



Άρθρο Σύνταξης

Κουβεντιάζοντας με αγαπητό συνάδελφο, όταν πια είχαμε αποφασίσει να προχωρήσουμε στην έκδοση ενός διαφορετικού ενημερωτικού δελτίου, τον ρώτησα τι θα έπρεπε να αποφύγουμε σε μία καινούργια έκδοση. Μου απάντησε: «Πρώτον, να ευλογάτε τα γένια σας. Δεύτερον...». Θα παραβώ τη συμβουλή του, για να υπογραμμίσω πόσο εύστοχη ήταν η επιλογή της Συντακτικής Επιτροπής με την καθιέρωση της στήλης: «Πώς μάς βλέπουν οι ασθενείς μας».

Στο πρώτο τεύχος μια νέα κοπέλα που ξέρει πολύ καλά τι σημαίνει I.B.D., η Δις Λήδα Τ., με τη φρεσκάδα της ηλικίας και την αμεσότητα της πείρας, μας λέει τι ζητάει από το γιατρό της. **Την προσέξαμε;** Στο δεύτερο τεύχος η κα Χριστίνα Νιάρχου, όχι μόνο ως ικανή αρχιτέκτων μα κυρίως ως ολοκληρωμένος άνθρωπος, νιώθει την ανάγκη να μας περιγράψει πώς θα ήθελε να'ναι το γαστρεντερολογικό ιατρείο, στο οποίο καταφεύγει κάποιος που αγωνιά για την υγεία του. **Πόσο μας απασχόλησαν οι παραινέσεις της;**

Στο παρόν τεύχος ο κος Χάρης Ταγαράς, με τη γνώση του πανεπιστημιακού δασκάλου και την ευθυκρισία του δικαστή, είναι ιδιαίτερος αποκαλυπτικός. Αναφερόμενος στον επαγγελματία στον οποίο θ'απευθυνθεί - κι εν προκειμένω στον επιστήμονα-ιατρό - σημειώνει: **«Ο γιατρός και ο χώρος του να μου δημιουργεί αίσθηση υγείας και αίσθηση ανθρώπου που ενδιαφέρεται γι'αυτό που κάνει και που "επενδύεται" σ'αυτό, φροντίζοντας να το κάνει καλά, σεβόμενος τους ασθενείς του».** Σύμφωνα με τον αρθρογράφο, ο σεβασμός τεκμαίρεται όχι μόνο απ'την συμπεριφορά του ιατρού και των συνεργατών του, μα κι από πλήθος άλλων παραμέτρων, όπως τα προσεγμένα ή μη ενημερωτικά φυλλάδια (σ.σ. τα αναφερόμενα στο άρθρο έντυπα είναι του Ιδρύματος Γαστρεντερολογίας), τα πολυκαιρισμένα περιοδικά, τα μαραμένα φυτά, όσο κι απ'την υπερβολική πολυτέλεια, την προσποιητή ευγένεια...

Το ερώτημα που αυτομάτως γεννιέται είναι: **Πόσοι από εμάς και σε ποιο βαθμό ασχολούμαστε στην καθημερινότητά μας με αυτές τις-ουσιαστικές-συνιστώσες της επαγγελματικής μας ζωής;** Και το ακόμη μεγαλύτερο ερώτημα, που επιθετικά αναδύεται: Όταν η μεγάλη πλειονότητα των ιατρών, για τους γνωστούς πολλούς και διάφορους λόγους, καλείται ν'αντιμετωπίσει καθημερινά τις συμπληγάδες μιας πολύ κακής ποιότητας ζωής, είναι τελικά δυνατό ν'ασχολείται κανείς μ'αυτές τις «λεπτομέρειες»; Ακούγεται κοινότυπο, μήπως όμως είναι πράγματι «οι λεπτομέρειες» που κάνουν τη διαφορά; **Εδώ ο καθένας μας ας δώσει την προσωπική του απάντηση.**

Αντώνης Ζερβακάκης





Νέα και Επίκαιρα

Ενημέρωση από το Δ.Σ.

Ασφαλιστική Κάλυψη Γαστρεντερολόγων

γράφει ο Απόστολος Νταϊλιάνας

Σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη των γαστρεντερολόγων σε θέματα αστικής ευθύνης:

Όπως είναι ήδη γνωστό, διαπιστώθηκε από τη λεπτομερή ανάγνωση των ασφαλιστικών συμβολαίων αστικής ευθύνης, ότι είναι αβέβαιο εάν καλύπτεται το ενδεχόμενο πρόκλησης βλάβης κατά την ενδοφλέβια χορήγηση κατασταλτικών και αναλγητικών ουσιών που χορηγούνται συχνά στην ενδοσκόπηση, καθώς αναφέρεται ότι εξαιρούνται της ασφαλιστικής κάλυψης οι περιπτώσεις χορήγησης ενδοφλεβίως φαρμάκων, εφόσον δεν υπάρχει έγκριση από τον ΕΟΦ.

Για το λόγο αυτό η ΕΠΕΓΕ απευθύνθηκε σε τρεις ανεξάρτητες 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. Από αυτές ανταποκρίθηκε με επιτυχία η εταιρία **All Risk Agents του κ. Ι. Πολίτη**. Δύο ασφαλιστικές εταιρίες (η International Life και η Ατλαντική Ένωση) καλύπτουν σαφώς και με ειδικό όρο τη χορήγηση καταστολής. Η πρώτη (International Life) είναι κυρίως αυτή που προσφέρει πολλαπλά επίπεδα ασφάλισης εκτός του υψηλότερου των 400.000 € ανά γεγονός, για την κάλυψη του οποίου συμμετέχει και η δεύτερη (Ατλαντική Ένωση). Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τα τέσσερα επίπεδα κάλυψης που μπορούμε να επιλέξουμε με τα αντίστοιχα ετήσια ασφάλιστρα.

Σωματικές βλάβες ανά γεγονός (ευρώ)	75.000	150.000	200.000	400.000
Ανώτατο όριο ευθύνης (ευρώ)	150.000	300.000	400.000	800.000
Ετήσια ασφάλιστρα (ευρώ)	150	280	380	560

Τα ασφαλιστήρια συμβόλαια συντάχθηκαν σε συνεργασία με τη νομική σύμβουλο της ΕΠΕΓΕ κυρία Άννα Τσίτουρα και οριστικοποιήθηκαν οι ειδικοί όροι που μας αφορούν. **Πιο συγκεκριμένα δηλώνεται ρητά ότι βάσει του γνωστικού αντικείμενου ο ιατρός μπορεί να διενεργεί στο ιδιωτικό του ιατρείο και στις κλινικές με τις οποίες συνεργάζεται, τόσο κλινικές όσο και διαγνωστικές ή/και θεραπευτικές επεμβατικές πράξεις, με ή χωρίς καταστολή, όπως π.χ. ενδοσκοπήσεις.**

Τα αναλογούντα ασφάλιστρα θα ισχύσουν με την προϋπόθεση ότι θα ασφαλιστούν τουλάχιστον 50 γαστρεντερολόγοι. Τα επίπεδα όμως αυτών των τιμών προσφέρονται ήδη ατομικά σε όποιον ασφαλιζεται.

Για την ασφάλισή σας, καθώς και για πληροφορίες, μπορείτε να επικοινωνείτε στα τηλέφωνα 210 9239339-9237852- 9237821 καθημερινά από 9.00 έως 17.00. Αρμόδιοι για την εξυπηρέτησή σας είναι οι κ. Γιάννης Πολίτης, Γεωργία Βλάχου και Αναστάσιος Σάμιος.

Νέα και



Επίκαιρα

Πρακτικά Γενικής Συνέλευσης Μέγαρο Μουσικής, Σάββατο 11-11-06

γράφει ο Απόστολος Νταϊλιάνας

Κατά τη γενική συνέλευση έγινε απολογισμός των πεπραγμένων του τελευταίου έτους από το γενικό γραμματέα κ. Νταϊλιάνα, και στη συνέχεια ο οικονομικός απολογισμός του τελευταίου έτους από τον ταμία της Ένωσης κ. Βιάζη.

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΠΕΠΡΑΓΜΕΝΩΝ 11/2005-11/2006

1 Ενεργοποιήθηκε ο θεσμός της συμμετοχής των προέδρων της ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ στις συνεδριάσεις των ΔΣ εκατέρωθεν. Αυτή η αλληλοενημέρωση και η στενή συνεργασία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη γιατί είναι προϋπόθεση για την επίλυση των θεσμικών προβλημάτων που απασχολούν όλους τους γαστρεντερολόγους.

2 Η ΕΠΕΓΕ δημιούργησε νέο περιοδικό - ενημερωτικό δελτίο, με το όνομα «Ενδοσκοπήσεις», τα δύο πρώτα τεύχη του οποίου ήδη κυκλοφόρησαν. Για την επιλογή της εταιρίας για την έκδοση του περιοδικού έγινε σύγκριση των τριών υποψηφίων προσφορών (της Global Activities Key διαφημιστικής ΑΕ, της εταιρίας Anathesis και των εκδόσεων ΔΙΚΤΥΝΝΑ). Τελικά η έκδοση του περιοδικού ανατέθηκε στον κ. Ν.Α. Γκεσκέρ της Global Activities Key διαφημιστικής ΑΕ διότι:

α. Συγκριτικά ήταν σαφώς οικονομικότερη η προσφορά.

β. Συνεργάστηκε για την παρουσίαση του περιοδικού με τη δημιουργία τεύχους μηδέν.

γ. Διαπιστώθηκε δημιουργική φαντασία όσον αφορά στην προταθείσα μορφή του περιοδικού.

δ. Υπήρξε κατανόηση στην ανταλλαγή ιδεών.

ε. Η συγκεκριμένη εταιρία έχει πολυετή παρουσία στο χώρο των εκδόσεων στον τομέα της υγείας, με τη δημιουργία περιοδικών που ικανοποιούν τις απόψεις του ΔΣ και της ΣΕ.

Υπογράφηκε ιδιωτικό συμφωνητικό που καθορίζει τους όρους συνεργασίας και παράλληλα δημιουργήθηκε νέο διευθυνσιολόγιο ώστε στους παραλήπτες να περιλαμβάνονται και νέοι συνάδελφοι, οι συγγραφείς κ.λπ.

3 Έγινε έναρξη λειτουργίας της ιστοσελίδας της ΕΠΕΓΕ. Οι γαστρεντερολόγοι που επισκέπτονται την ιστοσελίδα έχουν τη δυνατότητα δωρεάν σύνδεσης με το Gastroherp. Η δυνατότητα αυτή είναι μια χορηγία της εταιρίας Elpen. Η ανανέωση όμως της ιστοσελίδας παρουσίασε σημαντικά προβλήματα και καθυστερήσεις και τελικά η ΕΠΕΓΕ αναγκάστηκε να διακόψει τη συνεργασία με την εταιρία Baton. Στη συνέχεια ελήφθησαν προσφορές και τελικά την συντήρηση της ιστοσελίδας ανέλαβε η εταιρία InterOPTICS A.E.E.

4 Τη χρονιά αυτή έλαβε χώρα στο ξενοδοχείο Caravel η διημερίδα με αντικείμενο την παχυσαρκία. Η διημερίδα είχε μεγάλη συμμετοχή και ενδιαφέρουσες εισηγήσεις. Κατά τη διημερίδα διανεμήθηκαν:

α. Τα πρακτικά της διημερίδας.

β. Τα πρακτικά της στρογγύλης τράπεζας για την ικανοποίηση του ασθενούς (στρογγύλη τράπεζα που είχε λάβει χώρα προ έτους στην Αίγλη με συντονιστή τον κ. Μουντοκαλάκη) και

γ. Τα φυλλάδια των ενδοσκοπήσεων (γαστροσκοπήσεων και κολονοσκοπήσεων) που θα συνεχίσουν να διανέμονται από τη φαρμακευτική εταιρία Janssen Cilag.

5 Σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη των γαστρεντερολόγων σε θέματα αστικής ευθύνης: παρουσιάστηκαν οι πίνακες καλύψεων ανά γεγονός και κατά έτος με τα αναλογούντα ασφάλιστρα, όπως προτάθηκαν από τις μοναδικές δύο εταιρίες που αποδέχονται να υπάρχει σαφώς ο όρος στο συμβόλαιό τους ότι ο γαστρεντερολόγος καλύπτεται για χορήγηση ενδοφλέβιας καταστολής και αναλγησίας. Τα αναλογούντα ασφάλιστρα θα ισχύσουν με την προϋπόθεση ότι θα ασφαλιστούν τουλάχιστον 50 γαστρεντερολόγοι. Υπάρχει βέβαια και η σκέψη να γίνουν κινήσεις προς τον ΕΟΦ και το ΚΕΣΥ ώστε να γίνει σαφές ότι οι γαστρεντερολόγοι δικαιούνται να χορηγούν ενδοφλέβια καταστολή και αναλγησία.

6 Χαρτογράφηση του γαστρεντερολογικού δυναμικού: ολοκληρώνεται η χαρτογράφηση παθολογικών και γαστρεντερολογικών κλινών και τμημάτων των ελληνικών νοσοκομείων με στόχο α) να τεκμηριωθεί η ανάγκη δημιουργίας νέων γαστρεντερολογικών ενδοσκοπικών ιατρείων και τμημάτων και να προωθηθεί η στελέχωσή τους από γαστρεντερολόγους και β) να είναι γνωστή η διασπορά του γαστρεντερολογικού δυναμικού ώστε οι νέοι συνάδελφοι να διευκολύνονται στις αποφάσεις τους.

7 Για να διερευνηθεί πρακτικά η δυνατότητα εφαρμογής του προληπτικού ελέγχου του παχέος εντέρου, και να βρεθούν οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό, σε πόρους και τρόπους για να φθάσει η πληροφορία στο κοινό, διοργανώθηκε η στρογγύλη τράπεζα για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, στα πλαίσια του Πανελληνίου Γαστρεντερολογικού Συνεδρίου. Η ΕΠΕΓΕ μελετά διεξοδικά τις πρακτικές πλευρές του θέματος, ελπίζοντας να οδηγήσει στην αφετηρία της υλοποίησής του!

8 Σχετικά με την προσεχή διημερίδα της ΕΠΕΓΕ του 2007 είχε αρχικά προταθεί ως θέμα οι Υπέρηχοι για το Γαστρεντερολόγο. Ο στόχος 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. Επειδή ο στόχος αυτός δεν έχει ακόμη υλοποιηθεί, το ΔΣ αποφάσισε ομόφωνα στην τελευταία του συνεδρίαση την αλλαγή του θέματος. Για το 2007 θα λάβει χώρα Διημερίδα Πρακτικής Πρωκτολογίας με πρόεδρο της οργανωτικής επιτροπής τον κ. Γ. Μάντζαρη.

9 Η μεγάλη συχνότητα επιστημονικών συναντήσεων, ημερίδων και συνεδρίων, σε πανελλήνιο και διεθνές επίπεδο, προβληματίζει την ΕΠΕΓΕ. Στα πλαίσια αυτά και για τη μελέτη του θέματος αποφασίσθηκε η καταγραφή των επιστημονικών γαστρεντερολογικών συναντήσεων του έτους 2006.

10 Το γνωστικό αντικείμενο της γαστρεντερολογίας, η διεξαγωγή ενδοσκοπήσεων από μη γαστρεντερολόγους, η δυνατότητα χρήσης των υπερήχων από γαστρεντερολόγους και η χημειοθεραπεία από γαστρεντερολόγους είναι θέματα που εκκρεμούν. Για την προώθηση των τριών πρώτων θεμάτων αποφασίσθηκε ο ορισμός τριών τριμελών επιτροπών αποτελούμενες από μέλη της ΕΠΕΓΕ, της ΕΓΕ και της Επιτροπής Εκπαίδευσης.

11 Η απόκτηση ευρωπαϊκού διπλώματος από τους ειδικευόμενους θα σημαίνει αυτόματα την αναβάθμιση και εξομείωση της παρεχόμενης εκπαίδευσης. Η ΕΠΕΓΕ προσδοκά τη δημιουργία θετικού κλίματος και έναρξη διαλόγου με τους αρμόδιους φορείς.

Ακολούθησε ο οικονομικός απολογισμός από τον ταμία κ. Ν. Βιάζη. Στη συνέχεια ακολούθησε συζήτηση στην οποία συμμετείχε ο ασφαλιστικός σύμβουλος κ. Ι. Πολίτης, προκειμένου να απαντηθούν διευκρινιστικές ερωτήσεις σχετικά με τα ασφαλιστήρια συμβόλαια αστικής ευθύνης.

μικρές αγγελίες

(Ευχαρίστως θα δημοσιεύουμε μικρές αγγελίες γαστρεντερολογικού και μη ενδιαφέροντος των συναδέλφων.)

- Πωλούνται πλήρως εξοπλισμένα ιατρεία, γαστρεντερολογικό/ ενδοσκοπικό (ενδοσκόπια Olympus) ή /και παιδιατρικό, συνολικού εμβαδού 105 τ.μ. σε νεόδμητο κτίριο ιατρείων στην Παλλήνη, επί της Αττικής οδού. Αποκλειστική χρήση των παραπάνω ειδικοτήτων στο συγκεκριμένο κτίριο. Πληροφορίες τηλ. 6944598777.
- Πωλείται πλυντήριο τύπου «mini ETD Olympus - Miele» (αντιπρόσωποι Proton A.E), αυτόματο, σε άριστη κατάσταση και συμφέρουσα τιμή. Πληροφορίες - επικοινωνία: Απόστολος Γερμανόπουλος, Γαστρεντερολόγος. Τηλ: 6937350184. E mail: germanop@panafonet.gr
- Πωλούνται ενδοσκόπια Fujinon ινοπτικά με κάμερα σε άριστη κατάσταση. Τιμή 7000 ευρώ. Τηλ: 6947818279
- Ζητείται γαστρεντερολόγος για δική του εργασία, σε δικό του χώρο εντός πολυιατρείου, όπου ήδη λειτουργεί παθολογικό, καρδιολογικό και πνευμονολογικό ιατρείο. Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στον Δρ Γρηγόριο Τρουλάκη, στα τηλέφωνα: 6976337778, 210 9312850, 210 9341193.



Συνέντευξη

Συνέντευξη του τέως προέδρου της ΕΓΕ κου Ιωάννη Τριανταφυλλίδη στον Τάσο Αρμόνη

? *Κε Τριανταφυλλίδη, σε λίγες ημέρες ολοκληρώνετε τη θητεία σας ως πρόεδρος της Ε.Γ.Ε. Ποια η εμπειρία σας από τη θέση αυτή;*

Πριν απαντήσω στην ερώτησή σας θα ήθελα και από αυτή τη θέση, να εκφράσω τα θερμά μου συγχαρητήρια για τη μορφή την οποία προσέλαβε το περιοδικό της ΕΠΕΓΕ. Η συναρπαστική αυτή εικόνα οφείλεται όχι μόνο στο ελκυστικό και ενδιαφέρον περιεχόμενο του αλλά και στην αισθητική της εμφάνισης. Πιστεύω ακράδαντα ότι οι νέοι συνάδελφοι που απαρτίζουν τη Συντακτική Επιτροπή δίνουν τον τόνο της ανανέωσης και της ομορφιάς.

Και τώρα απαντάω στην ερώτησή σας. Οι εμπειρίες τις οποίες προσφέρει η θέση του προέδρου της ΕΓΕ, μιας μεγάλης και εμπορούμενης από στόχους και προοπτικές επιστημονικής εταιρείας, δεν μπορεί παρά να είναι και υπεύθυνες και συναρπαστικές. Επιπλέον, θα έλεγα και ευχάριστες και επώδυνες. Όπως είπα και στο gala dinner του συνεδρίου μας, ενδεχομένως τώρα θα μπορούσα να επικαλεστώ το της Γραφής «... τόν άγωνα τόν καλόν ήγωνισμαι, τόν δρόμον τετέλεκα...»

? *Νομίζετε ότι το διάστημα του ενός έτους επαρκούσε για να υλοποιήσετε τους στόχους σας; Τους επιτύχατε; Μήπως κάτι τέτοιο είναι εκ των πραγμάτων δύσκολο, οπότε ο εκάστοτε πρόεδρος αναγκαστικά περιορίζεται απλώς σε ρόλο διαχειριστή;*

Είναι κοινή διαπίστωση ότι ο ένας χρόνος δεν επαρκεί. Δεν θέλω να σχολιάσω τις πιθανές αιτίες που επέβαλαν τη μονοετή θητεία του προέδρου, όμως η μονοετής θητεία είναι ένα θέμα το οποίο θα πρέπει να απασχολήσει την ΕΓΕ στο εγγύς μέλλον. Βεβαίως αυτό απαιτεί την εκ νέου αλλαγή του καταστατικού και την εκ βάθρων αναθεώρηση του συστήματος εκλογής των μελών του ΔΣ. Θα ήθελα να τονίσω ότι οι στόχοι τούς οποίους θέσαμε στη διάρκεια αυτού του έτους, δηλαδή η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης εκπαίδευσης από την ΕΓΕ προς τα μέλη της καθώς και η έναρξη ερευνητικών προγραμμάτων, έχουν εν πολλοίς επιτευχθεί ή έχουν τεθεί οι βάσεις για την επιτυχία τους. Υπενθυμίζω την εκπαιδευτική συνάντηση των γειτονικών χωρών The 1st Joint Gastrointestinal Meeting of the Hellenic, Romanian and Turkish Societies of Gastroenterology (in

collaboration with the Mediterranean Medical Society and the Serbian Society of Gastroenterology) στις 20 Ιανουαρίου στην Αθήνα. Η εκδήλωση αυτή -η οποία θα πραγματοποιείται άπαξ ετησίως και εναλλάξ σε διαφορετική χώρα της Βαλκανικής- θα αποτελέσει το πρώτο βήμα για την έξοδο της ΕΓΕ από τα στενά της πλαίσια αναπτύσσοντας δεσμούς και συνεργασίες καταρχήν με τις γειτονικές χώρες και αργότερα με άλλες χώρες της Μεσογείου και της Ευρώπης. Όσον αφορά στα ερευνητικά προγράμματα τις προσεχείς εβδομάδες θα προκηρυχθεί σημαντικό ερευνητικό πρόγραμμα στο οποίο θα κληθούν να συμμετάσχουν όσα από τα μέλη της ΕΓΕ επιθυμούν. Θα ήθελα να σας υπενθυμίσω και την εξαιρετική προσπάθεια της Επιτροπής Εκπαίδευσης όσον αφορά στην εκπαίδευση των ειδικευομένων. Στο μέλλον η ΕΓΕ θα μπορούσε να οργανώνει 2-3 απογευματινές στοργγύλες τράπεζες με χορηγούς φαρμακευτικές εταιρείες έτσι ώστε να συνεχίζει την επιστημονική-εκπαιδευτική της δραστηριότητα καθόλη τη διάρκεια του έτους. Τελειώνοντας το θέμα αυτό δεν μπορώ παρά να επισημάνω τη μεγάλη προσπάθεια της συντακτικής επιτροπής τού περιοδικού μας για την ένταξή του στο PubMed και την από εφέτος τη λειτουργία του σε πλήρως

ηλεκτρονική μορφή. Το site της ΕΓΕ έγινε ελκυστικό και λειτουργικό.

? *Θεωρείτε ότι οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες της Ε.Γ.Ε. καλύπτουν τις ανάγκες των μελών της; Θα έχετε ακούσει και τις απόψεις πως, εν πολλοίς, ο σχεδιασμός τους γίνεται με βάση τις προτιμήσεις, τις φιλοδοξίες και τις υποχρεώσεις των οργανωτών τους.*

Νομίζω πως οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες της ΕΓΕ δεν καλύπτουν επαρκώς τις ανάγκες των μελών της. Αυτός άλλωστε είναι και ο λόγος για τον οποίο προγραμματίστηκαν και πραγματοποιήθηκαν οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Έχοντας υπόψη και τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες των τμημάτων της ΕΓΕ θα ήθελα να τονίσω ότι το ΔΣ επεσήμανε παντοiotρόπως προς όλους την ανάγκη χρησιμοποίησης νέων συναδέλφων με ειδικές γνώσεις και εκπαίδευση στις παρουσιάσεις συνεδρίων και ημερίδων. Αν τελικώς αυτό επιτευχθεί θα εξαρτηθεί από τη φιλοτιμία ενός εκάστου των ιθυνόντων.

? *Μήπως ο αριθμός των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων είναι δυσανάλογα μεγάλος; Συνάδελφοι «παραπονιούνται» πως σχεδόν κάθε Σαββατοκύριακο γίνεται και κάποιο συνέδριο, ημερίδα κ.λπ. Κρίνετε λοιπόν ρεαλιστική την άποψη για την καθιέρωση της ενιαίας Γαστρεντερολογικής Εβδομάδας, κατά τη διάρκεια της οποίας θα γίνονται και τα συνέδρια των επιμέρους Εταιρειών, χωρίς περιττές επαναλήψεις;*

Η ερώτηση αυτή θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι έρχεται σε αντίθεση με την προηγούμενη η οποία διατύπωσε το ερώτημα αν η εκπαίδευση (και οι εκπαιδευτικές συγκεντρώσεις ειδικό-

τερα) είναι επαρκείς για τις ανάγκες των Ελλήνων γαστρεντερολόγων. Θεωρώ ότι μια εκπαιδευτική δραστηριότητα (π.χ. ημερίδα) θα πρέπει να αξιολογείται από τους διοργανωτές της με απόλυτη ειλικρίνεια, τόσο όσον αφορά στο επιστημονικό της επίπεδο, όσο και στον αριθμό των συμμετεχόντων και την ενεργό παρουσία τους στη διάρκεια του συνεδρίου. Η επιστημονική διοργάνωση θα πρέπει να μην επαναλαμβάνεται αν δεν πληροί συγκεκριμένα εχέγγυα. Από την άλλη πλευρά θεωρώ ότι η «επιτυχία» μιας

Θεωρώ ότι μια εκπαιδευτική δραστηριότητα (π.χ. ημερίδα) θα πρέπει να αξιολογείται από τους διοργανωτές της με απόλυτη ειλικρίνεια τόσο όσον αφορά στο επιστημονικό της επίπεδο όσο και στον αριθμό των συμμετεχόντων και την ενεργό παρουσία τους στη διάρκεια του συνεδρίου

επιστημονικής εκδήλωσης επιβάλλει τη συνέχισή της. Θεωρώ, τέλος, ότι τα επιμέρους συνέδρια θα πρέπει να ενσωματωθούν στη λεγόμενη γαστρεντερολογική εβδομάδα. Ο τρόπος ενσωμάτωσης θα μπορούσε να είναι ο ακόλουθος. Στη διάρκεια των τριών ημερών του ετησίου συνεδρίου της ΕΓΕ θα παραχωρείται από μισή ημέρα στις έξι συναφείς εταιρείες. Οι επιστημονικές δραστηριότητες των εταιρειών αυτών θα γίνονται π.χ. στην αίθουσα Α, ενώ οι δραστηριότητες του συνεδρίου της ΕΓΕ θα γίνονται στην αίθουσα Β. Το επιστημονικό πρόγραμμα των εταιρειών που συμμετέχουν θα καθορίζεται από τα Διοι-

κητικά τους Συμβούλια ενώ της ΕΓΕ από τον πρόεδρο του συνεδρίου. Οι οικονομικές απολαβές και οφέλη των συμμετεχουσών Εταιρειών θα καθορίζονται σε συμφωνία με την ΕΓΕ. Η Ελληνική Εταιρεία Ογκολογίας Πεπτικού της οποίας τις τύχες διαχειρίζομαι από πολλών ετών θα μπορούσε να συζητήσει την πρόταση αυτή.

? *Με δεδομένη την – τουλάχιστον όχι θετική – στάση της πολιτείας, έχει η Ε.Γ.Ε. τη δυνατότητα να αναλάβει πρωτοβουλίες, ώστε η εκπαίδευση των ειδικευόμενων στα ανά την επικράτεια Γαστρεντερολογικά Τμήματα που χορηγούν ειδικότητα, να ομοιογενοποιηθεί, αναβαθμιζόμενη ποιοτικά;*

Φαίνεται αρκετά δύσκολο εγχείρημα αφού δεν υπάρχει τρόπος η ΕΓΕ να επέμβει στην εσωτερική λειτουργία ενός ανεξάρτητου γαστρεντερολογικού τμήματος αφενός και αφετέρου μια επιτροπή, π.χ. της ΕΓΕ, δεν μπορεί λογικά να ενδιαφέρεται περισσότερο από τον επικεφαλής ενός τμήματος για την καλή και αποδοτική λειτουργία του τμήματος και την καλή εκπαίδευση των ειδικευόμενων. Προσωπικώς δεν θα είχα καμία αντίρρηση στο μέλλον να υπάρχουν ορισμένα μόνο τμήματα στη Ελλάδα τα οποία να χορηγούν ειδικότητα, αρκεί το κράτος να μεριμνήσει για τη στελέχωση των τμημάτων αυτών με επαρκή αριθμό ειδικών γαστρεντερολόγων, καθώς και για τη στελέχωση των τμημάτων που δεν θα έχουν ειδικευόμενους με επαρκή αριθμό ειδικών γαστρεντερολόγων.

? *Στη χώρα μας η αναλογία ιατρών ανά κατοίκους είναι από τις μεγαλύτερες στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης; Μήπως και στο θέμα αυτό θα έπρεπε η Ε.Γ.Ε. να έχει ήδη αναλάβει πρωτοβουλίες που*

να συμβάλουν στη μείωση του αριθμού των ειδικευομένων και κατ' επέκταση των νέων Γαστρεντερολόγων;

Οι ενέργειες αυτές θα έπρεπε να απασχολήσουν την ΕΓΕ τα προηγούμενα χρόνια. Δυστυχώς βλέπω δυσχερή την επίτευξη αυτού του στόχου. Στο σημείο που βρισκόμαστε μόνο η καθιέρωση εξετάσεων για έναρξη ειδικότητας θα μπορούσε να μειώσει στα απαραίτητα επίπεδα τον αριθμό των ειδικευομένων γαστρεντερολόγων. Θα ήθελα να προσθέσω και ότι, (σύμφωνα με την άποψή μου), η συνέχιση των επαγγελματικών δραστηριοτήτων από συναδέλφους μεγάλης ηλικίας (συνταξιούχους), μπορεί να ζημιώνει νεότερους συναδέλφους στον επαγγελματικό τομέα ως ένα βαθμό.

? *Εκτός των πολλών επιστημονικών Εταιρειών που ασχολούνται με το πεπτικό, η δραστηριοποίηση παράλληλα με την Ε.Γ.Ε. της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. και του Ιδρύματος Γαστρεντερολογίας και Διατροφής σημαίνουν πλουραλισμό ή πολυδιάσπαση;*

Τα τρία αυτά επιστημονικά και επαγγελματικά σωματεία αποτελούν ήδη μια πραγματικότητα την οποία κανείς δεν μπορεί να αρνηθεί ή πολύ περισσότερο να αγνοήσει. Οι κανόνες που πρέπει να ισχύσουν σχετικά με τις δραστηριότητές τους, έτσι ώστε να προκύπτει όφελος της γαστρε-

ντερολογικής κοινότητας, είναι να τηρηθούν αυστηρά οι «διακριτοί ρόλοι» τους, καθώς και η με καλή πίστη συνεργασία τους. Πιστεύω ότι η άριστη συνεργασία και ενημέρωση που υπήρξε στη διάρκεια του 2006 μεταξύ ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ πρέπει να αναπτυχθεί περαιτέρω και μεταξύ των τριών σωματείων στη διάρκεια των επομένων ετών.

Κάνω έκκληση προς τα μέλη της εταιρείας μας (το σπίτι μας με πολλές έννοιες του όρου) και ιδιαίτερα προς τους νέους γαστρεντερολόγους να μην αποστούν από την ΕΓΕ ακόμη και όταν θεωρούν ότι τούς προσφέρει χολή αντί μάνα, και να έχουν ως στόχο τους να βελτιώνουν τα κακώς κείμενα

? *Πώς κρίνετε την ύπαρχουσα ερευνητική δραστηριότητα στο χώρο μας; Υπάρχει δυνατότητα υλοποίησης ερευνητικών*

προγραμμάτων πανελληνίας εμβέλειας και πώς;

Η δυνατότητα υπάρχει. Δεν υπάρχει όμως θέληση συνεργασίας τουλάχιστον στον επιθυμητό βαθμό. Το τελευταίο θεωρώ ως άκρως απαραίτητη προϋπόθεση αφού πρέπει να υπερκεραστούν ατομικά συμφέροντα και επιδιώξεις για επίτευξη τέτοιων σπουδαίων στόχων.

? *Κε πρόεδρε σας ευχαριστούμε θερμά για το χρόνο σας. Θα θέλατε να αναφερθείτε και σε κάποιο άλλο θέμα ή κάτι άλλο να προσθέσετε;*

Ναι, αφού πρώτα σας ευχαριστήσω θερμά και σας συγχαρώ για την πρωτοβουλία σας. Κάνω έκκληση προς τα μέλη της εταιρείας μας (το σπίτι μας με πολλές έννοιες του όρου) και ιδιαίτερα προς τους νέους γαστρεντερολόγους να μην αποστούν από την ΕΓΕ ακόμη και όταν θεωρούν ότι τούς προσφέρει χολή αντί μάνα και να έχουν ως στόχο τους να βελτιώνουν τα κακώς κείμενα. Από την άλλη πλευρά και οι άνθρωποι που διευθύνουμε το πλοίο της ΕΓΕ θα πρέπει πάντα να έχουμε κατά νου μήπως κάποια ενέργειά μας μπορεί να μην είναι συμφέρουσα προς τους σκοπούς και τις επιδιώξεις της ΕΓΕ και να την προσαρμόζουμε αναλόγως.

Σας ευχαριστώ που με ακούσατε.

**Σύντομα το περιοδικό μας
“Ενδοσκοπήσεις” και online!**



Κλινικό Θέμα

Νευροενδοκρινικοί Όγκοι (Καρκινοειδή) Στομάχου

γράφει ο Χρήστος Γ. Τουμπανάκης

Εισαγωγή – Επιδημιολογικά δεδομένα

Οι νευροενδοκρινικοί όγκοι (που είναι γνωστοί και ως «καρκινοειδή») αποτελούν σπάνια κατηγορία νεοπλασμάτων που αντιστοιχούν σε 2% περίπου επί του συνόλου των όγκων του Γαστρεντερικού Σωλήνα (ΓΕΣ). Αν και ο όρος «καρκινοειδή» θεωρείται αδόκιμος πλέον από τους παθολογοανατόμους, χρησιμοποιείται ακόμα από τους περισσότερους κλινικούς για να ονοματίσει τους νευροενδοκρινικούς όγκους του ΓΕΣ. Οι όγκοι αυτοί παραδοσιακά ταξινομούνται με βάση την εμβρυολογική τους προέλευση σε καρκινοειδή: α) πρόσθιου αρχεντέρου (foregut) που περιλαμβάνουν αυτά των βρόγχων, του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, β) μέσου αρχεντέρου (midgut) που περιλαμβάνουν αυτά του λεπτού εντέρου, της σκληροειδούς απόφυσης και του εγγύς παχέος εντέρου και γ) οπίσθιου αρχεντέρου (hindgut) που περιλαμβάνουν αυτά του άπω παχέος εντέρου και του ορθού.

Οι νευροενδοκρινικοί όγκοι στομάχου (ΝΟΣ) αντιστοιχούν στο 8,7% επί του συνόλου των νευροενδοκρινικών όγκων του ΓΕΣ και στο 2% περίπου επί του συνόλου των γαστρικών νεο-

πλασμάτων. Η επίπτωσή τους τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί υπολογίζεται περίπου σε 1,2-1,8/1.000.000 άτομα/έτος.

Οι νευροενδοκρινικοί όγκοι (που είναι γνωστοί και ως καρκινοειδή) αποτελούν σπάνια κατηγορία νεοπλασμάτων που αντιστοιχούν σε 2% περίπου επί του συνόλου των όγκων του Γαστρεντερικού Σωλήνα (ΓΕΣ)

Παθοφυσιολογία – Γενετικά δεδομένα

Οι περισσότεροι σχεδόν ΝΟΣ σχετίζονται με την υπερπλασία των ECL (Enterochromafin-like) κυττάρων τα οποία αποτελούν και τα κύρια ενδοκρινικά κύτταρα του γαστρικού βλεννογόνου. Η υπερπλασία των ECL κυττάρων είναι αποτέλεσμα

χρόνιας και εκσεσημασμένης υπεργαστραιμίας, μια και είναι γνωστό ότι η γαστρίνη δεν επάγει μόνο την έκκριση ισταμίνης από αυτά τα κύτταρα, αλλά δρα και ως τροφικός παράγοντας. Η υπεργαστραιμία, που μπορεί να οδηγήσει στα παραπάνω αποτελέσματα, σχετίζεται κυρίως με αυτοάνοση ατροφική γαστρίτιδα και λιγότερο με άλλες καταστάσεις που προκαλούν υπεργαστραιμία (χρόνια χρήση αναστολέων της αντλίας πρωτονίων, βαγοτομή, σποραδικό γαστρίνωμα κ.λπ). Ωστόσο, μόνο το 1% περίπου με αυτοάνοση ατροφική γαστρίτιδα θα αναπτύξει τέτοιους όγκους, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι και άλλες παράμετροι, όπως γενετικές μεταλλάξεις, αυξητικοί παράγοντες ή λοιμώξεις, πιθανόν να εμπλέκονται στη διαδικασία της συγκεκριμένης καρκινογένεσης. Πράγματι, φαίνεται από μελέτες ότι η απώλεια της ετεροζυγωτίας στο γονίδιο MEN-1 (θέση 11q13) καθώς και ο αυξητικός παράγοντας Reg έχουν βρεθεί σε αυξημένο ποσοστό σε ασθενείς με ΝΟΣ. Αντίθετα, δεν υπάρχουν ισχυρά δεδομένα που να υποστηρίζουν καθοριστικό ρόλο του *H.pylori* στην παθογένεση της νόσου.

Ταξινόμησης

Από κλινικής πλευράς και με βάση τη συνυπάρχουσα παθολογία στο στομάχο, διακρίνονται τρεις τύποι ΝΟΣ:

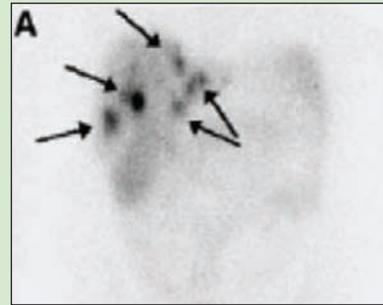
Α) Τύπος I: Αφορούν στην πλειονότητα των περιπτώσεων (70-80%), συνυπάρχουν με ατροφική γαστρίτιδα και υπεργαστριναιμία και είναι συχνότεροι σε γυναίκες > 50 ετών. Έχουν τη μορφή πολυπόδων συνήθως μικρού μεγέθους (<1-2 cm), συχνά πολλαπλών που ανευρίσκονται στο θόλο ή το σώμα του στομάχου (Εικόνα 1). Ο τύπος αυτός έχει την καλοηθέστερη πρόγνωση μια και μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες έχουν αναφερθεί σε περίπου 5% των περιπτώσεων, ενώ απομεμακρυσμένες μεταστάσεις είναι εξαιρετικά σπάνιες (<2%).



Εικόνα 1. Τύπου I ΝΟΣ σε ασθενή με ατροφική γαστρίτιδα.

Β) Τύπος II: Αντιπροσωπεύουν περίπου το 5-6% των ΝΟΣ και αφορούν σε ασθενείς με υπεργαστριναιμία και Zollinger-Ellison σύνδρομο που συνδυάζεται με πολλαπλή ενδοκρινική νεοπλασία MEN-1. Αυτοί οι ασθενείς έχουν 29-34% πιθανότητες να αναπτύξουν τύπου II ΝΟΣ. Αντίθετα, αυτοί με σποραδικό Zollinger-Ellison αναπτύσσουν τέτοιους όγκους σε <1%. Η μορφή των Τύπου II

όγκων και η εντόπισή τους δεν διαφέρουν από αυτές του Τύπου I, αν και έχουν αναφερθεί επίσης εντοπίσεις στο άντρο του στομάχου (Εικόνα 2). Η πιθανότητα μεταστάσεων σε αυτό τον τύπο ανέρχεται σε 10-30%, ενώ η συνολική πρόγνωση σχετίζεται με την έκβαση της βασικής νόσου.



Εικόνα 2. Τύπου II ΝΟΣ σε ασθενή με Zollinger-Ellison/ MEN-1.

Γ) Τύπος III (σποραδικός): Αποτελούν τον κακοηθέστερο τύπο και έχουν πολλές ομοιότητες με το αδενοκαρκίνωμα του στομάχου. Αντιπροσωπεύουν 14-25% των περιπτώσεων και δεν σχετίζονται με υπεργαστριναιμία ή άλλη παθολογία στο στομάχο. Έχουν μορφή συνήθως μονήρων πολυπόδων, μεγάλου μεγέθους (>2cm) και είναι συχνότεροι σε άνδρες > 50 ετών. Η πιθανότητα μεταστάσεων (κυρίως ηπατικών) είναι υψηλή (50-70%).

Οι ΝΟΣ, από ιστολογικής πλευράς, όπως όλοι οι νευροενδοκρινικοί όγκοι του ΓΕΣ διακρίνονται με βάση την ταξινόμηση του WHO σε: 1) υψηλής διαφοροποίησης (χαμηλής κακοήθειας) και 2) χαμηλής διαφοροποίησης (υψηλής κακοήθειας). Μια τρίτη κατηγορία οι «μικτοί ενδοκρινικοί-εξωκρινικοί όγκοι» έχει επίσης αναφερθεί.

Αρχική διάγνωση

Η κλινική συμπτωματολογία είναι άτυπη και δεν βοηθά στη διάγνωση. Οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς παραπονούνται για άτυπα δυσπεπτικά ενοχλήματα, ή είναι ασυμπτωματικοί και παραπέμφθηκαν για γαστροσκόπηση στα πλαίσια διερεύνησης μεγαλοβλαστικής αναιμίας. Αυτοί με Τύπου III ΝΟΣ μπορεί να παρουσιασθούν και με σιδηροπενική αναιμία, απώλεια βάρους ή «άτυπο καρκινειδές σύνδρομο» (<5%) που χαρακτηρίζεται από παρατεταμένο ερύθημα προσώπου και εφιδρώσεις.

Οφείλεται στην έκκριση ισταμίνης και 5-υδροξυτρυπτοφάνης, σε αντίθεση με το «τυπικό καρκινειδές σύνδρομο» (flushing, διάρροια) που οφείλεται στην έκκριση 5-υδροξυτρυπταμίνης (σεροτονίνης) και που είναι εξαιρετικά σπάνιο στους ΝΟΣ.

Ομοίως και η ενδοσκοπική εικόνα δεν είναι χαρακτηριστική. Ωστόσο, ο γαστρεντερολόγος θα μπορούσε να υποπτευθεί τη διάγνωση όταν στη διάρκεια της ενδοσκόπησης ανακαλύψει εικόνα συμβατή με ατροφική γαστρίτιδα και πολλαπλούς πολύποδες θόλου (Τύπου I, ΝΟΣ).

Έτσι, η τελική διάγνωση τεκμηριώνεται μετά από βιοψία. Η ιστοπαθολογική και ανοσοϊστοχημική ανάλυση του υλικού αναδεικνύει χαρακτηρισες συμβατούς με ΝΟΣ. Στην έκθεση βιοψίας είναι απαραίτητο επίσης να έχει κατηγοριοποιηθεί ο όγκος με βάση την ταξινόμηση του WHO, ώστε ο κλινικός να είναι σε θέση να σχεδιάσει καλύτερα τον περαιτέρω χειρισμό του ασθενούς. Οι Τύπου I όπως και οι περισσότεροι Τύπου II ΝΟΣ είναι υψηλής διαφοροποίησης όγκοι σε αντίθεση με τους Τύπου III που είναι, στη συντριπτική τους πλειονότητα, χαμηλής διαφοροποίησης.



Εικόνα 3. Τύπου II ΝΟΣ σε ασθενή με Zollinger-Ellison/ MEN-1.

Περαιτέρω Διαγνωστικοί και Θεραπευτικοί χειρισμοί

Σε όλους οι ασθενείς πρέπει να γίνεται υπολογισμός της γαστρίνης ορού νηστείας και επίσης του νευροενδοκρινικού δείκτη χρωμογρανίνη-Α ορού. Με βάση τα αποτελέσματα αυτά και τη συνυπάρχουσα παθολογία οι ασθενείς ταξινομούνται κλινικά (Τύπος I,II,III) και υποβάλλονται σε Αξονική Τομογραφία Θώρακος και Άνω-Κάτω Κοιλίας, καθώς και σε Σπινθηρογράφημα Υποδοχών Σωματοστατίνης (OCTREOSCAN) (Εικόνα 3). Ο περαιτέρω χειρισμός εξαρτάται πλέον από τον Τύπο του ΝΟΣ.

Α. Τύπος I

Η ενδοσκοπική πολυποδεκτομή αποτελεί την αρχική θεραπεία. Χρήσιμη φαίνεται η διενέργεια Ενδοσκοπικού Υπερηχογραφήματος, σε περιπτώσεις όγκων >1cm, ώστε να αναδειχθεί το βάθος της διήθησης (αν και η συντριπτική πλειονότητα των όγκων αυτών περιορίζεται στο βλεννογόνο

ή υποβλεννογόνο χιτώνα). Η γαστροσκόπηση πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά 6μηνο.

Σε περίπτωση υποτροπής, η αντρεκτομή θεωρείτο παλαιότερα επιβε-

Η τελική διάγνωση τεκμηριώνεται μετά από βιοψία. Η ιστοπαθολογική και ανοσοϊστοχημική ανάλυση του υλικού αναδεικνύει χαρακτηρισες συμβατούς με ΝΟΣ. Στην έκθεση βιοψίας είναι απαραίτητο επίσης να έχει κατηγοριοποιηθεί ο όγκος με βάση την ταξινόμηση του WHO, ώστε ο κλινικός να είναι σε θέση να σχεδιάσει καλύτερα τον περαιτέρω χειρισμό του ασθενούς

βλημένη. Ωστόσο, η καλοήθης συμπεριφορά των όγκων έχει οδηγήσει σε λιγότερο «επιθετική» στρατηγική κατ'αρχήν. Έτσι, επαναλαμβάνεται η ενδοσκοπική πολυποδεκτομή, ενώ προτείνεται από κάποιες μελέτες η

χρήση Αναλόγων Σωματοστατίνης μακράς δράσεως με τη λογική της καταστολής της υπεργαστριναιμίας και κατ' επέκταση αναστολής υπερπλασίας των ECL κυττάρων. Πρόσφατη μελέτη επίσης προτείνει την ενδοσκοπική βλεννογονεκτομή ως εναλλακτική λύση.

Β. Τύπος II

Στις περιπτώσεις αυτές κάθε θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να συνδυάζεται με το χειρισμό της βασικής νόσου (Zollinger-Ellison/ MEN-1).

Το Ενδοσκοπικό Υπερηχογράφημα εδώ είναι πιο σημαντικό, μια και αυτού του τύπου οι όγκοι είναι δυνατό να διηθήσουν όλο το τοίχωμα του στομάχου καθώς και τους επιχωρίους λεμφαδένες. Σε αυτήν την περίπτωση η χειρουργική τοπική εκτομή (+ επιχώριο λεμφαδενικό καθαρισμό) είναι επιβεβλημένη, ενώ σε αντίθετη περίπτωση προτείνεται και στον Τύπο II η ενδοσκοπική πολυποδεκτομή + ανάλογα σωματοστατίνης.

Γ. Τύπος III

Επιθετικότερη χειρουργική αντιμετώπιση (μερική ή ολική γαστρεκτομή με επιχώριο λεμφαδενικό καθαρισμό) είναι επιβεβλημένη, ενώ σε περίπτωση ηπατικών μεταστάσεων η συστηματική χημειοθεραπεία, ο αρτηριακός ηπατικός εμβολισμός ή η θεραπεία με ραδιοσημασμένα πεπτικά (Y-90 DOTA-octreotate κ.λπ.) αποτελούν θεραπευτικές επιλογές.

Βιβλιογραφία

1. Modlin I, Lye K, Kidd M. Carcinoid tumours of the stomach. *Surg Oncol* 2003; 12: 153-72.
2. Mulkeen A, Cha C. Gastric carcinoid. *Curr Opin Oncol* 2004; 17:1-6.
3. Delle Fave G, Capruso G, Annibale B, Panzuto F. Gastric neuroendocrine tumors. *Neuroendocrinology* 2004; 80 (suppl 1): 16-19.
4. Modlin I, Kidd M, Latich I et al. Current status of gastrointestinal carcinoids. *Gastroenterology* 2005; 128:1717-51.
5. Delle Fave G, Capruso G, Milione M, Panzuto F. Endocrine tumours of the stomach. *Best Pract & Res Clin Gastr* 2005; 19: 659-73.

Πώς Μάς Βλέπουν



οι Ασθενείς μας

Σκέψεις στην Αίθουσα Αναμονής

γράφει ο *Χάρης Ταγαράς**

Είχα μια ιδιόμορφη γνωριμία με τον πρόεδρο της Ένωσης Γαστρεντερολόγων, κ. Αντώνη Ζερβακάκη. Μ'ένα ασυνήθιστο τρόπο "γνωριζόμασταν" επί αρκετά χρόνια, χωρίς να έχουμε συναντηθεί ποτέ. Και χρειάστηκε να αντιμετωπίσω ένα μικρό πρόβλημα υγείας (που ευτυχώς αποδείχθηκε ασήμαντο), για να τον γνωρίσω και εκ του σύνεγγυς. Με την οικειότητα και καλή διάθεση που δημιούργησε αυτή η συνάντηση, μου πρότεινε να γράψω ένα κείμενο για το περιοδικό της Ένωσης και ανταποκρίθηκα με μεγάλη χαρά. Το έκανα για δύο λόγους. Πρώτον, για να ευχαριστήσω το συνομιλητή μου, που συναντούσα για πρώτη φορά από κοντά και που δεν μου ζητούσε στο κάτω-κάτω τίποτε δύσκολο, και δεύτερο, διότι με εντυπωσίασε πόσο προσεγμένα ήταν τα ενημερωτικά-εκλαϊκευτικά φυλλάδια της Ένωσης που ξεφύλλιζα στην αίθουσα αναμονής, θεώρησα δε αυτονόητη τη συμβολή μου στην προσπάθεια.

Προσθέτω ότι η θετική αυτή εντύπωση επιβεβαιώθηκε με το πρώτο τεύχος του περιοδικού που ο κ.Ζερβακάκης μου

έστειλε, ως "μπούσουλα" για το κείμενο που έπρεπε να γράψω. Επιμένω δε σ'αυτό, διότι αποτελεί ένα είδος πρώ-

Μπορεί να είναι ανόητο, αλλά σκέφτομαι ότι εκείνος που δεν αφιέρωσε λίγο χρόνο παραπάνω για να καταστήσει ένα κείμενο λιγότερο δυσνόητο ή για να διορθώσει κραυγαλέα ορθογραφικά και συντακτικά λάθη, την ίδια αδιαφορία θα δείξει και για την περίπτωση μου...

της απάντησης στο ερώτημα "πώς μάς βλέπουν οι ασθενείς μας". Το περιοδικό καταρχάς αποπνέει υγεία, πράγμα εξαιρετικά σημαντικό για ένα περιοδικό ιατρικής ειδικότητας, που, έστω και

αν απευθύνεται κυρίως στον ιατρικό κόσμο, δεν θα διαβασθεί μόνο από γιατρούς. Έπειτα, όπως και τα φυλλάδια που είχα διαβάσει εν τάχει στην αίθουσα αναμονής, δημιουργεί την αίσθηση σεβασμού στον αναγνώστη, υπό την έννοια ότι τόσο οι συντάκτες των άρθρων όσο και οι τεχνικοί φαίνεται ότι δεν κάνουν αγγαρεία, αλλά παρέχουν το έργο τους με γνώμονα την ικανοποίηση του αναγνώστη, αυτό δε τόσο ως προς την ουσία, το περιεχόμενο δηλ. και το ύφος των άρθρων, όσο και ως προς την εμφάνιση. Αφιέρωσαν δηλ. κάτι από το χρόνο και το μυαλό τους σ'αυτό που έκαναν. Δυστυχώς πρόκειται για εξαίρεση στο χώρο τέτοιων εκδόσεων. Τις περισσότερες φορές τα σχετικά έντυπα που πέφτουν στα χέρια μου είναι τόσο πρόχειρα, που με κάνουν να αντιμετωπίζω με φόβο το ενδεχόμενο να χρειασθεί να προσφύγω στους επαγγελματίες του κλάδου – και δεν αναφέρομαι μόνο στον κλάδο της υγείας. Μπορεί να είναι ανόητο, αλλά σκέφτομαι ότι εκείνος που δεν αφιέρωσε λίγο χρόνο παραπάνω για να

* Η κος Χάρης Ταγαράς είναι Δικαστής στο Δικαστήριο Δημόσιας Διοίκησης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Λουξεμβούργο.

καταστήσει ένα κείμενο λιγότερο δυσνόητο ή για να διορθώσει κραυγαλέα ορθογραφικά και συντακτικά λάθη, την ίδια αδιαφορία θα δείξει και για την περίπτωση μου...

Να λοιπόν δύο πράγματα που είναι σημαντικά στον τρόπο που, εγώ τουλάχιστον, βλέπω τον επαγγελματία στον οποίο θα απευθυνθώ, και κυρίως τον επιστήμονα-γιατρό. Ο ίδιος και ο χώρος του να μου δημιουργεί αίσθηση υγείας και αίσθηση ανθρώπου που ενδιαφέρεται γι'αυτό που κάνει και που "επενδύεται" σ'αυτό, φροντίζοντας να το κάνει καλά, σεβόμενος τους ασθενείς του.

Κατά κύριο λόγο ο σεβασμός αφορά ασφαλώς τον ίδιο τον τρόπο παροχής των ιατρικών υπηρεσιών καθεαυτών. Σεβασμό όμως θα πρέπει να αποπνέουν και τα υπόλοιπα, η ευγένεια των βοηθών, γραμματέων κ.λπ., η αίθουσα αναμονής και άλλα σχετικά. Δεν αναφέρομαι βέβαια σε συνθήκες πολυτελείας. Το αντίθετο. Η υπερβολική πολυτέλεια μου δημιουργεί την ανησυχία ότι καλύπτει άλλα κενά. Το ίδιο και η υπερβολική, καμιά φορά εμφανώς προσποιητή, ευγένεια. Τα πολυδιαβασμένα όμως περιοδικά, που ανάγονται στα προ του Ευρώ χρόνια,

ή τα ξεραμένα φυτά, μου δημιουργούν, εμένα τουλάχιστον, κακή διάθεση και – συνακόλουθα – ανησυχία.

Κατά κύριο λόγο ο σεβασμός αφορά ασφαλώς τον ίδιο τον τρόπο παροχής των ιατρικών υπηρεσιών καθεαυτών.

Σεβασμό όμως θα πρέπει να αποπνέουν και τα υπόλοιπα, η ευγένεια των βοηθών, γραμματέων κ.λπ., η αίθουσα αναμονής και άλλα σχετικά

Σε τελευταία ανάλυση βέβαια – επαναλαμβάνω – το κρίσιμο στοιχείο είναι ο ίδιος ο γιατρός. Στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων η επιστημονική και επαγγελματική επάρκεια δεν τίθεται εν αμφιβόλω. Είναι διαδεδομένη η άποψη ότι "στην Ελλάδα έχουμε καλούς γιατρούς" και εξάλλου κατά κανόνα δεν πηγαίνει

κανείς τυχαία στο γιατρό, αλλά κατόπιν συστάσεως. Δεν νομίζω έτσι ότι μπορεί εύκολα να ανακύψει θέμα εμπιστοσύνης. Χαρακτηριολογικό θα είναι συνήθως το πρόβλημα, κυρίως δε όταν ο ασθενής θεωρεί ότι ο γιατρός δεν είναι επαρκώς διαθέσιμος να τον "ακούσει" και να τον δει ως μια εξατομικευμένη περίπτωση, αλλά αντίθετα τον βλέπει ως "περιστατικό", λέξη που η γιατροί αρέσκονται συνήθως να χρησιμοποιούν, αλλά για τους ίδιους τους ασθενείς υποθέτω – κρίνοντας από τον εαυτό μου – ότι δεν είναι καθόλου ευχάριστη. Όπως και όταν ο γιατρός φαίνεται να δυσανασχετεί με τις απορίες και ανησυχίες του ασθενούς και του απαντάει με γενικότητες, χωρίς να προσπαθήσει να τον κατανοήσει και να τον πείσει. Τέτοιες καταστάσεις μπορούν να δημιουργήσουν δυσκολίες συνεργασίας, καθώς και ρωγμές στη σχέση εμπιστοσύνης. Η αποφυγή όμως των προβλημάτων αυτών απαιτεί προσπάθεια όχι μόνο από την πλευρά του γιατρού, αλλά αμοιβαία. Και για το σκοπό αυτό θα ήταν ίσως χρήσιμο να γνωρίζουμε και εμείς οι ασθενείς πώς μας βλέπουν οι γιατροί. Να λοιπόν μια ιδέα για μια καινούρια στήλη των "Ενδοσκοπήσεων"...

“Πρωκτολογία για Γαστρεντερολόγους”
Διημερίδα ΕΠ.Ε.Γ.Ε. 2007

Ενδοσκοπικό



Θέμα

Follow-up στη Γαστρεντερολογία, Πού και Πόσο Συχνά; Μέρος 1^{ον}: Οισοφάγος-Στόμαχος

γράφει ο Παναγιώτης Καραβίτης

Ο χειρισμός ασθενών με επιβαρημένο οικογενειακό ιστορικό κακοήθειας του πεπτικού ή η ενδοσκοπική ανεύρεση και/ή αφαίρεση προκαρκινικών βλαβών από τον πεπτικό σωλήνα απαιτεί πολύ συχνά τη συστηματική παρακολούθησή τους. Το ίδιο ισχύει και για τους ασθενείς που έχουν χειρουργηθεί για καρκίνο του πεπτικού ή παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του πεπτικού λόγω συνοδών νοσημάτων ή καταστάσεων.

Έχοντας ως σκοπό τον επιστημονικά τεκμηριωμένο καθορισμό της συχνότητας και της διάρκειας της παρακολούθησης αλλά και την εξασφάλιση ομοφωνίας μεταξύ των γαστρεντερολόγων, οι διάφορες γαστρεντερολογικές εταιρίες έχουν κατά καιρούς ανακοινώσει κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν τον τρόπο της ενδοσκοπικής παρακολούθησης των παρπάνω ασθενών.

Η εναρμόνιση με τις οδηγίες αυτές εξασφαλίζει την επαγγελματική μας αξιοπιστία και διαφυλάσσει τους ασθενείς, όσο αυτό είναι δυνατό, από δυσάρεστες συνέπειες. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε πρόσφατη μελέτη διαπιστώθηκε πως 24% των Γαστρεντερολόγων και 54% των Χειρουργών – ενδοσκόπων στις ΗΠΑ συνιστούσαν στους ασθενείς τους παρακολούθηση για υπερπλαστικούς πολύποδες. Τέτοια σύσταση δεν υπάρχει στις κατευθυντήριες οδηγίες καμίας αρχής.

Στο παρόν άρθρο θα αναπτύξουμε τις κατευθυντήριες οδηγίες που υπάρχουν για το follow-up στη Γαστρεντερολογία, βασιζόμενοι κυρίως σε δεδομένα από τις ΗΠΑ.

1. ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ

1.1 Οισοφάγος Barrett

Όταν ενδοσκοπικά αναγνωρίζεται εικόνα συμβατή με οισοφάγο Barrett θα πρέπει να λαμβάνονται πολλαπλές βιοψίες, καθώς επίσης και από οποιαδήποτε μακροσκοπική βλάβη στην περιοχή. Αν και δεν έχει διευκρινιστεί ποιο είναι το καλύτερο πρωτόκολλο λήψης βιοψιών, μια αποδεκτή προσέγγιση του θέματος είναι η λήψη βιο-

ψιών και από τα 4 τεταρτημόρια του βλεννογόνου κάθε 2 εκ. Προτιμάται η χρήση λαβίδας τύπου jumbo διότι λαμβάνονται μεγαλύτερα ιστοτεμαχίδια. Η περαιτέρω παρακολούθηση του ασθενούς εξαρτάται από το αποτέλεσμα της ιστολογικής εξέτασης:

- **Οισοφάγος Barrett χωρίς δυσπλασία:** Επανάληψη της ενδοσκόπησης σε 1 έτος. Αν και πάλι δεν αναγνωρισθεί δυσπλασία στην ιστολογική εξέταση, η επανάληψη της ενδοσκόπησης θα γίνεται κάθε 3 έτη.
- **Οισοφάγος Barrett με χαμηλόβαθμη δυσπλασία:** Συνιστάται επανεκτίμηση μετά από 6 μήνες. Αν η χαμηλόβαθμη δυσπλασία επιμένει πρέπει να γίνεται παρακολούθηση ανά 1 έτος.
- **Οισοφάγος Barrett με υψηλόβαθμη δυσπλασία:** Οι ασθενείς αυτοί κινδυνεύουν να αναπτύξουν ή να έχουν ήδη αδενοκαρκίνωμα. Όσο πιο διάχυτη είναι η υψηλόβαθμη δυσπλασία, τόσο μεγαλύτερος φαίνεται να είναι ο κίνδυνος. Συνιστάται χειρουργική αντιμετώπιση (οισοφαγεκτομή), εκτός αν υπάρχει αντένδειξη (π.χ. ασθενής

υψηλού χειρουργικού κινδύνου) ή δεν το επιθυμεί ο ασθενής. Εφόσον δεν γίνει χειρουργική επέμβαση, η ενδοσκοπική παρακολούθηση πρέπει να είναι πολύ συχνή, κάθε 3 μήνες, με εκτεταμένη λήψη βιοψιών (και από τα 4 τεταρτημόρια του βλεννογόνου κάθε 1εκ. με λαβίδα jumbo, αλλά και από οποιαδήποτε μακροσκοπική βλάβη). Αν δεν ανιχνευθεί δυσπλασία σε 2 διαδοχικές ενδοσκοπήσεις, ο ενδοσκοπικός έλεγχος γίνεται κάθε 6 μήνες για τα πρώτα 1-2 έτη και στη συνέχεια ανά 1 έτος, εφόσον εξακολουθεί να μην ανιχνεύεται δυσπλασία. Στο σημείο αυτό τονίζεται ότι το ίδιο πρωτόκολλο παρακολούθησης πρέπει να ακολουθείται και στους ασθενείς με υψηλόβαθμη δυσπλασία που έχουν υποβληθεί σε ενδοσκοπική θεραπεία, όποια κι αν είναι αυτή.

- **Οισοφάγος Barrett με ακαθόριστη δυσπλασία ή ακαθόριστου βαθμού δυσπλασία:** Επειδή η εικόνα αυτή μπορεί να οφείλεται στη φλεγμονή λόγω της γαστρο-οισοφαγικής παλινδρόμησης, συνιστάται επανεκτίμηση μετά από αγωγή 8 εβδομάδων με ισχυρά αντιεκκριτικά φάρμακα (λ.χ. PPI's).

1.2 Αχαλασία οισοφάγου

Είναι γνωστό πως οι ασθενείς με αχαλασία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, για ανάπτυξη καρκίνου του οισοφάγου. Σε διάφορες μελέτες ο κίνδυνος αυτός φαίνεται να είναι 7-140 φορές μεγαλύτερος συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Κατά κανόνα πρόκειται για καρκίνωμα πλακώδους τύπου, αν και έχουν αναφερθεί μερικές περιπτώσεις αδενοκαρκινώματος σε έδαφος οισοφάγου Barrett μετά από μυοτομή.

Η διάρκεια των συμπτωμάτων της αχαλασίας πριν τη διάγνωση του οισοφαγικού καρκίνου είναι συνήθως τουλάχιστον 15 έτη. Έτσι, αν και δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να υποστηρίζουν την τακτική ενδοσκοπική παρακολούθηση των ασθενών αυτών, φαίνεται λογικό η παρακολούθηση αυτή να αρχίζει στα 15 έτη μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Το μεσοδιάστημα παρακολούθησης από το σημείο αυτό και μετά δεν έχει καθοριστεί.

λουθήση αυτή να αρχίζει στα 15 έτη μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Το μεσοδιάστημα παρακολούθησης από το σημείο αυτό και μετά δεν έχει καθοριστεί.

Είναι γνωστό πως οι ασθενείς με αχαλασία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, για ανάπτυξη καρκίνου του οισοφάγου.

Κατά κανόνα πρόκειται για καρκίνωμα πλακώδους τύπου, αν και έχουν αναφερθεί μερικές περιπτώσεις αδενοκαρκινώματος σε έδαφος οισοφάγου Barrett μετά από μυοτομή

1.3 Βλάβη οισοφάγου από καυστικές ουσίες

Οι ασθενείς αυτοί έχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη πλακώδους τύπου καρκίνου στον οισοφάγο. Μια μελέτη αναφέρει ακόμη και 1000 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την καυστική βλάβη ως την ανάπτυξη καρκίνου είναι περίπου 40 έτη.

Συνιστάται, λοιπόν, η ενδοσκοπική παρακολούθηση να αρχίζει στα 15-20 έτη μετά την καυστική βλάβη. Το μεσοδιάστημα παρακολούθησης δεν είναι ακόμη σαφές, αλλά δεν πρέπει να είναι λιγότερο από 1-3 έτη. Κάθε πρόβλημα των ασθενών αυτών στην κατάποση θα πρέπει να αξιολογείται άμεσα.

1.4 Τύλωση

Πρόκειται για σπάνια γενετική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από υπερκεράτωση παλαμών και πελμάτων. Σχετίζεται με υψηλή επίπτωση πλακώδους τύπου καρκινώματος οισοφάγου, το οποίο αναπτύσσεται σε μέση ηλικία 45 ετών, αλλά έχει συμβεί και σε ασθενείς ηλικίας 30 ετών.

Συνιστάται η ενδοσκοπική παρακολούθηση να αρχίζει στην ηλικία των 30 ετών. Το μεσοδιάστημα παρακολούθησης χρειάζεται μελέτη, αλλά δεν πρέπει να είναι μικρότερο από 1-3 έτη.

1.5 Ιστορικό καρκίνου των αεροφόρων οδών και του οισοφάγου

Ασθενείς με καρκίνο πλακώδους τύπου στην κεφαλή και τον τράχηλο (στοματική κοιλότητα, στοματοφαρυγγας, υποφαρυγγας, λάρυγγας), στους πνεύμονες ή στον οισοφάγο διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για σύγχρονη ή μεταγενέστερη εμφάνιση πλακώδους τύπου καρκίνου οισοφάγου. Αυτό οφείλεται στην ύπαρξη κοινών αιτιολογικών παραγόντων για τους καρκίνους αυτούς (κάπνισμα, οινόπνευμα).

Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για να υποστηρίξουμε τη συνεχή παρακολούθηση των ασθενών αυτών, αν και πολλοί συγγραφείς συνιστούν περιοδικό ενδοσκοπικό έλεγχο. Φαίνεται πάντως ότι ενδείκνυται τουλάχιστον μια ενδοσκόπηση αρχικά για την ανίχνευση τυχόν σύγχρονου καρκίνου οισοφάγου.

2. ΣΤΟΜΑΧΟΣ

2.1 Γαστρικοί επιθηλιακοί πολύποδες

Η πλειονότητα (70-90%) των πολυπόδων του στομάχου είναι υπερπλαστικοί ή κυστικοί αδενικοί πολύποδες. Ενώ μέχρι πρότινος πιστεύαμε ότι δεν αποτελούν προνεοπλασματικές βλάβες, τα τελευταία χρόνια όμως έχει διαπιστωθεί ότι και οι υπερπλαστικοί πολύποδες μπορεί μερικές φορές να περιέχουν δυσπλαστικά στοιχεία και, σπανιώς, εστιακή ανάπτυξη καρκίνου.

Όσον αφορά τους αδενωματώδεις πολύποδες, είναι ήδη γνωστό πως έχουν κίνδυνο κακοήθους εξαλλαγής που είναι μεγαλύτερος όσο αυξάνεται το μέγεθος του πολύποδα και η ηλικία του ασθενή.

Επειδή η ενδοσκοπική εικόνα δεν μπορεί να καθορίσει με ασφάλεια τον ιστολογικό τύπο του πολύποδα, συνιστάται όλοι οι πολύποδες να αφαιρούνται ενδοσκοπικά ή, έστω, να γίνεται λήψη επαρκούς βιοπτικού υλικού. Η μετέπειτα παρακολούθηση θα εξαρτηθεί από το αποτέλεσμα της ιστολογικής εξέτασης:

Οι αδενωματώδεις πολύποδες θα πρέπει να αφαιρούνται ενδοσκοπικά. Οι υπερπλαστικοί πολύποδες πρέπει, επίσης, να αφαιρούνται εκτός αν δεν είναι εφικτό. Αν δεν έχουν βρεθεί δυσπλαστικά στοιχεία στην ιστολογική εξέταση και το υλικό κρίνεται επαρκές, δεν χρειάζεται περαιτέρω παρέμβαση. Στην περίπτωση αδενωματώδους πολύποδα ή υπερπλαστικού με δυσπλαστικά στοιχεία, ο οποίος δεν είναι δυνατό να εξαιρεθεί ενδοσκοπικά, συνιστάται χειρουργική αντιμετώπιση.

Επί πολλαπλών γαστρικών πολυπόδων συνιστάται εξαίρεση των μεγαλύτερων και λήψη βιοψιών από μερικούς άλλους. Η περαιτέρω αντιμετώπιση θα εξαρτηθεί από το αποτέλεσμα της ιστολογικής εξέτασης, σύμφωνα με τα προηγούμενα.

Συνιστάται ενδοσκοπικός επανέλεγχος 1 έτος μετά την αφαίρεση αδενωματώδους πολύποδα. Αν η εξέταση είναι αρνητική, συνιστάται επανέλεγχος μετά 3-5 έτη.

Σε περίπτωση πολύποδα με υψηλού βαθμού επιθηλιακή δυσπλασία ή πρώιμο γαστρικό καρκίνο η παρακολούθηση εξατομικεύεται.

Μετά από την αφαίρεση μη δυσπλαστικών πολυπόδων, ή έστω, τη λήψη επαρκούς υλικού για ιστολογική εξέταση δεν συνιστάται παρακολούθηση.

2.2 Γαστρική εντερική μεταπλασία και δυσπλασία

Η εντερική μεταπλασία αναγνωρίζεται ως προνεοπλασματική κατάσταση

ση καθώς οι ασθενείς με εντερική μεταπλασία μπορεί να έχουν πάνω από 10πλάσιο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Ο κίνδυνος αυτός είναι ακόμη μεγαλύτερος σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές (λ.χ. Ιαπωνία) όπως επίσης και σε αυτούς με Ηρ λοίμωξη. Δεδομένα από τη Μ. Βρετανία δείχνουν ότι η παρακολούθηση των ασθενών αυτών έχει σαν

Η πλειονότητα (70-90%) των πολυπόδων του στομάχου είναι υπερπλαστικοί ή κυστικοί αδενικοί πολύποδες. Ενώ μέχρι πρότινος πιστεύαμε ότι δεν αποτελούν προνεοπλασματικές βλάβες, τα τελευταία χρόνια όμως έχει διαπιστωθεί ότι και οι υπερπλαστικοί πολύποδες μπορεί μερικές φορές να περιέχουν δυσπλαστικά στοιχεία και, σπανίως, εστιακή ανάπτυξη καρκίνου

αποτέλεσμα την ανίχνευση καρκίνου σε πρωιμότερο στάδιο. Αντίθετα, μελέτες από τις ΗΠΑ δεν επιβεβαίωσαν τα αποτελέσματα αυτά. Γενικώς, αυτή τη στιγμή δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για να συστηθεί παρακολούθηση όλων των ασθενών με εντερική μεταπλασία.

Είναι βέβαιο όμως ότι πολλοί θα ωφεληθούν από μια τέτοια τακτική (π.χ. σε περιοχές με υψηλή επίπτωση γαστρικού καρκίνου ή όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό). Το ιδανικό μεσοδιάστημα παρακολούθησης, φυσικά, δεν έχει καθοριστεί.

Όταν ανιχνεύεται χαμηλού βαθμού επιθηλιακή δυσπλασία, τότε πρέπει κάθε 3 μήνες να γίνεται ενδοσκόπηση και λήψη βιοψιών για χαρτογράφηση των ιστολογικών αλλοιώσεων σε όλες τις μοίρες του στομάχου. Η παρακολούθηση αναστέλλεται όταν 2 διαδοχικές ενδοσκοπήσεις είναι αρνητικές για δυσπλασία.

Οι ασθενείς με υψηλού βαθμού επιθηλιακή δυσπλασία διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο να αναπτύξουν ή να έχουν ήδη καρκίνο. Γιαυτό πρέπει να υποβάλλονται σε χειρουργική (ή ενδοσκοπική αν είναι εφικτό) αντιμετώπιση. Σε όλους τους ασθενείς με εντερική μεταπλασία και επιθηλιακή δυσπλασία πρέπει να γίνεται εκρίζωση Ηρ, εφόσον αναγνωριστεί η ύπαρξή του, αφού πρόκειται για τάξης I καρκινογόνο.

Οι ασθενείς με γαστρικό καρκίνο έχουν μεγαλύτερη επίπτωση της εντερικής μεταπλασίας στο έλασσον τόξο. Ιστολογική χαρτογράφηση του ελάσσονος τόξου σε ασθενείς υψηλού κινδύνου μπορεί να δώσει χρήσιμες πληροφορίες.

2.3 Κακοήθης αναιμία

Οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει αύξηση της επίπτωσης του γαστρικού καρκίνου κατά 2-3 φορές στους ασθενείς με κακοήθη αναιμία, αν και υπάρχουν μελέτες που δεν βρήκαν διαφορά από το γενικό πληθυσμό. Στους ασθενείς αυτούς φαίνεται ότι υπάρχει μια ακόμη μεγαλύτερη επίπτωση του γαστρικού καρκινοειδούς.

Μια ενδοσκόπηση θα πρέπει να γίνεται κατά την αρχική διάγνωση της κακοήθους αναιμίας για την αναγνώριση ενδεχόμενων σοβαρών βλαβών (καρκίνος ή καρκινοειδές στομάχου), αλλά δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για να υποστηριχθεί η τακτική παρακολούθηση των ασθενών αυτών. Οι περισσότεροι συνιστούν να ενδοσκοπούνται πάλι όσοι αναπτύσσουν συμπτώματα από το ανώτερο πεπτικό.

2.4 Γαστρικά καρκινοειδή

Τα γαστρικά καρκινοειδή ταξινομούνται ως τύπου 1 (σε σχέση με τύπου

Α χρόνια ατροφική γαστρίτιδα), τύπου 2 (σε σχέση με σύνδρομο Zollinger-Ellison και MEN-1) και τύπου 3 (σποραδικά γαστρικά καρκινοειδή). Αυτά που συναντάμε πιο συχνά στην κλινική πράξη είναι τα τύπου 1 (68-83%) που συνήθως έχουν καλοήγη πορεία. Η ενδοσκοπική εκτίμηση περιλαμβάνει το μέγεθος και τον αριθμό τους. Μπορεί να χρειαστεί ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα, κυρίως για τον καθορισμό του βάθους της βλάβης και της εξαισιμότητας αυτής ενδοσκοπικά.

Η παρακολούθηση και η αντιμετώπισή τους δεν είναι καλά καθορισμένες και πρέπει να εξατομικεύονται. Οι επιλογές μας είναι: ενδοσκοπική παρακολούθηση μόνο, ενδοσκοπική αφαίρεση των βλαβών <1εκ., χειρουργική επέμβαση. Η αντρεκτομή μπορεί να οδηγήσει σε ύφεση μικρών γαστρικών καρκινοειδών, αλλά χρειάζεται ενδοσκοπική παρακολούθηση μετά. Η ολική γαστρεκτομή ενδείκνυται για διηθητικούς όγκους, αποτυχία της αντρεκτομής να ελέγξει τη νόσο ή αιμορραγία ανώτερου πεπτικού ανθεκτική στη συντηρητική και ενδοσκοπική θεραπεία.

2.5 Μετά από χειρουργική επέμβαση στο στομάχο για καλόηθες έλκος

Φαίνεται ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στο κολόβωμα του στομάχου 15-20 έτη μετά από γαστρεκτομή. Δεν υπάρχουν όμως αυτή τη στιγμή επαρκή δεδομένα που να συνηγορούν υπέρ της τακτικής παρακολούθησης των ασθενών αυτών.

Επειδή οι επεμβάσεις αυτές γίνονται για πεπτικό έλκος, θα πρέπει να γίνεται μια αρχική ενδοσκόπηση για να ελεγχθεί η παρουσία *H. pylori* και εντερικής μεταπλασίας.

Αν αποφασίσουμε την παρακολούθηση του ασθενή, αυτή πρέπει να αρχίζει 15-20 έτη μετά την επέμβαση. Θα πρέπει να λαμβάνονται πολλαπλές βιοψίες από την αναστόμωση και το κολόβωμα του στομάχου.

Απόλυτη ένδειξη ενδοσκόπησης υπάρχει σε όσους ασθενείς παρουσιάσουν συμπτώματα από το ανώτερο πεπτικό.

2.6 Ιστορικό FAP ή HNPCC

Οι πολύποδες του ανώτερου πεπτικού είναι συνήθεις σε ασθενείς με FAP (οικογενή αδενωμάτωδη πολυποδίαση). Οι γαστρικοί πολύποδες είναι συνήθως κυστικού αδενικού τύπου (fundic gland polyps) και βρίσκονται ως και σε 88% των ασθενών με FAP. Δυσπλασία παρατηρείται συχνά στους πολύποδες αυτούς, αλλά η πιθανότητα κακοήθους εξαλλαγής τους

Φαίνεται ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στο κολόβωμα του στομάχου 15-20 έτη μετά από γαστρεκτομή. Δεν υπάρχουν όμως αυτή τη στιγμή επαρκή δεδομένα που να συνηγορούν υπέρ της τακτικής παρακολούθησης των ασθενών αυτών

φαίνεται ότι είναι ελάχιστη. Παρόλα αυτά, έχουν περιγραφεί περιπτώσεις γαστρικού αδενοκαρκινώματος συσχετιζόμενου με κυστικούς αδενικούς πολύποδες. Αδενωμάτωδεις πολύποδες βρίσκονται στο στομάχο αυτών των ασθενών σε ποσοστό 2-50% (συνήθως είναι στο άντρο, μονήρεις και επίπεδοι). Γαστρικός καρκίνος είναι ασυνήθης (0,6% σε μια σειρά).

Δωδεκαδακτυλικά αδενώματα παρατηρούνται στο 90% των ασθενών με FAP και εντοπίζονται συνήθως στο φύμα του Vater ή στην περιληκυθική περιοχή. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου φτάνει το 5% και αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου για όσους έχουν υποβληθεί σε κολεκτομή.

Νησιδικοί και ειλεικοί πολύποδες, συνήθως μικροί, ανιχνεύονται σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς με FAP, ωστόσο δεν φαίνονται να συνδυάζονται με σημαντική αύξηση

του αδενοκαρκινώματος του λεπτού εντέρου.

Συνιστάται οι ασθενείς με FAP να ελέγχονται με ενδοσκόπια πρόσθιας και πλάγιας όρασης. Η πρώτη ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού μπορεί να γίνει την περίοδο που αποφασίζεται η κολεκτομή ή στην αρχή της 3ης δεκαετίας της ζωής. Αν δεν βρεθούν αδενώματα, η επόμενη εξέταση πρέπει να γίνει μετά 5 έτη.

Αν βρεθούν αδενώματα στο δωδεκαδάκτυλο, το μεσοδιάστημα παρακολούθησης (ενδοσκόπηση και βιοψίες) καθορίζεται ανάλογα με το στάδιο της νόσου. Η ενδοσκοπική θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί σε μερικούς ασθενείς. Αν η αφαίρεση είναι πλήρης, μπορεί να γίνεται επανεκτίμηση (με πολλαπλές βιοψίες) κάθε 6 μήνες για 2 έτη και από εκεί και μετά κάθε 3 έτη.

Σε κάθε εξέταση πρέπει να λαμβάνονται βιοψίες από τους πολύποδες του δωδεκαδακτύλου, διότι από αυτό θα καθοριστεί το στάδιο της νόσου και το αν θα συστήσουμε προφυλακτική χειρουργική επέμβαση.

Βιοψίες πρέπει να λαμβάνονται από τους γαστρικούς πολύποδες για να επιβεβαιώνεται ότι πρόκειται για fundic gland polyps και να ελέγχεται το ενδεχόμενο δυσπλασίας. Πολύποδες του άντρου είναι συνήθως αδενώματα και πρέπει να αφαιρούνται.

Χειρουργική εκτίμηση πρέπει να γίνεται στους ασθενείς με σταδίου IV πολυποδίαση του δωδεκαδακτύλου για να αποφευχθεί η δημιουργία περιληκυθικού/δωδεκαδακτυλικού καρκίνου. Η αντιμετώπιση της υψηλόβαθμης δυσπλασίας στην περιληκυθική περιοχή είναι αμφιλεγόμενη και πρέπει να εξατομικεύεται.

Ασθενείς με HNPCC φαίνεται να έχουν 4πλάσιο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του στομάχου και 25πλάσιο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του λεπτού εντέρου, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό.

Συνιστάται παρακολούθηση, αλλά δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για το πώς και πότε ακριβώς πρέπει να γίνεται.



Επιμέλεια Αντώνης Κογεβίνας

Κοινή γλώσσα συνεννόησης και κοινή λογική

 Βλέποντας σχεδόν όλες τις φυλές του κόσμου συγκεντρωμένες στο τεράστιο Hall 1 του Συνεδριακού Κέντρου στο UEGW 2006 στο Βερολίνο σκέφτεται κανείς ότι η επιστημονική κοινότητα έλυσε το πρόβλημα της πολυγλωσσίας με έναν απλό τρόπο: όλοι αποδέχτηκαν την αγγλική σαν κοινή γλώσσα συνεννόησης. Ήταν λογικό και αυτονόητο, αφού η συ-

ντριπτική πλειονότητα μιλούσε αγγλικά. Συναίνεση χωρίς «πατριωτικές» υστερίες και φυλετικές αλαζονείες. Αντίθετα, στο Ευρωκοινοβούλιο και στις διοικητικές υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης – όπου επίσης η συντριπτική πλειονότητα μιλά αγγλικά – ακόμα παιδεύονται και καταξοδεύουν κοινοτικούς πόρους για να ακούγονται 25 διαφορετικές γλώσσες. Από ποιόν όμως ακούγονται οι

γλώσσες αυτές και ποιο είναι το όφελος, αφού όλοι χρησιμοποιούν μεταφραστές; Πρόκειται για φόβο μήπως κατηγορηθούν για εθνική μειοδοσία, πρόκειται για «πατριωτική» υστερία ή απλώς για ατολμία; Πάντως σίγουρα πρόκειται για περιφρόνηση των χρημάτων που καταβάλλουν οι ευρωπαίοι φορολογούμενοι.

Οινόπνευμα 70% αντί 95%

 Επειδή το οινόπνευμα 95% είναι ακριβό, πολλά νοσοκομεία και εργαστήρια καταφεύγουν σε άλλα αντισηπτικά στα πλαίσια μείωσης των εξόδων. Όμως το οινόπνευμα 70%, καλούμενο και φαρμακευτικό οινόπνευμα, είναι κα-

λύτερο σαν αντισηπτικό από το καθαρό οινόπνευμα 95% ενώ ταυτόχρονα είναι και πολύ πιο φθινό (1,60 Ευρω τα 300ml). Το 95% φαίνεται ότι στερεοποιεί τα σπόρια και μικρόβια πρόσκαιρα, αντί να τα σκοτώνει. Γι' αυτό σιγά-σιγά περιορίζεται η χρήση του

στη Δύση. Το 95% είναι ακριβό γιατί φορολογείται βαριά ώστε να αποτραπεί η χρήση του για παρασκευή αλκοολούχων ποτών. Φαρμακευτικό οινόπνευμα 70% λοιπόν είναι η καλύτερη λύση και το βρίσκει κανείς σε όλα τα φαρμακεία.

Γιατί δεν λες το ζητούμενο με το όνομά του;

 Εφόσον αυτό που τελικά ενδιαφέρει όταν μελετάμε μια διαφραγματοκήλη είναι το μέγεθός της, γιατί δεν λέμε απλά το μέγεθός της π.χ. διαφραγμα-

τοκήλη 4 εκατοστών; Πόσο χρησιμεύει να αναφέρουμε τα όρια της γραμμής Z, το άνω πέρας των γαστρικών πτυχών και το σημείο από το εντύπωμά του διαφράγματος αναγκάζοντας

αυτόν που διαβάξει να κάνει αφαιρέσεις και προσθέσεις; Αντιρρήσεις είναι καλοδεχούμενες και θα δημοσιευτούν στο επόμενο τεύχος εφόσον σταλούν στο koge@otenet.gr.



Και όμως ελέχθησαν!!

σε συνεργασία με το Γιάννη Στουραϊτή



- Πήρε αντιβίωση που του πείραξε τη χλωροφύλλη του εντέρου!
- Το φлотέρ του οισοφάγου είναι χαλασμένο και έχει καούρα!
- Είχε πέτρες στη χολή και έκανε λαμπαδοσκόπηση...
- Έχει συννοριακές τιμές τρανσαμινασών!
- Ο ασθενής ήταν ανέκδοτος για να

- κάνει την εγχείρηση.
- Ρυθμίστηκε η δυσκοιλιότητα με Γάλα Πλακεντίας.
- Έχει από παλαιά διάρροιες γιατί έχει ιστορικές αμοιβάδες!!
- Έχει πλατυποδίαση στο έντερο και κάθε τόσο εξετάζεται και του κόβουν μερικούς...
- Παίρνει Τηλεκοντρόλ καθημερινά!! (σσ. Controloc)

- Έχει πόνο στο χορτοφάγο του.
- Παίρνει Σαντάμ για το στομάχι...
- Ο ιατρός του είπε ότι έχει πνευματικό εμφύσημα.
- Είχε προστάτη και έκανε αριδική αφαίρεση.
- Πήγε στο νευρολόγο και του έκανε ένα εγκεφαλικό.

Φωτογραφίες και παθολογοανατόμοι



Αν οι παθολογοανατομικές εκθέσεις περιείχαν και φωτογραφίες που να τεκμηριώνουν όσα περιγράφονται στο κείμενο, τότε η συζήτηση γύρω από τη δυσπλασία αλλά και για άλλες καταστάσεις θα ήταν πιο εύκολη. Αν υπήρχαν εικόνες από δυσπλασίες σε κοιλίτιδες ή από οισοφάγους Barrett, θα ήταν πιο εύκολο να πάρει κανείς δεύτερη γνώμη. Οι παθολογοανατό-

μοι θα ωφελούνταν επίσης γιατί θα αναγκάζονταν να έχουν αυστηρότερα κριτήρια για όσα περιγράφουν. Δυστυχώς δεν έχουν όλοι οι άρρωστοι την πολυτέλεια να εξετάζονται από τους εξειδικευμένους παθολογοανατόμους, όπου μπορεί κανείς να βασιστεί στην περιγραφή. Είναι άραγε τόσο δύσκολο να ληφθούν φωτογραφίες αφού τεχνολογικά έχει λυθεί το θέμα; Όχι, είναι απλώς υπε-

ραπασχολημένοι οι παθολογοανατόμοι λόγω μεγάλου όγκου δουλειάς. Δεν θα αργήσει υποθέτω να βρεθεί ο παθολογοανατόμος που θα σπρώξει τα πράγματα και θα αναγκάσει όλους τους άλλους να τον ακολουθήσουν. Όπως έγινε άλλωστε με τις ενδοσκοπήσεις αλλά και με όλες τις ειδικότητες της ιατρικής, των κυτταρολόγων περιλαμβανομένων.

Πώς αποφασίζει κανείς για τα θέματα ενός συνεδρίου;



Εκδοχή 1η: Όταν σου αναθέσουν το συνέδριο σκέφτεσαι «τι καινούργιο υπάρχει, τι έχουν ανάγκη να ακούσουν οι συμμετέχοντες, ποιοι είναι οι καλύτεροι που θα μπορούσαν να μιλήσουν;». Έχεις τότε ελπίδες για ένα καλό συνέδριο.

Εκδοχή 2η: Σκέφτεσαι «ποιοι είναι οι φίλοι μου, ποιους θέλω να εξυπηρετήσω και σε ποιους έχω υποχρέωση;» Κάνεις έναν κατάλογο και μετά

σκέφτεσαι τι θα μπορούσε να πει ο καθένας. Έχεις τότε εξασφαλίσει ένα ?@·#&·ZZ@\$ συνέδριο.

Εκδοχή 3η: Κάνεις ένα μίγμα της πρώτης και δεύτερης εκδοχής και πορεύεσαι για ένα συνηθισμένο συνέδριο του μέσου όρου.

Θεωρητικά έτσι είναι. Αν όμως ρωτήσεις αυτόν που έχει οργανώσει ένα συνέδριο θα σου εξηγήσει πόσο απίστευτα δύσκολο είναι να στήσεις ένα

καλό συνέδριο χωρίς να εξασφαλίσεις την αντιπάθεια, την παρεξήγηση και την αντιπαλότητα πολλών συναδέλφων σου.

Ευτυχώς τη 2η εκδοχή έχουμε καιρό να τη δούμε σε Συνέδρια ή Ημερίδες Γαστρεντερολογίας και μάλλον τείνει να εκλείψει. Ευχάριστη έκπληξη είναι το γεγονός ότι τελευταία άρχισαν να εμφανίζονται επιστημονικές εκδηλώσεις της εκδοχής 1.



Ανατρεπτικά Κριτήρια Ρώμης III



Τα πάνω - κάτω ήρθαν, με τα νέα κριτήρια Ρώμης III για τις λειτουργικές παθήσεις ανωτέρου πεπτικού που ανακοινώθηκαν φέτος τον Απρίλιο. Πρακτικότερα και πιο χρήσιμα από τα κριτήρια Ρώμης II, ταιριάζουν καλύτερα στη πραγματικότητα που συναντάμε. Είναι αλήθεια ότι πολλοί

άρρωστοι δεν χωρούσαν στα δύο κατέλα που προσπαθούσαμε να τους στριμώξουμε (ulcer-like dyspepsia και dysmotility-like dyspepsia). Φαίνεται ότι ξεκολλήσαμε από την αντίληψη που έλεγε πως ό,τι δεν είναι οργανική πάθηση είναι κινητική διαταραχή. Ανακαλύψαμε τη σπλαγγική υπερευαισθησία και το ρόλο της φλεγμονής

στην παραγωγή συμπτωμάτων. Όμως το σπουδαιότερο είναι ότι για πρώτη φορά στις λειτουργικές παθήσεις επίσημα και με έμφαση αντιμετωπίζεται ο άρρωστος «ολιστικά», σαν ψυχοσωματική ενότητα και δίδονται μάλιστα και οδηγίες για το πώς πρέπει να γίνεται η ψυχοκοινωνική εξέταση.

Πρόσφατη αξιολόγηση ιατρικών περιοδικών

Κορυφαία Εβδομαδιαία Περιοδικά



		Impact factor
1	NEJM	29.065
2	JAMA	17.569
3	LANCET	13.251
4	BMJ	6.629

Κορυφαία Γαστρεντερολογικά Περιοδικά

		Impact factor
1	Gastroenterology	13.020
2	Annals of Internal Medicine	11.130
3	Hepatology	8.096
4	GUT	6.170
5	Journal of Hepatology	4.750
6	Alimentary Pharmacology and Therapeutics	3.900
7	American Journal of Gastroenterology	3.549
8	Inflammatory Bowel Diseases	3.098
9	Gastrointestinal Endoscopy	2.581
10	Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition	2.077
11	Digestion	1.890
12	Scandinavian Journal of Gastroenterology	1.826
13	European Journal of Gastroenterology and Hepatology	1.580
14	Digestive Diseases and Sciences	1.516
15	Endoscopy	1.459
16	Journal of Gastroenterology and Hepatology	1.258
17	Digestive Surgery	0.744
18	Digestive Diseases	0.643

(Στοιχεία που δημοσιεύθηκαν στο World Gastroenterology 2006)



Κλινικό Θέμα

Η Παχυσαρκία και ο Γαστρεντερολόγος 4^η Εκπαιδευτική Διημερίδα ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

γράφει ο *Ευστάθιος Παπαβασιλείου*

Στις 30 Σεπτεμβρίου και 1 Οκτωβρίου 2006 πραγματοποιήθηκε με επιτυχία στην Αθήνα, στο ξενοδοχείο *Divani-Caravel*, η 4^η Εκπαιδευτική Διημερίδα της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος με θέμα «Η παχυσαρκία και ο γαστρεντερολόγος».

Τα θέματα που αναπτύχθηκαν και συζητήθηκαν πρόσφεραν μια σύγχρονη θεωρητική και πρακτική γνώση στις καθημερινές ανάγκες του γαστρεντερολόγου αλλά και του ασθενούς. Οι συντονιστές ήταν καταξιωμένοι στο χώρο γαστρεντερολόγοι και χειρουργοί, οι οποίοι και επέλεξαν τους ομιλητές μεταξύ νέων και ειδικών στο αντικείμενο ιατρών όλων των ειδικοτήτων (ενδοκρινολόγων, ψυχιάτρων, χειρουργών κ.ά.).

Η παχυσαρκία θεωρείται νόσος και είναι η σύγχρονη επιδημία του δυτικού τρόπου ζωής και διατροφής. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) την έχει αποκαλέσει παγκόσμια επιδημία (global epidemic). Το 2003 το παγκόσμιο ποσοστό των παχυσάρκων ατόμων ήταν 8,2% (1,8% στις αναπτυσσόμενες και 20,4% στις πλέον

ανεπτυγμένες χώρες!). Η Ελλάδα κατείχε το 2003 την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με ποσοστό 29% (Ηνωμένο Βασίλειο 23%, Φινλανδία 20%, Γερμανία 19%, Γαλλία 15%).

Η παχυσαρκία θεωρείται νόσος και είναι η σύγχρονη επιδημία του δυτικού τρόπου ζωής και διατροφής. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) την έχει αποκαλέσει παγκόσμια επιδημία

Υπολογίζεται ότι συνδέονται με τη παχυσαρκία το 80% των διαβητικών, το 21% των νοσημάτων του καρδιαγγειακού συστήματος, καθώς και διάφορες νεοπλασίες, όπως το 40% της μήτρας, το 25% των νεφρών και το 10% του μαστού και του παχέος εντέρου. Η αύξηση των γνώσεών μας

στην κατανόηση των μηχανισμών της παχυσαρκίας και η σύγχρονη τεχνολογία έχουν επιφέρει νέες θεραπευτικές προκλήσεις. Έτσι, πολλές θεραπευτικές μέθοδοι αναφέρονται ή εφαρμόζονται με - αλλά και όχι σπάνια χωρίς - επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση, για προφανείς λόγους, ενώ κάτι ανάλογο συμβαίνει και με τα υλικά που χρησιμοποιούνται σε ορισμένες από αυτές (π.χ. ενδογαστρικά μπαλόνια και δακτύλιοι).

Στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας εμπλέκονται πολλές ειδικότητες και έτσι συχνά υπάρχει αλληλοεπικάλυψη. Ο πεπτικός σωλήνας και το ήπαρ είναι από τα όργανα που επηρεάζονται συχνότερα από την παχυσαρκία και επομένως στην αντιμετώπισή της, μεταξύ των άλλων ειδικοτήτων, εμπλέκεται ενεργά και ο γαστρεντερολόγος, είτε για την αντιμετώπιση διατροφικών διαταραχών, είτε για θεραπευτική ενδοσκοπική παρέμβαση, είτε για τη μετεγχειρητική παρακολούθηση των χειρουργημένων ασθενών.

Παρά το μεγάλο τμήμα του πληθυσμού που είναι υπέρβαροι ή/και παχυσάρκοι (παγκοσμίως υπολογίζεται σε πάνω από ένα δισεκατομμύριο άτομα), στις περισσότερες χώρες

δεν υπάρχουν οδηγίες για την αντιμετώπισή της. Στις ΗΠΑ και τελευταία στην Ευρώπη άρχισαν να εμφανίζονται κατευθυντήριες οδηγίες βασισμένες στα μέχρι τώρα επιστημονικά δεδομένα.

Για την εκτίμηση της παχυσαρκίας χρησιμοποιείται ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI), ο οποίος και υπολογίζεται από τον τύπο $BMI = \frac{\text{Βάρος (kg)}}{\text{Ύψος (m)}^2}$. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα άτομα με $BMI = 25-29,9 \text{ kg/m}^2$ θεωρούνται υπέρβαρα και άτομα με $BMI > 30 \text{ kg/m}^2$ θεωρούνται παχύσαρκα.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τις προαναφερθείσες κατευθυντήριες οδηγίες, κάθε παχύσαρκος ασθενής πρέπει να μπορεί να αντιμετωπίζεται από ευρύτερη ομάδα ιατρών, μέλη της οποίας θα είναι παθολόγοι, ενδοκρινολόγοι, γαστρεντερολόγοι, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι και χειρουργοί. Αφού προσδιορισθεί η ιδιαιτερότητα κάθε ασθενούς ξεχωριστά (όπως τονίστηκε, στις περισσότερες περιπτώσεις η παχυσαρκία υποκρύπτει ψυχολογικά προβλήματα), το πρώτο βήμα είναι η παροχή εξατομικευμένων συμβουλών για τροποποίηση του τρόπου ζωής και διατροφής και άσκηση, ώστε στους επόμενους 6 μήνες να χάσει το 10% του πλεονάζοντος βάρους του.

Στη συνέχεια, πάντα μαζί με τη δίαιτα και την άσκηση, μπορεί να χορηγηθεί και φαρμακευτική αγωγή στους παχύσαρκους ασθενείς που δεν επιτυγχάνουν την αναμενόμενη απώλεια βάρους μόνο με την αλλαγή τρόπου ζωής. Αυτονόητο είναι πως προηγουμένως θα έχουν ενημερωθεί για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, τα περιθώρια απώλειας βάρους και την παροδική φύση της απώλειας (όσο, δηλαδή, διαρκεί η θεραπεία). Η χορήγηση των φαρμάκων δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τους 12 μήνες και η απόφαση συνέχισής τους πρέπει να τυγχάνει της έγκρισής του ασθενή.

Ένδειξη παραπομπής για χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας (βαριατρική χειρουργική) έχουν οι ασθενείς με $BMI > 40 \text{ kg/m}^2$ (νοσογόνος παχυσαρκία) ή με $BMI > 35-40 \text{ kg/m}^2$ με καρδιολογικές και μεταβολικές επιπλοκές (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, υπερλιπιδαιμία,

αποφρακτική άπνοια ύπνου), που απέτυχαν να παρακολουθήσουν ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα δίαιτας και άσκησης (με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή), να χάσουν δηλαδή $> 10\%$ του προσδωκόμενου βάρους. Ο ασθενής πρέπει πρώτα να ενημερωθεί για τις άμεσες και απώτερες εγχειρητικές επιπλοκές, την πιθανή ανάγκη επανεγχείρησης και την πιθανή ανάπτυξη χολοκυστοπάθειας ή συνδρόμου δυσαπορρόφησης.

Καμία επέμβαση δεν πρέπει να γίνεται για αισθητικούς λόγους και όλοι οι χειρουργημένοι ασθενείς θα πρέπει να ακολουθούν ειδικές οδηγίες διατροφής και άσκησης, αν θέλουν να διατηρήσουν την αρχική απώλεια βάρους

Οι ασθενείς που πληρούν τις ενδείξεις για χειρουργική επέμβαση πρέπει να παραπέμπονται σε εξειδικευμένα κέντρα. Υπάρχουν οι περιοριστικές και οι εγχειρήσεις δυσαπορρόφησης. Στην πρώτη κατηγορία ανήκει και ο γαστρικός δακτύλιος, από τη λαπαροσκοπική εφαρμογή του οποίου υπάρχει μεγάλη εμπειρία, φαίνεται, δε, να έχει τις λιγότερες παρενέργειες και επιπλοκές. Σε εγχειρήσεις δυσαπορρόφησης, οι οποίες συνίστανται σε παρακάμψεις άλλοτε άλλων τμημάτων του πεπτικού σωλήνα, θα πρέπει να υποβάλλονται οι εξαιρετικά παχύσαρκοι ασθενείς ($BMI > 50 \text{ kg/m}^2$). Πάντως, από όλους τους ομιλητές τονίστηκε ότι καμία επέμβαση δεν πρέπει να γίνεται για αισθητικούς λόγους κι ότι όλοι οι χειρουργημένοι ασθενείς θα πρέπει να ακολουθούν ειδικές οδηγίες διατροφής και άσκησης, αν θέλουν να διατηρήσουν την αρχική απώλεια βάρους.

Για τα σύγχρονα ενδογαστρικά μπα-

λόνια παχυσαρκίας δεν υπάρχουν προς το παρόν σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες, κυρίως λόγω έλλειψης καλά σχεδιασμένων μελετών, αλλά και λόγω των απογοητευτικών αποτελεσμάτων των παλαιών μπαλονιών, τα οποία δεν πληρούσαν τις απαιτούμενες συνθήκες ασφαλείας. Τα σύγχρονα ενδογαστρικά μπαλόνια, για τα οποία υπάρχει βιβλιογραφική τεκμηρίωση, φαίνεται να αποτελούν ελκυστική λύση α) για τους ασθενείς οι οποίοι έχουν $BMI > 30 \text{ kg/m}^2$ και σοβαρά προβλήματα που συσχετίζονται με την παχυσαρκία και οι οποίοι απέτυχαν να χάσουν ή να διατηρήσουν την απώλεια βάρους μετά από επίμονη δίαιτα, άσκηση και φαρμακευτική αγωγή, αλλά δεν πληρούν ακόμα τα κριτήρια για χειρουργική επέμβαση, β) για τους ασθενείς με $BMI > 40 \text{ kg/m}^2$, ως προετοιμασία χειρουργικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας (γρήγορη απώλεια βάρους) με στόχο τη μείωση των διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών καθώς και γ) για τους ασθενείς που δεν μπορούν να χειρουργηθούν. Αυτά θα πρέπει πάντα να συνδυάζονται με μακροχρόνια προγράμματα ισορροπημένης διατροφής, άσκησης και συμπεριφοράς, ενώ θα πρέπει να τονισθεί ότι το μπαλόνι δεν μπορεί να παραμείνει πέραν των 6 μηνών. Στο στάδιο αυτό και μέχρι τη δημοσίευση τεκμηριωμένων μελετών η τοποθέτησή τους θα πρέπει να γίνεται στα πλαίσια ερευνητικών πρωτοκόλλων.

Όπως τονίστηκε, καμμία μέθοδος μόνη της δεν έχει επιτυχία και για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας απαιτείται επιστημονική ομάδα.



Πρόσωπο...**...με Πρόσωπο****Επικοινωνούμε: Το βήμα των Συναδέλφων**

*Προς τον Πρόεδρο, τα μέλη του Δ.Σ της ΕΠ.Ε.Γ.Ε.
και τα μέλη της Συντακτικής Επιτροπής
του περιοδικού "Ενδοσκοπήσεις"*

Αγαπητοί συναδέλφωι,

Αφού σας συγχαρώ για τις προσπάθειές σας, θα ήθελα να επισημάνω ένα θέμα, το οποίο στο παρελθόν αποτέλεσε αντικείμενο συζήτησης σε συνέδριο της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας.

Πρόκειται για τη σωστή χρησιμοποίηση της λέξης που αφορά και εννοεί την ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου, που όλοι αναγνωρίζουν και παραδέχονται ότι λέγεται ΚΟΛΟΣΚΟΠΗΣΗ, αλλά στην καθημερινή πρακτική (γραπτά πορίσματα ενδοσκοπήσεων, άρθρα, διαλέξεις, συζητήσεις, συνεντεύξεις, συνέδρια) η συντριπτική πλειοψηφία των συναδέλφων χρησιμοποιεί την λαθεμένη λέξη ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ. Κάποιοι πιο "διπλωμάτες" προτιμούν στο γραπτό κυρίως λόγω τη μεσοβέζικη λύση της "ερμαφρόδιτης" λέξης ΚΟΛΟ(ΝΟ)ΣΚΟΠΗΣΗ.

Για του λόγου το αληθές αντιγράφω από το "Εικονογραφημένο Εγκυκλοπαιδικό Λεξικό και πλήρες λεξικό της νέας Ελληνικής γλώσσας" του Πάπυρος Larousse έκδοση 2003, σελίδα 873 στο λήμμα: κολοσκόπηση η, ΙΑΤΡ. Πολύτιμη διαγνωστική εξέταση του κόλου (πρβλ. κόλον) με τη βοήθεια εύκαμπτου ενδοσκοπίου (κολοσκόπιου).

Ο όρος "κολοσκόπηση" είναι εσφαλμένος.

Δεν θα αναφερθώ στο πώς μια καθαρά ελληνική λέξη που δανείστηκαν οι Αγγλοσάξονες από το πλουσιότατο ελληνικό λεξιλόγιο, εμείς την πήραμε πίσω αλλοιωμένη και την υιοθετήσαμε. Εξάλλου, το ίδιο ισχύει ευτυχώς σε όχι τόσο μεγάλο βαθμό με τη λέξη πολυπεκτομή (λάθος), από τη σωστή πολυποδεκτομή.

Θα παρακαλούσα λοιπόν τη Συντακτική Επιτροπή, μέσα από τις στήλες αυτού του νέου αξιόλογου περιοδικού, και το Δ.Σ της ΕΠ.Ε.Γ.Ε μέσα από την ιστοσελίδα της, να προωθήσουν επιτέλους με όποιο τρόπο νομίζουν, τη σωστή χρησιμοποίηση αυτών των λέξεων, κυρίως της κολοσκόπησης, για την εσφαλμένη χρήση της οποίας, πολλές φορές οι γαστρεντερολόγοι έχουν δεχθεί ακόμα και δημόσια τα ειρωνικά ή μερικές φορές χλευαστικά σχόλια αυτών που γνωρίζουν τη σωστή ετυμολογία της λέξης.

Ευχαριστώ για την δημοσίευση της επιστολής. Εύχομαι μακροήμερευση του νέου μας περιοδικού και καλό κουράγιο σε όλους σας. Πάντα στη διάθεσή σας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς
Δρ. Νίκος Τσ. Φρόνας
Γαστρεντερολόγος
ΡΟΔΟΣ

Αγαπητέ κε Φρόνα,

Θίγεται ένα θέμα το οποίο κάθε τόσο επανέρχεται στην επικαιρότητα και για το οποίο πιστεύουμε πως είναι πια καιρός να γίνει ουσιαστική συζήτηση. Γεγονός είναι πως θα πρέπει να καταλήξουμε στο σωστό όρο, ενδεχομένως και με τη βοήθεια ειδικών. Προκειμένου να ανοίξει η συζήτηση, παραθέτω το σχετικό λήμμα του Λεξικού της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, του Γ. Μπαμπινιώτη (Β' Έκδοση, Γ' Ανατύπωση 2006).

Κολονοσκόπηση (η): (κ. εσφαλμ. Κολοσκόπηση) /-ης & -ήσεως, /-ήσεις, -ήσεων. ΙΑΤΡ. Η εξέταση του παχέος εντέρου (κόλον) με ειδικό ενδοσκόπιο (ΕΤΥΜ. ελληνογενής ξεν. όρος, πβ. γαλλ. Coloscopie).

Με εκτίμηση,
Α. Ζερβακάκης

Πρόσωπο με Πρόσωπο

Προς τη Διεύθυνση Σύνταξης
Περιοδικού «Ενδοσκοπήσεις»
ΕΠΕΓΕ

Καλορίζικο λοιπόν το νέο περιοδικό της ΕΠΕΓΕ. Είναι όντως καλογραμμένο και με ενδιαφέροντα θέματα. Ας ευχηθούμε λοιπόν να συνεχίσει να εκδίδεται και να γίνει αγαπητό από όλους τους γαστρεντερολόγους και μη.

Ως νέος ιδιώτης γαστρεντερολόγος θα ήθελα να κάνω ορισμένες ερωτήσεις-προτάσεις προς την ΕΠΕΓΕ.

Χρόνια τώρα παρατηρώ να γίνονται από την ΕΓΕ-ΕΠΕΓΕ διάφορες χορηγίες για υποτροφίες κτλ.

Γιατί να μη δίνονται και χρηματικά βοηθήματα σε νέους γαστρεντερολόγους που θα ανοίξουν ιδιωτικό ιατρείο (με διάφορα κριτήρια ίσως: με βάση οικονομικής κατάστασης ενδιαφερόμενων και οικογένειάς τους και οι οποίοι θα συμμετέχουν σε κάποια κλήρωση ή και με άλλους τρόπους που θα είναι διαφανείς και όχι να λένε ότι ήταν εκ των προτέρων κανονισμένο).

Επειδή βλέπουμε να δίνονται υποτροφίες της τάξης των αρκετών χιλιάδων ευρώ.

Και αυτό γιατί έχω ακούσει ιδιώτες συναδέλφους να λένε: γιατί να πληρώσω συνδρομή στην ΕΓΕ-ΕΠΕΓΕ αφού δεν κάνει κάτι και για τους ιδιώτες.

Επίσης μήπως θα υπήρχαν τρόποι κάποιας μορφής σύμβασης-συμφωνίας με εταιρεία/ες του χώρου για καλύτερες τιμές αγοράς ενδοσκοπίων-πλυντηρίων και γενικά εξοπλισμού γαστρεντερολογικού ιατρείου και αναλωσίμων (απολυμαντικά κτλ.) μέσω της ΕΠΕΓΕ.

Γιατί εκτιμώ ότι και η τάδε εταιρεία θα έχει συμφέρον να ρίξει αρκετά τις τιμές αφού όλοι οι συνάδελφοι θα αγοράζουν από εκεί και αυτό επειδή όπως έχω ακούσει ότι λίγο-πολύ όλες οι εταιρείες που κινούνται στο χώρο είναι αξιόπιστες οπότε θα τίθεται θέμα προσφοράς μόνο.

Με εκτίμηση
ΠΑΣΣΑΣ ΘΩΜΑΣ
Πρέβεζα
passastom@yahoo.com

Αγαπητέ Συνάδελφε,

σας ευχαριστούμε για τα καλά σας λόγια. Πραγματικά θίγεται δύο ενδιαφέροντα θέματα. Όσον αφορά το πρώτο, δηλαδή την χορήγηση υποτροφιών, δυστυχώς τα οικονομικά της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. δεν της επιτρέπουν (τουλάχιστον προς το παρόν) να προχωρήσει σε χορηγίες ή υποτροφίες προς τους νέους συναδέλφους. Επίσης κάτι τέτοιο δεν προβλέπεται προς το παρόν από το καταστατικό μας.

Όσον αφορά τη δημιουργία συμβάσεων με τις εταιρείες, αυτό θα απαιτούσε ίσως την πρόσληψη ειδικού πραγματογνώμονα - διαπραγματευτή κάτι που επίσης δεν προβλέ-

πεται από το καταστατικό της Ένωσης. Ενδεικτικά επίσης σας αναφέρουμε ότι κατά το παρελθόν η ΕΠ.Ε.Γ.Ε., προσπάθησε να υπάρχουν στην ιστοσελίδα μας, οι κατάλογοι με τα προϊόντα όλων των εταιρειών που δραστηριοποιούνται στο χώρο μας (ενδοσκόπια, πλυντήρια και αναλώσιμα). Όμως ελάχιστες εταιρείες ανταποκρίθηκαν ενώ καμία δεν ήθελε να υπάρχει ο αντίστοιχος τιμοκατάλογος των υλικών.

Και πάλι ευχαριστούμε και καλό ξεκίνημα

Τάσος Αρμόνης

Η Γαστρεντερολογία



στο Διαδίκτυο

www.GastroHep.com

γράφει ο **Τάσος Αρμόνης**

Η ευρεία χρήση του διαδικτύου έχει αλλάξει ριζικά τον τρόπο ενημέρωσης και επικοινωνίας του ιατρικού κόσμου. Ο κάθε ιατρός με τη χρήση απλού υπολογιστή έχει σήμερα τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε πληθώρα βάσεων δεδομένων και ηλεκτρονικών βιβλιοθηκών. Η μεγάλη όμως ζήτηση των υπηρεσιών αυτών είχε σαν αποτέλεσμα πολλές από τις υπηρεσίες, που στην αρχή ήταν δωρεάν, να απαιτούν συνδρομές ικανού κόστους.

Η ΕΠ.Ε.Γ.Ε. με σκοπό να συμβάλει στις ανάγκες των μελών της για συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευση ολοκλήρωσε εδώ και λίγους μήνες την δωρεάν πρόσβαση για τα μέλη της μέσω της ιστοσελίδας της (www.epege.gr) στη βάση δεδομένων GastroHep.com. Επίσης έγιναν προσπάθειες σύνδεσης με την ηλεκτρονική βιβλιοθήκη Uptodate.com, κάτι όμως που δεν επιτεύχθηκε προς το παρόν, δεδομένου ότι με την ιστοσελίδα αυτή υποστηρίζονται μόνον οι ατομικές συνδρομές και όχι οι ομαδικές.

Το Gastrohep.com υποστηρίζεται από τον γνωστό εκδοτικό οίκο Blackwell και αποτελεί την ιστοσελίδα με τη μεγαλύτερη επισκεψιμότητα από τις υπάρχουσες με γαστρεντερολογικό ενδιαφέρον (σύμφωνα με τις μετρήσεις των εργαλείων αναζήτησης Yahoo και Google).

Στην ιστοσελίδα του Gastrohep.com η συνδρομή που επιτεύχθηκε μέσω

της ευγενικής χορηγίας της ELPEN, περιλαμβάνει

- Καθημερινή ενημέρωση που αφορά στιδήποτε νέο στο χώρο της γαστρεντερολογίας (άρθρα, συνέδρια κ.λπ.). Υπάρχει η δυνατότητα για το συνδρομητή, εφόσον το επι-

Η ΕΠ.Ε.Γ.Ε. με σκοπό να συμβάλει στις ανάγκες των μελών της για συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευση ολοκλήρωσε εδώ και λίγους μήνες την δωρεάν πρόσβαση για τα μέλη της μέσω της ιστοσελίδας της (www.epege.gr)

θυμεί να ενημερώνεται ηλεκτρονικά και με newsletter.

- Δωρεάν πρόσβαση σε ηλεκτρονικές εκδόσεις βιβλίων και περιοδικών που περιλαμβάνουν όλο το φάσμα τόσο της κλινικής Γαστρεντερολογίας αλλά και των ενδοσκοπικών τεχνικών (π.χ. Endoscopy Practice and Safety του P. Cotton, Colonoscopy των J. Wayne και C. Williams, Endoscopic Ultrasound

του I. Penman κ.ά.). Επίσης μέσω της συνδρομής προσφέρεται έκπτωση 15% σε πολλά από τα ιατρικά βιβλία του εκδοτικού οίκου Blackwell που θα παραγγέλνονται μέσω του διαδικτύου.

- Στην ενότητα Review articles θα βρείτε πλούσιο αρχείο εκτεταμένων ανασκοπήσεων (αυτή τη στιγμή 881 άρθρα) που έχουν ήδη δημοσιευθεί σε έγκυρα περιοδικά.
- Πολύ ενδιαφέροντα είναι και τα τμήματα με τις ενδοσκοπικές εικόνες (Slide Atlas και Endoscopic Archives).
- Οι στήλες με τις Video περιπτώσεις (κατεβάζονται γρήγορα και με απλή σύνδεση) και τα case reports ξεκίνησαν πρόσφατα αλλά εμπλουτίζονται συνεχώς.
- Υπάρχουν επίσης ενότητες για ενδοσκοπικά και κλινικά quiz καθώς και στήλη με κατευθυντήριες οδηγίες.

Συμπερασματικά, το GastroHep.com αποτελεί μια πλούσια ηλεκτρονική βάση δεδομένων με την οποία μπορεί να εξοικειωθεί εύκολα ο χρήστης έτσι ώστε να αποτελέσει καθημερινό εργαλείο δουλειάς αλλά και ευχάριστο διάλειμμα στην άσκηση της καθ' ημέρα κλινική πράξης.

Παρακαλούνται οι συνάδελφοι που δεν έχουν λάβει κωδικούς πρόσβασης να τους ζητήσουν στο e-mail: armonis@otenet.gr.

Αυτό το**προσέξατε;***Βιβλιογραφική Ενημέρωση**Επιμέλεια Σπύρος Γούλας*

Το Celecoxib είναι αποτελεσματικό στην πρόληψη ανάπτυξης μετάχρονων αδενωμάτων, αλλά η συστηματική του χορήγηση δεν συνιστάται

Celecoxib for the Prevention of Sporadic Colorectal Adenomas. Bertagnoli MM, Eagle CJ, Zauber AG et al. *New England Journal of Medicine* 2006;355:873-84.

Στη μελέτη αυτή, γνωστή με τα αρχικά APC (Adenoma Prevention with Celecoxib trial), ερευνάται αν η χρήση Celecoxib (εκλεκτικού αναστολέα της κυκλοοξυγονάσης -2) μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο μετάχρονων αδενωμάτων και αξιολογείται το προφίλ ασφαλείας του φαρμάκου.

Συμμετείχαν 91 κέντρα και εντάχθηκαν 2035 ασθενείς με αδενώματα, τα

οποία αφαιρέθηκαν ενδοσκοπικά πριν την έναρξη της μελέτης. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν και έλαβαν είτε placebo (679), ή Celecoxib 200 ή 400 mg δις ημερησίως (685 και 671 ασθενείς αντίστοιχα). Ποσοστό 30% των ασθενών και των 3 ομάδων ελάμβανε συγχρόνως και ασπιρίνη σε χαμηλή δόση. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κολonosκόπηση 1 και 3 έτη μετά. Τον τρίτο χρόνο η συχνότητα ανεύρεσης πολυπόδων ήταν 60,7% στην ομάδα placebo, 43% στην ομάδα που έλαβε 200x2 Celecoxib και 37,5% στην ομάδα 400x2. Δεν παρατηρήθηκε επι-

πλέον μείωση της συχνότητας στην ομάδα ασθενών που ελάμβανε και ασπιρίνη.

Διαπιστώθηκαν ωστόσο σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες σε ποσοστό 18,8%, 20,4% και 23% αντίστοιχα. Επιπλέον, το Celecoxib συγκρινόμενο με το εικονικό φάρμακο προκάλεσε συχνότερα καρδιαγγειακά συμβλήματα (σχετικός κίνδυνος 2,6 και 3,4 για τη χαμηλή και την υψηλή δόση αντίστοιχα) και για το λόγο αυτό η χορήγησή του δεν ενδείκνυται ως ρουτίνα σε ασθενείς με αδενώματα.

Το Celecoxib σε δόση 400 mg μειώνει σημαντικά τη συχνότητα αδενωμάτων τρία έτη μετά πολυποδεκτομή

Celecoxib for the Prevention of Colorectal Adenomatous Polyps Arber N, Eagle CJ, Spicak J et al. *New England Journal of Medicine* 2006;355:885-95.

Η μελέτη αυτή είναι γνωστή ως PreSAP (Prevention of Sporadic Adenomatous Polyps) και πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή 107 Κέντρων. Σκοπός ήταν η αξιολόγηση του COX-2 αναστολέα Celecoxib στην πρόληψη αδενωμάτων του πα-

χέος εντέρου. Περιελήφθησαν 1561 ασθενείς με αδενώματα τα οποία αφαιρέθηκαν ενδοσκοπικά. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, έλαβαν είτε placebo (628) ή Celecoxib 400 mg μία φορά ημερησίως (933) και υποβλήθηκαν σε κολonosκόπηση μετά ένα και τρία έτη. Μετά τρία έτη ανιχνεύθηκαν αδενώματα σε ποσοστό 33,6% στην ομάδα του φαρμάκου και 49,3% στην ομάδα placebo. Ο κίνδυνος για σοβαρά αδενώματα

ήταν 5,3% και 10,4% αντίστοιχα, ενώ σοβαρά καρδιαγγειακά συμβλήματα καταγράφηκαν στο 2,5% και 1,9% των ασθενών αντίστοιχα.

Στο ίδιο τεύχος του περιοδικού ακολουθεί ένα Editorial για τα οφέλη και τους κινδύνους από τη χορήγηση του φαρμάκου Celecoxib στους ασθενείς με εξαιρεθέντα αδενώματα παχέος εντέρου.

Σε ασθενείς με αδενώματα ο αυξημένος κίνδυνος καρδιαγγειακών συμβαμάτων από τη χρήση Celecoxib υπερβαίνει του όποιου οφέλους στην πρόληψη αδενωμάτων στο γενικό πληθυσμό

Risks and Benefits of Celecoxib to Prevent Recurrent Adenomas. Psaty B, Potter J. *New England Journal of Medicine* 2006;355:950-2.

Το Σεπτέμβριο του 2004 η αυξημένη συχνότητα καρδιαγγειακών συμβαμάτων που διαπιστώθηκε κατά τη διάρκεια μιας διπλής τυφλής μελέτης πρόληψης αδενωμάτων είχε ως αποτέλεσμα την πρώιμη διακοπή της και την απόσυρση του υπεύθυνου φαρμάκου Rofecoxib που ανήκει στην ομάδα των αναστολέων COX-2.

Παραπάνω αναφέρθηκαν τα αποτελέσματα των μελετών APC και PreSAP για την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου Celecoxib, ενός άλλου αναστολέα COX-2, στην πρόληψη μετάρχων αδενωμάτων σε ασθενείς με αδενώματα παχέος εντέρου που έχουν αφαιρεθεί ενδοσκοπικά καθώς και δεδομένα για την ασφάλεια του φαρμάκου. Οι δύο αυτές μελέτες πέ-

ραντου πολύ καλού σχεδιασμού είχαν πολλά κοινά σημεία (ηλικία ασθενών, κριτήρια αποκλεισμού, μέγεθος δείγματος κλπ) και ουσιαστικά διέφεραν μόνο στη δοσολογία του χορηγούμενου φαρμάκου (200mgx2, 400mgx2 και 400mgx1). Η σύγκριση γινόταν κάθε φορά με ομάδα placebo. Στη μελέτη συμμετείχαν ασθενείς στους οποίους είχε αφαιρεθεί αδένωμα και οι οποίοι υποβάλλοντο σε επαναληπτική κολονοσκόπηση μετά ένα και τρία έτη. Η χορήγηση Celecoxib είχε σαν αποτέλεσμα τη σαφή μείωση της συχνότητας μετάρχων αδενωμάτων έναντι της ομάδας placebo, κάτι ανάλογο με αυτό που συμβαίνει και με τη χορήγηση ΜΣΑΦ και ασπιρίνης. Και στις δύο μελέτες στην ομάδα που έλαβε το φάρμακο παρατηρήθηκε αυξημένη συχνότητα καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Ο σχετικός κίνδυνος

ήταν 2,6, 3,4 και 1,3 αντίστοιχα για τα 3 δοσολογικά σχήματα. Σε πρόσφατη μεταανάλυση ο κίνδυνος από τη χρήση του φαρμάκου ήταν διπλάσιος σε σχέση με τη λήψη εικονικού φαρμάκου. Τελικά η όποια απόφαση σχετικά με τη χρήση του φαρμάκου ως χημειοπροφυλακτικού σε ασθενείς με αδενώματα παχέος εντέρου θα προκύψει από τη συνεκτίμηση του σχετικού οφέλους από τη χορήγησή του έναντι του κόστους από καρδιαγγειακά συμβατάματα. Μέσα από ένα περίπλοκο μοντέλο (virtual clinical trial) οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι σε ασθενείς με αδενώματα ο αυξημένος κίνδυνος καρδιαγγειακών συμβαμάτων από τη χρήση Celecoxib υπερβαίνει του όποιου οφέλους. Συνεπώς το φάρμακο δεν έχει θέση στην πρόληψη αδενωμάτων στο γενικό πληθυσμό.

Αυτό το προσέξατε;

Η φυσιολογική γαστρική έκκριση είναι απαραίτητη για την ομαλή απορρόφηση τής από του στόματος χορηγούμενης θυροξίνης

Thyroxine in Goiter, Helicobacter pylori Infection, and Chronic Gastritis Centanni M, Gargano L, Canettieri G et al. *New England Journal of Medicine* 2006;354:1787-95.

Σε ασθενείς που λαμβάνουν φάρμακα που τροποποιούν τη γαστρική έκκριση έχει παρατηρηθεί μεταβολή στην απορρόφηση της θυροξίνης. Στη μελέτη αυτή διερευνάται το ενδεχόμενο να απαιτείται τροποποίηση της δόσης της θυροξίνης σε ευθυρεοειδικούς πάσχοντες από πολυοζώδη βρογχοκήλη που έχουν διαταραγμένη γαστρική έκκριση.

Από τους 248 ασθενείς με πολυοζώδη βρογχοκήλη, 53 είχαν Ηρ-γαστρίτιδα

και 60 ατροφική γαστρίτιδα σώματος-άντρου. Οι υπόλοιποι 135 χωρίς γαστρικές διαταραχές αποτέλεσαν την ομάδα αναφοράς.

Επίσης, προσδιορίστηκαν τα επίπεδα TSH 11 ασθενών που έπαιρναν θυροξίνη πριν και μετά λοίμωξη από Ηρ και 10 ασθενών με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) πριν και κατά τη διάρκεια θεραπείας με ομεπραζόλη.

Οι ημερήσιες ανάγκες σε θυροξίνη προκειμένου να επιτευχθούν χαμηλά επίπεδα TSH ήταν μεγαλύτερες (κατά 22-34%) σε ασθενείς με Ηρ γαστρίτιδα ή ατροφική γαστρίτιδα συγκριτικά με την ομάδα αναφοράς.

Επιπλέον, αύξηση των επιπέδων TSH διαπιστώθηκε τόσο στους 11 ασθενείς που μολύνθηκαν από Ηρ όσο και στους 10 ασθενείς με ΓΟΠ που έλαβαν ομεπραζόλη. Τα επίπεδα TSH αποκαταστάθηκαν σε όλους τους ασθενείς είτε μετά την εκρίζωση είτε μετά από αύξηση της ημερήσιας δόσης της θυροξίνης κατά 37%.

Συνεπώς, οι ευθυρεοειδικοί ασθενείς με πολυοζώδη βρογχοκήλη που έχουν μειωμένη έκκριση οξέος λόγω νόσου ή φαρμακευτικής αγωγής χρειάζονται αύξηση στην ημερήσια δόση θυροξίνης.

Συνέδρια**Η «AGENDA» του 2007...***επιμελείται η Νάγια Μμπομπότση*

2007 Gastrointestinal Cancers Symposium	January 19-21, 2007	Orlando, FL
Falk Research Workshop Morphogenesis and Cancerogenesis of the Liver	January 25-26, 2007	Göttingen (Germany)
2 ^η Εκπαιδευτική Δημερίδα (ΕΛΙΓΑΣΤ) Εξελίξεις στη Γαστρεντερολογία και Ηπατολογία	23-24 Φεβρουαρίου 2007	Μέγαρο Διεθνές Συνεδριακό Κέντρο Αθήνα
12^ο Ελληνικό Συνέδριο για το Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού	10 Μαρτίου, 2007	Πολεμικό Μουσείο, Αθήνα
13^η Ετήσια Δημερίδα στη Θεραπευτική Ενδοσκόπηση	23-24 Μαρτίου, 2007	Δώμα Θεραπευτηρίου «Ο Ευαγγελισμός»
Falk Symposium 158 Intestinal Inflammation and Colorectal Cancer	March 23-24, 2007	Sevilla (Spain)
EASL 2007 - The 42nd Annual Meeting	April 11-15, 2007	Barcelona (Spain)
The Society of the American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) Annual Scientific Session and Postgraduate Course	April 18-22, 2007	Paris Las Vegas Hotel and Casino, Las Vegas, NV
2007 Spring Meeting of the AHPBA (http://www.ahpba.org)	April 19-22, 2007	Bally's Las Vegas 3655 Las Vegas Blvd., South Las Vegas, NV 89109
2 ^η Ετήσια Γαστρεντερολογική Δημερίδα (Ε.Γ.Ε.- Δ.Π.Θ.) Εξελίξεις και Προοπτικές στη Γαστρεντερολογία	20-21 Απριλίου, 2007	Αλεξανδρούπολη
Falk Symposium 159 IBD 2007 - Achievement in Research and Clinical Practice	May 4-5, 2007	Istanbul (Turkey)
2007 Digestive Disease Week (www.ddw.org)	May 19-24, 2007	Washington DC
8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υπερηχογραφίας	1-3 Ιουνίου, 2007	Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών
Falk Symposium 160 Pathogenesis and Clinical Practice in Gastroenterology	June 15-16, 2007	Portoroz (Slovenia)
3rd International Congress on Gastrointestinal Oncology (Gi-oncology2007.conferences.gr)	June 14-16, 2007	Hersonissos Crete
Gastroenterology and Endotherapy European Workshop 25 th Anniversary	June 18-20, 2007	Brussels Exhibition Center, (Belgium)
27^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας	4-7 Οκτωβρίου, 2007	Λιμάνι Θεσσαλονίκης
Falk Symposium 161 II FALK GASTRO-CONFERENCE (Part II) Future Perspectives in Gastroenterology	October 11-12, 2007	Dresden (Germany)
UEGW - United European Gastroenterology Week http://www.uegw.org/	October 27-31, 2007	Paris

Καλλιτεχνικά



και άλλα

Το καλό Ελληνικό Θέατρο

από τη Λεία Βιτάλη*

Το θέατρο στην Ελλάδα ανθεί. Εδώ και αρκετά χρόνια ανεβαίνουν γύρω στις 200 παραστάσεις κάθε χρόνο και αρκετές από αυτές είναι αξιόλογες, αξιοπρεπείς, έως και πολύ καλές. Μερικές έχουν θεωρηθεί και αριστουργήματα. Το ελληνικό θέατρο διαθέτει πλέον πολύ σημαντικούς νέους ηθοποιούς, άξιους σκηνοθέτες και τα τελευταία χρόνια εξαιρετικά ελληνικά έργα. Σίγουρα το θέατρο είναι ιδιαίτερη ψυχαγωγία που οφείλεται στην αμεσότητα και στη δύναμη να παρασύρει τον θεατή στις σφαίρες της δικής του πραγματικότητας. Προσωπικά παρακολουθώ πολύ θέατρο. Σαν συγγραφέας ενδιαφέρομαι για το τι παίζεται και ποιες είναι οι νέες τάσεις. Έτσι θα σας προτείνω μερικά έργα που πιστεύω ότι είναι αξιόλογα. Καινούργια ή επαναλήψεις περσινών επιτυχιών, όπως το ξεκαρδιστικό **Όλος ο Σέξπιρ σε μια ώρα** του Ντ. Σίνγκερ σε σκηνοθεσία Κωνσταντίνου Αρβανιτάκη μ' έναν έξοχο Άκη Σακελλαρίου (Πόρτα) ή την ανατρεπτική κωμωδία **Άμλετ Β'** του Σαμ Μπόμπρικ σε σκηνοθεσία Βλαδίμηρου Κυριακίδη (Νέο Ριάλτο). Εξαιρετική παράσταση είναι επίσης ο **Μάρτυς κατηγορίας** της Αγκάθα Κρίστι σε ευφάνταστη σκηνοθεσία Αντώνη Καλογρίδη με πρωταγωνίστρια την Κάτια Δανδουλάκη (Θέατρο Κάτια Δανδουλάκη). Στις σκηνές ωστόσο κυριαρχεί το ελληνικό έργο που έχει αποδείξει πλέον ότι συναγωνίζεται το ξένο και πολλές φορές είναι ανώτερό του. Μεταξύ άλλων επαναλαμβάνεται το βραβευμένο **Γάλα** του Β. Κατσικονούρη σε σκηνοθεσία Νίκου Μαστοράκη με μια μοναδική Μάνια Παπαδημητρίου (Χώρα), ενώ **Οι επτά λογικές απαντήσεις** του Λεωνίδα Προυσαλίδη σε σκηνοθεσία του Αντώνη Αντύπα (Απλό Θέατρο) αγγίζουν το καυτό πρόβλημα των ναρκωτικών. Στη **Δέκατη έβδομη νύχτα** του Απόστολου Δοξιάδη μπλέκεται η ψυχολογία με τα μαθηματικά σε σκηνοθεσία Αντώνη Καφετζόπουλου με την πάντα εξαιρετική Σμαράγδα Σμυρναίου (Άνεσις). Διασκεδαστική έχει αποδειχτεί και η **Κατσαρίδα** του Βασίλη Μαυρογεωργίου σε σκηνοθεσία του ίδιου (Θέατρο Νέου Κόσμου). Μια από τις πολύ καλές ξένες επαναλήψεις είναι το σύγχρονο έργο του Λούκας Μπέρφους **Οι σεξουαλικές νευρώσεις των γονιών μας** σε σκηνοθεσία Βαγγέλη Θεοδωρόπουλου με τη βραβευμένη Κόρα Καρβούνη (Θέατρο Νέου Κόσμου). Επαναλαμβάνονται **Οι σκηνές από ένα γάμο** του Ίνγκμαρ Μπέργκμαν, ένα βαθύτατα ψυχολογικό σχόλιο πάνω στις σχέσεις, σε σκηνοθεσία Νικαίτης Κοντούρη με την Καριοφυλλιά Καραμπέτη και τον βραβευμένο Μηνά Χατζησάββα να κεντούν τους ρόλους τους (Προσκήνιο). Η επιθεώρηση, το μιούζικαλ και οι μουσικές παραστάσεις έχουν φέτος θαυμάσιες εκπροσωπήσεις. Ο Σταμάτης Φασουλής αναβιώνει καλές επιθεωρησιακές στιγμές με το έργο **Το τρέντυ... θα σφυρίξει**

τρεις φορές (Θέατρο Δημήτρης Χορν), ενώ η Μιμή Ντενίση πρωταγωνιστεί στο μιούζικαλ **Φάνυ γκερλ** της Ι. Λέναρτ σε φαντασμαγορική σκηνοθεσία του Γιάννη Κακλέα (Ιλίσια-Ντενίση). Ο Σταμάτης Κραουνάκης στην ολοκαίνουρια μουσική του παράσταση παρουσιάζει σε σκηνοθεσία δική του τις **Δουλάρες** με θέμα τη ζωή των δούλων (Αθηνάϊδα).

Οι πειραματισμοί είναι *must* στα θέατρα των ξένων χωρών. Μερικά ελληνικά προσπαθούν να συμπλεύσουν άλλοτε με επιτυχία άλλοτε όχι. Από τους επιτυχημένους πειραματισμούς της ελληνικής σκηνής φέτος είναι το έργο **Δάφνης και Χλόη- Ταξίδι αναψυχής**, δραματοποιημένο το ποιμενικό ειδύλλιο του 1^{ου} μ.Χ. αι. σε σκηνοθεσία του Λιθουανού Τ. Γκραουζίνιτς με τον πολύ καλό Δημήτρη Τάρλου (Πορεία). Υπάρχουν ακόμη και οι πειραματισμοί της Πειραματικής Σκηνής του Εθνικού Θεάτρου με το project **Δέκα Εντολές** του Στάθη Λιβαθινού και την άποψη περί αυτού 10 Ελλήνων σκηνοθετών (Από Μηχανής).

Το σύγχρονο θεατρικό έργο φέτος υπερτερεί του κλασικού στις ελληνικές σκηνές δίνοντάς μας τη δυνατότητα να γνωρίσουμε καινούριους συγγραφείς και διαφορετικές οπτικές πάνω στα καυτά θέματα των σύγχρονων κοινωνιών. Το **Μαυροπούλι** του Ντέιβιντ Χάρουσερ σε σκηνοθεσία Βίκυς Γεωργιάδου με τον πάντα ευαίσθητο Δημήτρη Καταλειφό -έργο που σκηνοθέτησε στο Λονδίνο μόλις πέρσι ο Πέτερ Στάιν- διαπραγματεύεται το καυτό θέμα της παιδοφιλίας (Απλό Θέατρο). Ενώ ο Τάκης Βουτέρης σκηνοθετεί και πρωταγωνιστεί δίνοντας τον καλύτερο εαυτό του στο έργο **Καυτός Πάγος** της Μπράιονι Λέιβερι που αναφέρεται σε μια περίπτωση κατά συρροή δολοφόνου και βιαστή ανηλίκων (Θέατρο Εξαρχείων). Με αρκετή επιτυχία επίσης παίζεται το **Festen**, που είχαμε δει παλιότερα στον κινηματογράφο -ένα έργο πραγματική γροθιά στο στομάχι που αναφέρεται στις κρυφές εγκληματικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια- διασκευασμένο από τον Ντέιβιντ Έλντριτζ σε σκηνοθεσία της Αλ. Δανέζη-Κνούτσεν με λαμπρούς πρωταγωνιστές, όπως ο Κωνσταντίνος Μαρκουλάκης και η Θέμις Μπαζάκα (Θέατρο Θησείο).

Η συμπρωτεύουσα έχει να επιδείξει αρκετές παραγωγές εξίσου αξιόλογες, όπως το ολόφρεσκο σύγχρονο έργο **Machinal** της Σόφι Τρέντγουελ σε σκηνοθεσία της Νικαίτης Κοντούρη στο «ΚΘΒΕ- Εταιρία Μακεδονικών Σπουδών» της Θεσσαλονίκης.

Και οι πρεμιέρες συνεχίζονται γιατί το καλό θέατρο έχει πάντα μια θέση στην ψυχαγωγία μας.

* Η Λεία Βιτάλη είναι συγγραφέας. Πρόσφατα κυκλοφόρησε το νέο της μυθιστόρημα «Ιερή Παγίδα» (Εκδόσεις Πατάκη), ενώ το βραβευμένο έργο της «Ροστμπίφ» παίζεται τώρα στο Δημοτικό Θέατρο Λάρνακας στην Κύπρο σε σκηνοθεσία Βαρνάβα Κυριαζή. (Θα την βρείτε και στο www.leiavitali.blogspot.com).