



ενδοσκοπήσεις

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο
ΚΕΜΠ Αθηνών
Αριθμός Άδειας
1



ISSN: 1790-8779

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων [ΕΠ.Ε.Γ.Ε.] | Μάιος - Αύγουστος 2026 | Τεύχος

74

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

ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΥΘΗΣΗ

**Επετειακό τεύχος - αφιέρωμα:
20 χρόνια «ενδοσκοπήσεις»**

Η μανομετρία υψηλής ανάλυσης
και το EndoFLIP στην αχαλασία
του οισοφάγου

Μικροβίωμα και ηπατοκυτταρική
καρκινογένεση

Το Βερίνονιρσεν στη θεραπεία
της χρόνιας ηπατίτιδας Β

Η τεχνητή νοημοσύνη στην
ενδοσκόπηση: ηθικά διλήμματα
και μελλοντικές προκλήσεις



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 **T. +30 210 67 90 000**
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ Πλ. Συντριβανίου 4, 546 21 **T. +30 2310 233 251**

E: info@papapostoulou.gr **www.papapostoulou.gr**

ΠΑΤΡΑ • ΙΩΑΝΝΙΝΑ • ΗΡΑΚΛΕΙΟ • ΧΑΝΙΑ • ΛΑΡΙΣΑ • ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑ



ΟΙ «ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ» ΣΤΟ ΛΥΚΑΓΓΕΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ ΤΟΥΣ	3
• ΤΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΤΕΥΧΟΥΣ ΤΩΝ «ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ» • ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - Η ΣΥΝΕΠΗΣ ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΚΑΙ Η ΣΥΝΕΧΗΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑ • ΟΙ ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΡΩΩΝ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΩΝ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΤΩΝ «ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ» • ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ: ΑΝΤΩΝΗΣ ΖΕΡΒΑΚΑΚΗΣ- Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΠΟΥ ΕΜΠΝΕΥΣΘΗΚΕ ΤΙΣ «ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ» • Η ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΠΕΓΕ	
ΝΕΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΑΙΡΑ	15
I. 23^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΕΓΕ – ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ II. 23^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΕΓΕ- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ III. ΝΕΕΣ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΕΠΕΓΕ	
ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ	22
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟ Κ. ΧΑΡΗ ΤΣΙΩΝΗ	
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΘΕΜΑ	34
ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑΣ ΥΨΗΛΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ (HRM) ΚΑΙ ΤΟΥ ENDOFLIP	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	49
ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ: ΠΩΣ ΤΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ ΣΤΟ ΗΠΑΡ	
Η ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΨΗΦΙΑΚΗ ΕΠΟΧΗ	55
«ΞΕΚΟΥΡΑΣΤΗ» ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΣΩ ΡΟΜΠΟΤ!	
TIPS & TRICKS	57
ΧΡΗΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΙΟΥ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ: ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ, ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	
HOW TO DO IT	62
ΟΡΘΗΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ	
ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	68
ΒΕΡΙΟΝΙΡΣΕΝ: ΜΙΑ ΝΕΑ «ΑΥΓΗ» ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β	
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	72
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ	
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	81
ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	84
Η ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ, ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ	
ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ	87
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΣΕ ΨΥΧΡΗ ΠΟΛΥΠΕΚΤΟΜΗ ΕΝΑΝΤΙ ΠΟΛΥΠΕΚΤΟΜΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΔΙΑΘΕΡΜΙΑΣ ΓΙΑ ΕΜΜΙΣΧΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ. ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ 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
e-mail: 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.



ibutin-Gelsectan®

στο Ευερέθιστο Έντερο

"Leaky Gut"

Αποτρέπει

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

Ανακουφίζει¹

- Κοιλιακό πόνο • Δυσφορία
- Φουσκώματα

Ελέγχει²

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

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

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

Βιβλιογραφία: 1. FOX ibutin Gelsectan, 2. A. Tifan 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

Για περισσότερες
πληροφορίες
συμβουλευτείτε το
φύλλο οδηγιών



1370 C €

ενδοσκοπήσεις

ISSN: 1790-8779

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων [ΕΠ.Ε.Γ.Ε.] | Μάιος - Αύγουστος 2026 | Τεύχος

74

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

Οι «ενδοσκοπήσεις» στο Λυκαυγές της Τρίτης Δεκαετίας τους



ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

Ιούλιος 2006 • τεύχος #1

το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε)

Το Ενδοσκοπικό Ενδογαστρικό Μπαλόνι Παχυσαρκίας
Τραυματισμός από βελόνα σύριγγας και τυχαία έκθεση σε αίμα
Οδηγά σύρματα στη Θεραπευτική Ενδοσκόπηση
Πώς Μας Βλέπουν οι Ασθενείς μας
Βερολίνο! Θα πάτε;

...γιατί και οι γαστρεντερολόγοι
έχουν ψυχή...



Άρθρο Σύνταξης

Νικόλαος Γ. Μαργέτης, Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής Σύνταξης



Η συνεπής συνέχεια και η συνεχής συνέπεια

Αξιότιμες Κυρίες και αξιότιμοι Κύριοι συνάδελφοι,

Κρίσιμο ερώτημα που επανέρχεται στον δημόσιο διάλογο είναι η ύπαρξη ή μη της ουσιαστικής αναγκαιότητας να εορτάζουμε τις επετείους. Είναι δόκιμο να πανηγυρίζουμε για ένα ευχάριστο γεγονός του παρελθόντος και δη συλλογικό; Ποιο είναι το βαθύτερο κίνητρο για ιστορική αναδρομή; Συνήθως, η «αναβίωση» μιας σπουδαίας ιστορικής επετείου λειτουργεί ως αφορμή έμπρακτης αυτοεπιβεβαίωσης πως τα πεπραγμένα του παρελθόντος μας δικαίωσαν. Αναστοχαζόμενοι, τονώνουμε την αυτοπεποίθησή μας: συνειδητοποιούμε πως, όταν η σφοδρή επιθυμία μας να πράξουμε το αγαθό, μας οδηγεί να πράττουμε τα δέοντα στο σωστό χρόνο/τόπο, με τρόπο ενδεδειγμένο, τότε όντως έχουμε τη δυνατότητα να παραμείνουμε στις επάλξεις, να επιλύσουμε τα ζητήματα που ανακύπτουν, έστω και εάν αυτά είναι ακανθώδη, να φέρουμε εμείς οι ίδιοι την άνοιξη που τόσο ποθούμε. Άλλοτε, η αναψηλάφηση του παρελθόντος μας δίνει την ευκαιρία να ατενίζουμε το μέλλον και να εκπονούμε στρατηγική βασιζόμενοι μεν στα όσα πετύχαμε, αλλά με καινοτόμο πνεύμα και διάθεση ανανέωσης. Τέλος, η ατμόσφαιρα της επετείου, εκτός από γλαύκες, μας κομίζει και διδάγματα: μας διδάσκει πως η ζύμη του παρελθόντος συναποτελείται τόσο από αγαθά όσο και από αρίφνητα αγκάθια και, πως με την γονιμοποίηση των μεν και την απαλλαγή από τα δε, δυνάμεθα να δομήσουμε έναν λειτουργικό καμβά, επί του οποίου θα υφάνουμε την ευκλεή προοπτική μας.

Ο εορτασμός της έλευσης των «ενδοσκοπήσεων» είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα αρμονικού συγκερασμού της διδακτικής μόχλευσης του παρελθόντος με τον ρεαλιστικό οραματισμό του μέλλοντος. Υπό την έννοια αυτή, η Διεύθυνση Σύνταξης και η Συντακτική επιτροπή των «ενδοσκοπήσεων» βιώνουν ευφρόσυνες στιγμές τον φετινό γενέθλιο μήνα Ιούλιο: εορτάζουν, μαζί με όλους εσάς, τη «γέννηση» της περιοδικής έκδοσης των Ελλήνων γαστρεντερολόγων, του περιοδικού που έλειπε από την εγχώρια ιατρική βιβλιογραφία. Η «εγκυμοσύνη» δεν ήταν ανέφελη, ο «τοκετός» όμως ήταν ανεπίπλεκτος. Η ονομασία συμβολική και κυριολεκτική ταυτόχρονα. Το πρώτο τεύχος αντίκρισε το αττικό φως τον Ιούλιο του 2006, μία εποχή που οι δυσκολίες που θα ακολουθούσαν για την πατρίδα μας μόλις είχαν αρχίσει να διαφαίνονται· εν τούτοις, διάχυτος ήταν ο ενθουσιασμός και περίσσευε η πίστη ότι η παρουσία του περιοδικού δεν επρόκειτο να είναι συγκυριακή. Σήμερα, έχοντας διάγει ήδη τα πρώτα είκοσι χρόνια του βίου τους, οι «ενδοσκοπήσεις» έχουν επάξια καταλάβει τη θέση που τους αξίζει στη συνείδηση των Ελλήνων γαστρεντερολόγων. (Αναφερόμαστε στο περιοδικό με όρους ενός έμβιου οργανισμού, παρακολουθώντας την σκέψη και τον παραλληλισμό του αείμνηστου Αντώνη Ζερβακάκη, του ιατρού που συνέλαβε την ιδέα της δημιουργίας του περιοδικού και την υλοποίησε με ζήλο, πραγματισμό και υπευθυνότητα). Οι «ενδοσκοπήσεις» διήλθαν μέσα από το άγος των μνημονίων και της καμίνου της οικονομικής κρίσης και εξήλθαν αλώβητες. Παρά τις απαισιόδοξες εκτιμήσεις για την επιβίωση του περιοδικού, οι Κασσάνδρες δεν δικαιώθηκαν: οι «ενδοσκοπήσεις» συνεχίζουν να θάλλουν. Παραμένουν το σημείο αναφοράς των Ελλήνων γαστρεντερολόγων, αποτελώντας την ζωντανή παράδοση της ειδικότητάς μας. Η επέτειος των είκοσι ετών αδιάλειπτης κυκλοφορίας του περιοδικού και η απόδοση στη γαστρεντερολογική κοινότητα 74 τευχών μας γεννά συγκίνηση και περηφάνεια, μας οπλίζει με σθένος να συνεχίσουμε να υπηρετούμε την κοινότητά μας μέσα από θέσεις ευθύνης για τα χρόνια που ακολουθούν και μας κοινωνεί την ελπιδοφόρο πεποίθηση πως η συνέχεια θα είναι όχι μόνο ανάλογη, αλλά και αιεφόρος.



Άρθρο Σύνταξης

Στην τόσο γόνιμη διαδρομή τους, οι «ενδοσκοπήσεις» υπηρέτησαν και υπηρετούν υπεύθυνα την ιατρική γνώση (με την ευρεία έννοια της) που είναι χρήσιμη στην καθημερινή πρακτική του γαστρεντερολόγου. Επιλέχθηκε εξ αρχής και υιοθετήθηκε εν συνεχεία από όλους τους Διευθυντές Σύνταξης ο προσανατολισμός στην περιεκτική, την τεκμηριωμένη επιστημονικά, την επικαιροποιημένη γνώση, γνώση που να αποτελεί απόσταγμα εμπειρίας, απαλλαγμένη από την χαοτική πληροφορία που δεν προσφέρει άμεσα στην αντιμετώπιση του ασθενούς. Οι «ενδοσκοπήσεις» εξελίχθηκαν σε βήμα διαλόγου, σε τόπο συνάντησης των γαστρεντερολόγων. Η επιλογή των θεμάτων ποτέ δεν χαρακτηρίστηκε από τυχαιότητα, η πληροφόρηση του γιατρού ήταν και είναι στοχευμένη, τα ερωτήματα απαντώνται άμεσα, κριτικά, αλγοριθμικά και διαφωτιστικά. Οι «ενδοσκοπήσεις» αποτελούν το μοναδικό γαστρεντερολογικό περιοδικό που γράφεται -κυρίως- από Έλληνες γαστρεντερολόγους στη ελληνική γλώσσα και απευθύνεται σε Έλληνες γαστρεντερολόγους. Τέλος, η απρόσκοπτη διαδικτυακή πρόσβαση του περιοδικού στον ιστότοπο της ΕΠΕΓΕ συνάδει απόλυτα με το πνεύμα προσφοράς, από το οποίο εμφορούμαστε όλοι οι συντελεστές του περιοδικού.

Πέρα από τη γνώση, οι **άνθρωποι** που συνεισφέρουν ή συνεισέφεραν στις «ενδοσκοπήσεις» ήταν, είναι και θα παραμείνουν ο καθοριστικότερος συντελεστής επιτυχίας τους. Γενάρχης του περιοδικού ήταν ο Αντώνης Ζερβακάκης, η τεράστια συμβολή του οποίου στον οραματισμό, στον σχεδιασμό και στην πραγματοποίηση του περιοδικού αναπτύσσεται γλαφυρά και ευσύνοпта στην ιστορική στήλη του επετειακού μας τεύχους. Όλοι οι Διευθυντές Σύνταξης συνέβαλλαν τα μέγιστα στην διαμόρφωση του ύφους του περιοδικού, ανέδειξαν τον ανθρωπιστικό χαρακτήρα της γαστρεντερολογίας και κατέδειξαν πως η ιατρική είναι, εκτός από επιστήμη, πρωτίστως τέχνη. Οι συγγραφείς των «ενδοσκοπήσεων» κατέθεταν μελέτες, παρεμβάσεις, ανασκοπήσεις, πρωτότυπα άρθρα και προβληματισμούς· χωρίς τη δική τους ανιδιοτελή προσφορά και την αφιέρωση μέρους του πολύτιμου προσωπικού τους χρόνου, οι «ενδοσκοπήσεις» θα είχαν ατροφήσει. Όλοι τους κατέγραψαν, εκτός από τα βιβλιογραφικά δεδομένα, και την προσωπική τους εμπειρία· η κριτική σκέψη που αναπόφευκτα καλλιέργησαν και τα χρηστικά εργαλεία που αφειδώλεια μοιράστηκαν με όλους εμάς απέδειξαν την ζωτική θέση που κατέχει ένα ιατρικό περιοδικό την εποχή της ψηφιοποιημένης γνώσης και της τεχνητής νοημοσύνης. Οι μόνιμες στήλες του περιοδικού είναι μέρος της πρωτότυπης φυσιγνωμίας του. Σταχυολογώντας, θα αναφέρω τον κ. Αντώνη Κογεβίνα (εξωσκοπήσεις), τον κ. Σπύρο Γούλα (Πρόσωπο με Πρόσωπο) και τον Αθανάσιο Σιούλα (η γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο). Επίσης, αναπόσπαστο τμήμα του ύφους του περιοδικού αποτελεί η καλλιτεχνική διάσταση που του προσδίδει το εξώφυλλο, που με τόση συναισθηματική ευφυΐα και επικοινωνιακό χάρισμα εμπνέεται σε κάθε τεύχος ο κ. Μίλτος Σκούρας· πάντοτε επίκαιρο και εύστοχο, συνιστά, μαζί με το συνοδευτικό κείμενο (το εξώφυλλο από μέσα), μία υπενθύμιση πως η ιατρική ασκείται σε έναν απηνή κόσμο, σε συνθήκες αενάως εξελισσόμενες. Τέλος, η συμβολή του κ. Μανώλη Στεφανάκη και της ομάδας του στην απήχηση των «ενδοσκοπήσεων», με την άρτια επιμέλεια των τευχών, με την άψογη συνεργασία με την εκάστοτε διεύθυνση σύνταξης και με τις στοχευμένα εφαρμοσίμες προτάσεις για την έντυπη και την ηλεκτρονική εκδοχή του περιοδικού, ήταν και παραμένει αδιαμφισβήτητη.

Η Διεύθυνση Σύνταξης ομόφωνα αποφάσισε να παραλλάξει τη δομή του επετειακού τεύχους εν συγκρίσει με τα ειωθότα. Το επετειακό αφιέρωμα απαρτίζεται από ειδικό 12σέλιδο που αποτελείται από εσωτερικό «εξώφυλλο», από την ιστορική διαδρομή του γαστρεντερολόγου κ. Απόστολου Νταϊλιάνη στον πατριάρχη των «ενδοσκοπήσεων», καθώς και από τους χαιρετισμούς του πρώτου Διευθυντή Σύνταξης κ. Αναστασίου Αρμόνη και των πρώων Διευθυντριών Σύνταξης κ. Νικολέττας Μάθου και κ. Μαρίας Μυλωνάκη. Επίσης έχουμε τη χαρά να δημοσιεύουμε το εξώφυλλο του πρωταρχικού τεύχους, καθώς και την επιστολή του Προέδρου της ΕΠΕΓΕ

Άρθρο Σύνταξης



κ. Αλέξανδρου Κωφοκώτσιου. Πέραν τούτων, δύο καινοτομίες εγκαινιάζονται συμβολικά στο παρόν τεύχος: η πιστοποίηση του περιοδικού με τον διεθνή μοναδικό σειριακό αριθμό ISSN (international standard serial number) και η μετονομασία της στήλης «η γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο» σε «η γαστρεντερολογία στην ψηφιακή εποχή». Η νέα ονομασία αποκρυσταλλώνει την διαρκή εξέλιξη και τον αέναο επανακαθορισμό της ειδικότητάς μας στο σύγχρονο ψηφιοποιημένο περιβάλλον· η θεματολογία της στήλης στο τρέχον τεύχος αναφέρεται στην κολοноσκόπηση μέσω ρομπότ. Επιπλέον, τα ηθικά διλήμματα και οι μελλοντικές εφαρμογές της τεχνητής νοημοσύνης στην ενδοσκόπηση ξεδιπλώνονται στο ελεύθερο θέμα. Στο κλινικό-ερευνητικό άρθρο διασαφηνίζεται η συμβολή των μικροβιώματος στην ηπατοκυτταρική καρκινογένεση. Η σύγκριση της καθυστερημένης αιμορραγίας μετά την ψυχρή πολυπεκτομή έναντι της πολυπεκτομής με τη χρήση διαθερμίας αναλύεται στη στήλη «καινοτομίες στην ενδοσκόπηση». Οι τελευταίες εξελίξεις στην αχαλασία οισοφάγου (διαγνωστικές και θεραπευτικές), στο χρόνιο χολοστατικό σύνδρομο (διαγνωστικές) και στη χρόνια ηπατίτιδα Β (θεραπευτικές) περιγράφονται λεπτομερώς στις οικείες στήλες. Σημαντικές πτυχές της καθημερινότητάς μας που δεν συνιστούν συχνό θέμα εισηγήσεων σε συνέδρια ή θεματολογίας σε γαστρεντερολογικά περιοδικά (πρακτικά σημεία κατά την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας, κολοноσκόπηση με παιδιατρικό κολοноσκόπιο) αναπτύσσονται εύστοχα και διδακτικά στο ανά χείρας τεύχος. Στη στήλη της φιλοξενούμενης ειδικότητας καθίσταται απόλυτα εμφανής η αξία της αгаσστής συνεργασίας με άλλες ειδικότητες, εν προκειμένω τη ρευματολογία. Τέλος, αξίζει να δώσετε προσοχή στη χειμαρρώδη συνέντευξη που παραχώρησε ο πρώην Πρόεδρος της ΕΠΕΓΕ κ. Χάρης Τσιώνης στον κ. Σπύρο Γούλα· οι απόψεις και οι προτάσεις του κ. Τσιώνη πολλά έχουν να προσφέρουν στη γαστρεντερολογική κοινότητα.

Κλείνοντας τη σημερινή μας συνάντηση θέλω να ευχαριστήσω μία πλειάδα ανθρώπων. Τους συγγραφείς όλων των άρθρων, τόσο του παρόντος τεύχους, όσο και όλων των προηγούμενων για τα οποία έχω την τιμή της Διεύθυνσης Σύνταξης. Τους αναπληρωτές Διευθυντές Σύνταξης κ. Γεώργιο Τσιώνη και κ. Έλενα Μανθοπούλου, για την πολύ μεγάλη συνεισφορά τους στην υλοποίηση του παρόντος τεύχους, για το ομαδικό πνεύμα που επιδεικνύουν και για τη συγκινητική τους αφοσίωση στο περιοδικό. Την πρώην Διευθύντρια Σύνταξης κ. Μαρία Μυλωνάκη, τόσο για την ευγενική και τιμητική της πρόταση (τον Οκτώβριο του 2019) να αναλάβω τη Διεύθυνση Σύνταξης του περιοδικού, όσο και για τον εξαιρετικό χαιρετισμό της στο τρέχον τεύχος. Τους πρώην Διευθυντές Σύνταξης κ. Αναστάσιο Αρμόνη και κ. Νικολέττα Μάθου, καθώς και τον κ. Απόστολο Νταϊλιάνη για την πρόθυμη ανταπόκρισή τους στο χαρμόσυνο κάλεσμα για τον γενέθλιο εορτασμό, στον οποίο συμμετέχουν εμπράκτως με τις ουσιαστικές παρεμβάσεις τους. Τον κ. Μανώλη Στεφανάκη και τον κ. Μίλτο Σκούρα για την προσήλωσή τους στην ποιοτική εργασία. Την οικογένεια του Αντώνη Ζερβακάκη και ειδικά τον γιο του κ. Μιχάλη Ζερβακάκη για την ευγενική παραχώρηση των φωτογραφιών του εμπνευστή των «ενδοσκοπήσεων». Όλες και όλους εσάς, διότι για είκοσι χρόνια εμπιστεύεστε τις «ενδοσκοπήσεις» για την διά βίου εκπαίδευσή σας, καθώς και για τις πολύ τιμητικές κρίσεις σας στις κατ' ιδίαν συναντήσεις αναφορικά με την αξία και την εγκυρότητα του περιοδικού. Τέλος, θέλω να σας προσκαλέσω να συμμετέχετε ενεργά στην 23^η Πανελλήνια Επιστημονική Εκδήλωση της ΕΠΕΓΕ, που θα λάβει χώρα στην Αθήνα τον προσεχή Οκτώβριο, να έχετε όλες και όλοι υγεία και να αντλήσετε δύναμη για να φέρετε εις πέρας το υπεύθυνο έργο σας κατά την επερχόμενη ακαδημαϊκή περίοδο.

Καλή ακαδημαϊκή χρονιά!!



Επιστολές

ΕΙΚΟΣΙ ΧΡΟΝΙΑ «ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ»

Αναστάσιος Αρμόνης, Γαστρεντερολόγος,
Πρώην Διευθυντής Σύνταξης περιοδικού «Ενδοσκοπήσεις»

Όταν πριν από είκοσι χρόνια ο τότε Πρόεδρος της ΕΠΕΓΕ, ο αείμνηστος Αντώνης Ζερβακάκης, μου πρότεινε να αναλάβω τη Διεύθυνση Σύνταξης του νέου περιοδικού της Εταιρείας, δεν φανταζόμουν ότι εκείνη η ιδέα θα εξελισσόταν σε έναν θεσμό με τόσο μακρά και δημιουργική πορεία.

Το όραμα του Αντώνη Ζερβακάκη ήταν ξεκάθαρο: ένα περιοδικό που δεν θα περιοριζόταν μόνο στην επιστημονική ενημέρωση, αλλά θα αναδείκνυε και την ανθρώπινη διάσταση της Ιατρικής. Ένα έντυπο που θα φιλοξενούσε επιστημονικά άρθρα, θέματα καθημερινότητας, κοινωνικές και πολιτιστικές αναφορές, ακόμη και λογοτεχνικές ή χιουμοριστικές πινελιές.

Παράλληλα, ήθελε να δώσουμε ιδιαίτερη βαρύτητα στην αισθητική ταυτότητα του περιοδικού και ιδιαίτερα στο εξώφυλλό του κάθε τεύχους, το οποίο θεωρούσε καθοριστικό στοιχείο της προσωπικότητας της έκδοσης.

Μετά από ατελείωτες συζητήσεις και πολλή δουλειά κυκλοφόρησε το πρώτο τεύχος των «Ενδοσκοπήσεων». Είχα την τιμή να μείνω σαν Διευθυντής Σύνταξης για περίπου δέκα χρόνια.

Περάσαμε δύσκολες εποχές, και ιδιαίτερα κατά τα χρόνια της οικονομικής κρίσης, όταν οι χορηγίες ήταν περιορισμένες. Παρ' όλα αυτά, το περιοδικό άντεξε, εξελίχθηκε και διατήρησε τον ιδιαίτερο χαρακτήρα του.

Σήμερα, είκοσι χρόνια μετά, αισθάνομαι μεγάλη χαρά βλέποντας τις «Ενδοσκοπήσεις» να συνεχίζουν την πορεία τους ακόμη πιο ώριμες και ποιοτικά αναβαθμισμένες. Πάνω απ' όλα, όμως, είναι μια ευκαιρία να θυμηθούμε τον Αντώνη Ζερβακάκη, χωρίς την έμπνευση και τη διορατικότητα του οποίου ίσως αυτή η διαδρομή να μην είχε ποτέ ξεκινήσει.



Με ιδιαίτερη συγκίνηση και υπερηφάνεια γιορτάζουμε σήμερα τη συμπλήρωση 20 ετών συνεχούς κυκλοφορίας του περιοδικού μας. Πρόκειται για ένα εγχείρημα που ξεκίνησε με όραμα, μεράκι και συλλογική προσπάθεια από το Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΠ.Ε.Γ.Ε., σε μια εποχή που υπήρχε ανάγκη για ουσιαστική επιστημονική επικοινωνία και ανταλλαγή γνώσης. Όπως ξεκινούσε το άρθρο σύνταξης του πρώτου τεύχους τον Ιούλιο του 2016, «...στους δύσκολους καιρούς που ζούμε, το να αποφασίσεις να φέρεις στον κόσμο μια νέα ύπαρξη, έστω κι αν αυτή είναι ένα νέο περιοδικό, δεν είναι εύκολη υπόθεση...» με υπογραφή του αείμνηστου Αντώνη Ζερβακάκη, Προέδρου της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. και οραματιστή της δημιουργίας του περιοδικού.

Από τα πρώτα του βήματα, το περιοδικό δεν περιορίστηκε αποκλειστικά στην αυστηρά ιατρική θεματολογία. Αντιθέτως, αγκάλιασε ένα ευρύτερο φάσμα ενδιαφερόντων, ενσωματώνοντας γενικότερες πληροφορίες, προβληματισμούς και θέματα που άπτονται της καθημερινής επαγγελματικής και κοινωνικής πραγματικότητας του σύγχρονου ιατρού. Βασικοί στόχοι της Συντακτικής Επιτροπής ήταν να αποτελέσει το περιοδικό ανοικτό βήμα για όλους, να ενημερώνει ευχάριστα ώστε να ενσωματώνεται εύκολα στο απαιτητικό πρόγραμμα της καθημερινότητάς μας και να διαθέτει συνεχείς μηχανισμούς «αυτοβελτίωσης». Ακόμα και η εύρεση ονόματος ήταν μια μεγάλη πρόκληση και η ιδέα να ονομαστεί «Ενδοσκοπήσεις», έγινε με μεγάλη χαρά και ...ανακούφιση μετά από ώρες συνεδριάσεων, παμπηφεί αποδεκτή. Όπως έγραφε ο Τάσος Αρμόνης, πρώτος Διευθυντής Σύνταξης του περιοδικού, «...ονομάσαμε το περιοδικό μας «Ενδοσκοπήσεις», όχι μόνο γιατί αυτές αποτελούν το σημαντικότερο εργαλείο της δουλειάς μας, αλλά και γιατί θέλουμε να δώσουμε έμφαση στη διάθεσή μας για αυτοπαρατήρηση και γιατί όχι αυτοκριτική...» Αυτή η πολυδιάστατη προσέγγιση συνέβαλε καθοριστικά στη διαμόρφωση της ταυτότητας του και στην αποδοχή του από τη γαστρεντερολογική κοινότητα.

Έχοντας την τιμή να συμμετέχω στο Διοικητικό Συμβούλιο κατά την έναρξη αυτής της προσπάθειας, αλλά και να υπηρετήσω επί σειρά ετών ως μέλος και πρόεδρος της συντακτικής ομάδας, μπορώ να βεβαιώσω ότι η επιτυχία του περιοδικού στηρίχθηκε πρωτίστως στην εξαιρετική συνεργασία, το αίσθημα ευθύνης και την αφοσίωση, στην επιμονή και την ανιδιοτελή προσφορά όλων όσων κατά καιρούς συνέβαλαν σε αυτό, είτε συμμετέχοντας ενεργά στη Συντακτική Επιτροπή είτε σαν συγγραφείς θεμάτων όταν τους ζητήθηκε. Γιατί κάθε τεύχος ήταν σαν γιορτή, πολλή προετοιμασία και οργάνωση για να είναι όλα έτοιμα στην ώρα τους και μετά η μέρα της γιορτής όταν κρατούσες το έντυπο στο χέρι σου και το ξεφύλλιζες!

Έρχονται στη μνήμη ξανά τα πρώτα διοικητικά συμβούλια του αρχικού σχεδιασμού και των πρώτων τευχών. Μιλούσαμε όλοι με όρους μακράν των ιατρικών όπως, δημιουργικό, τιράζ, σελιδοποίηση, βινιέτες...και όταν φτάσαμε στην οριστικοποίηση των βασικών σπηλών του περιοδικού οι ιδέες ήταν ανεξάντλητες: «Νέα και Επίκαιρα», για ενημέρωση από το ΔΣ, «Πρόσωπο με ...Πρόσωπο», για την επικοινωνία με τους συναδέλφους, «Πώς μας Βλέπουν οι Ασθενείς μας», ένα ανοικτό βήμα για τους ασθενείς, «Κλινικό θέμα», «Ενδοσκοπικό θέμα», «Αυτό το προσέξατε;», μια μόνιμη στήλη με βιβλιογραφική ενημέρωση από τον Παντελή Σκλάβο, «Συνέδρια – Συνέδρια», για ενημέρωση των συνεδρίων και ταυτόχρονα ως ταξιδιωτικός οδηγός για την πόλη, γραμμένο πάντα γλαφυρά από την Νάγια Μπομπούση, «Καλλιτεχνικά και Άλλα», για τον ελεύθερο χρόνο μας, «Εξωσκοπήσεις», μια πρωτοποριακή στήλη με ποικίλη θεματολογία δοσμένη με κριτικό τρόπο από τον Αντώνη Κογεβίνα, που αγαπήθηκε πολύ από το αναγνωστικό κοινό,...και τόσες άλλες...



Επιστολές

20 ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ «ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ»! ΝΑ ΤΑ ΕΚΑΤΟΣΤΙΣΕΙ!

Η διαρκής αναγνώριση από τη γαστρεντερολογική κοινότητα αποτελεί την πιο ουσιαστική επιβράβευση της προσπάθειας αυτής. Το γεγονός ότι το περιοδικό συνεχίζει αδιάλειπτα την πορεία του μέχρι σήμερα επιβεβαιώνει την αξία και τη χρησιμότητα του. Γιατί δεν είναι έργο ενός ατόμου ή μιας συντακτικής ομάδας... Είναι έργο όλων μας!

Εύχομαι ολόψυχα να συνεχίσει να υπάρχει, να εξελίσσεται, να εμπνέει και να αποτελεί μέσο επικοινωνίας και για τις επόμενες γενιές συναδέλφων, διατηρώντας το ίδιο πνεύμα συνεργασίας και προσφοράς που το χαρακτήρισε από την πρώτη ημέρα.

Χρόνια του Πολλά!!!



Τα επιστημονικά περιοδικά δεν είναι απλώς αρχεία γνώσης. Είναι η ζωντανή μνήμη μιας επιστημονικής κοινότητας.

Στις σελίδες τους αποτυπώνονται όχι μόνο οι επιστημονικές εξελίξεις, αλλά και οι αναζητήσεις, οι αμφιβολίες, οι καινοτόμες ιδέες, οι επιτυχίες και οι αποτυχίες μιας γενιάς επιστημόνων. Είναι ο τόπος όπου η εμπειρία γίνεται γνώση και η γνώση παρακαταθήκη για όσους ακολουθούν.

Οι **«Ενδοσκοπήσεις»**, εδώ και είκοσι χρόνια, επιτελούν ακριβώς αυτόν τον ρόλο. Δεν κατέγραψαν μόνο την εξέλιξη της ενδοσκόπησης στην Ελλάδα· συνέβαλαν ουσιαστικά στη διαμόρφωσή της. Συνόδευσαν την πορεία μιας ειδικότητας που μέσα σε δύο δεκαετίες μεταμορφώθηκε, από μια κυρίως διαγνωστική πράξη σε μια ολοένα και πιο σύνθετη θεραπευτική παρέμβαση, παρακολουθώντας και αναδεικνύοντας κάθε σημαντικό επιστημονικό βήμα.

Είχα την ιδιαίτερη τιμή να υπηρετήσω τις **«Ενδοσκοπήσεις»** ως Διευθύντρια Σύσταξης σε ένα μέρος αυτής της διαδρομής. Η εμπειρία αυτή μου έδωσε την ευκαιρία να αντιληφθώ ότι πίσω από κάθε τεύχος υπάρχουν δεκάδες άνθρωποι που εργάζονται αθόρυβα. Συγγραφείς που αφιερώνουν χρόνο για να μεταφέρουν τη γνώση τους, κριτές που διαβάζουν με προσοχή, συντάκτες που επιμένουν στην ποιότητα και συνάδελφοι που πιστεύουν ότι η επιστημονική γνώση δεν αποκτά αξία όταν απλώς παράγεται, αλλά όταν μοιράζεται.

Κατά τη διάρκεια της θητείας μου προσπαθήσαμε να αναδείξουμε όχι μόνο την επιστήμη, αλλά και τους ανθρώπους της. Οι συνεντεύξεις με προσωπικότητες της ελληνικής γαστρεντερολογίας γεννήθηκαν από την πεποίθηση ότι η ιστορία μιας ειδικότητας δεν γράφεται μόνο από τις δημοσιεύσεις και τις τεχνικές. Γράφεται και από τις προσωπικές διαδρομές, τις επιλογές, τις αξίες και το ήθος εκείνων που άνοιξαν τον δρόμο για τους νεότερους.

Υπήρχε, όμως, και ένα στοιχείο που πάντα περίμενα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον: **η φωτογραφία του εξωφύλλου και το σύντομο σχόλιο που τη συνόδευε**. Δεν αποτελούσαν μια απλή αισθητική επιλογή. Ήταν μια μικρή υπενθύμιση ότι η ιατρική δεν είναι μόνο επιστήμη, αλλά και πολιτισμός, παρατήρηση, ευαισθησία και τρόπος να βλέπεις τον κόσμο. Πίσω από κάθε εικόνα υπήρχε μια σκέψη, ένας συμβολισμός, μια αφορμή για έναν σύντομο στοχασμό.

Σήμερα, στην εποχή της άμεσης πρόσβασης στην πληροφορία και της τεχνητής νοημοσύνης, ο ρόλος ενός επιστημονικού περιοδικού γίνεται ίσως ακόμη πιο ουσιαστικός. Η πληροφορία είναι άφθονη· η κρίση, η αξιολόγηση και η σύνθεσή της παραμένουν ανθρώπινο έργο. Αυτό είναι που διατηρεί την αξία ενός περιοδικού και αυτό είναι που του επιτρέπει να παραμένει σημείο αναφοράς.

Εύχομαι οι **«Ενδοσκοπήσεις»** να συνεχίσουν να αποτελούν τη ζωντανή μνήμη της ελληνικής γαστρεντερολογικής κοινότητας, να διατηρήσουν την επιστημονική τους ποιότητα, αλλά και εκείνη τη διακριτική ανθρωπιστική ματιά που πάντοτε τις χαρακτήριζε. Γιατί η πρόοδος της επιστήμης δεν μετριέται μόνο με τις νέες τεχνικές και τις δημοσιεύσεις· μετριέται και με την ικανότητά μας να μεταδίδουμε τη γνώση, να εμπνέουμε τους νεότερους και να διατηρούμε ζωντανές τις αξίες της ιατρικής.



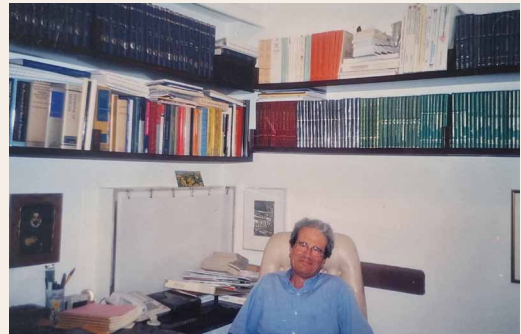
Ιστορία της Ιατρικής

**ΑΝΤΩΝΗΣ ΖΕΡΒΑΚΑΚΗΣ: Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΠΟΥ ΕΜΠΝΕΥΣΘΗΚΕ
ΤΙΣ «ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ»**

Απόστολος Νταϊλιάνας, Γαστρεντερολόγος, Αθήνα

Πριν 20 χρόνια μια ομάδα ανθρώπων δημιούργησε το περιοδικό «Ενδοσκοπήσεις». Ο κύριος συντελεστής στην κυοφορία του περιοδικού ήταν ο πρόεδρος της ΕΠΕΓΕ **Αντώνης Ζερβακάκης** και δίπλα του στάθηκε το ΔΣ και η πρώτη συντακτική επιτροπή.

Ο Αντώνης Ζερβακάκης είχε διαπιστώσει από καιρό την ανάγκη ύπαρξης ενός ενημερωτικού και παράλληλα εκπαιδευτικού εντύπου, ενός εντύπου που θα ενημερώνει τους γαστρεντερολόγους για επαγγελματικά θέματα, για τις δραστηριότητες της ΕΠΕΓΕ, για επιστημονικές εξελίξεις σε ενδοσκοπικά και κλινικά θέματα, για επερχόμενα συνέδρια σε συνάρτηση με κοινωνικές εκδηλώσεις. Ενόσ περιοδικού που θα μας έφερνε πιο κοντά. Και προηγήθηκαν τόσες συναντήσεις και συζητήσεις άλλοτε με ενθουσιασμό και άλλοτε με δισταγμό, που όταν κυκλοφόρησε το πρώτο τεύχος του περιοδικού ήταν ήδη μια ώριμη και πλήρης έκδοση.



Ο Αντώνης Ζερβακάκης γεννήθηκε στην Αθήνα, σπούδασε στην Αθήνα στο Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, έκανε ειδικότητα στον Ευαγγελισμό στην κλινική του Ορέστη Μανούσου και ασχολήθηκε με το ελεύθερο επάγγελμα σαν κλινικός γαστρεντερολόγος και ενδοσκόπος. Ήταν ένας άνθρωπος πρωτοπόρος, προικισμένος με υψηλή ευφυΐα, ενσυναίσθηση, με αίσθημα ευθύνης απέναντι στους νεότερους συναδέλφους. Και τον απασχολούσε ιδιαίτερα ο ιατρικός πληθωρισμός, πόσους ιατρούς χρειάζεται η χώρα για να καλύπτονται οι ανάγκες και οι ιατροί να ζουν αξιοπρεπώς χωρίς να καταφεύγουν σε εκπτώσεις και αθέμιτο ανταγωνισμό, ούτε πλασματικές εξετάσεις.

Ανέλαβε την προεδρία της ΕΠΕΓΕ από τον προκατόχο του τον Αντώνη Νικολάου ένα χρόνο μετά την ίδρυση της. Παρέμεινε πρόεδρος για δύο παραγωγικές Ζετίες που ανέδειξαν την Επαγγελματική Ένωση σαν ένα σημαντικό πυλώνα στήριξης και συσπείρωσης των νέων γαστρεντερολόγων. Θεωρούσε την ομάδα των συνεργατών του την «παρέα που φτιάχνει ιστορία» όπως έλεγε, παραπέμποντας στο στίχο του Σαββόπουλου.

Ήταν ο πρώτος που ανέδειξε τη σημασία της πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου για το κοινό αλλά και τους συναδέλφους μας, την ανάγκη να υπερασπιστούμε σαν γαστρεντερολόγοι την αποκλειστικότητα στην εκτέλεση των ενδοσκοπήσεων του γαστρεντερικού, την ανάγκη να εκπαιδευόμαστε στους υπέρηχους κοιλίας, την εμπλοκή μας στην ογκολογία του πεπτικού και την εκπαίδευση των γαστρεντερολόγων στην καταστολή στις ενδοσκοπήσεις.

Αποχώρησε από την προεδρία αφού πρώτα ευαισθητοποίησε και μύπησε στα κοινά πολλούς νεότερους του συναδέλφους. Και αποχώρησε γιατί πίστευε πως ο σκοπός εξυπηρετείται καλύτερα όταν οι άνθρωποι σε σημαντικές θέσεις εναλλάσσονται.

Ο Αντώνης Ζερβακάκης ήταν ένας καλλιεργημένος, οξυδερκής και σεμνός άνθρωπος. Όταν στο πρώτο ΔΣ μετά την αποχώρησή του από την προεδρία κλήθηκε να συμμετάσχει και του ανακοινώθηκε ότι θα ανακηρυχθεί «επίτιμος πρόεδρος», αρνήθηκε σεμνά χρησιμοποιώντας στίχους του Γεφτοσένκο από την εποχή της περεστρόικα που έλεγε «τι ντροπή θα αισθανθούν τα παιδιά μας όταν μάθουν πως στην σημερινή εποχή όποιος κάνει απλώς τη δουλειά του θεωρείται ήρωας..»

Αρρώστησε και έφυγε από κοντά μας νωρίς. Το προσωπικό του δημιούργημα όμως, οι «Ενδοσκοπήσεις» έμειναν μέχρι σήμερα για να μας θυμίζουν ότι ο καθένας μας αν έχει όραμα μπορεί να υπηρετήσει μεγάλους στόχους.



Επιστολές

Η ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε.



Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η συμπλήρωση 20 ετών από την πρώτη έκδοση του περιοδικού μας “Ενδοσκοπήσεις” αποτελεί μια ηθική ικανοποίηση για όλους εμάς που αποτελούμε την Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδας. Πρωτίστως για τους συναδέλφους που υπηρέτησαν ως διευθυντές σύνταξης. Στη συνέχεια για τους τακτικούς αρθρογράφους, τους συναδέλφους που δημοσίευσαν, αυτούς που βοήθησαν από το διοικητικό συμβούλιο και φυσικά τους αναγνώστες μας.

Η στήλη που θεωρώ ότι ξεχώρισε όλα αυτά τα χρόνια είναι οι συνεντεύξεις διακεκριμένων συναδέλφων, που άφησαν ή εξακολουθούν να αφήνουν το στίγμα τους στην ιστορία της Γαστρεντερολογίας στη χώρα μας. Η διάκριση αυτής της στήλης οφείλεται στη μοναδικότητά της μεταξύ των άλλων ελληνικών εκδόσεων στο χώρο μας. Παράλληλα κάθε στήλη και άρθρο προσέφερε κάτι ιδιαίτερο στους αναγνώστες μας.

Ο ρόλος των “Ενδοσκοπήσεων” είναι διαφορετικός από άλλες επιστημονικές εκδόσεις του χώρου μας. Αποτελούν πρωτίστως το βήμα των επαγγελματιών μας και στοχεύουν στην ανάδειξη προβλημάτων και προτάσεων για θέματα που αφορούν την ειδικότητά μας. Οι “Ενδοσκοπήσεις” προσκαλούν τον καθένα μας να εκφράσει τη θέση του. Η ενεργή συμμετοχή όλων μας αποτελεί το εκέγγυο της μελλοντικής επιτυχίας του περιοδικού μας.

Με ευχές για τη συνέχεια της έκδοσής μας,

Αλέξανδρος Κωφοκώτσιος
Πρόεδρος
Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδας

Το εξώφυλλο από μέσα



Πριν από περίπου είκοσι χρόνια θυμάμαι τον τότε πρόεδρο της ΕΠΕΓΕ, Αντώνη Ζερβακάκη, να μου δείχνει με ενθουσιασμό το πρώτο τεύχος του περιοδικού **«Ενδοσκοπήσεις»** και να με ρωτά τι πιστεύω γι' αυτή την πρωτοβουλία.

Η πρώτη μου σκέψη ήταν ότι ο τίτλος του περιοδικού ήταν, κυριολεκτικά, «όλα τα λεφτά». Μία μόνο λέξη, που συμπύκνωνε με ακρίβεια την ουσία της επιστήμης της γαστρεντερολογίας. Όμως, τα χρόνια που ακολούθησαν απέδειξαν ότι οι **«Ενδοσκοπήσεις»** δεν διέθεταν μόνο έναν εύστοχο τίτλο· διέθεταν και ουσιαστικό περιεχόμενο.

Η ΕΠΕΓΕ στήριξε το περιοδικό με συνέπεια, επιμονή και πίστη στον σκοπό του, δημιουργώντας ένα μοναδικό εργαλείο ενημέρωσης, επιστημονικής γνώσης και επικοινωνίας για τα μέλη της.

Η ενδοσκόπηση, κατά τη γνώμη μου, δεν είναι απλώς μια ιατρική πράξη. Είναι μια στάση απέναντι στη γνώση. Είναι η προσπάθεια να δεις το εντός, ώστε να κατανοήσεις καλύτερα το εκτός. Είναι η τόλμη να φτάσεις σε βάθος, όχι μόνο για να αποκαλύψεις αυτό που κρύβεται, αλλά και για να διευρύνεις τον ορίζοντα της κατανόησης.

Ακριβώς αυτή υπήρξε, όλα αυτά τα χρόνια, και η ταυτότητα του περιοδικού. Να κοιτάζει βαθύτερα, να ενημερώνει ουσιαστικά, να ανοίγει νέους ορίζοντες στη γνώση και να ενώνει την επιστημονική κοινότητα.

Είκοσι χρόνια μετά, οι **«Ενδοσκοπήσεις»** παραμένουν νέες, επίκαιρες και ουσιαστικές.

Να τα εκατοστήσεις **«Ενδοσκοπήσεις»**.

Μίλτος Σκούρας
www.miltoskouras.com



ΕΠ.Ε.Γ.Ε. Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδας
23^η 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

Γραμματεία:

CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E. Οργάνωση Συνεδρίων

Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210-72 100 52, 210-72 10 001, Web site: www.congressworld.gr, e-mail: info@congressworld.gr



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ
23^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

2 - 4 Οκτωβρίου 2026, ΑΘΗΝΑ, Ξενοδοχείο Royal Olympic

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής, σας προσκαλώ να συμμετάσχετε στην **23η Ετήσια Επιστημονική Εκδήλωση** της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος (ΕΠ.Ε.Γ.Ε.), η οποία θα πραγματοποιηθεί **στις 2-4 Οκτωβρίου 2026** στην Αθήνα (Ξενοδοχείο Royal Olympic), με τίτλο: «Επίκαιρα κλινικά διλήμματα στην Γαστρεντερολογία και Ηπατολογία. Από την αρχική διάγνωση στην εξατομικευμένη θεραπεία και παρακολούθηση».

Αξιοποιώντας την εμπειρία των προηγούμενων ετών, στόχος του φετινού συνεδρίου είναι να συμπυκνώσει τον μεγάλο όγκο των νέων επιστημονικών δεδομένων στη Γαστρεντερολογία και την Ηπατολογία. Με κύριο γνώμονα την εφαρμογή στην καθημερινή κλινική πράξη, δίνουμε έμφαση στα πιο επίκαιρα ζητήματα της ειδικότητάς μας.

Το επιστημονικό πρόγραμμα περιλαμβάνει στρογγυλά τραπέζια, διαλέξεις, αντιπαραθέσεις (debates), παρουσιάσεις ενδιαφερόντων περιστατικών και δορυφορικά συμπόσια, με τη συμμετοχή καταξιωμένων επιστημόνων από την Ελλάδα και το εξωτερικό. Επιδίωξή μας είναι να συνδυάσουμε την εμπειρία των παλαιότερων με τον δυναμισμό των νεότερων συναδέλφων, διασφαλίζοντας επαρκή χρόνο για γόνιμο διάλογο και ανταλλαγή προβληματισμών.

Ευελπιστώ ότι η 23η Επιστημονική Εκδήλωση της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. θα συμβάλει ουσιαστικά στην επικαιροποίηση των γνώσεων μας και στη βελτίωση της καθημερινής μας πρακτικής.

Σας περιμένουμε όλους, καθώς η δική σας συμμετοχή αποτελεί τον σημαντικότερο συντελεστή επιτυχίας αυτής της προσπάθειας.

Με εκτίμηση,
Σπ. Μιχόπουλος

Γαστρεντερολόγος, Συντονιστής Διευθυντής,
Γαστρεντερολογική Κλινική,
Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα
Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής
23ης Πανελλήνιας Επιστημονικής Εκδήλωσης
της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Σ. Μιχόπουλος

Μέλη: Ν. Μάθου
Α. Ιωάννου

Δ.Σ. ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Πρόεδρος: Α. Κωφοκώτσιος

Αντιπρόεδρος: Σ. Γούλας

Γεν. Γραμματέας: Ο. Σιδηρόπουλος

Ειδ. Γραμματέας: Ν. Μαργέτης

Ταμίας: Γ. Τζιάτζιος

Μέλη: Δ. Δανδάκης
Γ. Τσιώνης

ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

2 - 4 Οκτωβρίου 2026, ΑΘΗΝΑ, Ξενοδοχείο Royal Olympic

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 2 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2026

14.00-15.00 **ΠΡΟΒΟΛΗ VIDEO**

15.00-16.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

**Ο ΣΥΝΗΘΗΣ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ
ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ
ΙΑΤΡΕΙΟ: ΠΩΣ ΔΙΕΡΕΥΝΩ,
ΠΩΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΩ**

- Ασθενής με παθολογικά ηπατικά ένζυμα
- Ασθενής με εστιακή βλάβη ήπατος στο απλό υπερηχογράφημα
- Ασθενής με λιπώδη διήθηση ήπατος στο απλό υπερηχογράφημα
- Η παρακολούθηση του κίρρωτικού ασθενούς στο εξωτερικό ιατρείο

16.00-17.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

**MASLD ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
& ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ
ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

- Επιλέγω φάρμακα: resmetirom vs GLP1s
- Επιλέγω χειρουργείο: ενδοσκοπική ή χειρουργική προσέγγιση
- Ποια η αξιοπιστία και χρησιμότητα των μη επεμβατικών δεικτών εκτίμησης της στεάτωσης;

17.00-17.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

17.30-18.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

**ΝΕΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ
ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β: ΤΙ ΑΝΑΜΕΝΕΤΑΙ
ΝΑ ΑΛΛΑΞΕΙ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΡΑΚΤΙΚΗ**

18.00-19.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

**ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΙΦΝΕ**

- Νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπιση της περιεδρικής νόσου Crohn
- Η σημασία της εμβολιαστικής κάλυψης των ασθενών με ΙΦΝΕ
- Διατροφή & ΙΦΝΕ (ECCO consensus)

19.00-19.30 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

19.30-20.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΒΙΣΜΟΥΘΙΟΥ
ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΗΣ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑΚΗΣ
ΛΟΙΜΩΣΗΣ**

20.00-21.00 **ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ -
ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ**



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

23^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

2 - 4 Οκτωβρίου 2026, ΑΘΗΝΑ, Ξενοδοχείο Royal Olympic

ΣΑΒΒΑΤΟ 3 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2026

8.00-8.45 **ΠΡΟΒΟΛΗ VIDEO**

08.45-9.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**
**ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

- Πώς επιτηρώ για να προλάβω;
- Πώς εφαρμόζω την ταξινόμηση BCLC στην καθημερινή μου πρακτική για την επιλογή της βέλτιστης θεραπευτικής επιλογής;
- Το «προχωρημένο» ΗΚΚ: αναδυόμενα δεδομένα στη χημειοθεραπεία και ανοσοθεραπεία

09.30-10.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
ΓΕΝΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ
• Νευροενδοκρινικοί όγκοι ορθού

10.00-11.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**
**ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ
ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΑΣΚΗΣΗ
ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ**
• Οπισθοστερνικός καύσος-άλγος: Πως διερευνώ;
• Ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα: νεότερα δεδομένα στη θεραπεία και στην παρακολούθηση
• NCGS (ευαισθησία στη γλουτένη εκτός κοιλιοκάκης): διακριτή κλινική οντότητα ή λειτουργική διαταραχή;
• Εκκολπωματική νόσος: Μύθοι και Πραγματικότητες

11.00-11.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

11.30-12.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**
**Ο «ΔΥΣΚΟΛΟΣ» ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ
ΑΣΘΕΝΗΣ**

- Ασθενής με αυτοάνοση ηπατίτιδα και υποτροπή υπό θεραπεία με αζαθειοπρίνη: ποιες είναι οι θεραπευτικές μας εναλλακτικές σύμφωνα με τις νέες κατευθυντήριες οδηγίες;
- Ασθενής με PBC που δεν ανταποκρίνεται επαρκώς στο ουρσοδεοξυχολικό: νέες θεραπευτικές επιλογές
- Ασθενής με παρούσα ή παρελθούσα χρόνια HBV λοίμωξη που πρόκειται να ξεκινήσει ανοσοκατασταλτική αγωγή

12.30-13.00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

13.00-13.45 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**
**ΔΙΑΒΑΖΟΝΤΑΣ ΜΙΑ
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ
ΕΚΘΕΣΗ: ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ
ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ**

- Τα απαραίτητα στοιχεία των Παθολογοανατομικών εκθέσεων στις βιοψίες του πεπτικού συστήματος
- Ατροφική γαστρίτιδα και εντερική μεταπλασία: Το «τανγκό» της ενδοσκόπησης και της ιστολογίας
- Ιστολογία ύφεση στην ελκώδη κολίτιδα. Ορισμοί και σημασίας της
- Ο «κακοήθης» πολύποδας του παχέος εντέρου: Απαραίτητα στοιχεία της παθολογοανατομικής αξιολόγησης

13.45-14.15 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

2 - 4 Οκτωβρίου 2026, ΑΘΗΝΑ, Ξενοδοχείο Royal Olympic

ΣΑΒΒΑΤΟ 3 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2026

14.15-14.45 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Βασικές αρχές για τη χρήση της ανοσοθεραπείας: τι πρέπει να ξέρει ο κλινικός
- Επιπλοκές ανοσοθεραπείας και πώς τις διαχειρίζομαι

14.45-16.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ –
ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ**

16.00-17.00 **ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ**

17.00-18.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ 1ΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ: ΒΕΛΤΙΩΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

- Υποβλεννογόνιες βλάβες στο ανώτερο πεπτικό: από το τυχαίο εύρημα στη διαχείριση
- Αντιμετώπιση πολυπόδων 12δακτύλου/φύματος
- Δείκτες ποιότητας στη γαστροσκόπηση και στην κολονοσκόπηση: τι μπορώ άμεσα να βελτιώσω στην ενδοσκοπική μου πρακτική
- Απλουστεύοντας την πολυποδεκτομή: tips & tricks

18.00-18.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

- Εξατομικεύοντας τη θεραπευτική ενδοσκόπηση σε πρώιμες νεοπλασίες κατώτερου πεπτικού: ESD ή EMR

18.30-19.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ADVANCED" ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

- Επιτήρηση μετά από πολυποδεκτομή: ορίζοντας το επαρκές και το ασφαλές
- Ο μεγάλος πολύποδας: πότε αφαιρώ και πότε στέλνω σε ειδικό
- Τι αλλάζει στην ενδοσκοπική αιμόσταση;
- Αδυναμία καθετηριασμού του πόρου στην ERCP: πότε ακτινολόγος και πότε EUS;

19.30-20.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

- Ενδοσκοπική Παρέμβαση σε μετεγχειρητικές επιπλοκές της περιοχής των Χοληφόρων – Παγκρέατος

ΣΑΒΒΑΤΟ 3 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Β

09.00-13.00 **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ**



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

23^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

2 - 4 Οκτωβρίου 2026, ΑΘΗΝΑ, Ξενοδοχείο Royal Olympic

ΚΥΡΙΑΚΗ 4 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2026

08.00-09.00 **ΠΡΟΒΟΛΗ VIDEO**

09.00-10.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΤΟ 2026

- Από το BAVENO VII στο BAVENO VIII: ποια τα διαγνωστικά και θεραπευτικά κενά που αναμένεται να καλυφθούν;
- Θρόμβωση της πυλαίας φλέβας σε κίρρωτικό ασθενή: αιτία ή αποτέλεσμα της επιδείνωσης της πυλαίας υπέρτασης
- Μεταμόσχευση ήπατος: Τι πρέπει να γνωρίζω πριν την παραπομπή για προμεταμοσχευτικό έλεγχο; Πότε αποδέχομαι την παραπομπή για μεταμόσχευση;

10.00-10.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

- Το «σωστό» φάρμακο για το «σωστό» ασθενή: εξατομικευση θεραπείας στις ΙΦΝΕ το 2026»

10.30-11.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

11.00-12.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΟΙ ΙΦΝΕ ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΝΤΕΡΟ: ΠΟΛΥΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

- Αρθρίτιδα στις ΙΦΝΕ: ποια η βέλτιστη θεραπεία για το έντερο και τις αρθρώσεις;
- Μαγνητική εντερογραφία και beyond: πώς η απεικόνιση καθοδηγεί τη θεραπεία;
- Δερματολογικές εκδηλώσεις των ΙΦΝΕ και των φαρμάκων τους
- Καρκίνος στις ΙΦΝΕ: μπορώ να δώσω ανοσοθεραπεία, πότε αρχίζω τους βιολογικούς

12.00-12.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

- Κυστικές & μη Κυστικές Βλάβες Παγκρέατος: ο ρόλος της υπερηχοενδοσκοπίας
- Κυστικές Βλάβες παγκρέατος
- Μη κυστικές βλάβες.

12.30-13.15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΘΕΡΑΠΕΥΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΙΦΝΕ

- Treat-to-target στην καθημερινή πράξη: Πότε αλλάζω θεραπεία;
- Επιλογή βιολογικού/μικρού μορίου σε ασθενείς με συννοσηρότητα
- Απώλεια ανταπόκρισης: Πώς επιλέγω θεραπεία δεύτερης γραμμής;

13.15-14.00 **DEBATE ΣΤΙΣ ΙΦΝΕ**

ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΩ ΤΗ Ν. ΣΡΟΗΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΕΙΛΕΟΥ;

- A.** Φαρμακευτική αγωγή και επί ανάγκης χειρουργείο;
- B.** Πρώιμο χειρουργείο;

14.00-14.30 **QUIZ ΓΝΩΣΕΩΝ /
ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΧΡΟΝΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΕΠΕΓΕ
2 - 4 Οκτωβρίου 2026

ΤΟΠΟΣ
Αθήνα, Ξενοδοχείο Royal Olympic

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Γαστρεντερολόγοι/Μέλη ΕΠΕΓΕ	60 € (ετήσια συνδρομή)
Μη Γαστρεντερολόγοι - Λοιπές Ιατρικές Ειδικότητες	60 €
Ειδικευόμενοι - Νοσηλεύτες - Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ

Νέα & Επίκαιρα

ΝΕΕΣ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΕΠΕΓΕ



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

Οι συνεδριάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος (ΕΠΕΓΕ) κατά τους μήνες Μάιο και Ιούνιο επιβεβαίωσαν τη συνεχή και πολυεπίπεδη δραστηριότητα της Ένωσης, με έμφαση στον επιστημονικό προγραμματισμό, την υποστήριξη της εκπαίδευσης των νέων γαστρεντερολόγων και την ενεργή συμμετοχή σε πρωτοβουλίες που αφορούν τη δημόσια υγεία.

Κατά τη συνεδρίαση του Μαΐου, σημαντικό μέρος της συζήτησης αφιερώθηκε στη διαμόρφωση του επιστημονικού προγράμματος της 23ης Πανελλήνιας Επιστημονικής Εκδήλωσης της ΕΠΕΓΕ. Τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου, σε συνεργασία με τους προέδρους του συνεδρίου και την οργανωτική επιτροπή, προχώρησαν στην περαιτέρω επεξεργασία των θεματικών ενοτήτων και των επιστημονικών συνεδριών, με στόχο τη δημιουργία ενός σύγχρονου και υψηλού επιπέδου προγράμματος που θα ανταποκρίνεται στις εξελίξεις της γαστρεντερολογίας και στις ανάγκες της καθημερινής κλινικής πράξης.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δόθηκε επίσης στο θέμα του αριθμού και της κατανομής των θέσεων ειδίκευσης στη Γαστρεντερολογία. Το Διοικητικό Συμβούλιο αντάλλαξε απόψεις σχετικά με τις σύγχρονες ανάγκες στελέχωσης των κλινικών και τις προοπτικές εκπαίδευσης των νέων συναδέλφων, επιβεβαιώνοντας τη βούληση της ΕΠΕΓΕ να συμβάλει ενεργά στον διάλογο για τη διαμόρφωση ενός βιώσιμου και ποιοτικού πλαισίου ειδίκευσης.

Στο ίδιο Διοικητικό Συμβούλιο αποφασίστηκε η παροχή της αιγίδας της ΕΠΕΓΕ στο συνέδριο «IBD 2027: Meet the Expert», το οποίο θα πραγματοποιηθεί από τις 18 έως τις 21 Μαρτίου 2027, στο συνεδριακό κέντρο του ξενοδοχείου Amalia Hotel Meteora, στην Καλαμπάκα. Η απόφαση αυτή αναδεικνύει τη διαχρονική υποστήριξη της Ένωσης σε επιστημονικές πρωτοβουλίες υψηλού επιπέδου και ειδικότερα σε δράσεις που αφορούν τα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου.

Κατά τη συνεδρίαση του Ιουνίου, το Διοικητικό Συμβούλιο προχώρησε στην οριστικοποίηση του επιστημονικού προγράμματος της 23ης Πανελλήνιας Επιστημονικής Εκδήλωσης της ΕΠΕΓΕ, ολοκληρώνοντας τις τελευταίες παρεμβάσεις και διαμορφώνοντας ένα πρόγραμμα που φιλοδοξεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της σύγχρονης γαστρεντερολογικής κοινότητας.

Παράλληλα, ολοκληρώθηκε η προετοιμασία και ο σχεδιασμός της στρογγυλής τράπεζας της ΕΠΕΓΕ στο πλαίσιο του Πανελληνίου Συνεδρίου της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας, ενισχύοντας την παρουσία και τη συμβολή της Ένωσης στις κορυφαίες επιστημονικές διοργανώσεις της χώρας.

Στη διάρκεια της συνεδρίασης έγινε επίσης ενημέρωση σχετικά με τις επικείμενες εκλογικές διαδικασίες των Ιατρικών Συλλόγων, καθώς και ανταλλαγή απόψεων για τις εξελίξεις που αφορούν τη θεσμική εκπροσώπηση του ιατρικού σώματος.

Ξεχωριστή θέση στη συζήτηση κατείχε η πορεία εφαρμογής του εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Το Διοικητικό Συμβούλιο επανέλαβε τη σημασία της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης, επισημαίνοντας την ανάγκη συνεχούς υποστήριξης και βελτίωσης του προγράμματος, με στόχο τη μέγιστη δυνατή συμμετοχή του πληθυσμού και τη βελτίωση των δεικτών δημόσιας υγείας.

Οι εργασίες των δύο τελευταίων συνεδριάσεων καταδεικνύουν τη σταθερή προσήλωση της ΕΠΕΓΕ στην προαγωγή της επιστημονικής γνώσης, στην υποστήριξη της εκπαίδευσης των νέων γαστρεντερολόγων και στην ενεργή συμμετοχή σε πρωτοβουλίες που αφορούν τόσο την άσκηση της ειδικότητας όσο και την προστασία της δημόσιας υγείας. Μέσα από τις δράσεις αυτές, η ΕΠΕΓΕ συνεχίζει να διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στη διαμόρφωση του παρόντος και του μέλλοντος της ελληνικής γαστρεντερολογίας.



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Ο Γαστρεντερολόγος κ. **Σπυρίδων Γούλας** συνομιλεί με τον Γαστρεντερολόγο κ. **Χάρη Τσιώνη**

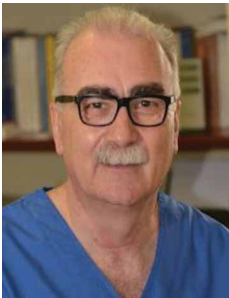
Όπως θα έχετε αντιληφθεί, μετά από μια συνεχή παρουσία δέκα ετών και μια διακοπή τριών η στήλη αυτή επανήλθε στο προηγούμενο τεύχος με προσκεκλημένο τον διακεκριμένο συνάδελφο Γαστρεντερολόγο και πολύ αγαπητό Γεράσιμο Μάντζαρη. Στην απόφασή μας αυτή να επανέλθουμε με νέους προσκεκλημένους στο γνωστό «Πρόσωπο με Πρόσωπο» έπαιξε καθοριστικό ρόλο η διαπίστωση ότι δεν έχουμε απευθύνει κάλεσμα σε συναδέλφους, επίλεκτα μέλη της κοινότητας, με μακρά διαδρομή και προσφορά στα γαστρεντερολογικά δρώμενα. Έχοντας κατά νου να συγκεντρώσουμε όλο αυτό το υλικό με σκοπό να διατηρηθεί ως παρακαταθήκη στο μέλλον και στις επόμενες γενιές, θεωρούμε ότι έχουμε χρέος μας να επανέλθουμε για κάποιο χρονικό διάστημα βάζοντας ακόμα λίγες ψηφίδες στο κάδρο αυτού του πίνακα της ταυτότητάς μας ως κοινότητα.

Σε αυτό το τεύχος είμαι ιδιαίτερα χαρούμενος γιατί έχω απέναντί μου τον αγαπητό συνάδελφο και φίλο, τον Χάρη Τσιώνη, ο οποίος στις γραμμές που ακολουθούν θα παραθέσει το δικό του στίγμα, τις εμπειρίες μιας μακράς επαγγελματικής πορείας αλλά και της δράσης του στα κοινά της ΕΠΕΓΕ. Η γνωριμία μου με τον Χάρη ξεκίνησε το 2017 όταν για πρώτη φορά μπήκα στο ΔΣ της ΕΠΕΓΕ σαν Ταμίας. Ο Χάρης είχε διανύσει ήδη μια θητεία σαν μέλος του ΔΣ (2014-16) και από το 2017 και για την επόμενη περίοδο θα ήταν Αντιπρόεδρος του ΔΣ με συνεπή παρουσία στις μηνιαίες συναντήσεις μας, σε όλες τις δράσεις της Εταιρείας και πάντα με εύστοχες παρεμβάσεις και συγκροτημένο και ουσιαστικό λόγο. Πριν το 2017 θυμάμαι ότι μου είχε κάνει ιδιαίτερα καλή εντύπωση η παρουσία του στις συνελεύσεις της ΕΠΕΓΕ και της ΕΓΕ. Ο λόγος του συγκροτημένος, μετριοπαθής, με επιχειρήματα και προτάσεις που αφορούσαν πολλές πτυχές των θεμάτων της κοινότητας. Οι παρεμβάσεις του ήταν ουσιαστικές και καίριες, αλλά εκείνο που τον έκαναν να ξεχωρίζει ήταν ότι είχε το χάρισμα του προφορικού λόγου, και της επικοινωνίας με το ακροατήριο και εν προκειμένω την γαστρεντερολογική κοινότητα.

Η επαγγελματική του δράση και εμπειρία σε μια πόλη της Βόρειας Ελλάδας, τις αγαπημένες του Σέρρες, αλλά και ο χαρακτήρας του της διαρκούς αναζήτησης του νέου, του σύγχρονου, του καινοτόμου.....Την επόμενη τριετία (2020-2022) ο Χάρης έγινε Πρόεδρος στην Εταιρεία και εγώ παρέμεινα αυτό το διάστημα στη θέση του Ταμία. Στα τέλη του 2022 απεχώρησε από το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ ολοκληρώνοντας μια πολύ δημιουργική θητεία στη θέση του Προέδρου και συνολικά στο ΔΣ αλλά παραμένει μέχρι και σήμερα ενεργός σε όλες τις δραστηριότητες της ΕΠΕΓΕ αλλά και της γαστρεντερολογικής κοινότητας συνολικά.

Ακούραστος, αιώνιος έφηβος, οξυδερκής, βαθύς γνώστης του αντικειμένου, οργανωτικός, χαρισματικός στον προφορικό λόγο και την επικοινωνία, με ικανότητα στην ανάλυση δεδομένων και τη σύνθεση ρεαλιστικών προτάσεων και διεκδικήσεων. Θεωρώ τον εαυτό μου πολύ τυχερό που μου δόθηκε η δυνατότητα να τον γνωρίσω περισσότερο και να εκτιμήσω το χαρακτήρα και την προσωπικότητά του. Θα πω ότι έμαθα κοντά του. Διατηρούμε μια στενή φιλική σχέση και η γνώμη του και η κρίση του είναι για μένα πολύτιμη. Νομίζω ότι η παρουσία του έχει αφήσει βαθύ και στέρεο αποτύπωμα στην ΕΠΕΓΕ και γενικότερα στην κοινότητά μας.

Αλλά κάπου εδώ νομίζω ότι είναι η ώρα να περάσουμε σε κάποια στοιχεία από το βιογραφικό του και στη συνέχεια στη δική του μαρτυρία....



Ο Θεοχάρης (Χάρης) Τσιώνης γεννήθηκε στα Καλά Δένδρα Σερρών και αποφοίτησε από το 2ο εξατάξιο Γυμνάσιο Σερρών. Είναι πτυχιούχος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου *La Sapienza* της Ρώμης, και έλαβε την άδεια ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος για τις χώρες της τότε Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας κατόπιν επιτυχών εξετάσεων στην Ιταλία.

Ειδικεύθηκε στη Γαστρεντερολογία στην Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Μετά την απόκτηση του τίτλου ειδικότητας, επέλεξε να επιστρέψει στη γενέτειρά του, τις Σέρρες.

Από το 1994 έως και το 2021 άσκησε τη Γαστρεντερολογία στο ιδιωτικό του ιατρείο, παρέχοντας ιατρικές υπηρεσίες σε όλο το φάσμα της Κλινικής Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας.

Παράλληλα με την κλινική του δραστηριότητα ανέπτυξε σημαντικό επιστημονικό και εκπαιδευτικό έργο. Υπήρξε ομιλητής και προεδρεύων σε πολλές επιστημονικές εκδηλώσεις, σεμινάρια, μετεκπαιδευτικές ημερίδες, διημερίδες και επιστημονικά συνέδρια, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση στον τομέα της Γαστρεντερολογίας.

Δραστηριοποιήθηκε για μεγάλο χρονικό διάστημα στην **Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδας (ΕΠΕΓΕ)**, συγκεκριμένα από το 2013 μέχρι το 2022. **Την τριετία 2016-2019 ήταν Αντιπρόεδρος και στη συνέχεια για άλλα τρία έτη από τον Ιανουάριο του 2020 ως το τέλος του 2022 Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου.**

Ως Πρόεδρος της Εταιρείας ανέδειξε κρίσιμα ζητήματα που αφορούν την ποιότητα της γαστρεντερολογικής πράξης και την ασφάλεια των ασθενών. Μεταξύ αυ-

τών, εξέχουσα θέση κατέχει η ενεργός συμμετοχή του στην **θεσμική κατοχύρωση της καταστολής κατά τις ενδοσκοπικές πράξεις. Συγκεκριμένα, το 2020 μετά από περίοδο διαβούλευσης και διαλόγου με άλλους επιστημονικούς φορείς και το Υπουργείο προτάθηκε και έλαβε την έγκριση από το Κοινοβούλιο το γνωστό στην κοινότητα άρθρο 31 του Νόμου 4715/2020 που έβαλε κανόνες στο αχαρτογράφητο μέχρι τότε τοπίο στο νευραλγικό αυτό θέμα.**

Στη συνέχεια συμμετείχε ενεργά, μαζί με άλλους Γαστρεντερολόγους στην σύνταξη **των πρώτων εθνικών κατευθυντήριων οδηγιών της ΕΓΕ για την καταστολή κατά τις ενδοσκοπικές πράξεις.**

Το 2022, μαζί με τα παιδιά του, **Γεώργιο και Θεόδωρο Τσιώνη**, που είναι ειδικοί Γαστρεντερολόγοι - Ηπατολόγοι με πολυετή εκπαίδευση στο εξωτερικό, έλαβε την απόφαση να ξεφύγει από ένα κοινό Γαστρεντερολογικό Ενδοσκοπικό Ιατρείο/Εργαστήριο και ίδρυσε στην πόλη των Σερρών μια υπερσύγχρονη Γαστρεντερολογική Μονάδα. Η Μονάδα αυτή διαθέτει σύγχρονο σχεδιασμό, μεγάλους ειδικά μελετημένους χώρους και τελευταίας τεχνολογίας ιατρικό εξοπλισμό για την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας διαγνωστικής και θεραπευτικής ενδοσκοπικής.

Ήρθε λοιπόν η ώρα να δώσει την δική του μαρτυρία για όλα αυτά και πολλά ακόμη....

Θα μου επιτρέψεις να ξεκινήσω από πολύ παλιά, από την περίοδο της Ιταλίας... δώσε μας λίγο την εικόνα της φοιτητικής ζωής και των σπουδών στην Ιατρική

Λοιπόν αν είναι να ξεκινήσουμε από τόσο παλιά την συνέντευξη τότε πρέπει να αναφέρω ότι βρέθηκα από τυχαίες συγκυρίες στην Ιταλία. Τέλειωσα το δτάξιο Β' Γυμνάσιο Σερρών το 1971. Οι εισαγωγικές εξετάσεις γινόντουσαν τις πρώτες ημέρες του Σεπτεμβρίου, όχι στον τόπο μας αλλά στην Θεσσαλονίκη, οπότε η επιλογή της φροντιστηριακής προετοιμασίας στους λίγους μήνες



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

του καλοκαιριού με οδήγησε για οικονομικούς λόγους, όπως και πολλά άλλα παιδιά της εποχής μου, σε οικοτροφείο. Εκεί οι κοντινοί μου που έδιναν εξετάσεις για 2^η χρονιά έφευγαν όλοι για Ιταλία και η «πίεση» ήταν μεγάλη να ακολουθήσω και εγώ, κάνοντας μάλιστα τους υπολογισμούς ότι με επιτρεπόμενες ακόμη τότε τις μεταγραφές θα μπορούσα να επιστρέψω την επόμενη χρονιά. Η παρέα πήγαινε στην Πίζα και ακολούθησα και εγώ στις 19 Σεπτέμβρη 1971. Όλα πήγαν ανάποδα από ό,τι υπολόγιζα και εγώ και η οικογένεια μου, που μπορούσε να αντέξει οικονομικά για μία χρονιά.. Έμεινα εκτός Ιατρικής για 2 μονάδες. Οι εξετάσεις στην Ιατρική της Πίζας επιτυχείς, αν και χωρίς δυσκολία και η χαρά της επιτυχίας κράτησε μέχρι το επόμενο καλοκαίρι, όταν έχοντας περάσει όλα τα μαθήματα του 1^{ου} έτους γύρισα στις Σέρρες να βοηθήσω στις αγροτικές εργασίες την οικογένεια και να τακτοποιήσω και τα της μεταγραφής μου. Δυστυχώς όμως το χουντικό καθεστώς, βλέποντας την μεγάλη φυγή και μάλιστα των περισσοτέρων που επέστρεφαν με αντιδικτατορικές πλέον πεποιθήσεις, έκοψε παντελώς τις μεταγραφές. Το δίλημμα λοιπόν τεράστιο· με την οικογένεια σε αδυναμία να μπορεί να με υποστηρίξει και έχοντας χάσει ουσιαστικά την δυνατότητα να ξαναδώσω εξετάσεις την τρέχουσα περίοδο, έμενε σαν μόνη λογική προοπτική να «πάω φαντάρος και μετά βλέπουμε». Έφυγα πίσω στην Πίζα με λίγα δολάρια στην τσέπη αρνούμενος να δεχτώ ότι τέλειωσε το όνειρο της Ιατρικής για εμένα. Μετά από πρόσκαιρες εργασίες χωρίς προοπτική είχα την τύχη τους επόμενους μήνες να βρεθώ στην αγκαλιά μιας επιχείρησης που οι ιδιοκτήτες της υπήρξαν για μένα μια αληθινή οικογένεια. Η εταιρεία CIEMMEGI (www.ciemmegi.it), εταιρεία μεταλλικών κατασκευών και αυτοματισμών. Από το 1972 έως το 1978 σκληρή δουλειά, αποταμίευση ένα καλό κομπόδεμα και ακολούθησε μεταγραφή στο Πανεπιστήμιο “La Sapienza” της Ρώμης. Πτυχίο ως αριστούχος το 1983. Στα χρόνια της ζωής μου στην Πίζα συμμετέχω ενεργά στον αντιδικτατορικό αγώνα, με συνέπεια στις αρχές του 1974 να μου «κοπεί» το διαβατήριό και με τις σχετικές απειλές στην

οικογένειά μου, ότι αν δεν συνετιστώ δεν θα επέστρεφα ποτέ στην πατρίδα. Την περίοδο αυτή το εκεί Ελληνικό Φοιτητικό Κίνημα με τους Φοιτητικούς Συλλόγους αναπτύσσεται σαν ένας ισχυρός αντικαθεστωτικός πυλώνας που αγκαλιάζει κάθε δημοκρατικό Έλληνα νέο που φτάνει στην χώρα για σπουδές. Όμορφα χρόνια, γεμάτα ζωή και όνειρα, αλλά και ισχυροί δεσμοί με την δημοκρατική προοδευτική Ιταλική κοινωνία που μας υποστήριζε με κάθε τρόπο και μέσο. Στα χρόνια της Ρώμης το διάβασμα εξαιρετικά έντονο αλλά η πολιτική δραστηριότητα συνέχισε μέσα από τον Φοιτητικό Σύλλογο των Ελλήνων της Ρώμης αλλά και το Ιταλικό φοιτητικό κίνημα του οποίου υπήρξα ενεργό μέλος. Να σημειώσω ότι η περίοδος αυτή των μεγάλων εργατικών και φοιτητικών κινημάτων στην Ιταλία, αλλά και των αντιφάσεων και των αναταραχών που προκάλεσε το «αντάρτικο πόλεων» και ο «ένοπλος αγώνας» των παράνομων οργανώσεων (δεν ήταν μόνο οι «Ερυθρές Ταξιαρχίες»), είναι μία περίοδος έντονων πολιτικών ζυμώσεων και δράσης για κάθε νέο της εποχής, που δεν θα έφτανε ολόκληρο το τεύχος του περιοδικού για να την περιγράψω, είναι η περίοδος του «κινήματος του '77» (Movimento del '77) και των «μολυβένιων χρόνων» (Anni di Piombo)

Ας επιστρέψω όμως στις σπουδές. Το πανεπιστήμιο της Ρώμης με το Policlinico του (το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο), ένα από τα πιο σημαντικά Πανεπιστήμια της χώρας, μου έδωσε την ευκαιρία να περπατήσω το δρόμο του ονείρου μου και να γίνω γιατρός.

Πως επέλεξε την ειδικότητα της Γαστρεντερολογίας, υπήρχαν δεύτερες σκέψεις;

Να αρχίσω από το δεύτερο. Αρχικά έβλεπα τον εαυτό μου Παιδίατρο, αλλά η συγκυρία το έφερε να κάνω την κλινική της Παιδιατρικής σε ένα Παιδιατρικό Ογκολογικό Τμήμα και το σοκ μου ήταν τέτοιο που αποφάσισα να μην κάνω κλινική ειδικότητα. Χωρίς διακοπές στην Ελλάδα, κάνω το 3μηνο της Χειρουργικής μήνα Αύγουστο, σε ένα τμήμα σχεδόν άδειο από ασθενείς αλλά και γιατρούς



(περίοδος αδειών). Διευθυντής της Κλινικής ο καθηγητής Vincenzo Speranza από τους κορυφαίους χειρουργούς πεπτικού την εποχή εκείνη σε Ευρωπαϊκό επίπεδο και Πρόεδρος της Ιταλικής Χειρουργικής Εταιρείας για πολλά έτη. Η κλινική διέθετε Ενδοσκοπικό εργαστήριο και λόγω έλλειψης βοηθών, ένα πρωινό με κάλεσε στο γραφείο του ο Καθηγητής, καθώς περιφερόμουν βαριεστημένα στους μισοάδειους θαλάμους, παίρνοντας ιστορικό και τακτοποιώντας τους φακέλους των λιγοστών ασθενών. Η πρόσκληση αφορούσε να τον βοηθήσω σε μια γαστροσκόπηση που είχε στο πρόγραμμα. Η εξέταση με ινδοσκοπικό ενδοσκόπιο με συμπαρητητή, να κρατώ το όργανο και να το προωθώ ή να το αποσύρω με τις εντολές του. Δεν πίστευα σε αυτό που μου συνέβαινε και μετά το πρώτο σοκ και τον φόβο μην κάνω κάποιο λάθος και τα ακούσω, ήρθε ο ενθουσιασμός και το δειλό μου αίτημα, όταν με πολύ ευγένεια ο καθηγητής με ευχαρίστησε για την βοήθεια, να μπορώ και το επόμενο διάστημα να παρακολουθώ στο ενδοσκοπικό εργαστήριο τις εκεί εξετάσεις. Το αίτημά μου έγινε δεκτό και έγινα για το επόμενο διάστημα ο αγαπημένος του studente Greco. Σύντομα έψαξα να δω ποια ήταν η κατάσταση και οι προοπτικές της Γαστρεντερολογίας στην Ελλάδα και άμεσα πήρα και την απόφαση ότι αυτή θα είναι η εξειδίκευσή μου.

Κάνε μας μια περιγραφή των χρόνων της ειδικότητας και γενικότερα της Γαστρεντερολογίας στη Θεσσαλονίκη την περίοδο εκείνη.

Αρχικά πρέπει να πω ότι μετά την υπηρεσία υπαίθρου που έκανα στο Άγιο Πνεύμα Σερρών (την περίοδο εκείνη υπήρξα ταμίας της Ομοσπονδίας των Συλλόγων Αγροτικών Γιατρών Μαιών και Νοσοκόμων, καθώς και πρόεδρος του τοπικού Συλλόγου στις Σέρρες)· ακολούθησε ο χρόνος της Παθολογίας στο Νοσοκομείο Σερρών, όπου όμως παρέμεινα επιπλέον άλλα δύο χρόνια ως υπεράριθμος, καθώς είχε αναμονή για την κυρίως ειδικότητα. Παράλληλα είχα έντονη κοινωνική δράση, με ίδρυση συλλόγων στην γενέτειρά μου και βέβαια ήμουν 3 φορές υποψήφιος βουλευτής την πε-

ρίοδο 1989 με 1990. Την ίδια περίοδο έκανα οικογένεια και ήρθαν στην ζωή τα δύο μου αγόρια. Ειδίκευση στην Γαστρεντερολογία έκανα στην Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική στο ΑΧΕΠΑ, Καθηγητής ο κ. Παρπούλας Σωτήριος, ένας ήρεμος και εξαιρετικά ευγενικός δάσκαλος. Είναι η περίοδος που στη Θεσσαλονίκη δημιουργείται το Τμήμα Βορείου Ελλάδος της ΕΓΕ, ο Καθηγητής Αρβανιτάκης αναλαμβάνει το 1^ο Ευρωπαϊκό Γαστρεντερολογικό Συνέδριο και γενικά είναι μια περίοδος με πλούσια οργανωτική δράση της κοινότητάς μας. Ειδικότητα με πλούσια κλινική εμπειρία, αλλά φτωχοί από ενδοσκοπικά όργανα. Η Κλινική μας διέθετε ένα ινδοσκοπικό γαστροσκόπιο Pentax και ένα εύκαμπτο ορθοσιγμοειδοσκόπιο 60 εκ. και βέβαια τα άκαμπτα ορθοσκόπια. Στην Α΄ Παθολογική υπήρχε και ένα κολονοσκόπιο που όμως μετά από ένα ατύχημα με το όχημα που το μετέφερε στην Αθήνα για μία επισκευή καταστράφηκε και αυτό. Στο Θεαγένειο ο κ. Κάτσος διέθετε επίσης ένα κολονοσκόπιο και ο κ. Κητής με την δημιουργία της Γαστρεντερολογικής Κλινικής στο Παπανικολάου αποκτάει επίσης κολονοσκόπιο. Σε καλύτερη κατάσταση την περίοδο εκείνη από πλευράς οργάνων ήταν μάλλον το Ιπποκράτειο (εννοείται είμαστε ακόμη στην εποχή των ινδοσκοπικών οργάνων).

Νέος Γαστρεντερολόγος λοιπόν το έτος 1994, επιστροφή στα πάτρια εδάφη στις Σέρρες.. πως .. τι .. και γιατί;;;. Υπήρξαν διλήμματα και δεύτερες σκέψεις;;

Δεν υπήρξε ούτε στιγμή άλλη σκέψη από την επιστροφή στις Σέρρες, παρά το ότι υπήρξαν δύο εξαιρετικά δελεαστικές και τιμητικές προτάσεις να παραμείνω στην Θεσσαλονίκη (του κ. Παρπούλα να αναλάβω το ιδιωτικό του Ιατρείο στο κέντρο της πόλης και του κ. Κητή να πάω ως Επιμελητής του στην νεοσύστατη τότε Γαστρεντερολογική Κλινική του Παπανικολάου). Η άποψή μου την εποχή εκείνη, που θεωρώ ότι δικαιώθηκε, ήταν να επιστρέψω σε έναν τόπο που γνώριζα καλά και να μεγαλώσουμε τα παιδιά μας σε ένα πιο ήρεμο και ασφαλές περιβάλλον.



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Θέλω τώρα να μας κάνεις μια αναφορά στο επαγγελματικό σου ξεκίνημα στα πρώτα χρόνια της άσκησης της ειδικότητας.

Ξεκίνημα στο ιδιωτικό επάγγελμα καθώς δεν υπήρχε προοπτική θέσης στο Νοσοκομείο Σερρών, όπου η μοναδική θέση Γαστρεντερολόγου είχε ήδη καλυφθεί, ενώ στην πόλη ήδη λειτουργούσε ιδιωτικό ιατρείο ακόμη ένας συνάδελφος. Ινσοπτικό γαστροσκόπιο και κολονοσκόπιο Pentax που τα γνώριζα καλά από το ΑΧΕΠΑ. Την εποχή εκείνη το πρώτο στην Βόρειο Ελλάδα βιντεοενδοσκόπιο αποκτήθηκε από την Γαστρεντερολογική Κλινική του «Θεαγενείου» και στον ιδιωτικό χώρο από συνάδελφο στην Βέροια καθώς οι τιμές τους ήταν σχεδόν απαγορευτικές. Σχετικά σύντονα όμως λόγω ανάγκης να ακολουθήσουμε τις τεχνολογικές εξελίξεις, τα ινσοπτικά ενδοσκόπια στα επόμενα 2 χρόνια (μέχρι το 1996) έφυγαν σχεδόν από το προσκήνιο. Ένας νέος κόσμος ανοίγονταν μπροστά μας, βλέπουμε τα πάντα σε μία οθόνη και όχι μέσα από «μία τρύπα». Η τεχνολογική εξέλιξη από εκεί και πέρα με όλο και ευκρινέστερα όργανα που αποτύπωναν πιο ρεαλιστικά την εικόνα του εσωτερικού του πεπτικού σωλήνα και οι όλο και μεγαλύτερες οθόνες σε συνδυασμό με την δυνατότητα αποτύπωσης των εικόνων σε χαρτί, έκαναν την άσκηση της Γαστρεντερολογίας εξαιρετικά ενδιαφέρουσα. Είμαι της γενιάς που δεν είχε κολονοσκόπιο στην λήψη της ειδικότητας και η μόνη μου επαφή με αυτό ήταν τις λίγες φορές όταν μετέφερα ασθενή μας από το ΑΧΕΠΑ, με το ιδιωτικό αυτοκίνητό μου, στον κ. Κητή στο Παπανικολάου ή στον κ. Κάτσο στο Θεαγένειο για να έχω την ευκαιρία να δω έστω την διαδικασία. Φανταστείτε λοιπόν οι νεότεροι να μην έχεις κάνει ποτέ κολονοσκόπηση, να μην σου έχει δείξει ποτέ κανείς πως είναι έστω μια εικόνα του εσωτερικού του εντέρου, να μην ξέρεις από χειρισμούς και άλλα και να μαθαίνεις ουσιαστικά την «τέχνη» σου μόνος. Αυτοδίδακτος λοιπόν με πολύ υπομονή και πολύ κατανόηση από τους ασθενείς μας, όπως άλλωστε και πολλοί άλλοι καλοί φίλοι -συνάδελφοι εκείνη την εποχή. Σιγά σιγά έρχεται το διάβασμα, η παρακολούθηση κάθε επιστημονικής δραστηριότητας εντός και εκτός Ελλά-

δος, η γνώση, η εμπειρία και τέλος η αυτοπεποίθηση. Οφείλω να πω βέβαια ότι η άριστη συναδελφική σχέση με τους πανεπιστημιακούς και μη από τα Νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης συναδέλφους, βοηθούσε ώστε να δίνονται οι καλύτερες δυνατές λύσεις για τα προβλήματα των ασθενών μου. Η ευγνωμοσύνη μου προς όλους αυτούς είναι λοιπόν δεδομένη.

Ασκήεις ιατρική σε μια επαρχιακή πόλη υπήρχαν/υπάρχουν περιορισμοί στην άσκηση της ειδικότητας, τους αντιμετωπίζεις και πως;

Δεν είναι μόνο ο τόπος (η πόλη δηλαδή) αλλά και ο τρόπος που βάζει αυτόματα τα όρια και τους περιορισμούς. Ιατρική σε ένα διαμέρισμα ενός ορόφου στο κέντρο μιας πόλης, με το υπαρκτό (αλλά ίσια ίσα να χωράει στενά 2 άτομα) ή ανύπαρκτο ασανσέρ, τα στενά κλιμακοστάσια, τα άπειρα αρχιτεκτονικά εμπόδια είναι από μόνα τους περιορισμοί. Η μετατροπή ενός διαμερίσματος σε χώρο παροχής υπηρεσιών που φιλοξενεί ασθενείς, πολλές φορές λόγω ηλικίας ή ασθένειας ανήμπορους, δεν είναι ό,τι καλύτερο (αυτό βέβαια ισχύει και για τα μεγάλα αστικά κέντρα). Η αδυναμία συχνά να υποστηριχθεί ένα περιστατικό βαρύ ή με μία επιπλοκή στο τοπικό Δημόσιο Νοσοκομείο θέτει και αυτό όρια του σε ποιόν και τι μπορείς να κάνεις. Ούτως ή άλλως όμως η άσκηση της επιστήμης μόνος σε «4 ντουβάρια» χωρίς την άμεση δυνατότητα να ανταλλάξεις απόψεις με άλλους συναδέλφους, η μοναχική δηλ. πορεία, βάζει δυσκολίες που όμως ξεπερνάς με την αγάπη για μελέτη και αγάπη για τον ασθενή σου. Η μικρή επαρχιακή πόλη έχει τα καλά της, σε «μαθαίνουν» πιο εύκολα και γρήγορα, δεν σπαταλάς ώρες σε μετακινήσεις και διαδρομές, αλλά και τα κακά της αν κάποιος δεν είναι ευχαριστημένος ή κάτι πήγε στραβά, αυτό να διαχυθεί πιο εύκολα στην μικρή κοινωνία. Πάντα όμως έλεγα ότι για να έχεις επαγγελματική επιτυχία στο ιατρικό επάγγελμα, πρώτη προϋπόθεση αυτονόητα, είναι να έχεις την επιστημονική επάρκεια («πουλάς» μια υπηρεσία και οφείλεις να αποδίδεις στον αποδέκτη αυτής της υπηρεσίας, που άλλωστε σε πληρώνει για αυτό, υψηλού επιπέδου



παροχές). Η δεύτερη προϋπόθεση είναι να αγαπάς το αντικείμενο της δουλειάς σου που δεν είναι άλλο από τον ίδιο τον ασθενή. Τέλος να έχεις την υπομονή που χρειάζεται. Προσωπικά βέβαια πίστευα πάντα ότι βοηθάει σημαντικά και η εμπλοκή σου στις υποθέσεις της κοινωνίας που ζεις και δραστηριοποιείσαι. Αυτό όμως είναι κάτι που πρέπει να το έχεις και να το χαίρεσαι, δεν μπορεί να παίζεις θέατρο, πρέπει να είναι και μια δική σου εσωτερική ανάγκη για συμμετοχή και προσφορά. Να είσαι δηλαδή με την ουσιαστική έννοια πολίτης.

Ποια θεωρείς ως την πιο ευτυχή στιγμή της μακράς επαγγελματικής σου πορείας (εκτός από την Γαστρεντερολογική Διάγνωση Σερρών).

Σίγουρα θα έλεγα (αλλά αυτό είναι μια ζωή και όχι μια στιγμή) οι συνάδελφοι που μου δόθηκε η ευκαιρία να γνωρίσω, να συμπορευτώ μαζί τους και η εκτίμησή τους προς το πρόσωπό μου. Έτσι θα έλεγα πιο συγκεκριμένα η εκλογή μου στο ΔΣ της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας (υπήρξα ο πρώτος καθαρά ιδιώτης και μάλιστα από την επαρχία σε αυτό το όργανο) και αυτό έγινε με την προτροπή δύο αξιόλογων και αγαπητών συναδέλφων, του κ. Κητή και του κ. Ευγενίδη που είδαν στα χρόνια την σταδιακή αλλαγή του «σώματος» των Γαστρεντερολόγων, με την παρουσία όλο και περισσότερων ιδιωτών ως μελών της ΕΓΕ και την ανάγκη να ακουστεί και η δική τους φωνή. Το διάστημα αυτό ήταν ιδιαίτερη τιμή για εμένα, μετά από πρόταση του κ. Καραμανώλη, η ομόφωνη απόφαση της Γενικής Συνέλευσης στα πλαίσια του Πανελληνίου Συνεδρίου να μου αποδοθεί Εύφημος Μνεία για την διαχείριση και τακτοποίηση των οικονομικών της Εταιρείας ως Ταμίας του Δ.Σ της ΕΓΕ.

Πως βρέθηκες στο Δ.Σ της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος (ΕΠΕΓΕ) και επειδή μας χωρίζουν αρκετά χρόνια από το 2013 της αρχής δώσε μας μια εικόνα της Ένωσης και των προσώπων τότε.

Παρακολουθώ τις Πανελλήνιες Επιστημονικές Συνα-

ντήσεις από την πρώτη κιόλας εκδήλωση. Θεωρούσα πολύ σημαντικό ότι το επιστημονικό περιεχόμενο αυτών των Συναντήσεων και ο «πρακτικός» τρόπος που αποδίδονταν προς τους συμμετέχοντες, βοηθούσε σημαντικά στην καθημερινή άσκηση της ειδικότητάς μας, ιδιαίτερα μάλιστα των ιδιωτών γαστρεντερολόγων. Επίσης οι προβληματισμοί που από την αρχή κατατέθηκαν, της ανάγκης δηλαδή ύπαρξης της ίδιας της Επαγγελματικής Ένωσης, με έβρισκαν απόλυτα σύμφωνο. Την περίοδο λίγο πριν το 2013 είμαι ήδη μέλος του Δ.Σ της ΕΓΕ και δεν κρύβω ότι υπήρχε ένα τμήμα των τότε ηγετικών στελεχών της που είχαν από επιφυλακτική έως μη φιλική στάση προς το εγχείρημα της ΕΠΕΓΕ. Η θέση μου τότε ήταν ξεκάθαρα υποστηρικτική της δράσης της ΕΠΕΓΕ, καθώς πίστευα ότι μπορούσαν να συμπορευτούν για το κοινό καλό το Επιστημονικό και το Επαγγελματικό όργανο της κοινότητάς μας. Πάντα πίστευα ότι τα επαγγελματικά δικαιώματα αλλά και οι υποχρεώσεις μας απορρέουν από την ίδια την φύση της «τέχνης» μας και όχι τις όποιες διαφορετικές εργασιακές σχέσεις. Πρέπει αυτά τα κοινά δικαιώματα και υποχρεώσεις να υπερασπιστούμε και να διευρύνουμε ενωμένοι για λογαριασμό όλων (στο δημόσιο Πανεπιστήμιο και το ΕΣΥ και στον ιδιωτικό τομέα στις κλινικές, ασφαλιστικά ταμεία, εταιρείες αλλά και τα ιδιωτικά ιατρεία). Η θέση μου αυτή μαζί με τις τοποθετήσεις μου στις τότε γενικές συνελεύσεις με έφεραν αρκετά κοντά στον φίλο και συνάδελφο Απόστολο Νταϊλιάνη, τότε Πρόεδρο της ΕΠΕΓΕ, η προτροπή του οποίου να συμμετέχω περισσότερο ενεργά μέσα από το Δ.Σ στην προσπάθεια της Ένωσης υπήρξε καθοριστική.

Τι έχεις να καταθέσεις εδώ για την δεύτερη και τρίτη θητεία σου στο Δ.Σ από θέση ευθύνης πλέον του αντιπροέδρου και Προέδρου του Δ.Σ.

Το αίσθημα της ευθύνης είναι πραγματικά τεράστιο (για όσους από εμάς συμμετέχουμε ενεργά, όχι από ιδιοτέλεια αλλά από την φυσική μας ανάγκη να παίρνουμε μέρος στην προσπάθεια και να συνδιαμορφώνουμε την ίδια μας την ύπαρξη και ζωή), καθώς τώρα είσαι



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

εκεί για να κάνεις όλα όσα χρειάζονται και πρέπει, είσαι εσύ που πρέπει να πάρεις την πρωτοβουλία, να καταθέσεις προτάσεις, σχέδια, να ανοίξεις το δρόμο και να προσπαθήσεις να υλοποιήσεις όλα όσα πρέπει να έρθουν. Είναι σημαντικό σε αυτή στην προσπάθεια να λειτουργούμε με ομαδικό πνεύμα συνεργασίας, να εμπλουτίζουμε μέσα από τον διάλογο τις όποιες απόψεις μας ή να τις διορθώνουμε και αυτό γινόταν όλα τα χρόνια της συμμετοχής μου στο Δ.Σ, αρχικά ως απλό μέλος, αργότερα ως Αντιπρόεδρος με Πρόεδρο τον Παναγιώτη Κασαπίδη και μετά ως Πρόεδρος. Τα Δ.Σ. σπάνια πήραν πλειοψηφικές αποφάσεις και αν συνέβη αυτό έγινε σε δευτερεύοντα ζητήματα. Στα σημαντικά ζητήματα η ομοφωνία στο τέλος ήταν ο κανόνας. Στάθηκα πολύ τυχερός σαν άνθρωπος και σαν Γαστρεντερολόγος γιατί πλούτισα από αυτή την εμπειρία. Οι διαφορετικές εμπειρίες και η διαφορετική προσωπικότητα του καθενός πλούτιζε τον διάλογο και μας ένωνε περισσότερο. Δεν υπήρξαν τριβές, αντιπαράθεσεις και προσωπικές στρατηγικές από κανέναν. Η τότε αντιπρόεδρος Κωνσταντίνα Παρασκευά ήρθε κοντά μας, όταν της ανατέθηκε η ευθύνη οργάνωσης της Πανελλήνιας Συνάντησής μας, της άρεσε ο τρόπος που λειτουργούσαμε σαν μια παρέα καλών φίλων, και έμεινε κοντά μας να μας υποστηρίξει. Ο Ταμίας Σπύρος Γούλας που δεν ήταν μόνο Ταμίας, ήταν και το δικό μου σώμα και ψυχή στην Αθήνα, στην δύσκολη συγκυρία της πανδημίας και της αδυναμίας των από κοντά συναντήσεων. Ο Σπύρος Βρακάς ουσιαστικός και υποστηρικτικός από την θέση του Γενικού Γραμματέα. Τα υπόλοιπα μέλη ο Δημήτρης Δανδάκης πάντα με άποψη και τον απαραίτητο δυναμισμό, ο Θεόδωρος Εμμανουήλ που πάντα εμπλούτιζε θέσεις και απόψεις, είτε συμφωνούσε είτε όχι με τις τελικές αποφάσεις και δεν ξεχνώ τον Νίκο Μαργέτη υπεύθυνο σύνταξης του περιοδικού μας ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ, που του παραδώσαμε το περιοδικό στην φάση που, λόγω πολλών δυσκολιών, συζητούσαμε ακόμη και την διακοπή του και το απογείωσε κυριολεκτικά.

Όμως δεν μπορώ να ξεχάσω και τους φίλους-συναδέλφους των προηγούμενων θητειών, τον προηγούμενο από εμένα πρόεδρο Παναγιώτη Κασαπίδη, την Νάγια Μπομπότση, την Αγγελική Χρηστίδου, την Μαρία Μυλωνάκη, τον Ηλία Μπουζάκη και τον συμπατριώτη μου Κωνσταντίνο Ζωγράφο - όλες και όλοι μοναδικοί και ξεχωριστοί.

Ποια είναι η γνώμη σου για την Ελληνική Γαστρεντερολογία στο διεθνές επιστημονικό περιβάλλον;

Υπάρχουν δύο ζητήματα εδώ. Το ένα είναι η συμμετοχή στα διεθνή συνέδρια των Ελλήνων συναδέλφων. Εδώ περάσαμε δύο φάσεις, την προ κρίσης όπου η αριθμητική συμμετοχή θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως υπερβολική, καθώς είναι η περίοδος που οι φαρμακευτικές εταιρείες πλειοδοτούσαν στο ποιος θα καλύψει τις δαπάνες συμμετοχής μας (και η υπερβολή έχει να κάνει με τις «φαραωνικές» πολλές φορές φιλοξενίες που δεν είχαν να κάνουν με τίποτε επιστημονικό) και ο η δεύτερη περίοδος, τα απόνερα της οποίας ζούμε ακόμη, που η οικονομική υποστήριξη είναι πλέον σχεδόν ανύπαρκτη και έτσι έχει περιοριστεί σημαντικά και η συμμετοχή, σε βαθμό που αρκετοί μάλιστα συνάδελφοι καλύπτουν μόνοι τους τα όποια έξοδα. Αυτό όμως αφορά την αριθμητική όπως είπα πλευρά του ζητήματος, ενώ υπάρχει ένα ουσιαστικότερο ζήτημα, αυτό της ενεργού παρουσίας με εργασίες, posters, ελεύθερες ανακοινώσεις αλλά και συμμετοχή σε προεδρία ή ανάθεση ομιλιών και σχολιασμών. Δεν νομίζω ότι στο δεύτερο αυτό ζήτημα, τηρουμένων και των αναλογιών δηλ. το μέγεθος της χώρας μας, ότι έχουμε άσχημη θέση. Λείπουν οι «βαρόνοι» του παρελθόντος αλλά έχουμε συναδέλφους της νεότερης γενιάς που έχουν αναγνωρισιμότητα και αναγνώριση. Αν κάτι θα χρειαζόταν περισσότερο ίσως είναι η μεγαλύτερη επαφή, επικοινωνία και τέλος συμμετοχή της μεγάλης μας ομογενειακής επιστημονικής κοινότητας, που μπορεί να εμπλουτίσει περισσότερο τις δράσεις μας και να μας φέρει πιο κοντά σε αυτό που γίνεται έξω από την Ελλάδα.



Θεματική ενότητα ειδικευόμενοι Γαστρεντερο-λογίας: εκπαίδευση στην ειδικότητα, αριθμός ειδικευομένων, μακροχρόνια αναμονή, σχεδιασμός παραγωγής ειδικών ανά ειδικότητα, διορισμός με επετηρίδα ή εξετάσεις για έναρξη, πως τοποθετείσαι σε όλα αυτά;

Θα είχα μεγάλη ιδέα για τον εαυτό μου αν δήλωνα ότι έχω απαντήσεις σε όλα αυτά τα ζητήματα και δεν έχω. Και νομίζω ότι δεν έχει κανείς, ούτε αυτοί που είναι υπεύθυνοι για την χάραξη πολιτικής Υγείας διαχρονικά στην χώρα. Ο λόγος είναι απλός, είναι όλα στρεβλά από την γέννησή τους. Χώρα φτωχή, με έναν πληθυσμό που στην ανάγκη να γλιτώσει η νέα γενιά από τους δικούς της ζυγούς, οδήγησε στην τεράστια στροφή στην εκπαίδευση, που θα έδινε καλύτερες οικονομικές και κοινωνικές προοπτικές. Ήρθε όμως ο καιρός που «παράγουμε» περισσότερους επιστήμονες από ότι μπορούμε να «καταναλώσουμε». Μια οικονομία επίσης που δεν δίνει πολλές διεξόδους στα τεχνικά επαγγέλματα, αναπόφευκτα οδηγεί τους νέους που έχουν δυνατότητες και αποφασίζουν να γίνουν «εργάτες» του βιβλίου, να στραφούν σε ένα μεγάλο ποσοστό στις νομικές επιστήμες και σε αυτές της υγείας. Τα νομικά επαγγέλματα πλήρωσαν ακριβά την νύφη πριν από εμάς, όμως και το ιατρικό επάγγελμα έφτασε στα όριά του. Το γεγονός ότι δεν υπήρξε ποτέ στην χώρα μας οργανωμένο δημόσιο σύστημα Πρωτοβάθμιας Υγείας, οδήγησε σε μία από τις πολλές στρεβλώσεις, ανάμεσα στις οποίες και η υπερπαραγωγή ειδικών. Πουθενά στον λεγόμενο ανεπτυγμένο κόσμο δεν θα βρείτε τόσους πολλούς ειδικούς ανά ποσοστό κατοίκων. Και τι κάνουμε τώρα; Κλείνουμε την κάνουλα να «παράγουμε» λιγότερους ειδικούς; Δεν θα βγει η εξίσωση όπως δεν βγήκε για 10ετίες με την ίδια την παραγωγή των ιδίων των πτυχιούχων Ιατρικής. Το εξωτερικό θα συνεχίσει να προσφέρει στους επιθυμούντες και πτυχία και εξειδικεύσεις (εδώ βρήκαμε πατέντες να παράγουμε περισσότερους γιατρούς εντός της χώρας με «ιδιωτικά Πανεπιστήμια»). Είμαστε φαινόμενο και δεν το κρύβουμε. Η ζωή όπως φαίνεται, μάλλον όπως και σε άλλες ανθρώπινες υποθέσεις, θα δίνει τις «λύσεις»

όπως έκανε και μέχρι τώρα. Οι εξισώσεις που τέθηκαν με το ερώτημα δεν βγαίνουν, ας αλλάξουμε λοιπόν το ερώτημα. Τι γιατρούς θέλουμε; Τι ειδικούς θέλουμε; Εκεί εμείς κατά την άποψή μου πρέπει να ξοδέψουμε ενέργεια στο να γίνεται καλύτερη η εκπαίδευση, να καθορίσουμε πιο αυστηρά το περιεχόμενο των σπουδών στην ειδικότητα εμπλουτίζοντάς το με τις διεθνείς εξελίξεις της επιστήμης μας.

Θέλουμε την καταστολή; Να απαιτήσουμε σωστή εκπαίδευση κατά την ειδικευση με πέρασμα από μονάδες εντατικής. Έχουμε ή θέλουμε σχεδόν όλοι στο ιατρείο μας μηχανήματα υπερήχων; Να ενσωματωθεί η εκπαίδευσή μας σε αυτό, σαν εκπαίδευση στην ίδια την καθημερινή κλινική μας πράξη. Οι νέες τεχνολογικές εξελίξεις γρήγορα να ενσωματώνονται στην εκπαίδευση των ειδικευομένων. Να σπάσουμε συντηρητικά αποστήματα. Να δούμε επίσης δυσάρεστα πράγματα που αφορούν σε εμάς, ποιος, που, με τι μέσα και δυνατότητες παρέχει εκπαίδευση αλλά και πολλά άλλα. Τέλος πού τους θέλουμε; Η απάντηση πρέπει να είναι, σε ένα οργανωμένο Δημόσιο Σύστημα Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που υπηρετεί την κοινωνία (η πανδημία απέδειξε ότι χωρίς αυτό η κοινωνία είναι ανυπεράσπιστη). Ένα σύστημα που αμείβει δίκαια τους λειτουργούς του και διαμορφώνει ένα περιβάλλον στο οποίο εργαζόμενοι και ασθενείς έχουν την αξιοπρέπεια που τους αξίζει.

Ποια θέματα της Γαστρεντερολογικής κοινότητας είναι σε εκκρεμότητα κατά την άποψή σου και τι ατζέντα θα έβαζες στο τωρινό Δ.Σ. 2025 – 2027;

Α. Μετά την απόκτηση του δικαιώματος στην καταστολή κατά την ενδοσκόπηση και τον καθορισμό των πρώτων Ελληνικών κατευθυντήριων οδηγιών για το ίδιο θέμα, προκύπτει η ανάγκη για μετάφραση και υιοθέτηση των νέων κατευθυντήριων οδηγιών της ESGE που αφορά στο curriculum της εκπαίδευσής μας στην καταστολή, κατά την λήψη της ειδικότητας αλλά και την δια βίου εκπαίδευσή μας.



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Β. Η διεύρυνση του δικαιώματος της καταστολής με την χρήση της Προποφύλης από μη αναισθησιολόγους, θεσπίζοντας βέβαια ταυτόχρονα τους σχετικούς κανόνες χρήσης της, δηλαδή ποιος, με ποια εκπαίδευση, πού, με ποιον εξοπλισμό και τέλος σε ποιον ασθενή.

Γ. Ο καθορισμός και η υιοθέτηση από τα όργανα της πολιτείας του γνωστικού αντικείμενου της ειδικότητας στην Γαστρεντερολογία. Στόχος επίσης μέσα στο γνωστικό αντικείμενο να περιέχεται εκπαίδευση – άσκηση τουλάχιστον 3 μηνών σε ΜΕΘ, που ουσιαστικά θα αποτελέσει αναπόφευκτα και το διαβατήριο να πάμε στην επόμενη μέρα της χρήσης Προποφύλης, η εκπαίδευση στους Υπερήχους σαν βασικό συστατικό της κλινικής πρακτικής μας, καταργώντας τον αναχρονιστικό φραγμό της μετά την ειδικότητα πιστοποίησης αφού στις εξετάσεις για την ειδικότητα θα περιέχεται ως εξεταστέα ύλη. Σκέφτεστε να χρειάζεται κανείς να πάρει πιστοποίηση μετά την ειδικότητα για την χρήση των ενδοσκοπίων ή ακόμη και την χρήση των ακουστικών (φαντάζεστε το οξύμωρο οι Παθολόγοι να επέβαλλαν την πιστοποίηση για την χρήση ακουστικών από όλες τις υπόλοιπες κλινικές ειδικότητες όταν πρωτοεμφανίστηκαν αυτές;); Η ιατρική αλλάζει, μεταβάλλεται ο τρόπος άσκησης της και κάθε περιορισμός λειτουργεί εις βάρος της επιστήμης και στο τέλος εις βάρος των ασθενών.

Δ. Η δυνατότητα δημιουργίας Γαστρεντερολογικών ΜΗΝ θα σπρώξει συναδέλφους σε συνεργατικά σχήματα (κόστη λειτουργικά και εξοπλισμού το επιβάλλουν) με απεγκλωβισμό από τις Ιδιωτικές κλινικές και «Ιατρικά κέντρα» μεγάλων Ομίλων επ' ωφελεία γιατρών και ασθενών.

Από όσο όμως μπορώ να γνωρίζω, όλα τα παραπάνω είναι στην ατζέντα του Δ.Σ της ΕΠΕΓΕ και γνωρίζω επίσης ότι πρόθεσή του δεν είναι όλα αυτά να μείνουν αγαθές προθέσεις, αλλά οργανωμένα, συντεταγμένα, με τεκμηρίωση και σε στενή συνεργασία με την ΕΓΕ, να διεκδικηθούν ώστε να έχουν αποτέλεσμα.

Αν αύριο σε καλούσε το Υπουργείο Υγείας για να καταθέσεις δύο προτάσεις βελτίωσης του επαγγελματικού μας βίου σε σχέση με την άσκηση της Ιατρικής και της Γαστρεντερολογίας τι θα πρότεινες;

Αν αύριο μπορούσα να έχω ένα Υπουργό Υγείας που θέλει να ακούσει, θα τον έπειθα να θεσμοθετήσει ως σύμβουλό του τα Δ.Σ της κάθε Επιστημονικής Εταιρείας που εκπροσωπεί κάθε ειδικότητα, για τα θέματα που τις αφορούν. Η θεσμοθετημένη σχέση θα υποστηρίξει όποια προσπάθεια καταβάλει ο εκάστοτε Υπουργός για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, θα προάγει την επιστημονική και όχι την συντεχνιακή επίλυση ζητημάτων που αφορούν στην εξέλιξη της κάθε ειδικότητας. Η Ιατρική αλλάζει, το νομοθετικό πλαίσιο που ορίζει την άσκηση της καθορίζεται συχνά από αναχρονιστικά νομοθετήματα και συντεχνιακές επιβολές καταστάσεων, που διασφαλίζουν περισσότερο οικονομικά συμφέροντα ομάδων, αλλά βάζουν φραγμούς στην επιστημονική εξέλιξη και την εφαρμογή της. Αρκεί να θυμηθούμε στο πρόσφατο παρελθόν τις αντιρρήσεις συντεχνιακού χαρακτήρα που απαιτούσαν να μην μας δοθεί το δικαίωμα στην καταστολή, τις ρυθμίσεις για τις ΜΗΝ που βάζουν περιορισμούς σε αυτές στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη, αλλά και σε αυτό που θα βρούμε μπροστά μας στην προσπάθεια ένταξης του αντικείμενου των Υπερήχων στην εκπαίδευσή μας. Η θεσμοθέτηση λοιπόν του ρόλου της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας θα ξεκλειδώσει αυτόματα και την δυνατότητα παρέμβασης της κοινότητάς μας στην κατεύθυνση βελτίωσης της άσκησης της Γαστρεντερολογίας. Κανείς άλλος δεν γνωρίζει καλύτερα τις ανάγκες της κάθε επιστημονικής κοινότητας και τις ανάγκες των ασθενών στους οποίους απευθύνεται η κάθε ειδικότητα. Τίποτε από τα παραπάνω δεν θα ακυρώσει τον ρόλο του ΚΕΣΥ, που θα μπορούσε να αναλάβει έναν ευρύτερο και ουσιαστικότερο ρόλο, αυτόν του σχεδιασμού πολιτικών υγείας, της δημιουργίας του υγειονομικού χάρτη της χώρας, των αναγκών δομικών αλλαγών που απαιτούνται για την εξέλιξη των συστημάτων υγείας (δημόσιων και ιδιωτικών) κλπ.



Μετά από όλο αυτό τον καταγισμό νομίζω ότι ήρθε η ώρα να μας μιλήσεις λίγο για τον Χάρη εκτός Ιατρικής.

Ο Χάρης μέσα και έξω από την ιατρική είναι ο Χάρης του ενεργού πολίτη. Στον πολιτισμό με την δημιουργία και ενεργό συμμετοχή σε πολιτιστικούς και μη συλλόγους. Ιδρυτής και διαχειριστής για αρκετά χρόνια της μεγαλύτερης Τράπεζας Αίματος του Νομού, ουσιαστική βοήθεια στην δημιουργία ομάδων εθελοντών αιμοδοτών σε χωριά του Νομού Σερρών, για πολλά έτη και μέχρι σήμερα αρωγός στις δράσεις του τμήματος Αγωγής Υγείας της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Σερρών, με εκατοντάδες ομιλίες σε ομάδες μαθητών Γυμνασίων και Λυκείων σε όλο τον Νομό, αλλά και υποστήριξης ομάδων εργασίας σχετικών με την Αγωγή Υγείας. Την ίδια περίοδο έντονη ενασχόληση και δράση στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, πρόεδρος στην γενέτειρά μου τα Καλά Δένδρα Σερρών, δύο θτείες Νομαρχιακός Σύμβουλος, στη μία εκ των οποίων ως υποψήφιος Νομάρχης Σερρών. Αντιπρόεδρος του Νομαρχιακού Κέντρου Καταπολέμησης Κουνουπιών Σερρών με πλούσια δράση και εντυπωσιακά αποτελέσματα, 4 φορές υποψήφιος βουλευτής. Ταυτόχρονα με ενεργό συμμετοχή σε πολλές δράσεις ομάδων και συλλογικοτήτων σε θέματα πολιτισμού, περιβάλλοντος και εντέλει ποιότητας ζωής. Αυτό που θα έλεγα ότι με χαρακτηρίζει σαν άνθρωπο είναι η ανάγκη συμμετοχής και δράσης σε κάθε τι που καθορίζει την ζωή μας. Πιστεύω πως ως κοινωνία είμαστε μια αλυσίδα πολλών μικρών κρίκων που ο καθένας πρέπει να δράσει για το κοινό καλό κάνοντας το καθήκον του.

Πες μας δύο τρεις λόγους για να μας πείσεις να επισκεφτούμε την αγαπημένη σου περιοχή των Σερρών.

Οι Σέρρες. Τόπος αγαπημένος, ευλογημένος και ταυτόχρονα αδικημένος από τους ίδιους τους πολίτες του, το τοπικό πολιτικό προσωπικό αλλά και την κεντρική εξουσία. Ανεπάρκειες, ανικανότητες, ιδιοτέλειες αλλά και πολιτικές που πνίγουν κάθε πιθανότητα να σταματήσει

η συρρίκνωση και ο μαρasmus της περιφέρειας. Από 210.000 κατοίκους πριν 20 χρόνια είμαστε στις 150.000 και η προοπτική δυστυχώς είναι στο 2050 να είμαστε λιγότεροι από 100.000. Αυτά όμως είναι κοινά με όλη την Ελληνική περιφέρεια. Οικονομικά άρα και πληθυσμιακά ο τόπος συρρικνώνεται, κάτι που με θλίβει αλλά και με θυμώνει γιατί σταθήκαμε κατώτεροι των περιστάσεων.

Είμαστε από τους ελάχιστους τόπους με τόσους υδάτινους πόρους και σημαντικές εύφορες, αρδευόμενες στο μεγαλύτερο μέρος τους εκτάσεις. Με το ανεκμετάλλευτο ίσως μεγαλύτερο γεωθερμικό πεδίο στη χώρα. Το φυσικό περιβάλλον που διαμορφώνουν οι ορεινοί όγκοι που τον οριοθετούν. Τα κυριότερα βουνά που ορίζουν τη λεκάνη του Στρυμόνα είναι το **Μενοίκιο όρος** (υψόμετρο 1.963 μ.), το **Όρη Βροντούς** με ψηλότερη κορυφή τον Αλή Μπαμπά στα 1.850 μ. και τον Λαϊλιά, το **Όρος Μπέλλες** (Κερκίνη) στα σύνορα με τη Βουλγαρία, το **Παγγαίο**, τα **Κρούσια**, τα **Κερδύλια** και ο **Βερτίσκος**. Το φανταστικό και σπάνιο οικοσύστημα της **Λίμνης Κερκίνης**. Το **σπήλαιο της Αλιστράτης** ένα από τα **μεγαλύτερα, ομορφότερα και πιο επιβλητικά σπήλαια** της Ελλάδας αλλά και ολόκληρης της Ευρώπης. Τα Βυζαντινά Μοναστήρια, τα Ιαματικά Λουτρά Αγκίστρου στα σύνορα με την Βουλγαρία. Οι ιστορικές διαδρομές των Οχυρών του Ρούπελ και όχι μόνο.

Είμαστε λοιπόν ένας ελκυστικός τόπος για επισκέψεις και ολιγοήμερες διακοπές, κάτι που μαρτυρούν οι φίλοι που μας επισκέπτονται και φεύγουν με καλές εντυπώσεις και κριτικές.

Στο σημείο αυτό θέλω να κάνεις αναφορά στις ΜΗΝ (πλεονεκτήματα, φόβοι κλπ) και στην σύλληψη της Μεγάλης Ιδέας ... της Γαστρεντερολογικής Διάγνωσης Σερρών.

Για την ανάγκη να δημιουργηθούν Γαστρεντερολογικές Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (ΜΗΝ) έχω μιλήσει συχνά στα συνέδριά μας και έχω αναφερθεί αναλυτικά και ολοκληρωμένα στο τελευταίο Πανελλήνιο Συνέδριο της ΕΠΕΓΕ του 2025 και αυτή η ομιλία μου έχει



Πρόσωπο με πρόσωπο

ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ

δημοσιευτεί σε προηγούμενο τεύχος του περιοδικού ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ (https://www.epege.gr/wp-content/uploads/2026/01/Endoskopiseis_2025_3.pdf). Η δυνατότητα δημιουργίας ΜΗΝ θα λειτουργήσει θετικά, δίνοντας την δυνατότητα σε όσους το επιθυμούν να συνεργαστούν σε αυτή την κατεύθυνση, ενώ όσοι το επιθυμούν θα συνεχίσουν την άσκηση της ειδικότητας στο ιδιωτικό ιατρείο τους, όπως έκαναν μέχρι σήμερα.

Τι περιμένουμε:

Για τον Γαστρεντερολόγο: **Μείωση κόστους εξοπλισμού, πρόσβαση σε τεχνολογία αιχμής, διεύρυνση ιατρικών πράξεων.**

Για τον ασθενή: **Ασφάλεια και εξειδίκευση:** Παροχή οργανωμένης ιατρικής φροντίδας με πλήρη υποστήριξη (π.χ. για την καταστολή στην ενδοσκόπηση) σε ένα απόλυτα ελεγχόμενο περιβάλλον. **Νοσηλεία χωρίς διανυκτέρευση. Ταχύτερη ανάρρωση.**

Για το Σύστημα Υγείας: **Αποσυμφόρηση Νοσοκομείων και μείωση του κόστους.**

Το ιδιωτικό ιατρείο κινδυνεύει από την δική μας απραξία και όχι από την ίδρυση και λειτουργία ΜΗΝ.

Η ιδέα της Γαστρεντερολογικής Διάγνωσης Σερρών υπήρξε το ώριμο αποτέλεσμα της αντίληψής μας, ότι περισσότεροι μαζί μπορούμε να κάνουμε περισσότερα και καλύτερα πράγματα, μειώνοντας ταυτόχρονα τα έξοδά μας.

Την ίδια στιγμή οι σπουδές στην Ιατρική στην Ελλάδα, η ειδικότητα στην Γερμανία και η επιθυμία των παιδιών μου Γιώργου και Θεόδωρου να επιστρέψουν στην πατρίδα, έφερε τα υπόλοιπα. Μοιρασθήκαμε την ίδια αντίληψη της άσκησης της Γαστρεντερολογίας ως ένα πολυδύναμο οργανισμό με υποδομή που να εξυπηρετεί τις ανάγκες των ασθενών και τις δικές μας στο σήμερα αλλά και στο αύριο.

Τα ποιοτικά standard τέθηκαν αρχικά από τους «Γερμανούς». Αποφάσισα να αφήσω λοιπόν πίσω τις δικές

μου «σκουριές» και να προσπαθήσω να ακούσω, να πειστώ και να ακολουθήσω τα “By the Book” τους, θέτοντας όμως ζητήματα προσαρμογής των στην επαρχιακή Ελληνική πραγματικότητα που γνώριζα καλά.

Δημιουργήσαμε λοιπόν έτσι μια «καλοκουρδισμένη μηχανή». Δύο μεγάλες, με σύγχρονο εξοπλισμό ενδοσκοπικές αίθουσες με εργονομία και άριστη αισθητική, που κάνουν ασθενείς και εργαζόμενους σε αυτές να νιώθουμε εξαιρετικά. Αίθουσα ανάνηψης ενδιάμεσα με τρεις κλίνες, εξοπλισμένες με μόνιτορ και κεντρικές παροχές αερίων, όπως άλλωστε και οι ενδοσκοπικές αίθουσες. Αίθουσα Υπερήχων, γραφεία και εξεταστήρια. Υποδοχή και αίθουσα αναμονής ευρύχωρη και με εξαιρετική αισθητική. Αίθουσα εκδηλώσεων 70 ατόμων, αποδυτήρια, σαλόνι κουζίνα, ντους και χώροι υγιεινής για το προσωπικό και τους επισκέπτες. Πλυντήριο, στεγνωτήριο που εξυπηρετεί τις ανάγκες φροντίδας του ρουχισμού του προσωπικού. Μηδενικά αρχιτεκτονικά εμπόδια, τουαλέτες ΑΜΕΑ και θέσεις πάρκινγκ.

Όμως πιστεύουμε ότι το ανθρώπινο δυναμικό των εργαζομένων κάνει την διαφορά. Η δική μας ιδέα να δημιουργήσουμε μια υψηλών προδιαγραφών υποδομή υγείας στην πόλη μας, έφερε κοντά μας φίλους - συναδέλφους του Γιώργου και Θεόδωρου, κυρίως από την Γερμανία, με συνέπεια σήμερα να είμαστε μια ομάδα 11 γιατρών. Η Γαστρεντερολογική Διάγνωση με 3 Γαστρεντερολόγους και Αναισθησιολόγο, Παιδογαστρεντερολόγο, Παιδοχειρουργό, 2 γενικούς χειρουργούς με επιμέρους εξειδικεύσεις, Πνευμονολόγο, Ρευματολόγο και Ουρολόγο. Στο αμέσως δε επόμενο διάστημα ενσωματώνονται στην ομάδα ως επισκέπτες Αγγειοχειρουργός και Πλαστικός χειρουργός.

Σήμερα κοιτάζοντας προς τα πίσω δεν πιστεύω και ο ίδιος στα μάτια μου γι' αυτό που καταφέραμε και είναι ο λόγος για τον οποίο εργάζομαι για λίγο ακόμη, απολαμβάνοντας τους καρπούς μιας ζωής μαζί με την φρεσκάδα των νέων συναδέλφων και την εξαιρετική υποδομή που κάθε συνάδελφος θα επιθυμούσε.



Κλείνοντας αυτή την όμορφή και ενδιαφέρουσα κουβέντα μας θέλω να σε ρωτήσω πως βλέπεις το μέλλον της ειδικότητας μας και γενικότερα της Ιατρικής στην εποχή της Τεχνητής Νοημοσύνης.

Η ειδικότητά μας αλλάζει όπως άλλωστε συνολικά και όλη η Ιατρική επιστήμη. Η επεμβατική ενδοσκόπηση άνοιξε νέους ορίζοντες και έθεσε νέα όρια, που και αυτά με την σειρά τους είναι «καταδικασμένα» να καταπίπτουν συνεχώς στα χρόνια που έρχονται. Όμως αυτό είναι η ίδια η φύση της επιστήμης.

Είναι σημαντικό, ειδικά για τους νέους συναδέλφους, που είναι στην αρχή του επαγγελματικού τους βίου, να «καβαλήσουν το κύμα», να κοιτάζουν μπροστά και μακριά, να μην διστάζουν να τολμούν και να κάνουν λάθη. Στις αλλαγές άσκησης της Ιατρικής καταλύτης για το άμεσο μέλλον θα είναι η Τεχνητή Νοημοσύνη (AI), που ήδη εκπλήσσει καθημερινά. Είναι ένα νέο αλφάβητο, μιας νέας γλώσσας που όποιοι την μάθουν και την χρησιμοποιούν θα κινούνται με μεγαλύτερη ταχύτητα. Ο κόσμος αλλάζει πιο γρήγορα από ποτέ και η AI είναι ένα εργαλείο αλλαγών. Όποιος δεν το ενσωματώσει σε διάφορα επίπεδα στην δουλειά του, θα είναι σαν να προσπαθεί να τρέξει με δεμένο το ένα του πόδι.

Η AI -να το κατανοήσουμε- είναι ήδη εδώ, αρέσει δεν αρέσει σε κάποιους και θα επηρεάσει κάθε επάγγελμα και κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα. Κανείς δεν θα χάσει την δουλειά του από την AI, θα την χάσουν όμως από ανθρώπους που θα ξέρουν να την χρησιμοποιούν καλύ-

τερα. Αν κατανοήσουμε τα πιο πάνω μάλλον θα είμαστε πιο ήρεμοι μέσα αλλά και έξω από την επιστήμη μας.

Στους νεότερους κυρίως συναδέλφους κλείνοντας αυτή την συνέντευξη θα έλεγα να μάθουν να μην τα παρατάνε εύκολα, να προσπαθούνε ξανά και ξανά μέχρι να καταφέρουν να πετύχουν αυτό που έχουν για στόχο. Αν μπορώ, χωρίς να φανώ αμετροεπής, εγώ αυτό έκανα και είμαι σήμερα εδώ.

Η ζωή ανταμείβει σχεδόν πάντα αυτόν που άντεξε περισσότερο. Να λέμε καθημερινά τι μπορούμε να κάνουμε καλύτερα, να ψάχνουμε να ανακαλύψουμε νέα πράγματα, γιατί ο κόσμος αλλάζει τόσο γρήγορα που αυτός που θα συνεχίσει να προσπαθεί και να μαθαίνει θα είναι πάντα πιο μπροστά.

Αυτοί που τολμούσαν άνοιξαν τους ορίζοντες στην εξέλιξη των κοινωνιών αλλά και της επιστήμης. Όσοι φοβόντουσαν τις αλλαγές, κατέληξαν να είναι το βάρος της ιστορίας,

Κλείνοντας νιώθω την ανάγκη να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ σε σένα, τον Σπύρο Γούλα, φίλο και συνοδοιπόρο στην μακρά πορεία της ΕΠΕΓΕ, για την μεγάλη και εξαιρετική τιμή που μου κάνεις και την ευκαιρία που μου δίνεις να αποτυπώσω σε αυτή την συνέντευξη, απόψεις και θέσεις μιας μακράς επαγγελματικής πορείας. Να ευχαριστήσω και την διεύθυνση και τη συντακτική επιτροπή του περιοδικού μας που αφιέρωσαν τις πολύτιμες σελίδες του ώστε αυτή να φιλοξενηθεί.

Να είστε όλοι καλά.



Ενδοσκοπικό Θέμα

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑΣ
ΥΨΗΛΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ (HRM) ΚΑΙ ΤΟΥ ENDOFLIP

Αλέξανδρος Ιωάννου, MD, PhD, Γαστρεντερολόγος, Επικ.Επιμελητής Β', ΓΝΑ Αλεξάνδρα

1. Εισαγωγή

Η αχαλασία αποτελεί μία πρωτοπαθή διαταραχή της κινητικότητας του οισοφάγου, η οποία χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή χάλαση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΚΟΣ) κατά την κατάποση και από απώλεια της φυσιολογικής περισταλτικής δραστηριότητας του σώματος του οισοφάγου. Αν και πρόκειται για σχετικά σπάνια νόσο, η έγκαιρη αναγνώριση και η ορθή ταξινόμησή της είναι καθοριστικής σημασίας, καθώς η καθυστέρηση στη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική διάταση του οισοφάγου, επιδείνωση της ποιότητας ζωής και αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών.

Η επίπτωση της αχαλασίας υπολογίζεται σε περίπου 1–3 νέα περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους ετησίως, ενώ ο επιπολασμός της κυμαίνεται μεταξύ 10 και 15 περιπτώσεων ανά 100.000 κατοίκους. Η νόσος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, με υψηλότερη συχνότητα μεταξύ της τέταρτης και έκτης δεκαετίας της ζωής, χωρίς σαφή υπεροχή μεταξύ των δύο φύλων.

Η παθοφυσιολογία της αχαλασίας αποδίδεται κυρίως στην εκφύλιση των ανασταλτικών νευρώνων του μυεντερικού πλέγματος του Auerbach, με αποτέλεσμα τη μειωμένη παραγωγή νευροδιαβιβαστών, όπως το μονοξείδιο του αζώτου (NO) και το αγγειοδραστικό εντερικό πεπτιδίο (VIP). Η διαταραχή αυτή οδηγεί σε αδυναμία φυσιολογικής χάλασης του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα και σε προοδευτική απώλεια της περισταλτικότητας του σώματος του οισοφάγου. Παρότι η ακριβής αιτιολογία παραμένει ασαφής, η σύγχρονη βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η ανάπτυξη της νόσου είναι πολυπαραγοντική, με πιθανή συμβολή γενετικών, ανοσολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Τα τελευταία χρόνια, η διαγνωστική προσέγγιση της αχαλασίας έχει μεταβληθεί σημαντικά. Η εισαγωγή της μανομετρίας υψηλής ανάλυσης (High-Resolution Manometry, HRM) και η καθιέρωση της ταξινόμησης του Σικάγο (Chicago Classification) v4.0 έχουν επιτρέψει την ακριβέστερη διάγνωση και τη καλύτερη φαινοτυπι-

κή ταξινόμηση των διαταραχών της κινητικότητας του οισοφάγου. Παράλληλα, η ανάπτυξη της τεχνολογίας Functional Lumen Imaging Probe (EndoFLIP) έχει προσφέρει νέες δυνατότητες για τη λειτουργική αξιολόγηση της διατασιμότητας της γαστροοισοφαγικής συμβολής, τόσο κατά τη διαγνωστική διερεύνηση όσο και κατά την επιλογή, εφαρμογή και αξιολόγηση της θεραπείας.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της αχαλασίας έχει επίσης εξελιχθεί σημαντικά. Εκτός από τις καθιερωμένες μεθόδους, όπως η αεροδιαστολή με μπαλόνι και η λαπαροσκοπική μυοτομή κατά Heller, η από του στόματος ενδοσκοπική μυοτομή (Peroral Endoscopic Myotomy, POEM) έχει αναδειχθεί ως αποτελεσματική ελάχιστα επεμβατική θεραπευτική επιλογή, ιδίως σε επιλεγμένες ομάδες ασθενών. Η επιλογή της βέλτιστης θεραπευτικής στρατηγικής βασίζεται πλέον όχι μόνο στην κλινική εικόνα, αλλά και στα λειτουργικά χαρακτηριστικά που αναδεικνύονται μέσω της HRM και, τελευταία, του EndoFLIP.

2. Παθοφυσιολογία και σύγχρονες διαγνωστικές τεχνικές

Η καλύτερη κατανόηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών της αχαλασίας οδήγησε στην ανάπτυξη λειτουργικών εξετάσεων που επιτρέπουν όχι μόνο τη διάγνωση αλλά και τη λεπτομερή φαινοτυπική ταξινόμηση της νόσου. Η HRM αποτελεί σήμερα την εξέταση αναφοράς, καθώς παρέχει λεπτομερή αξιολόγηση της κινητικότητας του οισοφάγου και επιτρέπει την ταξινόμηση της αχαλασίας σύμφωνα με την ταξινόμηση του Σικάγο v4.0. Παράλληλα, η τεχνολογία EndoFLIP προσφέρει άμεση εκτίμηση της διατασιμότητας της γαστροοισοφαγικής συμβολής, συμπληρώνοντας τις πληροφορίες της HRM και διευκολύνοντας την εξατομίκευση της θεραπευτικής στρατηγικής. Η συνδυασμένη αξιοποίηση των δύο τεχνικών αντανάκλα τη σύγχρονη αντίληψη ότι η αχαλασία αποτελεί ένα φάσμα λειτουργικών διαταραχών με διαφορετικά παθοφυσιολογικά χαρακτηριστικά και όχι μία ενιαία νοσολογική οντότητα.



3. Κλινική εικόνα και διαγνωστική προσέγγιση

3.1 Κλινική εικόνα

Η αχαλασία εκδηλώνεται συνήθως με προοδευτική δυσφαγία τόσο για στερεές όσο και για υγρές τροφές, η οποία αποτελεί το συχνότερο και πλέον χαρακτηριστικό σύμπτωμα της νόσου. Η δυσφαγία είναι αποτέλεσμα της ανεπαρκούς χάλασης του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα και της απουσίας φυσιολογικής περισταλτικότητας του οισοφαγικού σώματος, οδηγώντας σε στάση της τροφής και των υγρών εντός του οισοφάγου.

Εκτός από τη δυσφαγία, οι ασθενείς εμφανίζουν συχνά αναγωγές άπεπτων τροφών, ιδιαίτερα κατά την κατάκλιση ή αρκετές ώρες μετά τη λήψη γεύματος. Οι νυκτερινές αναγωγές αυξάνουν τον κίνδυνο εισρόφησης, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με χρόνιο βήχα, υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του αναπνευστικού ή επεισόδια πνευμονίας από εισρόφηση.

Το οπισθοστερνικό άλγος αποτελεί επίσης συχνό σύμπτωμα, ιδίως στα αρχικά στάδια της νόσου και στους ασθενείς με αχαλασία τύπου III. Ο πόνος αποδίδεται σε σπαστικές συσπάσεις του οισοφάγου και ενδέχεται να προσομοιάζει ισχαιμικό καρδιακό άλγος, γεγονός που συχνά οδηγεί σε εκτεταμένο καρδιολογικό έλεγχο πριν τεθεί η σωστή διάγνωση.

Η προοδευτική δυσκολία στη σίτιση μπορεί να οδη-

γήσει σε απώλεια σωματικού βάρους και διατροφικές ελλείψεις, ιδιαίτερα όταν η διάγνωση καθυστερεί. Επιπλέον, η χρόνια στάση τροφών προκαλεί διάταση του οισοφάγου, ενώ σε προχωρημένα στάδια μπορεί να αναπτυχθεί σιγμοειδής οισοφάγος (sigmoid esophagus), κατάσταση που δυσχεραίνει τη θεραπευτική αντιμετώπιση και επηρεάζει τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση.

Επίσης, η *δευτεροπαθής αχαλασία* πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση, ιδιαίτερα σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας ή σε περιπτώσεις ταχείας εξέλιξης της δυσφαγίας και σημαντικής απώλειας βάρους. Η συχνότερη αιτία είναι η νεοπλασματική διήθηση της οισοφαγογαστρικής συμβολής (ψευδοαχαλασία), ενώ σε ενδημικές περιοχές σημαντική αιτία αποτελεί και η νόσος Chagas.

3.2 Κλινική αξιολόγηση

Η βαρύτητα των κλινικών συμπτωμάτων εκτιμάται συχνότερα με την *κλίμακα Eckardt*, η οποία αξιολογεί τέσσερις παραμέτρους: δυσφαγία, αναγωγές, οπισθοστερνικό άλγος και απώλεια βάρους. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 12, με τιμές ≤ 3 να θεωρούνται γενικά ενδεικτικές επιτυχούς θεραπευτικού αποτελέσματος (Πίνακας 1). Η κλίμακα χρησιμοποιείται ευρέως τόσο στην αρχική αξιολόγηση όσο και στην παρακολούθηση των ασθενών μετά από ενδοσκοπική αεροδιαστολή με

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Κλίμακα Eckardt για την κλινική αξιολόγηση της αχαλασίας οισοφάγου.

Score	Δυσφαγία	Αναγωγές	Οπισθοστερνικό άλγος	Απώλεια Σωματικού Βάρους (kg)
0	Ποτέ	Ποτέ	Ποτέ	Καθόλου
1	Περιστασιακά	Περιστασιακά	Περιστασιακά	<5
2	Καθημερινά	Καθημερινά	Καθημερινά	5-10
3	Σε κάθε γεύμα	Σε κάθε γεύμα	Σε κάθε γεύμα	>10



Ενδοσκοπικό θέμα

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑΣ
ΥΨΗΛΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ (HRM) ΚΑΙ ΤΟΥ ENDOFLIP

μπαλόνι, λαπαροσκοπική μυοτομή κατά Heller ή από του στόματος ενδοσκοπική μυοτομή (POEM).

3.3 Διαγνωστική προσέγγιση

Η διάγνωση της αχαλασίας βασίζεται στον συνδυασμό της κλινικής υποψίας με εξειδικευμένες λειτουργικές και απεικονιστικές εξετάσεις. Καμία μεμονωμένη εξέταση δεν επαρκεί για την πλήρη αξιολόγηση όλων των ασθενών. Αντίθετα, η σύγχρονη διαγνωστική στρατηγική στηρίζεται στη συμπληρωματική χρήση της ενδοσκόπησης, του βαριούχου οισοφαγογράφηματος, της μανομετρίας υψηλής ανάλυσης (HRM) και, σε επιλεγμένες περιπτώσεις, του EndoFLIP.

3.3.1 Ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού

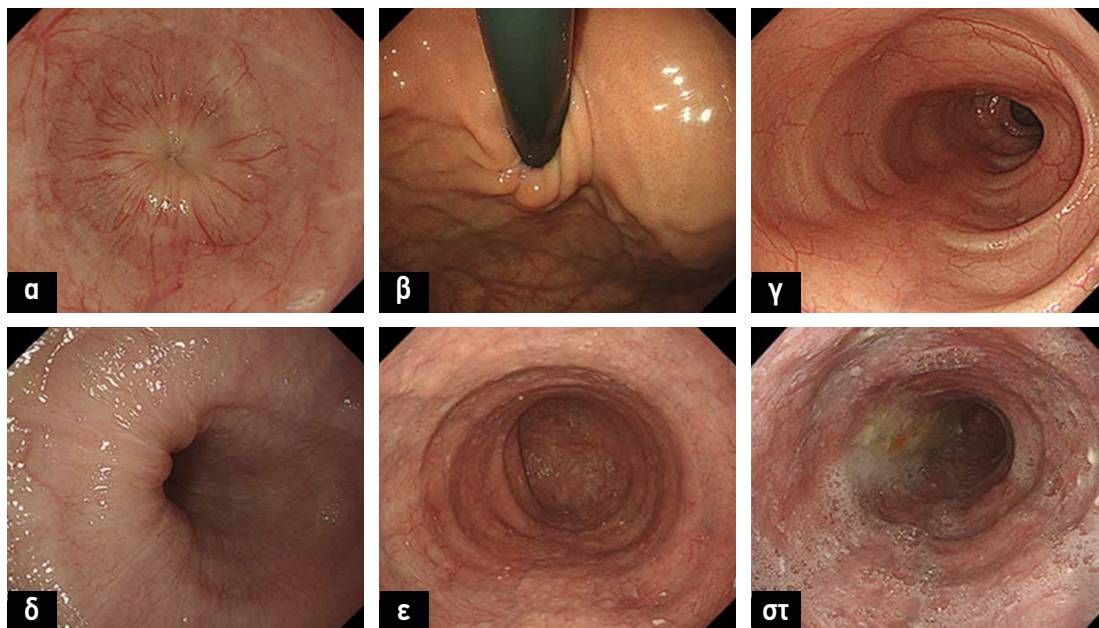
Η ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού αποτελεί συνήθως την πρώτη εξέταση σε ασθενείς με δυσφαγία. Αν και τα ενδοσκοπικά ευρήματα μπορεί να είναι φυσιολογικά στα αρχικά στάδια της νόσου, η εξέταση είναι απαραίτητη

για τον αποκλεισμό μηχανικών αιτιών δυσφαγίας, όπως οι στενώσεις, οι δακτύλιοι, οι οισοφαγικοί υμένες και κυρίως η κακοήθεια της γαστροοισοφαγικής συμβολής.

Σε προχωρημένη αχαλασία είναι δυνατόν να παρατηρηθούν διάταση του οισοφάγου, στάση υγρών ή υπολειμμάτων τροφών, καθώς και αυξημένη αντίσταση κατά τη διέλευση του ενδοσκοπίου από τον κατώτερο οισοφαγικό σφιγκτήρα (Εικόνα 1).

3.3.2 Οισοφαγογράφημα με βάριο

Το οισοφαγογράφημα με βάριο εξακολουθεί να αποτελεί χρήσιμη διαγνωστική εξέταση, ιδιαίτερα για την εκτίμηση της μορφολογίας του οισοφάγου και του βαθμού διάτασής του. Χαρακτηριστικό εύρημα στην αχαλασία οισοφάγου αποτελεί η προοδευτική στένωση της γαστροοισοφαγικής συμβολής με την χαρακτηριστική εικόνα «ράμφους πτηνού» (bird's beak), σε συνδυασμό με διάταση του εγγύς οισοφάγου.



Εικόνα 1. Ενδοσκοπικά ευρήματα στην αχαλασία οισοφάγου α: Λειτουργική στένωση της οισοφαγογαστρικής συμβολής. β: Περιέλιξη της οισοφαγογαστρικής συμβολής. γ: Παθολογική σύσπαση του οισοφαγικού σώματος. δ: Πάχυνση του βλεννογόνου με υπόλευκη χροιά. ε: Διάταση του οισοφαγικού αυλού. στ: Παρουσία υγρού ή/και στερεού υπολείμματος τροφής. (Noh JH et.al 2023).

Το χρονομετρούμενο βαριούχο οισοφαγογράφημα (**Timed Barium Esophagram, TBE**) προσφέρει ποσοτική εκτίμηση της κένωσης του οισοφάγου και χρησιμοποιείται ολοένα και συχνότερα τόσο πριν όσο και μετά τη θεραπεία, επιτρέποντας αντικειμενική αξιολόγηση της λειτουργικής ανταπόκρισης (Εικόνα 2).

3.3.3 Η εξέλιξη της διαγνωστικής προσέγγισης

Παρά τη σημαντική συμβολή της ενδοσκόπησης και του οισοφαγογραφήματος με βάριο, οι εξετάσεις αυτές παρέχουν κυρίως μορφολογικές πληροφορίες και δεν επιτρέπουν την ακριβή λειτουργική αξιολόγηση της γαστροοισοφαγικής συμβολής. Η ανάγκη για λεπτομερέστερη ανάλυση της κινητικότητας του οισοφάγου οδήγησε στην ανάπτυξη της HRM, η οποία αποτελεί σήμερα την εξέταση αναφοράς για τη διάγνωση της αχαλασίας και των υπόλοιπων διαταραχών της κινητικότητας του οισοφάγου.

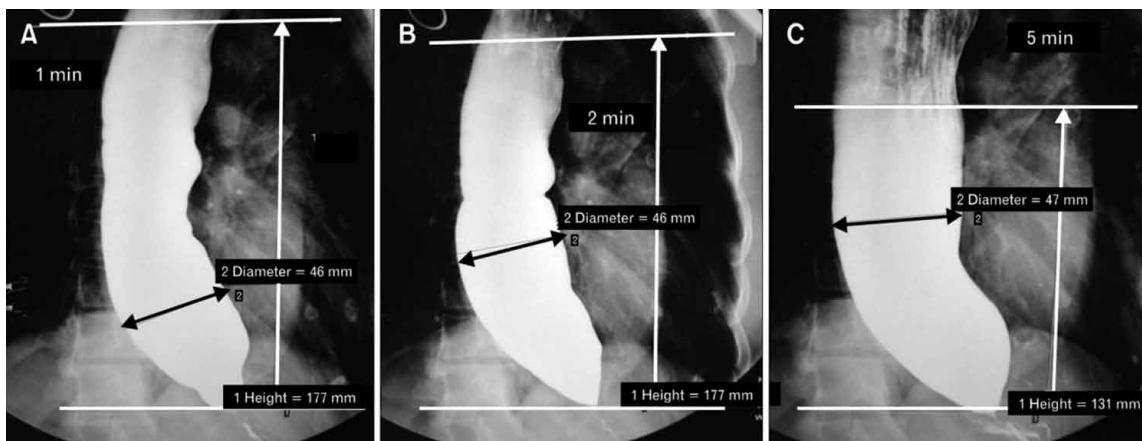
Παράλληλα, η εισαγωγή του EndoFLIP επέκτεινε τις διαθέσιμες διαγνωστικές δυνατότητες, παρέχοντας πληροφορίες σχετικά με τη διατασιμότητα και τη λειτουργική συμπεριφορά της γαστροοισοφαγικής συμβολής που δεν μπορούν να αποτυπωθούν με τη HRM. Η συμπληρωματική αξιοποίηση των δύο τεχνικών αποτελεί σήμερα τη βάση της εξατομικευμένης διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης της αχαλασίας οισοφάγου.

3.3.4 Μανομετρία υψηλής ανάλυσης (High-Resolution Manometry, HRM)

Η μανομετρία οισοφάγου αποτελεί διαχρονικά τη βασική λειτουργική εξέταση για τη διερεύνηση των διαταραχών κινητικότητας του οισοφάγου. Η ανάπτυξη της HRM σηματοδότησε μια ουσιαστική πρόοδο έναντι της συμβατικής μανομετρίας, επιτρέποντας την ταυτόχρονη καταγραφή των πιέσεων σε ολόκληρο το μήκος του οισοφάγου μέσω καθετήρων υψηλής πυκνότητας αισθητήρων.

Σε αντίθεση με τα παλαιότερα συστήματα, τα οποία διέθεταν περιορισμένο αριθμό αισθητήρων σε σχετικά μεγάλες αποστάσεις μεταξύ τους, η HRM χρησιμοποιεί καθετήρες με έως και 36 αισθητήρες πίεσης τοποθετημένους ανά 1 cm. Η τεχνολογία αυτή επιτρέπει τη δημιουργία έγχρωμων τοπογραφικών χαρτών πίεσης (esophageal pressure topography, EPT), οι οποίοι απεικονίζουν σε πραγματικό χρόνο τη λειτουργία του ανώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα, του οισοφαγικού σώματος και της γαστροοισοφαγικής συμβολής (Εικόνα 3).

Η εισαγωγή της HRM δεν βελτίωσε μόνο τη διαγνωστική ακρίβεια, αλλά επέτρεψε και την αναγνώριση διαφορετικών φαινοτύπων αχαλασίας, οι οποίοι εμφανίζουν διαφορετική φυσική πορεία και διαφορετική ανταπόκριση στις διαθέσιμες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

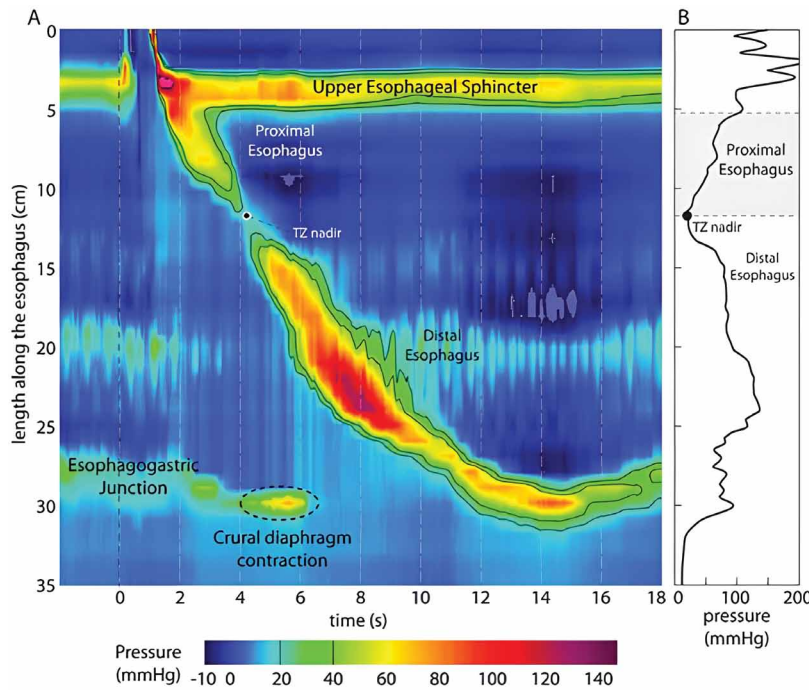


Εικόνα 2. Timed Barium Esophagram (Neyaz Z. et al, 2013).



Ενδοσκοπικό θέμα

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑΣ
ΥΨΗΛΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ (HRM) ΚΑΙ ΤΟΥ ENDOFLIP



Εικόνα 3. Μανομετρία οισοφάγου υψηλής ανάλυσης: φυσιολογική κατάποση (Sharma P. et al, 2022).

Τεχνική της εξέτασης

Η HRM πραγματοποιείται μετά από νηστεία τουλάχιστον έξι ωρών. Ο καθετήρας εισάγεται διαρρινικά και τοποθετείται έτσι ώστε να καταγράφεται ολόκληρος ο οισοφάγος, συμπεριλαμβανομένου του ανώτερου και του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα.

Σύμφωνα με την Chicago Classification v4.0, το βασικό πρωτόκολλο περιλαμβάνει δέκα καταπώσεις 5 mL νερού σε ύπτια θέση, ενώ συνιστάται η συμπλήρωση της εξέτασης με καταπώσεις σε όρθια θέση. Επιπλέον, μπορούν να χρησιμοποιηθούν δοκιμασίες πρόκλησης, όπως οι πολλαπλές ταχείες καταπώσεις (Multiple Rapid Swallows, MRS) και η δοκιμασία ταχείας κατανάλωσης υγρού (Rapid Drink Challenge, RDC), οι οποίες αυξάνουν τη διαγνωστική ευαισθησία σε επιλεγμένες περιπτώσεις και συμβάλλουν στην αποκάλυψη λανθανουσών διαταραχών της οισοφαγικής κινητικότητας.

Η ερμηνεία της HRM βασίζεται σε συγκεκριμένες πο-

σοτικές παραμέτρους, οι οποίες επιτρέπουν αντικειμενική αξιολόγηση της λειτουργίας του οισοφάγου (Πίνακας 2).

α) Integrated Relaxation Pressure (IRP)

Ο δείκτης ολοκληρωμένης πίεσης χάλασης (Integrated Relaxation Pressure, IRP) αποτελεί τον σημαντικότερο δείκτη αξιολόγησης της λειτουργίας του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα. Εκφράζει τη χαμηλότερη μέση πίεση του σφιγκτήρα κατά τα τέσσερα δευτερόλεπτα μέγιστης χάλασης μετά την κατάποση. Αυξημένες τιμές IRP υποδηλώνουν ανεπαρκή χάλαση της οισοφαγογαστρικής συμβολής και αποτελούν βασικό διαγνωστικό κριτήριο της αχαλασίας και της απόφραξης της οισοφαγογαστρικής συμβολής (esophagogastric junction outflow obstruction, EGJOO).

β) Distal Contractile Integral (DCI)

Ο δείκτης DCI ποσοτικοποιεί τη συνολική ισχύ της περισταλτικής σύσπασης του περιφερικού οισοφάγου, λαμβάνοντας υπόψη το εύρος, τη διάρκεια και την ένταση της σύσπασης. Χρησιμοποιείται κυρίως για τη



ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Βασικοί μανομετρικοί δείκτες της HRM και η κλινική τους σημασία.

Δείκτης	Ορισμός	Κλινική σημασία
Integrated Relaxation Pressure (IRP)	Εκφράζει τη μέση ελάχιστη πίεση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα κατά τα 4 sec μέγιστης χάλασης μετά την κατάποση.	Σημαντικότερος δείκτης αξιολόγησης της χάλασης της οισοφαγογαστρικής συμβολής. Αυξημένες τιμές αποτελούν βασικό κριτήριο για τη διάγνωση της αχαλασίας και της EGJOO.
Distal Contractile Integral (DCI)	Ποσοτικοποιεί την ισχύ της περισταλτικής σύσπασης λαμβάνοντας υπόψη το εύρος, τη διάρκεια και την ένταση της σύσπασης.	Χρησιμοποιείται για την αναγνώριση υποκινητικών ή υπερκινητικών διαταραχών του οισοφάγου.
Distal Latency (DL)	Χρόνος από την έναρξη της κατάποσης έως το σημείο επιβράδυνσης του περισταλτικού κύματος.	Μειωμένη τιμή υποδηλώνει πρόωρες συσπάσεις και αποτελεί βασικό διαγνωστικό κριτήριο του διάχυτου οισοφαγικού σπασμού.
Contractile Front Velocity (CFV)	Ταχύτητα διάδοσης του περισταλτικού κύματος	Έχει μικρότερη διαγνωστική σημασία στη Chicago Classification v4.0, αλλά συμβάλλει στην αξιολόγηση της

διάγνωση υπερσυσπαστικών ή αναποτελεσματικών κινητικών διαταραχών.

γ) Distal Latency (DL)

Η περιφερική λανθάνουσα περίοδος (Distal Latency) αξιολογεί τον χρόνο μετάδοσης του περισταλτικού κύματος και επιτρέπει τη διάκριση φυσιολογικής από πρόωρη σύσπαση, αποτελώντας βασικό κριτήριο για τη διάγνωση του διάχυτου οισοφαγικού σπασμού.

δ) Contractile Front Velocity (CFV)

Η ταχύτητα διάδοσης του περισταλτικού κύματος (Contractile Front Velocity) χρησιμοποιούνταν ευρύτερα στις προηγούμενες εκδόσεις της ταξινόμησης του Σικάγο, ενώ στη νεότερη έκδοση έχει μικρότερη διαγνωστική βαρύτητα λόγω της εισαγωγής πιο αξιόπιστων λειτουργικών δεικτών.

Ταξινόμηση του Σικάγο v4.0 (Chicago Classification v4.0)

Η ταξινόμηση του Σικάγο αποτελεί σήμερα το διεθνώς αποδεκτό σύστημα ταξινόμησης των διαταραχών

κινητικότητας του οισοφάγου. Η τέταρτη έκδοση (v4.0) ενσωμάτωσε σημαντικές αλλαγές με στόχο τη βελτίωση της διαγνωστικής ακρίβειας και τη μείωση των ψευδώς θετικών διαγνώσεων (Εικόνα 4).

Σύμφωνα με την ταξινόμηση αυτή, η διάγνωση της αχαλασίας προϋποθέτει αυξημένο IRP σε συνδυασμό με απουσία φυσιολογικού περισταλτισμού. Επιπλέον, η ταξινόμηση του Σικάγο διακρίνει τρεις διαφορετικούς τύπους αχαλασίας, οι οποίοι παρουσιάζουν διαφορετική παθοφυσιολογία, πρόγνωση και θεραπευτική ανταπόκριση (Εικόνα 5).

Τύπος I (κλασική αχαλασία)

Χαρακτηρίζεται από πλήρη απουσία περισταλτισμού και ελάχιστη ή καθόλου πίεση στο σώμα του οισοφάγου. Αντιπροσωπεύει το τελικό στάδιο της νευρωνικής εκφύλισης και συνοδεύεται συχνά από σημαντική διάταση του οισοφάγου.

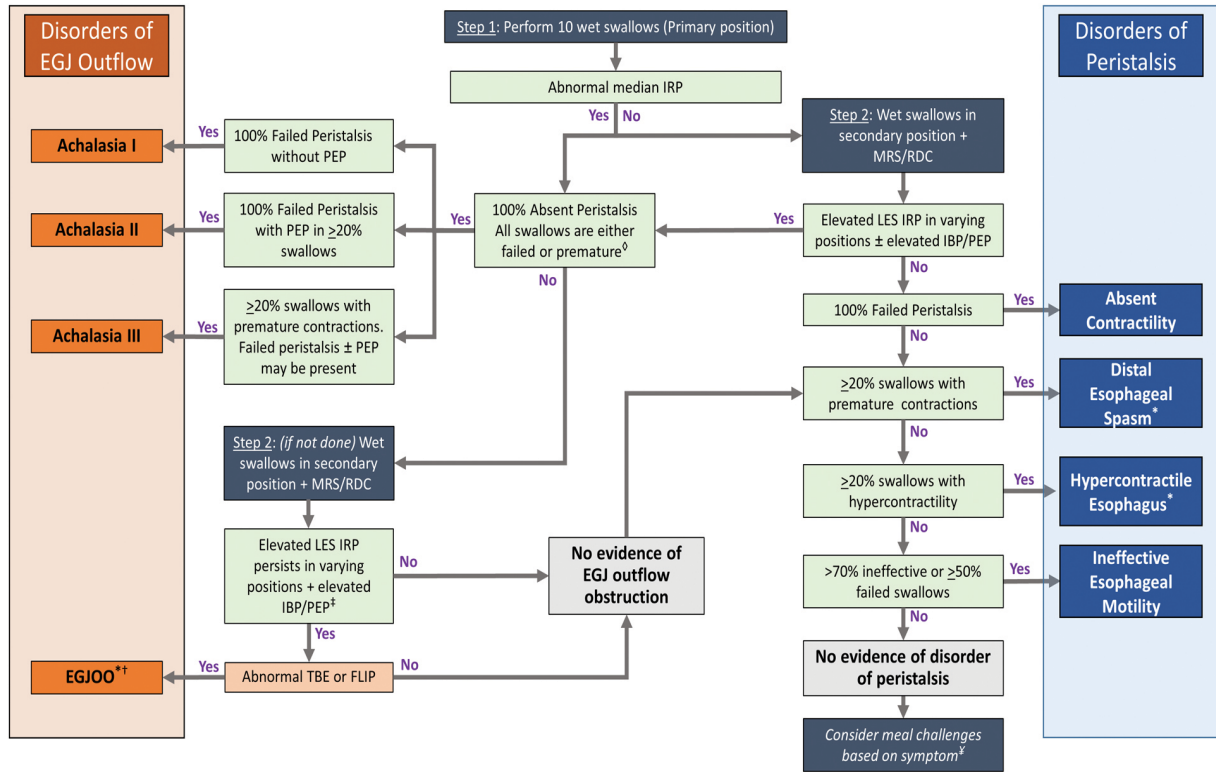
Τύπος II (αχαλασία με παν-οισοφαγική συμπίεση)

Εκτός από την απουσία φυσιολογικού περισταλτισμού,

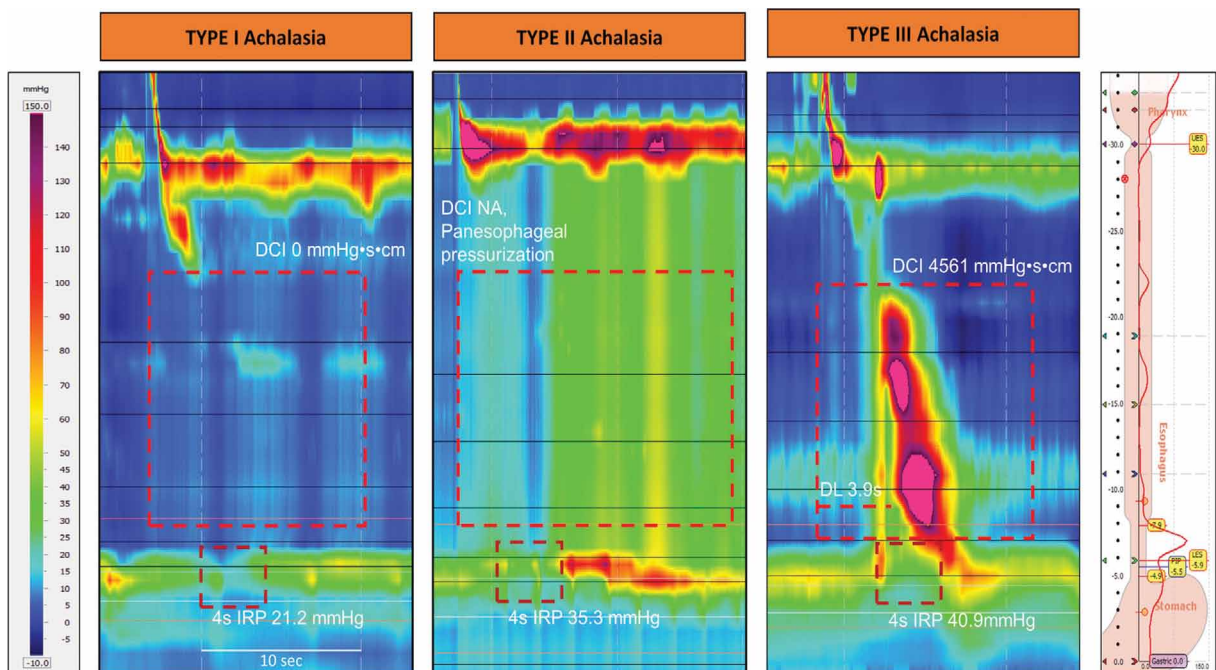


Ενδοσκοπικό θέμα

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑΣ
ΥΨΗΛΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ (HRM) ΚΑΙ ΤΟΥ ENDOFLIP



Εικόνα 4. Ταξινόμηση του Σικάγο (version 4.0) (Khan A. et al, 2021).



Εικόνα 5. Οι 3 τύποι αχалаσίας οισοφάγου, βάσει της ταξινόμησης του Σικάγο (version 4.0) (Sharma P. et al, 2022).



παρατηρείται παν-οισοφαγική πίεση μετά την κατάποση. Ο τύπος αυτός εμφανίζει την καλύτερη ανταπόκριση στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, ανεξάρτητα από τη μέθοδο που επιλέγεται.

Τύπος III (σπαστική αχαλασία)

Χαρακτηρίζεται από πρόωρες ή σπαστικές συσπάσεις του περιφερικού οισοφάγου σε συνδυασμό με ανεπαρκή χάλαση του ΚΟΣ. Οι ασθενείς εμφανίζουν συχνότερα έντονο θωρακικό άλγος και συχνά απαιτούν εκτεταμένη μυοτομή. Για τον λόγο αυτό, η POEM θεωρείται σήμερα η προτιμώμενη θεραπευτική επιλογή στους περισσότερους ασθενείς με αχαλασία τύπου III (Πίνακας 3).

Η κλινική σημασία της HRM

Η HRM δεν αποτελεί πλέον απλώς μία διαγνωστική εξέταση, αλλά το θεμέλιο της εξατομικευμένης αντιμετώπισης της αχαλασίας. Η ακριβής φαινοτυπική ταξινόμηση που προσφέρει επιτρέπει την επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας για κάθε ασθενή, συμβάλλει στην πρόβλεψη της θεραπευτικής ανταπόκρισης και διευκολύνει την αναγνώριση ασθενών με υψηλό κίνδυνο αποτυχίας ή υποτροπής.

Ωστόσο, η HRM αξιολογεί κυρίως τις πιέσεις που αναπτύσσονται στον αυλό του οισοφάγου και δεν παρέχει άμεσες πληροφορίες σχετικά με τη μηχανική διατασιμότητα της γαστροοισοφαγικής συμβολής. Το κενό αυτό καλύπτεται από την τεχνολογία EndoFLIP, η οποία προσφέρει συμπληρωματικές πληροφορίες για τις μηχανικές ιδιότητες του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα και έχει αναδειχθεί σε πολύτιμο εργαλείο τόσο κατά τη διαγνωστική διερεύνηση όσο και κατά την καθοδήγηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

3.3.5 Functional Lumen Imaging Probe (EndoFLIP)

Αρχές λειτουργίας

Η τεχνολογία Functional Lumen Imaging Probe (EndoFLIP) αποτελεί μία από τις σημαντικότερες εξελίξεις στη λειτουργική αξιολόγηση του οισοφάγου κατά την τελευταία δεκαετία. Σε αντίθεση με τη HRM, η οποία καταγράφει τις πιέσεις που αναπτύσσονται κατά μήκος του οισοφάγου, το EndoFLIP αξιολογεί τις μηχανικές ιδιότητες της γαστροοισοφαγικής συμβολής, παρέχοντας πληροφορίες σχετικά με τη διατασιμότητα (distensibility), τη συμμόρφωση (compliance) και τη γεωμετρία του αυ-

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Χαρακτηριστικά των τύπων αχαλασίας σύμφωνα με την ταξινόμηση του Σικάγο v4.0.

Χαρακτηριστικό	Τύπος I	Τύπος II	Τύπος III
Χάλαση ΚΟΣ	Παθολογική	Παθολογική	Παθολογική
Περισταλτισμός	Απουσία	Απουσία	Απουσία φυσιολογικού περισταλτισμού (πρόωρες/σπαστικές συσπάσεις)
Παν-οισοφαγική πίεση	Όχι	Ναι	Όχι
Σπαστικές συσπάσεις	Όχι	Όχι	Ναι
Συχνότερη κλινική εικόνα	Προχωρημένη δυσφαγία, διάταση οισοφάγου	Δυσφαγία με λειτουργική συμπίεση του οισοφάγου	Δυσφαγία και έντονο θωρακικό άλγος
Ανταπόκριση στη θεραπεία	Καλή	Καλύτερη μεταξύ των τριών υποτύπων	Χαμηλότερη, απαιτεί συχνά εκτεταμένη μυοτομή
Προτιμώμενη θεραπεία	Πνευματική διαστολή, Heller ή POEM	Πνευματική διαστολή, Heller ή POEM	POEM ή εκτεταμένη χειρουργική μυοτομή



Ενδοσκοπικό θέμα

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑΣ
ΥΨΗΛΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ (HRM) ΚΑΙ ΤΟΥ ENDOFLIP

λού. Η μέθοδος βασίζεται στην τεχνολογία της ηλεκτρικής εμπεδοσιμετρίας (impedance planimetry). Ένας ειδικός καθετήρας με ενσωματωμένο αεροθάλαμο τοποθετείται διαστοματικά κατά τη διάρκεια ενδοσκόπησης ή υπό γενική αναισθησία. Μετά την πλήρωση του αεροθαλάμου με προκαθορισμένο όγκο αγωγίμου διαλύματος, πραγματοποιείται συνεχής μέτρηση της ηλεκτρικής εμπίδησης, από την οποία υπολογίζονται το εμβαδόν διατομής (cross-sectional area, CSA) και η διάμετρος του αυλού σε πολλαπλά σημεία. Παράλληλα καταγράφεται η πίεση εντός του αεροθαλάμου, επιτρέποντας τον υπολογισμό της διατασιμότητας της γαστροοισοφαγικής συμβολής (Εικόνα 6).

Δείκτης Διατασιμότητας (Distensibility Index)

Ο σημαντικότερος λειτουργικός δείκτης του EndoFLIP είναι ο Δείκτης Διατασιμότητας (Distensibility Index, DI), ο οποίος εκφράζει τη σχέση μεταξύ του ελάχιστου εμβαδού διατομής της γαστροοισοφαγικής συμβολής και της αντίστοιχης πίεσης εντός του αεροθαλάμου (mm^2/mmHg).

Ο DI αντικατοπτρίζει τη μηχανική ικανότητα διάνοιξης της γαστροοισοφαγικής συμβολής. Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν αυξημένη δυσκαμψία και ανεπαρκή χάλαση του ΚΟΣ, χαρακτηριστικό εύρημα στην αχαλασία οισοφάγου. Αντίθετα, μετά από επιτυχή θεραπεία

παρατηρείται συνήθως αύξηση του δείκτη, γεγονός που αντανακλά βελτίωση της λειτουργικής βατότητας της γαστροοισοφαγικής συμβολής.

Παρότι έχουν προταθεί ενδεικτικά φυσιολογικά όρια, οι τιμές του DI επηρεάζονται από τον τύπο του καθετήρα, τον όγκο πλήρωσης του αεροθαλάμου και τα τεχνικά χαρακτηριστικά της εξέτασης. Επομένως, η ερμηνεία των αποτελεσμάτων πρέπει πάντοτε να γίνεται στο κατάλληλο κλινικό πλαίσιο και σε συνδυασμό με τα ευρήματα της HRM και της ενδοσκόπησης.

FLIP Panometry

Η ανάπτυξη της FLIP Panometry επέκτεινε σημαντικά τις δυνατότητες του EndoFLIP. Εκτός από τη στατική αξιολόγηση της διατασιμότητας, η τεχνική αυτή επιτρέπει τη δυναμική καταγραφή των συσπάσεων του οισοφαγικού σώματος κατά τη βαθμιαία διάταση του αυλού (Εικόνα 7).

Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατή η αναγνώριση διαφορετικών προτύπων συσταλτικότητας, όπως επαναλαμβανόμενες προωθητικές ή οπισθοδρομικές συσπάσεις, καθώς και η εκτίμηση της λειτουργικής συμπεριφοράς του οισοφάγου ακόμη και σε ασθενείς στους οποίους

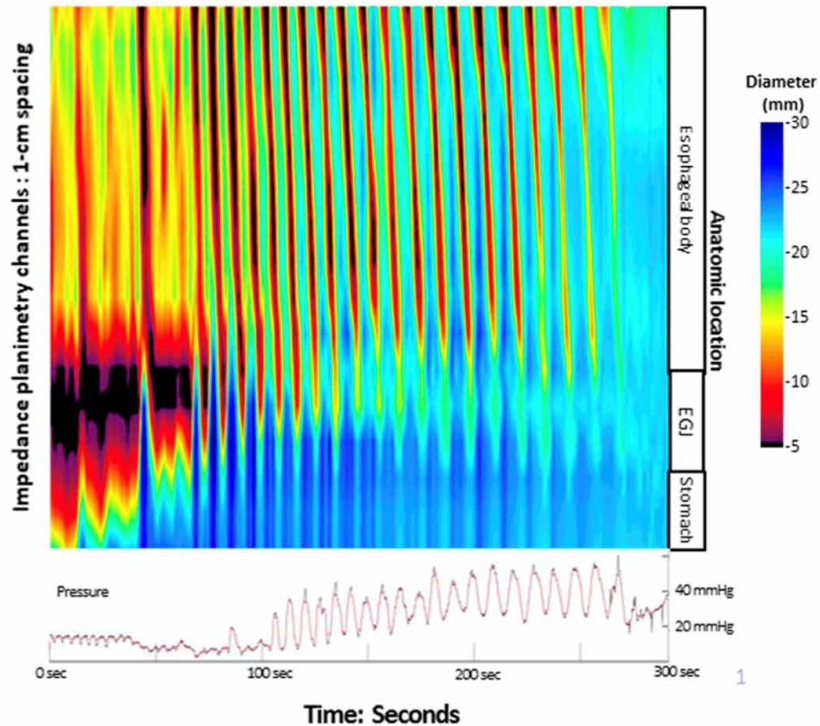


Εικόνα 6 Φυσιολογική και μη φυσιολογική διατασιμότητα της γαστροοισοφαγικής συμβολής σε εξέταση Endoflip (Flip 1.0) (Savarino E. et al, 2020).

Ενδοσκοπικό θέμα



ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑΣ ΥΨΗΛΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ (HRM) ΚΑΙ ΤΟΥ ENDOFLIP



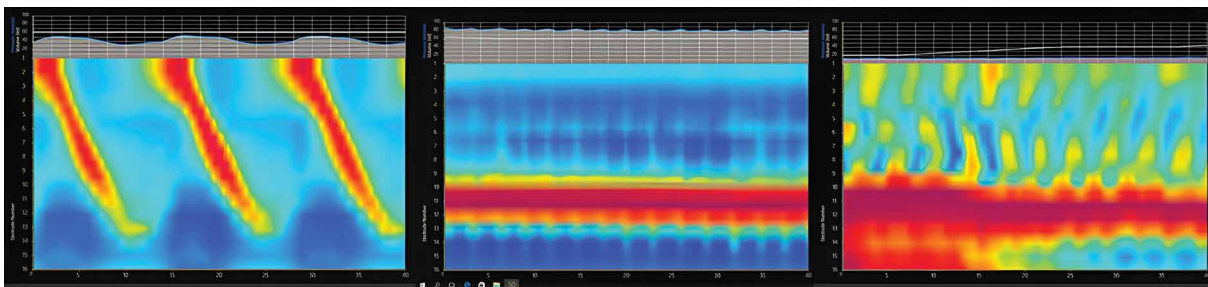
Εικόνα 7. Ο λειτουργικός καθετήρας (Flip 2.0) χρησιμοποιεί τοπογραφία FLIP για να παρέχει μια χωροχρονική αναπαράσταση των αλλαγών διαμέτρου που αντιπροσωπεύουν συστολή και διάταση του οισοφαγικού αυλού (Savarino E. et al, 2020).

η HRM δεν είναι εφικτή ή τα ευρήματα είναι αμφίβολα (Εικόνα 8). Η FLIP Panometry αποτελεί ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο στη διερεύνηση διαταραχών της κινητικότητας με ασαφή μανομετρικά ευρήματα.

Κλινικές εφαρμογές του EndoFLIP

Η σημαντικότερη ένδειξη του EndoFLIP είναι η συ-

μπληρωματική αξιολόγηση ασθενών με υποψία αχαλασίας ή άλλης διαταραχής της γαστροοισοφαγικής συμβολής. Σε περιπτώσεις όπου η HRM δεν είναι διαγνωστική ή παρουσιάζει οριακά ευρήματα, το EndoFLIP μπορεί να επιβεβαιώσει την ύπαρξη λειτουργικής απόφραξης, αναδεικνύοντας μειωμένη διατασιμότητα της γαστροοισοφαγικής συμβολής.



Εικόνα 8. Πρότυπα συσταλτικότητας του οισοφαγικού σώματος με χρήση Endoflip (Flip 2.0) (α) Φυσιολογικό πρότυπο συσταλτικότητας με επαναλαμβανόμενες ορθόδρομες συσπάσεις. (β) Απουσία συσταλτικότητας του οισοφαγικού σώματος στην αχαλασία. (γ) Επαναλαμβανόμενες ορθόδρομες και επαναλαμβανόμενες ανάδρομες συσπάσεις σε λειτουργική απόφραξη της γαστροοισοφαγικής συμβολής. (Savarino E. et al, 2020).



Ενδοσκοπικό θέμα

**ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑΣ
ΥΨΗΛΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ (HRM) ΚΑΙ ΤΟΥ ENDOFLIP**

Ιδιαίτερη σημασία έχει η συμβολή του στην αξιολόγηση της απόφραξης της οισοφαγογαστρικής συμβολής (Esophagogastric Junction Outflow Obstruction, EGJOO), όπου η μειωμένη διατασιμότητα μπορεί να υποστηρίξει τη διάγνωση και να συμβάλει στη διάκριση κλινικά σημαντικών από παροδικές ή ψευδώς θετικές μανομετρικές διαταραχές.

Επιπλέον, το EndoFLIP χρησιμοποιείται ολοένα συχνότερα κατά τη διάρκεια επεμβάσεων, όπως η λαπαροσκοπική μυοτομή κατά Heller και η από του στόματος ενδοσκοπική μυοτομή (POEM). Η άμεση μέτρηση της διατασιμότητας της οισοφαγογαστρικής συμβολής επιτρέπει την αξιολόγηση της επάρκειας της μυοτομής και μπορεί να συμβάλει στη βελτιστοποίηση του χειρουργικού ή ενδοσκοπικού αποτελέσματος, αποφεύγοντας τόσο την ανεπαρκή όσο και την υπερβολική διατομή των μυϊκών ινών.

Τέλος, στη μετεγχειρητική παρακολούθηση, η μέθοδος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση ασθενών με εμμένουσα ή υποτροπιάζουσα δυσφαγία, βοηθώντας στη διάκριση μεταξύ υπολειπόμενης λειτουργικής απόφραξης και άλλων αιτιών αποτυχίας της θεραπείας.

Παρά τα σημαντικά πλεονεκτήματά του, το EndoFLIP δεν αντικαθιστά τη μανομετρία υψηλής ανάλυσης. Η HRM εξακολουθεί να αποτελεί την εξέταση αναφοράς για τη διάγνωση και την ταξινόμηση της αχαλασίας σύμφωνα με την ταξινόμηση του Σικάγο v4.0.

Επιπλέον, δεν έχουν ακόμη καθοριστεί πλήρως αποδεκτά φυσιολογικά όρια για όλες τις παραμέτρους της εξέτασης, ενώ οι μετρήσεις επηρεάζονται από τις τεχνικές συνθήκες, τον όγκο διάτασης του αεροθαλάμου και τη χρήση αναισθητικών παραγόντων. Η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού και το αυξημένο κόστος αποτελούν επίσης περιοριστικούς παράγοντες για την ευρεία εφαρμογή της μεθόδου.

3.3.6 Πότε χρησιμοποιούμε την κάθε μέθοδο σε ασθενή με αχαλασία οισοφάγου

Στη μεγάλη πλειονότητα των ασθενών με τυπική

αχαλασία, η HRM αποτελεί την εξέταση αναφοράς και επαρκεί για τη διάγνωση και την ταξινόμηση της νόσου. Η αναγνώριση του υποτύπου της αχαλασίας έχει άμεση θεραπευτική σημασία, καθώς επηρεάζει την επιλογή μεταξύ πνευματικής διαστολής, λαπαροσκοπικής μυοτομής κατά Heller και POEM. Επιπλέον, η HRM είναι απαραίτητη για τη διάγνωση άλλων πρωτοπαθών διαταραχών κινητικότητας, όπως ο διάχυτος οισοφαγικός σπασμός, ο υπερσυσταλτικός (παλαιός «jackhammer») οισοφάγος και η αναποτελεσματική οισοφαγική κινητικότητα (Ineffective Esophageal Motility, IEM).

Το EndoFLIP αποκτά ιδιαίτερη σημασία όταν τα ευρήματα της HRM δεν συμβαδίζουν με την κλινική εικόνα ή όταν η μανομετρική εξέταση δεν μπορεί να ολοκληρωθεί ή είναι τεχνικά ανεπαρκής. Η μέθοδος είναι ιδιαίτερα χρήσιμη:

- σε ασθενείς με υποψία απόφραξης της οισοφαγογαστρικής συμβολής (EGJOO),
- σε περιπτώσεις αμφίβολων ή οριακών μανομετρικών ευρημάτων,
- κατά τη διερεύνηση επίμονης δυσφαγίας μετά από θεραπεία,
- κατά τη διάρκεια της POEM ή της μυοτομής κατά Heller για την εκτίμηση της επάρκειας της μυοτομής,
- στην αξιολόγηση ασθενών που δεν μπορούν να ανεχθούν τη μανομετρία.

Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις το EndoFLIP δεν αντικαθιστά την HRM, αλλά λειτουργεί ως συμπληρωματικό εργαλείο που ενισχύει τη διαγνωστική βεβαιότητα.

4. Η συμβολή στη θεραπευτική στρατηγική

Η εξατομίκευση της θεραπείας αποτελεί μία από τις σημαντικότερες εξελίξεις στη διαχείριση της αχαλασίας. Η HRM καθορίζει τον λειτουργικό φαινότυπο της νόσου, ενώ το EndoFLIP μπορεί να εκτιμήσει τη μηχανική επάρκεια της οισοφαγογαστρικής συμβολής πριν και μετά τη θεραπευτική παρέμβαση.

Ειδικά κατά τη διάρκεια της POEM ή της λαπαρο-



σκοπικής μυοτομής κατά Heller, η άμεση αύξηση του Distensibility Index μετά τη μυοτομή συσχετίζεται με αποτελεσματικότερη αποσυμπίεση της γαστροοισοφαγικής συμβολής και καλύτερα λειτουργικά αποτελέσματα. Αντίθετα, πολύ υψηλές τιμές ενδέχεται να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο μετεγχειρητικής γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, γεγονός που καθιστά το EndoFLIP χρήσιμο και ως εργαλείο ενδοεγχειρητικής καθοδήγησης.

5. Σύγχρονος διαγνωστικός και θεραπευτικός αλγόριθμος της αχαλασίας

Σήμερα, η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας δεν βασίζεται αποκλειστικά στην παρουσία αχαλασίας, αλλά στον υποτύπο της νόσου, στα χαρακτηριστικά του ασθενούς και στα λειτουργικά δεδομένα που προκύπτουν από τον συνδυασμό των διαθέσιμων διαγνωστικών εξετάσεων.

5.1 Αρχική διαγνωστική διερεύνηση

Η διαγνωστική προσέγγιση αρχίζει σε κάθε ασθενή με προοδευτική δυσφαγία για στερεά και υγρά, αναγωγές ή ανεξήγητο θωρακικό άλγος. Η ανώτερη πεπτική ενδοσκόπηση αποτελεί την πρώτη εξέταση, με κύριο στόχο τον αποκλεισμό οργανικών αιτιών δυσφαγίας, όπως κακοήθεια της οισοφαγογαστρικής συμβολής, πεπτικές στενώσεις ή ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα.

Το οισοφαγογράφημα, και ιδιαίτερα το TBE, παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τη μορφολογία του οισοφάγου, τον βαθμό διάτασης και την αποτελεσματικότητα της οισοφαγικής κένωσης. Αν και δεν επιβεβαιώνει από μόνη της τη διάγνωση, συμπληρώνει ουσιαστικά τη λειτουργική αξιολόγηση.

Η HRM αποτελεί το καθοριστικό βήμα της διαγνωστικής διερεύνησης και παραμένει η εξέταση αναφοράς για την επιβεβαίωση της διάγνωσης και την ταξινόμηση της αχαλασίας σύμφωνα με την ταξινόμηση του Σικάγο v4.0.

Το EndoFLIP δεν χρησιμοποιείται ως εξέταση πρώτης γραμμής, αλλά ενσωματώνεται στον διαγνωστικό αλ-

γόριθμο όταν απαιτείται συμπληρωματική λειτουργική αξιολόγηση της οισοφαγογαστρικής συμβολής.

Η μέθοδος έχει ιδιαίτερη αξία στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- αμφίβολα ή μη διαγνωστικά ευρήματα στη HRM,
- υποψία απόφραξης της οισοφαγογαστρικής συμβολής (EGJOO),
- επίμονη δυσφαγία μετά από θεραπευτική παρέμβαση,
- ενδοεγχειρητική αξιολόγηση κατά τη διάρκεια POEM ή μυοτομής κατά Heller,
- ασθενείς που δεν μπορούν να ολοκληρώσουν επιτυχώς τη μανομετρία.

Στις περιπτώσεις αυτές, η εκτίμηση της διατασιμότητας της οισοφαγογαστρικής συμβολής και η FLIP Panometry μπορούν να ενισχύσουν τη διαγνωστική βεβαιότητα και να επηρεάσουν τη θεραπευτική στρατηγική.

5.2 Επιλογή θεραπείας

Η θεραπεία της αχαλασίας στοχεύει στη μείωση της αντίστασης της γαστροοισοφαγικής συμβολής και στη διευκόλυνση της διέλευσης της τροφής προς το στομάχι. Καμία διαθέσιμη θεραπεία δεν αποκαθιστά το φυσιολογικό περισταλτισμό του οισοφάγου και όλες αποσκοπούν στη βελτίωση της λειτουργικής απόφραξης.

Η επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου βασίζεται σε πολλούς παράγοντες, όπως:

- ο υποτύπος της αχαλασίας σύμφωνα με την ταξινόμηση του Σικάγο v4.0,
- η ηλικία και οι συνοσπρόπτες του ασθενούς,
- η διάταση ή η παραμόρφωση του οισοφάγου,
- η εμπειρία του θεραπευτικού κέντρου,
- οι προτιμήσεις του ασθενούς μετά από κατάλληλη ενημέρωση.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση (νιτρώδη και αναστολείς διαύλων ασβεστίου) διαδραματίζει συνήθως δευτερεύοντα ρόλο στη θεραπεία της αχαλασίας του οισοφάγου, καθώς η κλινική ανταπόκριση είναι βραχείας διάρκειας επειδή αναπτύσσεται ταχέως ανοχή



Ενδοσκοπικό θέμα

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑΣ
ΥΨΗΛΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ (HRM) ΚΑΙ ΤΟΥ ENDOFLIP

στην αγωγή. Επίσης η βραχεία δράση της ενδοσκοπικής έγχυσης βοτουλινικής τοξίνης Α (Botox) περιορίζει αυτή τη θεραπευτική επιλογή σε ηλικιωμένους ασθενείς και σε ασθενείς με συννοσηρότητες που δεν είναι κατάλληλοι για τις υπόλοιπες ενδοσκοπικές και χειρουργικές θεραπευτικές επιλογές (Εικόνα 9).

Στους ασθενείς με αχαλασία τύπου I και II, τόσο η πνευματική διαστολή όσο και η λαπαροσκοπική μυοτομή κατά Heller ή η POEM αποτελούν αποτελεσματικές θεραπευτικές επιλογές. Αντίθετα, στην αχαλασία τύπου III, λόγω της παρουσίας εκτεταμένων σπαστικών συσπάσεων, η POEM εμφανίζει τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας και θεωρείται σήμερα η προτιμώμενη θεραπεία στις περισσότερες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.

5.3 Παρακολούθηση μετά τη θεραπεία

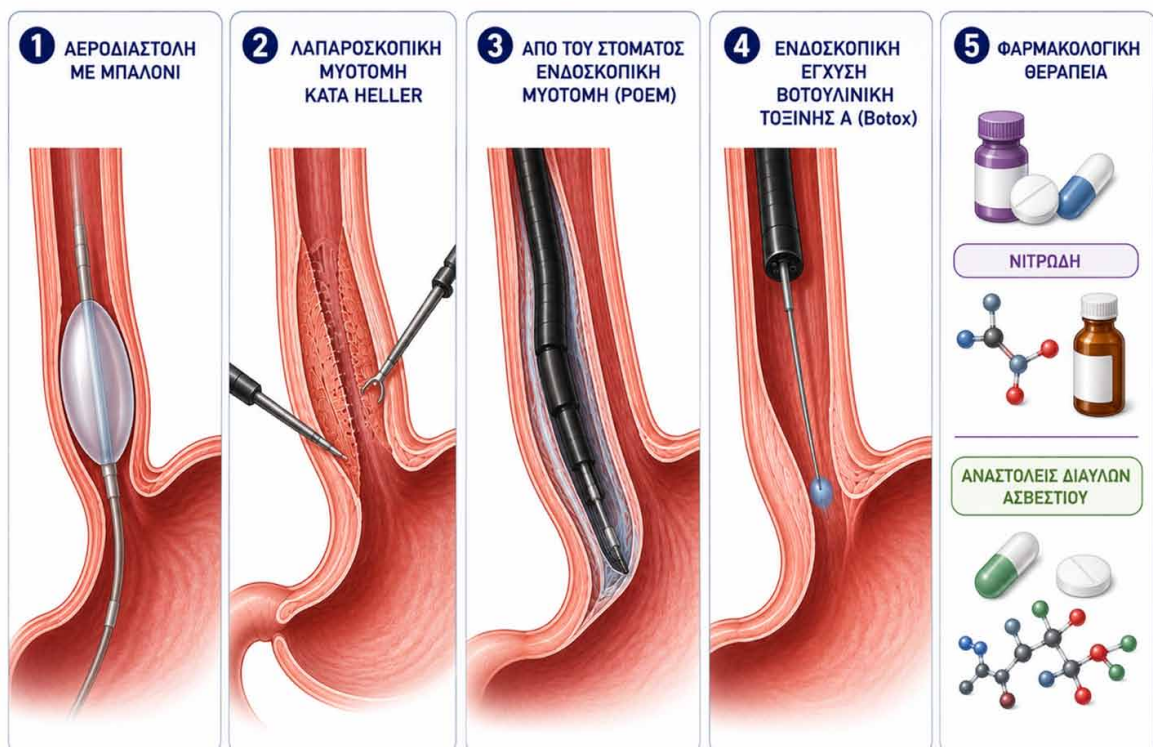
Η αξιολόγηση του θεραπευτικού αποτελέσματος δεν

πρέπει να βασίζεται αποκλειστικά στη βελτίωση των συμπτωμάτων. Η χρήση αντικειμενικών λειτουργικών εξετάσεων είναι ιδιαίτερα σημαντική σε ασθενείς με εμμένουσα ή υποτροπιάζουσα δυσφαγία.

Η κλίμακα Eckardt παραμένει το συχνότερα χρησιμοποιούμενο εργαλείο εκτίμησης των συμπτωμάτων, ενώ το TBE μπορεί να αξιολογήσει τη λειτουργική κένωση του οισοφάγου. Η HRM και το EndoFLIP χρησιμοποιούνται επιλεκτικά για τη διερεύνηση ασθενών με υποψία ανεπαρκούς μυοτομής, υπολειπόμενης λειτουργικής απόφραξης ή υποτροπής της νόσου.

6. Μελλοντικές προοπτικές

Η σύγχρονη προσέγγιση της αχαλασίας μεταβαίνει σταδιακά από ένα μοντέλο βασισμένο αποκλειστικά στα συμπτώματα σε ένα μοντέλο που ενσωματώνει λειτουργικά, μορφολογικά και βιομηχανικά δεδομένα.



Εικόνα 9. Θεραπευτικές επιλογές για την αχαλασία οισοφάγου



Η συνδυασμένη αξιολόγηση με HRM, EndoFLIP και TBE επιτρέπει ακριβέστερη φαινοτυπική ταξινόμηση, καλύτερη επιλογή θεραπείας και πιο αξιόπιστη εκτίμηση της θεραπευτικής ανταπόκρισης.

Η περαιτέρω ανάπτυξη της FLIP Panometry, η εν-

σωμάτωση αλγορίθμων τεχνητής νοημοσύνης στην ερμηνεία των λειτουργικών εξετάσεων και η αξιοποίηση πολυπαραμετρικών μοντέλων πρόβλεψης αναμένεται να οδηγήσουν σε ακόμη πιο εξατομικευμένη αντιμετώπιση των ασθενών με αχαλασία.

Βασικά Κλινικά Μηνύματα

- ✓ Η HRM αποτελεί την εξέταση αναφοράς για τη διάγνωση και ταξινόμηση της αχαλασίας.
- ✓ Το EndoFLIP συμπληρώνει τη HRM όταν απαιτείται αξιολόγηση της διατασιμότητας της οισοφαγο-γαστρικής συμβολής και συμβάλλει σημαντικά στην ενδοεγχειρητική αξιολόγηση κατά τη διάρκεια POEM ή μυοτομής κατά Heller
- ✓ Η επιλογή θεραπείας πρέπει να εξατομικεύεται με βάση τον υποτύπο της αχαλασίας και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς.
- ✓ Η POEM αποτελεί την προτιμώμενη επιλογή για την αχαλασία τύπου III.
- ✓ Η μετεγχειρητική παρακολούθηση πρέπει να περιλαμβάνει αντικειμενική λειτουργική αξιολόγηση όταν υπάρχουν επίμονα ή υποτροπιάζοντα συμπτώματα.

Βιβλιογραφία

1. Torresan F, Ioannou A, Azzaroli F, Bazzoli F. Treatment of achalasia in the era of high-resolution manometry. *Ann Gastroenterol*. 2015;28(3):301-308.
2. Vaezi MF, Pandolfino JE, Yadlapati R, Greer KB, Kavitt RT. ACG Clinical Guidelines: Diagnosis and Management of Achalasia. *Am J Gastroenterol*. 2020;115(9):1393-1411.
3. Yadlapati R, Kahrilas PJ, Fox MR, et al. Esophageal Motility Disorders on High-Resolution Manometry: Chicago Classification Version 4.0. *Neurogastroenterol Motil*. 2021;33:e14058.
4. Khan A, Yadlapati R, Gonlachanvit S, et al. Chicago Classification Version 4.0 Technical Review on Diagnostic Criteria for Achalasia. *Neurogastroenterol Motil*. 2021;33:e14182.
5. Vaezi MF, Pandolfino JE, Kahrilas PJ, et al. ACG Clinical Guidelines: Clinical Use of Esophageal Physiologic Testing. *Am J Gastroenterol*. 2022.
6. Kahrilas PJ, Carlson DA, Pandolfino JE. Advances in the Diagnosis and Management of Achalasia and Achalasia-Like Syndromes: Insights From HRM and FLIP. *Gastro Hep Advances*. 2023;2:701-710.
7. Donnan EN, Pandolfino JE. EndoFLIP in the Esophagus: Assessing Sphincter Function, Wall Stiffness, and Motility to Guide Treatment. *Gastroenterol Clin North Am*. 2020;49(3):427-435.
8. Desprez C, Roman S, Leroi AM, Gourcerol G. The Use of Impedance Planimetry (EndoFLIP®) in the Gastrointestinal Tract: A Systematic Review. *Neurogastroenterol Motil*. 2020;32:e13980.
9. Boeckxstaens GE, Zaninotto G, Richter JE. Achalasia. *Lancet*. 2014;383(9911):83-93.
10. Kahrilas PJ, Bredenoord AJ, Fox M, et al. The Chicago Classification of Esophageal Motility Disorders, Version 3.0. *Neurogastroenterol Motil*. 2015;27(2):160-174.
11. Yadlapati R, Gyawali CP, Carlson DA, Pandolfino JE, Fass



Ενδοσκοπικό θέμα

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑΣ ΥΨΗΛΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ (HRM) ΚΑΙ ΤΟΥ ENDOFLIP

- R, Khan A, Lin H, Richter JE, Vela MF, Vaezi M, Clarke JO. Inter- and intra-rater agreement of interpretation of functional lumen imaging probe in healthy subjects. *Neurogastroenterol Motil.* 2023 Mar;35(3):e14505.
- 12.** Sharma P, Yadlapati R. Evaluation of Esophageal Motility and Lessons from Chicago Classification version 4.0. *Curr Gastroenterol Rep.* 2022 Jan;24(1):10-17.
- 13.** Barchi A, Gyawali CP, Pandolfino JE, et al. High-Resolution Manometry in Treated Achalasia: Scoping Review and Novel Nomenclature. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2025.
- 14.** Fehervari M, Middleton I, McGlone ER, et al. Endoscopic Functional Luminal Imaging Probe for Intraprocedural Guidance of Achalasia Treatment: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Surg.* 2025.
- 15.** Alabbas M, Khoudari H, Ghosh G, et al. FLIP Use in Achalasia: Comparing POEM and Heller Myotomy Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Surg Endosc.* 2025.
- 16.** Noh JH, Jung HY. Role of Endoscopy in Motility Disorders of Upper Gastrointestinal Tract. *J Neurogastroenterol Motil.* 2023 Jan 30;29(1):7-19.
- 17.** Neyaz Z, Gupta M, Ghoshal UC. How to perform and interpret timed barium esophagogram. *J Neurogastroenterol Motil.* 2013 Apr;19(2):251-6.
- 18.** Savarino E, di Pietro M, Bredenoord AJ, Carlson DA, Clarke JO, Khan A, Vela MF, Yadlapati R, Pohl D, Pandolfino JE, Roman S, Gyawali CP. Use of the Functional Lumen Imaging Probe in Clinical Esophagology. *Am J Gastroenterol.* 2020 Nov;115(11):1786-1796.



ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ: ΠΩΣ ΤΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ ΣΤΟ ΗΠΑΡ

Σταυρούλα Κουρτίδου, MD, MSc, Γαστρεντερολόγος-Ηπατολόγος, Κλινική GRN-Schwetzingen, Ακαδημαϊκό νοσοκομείο του Πανεπιστημίου της Χαϊδελβέργης της Γερμανίας

Ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος (ΗΚΚ) είναι ο συχνότερος πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος και η τρίτη αιτία θανάτου από κακοήθεια παγκοσμίως, με περίπου 865.000 νέα κρούσματα παγκοσμίως κάθε χρόνο. Στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων αναπτύσσεται σε έδαφος χρόνιας προχωρημένης ηπατικής βλάβης, όπως είναι η αλκοολική ηπατοπάθεια, η στεατωτική ηπατική νόσος, σχετιζόμενη με μεταβολική δυσλειτουργία (MASLD) ή η χρόνια ιογενής ηπατίτιδας Β ή C κ.α.. Τα τελευταία χρόνια, ένα νέο πεδίο έρευνας αναδεικνύει έναν απρόσμενο παράγοντα σε αυτή τη διαδικασία: τα τρισεκατομμύρια βακτήρια που κατοικούν στο έντερό μας - το εντερικό μικροβίωμα.^{1,2,3}

Η σύνδεση εντέρου και ήπατος δεν είναι τυχαία. Τα δύο όργανα επικοινωνούν αδιάλειπτα μέσω της πυλαίας φλέβας, η οποία μεταφέρει αίμα πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά, αλλά και σε βακτηριακά προϊόντα από το έντερο κατευθείαν στο ήπαρ. Αυτός ο «άξονας εντέρου-ήπατος» λειτουργεί κανονικά ως σύστημα ισορροπίας. Όταν, όμως, η σύσταση του μικροβιώματος διαταράσσεται, μια κατάσταση γνωστή ως δυσβίωση, η ισορροπία χάνεται και το ήπαρ δέχεται ένα κύμα φλεγμονωδών σημάτων, που μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια βλάβη και τελικά σε καρκίνο.^{4,5}

Τι αλλάζει στο μικροβίωμα των ασθενών με ΗΚΚ ;

Η δυσβίωση αποτελεί σταθερό εύρημα σε ασθενείς με ΗΚΚ, ανεξαρτήτως αιτιολογίας. Αναλύσεις δειγμάτων κοπράνων από εκατοντάδες ασθενείς σε διαφορετικές χώρες δείχνουν ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο: αύξηση δυνητικά παθογόνων βακτηρίων, όπως των *Escherichia-Shigella*, *Enterococcus* και *Fusobacterium*, και ταυτόχρονη μείωση ευεργετικών βακτηρίων, όπως *Faecalibacterium* και *Akkermansia*. Η μικροβιακή ποικιλότητα μειώνεται, και αυτό δεν αποτελεί απλώς συνέπεια της κίρρωσης: ακόμη και μεταξύ κίρρωτικών ασθενών, εκείνοι που αναπτύσσουν ΗΚΚ εμφανίζουν διαφορετικό μικροβιακό προφίλ από εκείνους που δεν αναπτύσσουν.^{6,7,8}

Η μεγαλύτερη μελέτη μέχρι σήμερα, δημοσιευμένη στο Gut το 2026, ανέλυσε πάνω από 3.500 δείγματα και επιβεβαίωσε ότι οι μικροβιακές αλλαγές ακολουθούν σταδιακή εξέλιξη κατά μήκος του φάσματος της χρόνιας ηπατικής νόσου: από το υγιές ήπαρ στη στεάτωση, την ίνωση, την κίρρωση και τελικά τον καρκίνο.⁹

Σε πειραματικό επίπεδο, μελέτες σε ποντίκια έχουν δείξει ότι η δυσβίωση δεν είναι απλός παρατηρητής της καρκινογένεσης, αλλά ενεργός συμμετοχος: διαμορφώνει το ανοσολογικό μικροπεριβάλλον του ήπατος, προάγοντας τη συσσώρευση “ανοσοκατασταλτικών” κυττάρων (MDSCs) και μειώνοντας τα αντικαρκινικά CD8+ T κύτταρα.¹⁰

Ποιοι είναι οι μηχανισμοί που συνδέουν τα βακτήρια με τον καρκίνο;

Η σύγχρονη βιβλιογραφία αναγνωρίζει τέσσερις κύριους παθογενετικούς μηχανισμούς, μέσω των οποίων το μικροβίωμα συμβάλλει στην ηπατοκαρκινογένεση (Εικόνα 1).

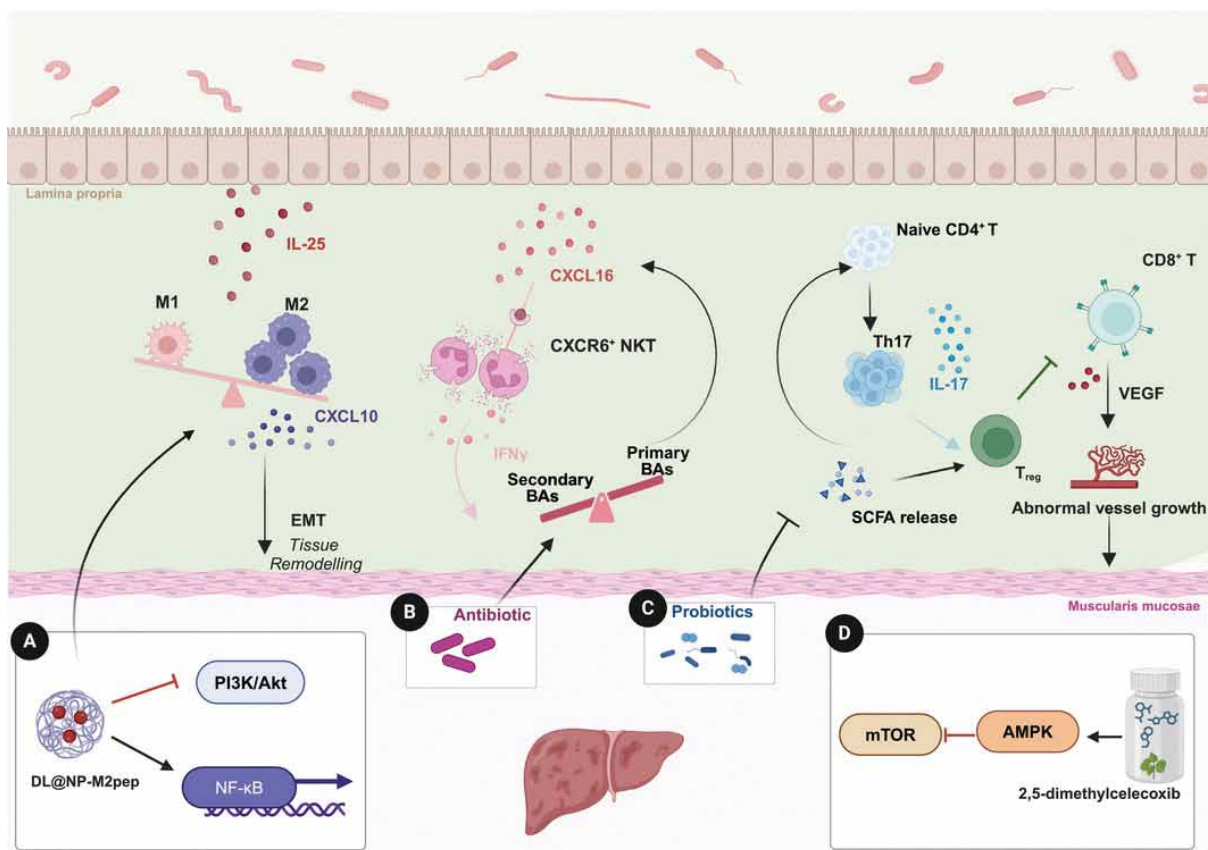
Ο πρώτος και πλέον μελετημένος αφορά το λιποπολυσακχαρίτη (LPS, Lipopolysaccharide), ένα συστατικό του τοιχώματος των Gram-αρνητικών βακτηρίων. Όταν ο εντερικός φραγμός αποδυναμώνεται – κάτι που συμβαίνει στη δυσβίωση – ο LPS περνά στην πυλαία κυκλοφορία και φτάνει στο ήπαρ, όπου ενεργοποιεί τον υποδοχέα TLR4 στα κύτταρα Kupffer. Αυτό πυροδοτεί μια αλυσίδα φλεγμονωδών σημάτων (NF-κ B, IL-6, TNF-α), που προάγουν τον πολλαπλασιασμό των ηπατοκυττάρων και αναστέλλουν την απόπτωση. Σε πειραματικά μοντέλα ποντικών, η αδρανοποίηση του TLR4 ή η αποστείρωση του εντέρου μείωσε τον ΗΚΚ κατά περίπου 80%, αποδεικνύοντας ότι ο TLR4 λειτουργεί ως «προαγωγός» και όχι ως «εκκινητής» του καρκίνου.¹¹

Ο δεύτερος μηχανισμός αφορά τα χολικά οξέα. Τα εντερικά βακτήρια μετατρέπουν τα πρωτογενή χολικά οξέα σε δευτερογενή. Αυτή η μετατροπή έχει διπλή συνέπεια: αφενός καταστέλλει τον υποδοχέα FXR (Farnesoid X Receptor), ο οποίος λειτουργεί ογκοκατασταλτικά



Κλινικό θέμα

ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ: ΠΩΣ ΤΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ ΣΤΟ ΗΠΑΡ



Εικόνα 1. Σχηματική αναπαράσταση του άξονα εντέρου-ήπατος στον ΗΚΚ. Απεικονίζονται οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ εντερικού επιθηλίου, χολικών οξέων, SCFAs, ανοσοκυττάρων (NKT, Th17, Tregs, μακροφάγα M1/M2) και θεραπευτικών παρεμβάσεων. (Xiao et al., Cancer Medicine, 2025).

(ποντίκια χωρίς FXR αναπτύσσουν αυθόρμητα ΗΚΚ), αφετέρου μειώνει την αντικαρκινική ανοσοεπιτήρηση. Συγκεκριμένα, σε πειραματικά μοντέλα αποδείχθηκε ότι τα πρωτογενή χολικά οξέα προσελκύουν NKT (Natural Killer T-cells) κύτταρα στο ήπαρ μέσω CXCL16, τα οποία καταστρέφουν καρκινικά κύτταρα. Η βακτηριακή μετατροπή σε δευτερογενή χολικά οξέα «σβήνει» αυτό το αμυντικό σύστημα. Ωστόσο, σε κλινικές μελέτες σε ανθρώπους, ο ρόλος των δευτερογενών χολικών οξέων δεν είναι μονοδιάστατος – εξαρτάται από τον τύπο (δεοξυχολικό οξύ ή αρκτοδεοξυχολικό οξύ), τη συγκέντρωση και την αιτιολογία του ΗΚΚ.^{11,12,13,14}

Ο τρίτος μηχανισμός αφορά τα βραχείας αλυσού λιπαρά οξέα (SCFAs) – βουτυρικό, οξικό, προπιονικό –

που παράγονται από τη ζύμωση φυτικών ινών. Τα SCFAs ενισχύουν τα tight junctions του εντερικού επιθηλίου και ασκούν αντιφλεγμονώδη δράση. Στη δυσβίωση, η παραγωγή τους μειώνεται, αποδυναμώνοντας τον εντερικό φραγμό και ενεργοποιώντας εμμέσως την οδό LPS-TLR4. Σε πειραματικά μοντέλα ποντικών με HBV, η χορήγηση SCFAs καθυστέρησε σημαντικά την ανάπτυξη ΗΚΚ, καταστέλλοντας ογκογόνες οδούς (RAS, PI3K, VEGF).¹⁵

Ο τέταρτος μηχανισμός, ο πλέον πρόσφατος, αφορά την άμεση μετανάστευση ζωντανών βακτηρίων από το έντερο στο ήπαρ. Μελέτη δημοσιευμένη στο Cancer Discovery το 2026, που περιλάμβανε τόσο πειραματικά μοντέλα όσο και ανθρώπινα δείγματα, έδειξε ότι ο



Bacteroides fragilis μεταναστεύει ζωντανός στο ήπαρ, όπου η επιφανειακή πρωτεΐνη ενολάση αλληλοεπιδρά με τη βιμεντίνη στα ηπατοκύτταρα, ενεργοποιώντας ογκογόνους καταρράκτες σηματοδότησης. Σε ασθενείς με ΗΚΚ, η ομοιότητα μεταξύ εντερικού και ενδοηπατικού μικροβιώματος ήταν σημαντικά αυξημένη, υποδηλώνοντας συστηματική μικροβιακή μετανάστευση.¹³

Μπορούν να χρησιμοποιηθούν μικροβιακοί βιοδείκτες προς μια μη επεμβατική διάγνωση;

Ένα από τα πιο ελπιδοφόρα πεδία είναι η χρήση μικροβιακών βιοδεικτών ως διαγνωστικών παραμέτρων. Η έρευνα εξελίσσεται σε τρεις κατευθύνσεις: κοπρανικούς, αιματολογικούς και ενδοογκικούς βιοδείκτες.

Στους **κοπρανικούς βιοδείκτες**, που αποτελούν την κύρια κατηγορία, η πρόοδος είναι εντυπωσιακή. Το πρώτο διαγνωστικό μοντέλο, βασισμένο σε 30 μικροβιακούς δείκτες από 486 δείγματα κοπράνων, πέτυχε διαγνωστική ακρίβεια (AUC) 80,6% για τον πρώιμο ΗΚΚ, με επιτυχή επικύρωση σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές. Μεταγενέστερες μελέτες σε ανθρώπους ανέβασαν σταδιακά την ακρίβεια: ο συνδυασμός στοματικού και εντερικού μικροβιώματος σε 739 συμμετέχοντες πέτυχε AUC 94%, ενώ η προσθήκη άλφα-φετοπρωτεΐνης (AFP) ανέβασε το ποσοστό σε 98,1%. Η ενσωμάτωση μικροβιακών δεδομένων στα κλινικά μοντέλα αυξάνει δραματικά τη διαγνωστική ακρίβεια (από AUC 0,661 σε 0,921).^{6,7,14}

Στους **αιματολογικούς βιοδείκτες** (circulating microbiome), η ανάλυση βακτηριακού DNA στον ορό αίματος 363 ατόμων (ΗΚΚ, κίρρωση, υγιείς) πέτυχε AUC 0,879 με μοντέλο 5 μικροβιακών δεικτών. Παράλληλη ανάλυση κοπρανικού, αιματικού ακόμη και του, εντός των ηπατικών ιστών, ανιχνεύσιμου μικροβιώματος επιβεβαίωσε ότι οι ασθενείς με ΗΚΚ εμφανίζουν αυξημένες βακτηριακές γονιδιακές υπογραφές στο αίμα και τον ηπατικό ιστό.^{16,17}

Στους **ενδοογκικούς βιοδείκτες**, μελέτες σε χειρουργικά δείγματα ανθρώπων έχουν αποδείξει την ύπαρξη ζωντανών βακτηρίων εντός του ΗΚΚ, με μικροβιακή

ποικιλότητα σημαντικά υψηλότερη στον νεοπλασματικό ιστό. Η μεγαλύτερη μελέτη, σε 213 ασθενείς, επιβεβαίωσε με FISH (Fluorescent In Situ Hybridization) την παρουσία βακτηρίων εντός του όγκου και συσχέτισε τον *Bacteroides* με δυσμενή πρόγνωση σε, σχετιζόμενο με HBV, ΗΚΚ. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η ανακάλυψη ότι ένα panel 9 ενδοηπατικών βακτηρίων μπορεί να διακρίνει ενδοηπατική μετάσταση από πολυεστιακή εμφάνιση (AUROC 0,795), ενώ ο συνδυασμός ενδοογκικού μικροβιώματος με μεταβολίτες πετυχαίνει AUC 0,958 για πρόβλεψη πρώιμης υποτροπής. Ωστόσο, σε αντίθεση με τους κοπρανικούς, οι ενδοογκικοί βιοδείκτες απαιτούν επεμβατική δειγματοληψία, γεγονός που τους καθιστά κατάλληλους κυρίως ως προγνωστικούς παρά ως διαγνωστικούς δείκτες.^{13,18,19,20,21}

Τέλος, ο συνδυασμός κοπρανικών μικροβιακών βιοδεικτών με μεταβολίτες ορού (multi-omics) φαίνεται να υπερτερεί της AFP μόνης, ως διαγνωστικό εργαλείο, ανοίγοντας τον δρόμο για ολοκληρωμένα διαγνωστικά panels.^{13,22}

Θεραπευτικές στρατηγικές: Από τα προβιοτικά στη μεταμόσχευση μικροβιώματος

Η στόχευση του μικροβιώματος ως θεραπευτική στρατηγική βρίσκεται ακόμη σε πρώιμο στάδιο, αλλά τα δεδομένα είναι ενθαρρυντικά. Τρεις κύριες προσεγγίσεις διερευνώνται: τα προβιοτικά, η μεταμόσχευση κοπρανικής μικροχλωρίδας (FMT, fecal microbiota transplantation) και η διατροφική παρέμβαση.

Τα προβιοτικά ενισχύουν τον εντερικό φραγμό, αυξάνουν τα SCFAs και ασκούν αντιφλεγμονώδη δράση. Η FMT αποτελεί την πιο άμεση στρατηγική αναστροφής της δυσβίωσης. Σε πειραματικά μοντέλα ποντικών, η FMT από υγιείς δότες ανέστειλε την ενδοηπατική μετάσταση μέσω καταστολής εξωκυτταρικών παγίδων ουδετεροφίλων (NETs). Η μεσογειακή δίαιτα, πλούσια σε φυτικές ίνες, τροποποιεί ευνοϊκά τη σύσταση του μικροβιώματος αυξάνοντας τα SCFAs.^{4,5,23}



Κλινικό θέμα

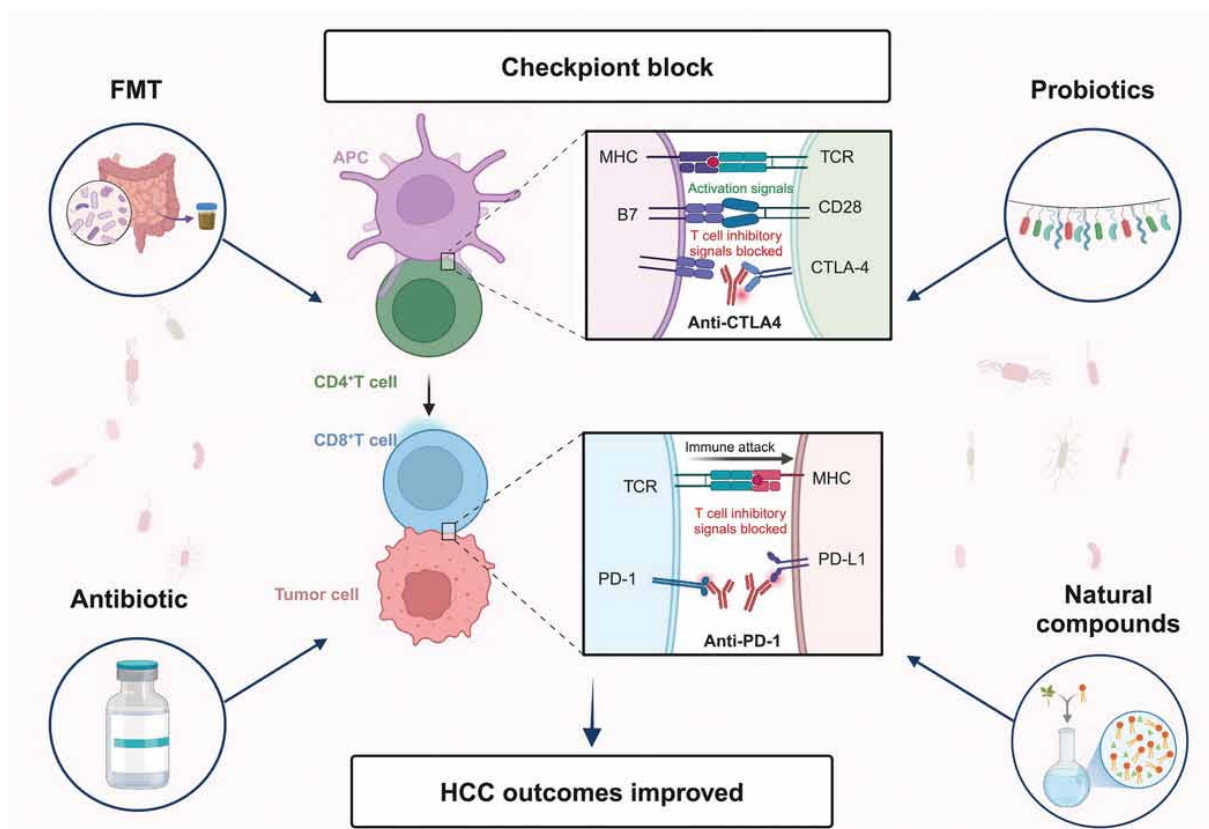
ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ: ΠΩΣ ΤΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ ΣΤΟ ΗΠΑΡ

Μικροβίωμα και ανοσοθεραπεία: Η πιο ελπιδοφόρα σύνδεση

Το πεδίο που συγκεντρώνει τη μεγαλύτερη προσοχή είναι η αλληλεπίδραση μικροβιώματος-ανοσοθεραπείας. Σε κλινική μελέτη 102 ασθενών με ΗΚΚ υπό αναστολείς σημείων ελέγχου (ICIs, Immune Checkpoint Inhibitors), η σύσταση του μικροβιώματος προέβλεπε ανταπόκριση, αλλά με τρόπο που εξαρτάται από την αιτιολογία: στον ιογενούς αιτιολογίας ΗΚΚ, οι ασθενείς που ανταποκρίνονταν είχαν αυξημένο *Bifidobacterium*, ενώ στον MASLD-σχετιζόμενο ΗΚΚ κυριαρχούσε ο *Mediterraneibacter gnavus*. Ωστόσο, σε μεταβολομικό επίπεδο, ένας κοινός παράγοντας αναδείχθηκε ανεξαρτήτως αιτιολογίας: το κοπρανικό acetate. Ασθενείς με υψηλά επίπεδα acetate είχαν μέση επιβίωση 25,2 μήνες, έναντι 11,3 μηνών σε

εκείνους με χαμηλά επίπεδα. Σταθερά ευρήματα σε πολλαπλές μελέτες αναδεικνύουν την *Akkermansia muciniphila* και τα *Ruminococcaceae* ως δείκτες ανταπόκρισης, ενώ τα *Proteobacteria* συσχετίζονται με αποτυχία θεραπείας (Εικόνα 2).^{24,25,26}

Τα πρώτα κλινικά δεδομένα σε ανθρώπους είναι ενθαρρυντικά. Σε μελέτη φάσης 2 που παρουσιάστηκε στο ASCO 2026, 13 ασθενείς με ΗΚΚ που είχαν προοδεύσει υπό TKI+ICI έλαβαν FMT με κάψουλες. Το 61% πέτυχε έλεγχο νόσου (DCR) με μέση PFS 5,1 μηνών και ελάχιστη τοξικότητα. Δύο τυχαιοποιημένες μελέτες φάσης 2 βρίσκονται σε εξέλιξη: η FAB-HCC, που συνδυάζει FMT με Atezolizumab/Bevacizumab σε ασθενείς χωρίς ανταπόκριση, και η FLORA, μια πολυκεντρική,



Εικόνα 2. Στρατηγικές τροποποίησης του μικροβιώματος για ενίσχυση της αποτελεσματικότητας αναστολέων σημείων ελέγχου (ICIs) στον ΗΚΚ. Απεικονίζονται οι μηχανισμοί αποκλεισμού CTLA-4 και PD-1/PD-L1 και οι τέσσερις παρεμβάσεις: FMT, προβιοτικά, αντιβιοτικά, φυσικές ενώσεις. (Xiao et al., Cancer Medicine, 2025).



διπλά τυφλή μελέτη FMT έναντι εικονικού φαρμάκου σε συνδυασμό με ανοσοθεραπεία.^{27,28,29}

Τι μένει να μάθουμε;

Παρά την εντυπωσιακή πρόοδο, σημαντικά ερωτήματα παραμένουν ανοιχτά. Η πλειονότητα των μελετών είναι συσχετιστικές – δείχνουν δηλαδή ότι η δυσβίωση συνυπάρχει με τον ΗΚΚ, χωρίς να αποδεικνύουν αιτιότητα. Η μεθοδολογική ετερογένεια (16S rRNA vs shotgun metagenomics) και η γεωγραφική μεροληψία (κυρίως ασιατικές μελέτες κοόρτης) περιορίζουν τη γενικευσιμότητα. Ελάχιστα γνωρίζουμε για τα μη βακτηριακά συστατικά του μικροβιώματος, δηλαδή μύκητες (mycobiome) και ιούς (virome), που πιθανώς παίζουν επίσης ρόλο. Και οι θεραπευτικές μελέτες, αν και ενθαρρυντικές, βασίζονται ακόμη σε μικρά δείγματα.^{10,26}

Ωστόσο, η κατεύθυνση είναι σαφής: το εντερικό μικροβίωμα δεν είναι απλώς ένας αθώος «ένοικος». Είναι ενεργός ρυθμιστής της ηπατοκαρκινογένεσης, πιθανός διαγνωστικός βιοδείκτης και δυνητικός θεραπευτικός στόχος. Η μετάβαση από τον εργαστηριακό πάγκο στο κρεβάτι του ασθενούς απαιτεί μεγάλες πολυκεντρικές προοπτικές μελέτες, τυποποίηση μεθοδολογιών και ολοκλήρωση πολλαπλών -omics δεδομένων. Τα επόμενα χρόνια, με τα αποτελέσματα των τυχαιοποιημένων μελετών FAB-HCC και FLORA, θα κρίνουν αν η στόχευση του μικροβιώματος θα ενταχθεί στο θεραπευτικό οπλοστάσιο κατά του ΗΚΚ.

Βιβλιογραφία

1. Ren Z et al. Gut microbiome analysis as a tool towards targeted non-invasive biomarkers for early hepatocellular carcinoma. *Gut*. 2019;68(6):1014-1023. doi:10.1136/gutjnl-2017-315084.
2. Yang J et al. A distinct microbiota signature precedes the clinical diagnosis of hepatocellular carcinoma. *Gut Microbes*. 2023;15(1):2201159. doi:10.1080/19490976.2023.2201159.
3. Wang Y et al. Gut microbial signatures of advanced hepatocellular carcinoma and their potential diagnostic value. *Front Microbiol*. 2026;17:1760859. doi:10.3389/fmicb.2026.1760859.
4. Feng J et al. Gut microbial signatures of patients with primary hepatocellular carcinoma and their healthy first-degree relatives. *J Appl Microbiol*. 2023;134(10). doi:10.1093/jambio/txad221.
5. Sun X et al. Featured intestinal microbiota associated with hepatocellular carcinoma in various liver disease states. *Front Immunol*. 2025;16:1674838. doi:10.3389/fimmu.2025.1674838.
6. Vázquez-Castellanos JF et al. Stage-dependent gut microbiome and functional signatures across the liver disease spectrum: an integrative multicohort study. *Gut*. 2026. doi:10.1136/gutjnl-2025-337436.
7. Cho EJ et al. Circulating microbiota-based metagenomic signature for detection of hepatocellular carcinoma. *Sci Rep*. 2019;9(1):7536. doi:10.1038/s41598-019-44012-w.
8. Effenberger M et al. A gut bacterial signature in blood and liver tissue characterizes cirrhosis and hepatocellular carcinoma. *Hepatol Commun*. 2023;7(7). doi:10.1097/HCG.000000000000182.
9. Li X et al. Integrated microbiome and metabolome analysis reveals the interaction between intestinal flora and serum metabolites as potential biomarkers in hepatocellular carcinoma patients. *Front Cell Infect Microbiol*. 2023;13:1170748. doi:10.3389/fcimb.2023.1170748.
10. Wu H et al. Dynamic microbiome and metabolome analyses reveal the interaction between gut microbiota and anti-PD-1 based immunotherapy in hepatocellular carcinoma. *Int J Cancer*. 2022;151(8):1321-1334. doi:10.1002/ijc.34118.
11. National Comprehensive Cancer Network. Hepatocellular carcinoma. Updated March 10, 2026.
12. Hu B et al. Gut microbiota as mediator and moderator between hepatitis B virus and hepatocellular carcinoma:



Κλινικό θέμα

ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ: ΠΩΣ ΤΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ ΣΤΟ ΗΠΑΡ

- a prospective study. *Cancer Med.* 2024;13. doi:10.1002/cam4.70454.
- 13.** Xiao K et al. Gut microbiota and hepatocellular carcinoma: metabolic products and immunotherapy modulation. *Cancer Med.* 2025;14(9). doi:10.1002/cam4.70914.
- 14.** Elsheikh M et al. Influence of gut microbiota on response to immune check point inhibitors in MASLD patients with HCC: unraveling the connection. *Cancer Med.* 2026;15(4). doi:10.1002/cam4.71738.
- 15.** Lee PC et al. Distinct gut microbiota but common metabolomic signatures between viral and MASLD HCC contribute to outcomes of combination immunotherapy. *Hepatology.* 2025. doi:10.1097/HEP.0000000000001446.
- 16.** Pomej K et al. Study protocol: fecal microbiota transplant combined with atezolizumab/bevacizumab in patients with hepatocellular carcinoma who failed to achieve or maintain objective response to atezolizumab/bevacizumab: the FAB-HCC pilot study. *PLoS One.* 2025;20(4). doi:10.1371/journal.pone.0321189.
- 17.** McBrearty N et al. Short chain fatty acids delay the development of hepatocellular carcinoma in HBx transgenic mice. *Neoplasia.* 2021;23(5):529-538. doi:10.1016/j.neo.2021.04.004.
- 18.** Liu W et al. Gut pathobionts translocate into liver and reshape intrahepatic microbiome to facilitate hepatocellular carcinoma. *Cancer Discov.* 2026. doi:10.1158/2159-8290.CD-25-1355.
- 19.** Rauber C et al. Protocol: faecal microbiota transfer in liver cancer to overcome resistance to atezolizumab/bevacizumab: a multicentre, randomised, placebo-controlled, double-blind phase II trial: the FLORA trial. *BMJ Open.* 2025;15(9). doi:10.1136/bmjopen-2024-097802.
- 20.** Ma J et al. Fecal microbiota transplantation to reverse resistance to TKI plus PD-1 inhibitors in unresectable hepatocellular carcinoma: a phase 2 clinical trial. *J Clin Oncol.* 2026;44 Suppl 16. doi:10.1200/JCO.2026.44.16_suppl.e16205.
- 21.** Dapito DH et al. Promotion of hepatocellular carcinoma by the intestinal microbiota and TLR4. *Cancer Cell.* 2012;21(4):504-516. doi:10.1016/j.ccr.2012.02.007.
- 22.** Ma C et al. Gut microbiome-mediated bile acid metabolism regulates liver cancer via NKT cells. *Science.* 2018;360(6391). doi:10.1126/science.aan5931.
- 23.** Yang F et al. Spontaneous development of liver tumors in the absence of the bile acid receptor farnesoid X receptor. *Cancer Res.* 2007;67(3):863-867. doi:10.1158/0008-5472.CAN-06-1078.
- 24.** Huang JH et al. The intratumoral bacterial metataxonomic signature of hepatocellular carcinoma. *Microbiol Spectr.* 2022;10(5). doi:10.1128/spectrum.00983-22.
- 25.** He Y et al. Overview of microbial profiles in human hepatocellular carcinoma and adjacent nontumor tissues. *J Transl Med.* 2023;21(1):68. doi:10.1186/s12967-023-03938-6.
- 26.** Dang Y et al. Identification of intratumoral bacteria correlated with hepatitis B virus levels: a prognostic indicator for patient outcomes in hepatocellular carcinoma patients. *Microbiol Spectr.* 2025;13(12). doi:10.1128/spectrum.01188-25.
- 27.** Li S et al. Intratumoral microbial heterogeneity affected tumor immune microenvironment and determined clinical outcome of HBV-related HCC. *Hepatology.* 2023;78(4):1079-1091. doi:10.1097/HEP.0000000000000427.
- 28.** Lu Y et al. Intrahepatic microbial heterogeneity in multifocal hepatocellular carcinoma and its association with host genomic and transcriptomic alterations. *Cancer Discov.* 2025;15(8):1630-1648. doi:10.1158/2159-8290.CD-24-1259.
- 29.** Liu WC et al. Intratumoral microbiome composition and its role in tumor recurrence in primary liver cancer. *J Formos Med Assoc.* 2025(25)00638-2. doi:10.1016/j.jfma.2025.11.031.

Η Γαστρεντερολογία στην ψηφιακή εποχή

«ΞΕΚΟΥΡΑΣΤΗ» ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΣΩ ΡΟΜΠΟΤ!

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



Η κολονοσκόπηση αναμφίβολα αποτελεί τη μέθοδο αναφοράς για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ωστόσο, τα συμβατικά ενδοσκόπια παρουσιάζουν περιορισμούς όσον αφορά τον χειρισμό, τη σταθερότητα και την εργονομία, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της εξέτασης και να αυξήσει τη σωματική καταπόνηση των ενδοσκόπων.

Με στόχο την υπέρβαση αυτών των περιορισμών, στο πρόσφατο συνέδριο DDW 2026 ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα της μελέτης CARE 1, της πρώτης κλινικής μελέτης σε ανθρώπους που αξιολόγησε το ρομποτικό σύστημα ενδοσκόπησης Triton (Εικόνα 1).

Πρόκειται για μία προοπτική μονοκεντρική single-arm μελέτη σε 50 ενήλικες που υποβλήθηκαν σε κολονοσκόπηση (προληπτική, επιτήρησης ή διαγνωστική) με το ρομποτικό σύστημα Triton στο H-T Centrum Medyczne στο Tychy της Πολωνίας. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για διάστημα 14 ημερών μετά την επέμβαση, με στόχο την αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης επιτεύχθηκε καθετηριασμός του τυφλού στο 100% των περιστατικών χωρίς, μάλιστα, να απαιτηθούν αλλαγές θέσης των ασθενών κατά την εξέταση ή εφαρμογή πίεσης στην κοιλιά. Το ποσοστό ανίχνευσης αδενωμάτων (ADR) και

πολυπόδων (PDR) ήταν 54,2% και 67,5%, αντίστοιχα. Επιτυχής πολυπεκτομή διενεργήθηκε στο 100% των πολυπόδων μεγέθους μικρότερου των 2 εκ.

Δε σημειώθηκαν ανεπιθύμητα συμβάματα ή επιπλοκές στο χρονικό διάστημα της παρακολούθησης.

Σημαντικό είναι, πως η σωματική επιβάρυνση των ενδοσκόπων μειώθηκε κατά 67% σε σύγκριση με τη συμβατική κολονοσκόπηση (βάσει της κλίμακας αξιολόγησης NASA-TLX).

Σύμφωνα με τον κύριο ερευνητή της μελέτης, Marcin Romanczyk, το ρομποτικό σύστημα επέδειξε υψηλό επίπεδο ασφάλειας και τεχνικής αποτελεσματικότητας, ενώ η χρήση του συνοδεύτηκε από σημαντικά μειωμένη σωματική και πνευματική καταπόνηση του ενδοσκόπου. Όπως ανέφερε χαρακτηριστικά, τα προκαταρκτικά αυτά ευρήματα υποδηλώνουν ότι η ρομποτική ενδοσκόπηση θα μπορούσε να συμβάλει στη διενέργεια μεγαλύτερου αριθμού ποιοτικών κολονοσκοπήσεων με μικρότερη κόπωση του ιατρικού προσωπικού.

Βεβαίως, τα αποτελέσματα της CARE 1 αποτελούν τα πρώτα κλινικά δεδομένα για το σύστημα Triton και υποστηρίζουν τη συνέχιση της κλινικής αξιολόγησής του σε μεγαλύτερες μελέτες, με στόχο τη διερεύνηση του πιθανού ρόλου της ρομποτικής τεχνολογίας στη βελτίωση της ποιότητας και της εργονομίας της κολονοσκόπησης.



Εικόνα 1. Το ρομποτικό σύστημα ενδοσκόπησης Triton της Neptune Medical Inc.



Η Γαστρεντερολογία στην ψηφιακή εποχή

«ΞΕΚΟΥΡΑΣΤΗ» ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΣΩ ΡΟΜΠΟΤ!

Βιβλιογραφία

- Robotic Colonoscopy Using the Triton 4.0 System in Adults for Screening, Surveillance, and Diagnosis of Lower Gastrointestinal Conditions (CARE I). Clinical Trials.gov, NCT06935734.

Σχόλιο της Διεύθυνσης Σύνταξης:

Από το παρόν τεύχος, η στήλη «Η Γαστρεντερολογία στο διαδίκτυο» αλλάζει όνομα και γίνεται «Η Γαστρεντερολογία στην ψηφιακή εποχή». Η αλλαγή αυτή δεν είναι απλώς λεκτική. Αντανακλά τη διαδρομή μιας στήλης που, με την πάροδο των ετών, ξεπέρασε θεματολογικά τα όρια του διαδικτύου και άρχισε να παρακολουθεί έναν πολύ ευρύτερο μετασχηματισμό: την είσοδο της τεχνητής νοημοσύνης, των ψηφιακών εφαρμογών, της ρομποτικής και των νέων τεχνολογιών στην καθημερινή άσκηση της ειδικότητάς μας. Σε μια εποχή όπου η τεχνολογία δεν αποτελεί πλέον απλώς εργαλείο, αλλά διαμορφώνει σταδιακά τον τρόπο με τον οποίο σκεφτόμαστε, διαγιγνώσκουμε και θεραπεύουμε, ο νέος τίτλος επιχειρεί να αποδώσει με μεγαλύτερη ακρίβεια το παρόν και, ίσως, το μέλλον της γαστρεντερολογίας.



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

Ο καθετηριασμός του τυφλού αποτελεί βασικό δείκτη ποιότητας της κολονοσκόπησης. Οι επικαιροποιημένοι δείκτες ποιοτικής κολονοσκόπησης των ACG/ASGE θέτουν ως ελάχιστο στόχο ποσοστό $\geq 95\%$ για ενδοσκοπήσεις σε ασθενείς με ακέραιο κόλον, με φωτογραφική καταγραφή των ανατομικών οροσμήων – της ειλεοτυφλικής βαλβίδας και του σκωληκοειδικού βοθρίου. Παρά τη βελτίωση της τεχνολογίας, ένα μικρό, αλλά κλινικά σημαντικό, ποσοστό εξετάσεων παραμένει δύσκολο ή ατελές. Οι συχνότερες αιτίες είναι δύο και απαιτούν διαφορετική προσέγγιση: αφενός το στενό, έντονα γωνιωμένο ή καθηλωμένο αριστερό κόλον και αφετέρου το μακρύς, δόλιχο κόλον με επαναλαμβανόμενο σχηματισμό βρόχων («looping»).

Σε αυτό το πλαίσιο, το παιδιατρικό κολονοσκόπιο έχει ουσιαστικό ρόλο. Παρότι η εφαρμογή του δεν είναι νέα, η εξέλιξη των slim, και μεταβλητής σκληρότητας, μοντέλων, καθώς και το αυξανόμενο ενδιαφέρον για μια καλύτερα ανεκτή κολονοσκόπηση, το έχουν επαναφέρει στο επίκεντρο της σύγχρονης ενδοσκοπικής συζήτησης. Το όνομά του περιγράφει τον αρχικό σχεδιαστικό προσορισμό και όχι το ηλικιακό όριο χρήσης. Στους ενήλικες χρησιμοποιείται είτε εξ αρχής, όταν προβλέπεται δύσκολη δίοδος διαμέσου του ορθοσιγμοειδούς, είτε ως όργανο διάσωσης μετά από αποτυχία ασφαλούς προώθησης του συμβατικού κολονοσκοπίου.

Τι αλλάζει μηχανικά με το παιδιατρικό κολονοσκόπιο;

Σε σχέση με ένα τυπικό κολονοσκόπιο ενηλίκων, το παιδιατρικό ενδοσκόπιο έχει συνήθως μικρότερη εξωτερική διάμετρο, περισσότερο ευέλικτο σωλήνα εισαγωγής και μικρότερο μήκος του απομακρυσμένου τμήματος κάμψης. Οι ακριβείς διαστάσεις, το μήκος, η διάμετρος του καναλιού και η παρουσία μεταβλητής σκληρότητας διαφέρουν σημαντικά ανά μοντέλο και κατασκευαστή. Κατά συνέπεια, πριν από τη χρήση πρέπει να είναι γνωστές οι τεχνικές προδιαγραφές του συγκεκριμένου οργάνου και η συμβατότητα του χρησιμοποιούμενου αναλώσιμου εξοπλισμού.

Το πρακτικό κέρδος ενός παιδιατρικού κολονοσκοπίου είναι τριπλό: **μικρότερη διάμετρος** για στενούς αυλούς, **μικρότερη ακτίνα στροφής** για οξείες γωνίες και **λιγότερη μηχανική τάση** στο εντερικό τοίχωμα όταν η προώθηση γίνεται με το όργανο ευθειασμένο. Το “τίμημα” είναι η μειωμένη αξονική υποστήριξη / σταθερότητα και η λιγότερο άμεση μετάδοση ροπής. Έτσι, αν η ανατομική δυσκολία αφορά ένα δόλιχο κόλον, η αυξημένη ευκαμψία μπορεί να μετατρέψει μέρος της προωθητικής κίνησης του χεριού σε βρόχο αντί σε προώθηση της άκρης του ενδοσκοπίου (Εικόνα 1).

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να προβούμε σε μια ορολογική διευκρίνιση. Το παιδιατρικό κολονοσκόπιο δεν είναι ταυτόσημο με ένα ultraslim κολονοσκόπιο. Πολλές μελέτες που δείχνουν σαφή μείωση του πόνου αφορούν ενδοσκόπια διαμέτρου περίπου 7–9 mm, δηλαδή μικρότερου διαμετρήματος συγκριτικά με ένα συμβατικό παιδιατρικό κολονοσκόπιο. Τα δεδομένα αυτά είναι υποστηρικτικά, αλλά δεν πρέπει να μεταφέρονται αυτούσια σε κάθε παιδιατρικό μοντέλο.

Πρώτα ταξινομήστε τη δυσκολία της κολονοσκόπησης

Η επιλογή οργάνου πρέπει να ακολουθεί τη γεωμετρία του προβλήματος. Η διάκριση μπορεί να γίνει από το ιστορικό προηγούμενων εξετάσεων, την περιγραφή της θέσης αποτυχίας, το σωματότυπο, το χειρουργικό ιστορικό και, κυρίως, από τη συμπεριφορά του ενδοσκοπίου κατά τα πρώτα λεπτά της εισαγωγής. Όλα αυτά τα στοιχεία πρέπει να καθορίζουν το όργανο και όχι η γενική ετικέτα «δύσκολη κολονοσκόπηση».

Πότε αξίζει να επιλεγεί εξ αρχής;

- Σε ασθενή με καταγεγραμμένη προηγούμενη δυσκολία / αποτυχία στο ορθοσιγμοειδές ή στο σιγμοειδές λόγω καθήλωσης, έντονης γωνίωσης ή στενότητας αυτών καθώς και λόγω πόνου.
- Σε γυναίκες μετά από υστερεκτομή ή άλλη πυελική χειρουργική επέμβαση, ιδίως όταν προηγούμενη κολονοσκόπηση περιγράφεται ως δύσκολη. Σε



Tips & Tricks

ΧΡΗΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΙΟΥ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ:
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ, ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Συμβατικό vs παιδιατρικό/slim κολονοσκόπιο

Τεχνικές διαφορές και πρακτική μηχανική συμπεριφορά στον ενήλικα

● Συμβατικό κολονοσκόπιο

1 ΔΙΑΜΕΤΡΟΣ & ΚΑΝΑΛΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



Σωλήνας Εισαγωγής
μεγαλύτερη διάμετρος
Κανάλι εργασίας
≈3,7–3,8 mm
≈12,8–13,2 mm

2 ΚΑΜΨΗ & ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΔΥΝΑΜΕΩΝ



Μεγαλύτερη αξονική υποστήριξη
συνήθως καλύτερη μετάδοση ώθησης και ροπής

3 ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ

✓ **Στενό / καηλωμένο / έντονα γωνιώδες σιγμοειδές**
→ παιδιατρικό / slim

✓ **Μακρύ / με εύκολη ανάπτυξη βρόχων («looping») κόλον**
→ συμβατικό / μεταβλητής σκληρότητας

⊖ **Μήκος εργασίας & μέγιστη γωνίωση**
→ συχνά παρόμοια

Οι τιμές και η μηχανική συμπεριφορά είναι ενδεικτικές· διαφέρουν ανά κατασκευαστή και μοντέλο.

● Παιδιατρικό / slim

Σωλήνας Εισαγωγής
μικρότερη διάμετρος
Κανάλι εργασίας
≈3,2 mm
≈10,5–11,8 mm

Μεγαλύτερη ευκαμψία
συχνά μικρότερη ακτίνα στροφής και ευκολότερη γωνίωση

Μεταβλητή σκληρότητα: μειώνει τις διαφορές μεταξύ σύγχρονων μοντέλων

Δεν απεικονίζεται υπό κλίμακα το μήκος εργασίας.

Εικόνα 1. Συμβατικό vs παιδιατρικό κολονοσκόπιο: Τεχνικές διαφορές και πρακτική μηχανική συμπεριφορά στον ενήλικα.

τυχαίοποιημένη μελέτη 100 γυναικών μετά από υστερεκτομή, ο καθετηριασμός του τυφλού ήταν συχνότερος με το παιδιατρικό κολονοσκόπιο (96,1% έναντι 71,4%), αν και πρόκειται για παλαιότερη, μονοκεντρική και μη τυφλή μελέτη.

- Σε εκκολπωματική νόσο του σιγμοειδούς με σημαντική στένωση του αυλού και επαναλαμβανόμενες οξείες γωνίες, εφόσον δεν υπάρχουν σημεία οξείας φλεγμονής.
- Σε λεπτόσωμες ασθενείς, σε ασθενείς με προηγούμενη επώδυνη εξέταση ή όταν προβλέπεται ανάγκη ελαχιστοποίησης της διάτασης του αριστερού κόλου. Ως προς τον πόνο, τα βιβλιογραφικά δεδομένα είναι ισχυρότερα για μικρού διαμετρήματος/ultraslim όργανα και κυρίως σε εξετάσεις χωρίς την χορήγηση μέθης / καταστολής.
- Ως άμεσα διαθέσιμο όργανο σε κάθε μονάδα που

εκτελεί μεγάλο όγκο κολονοσκοπήσεων, ώστε, σε περίπτωση δυσκολίας ή αδυναμίας ολοκλήρωσης της εξέτασης, η αλλαγή να γίνεται νωρίς και όχι μετά από παρατεταμένους, πιθανόν τραυματικούς χειρισμούς

Πότε δεν είναι η καλύτερη πρώτη επιλογή;

Σε ένα κόλον που είναι μακρύ σε μήκος, η μικρότερη αξονική ακαμψία μπορεί να οδηγήσει σε πρώιμο και επαναλαμβανόμενο σχηματισμό βρόχων. Σε αυτή την περίπτωση, ένα συμβατικό κολονοσκόπιο, συχνά με μεταβλητή σκληρότητα, μπορεί να προσφέρει καλύτερη μετάδοση της προωθητικής δύναμης και μεγαλύτερη σταθερότητα. Ταυτόχρονα, **μικρότερη διάμετρος δεν σημαίνει άδεια διάβασης μιας στένωσης**. Σε ύποπτη νεοπλασματική στένωση, ενεργό εκκολπωματίτιδα, σοβαρή φλεγμονή ή όταν υπάρχει σταθερή αντίσταση χωρίς καθαρή οπτική πορεία, η προώθηση διακόπτεται.



Το ενδοσκόπιο δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιείται ως διαστολέας.

Τεχνική εισαγωγής: τα κρίσιμα Tips & Tricks (με έμφαση στο παιδιατρικό κολονοσκόπιο)

Tip 1 – Νερό αντί CO₂ στο δύσκολο σιγμοειδές

Η υδροβοηθούμενη εισαγωγή του ενδοσκοπίου — με water immersion ή water exchange ανάλογα με την τεχνική του ενδοσκοπίου — μειώνει τη διάταση, κρατά το αριστερό κόλον βραχύτερο και συχνά αμβλύνει τις γωνίες. Αναρροφήστε τον υπολειπόμενο αέρα πριν ξεκινήσετε. Εγχύστε μικρές ποσότητες νερού μόνο όσο χρειάζεται για να αναγνωριστεί ο αυλός και αναρροφήστε υγρό και υπολείμματα συστηματικά. Αν απαιτείται εμφύσηση αερίου, προτιμήστε μικρές ποσότητες CO₂. Η υπερβολική εμφύσηση CO₂ και η επακόλουθη υπερδιάταση μετατρέπει μια οξεία γωνία σε ακόμη οξύτερη και αυξάνει τον σχηματισμό βρόχων.

Tip 2 – Χρησιμοποιείτε χειρισμούς στροφής (torque steering) και περιστροφή του σωλήνα εισαγωγής

Μην πιέζετε δυνατά προς τα εμπρός επιμηκύνοντας το σιγμοειδές κόλον πάνω στο όργανο. Κρατήστε το άπω άκρο του ενδοσκοπίου στο κέντρο του αυλού και συνδυάστε μικρές κινήσεις των κοχλιών του ενδοσκοπίου με ήπια ροπή του στελέχους. Η προώθηση πρέπει να επιχειρείται μόνο εφόσον ο εντερικός αυλός είναι ορατός. Σε σημείο «red-out», απώλεια ορατού αυλού ή σταθερή αντίσταση: σταματήστε, αναρροφήστε, αποσύρετε λίγα εκατοστά και προσπαθήστε εκ νέου. Η βαθιά καταστολή μειώνει τον πόνο, όχι όμως τις μηχανικές δυνάμεις στο έντερο.

Tip 3 – Ανατάξτε τους βρόχους νωρίς και συχνά

Μόλις η διέλευση μέσω μιας γωνίας επιτευχθεί, αποσύρετε ήπια με ταυτόχρονη ροπή (γύρω από τον επιμήκη άξονα του ενδοσκοπίου) ώστε να βραχυνθεί το σιγμοειδές και να «ευθείαστεί» το ενδοσκόπιο. Αν προωθείτε το ενδοσκόπιο χωρίς να παρατηρείτε αντίστοιχη

πρόοδο της άκρης του ενδοσκοπίου στην οθόνη, μην προωθείτε άλλο: αποσύρετε μέχρι να αποκατασταθεί η άμεση μετάδοση, 1:1, μεταξύ χεριού και εικόνας.

Tip 4 – Ενεργοποιήστε τη μεταβλητή σκληρότητα μετά την ανάταξη

Εάν το ενδοσκόπιο παρέχει την δυνατότητα μεταβολής της σκληρότητας, χρησιμοποιήστε τη μαλακή ρύθμιση για εύκολη διέλευση από τις οξείες γωνίες. Αφότου ανατάξετε πιθανούς βρόχους και ευθείαστε το ενδοσκόπιο, αυξήστε σταδιακά τη σκληρότητα για να περιορίσετε την επαναδημιουργία τους. Εάν ο μηχανισμός ενεργοποιηθεί ενώ υπάρχει ήδη βρόχος, απλώς σταθεροποιεί μια δυσμενή διαμόρφωση και δυσχεραίνει την περαιτέρω προώθηση του ενδοσκοπίου

Tip 5 – Εφαρμόστε πίεση στην κοιλιακή χώρα και αλλάξτε τη θέση του ασθενούς στοχευμένα

Η γενικευμένη άσκηση κοιλιακής πίεσης έχει μικρή αξία. Εφαρμόστε πίεση μόνο αφού αναγνωριστεί ψηλαφητικά η θέση του βρόχου και κατά την απόσυρση/επανεισαγωγή του ενδοσκοπίου. Ενδεικτικά, συστήνεται συνήθως κοιλιακή πίεση στο αριστερό κάτω τεταρτημόριο ή υπερηβικά για βρόχο στο σιγμοειδές, ενώ σ' ένα εγκάρσιο, που βυθίζεται χαμηλά στην κοιλιακή χώρα, θα διευκολύνει τον ενδοσκόπιο η πίεση στο ανώτερο τμήμα του υπογαστρίου και περιομφαλικά. Αντίστοιχα συστήνονται στοχευμένες αλλαγές της θέσης του ασθενούς (σε ύπτια, δεξιά πλάγια ή ακόμη και πρηνή θέση) ανάλογα με το τμήμα του και τις εκάστοτε συνθήκες.

Tip 6 – Η επιτυχία καθετηριασμού του τυφλού δεν αρκεί

Η απόσυρση με παιδιατρικό κολονοσκόπιο πρέπει να πληροί τα ίδια κριτήρια ποιότητας: επαρκής καθαρισμός, πλήρης διάταση κατά τμήματα, προσεκτική επισκόπηση πίσω από πτυχές και φωτογραφική τεκμηρίωση του τυφλού. Η μικρότερη διάμετρος του παιδιατρικού κολονοσκοπίου μπορεί να μειώσει τη σταθερότητα σε περίπτωση που απαιτείται κάποια διαγνωστική / θεραπευτική παρέμβαση ή να αυξήσει την απόσταση



Tips & Tricks

ΧΡΗΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΙΟΥ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ:
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ, ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

από τον βλεννογόνο σε ευρύ αυλό. Χρησιμοποιήστε ελεγχόμενη αναρρόφηση, αλλαγές θέσης και ήπια ροπή για να σταθεροποιήσετε την γωνία προσέγγισής σας. Τα περισσότερα σύγχρονα παιδιατρικά κολονοσκόπια επιτρέπουν βιοψίες, ψυχρή ή θερμή πολυπεκτομή, τοποθέτηση clips και βασική αιμόσταση. Ωστόσο, η διάμετρος του καναλιού, η ισχύς αναρρόφησης, η δυνατότητα ταυτόχρονης έκπλυσης και η σταθερότητα του σωλήνα εισαγωγής διαφέρουν από μοντέλο σε μοντέλο. Εάν υπάρχει αυξημένη πιθανότητα αποτυχίας σε οποιοδήποτε από τα βήματα κάποια θεραπευτικής παρέμβασης, προέχει η ακριβής φωτοτεκμηρίωση, η χαρτογράφηση της θέσης και ο προγραμματισμός θεραπείας με κατάλληλο όργανο.

Συχνές παγίδες (Pitfalls)

Είναι λάθος:

- Να θεωρείται το παιδιατρικό κολονοσκόπιο «η εύκολη λύση για όλους». Σε μη επιλεγμένους ασθενείς, οι μελέτες δεν δείχνουν σταθερό πλεονέκτημα έναντι του συμβατικού οργάνου.
- Να συνεχίζεται η προώθηση του ενδοσκοπίου επειδή η μικρή διάμετρος δημιουργεί ψευδή αίσθηση ασφάλειας. Δεν έχει αποδειχθεί ότι η χρήση παιδιατρικού κολονοσκοπίου μειώνει τον κίνδυνο διάτρησης.
- Να ενεργοποιείται νωρίς η μεταβλητή σκληρότητα, πριν αναταχθεί ο βρόχος.
- Να χρησιμοποιείται υπερβολική εμφύσηση για να «φανεί καλύτερα» ο αυλός στο γωνιωμένο σιγμοειδές.
- Να αποδίδεται η δυσκολία στην προώθηση του ενδοσκοπίου πάντα σε κάποια έντονη γωνίωση του εντερικού αυλού. Η διαφορά μεταξύ καθηλωμένου σιγμοειδούς και δολιχόκολου είναι που καθορίζει το αν χρειαζόμαστε λεπτότερο ή σταθερότερο όργανο.
- Να αγνοούνται οι θεραπευτικές απαιτήσεις. Ένα όργανο που φθάνει στο τυφλό δεν είναι κατ' ανάγκην το καλύτερο όργανο για μια σύνθετη εκτομή.

- Να θεωρείται η βαθιά καταστολή υποκατάστατο της σωστής τεχνικής. Η καταστολή μειώνει την αντίληψη του πόνου, όχι τις μηχανικές δυνάμεις στο έντερο.

Τι δείχνει συνολικά η βιβλιογραφία;

Η βιβλιογραφία υποστηρίζει κυρίως μια επιλεκτική και όχι καθολική χρήση. Σε παλαιότερη προοπτική σειρά, όταν το συμβατικό κολονοσκόπιο δεν μπορούσε να περάσει ένα καθηλωμένο, έντονα γωνιωμένο σιγμοειδές ή κάποια στένωση, το παιδιατρικό επέτρεψε ολοκλήρωση σε 21 από 36 περιπτώσεις. Σε τυχαίοποιημένη μελέτη 363 ασθενών, τα ποσοστά καθετηριασμού του τυφλού με παιδιατρικό μεταβλητής σκληρότητας, συμβατικό παιδιατρικό και συμβατικό κολονοσκόπιο ενηλίκων δεν διέφεραν στατιστικά, αλλά η αλλαγή οργάνου αύξησε τη συνολική ολοκλήρωση από 93% σε 97%. Η άμεση αλλαγή σε μικρού διαμετρήματος κολονοσκόπιο μεταβλητής σκληρότητας, μετά από αποτυχία συμβατικού οργάνου οδήγησε σε επιτυχή ολοκλήρωση της ενδοσκοπικής σε 51 από 52 περιπτώσεις σε μία μελέτη.

Τυχαίοποιημένες μελέτες με μικρού διαμετρήματος ή ultraslim ενδοσκόπια καταγράφουν συχνά λιγότερο πόνο, ιδίως σε γυναίκες ασθενείς και σε εξετάσεις χωρίς καταστολή, χωρίς εμφανή μείωση στα ποσοστά ανίχνευσης αδενωμάτων. Επίσης αρκετά από αυτά τα ενδοσκόπια είναι μεν σαφώς λεπτότερα αλλά ταυτόχρονα διαθέτουν ειδικές τεχνολογίες παθητικής κάμψης ή μετάδοσης πίεσης, οπότε η επίδοση δεν εξαρτάται μόνο από την ετικέτα «παιδιατρικό». Η πρόσφατη μελέτη RACE σε παχύσαρκους ασθενείς επιβεβαιώνει ότι, στα χέρια έμπειρων ενδοσκοπών και σε μη δύσκολες εξετάσεις, το παιδιατρικό/slim όργανο είναι τουλάχιστον ισοδύναμο, όχι όμως αποδεδειγμένα ανώτερο, από το συμβατικό

Συμπέρασμα

Η κολονοσκόπηση ενηλίκων με παιδιατρικό κολονοσκόπιο είναι αποτελεσματική όταν χρησιμοποιείται ως στοχευμένη απάντηση σε συγκεκριμένη ανατομική δυσκολία. Το όφελός του είναι μεγαλύτερο στο στενό,



έντονα γωνιωμένο και καθηλωμένο σιγμοειδές, ενώ η χρήση του ως καθολικού «εύκολου» ενδοσκοπίου αγνοεί το βασικό του μειονέκτημα: τη μεγαλύτερη τάση σχηματισμού βρόχων σε περίπτωση δολιχόκολου. Η σωστή επιλογή ασθενούς, η χρήσης νερού αντί της υπερβολικής εμφύσησης CO₂, η καθοδήγηση με ροπή, η πρώιμη ανάταξη, η στοχευμένη κοιλιακή πίεση και η έγκαιρη αλλαγή στρατηγικής μετατρέπουν το παιδιατρικό κολονοσκόπιο από εφεδρικό όργανο σε ένα ουσιαστικό εργαλείο ποιότητας και ασφάλειας.

Βιβλιογραφία

1. Rex DK, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2024;100(3):352-381.
2. Trindade AJ, et al. Devices and methods to improve colonoscopy completion (with videos). *Gastrointest Endosc.* 2018;87(3):625-634.
3. Rex DK. How I approach colonoscopy in anatomically difficult colons. *Am J Gastroenterol.* 2020;115(2):151-154.
4. Rex DK. Achieving cecal intubation in the difficult colon (with videos). *Gastrointest Endosc.* 2022;95(3):568-572.
5. Marshall JB. Use of a pediatric colonoscope improves the success of total colonoscopy in selected adult patients. *Gastrointest Endosc.* 1996;44(6):675-678.
6. Saifuddin T, et al. Usefulness of a pediatric colonoscope for colonoscopy in adults. *Gastrointest Endosc.* 2000;51(3):314-317.
7. Marshall JB, et al. Usefulness of a pediatric colonoscope for routine colonoscopy in women who have undergone hysterectomy. *Gastrointest Endosc.* 2002;55(7):838-841.
8. Shumaker DA, et al. A randomized controlled trial in a training institution comparing a pediatric variable stiffness colonoscope, a pediatric colonoscope, and an adult colonoscope. *Gastrointest Endosc.* 2002;55(2):172-179.
9. Horiuchi A, et al. Usefulness of a small-caliber, variable-stiffness colonoscope as a backup in patients with difficult or incomplete colonoscopy. *Am J Gastroenterol.* 2004;99(10):1936-1940.
10. Sato K, et al. A prospective randomized study on the benefits of a new small-caliber colonoscope. *Endoscopy.* 2012;44(8):746-753.
11. Hamada Y, et al. Efficacy of a small-caliber colonoscope for pain in female patients during unsedated colonoscopy: a randomized controlled study. *Endosc Int Open.* 2021;9(7):E1055-E1061.
12. Sato K, et al. A prospective randomized study of the use of an ultrathin colonoscope versus a pediatric colonoscope in sedation-optional colonoscopy. *Surg Endosc.* 2017;31(12):5150-5158.



How to do it

ΟΡΘΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ

Γεώργιος Τσιώνης, Γαστρεντερολόγος, Certified Υπερηχογραφιστής πεπτικού συστήματος Level I (DEGUM, DE), Γαστρεντερολογική Διάγνωση Σερρών

Εισαγωγή

Η χρόνια δυσκοιλιότητα αποτελεί ένα από τα συχνότερα συμπτώματα στην καθημερινή γαστρεντερολογική πράξη, με σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής και με συνέπεια την συχνή χρήση υπηρεσιών υγείας. Παρά τη φαινομενική απλότητά της, δεν πρόκειται για μία ενιαία κλινική οντότητα. Για ορισμένους ασθενείς δυσκοιλιότητα σημαίνει αραιές, σε συχνότητα, κενώσεις, ενώ για άλλους σκληρά κόπρανα, αίσθημα ατελούς κένωσης, μετεωρισμός, δυσχεσία ή ακόμη και ανάγκη δακτυλικών χειρισμών για να επιτευχθεί η αφόδευση. Οι επικαιροποιημένες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Γαστρεντερολογίας (WGO) τονίζουν ακριβώς αυτή τη διαφορά ανάμεσα στον ιατρικό ορισμό και στην ευρύτερη συμπτωματολογία, που περιγράφουν οι ασθενείς.

Η ορθή αντιμετώπιση δεν ξεκινά με τη συνταγογράφηση καθαρτικού, αλλά προηγουμένως με τη σωστή αποσαφήνιση των συμπτωμάτων, την αναζήτηση δευτεροπαθών αιτιών, την κλινική και δακτυλική εξέταση και την επιλογή θεραπειάς ανάλογα με τον υποκείμενο αιτιολογικό μηχανισμό. Τα τελευταία χρόνια έχουν δημοσιευθεί σημαντικές νεότερες διεθνείς οδηγίες για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της χρόνιας ιδιοπαθούς δυσκοιλιότητας και τη συνολική προσέγγιση ενήλικων ασθενών, όπως η κοινή οδηγία AGA-ACG 2023 και η WGO Practice Guideline 2025.

Αν επιχειρούσε κανείς να συνοψίσει τα πιο σημαντικά σημεία στην διαχείριση των ασθενών με χρόνια δυσκοιλιότητα, θα κατέληγε στις ακόλουθες συμβουλές:

1. Ορίστε σωστά το πρόβλημα

Το πρώτο βήμα είναι να ζητηθεί από τον ασθενή να περιγράψει τι εννοεί ο ίδιος ως δυσκοιλιότητα. Η ερώτηση «πόσες φορές την εβδομάδα έχετε κένωση;» δεν αρκεί. Πρέπει να διερευνώνται η μορφή των κοπράνων, η ανάγκη προσπάθειας για την αφόδευση, η διάρκεια παραμονής στην τουαλέτα, το αίσθημα ατελούς κένωσης, η ανάγκη χειρισμών, η χρήση καθαρτικών ή υποκλυσμών και η παρουσία κοιλιαλγίας/κοιλιακής δυσφορίας.

Ιδιαίτερα χρήσιμη είναι σε αυτή την περίπτωση η χρήση της **κλίμακας αξιολόγησης σύστασης κοπράνων Bristol**, διότι βοηθά τον ασθενή και τον ιατρό να περιγράψουν με κοινή γλώσσα τη σύσταση των κοπράνων (Εικόνα 1). Παράλληλα, πρέπει να γίνεται διάκριση μεταξύ χρόνιας ιδιοπαθούς/λειτουργικής δυσκοιλιότητας και συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου με δυσκοιλιότητα (IBS-C), όπου το υποτροπιάζον κοιλιακό άλγος αποτελεί κεντρικό σύμπτωμα.

2. Αναζητήστε εξαρχής οργανικά, φαρμακευτικά και μεταβολικά αίτια

Η δυσκοιλιότητα δεν πρέπει να χαρακτηρίζεται ιδιοπαθής/λειτουργική πριν αποκλειστούν προφανή δευτεροπαθή αίτια. Το ιστορικό πρέπει να περιλαμβάνει προηγούμενες επεμβάσεις (συμπεριλαμβανομένου του μαιευτικού ιστορικού για τις γυναίκες), νευρολογικά νοσήματα, ενδοκρινολογικά και μεταβολικά αίτια, επίπεδο σωματικής δραστηριότητας, διαιτητικές συνήθειες και λήψη φαρμάκων.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται σε φάρμακα όπως οπιοειδή, αντιχολινεργικά, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωσικά, σκευάσματα σιδήρου, ασβεστίου, ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου, διουρητικά, αντιδιαρροϊκά κ.α. (Πίνακας 1). Ειδικά η δυσκοιλιότητα από οπιοειδή (Opioid-Induced Constipation, OIC) αποτελεί ξεχωριστή οντότητα και απαιτεί ειδική θεραπευτική αντιμετώπιση.

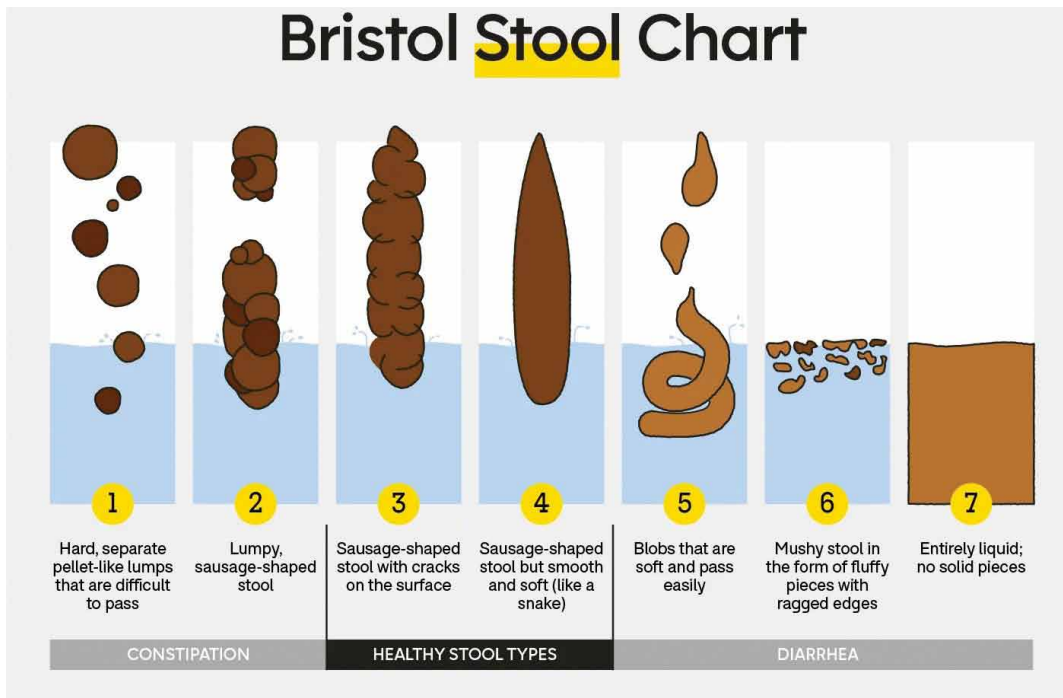
3. Μην παραλείπετε τη δακτυλική εξέταση

Η φυσική εξέταση, και ειδικά η δακτυλική εξέταση του ορθού, παραμένει θεμελιώδες βήμα. Μπορεί να αποκαλύψει κοπρόσταση, την παρουσία αιματηρού περιεχομένου, κάποια ψηλαφητή μάζα, πρόπτωση του ορθού ή ορθοκήλη, αυξημένο ή μειωμένο τόνο σφιγκτήρα, ανεπαρκή προωθητική δύναμη ή παράδοξη σύσπαση κατά την προσπάθεια αφόδευσης και βεβαίως παθήσεις του πρωκτού, όπως η αιμορροϊδοπάθεια ή η ραγάδα του πρωκτικού δακτυλίου.

Η εξέταση πρέπει να είναι δυναμική: ο ασθενής πρέπει να καλείται να σφίξει και στη συνέχεια να προσπαθήσει να

How to do it

ΟΡΘΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ



Εικόνα 1. Bristol Stool Form Scale: Ταξινόμηση των κοπράνων σε 7 τύπους, βάσει της σύστασής τους.

αφοδεύσει, ώστε να εκτιμηθεί η χάλασση του σφιγκτήρα, η κάθοδος του περινέου και η συνεργασία των μυών του πυελικού εδάφους.

4. Αναζητήστε συμπτώματα & σημεία συναγερμού και προχωρήστε άμεσα σε κολονοσκόπηση

Η κολονοσκόπηση δεν αποτελεί εξέταση ρουτίνας για κάθε ασθενή με χρόνια δυσκοιλιότητα. Ενδείκνυται όταν υπάρχουν σημεία συναγερμού ή όταν ο ασθενής πρέπει ούτως ή άλλως να υποβληθεί σε προληπτικό έλεγχο καρκίνου παχέος εντέρου.

Σημεία συναγερμού είναι η σιδηροπενική αναιμία, η αιμορραγία από το ορθό, η ανεξήγητη απώλεια βάρους, η πρόσφατη μεταβολή των κενώσεων, η αιφνίδια έναρξη της συμπτωματολογίας, ειδικά σε μεγαλύτερη ηλικία, η ψηλαφητή μάζα, ο πυρετός, τα νυκτερινά συμπτώματα και το ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου ή ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου.

5. Εκπαιδεύστε τον ασθενή και θέστε ρεαλιστικούς θεραπευτικούς στόχους

Ο στόχος δεν είναι απαραίτητα η καθημερινή κένωση. Ρεαλιστικός στόχος είναι η επίτευξη άνετων, ολοκληρωμένων κενώσεων, με μαλακά σχηματισμένα κόπρανα και χωρίς υπερβολική προσπάθεια.

Συνιστάται:

- να αξιοποιείται το γαστροκολικό αντανακλαστικό με προσπάθεια αφόδευσης μετά το πρωινό ή άλλο κύριο γεύμα,
- να αποφεύγεται η αναβολή της ανάγκης για αφόδευση,
- να περιορίζεται η παρατεταμένη παραμονή στην τουαλέτα,
- να υιοθετείται σωστή στάση με ανύψωση των ποδιών και κάμψη των ισχίων,
- να ενισχύεται η φυσική δραστηριότητα, ιδίως σε ηλικιωμένους ή καθιστικούς ασθενείς.

Η αύξηση της πρόσληψης νερού είναι σκόπιμη όταν η



How to do it

ΟΡΘΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Φάρμακα που σχετίζονται με δυσκοιλιότητα.

Φάρμακα που σχετίζονται με δυσκοιλιότητα
Αναλγητικά • Οπιοειδή • ΜΣΑΦ
Αναστολείς αντλίας πρωτονίων
Αντιχολινεργικά αντισπασμωδικά (ατροπίνη, σκοπολαμίνη, βουτυλοσκοπολαμίνη, μεθυλοσκοπολαμίνη, τριμεβουτίνη, πιναβέριο, μεμπεβερίνη, παπαβερίνη)
Αντικαταθλιπτικά (τρικυκλικά, εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, κ.ά.)
Αγχολυτικά και υπνωτικά (βενζοδιαζεπίνες, κ.ά.)
Αντιψυχωσικά και νευροληπτικά (βουτυροφαινόνη, φαινοθειαζίνες, βαρβιτουρικά, κ.ά.)
Αντιεπιληπτικά (καρβαμαζεπίνη, φαινυτοΐνη, κλοναζεπάμη, αμανταδίνη, κ.ά.)
Αντιπαρκινσονικά φάρμακα (βρωμοκρυπτίνη, λεβοντόπα, βιπεριδίνη, κ.ά.)
Αντιυπερτασικά • Αναστολείς διαύλων ασβεστίου • Διουρητικά: φουροσεμίδα • Αντιαρρυθμικοί παράγοντες: κινιδίνη και παράγωγα
Δεσμευτικά χολικών αλάτων
Διφωσφονικά
Αδρενεργικά φάρμακα
Φάρμακα που περιέχουν κατίοντα (π.χ. σουκραλφάτη, αντιόξινα που περιέχουν αλουμίνιο, συμπληρώματα σιδήρου, λίθιο, βισμούθιο και ασβέστιο)
Αντιδιαρροϊκά φάρμακα
Αντισταμινικά έναντι H1 υποδοχέων
Αντιβηχικά (κωδεΐνη)
Κυτταροστατικά

πρόσληψη υγρών είναι χαμηλή ή υπάρχει αφυδάτωση, αλλά η υπερβολική κατανάλωση νερού δεν αρκεί από μόνη της ως θεραπεία.

6. Χρησιμοποιήστε τις φυτικές ίνες εξατομικευμένα

Οι φυτικές ίνες παραμένουν θεραπεία πρώτης γραμμής, κυρίως όταν η διατροφική πρόσληψη είναι χαμηλή. Ωστόσο, δεν είναι όλες οι φυτικές ίνες ίδιες και δεν είναι όλοι οι ασθενείς κατάλληλοι υποψήφιοι για αύξηση της ποσότητας κατανάλωσης αυτών.

Οι προαναφερόμενες κατευθυντήριες οδηγίες των AGA-ACG δίνουν, υπό όρους, σύσταση για χρήση συμπληρωμάτων φυτικών ινών στη χρόνια ιδιοπαθή δυσκοιλιότητα, ιδιαίτερα σε ασθενείς με χαμηλή πρό-

σληψη ινών. Οι νεότερες διατροφικές οδηγίες της British Dietetic Association του 2025 έρχονται να ενισχύσουν την ανάγκη για πιο στοχευμένη, evidence-based διατροφική προσέγγιση και όχι περιορισμό απλώς στη γενική οδηγία «καταναλώστε περισσότερες φυτικές ίνες και νερό».

Στην πράξη:

- διαλυτές φυτικές ίνες, όπως το ψύλλιο, είναι συνήθως προτιμότερες,
- η αύξηση πρέπει να γίνεται σταδιακά, και
- πρέπει να προειδοποιείται ο ασθενής για πιθανό μετεωρισμό.

Σε ασθενείς με έντονο φούσκωμα, IBS-C ή σύνδρομο δυσχερούς αφόδευσης, η υπερβολική αύξηση ινών μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα.



7. Κλιμακώστε τη φαρμακευτική θεραπεία με βάση τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες

Η κοινή οδηγία των AGA-ACG του 2023 αξιολόγησε 10 φαρμακολογικές παρεμβάσεις για ενήλικες με χρόνια ιδιοπαθή δυσκοιλιότητα. Ισχυρή σύσταση δίνεται για την πολυαιθυλενογλυκόλη (PEG), τη βισακοδύλη, το πικοθειικό νάτριο, την προουκαλοπρίδη, καθώς και τις λινακλοτίδη και πλεκανατίδη, οι οποίες βέβαια δεν κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά. Υπό όρους σύσταση δίνεται για τις φυτικές ίνες, το οξείδιο του μαγνησίου, τη λακτουλόζη και τη σέννα.

Πρακτικά, η φαρμακευτική κλιμάκωση μπορεί να γίνει ως εξής:

- **Βήμα 1°:** διαλυτές φυτικές ίνες, όταν είναι ανεκτές και υπάρχει χαμηλή πρόσληψη ινών.
- **Βήμα 2°:** οσμωτικό καθαρτικό, με κύρια επιλογή την πολυαιθυλενογλυκόλη. Η λακτουλόζη παραμένει εναλλακτική, αλλά συχνά προκαλεί περισσότερο μετεωρισμό.
- **Βήμα 3°:** διεγερτικό καθαρτικό ως θεραπεία διάσωσης ή ως μέρος οργανωμένου σχήματος. Η βισακοδύλη, το πικοθειικό νάτριο και η σέννα έχουν θέση, με τιτλοποίηση της δόσης και αποφυγή ανεξέλεγκτης χρήσης λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών, που συχνά συνοδεύουν τη μακροχρόνια χρήση τους.
- **Βήμα 4°:** επι ανεπαρκούς ανταπόκρισης, χρήση νεότερων παραγόντων όπως η προουκαλοπρίδη, η λινακλοτίδη, η πλεκανατίδη ή η λουβιπροστόνη, ανάλογα με τη διαθεσιμότητα, τις εγκεκριμένες ενδείξεις, το κόστος και το προφίλ του ασθενούς.

8. Μην αντιμετωπίζετε τη δυσσυνέργεια μόνο με καθαρτικά

Σε ασθενείς με επίμονη δυσκοιλιότητα παρά την κατάλληλη θεραπεία, το κρίσιμο ερώτημα είναι αν υπάρχει διαταραχή της αφόδευσης. Οι τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Νευρογαστρεντερολογίας και Κινητικότητας (ESNM)

παρέχουν πρακτικούς αλγορίθμους για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της λειτουργικής δυσκοιλιότητας των ενηλίκων.

Η λειτουργική αξιολόγηση περιλαμβάνει:

- την ορθοπρωκτική μανομετρία,
- την δοκιμασία αποβολής ενδοορθικού μπαλονιού,
- την αφοδευογραφία όταν υπάρχει υποψία ανατομικής ή λειτουργικής διαταραχής εξόδου, και
- την μελέτη του χρόνου εντερικής διέλευσης εφόσον η λειτουργία αφόδευσης είναι φυσιολογική.

Η θεραπεία εκλογής για τη δυσσυνεργική αφόδευση είναι η **βιοανάδραση**. Τα καθαρτικά μπορούν να μαλακώσουν τα κόπρανα, αλλά δεν διορθώνουν τον λανθασμένο συντονισμό του πυελικού εδάφους.

9. Αναγνωρίστε την κοπρόσταση και την ψευδοδιάρροια

Η παρουσία υδαρών ή μαλακών κενώσεων δεν αποκλείει τη δυσκοιλιότητα. Σε ηλικιωμένους, νευρολογικούς ασθενείς ή ασθενείς με περιορισμένη κινητικότητα, η αποβολή υδαρών κοπράνων ή ακόμη και η ακράτεια μπορεί να οφείλεται σε υπερχειλίση γύρω από κοπρόσταση. Η χορήγηση αντιδιαρροϊκών χωρίς δακτυλική εξέταση μπορεί να επιδεινώσει περαιτέρω την κατάσταση. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει, σε αυτή την περίπτωση, την απομάκρυνση της κοπρανώδους μάζας και στη συνέχεια την πρόληψη της υποτροπής με σωστό θεραπευτικό σχήμα.

10. Περιορίστε τη χειρουργική θεραπεία σε εξαιρετικά επιλεγμένες περιπτώσεις

Η χειρουργική θεραπεία της χρόνιας δυσκοιλιότητας είναι εξαιρετικά σπάνια ενδεδειγμένη και πρέπει να αποφασίζεται μόνο μετά από πλήρη λειτουργικό έλεγχο. Πριν από οποιαδήποτε επέμβαση πρέπει να έχει τεκμηριωθεί ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός, να έχει αποκλειστεί ή θεραπευτεί η δυσσυνέργεια και να έχει αποτύχει η συντηρητική/φαρμακευτική θεραπεία.



How to do it

ΟΡΘΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ

Η παρουσία ορθοκλήλης ή πρόπτωσης του ορθού, τόσο εξωτερικής όσο και εσωτερικής (εγκολεασμός ορθού) στην αφοδευογραφία δεν αποτελεί από μόνη της ένδειξη επέμβασης. Το εύρημα πρέπει να συσχετίζεται σαφώς με τα συμπτώματα του ασθενούς.

Πρακτικός αλγόριθμος

Αρχική αξιολόγηση

1. Ορισμός του συμπτώματος με τα λόγια του ασθενούς.
2. Κλίμακα Bristol και ημερολόγιο κενώσεων.
3. Αναζήτηση κοιλιακού άλγους και διάκριση από IBS-C.
4. Φαρμακευτικό, μεταβολικό, νευρολογικό και χειρουργικό ιστορικό.
5. Δακτυλική εξέταση σε ηρεμία και κατά την προσπάθεια αφόδευσης.
6. Έλεγχος σημείων συναγερμού.
7. Διενέργεια κολονοσκόπησης ή/και εργαστηριακού ελέγχου όταν υπάρχει ένδειξη.

Αρχική θεραπεία

1. Εκπαίδευση του ασθενούς και ρεαλιστικοί στόχοι.
2. Διόρθωση υποκείμενων αιτιών και διακοπή/αλλαγή υπεύθυνων φαρμάκων
3. Αύξηση της πρόσληψης υγρών, όταν αυτή είναι ελλιπής.
4. Σταδιακή χρήση διαλυτών φυτικών ινών, όταν είναι ανεκτές.
5. Πολυαιθυλενογλυκόλη (PEG) ως βασική επιλογή οσμωτικού καθαρτικού.
6. Διεγερτικά καθαρτικά ως θεραπεία διάσωσης ή στα πλαίσια οργανωμένου φαρμακευτικού σχήματος
7. Νεότεροι παράγοντες σε ανεπαρκή ανταπόκριση.

Σε αποτυχία θεραπείας

1. Επιβεβαίωση συμμόρφωσης και επαρκούς διάρκειας θεραπείας.
2. Επανάληψη δακτυλικής εξέτασης.
3. Επανελέγχος της ένδειξης διενέργειας κολονοσκόπησης
4. Ορθοπρωκτική μανομετρία και δοκιμασία αποβολής ενδοορθικού μπαλονιού.
5. Αφοδευογραφία, όταν υπάρχει ένδειξη.
6. Έλεγχος χρόνου εντερικής διέλευσης.
7. Βιοανάδραση σε δυσσυνέργεια πυελικού εδάφους
8. Χειρουργική εκτίμηση μόνο σε αυστηρά επιλεγμένους ασθενείς.

Συμπέρασμα

Η χρόνια δυσκοιλιότητα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια πολυπαραγοντική κατάσταση και όχι ως μια απλή μείωση της συχνότητας των κενώσεων. Η σωστή προσέγγιση αρχίζει με ακριβή ορισμό του προβλήματος, πλήρες ιστορικό, δακτυλική εξέταση, αναγνώριση σημείων συναγερμού και τον έλεγχο της ανάγκης διενέργειας κολονοσκόπησης. Η θεραπεία πρέπει να είναι σταδιακή, τεκμηριωμένη και εξατομικευμένη.

Οι νεότερες οδηγίες των AGA-ACG ενισχύουν την evidence-based φαρμακολογική κλιμάκωση, αυτές της WGO υπενθυμίζουν τη σημασία της συνολικής κλινικής προσέγγισης, ενώ οι διαιτητικές οδηγίες της BDA υπογραμμίζουν ότι οι διατροφικές παρεμβάσεις πρέπει να είναι συγκεκριμένες και όχι γενικόλογες.

Βιβλιογραφία

9. Barber C, et al. Mistakes in constipation and how to avoid them. UEG Education. 2022;22:43-46.
10. Serra J, et al. European Society of Neurogastroenterol-

How to do it

ΟΡΘΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ



ogy and Motility guidelines on functional constipation in adults. *Neurogastroenterol Motil.* 2020;32:e13762.

11. Chang L, et al. American Gastroenterological Association-American College of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Pharmacological Management of Chronic Idiopathic Constipation. *Gastroenterology.* 2023;164:1086-1106.
12. Bharucha AE, et al. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. *Gastroenterology.* 2013;144:211-217.
13. Bharucha AE, et al. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology.* 2013;144:218-238.
14. Lacy BE, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology.* 2016;150:1393-1407.e5.
15. Mearin F, et al. Clinical practice guideline: irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in adults. Part 1: Concept, diagnosis and healthcare continuity. *Aten Primaria.* 2017;49:42-55.
16. Mearin F, et al. Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in adults: treatment. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016;108:332-363.
17. Rao SSC. Constipation: evaluation and treatment of colonic and anorectal motility disorders. *Gastroenterol Clin North Am.* 2007;36:687-711.
18. Talley NJ. How to do and interpret a rectal examination in gastroenterology. *Am J Gastroenterol.* 2008;103:820-822.
19. Soh JS, et al. The diagnostic value of a digital rectal examination compared with high-resolution anorectal manometry in patients with chronic constipation and fecal incontinence. *Am J Gastroenterol.* 2015;110:1197-1204.
20. Cho YS, et al. 2022 Seoul Consensus on Clinical Practice Guidelines for Functional Constipation. *J Neurogastroenterol Motil.* 2023;29:271-305.
21. Dimidi E, et al. British Dietetic Association Guidelines for the Dietary Management of Chronic Constipation in Adults. *J Hum Nutr Diet.* 2025;38:e70133.
22. Deb B, et al. Constipation and fecal incontinence in the elderly. *Curr Gastroenterol Rep.* 2020;22:54.



Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

BEPIROVIRSEN: ΜΙΑ ΝΕΑ “ΑΥΓΗ” ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

Χρίστος Παυλίδης, MD, PhD, FEBGH,

Διευθυντής Ηπατο-Γαστρεντερολογικού Τμήματος Γ.Ν. Κέρκυρας

Πρόκειται για μια στιγμή-ορόσημο. Τα ολιγονουκλεοτίδια (antisense oligonucleotides) αποτελούν την πρώτη κατηγορία θεραπείας για τη χρόνια ηπατίτιδα Β με **νέο μηχανισμό δράσης**, μετά την ανάπτυξη των θεραπειών με νουκλεοσιδία/νουκλεοτίδια τη δεκαετία του 1990. Τα αποτελέσματα των τελευταίων μελετών, που παρουσιάζονται σε αυτό το άρθρο, αποτελούν την κορύφωση πολυετούς έρευνας και η ολοκλήρωσή τους με επιτυχία είναι ιδιαίτερα σημαντική. Είναι γεγονός ότι βρισκόμαστε στην αρχή μιας νέας εποχής για τη θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας Β.

Ασθενείς και μεθοδολογία

Στις μελέτες B-Well 1 και 2 εντάχθηκαν ενήλικες με χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV), οι οποίοι λάμβαναν σταθερή θεραπεία με νουκλεοσιδικά/νουκλεοτιδικά ανάλογα (NA) για τουλάχιστον 6 μήνες πριν την ένταξή τους στην μελέτη και για τους οποίους δεν προβλέπονταν αλλαγές στο θεραπευτικό σχήμα κατά τη διάρκεια της μελέτης.¹ Όλοι οι ασθενείς παρουσίαζαν επίπεδα HBsAg που κυμαίνονταν από 100 έως 3000 IU/mL, επίπεδα HBV-DNA μικρότερα από 90 IU/mL και επίπεδα αλανινικής αμινοτρανσφεράσης (ALT) που δεν υπερέβαιναν το διπλάσιο του ανώτατου φυσιολογικού ορίου.

Τα βασικά κριτήρια αποκλεισμού περιλάμβαναν: λήψη θεραπείας που περιείχε ιντερφερόνη εντός των 12 μηνών πριν από τον έλεγχο, ιστορικό κίρρωσης βάσει κριτηρίων που βασίζονταν σε μη επεμβατικούς βιοδείκτες, συλλοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας C, τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) ή τον ιό της ηπατίτιδας D, ιστορικό αγγειίτιδας ή αυτοάνοσης πάθησης, καθώς και αριθμό αιμοπεταλίων μικρότερο από 140.000/cm³.

Οι ασθενείς κατανεμήθηκαν τυχαία σε αναλογία 2:1 για να λάβουν bepirovirsen ή εικονικό φάρμακο (placebo), με στρωματοποίηση βάσει των επιπέδων HBsAg κατά τον έλεγχο επιλογής, 100 έως 1000 IU/mL ή 1000 έως 3000 IU/mL. Το bepirovirsen, σε δόση 300 mg ή το εικονικό

φάρμακο χορηγήθηκε κατά τη διάρκεια των εβδομάδων 1 έως 24 με τη μορφή **εβδομαδιαίων υποδόριων ενέσεων** (δύο ενέσεις ανά χορήγηση), συμπεριλαμβανομένης μιας δόσης εφόδου (loading dose) τις ημέρες 4 και 11 της περιόδου θεραπείας. Όλοι οι ασθενείς λάμβαναν θεραπεία με νουκλεοσιδικά/νουκλεοτιδικά ανάλογα (NA) κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Οι ασθενείς συνέχισαν να λαμβάνουν θεραπεία με NA κατά τη διάρκεια των εβδομάδων 24 έως 48 (στάδιο αποκλειστικής χορήγησης NA), οι κατάλληλοι ασθενείς διέκοψαν τη θεραπεία με NA την εβδομάδα 48.

Για να κριθεί ένας ασθενής κατάλληλος για τη διακοπή της χορήγησης νουκλεοσιδικών/νουκλεοτιδικών αναλόγων (NA) απαιτούνταν επίπεδα HBV DNA κάτω από το κατώτατο όριο ποσοτικοποίησης [LLOQ <20 IU/mL ή μη ανιχνεύσιμα επίπεδα, βάσει της ανάλυσης COBAS (Roche)] και μη ανίχνευση του HBsAg, (βάσει της ανάλυσης Elecsys HBsAg II (Roche), με όριο ανίχνευσης <0,05 IU/mL), από την 24η έως την 46η εβδομάδα, καθώς και τιμή ALT ίση ή μικρότερη από το διπλάσιο του ανώτατου φυσιολογικού ορίου (<2x ULN) και αρνητικό HBeAg κατά την 46η εβδομάδα.

Η ανταπόκριση στη θεραπεία αξιολογήθηκε την 72η εβδομάδα, δηλαδή 24 εβδομάδες μετά τη διακοπή κάθε θεραπείας για τον HBV.

Καταληκτικά σημεία

Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η επίτευξη **«λειτουργικής ίασης»** την εβδομάδα 72, δηλαδή 24 εβδομάδες μετά τη διακοπή όλων των θεραπειών για τη χρόνια λοίμωξη από HBV. Η λειτουργική ίαση ορίστηκε ως διατήρηση επιπέδων HBV DNA κάτω από το κατώτερο όριο ποσοτικοποίησης (LLOQ <20 IU/mL ή μη ανιχνεύσιμο HBV DNA), απώλεια του HBsAg, όπως τεκμηριωνόταν με μη ανιχνεύσιμα επίπεδα στην ποιοτική δοκιμασία (<0,05 IU/mL), και μη χορήγηση θεραπείας διάσωσης.

Αξιολογήθηκαν επίσης τρία βασικά δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία αποτελεσματικότητας με προσαρμογή για πολλαπλές συγκρίσεις: η επίτευξη λειτουργικής ίασης

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

BEPIROVIRSEN: ΜΙΑ ΝΕΑ “ΑΥΓΗ” ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β



την 72η εβδομάδα μεταξύ των ασθενών στην κατηγορία με αρχικά επίπεδα HBsAg (≤ 1.000 IU/mL), η διακοπή της θεραπείας με NA και διατήρηση των επιπέδων HBV DNA κάτω από το LLOQ την 72η εβδομάδα στον συνολικό πληθυσμό της μελέτης, και το ίδιο καταληκτικό σημείο μεταξύ των ασθενών με αρχικά επίπεδα HBsAg ≤ 1.000 IU/mL.

Αποτελέσματα

Το ποσοστό των ασθενών με «λειτουργική ίαση» την 72η εβδομάδα, (πρωτεύον καταληκτικό σημείο) ήταν σημαντικά υψηλότερο με το bepirovirsen σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, τόσο στη μελέτη B-Well, (σε 127 από 650 ασθενείς [20%] έναντι κανενός από τους 328 ασθενείς) όσο και στη μελέτη B-Well 2 (σε 106 από 570 ασθενείς [19%], έναντι κανενός από τους 286 ασθενείς) (Εικόνα 1).

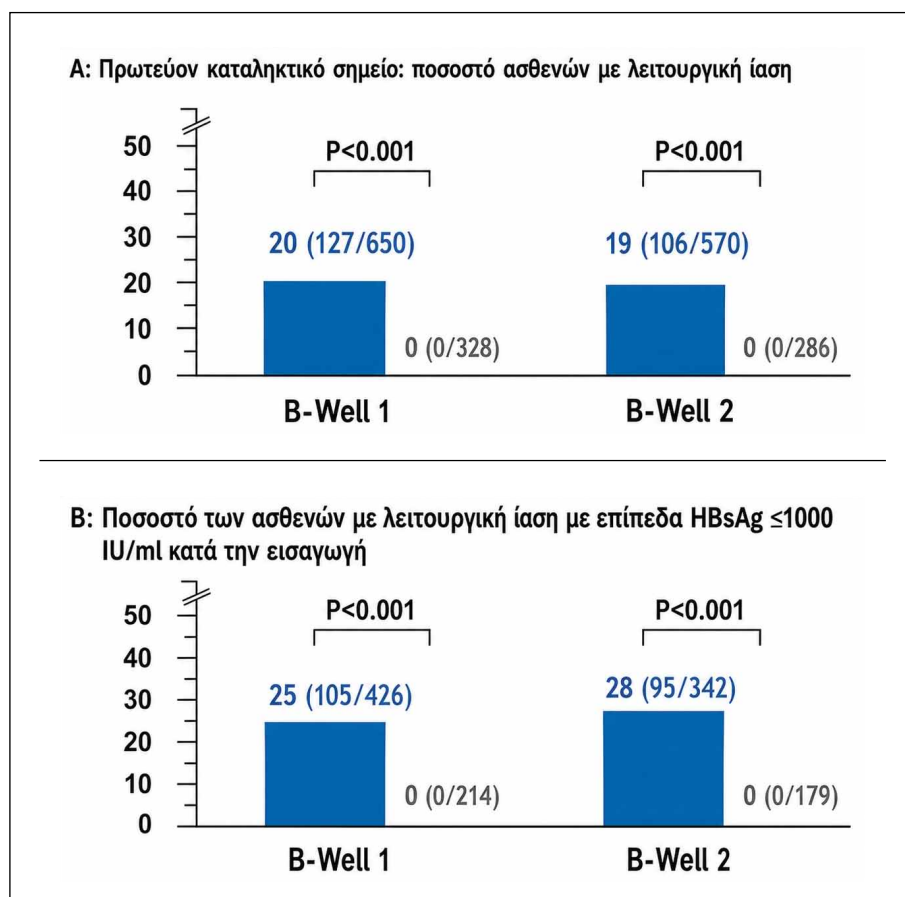
Μεταξύ των ασθενών με αρχικά επίπεδα HBsAg ≤ 1.000 IU/mL, η λειτουργική ίαση επιτεύχθηκε από το 25% των ασθενών που έλαβαν bepirovirsen στη μελέτη B-Well 1 και από το 28% στη μελέτη B-Well 2, έναντι 0% στις αντίστοιχες ομάδες του εικονικού φαρμάκου. Η ανάλυση αυτή αποτελούσε βασικό δευτερεύον καταληκτικό σημείο των μελετών (Εικόνα 1).

Στην υποομάδα των ασθενών με αρχικά επίπεδα HBsAg > 1.000 έως ≤ 3.000 IU/mL, τα αντίστοιχα ποσοστά λειτουργικής ίασης ήταν περίπου 10% στη μελέτη B-Well 1 και 5% στη μελέτη B-Well 2 με το bepirovirsen, έναντι 0% με το εικονικό φάρμακο.

Ασφάλεια

Από την 1η έως την 24η εβδομάδα (περίοδος θεραπείας), αναφέρθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες στο 89%

Εικόνα 1. Λειτουργική ίαση την εβδομάδα 72 και δευτερεύοντα αποτελέσματα με βάση τα επίπεδα του HBsAg στην εισαγωγή.





Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

BEPIROVIRSEN: ΜΙΑ ΝΕΑ “ΑΥΓΗ” ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

των ασθενών στις ομάδες του bepirovirsen και στο 65% εκείνων στις ομάδες του εικονικού φαρμάκου. Οι περισσότερες από αυτές αναφέρθηκαν έως τη 12η εβδομάδα.

Από αυτές τις ανεπιθύμητες ενέργειες, **οι αντιδράσεις στο σημείο της ένεσης** ήταν οι συχνότερες, (στο 53% των ασθενών στις ομάδες του bepirovirsen και στο 14% εκείνων στις ομάδες του εικονικού φαρμάκου) και εμφανίστηκαν συχνότερα κατά τη διάρκεια των πρώτων 4 εβδομάδων της θεραπείας. Η πλειονότητα αυτών ήταν ήπιας μορφής ενώ καμία δεν ταξινομήθηκε ως σοβαρή.

Σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια της περιόδου θεραπείας ήταν σπάνιες τόσο στις ομάδες του bepirovirsen όσο και στις ομάδες του εικονικού φαρμάκου (4% έναντι 1%). Σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες που κρίθηκαν από τον ερευνητή ως σχετιζόμενες με τη bepirovirsen εμφανίστηκαν στο 2% των ασθενών. Ανεπιθύμητες ενέργειες βαθμού 3^{ου} ή υψηλότερου βαθμού αναφέρθηκαν στο 16% των ασθενών στις ομάδες bepirovirsen και στο 3% εκείνων στις ομάδες εικονικού φαρμάκου κατά τη διάρκεια της περιόδου θεραπείας (εβδομάδες 1 έως 24). Η συχνότερη από αυτές τις ενέργειες (μόνο στις ομάδες του bepirovirsen) ήταν η **αύξηση των επιπέδων ALT** (στο 6% των ασθενών). Ανεπιθύμητες ενέργειες που οδήγησαν σε *μόνιμη διακοπή της θεραπείας* εμφανίστηκαν στο 3% των ασθενών στις ομάδες του bepirovirsen. Κατά τη διάρκεια της περιόδου θεραπείας, ανεπιθύμητες ενέργειες ειδικού ενδιαφέροντος όπως αγγειίτιδα, ενεργοποίηση του συμπληρώματος και άλλων επιδράσεων που σχετίζονται με το ανοσοποιητικό σύστημα αναφέρθηκαν στο 33% των ασθενών στις ομάδες του bepirovirsen και στο 12% εκείνων στις ομάδες του εικονικού φαρμάκου. Λιγότερο από το 1% των ασθενών πληρούσε τα κριτήρια για προσωρινή διακοπή ή οριστική διακοπή της θεραπείας λόγω πιθανής αγγειακής βλάβης και συμβαμάτων που σχετίζονται με το σύστημα του συμπληρώματος, τα οποία προκλήθηκαν από το φάρμακο. Τα πιθανά συμβάματα αγγειακής βλάβης που προκλήθηκαν από το φάρμακο εκδηλώθηκαν κυρίως ως δερματική αγγειίτιδα, πορφυρικό δερματικό εξάνθημα και πιθανή συνυπάρχουσα αρθραλγία, και τα οποία υποχώρησαν

μετά τη διακοπή της θεραπείας. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με bepirovirsen παρατηρήθηκε σε κάποιους ασθενείς μείωση των μέσων τιμών τόσο του αριθμού των αιμοπεταλίων όσο και του εκτιμώμενου ρυθμού σπειραματικής διήθησης (eGFR), με τα επίπεδα να επανέρχονται σε τιμές πλησίον της αρχικής κατάστασης (baseline) έως την 72η εβδομάδα.

Η υψηλότερη συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών με τη χρήση bepirovirsen σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (placebo) συνδέθηκε κυρίως με τις γνωστές επιδράσεις της κατηγορίας φαρμάκων στην οποία ανήκει το bepirovirsen.² Οι μειώσεις στον αριθμό των αιμοπεταλίων και στον εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR) υποχώρησαν μετά την ολοκλήρωση ή τη διακοπή της θεραπείας. Οι κλινικά σημαντικές μειώσεις του eGFR δεν συσχετίστηκαν με άλλους δείκτες νεφρικής βλάβης. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι αυξήσεις της ALT δεν απαιτήσαν τροποποίηση της θεραπείας. Οι παροδικές αυξήσεις της ALT μετά την έναρξη της χορήγησης bepirovirsen συσχετίστηκαν με μείωση των επιπέδων του HBsAg και αναγνωρίζονται ως **δείκτες θεραπευτικής ανταπόκρισης** στο bepirovirsen.^{3,4,5} Η τακτική παρακολούθηση για εργαστηριακές ανωμαλίες και η προσωρινή διακοπή της χορήγησης bepirovirsen αποδείχθηκαν αποτελεσματικές στρατηγικές για τον περιορισμό της εμφάνισης κλινικά σημαντικών ανεπιθύμητων ενεργειών, ενώ ελάχιστα περιστατικά οδήγήθηκαν σε μόνιμη διακοπή της θεραπείας.

Συζήτηση

Στις κλινικές δοκιμές φάσης 3, η θεραπεία με bepirovirsen διάρκειας 24 εβδομάδων οδήγησε σε λειτουργική ίαση στο 20% και το 19% των ασθενών με χρόνια HBV λοίμωξη υπό ιολογική καταστολή και αρχική τιμή HBsAg 3000 IU/ml ή χαμηλότερη. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της bepirovirsen ως θεραπείας για την επίτευξη **«λειτουργικής ίασης»** και καταδεικνύουν πρόσθετο όφελος σε σύγκριση με τη θεραπεία με ανάλογα νουκλεοσιδίων/νουκλεοτιδίων (NA).

Τα φάρμακα στη γαστρεντερολογία

ΒΕΠΙΡΟΝΙΡΣΕΝ: ΜΙΑ ΝΕΑ “ΑΥΓΗ” ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β



Είναι σίγουρο ότι είμαστε στην αρχή μιας νέας εποχής για τη θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας Β αλλά και ότι χρειάζεται χρόνος και μελέτες για να φτάσουμε στον **ιδανικό στόχο της θεραπείας**, που αφορά την εκρίζωση του ιού από τα ηπατοκύτταρα, δηλαδή την *‘κάθαρση’* του cccDNA.

Βασικά συμπεράσματα των κλινικών μελετών B-Well 1 και 2 για τους ιατρούς που παρακολουθούν ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β είναι ότι θα πρέπει να μετρούν τα ποσοτικά επίπεδα του HBsAg. Η εξέταση αυτή δεν χρησιμοποιείται κατά κανόνα στην κλινική πρακτική, παρόλο που είναι διαθέσιμη εδώ και πολύ καιρό. Δεύτερον, οι υποψήφιοι για θεραπεία με bepirovirsen θα πρέπει ήδη να λαμβάνουν σταθερή θεραπεία με νουκλεοσιδικά/νουκλεοτιδικά ανάλογα και να έχει επιτευχθεί ιολογική καταστολή του ιού της ηπατίτιδας Β.

Ευτυχώς, οι κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής έχουν μετατοπιστεί προς μια πιο ευέλικτη προσέγγιση όσον αφορά τη θεραπεία, επιτρέποντας σε ασθενείς που βρίσκονται στη «γκρίζα» ή «απροσδιόριστη» ζώνη να κριθούν *‘κατάλληλοι’* για θεραπεία με νουκλεοσιδικά/νουκλεοτιδικά ανάλογα.

Το bepirovirsen είναι ασφαλές και καλά ανεκτό συνολικά. Οι κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες σχετίζονται με αναμενόμενες εξάρσεις της αλανινικής αμινοτρανσφεράσης (ALT), οι οποίες μάλιστα φαίνεται να συνδέονται με την απώλεια του HBsAg. Γενικά, τα άτομα που παρουσίασαν εντονότερες εξάρσεις της ALT είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα κάθαρσης του HBsAg, ενώ τα περισσότερα άτομα στα οποία παρατηρήθηκε απώλεια του HBsAg εμφάνισαν αύξηση της ALT.

Οι περισσότερες εξάρσεις της ALT ήταν σχετικά ήπιες, ωστόσο οι παρατηρούμενες αυξήσεις υποδεικνύουν ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να παρακολουθούν προσεκτικά την εξέλιξη της ηπατικής νόσου. Οι μελέτες απέκλεισαν άτομα με κίρρωση, αλλά καθώς προχωράμε

στη χρήση του φαρμάκου στην κλινική πρακτική, θα είναι κρίσιμης σημασίας να διασφαλιστεί ότι και τα άτομα με προχωρημένη ηπατική νόσο θα μπορέσουν να λάβουν το φάρμακο με ασφάλεια.

Άλλες συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλάμβαναν μέτριες μειώσεις στον αριθμό των αιμοπεταλίων - οι οποίες επανήλθαν σε επίπεδα κοντά στην αρχική τιμή έως την 72η εβδομάδα - καθώς και ήπιες αντιδράσεις στο σημείο της ένεσης, οι οποίες γενικά υποχωρούσαν με τη διακοπή της θεραπείας. Μόνο το 2% των σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών κρίθηκε ότι σχετιζονταν με τη θεραπεία, ενώ ελάχιστοι ασθενείς διέκοψαν τη θεραπεία λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Βιβλιογραφία

1. Hou J, et al. Phase 3 results of bepirovirsen treatment for chronic hepatitis B virus infection. *N Engl J Med.* 2026;394(24):2395–2406. doi:10.1056/NEJMoa2515131.
2. Alhamadani F, et al. Adverse drug reactions and toxicity of the Food and Drug Administration-approved antisense oligonucleotide drugs. *Drug Metab Dispos.* 2022;50(6):879–887. doi:10.1124/dmd.121.000418.
3. Yuen MF, et al. Efficacy and safety of bepirovirsen in chronic hepatitis B infection. *N Engl J Med.* 2022;387(21):1957–1968. doi:10.1056/NEJMoa2210027.
4. Ermler ME, et al. Bepirovirsen induces innate immune activation in the liver potentially through TLR8 signaling. *JHEP Rep.* 2026;101923. doi:10.1016/j.jhepr.2026.101923.
5. Joshi S, et al. Immunomodulation by bepirovirsen may induce killing of infected hepatocytes (B-Together study). *Hepatol Int.* 2026;20(1):46–58. doi:10.1007/s12072-025-10917-0.
6. He W, et al. Targeting HBV cccDNA levels: key to achieving complete cure of chronic hepatitis B. *Pathogens.* 2024;13(12):1100. doi:10.3390/pathogens13121100.



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Αλέξανδρος Πελεκάνος, Ειδικευόμενος Γαστρεντερολόγος,
Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

Ορισμός

Η χολόσταση ορίζεται ως η διαταραχή του σχηματισμού ή/και της ροής της χολής, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση των συστατικών της στο ήπαρ (χοληφόρα και ηπατοκύτταρα) ενώ γίνεται κατακράτηση στη συστηματική κυκλοφορία ουσιών που φυσιολογικά απεκκρίνονται στη χολή. Μπορεί να προκληθεί από βλάβες που εντοπίζονται σε οποιοδήποτε σημείο της οδού απέκκρισης της χολής, από τη μεμβράνη του ηπατοκυττάρου έως το φύμα του Vater. Κλινικά, η χολόσταση εκδηλώνεται συχνότερα με κνησμό, ίκτερο και κόπωση, ενώ σε σημαντικό ποσοστό ασθενών η πρώτη εκδήλωση είναι η ανεύρεση χολοστατικού προτύπου στις ηπατικές δοκιμασίες. Η παραμονή της χολόστασης για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 6 μήνες ορίζεται ως χρόνια χολόσταση.

Δείκτες χολόστασης

Η χολόσταση χαρακτηρίζεται βιοχημικά από αυξημένα επίπεδα αλκαλικής φωσφατάσης (ALP) και γ-γλουταμυλ-τρανσφεράσης (γGT) ορού, με ή χωρίς αύξηση της χολερυθρίνης.

Η ALP είναι ένα ένζυμο υπεύθυνο για την απομάκρυνση φωσφορικών ομάδων μέσω υδρόλυσης των φωσφορικών εστέρων. Εντοπίζεται κυρίως στη μεμβράνη του ηπατοκυττάρου, αλλά και σε εξωηπατικούς ιστούς, όπως τα οστά, ο πλακούντας, το έντερο και οι νεφροί. Στη χολόσταση παρατηρείται αυξημένη σύνθεση και απελευθέρωσή της λόγω διαταραχής της χολικής απέκκρισης, με αποτέλεσμα η αύξησή της να αποτελεί έναν από τους πλέον ευαίσθητους δείκτες χολοστατικής βλάβης.

Ωστόσο, η αύξηση της ALP δεν είναι ειδική για ηπατική νόσο, καθώς μπορεί να παρατηρηθεί και σε φυσιολογικές ή παθολογικές εξωηπατικές καταστάσεις, όπως η κύηση, η παιδική ηλικία λόγω αυξημένης οστικής ανάπτυξης, ανεπάρκεια βιταμίνης D, καθώς και άλλα νοσήματα των οστών (νόσος Paget, οστικές μεταστάσεις). Επιπλέον, η ALP κυκλοφορεί στον ορό με τη μορφή διαφόρων ισοενζύμων, τα οποία προέρχονται κυρίως από το ήπαρ και

τα οστά, ενώ σε μικρότερο βαθμό από τον πλακούντα, το έντερο και τα γεννητικά κύτταρα. Για τον λόγο αυτό, το πρώτο βήμα μετά την ανεύρεση αυξημένης ALP είναι η επιβεβαίωση της ηπατικής προέλευσής της.

Η γGT εντοπίζεται στις μεμβράνες πολλών κυττάρων μεταξύ των οποίων στα ηπατοκύτταρα και στο επιθήλιο των χοληφόρων και χρησιμοποιείται κυρίως ως δείκτης ηπατικής προέλευσης της ALP. Στην καθημερινή κλινική πράξη, κάθε αύξηση της ALP θα πρέπει να επιβεβαιώνεται με παράλληλη αύξηση της γGT ή, εναλλακτικά, με προσδιορισμό των ισοενζύμων της ALP. Αντίθετα, η μεμονωμένη αύξηση της γGT εμφανίζει χαμηλή ειδικότητα για ηπατική νόσο και δεν συνιστάται ως εξέταση διαλογής (screening) ελλείψει άλλων παθολογικών ηπατικών δοκιμασιών, καθώς μπορεί να οφείλεται σε κατανάλωση αλκοόλ, λήψη φαρμάκων όπως βαρβιτουρικά, παγκρεατικά νοσήματα, νεφρική νόσο, σακχαρώδη διαβήτη και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

Η ανεύρεση αυξημένης ALP με παράλληλη αύξηση της γGT θα πρέπει να θεωρείται ενδεικτική χολοστατικού προτύπου και να οδηγεί στη διερεύνηση πιθανής ενδοηπατικής ή εξωηπατικής χολόστασης. Αντίθετα, η μεμονωμένη αύξηση της ALP με φυσιολογική γGT θα πρέπει να κατευθύνει τον κλινικό ιατρό προς αναζήτηση εξωηπατικών αιτίων ή, όπου είναι διαθέσιμο, στον προσδιορισμό των ισοενζύμων της ALP.

Αίτια χολόστασης

Η διάκριση των αιτίων χολόστασης σε ενδοηπατικά και εξωηπατικά αποτελεί ένα από τα πρώτα βήματα του διαγνωστικού αλγορίθμου και καθορίζει την περαιτέρω διερεύνηση. Τα εξωηπατικά αίτια αφορούν κυρίως μηχανική απόφραξη του χοληφόρου δένδρου, όπως λιθίαση, καλοήθειες ή κακοήθειες στενώσεις και όγκους της περιοχής του παγκρέατος ή των χοληφόρων, με την απεικόνιση να έχει καθοριστικό ρόλο στη διάγνωση. Αντίθετα, τα ενδοηπατικά αίτια παρουσιάζουν ευρύτερο φάσμα και περιλαμβάνουν αυτοάνοσα, φαρμακευτικά, λοιμώδη, διηθητικά, αγγειακά και γενετικά νοσήματα.

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ



Τα κυριότερα εξωηπατικά και ενδοηπατικά αίτια παρουσιάζονται στους Πίνακες 1 και 2.

Διαγνωστικός αλγόριθμος

Η διερεύνηση βασίζεται σε μια διαδοχική προσέγγιση που περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού, τον εργαστηριακό έλεγχο, τις απεικονιστικές εξετάσεις και, όταν απαιτείται, τη βιοψία ήπατος και τον γενετικό έλεγχο.

1. Επιβεβαίωση της ηπατικής προέλευσης της αυξημένης ALP

Ταυτόχρονη αύξηση της γGT ή/και της συζευγμένης χολερυθρίνης υποστηρίζει ηπατική προέλευση της αυξημένης ALP.

Σε περιπτώσεις διαγνωστικής αμφιβολίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί η μέτρηση των ισοενζύμων (κλασμάτων) της ALP.

2. Ιστορικό/κλινική εξέταση

Χρονική πορεία: οξεία ή χρόνια έναρξη, διαλείποντα ή υποτροπιάζοντα επεισόδια χολόστασης (π.χ. BRIC), διάρκεια συμπτωμάτων (>6 μήνες υποδηλώνει χρόνια χολόσταση)

Συμπτωματολογία: κνησμός (PBC), ίκτερος, πυρετός και ρίγος (οξεία χολαγγειίτιδα), απώλεια βάρους (κακοήθεια), στεατόρροια ή λιποδιαλυτές βιταμινικές ανεπάρκειες σε χρόνια χολόσταση

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Εξωηπατικά αίτια χολόστασης.

Κατηγορία	Αίτια
Λιθίαση	Χοληδοχολιθίαση, Mirizzi
Κακοήθη νεοπλασμάτα	Χολαγγειοκαρκίνωμα, Καρκίνος κεφαλής παγκρέατος, καρκίνος φύματος Vater, λεμφαδενικά block
Καλοήθη νεοπλασμάτα	Αδένωμα φύματος Vater, αδένωμα χοληφόρων
Καλοήθεις στενώσεις	Μετεγχειρητικές
Συγγενείς ανωμαλίες	Κύστη χοληδόχου πόρου (τύπου I,II,III), συγγενείς στενώσεις
Παρασιτώσεις χοληφόρων	Ασκαρίαση

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Αίτια ενδοηπατικής χολόστασης.

Κατηγορία	Αίτια
Αυτοάνοσα	Πρωτοπαθής χολική χολαγγειίτιδα (PBC), Πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα (PSC), σύνδρομο επικάλυψης (PBC-AIH, PSC-AIH), IgG4-σχετιζόμενη χολαγγειίτιδα
Λοιμώδη	Χολοστατική μορφή ιογενούς ηπατίτιδας, λοιμώδης χολαγγειίτιδα, σπταιμία
Φαρμακευτικά	Drug-induced liver injury (DILI), Herb-induced liver injury (HILI)
Μεταβολικά	Αλκοολική ή σχετιζόμενη με μεταβολική δυσλειτουργία στεατοηπατίτιδα, ολική παρεντερική διατροφή
Διθητικά νοσήματα	Σαρκοείδωση, αμυλοείδωση, λέμφωμα
Αγγειακά	Σύνδρομο Budd-Chiari
Γενετικά	PFIC, ενδοηπατική χολόσταση της κύησης (ICP), σύνδρομο Alagille
Κίρρωση	Οποιασδήποτε αιτιολογίας
Άλλα	Δευτεροπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα, κυστική ίνωση, Σύνδρομο Caroli



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Ατομικό αναμνηστικό: ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, PSC, θυρεοειδίτιδα Hashimoto's, σύνδρομο Sjögren, κοιλιοκάκη, PBC, προηγούμενες επεμβάσεις στα χοληφόρα, γνωστή χολολιθίαση ή χρόνια παγκρεατίτιδα.

Φαρμακευτικό ιστορικό: πρόσφατη έναρξη νέου φαρμάκου, χρήση αντιβιοτικών (αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό), αναβολικών στεροειδών, ανοσοκατασταλτικών, φυτικών σκευασμάτων ή συμπληρωμάτων διατροφής.

Οικογενειακό ιστορικό: επεισόδια υποτροπιάζουσας χολόστασης, χολόσταση κύησης ή χολολιθίαση σε νεαρή ηλικία (γενετικά χολοστατικά νοσήματα).

Επιδημιολογικά στοιχεία: πρόσφατα ταξίδια, κατανάλωση μη ασφαλών τροφίμων ή νερού, παράγοντες κινδύνου για ιογενείς ηπατίτιδες και παρασιτικές λοιμώξεις

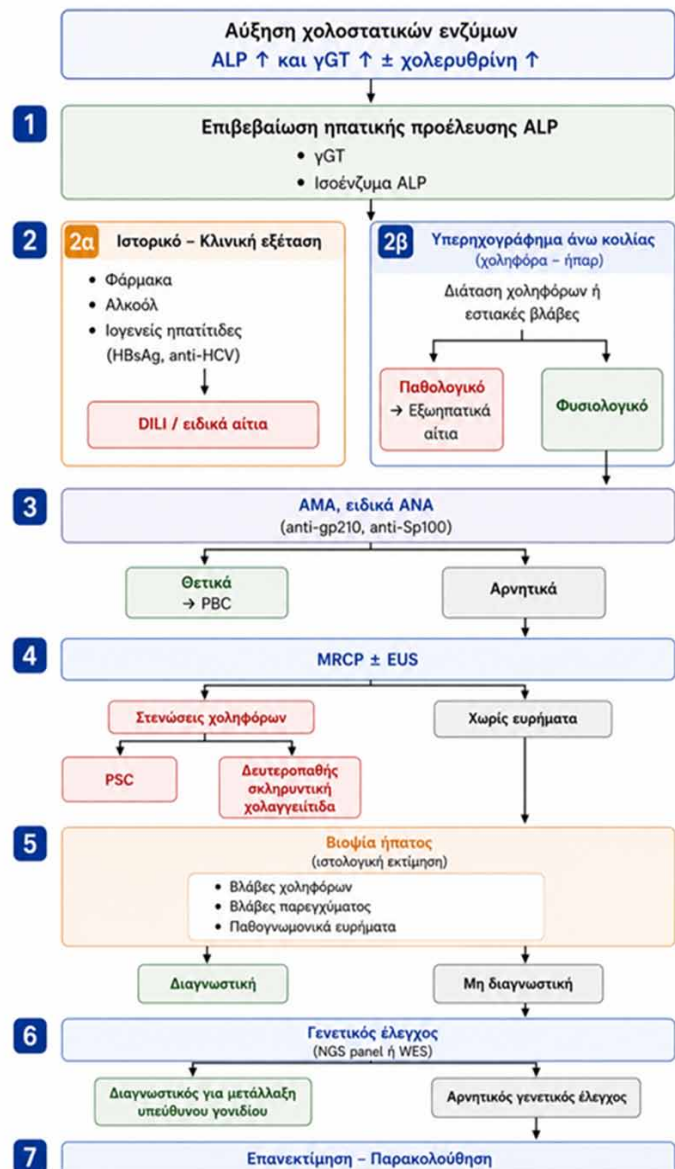
Κλινική εξέταση: ίκτερος, εκδορές από κνησμό, ξανθελάσματα και ξανθώματα (PBC), ηπατομεγαλία, σπληνομεγαλία, σημεία πυλαίας υπέρτασης και χρόνιας ηπατικής νόσου, καθώς και ψηλαφητή χοληδόχος κύστη (σημείο Courvoisier).

3. Υπερηχογράφημα άνω κοιλίας (U/S)

Το υπερηχογράφημα αποτελεί την απεικονιστική εξέταση πρώτης γραμμής και συνιστάται σε όλους τους ασθενείς με χολόσταση. Επιτρέπει την αναζήτηση διάτασης των ενδοηπατικών ή/και εξωηπατικών χοληφόρων, χολολιθίασης, χωροκατακτητικών βλαβών του ήπατος ή του παγκρέατος, καθώς και σημείων χρόνιας ηπατικής νόσου. Σε περίπτωση φυσιολογικού υπερηχογραφήματος, η χολόσταση θεωρείται πιθανότερα ενδοηπατικής προέλευσης.

4. Ανοσολογικός έλεγχος

Ο ανοσολογικός έλεγχος περιλαμβάνει αντι-



Σχήμα 1. Προτεινόμενος διαγνωστικός αλγόριθμος της χρόνιας χολόστασης, προσαρμοσμένος από τις κατευθυντήριες οδηγίες της EASL.

μιτοχονδριακά αντισώματα (AMA), ειδικά αντιπυρηνικά αντισώματα (anti-gp210, anti-sp100) καθώς η ανίχνευσή τους σε χολοστατικό πρότυπο υποστηρίζει ισχυρά τη διάγνωση PBC. Επιπλέον, μη ειδικοί αλλά χρήσιμοι δείκτες είναι τα SMA, τα ANCA και τα επίπεδα ανοσοσφαιρινών, ιδίως IgM και IgG, καθώς μπορούν να κατευθύνουν τη διαφορική διάγνωση προς PBC, PSC ή σύνδρομα επικάλυψης.

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ



Η διάγνωση της PBC τίθεται όταν υπάρχουν τουλάχιστον 2 από τα ακόλουθα 3 κριτήρια:

- ✓ Επίμονη αύξηση ALP ($\geq 1,5 \times \text{ULN}$ για > 24 εβδομάδες)
- ✓ AMA $\geq 1:40$ ή ειδικά ANA (anti-gp210 ή anti-sp100)
- ✓ Ιστολογική εικόνα συμβατή με PBC

5. MRCP/EUS

Όταν η διάγνωση παραμένει ασαφής ή υπάρχει υποψία νόσου των χοληφόρων, η μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP) αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για την απεικόνιση του ενδο- και εξωηπατικού χοληφόρου δένδρου. Η εξέταση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τη διάγνωση της πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς σκληρυντικής χολαγγειίτιδας. Ο ενδοσκοπικός υπέρηχος (EUS) θεωρείται πλέον ισοδύναμος της MRCP προς αναγνώριση εξωηπατικών αιτιών χολόστασης που αφορούν λιθίαση ή χωροκατακτητικές εξεργασίες.

6. Βιοψία

Η βιοψία ήπατος δεν αποτελεί εξέταση ρουτίνας. Ενδείκνυται όταν ο προηγούμενος διαγνωστικός έλεγχος δεν αποκαλύπτει το αίτιο της ενδοηπατικής χολόστασης ή όταν υπάρχει υποψία αυτοάνοσης ηπατίτιδας, συνδρόμου επικάλυψης, PSC μικρών χοληφόρων ή άλλης παρεγχυματικής νόσου. Παρέχει σημαντικές πληροφορίες για βλάβες των μικρών χοληφόρων, διηθητικά νοσήματα, φαρμακευτική ηπατοτοξικότητα και άλλα παρεγχυματικά αίτια χολόστασης.

7. Γενετικό προφίλ

Όταν ο πλήρης εργαστηριακός, ανοσολογικός, απεικονιστικός και ιστολογικός έλεγχος δεν οδηγεί σε διάγνωση, ιδιαίτερα σε νεαρούς ασθενείς ή σε περιπτώσεις οικογενούς ή υποτροπιάζουσας χολόστασης, συνιστάται γενετικός έλεγχος για κληρονομικά χολοστατικά σύνδρομα, όπως μεταλλάξεις των γονιδίων ATP8B1, ABCB11 και ABCB4.

Πρωτοπαθής χολική χολαγγειίτιδα (PBC)

1. Ορισμός

Η πρωτοπαθής χολική χολαγγειίτιδα, παλαιότερα γνωστή ως πρωτοπαθής χολική κίρρωση, αποτελεί χρόνια αυτοάνοση χολοστατική νόσο του ήπατος που χαρακτηρίζεται από προοδευτική ανοσολογικά μεσολαβούμενη καταστροφή των μικρών ενδοηπατικών χοληφόρων. Παρά τη συχνά ασυμπτωματική της αρχική πορεία, η νόσος μπορεί να εξελιχθεί σε ίνωση, κίρρωση και ηπατική ανεπάρκεια.

2. Επιδημιολογία

Η PBC αποτελεί σχετικά σπάνια νόσο, με εκτιμώμενη παγκόσμια επίπτωση περίπου 1,8 νέων περιπτώσεων ανά 100.000 ανθρωπο-έτη. Εμφανίζεται πιο συχνά στο γυναικείο φύλο, με αναλογία περίπου 9:1, ενώ η επίπτωσή της αυξάνεται με την ηλικία, παρουσιάζοντας μέγιστη συχνότητα μεταξύ της έκτης και όγδοης δεκαετίας της ζωής. Η επίπτωση και ο επιπολασμός παρουσιάζουν σημαντική γεωγραφική διακύμανση, με υψηλότερες τιμές στη Βόρεια Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική.

3. Συμπτώματα και επιπλοκές νόσου

Σημαντικό ποσοστό των ασθενών διαγιγνώσκεται σε ασυμπτωματικό στάδιο, μετά από τυχαία ανεύρεση χολοστατικού βιοχημικού προτύπου κατά τον εργαστηριακό έλεγχο. Όταν υπάρχουν συμπτώματα, τα συχνότερα είναι η κόπωση και ο κνησμός, τα οποία επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η κόπωση αποτελεί το συχνότερο σύμπτωμα και εμφανίζεται σε περισσότερο από το 50% των ασθενών, χωρίς να συσχετίζεται με τη βαρύτητα ή το στάδιο της νόσου. Ο κνησμός παρατηρείται στο 20–80% των ασθενών και μπορεί να εμφανιστεί ακόμη και στα πρώιμα στάδια της νόσου, ενώ η έντασή του συχνά αυξάνεται με την εξέλιξη της νόσου.

Η PBC συνδέεται συχνά με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, όπως σύνδρομο Sjögren, αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα, συστηματική σκλήρυνση, ρευματοειδή αρθρίτιδα και κοιλιοκάκη. Για τον λόγο αυτό, η παρουσία συνοδού



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

αυτοάνοσης νόσου σε ασθενή με επίμονη αύξηση της ALP θα πρέπει να ενισχύει την κλινική υποψία για PBC.

Επιπλέον, έως και το 80% των ασθενών εμφανίζει δυσλιπιδαιμία, κυρίως υπερχοληστερολαιμία, ενώ ο κίνδυνος εμφάνισης οστεοπενίας και οστεοπόρωσης είναι σημαντικά αυξημένος. Στα προχωρημένα στάδια της νόσου μπορεί να αναπτυχθούν κίρρωση, πυλαία υπέρταση και οι επιπλοκές της, καθώς και αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκίνου, ιδιαίτερα σε ασθενείς με εγκατεστημένη κίρρωση.

4. Διαγνωστικά κριτήρια και διαγνωστική προσέγγιση

Η PBC θα πρέπει να τίθεται ως υποψία σε κάθε ασθενή με επίμονη διαταραχή των χολοστατικών ενζύμων, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν κνησμός ή κόπωση. Χαρακτηριστικό βιοχημικό εύρημα αποτελεί η επίμονη αύξηση της ALP, η οποία αντανάκλα τη βλάβη των μικρών ενδοηπατικών χοληφόρων και σχετίζεται με την εξέλιξη της νόσου. Παράλληλα παρατηρείται συνήθως αύξηση της γGT, η οποία μπορεί να προηγείται της αύξησης της ALP. Οι τρανσαμινάσες είναι φυσιολογικές ή εμφανίζουν ήπια αύξηση, ωστόσο επί σημαντικής αύξησης ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από αυξημένα επίπεδα IgG, θα πρέπει να εγείρεται η υποψία συνδρόμου επικάλυψης με αυτοάνοση ηπατίτιδα (PBC-AIH overlap syndrome), οπότε ενδείκνυται περαιτέρω διερεύνηση με βιοψία ήπατος. Η χολερυθρίνη παραμένει συνήθως φυσιολογική στα αρχικά στάδια, ενώ η αύξησή της αποτελεί εύρημα προχωρημένης νόσου και σχετίζεται με δυσμενή πρόγνωση.

Ο ορολογικός έλεγχος αποτελεί βασικό στοιχείο της διάγνωσης της PBC. Τα αντιμιτοχονδριακά αντισώματα (AMA) αποτελούν το χαρακτηριστικότερο ορολογικό εύρημα και ανιχνεύονται σε περισσότερο από το 90% των ασθενών. Σε ασθενείς με αρνητικά AMA αλλά ισχυρή κλινική υποψία, συνιστάται ο έλεγχος για τα ειδικά αντιπυρηνικά αντισώματα (ANA) anti-grp210 και anti-sp100, τα οποία παρουσιάζουν σχετικά χαμηλή ευαισθησία αλλά πολύ υψηλή ειδικότητα (>95%) και υποστηρίζουν τη διάγνωση της AMA-αρνητικής PBC.

Επιπλέον, η παρουσία αυξημένης IgM, αν και μη ειδική, υποστηρίζει τη διάγνωση.

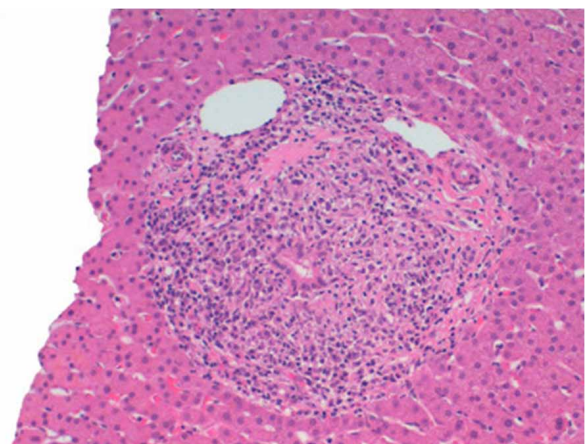
Η απεικόνιση έχει κυρίως ρόλο στον αποκλεισμό εξωηπατικών αιτίων χολόστασης και στην εκτίμηση της βαρύτητας της χρόνιας ηπατικής νόσου, με το υπερηχογράφημα άνω κοιλίας να αποτελεί την εξέταση πρώτης γραμμής.

Η βιοψία ήπατος δεν συνιστάται ως εξέταση ρουτίνας για τη διάγνωση της PBC, εκτός εάν απουσιάζουν τα ειδικά αυτοαντισώματα, υπάρχει υποψία συνδρόμου επικάλυψης με αυτοάνοση ηπατίτιδα ή όταν συνυπάρχει άλλη ηπατική νόσος που απαιτεί ιστολογική τεκμηρίωση. Χαρακτηριστικό ιστολογικό εύρημα αποτελεί η χρόνια μη πυώδης καταστροφική χολαγγειίτιδα ενώ η παρουσία της χαρακτηριστικής florid duct lesion, με επιθηλιοειδή κοκκιώματα γύρω από κατεστραμμένα μικρά ενδοηπατικά χοληφόρα αν και σπάνια παρατηρείται, θεωρείται παθογνωμονική (Εικόνα 1).

Πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα (PSC)

1. Ορισμός

Η PSC αποτελεί χρόνια, προοδευτική χολοστατική νόσο άγνωστης αιτιολογίας, η οποία χαρακτηρίζεται



Εικόνα 1. Χαρακτηριστική ιστολογική εικόνα (florid duct lesion) σε ασθενή με πρωτοπαθή χολική χολαγγειίτιδα (PBC). Reproduced from Sarcognato S et al. Pathologica. 2021;113:170–184. Licensed under CC BY-NC-ND 4.0 Licence

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ



από φλεγμονή και ίνωση των ενδοηπατικών ή/και εξωηπατικών χοληφόρων, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη πολυεστιακών στενώσεων του χοληφόρου δένδρου. Η προοδευτική καταστροφή των χοληφόρων προκαλεί χρόνια χολάσταση οδηγώντας σε ίνωση, κίρρωση, πυλαία υπέρταση και ηπατική ανεπάρκεια. Η νόσος παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ), κυρίως την ελκώδη κολίτιδα, ενώ συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης χολαγγοϊοκαρκινώματος και καρκίνου του παχέος εντέρου.

2. Επιδημιολογία

Η PSC αποτελεί σπάνια νόσο, με εκτιμώμενη επίπτωση που φθάνει έως και 1,3 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα ετησίως στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης, ενώ είναι χαμηλότερη στις χώρες της Νότιας Ευρώπης. Εμφανίζεται συχνότερα σε άνδρες, με αναλογία περίπου 2:1, και η διάγνωση τίθεται συνήθως μεταξύ της τρίτης και πέμπτης δεκαετίας της ζωής. Περίπου το 50-80% των ασθενών με PSC πάσχουν ταυτόχρονα από ΙΦΝΕ, κυρίως ελκώδη κολίτιδα, ωστόσο μόνο το 2-5% ασθενών με ΙΦΝΕ αναπτύσσει PSC.

Μία σπάνια μορφή της νόσου αποτελεί η PSC μικρών χοληφόρων (small-duct PSC), που αντιπροσωπεύει περίπου το 5-10% των περιπτώσεων και προσβάλλει τα μικρά ενδοηπατικά χοληφόρα. Χαρακτηρίζεται από φυσιολογική χολαγγειογραφία, εμφανίζει ευνοϊκότερη πρόγνωση σε σχέση με την κλασική PSC, αλλά μπορεί να εξελιχθεί σε large-duct PSC.

3. Σημεία και συμπτώματα

Ποσοστό άνω του 50% των ασθενών είναι ασυμπτωματικοί κατά τη διάγνωση, με μοναδικό συνήθως εύρημα την επίμονη αύξηση των χολοστατικών ενζύμων. Όταν υπάρχουν συμπτώματα, τα συχνότερα είναι ο κοιλιακός πόνος, ο κνησμός και ο ίκτερος, ενώ σε ασθενείς με στενώσεις σε μεγάλους κλάδους των χοληφόρων μπορεί να εμφανιστούν υποτροπιάζοντα επεισόδια βακτηριακής χολαγγειίτιδας.

4. Διάγνωστική προσέγγιση

Η PSC θα πρέπει να τίθεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με επίμονη αύξηση των χολοστατικών ενζύμων, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου. Χαρακτηριστικό βιοχημικό εύρημα αποτελεί η επίμονη αύξηση της ALP και της γGT, ενώ οι τρανσαμινάσες είναι συνήθως φυσιολογικές ή εμφανίζουν ήπια έως μέτρια αύξηση. Η χολερυθρίνη παραμένει συχνά φυσιολογική στα αρχικά στάδια της νόσου και αυξάνεται σε προχωρημένη νόσο ή επί ανάπτυξης σημαντικής στένωσης των χοληφόρων ή επεισοδίου οξείας χολαγγειίτιδας.

Η διάγνωση της PSC προϋποθέτει τον αποκλεισμό δευτεροπαθών αιτιών σκληρυντικής χολαγγειίτιδας, όπως χοληδοχολιθίαση, μετεγχειρητικές ή ισχαιμικές στενώσεις των χοληφόρων, IgG4-σχετιζόμενη σκληρυντική χολαγγειίτιδα και λοιμώδη αίτια (μυκητιασικές, AIDS-σχετιζόμενη χολαγγειοπάθεια, παρασιτικές).

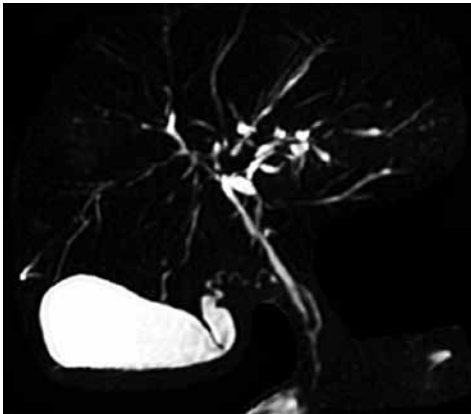
Δεν υπάρχουν ειδικοί ορολογικοί δείκτες για την PSC. Τα άτυπα p-ANCA ανιχνεύονται στο 30-80% των ασθενών, αλλά λόγω χαμηλής ειδικότητας δεν εμφανίζουν διαγνωστική αξία. Αντίθετα, σε όλους τους ασθενείς θα πρέπει να προσδιορίζονται τα επίπεδα IgG4, προκειμένου να αποκλειστεί η IgG4-σχετιζόμενη σκληρυντική χολαγγειίτιδα, η οποία αποτελεί αίτιο δευτεροπαθούς σκληρυντικής χολαγγειίτιδας και συνήθως ανταποκρίνεται στη θεραπεία με κορτικοστεροειδή.

Η MRCP αποτελεί την εξέταση εκλογής για τη διάγνωση της PSC και αναδεικνύει χαρακτηριστικά πολλαπλές βραχείες στενώσεις των ενδοηπατικών ή/και εξωηπατικών χοληφόρων, οι οποίες εναλλάσσονται με φυσιολογικά ή ήπια διατεταμένα τμήματα, δημιουργώντας τη χαρακτηριστική εικόνα «κομβολογίου» (beading) (Εικόνα 2). Επιπλέον μπορεί να παρατηρηθεί διάταση των χοληφόρων, ανωμαλίες του τοιχώματος και παραμόρφωση του χοληφόρου δένδρου. Η ERCP δεν συνιστάται πλέον ως διαγνωστική εξέταση και χρησιμοποιείται για θεραπευτικές παρεμβάσεις ή για λήψη κυτταρολογικού υλικού όταν υπάρχει υποψία χολαγγειοκαρκινώματος.

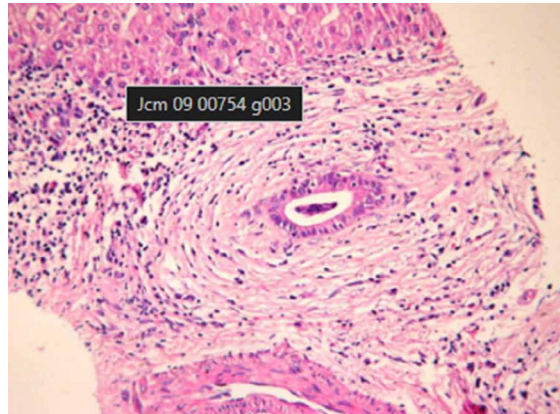


Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ



Εικόνα 2. MRCP που αναδεικνύει πολυεστιακές στενώσεις των κεντρικών και ενδοηπατικών χοληφόρων, συμβατές με πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα (PSC). *Reproduced from Fung BM, Tabibian JH. Liver Research. 2019;3:106–117, under CC BY-NC-ND 4.0 license.*



Εικόνα 3. Περιχολαγγειακή ίνωση και μέτρια φλεγμονώδης διήθηση (χρώση αιματοξυλίνης-ηωσίνης, $\times 200$). *Reproduced from Vlăduț C et al. J Clin Med. 2020;9:754. Licensed under CC BY 4.0.*

Η βιοψία ήπατος δεν αποτελεί εξέταση ρουτίνας για τη διάγνωση της PSC. Ενδείκνυται όταν η MRCP είναι φυσιολογική αλλά υπάρχει ισχυρή κλινική υποψία για PSC μικρών χοληφόρων, όταν υπάρχει υποψία συνδρόμου επικάλυψης με αυτοάνοση ηπατίτιδα (PSC-AIH overlap syndrome) ή όταν απαιτείται αποκλεισμός άλλης συνυπάρχουσας ηπατικής νόσου. Χαρακτηριστικά ευρήματα είναι:

- Ομόκεντρη περιχολαγγειακή ίνωση και φλεγμονή (onion-skin fibrosis) (Εικόνα 3).
- Ελάττωση και εξαφάνιση φυσιολογικών χολαγγείων.

Φαρμακευτικά αίτια (Drug induced cholestasis)

1. Ορισμός

Η φαρμακευτική χολοστατική ηπατική βλάβη αποτελεί μία από τις τρεις κύριες μορφές της φαρμακευτικής ηπατοτοξικότητας (χολοστατική, ηπατοκυτταρική και μεικτή). Η διάγνωση προϋποθέτει την παρουσία ενός από τα ακόλουθα εργαστηριακά κριτήρια:

- ALT ≥ 5 φορές του ανώτερου φυσιολογικού ορίου (ULN -upper limit of normal)
- ALP ≥ 2 X ULN (εφόσον έχει τεκμηριωθεί η ηπατική προέλευσή της)

- ALT ≥ 3 X ULN σε συνδυασμό με ολική χολερυθρίνη > 2 X ULN.

Το πρότυπο της ηπατικής βλάβης ταξινομείται με βάση τον δείκτη R, ο οποίος υπολογίζεται ως:

$$R = (ALT / ALT ULN) / (ALP / ALP ULN)$$

R ≥ 5 : ηπατοκυτταρικό πρότυπο,

R ≤ 2 : χολοστατικό πρότυπο,

2 < R < 5: μεικτό πρότυπο

Η ταξινόμηση θα πρέπει να βασίζεται στις πρώτες διαθέσιμες εργαστηριακές εξετάσεις κατά την έναρξη της κλινικής εικόνας, καθώς το βιοχημικό πρότυπο μπορεί να μεταβάλλεται κατά την εξέλιξη της νόσου.

2. Αίτια

Πολλά φάρμακα και φυτικά σκευάσματα μπορούν να προκαλέσουν χολοστατικό πρότυπο ηπατικής βλάβης, ορισμένα εξ αυτών χρησιμοποιούνται στην καθημερινή κλινική πρακτική. Η εμφάνιση της χολόστασης ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με τον υπεύθυνο παράγοντα και μπορεί να κυμαίνεται από λίγες ημέρες έως αρκετές εβδομάδες ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις να εμφανιστεί και μετά τη διακοπή του φαρμάκου (Πίνακας 3).

Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ



ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Ενδεικτικά φάρμακα που έχουν συσχετιστεί με χολοστατική βλάβη.

Κατηγορία	Φάρμακο
Αντιβιοτικά	Αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό, Κλαριθρομυκίνη, Κλινδαμυκίνη, Νιτροφουραντοΐνη Τριμεθοπρίμη/Σουλφομεθοξαζόλη
Αντιεπιληπτικά	Καρβαμαζεπίνη, Φαινυτοΐνη
Ανοσοκατασταλτικά	Αζαθειοπρίνη, Κυκλοσπορίνη
Αντιψυχωσικά	Χλωροπρομαζίνη
Αντικαταθλιπτικά	Αμιτριπτυλίνη
Αντιφλεγμονώδη	Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ)
Καρδιαγγειακά	Προπαφαινόνη, Νιφεδιπίνη, Καπτοπρίλη
Ορμονικά σκευάσματα	Αναβολικά στεροειδή, Αντισυλληπτικά
Φυτικά σκευάσματα και συμπληρώματα	Greater celandine (<i>Chelidonium majus</i>) Πολυβοτανικά σκευάσματα

3. Διαγνωστική προσέγγιση

Η διάγνωση βασίζεται στη λήψη λεπτομερούς φαρμακευτικού ιστορικού, συμπεριλαμβανομένων συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, καθώς και φυτικών σκευασμάτων και συμπληρωμάτων διατροφής. Παράλληλα απαιτείται αποκλεισμός άλλων αιτιών χολόστασης με κατάλληλο εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο. Η βιοψία ήπατος δεν αποτελεί εξέταση ρουτίνας και ενδείκνυται όταν υπάρχει διαγνωστική αβεβαιότητα, όταν οι βιοχημικές διαταραχές επιδεινώνονται παρά τη διακοπή του ύποπτου φαρμάκου ή όταν η χολοστατική βλάβη επιμένει, με μείωση της ALP <50% μετά από 180 ημέρες ή παραμονή παθολογικών ηπατικών δοκιμασιών πέραν των 6 μηνών, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του American College of Gastroenterology (ACG).

Σε περίπτωση υποψίας φαρμακευτικής ηπατοτοξικότητας, η βάση δεδομένων LiverTox μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως συμπληρωματικό εργαλείο για την αξιολόγηση της γνωστής ηπατοτοξικότητας του ύποπτου παράγοντα.

Γενετικά Σύνδρομα Χολόστασης

1. Ορισμός

Τα γενετικά χολοστατικά νοσήματα αποτελούν ετερο-

γενή ομάδα διαταραχών που οφείλονται σε μεταλλάξεις γονιδίων τα οποία συμμετέχουν στον σχηματισμό και τη μεταφορά της χολής. Οι περισσότερες μορφές εκδηλώνονται κατά τη βρεφική ή παιδική ηλικία, ωστόσο ηπιότεροι φαινότυποι μπορεί να εμφανιστούν στην ενήλικη ζωή.

2. Χαρακτηριστικά

Τα σημαντικότερα γενετικά σύνδρομα που σχετίζονται με χολόσταση στον ενήλικα καταγράφονται στον Πίνακα 4.

Ιδιαίτερη κλινική σημασία στον ενήλικα έχει η ανεπάρκεια του μεταφορέα MDR3 (ABCB4) η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με υποτροπιάζουσα χολόσταση, χολολιθίαση, χολόσταση της κύησης. Αντίστοιχα, ορισμένες σημειακές μεταλλάξεις των γονιδίων ATP8B1 και ABCB11 μπορεί να εκδηλωθούν στην ενήλικη ζωή ως καλοήθης υποτροπιάζουσα ενδοηπατική χολόσταση (BRIC, Benign recurrent intrahepatic cholestasis), η οποία χαρακτηρίζεται από επεισόδια χολόστασης και έντονου κνησμού με πλήρη ύφεση μεταξύ των υποτροπών, σε αντίθεση με τις αντίστοιχες προοδευτικές μορφές (PFIC, Progressive familial intrahepatic cholestasis) που οδηγούν σε χρόνια ηπατική νόσο και κίρρωση ήδη από νεαρή ηλικία.

3. Διαγνωστική προσέγγιση

Η γενετική αιτιολογία θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη



Ειδικευόμενος γαστρεντερολόγος

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΧΟΛΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Χαρακτηριστικά γενετικών χολοστατικών συνδρόμων.

Νόσημα	Γονίδιο	Χαρακτηριστικά
Σύνδρομο Alagille	JAG1, NOTCH2	Δυσμορφία προσώπου με υπερτελορισμό, καρδιαγγειακές/νεφρικές/μυοσκελετικές βλάβες
PFIC1 (FIC1 deficiency)	ATP8B1	Φυσιολογική γGT, παγκρεατίτιδα, διάρροια, διαταραχές ακοής
PFIC2 (BSEP deficiency)	ABCB11	Φυσιολογική γGT
PFIC3 (MDR3 deficiency)	ABCB4	Χολολιθίαση, Χολόσταση κύησης, ↑γGT

σε ασθενείς με ανεξήγητη ή υποτροπιάζουσα χολόσταση, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει νεαρή ηλικία έναρξης, θετικό οικογενειακό ιστορικό, έντονος κνησμός, φυσιολογική ή χαμηλή γGT, χολόσταση της κύησης, χολολιθίαση σε νεαρή ηλικία ή επεισόδια χολόστασης μετά από λήψη φαρμάκων ή συμπληρωμάτων.

Σύμφωνα με τις πρόσφατες οδηγίες της European Association for the Study of the Liver (EASL), στους ενήλικες ο γενετικός έλεγχος συνιστάται μετά τον αποκλεισμό των συχνότερων αιτίων χολόστασης, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν άτυπα χαρακτηριστικά ή μη ανταπόκριση στην αρχική θεραπευτική προσέγγιση. Οι τεχνικές πρώτης επιλογής είναι τα NGS panel (next-generation sequencing) ή το whole-exome sequencing (WES). Σε επιλεγμένες περιπτώσεις ή επί αποτυχίας ανεύρεσης υπεύθυνου γονιδίου συνιστάται η αλληλούχιση ολόκληρου του γονιδιώματος (WGS, whole genome sequencing).

Βιβλιογραφία

- Kwo PY, Cohen SM, Lim JK. ACG Clinical Guideline: Evaluation of Abnormal Liver Chemistries. Am J Gastroenterol. 2017;112:18-35.
- European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of cholestatic liver diseases. J Hepatol. 2009;51:237-267.
- European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Drug-induced liver injury. J Hepatol. 2019;70(6):1222-1261.
- Chalasani NP, Maddur H, Russo MW, Wong RJ, Reddy KR. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Idiosyncratic Drug-Induced Liver Injury. Am J Gastroenterol. 2021;116(5):878-898.
- European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: The diagnosis and management of patients with primary biliary cholangitis. J Hepatol. 2017;67(1):145-172.
- Tanaka A, Ma X, Takahashi A, Vierling JM. Primary biliary cholangitis. Lancet. 2024;404(10461):1053-1066.
- European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on genetic cholestatic liver diseases. J Hepatol. 2024;81(2):303-325.
- Sarcognato S, Sacchi D, Grillo F, et al. Autoimmune biliary diseases: primary biliary cholangitis and primary sclerosing cholangitis. Pathologica. 2021;113:170-184.
- Sarcognato S, Sacchi D, Fassan M, et al. Benign biliary neoplasms and biliary tumor precursors. Pathologica. 2021;113:147-157.
- Fung BM, Tabibian JH, Lindor KD, et al. Biliary endoscopy in the management of primary sclerosing cholangitis and its complications. Liver Res. 2019;3:106-117.
- Ballotin VR, Bigarella LG, Brandão ABM, et al. Herb-induced liver injury: Systematic review and meta-analysis. World J Clin Cases. 2021;9(20):5490-5513.
- Vlăduț C, Ciocîrlan M, Bilous D, et al. An Overview on Primary Sclerosing Cholangitis. J Clin Med. 2020;9:754.
- Tan JJR, Lam Chung AH, Loo JH, et al. Global Epidemiology of Primary Biliary Cholangitis: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2025.

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Μαρία Μαυρομμάτη,

Ρευματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Αθηνάϊκή Κλινική



Η αρθρίτιδα είναι εκδήλωση αρκετών εντερικών παθήσεων όπως:

- **Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου (ΙΦΝΕ)**
- **Λοιμώξεις (Βακτηριακές και Παρασιτικές)**
- **Κοιλιοκάκη**
- **Ψευδομεμβρανώδης Κολίτιδα**

ΙΦΝΕ και αρθρίτιδα

Η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn είναι οι πιο συχνόι τύποι ΙΦΝΕ που σχετίζονται με αρθρίτιδα ή σπονδυλίτιδα. Μεταξύ των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (ΙΦΝΕ), η αρθρίτιδα γενικά εμφανίζεται σε ποσοστό 6 έως 46%, επηρεάζει τόσο άνδρες και γυναίκες όσο και παιδιά και ενήλικες. Σε μια συστηματική ανασκόπηση του 2016 σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης αξονικής και περιφερικής σπονδυλίτιδας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, η περιφερική αρθρίτιδα, η ιερολαγονίτιδα και η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα ήταν παρούσες σε ποσοστό 13%, 10% και 3% αντίστοιχα.

Μεταξύ των ασθενών με ΙΦΝΕ, η αρθρίτιδα είναι πιο πιθανή επί *προσβολής του παχέος εντέρου* και σε ασθενείς με συνυπάρχοντα εξωεντερικά χαρακτηριστικά, όπως *οζώδες ερύθημα, στοματίτιδα, ραγοειδίτιδα και γαγγραινώδες πυόδερμα*. Μεταξύ των ασθενών με νόσο Crohn, όσοι έχουν εντόπιση παχέος εντέρου διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης αρθρίτιδας από εκείνους με μεμονωμένη νόσο του λεπτού εντέρου.

Υποκλινική φλεγμονή του εντέρου, που τεκμηριώνεται ενδοσκοπικά, έχει περιγραφεί έως και τα 2/3 των ασθενών με σπονδυλαρθρίτιδα, εύρημα που επιβεβαιώθηκε σε ομάδα ασθενών που ταξινομήθηκαν με σπονδυλαρθρίτιδα σύμφωνα με τα κριτήρια της Διεθνούς Εταιρείας Αξιολόγησης της Σπονδυλοαρθρίτιδας (ASAS).

Κλινικές εκδηλώσεις αρθρικής νόσου στις ΙΦΝΕ

Περιφερική αρθρίτιδα: Τείνει να είναι *οξεία και oligoarthric* (επηρεάζοντας ≤ 6 αρθρώσεις, τύπου 1).

Συνήθως εμφανίζεται νωρίς στην πορεία της εντερικής νόσου, είναι αυτοπεριοριζόμενη (υποχωρεί στο 90% εντός έξι μηνών) και είναι μη διαβρωτική. Το γόνατο προσβάλλεται συχνότερα. Τα συμπτώματα στις αρθρώσεις μπορεί να εμφανιστούν πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων της ΙΦΝΕ και αυτή η μορφή αρθρίτιδας συχνά σχετίζεται με εξάρσεις της εντερικής νόσου. Στην *πολυαρθρική* νόσο (τύπου 2) η κυριότερη εντόπιση είναι οι μετακαρποφαλαγγικές (MCP) αρθρώσεις, ενώ γόνατα, αστράγαλοι, αγκώνες, ώμοι, καρποί, εγγύς μεσοφαλαγγικές [PIP] και μεταταρσοφαλαγγικές [MTP] αρθρώσεις επηρεάζονται λιγότερο συχνά.

Αξονική νόσος και ιερολαγονίτιδα: Οι ασθενείς με σπονδυλίτιδα ή/και ιερολαγονίτιδα συνήθως αναφέρουν συμπτώματα, όπως άλγος φλεγμονώδους αιτιολογίας στην πλάτη, τα οποία θα πρέπει να προειδοποιούν τον γαστρεντερολόγο ή τον παθολόγο για την πιθανότητα προσβολής σπονδυλικής στήλης. Οι ασθενείς συνήθως παραπονιούνται για παρατεταμένη δυσκαμψία στην πλάτη ή/και τους γλουτούς το πρωί ή μετά από ανάπαυση. Η δυσκαμψία και ο συνοδός πόνος συχνά ανακουφίζονται με την άσκηση. Τα συμπτώματα της πλάτης γενικά δεν σχετίζονται με τη δραστηριότητα της ΙΦΝΕ.

Ενθεσίτιδα και δακτυλίτιδα: Η ενθεσίτιδα, φλεγμονή της πρόσφυσης του τένοντα στο οστό, και η δακτυλίτιδα, φλεγμονή του δακτύλου, που συχνά ονομάζεται «λουκανικοειδές δάκτυλο», μπορεί να εμφανιστούν σε ασθενείς με αρθρίτιδα που σχετίζεται με την ΙΦΝΕ, όπως και σε άλλες μορφές σπονδυλαρθρίτιδας. Η πελματιαία απονευρωσίτιδα, που προκαλεί πόνο στην πτέρνα, και η τενοντίτιδα του αχίλλειου τένοντα είναι οι πιο συχνές μορφές ενθεσίτιδας που παρατηρούνται.

Στο κάτωθι διάγραμμα 1 απεικονίζονται ευσύνοπτα και σχηματικά οι τύποι της αρθρικής νόσου σε ασθενείς με ΙΦΝΕ (Rheumatologist Dr Aravind Palraj).

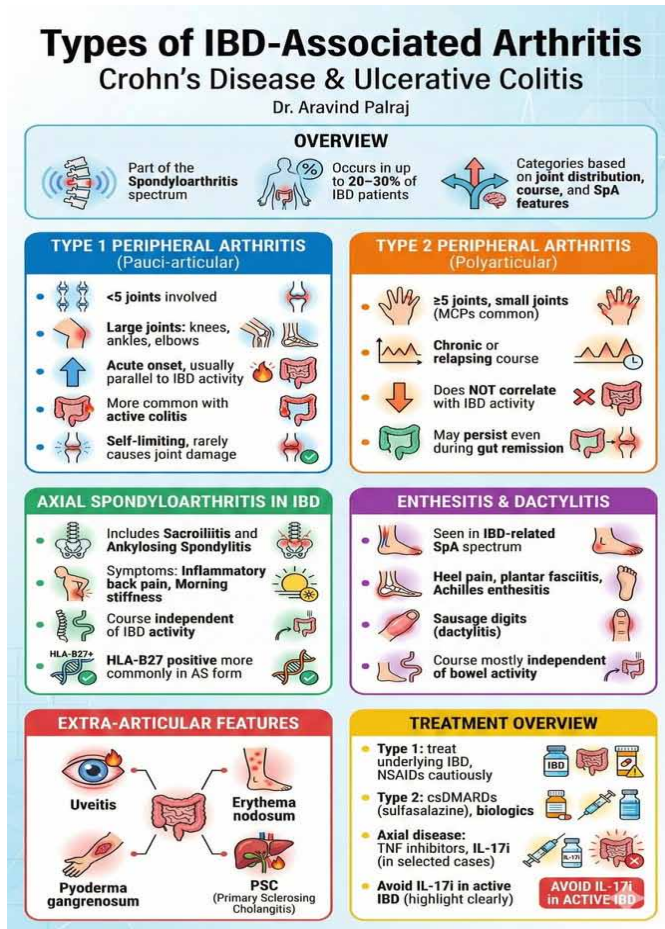
Διαφορική διάγνωση αρθρικής νόσου σε ασθενή με γαστρεντερική νόσο

- **Λοιμώδης αρθρίτιδα.** Η λοιμώδης αρθρίτιδα, είτε



Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ



Διάγραμμα 1. Οι τύποι της αρθρίτιδας που σχετίζεται με τις ΙΦΝΕ.

γονοκοκκική είτε μη γονοκοκκική βακτηριακή λοίμωξη, ή οι ευκαιριακές λοιμώξεις που οφείλονται σε μύκητες ή μυκοβακτήρια, αποτελούν παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη, καθώς μπορούν να προκαλέσουν φλεγμονώδη μονοαρθρίτιδα ή ολιγοαρθρίτιδα. Η νεοεμφανιζόμενη μονοαρθρίτιδα σε ασθενή με ΙΦΝΕ θα πρέπει να θεωρείται σηπτική μέχρι να αποδειχθεί το αντίθετο (με αρνητικές καλλιέργειες αρθρικού υγρού).

- **Οζώδες ερύθημα.** Το οζώδες ερύθημα, το οποίο μπορεί να εμφανιστεί σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, μπορεί να είναι δύσκολο να διακριθεί από την αρθρίτιδα, όταν εμφανίζονται βλάβες σε περιαρθρική θέση. Η κυτταρίτιδα σε περίπτωση βακτηριαμίας που σχετίζεται με ΙΦΝΕ μπορεί να μιμείται το οζώδες ερύθημα.

- **Οστεονέκρωση.** Η οστεονέκρωση συνήθως επηρεάζει το ισχίο, το γόνατο και τον ώμο. Οι πάσχοντες από ΙΦΝΕ συνήθως έχουν λάβει θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή και εμφανίζουν πόνο που είναι δυσανάλογος με τον βαθμό του πόνου ή του οιδήματος στις αρθρώσεις.

- **Αντιδραστική αρθρίτιδα.** Η αντιδραστική αρθρίτιδα μπορεί να εμφανιστεί μετά από εντερική λοίμωξη από *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia* ή *Cambylobacter*. Η συχνότητα εμφάνισης κυμαίνεται από 2 έως 33 %. Αυξημένος κίνδυνος αρθρίτιδας σχετίζεται με τη λοίμωξη από *Yersinia* και την παρουσία του γονότυπου αντιγόνου HLA-B27. Έχει επίσης αναφερθεί πόνος στις αρθρώσεις μετά από διαρροϊκή νόσο λόγω παθογόνου λοίμωξης από *Escherichia coli*.

Φιλοξενούμενη ειδικότητα

ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ



- **Αρθρική προσβολή σε νόσο Whipple.** Η νόσος οφείλεται σε λοίμωξη από *Tropheryma whipplei*. Η λοίμωξη μπορεί να είναι εκτεταμένη και μπορεί να μιμείται την ΙΦΝΕ, με διάρροια, δυσασπορρόφηση και απώλεια βάρους. Η συστηματική λοίμωξη συχνά σχετίζεται με αρθρικές εκδηλώσεις. Το γόνατο, ο αστράγαλος και ο καρπός επηρεάζονται συχνά. Σπάνια, οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν σπονδυλίτιδα ή/και προσβολή της ιερολαγόνιας άρθρωσης. Σε ορισμένους ασθενείς, τα αρθρικά συμπτώματα εμφανίζονται πριν από τα εντερικά συμπτώματα.
- **Αρθρική προσβολή σε σύνδρομο Αδαμαντιάδ-Behcet.** Το σύνδρομο Αδαμαντιάδ-Behcet χαρακτηρίζεται από έλκη στόματος και γεννητικών οργάνων, ιρίτιδα και πιθανή προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Εμφανίζει ολιγοαρθρική προσβολή, ασύμμετρη αρθραλγία ή/και αρθρίτιδα έως και σε 50% των ασθενών. Το γόνατο, ο αστράγαλος, ο καρπός και ο αγκώνας είναι συχνές θέσεις προσβολής. Οι εξέλκωση του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου είναι συχνές και μπορεί να εκδηλωθούν με ναυτία, διάρροια, κοιλιακό άλγος και κοιλιακή διάταση. Το σύνδρομο Αδαμαντιάδ-Behcet μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολο να διακριθεί από την ΙΦΝΕ.
- **Αρθρική προσβολή σε κοιλιοκάκη.** Η κοιλιοκάκη μπορεί να σχετίζεται με αρθρίτιδα σε ορισμένους ασθενείς. Η αρθρική προσβολή εμφανίζεται ως περιφερική στο 10%, αξονική στο 8% και συνδυασμένη στο 9%. Συνήθως είναι μη διαβρωτική και μπορεί να είναι είτε ολιγο- είτε πολυαρθρική. Τα συμπτώματα των αρθρώσεων μπορεί να προηγούνται των γαστρεντερικών εκδηλώσεων της νόσου. Τα συμπτώματα των αρθρώσεων ανταποκρίνονται σε μια δίαιτα χωρίς γλουτένη.
- **Παρασιτική αρθρίτιδα.** Οι παρασιτικές λοιμώξεις του εντέρου έχουν συσχετιστεί με αρθρίτιδα και άλλα σύνδρομα ρευματικών παθήσεων. Προκαλούνται συνήθως από *Strongyloides stercoralis*, *Taenia saginata*, *Endolimax nana*, *Dracunculus me-*

dinensis, *Giardia lamblia* και *Necator Americanus*. Τα παράσιτα μπορεί να απομονωθούν ή όχι από τις αρθρώσεις, επομένως αυτό μπορεί να αντιπροσωπεύει μια παραλλαγή της λοιμώδους αρθρίτιδας ή της αντιδραστικής αρθρίτιδας, αντίστοιχα.

- **Αρθρική προσβολή σε ψευδομεμβρανώδη κολίτιδα.** Η αρθρίτιδα που σχετίζεται με το *Clostridioides difficile* έχει περιγραφεί μετά από αντιβιοτική θεραπεία σε σειρά περιστατικών. Σε μια αναφορά 4 ασθενών, η αρθρίτιδα αναπτύχθηκε 9 έως 35 ημέρες μετά την έναρξη της διάρροιας. Οι μεγάλες αρθρώσεις των κάτω άκρων επηρεάζονται συχνότερα. Γενικά, η κατάλληλη αντιβιοτική θεραπεία για το *C. difficile* θα αντιμετωπίσει τη συνοδό αρθρίτιδα.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. De Keyser F, Elewaut D, De Vos M, et al. Bowel inflammation and the spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am* 1998; 24:785.
2. Rudwaleit M, Baeten D. Ankylosing spondylitis and bowel disease. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006; 20:451.
3. de Vlam K, Mielants H, Cuvelier C, et al. Spondyloarthropathy is underestimated in inflammatory bowel disease: prevalence and HLA association. *J Rheumatol* 2000; 27:2860.
4. Agrawal M, Sørensen CN, Poulsen GJ, et al. Spondyloarthritis Preceding and Following Inflammatory Bowel Disease Diagnosis and Risk Factors: A Temporal Trends Analysis in a Population-Based Cohort. *Arthritis Rheumatol* 2026.
5. Karreman MC, Luime JJ, Hazes JM, Weel AE. The Prevalence and Incidence of Axial and Peripheral Spondyloarthritis in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Crohns Colitis* 2017; 11(5):631-642.
6. Remalante-Rayco P, Daghistani Y, Chim T et al. Inflammatory bowel disease does not confer higher disease activity or greater radiographic progression in axial spondyloarthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2025 Dec, 1;64 (12): 6302-6308. doi: 10.1093/rheumatology/keaf420.



Ελεύθερο Θέμα

Η ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ, ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Κωνσταντίνα Δημοπούλου, Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ., Αθήνα

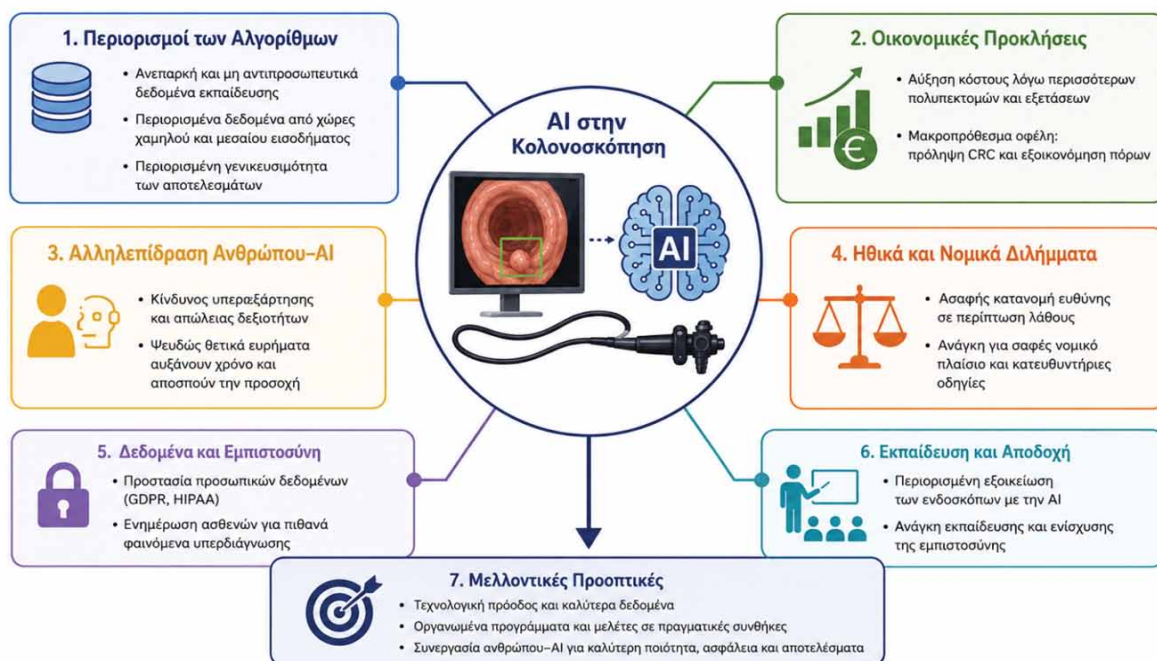
Η τεχνητή νοημοσύνη (Artificial Intelligence, AI) έχει αναδειχθεί τα τελευταία χρόνια ως μία από τις σημαντικότερες τεχνολογικές εξελίξεις στην ενδοσκόπηση του πεπτικού συστήματος. Ειδικότερα, στην κολονοσκόπηση, τα συστήματα υποβοηθούμενης ανίχνευσης (Computer-Aided Detection -CADe) και χαρακτηρισμού πολυπόδων (Computer-Aided Diagnosis -CADx) έχουν αποδείξει ότι μπορούν να αυξήσουν το ποσοστό ανίχνευσης αδενωμάτων (Adenoma Detection Rate- ADR), να συμβάλουν στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και να βελτιώσουν συνολικά την ποιότητα της εξέτασης. Παρά τα εντυπωσιακά αυτά οφέλη, η ευρεία εφαρμογή της AI στην καθημερινή κλινική πράξη συνοδεύεται από σημαντικούς περιορισμούς, οικονομικές προκλήσεις και ηθικά ζητήματα που απαιτούν προσεκτική αντιμετώπιση.

Ένας από τους σημαντικότερους περιορισμούς αφορά την ίδια την ανάπτυξη και εκπαίδευση των αλγορίθμων. Τα περισσότερα συστήματα AI εκπαιδεύονται σε μεγάλες

βάσεις ενδοσκοπικών εικόνων και βίντεο, οι οποίες όμως συχνά δεν αντικατοπτρίζουν πλήρως τις πραγματικές συνθήκες της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Επιπλέον, πολλές μελέτες βασίζονται σε μικρά ή μη αντιπροσωπευτικά δείγματα ασθενών, γεγονός που περιορίζει την αξιοπιστία και τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Ιδιαίτερα περιορισμένα παραμένουν τα δεδομένα από χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, καθώς και από πολυπολιτισμικούς πληθυσμούς, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη διεξαγωγή μεγάλων πολυκεντρικών μελετών σε διαφορετικά συστήματα υγείας.

Παράλληλα, η οικονομική διάσταση της εφαρμογής της AI εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο συζήτησης. Η χρήση της οδηγεί στην ανίχνευση μεγαλύτερου αριθμού μικρών ή καλοήθων πολυπόδων, αυξάνοντας τις πολυπεκτομές, τις ιστολογικές εξετάσεις και τις επαναληπτικές ενδοσκοπήσεις, γεγονός που μπορεί να επιβαρύνει σημαντικά το κόστος της υγειονομικής

Η Τεχνητή Νοημοσύνη στην Ενδοσκόπηση: Περιορισμοί, Ηθικά Διλήμματα και Μελλοντικές Προκλήσεις



Εικόνα 1. Περιορισμοί, ηθικά διλήμματα και μελλοντικές προκλήσεις της τεχνητής νοημοσύνης στην ενδοσκόπηση.



περίθαλψης. Ωστόσο, αρκετές μελέτες οικονομικής αξιολόγησης υποστηρίζουν ότι, σε οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου και σε κέντρα υψηλού όγκου εξετάσεων, η αρχική επένδυση αντισταθμίζεται από τη μείωση της επίπτωσης και της θνητότητας του καρκίνου του παχέος εντέρου, οδηγώντας σε σημαντική εξοικονόμηση πόρων μακροπρόθεσμα. Παρ' όλα αυτά, τα περισσότερα διαθέσιμα στοιχεία προέρχονται από θεωρητικά μοντέλα προσομοίωσης και όχι από πραγματικές συνθήκες κλινικής εφαρμογής.

Ένα ακόμη σημαντικό ζήτημα είναι η σχέση μεταξύ ανθρώπου και τεχνητής νοημοσύνης. Η υπερβολική εξάρτηση των ενδοσκοπών από τις υποδείξεις των αλγορίθμων ενδέχεται να οδηγήσει σε σταδιακή αποδυνάμωση της κλινικής τους κρίσης και των διαγνωστικών τους δεξιοτήτων. Επιπλέον, τα ψευδώς θετικά ευρήματα των συστημάτων AI μπορεί να αυξάνουν τη διάρκεια της εξέτασης, να αποσπούν την προσοχή του ενδοσκοπού και να επηρεάζουν αρνητικά την αποτελεσματικότητα της διαδικασίας.

Ιδιαίτερη σημασία έχουν επίσης τα ηθικά και νομικά ζητήματα που προκύπτουν από τη χρήση της AI. Σε περίπτωση λανθασμένης διάγνωσης ή παράλειψης μιας βλάβης, παραμένει ασαφές ποιος φέρει την ευθύνη: ο ενδοσκόπος, το νοσηλευτικό ίδρυμα ή οι δημιουργοί του αλγορίθμου. Η απουσία σαφούς νομοθετικού πλαισίου αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για την ευρύτερη υιοθέτηση των συστημάτων AI στην κλινική πράξη.

Επιπλέον, η ανάπτυξη των αλγορίθμων απαιτεί τη συλλογή και επεξεργασία μεγάλου όγκου ενδοσκοπικών εικόνων και βίντεο, γεγονός που εγείρει σοβαρά ζητήματα προστασίας προσωπικών δεδομένων. Η συμμόρφωση με κανονισμούς όπως ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων (GDPR) στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση της ιδιωτικότητας των ασθενών και της υπεύθυνης χρήσης των δεδομένων.

Εξίσου σημαντική είναι η διατήρηση της εμπιστοσύνης των ασθενών. Η τεχνητή νοημοσύνη μπορεί να

εντοπίζει περισσότερες μικρές ή κλινικά ασήμαντες βλάβες, αυξάνοντας τον κίνδυνο υπερδιάγνωσης και υπερθεραπείας. Για τον λόγο αυτό, οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται επαρκώς για τις δυνατότητες αλλά και τους περιορισμούς των συστημάτων AI, ώστε να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους.

Τέλος, η επιτυχής ενσωμάτωση της τεχνητής νοημοσύνης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την αποδοχή της από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Παρότι οι περισσότεροι ενδοσκόποι αναγνωρίζουν τη χρησιμότητά της, αρκετοί εξακολουθούν να εκφράζουν επιφυλάξεις σχετικά με την ικανότητά της να παρέχει εξατομικευμένη φροντίδα, ενώ σημαντικό ποσοστό δηλώνει περιορισμένη εξοικείωση με τις τεχνολογίες της μηχανικής μάθησης και των νευρωνικών δικτύων. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί, επομένως, βασική προϋπόθεση για την ορθή και ασφαλή αξιοποίηση της AI.

Συμπερασματικά, η τεχνητή νοημοσύνη αναμένεται να διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας της ενδοσκόπησης και στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ωστόσο, η τεχνολογική πρόοδος από μόνη της δεν αρκεί. Η αντιμετώπιση των περιορισμών των αλγορίθμων, η εξασφάλιση της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, η δημιουργία σαφούς νομικού πλαισίου, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και η διατήρηση της ανθρώπινης κλινικής κρίσης αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την ασφαλή και υπεύθυνη ενσωμάτωση της AI στην ενδοσκόπηση. Το μέλλον της ενδοσκόπησης δεν βρίσκεται στην αντικατάσταση του ιατρού από την τεχνητή νοημοσύνη, αλλά στη δημιουργία μιας συνεργατικής σχέσης ανθρώπου και μηχανής, με στόχο την παροχή ποιοτικότερης, ασφαλέστερης και περισσότερο εξατομικευμένης φροντίδας στους ασθενείς.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Dimopoulou K, Spinou M, Ioannou A, Nakou E, Zormpas P, Tribonias G. Artificial intelligence in colonoscopy: En-

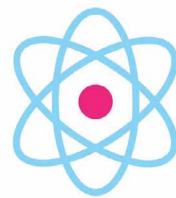


Ελεύθερο Θέμα

Η ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ, ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

- hancing quality indicators for optimal patient outcomes. *World J Gastroenterol*. 2025 Oct 28;31(40):111499.
2. Areia M, Mori Y, Correale L, Repici A, Bretthauer M, Sharma P, Taveira F, Spadaccini M, Antonelli G, Ebigbo A, Kudo SE, Arribas J, Barua I, Kaminski MF, Messmann H, Rex DK, Dinis-Ribeiro M, Hassan C. Cost-effectiveness of artificial intelligence for screening colonoscopy: a modelling study. *Lancet Digit Health*. 2022 Jun;4(6):e436-e444.
 3. Thiruvengadam NR, Côté GA, Gupta S, Rodrigues M, Schneider Y, Arain MA, Solaimani P, Serrao S, Kochman ML, Saumoy M. An Evaluation of Critical Factors for the Cost-Effectiveness of Real-Time Computer-Aided Detection: Sensitivity and Threshold Analyses Using a Microsimulation Model. *Gastroenterology*. 2023 May;164(6):906-920.
 4. Mori Y, Hassan C. Computer-aided diagnosis of colorectal polyps: assisted or autonomous? *Clin Endosc*. 2025 Jul;58(4):514-517. doi: 10.5946/ce.2024.338.
 5. Tham S, Koh FH; SKH Endoscopy Centre; Teo EK, Lin CL, Foo FJ. Knowledge, perceptions and behaviours of endoscopists towards the use of artificial intelligence-aided colonoscopy. *Surg Endosc*. 2023 Oct;37(10):7395-7400.
 6. Halvorsen N, Hassan C, Correale L, Pilonis N, Helsing LM, Spadaccini M, Repici A, Foroutan F, Olav Vandvik P, Sultan S, Løberg M, Kalager M, Mori Y, Bretthauer M. Benefits, burden, and harms of computer aided polyp detection with artificial intelligence in colorectal cancer screening: microsimulation modelling study. *BMJ Med*. 2025 Mar 27;4(1):e001446.
 7. Hookey L. "AI for the new GI": What role does artificial intelligence have in early colonoscopy training? *Gastrointest Endosc*. 2024 Jan;99(1):100-101
 8. Reverberi C, Rigon T, Solari A, Hassan C, Cherubini P; GI Genius CADx Study Group; Cherubini A. Experimental evidence of effective human-AI collaboration in medical decision-making. *Sci Rep*. 2022 Sep 2;12(1):14952.

Καινοτομίες στην Ενδοσκόπηση



ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΣΕ ΨΥΧΡΗ ΠΟΛΥΠΕΚΤΟΜΗ ΕΝΑΝΤΙ ΠΟΛΥΠΕΚΤΟΜΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΔΙΑΘΕΡΜΙΑΣ ΓΙΑ ΕΜΜΙΣΧΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Γεράσιμος Γερασιμάτος, Γαστρεντερολόγος, Ιδιωτικό Ιατρείο, Αργοστόλι, Κεφαλονιά, Επιστημονικός Συνεργάτης Meganalysis Γαλασίου

Γεώργιος Τζιάτζιος, Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Επιμελητής Β' Γαστρεντερολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο - Πατρίων», Αθήνα

Η ESGE υποστηρίζει τη χρήση της θερμής πολυπεκτομής (HSP) για έμμισχους πολύποδες παχέος εντέρου με μέγεθος κεφαλής <20 χιλ. και πάχους μίσχου <10 χιλ. και προτείνει την ψυχρή πολυπεκτομή (CSP) για μικρούς πολύποδες με λεπτό μίσχο. Προγενέστερες μελέτες έχουν δείξει σημαντικά μικρότερο ποσοστό μετεπεμβατικής αιμορραγίας με τη χρήση ψυχρής πολυπεκτομής δεδομένου και του σημαντικά μικρότερου χρόνου της επέμβασης.

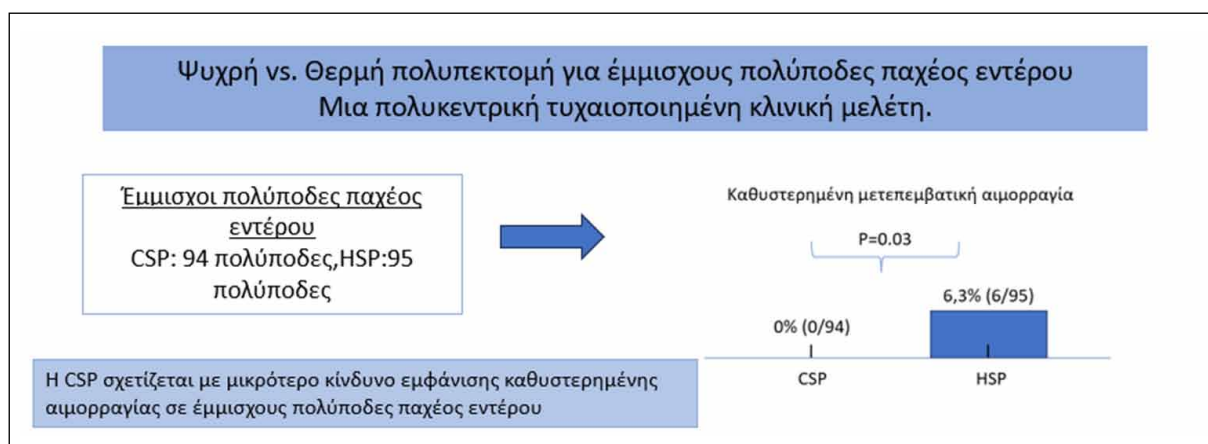
Στόχος αυτής της προοπτικής, μονής τυφλής πολυκεντρικής μελέτης ήταν η σύγκριση των δύο επεμβατικών τεχνικών (θερμής και ψυχρής πολυπεκτομής) σχετικά με την εμφάνιση καθυστερημένης αιμορραγίας σε πολυπεκτομές πολυπόδων με μέγεθος κεφαλής <20 χιλ. και πάχους μίσχου ≤5 χιλ.

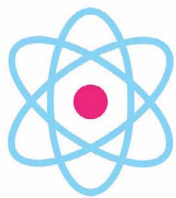
Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία της μελέτης ήταν η καθυστερημένη μετεπεμβατική αιμορραγία, οριζόμενη ως η εμφάνιση συμπτωμάτων γαστρεντερικής αιμορραγίας όπως η αιματοχεσία, εντός 30 ημερών από την ημερομηνία της πολυπεκτομής. Η αιμορραγία κατηγοριοποιήθηκε σε ήπια (αυτοπεριοριζόμενη αιματοχεσία με πτώση αιμοσφαιρίνης ≤2g/dL που δεν χρειάστηκε

ενδοσκοπική παρέμβαση) και σε σημαντική (πτώση αιμοσφαιρίνης ≥2g/dL, ανάγκη νοσηλείας, μετάγγισης είτε επανάληψης κολονοσκόπησης με ενδοσκοπική παρέμβαση).

Συμπεριλήφθηκαν 196 ασθενείς οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια (98 στην ομάδα CSP και 98 στην ομάδα HSP), 7 ασθενείς αποκλείστηκαν εξαιτίας απώλειας της μετεπεμβατικής επιτήρησης ή ασαφούς μορφολογίας του μίσχου. Τελικά αναλύθηκαν 94 ασθενείς με χρήση της τεχνικής CSP και 95 με HSP. Καμία καθυστερημένη μετεπεμβατική αιμορραγία δεν καταγράφηκε με CSP, ενώ 6 ασθενείς (6,3%) στην ομάδα της HSP εμφάνισαν αιματηρή κένωση (95% CI: -0,11 έως -0,01). Από αυτούς του ασθενείς, οι 3 εμφάνισαν ήπια και αυτοπεριοριζόμενη αιμορραγία ενώ 2 ασθενείς χρειάστηκαν ενδοσκόπηση με διενέργεια αιμόστασης και 1 είχε ανάγκη παρατεταμένης νοσηλείας στο νοσοκομείο. Η Kaplan-Meier ανάλυση ανέδειξε χαμηλότερο γενικό κίνδυνο καθυστερημένης αιμορραγίας με CSP ($p=0,01$).

Επιπρόσθετα, καμία άμεση ή καθυστερημένη διάτρηση δεν παρατηρήθηκε σε καμία από τις δύο ομάδες. Άμεση μετεπεμβατική αιμορραγία (αυτοπεριοριζόμενη)





Καινοτομίες στην Ενδοσκόπηση

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΣΕ ΨΥΧΡΗ ΠΟΛΥΠΕΚΤΟΜΗ ΕΝΑΝΤΙ ΠΟΛΥΠΕΚΤΟΜΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΔΙΑΘΕΡΜΙΑΣ ΓΙΑ ΕΜΜΙΣΧΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

παρατηρήθηκε σχεδόν σε όλες τις CSP(86,2%), όμως μόνο μία (1,1%) είχε διάρκεια >60 δευτερόλεπτα. Συγκριτικά, στην HSP άμεση μετεπεμβατική αιμορραγία παρατηρήθηκε σημαντικά λιγότερο, σε μόλις 12 ασθενείς (διαφορά κινδύνου: 0,73, 95% CI: 0,64–0,83) και μόνο 1 είχε διάρκεια >60 δευτερόλεπτα. Ο μέσος χρόνος εκτομής του πολύποδα ήταν 25 δευτερόλεπτα στην ομάδα CSP, σημαντικά μικρότερος σε σχέση με την ομάδα HSP που ήταν 57 δευτερόλεπτα.

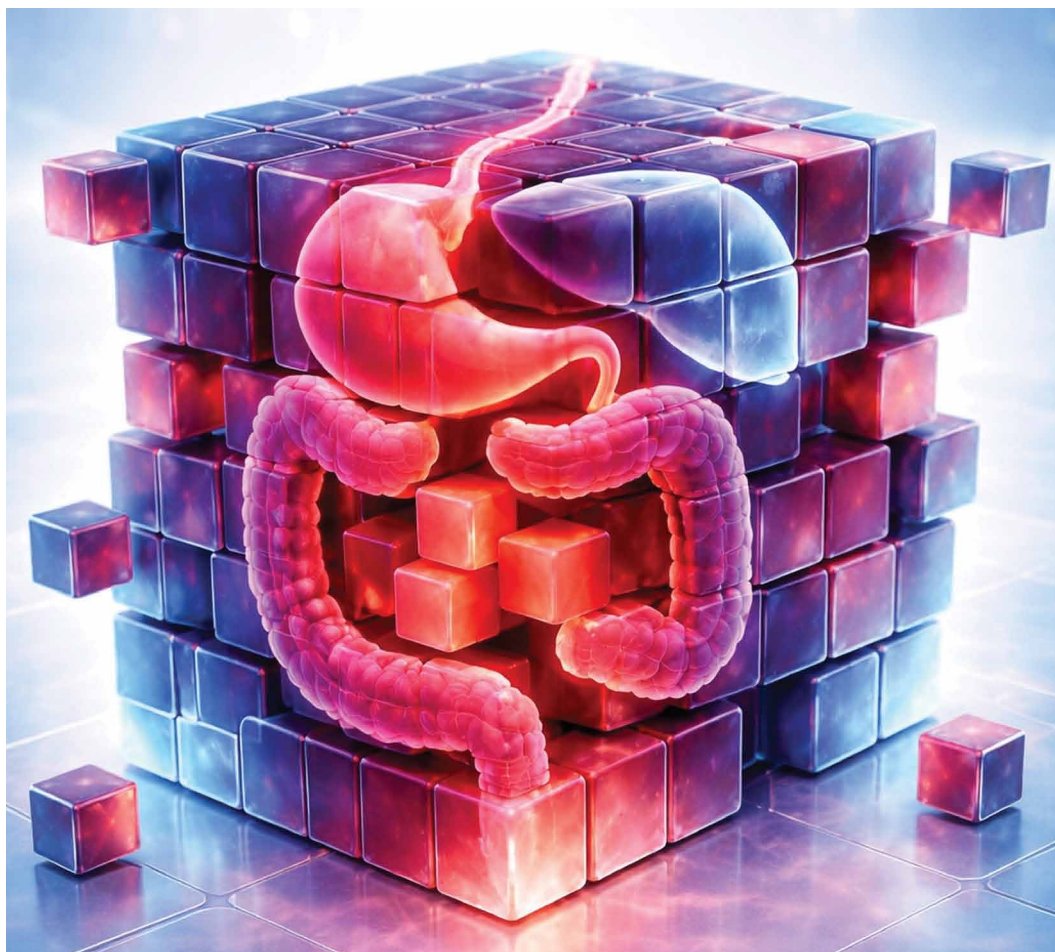
Συμπερασματικά, τα δεδομένα αυτής της προοπτικής πολυκεντρικής μελέτης υποστηρίζουν ότι η CSP είναι ασφαλέστερη από την HSP στην αφαίρεση ορισμένων έμμίσχων πολυπόδων παχέος εντέρου (≤ 15 χιλ. μέγεθος πολύποδα και ≤ 5 χιλ. πάχος μίσχου) αναφορικά με τον

κίνδυνο εμφάνισης καθυστερημένης αιμορραγίας. Τα δεδομένα αυτά προσφέρουν μια τεκμηριωμένη καθοδήγηση για την εξατομικευμένη κλινική απόφαση και πιθανή μελλοντική αναθεώρηση των κατευθυντήριων οδηγιών.

Βιβλιογραφία

- Shisong Wang, Hui Gao, Ganhua Guo, Zhihui Xu, MinMiao, Jianzhong Sang, Yonghong Xia, Chaoqun, Wang, Zhixin Zhang, Zhenfei Bao, Weihong Wang, Jiarong Xie, Lei Xu. Cold versus hot snare polypectomy for pedunculated colorectal polyps: a multicenter randomized controlled trial. Endoscopy. 2026 Apr;58(7):766-775. doi: 10.1055/a-2827-0879. Epub 2026 Apr 23.

Το εξώφυλλο από μέσα



Στην ιατρική, η πρόκληση δεν είναι μόνο να βρεθεί η σωστή λύση, αλλά να βρεθεί έγκαιρα. Κάθε διάγνωση και κάθε θεραπευτική απόφαση αποτελεί μέρος μιας αλυσίδας επιλογών, όπου πολλά ερωτήματα, διλήμματα και εναλλακτικές διαδρομές οδηγούν σε έναν και μοναδικό στόχο: την αμεσότερη δυνατή ίαση.

Η διαδικασία αυτή θυμίζει το περίφημο τρισδιάστατο παζλ, γνωστό ως κύβο του Ρούμπικ. Ένα φαινομενικά άναρχο σύνολο δυνατοτήτων που απαιτεί γνώση, λογική, εμπειρία και στρατηγική σκέψη για να αποκατασταθεί η τάξη. Αν και ο κύβος διαθέτει περισσότερους από 43 τρισεκατομμύρια δυνατούς συνδυασμούς, είναι εντυπωσιακό ότι το αποτέλεσμα μπορεί να ολοκληρωθεί με λιγότερες από είκοσι κινήσεις, αρκεί αυτές να είναι οι σωστές.

Αυτή ακριβώς την ιδέα επιχειρεί να αποδώσει η εικόνα: η σύγχρονη γαστρεντερολογία αντιμέτωπη με τη διαχείριση ενός σύνθετου συνόλου πληροφοριών και την ικανότητα της να επιλέγει, μέσα από αμέτρητες πιθανότητες, τη σωστή ακολουθία αποφάσεων που θα οδηγήσει τον ασθενή στη ίαση.

Μίλτος Σκούρας
www.miltoskouras.com



Peptan[®] 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 (φαμοτιδίνη) 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 από αίτημά σας στην Εταιρεία.



Κάτοχος άδειας κυκλοφορίας:



BIANEX **A.E.**
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIANEX A.E. - 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»

VE-26028-PEP-2/2026