για τον αποκλεισμό ηωσινοφιλικής γαστρεντερίτιδας.

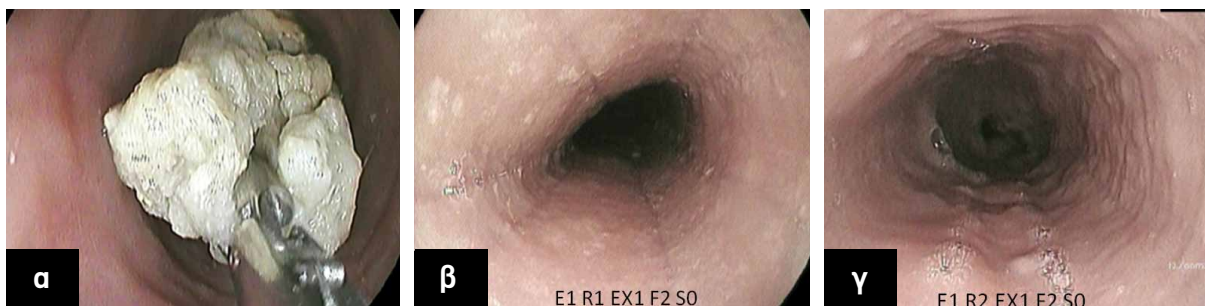
Επιπλέον, προτείνεται να λαμβάνονται βιοψίες και στις θεραπευτικές ενδοσκοπήσεις για ενσφήνωση βλωμού (Εικόνα 1), εφόσον εκείνος απομακρυνθεί, δεδομένου ότι οι ασθενείς χάνονται στην παρακολούθηση και μένουν αδιάγνωστοι, αποφεύγοντας ωστόσο τις βιοψίες από την περιοχή ενσφήνωσης, καθώς μπορεί να υπάρχουν

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Σύστημα ενδοσκοπικής ταξινόμησης EREFS

Ενδοσκοπικό εύρημα	Βαθμολόγηση (Score)
<b>Edema (Οίδημα)</b>	0 = Απουσία 1 = Παρουσία (εξάλειψη αγγειακού δικτύου)
<b>Rings (Δακτύλιοι)</b>	0 = Καθόλου 1 = Ήπιοι 2 = Μέτριοι 3 = Σοβαροί (δεν επιτρέπουν την διόδο του ενδοσκοπίου)
<b>Exudates (Εξίδρωμα)</b>	0 = Καθόλου 1 = <10% επιφανείας 2 = >10% επιφανείας
<b>Furrows (Αυλακώσεις)</b>	0 = Απουσία 1 = Ήπιες 2 = Σοβαρές
<b>Stricture (Στένωση)</b>	0 = Απουσία 1 = Παρουσία

# Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ:  
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΛΙΝΙΚΟ ΙΑΤΡΟ



**Εικόνα 1.** Άρρεν ασθενής 18 ετών, με ιστορικό περιστασιακής δυσφαγίας στα στερεά από ετών, προσήλθε με ενσφήνωση βλωμού (Εικόνα 1α). Μετά την αφαίρεση αυτού, ενδοσκοπική εικόνα συμβατή με ΕοΕ (Εικόνα 1β), όπου ελήφθησαν βιοψίες και ετέθη η διάγνωση. Έλαβε αγωγή με υψηλές δόσεις ΑΑΠ, χωρίς κλινική και ιστολογική ύφεση, ενώ παρέμεινε άνευ αγωγής επί 3 έτη λόγω πλημμελούς συμμόρφωσης. Προσήλθε εκ νέου (εικόνα 1γ), με ενδοσκοπική επιδείνωση ΕοΕ (Εικόνες από το Ενδοσκοπικό Τμήμα 251 ΓΝΑ).

οξείες τοπικές αλλαγές και να επηρεαστεί η ιστολογική διάγνωση.

Για να τεθεί η διάγνωση, έχει οριστεί το όριο  $\geq 15$  ηωσινόφιλα κατά οπτικό πεδίο (ή αν μετράται η ηωσινοφιλική πυκνότητα:  $>60$  ηωσινόφιλα/ $\text{mm}^2$ ). Ωστόσο, ο ακριβής καθορισμός του αριθμού των ηωσινοφίλων είναι σημαντικός για την μετέπειτα διαχείριση του ασθενούς και την ανταπόκριση στην θεραπεία, χωρίς να σχετίζεται απαραίτητα με την βαρύτητα ή την κλινική εκδήλωση της νόσου (π.χ. ασθενής με 200 ηωσινόφιλα/κοψ δεν είναι διπλάσια συμπτωματικός συγκριτικά με έναν με 100 ηωσινόφιλα/κοψ).

Η ιστολογική αξιολόγηση για την βαρύτητα και το στάδιο της νόσου γίνεται με το σύστημα ΕοΕHSS (ΕοΕ Histologic Scoring System), το οποίο κυρίως χρησιμοποιείται ερευνητικά και όχι στην κλινική πράξη επί του παρόντος και εκτιμά 8 ιστολογικές παραμέτρους, εκ των οποίων η μία είναι ο αριθμός των ηωσινοφίλων, ενώ οι λοιπές είναι τα ηωσινοφιλικά μικροαποστημάτια, η

υπερπλασία της βασικής ζώνης, το επιφανειακό στρώμα ηωσινοφίλων, οι επιφανειακές επιθηλιακές μεταβολές, τα δυσκερατωσικά επιθηλιακά κύτταρα, η ίνωση του χορίου και η διεύρυνση των μεσοκυττάρων διαστημάτων.

## Διάγνωση

Συνεπώς, η ΕοΕ διαγιγνώσκεται εφόσον ισχύουν τα παρακάτω **3 κριτήρια**, σύμφωνα με τις οδηγίες που έχει θεσπίσει το American College of Gastroenterology (2025), η UEG (2017) και η BSG (2022):

1. Συμπτώματα οισοφαγικής δυσλειτουργίας
2. Τουλάχιστον 15 ηωσινόφιλα κατά οπτικό πεδίο ή ανά  $0.3 \text{ mm}^2$  (ή  $60$  ηωσινόφιλα / $\text{mm}^2$ ) στις οισοφαγικές βιοψίες –ηωσινοφιλική διήθηση μόνο στον οισοφάγο.
3. Αποκλεισμός άλλων αιτιών οισοφαγικής ηωσινοφιλίας (Πίνακας 3)

Η πρώτη ενδοσκόπηση επί υποψίας ΕοΕ πρέπει να διενεργείται χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει αγωγή

## ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Άλλα αίτια οισοφαγικής ηωσινοφιλίας.

Γαστροοισοφαγική Παλινδρομική Νόσος	Νόσος Crohn
Επαγόμενη από δισκία οισοφαγίτιδα	Κοιλιοκάκη
Αντιδράσεις φαρμακευτικής υπερευαισθησίας	Παρασιτώσεις, ιογενείς ή μυκητιασικές λοιμώξεις
Ηωσινοφιλική γαστρεντερίτιδα	Αχαλασία
Νόσοι Συνδεδειγμένου Ιστού	



# Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

**ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ:**

**ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΛΙΝΙΚΟ ΙΑΤΡΟ**

(ΑΑΠ, κορτικοστεροειδή), καθώς τα ενδοσκοπικά και τα ιστολογικά ευρήματα μπορεί να είναι ψευδώς αρνητικά. Πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες αποτελούν οι ΑΑΠ, τα ενδορρινικά ή εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, η εποχικότητα (αύξηση αλλεργιογόνων την άνοιξη –εποχή της γύρης, οπότε πιθανολογείται και αύξηση της συμπτωματολογίας) και οι δίαιτες αποκλεισμού. Εάν λαμβάνουν τα παραπάνω σκευάσματα, προτιμάται η διακοπή τους για 1-2 μήνες (κατά BSG: τουλάχιστον 3 εβδομάδες) προ της ενδοσκόπησης για να τεθεί η διάγνωση ΕοΕ.

## Θεραπεία

Στόχοι της θεραπείας είναι:

- Η βελτίωση της συμπτωματολογίας των ασθενών
- Ενδοσκοπική βελτίωση
- Ιστολογική βελτίωση
- Φυσιολογική ανάπτυξη και σίτιση
- Αποφυγή επιπλοκών, όπως η ενσφήνωση βλωμού, οισοφαγικές στενώσεις ή διάτρηση οισοφάγου

Η επιλογή της 1<sup>ης</sup> γραμμής θεραπείας θα πρέπει να συζητείται και να συναποφασίζεται με τον ασθενή, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν κλινικές δοκιμές συγκριτικής αποτελεσματικότητας.

## Α. Φαρμακευτικές θεραπευτικές επιλογές

### 1. Αναστολείς αντλίας πρωτονίων (ΑΑΠ)

Οι ΑΑΠ, εκτός από την αντιεκκριτική τους δράση, με αύξηση του γαστρικού pH και μείωσης της βλάβης του οισοφάγου λόγω της έκθεσης στο οξύ, επιπλέον ασκούν και αντιφλεγμονώδη δράση μειώνοντας την eotaxin-3 και επιδιορθώνοντας τον οισοφαγικό επιθηλιακό φραγμό. Συνιστώμενη δόση είναι η διπλάσια δόση ΑΑΠ για την ΓΟΠΝ, ιδανικά σε 2 διαιρεμένες δόσεις ημερησίως.

### 2. Τοπικά κορτικοστεροειδή

Προτείνονται τα καταπινόμενα κορτικοστεροειδή ως θεραπεία της ΕοΕ, με στόχο την δημιουργία ενός στρώματος αντιφλεγμονώδους φαρμάκου στον οισοφάγο.

Χορηγούνται μετά το γεύμα και πρέπει να αποφεύγεται η λήψη τροφής ή υγρών για 30-60 λεπτά. Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η στοματική ή/και οισοφαγική καντιντίαση, ενώ η επινεφριδιακή ανεπάρκεια είναι σπάνια και σχετίζεται με τη μακροχρόνια λήψη των κορτικοστεροειδών ή με λήψη κορτικοστεροειδών και για άλλη αιτία.

Συγκεκριμένα, συστήνονται:

#### i. Βουδεσονίδη

- Σε μορφή διασπειρόμενων δισκίων – στοματοδιαλυόμενο (budesonide orodispersable tablet-BOT) 1 mg x2 ημερησίως
- Σε μορφή πόσιμου εναιωρήματος (budesonide oral suspension- BOS) 2 mg x2. Έχει λάβει έγκριση από τον FDA στις ΗΠΑ το 2024 και εκκρεμεί η έγκριση από το Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων και η επακόλουθη κυκλοφορία του στην Ελλάδα.
- Σε μορφή εναιωρήματος για νεφελοποίηση ή ξηράς σκόνης, χρησιμοποιώντας ως μέσο για μεγαλύτερη παραμονή στο τοίχωμα του οισοφάγου μέλι ή σουκραλόζη, σε δοσολογία 1-2 mg x2.
- Ωστόσο, δεν έχει μελετηθεί η διάλυση και ο όγκος τους, ώστε να μην επηρεάζεται η αποτελεσματικότητα.

#### ii. Φλουτικαζόνη

- Σε μορφή στοματικά διαλυόμενου δισκίου (fluticasone propionate orally disintegrating tablet). Σε κλινικές δοκιμές φάσεις 3.
- Σε μορφή εναιωρήματος για νεφελοποίηση ή ξηράς σκόνης, χρησιμοποιώντας ως μέσο για μεγαλύτερη παραμονή στο τοίχωμα του οισοφάγου μέλι ή σουκραλόζη, σε δοσολογία 1760 μg/ημέρα σε διαιρεμένη δόση.

### 3. Dupilumab

Πρόκειται για μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι της IL-4ra. Έχει λάβει έγκριση για άσθμα, χρόνια παραρρινοκολίτιδα με ρινικούς πολύποδες και οζώδη κνήφη, καθώς και ατοπική δερματίτιδα.

# Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ:  
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΛΙΝΙΚΟ ΙΑΤΡΟ



Συνιστάται σε ασθενείς που πάσχουν από ΕοΕ και είναι >12 ετών, μη ανταποκρινόμενοι στην συμβατική αγωγή.

Είναι υποδόρια ένεση και η δοσολογία του ανάλογα με το βάρος του ασθενούς είναι: 15-30 kg: 200 mg κάθε 2<sup>η</sup> εβδομάδα, 30-40 kg: 300 mg κάθε 2<sup>η</sup> εβδομάδα, ≥40 kg: 300mg μία φορά εβδομαδιαίως.

Παρόλο που αποτελεί βιολογικό παράγοντα, έχει καλό προφίλ ασφαλείας και δεν αυξάνει την πιθανότητα λοιμώξεων λόγω της εκλεκτικής δράσης του, οπότε δεν είναι απαραίτητος ο έλεγχος για ιογενείς ηπατίτιδες, φυματίωση ή HIV προ της χορήγησής του.

Για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας κάθε θεραπευτικής επιλογής, απαιτείται επανενδοσκόπηση και λήψη βιοψιών με το ίδιο πρωτόκολλο με στόχο <15 ηωσινόφιλα/κοπ, εφόσον έχει παρέλθει διάστημα 8-12 εβδομάδων για τους ΑΑΠ και τα τοπικά κορτικοστεροειδή και έως 24 εβδομάδες για το dupilumab, ώστε να υπάρχει επαρκής χρόνος να φανούν ιστολογικές αλλαγές υπό την συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή. Φαίνεται ότι δεν αρκεί απλά η κλινική βελτίωση, καθώς υπάρχει *χαμηλή συσχέτιση συμπτωματολογίας και ιστολογίας*.

## Β. Δίαιτα αποκλεισμού

Προτείνεται προσέγγιση «step-up» όσον αφορά τις δίαιτες αποκλεισμού (Πίνακας 4), ξεκινώντας από την λιγότερο περιοριστική, εκείνη που αποκλείει γαλακτοκομικά και σιτάρι (2FED- 2 Food Elimination Diet). Οι ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται, προχωρούν στην 4FED (αποκλεισμός γαλακτοκομικών, σιταριού, αυγού και σόγιας) και αν δεν υπάρχει ανταπόκριση στην 6FED (αποκλεισμός γαλακτοκομικών, σιταριού, αυγού, σόγιας, ξηρών καρπών και θαλασσινών). Αυτή η προσέγγιση φαίνεται να μειώνει τόσο τον αριθμό των ενδοσκοπήσεων όσο και τον χρόνο ανίχνευσης του εκλυτικού παράγοντα κατά 20 %.

Όταν επιλεγεί η δίαιτα αποκλεισμού (εκτός από την 1FED) και υπάρχει ιστολογική ανταπόκριση μετά από 6-8 εβδομάδες τήρησης της, στη συνέχεια ξεκινάει η διαδικασία επανεισαγωγής τροφίμων ώστε να εντοπιστεί ακριβώς ο πυροδοτικός παράγοντας. Συγκεκριμένα, ο ασθενής εκτίθεται σε ένα είδος τροφίμου από αυτά που είχαν αποκλειστεί για 6-8 εβδομάδες και επανενδοσκοπείται. Αν παραμείνει σε ιστολογική ύφεση, μπορεί να συνεχίσει να το καταναλώνει. Αν υπάρξει ιστολογική υποτροπή (≥ 15 ηωσινόφιλα/κοπ), τότε το συγκεκριμένο είδος τροφίμου πρέπει να αποκλειστεί διαπαντός.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4.** Δίαιτες αποκλεισμού για την ΕοΕ

Δίαιτα	Λεπτομέρειες	Αποτελεσματικότητα
1FED	Αποκλεισμός μόνο γαλακτοκομικών· αναφέρεται επίσης ως αποκλεισμός ζωικού γάλακτος	35%–45%
2FED	Αποκλεισμός γαλακτοκομικών και σιταριού	40%–45%
4FED	Αποκλεισμός γαλακτοκομικών, σιταριού, αυγού και σόγιας	40%–50%
6FED	Αποκλεισμός γαλακτοκομικών, σιταριού, αυγού, σόγιας, ξηρών καρπών και θαλασσινών	40%–70%
Στοιχειακή φόρμουλα	Υποαλλεργική φόρμουλα βασισμένη σε αμινοξέα	>90% (εφόσον υπάρχει συμμόρφωση)
Δίαιτα καθοδηγούμενη από αλλεργικά τεστ	Δεν συνιστάται	—

FED: Food Elimination Diet



# Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

## ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ:

### ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΛΙΝΙΚΟ ΙΑΤΡΟ

Η συμβολή διατροφολόγου και αλλεργιολόγου είναι σημαντική, ωστόσο τα αλλεργικά δερματικά τεστ και ο προσδιορισμός IgG και IgE ορού για πάνελ τροφίμων έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα στον εντοπισμό των τροφίμων που πυροδοτούν την ΕοΕ.

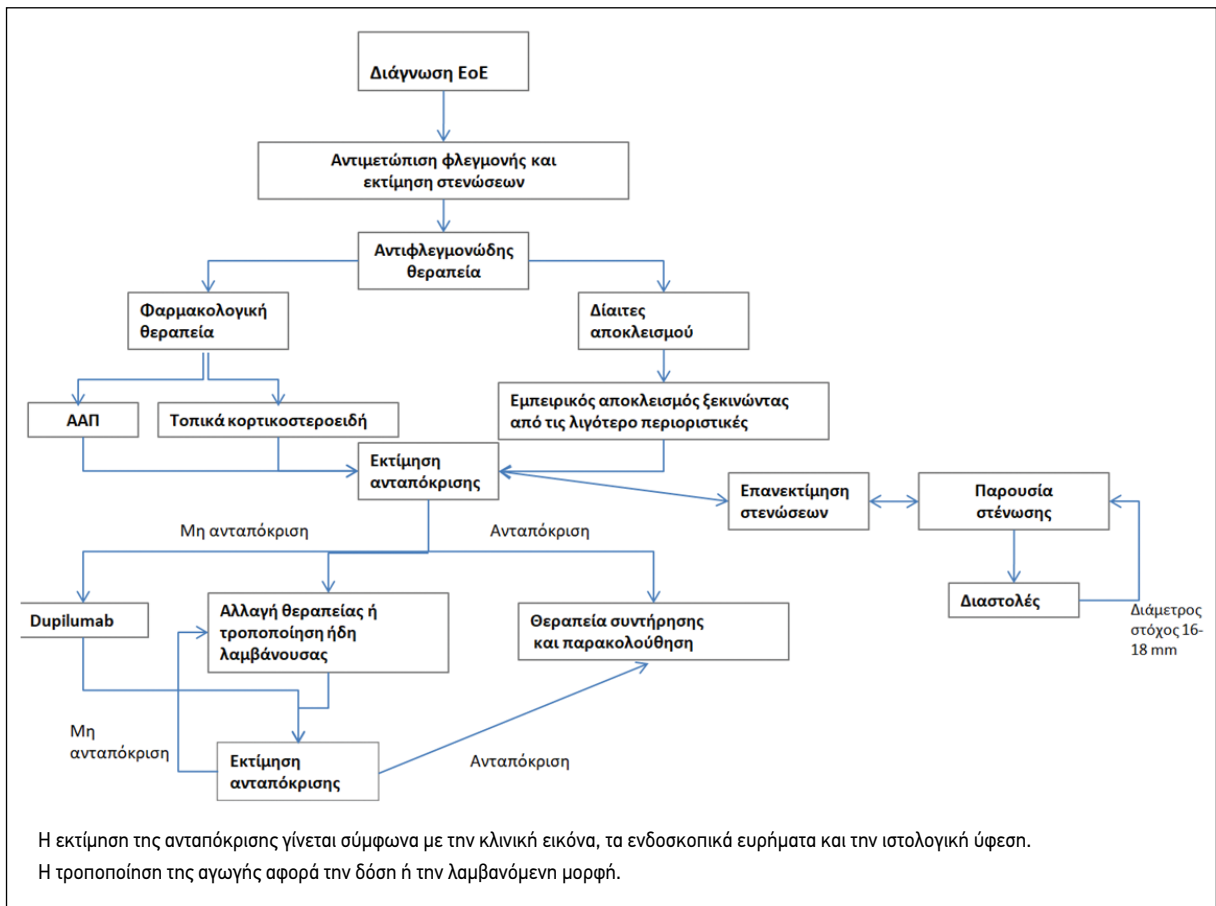
Όσον αφορά την στοιχειακή δίαιτα, φαίνεται ότι έχει την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα από τις δίαιτες αποκλεισμού, με >90% ιστολογική ανταπόκριση, ωστόσο η άσχημη γεύση και το υψηλό κόστος μειώνουν την συμμόρφωση και άρα δεν προτείνεται για τους ενήλικες ασθενείς.

με ΕοΕ με δυσφαγία και στένωση/εις ή εκσεσημασμένα στενό αυλό (small-caliber esophagus), σε συνδυασμό με την φαρμακευτική θεραπεία ή την δίαιτα αποκλεισμού, καθώς οι διαστολές από μόνες τους δεν μειώνουν την οισοφαγική ηωσινοφιλία και έχει φανεί ότι η αντιφλεγμονώδης θεραπεία μειώνει την ανάγκη μελλοντικών διαστολών και αυξάνει την αποτελεσματικότητά τους. Είναι αποτελεσματικές και ασφαλείς, ακόμα και σε ενεργή φλεγμονώδη δραστηριότητα, με κλινική βελτίωση στο 95% και χαμηλό κίνδυνο επιπλοκών (0.38% διάτρηση και 0.67% ανάγκη για νοσηλεία).

## Γ. Ενδοσκοπική θεραπεία – Διαστολές

Οι διαστολές προτείνονται σε όλους τους ασθενείς

Η ενδοσκοπική απεικόνιση λύσης της συνέχειας του βλεννογόνου ως ένδειξη επαρκούς διαστολής παρατη-



**Διάγραμμα.** Αλγόριθμος διαχείρισης ΕοΕ (Πηγή: ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Eosinophilic Esophagitis 2025).

# Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ:  
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΛΙΝΙΚΟ ΙΑΤΡΟ



ρείται συχνά μετά από διαστολή με μπαλόνι μέσω του ενδοσκοπίου (through-the-scope balloon dilation) ή μεταξύ των διελεύσεων κηρίων, είναι αναμενόμενη και δεν αποτελεί επιπλοκή αλλά ένδειξη επαρκούς διαστολής.

Βαθύτερες σπάσεις μπορεί να παρατηρηθούν μετά από διαστολές και ενδέχεται να σχετίζονται με θωρακικό άλγος σε έως και 17% των ασθενών. Είναι σημαντικό να ενημερώνεται εκ των προτέρων ο ασθενής ότι μπορεί να αισθανθεί κάποια δυσφορία μετεπεμβατικά και να παρακολουθείται για επιδείνωση των συμπτωμάτων, όπως αυξανόμενο θωρακικό άλγος, δύσπνοια ή πυρετό, που υποδηλώνουν διάτρηση. Επίσης, είναι σημαντικό να γίνεται συμβουλευτική ενημέρωση του ασθενούς ότι μπορεί να απαιτηθούν περισσότερες από μία συνεδρίες διαστολών για τη βελτίωση των συμπτωμάτων, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν στενώσεις σημαντικού βαθμού.

Στόχος της οισοφαγικής διαμέτρου είναι 16-18 mm και οι διαστολές θα πρέπει να γίνονται ακολουθώντας τον κανόνα των 3 (3 διαστολές την φορά με προοδευτική αύξηση της διαμέτρου του διαστολέα κατά 3 mm και επανάληψη κάθε 3 εβδομάδες) και την στρατηγική «start low and go slow», υποδηλώνοντας την έναρξη της διαστολής με μικρότερο διαστολέα και την παραπάνω από μία συνεδρίες.

Συμπερασματικά, οι φαρμακευτικές θεραπείες και η δίαιτα αποκλεισμού θεωρούνται αντι-φλεγμονώδεις θεραπείες και στοχεύουν στην μείωση των ηωσινοφίλων ιστολογικά και κατά συνέπεια στην εξάλειψη των φλεγμονωδών ενδοσκοπικών ευρημάτων (οίδημα, εξίδρωμα, αυλακώσεις). Αντίθετα, οι διαστολές στοχεύουν στη μηχανική αποκατάσταση της δυσφαγίας.

## Πρόγνωση

Η ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα (EoE), ως χρόνια και εξελικτική νόσος χωρίς οριστική ίαση, απαιτεί συστηματική παρακολούθηση των ασθενών μετά την αρχική διάγνωση. Πολλαπλές μελέτες έχουν δείξει ότι τόσο τα συμπτώματα όσο και η φλεγμονώδης δραστηριότητα επανεμφανίζονται συχνά μετά τη διακοπή επιτυχούς

φαρμακευτικής ή διαιτητικής αγωγής. Επιπλέον, είναι τεκμηριωμένο ότι η ένταση των συμπτωμάτων δεν συσχετίζεται πάντοτε στενά με τον βαθμό της υποκείμενης φλεγμονής.

Δεδομένων των εγγενών χαρακτηριστικών αυτών της νόσου, αφενός η αντιφλεγμονώδης θεραπεία συντήρησης θα πρέπει να συνεχίζεται ακόμη και μετά την επίτευξη ύφεσης, αφετέρου οι ασθενείς που βρίσκονται υπό θεραπεία χρειάζονται τακτικές επανεκτιμήσεις, με στόχο τόσο την ανίχνευση επιπλοκών που σχετίζονται με τη νόσο όσο και την αξιολόγηση πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών από τη φαρμακευτική ή διαιτητική παρέμβαση.

Δεδομένου ότι η απουσία συμπτωμάτων δεν εξασφαλίζει απαραίτητα ενδοσκοπική ή ιστολογική ύφεση, κρίνεται σκόπιμη η περιοδική εκτίμηση της φλεγμονώδους δραστηριότητας, μέσω ενδοσκόπησης με λήψη βιοψιών, ακόμη και σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, με τα διαθέσιμα, αν και περιορισμένα, δεδομένα να συγκλίνουν στην ετήσια κλινική και ενδοσκοπική αξιολόγηση.

## Βιβλιογραφία

1. Hirano I, Furuta GT. Approaches and Challenges to Management of Pediatric and Adult Patients With Eosinophilic Esophagitis. *Gastroenterology*. 2020 Mar;158(4):840-851. doi: 10.1053/j.gastro.2019.09.052. Epub 2019 Dec 10. PMID: 31836530; PMCID: PMC8063595.
2. Hirano I, Moy N, Heckman MG, et al. Endoscopic assessment of the oesophageal features of eosinophilic esophagitis: Validation of a novel classification and grading system. *Gut* 2013;62(4):489-95.
3. Collins MH, Martin LJ, Alexander ES, Boyd JT, Sheridan R, He H, Pentiuik S, Putnam PE, Abonia JP, Mukkada VA, Franciosi JP, Rothenberg ME. Newly developed and validated eosinophilic esophagitis histology scoring system and evidence that it outperforms peak eosinophil count for disease diagnosis and monitoring. *Dis Esophagus*. 2017 Feb 1;30(3):1-8. doi: 10.1111/dote.12470. PMID: 26857345; PMCID: PMC5373936.



# Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ:

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΛΙΝΙΚΟ ΙΑΤΡΟ

4. Dellon ES, Falk GW, Katzka DA, Lightdale J, Muir AB, Bredenoord AJ, Bailey DD, Chang JW, Furuta GT, Gonsalves N, Greuter T, Gupta SK, Hiremath G, Horsley-Silva JL, Lucendo AJ, Lynch KL, Menard-Katcher C, Moawad F, Oliva S, Peterson KA, Philpott H, Putnam PE, Schoepfer AM, Snyder DL, Straumann A, Wechsler JB, Sharma P. ASGE consensus recommendations on the endoscopic management of eosinophilic esophagitis - part 2: disease assessment, monitoring, and pediatric considerations. *Gastrointest Endosc.* 2026 Jan 8;S0016-5107(25)02127-3. doi: 10.1016/j.gie.2025.10.032. Epub ahead of print. PMID: 41504688.
5. Aceves SS, Alexander JA, Baron TH, Bredenoord AJ, Day L, Dellon ES, Falk GW, Furuta GT, Gonsalves N, Hirano I, Konda VJA, Lucendo AJ, Moawad F, Peterson KA, Putnam PE, Richter J, Schoepfer AM, Straumann A, McBride DL, Sharma P, Katzka DA. Endoscopic approach to eosinophilic esophagitis: American Society for Gastrointestinal Endoscopy Consensus Conference. *Gastrointest Endosc.* 2022 Oct;96(4):576-592.e1. doi: 10.1016/j.gie.2022.05.013. Epub 2022 Aug 11. PMID: 35965102.
6. Dellon ES, Muir AB, Katzka DA, Shah SC, Sauer BG, Aceves SS, Furuta GT, Gonsalves N, Hirano I. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Eosinophilic Esophagitis. *Am J Gastroenterol.* 2025 Jan 1;120(1):31-59. doi: 10.14309/ajg.0000000000003194. Epub 2025 Jan 2. PMID: 39745304.
7. Lucendo AJ, Molina-Infante J, Arias Á, von Arnim U, Bredenoord AJ, Bussmann C, Amil Dias J, Bove M, González-Cervera J, Larsson H, Miehle S, Papadopoulou A, Rodríguez-Sánchez J, Ravelli A, Ronkainen J, Santander C, Schoepfer AM, Storr MA, Terreehorst I, Straumann A, Attwood SE. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. *United European Gastroenterol J.* 2017 Apr;5(3):335-358. doi: 10.1177/2050640616689525. Epub 2017 Jan 23. PMID: 28507746; PMCID: PMC5415218.
8. Dhar A, Haboubi HN, Attwood SE, Auth MKH, Dunn JM, Sweis R, Morris D, Epstein J, Novelli MR, Hunter H, Cordell A, Hall S, Hayat JO, Kapur K, Moore AR, Read C, Sami SS, Turner PJ, Trudgill NJ. British Society of Gastroenterology (BSG) and British Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (BSPGHAN) joint consensus guidelines on the diagnosis and management of eosinophilic oesophagitis in children and adults. *Gut.* 2022 Aug;71(8):1459-1487. doi: 10.1136/gutjnl-2022-327326. Epub 2022 May 23. PMID: 35606089; PMCID: PMC9279848.
9. Navarro P, Arias Á, Arias-González L, Laserna-Mendieta EJ, Ruiz-Ponce M, Lucendo AJ. Systematic review with meta-analysis: the growing incidence and prevalence of eosinophilic oesophagitis in children and adults in population-based studies. *Aliment Pharmacol Ther.* 2019 May;49(9):1116-1125. doi: 10.1111/apt.15231. Epub 2019 Mar 18. PMID: 30887555.

# Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ

Χαράλαμπος Α. Παπαγώρας,  
Πνευμονολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών



## Εισαγωγή

Η γαστροσκόπηση, η κολonosκόπηση και η βρογχοσκόπηση γίνονται σήμερα, ως επί το πλείστον, με τη χορήγησης ελαφριάς αναισθησίας («μέθη»), η οποία παρέχει άνεση και ασφάλεια, τόσο στον εξεταζόμενο όσο και στον ενδοσκόπο. Ωστόσο, ορισμένα φάρμακα όπως η μιδαζολάμη και η φαιντανύλη, μέσω της μυοχάλασης και της σύμπτωσης των αεραγωγών, μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπιθύμητα αναπνευστικά συμβάντα σε ανθρώπους που πάσχουν από αποφρακτική άπνοια του ύπνου. Η καταγραφή συνεχούς ροχαλητού και άπνοιών κατά τη διάρκεια της εξέτασης υποδηλώνει αδιάγνωστο κλινικό σύνδρομο και ο εξεταζόμενος θα πρέπει να ενημερώνεται, ώστε να ζητήσει κατάλληλη ιατρική συμβουλή. Σε διεγνωσμένη υπνική άπνοια, η τροποποίηση της αναισθησίας και το στενό monitoring κατά την διάρκεια της ενδοσκόπησης περιορίζουν σημαντικά τα αναπνευστικά συμβάντα (επικίνδυνοι αποκορεσμοί, παρατεταμένες άπνοιες). Ακολουθεί μία σύντομη παρουσίαση της κλινικής αυτής οντότητας.

## Ορισμοί

Ως **άπνοια** στον ύπνο ορίζουμε την διακοπή της αναπνοής για τουλάχιστον 10 δευτερόλεπτα. Αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό των διαταραχών της αναπνοής στον ύπνο και διακρίνεται σε *αποφρακτική*, όπου η κίνηση θωρακικού και κοιλιακού τοιχώματος συνεχίζεται, *κεντρική*, όπου η αναπνευστική προσπάθεια λείπει παντελώς και *μικτή* (ξεκινάει σαν κεντρική άπνοια και καταλήγει σε αποφρακτική με επανέναρξη των αναπνευστικών κινήσεων). **Υπόπνοια** είναι η μείωση της ροής του αέρα κατά τουλάχιστον 30% σε συνδυασμό με πτώση της SatO<sub>2</sub> έως και 4%. Στις διαταραχές της αναπνοής στον ύπνο υπάγεται και το *σύνδρομο αυξημένων αντιστάσεων των ανώτερων αεραγωγών* που χαρακτηρίζεται από ημερήσια υπνηλία, έντονο ροχαλητό και συχνές αφυπνίσεις (Respiratory Effort Related Arousals) χωρίς την ύπαρξη απαραίτητα, άπνοιών ή υποπνοιών. Η βαρύτητα της υπνικής άπνοιας

καθορίζεται από τον **δείκτη άπνοιας υπόπνοιας** (δείκτη AY) που είναι ο αριθμός των αναπνευστικών επεισοδίων ανά ώρα καταγεγραμμένου ύπνου. Δείκτης AY έως 5 ανά ώρα θεωρείται φυσιολογικός. Δείκτης πάνω από 15 συνιστάται να θεραπεύεται, ενώ η αντιμετώπιση ενδιάμεσων τιμών (6-14) εξαρτάται από την ένταση των συμπτωμάτων και τις συννοσηρότητες.

## Επιδημιολογία

Ο συνδυασμός άπνοιών υποπνοιών με ανάλογα συμπτώματα αποτελεί το **σύνδρομο άπνοιας υπόπνοιας (ΣΑΥ)**. Αποφρακτική υπνική άπνοια (ΑΥΑ) έχει το 25% των ανδρών και το 9% των γυναικών μέσης ηλικίας, ενώ η αναλογία του συνδρόμου AY είναι 5% και 3% αντιστοίχως. Η αποφρακτική ΥΑ είναι πολύ συνηθισμένη νόσος. Ο σωματότυπος, το φύλο (οι γυναικείες ορμόνες προστατεύουν), το οινόπνευμα και τα υπναγωγά φάρμακα, καθώς και η ηλικία είναι μερικοί από τους προδιαθεσικούς παράγοντες.

## Παθοφυσιολογία

Η φυσιολογία της αναπνοής κατά τον ύπνο, σε σχέση με την εγρήγορση, αλλάζει: η αντίσταση του φαρυγγικού αεραγωγού είναι έως και επτά φορές αυξημένη, ο κατώλεπτόν αερισμός μειώνεται, η PCO<sub>2</sub> είναι αυξημένη (42-46 έναντι 38-42 της εγρήγορσης), με αποτέλεσμα να διευρύνεται το κατώφλι της άπνοιας και η μερική πίεση του CO<sub>2</sub> στο αίμα να είναι ο κύριος ρυθμιστής της αναπνοής.

Η αυξημένη εναπόθεση λίπους γύρω από τον φάρυγγα είναι η κυριότερη **αιτία** της ΑΥΑ, ενώ η διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ δυνάμεων που δρουν γύρω από/και μέσα στον φαρυγγικό αεραγωγό, είναι ο κύριος **μηχανισμός**. Ένας ανατομικά στενός αεραγωγός σε συνδυασμό με λιπώδη ιστό από γύρω, αρνητική εισπνευστική πίεση που αυξάνει την ενδοτικότητα και στενεύει ακόμη περισσότερο τον φάρυγγα καθώς και η μικρογοναθία, είναι παράγοντες που προάγουν την άπνοια, ενώ ο τόνος του γενειογλωσσικού μυός σε συνδυασμό με κανονικού εύρους φάρυγγα, κρατούν τον αεραγωγό ανοικτό.



# Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ

## Κλινικά χαρακτηριστικά, παράγοντες κινδύνου και συννοσηρότητες

Τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά της ΥΑ είναι:

- μη ξεκουραστικός ύπνος
- ροχαλητό
- εκσεσημασμένη ημερήσια υπνηλία (ΕΗΥ), που είναι και το πιο ανησυχητικό σύμπτωμα, με κοινωνικές, επαγγελματικές και άλλες συνέπειες (ατυχήματα κατά την οδήγηση).

Το ανδρικό φύλο, η μέση ηλικία και κυρίως το αυξημένο σωματικό βάρος είναι οι κύριοι παράγοντες κινδύνου. Υπάρχει άμεση - γραμμική σχέση μεταξύ του κινδύνου ανάπτυξης ΑΥΑ και του αυξημένου δείκτη μάζας σώματος. Συνέπειες και συννοσηρότητες της άπνοιας είναι η αρτηριακή υπέρταση, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, οι αρρυθμίες, το ΑΕΕ, η έκπτωση γνωσιακών λειτουργιών, η κατάθλιψη, η αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη, η στυτική διαταραχή και τα διαζύγια. Ειδικά οι καρδιαγγειακές επιπλοκές είναι συχνότερες σε υπνική άπνοια με δείκτη ΑΥ πάνω από 30.

## Διάγνωση τής άπνοιας ύπνου

Γίνεται μόνο με την **πολυπαραμετρική μελέτη**, την πολυκάναλη δηλαδή καταγραφή της φυσιολογίας που διέπει τον ύπνο (κινήσεις οφθαλμών, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, ηλεκτρομυογράφημα) σε συνδυασμό με την καταγραφή των κινήσεων κοιλιάς-θώρακα, της στοματορινικής ροής του αέρα, του ροχαλητού, του καρδιακού ρυθμού και της συνεχούς οξυμετρίας. Για να είναι διαγνωστική η μελέτη, απαιτούνται τουλάχιστον έξι ώρες ύπνου. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις διαγνωστική και θεραπευτική μελέτη (ύπνος με συσκευή θετικής πίεσης των αεραγωγών) μπορούν να συνδυαστούν την ίδια νύχτα (split night). Εργαλεία που μπορούν να βοηθήσουν στην διάγνωση χωρίς όμως να έχουν την αξία της κανονικής μελέτης ύπνου, είναι βεβαίως η ισχυρή κλινική υποψία, τα ερωτηματολόγια αξιολόγησης της υπνηλίας (Epworth sleepiness scsla), αντικειμενικές

δοκιμασίες (όπως the multiple sleep latency test και the maintenance of wakefulness test, η νυχτερινή οξυμετρία) και τέλος η πλάγια κεφαλομετρική ακτινογραφία για ορισμένες άτυπες περιπτώσεις ΑΥΑ. Όλο και πιο πολύ μετά την πανδημία Covid-19 γίνεται και **μελέτη ύπνου κατ' οίκον**. Η καταγραφή εδώ μπορεί να είναι πλήρης, μπορεί όμως και πιο απλουστευμένη πλην όμως διαγνωστική (καταγραφή ροής αέρα από μύτη -στόμα, οξυμετρία, ηλεκτροκαρδιογράφημα-ΗΚΓ, αναπνευστική προσπάθεια και θέση σώματος).

## Θεραπεία της υπνικής άπνοιας

### A. Αλλαγή του τρόπου ζωής και γενικά μέτρα

- μείωση του σωματικού βάρους και διατήρηση αυτού διαχρονικά
- βαριατρική χειρουργική επί νοσηρής παχυσαρκίας (BMI άνω των 40)
- αποφυγή οινοπνεύματος και υπναγωγών φαρμάκων
- αποφυγή της ανάσκελης θέσης κατά τον ύπνο
- φαρμακευτική αντιμετώπιση της ρινικής συμφόρησης αν χρειάζεται

### B. Θετική πίεση των αεραγωγών (PAP).

Επί του παρόντος η θεραπεία εκλογής και αναμφισβήτητη η πιο αποτελεσματική θεραπεία της αποφρακτικής υπνικής άπνοιας. Είτε με την μορφή συνεχούς σταθερής πίεσης (απλό CPAP), είτε ως αυτόματης ρύθμισης CPAP, η θετική πίεση δημιουργεί έναν «αέρινο νάρθηκα» που διατηρεί τα φαρυγγικά τοιχώματα ανοικτά. Η τιτλοποίηση της πίεσης, ώστε να είναι αποτελεσματική, γίνεται συνήθως στο εργαστήριο του ύπνου με δεύτερη μελέτη, μπορεί όμως να γίνει και εμπειρικά παρακολουθώντας τα δεδομένα της συσκευής μετά από μερικές ημέρες χρήσης. Η auto-CPAP είναι καλύτερα ανεκτή όταν απαιτούνται πιέσεις άνω των 10 cm H<sub>2</sub>O. Δεν είναι αποτελεσματική όταν συνυπάρχει κυψελιδικός υποαερισμός (προτιμούμε bilevel PAP) ή κεντρικές άπνοιες. Οι συσκευές PAP είναι εξαιρετικά ασφαλείς και οι όποιες



παρενέργειες (διάβρωση του δέρματος, επίσταξη) απολύτως διαχειρίσιμες. Η σοβαρότερη παρενέργεια είναι η μη συμμόρφωση του ασθενούς.

## Γ. Μηχανισμοί προώθησης της γνάθου

Μηχανισμοί προώθησης της γνάθου (mandibular advancement devices) γνωστοί και ως «μασελάκια» έχουν θέση μόνο σαν δεύτερης ή τρίτης γραμμής θεραπείας.

## Δ. Η χειρουργική

Η χειρουργική στην αντιμετώπιση της υπνικής άπνοιας έχει δύο κατευθύνσεις:

- α)** την παράκαμψη του στενωμένου αεραγωγού και αυτό γίνεται με την **τραχειοστομία**. Άκρως αποτελεσματική, αλλά δύσκολα αποδεκτή από τον ασθενή πρακτική, και
- β)** την **διεύρυνση του στενωμένου, από υπερτροφικές ανατομικές δομές (αμυγδαλές, σταφυλή μαλακή υπερώα) αεραγωγού μέσω της φαρυγγο-υπερωϊοπλαστικής**, η οποία ελέγχει ικανοποιητικά το ροχαλητό, όμως η συνολική αποτελεσματικότητά της στην αποφρακτική υπνική άπνοια είναι περιορισμένη, δεδομένου ότι δεν επηρεάζει τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό της υπνικής άπνοιας.

## Κεντρική άπνοια

Η **κεντρική άπνοια**, η περίοδος διακοπής της αναπνοής χωρίς συνοδό αναπνευστική προσπάθεια, είναι άλλη μία μορφή διαταραχής της αναπνοής στον ύπνο

διαφορετική και λιγότερο συνηθισμένη σε σχέση με την αποφρακτική άπνοια.

Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια κυρίως, αλλά και το ΑΕΕ όπως και οι εγκεφαλικές κακώσεις, είναι κλινικές καταστάσεις που μπορεί να συνοδεύονται από κεντρικές άπνοιες. Ιδιαίτερα στην **συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια** μπορεί να έχουμε επαναλαμβανόμενες κεντρικές άπνοιες που παίρνουν τη μορφή της αναπνοής τύπου *Cheyne-Stokes*. Ο μηχανισμός είναι πολύπλοκος, το κύριο όμως χαρακτηριστικό αυτού είναι ο υπεραερισμός που παρουσιάζουν αυτοί οι ασθενείς, σε συνδυασμό με την αυξημένη ευαισθησία του αναπνευστικού κέντρου στις μεταβολές της PCO<sub>2</sub> στο αρτηριακό αίμα. Εδώ οι κεντρικές άπνοιες είναι το αποτέλεσμα της καρδιακής ανεπάρκειας και όχι η αιτία, σε αντίθεση με τις αποφρακτικές, που μπορεί να επιδεινωθούν, μέσω της υποξαιμίας και της αύξησης του τόνου του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, μία προϋπάρχουσα παθολογία του μυοκαρδίου.

Η **οξυγονοθεραπεία** μπορεί να μειώσει τον υπεραερισμό σε ασθενείς με αναπνοή Cheyne-Stokes και καρδιακή ανεπάρκεια. Η χρήση του CPAP εδώ θα πρέπει να γίνεται προσεκτικά, ξεκινώντας με χαμηλές πιέσεις, για να αποφευχθεί η μείωση του προφορτίου, η οποία σε αυτούς τους ασθενείς μπορεί να είναι καταστροφική.

## Προτεινόμενη βιβλιογραφία

- Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, sixth edition (2023)



# Ιστορία της Ιατρικής

ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ ΤΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΗ ΧΡΗΣΤΟΥ ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗ

Χρήστος Λιάτσος, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Η απώλεια του Ομότιμου Καθηγητή Χρήστου Κ. Μαυρογιάννη σε ηλικία 71 ετών σηματοδοτεί το τέλος μιας ολόκληρης εποχής για τη διαγνωστική και θεραπευτική ενδοσκόπηση στην Ελλάδα. Υπήρξε από τις εμβληματικές φυσιογνωμίες που όχι μόνο υπηρέτησαν, αλλά ουσιαστικά διαμόρφωσαν την εξέλιξη της σύγχρονης ελληνικής Γαστρεντερολογίας, ιδίως στον τομέα της επεμβατικής ενδοσκόπησης συμπεριλαμβανομένης της Ενδοσκοπικής Παλίνδρομης Χολαγγειοπαγκρεατογραφίας (ERCP), καθώς και στη θεμελίωση της Νοσηλευτικής Γαστρεντερολογίας ως διακριτής και αναγκαίας υποειδικότητας.

Υπήρξε απόφοιτος του Βαρβακείου πρότυπου Γυμνασίου / Λυκείου, πτυχιούχος (1977) και Διδάκτωρ (1988) της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ). Ειδικεύτηκε στη Γαστρεντερολογία στο «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα και στη Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική (Διευθυντής Αμ. Επικ. Καθηγητής Α. Νάκος και Καθηγητής Σ. Χατζηγιάννης αντίστοιχα). Μετά τη λήψη της ειδικότητας υπηρέτησε ως Επιμελητής Α' στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα του «Ιπποκράτειου» ΓΝΑ. Η μετεκπαίδευσή του στο Ηνωμένο Βασίλειο (1988-1989), στη Γαστρεντερολογική Κλινική του University of Southampton υπό τον Professor Ralph Wright, υπήρξε καταλυτική, καθώς εξειδικεύθηκε στη θεραπευτική ERCP, στη μανομετρία του οισοφάγου και στα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Από το 1990 έως το 1997 συνέχισε, από τη θέση του Επιμελητή Α', την οργάνωση, καθιερώνοντας την καθημερινή λειτουργία, του τμήματος ERCP (σε συνεργασία με τον Χειρουργό Α. Ρωμάνο), εκτελώντας ταυτόχρονα προχωρημένες ενδοσκοπικές παρεμβάσεις σε όλο το γαστρεντερικό σωλήνα. Εξέλεγχη Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας του



Χρήστος Κ. Μαυρογιάννης

Τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ το 1997, Αναπληρωτής Καθηγητής το 2004 και Καθηγητής Α' Βαθμίδας το 2009.

Η δημιουργία και οργάνωση του Ηπατογαστρεντερολογικού Εργαστηρίου του Τμήματος Νοσηλευτικής, αρχικά στο Γενικό Νοσοκομείο «Ελενα Βενιζέλου» (1998-2009) και στη συνέχεια στο Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι» (2009-2021), αποτέλεσε καταλύτη για

τη συγκρότηση ενός πρότυπου ενδοσκοπικού κέντρου αναφοράς. Η μονάδα αυτή δεν εξυπηρετούσε μόνο τις ανάγκες του εκάστοτε νοσοκομείου, αλλά επί σειρά ετών υποστήριξε θεραπευτικά περιστατικά ασθενών και από άλλα νοσοκομεία του Λεκανοπεδίου, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη διαθεσιμότητα εξειδικευμένων θεραπευτικών ενδοσκοπικών πράξεων σε εθνικό επίπεδο.

Αφυπηρέτησε την 31-8-2021.

Η μακρά αυτή κλινική του θητεία στις προαναφερθείσες θέσεις διαμόρφωσε τις βάσεις της επιστημονικής και επεμβατικής του συγκρότησης.

## Η συμβολή του στην ανάπτυξη της θεραπευτικής ενδοσκόπησης στην Ελλάδα

Επιστρέφοντας στην Ελλάδα από τη μετεκπαίδευσή του στο Ηνωμένο Βασίλειο, υπήρξε από τους πρωτοπόρους που συνέβαλαν καθοριστικά στην εδραίωση της ERCP ως εξειδικευμένης θεραπευτικής πράξης υψηλής τεχνικής και γνωστικής απαίτησης αλλά και στην εφαρμογή σύγχρονων θεραπευτικών ενδοσκοπήσεων πεπτικού.

Από τη δεκαετία του 1990 έως και το 2020, η παρουσία του ταυτίστηκε με:

- τη συστηματική εφαρμογή και διάδοση σύγχρονων θεραπευτικών τεχνικών ERCP, όπως ενδοσκοπικής



- σφιγκτηροτομής και επανα-σφιγκτηροτομής με κλασικούς αλλά και needle knife σφιγκτηροτόμους, λιθοτριψίας και τοποθέτησης πλαστικών και μεταλλικών ενδοπροθέσεων χοληφόρων και παγκρέατος
- την εφαρμογή πρωτοπόρων θεραπευτικών ενδοσκοπικών πράξεων:
    - σκληροθεραπεία αρχικά και ενδοσκοπική τοποθέτηση δακτυλίων (banding) σε κισσούς,
    - τοποθέτηση μεταλλικών ενδοπροθέσεων σε καλοήθεις και κακοήθεις στενώσεις του πεπτικού σωλήνα
    - ενδοσκοπική αφαίρεση (EMR) πολυπόδων σε όλο το πεπτικό σύστημα και
    - σύγχρονη αντιμετώπιση αιμορραγιών πεπτικού με ποικίλες ενδοσκοπικές μεθόδους
  - την εκπαίδευση νεότερων γαστρεντερολόγων στην ορθή ένδειξη, τεχνική εκτέλεση και διαχείριση επιπλοκών στη θεραπευτική ενδοσκόπηση
  - την καλλιέργεια κουλτούρας ποιότητας, ασφάλειας και τεκμηριωμένης πρακτικής στις επεμβατικές πράξεις υψηλού κινδύνου.

## Η εισαγωγή και θεμελίωση της Νοσηλευτικής Γαστρεντερολογίας

Εξίσου εμβληματική υπήρξε η συμβολή του στη θεμελίωση της Νοσηλευτικής Γαστρεντερολογίας στην Ελλάδα ως διακριτή επιστημονική οντότητα. Ανέπτυξε οργανωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα, διαμόρφωσε πρότυπα λειτουργίας ενδοσκοπικών μονάδων και καθιέρωσε τη φιλοσοφία της διεπιστημονικής συνεργασίας. Ανέδειξε τον ρόλο του εξειδικευμένου νοσηλευτή ως αναπόσπαστου μέλους της ενδοσκοπικής ομάδας, συμβάλλοντας καθοριστικά στη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ιδιαίτερα σημαντική υπήρξε η συμβολή του στην εισαγωγή της εκπαίδευσης με προσομοιωτές (simulators) στη Νοσηλευτική Γαστρεντερολογία. Σε μια περίοδο

όπου η προσομοιωτική εκπαίδευση ήταν σχεδόν απύσαστη στην ελληνική γαστρεντερολογική πραγματικότητα, συμμετείχε ενεργά σε ερευνητικές πρωτοβουλίες, που ανέδειξαν την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης νοσηλευτών στη σιγμοειδοσκόπηση μέσω προσομοιωτή. Οι συστηματικές και επίμονες προσπάθειες του στον τομέα αυτό ήταν πραγματικά πρωτοπόρες για την Ελλάδα, επιβεβαιώνοντας ότι η προσομοιωτική εκπαίδευση μπορεί να αποτελέσει ασφαλές και δομημένο προπαρασκευαστικό στάδιο πριν την κλινική πράξη σε νοσηλευτές ενδοσκοπικών εργαστηρίων-τμημάτων Γαστρεντερολογίας.

Με αυτόν τον τρόπο, ο Καθηγητής Μαυρογιάννης συνέβαλε ουσιαστικά στη μεταφορά σύγχρονων εκπαιδευτικών προτύπων στην Ελλάδα και στην ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών.

## Ένα διαρκές αποτύπωμα

Ο Χρήστος Μαυρογιάννης δεν ήταν μόνο άριστος κλινικός ιατρός και εξαιρετικών ικανοτήτων ενδοσκόπος. Υπήρξε διαμορφωτής θεσμών, εκπαιδευτής εκπαιδευτών αλλά και μέντορας μεγάλης σειράς νέων τότε Γαστρεντερολόγων που σήμερα είναι Καθηγητές και Διευθυντές Γαστρεντερολογικών κλινικών και τμημάτων αλλά και εδραιωμένων, άριστων ιδιωτών Γαστρεντερολόγων σε όλη την Ελληνική επικράτεια. Η ανάπτυξη της θεραπευτικής ενδοσκόπησης και ειδικότερα της θεραπευτικής ERCP στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες καθώς και η καθιέρωση της Νοσηλευτικής Γαστρεντερολογίας και της προσομοιωτικής εκπαίδευσης φέρουν ανεξίτηλα τη σφραγίδα του. Ήταν ένας από τους λίγους συναδέλφους που υποστήριζε μια ολιστική αντίληψη για την Γαστρεντερολογία, όπου η τεχνική αρτιότητα, η επιστημονική τεκμηρίωση, η οργανωμένη νοσηλευτική υποστήριξη και ο σεβασμός προς τον ασθενή συνιστούν αδιαίρετη ενότητα. Το έργο του δεν περιορίζεται σε κλινικούς δείκτες, σε δημοσιεύσεις στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία ή στη συγγραφή βιβλίων σχετικών με την ενδοσκόπηση και τη Νοσηλευτική Γαστρεντερολογία.



# Ιστορία της Ιατρικής

ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ ΤΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΗ ΧΡΗΣΤΟΥ ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗ

αντανακλάται στις μονάδες που λειτουργούν σήμερα με οργανωμένα πρωτόκολλα, στους νοσηλευτές που υπηρετούν με εξειδίκευση και επιστημονική αυτοπεποίθηση, και στους γαστρεντερολόγους που εκπαιδεύτηκαν κοντά του και συνεχίζουν να εξελίσσουν την επεμβατική ενδοσκοπηση στη χώρα μας.

Η ελληνική Γαστρεντερολογία του οφείλει πολλά.

Και η μνήμη του θα παραμένει ζωντανή κάθε φορά που μια θεραπευτική ενδοσκοπική πράξη του πεπτικού

σωλήνα και των χοληφόρων – παγκρέατος εκτελείται με επιστημονική ακρίβεια, ομαδικό πνεύμα και σεβασμό στον ασθενή — **ακριβώς όπως εκείνος δίδαξε.**

Αιωνία του η μνήμη.

*στον πολυαγαπημένο μου μέντορα,*

*δάσκαλο, φίλο.....*

**Χρήστος Λιάτσος, MD, PhD, FEBGH**  
Δντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής 401 ΓΣΝΑ



**Αντωνία Παναγάκη, Κωνσταντίνα Παρασκευά,**

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Κωνσταντοπούλειο Νοσοκομείο Ν Ιωνίας, Αθήνα

### Εισαγωγή - Ορισμός

Η επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών αποτελεί επαγγελματικό φαινόμενο που οφείλεται σε χρόνιο εργασιακό άγχος και έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στην υγεία των γιατρών, όσο και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας προς τους ασθενείς.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ, ICD-11, 2019), την χαρακτηρίζει ως σύνδρομο το οποίο προκύπτει από «χρόνιο εργασιακό στρες το οποίο δεν έχει αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά». Δεν ταξινομείται ως ψυχική νόσος ή διαταραχή, αλλά ως φαινόμενο που σχετίζεται με την εργασία.

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης χαρακτηρίζεται από συναισθηματική και σωματική εξάντληση, κυνισμό, αναποτελεσματικότητα, μειωμένη αίσθηση προσωπικής επίτευξης και αποστασιοποίηση από τη δουλειά.

Θα πρέπει να τονισθεί ότι η υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και κατάθλιψης. Η επαγγελματική εξουθένωση διαφέρει από την κατάθλιψη, καθώς αποτελεί εργασιακά προσδιορισμένο σύνδρομο, ενώ η κατάθλιψη είναι ψυχική διαταραχή με γενικευμένη επίδραση στη λειτουργικότητα του ατόμου.

Παρά τη διαφοροποίησή τους, τα δύο φαινόμενα μπορεί να συνυπάρχουν, με την επαγγελματική εξουθένωση να αποτελεί ενδεχομένως παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων

### Εργαλεία Αξιολόγησης

Στη βιβλιογραφία, τα πλέον διαδεδομένα εργαλεία αξιολόγησης του burnout είναι το Maslach Burnout Inventory (MBI) και το Copenhagen Burnout Inventory (CBI).

Το MBI, το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο (85,7 % των μελετών), αποτελείται από ερωτηματολόγιο 22 ερωτήσεων που αξιολογούν τις τρεις βασικές παρα-

μέτρους του burn out: τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την προσωπική επίτευξη.

Αντίστοιχα, το CBI, νεότερο εναλλακτικό εργαλείο, με ερωτηματολόγιο 19 ερωτήσεων, εστιάζει στην κόπωση και εξάντληση ως κεντρικά συμπτώματα.

Οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 0-100, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερο burnout, ωστόσο υπάρχει έλλειψη κλινικά επικυρωμένων cut off.

### Συχνότητα Φαινομένου Burn Out και Παράγοντες Κινδύνου

Οι επαγγελματίες υγείας επηρεάζονται δυσανάλογα από την επαγγελματική εξουθένωση σε σύγκριση με άλλες επαγγελματικές ομάδες. Έχουν καταγραφεί ποσοστά burnout έως και 80,5%.

Σε πρόσφατη μετα-ανάλυση αναφέρεται ότι οι βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση περιλαμβάνουν το αυξημένο εργασιακό στρες, τον εκφοβισμό στον χώρο εργασίας και την κακή επικοινωνία, ενώ ως προστατευτικοί παράγοντες αναδεικνύονται το υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον, η επαρκής στελέχωση και η ατομική ανθεκτικότητα.

Οι γαστρεντερολόγοι και ενδοσκόποι αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας και των απαιτήσεων της ειδικότητας. Σύμφωνα με πρόσφατη μετα-ανάλυση, περίπου το 45% των γαστρεντερολόγων εμφανίζει επαγγελματική εξουθένωση,

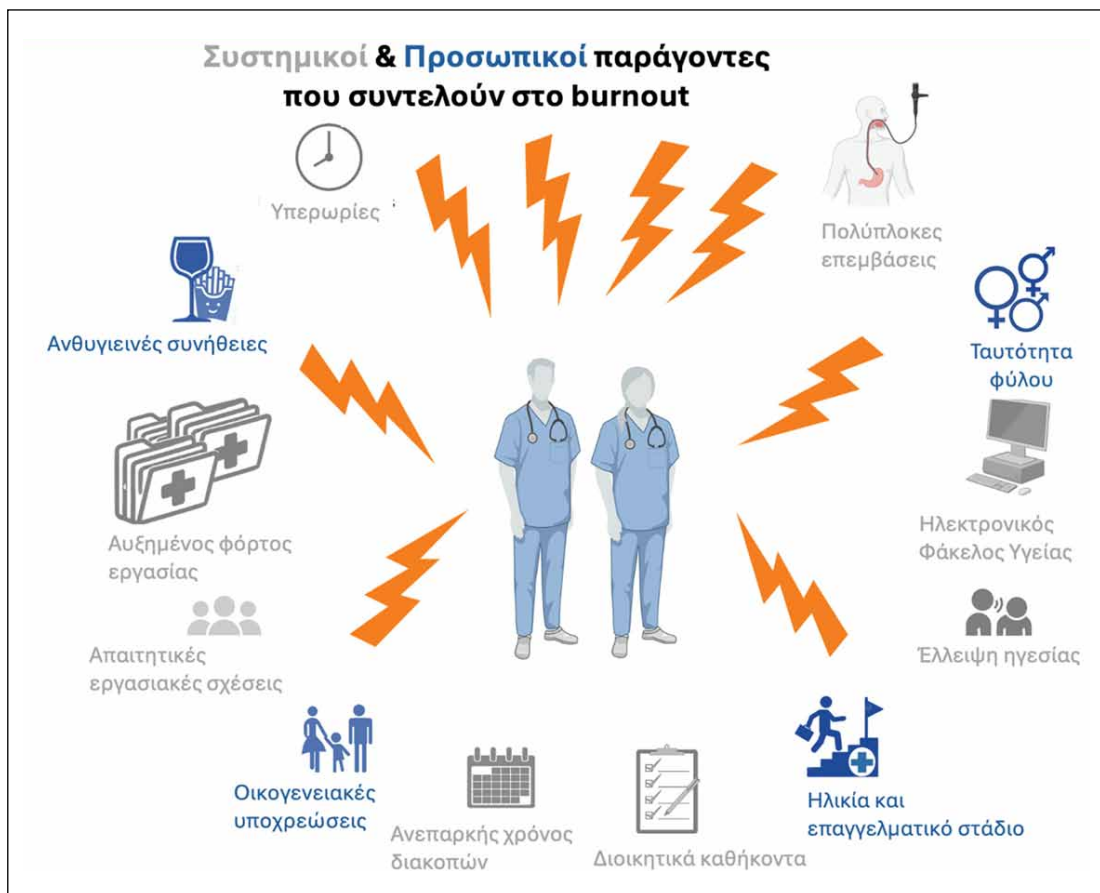
Ειδικότερα για τη γαστρεντερολογία, οι παράγοντες που σχετίζονται με επαγγελματική εξουθένωση, περιλαμβάνουν τα μακρά ωράρια, τις πολλές εφημερίες, την περιορισμένη αυτονομία και έλεγχο του φόρτου δουλειάς, τη συνεχή αύξηση των διοικητικών και γραφειοκρατικών υποχρεώσεων και την αίσθηση απαξίωσης στο χώρο εργασίας.

Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η νεότερη ηλικία (< 55 ετών), το φύλο και η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ της επαγγελματικής και της προσωπικής ζωής.



# Ελεύθερο Θέμα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ (BURNOUT) ΣΤΟΥΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥΣ:  
Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΜΑΣΤΙΓΑ



**Εικόνα 1.** Συστημικοί & Προσωπικοί παράγοντες που συντελούν στο burnout.

Οι γυναίκες γαστρεντερολόγοι εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σε σύγκριση με τους άντρες συνάδελφους τους. Μελέτες έδειξαν μεγαλύτερο φόρτο οικογενειακών υποχρεώσεων, με τις γυναίκες να αφιερώνουν σημαντικά περισσότερο χρόνο σε οικιακές εργασίες και την ανατροφή των παιδιών μετά το πλήρες ωράριο εργασίας, καθώς και πως σχεδόν τα τρία τέταρτα των γυναικών ιατρών εντός 6 ετών από την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης, αναφέρουν μείωση των ωρών εργασίας σε μερική απασχόληση ή εξετάζουν αυτό το ενδεχόμενο λόγω σύγκρουσης εργασίας-οικογένειας.

Επιπλέον επιβαρυντικοί παράγοντες για τις γυναίκες, αναφέρονται οι διακρίσεις λόγω μητρότητας, οι μισθολογικές ανισότητες, οι διακρίσεις στην επαγγελματική

εξέλιξη και η σεξουαλική παρενόχληση με τις μισές γυναίκες μέλη ακαδημαϊκού προσωπικού να αναφέρουν παρενόχληση από συναδέλφους και ασθενείς.

Τα δεδομένα από την Ελλάδα δείχνουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση των γιατρών και των λοιπών επαγγελματιών υγείας αποτελεί σοβαρό πρόβλημα, ιδιαίτερα επιδεινωμένο από την οικονομική κρίση, τις ελλείψεις πόρων και την πανδημία COVID-19. Τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στην Ελλάδα είναι υψηλότερα από άλλες ευρωπαϊκές χώρες, με το 92% των επαγγελματιών υγείας να εμφανίζει σοβαρή αποπροσωποποίηση κατά την πανδημία σε συγκεκριμένες μελέτες. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για τους Έλληνες Γαστρεντερολόγους.



### Επιπτώσεις του Burn Out

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιβάρυνσης της σωματικής και ψυχικής υγείας των ιατρών, με ευρείες επιπτώσεις τόσο σε ατομικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο.

Σε σωματικό επίπεδο, η εξουθένωση έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης υπερκοληστερολαιμίας, σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 και στεφανιαίας νόσου, καθώς και με μυοσκελετικό πόνο, παρατεταμένη κόπωση, κεφαλαλγίες, γαστρεντερικές και αναπνευστικές διαταραχές, ενώ έχει επίσης συνδεθεί με αυξημένη θνησιμότητα σε ηλικίες κάτω των 45 ετών.

Σε ψυχολογικό επίπεδο, παρατηρείται αυξημένη συχνότητα αϋπνίας, καταθλιπτικών συμπτωμάτων, χρήσης ψυχοτρόπων και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, καθώς και αυξημένος κίνδυνος νοσηλείας για ψυχικές διαταραχές.

Παράλληλα, οι επιπτώσεις της εξουθένωσης επεκτείνονται και στο επαγγελματικό πεδίο, όπου συνδέονται με αυξημένη εργασιακή δυσάρεσκεια, αυξημένες απουσίες, μειωμένη παραγωγικότητα, καθώς και πρόωρη αποχώρηση από το επάγγελμα.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η συσχέτιση της εξουθένωσης με την ασφάλεια των ασθενών, καθώς οι ιατροί που εμφανίζουν σύνδρομο εξουθένωσης παρουσιάζουν περίπου διπλάσια πιθανότητα εμπλοκής σε ιατρικά σφάλματα και επιδεικνύουν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματισμού.

Επιπλέον, οι ίδιοι εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα παραίτησης, γεγονός που συμβάλλει περαιτέρω στην επιδείνωση της ήδη υπάρχουσας παγκόσμιας έλλειψης ιατρικού προσωπικού.

Συνολικά, τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τη σοβαρότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης ως πολυδιάστατου προβλήματος δημόσιας υγείας, με σημαντικές επιπτώσεις τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

### Αντιμετώπιση του Burn Out

Η αντιμετώπιση του burn out απαιτεί στρατηγικές παρεμβάσεις τόσο σε συστημικό όσο και σε ατομικό επίπεδο με τις συστημικές παρεμβάσεις να έχουν σαφώς μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα από τις ατομικές.

Ειδικότερα, οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση του φόρτου και των ωρών εργασίας έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση στη μείωση του burnout και η εφαρμογή τους θα πρέπει να έχει προτεραιότητα.

Επιπλέον, η υιοθέτηση πολιτικών και προγραμμάτων που βελτιώνουν τις άδειες γονεϊκότητας και φροντίδας, καθώς και την πρόσβαση σε δομές παιδικής φροντίδας, μπορεί να συμβάλει στη μείωση της σύγκρουσης μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής.

Αναγκαίες είναι επίσης πολιτικές που προάγουν τη διαφορετικότητα, την ισότητα και τη συμπεριληψη, καθώς και παρεμβάσεις που αντιμετωπίζουν τον σεξισμό και τον ρατσισμό στο χώρο της ιατρικής

Άλλες προτεινόμενες από τη βιβλιογραφία παρεμβάσεις που φαίνεται να βελτιώνουν την παραγωγικότητα και την ικανοποίηση των ιατρών περιλαμβάνουν την ανάθεση σε μη ιατρικό προσωπικό γραφειοκρατικών εργασιών που προηγουμένως εκτελούσαν οι ιατροί, τη χρήση γραμματέων για τη συμπλήρωση των ηλεκτρονικών φακέλων των ασθενών, τη μείωση της γραφειοκρατίας μέσω ψηφιοποίησης και τεχνητής νοημοσύνης, την τηλειατρική και την εφαρμογή προγραμμάτων επαγγελματικής καθοδήγησης (mentoring).

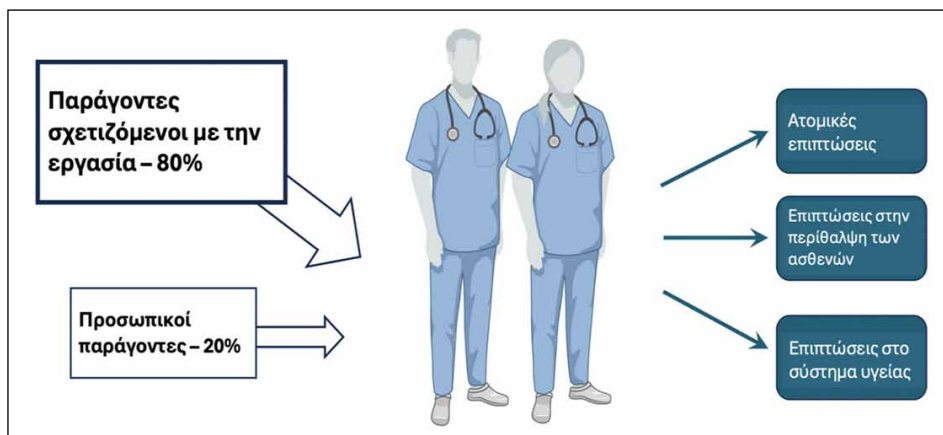
Σε ατομικό επίπεδο είναι εξαιρετικά σημαντική η πρόσβαση σε κάποιου είδους ψυχοθεραπευτική υποστήριξη όπως η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία σε όσους το χρειάζονται, και έχουν αναφερθεί και άλλες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις μέσω προγραμμάτων ενσυνειδητότητας (mindfulness-based stress reduction). Προσφάτως, το επαγγελματικό coaching αναφέρεται να βοηθά στην ενίσχυση της ατομικής ανθεκτικότητας.

Βεβαίως καθοριστικής σημασίας μέτρα υποστήριξης



# Ελεύθερο Θέμα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ (BURNOUT) ΣΤΟΥΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΥΣ:  
Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΜΑΣΤΙΓΑ



**Εικόνα 2.** Παράγοντες που σχετίζονται με το burnout των ιατρών και οι επιπτώσεις αυτού.

αποτελούν η αυτοφροντίδα ως προτεραιότητα μέσω της τακτικής σωματικής άσκησης, της υγιεινής διατροφής και της επαρκούς ανάπαυσης, καθώς και η διατήρηση ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής (work-life balance) και τα οποία συμβάλλουν ουσιαστικά στη μείωση του άγχους και στην ενίσχυση της συνολικής ευημερίας των επαγγελματιών υγείας.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης προσβάλλει σχεδόν τους μισούς γαστρεντερολόγους παγκοσμίως, με συνέπειες τόσο στην ατομική τους υγεία, στην ασφάλεια των ασθενών και στη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

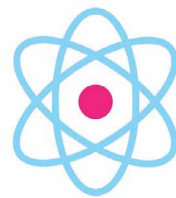
Η αντιμετώπιση του απαιτεί συντονισμένες προσπάθειες σε ατομικό αλλά κυρίως σε συστημικό επίπεδο, με έμφαση στη μείωση του φόρτου εργασίας, τη βελτίωση του εργασιακού κλίματος και την εξισορρόπηση προσωπικής επαγγελματικής ζωής.

Υφίσταται πλέον σαφής κατεύθυνση για εφαρμογή τεκμηριωμένων παρεμβάσεων, μέσω της δημιουργίας υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος και της προώθησης στρατηγικών προσωπικής ανθεκτικότητας που θα συμβάλουν στη βελτίωση της ευημερίας όλων των ιατρών. Παρεμβάσεις βελτίωσης της ευημερίας

των γιατρών αναμένεται να έχουν παράλληλα θετικό αντίκτυπο και στην υγεία και ευημερία των ασθενών.

## Προτεινόμενη Βιβλιογραφία

1. Shiha MG, Manza F, Ong J, Rodríguez-Lago I, Müller M, Sidhu R. Global Prevalence of Burnout in Gastroenterology and Endoscopy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *United European Gastroenterol J.* 2025;13(7):1318-1327. doi:10.1002/ueg2.70045
2. Zimmermann K, Rodríguez-Lago I, Sidhu R, et al. Promoting Well-Being Among Gastroenterologists - A Call for Systemic Action. *United European Gastroenterol J.* 2026;14(1):e70149.
3. Amiri S, Mahmood N, Mustafa H, Javaid SF, Khan MA. Occupational Risk Factors for Burnout Syndrome Among Healthcare Professionals: A Global Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2024 Nov 27;21(12):1583.
4. Pappa S, Athanasiou N, Sakkas N, Patrinos S, Sakka E, Barmparessou Z, Tsikrika S, Adraktas A, Pataka A, Migdalis I, Gida S, Katsaounou P. From Recession to Depression? Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic in Greece: A Multi-Center, Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Mar 1;18(5):2390.



# Καινοτομίες στην Ενδοσκόπηση

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΥΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΤΗΣ ΤΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΚΤΟΜΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΕΚΤΟΜΗ ΜΕΓΑΛΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΠΟΛΥΠΩΔΩΝ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

**Γεώργιος Τζιάτζιος**, Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο Πατσίων», Αθήνα, Επιμελητής Β` Γαστρεντερολογίας  
**Γεράσιμος Γερασιμάτος**, Γαστρεντερολόγος, Ιδιωτικό Ιατρείο, Αργοστόλι, Κεφαλλονιά

Η ενδοσκοπική εκτομή του βλεννογόνου (Endoscopic Mucosal Resection - EMR) αποτελεί την καθιερωμένη θεραπεία για μεγάλους ( $\geq 20\text{mm}$ ) άμισχους πολύποδες παχέος εντέρου. Προγενέστερες μελέτες έχουν δείξει χαμηλό ποσοστό τοπικής υποτροπής και ανεπιθύμητων συμβάντων μετά από EMR με τη χρήση διαθερμοπηξίας με Argon Plasma Coagulation (APC).

Στόχος αυτής της προοπτικής, πολυκεντρικής μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της EMR με συστηματικό καυτηριασμό των περιφερικών ορίων, της κοίτης και των αγγείων μετά από πολυποδεκτομή μεγάλων ( $\geq 20\text{mm}$ ) άμισχων πολύποδων παχέος εντέρου, χωρίς σύγκλιση του χάσματος με αιμοστατικούς αγκτήρες (clips). Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία της μελέτης ήταν τα ανεπιθύμητα συμβάντα εντός 30 ημερών, συμπεριλαμβανομένης της σοβαρής μετεπεμβατικής αιμορραγίας (οριζόμενης ως ανάγκη

νοσηλείας, μετάγγισης, κολονοσκόπησης ή χειρουργικής επέμβασης) και το ποσοστό τοπικής υποτροπής κατά την πρώτη κολονοσκόπηση επιτήρησης (SC1), με βάση τις βιοψίες από την περιοχή της ουλής της προηγηθείσας πολυποδεκτομής.

Συμπεριλήφθηκαν εκατόν εξήντα τέσσερις ( $n=164$ ) ασθενείς με 179 EMR οι οποίοι ολοκλήρωσαν την περίοδο της πρώτης κολονοσκόπησης επιτήρησης. Καυτηριασμός της κοίτης της πολυποδεκτομής πραγματοποιήθηκε σε 167 (93,3%) περιπτώσεις, ενώ καυτηριασμός των αγγείων έγινε σε 116 (64,8%) περιπτώσεις. Στην πρώτη κολονοσκόπηση επιτήρησης, η οποία πραγματοποιήθηκε κατά μέσο όρο στους 5,5 μήνες, αναγνωρίστηκαν και οι 179 θέσεις πολυποδεκτομής με το ποσοστό τοπικής υποτροπής να ανέρχεται σε 2,2% (95% CI, 0,6-5,6, Εικόνα). Σοβαρή μετεπεμβατική αιμορραγία εμφανίστηκε στο 2,2% (95% CI, 0,6-5,6), αποκλειστικά σε πολύποδες στο δεξιό κόλον ενώ το ποσοστό διάτρησης ήταν 0,6% (95% CI, 0,0-3,1).

### Ασφάλεια και αποτελεσματικότητα του καυτηριασμού των περιφερικών ορίων και της κοίτης της πολυποδεκτομής μετά από EMR άμισχων πολύποδων παχέος εντέρου $\geq 20\text{mm}$



Καυτηριασμός των περιφερικών ορίων και της βάσης της πολυποδεκτομής μειώνει τον κίνδυνο υποτροπής



Ασθενείς με αδενωματώδεις πολύποδες εντέρου μεγέθους  $\geq 20\text{mm}$

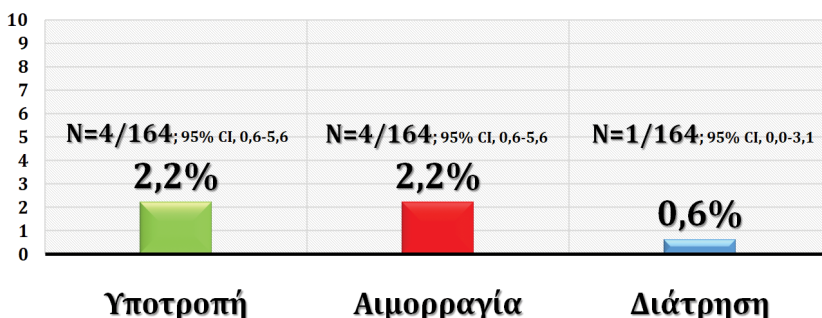
Τμηματική Ενδοσκοπική Βλεννογονική Εκτομή (EMR)

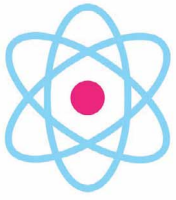


Σχεδιασμός

Προοπτική μελέτη παρακολούθησης σε 4 κέντρα ΗΠΑ - Καναδά

Πρωτογενές καταληκτικό σημείο: Επιπλοκές (<30d) / τοπική υποτροπή (6 μήνες)





# Καινοτομίες στην Ενδοσκόπηση

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΥΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΤΗΣ ΤΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΚΤΟΜΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΕΚΤΟΜΗ ΜΕΓΑΛΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΠΟΛΥΠΩΔΩΝ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

Συμπερασματικά, τα δεδομένα αυτής της προοπτικής πολυκεντρικής μελέτης, υποστηρίζουν ότι η EMR μεγάλων ( $\geq 20\text{mm}$ ) άμισχων πολύποδων του παχέος εντέρου συνοδευόμενη από συστηματικό καυτηριασμό της κοίτης και των ορατών αγγείων μετά την εκτομή, συμπληρωματικά των περιφερικών ορίων, επέδειξε υψηλό ποσοστό τεχνικής επιτυχίας παράλληλα με χαμηλό ποσοστό τοπικής υποτροπής και ανεπιθύμητων συμβάντων.

## **Βιβλιογραφία**

1. Medawar E, Taghiakbari M, Djinbachian R, Shahidi N, Levenick J, Mosko JD, Lam E, Teshima CW, Moyer MT, Bouchard S, Deslandres E, Pohl H, Michal V, von Renteln D. Safety and efficacy of margin and base ablation after endoscopic mucosal resection of large nonpedunculated colorectal polyps: a prospective multicenter study. *Gastrointest Endosc.* 2026 Feb;103(2):284-292.e1. doi: 10.1016/j.gie.2025.05.034. Epub 2025 Jun 11. PMID: 40513805.

# Το εξώφυλλο από μέσα



Σημειώσεις καλοκαιριού.

Αυτό το καλοκαίρι να θυμηθώ να φορέσω το καπέλο μου και κάτω από το αλμυρίκι στην άκρη της παραλίας να διαβάσω το βιβλίο μου,  
να βουτήξω με τη μάσκα για κοχύλια,  
να φτιάξω μια βαρκούλα με πανάκι με τα ξύλα που έβγαλαν οι χειμωνιάτικες σοροκάδες  
και να την αφήσω να αρμενίσει με το φύσημα της απογευματινής μπουκαδούρας,  
στο βραχάκι που κοιτάζει τον πουνέντε να ξεδιψάσω με μια φέτα καρπούζι  
και να ρίχνω βοτσαλάκια στο νερό μέχρι και το τελευταίο τόξο του ήλιου να βυθιστεί στη θάλασσα.

Μίλτος Σκούρας  
[www.miltoskouras.com](http://www.miltoskouras.com)



# Peptan<sup>®</sup> 20mg 40mg

## Famotidine

**Τρόπος Διάθεσης:** Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.  
Δεν διατίθεται σε παιδιά και εφήβους κάτω των 18 ετών.

**Λιανική Τιμή (Λ.Τ):** Το PEPTAN (φραμοτιδίνη) διατίθεται σε δισκία των **20mg** (20 δισκία) με Λ.Τ: 5,97€ και σε δισκία των **40mg** (10 δισκία) με Λ.Τ: 6,89€  
Για οποιαδήποτε τροποποίηση στο Δελτίο Τιμών, ισχύει η νεότερη τιμή

**Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την ΠΧΠ που θα βρείτε στο QR code.**

Η ΠΧΠ διατίθεται και σε έντυπη μορφή μετά απο αίτημά σας στην Εταιρεία.



Κάτοχος άδειας κυκλοφορίας:



**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: Ακαδήμου 113, 562 24 Εύσμος Θεσσαλονίκης, Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

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