



Άρθρο Σύνταξης

Συγκεντρώνοντας την ύλη του δεύτερου τεύχους των «Ενδοσκοπήσεων», μιλώντας πάλι με όρους μακράν των γαστρεντερολογικών, όπως βινιέτες, δημιουργικό, οπισθόφυλλο, τιράζ, σελιδοποίηση, προτείνοντας χρώματα, ιδέες και εξώφυλλα, αισθανθήκαμε την ικανοποίηση που νιώθει ένα μικρό παιδί όταν τελειώσει το πρώτο του puzzle. Παράλληλα, βέβαια, διαισθανθήκαμε ότι κάθε τεύχος θα είναι μια καινούργια πρόκληση και ευθύνη, παραπέμποντας αυτή τη φορά σ' ένα άλλο αγαπημένο παιχνίδι, τη μπάμπουσκα, τη ρώσικη κούκλα, που όταν κάθε φορά ανοίγεις μία, μέσα σε περιμένει μια καινούργια εκπλήξη, ένας καινούργιος στόχος. Και επειδή όλα τα παιχνίδια γίνονται πιο ευχάριστα με καλή παρέα, η συντροφιά της Συντακτικής Επιτροπής των «Ενδοσκοπήσεων» ζητά νέα μέλη, που θα ήθελαν να μοιραστούν μαζί της τις ιδέες, τις γνώσεις και την κριτική τους. Στόχος μας είναι η δημιουργία μιας Συντακτικής Επιτροπής με ουσιαστικές αρμοδιότητες και υποχρεώσεις, σ' ένα περιοδικό που φιλοδοξεί να αποτελεί πάντα ανοιχτό βήμα για όλους, να ενημερώνει ευχάριστα και να βελτιώνεται διαρκώς... Γιατί, όπως σημειώνει ο συγγραφέας στο βιβλίο «Η ζωή μου με τον Μότσαρτ», που παρουσιάζεται στο τεύχος αυτό: «...Έτσι παράλληλα με τις σπουδές μου, παράλληλα με τα καθήκοντά μου ως διδάσκοντα στο πανεπιστήμιο, ώρα με την ώρα, σελίδα με τη σελίδα, αναζητούσα τον εαυτό μου στη μύτη της πένας μου...»

Νικολέττα Μάθου

Αναπλ. Διευθύντρια Σύνταξης

ενδοσκοπήσεις

Ιούλιος 2006 • τεύχος #1 το περιοδικό της Ενώσης Γαστρεντερολόγων (Ε.Π.Ε.Γ.Ε)

Το Ενδοσκοπικό Ενδογαστρικό Μπαλόνι Παχυσαρκίας
Τριπλής απόδοσης από μείωση σφρύγγων και τυχαία έκθεση σε αίμα
Όλη η σύρμαση στην Θεραπευτική Ενδοσκοπία
Πώς Με Βίλουν οι Ασθενείς μας
Βερανίνο! Θα πάτε:

...πιατί και οι γαστρεντερολόγοι
έχουν φυγή...

Οκτώβριος 2006 • τεύχος #2 το περιοδικό της Ενώσης Γαστρεντερολόγων (Ε.Π.Ε.Γ.Ε)

Κοινωνική: Μια Νέας που δεν Βρίσκεται ώστε Μακρά... όσο η Ιρλανδία
Το Μέλεκριν Ρέγιο στην Επιβατική Ενδοσκοπία
Το Γαστρεντερολογικό Ίμπρο από τη Σκάνη του Χρήστου-Ασθενούς
Επιθηλιωτική Διατροφή - Εντρική Μεταπλοΐα Στεργαλανί[®]
Πάμε Μέγαρα... και όλα μαζί!

αρχή τη συνταγογραφία
στην αρρεγγογραφία...



Ενημέρωση από το Δ.Σ.

γράφει ο Απόστολος Νταϊλιάνας

1. Σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη των γαστρεντερολόγων σε θέματα αστικής ευθύνης

Οι ασφαλιστικές εταιρίες ζητούν επιπλέον ασφάλιστρα, θεωρώντας ότι οι γαστρεντερολόγοι ασκούν τεχνικές πολύ υψηλού κινδύνου, χωρίς όμως να αναφέρουν σαφώς στα συμβόλαια ότι καλύπτουν το ενδεχόμενο πρόκλησης βλάβης κατά την ενδοφλέβια χορήγηση κατασταλτικών και αναλγητικών ουσιών, που χορηγούνται συχνά στην ενδοσκόπηση. (Ανάλογο θέμα προκύπτει και από ενδεχόμενες επιπλοκές από τη χρήση ανοσοκατασταλτικών, όπως η αζαθειοπρίνη, η 6-μερκαπτοουρίνη και η μεθοτρεξάτη, που δεν έχουν επίσημη έγκριση για χρήση σε ΙΦΕΝ). Ζητήθηκε από τρεις ανε-

ξάρτητες εταιρίες ασφαλιστικών συμβούλων να διερευνήσουν την ασφαλιστική αγορά, για **κάλυψη της επαγγελματικής αστικής ευθύνης των γαστρεντερολόγων με σαφή αναφορά στις περιπτώσεις χορήγησης καταστολής και αναλγησίας**. Η μία εταιρία μάλιστα ανέλαβε να απευθυνθεί και σε ασφαλιστικές εταιρίες στο εξωτερικό. Τα αποτελέσματα μέχρι στιγμής είναι τα εξής: Μόνο δύο ασφαλιστικές εταιρίες καλύπτουν σαφώς και με ειδικό όρο τη χορήγηση καταστολής, ενώ οι υπόλοιπες αναφέρουν ότι καλύπτονται οι μέθοδοι που είναι εγκεκριμένες από τον ΕΟΦ. Οι δύο αυτές εταιρίες απέστειλαν πίνακα με όρια καλύψεων ανά γεγονός και ανά έτος, τα οποία -κατά την κρίση μας- είναι μικρά για τις

σημερινές συνθήκες. Για να λυθεί το πρόβλημα των σχετικά χαμηλών καλύψεων, μάς προτάθηκε η **κάλυψη σε υψηλότερα επίπεδα αποζημίωσης από δύο συμπληρωματικά συμβόλαια** των εν λόγω εταιριών, **με χαμηλότερα συνολικά ασφάλιστρα**. Τα συμβόλαια δόθηκαν για έλεγχο στη Νομικό μας Σύμβουλο. Υπογραμμίσθηκε ότι **τα αναλογούντα ασφάλιστρα θα ισχύσουν με την προϋπόθεση ότι θα ασφαλιστούν τουλάχιστον 50 γαστρεντερολόγοι**. Αποφασίσθηκε, εξ άλλου, ότι μόλις υπογραφούν τα ασφαλιστήρια συμβόλαια θα γίνουν κινήσεις προς τον ΕΟΦ και το ΚΕΣΥ, για να γίνει σαφές πως οι γαστρεντερολόγοι δικαιούνται να χορηγούν ενδοφλέβια καταστολή και αναλγησία.

2. Πρόληψη καρκίνου παχέος εντέρου. Από τη θεωρία στην πράξη

Με προφανή πλεονεκτήματα για όλους μας, αξίζει να εφαρμοσθεί πια η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Είναι ένα θέμα που η ΕΠ.Ε.Γ.Ε. μελετά από καιρό. Η ανάγκη ελέγχου με κολο-

νοσκόπηση πρέπει να γίνει κτήμα της κοινωνίας μας, όπως είναι η ανάγκη για μαστογραφία, pap-test κ.λπ. Και είναι δική μας υποχρέωση να ενημερώσουμε το κοινό γι αυτό το τεράστιο πρόβλημα. Ακριβώς οι συνιστώσες του προβλήματος και η μεθοδολογία επίλυσής του,

λυσής του, θα παρουσιασθούν στο στρογγυλό τραπέζι που οργανώνει η ΕΠ.Ε.Γ.Ε., στα πλαίσια του Πανελλήνιου Γαστρεντερολογικού Συνεδρίου. Η διεξοδική πρακτική μελέτη του θέματος ελπίζουμε να αποτελέσει την αφετηρία της επίλυσής του.

3. Σχετικά με την προσεχή διημερίδα της ΕΠΕΓΕ του 2007

Στην αρχή της τριετούς θητείας του παρόντος ΔΣ της ΕΠ.Ε.Γ.Ε., προ 2ετίας, ορίσθηκαν 3 επιστημονικές διημερίδες, μία ανά έτος. Για το 2007 είχε προταθεί ως θέμα αιτηριών για το γαστρεντερολόγο. Ο απώτερος στόχος της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. ήταν η διημερίδα των υπερήχων να τελεσθεί σε μια εποχή που οι

γαστρεντερολόγοι θα είχαν επεκταθεί περισσότερο στους υπέρηχους κοιλίας και θα υπήρχε ένα ή περισσότερα γαστρεντερολογικά εκπαιδευτικά κέντρα που θα έδιναν δίπλωμα επάρκειας γαστρεντερολόγων σε υπερήχους. Οι ισχυρές όμως συντεχνιακές αντιστάσεις δεν έχουν επιτρέψει ακόμη την υλοποίηση αυτού του στόχου και το ΔΣ αποφάσισε ομόφωνα στην

τελευταία του συνεδρίαση την αλλαγή του θέματος της διημερίδας. Για το 2007, λοιπόν, θα λάβει χώρα διημερίδα **πρακτικής πρωκτολογίας** η οποία θα καλύψει θέματα που καθημερινά μας απασχολούν, όπως η αιμορροϊδοπάθεια, η ραγάδα, τα σύνδρομα πρωκτικού άλγους και άλλα. Πρόεδρος της οργανωτικής επιτροπής της διημερίδας αυτής θα είναι ο κ. Γ. Μάντζαρης.

Πρόσωπο...

...με Πρόσωπο



Επικοινωνούμε: Το βήμα των Συναδέλφων

Συνταξιοδοτικά-Ασφαλιστικά Θέματα

γράφει ο Στέργιος Κουβαράς

Στο προηγούμενο τεύχος σκιαγραφήσαμε μερικά βασικά προβλήματα του γαστρεντερολόγου που εργάζεται στα ασφαλιστικά ταμεία:

1. Το συνταξιοδοτικό-ασφαλιστικό.
2. Την έλλειψη ενδοσκοπικών μονάδων και της βασικής υποδομής για την άσκηση της ειδικότητας.
3. Το πρόβλημα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Στο σημερινό τεύχος θα αναφερθώ διεξοδικότερα στο πρώτο θέμα, που αφορά την ασφαλιστική κάλυψη των γιατρών του ΙΚΑ, και στη συνέχεια θα κάνω μερικές προτάσεις, που νομίζω αφορούν όλους τους συναδέλφους, ανεξάρτητα με το πού εργάζονται.

Η πλειονότητα των γιατρών που εργάζεται στο ΙΚΑ έχει σύμβαση αερίστου χρόνου. Αρχικά οι συμβάσεις ήταν συμβάσεις έργου, του νόμου 1204, οι οποίες μετατράπηκαν το 2001 σε συμβάσεις αερίστου χρόνου, μετά από μακροχρόνιους αγώνες της Πανελλήνιας Συνομοσπονδίας Υγειονομικού Προσωπικού ΙΚΑ (ΠΟΣΕΥΠΙ-

ΚΑ). Η εξέλιξη αυτή σταθεροποίησε την εργασιακή θέση των γιατρών, δεν ικανοποίησε όμως το ασφαλιστικό και συνταξιοδοτικό δικαίωμα. Με αυτή τη μετατροπή των συμβάσεων δόθηκε η δυνατότητα σε όσους γιατρούς

1. Το κόστος των εισφορών είναι δυσανάλογα υψηλό, διότι οι εργαζόμενοι επιβαρύνονται και με τις εισφορές του εργοδότη, πράγμα αντίθετο με την κείμενη εργατική νομοθεσία.

2. Οι προσληφθέντες μετά την 1/1/1993 δεν έχουν συνταξιοδοτική κάλυψη.

Βέβαια, το πρόβλημα είναι γενικότερο, δεδομένου ότι με το νόμο Σιούφα του 1992 δυνατότητα σύνταξης υπάρχει μόνο μέσω του βασικού ασφαλιστικού φορέα. Π.χ. ο ηλεκτρολόγος μηχανολόγος του ΕΜΠ που εργάζεται στη ΔΕΗ και προσελήφθη μετά την 1/1/1993 συνταξιοδοτείται μόνο από το ΤΣΜΕΔΕ και όχι από τη ΔΕΗ. Υπάρχει όμως παράγραφος του νόμου, στην οποία αναφέρεται ότι σ' αυτούς τους περιορισμούς υπάγονται οι έχοντες ασφαλιστεί στη βασική ασφάλιση μετά τη 1/1/1993. Έτσι οι γιατροί του ΙΚΑ μπορεί μεν να έχουν προσληφθεί μετά την 1/1/1993, εάν όμως η ασφάλιση στο ΤΣΑΥ προηγείται της 1/1/1993, δεν πρέπει να αφαιρείται η δυνατότητα παράλληλης συνταξιοδό-

**Συγκρινόμενο
με άλλα ταμεία,
το ΤΣΑΥ έχει
μεγαλύτερες αναλογίες
νέων εργαζόμενων /
συνταξιούχων**

έχουν προσληφθεί πριν την 1/1/1993 να συνταξιοδοτηθούν και από το ΙΚΑ, αναγνωρίζοντας 10 χρόνια προϋποθεσίας, με την προϋπόθεση όμως να πληρώσουν μόνοι τους το σύνολο των εισφορών εργοδότη και εργαζομένου. Από τη ρύθμιση αυτή προκύπτουν δύο προβλήματα:



τησής τους και από το ΙΚΑ. Σ' αυτήν την κατεύθυνση έχουν στραφεί οι απεργιακές κινητοποιήσεις της ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ, οι οποίες έχουν σημαντικό ποσοστό συμμετοχής.

Πέραν όμως από τη συνταξιοδοτική κάλυψη των συμβασιούχων γιατρών του ΙΚΑ, νομίζω το πρόβλημα είναι γενικότερο και αφορά το σύνολο των συναδέλφων. Συγκρινόμενο με άλλα ταμεία, το ΤΣΑΥ έχει από τις μεγαλύτερες αναλογίες νέων εργαζόμενων / συνταξιούχων. Οι δαπάνες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι λιγότερες, πάντα σε σχέση με άλλα ταμεία, δεδομένου ότι ένας σημαντικός αριθμός γιατρών δεν χρησιμοποιεί το βιβλιάριο ασθενείας για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και εργαστηριακές εξετάσεις. Υπάρχουν, λοιπόν, οι προϋποθέσεις για αξιοπρεπέστερη σύνταξη από αυτή των 1200 ευρώ που χορηγεί σήμερα το ΤΣΑΥ.

Το θέμα αυτό αφορά τον ΠΙΣ και είναι γεγονός ότι γίνονται σημαντικές προσπάθειες για αναβάθμιση των συντάξεων. Δεδομένης, όμως, της δυσπραγίας που παρατηρείται, νομίζω πως οι επιμέρους επιστημονικές εταιρείες ή ενώσεις πρέπει να πιέσουν για την προώθηση λύσεων.

Είναι, επίσης, γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια υπάρχει στροφή προς την ιδιωτική ασφάλιση. Το κόστος, όμως, των ιδιωτικών συμβολαίων για ένα γιατρό που αρχίζει συνταξιοδοτικό πρόγραμμα στα 45 έτη είναι αρκετά υψηλό. Δυνατότητα σύναψης συλλογικών συμβολαίων μέσω εταιρειών ή ενώσεων θα πρέπει να συζητηθεί και ίσως είναι η πλέον συμφέρουσα λύση.

Η δημιουργία επικουρικών ταμείων (π.χ. επικουρικό ταμείο ΕΠ.Ε.Γ.Ε.) είναι μια άλλη πρόταση, που αξίζει να συζητηθεί. Κάτι παρόμοιο έκαναν

οι δικηγόροι, δημιουργώντας ένα σωματείο με την επωνυμία «Λογαριασμός Ενίσχυσης Δικηγόρων» που λειτουργεί με καθεστώς ΝΠΙΔ. Υποχρεωτική μηνιαία εισφορά 25 ευρώ για κάθε μέλος τους εξασφαλίζει μετά 25 χρόνια συμπλήρωμα σύνταξης περί τα 250 ευρώ.

Η ΕΠ.Ε.Γ.Ε., ως κατ' εξοχήν επαγγελματική ένωση, πρέπει να στοχεύει και στη βελτίωση των συνταξιοδοτικών και ασφαλιστικών απολαβών. Νομίζω πως το θέμα είναι σημαντικό και αξίζει τον κόπο να αποτελέσει αντικείμενο στρογγυλής τράπεζας σε μια επόμενη διημερίδα της ένωσής μας, ώστε να ενημερωθούμε από ειδικούς για τις δυνατότητες συνταξιοδότησης και ασφάλισης που έχουμε ως Επαγγελματική Ένωση, να ακουστούν γνώμες συναδέλφων και να δρομολογηθούν λύσεις.



26^ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

9-12 Νοεμβρίου 2006

Στο ΜΕΓΑΡΟ ΜΟΥΣΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ

Σάββατο, 11 Νοεμβρίου 2006

16.00-17.00
Αίθουσα Γ

Γενική Συνέλευση ΕΠ.Ε.Γ.Ε

17.00-18.30
Αίθουσα Β

Πρόληψη Καρκίνου Παχέος Εντέρου:
από τη Θεωρία στην Πράξη



Κλινικό Θέμα

ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ Μια Νόσος που δεν Βρίσκεται τόσο Μακριά... όσο η Ιδλανδία

γράφει ο Κωνσταντίνος Ζωγράφος

Αιτιοπαθογένεια

Η νόσος οφείλεται στη δράση της γλουτένης, ενός πρωτεΐνικού συστατικού που περιέχεται στο σιτάρι, τη σίκαλη, το κριθάρι και τη βρώμη. Στην αιτιοπαθογένεια της νόσου εμπλέκονται διάφοροι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, συνεπικουρούμενοι από ποικίλους ανοσολογικούς. Η νόσος εκδηλώνεται σε συγγενείς 1ou βαθμού σε ποσοστό 8-18%. Το HLA-DQ2 εντοπίζεται περίπου στο 95% των ασθενών και το HLA-DQ8 στους υπόλοιπους.

Η υπέρμετρη ανοσολογική απάντηση που παρατηρείται είναι χυμικού και κυτταρικού τύπου και χαρακτηρίζεται από την παρουσία αυτοαντισωμάτων κατά των συστατικών του συνδετικού ιστού, όπως ενδομυίου (EMA) και ιστικής τρανσγλουταμίνασης (tTG). Από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες ενοχοποιείται η πρότερη έκθεση του ασθενούς στον αδενοϊό type 12.

Επιπολασμός

Η κοιλιοκάκη αποτελεί αρκετά συχνή νόσο και ο επιπολασμός της κυμαίνεται μεταξύ 1:130 και 1:300 στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Όσον αφορά στην Ελλάδα, χωρίς να υπάρχουν επίσημα στατιστικά δεδο-

μένα, επικρατεί η άποψη ότι ακολουθεί τους Βορειοευρωπαίους.

Κλινικές εκδηλώσεις

Τα συμπτώματα συχνά ξεκινούν στην παιδική ηλικία και η συνοδός δυσαπορρόφηση έχει σαν αποτέλεσμα το χαμηλό ανάστημα και την καθυστέρηση της εφηβείας. Σε παιδική ηλικία και άνω των 2 ετών η συνηθέστερη εκδήλωση της νόσου είναι οι διαρροϊές κενώσεις.

Το 20% των περιπτώσεων εκδηλώνεται σε ηλικία άνω των 60 ετών. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι η κόπωση, οι διαρροϊές κενώσεις και η απώλεια βάρους. Οι διάρροιες είναι συνήθως 3-4 ημερησίως, είτε συνεχείς είτε περιοδικές ή εναλλάσσονται με δυσκολιότητα. Ποσοστό 10% των ασθενών αναφέρει δυσκολιότητα και 10% νυκτερινή διάρροια. Το έντονο κοιλιακό άλγος είναι ασύνηθες στην ανεπιπλεκτή νόσο, ενώ συχνά οι ασθενείς παραπονούνται για οστικά άλγη στην οσφύ και την πύελο, ως αποτέλεσμα της επακόλουθης οστεοπόρωσης-οστεοπενίας.

Κλινικές μορφές

Η νόσος χαρακτηρίζεται ως παγόβουνο, στην κορυφή του οποίου βρίσκεται η κλασική κοιλιοκάκη, με

εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό σωλήνα, θετικό ανοσολογικό έλεγχο και διαγνωστική χαρακτηριστική βιοψία και στη βάση η υποκλινική και η σιωπηλή μορφή της νόσου.

Στην **υποκλινική μορφή** οι ασθενείς εμφανίζουν **άτυπα** συμπτώματα, όπως χαμηλό ανάστημα, αναιμία, υπογονιμότητα και **θετικό** ανοσολογικό και ιστολογικό έλεγχο. Στη **σιωπηλή μορφή** είναι **ασυμπτωματικό** με **θετικό ανοσολογικό και ιστολογικό έλεγχο**.

Μια περαιτέρω διάκριση των μορφών εμφάνισης της νόσου είναι η λανθάνουσα και η δυνητική κοιλιοκάκη.

Στον όρο **λανθάνουσα** κοιλιοκάκη εντάσσονται άτομα, τα οποία είναι **ασυμπτωματικά** με **αρνητική** ιστολογική εικόνα, όπως άτομα που νόσησαν σε παιδική ηλικία, ετέθησαν σε δίαιτα ελεύθερη γλουτένης (gluten free diet-GFD) για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και είναι πλέον ασυμπτωματικά ακολουθώντας ελεύθερο διαιτολόγιο ή άτομα που ακολουθούν GFD, έχουν **αρνητική** ιστολογική εικόνα και στην πορεία εμφανίζουν συμπτωματολογία της νόσου.

Διαγνωστικά κριτήρια

Μέχρι το 1990 η διάγνωση ετίθετο με την ανεύρεση ατροφίας λαχνών



και υπερπλασίας των κρυπτών σε βιοπτικό υλικό ασθενών. Ο ασθενής ακολουθούσε GFD για συγκεκριμένη χρονική περίοδο με την προσμονή της αποκατάστασης της αρχιτεκτονικής του βλεννογόνου και, τέλος, υποβάλονταν σε πρόκληση με γλουτένη για την πιθανότητα υποτροπής.

Αυτή η διαδικασία έχει αναθεωρηθεί, και το gold standard στη διάγνωση είναι ένα puzzle αποτελούμενο από μια σειρά προϋποθέσεων, διαγνωστικών εξετάσεων και κλινικών ευρημάτων:

1. Ατομικό-οικογενειακό ιστορικό καθώς και κλινική εικόνα συμβατά με κοιλοκάκη
2. Ηλικία άνω των 2 ετών
3. Ιστολογικά ευρήματα συμβατά με τη νόσο
4. Ορολογικοί δείκτες θετικοί
5. Ανταπόκριση κλινική, ορολογική και ιστολογική με GFD
6. Διαφοροδιαγνωστικός αποκλεισμός άλλων νοσολογικών καταστάσεων με παρόμοια κλινική και ιστολογική εικόνα.

Ορολογικοί δείκτες

Οι ορολογικοί δείκτες εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ευαισθησίας και ειδικότητας. Συνοπτικά αυτοί είναι:

- α) έναντι ενδομίου αντισώματα (**IgA EMA**) με ευαισθησία 85-98% και ειδικότητα 97-100%
- β) έναντι της ιστικής τρανσγλουταμινάσης (**IgA tTG**) με αντίστοιχα ποσοστά 90-98% και 94-97%
- γ) τα αντιγλιαδινικά αντισώματα (**IgA-IgG AGA**) με ποσοστά για τα IgA 75-90% και 82-85% και τα IgG 69-85% και 73-90% αντίστοιχα.

Ο ορολογικός έλεγχος θα πρέπει πάντα να προηγείται της δίαιτας, για να μπορεί να αξιολογηθεί η ανταπόκριση και η συμμόρφωση του ασθενούς.

Σε ασθενείς με μικρή πιθανότητα εμφάνισης της νόσου (όπως αδευκρίνιστης αιτιολογίας σιδηροπενική αναιμία ή ασυμπτωματικοί ασθενείς), η ανεύρεση αρνητικών IgA EMA ή IgA tTG έχει υψηλή αρνητική διαγνωστική αξία.

Ο συνδυασμός των EMA και tTG αντισωμάτων είναι σχεδόν διαγνωστικός, επί ταυτοσήμου απαντήσεως.

Πτώση του τίτλου των ορολογικών δεικτών μετά από 6μηνη δίαιτα, με

παράλληλη ιστολογική βελτίωση του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου, επιβεβαιώνει τη διάγνωση της κοιλοκάκης.

Διαγνωστικές "παγίδες"

Η διάγνωση που βασίζεται **αποκλειστικά** στους ορολογικούς δείκτες υποεκπιμά τη νόσο κατά 20% περίπου.

Πρέπει να γνωρίζουμε ότι η καταναλισκόμενη ποσότητα γλουτένης από τον ασθενή, καθώς και ο βαθμός ατροφίας των λαχνών, επηρεάζουν το αποτέλεσμα των δεικτών. Παραδείγματος χάριν, σε ασθενή με **ήπια** ατροφία λαχνών, τα IgA EMA- tTG θα είναι αρνητικά και θα πρέπει να αναζητήσουμε τα IgA AGA, τα οποία μάλλον θα είναι θετικά.



Φωτο 1

βήτη ή ηπατοπάθεια, τα IgA anti tTG εμφανίζουν μικρότερη ειδικότητα.

Ενδοσκοπικά ευρήματα

Τα ευρήματα αφορούν το εγγύς λεπτό έντερο, το οποίο εμφανίζει **επιπέδωση των λαχνών, οδόντωση, μωσαϊκό** και, τέλος, έντονη **διαγραφή** των υποβλεννογονίων αγγείων (φωτο 1).

Τρόπος λήψης βιοψιών

Η λαβίδα βιοψίας που θα χρησιμοποιήσουμε πρέπει να είναι τύπου jumbo και ο αριθμός των ιστοτεμαχίδων που θα λάβουμε τουλάχιστον τέσσερα. Η λήψη γίνεται από την 3η μοίρα του δωδεκαδακτύου, έτσι ώστε να αποφύγουμε την αρχιτεκτονική διαταραχή που προκαλούν τα αδένια του Brunner. **Προσοχή:** πριν την εμβάπτιση των δειγμάτων στη φορμόλη θα πρέπει να τοπιθετούνται σε ειδικό χαρτί, έτσι ώστε τα ιστοτεμάχια να είναι προσανατολισμένα.

Ιστολογικά ευρήματα

Υπερπλασία των κρυπτών και ατροφία των λαχνών είναι οι κλασικές ιστολογικές βλάβες που εμφανίζονται στην κοιλοκάκη. Η μεν πρώτη είναι η πρώιμη αλλαγή που λαμβάνει χώρα στο βλεννογόνο, ενώ η δεύτερη είναι όψιμη και αποτελεί την πιο βαριά ιστολογική εκδήλωση της νόσου. Η κατά **Marsh τροποποιημένη ταξινόμηση** συμπεριλαμβάνει 4 στάδια-τύπους, κατά τα οποία ο βλεννογόνος εμφανίζεται φυσιολογικός (τύπος 1), με οριακές αλλοιώσεις (διηθητικός-υπερπλαστικός) και, τέλος, αλλοιώσεις τύπου 3-4, που πλέον έχει επέλθει η καταστροφή των λαχνών και

η αύξηση του ύψους των κρυπτών. Πρέπει να σημειωθεί ότι είναι το συνολικό ύψος του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου και όχι η αποτλάτυνση των λαχνών, που αντικατοπτρίζει τη βαρύτητα της δυσαπορρόφησης.

Πρόκληση με γλουτένη

Ασθενείς οι οποίοι δεν είχαν τα τυπικά ιστολογικά, ορολογικά ευρήματα και βρίσκονται σε αυστηρή δίαιτα για τουλάχιστον 6 μήνες είναι υποψήφιοι για πρόκληση. Επίσης, άτομα στα οποία η διάγνωση έλαβε χώρα κατά την περίοδο της παιδικής ηλικίας, χωρίς τον ανάλογο παθολογικό για κοιλιοκάκη έλεγχο. Προηγείται ενδοσκόπηση και ορολογικός έλεγχος. Η εισαγωγή της γλουτένης στο διαιτολόγιο του ασθενούς γίνεται με μεγάλη προσοχή και σταδιακά (διάρκεια έως και 1,5 μήνα). Με την εμφάνιση συμπτωμάτων διακόπτουμε την πρόκληση και επαναλαμβάνουμε την ενδοσκόπηση και τον ορολογικό έλεγχο.

Δεύτερη βιοψία επανελέγχου

Πραγματοποιείται σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, οι οποίοι είχαν τυπική βιοψία λεπτού εντέρου και πρέπει να αξιολογήσουμε την ιστολογική βελτίωση του εντερικού βλεννογόνου μετά από χρονικό διάστημα 4-6 μηνών σε δίαιτα ή σε ασθενείς, στους οποίους πρόκειται να εφαρμοστεί δοκιμασία πρόκλησης με γλουτένη.

Εξωεντερικές εκδηλώσεις

Η κοιλιοκάκη εμφανίζει πληθώρα εξωεντερικών εκδηλώσεων. Εκδηλώσεις όπως αμηνόρροια, υπογονιμότητα, επίμονη τρανσαμινασαιμία ή οξύ οσφυϊκό άλγος οφειλόμενο σε καθίζηση οσφυϊκού σπονδύλου, καθώς και νευρολογικά συμπτώματα, όπως μυϊκή αδυναμία, αταξία, παραισθήσεις, διαταραχή της ψυχικής ισορροπίας, κατάθλιψη και νυκταλωπία, παρατηρούνται συχνά.

Σημαντική εξωεντερική εκδήλωση-επιπλοκή της νόσου είναι το **λέμφωμα του λεπτού εντέρου**. Εμφανίζεται στην 5η-7η δεκαετία σε ασθενείς με γνωστή μακροχρόνια νόσο, η οποία δεν "απαντά" στη δίαιτα. Λαμβάνει τη μορφή οξείας εντερικής απόφραξης ή διάτρησης, των οπών την προηγείται σημαντική απώλεια βάρους και κοιλια-

κό άλγος. Οι βλάβες είναι συχνότερες στον ειλεό, δύνανται όμως να εμφανιστούν σε όλο το μήκος του λεπτού εντέρου. Η πρόγνωση είναι πτωχή.

Δερματική βλάβη που σχετίζεται με την κοιλιοκάκη

Χαρακτηριστική εξωεντερική εκδήλωση της νόσου είναι η **ερπητοειδής δερματίτιδα**. Εκδηλώνεται σε οποιαδήποτε ηλικία, κυρίως όμως κατά την ηλικία 10-15 ετών.

Η αναλογία ανδρών -γυναικών είναι **3:2**. Οι **βλάβες** είναι χαρακτηριστικές: πέμφριγες (blisters), πάνω σε κνιδωτικές πλάκες ή και σε φυσιολογικό δέρμα. Συρρέουν κατά ομάδες και συνήθως είναι μικρής διαμέτρου, περίπου 2-5 χιλ. Περιστασιακά εντοπίζονται ως μονήρεις, ευμεγέθεις βλάβες. Η **εντόπιση** είναι συμπετρική με συνηθότερη θέση εκείνη των αγκώνων (95%) (φωτο 2).



Φωτο 2

Η **διάγνωση** γίνεται με τη λήψη βιοψιών από υγιείς δέρμα, μη προσβεβλημένο από εξάνθημα και από εγγύς λεπτό έντερο. Περίπου τα 2/3 των ασθενών εμφανίζουν τυπικές βλάβες κοιλιοκάκης. Η **θεραπεία** συνδυάζει δίαιτα ελεύθερη γλουτένης, καθώς και φαρμακευτική αγωγή με δαψόνη και σουλφοναμίδες, οι οποίες βελτώνουν άμεσα την κλινική εικόνα του ασθενούς. Ποσοστό 25% των ασθενών θα διακόψουν τη θεραπεία λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών.

Η διάγνωση ετέθη. Αντιμετώπιση

Η πλήρης απόσυρση από το διαιτολόγιο της γλουτένης είναι ουσιαστικά η κύρια θεραπεία της νόσου και πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένο διαιτολόγιο. Η βρώμη(,), το ρύζι, η πατάτα, η σόγια, ξηροί καρποί και ο αραβόσιτος είναι κάποια από τα τρόφιμα που μπορεί να καταναλώνει

εναλλακτικά ο ασθενής. Στο εμπόριο κυκλοφορούν ανιχνευτές γλουτένης σε μορφή στειλεών, οι οποίοι εντοπίζουν την παρουσία γλουτένης στις τροφές. Μερικοί ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να καταναλώνουν μικρές ποσότητες γλουτένης διατηρώντας την κλινική και ιστολογική τους εικόνα σε ύφεση, εν αντιθέσει με άλλους, που με την κατανάλωση μιας μικρής φέτας ψωμιού εμφανίζουν οξεία διάρροια, η οποία προσομοιάζει με εκείνη της χολέρας (gladin shock).

Επίμονος μετεωρισμός κοιλίας ή πολτώδεις κενώσεις πιθανόν να οφεύλονται σε δευτεροπαθή έλλειψη λακτάσης, οπότε συνιστάται μείωση της καταναλούμενης ποσότητας γάλακτος.

Ο ασθενής ακολουθεί δίαιτα ελεύθερη γλουτένης. Η κλινική και ιστολογική ύφεση της νόσου δεν έχει επιτευχθεί. Τι πρέπει να σκεφθούμε;

Κλινική βελτίωση του ασθενούς εμφανίζεται μετά την πάροδο ημερών από την έναρξη της δίαιτας, ενώ η ιστολογική ανταπόκριση-βελτίωση μπορεί να χρειασθεί και δύο έτη.

Ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται υπό δίαιτα επί ένα έτος και δεν έχουν την ανάλογη ιστολογική ανταπόκριση αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο της **ανθεκτικής κοιλιοκάκης (refractory sprue)**.

Η μη ανταπόκριση στη δίαιτα διακρίνεται σε κλινική και **ιστολογική**. Ιστολογική βελτίωση (φυσιολογικές λάχνες, ελάττωση των ενδοεπιθηλιακών λεμφοκυττάρων), η οποία δεν συνοδεύεται από την ανάλογη κλινική ύφεση θα πρέπει να μας προβληματίσει και να θέσει σε εγρήγορση τη διαφοροδιαγνωστική μας σκέψη. Αιτίες χρόνιας διάρροιας όπως μικροσκοπική κολίτιδα, παγκρεατική ανεπάρκεια, τροφικές αλλεργίες, εντερικό λέμφωμα κ.λπ. θα πρέπει να αποκλειστούν.

Θεραπευτική προσέγγιση της ανθεκτικής νόσου

Η θεραπεία της ανθεκτικής μορφής της νόσου συμπεριλαμβάνει την αναπλήρωση των ελλειμμάτων, καθώς και ανοσοκατασταλτική αγωγή. Τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα που έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί είναι τα στεροειδή, η αζαθειοπρίνη και η κυκλοσπορίνη.



Ενδοσκοπικό



Θέμα

Το Ηλεκτρικό Ρεύμα στην Επεμβατική Ενδοσκόπηση

γράφει ο Κίμων Καλόγλου*

Το ηλεκτρικό ρεύμα είναι η πιο διαδεδομένη μορφή ενέργειας που χρησιμοποιείται στην επεμβατική ενδοσκόπηση. Οι ηλεκτροχειρουργικές γεννήτριες, ευρέως γνωστές ως διαθερμίες, παράγουν εναλλασσόμενο ρεύμα υψηλής συχνότητας, το οποίο μεταφέρεται μέσω των ειδικών εργαλείων (βρόχοι, λαβίδες, σφιγκτηροτόμοι, κ.λπ.) στον ιστό, προκαλώντας διέγερση των μορίων, με αποτέλεσμα την παραγωγή θερμότητας.

Υπάρχουν πολλοί όροι που χρησιμοποιούνται κατά την αναφορά της διαθερμίας, όπως μονοπολική-διπολική, ρεύμα κοπής-αιμόστασης κ.λπ., η κατανόηση των οποίων είναι απαραίτητη για την πλήρη εκμετάλλευση των δυνατότήτων των συσκευών με ασφάλεια.

Ρεύμα (Current-I) είναι ο όγκος των ηλεκτρονίων που ρέουν στο κύκλωμα στη συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου και μετριέται σε Ampères.

Αντίσταση (Resistance-R) είναι το εμπόδιο που παρουσιάζει το κύκλωμα (στην περίπτωση μας ο ιστός) στη ροή και μετριέται σε Ohm.

Τάση (Voltage-V) είναι η δύναμη που σπρώχνει το ρεύμα να κινηθεί μέσω του κυκλώματος και μετριέται σε Volt. Η σχέση των ανωτέρω στη Φυσική περιγράφεται από το νόμο του Ohm

$V=I \times R$, που καθορίζει ότι, για να διατηρηθεί η ίδια ροή (I) μέσα σε ένα κύκλωμα με αυξανόμενη αντίσταση (R) χρειάζεται μεγαλύτερη τάση (V).

Πυκνότητα ρεύματος (Current density-J) είναι το πηλίκο του ρεύματος δια του μεγέθους της επιφάνειας που ρέει και μετριέται σε Ampères/m².

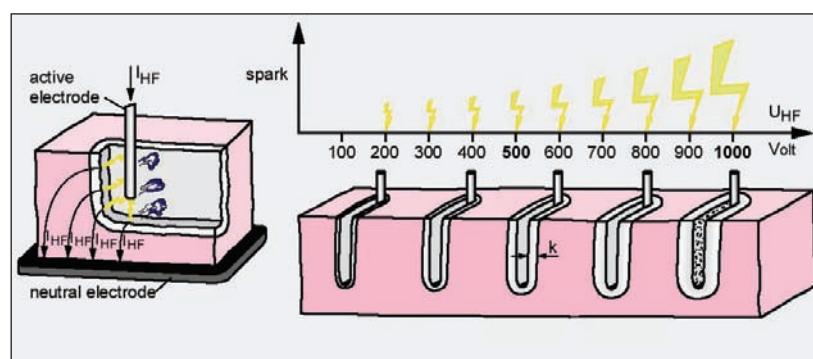
Ισχύς (Power-P) είναι το γινόμενο της τάσης επί το ρεύμα ($P=I \times V$) και μετριέται σε Watt (W).

Τέλος, **ενέργεια (Energy-E)** είναι το γινόμενο της ισχύος επί το χρόνο ($E=P \times t$) και μετριέται σε Joule.

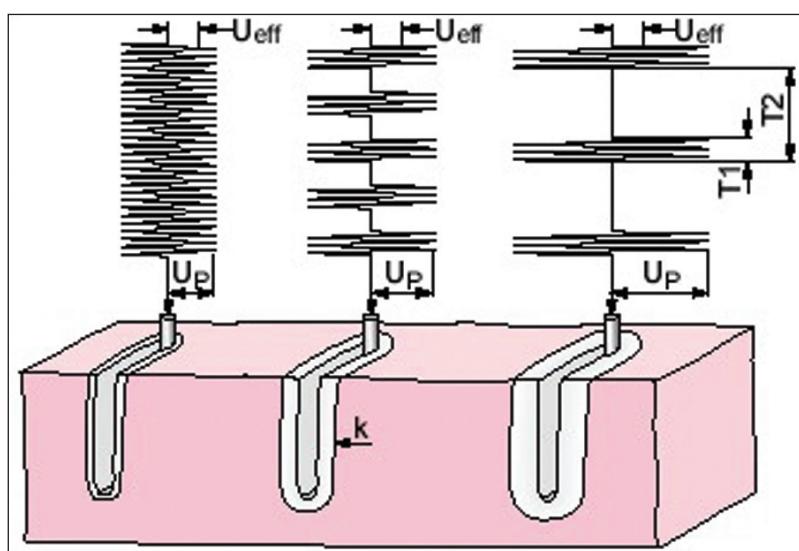
Οι σύγχρονες διαθερμίες χρησιμοποιούν δύο ειδών κυκλώματα, το **μονοπολικό** και το **διπολικό**. Στο μονοπολικό κύκλωμα το ρεύμα περνάει από φωτ. 1

τον ενεργό πόλο, που είναι κάποιο εργαλείο, μέσω του σώματος του ασθενούς στο ηλεκτρόδιο επιστροφής. Στο κύκλωμα αυτό ο ενεργός πόλος είναι σημαντικά μικρότερος από το ηλεκτρόδιο επιστροφής, κάτι πολύ σημαντικό, όπως θα δούμε παρακάτω, στην ασφάλεια. Στο διπολικό κύκλωμα το εργαλείο έχει δύο σημεία επαφής με τον ιστό και έτσι το ένα παιζει το ρόλο του ενεργού πόλου και το άλλο του ηλεκτρόδιου επιστροφής. Με τον τρόπο αυτό το ρεύμα ρέει μόνο μέσω των δύο πόλων, με αποτέλεσμα το βάθος τού επηρεαζόμενου ιστού να είναι πολύ μικρό.

Ο όρος εναλλασσόμενο ρεύμα προκύπτει από την ιδιότητα του ρεύματος να εναλλάσσει την πολικότητά



* Ο κος Κίμων Καλόγλου είναι Ηλεκτρονικός, Διευθύνων Σύμβουλος της Ενδοσκοπικής ΑΕ.



φωτ. 2

του μέσα στη μονάδα του χρόνου. Η γραφική του απεικόνιση χαρακτηρίζεται από μια ημιτονοειδή καμπύλη, της οποίας η πυκνότητα και το ύψος των κυμάτων διαφοροποιούνται ανάλογα με τη συχνότητα (Hz) και την τάση (Volt) του ρεύματος μέσα στο χρόνο. Όσο μεγαλύτερη είναι η συχνότητα του εναλλασσόμενου ρεύματος, τόσο μικρότερος είναι ο βιοερεθισμός που προκαλείται σε νεύρα και μυϊκές ίνες, φαινόμενο που αποτέλεσε πολύ σημαντικό πρόβλημα στις αρχικές εφαρμογές της διαθερμίας. Μετά από μελέτες βρέθηκε ότι ο βιοερεθισμός μηδενίζοταν σε συχνότητες πάνω από 100.000 Hz (100 KHz). Οι γεννητριες σήμερα παράγουν ρεύματα που έχουν συχνότητα από 350.000-1.000.000 Hz (350KHz-1MHz) και προκαλούν μόνο θερμικό αποτέλεσμα.

Συνολικά υπάρχουν τρεις βασικοί τύποι μονοπολικού εναλλασσόμενου ρεύματος: **συνεχές, διαλείπον** και **διακεκομένο ή ανάμικτο** ρεύμα. Αυτό που θα πρέπει να γίνει κατανοητό σε αυτό το σημείο είναι ότι όταν αναφερόμαστε σε συνεχές μονοπολικό ρεύμα εννοούμε εναλλασσόμενο, υψησυχνό ρεύμα, το οποίο ρέει συνεχώς, όσο είναι ενεργοποιημένη η διαθερμία. Όμοια, όταν αναφερόμαστε σε διαλείπον μονοπολικό ρεύμα εννοούμε εναλλασσόμενο υψησυχνό ρεύμα, το οποίο ρέει για μικρά χρονικά διαστήματα, μεταξύ των οποίων παρεμβάλλονται μεγάλα χρονικά διαστήματα χωρίς ροή, συνήθως σε κύκλο 6% ON και 94% OFF. Τέλος, όταν αναφερόμαστε σε διακεκομένο/ανάμικτο μονοπολικό

ρεύμα εννοούμε εναλλασσόμενο υψησυχνό ρεύμα σαν το διαλείπον, αλλά με διαφορετικούς κύκλους, συνήθως μεταξύ 50%ON - 50%OFF και 80%ON - 20%OFF.

Οι πράξεις που επιτυγχάνονται με την επιλεκτική χρήση των ανωτέρω τύπων ρεύματος είναι η **διατομή (Cut)** και η **θερμοπηξία (Coagulation)** των ιστών. Η διατομή επιτυγχάνεται με την εφαρμογή συνεχούς ρεύματος με υψηλή τάση (>200V). Ξεκινά με την επίτευξη μέγιστης πυκνότητας ρεύματος, τη δημιουργία μικροσπινθήρων, την ταχύτατη αύξηση της θερμοκρασίας ($T > 100^{\circ}\text{C}$), με τελικό αποτέλεσμα την σχεδόν άμεση εξάτμιση των ενδο-

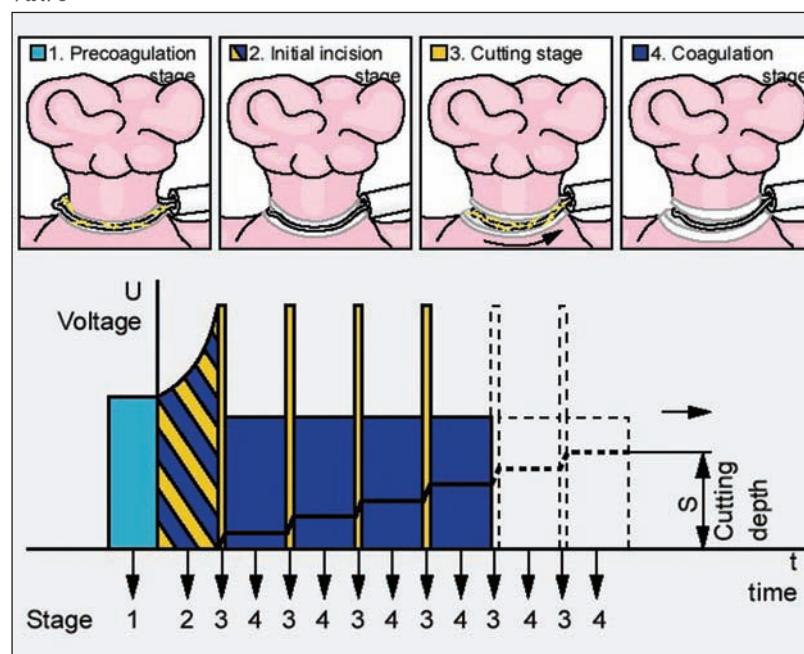
κυτταρίων υγρών και τη διάσταση της μεμβράνης των κυττάρων της τροχιάς της κοπής. Για την επίτευξη της δεν απαιτείται καμία μηχανική δύναμη. Η αιμόσταση επιτυγχάνεται με τη χρήση διαλείποντος ρεύματος ή συνεχούς ρεύματος χαμηλής τάσης (<200V). Επιτυγχάνεται με τη βαθμιαία αύξηση της θερμοκρασίας ($T < 100^{\circ}\text{C}$), η οποία προκαλεί τη σταδιακή εξάτμιση των ενδοκυτταρίων υγρών, χωρίς ωστόσο τη διατομή της μεμβράνης των κυττάρων, γεγονός που οδηγεί στην ξήρανση και συρρίκνωσή τους. Το αποτέλεσμα είναι η νέκρωση των ιστών και η έμφραξη των αγγείων.

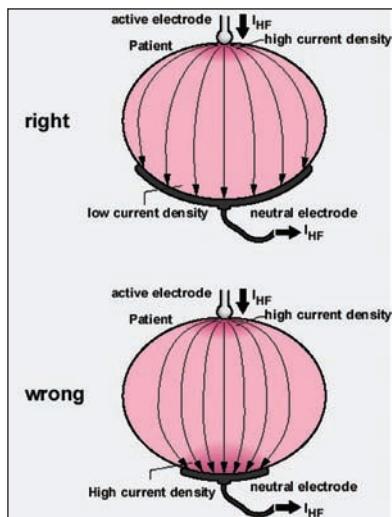
Το διακεκομένο/ανάμικτο ρεύμα (BLENDED) συνδυάζει τις ανωτέρω δράσεις, ανάλογα με τον κύκλο που έχει επιλεγεί.

Είναι σημαντικό να ξέρουμε ότι το πάχος της ζώνης νέκρωσης κατά την αιμόσταση επιτρέπεται από την τάση, την ισχύ, το χρόνο και τον τύπο του ρεύματος με τις παρακάτω σχέσεις:

- Αύξηση της τάσης προκαλεί αύξηση της ζώνης νέκρωσης (φωτ. 1).
- Συνεχές ρεύμα προκαλεί μικρότερη ζώνη νέκρωσης από ότι διακεκομένο και διαλείπον ρεύμα, με αύξηση της ζώνης νέκρωσης ανάλογη με την αύξηση του χρόνου OFF (φωτ. 2).
- Υψηλή ισχύς με μικρό χρόνο εφαρμογής προκαλεί μικρότερη ζώνη νέκρωσης, από ότι χαμηλή ισχύς και μεγάλος χρόνος εφαρμογής.

φωτ. 3





Φωτ. 4

Οι διάφορες διαθερμίες παράγουν μονοπολικό ρεύμα σε μια από τις παρακάτω διαμορφώσεις:

- **Συμβατικός τύπος**, όπου η ισχύς που παράγεται μειώνεται γρήγορα όταν η αντίσταση του ιστού μεγαλώνει.
- **Τύπος σταθερής ισχύος**, όπου η ισχύς που παράγεται διατηρείται από τη γεννήτρια σταθερή όταν η αντίσταση του ιστού μεγαλώνει, αυξάνοντας την τάση ανάλογα.
- **Τύπος σταθερής τάσης**, όπου η ισχύς και το ρεύμα που παράγονται μειώνονται όταν η αντίσταση του ιστού μεγαλώνει.

Επιπλέον, οι σύγχρονες διαθερμίες έχουν ειδικά προγράμματα για να επιτύχουν ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα, όπως, για παράδειγμα, σύστημα το οποίο επιτυγχάνει διατομή του ιστού παράγοντας συνεχές ρεύμα χαμηλής έντασης, ακολουθούμενο από περιόδους ρεύματος κοπής, εμπλουτισμένες με περιόδους ρεύματος αιμόστασης, σε διαμόρφωση σταθερής τάσης (φωτ.3).

Ένα άλλο πολύ βασικό τμήμα της λειτουργίας της διαθερμίας είναι η ασφάλεια. Οι περισσότερες επιπλοκές προέρχονται από τη μη σωστή χρήση των ηλεκτροδίων επιστροφής, τα οποία πολλές φορές αποκαλούμε εσφαλμένα «γειώσεις», προσδίδοντάς τους ανενεργό χαρακτήρα.

Είναι σημαντικό να καταλάβουμε ότι στο ηλεκτρόδιο επιστροφής ρέει ακριβώς η ίδια ποσότητα ρεύματος που ρέει και στο ενεργό ηλεκτρόδιο, με μόνη διαφορά την πολύ μικρότερη

πικνότητα ρεύματος, που οφείλεται στην τεράστια διαφορά μεγέθους μεταξύ τους. Έτσι, γίνεται αντιληπτό το πόσο σημαντικό είναι να εξασφαλίζεται πάντα η πλήρης επαφή του ηλεκτροδίου επιστροφής με το σώμα του ασθενούς. Αν η επιφάνεια επαφής μειωθεί, αυτόματα θα αυξηθεί η πικνότητα ρεύματος, γεγονός που θα οδηγήσει σε θερμικό τραυματισμό (φωτ.4).

Για το λόγο αυτό, όλες οι σύγχρονες γεννήτριες έχουν ενσωματώσει κάποιο σύστημα παρακολούθησης της ποιότητας επαφής του ηλεκτροδίου επιστροφής, το οποίο, μόλις ανιχνεύσει μείωση της επιφάνειας επαφής πάνω από κάποιο όριο, διακόπτει τη λειτουργία της. Τα συστήματα αυτά χρησιμοποιούν ηλεκτρόδιο επιστροφής διπλής επιφάνειας.

Η σωστή τοποθέτηση του ηλεκτροδίου επιστροφής είναι με τη μεγάλη του όψη κάθετα στη διαδρομή τού ρεύματος από το ενεργό ηλεκτρόδιο. Ο χροσός κανόνας για τη σωστή τοποθέτηση του ηλεκτροδίου επιστροφής είναι σε μικρό, καλά αιματούμενο ιστό, στη μικρότερη δυνατή απόσταση από το σημείο εφαρμογής (φωτ.5). Η συνθέστερη χρήση των διαθερμιών στην επεμβατική ενδοσκόπηση αφορά στην πολυπεκτομή, τη σφιγκτηρομή και τη θερμή βιοψία.

Με βάση τα ανωτέρω, η σωστή επιλογή για όλες τις χρήσεις που απαιτείται κοπή ιστού (πολυπεκτομή-σφιγκτηρομή) είναι η χρήση συνεχούς ή διακεκομένου ρεύματος, εκτός αν η διαθερμία διαθέτει κάποιο ειδικό πρόγραμμα για τη συγκεκριμένη λειτουργία, ενώ για τις περιπτώσεις που απαιτείται αιμόσταση να χρησιμοποιείται το διαλείποντα ρεύμα. Σαν γενικός κανόνας πρέπει να εφαρμόζεται η ρύθμιση της διαθερμίας σε σχετικά χαμηλές επιλογές ισχύος, καθώς και ο καθαρισμός της περιοχής από το αίμα πριν την εφαρμογή της διαθερμίας.

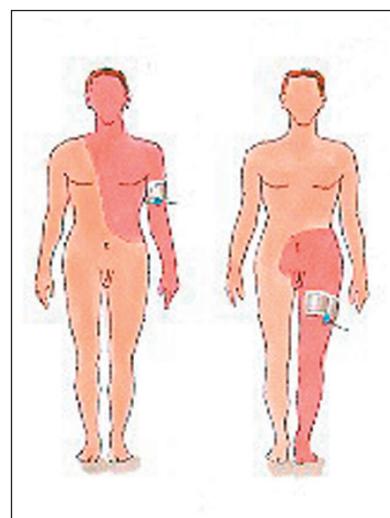
Βιβλιογραφικά, για ιατρικές επιπλοκές από την επιλογή του τύπου ρεύματος όσον αφορά στην πολυπεκτομή, αναφέρεται στις οδηγίες της ASGE για τη χρήση των διαθερμιών (May 2003) ότι η πολυποδεκτομή με χρήση διαλείποντος ρεύματος εμφάνισε περίπου διπλάσιες σημαντικές αιμορραγίες (6/727) από ότι η χρήση συνεχούς ή διακεκομένου ρεύματος (3/758). Επίσης, οι αιμορραγίες αυτές

εμφανίστηκαν πολύ αργότερα (2-8 ημέρες έναντι εντός 12 ωρών).

Σχετικά με τη σφιγκτηρομή, στις ίδιες οδηγίες φαίνεται ότι η χρήση συνεχούς ρεύματος, παρά τη σχετικά μεγαλύτερη πιθανότητα άμεσων αιμορραγών, έχει πολύ μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης παγκρεατίτιδας (3/86 έναντι 11/84 ή 3,2% έναντι 12,9%, σε άλλη μελέτη) από ότι έχει το διακεκομένο ρεύμα. Η χρήση διαλείποντος ρεύματος για σφιγκτηρομή σαφώς δεν συστήνεται.

Η χρήση διαθερμίας σε ασθενείς με βηματοδότη δεν δημιουργεί πρόβλημα, εφόσον ο βηματοδότης δεν είναι μέσα στην πορεία του ρεύματος. Όσον αφορά σε ασθενείς με αυτόματους απινδιδώτες, καλό θα ήταν πριν τη χρήση να ακολουθείται η συμβουλή του καρδιολόγου.

Ολοκληρώνοντας, θα πρέπει να τονιστεί ότι η χρήση του ηλεκτρικού ρεύματος μπορεί να γίνει με ασφάλεια στην επεμβατική ενδοσκόπηση. Είναι, όμως, απαραίτητο ο ενδοσκόπος να γνωρίζει καλά τις αρχές χρήσης του, έτσι ώστε να είναι σε θέση να πραγματοποιεί τις διάφορες επεμβάσεις με το λιγότερο δυνατό κίνδυνο για τον ασθενή.



Φωτ. 5

Βιβλιογραφία

- Electrosurgical generators, Technology status evaluation report ASGE, May 2003
- Η χρήση του ηλεκτρικού ρεύματος στην λαπαροσκοπική χειρουργική. Εφαρμογές και κίνδυνοι, Γ.Α.Πιστοφίδης, Οκτώβριος 1999.
- Όλες οι εικόνες είναι ιδιοκτησία της ERBE Electromedizin GmbH, TUBINGEN, GERMANY



ΣΤΟΜΑΧΟΣ: Εντερική Μεταπλασία-Επιθηλιακή Δυσπλασία Ταξινόμηση-Παρακολούθηση

γράφει η Χαρίκλεια Σπηλιάδη*

Η χρόνια γαστρίτιδα, είτε είναι ενεργός πανγαστρίτιδα οφειλόμενη στη λοίμωξη από Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (Helicobacter pylori-Hp) είτε είναι αυτοάνοσης αρχής γαστρίτιδα του σώματος τύπου A, τελικώς οδηγεί σε ατροφία του βλεννογόνου του στομάχου και υποχλωρυδρία (ατροφική γαστρίτιδα). Στην ομάδα των ασθενών που τελικώς θα αναπτύξουν καρκίνο του στομάχου, η **ατροφική γαστρίτιδα** συνήθως συνοδεύεται από **εντερική μεταπλασία** του επιθηλίου.

Είναι γνωστό ότι ο γαστρικός καρκίνος έχει ενδοοικογενειακή διασπορά και ότι συγγενείς α' βαθμού πασχόντων από καρκίνωμα έχουν, σε σχέση με μάρτυρες, συχνότερα Hp λοίμωξη, η οποία προκαλεί προ-νεοπλασματικές ιστολογικές βλάβες (ατροφική γαστρίτιδα και εντερική μεταπλασία). Είναι, επίσης, γνωστό ότι οι ανωτέρω προνεοπλασματικές ιστολογικές βλάβες προηγούνται και συνοδεύουν σημαντικά συχνότερα το εντερικό τύπου καρκίνωμα κατά Lauren και όχι το διαχύτου τύπου¹.

Το Hp πιστεύεται ότι παίζει ρόλο-κλειδί στην ανάπτυξη του γαστρικού καρκινώματος και για τον λόγο αυτό η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 1994 το κατέταξε ως καρκινογόνο τάξης 1.

Μετα-ανάλυση 42 μελετών έδειξε ότι υφίσταται συσχέτιση μεταξύ λοίμωξης από Hp και καρκινώματος του στομάχου. Η συχνότητα λοίμωξης από Hp ήταν 74,1% (3.212/4.334) στους ασθενείς με καρκίνωμα στομάχου και 57,4% (4.527/7.887) στους μάρτυρες. Ο συνολικός σχετικός κίνδυνος στους Hp(+) ήταν 2,04, με 95% όρια αξιοπιστίας (1,69-2,45)².

Η μακροχρόνια πολυσταδιακή διεργασία της καρκινογένεσης του στομάχου καθορίζεται από διάφορες γενετικές μεταβολές. Η ανοσοϊστοχημική έκφραση των γενετικών αυτών μεταβολών του γαστρικού επιθηλίου ελέγχεται με τη μέθοδο του *in situ* υβριδισμού και της αντίστροφης μεταγραφής PCR.

Η σε βάθος χρόνου παρακολούθηση των ασθενών έχει αποδείξει την

εξέλιξη της δυσπλασίας σε καρκίνο³. Επομένως, η ιστολογική αναγνώριση των δυσπλαστικών αλλοιώσεων αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην προσπάθεια παρεμπόδισης της εξέλιξης αυτής της διαδικασίας. Η ακολουθία των αλλοιώσεων του στομάχου, που οδηγούν στη γαστρική καρκινογένεση, συνοψίζεται στον αλγόριθμο του Correa⁴: **Χρόνια γαστρίτιδα → Ατροφία → Εντερική Μεταπλασία → Επιθηλιακή Δυσπλασία → Διηθητική Νεοπλασία.**

Μεγάλο πρόβλημα για την καταγραφή των επιδημιολογικών δεδομένων των προκαρκινικών αλλοιώσεων του στομάχου, την αξιολόγησή τους και την χάραξη προληπτικής ή/και θεραπευτικής στρατηγικής αποδείχθηκαν οι διαφορετικές ταξινομήσεις, που κατά καιρούς επικράτησαν στις διάφορες ηπείρους και όχι μόνον. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η Iαπωνική ορολογία, η οποία χαρακτηρίζει όλες τις δυσπλαστικές μη διηθητικές αλλοιώσεις, μερικές φορές ακόμη και την ακαθόριστη δυσπλασία, ως καρκινώματα. Αποτέλεσμα αυτού είναι

* Η κα Χαρίκλεια Σπηλιάδη είναι Παθολογοανατόμος, Διευθύντρια στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών.





Πίνακας 1. Αντιστοίχιση ορολογίας Ανατολικού-Δυτικού Συστήματος ταξινόμησης (Riddell & Iwafuchi 1998)		
Δυτικό	Ανατολικό	
Αρνητική	Μη νεοπλασματική	(I,II)
(Αντιδραστική/Αναγεννητική)	(Αντιδραστική/ Αναγεννητική)	(II)
Ακαθόριστη	Ύποπτο για αδένωμα Σωληνώδες Ca vs Αντιδραστική Αναγεννητική ατυπία	(II vs III)
Χαμηλόβαθμη δυσπλασία (ομοιομορφία βοθρίων/αδενίων/επιθηλίων)	Αδένωμα	(III)
Χαμηλόβαθμη δυσπλασία (ανομοιομορφία βοθρίων/αδενίων/επιθηλίων)	Καρκίνωμα	(V)
Υψηλόβαθμη δυσπλασία	Καρκίνωμα	(V)
Ύποπτο για διηθητικό καρκίνωμα	Καρκίνωμα	(V)
Διηθητικό καρκίνωμα	Καρκίνωμα	(V)

Πίνακας 2. Ταξινομήσεις επιθηλιακής δυσπλασίας στομάχου (βιβλιογραφία)				
Μελέτες	Βαθμός δυσπλασίας και ορολογία			
Nakamura 1966	Έλλειψη	Οριακή	Ελαφρά-Μέτρια	Σοβαρή
Nagayo 1971	Άτυπη	Οριακή αλλοίωση	Πιθανόν Ca	Βέβαιο Ca
Cuello 1979 & Grundman 1975	Χαμηλόβαθμη δυσπλασία			Υψηλόβαθμη δυσπλασία
Oehlert & συν. 1979	Ήπια δυσπλασία		Μέτρια δυσπλασία	Σοβαρή δυσπλασία
Ming 1979	Δυσπλασία βαθμού 1	Δυσπλασία βαθμού 2	Δυσπλασία βαθμού 3	Δυσπλασία βαθμού 4
Morson & συν. 1980	Αναγεννητική	Ήπια δυσπλασία	Μέτρια δυσπλασία	Σοβαρή δυσπλασία
Τρέχουσες (κριτήρια Riddell & συν. 1983, Reid & συν. 1988)	Αντιδραστική	Ακαθόριστη	Χαμηλόβαθμη δυσπλασία	Υψηλόβαθμη δυσπλασία

να καταλήγουν σε αποτελέσματα μη συγκρίσιμα με ανάλογες εργασίες (**πίνακας 1**)⁵. Ως εκ τούτου, το ποσοστό συμφωνίας μεταξύ Δυτικών και Ιαπώνων παθολογοανατόμων δεν ξεπερνούσε το 37% με στατιστική τιμή $k = 0,16$ ⁶.

Αντιστοίχως χαμηλά ποσοστά συμφωνίας υπήρχαν και μεταξύ των παλαιότερων κατατάξεων (**πίνακας 2**). Έτσι έγινε επιτακτική η ανάγκη σύγκλησης διεθνούς διάσκεψης ομοφωνίας, ώστε να καθορισθεί το φάσμα των προνεοπλασματικών αλλοιώσεων του στομάχου, να εδραιωθεί μια διεθνής γλώσσα που να περιγράφει σαφώς τις αλλοιώσεις αυτές και να επιτευ-

χθεί συναίνεση με τον καθορισμό κατευθυντηρίων οδηγιών για τους κλινικούς.

Με δεδομένο τον κυρίαρχο ρόλο που παίζει η ατομική κρίση του εξετάζοντος στην διαμόρφωση της ιστοπαθολογοανατομικής εκτίμησης⁷, έγινε **προσπάθεια ομογενοποίησης των κριτηρίων το 1998, αρχικά στην Πάντοβα και ύστερα στη Βιέννη** (**πίνακες 3 και 4**).

Τόσο η ταξινόμηση της Πάντοβα⁸ όσο και η ταξινόμηση της Βιέννης⁹ κατέληξαν ότι η **γαστρική δυσπλασία** αποτελεί αδιαμφισβήτητη **μια νεοπλασματική μη διηθητική αλλοιώση (προδιηθητική νεοπλασία)**. Ετσι, ο όρος **Γαστρική Επιθηλιακή Δυσπλα-**

σία, η οποία χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της αρχιτεκτονικής και ανώμαλη κυτταρική διαφοροποίηση, αντικαθίσταται από τον όρο **Γαστρική Ενδοεπιθηλιακή Νεοπλασία (ΓΕΝ)**. Η ορολογία αυτή έχει υιοθετηθεί και από την Π.Ο.Υ.⁹

Επεξηγήσεις των διαφόρων Ορολογιών των δύο Ταξινομήσεων

Όταν η βιοψία είναι **Αρνητική** για δυσπλασία μπορεί ο βλεννογόνος που περιλαμβάνεται στο δείγμα να είναι **φυσιολογικός**.

Εφ'όσον ο βλεννογόνος παρουσιάζει **υπερπλασία των γαστρικών βοθρίων**, αυτή συνήθως είναι **αντιδραστική** στην συνυπάρχουσα φλεγμονή και μπορεί να συνοδεύεται από **επιθηλιακή ατυπία**, η οποία επίσης είναι αντιδραστική και δεν οφείλεται σε αληθή δυσπλασία.

Η **Εντερική Μεταπλασία (ΕΜ)** του γαστρικού επιθηλίου διακρίνεται στην **τέλεια (τύπου I)** και την ατελή (τύπου II και τύπου III)

Η ΕΜ τύπου I έχει τον τύπο του λεπτού εντέρου. Συγκεκριμένα χαρακτηρίζεται από καλυκειδή κύτταρα που εκκρίνουν κυρίως ουδέτερες βλέννες (D-PAS+) και λίγες όξινες σιαλοβλέννες (Alcian blue pH 2,5+), πολλά κύτταρα Paneth και απορροφητικά κύτταρα.

Η ΕΜ τύπου II έχει μικτό τύπο λεπτού και παχέος εντέρου. Συγκεκριμένα χαρακτηρίζεται από καλυκειδή κύτταρα που εκκρίνουν κυρίως όξινες σιαλοβλέννες, λίγα κύτταρα Paneth και βλεννοεκκριτικά κύτταρα του γαστρικού επιθηλίου, τα οποία εκκρίνουν λίγες ουδέτερες βλέννες.

Επομένως, οι διαφορές μεταξύ ΕΜ τύπου I και ΕΜ τύπου II συνίστανται στην αναλογία των Paneth κυττάρων (τα οποία είναι πολύ περισσότερα στην ΕΜ τύπου I σε σύγκριση με την ΕΜ τύπου II), στην αναλογία των ουδέτερων βλέννων, οι οποίες είναι επίσης πολύ περισσότερες στην ΕΜ τύπου I και στην αναλογία των οξίνων σιαλοβλέννων, που είναι πολύ περισσότερες στην ΕΜ τύπου II.

Όσον αφορά την ΕΜ τύπου III, έχει τον τύπο του παχέος εντέρου. Χαρα-

Πίνακας 3: Βλάβες σχετιζόμενες με τη γαστρική δυσπλασία. Η ταξινόμηση της Padova	
1. Αροντικό για δυσπλασία	
1.0. Φυσιολογικό	
1.1. Αντιδραστική υπερπλασία των γαστρικών βιθρίων	
1.2. Εντερική Μεταπλασία (EM)	
1.2.1. Τέλεια EM	
1.2.2. Ατελής EM	
2. Ακαθόριστο (ασαφές) για δυσπλασία	
2.1. Υπερπλαστικά γαστρικά βιθρία (με έντονο πολλαπλασιασμό)	
2.2. Υπερπλαστική EM (επηρμένου τύπου)	
3. Μη διηθητική (ενδοεπιθηλιακή) νεοπλασία [επίπεδη ή επηρμένη (συνώνυμο αδένωμα)]	
3.1. Χαμηλόβαθμη	
3.2. Υψηλόβαθμη	
3.2.1. Ύποπτη για καρκίνωμα χωρίς διήθηση (ενδοεπιθηλιακό, in situ)	
3.2.2. Καρκίνωμα χωρίς διήθηση (ενδοεπιθηλιακό, in situ)	
4. Ύποπτη για διηθητικό καρκίνωμα	
5. Διηθητικό αδενοκαρκίνωμα	

Πίνακας 4: Η ταξινόμηση της Βιέννης για τη γαστρεντερική επιθηλιακή νεοπλασία	
Κατηγορία 1	Αροντικό για νεοπλασία/δυσπλασία
Κατηγορία 2	Ακαθόριστο (ασαφές) για νεοπλασία/δυσπλασία
Κατηγορία 3	Μη διηθητική χαμηλόβαθμη νεοπλασία (χαμηλόβαθμη δυσπλασία/αδένωμα)
Κατηγορία 4	Μη διηθητική υψηλόβαθμη νεοπλασία
	4.1. Υψηλόβαθμη δυσπλασία/αδένωμα
	4.2. Μη διηθητικό καρκίνωμα (καρκίνωμα in situ)
	4.3. Υποψία για διηθητικό καρκίνωμα
Κατηγορία 5	Διηθητική νεοπλασία
	5.1. Ενδοβλεννογονικό καρκίνωμα
	5.2. Υποβλεννογόνιο ή/και πέραν του υποβλεννογονίου καρκίνωμα

κτηρίζεται από καλυκοειδή κύτταρα που εκκρίνουν δξινες σιαλοβλέννες, αλλά όχι ουδέτερες βλέννες, από ελάχιστα κύτταρα Paneth και από βλεννοεκκριτικά κύτταρα που εκκρίνουν δξινες θειοβλέννες (Alcian blue pH 1,0+ και High iron diamine+).

Σημειώνεται ότι οι EM τύπου II και EM τύπου III είτε συνοδεύονται από άλλοτε άλλο βαθμό επιθηλιακής δυσπλασίας είτε συνυπάρχουν με δυσπλασία ή αρχόμενο καρκίνωμα.

Όταν η βιοψία χαρακτηρίζεται ως **Ακαθόριστη (ασαφής)** για δυσπλασία περιλαμβάνει **υπερπλαστικά γαστρικά βιθρία** (foveolar hyperproliferation) ή θέσεις με **υπερπλαστική EM** (hyperproliferative IM).

Όταν η βιοψία περιλαμβάνει θέσεις με **Χαμηλόβαθμη μη διηθητική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία**:

a) Χαρακτηρίζεται από **ήπια αποδιογάνωση** στην αρχιτεκτονική του βλεννογόνου με απλούς σωληνώδεις σχηματισμούς, οι οποίοι αφορούν το **ανώτερο τρήμα των γαστρικών βιθρίων** και συνέχεται με υποκείμενο φυσιολογικό επιθήλιο.

b) **Τα δυσπλαστικά κύτταρα είναι υψηλά κυλινδρικά**, με ελάχιστη παραγωγή βλέννης, κυρίως στο αυλικό άκρο τους. Παρουσιάζουν **στοιβάδωση** των πυρήνων.

g) Οι **μιτώσεις** είναι ελάχιστες και **περιορίζονται στο ανώτερο τρήμα των βιθρίων**.

Όταν η βιοψία περιλαμβάνει θέσεις με **Υψηλόβαθμη μη διηθητική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία** [επίπεδη ή επηρμένη (συν. αδένωμα)]

a) Χαρακτηρίζεται πάντα από **αποδι-**

οργάνωση της αρχιτεκτονικής με διακλαδώσεις και ηθμοειδείς σχηματισμούς, οι οποίοι αφορούν όλο το πάχος των γαστρικών βιθρίων και των αδένων.

β) **Τα δυσπλαστικά κύτταρα είτε δεν παράγουν βλέννη είτε έχουν τη μορφή των δυστροφικών καλυκοειδών κυττάρων.**

γ) Παρατηρείται **κυτταρική και πυρηνική ατυπία** με απώλεια προσανατολισμού.

δ) **Οι μιτώσεις εμφανίζονται σε όλο το πάχος** του επιθηλίου, ενώ παρατηρούνται και άτυπες μιτώσεις.

Εφ'όσον η βιοψία χαρακτηρισθεί ως θετική για **Διηθητική Νεοπλασία**, περιλαμβάνει είτε **ενδοβλεννογονικό καρκίνωμα** (η διήθηση περιορίζεται στο χόριο μέχρι και της βλεννογόνιας μυϊκής στιβάδας) είτε **υποβλεννογόνιο καρκίνωμα** (η διήθηση επεκτείνεται στον υποβλεννογόνιο χιτώνα ή/και πέραν αυτού)

Οι διαφορές των δύο ταξινομήσεων συνίστανται στο ότι:

• Η Χαμηλόβαθμη και η Υψηλόβαθμη ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία ανήκουν αριθμητικά στο No 3 στην ταξινόμηση της Πάντοβα, ενώ στης Βιέννης διαχωρίζονται και ανήκουν στις κατηγορίες 3 και 4, αντίστοιχα.

• Η ταξινόμηση της Πάντοβα περιλαμβάνει ξεχωριστά την «ύποπτη για διηθητικό καρκίνωμα» αλλοίωση στο No 4, ενώ η ανωτέρω αλλοίωση συμπεριλαμβάνεται μαζί με την Υψηλόβαθμη μη διηθητική Νεοπλασία και με το μη διηθητικό ενδοεπιθηλιακό (in situ) καρκίνωμα στην κατηγορία 4 της Βιέννης.

• Η ταξινόμηση της Πάντοβα εντάσσει στην Υψηλόβαθμη μη διηθητική Νεοπλασία μια επιπλέον αλλοίωση: την «ύποπτη για ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα» με No 3.2.1, η οποία δεν υπάρχει στην ταξινόμηση της Βιέννης.

Παρακολουθηση - Θεραπευτικοί Χειρισμοί

- Στην Κατηγορία 1 η **παρακολούθηση δεν είναι απαραίτητη** (πίνακας 5).
- **Η ατελής EM χρειάζεται παρακολούθηση** λόγω αυξημένου σχε-



τικού κινδύνου για την ανάπτυξη καρκινώματος, μολονότι σε λίγες μελέτες αναφέρεται ότι ο κίνδυνος για καρκίνωμα σχετίζεται με την έκταση και όχι με τον τύπο της ΕΜ.

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν μακροχρόνιες μελέτες που ν' αποδεικνύουν σαφώς ότι η εκρίζωση του Ήρ αποκαθιστά τον ατροφικό μετατλαστικό γαστρικό βλεννογόνο στο φυσιολογικό, αλλά οι οργανωτικές, οικονομικές και ηθικές δυσχέρειες μιας τέτοιας μελέτης είναι προφανείς¹⁰.

- Στην Κατηγορία 2 **η παρακολούθηση είναι απαραίτητη, λόγω της ασάφειας στη φύση της αλλοίωσης.**
- Στην Κατηγορία 3 **συνιστάται παρακολούθηση ή γίνεται τοπική εκτομή της αλλοίωσης, διότι υπάρχει μικρός κίνδυνος ανάπτυξης διηθητικής νεοπλασίας.**
- Στην Κατηγορία 4 **συνιστάται είτε τοπική είτε χειρουργική εκτομή της βλάβης, λόγω κινδύνου ανάπτυξης διηθητικού νεοπλάσματος ή μετάστασης.**

Επειδή υπάρχουν μελέτες τόσο εξαφάνισης της μη διηθητικής νεοπλασίας στο χρόνο παρακολούθησης (12 μήνες) όσο και εξέλιξης της από χαμηλόβαθμη σε υψηλόβαθμη και καρκίνωμα, καθίσταται σαφές ότι η στενή παρακολούθηση της μη διηθητικής νεοπλασίας μπορεί να οδη-

Πίνακας 5. Κλινικός χειρισμός βιοψιών με Προδιηθητική Νεοπλασία (Δυσπλασία)

Κατηγορία 1	Φυσιολογική, αντιδραστική, αναγεννητική, υπερπλαστική, ατροφία, εντερική μεταπλασία Παρακολούθηση όχι απαραίτητη
Κατηγορία 2	Αβέβαιη φύση αλλοίωσης. Παρακολούθηση κατά το δοκούν
Κατηγορία 3	Χαμηλόβαθμη νεοπλασία Παρακολούθηση ή τοπική εκτομή
Κατηγορία 4	Υψηλόβαθμη μη διηθητική νεοπλασία Τοπική εκτομή (EMR ή χειρουργική λαπαροσκοπική)
Κατηγορία 5	Διηθητική νεοπλασία Επείγουσα χειρουργική επέμβαση

γήσει στην διάγνωση καρκινώματος σε αρχικό στάδιο.¹¹

- Στην Κατηγορία 5 της Διηθητικής Νεοπλασίας, **η επείγουσα χειρουργική εξαίρεση είναι απαραίτητη.**
- **Η ενδοσκοπική βλεννογονεκτομή συνιστάται σε ορισμένες μελέτες και στην Κατηγορία 3 της Χαμηλόβαθμης μη διηθητικής Νεοπλασίας**, διότι μπορεί είτε να αποκαλύψει Υψηλόβαθμη μη διηθητική Νεοπλασία ή αδενοκαρκίνωμα είτε να υποβαθμίσει τη Χαμηλόβαθμη μη διηθητική Νεοπλασία σε EM.¹²
- Ενώ η αλληλουχία EM-GEN-αδενοκαρκίνωμα είναι αναμφισβήτητη, δεν υπάρχουν δεδομένα που να καθορίζουν επακριβώς το ρυθμό παρακολούθησης των διαφόρων προκαρκινωματωδών αλλοιώσε-

ων. Πρόσφατα σε μια μόνον μελέτη προερχόμενη από το Ηνωμένο Βασίλειο δείχθηκε ότι ο επήσιος ενδοσκοπικός έλεγχος ασθενών με ατροφία των αδενών και ΕΜ (επί 10 έτη), οδήγησε σε ανακάλυψη πρώιμων σταδίων γαστρικού καρκινώματος και βελτίωση της 5ετούς επιβίωσης.¹³

Τελειώνοντας, πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι η εμπειρία που αποκτήθηκε με την αναζήτηση διεθνούς ομοφωνίας αναφορικά με το φαινότυπο της ατροφικής γαστρίτιδας και της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας μπορεί να αποτελέσει πρότυπο για την δημιουργία ενός αλγόριθμου επίλυσης των προβλημάτων αυτών, βασισμένου επάνω στη μοντέρνα τεκμηριωμένη (evidence-based) Παθολογική Ανατομική.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. El-Omar EM, Chen K, Murray LS et al: Increased prevalence of pre-cancerous changes in relatives of gastric cancer patients: critical role of H.pylori. Gastroenterology 118: 22-30, 2000.
2. Eslick GD, Lim LL, Byles JE, Xia HH, Talley NJ: Association of Helicobacter pylori infection with gastric carcinoma: a meta-analysis. Am J Gastroenterol 94:2373-2379, 1999.
3. Rugge M, Farinati F et al: Gastric epithelial dysplasia in the natural history of gastric cancer: a multicenter prospective follow-up study. Interdisciplinary Group of Gastric Epithelial Dysplasia. Gastro-enterology 107:1288-96, 1994.
4. Ομάδα εργασίας Correa P, Dixon MF και συν.: The Atrophy, 99 Working Group-The Padova Panel, 1999.
5. Riddell RH, Iwafuchi M: Problems arising from eastern and western classification systems for gastrointestinal dysplasia and carcinoma: are they resolvable? Histopathology 33:197-202, 1998.
6. Schlemper RJ, Riddell RH et al: The Vienna classification of gastrointestinal epithelial neoplasia. Gut 47:251-255, 2000.
7. Genta RM, Rugge M: Gastric precancerous lesions: heading for an international consensus. Gut 45(Suppl.1):15-18, 1999.
8. Rugge M, Correia P et al: Gastric Dysplasia. The Padova International Classification. Am J Surg Pathol 24(2):167-176, 2000.
9. WHO Classification of Tumors. Tumors of the Digestive System eds. Hamilton SR & Aaltonen LA IARC Press Lyon 2000.
10. Mohar A, Ley C et al: High frequency of precancerous lesions of gastric cancer associated with Helicobacter pylori and response to treatment, in Chiapas, Mexico. Gac Med Mex 138(5):405-10, 2002.
11. Rugge M, Cassaro M et al: The long term outcome of gastric non-invasive neoplasia. Gut 52(8):1111-6, 2003.
12. Mazzucco D, Venturini I et al: Diagnostic use of endoscopic mucosal resection in "borderline" gastric lesions unresolved with standard biopsies. Minerva Gastroenterol Dietol 48(2):203-6, 2002.
13. Whiting JL, Sigurdsson A., Rowlands DC et al: The long term results of endoscopic surveillance of premalignant gastric lesions. Gut 50: 378-81, 2002.



Αυτό το



προσέξατε;

Βιβλιογραφική Ενημέρωση

Επιμέλεια Π. Σκλάβος

Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί τον σημαντικότερο, σχετιζόμενο με τον ασθενή, προδιαθεσικό παράγοντα, για αιμορραγία μετά πολυποδεκτομή

Risk assessment for delayed hemorrhagic complication of colonic polypectomy: polyp-related factors and patient related factors.
H. Watabe, Y. Yamaji, M. Okamoto et al. *Gastrointestinal Endoscopy* 2006;64:73-8.

Όπως διαπιστώθηκε από την παραπάνω μελέτη, οι ασθενείς με υπέρταση που υποβάλλονται σε ενδοσκοπική πολυποδεκτομή κινδυνεύουν να παρουσιάσουν καθυστερημένη αιμορραγία συχνότερα, σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν υπέρταση. Επίσης, το χρονικό διάστημα στο οποίο μπορεί να εκδηλωθεί η αιμορραγία είναι μεγαλύτερο στους υπερτασικούς και μπορεί να φθάσει

ακόμα και τις 14 ημέρες μετά την πολυποδεκτομή. Αντίθετα με την υπέρταση, άλλοι παράγοντες σχετιζόμενοι με τους ασθενείς όπως το φύλο, η ηλικία, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπερλιπιδαιμία δεν φάνηκε να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Το ίδιο ισχύει και για χαρακτηριστικά των πολυπόδων, όπως η μακροσκοπική τους εμφάνιση (έμμισχοι ή επίπεδοι), η μέθοδος εκτομής (με λαβίδα θερμής βιοψίας, βρόγχο πολυποδεκτομής ή βλεννογονεκτομή), η θέση τους (στο αριστερό ή στο δεξιό κόλον) και τα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά τους (αδένωμα ή αδενοκαρκίνωμα). Όσον αφορά το μέγεθος, όπως είναι γνωστό, οι πολύποδες ≥ 10 χιλ. αιμορραγούν 4,5 φορές συχνότερα από αυτούς με μικρότερο μέγεθος. Διαπιστώθηκε, ωστόσο, ότι στους υπερτασικούς ασθενείς ο κίνδυνος αιμορραγίας μετά εκτομή πολυπόδων μικρότερου μεγέθους δεν είναι αμελητέος. Ο μηχανισμός με τον οποίο η υπέρταση προάγει την αιμορραγία δεν διευκρινίστηκε. Πιθανότατα να σχετίζεται με τη δυσλειτουργία του ενδοθηλίου, που συχνά συνοδεύει την υπέρταση, ενώ επικουρικός ενδέχεται να είναι ο ρόλος της αθηροσκλήρυνσης ή της αγωγής με αναστολείς των διαιώλων ασβεστίου, που επίσης συχνά λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί.

Η ενδοσκόπηση και τα αντιφλεγμονώδη αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες έναντι της ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, ενώ η παρουσία ψευδοπολυπόδων λειτουργεί προγνωστικά

Predictive and protective factors associated with colorectal cancer in ulcerative colitis: a case – control study. F.S. Velayos, E.V. Loftus Jr, T.Jess, et al. *Gastroenterology* 2006;130:1941-49

Με σκοπό να διαπιστώσουν πιθανούς προγνωστικούς και προστατευτικούς παράγοντες έναντι του καρκίνου σε

ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, οι παραπάνω ερευνητές συνέκριναν αναδρομικά μια μεγάλη ομάδα ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και καρκίνο του παχέος εντέρου με μια ισάριθμη ομάδα ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, χωρίς όμως καρκίνο, η οποία χρησιμοποιήθηκε ως ομάδα ελέγχου. Διαπιστώθηκε ότι η ενδοσκοπική παρακολούθηση προ-

στατεύει εμμέσως από την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου μέσω της αναγνώρισης της ανάπτυξης δυσπλασίας, η οποία τελικά θα οδηγήσει σε κολεκτομή. Ομοίως, προστατευτικά απέναντι στην ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου επιδρά και η αγωγή με αντιφλεγμονώδη φάρμακα, κυρίως με 5-ASA αλλά και με κορτικοστερο-



ειδή, ασπρίνη και άλλα ΜΣΑΦ. Όσον αφορά στην προστατευτική δράση των ανοσοκαταστατικών, κυρίως της αζαθειοπρίνης, αυτή δεν κατέστη δυνατό να διερευνηθεί, λόγω των μη επαρκών δεδομένων. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι η παρουσία ψευδοπολύποδων λειτουργεί προγνωστικά. Αν

και οι ίδιοι οι ψευδοπολύποδες δεν θεωρούνται προκαρκινωματώδεις, η σχέση τους με τον καρκίνο του παχέος εντέρου είτε παριστά λανθασμένη αναγνώριση κακοήθων πολυποιειδών βλαβών ή βλεννογονικών βλαβών που καλύπτονται από αυτούς, είτε αποδίδεται στη διαφορά του αριθμού των

βιοψιών που λαμβάνονται σε ασθενείς με ή χωρίς πολύποδες ή στο γεγονός ότι αυτοί αναπτύσσονται σε έδαφος σοβαρής φλεγμονής, η οποία προδιαθέτει σε κακοήθεια. Η ανεύρευσή τους δεν αποτελεί αιτία προφυλακτικής κολεκτομής αλλά συχνότερης ενδοσκοπικής παρακολούθησης.

Το νέο σύστημα διαστολής στενώσεων του οισοφάγου (Inscope Optical Dilator) συνδυάζει τα πλεονεκτήματα των κηρίων Savary-Gillard και των μπαλονιών διαστολής

The optical dilator: a clear, over-the-scope bougie with sequential dilating segments. M.P. Jones, J.R. Bratten, S. McClave. *Gastrointestinal Endoscopy* 2006;63:840-845.

Το Optical Dilator είναι ένας διαστολέας μιας χρήσης, ο οποίος προσαρμόζεται στο ενδοσκόπιο με τέτοιο τρόπο, ώστε να γλιστρά ελεύθερα πάνω σε αυτό. Είναι κατασκευασμένος από εύκαμπτο πολυμερές, το οποίο προσδίδει «αίσθηση αφής», σταθερότητα και ευκολία στη χρήση παρόμοια με αυτή των κηρίων Savary-Gillard. Το διαφανές σώμα

του επιτρέπει την άμεση ενδοσκοπική παρακολούθηση της διαδικασίας της διαστολής, η οποία είναι ευκρινέστερη από αυτή των TTS μπαλονιών. Συνεπώς, η διαδικασία της διαστολής καθίσταται: 1) ασφαλέστερη, καθώς αποφεύγεται η υπερβολική διάταση και ο συνακόλουθος κίνδυνος επιπλοκών και 2) περισσότερο αποτελεσματική. Είναι σχεδιασμένος να υποδέχεται οδηγό σύρμα, η χρήση του οποίου συνιστάται όταν το πέρασμα του διαστολέα από τη στένωση είναι δυνατό να προκαλέσει παρέκκλιση της πορείας του. Ο κάθε διαστολέας

διαθέτει τρία τμήματα διαφορετικής διαμέτρου, με αποτέλεσμα να είναι εφικτή η διαδοχική διαστολή χωρίς την ανάγκη απόσυρσης και επανεισόδου του συστήματος ενδοσκοπίου-διαστολέα, στην ίδια συνεδρία. Έχει δοκιμαστεί επιτυχώς σε περιπτώσεις μόνο καλοήθων στενώσεων του οισοφάγου (17 πεπτικές στενώσεις και 9 δακτύλιοι Schatzki), αλλά ο μικρός αριθμός των ασθενών δεν επιτρέπει την εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων για την αποτελεσματικότητα και τα επιμέρους χαρακτηριστικά της διαδικασίας.

Ακόμη και μικρή αύξηση του σωματικού βάρους είναι αρκετή για να εμφανιστούν ή να επιδεινωθούν τα συμπτώματα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (ΓΟΠ)

Body-Mass Index and symptoms of Gastroesophageal Reflux in women. B.C. Jacobson, S.C. Somers, C.S. Fuchs et al. *N Engl J Med* 2006 ; 354: 2340-8.

Στο συμπέρασμα αυτό κατέληξαν οι παραπάνω ερευνητές, όταν επιχείρησαν να συσχετίσουν το δείκτη Μάζας-Σώματος (BMI) με τα συμπτώματα της ΓΟΠ. Επιβεβαιώθηκε ότι η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ΓΟΠ, όμως

για πρώτη φορά διαπιστώθηκε πως ο κίνδυνος αυτός σχετίζεται άμεσα με τον MBI τόσο στους υπέρβαρους (BMI:25-29,9) όσο και στους ασθενείς με ιδανικό BMI (19-24,9). Αυτό σημαίνει πως αύξηση του βάρους, έστω και λίγων κιλών, σε ασθενείς με ιδανικό BMI μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει τη συμπτωματολογία της ΓΟΠ. Διαπιστώθηκε, επίσης, ότι η συμπτωματολογία της ΓΟΠ σχετίζεται

περισσότερο με την εκατοστιαία αναλογία του λίπους, παρά με την κατανομή του στο σώμα, υποδεικνύοντας ως συνυπεύθυνους για την εμφάνιση της ΓΟΠ πιθανούς ορμονικούς παράγοντες, που σχετίζονται με το λιπώδη ιστό. Η έρευνα περιορίστηκε στο γυναικείο πληθυσμό, ως εκ τούτου η γενίκευση των συμπερασμάτων και για τους άνδρες ίσως να μην είναι ορθή.

Η εκτομή μικρών πολυπόδων είναι ασφαλής σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά!

Colonoscopy with polypectomy in anticoagulated patients. S. Friedland, R. Soetikno. *Gastrointestinal Endoscopy* 2006;64:98-100.

Αρκεί βέβαια αμέσως μετά την πολυποδεκτομή να τοποθετηθούν clips στη βάση του πολύποδα. Αυτό υπο-

στηρίζουν οι παραπάνω ενδοσκόποι, που επιχείρησαν εκτομή μικρών πολυπόδων (<1εκατ.) σε ασθενείς στους οποίους η διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής θεωρήθηκε επικίνδυνη, λόγω υψηλού κινδύνου εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Σαραντα-

μία πολυποδεκτομές έγιναν σε 21 ασθενείς που ελάμβαναν βαρφαρίνη, δίχως να παρατηρηθούν επεισόδια άμεσης ή καθυστερημένης αιμορραγίας, καθώς αμέσως μετά την πολυποδεκτομή τοποθετήθηκαν 1-2 clips στη βάση του πολύποδα.



Συνέδρια



Συνέδρια

Πάμε Μέγαρο... και όχι μόνο!

γράφει η Νάγια Μπομπότη

Φέτος είναι η σειρά της Αθήνας να φιλοξενήσει το 26^ο Πανελλήνιο Γαστρεντερολογικό Συνέδριο.

Κεντρικό γεγονός της χρονιάς, συγκεντρώνει το ενδιαφέρον συναδέλφων από όλη την Ελλάδα. Κατά παράδοση το συνέδριο, πέρα από επιστημονική συνάντηση αποτελεί ευκαιρία για κοινωνική συναναστροφή και γνωριμία με την πόλη, όπου αυτό λαμβάνει χώρα. Η περίοδος του συνεδρίου μπορεί να αποτελέσει μια ανοιχτή πρόσκληση από την Αθήνα όχι μόνο για τους εκτός των τειχών επισκέπτες, αλλά και για τους μόνιμους κατοίκους που η καθημερινότητα κρατάει μακριά από όσα η πόλη έχει να προσφέρει. Επειδή, λοιπόν, θα βρεθούμε στη Αθήνα 9-12 Νοεμβρίου, ας δούμε τι θα «τρέχει» στις διάφορες γωνιές της πόλης εκείνες τις μέρες.

Το Μέγαρο Μουσικής Αθηνών, ο μεγάλος πόλος έλξης της πρωτεύουσας, θα παρέχει στέγη στο συνέδριο. Το πρόγραμμα 2006-2007 του Μεγάρου είναι πολλά υποσχόμενο. Για τις μέρες που μας ενδιαφέρει, ωστόσο υπάρχει μόνο μια συναυλία με τίτλο «Από το Masterclass της Anna Tomowa-Sintow», στις 11/11, στην Αίθουσα Φίλων της Μουσικής. Νέοι λυρικοί καλλιτέχνες τραγου-

δούν γνωστές άριες από όπερες, υπό την καθοδήγηση της Anna Tomowa-Sintow και τη συνοδεία της Κρατικής Ορχήστρας Αθηνών.

Στο θεατρικό χώρο, οι πρεμιέρες που έχουν ανακοινωθεί ως τη στιγμή

Η περίοδος του συνεδρίου μπορεί να αποτελέσει μια ανοιχτή πρόσκληση από την Αθήνα όχι μόνο για τους εκτός των τειχών επισκέπτες, αλλά και για τους μόνιμους κατοίκους που η καθημερινότητα κρατάει μακριά από όσα η πόλη έχει να προσφέρει.

που γράφεται το άρθρο δεν είναι και πολλές. Το Εθνικό Θέατρο για φέτος το χειμώνα θα παρουσιάσει το «Ματωμένο Γάμο» του Λόρκα στο θέατρο Κάππα, το έργο «Ερρίκος Δ'» του Πιραντέλλο στο θέατρο Κοτοπούλη ενώ στο Παιδικό Στέκι ανεβαίνει το

«Γαλάζιο πουλί» του Μωρίς Μαίτερλινγκ. Στο θέατρο Αμόρε ανεβαίνει το έργο του Τάκη Σερέφα «Μαμ». Τους ήρωες ενσαρκώνουν οι ηθοποιοί Δημήτρης Πιατάς, Βασίλης Καραμπούλας, Σωκράτης Πατσίκας και Άννα Καλαϊτζίδου. Στην Κεντρική Σκηνή του Θεάτρου του Νότου, από τις 8/11 θα παίζεται το έργο «Μις Σάρα Σάμσον», ένα κοινωνικό οικογενειακό δράμα.

Στο Πολιτιστικό κέντρο του Δήμου Αθηναίων «Μελίνα» αποκτούν μόνιμη κατοικία από το Σεπτέμβριο 2006 ο Καραγιόζης και η παρέα του. Μετά το Σπαθάρειο Μουσείο στο Μαρούσι, οι αδερφοί Χαρίδημοι με τη βοήθεια του Πολιτισμικού Οργανισμού Αθηνών οργανώνουν το Εργαστήριο και Μουσείο Θεάτρου Σκιών, στεγάζοντας τρεις γενιές Χαριδήμων, μια ιστορία 93 ετών.

Ένας ακόμη χώρος, που λίγοι γνωρίζουν, είναι το Λουτρό των Αέρηδων στην Πλάκα. Πρόκειται για το τελευταίο σωζόμενο χαμάμ των χρόνων της τουρκοκρατίας στην Αθήνα, το οποίο ήταν σε λειτουργία ως το 1965.Ο χώρος αποκαταστάθηκε και λειτουργεί από το 1999 ως μουσείο. Οι επισκέπτες έχουν τη δυνατότητα να περιηγηθούν όλους τους χώρους του, να ενημερωθούν από το σύστη-



μα αυτόματης ξενάγησης και να ταξιδέψουν στην ατμόσφαιρα των παλαιών δημόσιων λουτρών, μέσα από ένα οπτικοακουστικό πρόγραμμα γεμάτο εικόνες και ήχους άλλων εποχών.

Πάντα ενδιαφέρουσα είναι η επίσκεψη στο Μουσείο Μπενάκη. Τώρα το ίδρυμα διαθέτει ένα ακόμη οίκημα στην οδό Πειραιώς, λίγο μετά το Γκάζι. Στο νεοκλασικό κτίριο του Κολωνακίου, πέραν των σταθερών εκθεμάτων, φιλοξενείται συλλογή του Ι.Δ. Κοιλαλού, με απεικονίσεις Ελληνικών ενδυμασιών από έντυπες ευρωπαϊκές πηγές τον καιρό της τουρ-

κοκρατίας. Μετά την επίσκεψη στο μουσείο, αν το επιτρέπει ο καιρός, αξίζει τον κόπο να σταθείτε για λίγο στον εξώστη του κυλικείου, που προσφέρει αδιαφοριστήτη τον καφέ με την καλύτερη θέα στον Εθνικό Κήπο.

Τα Νοέμβριο συμπληρώνει ένα χρόνο λειτουργίας το μεγάλο εμπορικό κέντρο «The Mall» στο Μαρούσι. Η εορταστική εβδομάδα έχει τοποθετηθεί για το τέλος του Νοέμβρη, μακριά από τις συνεδριακές ημέρες. Αν όμως θέλετε μια δικαιολογία για να το επισκεφθείτε, την Πέμπτη 9/11 μέσα στο κατάστημα FNAC η Σώτη Τριανταφύλλου θα παρουσιάσει το νέο της βιβλίο «Τα Κινέζικα Κουτιά».

Στη νυχτερινή ζωή της Αθήνας θα πρωταγωνιστεί γεωγραφικά και φέ-

τος ο άξονας Ψυρρή – Γκάζι – Βοτανικός και ακολουθεί η Λ.Συγγρού. Στο Σταυρό του Νότου γυρίζει ο «Σταυρός του Νότου» μετά τις επιτυχημένες παραστάσεις στο Μέγαρο Μουσικής. Ο Θάνος Μικρούτσικος με τον Γιάννη Κούτρα θα παρουσιάσουν όλα τα μελοποιημένα ποιήματα του Νίκου Καββαδία στη μουσική σκηνή που πήρε το όνομά της από τον κλασσικό αυτό δίσκο. Οι παραστάσεις είναι κάθε Δευτέρα και Τρίτη στις 22:30 από 30/10 ως τα μέσα Δεκεμβρίου, ενώ τις υπόλοιπες μέρες θα βρίσκεται επί σκηνής ο Θανάσης Παπακωνσταντίνου. Ο Δημήτρης Μητροπάνος με τη Γλυκερία και τη Μελίνα Ασλανίδου ερμηνεύουν τραγού-

νών, ο Αντώνης Ρέμος με τη Μαρινέλλα στο Αθηνών Αρένα, ο Πασχάλης Τερζής με την Έλενα Παπαρίζου στην Ιερά Οδό, ο Μιχ.Χατζηγιάννης μόνος του προς το παρόν στο Πειραιώς 130, όπως και η Πέγκυ Ζήνα, μόνιμη οικοδέσποινα στο Διογένης Studio. Ο Θάνος Πετρέλης με την Έλλη Κοκκίνου αρχίζουν εμφανίσεις στο Απόλλων, ενώ ο Τσαλίκης συνεχίζει το θερινό του πρόγραμμα με τη Χρύσπα στο Romeo ως το Γενάρη. Στο Βοτανικό θα εμφανίζονται ο Σταμάτης Γονίδης με τη Νατάσα Θεοδωρίδου από τις 12/10. Ο Έλληνας showman Γιώργος Μαρίνος θα εμφανιστεί στο Μικρό Κεραμεικό, σε κείμενα των Ρέππα-Παπαθανασίου.

Πριν προγραμματίσετε την έξοδό σας καλό θα ήταν να συμβουλευτείτε ένα από τα εβδομαδιαία περιοδικά της πόλης, «Αθηνόραμα» ή «Έξοδος». Εκεί θα βρείτε διευθύνσεις, τηλέφωνα, τιμές και ίσως νέες προτάσεις που δεν έχουν ανακοινωθεί ως τώρα.

Η πόλη έχει να προσφέρει πολλές διεξόδους για όλα τα γούστα και όλες τις ώρες της ημέρας. Εσείς φροντίστε να εξασφαλίσετε καλή παρέα και τα υπόλοιπα αφήστε τα... στην πρωτεύουσα!

Καλά να περάσετε!



δια τους στο Ακτή Πειραιώς. Στη Σφεντόνα συγκεντρώνονται σημαντικά ονόματα όπως Χρήστος Νικολόπουλος, Κώστας Μακεδόνας, Μελίνα Κανά, Δημήτρης Μπάσης, Δημήτρης Σταρόβας, πάντα σε κείμενα και σκηνοθετική επιμέλεια του Ιεροκλή Μιχαηλίδη. Ο Γιάννης Κότσιρας και η Ζωή Παπαδοπούλου θα φιλοξενηθούν στο Μετρό για τριάντα παραστάσεις «σε ύφος ταβέρνας», όπως ακούγεται.

Γνωστά ονόματα του ελληνικού τραγουδιού, κυρίως από το χώρο του «καθαρόσαμου γλεντιού», έχουν ήδη προαναγγείλει τις συνεργασίες τους. Ο Λευτέρης Πανταζής και η Άντζελα Δημητρίου επέλεξαν την Opera, ο Γιάννης Πλούταρχος το Κέντρο Αθη-





Ελεύθερο



Θέμα

Γαστρεντερολογικές Αναμνήσεις (Η Πρώτη Γαστρεντερολογική Κλινική του Εναγγελισμού)

γράφει ο Ορέστης Μανούσος

Η πρόταση του προέδρου της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος κ. Αντώνη Ζερβακάκη, παλιού συνεργάτη και φίλου μου, να γράψω κάτι για το νέο περιοδικό της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. «Ενδοσκοπήσεις», έστειλε τη μνήμη μου σχεδόν τριάντα χρόνια πίσω.

Το 1977 ο αείμνηστος Σωτήρης Παπασταμάτης, διευθυντής Παθολογικής Κλινικής και μέλος του Δ.Σ. του Νοσοκομείου Ευαγγελισμός πρότεινε την ίδρυση νέων τμημάτων στο Νοσοκομείο.

Τα τμήματα που ιδρύθηκαν ήταν:

- α) Αιματολογίας και λεμφωμάτων,
- β) Ανοσολογίας και
- γ) δύο Γαστρεντερολογικές μονάδες.

Οι καινοτομίες αυτές επηρέασαν θετικά την ιατρική κατάσταση της εποχής ειδικά για τη γαστρεντερολογία, οι δύο νέες κλινικές και το γαστρε-

ντερολογικό εξωτερικό ιατρείο που υπήρχε ήδη, με διευθυντή τον Ζήση Γιώτσα, κάλυψαν ικανοποιητικά τις ανάγκες των ασθενών με παθήσεις του πεπτικού.

Η πρώτη γαστρεντερολογική κλινική, στην οποία συναντήθηκα για πρώτη φορά με τον Αντώνη Ζερβακάκη, είχε βασικό συνεργάτη τον Τάσο Εμμανουηλίδη, έμπειρο γαστρεντερολόγο, εκπαιδευμένο στις ΗΠΑ με μεγάλη επίδοση στις ενδοσκοπήσεις και τις επεμβατικές μεθόδους της εποχής. Τα υπόλοιπα στελέχη ήταν ο επιψελητής Αντώνης Νικολάου και οι εσωτερικοί βοηθοί Χρήστος Παπαδημητρίου και Γιάννης Τριανταφυλλίδης. Οι πρώτοι ειδικευόμενοι ήταν ο Γιάννης Μουζάς, ο Φώτης Γεροβασίλης, ο Κύπριος Πανίκος Ευθυμίου, ο Αντώνης Ζερβακάκης, ο Αντώνης Κογεβίνας, ο Βασίλης Γκοβόσδης, ο Αργύρης Καπετανάκης, ο Απόστολος Μαντίδης, ο Χρήστος Σπηλιάδης, που δυστυχώς

χάθηκε πρόωρα, ο Άκης Τσαβαλιάς και ο Δημήτρης Τζουρμακλιώτης.

Οι σχέσεις της κλινικής μας με τον Θέμη Καναγκίνη, διευθυντή της δεύτερης κλινικής και των συνεργατών του, όπως και με τον Ζήση Γιώτσα, υπήρξαν πάντοτε άψογες.

Οι ειδικευόμενοι του κ. Καναγκίνη παρακολουθούσαν μαζί με τους δικούς μας τακτικά το εκπαιδευτικό μας πρόγραμμα, που ήταν εμπνευσμένο από τις αρχές που ακολουθούσε η μονάδα του Sidney Truelove στο Radcliffe Infirmary του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα περιελάμβανε:

- α) Εβδομαδιαίες συναντήσεις με τους γιατρούς του παθολογοανατομικού εργαστηρίου, που εκπροσωπούσε συνήθως η Ελένη Κόκκα, η οποία είχε μεταξύ άλλων μεγάλο ενδιαφέρον για τις ιδιοπαθείς φλεγμονώδους νόσους του εντέρου (ΙΦΕΝ). Έτσι, οι ειδικευόμενοι



είχαν την ευκαιρία να μελετούν τα ιστολογικά ευρήματα των νοσηλευόμενων ασθενών και ν' αρχίσουν να συνδυάζουν τα συμπτώματα με τις παθολογοανατομικές αλλοιώσεις.

- β) Συζητήσεις με τους γιατρούς του ακτινολογικού τμήματος με συνήθεις εκπροσώπους τον Βασίλη Καλογερόπουλο και τον Γιώργο Βραχλιώτη, όπου γινόταν λεπτομερής ανάλυση των ακτινολογικών ευρημάτων των ασθενών και προσπάθειες συσχετισμού με τα κλινικά ευρήματα.

- γ) Τα χειρουργικά περιστατικά συζητούσαμε με τους χειρουργούς Παναγιώτη Μίχα, Αναξαγόρα Παπαϊωάννου, Νίκο Γεωργιάδη και Πάνο Σακελλαριάδη, οι οποίοι αντιμετώπιζαν τα χειρουργικά προβλήματα των ασθενών μας εκτός από τις περιπτώσεις ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn, που ήταν συνήθως κάτω από τη φροντίδα του Σωτήρη Μπαράτση, ο οποίος στη διάρκεια της μετεκπαίδευσής του σε Αγγλικά Νοσοκομεία είχε αποκτήσει ενδιαφέρον για τη χειρουργική αυτών των παθήσεων, ενδιαφέρον που διατήρησε έκτοτε σταθερά, ώστε σήμερα να θεωρείται ένας από τους εμπειρότερους χειρουργούς των ΙΦΕΝ.

Πριν από την καθημερινή επίσκεψη συζητούσαμε λεπτομερώς όλα τα περιστατικά με συμμετοχή συχνά άλλων συναδέλφων, όπως του ηπατολόγου Δημήτρη Τσαντούλα, που ήταν επιμελήτης Παθολογικής Κλινικής και του Ηλία Φωκά, που υπήρξε ένας από τους πρώτους φίλους και συνεργάτες της κλινικής μας.

Ο κύριος στόχος της κλινικής ήταν η ενδελεχής και αυστηρώς ανιδιοτελής μελέτη των ασθενών και η προσφορά υπηρεσιών υψηλού επιπέδου. Όταν κάποιος άρρωστος ήταν μόνος του, ταλαιπωρος και δεν ενδιαφερόταν κανείς γι' αυτόν λέγαμε μεταξύ αστείου και σοβαρού «αυτόν μάς τον έστειλε ο Θεός και πρέπει να τον φροντίζουμε ιδιαιτέρως!».

Ο επόμενος στόχος ήταν η συμμετοχή των νέων γιατρών στην ερευνητική προσπάθεια της κλινικής και η δημιουργία προϋποθέσεων για να μετεκπαίδευτούν σε γνωστά κέντρα του εξωτερικού. Έτσι ο Γιάννης Τριανταφυλλίδης πήρε υποτροφία του Νοσοκομείου για το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Οξφόρδης, ο Χρήστος Σπηλιάδης έγινε δεκτός στο τμήμα του καθηγητή Lennard – Jones στο Πανεπιστήμιο του Λονδίνου, ο Απόστολος Μαντίδης στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Louvain στο

και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας με βάση τους ασθενείς που είχαμε νοσηλεύσει.

Αργότερα αναπτύχθηκε στενή συνεργασία με το Ανοσολογικό Εργαστήριο της Ιωάννας Οικονομίδου, η οποία άνοιξε το δρόμο για μια σειρά εργασιών πάνω στην ανοσολογία της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn.

Όταν μελετήσαμε την πρώτη περίπτωση της νόσου των άλφα βαρειών αλύσεων άρχισε μια εποχή έντονου ενδιαφέροντος για το λεγόμενο «ανοσο-υπερπλαστικό σύνδρομο του λεπτού εντέρου» με πολλές ανακονώσεις και δημοσιεύσεις σε μεγάλα διεθνή περιοδικά. Υπήρξαν κι άλλα ερευνητικά ενδιαφέροντα που χρησιμοποιήθηκαν και για τη συγγραφή διδακτορικών διατριβών από όλους τους ειδικευόμενους.

Οι σχέσεις των μελών της κλινικής μεταξύ τους και με τους άλλους γιατρούς του Νοσοκομείου ήταν πάντοτε πολύ καλές. Κάθε Παρασκευή μεσημέρι όλοι οι γιατροί μαζευόμασταν σ' ένα καφενεδάκι στον περίβολο του Νοσοκομείου, όπου συζητούσαμε τα συμβάντα της εβδομάδας που πέρασε και σχεδιάζαμε της δραστηριότητες της επόμενης εβδομάδας.

Όλοι οι γιατροί της κλινικής διακρίθηκαν στην επαγγελματική τους ζωή. Οι Αντ. Νικολάου, Γιάννης Τριανταφυλλίδης, Δημ. Τζουρμακλιώτης είναι διευθυντές κλινικών σε κεντρικά Νοσοκομεία Αθήνας – Πειραιώς, ο Απόστολος Μαντίδης στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθήνων, ο Αργύρης Καπετανάκης, στο Νοσοκομείο Λαρίσης, ο Φώτης Γεροβασίλης στο Νοσοκομείο Βόλου, ο Χρήστος Παπαδημητρίου και ο Τάσος Εμμανουηλίδης σε ιδιωτικό Νοσοκομείο των Αθηνών. Ο Πλανίκος Ευθυμίου διακρίθηκε στην Κύπρο, ο Αντώνης Κογεβίνας στην Κέρκυρα καλύπτει πλήρως τις γαστρεντερολογικές ανάγκες του νησιού, έχει ερευνητική συνεργασία με το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων και γράφει άρθρα για σημαντικά ιατρικά θέματα. Ο Γιάννης Μουζάς, επ. καθηγητής Γαστρεντε-



ρολογίας στο Πανεπιστήμιο Κρήτης, οργανώνει συχνά σεμινάρια με γαστρεντερολογικά θέματα και θέματα σχετιζόμενα με τις ανεπιθύμητες ενέργειες του οινοπνεύματος.

Ο Αντώνης Ζερβακάκης, εκτός από την άριστη κλινική του δραστηριότητα, οργάνωσε την ΕΠ.Ε.Γ.Ε. και εκδίδει τώρα το σημαντικό περιοδικό «Ενδοσκοπίσεις». Σημαντικά ιατρικά περιοδικά εκδίδουν επίσης ο Αντ. Νικολάου

και ο Γιάννης Τριανταφυλλίδης.

Η ίδρυση της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης και η εκλογή μου σ' αυτήν μ' απέσπασε από την πρώτη γαστρεντερολογική κλινική του Ευαγγελισμού. Στην Κρήτη είχα καλές ευκαιρίες συνεργασίας με συμπαθείς και άξιους νέους γιατρούς, αλλά η ατμόσφαιρα και το κλίμα που είχαμε επιτύχει στον Ευαγγελισμό δυστυχώς δεν ήταν δυνατό να επαναληφθεί.

Πάντοτε θα θυμάμαι με νοσταλγία το κλίμα συνεργασίας και φιλίας των γιατρών της πρώτης γαστρεντερολογικής κλινικής του Ευαγγελισμού και τους ευχαριστώ γι' αυτό.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον Αντώνη Ζερβακάκη, που χάρη στις προσπάθειές του η ΕΠ.Ε.Γ.Ε. προχωρά μπροστά και εκείνος μού έδωσε την ευκαιρία να θυμάμαι τα παλιά.



Δημοσιεύσεις

1. Εμμανουηλίδης Α (1983) Η ελκώδης κολίτις στην Ελλάδα. Κλινική και επιδημιολογική μελέτη. Διατριβή επί Υφηγεσία, Αθήνα.
2. Εμμανουηλίδης Α, Παπαδημητρίου Χ, Νικολάου Α, Σπηλιάδης Χ, Μανούσος ΟΝ. (1984) Ελκώδης κολίτις και κύηση. Νοσοκομειακά Χρονικά 46:248-251
3. Μανούσος ΟΝ, Νικολάου Α, Εμμανουηλίδης Α, Τριανταφυλλίδης Ι, Παπαδημητρίου Χ, Γκοβόσδης Β, Γεροβασίλης Φ (1980) Ελκώδης κολίτις. Θεραπευτική αντιμετώπιση. Παρατηρήσεις σε 74 περιπτώσεις. Νοσοκομειακά Χρονικά 42:446-451
4. Τριανταφυλλίδης Ι, Μανούσος ΟΝ, Μπάκαλος Δ, Νικολάου Α, Παπαδημητρίου Χ, Κόκκα Ε (1979) Αιμορραγική κολίτις και σαρκοείδωση: Ταυτόχρονη συνύπαρξη στον ίδιο ασθενή. Νοσοκομειακά Χρονικά 41: 469-472
5. Ζερβακάκης ΑΜ, Μανούσος ΟΝ (1991) Νόσος του Crohn στο Λεπτό Έντερο. Έκδοση: Γκουρτσιγιάννης Ν, Εμμανουήλ Α
6. Μπαράτσης Σ, Μαγγανάς Δ, Λέπενος Β, Γιανναδάκης Ε, Νικητάκης Ν (1991) Η χειρουργική θεραπεία της ελκώδους κολίτιδος. Ελληνική Γαστρεντερολογία (suppl.1:33)
7. Μουζάς Ι, Κουτρουμπάκης Ι 1994 Γαστροδωδεκαδακτυλική προσβολή επί νόσου του Crohn. Ανασκόπηση. Ιατρική 1994, 66:53-58
8. Παπαδημητρίου Χ, Εμμανουηλίδης Α, Τριανταφυλλίδης Ι, Μανούσος ΟΝ (1984) Ελκώδης Κολίτις. Νόσος των μη καπνιστών. Ιατρική 45:135-156
9. Emmanouilidis A, Manousos ON, Papadimitriou C, Triantafyllidis J. (1988) Ulcerative colitis in Greece: course and prognostic factors. Digestion 39 (3):181-6
10. Manousos ON, Nicolaou A, Zografos A, Trichopoulos D, Merikas G. (1977) Intestinal transit in rural and urban population of Greece. Digestion 15(1):77-80.
11. Economidou JC, Manousos ON, Katsaros D. (1976) Alpha- Chain disease causing kaliopenic nephropathy and fatal intestinal perforations. Am J Dig Dis. 21 (7):577-85.
12. Economidou I, Manousos ON, Triantafyllidis JK, Vaslamatzis MM, Zafiropoulou R, Papadakis T. (2006) Immunoproliferative small intestinal disease in Greece: presentation of 13 cases including two from Albania. Eur J Gastroenterol Hepatol. 18(9): 1029-1038.
13. Κογεβίνας Α. «Σύγχρονες απώψεις για το Ιατρικό Λάθος»: πώς οικοδομείται, πώς προλαμβάνεται και πώς αμβλύνεται. 2006 Ιατρική του Σήμερα, τεύχος 42, σελ.3-12.



Πώς Μάς Βλέπουν



οι Ασθενείς μας

Το Γαστρεντερολογικό Ιατρείο από τη Σκοπιά του Χρήστη-Ασθενούς

γράφει η Χριστίνα Χριστοπούλου-Νιάρχου*

**Έχουμε κι εμείς λόγο!!!
Εμείς, οι ασθενείς, που
χτυπάμε την πόρτα του
ιατρείου σας. Συνήθως δεν
γνωρίζουμε τι μας συμβαίνει
και, ακόμη χειρότερα, τι πρό-
κειται να μας συμβεί. Κάποιοι
υπομένουμε, ήδη από καιρό,
διάφορα συμπτώματα, μερικές
φορές ιδιαιτέρως ενοχλητικά.
Φυσικό είναι, επομένως, να λει-
τουργούμε κάτω από συνθήκες
ειδικής ψυχολογικής πίεσης,
όπως και οι συνοδοί μας.**

Και ξεκινάμε από τη δυνατότητα -εύ-
κολης- πρόσβασης. Όταν διαλέγετε
το χώρο σας σκεφθείτε και τον ασθε-
νή, που μισοζαλισμένος και εξαντλη-
μένος μετά από κάποια ενδοσκόπηση
θα πρέπει -επιτέλους- να γυρίσει σπίτι
του. Ιατρείο, λοιπόν, κοντά σε μέσα
μαζικής μεταφοράς και σύμφωνα με
το ελληνικό κατεστημένο, ακόμα κα-
λύτερα κοντά σε κάποιο πάρκινγκ,
όπου ο απαραίτητος συνοδός θα αφή-
σει χωρίς άγχος το αυτοκίνητό του.

Αναφερθήκαμε στους συνοδούς. Στην
ελληνική πραγματικότητα είναι συχνά

περισσότεροι από ένας. Μην τους
ξεχάσετε, όταν υπολογίζετε τα τετρα-
γωνικά μέτρα που χρειάζεστε για το
χώρο αναμονής των ασθενών σας.

Αναμονή

Είναι η πρώτη επιφή με το ιατρείο.
Συχνά η παραμονή στην αναμονή δι-
αρκεί αρκετό χρόνο και θα μπορούσε
να παιέxi ένα μικρό ρόλο αποσυμπίε-
σης. Είπαμε ότι ο ασθενής λειτουργεί

ρετικά σημαντικό ρόλο. Θα πρέπει
να δημιουργεί ένα πλαίσιο οικείο και
ανθρώπινο. Ο έντονα τεχνολογικός
χαρακτήρας όπως και η έλλειψη προ-
σανατολισμού δημιουργούν αβεβαιό-
τητα. Είναι καλό, λοιπόν, να υπάρχει
φυσικός φωτισμός και ο τεχνητός να
μην είναι ψυχρός. Μια δόκιμη λύση
είναι τα ενσωματωμένα σποτάκια, αν
υπάρχει ψευδοροφή και ο επιτραπέζι-
ος φωτισμός ανάμεσα στα καθίσματα.
Σκεφθείτε: πώς θα θέλατε να φωτίσε-
τε το καθιστικό στο σπίτι σας;

Να γίνεται, επίσης, πολύ καλή ανανέ-
ωση του αέρα και, φυσικά, στην περί-
πτωση των κλιματιστικών μονάδων, να
μην ξεχνάμε τον πολύ συχνό καθαρι-
σμό των φίλτρων (έτσι αποδίδουν και
περισσότερη ενέργεια).

• **Δάπεδο:** Προσωπικά θα διάλεγα
πλαστικό και πάλι πλαστικό, και
θα 'παιζα με τα χρώματα. Όχι πλα-
στικό πλακάκι, τάπητα σε φύλλα
δίμετρα από PVC όχι ομοιογενές,
με υπόστρωμα, για να μην θέλει
λουστράρισμα και συντήρηση. Να
πέφτει η χλωρίνη «χωρίς φόβο
και πάθος». Βέβαια, δε «γράφει»
πολυτέλεια, δε «γράφει» ζεστα-

**Το περιβάλλον,
επομένως, παίζει
εξαιρετικά σημαντικό
ρόλο. Θα πρέπει να
δημιουργεί ένα πλαίσιο
οικείο και ανθρώπινο.**

κάτω από συνθήκες ειδικής ψυχολο-
γικής πίεσης. Πιστεύει ότι είναι πολύ⁺
πιθανό να πρέπει να υποστεί αδιαμαρ-
τύρητα πράξεις σωματικής βίας ή και
εξευτελισμό ή και πόνο.

Το περιβάλλον, επομένως, παίζει εξαι-

* Η κα Χριστίνα Χριστοπούλου-Νιάρχου είναι Αρχιτέκτων Μηχ. ΕΜΠ - Αρχαιολόγος, email:kn_niarchos@freemail.gr





σιά, ούτε παρέχει την –απαραίτητη σε χώρο πολλών απόμων– ηχοαπορρόφηση μιας μοκέτας. Για τους αμετανόητους «φαν» της τελευταίας υπάρχουν κάποιες προδιαγραφές που εξασφαλίζουν την πολυπόθητη υγειονομική ασφάλεια. Καταρχήν, το νήμα θα πρέπει να είναι 100% από polyamide, να είναι άκαυστη και να **έχει αντιστατικότητα διαρκείας**. Αυτό σημαίνει ότι είναι αντιβακτηριδιακή. Χρήσιμη είναι και η επαναφορά πέλους, ώστε σε μία πιθανή αναδιάταξη επίπλων να μην κρατήσει σημάδι. Βασικό, επίσης, η πυκνότητά της να είναι μεγαλύτερη ή ίση των 175000 κόμβων ανά τετραγωνικό μέτρο.

- **Καθίσματα αναπαυτικά:** Καθίστε επάνω τους πριν τα αγοράσετε. Υλικό επένδυσης ανθεκτικό στη χρήση, που ωστόσο πλένεται εύκολα.
- Πρόβλεψη, επίσης, για την τοποθέτηση μερικών **ζωηρών διακοσμητικών στοιχείων** – χρωμάτων (σε μικρή κλίμακα) ή επίπλων ή πινάκων – καθώς και τοποθέτηση φυτών ή λουλουδιών. Οι πίνακες -μπορεί να είναι και αφίσες- καλύτερα λιγότεροι και μεγάλων διαστάσεων, με χαρούμενα θέματα και χρώματα. Τα λουλούδια, «έλεος» να μην είναι πλαστικά και, αν είναι ξερά, προσοχή στη σκόνη.
- **Χρώματα:** Τα χρώματα είναι μια μεγάλη ιστορία. Φυσικά και μπορούν να επηρεάσουν τη διάθεση. Το λευκό εμπνέει εμπιστοσύνη, το πορτοκαλί δίνει φιλόξενο χαρακτήρα και γεμίζει αισιοδοξία, το κίτρινο βοηθά τους μουντούς και άτονους χώρους να αποκτήσουν λάμψη και ζεστασιά. Ακόμη, το μπλε ηρεμεί τα πνεύματα και χαλαρώνει τις εντάσεις, ενώ το πράσινο ευνοεί τη συγκέντρωση και την καλή ψυχική υγεία. Σημασία έχουν βέβαια οι αποχρώσεις, σε συσχετισμό με την επιφάνεια που θα καλύψουν: ανοιχτές αποχρώσεις για τις μεγάλες και πινελιές

σκούρων αποχρώσεων για μικρές επιφάνειες.

- **Μουσική:** Λένε πως η κλασική μουσική ηρεμεί τα βρέφη. Γιατί όχι και τους μεγάλους;
- **Διάβασμα:** «Μ' ένα περιοδικό ξεχνιέμαι.» Όχι όμως της προηγούμενης δεκαετίας!

Αν είστε από τους λίγους τυχερούς που προλαβαίνετε το χώρο σας στο στάδιο της κατασκευής του, θυμηθείτε: **ευελιξία!**

- Τέλος, υπάρχει ο **χώρος του/της γραμματέως**, ενταγμένος στην αναμονή: ένα γραφείο 0,80 x 1,60, με το πλαϊνό του 0,80 x 0,60 για το PC, μία ή δύο συρταροθήκες και η περιστρεφόμενη εργονομική καρέκλα. Εδώ για τον ασθενή σημασία έχει το χαμόγελο του/της. Να είναι ζεστό!

Χώρος ιατρικής εξέτασης και λήψης του ιστορικού

Περιλαμβάνει το γραφείο με συρταριέρες και το πλαϊνό για PC, χώρο βιβλιοθήκης, χώρο αρχείου (ή χώρο αποθήκευσης δισκετών/CD), καθώς και το εξεταστήριο με τα όργανα παρακολούθησης, άμεσα προσβάσιμα. Βασική είναι η οπτική και ακουστική απομόνωση. Καλός εξαερισμός, ο δε φωτισμός θα πρέπει να είναι ρυθμιζόμενος και τοπικά στο εξεταστήριο ενισχυμένος.

Ενδοσκοπικό εργαστήριο

Ο εξοπλισμός καθορίζει και τα τετραγωνικά του (συνήθως 10-12 m²). Θα πρέπει να υπάρχει αρκετός χώρος, που να δίνει τη δυνατότητα εύκολης κίνησης σε περίπτωση ανά-

γκης, καθώς και χώρος για την αποθήκευση του εξοπλισμού και των φαρμάκων. Φυσικά, καλός αερισμός και ρυθμιζόμενος φωτισμός. Επίσης, να είναι εύκολη η πρόσβαση σε τουαλέτα.

Αν είστε από τους λίγους τυχερούς που προλαβαίνετε το χώρο σας στο στάδιο της κατασκευής του, θυμηθείτε: **ευελιξία!** Προϊούσης της τεχνολογίας αφενός και της ιατρικής επιστήμης αφετέρου, λογικό να υπάρχει κάποιος βαθμός απαρχαίωσης. Ικανότητα για αλλαγή και ανάπτυξη δίνουν τα κινητά χωρίσματα ή ακόμα και 'κείνα από γυψοσανίδα, τα οποία επιπλέον παρέχουν πολύ καλή ηχομόνωση. Επίσης οι ψευδοροφές ευνοούν διακίνηση και αλλαγές καλωδίων, σωληνώσεων, φωτιστικών, εξαερισμού (ενσωμάτωση των ηχείων στο χώρο αναμονής).

Τι ενδιαφέρει εδώ το χρήστη - ασθενή; Από πλευράς χώρου, ότι και το προσωπικό και το χρήστη - ιατρό: Η κατά το δυνατόν υγειονομική ασφάλεια με τοίχους και δάπεδα χωρίς **αρμούς (εστίες μικροβίων)** και **στρογγυλεμένες γωνίες** (π.χ. πλαστικό δάπεδο με στρογγυλεμένο σοβατεπί).

Να μην ξεχνάμε, όμως, πάντα ότι αυτά και άλλα περισσότερα, δεν προσφέρουν τίποτα στον ασθενή, όταν λείπουν η **υπομονή** και η **φιλική διάθεση**, που είναι τα καλύτερα αγχολυτικά.





Εξωσκοπήσεις

Επιμέλεια Α. Κογεβίνας

Δικαιώματα Επιβάτη Αεροπορικών Εταιρειών της ΕΕ



Επειδή οι ιατροί ταξιδεύουν συχνά, θα τους ενδιέφερε να γνωρίζουν ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει εκδώσει φυλλάδιο με τα δικαιώματα των επιβατών που ταξιδεύουν αεροπορικώς. Αφορά σε πτήσεις από ή προς αερολιμένα της ΕΕ, από αερολιμένα της ΕΕ ή από το εξωτερικό, εφόσον η πτήση εκτελείται από αεροπορική εταιρεία της ΕΕ. Το φυλλάδιο το ζητάτε στα γκισέ που δίνουν πληροφορίες στα αεροδρόμια ή στη διεύθυνση http://europa.eu.int/comm/transport/air/rights/index_en.htm στο internet.

Κάθε αεροπορική εταιρεία που πετάει

στην ΕΕ υποχρεούται να καταβάλλει αποζημίωση για ακυρώσεις πτήσεων. Επίσης οφείλει να παρέχει γεύματα,

ώρες, ανάλογα με τον προορισμό.

Σε περίπτωση ακύρωσης πτήσης, η αεροπορική εταιρεία υποχρεούται σε καταβολή του αντιτίμου του εισιτηρίου και δωρεάν πτήση πίσω στο αρχικό αεροδρόμιο αναχώρησης, εάν δεν εξασφαλίσει εναλλακτική λύση για μετάβαση στο προορισμό. Επίσης, όμως, υποχρεούται να καταβάλει 250€ για πτήσεις μικρότερες των 1500 χιλιομέτρων, 400€ για πτήσεις μεταξύ 1500-3500 χλμ (δηλ. Ευρώπη) και 600€ για μεγαλύτερες αποστάσεις.

Οι αποζημιώσεις καταβάλλονται μέσα σε 7 μέρες και η αίτηση γίνεται απευθείας στην αεροπορική εταιρεία. Όσο είμαστε στο αεροδρόμιο καλό είναι να ζητήσουμε ένα σημείωμα στο οποίο να βεβαιώνεται η ακύρωση της πτήσης.

Σε περίπτωση ακύρωσης πτήσης η αεροπορική εταιρεία υποχρεούται να καταβάλει 250€ για πτήσεις μικρότερες των 1500 χιλιομέτρων, 400€ για πτήσεις μεταξύ 1500-3500 χλμ (δηλ. Ευρώπη) και 600€ για μεγαλύτερες αποστάσεις

κατάλυμα σε ξενοδοχεία και άλλες τηλεπικοινωνιακές διευκολύνσεις, για καθυστερήσεις μεγαλύτερες από 2-4



Skype: Δωρεάν Υπεραστική Τηλεφωνία

Όλοι όσοι έχουν έναν υπολογιστή συνδεδεμένο στο ίντερνετ μπορούν πλέον να μιλούν τηλεφωνικά χωρίς χρέωση με το εξωτερικό με άλλους υπολογιστές ή με σταθερά τηλέφωνα έναντι ευτελούς ποσού. Η ποιότητα της τηλεφωνικής γραμμής είναι εξαιρετική και υπάρχει δυνατότητα να μεταδίδεται και εικόνα.

Όλες οι σύγχρονες επιχειρήσεις που έχουν γραφεία σε διάφορα σημεία του κόσμου, π.χ. Κίνα, ΗΠΑ κ.λπ. χρησιμοποιούν εδώ και πολύ καιρό αυτόν τον τρόπο επικοινωνίας για να μη χρεώνονται τα υπέρογκα ποσά από τις συνήθεις υπεραστικές κλήσεις. Απλά εμείς δεν το πήραμε είδηση.

Μπαίνει κανείς στο www.skype.com και κατεβάζει δωρεάν σε πολύ μικρό χρόνο το αντίστοιχο πρόγραμμα, το οποίο ενεργοποιεί αμέσως. Μπορεί επίσης να βρει τους συνδρομητές όλου του κόσμου σε ένα τηλεφωνικό κατάλογο. Το μόνο που χρειάζεται είναι να προσαρμόσει ένα μικρόφωνο στον υπολογιστή, από αυτά που κατά κόρον κυκλοφορούν στο εμπόριο. Η φωνή ακούγεται από τα μεγάφωνα του υπολογιστή. Μπορούν να μιλούν ταυτόχρονα 2-3 ή περισσότερα άτομα από διάφορες μεριές της γης.

Εάν η κλίση γίνει από υπολογιστή σε άλλον υπολογιστή δεν υπάρχει καμία χρέωση. Εάν η κλίση γίνει από υπολογιστή σε σταθερό τηλέφωνο χρεώνεται κανείς την αστική κλήση στον τόπο προορισμού. Αν δηλαδή

και θα βγει στην αστική τηλεφωνία από εκεί και πέρα. Ο καλών χρεώνεται μόνο το αστικό τηλέφωνο από το διακομιστή στην πόλη στην Αμερική, μέχρι το σταθερό τηλέφωνο του καλούμενου.

Η πληρωμή γίνεται μέσω ίντερνετ. Αγοράζει κανείς με την πιστωτική κάρτα on-line από το Skype μονάδες αξίας π.χ. 20 ευρώ, που καταναλώνονται σύμφωνα με τη χρήση.

Για ευκολία χρήσης διατίθενται και ειδικές τηλεφωνικές συσκευές που προσαρμόζονται στον υπολογιστή. Με αυτές καλεί κανείς απευθείας τον αριθμό, όπως κάνει από τις γραμμές του ΟΤΕ και όλα γίνονται αυτόματα χωρίς να χρειαστεί να ακολουθηθεί η συνήθης διαδικασία σύνδεσης και ανοίγματος προγραμμάτων. Τις συσκευές αυτές τις παραγγέλνει κανείς στο www.skype.com.

Σημείωση: Εάν δεν καταλάβατε πώς μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το Skype, ρωτήστε τα παιδιά σας, γιατί είναι σχεδόν βέβαιο ότι ήδη το χρησιμοποιούν χωρίς να το γνωρίζετε εσείς. Απλά δεν ξέρουν ότι σας ενδιαφέρει. Σας αφορά άμεσα, ιδιαίτερα αν σπουδάζουν στο εξωτερικό και έχετε πληρώσει υπέρογκα ποσά στον ΟΤΕ.

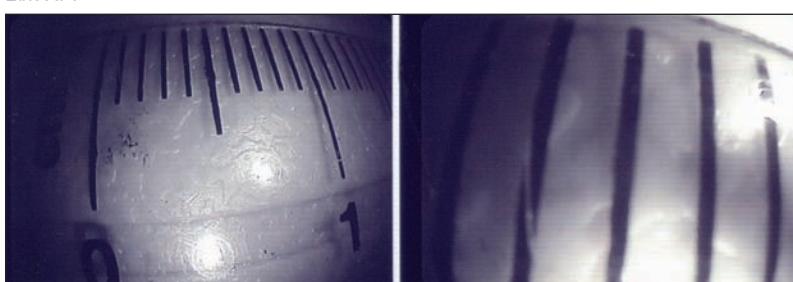
Όλοι όσοι έχουν έναν υπολογιστή συνδεδεμένο στο ίντερνετ μπορούν πλέον να μιλούν τηλεφωνικά χωρίς χρέωση με το εξωτερικό με άλλους υπολογιστές ή με σταθερά τηλέφωνα έναντι ευτελούς ποσού.

καλέσει κανείς από την Ελλάδα μέσω του Skype ένα σταθερό τηλέφωνο στην Αμερική, το σήμα θα ταξιδέψει δωρεάν δια μέσου του ίντερνετ μέχρι την πόλη προορισμού στην Αμερική

Απόψεις και Απόψεις

Τα ενδοσκόπια μας μπορούν και διακρίνουν βλάβες μεγέθους δέκατου του χιλιοστού (εικόνα 1) και έτσι μπορούμε και διακρίνουμε μικροσκοπικές ανωμαλίες όπως την ύπαρξη λεμφοζίδων στο βλεννογόνο του στομάχου

Εικόνα 1



(εικόνα 2). Όταν γαστροσκοπούμε έναν ασθενή με θετικά αντισώματα *H.pylori* οφείλουμε πάντα να πάρουμε βιοψίες ακόμα και από φαινομενικά υγιή βλεννογόνο για την πιθανότητα να υπάρχει λεμφοκυτταρικό διήθημα

ή μπορούμε να στηριζόμαστε στην ενδοσκοπική εικόνα για να αποφασίσουμε κάτι τέτοιο; **Μας ενδιαφέρει η άποψή σας. Στείλτε e-mail στο koge@otenet.gr.**

Εικόνα 2





Αθλητικά



Ελληνικό Ποδόσφαιρο: Ο «γίγαντας» με τα Πήλινα Πόδια

χράφει ο Δημοσθένης Καρμούρης*

Το απογοητευτικό ευρωπαϊκό «βάπτισμα πυρός» των ελληνικών ομάδων, ούτε συνέλαβε εξαπίνης τους επαίσχυτες του ποδοσφαίρου, ούτε και συνέθεσε είδηση, στη δημοσιογραφική γλώσσα.

Ήταν η αναμενόμενη – λίγο ως πολύ - (οδυνηρή) προέκταση της ανεκμετάλλευτης ύψιστης και ιστορικά ανεπανάληπτης, διάκρισης της Εθνικής Ομάδας του Euro 2004.

Η χρονιά που ακολούθησε το θρίαμβο της Ιβηρικής Χερσονήσου και, τούτη, η δεύτερη, που βρίσκεται σε εξέλιξη, εκλαμβάνονται ως μια ακόμα επιβεβαίωση της συμπτωματικής κατάκτησης του ευρωπαϊκού «Έβερεστ», πριν από δυόμιση χρόνια.

Το «θαύμα» της Πορτογαλίας ήταν, απλά και ξάστερα, ένα πυροτέχνημα, μια φωτοβολίδα, που σκάει με εκκωφαντικό τρόπο και ξεχειλίζει από απογοήτευση το πανελλήνιο φίλαθλο κοινό, κάθε φορά που ξεγυμνώνεται ο αδίστακτος ρεαλισμός ενώπιον των φρούδων ελπίδων για πρόοδο του αθλήματος.

Η πρώτη εβδομάδα των εκπροσώπων του ελληνικού ποδοσφαίρου στο Champions League και το UEFA υποβίβασε την Ελλάδα στο σημείο που, ποδοσφαιρικά, και με ελάχιστες αποκλίσεις, τής αξίζει, ανεξαρτήτως της όποιας τελικής έκβασης των προσπαθειών τους.

Είμαστε μια χώρα χωρίς ποδοσφαιρική παιδεία και παράδοση, δίχως τεχνοκρατική ωριμότητα, και επί μονίμου βάσεως «μετεξεταστέα» στα σκληρά τεστ της ευρωπαϊκής προόδου και εξέλιξης.

Σύμφωνοι, το επενδυτικό πρόγραμμα των συλλόγων μας δεν προβλέπει

και δεν εφαρμόζει τα αντίστοιχα των Ευρωπαίων αντιπάλων μας. Όχι γιατί από το ποδοσφαιρικό marketing απουσιάζουν οι κροίσοι άλλων ευρωπαϊκών κρατών, που εκτοξεύουν τα budget σε αστρονομικά ύψη, αλλά επειδή η ελληνική πραγματικότητα... πάσχει από υψοφροβία και δεν αντέχει αυτού του είδους τα crash test. Τα γήπεδά μας είναι άδεια, η αγορά μας δυσθεώρατα «λιλιπούτεια» έναντι των αντίστοιχων ευρωπαϊκών (σ.σ. ακόμα και η ουκρανική Σαχτάρ Ντόνετσκ διαθέτει διπλάσιο προϋπολογισμό για μεταγραφές παικτών απ' αυτόν του Πρωταθλητή και Κυπελλούχου Ολυμπιακού!) και, γενικά, στις μάχες των τηλεκατευθύνομενων πυραύλων, τα... καριοφύλια δεν μπορούν να σταθούν, ασφαλώς, στο ύψος των περιστάσεων...

Η δικαιολογία του αθέμιτου ανταγωνισμού με τα μεγαθήρια της Ευρώπης υφίσταται και ευσταθεί απόλυτα. Δεν νοείται, ωστόσο, να χρησιμοποιείται αδιάλειπτα σαν... καραμέλα και να υπογράφει «συγχωροχάρτι» όταν κάθε σεζόν αποδεικνύεται, ολοένα και περισσότερο, η ανεπάρκεια του ελληνικού ποδοσφαίρου.

Τα αίτια είναι βαθύτερα και ριζωμένα, δεκαετίες τώρα, στην προχειρότητα και την ανοργανωσία του συστήματος. Πού είναι οι ποδοσφαιρικές ακαδημίες του Ολυμπιακού, του Παναθηναϊκού, της ΑΕΚ, του ΠΑΟΚ, των Θεωρητικά ισχυρών του ελληνικού ποδοσφαίρου; Πού είναι και ποια είναι, να μας πουν, τέλος πάντων, τα ταλέντα που αναδείχθηκαν από τα τμήματα υποδομής των μεγάλων κλαμπ από τα τέλη των '70s, που το ποδόσφαιρο έγινε (τελικά μόνο στα λόγια) επαγγελματικό;

Πού εστιάζεται η συστηματική δουλειά των ιθυνόντων – εκείνων των αποκαλούμενων παραγόντων – του ελληνικού ποδοσφαίρου; Από την ΕΠΟ και τους αρμόδιους κρατικούς και ομοσπονδιακούς φορείς, μέχρι τους υπευθύνους των συλλόγων.

Πώς, αλήθεια, αδράξαμε και αξιοποιήσαμε τη μοναδική ευκαιρία του άθλου της Πορτογαλίας;

Από ποιες αρχές, άραγε, διέπονται η παραγωγικότητα, η μελέτη, ο σχεδιασμός και η μεθοδικότητα των ανθρώπων που ασχολούνται με το ποδόσφαιρο και (υποτίθεται;) ότι κόπτονται για την πρόοδό του;

Το ελληνικό ποδόσφαιρο είναι ένας πλασματικός γίγαντας, στηριγμένος σε πήλινα πόδια. Όλα γίνονται περιστασιακά και τυχαία. Τα πάντα αποσκοπούν στο εφήμερο κέρδος και ακόμα, ακόμα στην... κομπίνα κάποιων «μετεωριτών», που εμφανίζονται απροσδόκητα στο χώρο, τον λυμαίνονται παροδικά και σβήνουν το ίδιο απροσδόκητα, ως διάπτοντες αστέρες.

Όταν και εφόσον πάψουν η προχειρόδουλειά και η υστεροβούλια μερικών τυχοδιωκτών, οι οποίοι εισβάλλουν «μια ωραία πρωία» στο ποδοσφαιρικό status, για να το καπηλευτούν και να ικανοποιήσουν ίδια συμφέροντα, τότε οι ομάδες μας θα καταφέρουν – επιτέλους – να ανταποκριθούν, ως το βαθμό που επιτρέπει η οικονομική τους κατάσταση και φύση, εν πάσῃ περιπτώσει, στον ευρωπαϊκό ανταγωνισμό.

Υποτίθεται ότι η περιβόητη δημιουργία της Σούπερ Λίγκα θα εργαστεί προς αυτή την κατεύθυνση. Να το δούμε... κι ας μη το πιστέψουμε!..

* Ο κος Δημοσθένη Καρμούρης είναι επαγγελματίας αθλητικός συντάκτης, μέλος Ε.Σ.Η.Ε.Α. Υπεύθυνος αθλητικών εκπομπών και προγραμμάτων της τηλεόρασης του ΣΚΑΪ και ραδιοφωνικός παραγωγός του Ρ/Σ «ΑΘΗΝΑ 98,4»



Καλλιτεχνικά και άλλα

ΒιβλιοΕπιλογή – ΒιβλιοΑποσπάσματα

επιλέγει η Νικολέττα Μάθου



Θα μπορούσε να θεωρηθεί σίγουρα ένα σεμνό επετειακό αφιέρωμα στον Μότσαρτ, με αφορμή τα 250 χρόνια από τη γέννησή του, το βιβλίο «Η ζωή μου με τον Μότσαρτ» (εκδόσεις Opera), γραμμένο από τον Έρικ-Εμμανουέλ Σμιτ (1960), έναν από του σημαντικότερους γάλλους θεατρικούς συγγραφείς της τελευταίας δεκαετίας. Ο Μότσαρτ «μιλά» με τη μουσική του στο συγγραφέα και αυτός, από την ηλικία των 15 χρόνων «αλληλογραφεί» με τον Μότσαρτ, εκφράζοντας τους προβληματισμούς, τις φιλοσοφικές του ανησυχίες και τους οραματισμούς του.

Αγαπητέ μου Μότσαρτ

«...Όπως κι εσύ, πιστεύω ότι η επιστήμη, το επάγγελμα, η μόρφωση, η τεχνική δεξιότητα, πρέπει να εξαφανίζονται κάτω από μια αξιαγάπητη εξωτερική

παρουσία. Πρέπει πάνω απ' όλα ν' αρέσουμε, αλλά ν' αρέσουμε χωρίς αυταρέσκειες, αποφεύγοντας τις δοκιμασμένες συνταγές, αρνούμενοι να κολακεύσουμε τα συμβατικά συναισθήματα, υψώνοντας, όχι κατεβάζοντας. Ν' αρέσουμε: μ' άλλα λόγια, να ενδιαφέρουμε, να προβληματίζουμε, να προσελκύουμε την προσοχή, να ευχαριστούμε, να προκαλούμε συναισθήματα, απ' το γέλιο στα δάκρυα περνώντας απ' το ρίγος, να ταξιδεύουμε τους άλλους μακριά, αλλού...»

Αγαπητέ μου Μότσαρτ

Cosi fan tutte

Πράξη πρώτη

«... Νυχτώνει, ο άνεμος λυσσομανάει, δύο γυναίκες κι ένας άντρας στον Κόλπο της Νάπολης κάνουν σινιάλα σ' ένα καράβι που απομακρύνεται... Μέσα σε τρία λεπτά, το χρόνο που κάνει το πλεούμενο για να γίνει μια κουκκίδα στον ορίζοντα, συμπικνώνεται η πεμπτουσία του αποχαιρετισμού. Αποχαιρετισμός τίνος πράγματος;... Ποσώς ενδιαφέρει η φύση του

αποχαιρετισμού – αυτό που απομακρύνεται είναι κάτι ουσιώδες...»

Αγαπητέ μου Μότσαρτ

Μικρή νυχτερινή μουσική

Rondo allegro

«...Σήμερα ο οπτιμισμός είναι κακόφημος. Αν δεν εκλαμβάνεται ως βλακεία, στην καλύτερη περίπτωση θεωρείται αφέλεια. Σε ορισμένους κύκλους, μάλιστα, φτάνουν ν' απονέμουν εύσημα ευφυίας στο νιχλιστή, σ' αυτόν που φτύνει τη ζωή, στο μελαγχολικό παλιάτσο που λέει «δε βαριέσαι» βαθυστόχαστα, σ' αυτόν που λέει και ξαναλέει: «Τι τα θες... στραβά πάει το πράγμα, στραβά θα τελειώσει...»

