



Κλινικό Θέμα

Άλγος Δεξιού Υποχονδρίου και Φυσιολογικό Υπερηχοτομογράφημα

Ελεύθερη μετάφραση και επιμέλεια: Κων/νος Ι. Ζωγράφος

Κλινικό σενάριο

Γυναίκα 30 ετών προσέρχεται στο ιατρείο σας αναφέροντας από έτους, διαλείπων, διαξιφιστικό άλγος δεξιού υποχονδρίου, με ταυτόχρονη εμφάνιση ναυτίας και ενίοτε εμέτου. Η διάρκεια του πόνου ποικίλει από 30' έως 2 ώρες, αντανακλά στη δεξιά ωμική άρθρωση και δε συνδέεται με τις κενώσεις ή τη φυσική άσκηση. Σε επανειλημμένες επισκέψεις της ασθενούς στα επείγοντα περιστατικά, ο αιματολογικός έλεγχος (ηπατική βιοχημεία, αμυλάση κ.λπ.) καθώς και το υπερηχοτομογράφημα άνω κοιλίας ήταν φυσιολογικά. Πρόσφατη ενδοσκοπηση ανωτέρου πεπτικού δεν ανέδειξε παθολογία.

Το πρόβλημα

Φυσιολογικό υπερηχοτομογράφημα και αιματολογικός έλεγχος. Προέρχεται το άλγος από τα χοληφόρα; Ίσως πρόκειται για αλθιασική χολοκυστοπάθεια αφού αποκλεισθούν πρώτα το πεπτικό έλκος, η χοληδοχολιθίαση και μικρολιθίαση, οι νεοπλασίες χοληφόρων και παγκρέατος, το ευερέθιστο έντερο και το μυοσκελετικό άλγος.

Η παθοφυσιολογία της αλθιασικής χολοκυστοπάθειας δεν είναι πλήρως κατανοητή. Πιθανές θεωρίες είναι η παρεμπόδιση στη ροή της χολής από τη χοληδόχο κύστη, διαταραχές κινητικότητας αυτής, έλλειψη συντονισμού μεταξύ χοληδόχου κύστεως και σφιγκτήρα του Oddi και, τέλος, η σπλαγχνική υπερευαισθησία.

Διαταραχή κινητικότητας της χοληδόχου παρατηρείται μετά από εναπόθεση κρυστάλλων χοληστερόλης επί του τοιχώματός της, ασθενής ανταπόκριση στη χολοκυστοκινίνη (CCK) και, τέλος, συγγενείς ανωμαλίες αυτής. Ο ρόλος της σπλαγχνικής υπερευαισθησίας είναι εξίσου σημα-

ντικός, όπως και στις υπόλοιπες λειτουργικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος.

Η συμπτωματολογία

Προεξέχον σύμπτωμα στη δυσκινησία των χοληφόρων είναι το εντοπισμένο άλγος στο δεξίο υποχόνδριο. Τα χαρακτηριστικά του έχουν καθοριστεί από τα κριτήρια Ρώμης III. Ο πόνος είναι διαλείπων, αντανακλά στη δεξιά ωμική άρθρωση ή την πλάτη, συχνά συνοδεύεται από ναυτία ή έμετο και συνήθως είναι μεταγευματικός.

Ίκτερος ή πυρετός δεν υπάρχουν και η κλινική εξέταση είναι συνήθως χωρίς ευρήματα εκτός από κάποια ήπια ευαισθησία κατά την ψηλάφηση του δεξιού υποχονδρίου.

Διαγνωστική προσπέλαση

Διαγνωστικά εργαλεία πρώτης γραμμής, η γαστροσκόπηση, η MRCP, και το EUS με τη γνωστή ειδικότητα και ευαισθησία που τα διακρίνει.

Στο πρόσφατο παρελθόν μια σειρά δοκιμασιών μάς έδινε τη δυνατότητα εκτίμησης της συσπαστικής λειτουργίας της χοληδόχου κύστεως. Όπως η αναπαραγωγή πόνου μετά από χορήγηση CCK, η χολοκυστογραφία με CCK, η διενέργεια υπερηχοτομογραφήματος, και η μέτρηση του όγκου της χοληδόχου με παράλληλη χορήγηση CCK ή γεύματος. Παρόλα αυτά, η άμεση εξάρτηση του αποτελέσματος από τον εκτελούντα την εξέταση, καθώς και η χαμηλή ευαισθησία και ειδικότητα που διαθέτουν τις καθιστούν πλέον μη αξιόπιστες.

Η πλέον χρησιμοποιούμενη δοκιμασία για τη διάγνωση της αλθιασικής χολοκυστοπάθειας είναι το σπινθηρογράφημα χοληφόρων (^{99m}technetium- labeled hepatoinodiacetic



acid, ^{99m}HIDA). Το iminodiacetic acid προσλαμβάνεται από το ήπαρ και απεκκρίνεται με τη χολή. Το κλάσμα εξώθησης της χοληδόχου κύστης εκτιμάται μετά από χορήγηση CCK, ενώ ο βαθμός κένωσης εξαρτάται από τη δόση και το ρυθμό χορήγησης. Χαμηλό κλάσμα εξώθησης είναι ενδεικτικό δυσλειτουργίας. Ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν αναπαραγωγή των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας, και αυτό αποτελεί προγνωστικό στοιχείο για καλή ανταπόκριση στην πιθανή χολοκυστεκτομή. Όταν η HIDA επιβεβαιώσει τη δυσλειτουργία της χοληδόχου η χειρουργική αντιμετώπιση είναι πολύ πιθανή. Εκτιμάται, ότι τις δύο τελευταίες δεκαετίες η αύξηση του αριθμού των χολοκυστεκτομών ίσως οφείλεται στις αυξανόμενες θετικές δοκιμασίες. Αρκετές μελέτες προσπάθησαν να αναδείξουν τα πιθανά οφέλη μιας τέτοιας απόφασης εκ μέρους του θεράποντος ιατρού, αλλά η αναδρομικότητα των μελετών καθώς και ο μικρός αριθμός των συμμετεχόντων ασθενών καθιστά τα αποτελέσματά τους χαμηλής αξιοπιστίας. Όμως μια προοπτική μελέτη των Yap et al ξεκάθαρα υποστηρίζει τη χειρουργική αντιμετώπιση του προβλήματος. Ασθενείς με θετική HIDA για αλιθιασική χολοκυστοπάθεια (κλάσμα εξώθησης < 40%) διακρίθηκαν σε δυο υποομάδες, χειρουργηθέντες (n = 11) και μη (n = 10). Χρόνος παρακολούθησης 34 μήνες. Από την πρώτη ομάδα 10 είχαν πλήρη ύφεση συμπτωμάτων, και 1 μερική· εν αντιθέσει, **όλοι** οι ασθενείς της δεύτερης ομάδας παρέμειναν συμπτωματικοί, και 2 χειρουργήθηκαν.

Οι Ponsky και συνεργάτες σε μια μετα-ανάλυση 5 μελετών που αφορούσαν 274 ασθενείς με αλιθιασική χολοκυστοπάθεια (θετική HIDA) αξιολόγησαν τα οφέλη της χειρουργικής θεραπείας. Βελτίωση των συμπτωμάτων εμφάνισε το **98%** των χειρουργηθέντων εν αντιθέσει με το **32%** από την ομάδα εκείνων που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. Πλήρη ύφεση εμφάνισαν το **74%** και **8%** αντίστοιχα.

ΑΜΦΙΒΟΛΙΕΣ...

Παρά την ευρεία χρήση της χολοκυστογραφίας για τη διάγνωση της αλιθιασικής χολοκυστοπάθειας υπάρχουν αρκετά αδιευκρίνιστα σημεία για τη διαδικασία εκτέλεσης της δοκιμασίας τα οποία μειώνουν την αξιοπιστία της. Οι μετρήσεις του κλάσματος εξώθησης της χοληδόχου επηρεάζονται άμεσα από τη δόση, το ρυθμό και τη διάρκεια χορήγησης της CCK. Τυποποιημένος τρόπος διενέργειας της δοκιμασίας, κοινά αποδεκτός, δεν περιγράφεται. Οι κατευθυντήριες γραμμές της Εταιρείας Πυρηνικής Ιατρικής δεν αναφέρουν καμία συγκεκριμένη δόση ή διάρκεια χορήγησης της CCK. Στις οδηγίες χρήσης του εμπορικού προϊόντος Kinevac (sincalide), μια μορφή συνθετικής CCK, αναφέρονται τρεις διαφορετικοί τρόποι χορήγησης!!!

Ίσως η πιο αξιόπιστη διαδικασία είναι εκείνη την οποία περιγράφουν οι Krishnamurthy και συνεργάτες, κατά τους οποίους η χορήγηση είναι 3' σε διάστημα 30' και 60'.

Η απουσία, λοιπόν, προτύπου τρόπου εκτέλεσης της δοκιμασίας έχει σαν αποτέλεσμα τη μη κοινά αποδεκτή και ίσως τη λανθασμένη αξιολόγηση του αποτελέσματος. Οι περισσότερες δημοσιεύσεις για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων αναφέρουν παρουσία δυσλειτουργίας όταν το κλάσμα εξώθησης της χοληδόχου είναι <35-40%. Επίσης υπερσυσταλτικότητα της χοληδόχου (>85%) μπορεί να προκαλέσει αναπαραγωγή παρόμοιων συμπτωμάτων.

Η ειδικότητα της χολοκυστογραφίας για τη διάγνωση της δυσλειτουργίας της χοληδόχου δεν είναι 100%. Αρκετές άλλες νοσολογικές οντότητες όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η κύηση, η κοιλιοκάκη, καθώς και λήψη φαρμάκων (αναστολείς διαύλων ασβεστίου, οπιοειδή, αντιχολινεργικά) μπορούν να προκαλέσουν παρόμοια εικόνα.

ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ...

Παρά την "θετικά προσκείμενη" βιβλιογραφία ως προς τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα της χολοκυστεκτομής, υπάρχουν ακόμη αρκετά αναπάντητα ερωτήματα. Οι ασθενείς με δυσλειτουργία της χοληδόχου έχουν μερική και όχι πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων μετά το χειρουργείο. Οι λόγοι παραμένουν αδιευκρί-

νιστοι, αλλά πιθανότατα να υπάρχει άλλη γενεσιουργός αιτία ή η δυσλειτουργία της χοληδόχου να αποτελεί στοιχείο ενός πολυπαραγοντικού συνδρόμου. Υπάρχουν ανέκδοτες αναφορές ασθενών με φυσιολογική δοκιμασία HIDA οι οποίοι είχαν βελτίωση των συμπτωμάτων τους μετά τη χολοκυστεκτομή καθώς και αρκετές μελέτες οι οποίες αποκαλύπτουν παρόμοια ανταπόκριση μετά το χειρουργείο σε ασθενείς με ή χωρίς δυσλειτουργία της χοληδόχου! Δυστυχώς δεν υπάρχουν ακόμη ασφαλή προγνωστικά στοιχεία πιθανούς ανταποκρίσεις στη χολοκυστεκτομή ατόμων με επιβεβαιωμένη χολοκυστοπάθεια. Τέλος, φαίνεται ότι ο βαθμός μείωσης της συσπαστικής ικανότητας της χοληδόχου, εκτιμώμενος με τη δοκιμασία HIDA, δε συνδέεται απαραίτητα με καλύτερη βελτίωση των συμπτωμάτων μετά το χειρουργείο.

Η μακροχρόνια διατήρηση της ανταπόκρισης ίσως είναι ελλιπώς μελετημένη. Το χρονικό διάστημα μελέτης που αναφέρεται στις περισσότερες μελέτες, συμπεριλαμβανομένης και του Ponsky, ποικίλει από 9-30 μήνες. Μια μελέτη παιδιατρικών ασθενών, με χαμηλό κλάσμα εξώθησης, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε χολοκυστεκτομή, 1 μήνα μετά είχαν υψηλά ποσοστά ανταπόκρισης. Όμως



μετά από 2ετή παρακολούθηση τα ποσοστά των ασθενών οι οποίοι παρέμεναν ασυμπτωματικοί ήταν παρόμοια με εκείνα που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. Η φυσική εξέλιξη της δυσλειτουργίας της χοληδόχου παραμένει άγνωστη. Παρόλα αυτά σε μια μελέτη αναφέρεται ότι ασθενείς με επιβεβαιωμένη δυσλειτουργία (χαμηλό κλάσμα εξώθησης στη δοκιμασία HIDA), εάν υποβληθούν σε εκ νέου δοκιμασία μετά από μήνες ή χρόνια, η δυσλειτουργία παραμένει.

ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΦΙΓΚΤΗΡΑ ΤΟΥ ODDI

Η Δυσλειτουργία του Σφιγκτήρα του Oddi (ΔΣΟ) δυνητικά αποτελεί άλλη μια αιτία εμφάνισης άλγους στην περιοχή της άνω κοιλίας. Τυπικά εμφανίζεται μετά από χολοκυστεκτομή, εντοπίζεται στο δεξιό υποχόνδριο, έχοντας συνεχή ή κολλοκοιδή χαρακτήρα. Αρκετά είναι τα ερωτήματα τα οποία παραμένουν αναπάντητα, και αφορούν τη σχέση ΔΣΟ και δυσλειτουργίας της χοληδόχου: (1) εμφανίζεται η ΔΣΟ σε ασθενείς με άθικτη χοληδόχο κύστη (2) υπάρχει σχέση μεταξύ ΔΣΟ και δυσλειτουργίας της χοληδόχου και (3) ποιος είναι ο ρόλος της ΔΣΟ και της λανθάνουσας δυσλειτουργίας της χοληδόχου, στην αξιολόγηση και το χειρισμό ασθενών με άλγος δεξιού υποχονδρίου και φυσιολογικό υπερηχοτομογράφημα;

Υπάρχουν περιορισμένες αναφορές για τη συχνότητα εμφάνισης ΔΣΟ σε ασθενείς με άθικτη χοληδόχο. Παρόλα αυτά ΔΣΟ έχει πιστοποιηθεί στο 10% ασθενών με συμπτωματική χολολιθίαση και στο 50% σε ασθενείς με άλγος δεξιού υποχονδρίου και φυσιολογικό υπερηχοτομογράφημα. Παραμένει άγνωστο εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ υπερτονίας του Oddi και δυσλειτουργίας της χοληδόχου. Σε μια αναδρομική μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 81 ασθενείς με άλγος δεξιού υποχονδρίου και φυσιολογική χοληδόχο στο υπερηχοτομογράφημα υποβλήθηκαν σε μανομετρία του Oddi και σε δοκιμασία HIDA. Στους 41 ασθενείς με φυσιολογική HIDA το 57% είχαν ΔΣΟ, ενώ στους 40 με παθολογική HIDA 50% είχαν ΔΣΟ. Συμπερασματικά, σε αυτή την ομάδα των ασθενών, η ΔΣΟ και η δυσλειτουργία της χοληδόχου μπορεί να εμφανιστούν ταυτόχρονα ή ανεξάρτητα η μια από την άλλη.

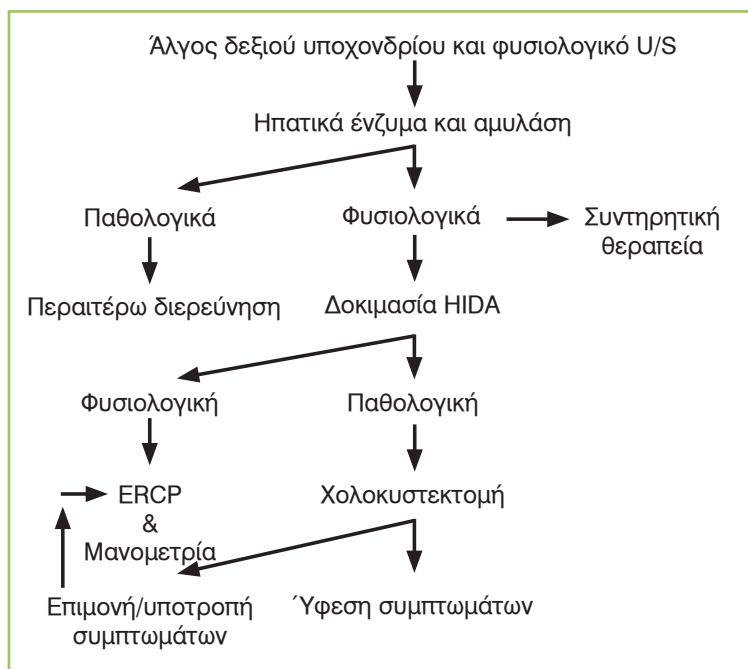
Ασθενείς με άλγος δεξιού υποχονδρίου, και, φυσιολογικό υπερηχοτομογράφημα, ηπατικά ένζυμα, αμυλάση και λιπάση δυνητικά μπορεί να εμφανίσουν ΔΣΟ. Αξιολογώντας έναν ασθενή χωρίς αντικειμενικά στοιχεία χολοπαγκρεατικής νόσου και με ακέραια τη χοληδόχο κύστη, το ερώτημα που γεννάται είναι κατά πόσον η διαγνωστική/θεραπευτική προσέγγιση θα είναι συντηρητική ή θα πρέπει να προχωρήσουμε σε περαιτέρω διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα επεμβατικού χαρακτήρα. Η διάγνωση δυσλειτουργίας της χοληδό-

χου γίνεται βάσει του αποτελέσματος της αναίμακτης HIDA. Επομένως, σε ασθενή με ακέραια χοληδόχο, η διάγνωση της αλθιασικής χολοκυστοπάθειας προηγείται της ΔΣΟ, θέτοντας έτσι την απόφαση διενέργειας ERCP και παράλληλης μανομετρίας (εξετάσεις υψηλής επικινδυνότητας) σε δεύτερο χρόνο. Ακόμη και σε κέντρα αναφοράς, ο κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών (λοιμώξεις, αιμορραγία, διάτρηση, παγκρεατίτιδα) με συνοδό νοσηλεία, μετά από διενέργεια ERCP/ μανομετρίας ανέρχεται σε 10-15%. Περιορισμένες αναφορές, αναδρομικού υλικού, που αφορούν τα αποτελέσματα σφιγκτηροτομής σε ασθενείς με ΔΣΟ, περιγράφουν ύφεση του άλγους σε ποσοστά 40-70%.

Σε ασθενή με φυσιολογικό κλάσμα εξώθησης χοληδόχου κύστης, μετά από δοκιμασία HIDA, η απόφαση της εμπειρικής χολοκυστεκτομής ή της ERCP, θα πρέπει να λαμβάνεται μετά από λεπτομερή ενημέρωση του ασθενούς για τους κινδύνους και τα οφέλη αυτών.

ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ

Η διάσκεψη Ρώμης III περιγράφει και αποσαφηνίζει τα διαγνωστικά κριτήρια για τις λειτουργικές διαταραχές της χοληδόχου, αλλά δεν προβλέπει σε κατευθυντήριες γραμμές για το χειρισμό αυτών των ασθενών. Η Εταιρεία Χειρουργικής Πεπτικού Συστήματος, στις κατευθυντήριες γραμμές που ανακοίνωσε το 2006 για τη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με χολολιθίαση ή χολοκυστοπάθεια, συστήνει χολοκυστεκτομή σε ασθενείς με υποτροπιάζοντα επεισόδια άλγους προέλευσης χοληφόρων, επιβεβαιωμένη με χολοκυστογραφία, οριοθετώντας παθολογικό κλάσμα εξώθησης χοληδόχου <30%. ■



Αλγόριθμος διαγνωστικής προσέλασης άλγους δεξιού υποχονδρίου
(Πηγή: Clin Gastroenterol Hepatol 2008 AGA Institute)



Άρθρο Σύνταξης

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Γεγονός είναι ότι η ΕΠΕΓΕ, παρά τις συνεχείς ενοχλήσεις τα τελευταία χρόνια προς τα αρμόδια όργανα (Υπουργείο Υγείας, ΚΕΣΥ κ.λπ.), δεν κατάφερε να βοηθήσει στην αναπροσαρμογή των ταμιακών τιμών των ενδοσκοπικών πράξεων. Κατά συνέπεια, οι ισχύουσες τιμές είναι αυτές που διαμορφώθηκαν προ 15ετίας και οι οποίες σήμερα δεν εξασφαλίζουν ούτε τα αναλώσιμα που απαιτούνται για τη διενέργεια μιας ασφαλούς και ανώδυνης ενδοσκόπησης.

Λογικό είναι σε περιόδους γενικότερης οικονομικής κρίσης να μην προβάλλονται περαιτέρω οικονομικά αιτήματα και διεκδικήσεις για ανακοστολογήσεις και αυξήσεις. Πόσοι όμως από τους συναδέλφους θα καταφέρουν να συνεχίσουν να έχουν συμβάσεις με κρατικά ασφαλιστικά ταμεία, όταν οι απαράδεκτα χαμηλές ταμειακές τιμές συνοδεύονται από την πρωτόγνωρη καθυστέρηση στην εξόφληση των υποχρεώσεων των ταμείων προς τους συμβεβλημένους ιατρούς (βλέπε ΟΠΑΔ).

Εξαιρετικά ανησυχητική είναι όμως και η διαμορφούμενη κατάσταση στο χώρο των Ιδιωτικών Ασφαλειών. Πρόσφατα καταγγέλλθηκε στην ΕΠΕΓΕ, ότι ζητήθηκε από συναδέλφους που εργάζονται σε Ιδιωτικό Νοσοκομείο να ενδοσκοπούν ασφαλισμένους συγκεκριμένης Ιδιωτικής Ασφαλιστικής Εταιρείας για το ποσό των 12 ευρώ ανά ενδοσκόπηση. Το γεγονός ότι οι συγκεκριμένοι συνάδελφοι αρνήθηκαν να συνεργαστούν, δεν σημαίνει ότι οι φορείς αυτοί δεν θα βρουν ανταπόκριση σε άλλους συναδέλφους, εκμεταλλευόμενοι την αγορά των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας, που κύριο χαρακτηριστικό της έχει τον πληθωρισμό και την ανεργία των νέων ιατρών. Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι σε άλλο Ιδιωτικό Νοσοκομείο, όταν συνάδελφος ενδοσκοπεί ασθενή με συγκεκριμένη Ιδιωτική Ασφάλεια και εκτελεί δύο διαφορετικές ενδοσκοπικές πράξεις πληρώνεται μόνο για την μία. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι πολλές φορές η αμοιβή του ενδοσκόπου για γαστροσκόπηση και κολονοσκόπηση ανέρχεται στο ποσό των 30 ευρώ.

Και βέβαια οι περισσότεροι θα συμφωνούν ότι όταν διεκδικούμε καλύτερες τιμές από τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία δεν είναι δυνατόν να δεχόμαστε τις εξευτελιστικές τιμές των Ιδιωτικών Ασφαλειών, οι οποίες τελικά και μικρότερο όγκο δουλειάς προσφέρουν αλλά, το σημαντικότερο, καλύπτουν ασθενείς με υψηλές απαιτήσεις για παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Είναι γνωστό ότι οι ασφαλισμένοι σε Ιδιωτικές Ασφάλειες πληρώνουν σημαντικά ποσά γιατί πιστεύουν ότι έτσι μπορούν και εξασφαλίζουν καλύτερες συνθήκες εξετάσεων και νοσηλείας από ό,τι πιθανόν θα μπορούσαν να τους προσφέρουν κάποια Δημόσια Νοσοκομεία.

Αγαπητοί Συνάδελφοι, η διαπραγμάτευση για καλύτερες συνθήκες συνεργασίας για μεν τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία ανήκει σίγουρα στους συνδικαλιστικούς μας φορείς. Όταν πρόκειται όμως για Ιδιωτικές Ασφάλειες, το να εφαρμόζει κανείς τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς, δεχόμενος χαμηλές αποδοχές, με το σκεπτικό ότι «ας συμβληθώ γιατί εάν δεν το κάνω εγώ θα το κάνει κάποιος ανταγωνιστής μου», θα έχει συνέπειες για όλους μας. Στο θέμα αυτό η στάση όλων μας πρέπει να είναι ενιαία μη δεχόμενη συζήτηση για τέτοιου είδους συνεργασίες. Και γιατί όχι, πολλές φορές να ενημερώνουμε προσωπικά τους ασφαλισμένους των Ιδιωτικών Ασφαλειών, τι πληρώνουν αυτές για τους ασφαλισμένους τους, έτσι ώστε να τους εξασφαλίζουν ασφαλείς συνθήκες εξετάσεων και νοσηλείας. Κάτι τέτοιο πιθανόν να το πράξει και η ΕΠΕΓΕ μέσα από τα Μαζικά Μέσα Επικοινωνίας στο προσεχές μέλλον.

Τάσος Αρμόνης





Νέα και Επίκαιρα

Ενημέρωση από το ΔΣ

γράφουν οι Νάγια Μπομπότση και Απόστολος Νταϊλιάνας

Αμοιβές Ενδοσκοπικών Πράξεων

Η διαμόρφωση των αμοιβών των γαστρεντερολογικών ενδοσκοπικών πράξεων στους ασθενείς των δημοσίων ταμείων, αλλά και στους μη ταμειακούς ασθενείς που καλύπτονται ή όχι από ιδιωτική ασφάλεια, αποτελεί προφανώς ένα κεντρικό μέλημα της Επαγγελματικής Ένωσης και αντικείμενο συζήτησης στα πλαίσια των συνεδριάσεων του ΔΣ.

Οι τιμές του Δημοσίου παραμένουν στα επίπεδα που ορίστηκαν με απόφαση του Υφυπουργού Ν. Αναστασάπουλου το 1993. Προ Ζετίας, το προηγούμενο ΔΣ της ΕΠΕΓΕ, υπέβαλε σε επιτροπή του ΟΠΑΔ, που δημιουργήθηκε με στόχο τις αναπροσαρμογές των τιμών των πράξεων που αφορούν σε κάθε επιμέρους ειδικότητα, ένα πλήρη κατάλογο με αναθεωρημένες τιμές όλων των ενδοσκοπικών πράξεων, εξασφαλίζοντας και τη σύμφωνη γνώμη του εισηγητή για την ειδικότητα της γαστρεντερολογίας. Το έργο της επιτροπής αυτής όμως δεν ολοκληρώθηκε ποτέ. Προ 6μήνου, με δεδομένη την πρόθεση του Υπουργείου να τιμολογήσει μόνο νέες εξετάσεις, στάλθηκε στο ΚΕΣΥ επιστολή για ορισμό των τιμών της ψηφιακής βιντεογαστροσκόπησης και βιντεοκολονοσκόπησης. Το θέμα αυτό δεν έχει συζητηθεί ακόμη στο ΚΕΣΥ. Μετά όμως από συζητήσεις με μέλη μας που έχουν επισημάνει την απουσία τιμολόγησης κάποιων κοινών πρά-

ξεων όπως «ο έλεγχος του τελικού ειλεού» ή «ο έλεγχος για ελικοβακτηρίδιο με CLO test» αποφασίστηκε, στην τελευταία συνεδρίαση του ΔΣ, να αποσταλεί στο ΚΕΣΥ και στο Υπουργείο ένας πλήρης κατάλογος όλων των ενδοσκοπικών πράξεων με νέες τιμές. Δεν έχουμε αυταπάτες· σε μια περίοδο οικονομικής κρίσης η οποιαδήποτε αναπροσαρμογή των τιμών του Δημοσίου φαίνεται εξαιρετικά απίθανη, όμως οι καιροί αλλάζουν και οι προτάσεις μας πρέπει να είναι εκεί, περιμένοντας την κατάλληλη χρονική στιγμή να προωθηθούν.

Ο καθένας μας όμως από την πλευρά του πρέπει να αναλογισθεί το μερίδιο των ευθυνών του στη διαμόρφωση του μέλλοντος των νέων γαστρεντερολόγων στον τόπο μας

Και ενώ το κράτος δεν φαίνεται να ενδιαφέρεται να αποκαταστήσει τις πραγματικές τιμές των ιατρικών πράξεων και να εξορθολογίσει τις αμοιβές των γιατρών αλλά και τα έσοδα των Νοσοκομείων, θεωρώντας ότι έτσι προστατεύει τα οικονομικά των δημοσίων ταμείων, οι μη ταμειακές αμοιβές των ελευθεροεπαγγελματιών συρρικνώνονται από τις ασφαλιστικές εταιρίες και από τον αθέμιτο ανταγωνισμό που σχετίζεται με τον πληθωρι-

σμό σε ελευθεροεπαγγελματίες γαστρεντερολόγους. Δυστυχώς η Επαγγελματική Ένωση δεν μπορεί να επιβάλει κατώτατο όριο αμοιβών για την κάθε πράξη, καθώς αυτό αντίκειται στη νομοθεσία και η επιτροπή ελεύθερου ανταγωνισμού οδήγησε, στην ανάλογη περίπτωση, το σύλλογο των οδοντιάτρων στο δικαστήριο. Προ Ζετίας όμως,



μετά από καταγγελίες συναδέλφων για υπερβολικά χαμηλές τιμές που ευτελίζουν τη δουλειά μας, στάλθηκε επιστολή στα μέλη μας με «προτεινόμενες τιμές». Τελευταία, η προσπάθεια ασφαλιστικών εταιριών, σε συνεργασία με Ιδιωτικά Νοσοκομεία ή Διαγνωστικά Κέντρα, να διατηρήσουν ή να αυξήσουν τα κέρδη τους μέσω συμφωνιών τύπου «capitation», και η τραγική μείωση των τιμών των ενδοσκοπικών πράξεων είναι πρωτοφανής. Η εργασία μας απαιτεί υψηλή εξειδίκευση και συνοδεύεται από κινδύνους. Οι οικονομικές δυσχέρειες και ο ανταγωνισμός

στην εποχή μας αυξάνονται. Ο καθένας μας όμως από την πλευρά του πρέπει να αναλογισθεί το μερίδιο των ευθυνών του στη διαμόρφωση του μέλλοντος των νέων γαστρεντερολόγων στον τόπο μας. Η Επαγγελματική Ένωση θα ετοιμάσει κατάλογο αμοιβών για ιατρικές πράξεις που διενεργούνται σε χώρους που προσφέρουν την υποδομή, όπως τα ιδιωτικά νοσοκομεία και τα μεγάλα διαγνωστικά κέντρα, και προτίθεται να τον υποβάλει σε μεγάλες ασφαλιστικές εταιρίες.

Εργασίες Διαιτηρικής Επιτροπής Πρόληψης του Καρκίνου του Παχέος Εντέρου

Οι εργασίες της Διαιτηρικής Επιτροπής Πρόληψης του Καρκίνου του Παχέος Εντέρου συνεχίζονται με μηνιαίες συναντήσεις των μελών της επιτροπής. Οι δραστηριότητες της επικεντρώνονται στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού, αλλά και των γιατρών άλλων ειδικοτήτων. Δημιουργήθηκε, λοιπόν, το ενημερωτικό έντυπο που θεωρούμε ότι είναι απαραίτητο να υπάρχει στο χώρο αναμονής των γαστρεντερολογικών ιατρείων ελευθεροεπαγγελματιών ή στα Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία. Το έντυπο, που φέρει στο εξώφυλλο σαν έμβλημα τον «εντερούλη», μια φιλική φιγούρα, που έχει σαν στόχο να μη τρομοκρατήσει, αλλά να προκαλέσει το ενδιαφέρον του αναγνώστη, μπορεί να το προμηθευτεί κάθε γαστρεντερολόγος, στις πόσότητες που κρίνει ότι τού χρειάζονται για τους ασθενείς του, από τη γραμματέα της ΕΓΕ και της ΕΠΕΓΕ κ. Μαρία Γεναδοπούλου. Σύντομα ελπίζουμε ότι θα μπορείτε και να το εκτυπώνετε από την υπό ανανέωση ιστοσελίδα της ΕΠΕΓΕ.

Στα πλαίσια της ενημέρωσης του κοινού πραγματοποιήθηκαν ήδη πετυχημένες εκδηλώσεις στη Θεσσαλονίκη και στο Μεσολόγγι. Ένας ακόμη στόχος της επιτροπής ήταν να επιλεγεί ένας συγκεκριμένος πληθυσμός, στον οποίο να εφαρμοσθεί ένα πρόγραμμα πρόληψης καρκίνου παχέος εντέρου, ώστε να μελετηθεί η συμμόρφωση του κοινού και η αποτελεσματικότητά του. Με πρωτοβουλία του ΕΛΙΓΑΣΤ ξεκίνησε ένα φιλόδοξο πιλοτικό πρόγραμμα ελέγχου με προληπτική κολονοσκόπηση του πληθυσμού των Φαρσάλων. Η στοχευμένη καμπάνια στην περιοχή και η αξιολόγηση των στοιχείων που θα προκύψουν

στα πλαίσια της μελέτης που ονομάστηκε «Πάτροκλος», θα χρησιμοποιηθούν σαν οδηγός σε επίπεδο εθνικού προγράμματος πρόληψης.

Ενημέρωση του κοινού όμως δεν νοείται χωρίς τη συνδρομή των ΜΜΕ και κυρίως της τηλεόρασης. Η επιτροπή, συνεργαζόμενη με διαφημιστικό γραφείο, ετοίμασε τηλεοπτικό spot που, την ώρα που γράφονται αυτές οι γραμμές, προωθείται στο Εθνικό Συμβούλιο Ραδιοτηλεόρασης για έγκριση, με στόχο να προβληθεί ως κοινωνικό μήνυμα. Η επιτροπή αποφάσισε καταρχήν να μην επιλέξει την

εντατική προβολή του σε ώρες αιχμής, αφού και το κόστος είναι πολύ υψηλό, αλλά και αβεβαιότητα υπάρχει ως προς την αύξηση του αριθμού των κολονοσκοπήσεων, που ένα μέρος τους θα επιβαρύνει το έργο που επιτελείται στα Νοσοκομεία. Γιατί, ενώ θεωρείται δεδομένο πως το βάρος της προληπτικής κολονοσκόπησης θα πρέπει να πέσει στους ελευθεροεπαγγελματίες, πολλοί υποψήφιοι προς έλεγχο για διάφορους λόγους (οικονομικούς, προσωπικής επιλογής κ.λπ.) θα επιβαρύνουν αναγκαστικά το ήδη υπερφορτωμένο πρό-

γραμμα των Δημόσιων Νοσοκομείων. Η εμπειρία που θα αποκτηθεί από αυτή την πρώτη τηλεοπτική επαφή με το κοινό θα μας καθοδηγήσει στον τρόπο προώθησης της πρόληψης και οργάνωσης του επιπρόσθετου όγκου εργασίας στο μέλλον.

Το επόμενο βήμα της επιτροπής θα είναι πιθανότατα η δημιουργία ενημερωτικής ταινίας για προβολή από τα τηλεοπτικά κανάλια της περιφέρειας. Και βέβαια εκκρεμεί η εμπλοκή της πολιτείας στις προσπάθειές μας...

Οι δραστηριότητες της διαιτηρικής επιτροπής πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου επικεντρώνονται στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού, αλλά και των γιατρών άλλων ειδικοτήτων

Επικοινωνούμε**Επικοινωνούμε**

Επικοινωνούμε

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Κρίνω σκόπιμη ή - καλύτερα - επιβεβλημένη την επικοινωνία μας αυτή προκειμένου να ευαισθητοποιηθούμε για ένα θέμα που αφορά όλους τους ιδιώτες συνάδελφους. Το συζητάμε πολλές φορές μεταξύ μας, αλλά ποτέ δεν έχουμε αναλάβει κάποια συγκεκριμένη και συντονισμένη δράση. Νομίζω όμως πως έφτασε η ώρα, ειδικά στην περίοδο οικονομικής κρίσης που διανύουμε.

Αναφέρομαι, φυσικά, στην αυθαιρεσία των εταιρειών που μας προμηθεύουν (ενδοσκόπια, αναλώσιμα κ.λπ.) ή αναλαμβάνουν το service του εξοπλισμού μας. Μια μικρή έρευνα αγοράς είναι αρκετή για να επιβεβαιώσει ότι πολύ συχνά είμαστε θύματα είτε εκβιασμού (όπου υπάρχει μονοπώλιο), είτε εναρμονισμένων πρακτικών (όπου υπάρχει ολιγοπώλιο), είτε του ίδιου μας του εαυτού (που δεν κάθεται να πολυψάξει όταν κάνει μια αγορά).

Αφορμή για την επιστολή μου στάθηκαν δυο πρόσφατα περιστατικά που θα σας αναφέρω. Κυριολεκτικά, αισθάνομαι ότι «το ποτήρι ξεχείλισε».

Στις αρχές Μαρτίου 2009 το πλυντήριο ενδοσκοπίων του ιατρείου μου υπέστη βλάβη και αναγκάστηκα να χρησιμοποιήσω διάλυμα Sekusept για λίγες ημέρες. Ζήτησα λοιπόν από την εταιρεία που συνεργάζομαι και μου έχει προμηθεύσει σχεδόν όλο τον εξοπλισμό του ιατρείου μου να μου στείλει Sekusept. Επειδή δεν υπήρχε άμεσα διαθέσιμο και θα καθυστερούσε, απευθύνθηκα σε μια νέα εταιρεία αναλωσίμων υλικών η οποία και μου το έστειλε άμεσα. Μετά από λίγες ημέρες παρέλαβα το διάλυμα και από την πρώτη εταιρεία. Ξέρετε πόσο με χρέωσαν; 20 ευρώ/λίτρο η νέα εταιρεία και 52,5 ευρώ/λίτρο η παλιά!!!! Αν αυτό δεν είναι ληστεία, τότε τι είναι; Αισχροκέρδεια, μήπως;

Τη Μ. Τετάρτη του 2009 υπέστη βλάβη ο υπολογιστής του ιατρείου και θεώρησα σκόπιμο να εγκαταστήσω έναν καινούριο, ο οποίος είχε Windows Vista σε αντίθεση με τον παλιό που είχε τα Windows XP. Το αποτέλεσμα ήταν να μην λειτουργεί το πρόγραμμα ψηφιακής αρχειοθέτησης των φωτογραφιών των ενδοσκοπήσεων στο καινούριο περιβάλλον. Επικοινωνήσα με τον πωλητή της προμηθεύτριας εταιρείας, ο οποίος μου είπε ότι χρειάζεται η εγκατάσταση ενός οδηγού (driver) ώστε να ενεργοποιηθεί το κλειδί του προγράμματος στο νέο περιβάλλον. Με παρέπεμψε στην εταιρεία διότι ο ίδιος απουσίαζε. Αποτέλεσμα; Η εταιρεία μου έστειλε προσφορά για τη νέα έκδοση του προγράμματος και ζητούσε - φυσικά - 357 ευρώ. Για ένα πρόγραμμα που ήδη έχω πληρώσει δυο φορές (αρχική έκδοση και αναβάθμιση) και για κάτι που οι αξιόπιστες εταιρείες (ιδιαιτέρως αυτές που λένε ότι έχουν ISO) το παρέχουν δωρεάν στους πελάτες τους μέσω του Internet. Για εμένα ήταν βέβαια πιο εύκολο και οικονομικό να εγκαταστήσω πάλι τα Windows XP αντί για τα Vista. Αλλά, τι συμπέρασμα να βγάλω γι' αυτούς;

Πρόσφατα έκανα μια βόλτα στη Medic-εχρη όπου πάντα μπορείς να δεις κάτι χρήσιμο. Διαπίστωσα ότι οι τιμές των αναλωσίμων που πληρώνω σε τοπικούς προμηθευτές είναι τουλάχιστον κατά 50% αυξημένες συγκριτικά με αυτές που μπορώ να βρω αν απευθυνθώ ο ίδιος στις εταιρείες παραγωγής και διανομής τους. Π.χ., βρήκα συσκευασία 100 ελαστικών γαντιών με 2,50 ευρώ και 3,30 ευρώ, αντί για 5 ευρώ που πληρώνω στον τοπικό προμηθευτή.

Οι «εποχές των παχιών αγελάδων» έχουν περάσει πια. **Και - επειδή είναι αδύνατο να αυξηθούν οι τιμές των ενδοσκοπήσεων - οφείλουμε να μειώσουμε το κόστος λειτουργίας μας. Όχι σε βάρος της ποιότητας, αλλά σε βάρος αυτών που αισχροκερδούν στην πλάτη μας.** Η ώρα για συντονισμένη δράση έχει φτάσει. Με οδηγό την ΕΠΕΓΕ πρέπει να γίνει μια αρχή...

Ευχαριστώ για τη φιλοξενία
Παναγιώτης Καραβίτης
Σπάρτη
e-mail: pkaravit@otenet.gr



Νέα από τη



Φαρμακοβιομηχανία

Νέα από τη Φαρμακοβιομηχανία

Δελτίο Τύπου

Φαρμακευτική εταιρεία! Galenica

Νέα επιστημονικά δεδομένα ανατρέπουν όσα γνωρίζαμε για την αντιμετώπιση της Οξείας Γαστρεντερίτιδας στα παιδιά

20-22 Μαρτίου 2009

Στην Αλεξανδρούπολη στις 20 με 22 Μαρτίου 2009 και υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης και του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, καθώς επίσης και με τη συνεργασία της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, διεξήχθη το 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Κολλεγίου Παιδιάτρων. Κατά τη διάρκεια του οι Έλληνες Παιδιάτροι ενημερώθηκαν για τις τελευταίες εξελίξεις στην πρόληψη, τη διάγνωση και θεραπεία σειράς παιδικών και εφηβικών παθήσεων, όπως αυτές διαμορφώνονται στην Παιδιατρική.

Παράλληλα, ανακοινώθηκαν και οι νέες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας Ηπατολογίας και Διατροφής (ESPGHAN) που ισχύουν για την αντιμετώπιση της Οξείας Γαστρεντερίτιδας σε βρέφη και παιδιά. Όπως αποδεικνύουν οι στατιστικές και οι νεότερες έρευνες, η Οξεία Γαστρεντερίτιδα αποτελεί μείζον πρόβλημα υγείας, αφού όλα τα παιδιά αναμένεται να εμφανίσουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο γαστρεντερίτιδας μέχρι την ηλικία των 3 ετών.

Επισημάνθηκε, δε, πως η αντιμετώπιση της Οξείας Γαστρεντερίτιδας πρέπει να είναι άμεση, διότι στην περίπτωση που δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, τότε προκαλεί αφυδάτωση με συνέπεια την αύξηση των εισαγωγών ασθενών στο νοσοκομείο.

Σήμερα οι γιατροί έχουν νέες θεραπευτικές επιλογές για την άμεση αντιμετώπισή της καθώς σε πανευρωπαϊκό επίπεδο έχουν διαμορφωθεί ειδικές οδηγίες και συστάσεις με σκοπό τη γρήγορη αποκατάσταση.

Τις νέες αυτές οδηγίες που αφορούν στις τρέχουσες συστάσεις για τη διατροφή στην Οξεία Γαστρεντερίτιδα ανέλυσε η Παιδογαστρεντερολόγος, Καθηγήτρια Κλινικής Διατροφής και Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας Ηπατολογίας και Διατροφής, Θωμάη Καραγκιόζογλου, η οποία επεσήμανε πως οι πρόσφατες οδηγίες αποτελούν ένα χρήσιμο εργαλείο για τους παιδίατρους και αναμένεται ότι θα συμβάλουν κα-

θοριστικά στην αντιμετώπιση και θα περιορίσουν στο ελάχιστο τις επιπτώσεις της Οξείας Γαστρεντερίτιδας.

Ο Παιδίατρος Δημ. Αδαμίδης, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών και Αναπληρωτής Διευθυντής Παιδιατρικής Κλινικής Νοσοκομείου Ξάνθης, μίλησε για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της Οξείας Γαστρεντερίτιδας, επισημαίνοντας πως μέχρι σήμερα δεν συστήνονταν φάρμακα για τη διάρροια κατάλληλα για βρέφη και παιδιά.

Από τις έως τώρα υπάρχουσες θεραπευτικές παρεμβάσεις, τα γνωστά μας διαλύματα ενυδάτωσης δίνονται για να προλάβουν την αφυδάτωση, όμως δεν σταματούν τη διάρροια.

Η χρήση της λοπεραμίδης δεν προτείνεται, καθώς έχει σοβαρές παρενέργειες.

Η χρήση των αντιβιοτικών δεν έχει νόημα γιατί οι περισσότερες διάρροιες οφείλονται σε ιούς και επίσης καταστρέφει την εντερική χλωρίδα.

Διάφορες πηκτικές- απορροφητικές ουσίες περιορίζουν τη διάρροια γιατί πηζουν τεχνητά τα κόπρανα και παραπλανούν τη μητέρα ότι η διάρροια έχει σταματήσει.

Τελευταία όμως το επιστημονικό ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση της διάρροιας επικεντρώνεται σε μια νέα αντιδιαρροϊκή ουσία την ρασεκαντοτρίλη, η οποία προέκυψε ως αποτέλεσμα έρευνας των παθοφυσιολογικών μηχανισμών της διάρροιας.

Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας Ηπατολογίας και Διατροφής (ESPGHAN), αναγνωρίζοντας το θεραπευτικό κενό που υπήρχε στην αντιμετώπιση της οξείας γαστρεντερίτιδας αλλά και τη θεραπευτική αξία της ρασεκαντοτρίλης, επανέφερε νέες οδηγίες, θέτοντας, επισήμως πια, ως αναγκαίο μέτρο αντιμετώπισης της Οξείας Γαστρεντερίτιδας τη χορήγηση της ρασεκαντοτρίλης σε παιδιά και βρέφη άνω των 3 μηνών.

Εν κατακλείδι και σύμφωνα με τα συμπεράσματα των επιστημονικών μελετών, η κυκλοφορία της ρασεκαντοτρίλης σηματοδοτεί μια νέα εποχή στην αντιμετώπιση της Οξείας Γαστρεντερίτιδας, μιας τόσο επείγουσας καθημερινής πραγματικότητας. ■



Ενδοσκοπικό



Θέμα

Ενδοσκοπική Κάψουλα Παχέος Εντέρου

γράφουν οι Παντελής Σκλάβος και Νίκος Βιάζης

Είναι σήμερα γνωστό ότι η ενδοσκοπική αφαίρεση προκαρκινικών βλαβών (αδενωματοδών πολυπόδων) έχει καταστατήσει τον καρκίνο του παχέος εντέρου μια νόσο που μπορεί να προληφθεί. Παρότι διάφορες άλλες μέθοδοι έχουν κατά καιρούς προταθεί (σιγμοειδοσκόπηση, ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα, αξονική κολονοσκόπηση) η ολική κολονοσκόπηση παραμένει η μέθοδος εκλογής τόσο για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, όσο και για τη διερεύνηση των παθήσεων του παχέος εντέρου γενικότερα.

Μειονεκτήματα της κολονοσκόπησης αποτελούν ο επεμβατικός χαρακτήρας της με τον σχετικά χαμηλό αλλά υπαρκτό κίνδυνο επιπλοκών, η ανάγκη χορήγησης καταστολής ή/και αναλγησίας λόγω δυσανεξίας των ασθενών, αλλά και οι αντενδείξεις της εξέτασης σε ορισμένες ομάδες ασθενών.

Η εφαρμογή μιας νέας μεθόδου παρόμοιας διαγνωστικής αξίας που δεν θα έχει τα παραπάνω μειονεκτήματα θα ήταν ιδανική, ιδίως για τον προληπτικό έλεγχο απόρων υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου.

Όπως γνωρίζουμε, η χρήση της ενδοσκοπικής κάψουλας στο λεπτό έντερο έχει διαδοθεί ευρύτατα και πλέον εφαρμόζεται σε ένα ευρύ φάσμα κλινικών ενδείξεων. Αντίθετα, η καθιέρωση μιας αντίστοιχης κάψουλας για τον έλεγχο του παχέος εντέρου μόνο προσφάτως έχει ληφθεί υπόψη.

Η ενδοσκοπική κάψουλα (PillCam Colon capsule, Given Imaging, Yoqneam Israel) αποτελεί τη μοναδική κάψουλα που χρησιμοποιείται κατά την τρέχουσα περίοδο, για τον έλεγχο του παχέος εντέρου. Αν και στις ΗΠΑ η ενδοσκοπι-

κή κάψουλα του παχέος εντέρου δεν έχει ακόμα εγκριθεί από το FDA, η συσκευή διατίθεται στο Ισραήλ και σε μερικά μέρη της Ευρωπαϊκής Ένωσης μεταξύ των οποίων και στη χώρα μας.

Είναι κατασκευασμένη από παρόμοια υλικά όπως και στις άλλες ενδοσκοπικές κάψουλες (λεπτού εντέρου και οισοφάγου) της ίδιας εταιρείας. Εξαιτίας, όμως, των διαφορετικών ανατομικών χαρακτηριστικών του παχέος εντέρου αλλά και της διαφορετικής φυσιολογίας του, η κάψουλα έχει σχεδιαστεί ειδικά για τη διερεύνηση του παχέος εντέρου και διαφέρει από την αντίστοιχη του λεπτού εντέρου σε τρία βασικά σημεία:

1. Οι διαστάσεις της κάψουλας είναι 11 X 32 mm ενώ αυτή του λεπτού εντέρου είναι 11 X 26 mm. Η κάψουλα είναι δηλαδή 6 mm μακρύτερη. Το αυξημένο μήκος της υπαγορεύεται από την ανάγκη να επιτευχθεί μια συγκεκριμένη σχέση βάρους/όγκου η οποία θα επιτρέπει στην κάψουλα να προωθείται στο παχύ έντερο μέσα στο επιθυμητό χρονικό πλαίσιο (κατά προσέγγιση δέκα ώρες από την κατάποση).



2. Λαμβάνει εικόνες με ρυθμό 4 ανά δευτερόλεπτο έναντι 2 ανά δευτερόλεπτο της αντίστοιχης του λεπτού εντέρου. Επιπλέον, είναι προγραμματισμένη έτσι ώστε μετά την αρχική ενεργοποίησή της και αφού καταγράψει εικόνες για 5 λεπτά, επιτρέποντας την ενδοσκόπηση του οισοφάγου και του στομάχου, να μεταπέσει σε κατάσταση αναμονής για δύο ώρες. Κατά τη διάρκεια του παραπάνω χρονικού διαστήματος η κάψουλα αναμένεται να έχει διατρέξει το μεγαλύτερο μήκος του λεπτού εντέρου. Με τον τρόπο αυτό εξοικονομείται ενέργεια καθώς η κάψουλα ενεργοποιείται και πάλι λίγο πριν προσεγγίσει τον τελικό ειλεό. Όταν επανενεργοποιηθεί, καταγράφει εικόνες για δέκα ώρες (δύο ώρες περισσότερο από την αντίστοιχη του λεπτού εντέρου).

3. Υπάρχουν συστήματα λήψης εικόνας και στα δύο άκρα της κάψουλας, όμοια με αυτά της ενδοσκοπικής κάψουλας για τον οισοφάγο. Τα οπτικά συστήματα εξασφαλίζουν ένα οπτικό πεδίο, ευρύτερο κατά 21% σε σχέση με αυτό της ενδοσκοπικής κάψουλας του οισοφάγου, επιτρέποντας την ευρύτερη οπτική κάλυψη, του μεγαλύτερου σε διαμέτρου αυλού του παχέος εντέρου, σε σχέση με τους στενότερους αυλούς του οισοφάγου ή του λεπτού εντέρου.

Όπως συμβαίνει και με την κάψουλα του λεπτού εντέρου, τα δεδομένα καταγράφονται σε μια φορητή, εξωτερική μονάδα καταγραφής προσαρμοσμένης στο σώμα του ασθενούς, η οποία λαμβάνει μέσω κεραίας τις πληροφορίες που μεταδίδονται από την ενδοσκοπική κάψουλα. Μετά την ολοκλήρωση της εξέτασης η εξωτερική μονάδα καταγραφής αποσυνδέεται από τον ασθενή και οι πληροφορίες που καταγράφηκαν μεταφέρονται για περαιτέρω επεξεργασία στο σταθμό εργασίας.

Για την όσο το δυνατό ευκρινέστερη λήψη ενδοσκοπικών εικόνων αλλά και για την αποτελεσματική προώθηση της κάψουλας στον αυλό του παχέος εντέρου, στο ήδη γνωστό μας σχήμα εντερικής προετοιμασίας με ωσμωτικό διάλυμα πολυαιθυλικής γλυκόζης, θα πρέπει να προστεθούν σκευάσματα φωσφορικού νατρίου αλλά και ευκινητι-

κοί παράγοντες από το στόμα (δομπεριδόνη ή tegaserod) ή υπόθετα δισακοδύλης.

Μέχρι σήμερα υπάρχει περιορισμένος αριθμός δημοσιευμένων κλινικών μελετών που αφορούν την ενδοσκοπική κάψουλα του παχέος εντέρου. Σε μια πρώτη, προοπτική μελέτη, 84 ασθενείς υποβλήθηκαν διαδοχικά σε ενδοσκόπηση με κάψουλα και σε συμβατική ενδοσκόπηση την ίδια ημέρα. Πολύποδες οποιουδήποτε μεγέθους διαπιστώθηκαν σε 45 ασθενείς είτε με την ενδοσκοπική κάψουλα είτε με την κολονοσκόπηση. Η ενδοσκοπική κάψουλα διαπίστωσε την ύπαρξη πολυπόδων στους 34/45 ασθενείς (76%) έναντι της κολονοσκόπησης, η οποία διαπίστωσε

πολύποδες στους 36/45 (80%). Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η κάψουλα διαπίστωσε πολύποδες σε 4 ασθενείς στους οποίους η κολονοσκόπηση απέτυχε να τους αναδείξει. Αν και αρχικά τα παραπάνω ευρήματα θεωρήθηκαν ως ψευδώς αρνητικά ευρήματα της εξέτασης με την κάψουλα, η κολονοσκόπηση επαναλήφθηκε και η ύπαρξη των πολυπόδων επιβεβαιώθηκε στους 3 από τους 4 ασθενείς. Με την πρώτη ανάγνωση της κάψουλας και με κριτήριο την ανίχνευση πολυπόδων > 6 mm, η ευαισθησία, η ειδικότητα, η θετική και η αρνητική προγνωστική αξία της μεθόδου ήταν 50%, 83%, 40% και 88% αντίστοιχα. Οι παραπάνω τιμές αυξήθηκαν όταν η ανάγνωση της κάψουλας επαναλήφθηκε για δεύτερη φορά, τακτική η οποία δεν εφαρμόζεται στην ενδοσκο-

πηση με κάψουλα του λεπτού εντέρου.

Σε άλλη μελέτη, παρόμοιου σχεδιασμού, αλλά που περιελάμβανε μικρότερο αριθμό ασθενών (36), η ευαισθησία, η ειδικότητα, η θετική και η αρνητική προγνωστική αξία της κάψουλας στην ανίχνευση πολυπόδων > 6 mm ήταν 77%, 70%, 59% και 85% αντίστοιχα. Και στη μελέτη αυτή, υπήρξαν πολύποδες (σε τέσσερις ασθενείς) που διαπιστώθηκαν μόνο με την κάψουλα, γεγονός το οποίο αποδίδεται στην ικανότητα της κάψουλας να λαμβάνει εικόνες και από τα δύο άκρα της, καθιστώντας ορατές ακόμη και τις βλάβες που εντοπίζονται πίσω από τις πτυχές του παχέος εντέρου, βλάβες που για τον ίδιο λόγο ξεφεύγουν της ανίχνευσης με το κολονοσκόπιο.

**Όπως γνωρίζουμε,
η χρήση της
ενδοσκοπικής
κάψουλας στο λεπτό
έντερο έχει διαδοθεί
ευρύτατα και πλέον
εφαρμόζεται σε ένα
ευρύ φάσμα κλινικών
ενδείξεων. Αντίθετα,
η καθιέρωση μιας
αντίστοιχης κάψουλας
για τον έλεγχο του
παχέος εντέρου μόνο
προσφάτως έχει
ληφθεί υπόψη**



Υπό μορφή περίληψης έχουν επίσης δημοσιευθεί τα αποτελέσματα δύο άλλων πρόσφατων εργασιών. Σε μεγάλη ευρωπαϊκή πολυκεντρική μελέτη 320 ασθενών διαπιστώθηκε αρνητική προγνωστική αξία $> 90\%$ για πολύποδες > 1 cm. Η ευαισθησία όμως της μεθόδου για πολύποδες > 6 mm ήταν μόνο 64%. Επίσης, σε μελέτη 25 ασθενών που υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπική κάψουλα, CT-κολονογραφία και κολονοσκόπηση η διαγνωστική αξία των δύο πρώτων μεθόδων διαπιστώθηκε να είναι κατώτερη της κολονοσκόπησης.

Παρά το πρώιμο των αποτελεσμάτων, η ενδοσκοπική κάψουλα του παχέος εντέρου φαίνεται να έχει πολλές δυνητικές εφαρμογές σε σχέση με την παραδοσιακή ενδοσκόπηση, και η πιο αξιοσημείωτη είναι η απουσία ανάγκης για καταστολή. Επίσης, σε ασθενείς που η κολονοσκόπηση δεν κατέστη δυνατό να ολοκληρωθεί ή σε ασθενείς με αντενδείξεις στη συμβατική ενδοσκόπηση (λόγω μεγάλης ηλικίας ή λόγω αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου) ή σε άτομα που έχουν ανάγκη συνεχούς λήψης αντιπηκτικής αγωγής, η ενδοσκοπική κάψουλα του παχέος εντέρου μπορεί να εφαρμοστεί με απόλυτη ασφάλεια. Επιπλέον, δεδομένης της ελάχιστης επεμβατικής φύσης της εξέτασης, η ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου με την κάψουλα έχει προταθεί ως μια εναλλακτική λύση για την ανίχνευση καρκίνου του παχέος εντέρου και, επομένως, αναμένεται να αυξήσει τη συμμετοχή του πληθυσμού σε αντίστοιχα προγράμματα. Στα πλεονεκτήματα της ενδοσκοπικής κάψουλας θα μπορούσε να προστεθεί το γεγονός ότι επιτρέπει τον έλεγχο ενός σημαντικού τμήματος του λεπτού εντέρου. Αυτό μπορεί να μη είναι σημαντικό στην πρόληψη του καρκίνου

του παχέος εντέρου αλλά θα μπορούσε να είναι καθοριστικό κατά τη διερεύνηση άλλων παθολογικών καταστάσεων, όπως η αναιμία ή η αιμορραγία από το πεπτικό. Ως μειονεκτήματα της μεθόδου θα μπορούσαν να αναφερθούν: ο σημαντικά μεγαλύτερος χρόνος που απαιτείται για την ανάγνωση των ευρημάτων της σε σύγκριση με αυτόν που απαιτείται για τη διενέργεια της συμβατικής ενδοσκόπησης αλλά και το υψηλό κόστος.

Οι προαναφερθείσες μελέτες αφορούσαν μικρό αριθμό ασθενών και, επομένως, λίγα είναι τα συμπεράσματα τα οποία θα μπορούσαν να εξαχθούν. Πριν η ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου με την κάψουλα διαδοθεί ευρέως στην καθημερινή κλινική πράξη, κάποια βασικά ζητήματα θα πρέπει να αποσαφηνιστούν:

- οι πιθανότητες κατακράτησης της κάψουλας εντός του πεπτικού σωλήνα, (δεδομένου του σχετικά μεγάλου μεγέθους της κάψουλας), οι πιθανές επιπλοκές αλλά και η ανοχή του ασθενούς συγκριτικά με άλλες μεθόδους ανίχνευσης καρκίνου του παχέος εντέρου.

- η διαγνωστική αξία της μεθόδου αυτής σε ασθενείς με μη ικανοποιητική προετοιμασία αλλά και ο καθορισμός ενός άριστου σχήματος καθαρισμού του εντέρου.
- το πραγματικό κόστος ενός προληπτικού ελέγχου, καθώς θετικά ευρήματα ενδεχομένως να απαιτήσουν τη διενέργεια συμβατικής κολονοσκόπησης για επιβεβαίωση της διάγνωσης με λήψη βιοψίας ή για θεραπευτική παρέμβαση. ■

Παρά το πρώιμο των αποτελεσμάτων, η ενδοσκοπική κάψουλα του παχέος εντέρου φαίνεται να έχει πολλές δυνητικές εφαρμογές σε σχέση με την παραδοσιακή ενδοσκόπηση, και η πιο αξιοσημείωτη είναι η απουσία ανάγκης για καταστολή

Εικόνα Ενδοσκόπησης με Κάψουλα Παχέος Εντέρου



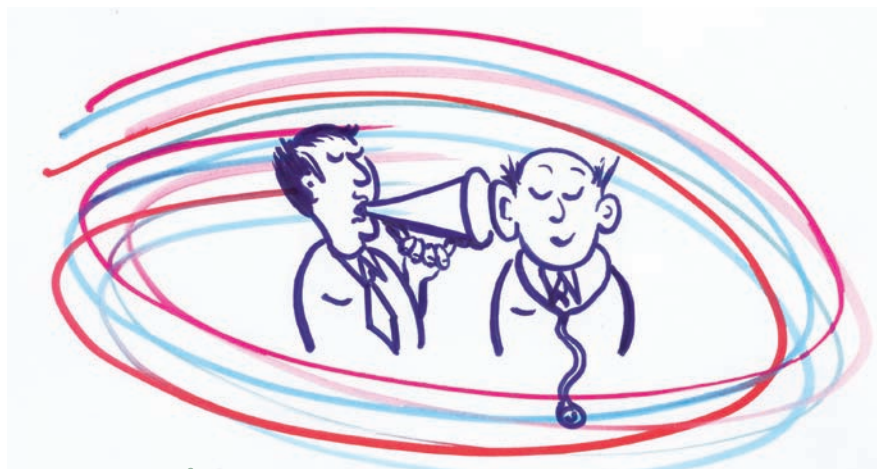
Πολύποδας παχέος εντέρου



Εκκολπώματα παχέος εντέρου



Αγγειοδυσπλασία



Οι Συνεργάτες μας μάς Ενημερώνουν

Ο Ρόλος της Απεικόνισης στη Νόσο του Crohn

γράφει η Χαρίνα Τριαντοπούλου*

Οι απεικονιστικές μέθοδοι έχουν καθοριστικό ρόλο στη διερεύνηση των ασθενών με νόσο του Crohn, επηρεάζοντας σημαντικά τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων σε αυτή την πολύπλοκη και απρόβλεπτη νοσολογική οντότητα.

Οι **κλασικές ακτινολογικές εξετάσεις** (βαριούχος υποκλυσμός, εντερόκλυση) χρησιμοποιούνται ευρέως, ωστόσο δεν θεωρείται σήμερα ότι μπορεί να συμβάλουν καθοριστικά στο θεραπευτικό σχεδιασμό. Οι λόγοι είναι κυρίως η αδυναμία απεικόνισης του εντερικού τοιχώματος, έγκαιρης ανάδειξης και διαφορικής διάγνωσης των εξωεντερικών επιπλοκών και κυρίως η δυσκολία προσδιορισμού της ενεργού ή μη νόσου.

Η **υπερηχογραφία** έχει χρησιμοποιηθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια στη διερεύνηση εντερικών παθήσεων. Βασικό μειονέκτημα αποτελεί η υποκειμενική εκτίμηση ορισμένων

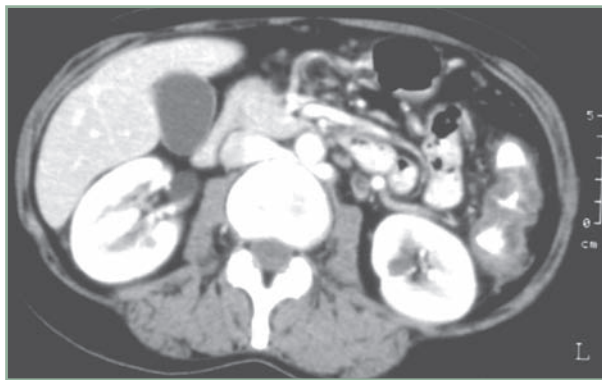
παραμέτρων, όμως η απουσία ιοντίζουσας ακτινοβολίας κάνει τη μέθοδο ιδιαίτερα φιλική και ασφαλή, ιδιαίτερα σε ασθενείς μικρής ηλικίας που χρήζουν πολλούς συγκριτικούς επαναληπτικούς ελέγχους. Τα κυριότερα ευρήματα που αναζητούμε είναι η πάχυνση του εντερικού τοιχώματος, το απεικονιστικό πρότυπο και η αιμάτωσή του, οι μεσεντέριοι λεμφαδένες, η υπερτροφία του μεσεντερίου, οι συλλογές, τα αποστήματα και τα συρίγγια.

Η **αξονική τομογραφία** παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα και αποτελεί ένα μοναδικό εργαλείο στην εκτίμηση και αντιμετώπιση αυτών των ασθενών, αναδεικνύοντας

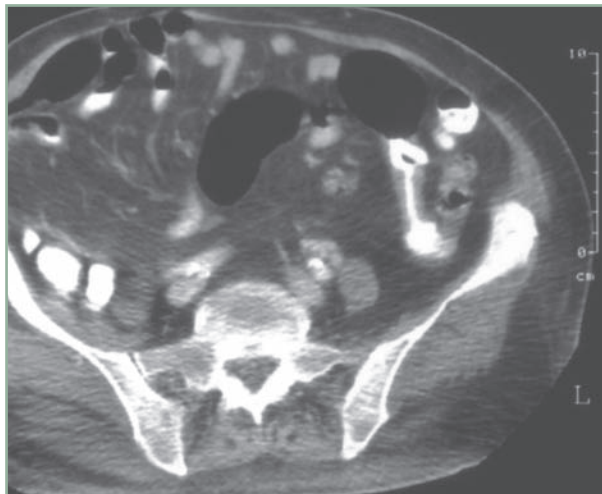
ΠΙΝΑΚΑΣ I
Ακτινολογική ταξινόμηση νόσου του Crohn

Ενεργός φλεγμονώδης νόσος	έλκη, πάχυνση πτυχών, οίδημα, εικόνα πλακόστρωτου, σπασμός, comb sign
Ινώδης – στενωτικός τύπος	στένωση αυλού, πάχυνση τοιχώματος, προστενωτική διάταση, απουσία οιδήματος
Διαττραίνουσα – συριγγώδης μορφή	βαθεία διαττραίνοντα έλκη, συρίγγια με γειτονικά όργανα, φλεγμονώδεις μάζες
Επανορθωτικός ή αναγεννητικός τύπος	ατροφία βλεννογόνου, αναγεννητικοί πολύποδες

* Η Χαρίνα Τριαντοπούλου είναι Διευθύντρια Ακτινοδιαγνωστικού τμήματος στο «Κωνσταντοπούλειο» Γ.Ν Ν. Ιωνίας



ΕΙΚΟΝΑ 1: Αξονική τομογραφία με ενδοφλέβιο χορήγηση σκιαγραφικού: αναδεικνύεται στην περιοχή του κατιόντος έντονο υποβλεννογόνιο οίδημα και πρόσληψη του σκιαγραφικού κατά στιβάδες (halo sign), εύρημα που χαρακτηρίζει την ενεργό νόσο του Crohn.



ΕΙΚΟΝΑ 2: Αξονική τομογραφία σε ασθενή με νόσο του Crohn σε χρόνια φάση: αναδεικνύεται μεγάλου μήκους στένωση στο κατίον.

συχνά σημαντικά ευρήματα τα οποία μπορούν σε μεγάλο ποσοστό να τροποποιήσουν το θεραπευτικό πρωτόκολλο.

Με τη μέθοδο αυτή αναδεικνύεται άμεσα το εντερικό τοίχωμα, το μεσεντέριο λίπος, οι λεμφαδένες, τα αποστήματα και τα συρίγγια, ενώ είναι δυνατόν να αναδειχθούν αλλοιώσεις άλλων οργάνων (ήπατος, χοληφόρων, νεφρών, οστών), που σχετίζονται με τη νόσο του Crohn και μερικές φορές η εμφάνισή τους προηγείται των εκδηλώσεων από το γαστρεντερικό σωλήνα.

Αναλόγως των ευρημάτων είναι δυνατόν να γίνει σήμερα μια ακτινοσκοπική ταξινόμηση της νόσου (πίνακας 1), γεγονός που συμβάλει σημαντικά, σε συσχετισμό με τους λοιπούς κλινικο-εργαστηριακούς δείκτες, στην επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής πρακτικής.

Έχει βρεθεί ακόμα ότι στην οξεία φάση της νόσου, ο βαθμός και ο τύπος της πρόσληψης του σκιαγραφικού

από το εντερικό τοίχωμα (layered enhancement pattern) σχετίζονται πολύ καλά με το CDAI (Crohn's disease activity index) (εικόνα 1).

Με την αξονική τομογραφία μπορεί επίσης να διερευνηθεί με ασφάλεια η αιτία εντερικών στενώσεων που απεικονίζονται στις κλασικές εξετάσεις. Συγκεκριμένα είναι δυνατόν να διαχωριστεί η στένωση του αυλού λόγω φλεγμονώδους πάχυνσης του τοιχώματος (οξεία φάση), από αυτήν που οφείλεται σε ίνωση (χρόνια φάση), καθώς και η στένωση λόγω εξωτερικής πίεσης συνήθως εξαιτί-



ΕΙΚΟΝΑ 3: Αξονική τομογραφία σε ασθενή με επιπλεγμένη νόσο του Crohn: αναδεικνύεται απόστημα του μεσεντερίου με παρουσία χαρακτηριστικής φυσαλίδας αέρα και φλεγμονώδης διήθηση του λίπους.



ΕΙΚΟΝΑ 4: Αξονική τομογραφία σε ασθενή με ενεργό νόσο του Crohn: αναδεικνύονται πολλαπλά συρίγγια μεταξύ εντερικών ελίκων της πυέλου.



ας επιπλοκής ή μάζας (φλέγμονας, απόστημα, ινολιπώδης ανάπτυξη, λεμφαδένες ή νεόπλασμα) (εικόνα 2).

Η μέθοδος παρουσιάζει ακόμα υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα στην ανάδειξη των αποστημάτων, ενώ μπορεί να καθοδηγήσει τη διαδερμική παροχέτευση αυτών, ούτως ώστε να αποφευχθεί μια χειρουργική επέμβαση (εικόνα 3).

Όσον αφορά στην απεικόνιση των συριγγίων, φαίνεται πως είναι δυνατόν να αναδείξει το 90% των εντεροδερματικών, εντεροεντερικών, εντεροκυστικών, ορθοκολικών και περιορθικών συριγγίων, είτε άμεσα (σκιαγράφιση συριγγώδους πόρου), είτε έμμεσα (παρουσία αέρα ή σκιαγραφικού στην ουροδόχο κύστη, τον κόλπο κ.λπ.) (εικόνα 4).

Η **αξονική εντερογραφία** αποτελεί μια εξέλιξη της μεθόδου, όπου χορηγείται μεγαλύτερη ποσότητα ειδικών σκιαγραφικών ουσιών ούτως ώστε να επιτευχθεί λεπτομερής ανάδειξη αρχόμενων αλλοιώσεων του λεπτού εντέρου. Η μέθοδος αυτή είναι πολύ καλά ανεκτή από τους ασθενείς, αφού δεν απαιτεί καθητηριασμό ή άλλες επεμβατικές πρακτικές. Τελευταίες μελέτες έχουν δείξει πολύ καλή συσχέτιση μεταξύ των απεικονιστικών ευρημάτων της αξονικής εντερογραφίας και της συμπτωματολογίας των ασθενών που χαρακτηρίζουν την εξέλιξη ή την ύφεση της νόσου. Σε περιπτώσεις που είναι δυνατή η ειλεοσκόπηση, τα ευρήματά της συσχετίζονται πολύ καλά με αυτά της εντερογραφίας με αξονικό τομογράφο.

Συγκριτικές μελέτες μεταξύ της ενδοσκοπικής κάψουλας, της αξονικής εντερογραφίας και της ειλεοσκόπησης έδειξαν συγκρίσιμα αποτελέσματα όσον αφορά στην ευαισθησία για τη διάγνωση της ενεργού νόσου, ωστόσο η ειδικότητα της κάψουλας υπολείπεται σημαντικά έναντι των άλλων μεθόδων.

Στις νεότερες ειδικές απεικονιστικές τεχνικές συγκαταλέγονται η **αξονική και η μαγνητική εντερόκλυση**, που συνδυάζουν την κλασική εντερόκλυση με ειδικές σκιαγραφικές ουσίες και τη λήψη τομών στον αξονικό ή μαγνητικό τομογράφο. Λόγω της ενεργητικής διάταξης του εντέρου και της υψηλής διακριτικής ικανότητας των μεθόδων, θεωρούνται τεχνικές μεγάλης ευαισθησίας στην ανίχνευση πρώιμων αλλοιώσεων, συμβάλλοντας σημαντικά στην έγκαιρη έναρξη κατάλληλης αγωγής.

Ιδιαίτερα η μαγνητική εντερόκλυση φαίνεται ότι πλεονεκτεί έναντι της αξονικής εντερόκλυσης, λόγω της δυνατότητας πολυεπίπεδων απεικονίσεων, λήψης λειτουργι-

κών πληροφοριών και απουσίας ιοντίζουσας ακτινοβολίας. Τεχνικές εντερογραφίας μπορεί να εφαρμοσθούν και στη μαγνητική τομογραφία (**μαγνητική εντερογραφία**) και η μέθοδος αυτή κερδίζει διαρκώς μεγαλύτερο έδαφος λαμβανομένου υπόψη του επιπρόσθετου κινδύνου ανάπτυξης λεμφώματος στους ασθενείς αυτούς οι οποίοι πέραν της θεραπείας ακτινοβολούνται επανειλημμένως υποβαλλόμενοι σε κλασική εντερόκλυση ή/και σε αξονική τομογραφία.

Συγκριτικές μελέτες μεταξύ της μαγνητικής εντερόκλυσης και της ενδοσκοπικής κάψουλας ανέδειξαν πολύ καλή συσχέτιση των ευρημάτων όσον αφορά στην ανάδειξη και τον εντοπισμό των φλεγμονωδών εντερικών αλλοιώσεων. Φαίνεται επίσης ότι η μαγνητική εντερόκλυση υστερεί ελαφρώς στην ανάδειξη επιφανειακών γραμμοειδών εξελκώσεων, ενώ υπερέρχει στην εκτίμηση εκτεταμένων τοιχωματικών και εξωτοιχωματικών αλλοιώσεων, οι οποίες μπορεί να υποεκτιμηθούν με τη χρήση της κάψουλας που επιτρέπει τη μελέτη μόνο του εντερικού βλεννογόνου. Με την εντερόκλυση μπορούν επίσης να μελετηθούν οι στενώσεις και η μέθοδος κρίνεται απαραίτητη σε σοβαρές μορφές της νόσου του Crohn. Η τελική εκτίμηση είναι ότι οι μέθοδοι είναι συμπληρωματικές, με την κάψουλα να πλεονεκτεί στις ήπιες-αρχόμενες μορφές της νόσου.

Η ανάπτυξη των **πολυτομικών αξονικών τομογράφων** (multi-slice CT) και η εξέλιξη του λογισμικού έχει φέρει μια επανάσταση καθώς αναπτύχθηκαν νέες εφαρμογές τρισδιάστατων απεικονίσεων. Ιδιαίτερα στη νόσο του Crohn είναι δυνατόν όχι μόνο να απεικονιστούν τα διευρυμένα μεσεντέρια αγγεία, αλλά και να αναδειχθούν πρώιμα οι αιμοδυναμικές αλλαγές σε ασθενείς με ενεργό νόσο, συνδυάζοντας μετρήσεις αιματικής ροής και παρέχοντας έτσι έναν αντικειμενικό δείκτη εκτίμησης της δραστηριότητας της νόσου.

Φαίνεται ότι οι τρισδιάστατες απεικονίσεις βελτιώνουν σημαντικά την αντίληψη της έκτασης της νόσου στο χώρο, ενώ συμβάλουν στην καλύτερη κατανόηση σύνθετων προβλημάτων, την πληρέστερη ανατομική χαρτογράφηση και τον ορθό προεγχειρητικό σχεδιασμό.

Όσον αφορά στην **εικονική ενδοσκόπηση** φαίνεται ότι είναι δυνατόν να αναδείξει μεγάλες εξελκώσεις και ψευδοπολύποδες, ο ρόλος της ωστόσο στη νόσο του Crohn θα πρέπει να περιορίζεται στη μελέτη του εντέρου πέραν μεγάλων στενώσεων (όπου η δίοδος του ενδοσκο-

Στις νεότερες ειδικές απεικονιστικές τεχνικές συγκαταλέγονται η Αξονική και η Μαγνητική εντερόκλυση, που συνδυάζουν την κλασική εντερόκλυση με ειδικές σκιαγραφικές ουσίες και τη λήψη τομών στον Αξονικό ή Μαγνητικό τομογράφο



πίου είναι αδύνατη), στη μετεγχειρητική παρακολούθηση και σε ασθενείς που αρνούνται την κλασική κολονοσκόπηση.

Συμπερασματικά, οι κλασικές ακτινολογικές μέθοδοι δεν βοηθούν ικανοποιητικά στον καθορισμό του κλινικού σταδίου της νόσου, την επιλογή του είδους της φαρμακευτικής ή χειρουργικής αντιμετώπισης, ούτε και στον έλεγχο ανταπόκρισης των ασθενών στη θεραπεία.

Η επιλογή μεταξύ των σύγχρονων νεότερων απεικονιστικών τεχνικών

Η ανάπτυξη των πολυτομικών Αξονικών Τομογράφων (multi-slice CT) και η εξέλιξη του λογισμικού έχει φέρει μια επανάσταση καθώς αναπτύχθηκαν νέες εφαρμογές τρισδιάστατων απεικονίσεων

στη νόσο του Crohn θα πρέπει πάντα να γίνεται με βάση το κλινικό ερώτημα (όσον αφορά στη θεραπεία), το κόστος και τη διαθεσιμότητα της μεθόδου.

Τέλος, η προσθήκη ειδικών απεικονιστικών μορφολογικών κριτηρίων στο σύνολο των πληροφοριών που υποστηρίζουν έναν συγκεκριμένο τύπο της νόσου, καθιστά το σύστημα ταξινόμησης περισσότερο αντικειμενικό, ούτως ώστε οι συγκρίσεις μεταξύ των διάφορων θεραπευτικών πρωτοκόλλων να γίνονται με μεγαλύτερη αξιοπιστία.

Οι Συνεργάτες μας μάζ Ενημερώνουν

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Choi D, Jin Lee S, Ah Cho Y, et al. Bowel wall thickening in patients with Crohn's disease: CT patterns and correlation with inflammatory activity. Clin Radiol 2003, 58(1): 68-74.
2. Gasparaitis AE, MacEneaney P. Enteroclysis and computed tomography enteroclysis. Gastroenterol Clin N Am 2002, 31(3): 717-730.
3. Maglinte D, Gourtsoyiannis N, Rex D, et al. Classification of small bowel Crohn's subtypes based on multimodality imaging. Radiol Clin N Am 2003, 41: 285-303.
4. Umschaden H, Gasser J. MR enteroclysis. Radiol Clin N Am 2003, 41: 231-248.
5. Ota Y, Matsui T, Ono H, et al. Value of virtual CT colonography for Crohn's colitis: comparison with endoscopy and barium enema. Abdom Imaging 2003, 28(6): 778-783.
6. Fraquelli M, Sarno A, Girelli C, et al. Reproducibility of bowel ultrasonography in the evaluation of Crohn's disease. Dig Liver Dis 2008;40(11):860-6.
7. Solem CA, Loftus EV Jr, Fletcher JG, et al. Small-bowel imaging in Crohn's disease: a prospective, blinded, 4-way comparison trial. Gastrointest Endosc 2008;68(2):255-66.
8. Hara AK, Alam S, Heigh RI, Gurudu SR, Hentz JG, Leighton JA. Using CT enterography to monitor Crohn's disease activity: a preliminary study. AJR Am J Roentgenol 2008;190(6):1512-6.
9. Tillack C, Seiderer J, Brand S, Göke B, Reiser MF, Schaefer C, Diepolder H, Ochsenkühn T, Herrmann KA. Correlation of magnetic resonance enteroclysis (MRE) and wireless capsule endoscopy (CE) in the diagnosis of small bowel lesions in Crohn's disease. Inflamm Bowel Dis 2008;14(9):1219-28.
10. Lin MF, Narra V. Developing role of magnetic resonance imaging in Crohn's disease. Curr Opin Gastroenterol 2008;24(2):135-40.

Μικρές Αγγελίες

**Πωλούνται video ενδοσκόπια FUJINON σειρά 200
σε πολύ καλή κατάσταση, computer με πρόγραμμα καταγραφής εικόνων
και παλμικό οξύμετρο με απαγωγές ΗΚΓ.
Τιμή 12.000 ευρώ. Πληροφορίες στο τηλ. 6944.22.42.14**





Κλινικό Θέμα

Ποια οδηγία θα δώσουμε στα άτομα με «λιπώδες ήπαρ» σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ;

γράφει ο Σπύρος Γούλας

Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (NAFLD) είναι μια από τις συχνότερες ηπατικές παθήσεις στις χώρες της Δύσης. Αναλυτική περιγραφή νεότερων δεδομένων για το θέμα δημοσιεύτηκε στο 5ο τεύχος του περιοδικού. Η NAFLD συσχετίζεται συχνά με διαταραχές του μεταβολισμού όπως παχυσαρκία, διαβήτη τύπου 2, υπερλιπιδαιμία και στην ουσία είναι η έκφραση του μεταβολικού συνδρόμου στο ήπαρ. Σε πολλές μελέτες έχει φανεί ότι άτομα με NAFLD έχουν συχνότερα αθηρωμάτωση και διατρέχουν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν το συχνότερο αίτιο θανάτου των πασχόντων από NAFLD¹.

Δεδομένα για την ευεργετική επίδραση του οινοπνεύματος

Η μεγάλη κατανάλωση οινοπνεύματος μπορεί να έχει καταστροφικές συνέπειες σε διάφορα όργανα – στόχους (ήπαρ, πάγκρεας, καρδιά, ΚΝΣ). Από την άλλη πλευρά η ευεργετική επίδραση από τη λήψη μικρής ποσότητας κρασιού, κυρίως κόκκινου, σε καθημερινή βάση είναι αναμφισβήτητη όπως προκύπτει από σημαντικό αριθμό μελετών. Συγκεκριμένα σε μεγάλη προοπτική μελέτη με συμμετοχή 490000 ατόμων, μεταξύ των οποίων πολλά με NAFLD, βρέθηκε ότι όσοι κατανάλωναν ένα ποτό την ημέρα είχαν μειωμένη θνητότητα κατά 20% γενικά, και κατά 30-40% από καρδιαγγειακά αίτια έναντι αυτών που δεν έπιναν αλκοόλ². Σε άλλη μελέτη από τη Δανία (Copenhagen City Heart Study) άτομα που κατανάλωναν 3-5 ποτήρια κρασί είχαν μειωμένο κίνδυνο θανάτου κατά 50%. Όσοι έπιναν

μπύρα ή λικέρ δεν είχαν καμιά μείωση, συνεπώς η προστασία αυτή θα πρέπει να οφείλεται σε συστατικά του κρασιού³. Σε πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι κατανάλωση που υπερέβαινε το ένα ποτό την ημέρα για τις γυναίκες και τα δύο για τους άντρες, ή η επεισοδιακή κατανάλωση που αναλογικά υπερέβαινε αυτή την ημερήσια ποσότητα συνοδεύονταν από αυξημένο κίνδυνο μεταβολικού συνδρόμου (υπεργλυκαιμία, υπερτριγλυκεριδαιμία, αύξηση ΣΒ, υπέρταση)⁴. Τα όρια αυτά (ένα ποτό την ημέρα για τις γυναίκες και δύο για τους άντρες) στοιχειοθετούν αυτό που χαρακτηρίζουμε σαν μικρή κατανάλωση σύμφωνα με τις οδηγίες που ισχύουν στις ΗΠΑ⁵.

Παρόμοια είναι τα ευρήματα και για τους πάσχοντες από διαβήτη, οι οποίοι, όπως είναι γνωστό, διατρέχουν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Σε μια μελέτη εκτιμήθηκε η επίδραση του αλκοόλ στη συχνότητα και εξέλιξη του διαβήτη σε όσους κατανάλωναν μια μέση ποσότητα αλκοόλ καθημερινά και βρέθηκε μειωμένη συχνότητα εκδήλωσης και μειωμένη συχνότητα καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε πάσχοντες από διαβήτη έναντι όσων δεν έπιναν⁶. Τα ανωτέρω επιβεβαιώνουν ότι η μικρή καθημερινή κατανάλωση κρασιού έχει ευεργετική επίδραση στον καρδιαγγειακό κίνδυνο τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στην ομάδα των διαβητικών ασθενών.

Υπάρχουν δεδομένα για τη λήψη αλκοόλ σε άτομα με NAFLD;

Τι γίνεται άραγε με τα άτομα με NAFLD; Η επικρατούσα σήμερα άποψη είναι ότι τα άτομα αυτά θα πρέπει να απέ-



χουν πλήρως γιατί το αλκοόλ μπορεί να επιταχύνει την πρόοδο της νόσου σε στεατοηπατίτιδα και κίρρωση. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους παχύσαρκους ασθενείς όπου υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι παχυσαρκία και αλκοόλ κινητοποιούν τους μηχανισμούς φλεγμονής στο ήπαρ και ο συνδυασμός των δύο παραγόντων μπορεί να έχει αθροιστική βλαπτική επίδραση^{7,8}. Και αν αυτά ισχύουν για τη μέση και μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ υπάρχουν δεδομένα για την κατανάλωση μικρής ποσότητας στα άτομα με NAFLD; Η λεγόμενη «κοινωνική» κατανάλωση αλκοόλ ενέχει κινδύνους γι' αυτή την ομάδα;

Τα βιβλιογραφικά δεδομένα είναι πολύ περιορισμένα. Συγκεκριμένα σε πρόσφατη μελέτη οι Dunn et al υποστηρίζουν ότι η μικρή κατανάλωση έχει ευεργετική επίδραση. Στη μελέτη αυτή η συχνότητα NAFLD ήταν μικρότερη σε όσους έπιναν ένα ποτήρι κρασί τη μέρα σε σχέση με όσους δεν έπιναν (8,6% έναντι 14,3%) και η διαφορά αυτή παρέμενε ακόμη και μετά τη διόρθωση παραμέτρων όπως διαβήτης και παχυσαρκία⁹. Σε άλλη μελέτη, άτομα που κατανάλωναν κρασί είχαν μικρότερη συχνότητα ανάπτυξης κίρρωσης έναντι όσων έπιναν μπίρα ή λικέρ¹⁰.

Ποιος όμως είναι ο μηχανισμός προστασίας; Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ευεργετική επίδραση οφείλεται σε βελτίωση της αντοχής στην ινσουλίνη. Έχει βρεθεί ότι η λεσβερατρόλη, μια πολυφαινόλη που βρίσκεται

στη σάρκα του σταφυλίου ιδίως στο κόκκινο κρασί, βελτιώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη και μειώνει τον κίνδυνο λιπώδους διήθησης του ήπατος στα ποντίκια¹¹. Επίσης, μειώνει το οξειδωτικό stress που επίσης εμπλέκεται στην παθογένεια της NAFLD.

Συμπέρασμα

Είναι βέβαιο ότι ασθενείς με γνωστή NAFLD δεν πρέπει να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ αλλά η μικρή -λεγόμενη κοινωνική κατανάλωση- ίσως έχει ευεργετική επίδραση. Απαιτούνται όμως καλά σχεδιασμένες διπλές τυφλές μελέτες πριν η άποψη αυτή υιοθετηθεί σαν κατευθυντήρια οδηγία. Τα ερωτήματα που αναμένουν απαντήσεις σε άτομα με NAFLD που καταναλώνουν μικρή ποσότητα αλκοόλ είναι:

- υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης σοβαρής ηπατικής νόσου, σε ποιο βαθμό και ποιο είναι το όφελος στον καρδιαγγειακό κίνδυνο – αν υπάρχει;
- ισχύουν τα ίδια στους παχύσαρκους με NAFLD ή σε αυτούς θα πρέπει να είμαστε πιο αυστηροί εμμένοντας στην πλήρη αποχή από το αλκοόλ;

Το σίγουρο είναι ότι στους τελευταίους θα πρέπει να δώσουμε μεγάλη έμφαση στην απώλεια βάρους με υποθερμιδική δίαιτα ή και φαρμακευτική αγωγή γιατί η απώλεια αυτή συνοδεύεται από βελτίωση της αντοχής στην ινσουλίνη και της ηπατικής λειτουργίας.

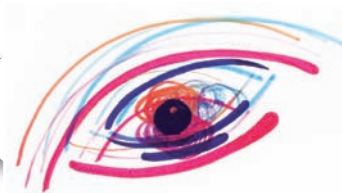
Η NAFLD συσχετίζεται συχνά με διαταραχές του μεταβολισμού όπως παχυσαρκία, διαβήτη τύπου 2, υπερλιπιδαιμία και στην ουσία είναι η έκφραση του μεταβολικού συνδρόμου στο ήπαρ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adams LA et al. (2005) The natural history of nonalcoholic fatty liver disease: a population-based cohort study. *Gastroenterology* 129: 113-121.
2. Thun MJ et al. (1997) Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. *N Engl J Med* 337: 1705-1714.
3. Gronbaek M et al. (1995) Mortality associated with moderate intakes of wine, beer, or spirits. *BMJ* 310: 1165-1169.
4. Fan A et al. (2008) Patterns of alcohol consumption and the metabolic syndrome. *J Clin Endocrin Metab* 93(10):3833-8.
5. US Department of Agriculture and US Department of Health and Human Services (2005). *Nutrition and your Health: guidelines for Americans -6th edition.*
6. Howard AA et al. (2004) Effect of alcohol consumption on diabetes mellitus: a systematic review. *Ann Intern Med* 140: 211-219.
7. Bellentani S et al. (2000) Prevalence of and risk factors for hepatic steatosis in Northern Italy. *Ann Intern Med* 132: 112-117.
8. Ruhl CE and Everhart JE (2005) Joint effects of body weight and alcohol on elevated S alanine aminotransferase in the United States population. *Clin Gastroenterol Hepatol* 3: 1260-1268.
9. Dunn W et al. (2008) Modest wine drinking and decreased prevalence of suspected nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology* 47: 1947-1954.
10. Becker U et al. (2002) Lower risk for alcohol-induced cirrhosis in wine drinkers. *Hepatology* 35: 868-875.
11. Baur JA et al. (2006) Resveratrol improves health and survival of mice on a high-calorie diet. *Nature* 444: 337-342.



Αυτό



το προσέξατε;

Βιβλιογραφική Ενημέρωση

γράφει ο Παντελής Σκλάβος

Η πρώτη επιτυχής, πειραματική, θεραπευτική παρέμβαση της ενδοσκοπικής κάψουλας είναι πλέον γεγονός

Wireless therapeutic endoscopic capsule: in vivo experiment. P. Valdastri, C. Quaglia, E. Susilo, A. Menciacassi, P. Dario, C.N. Ho, G. Anhoeck, M.O. Schu *Endoscopy* 2008; 40: 979-982.



Στη μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκε ένα τροποποιημένο μοντέλο ενδοσκοπικής κάψουλας, το οποίο εφοδιάστηκε με τέσσερις μαγνήτες, τοποθετημένους συμμετρικά στην εξωτερική του επιφάνεια και με ένα clip από νιτίνολ, το οποίο προσαρμόστηκε στο ένα άκρο της, έτοιμο να απελευθερωθεί ύστερα από την ενεργοποίηση ενός εξωτερικού τηλεχειριστηρίου.

Η λειτουργικότητα της θεραπευτικής κάψουλας εκτιμήθηκε αρχικά, σε ανατομικά μοντέλα κατώτερης πεπτικής οδού (προπλάσματα) στα οποία τοποθετήθηκε παχύ έντερο χοιριδίου. Η κάψουλα εισήχθη στο σιγμοειδές και υπό την καθοδήγηση ενός εξωτερικού μαγνήτη μετακινήθηκε προς το σημείο-στόχος το οποίο βρισκόταν περίπου 3 cm πριν την αριστερή κολική καμπή. Η τοποθέτηση της κάψουλας στο σημείο της βλάβης ήταν ακριβής και η απελευθέρωση του clip επιτυχής.

Ως πειραματόζωο χρησιμοποιήθηκε ένα χοιρίδιο βάρους 50 κιλών το οποίο είχε υποβληθεί σε εντερική προετοιμασία με υποκλυσμούς και στη συνέχεια σε ενδοφλέβια καταστολή. Η κάψουλα τοποθετήθηκε στο ορθό του χοιριδίου και σε κεντρικότερο σημείο του παχέος εντέρου προκλήθηκε μικρή βλάβη, με λαβίδα βιοψίας, η οποία παριστούσε μια υποτιθέμενη εστία αιμορραγίας. Με τη βοήθεια ενός εξωτερικού μαγνήτη, η κάψουλα μετακινήθηκε προς στο σημείο της βλάβης και, αφού προσανατολίστηκε επιτυχώς, απελευθερώθηκε το clip συλλαμβάνοντας ικανοποιητική ποσότητα ιστού. Η παραπάνω διαδικασία ήταν υπό συνεχή οπτικό έλεγχο με εύκαμπτο ενδοσκόπιο.

Παρά το σημαντικό της μέγεθος, γεγονός που δεν επιτρέπει την κατάποσή της, η συγκεκριμένη κάψουλα δεν διαθέτει δικό της οπτικό σύστημα. Φαίνεται ωστόσο, να προετοιμάζει το έδαφος για τη μελλοντική ανάπτυξη μιας νέας γενιάς ενδοσκοπικής κάψουλας, ικανής να εκτελέσει τόσο διαγνωστικό όσο και θεραπευτικό έργο.

Χρησιμοποιώντας κολονοσκόπιο ενδιάμεσου μήκους (133 cm) επιτυγχάνεται η ταχύτερη είσοδος του ενδοσκοπίου στο τυφλό

Significance of colonoscope length in cecal insertion time. Hang Lak Lee, Chang Soo Eun, Oh Young Lee et al. *Gastrointestinal Endoscopy* 2009; 69: 503-508.

Έχει διαπιστωθεί ότι η συχνότητα ανίχνευσης αδενωμάτων στο παχύ έντερο σχετίζεται με τη διάρκεια απόσυρσης του κολονοσκοπίου από το τυφλό. Πιο συγκεκριμένα, όταν ο χρόνος που αφιερώνεται στην απόσυρση του ενδοσκοπίου ξεπερνά τα 6 λεπτά το ποσοστό ανεύρεσης αδενωμάτων ή καρκίνου είναι σημαντικά υψηλότερο. Επομένως η βράχυνση του χρόνου εισόδου του ενδοσκοπίου στο τυφλό θα παραχωρήσει στον ενδοσκόπο περισσότερο χρόνο για τη φάση της απόσυρσης.

Προηγούμενες μελέτες έδειξαν πως, η πλημμελής εντε-

ρική προετοιμασία, η προχωρημένη ηλικία, η δυσκοιλιότητα, το προηγούμενο ιστορικό χειρουργικής επέμβασης στην κοιλία, η χαμηλή τιμή δείκτη μάζας/σώματος (BMI) και το γυναικείο φύλο, αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται με παράταση του χρόνου που απαιτείται για την προώθηση του ενδοσκοπίου έως το τυφλό.

Στην παραπάνω μελέτη 998 ασθενείς ενδοσκοπήθηκαν από τον ίδιο ενδοσκόπο ο οποίος χρησιμοποίησε δύο κολονοσκόπια τα οποία διέφεραν ως προς το μήκος τους (168 cm και 133 cm). Η είσοδος του ενδοσκοπίου στο τυφλό ή και στην ειλεοτυφλική βαλβίδα επιτεύχθηκε στους 988 ασθενείς (98,9%) ενώ από τη μελέτη αποκλείστηκαν 47 ασθενείς επειδή δεν πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου.



Το μακρύ κολονοσκόπιο χρησιμοποιήθηκε σε 511 ασθενείς και το κολονοσκόπιο ενδιάμεσου μήκους σε 440. Διαπιστώθηκε πως ο μέσος χρόνος που απαιτήθηκε για την είσοδο του ενδοσκοπίου στο τυφλό ήταν βραχύτερος στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση με το κολονοσκόπιο ενδιάμεσου μήκους ($4,14 \pm 0,13$ sec) συγκριτικά με αυτούς που χρησιμοποιήθηκε το μακρύτερο κολονοσκόπιο ($5,16 \pm 0,13$ sec). Τα ποσοστά εισόδου του ενδοσκοπίου στο τυφλό, τα οποία ήταν 93% για το ενδιάμεσο ενδοσκόπιο και 97% για το μακρύ, θεωρήθηκε ότι δεν διέφεραν σημαντικά.

Ωστόσο, περιορισμοί της μελέτης είναι η αδυναμία τυχαιοποίησης των ασθενών, η πραγματοποίηση της ενδοσκόπησης από έναν ενδοσκόπο και ο αποκλεισμός των ασθενών με ιστορικό χειρουργικής επέμβασης. Πράγματι, σε 10 ασθενείς, από αυτούς που αποκλείστηκαν από τη μελέτη, έγινε αλλαγή του ενδοσκοπίου (αρχικά χρησιμοποιήθηκε το ενδιάμεσο κολονοσκόπιο αλλά, λόγω αποτυχίας εισόδου στο τυφλό, η εξέταση ολοκληρώθηκε χρησιμοποιώντας το μακρύ). Οι περισσότεροι από αυτούς (8/10) είχαν ιστορικό χειρουργικής επέμβασης στην κοιλία ή την

πύελο, γεγονός πως υποδεικνύει πως σε τέτοιους ασθενείς είναι προτιμότερο να γίνεται η ενδοσκόπηση χρησιμοποιώντας μακρύ ενδοσκόπιο.

Επίσης, δεν εκτιμήθηκε η ανοχή των ασθενών στην εξέταση, αν και όλοι υποβλήθηκαν σε καταστολή με μιδαζολάμη ή/και σε αναλγησία με πεθιδίνη, αναλόγως των αναγκών. Προηγούμενες μελέτες έδειξαν πως ενώ ένα μακρύ κολονοσκόπιο εξασφαλίζει την είσοδό του στο τυφλό, το ενδιάμεσο κολονοσκόπιο αναγκάζει τον ενδοσκόπο να ευθείαζει το ενδοσκόπιο, μειώνοντας το μέγεθος των loops που συχνά σχηματίζονται, αναδιπλώνοντας συνεχώς το παχύ έντερο πάνω στο σώμα του ενδοσκοπίου με σκοπό την είσοδο του ενδοσκοπίου στο τυφλό αλλά συγχρόνως και τη βελτιστοποίηση της ανοχής των ασθενών στην εξέταση.

Συνεπώς, όσοι ενδιαφέρονται για την ταχύτερη είσοδο του ενδοσκοπίου στο τυφλό και φυσικά εφόσον έχουν την πολυτέλεια να διαθέτουν κολονοσκόπια διαφορετικού μήκους στην ενδοσκοπική τους μονάδα είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούν κολονοσκόπιο ενδιάμεσου μήκους.

Μήπως πρέπει να αναθεωρηθούν τα διαγνωστικά κριτήρια της κοιλιοκάκης;

Diagnosing mild enteropathy celiac disease: a randomized, controlled clinical study. K. Kurppa, P. Collin, M. Viljamaa, et al. *Gastroenterology* 2009; 136:816-823.

Όπως είναι γνωστό, η διάγνωση της κοιλιοκάκης βασίζεται στην ανεύρεση, σε βιοψία του λεπτού εντέρου, ατροφίας των λαχνών σε συνδυασμό με υπερπλασία των κρυπτών. Εντούτοις, οι παραπάνω ιστολογικές βλάβες αναπτύσσονται σταδιακά και κάποιοι ασθενείς ενδεχομένως να παρουσιάζουν συμπτώματα ήπιας εντεροπάθειας πριν την εγκατάσταση των χαρακτηριστικών ιστολογικών αλλοιώσεων. Συνεπώς, σε αυτούς τους ασθενείς, η διάγνωση της λανθάνουσας κοιλιοκάκης τίθεται αναδρομικά καθώς η ιστολογική εικόνα (Marsh III) ολοκληρώνεται αργότερα καθώς συνεχίζεται η ελεύθερη διατροφή, η οποία είναι πλούσια σε γλουτένη. Επιπλέον, η ανεύρεση αντισωμάτων έναντι του ενδομυίου ή έναντι της ιστικής τρανσγλουταμινάσης σε αυτούς τους ασθενείς, συχνά ερμηνεύεται ως ψευδώς θετικό εύρημα.

Αρχικώς, στη μελέτη εισήχθησαν 145 ασθενείς με συμπτώματα που θα μπορούσαν να αποδοθούν στην κοιλιοκάκη. Εβδομήντα πέντε εξ αυτών δεν πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη ή ήσαν EmA αρνητικοί. Από τους 70 ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη, στους 47 διαγνώστηκε εντεροπάθεια από γλουτένη (EmA θετικοί & Marsh III) ενώ οι υπόλοιποι 23 ασθενείς, που αποτέλεσαν την ομάδα μελέτης, είχαν μεν θετικά EmA αντισώματα αλλά φυσιολογικές εντερικές λάχνες και εντερική φλεγμονή (ενδοεπιθηλιακή λεμφοκυττάρωση) χωρίς ή

με υπερπλασία κρυπτών (Marsh I & Marsh II αντίστοιχα). Οι ασθενείς της τελευταίας ομάδας τυχαιοποιήθηκαν σε υποομάδες ελεύθερης διατροφής ($n=10$) ή δίαιτας χωρίς γλουτένη ($n=13$). Μετά από ένα χρόνο οι ασθενείς επανεκτιμήθηκαν κλινικά, ιστολογικά και ορολογικά. Σε όλους τους ασθενείς της υποομάδας που ακολούθησε δίαιτα ελεύθερη γλουτένης παρατηρήθηκε ύφεση των κλινικών συμπτωμάτων. Μόνο σε έναν από αυτούς τους ασθενείς ο τίτλος των EmA παρέμεινε σταθερός, καθώς στους υπόλοιπους ο τίτλος των αντισωμάτων ομαλοποιήθηκε. Παρατηρήθηκε επίσης, σημαντική βελτίωση της ιστολογικής εικόνας σε σχέση με αυτούς που εξακολουθούσαν να σιτίζονται ελεύθερα.

Συμπερασματικά, σε ασθενείς με συμπτώματα ενδεικτικά κοιλιοκάκης και υψηλούς τίτλους EmA δεν φαίνεται να είναι συνετό -και ενδεχομένως ούτε ηθικό-, να καθυστερήσει η έναρξη δίαιτας ελεύθερη σε γλουτένη μέχρι να εγκατασταθεί η πλήρης ιστολογική εικόνα, απαραίτητη μέχρι τώρα για να τεκμηριωθεί η διάγνωση της νόσου. Συνεπώς, εύλογα προκύπτει η ερώτηση εάν η λήψη βιοψίας είναι καθοριστική για τη διάγνωση της νόσου ή δεν είναι απαραίτητη σε μια υποομάδα συμπτωματικών ασθενών, με θετικά EmA και συμβατό τύπο HLA. Επιπλέον, τα παραπάνω ευρήματα δείχνουν ότι το φάσμα της κοιλιοκάκης είναι ευρύτερο από αυτό που μέχρι τώρα πιστεύουμε και ίσως ο όρος «γενετική δυσανεξία στη γλουτένη» να είναι περισσότερο χαρακτηριστικός. ■





Αποσπάσματα...

γράφει η Γ.Μ.

■ εφυλλίζοντας παλιές εφημερίδες και περιοδικά σχηματίζει κανείς μια εικόνα των θεμάτων
■ που απασχολούσαν τους ανθρώπους τότε, που δεν απέχουν και πολύ από τα σημερινά
■ προβλήματα, γιατί οι άνθρωποι παραμένουν πάντοτε οι ίδιοι. Επιλέξαμε τα παρακάτω αποσπάσματα από την εβδομαδιαία εγκυκλοπαιδική επιθεώρηση «ΗΛΙΟΣ», Ιουλίου, Οκτωβρίου και Νοεμβρίου 1939:

Η οργάνωση των νοσοκομείων

Οι νοσοκόμοι των μεγάλων νοσοκομείων και κλινικών χάνουν συνήθως το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου των τρέχοντες από δωματίου εις δωμάτιον, καλούμενοι πότε από τον ένα και πότε από τον άλλον ασθενή, είναι δε γνωστή η μανία την οποίαν έχουν οι περισσότεροι πάσχοντες να προβάλλουν διαρκώς διαφόρους απαιτήσεις. Έως τώρα όλα τα συστήματα ειδοποιήσεως των νοσοκόμων τα χρησιμοποιούμενα εις τα μεγάλα νοσοκομεία, περιωρίζοντο εις την επισήμανσιν μόνον του δωματίου του καλούντος ασθενούς.

Τελευταίως εισήχθη μία νεωτάτη και λίαν πρακτική τελειοποίησις χάρις εις την οποίαν ο ασθενής έχει την ευχέρειαν να ειδοποιεί αμέσως τί ακριβώς θέλει. Το μηχανήμα είναι απλούν. Αποτελείται από ένα περιστρεφόμενον δίσκον, όμοιον με τον δίσκον των αριθμών του αυτομάτου τηλεφώνου, κάθε δε τρυπίτσα του δίσκου αυτού αντιστοι-

χεί προς έν διαφορετικόν αίτημα. Επί παραδείγματι, εάν ο ασθενής φέρη τον περιστρεφόμενον δίσκον εις την θέσιν έν, σημαίνει ότι ζητεί το φαγητόν, εις την θέσιν δύο ζητεί νερό, εις το τρία φώς, εις το τέσσερα αλλαγή του πάγου, εις το πέντε εφημερίδες ή περιοδικά, εις το εξ το τηλέφωνον, εις το επτά τον νοσοκόμον και ούτω καθ' εξής. Ούτω η υπηρεσία γνωρίζει αμέσως τι θέλει ο ασθενής και αποφεύγει τον κόπον να σπεύδει πρώτα δια να λάβει την παραγγελίαν και έπειτα δια να την εκτελέση.

Διά να κόψετε το κάπνισμα

Υπάρχουν δύο τρόποι δια να σιχαθήτε οριστικώς το τσιγάρο. Μας τους υποδεικνύει ένα γαλλικόν ιατρικόν περιοδικόν:

1ον) Ανακατέψετε στον καπνό μερικούς σπόρους από το γνωστό φυτόν «ήλιος». Το μέσον αυτό είνε αποτελεσματικώτατον, ημπορεί όμως να εφαρμοσθή μόνον από τους

* Η Γ.Μ. είναι αρχαιολόγος.



καπνιστάς πίπας ή από εκείνους που στρίβουν μόνοι το τσιγάρο.

2ον) Αν αυτή δεν είναι η περίπτωση σας ξεπλύνετε το στόμα σας προτού καπνίσετε με μίαν διάλυση νιτρικού αργύρου 0,25 γραμμάρια τοις εκατόν. Θα κόψετε οριστικώς το τσιγάρο.

Ο αλκοολισμός καταπολεμάται δια του οινοπνεύματος

Πλείσται μεγάλοι ανακαλύψεις και εφευρέσεις οφείλονται συχνά εις τυχαίον περιστατικών ή εις μίαν πλάνην. Εις εν τοιούτον περιστατικόν οφείλεται και η γενομένη προ ενός ακριβώς έτους εις το γαλλικόν νοσοκομείον του Σαιν- Ζερμέν αν Λαι, ανακάλυψις της ριζικής και ταχείας θεραπείας του αλκοολισμού. Εις το εν λόγω νοσοκομείον και ειδικώς εις το τμήμα του ιατρού Μπρυέλ είχε μεταφερθεί εις έμπορος ίππων, ο οποίος ευρίσκετο εις κακήν κατάστασιν, ανέπνεε δυσχερώς, είχε αφθόνους επιδρώσεις και ρίγη, γενικώς δε η πάθησις του ενεφάνιζεν ανησυχαστικά συμπτώματα. Ο δόκτωρ Μπρυέλ δεν κατόρθωσε να διαγνώσει ότι ο ασθενής έπασχεν εξ αλκοολισμού, σχεδόν επαγγελματικής νόσου εις τους εμπορους ίππων, οι οποίοι όλας τας εμπορικής πράξεις των συνομολογούν με το κύπελλον ανά χείρας.

Εις την προκειμένη περίπτωση ο έμπορος των ίππων δεν εγνώριζε την πάθησιν του, επειδή δε από διμήνου ήτο άνεργος και είχε παύσει να πίνη, ο οργανισμός του, ο οποίος είχε συνηθίσει εις το οινόπνευμα παρουσίαζε τας λειτουργικάς ανωμαλίας που αναφέραμεν ανωτέρω. Δέον ακόμη να σημειωθή ότι όπως οι καπνισταί δεν είναι δυνα-

τόν να κόψουν το κάπνισμα, και οι μορφινομανείς ή κοκκαίνομανείς την μορφίνη ή την κοκκαΐνην, χωρίς ο οργανισμός των να εμφανίση λειτουργικάς διαταραχάς μεγάλας ή μικράς, ούτω και οι αλκοολικοί δεν είναι εύκολον να παύ-

σουν δια μιας λαμβάνοντες οινόπνευμα, διότι τα διάφορα όργανα των, ειθισμένα εις την χρήσιν του δηλητηρίου, μόλις παύση η επίδρασις του δηλητηρίου αρχίζουν να λειτουργούν κακώς. Οπωσδήποτε ο εξετάσας τον έμπορον των ίππων ιατρός ενόμισε ότι έπασχεν ούτος από πνευμονικήν προσβολήν διότι είχε τραυματισθή κατά τον παγκόσμιον πόλεμον και παρέμενεν εις το στήθος του μικρόν θραύσμα οβίδος. Επειδή δε εις τας περιπτώσεις αυτές γίνεται συνηθώς εις τον πάσχοντα ενδοφλέβιος ένεσις οινοπνεύματος 30 βαθμών, διέταξε να εφαρμοσθεί η τιαύτη θεραπεία και εις τον έμπορον των ίππων. Την πρώτην ημέραν η ένεσις ήτο 40 κυβικών εκατοστών, την δευτέραν 20 και την τρίτην πάλιν 20. Τα αποτελέσματα υπήρξαν θαυματουργά. Από της δευτέρας ενέσεως ο πάσχων έδειξε σημεία βελτιώσεως και την τρίτην ήτο εντελώς καλά. Εκ πα-

ραλλήλου η εργαστηριακή εξέτασις απεδείκνυν ότι η πάθησις δεν ωφέιλετο εις το τραύμα, αλλά εις την έλλειψιν οινοπνεύματος, εξεδηλώθη δε διότι η χρήσις του δηλητηρίου είχε σταματήσει αποτόμως και όχι βαθμιαίως όπως εγένετο μέχρι τούδε διά την αποτοξίνωσιν και την θεραπείαν των αλκοολικών. Το συμπέρασμα εκ της ανωτέρω περιπτώσεως ήτο ότι το οινόπνευμα παρεχόμενον ενδοφλεβίως δύναται να θεραπεύσει τον αλκοολισμόν. Ο δόκτωρ Μπρυέλ, ο οποίος συνεπεία διαγνωστικού σφάλματος είχε προβεί εις την ανακάλυψιν, συνέχισε τους πειραματισμούς του, θεραπεύσας εκατοντάδα αλκοολικών. ■

Οι νοσοκόμοι των μεγάλων νοσοκομείων και κλινικών χάνουν συνήθως το μεγαλύτερον μέρος του χρόνου των τρέχοντες από δωμάτιου εις δωμάτιον, καλούμενοι τότε από τον ένα και τότε από τον άλλον ασθενή, είναι δε γνωστή η μανία την οποίαν έχουν οι περισσότεροι πάσχοντες να προβάλλουν διαρκώς διαφόρους απαιτήσεις

Μικρές Αγχυνίες

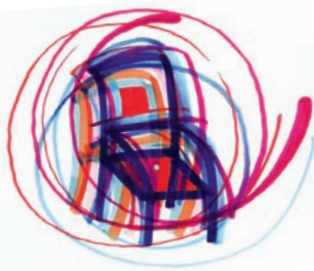
**Πωλείται πλήρης ενδοσκοπικός εξοπλισμός γαστρεντερολογικού ιατρείου.
Είναι πολύτιμη ευκαιρία για νέους συναδέλφους.**

Πληροφορίες:

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΑΡΓΥΡΟΣ 6936 766767 / 6973 007017



Συνέδρια



Συνέδρια

Σικάγο, θα πάτε;

γράφει η **Νάγια Μπομπότση**



Για δεύτερη φορά μέσα σε λίγα χρόνια το Σικάγο θα φιλοξενήσει το DDW του 2009. Από τις 30 Μαΐου έως τις 4 Ιουνίου η πρωτεύουσα της πολιτείας Illinois θα αποτελεί το επίκεντρο της αμερικανικής αλλά και διεθνούς γαστρεντερολογικής κοινότητας. Χτισμένη πάνω στη δεύτερη μεγαλύτερη λίμνη του κόσμου μετά την Κασπία θάλασσα, τη λίμνη Michigan, δίνει την εντύπωση παραθαλάσσιας πόλης. Είναι η τρίτη μεγαλύτερη σε πληθυσμό πόλη της Αμερικής, διαμάντι αρχιτεκτονικής και λίκνο καλλιτεχνικής πρωτοπορίας.

Η ισχυρή προσωπικότητα της πόλης είναι αποτέλεσμα των πολιτικών και κοινωνικών συγκρούσεων που χαρακτήθηκαν στην ιστορία της. Η Πόλη των Ανέμων (Windy Town), όπως ονομάζεται το Σικάγο, γεννήθηκε στα τέλη του 18ου αιώνα μέσα από τις στάχτες των συγκρούσεων του αμερικανικού στρατού με τους Ινδιάνους που ζούσαν στην περιοχή και οι οποίοι φέρονται να είχαν συμμαχήσει με τη βρετανική αυτοκρατορία. Έκτοτε η αμερικανική μεγαλούπολη των μεσοδυτικών πολιτειών των ΗΠΑ δεν έπαψε ούτε στιγμή να αποτελεί θέατρο μεγάλων συγκρούσεων. Εκεί γεννήθηκε το 1886 το οκτάωρο και η Εργατική Πρωτομαγιά. Εκεί η αστυνομία στράφηκε εναντίον των συνδικαλιστών και των αναρχικών στις αρχές του 20ού αιώνα, οι συμμορίες των γκάνγκστερ συνεπλάκησαν μεταξύ τους στην εποχή της ποτοαπαγόρευσης, το FBI ήταν στο κατόπι των Μαύρων Πανθήρων στη δεκαετία του '60.

Κάθε ιστορική περίοδος έχει αφήσει ανεξίτηλα τα σημάδια της στην αρχιτεκτονική και τη ρυμοτομία της πόλης. Η καταστροφική όμως πυρκαγιά του 1871 ισοπέδωσε σχεδόν όλη την πόλη αφήνοντας πίσω της 17.000 καμένα σπίτια και 300.000 άστεγους. Ένα από τα ελάχιστα οικοδομήματα που επιβίωσαν είναι ο υδατόπυργος του 1869 που υψώνεται σε κεντρικό σημείο κι εκπροσωπεί τα πρώτα χρόνια της εμπορικής ανάπτυξης, όταν το Σικάγο αναγεννήθηκε, κυριολεκτικά από τις στάχτες, και μετατράπηκε σε μια από τις οικονομικές υπερδυνάμεις των ΗΠΑ. Μερικά οικοδομικά τετράγωνα πιο πέρα ορθώνεται το σύγχρονο σύμβολο της οικονομικής ευρωστίας της πόλης: το Sears Tower. Για αρκετά χρόνια αποτελούσε το υψηλότερο κτίριο στον πλανήτη μέχρι τη στιγμή που οι αρχιτέκτονες των πύργων Petronas στην Κουάλα Λουμπόρ, με ένα τέχνασμα άρπαξαν την πρωτιά, τοποθετώντας στην κορυφή του κτιρίου τους μια κεραία! Γεγονός βέβαια που δεν μειώνει ούτε στο ελάχιστο το δέος που αισθάνεται κανείς καθώς ανεβαί-

νει στον 103ο όροφο, σε μόλις 45 δευτερόλεπτα, με έναν από τους δύο ειδικούς ανελκυστήρες του κτιρίου. Η θέα σε ολόκληρη την πόλη και τη λίμνη θα σας καθηλώσει. Παρόμοιο είναι βέβαια το σκηνικό και στον κεντρικό ουρανοξύστη του John Hancock Center όπου μπορεί κανείς να πει άνετα το ποτό του απολαμβάνοντας την εντυπωσιακή θέα, μόλις επτά ορόφους χαμηλότερα.

Στο Σικάγο θα σας φανεί πολύ λογικό να περιτριγυρίζετε από ουρανοξύστες μια και είναι η γενέτειρά τους. Πέτρινοι στην αρχή μεταλλικοί στη συνέχεια, έχουν γράψει ιστορία στην αρχιτεκτονική και οι κατασκευαστές τους συνεχίζουν να παρουσιάζουν πρωτοποριακές δημιουργίες. Όπως θα σηκώσετε το κεφάλι σας να θαυμάσετε τα διάφορα κτίρια στο κέντρο της πόλης μη σας ξαφνιάσουν οι ράγες του υπέργειου σιδηρόδρομου που μπλέκονται σε έναν κυκλικό σχηματισμό, το λεγόμενο «loop». Μέσα σε αυτόν περιλαμβάνονται διάφορες συνοικίες και αξιοθέατα. Η γειτονιά των τυπογράφων, με την πνοή των αγώνων των εργατών, έγι-





νε τελευταία της μόδας με ενδιαφέροντα καφέ και βιβλιοπωλεία. Στη γειτονιά των γκάνγκστερ, δυστυχώς δεν θα βρείτε πια το αρχηγείο του διαβόητου Αλ Καπόνε, το ξενοδοχείο Lexington, γιατί κατεδαφίστηκε μόλις την προηγούμενη δεκαετία. Το «theater district» προσφέρει ποικίλες καλλιτεχνικές επιλογές, αλλά αυτό που δεν πρέπει να χάσετε είναι το Ινστιτούτο Τέχνης.

Πρόκειται για ένα από τα σημαντικότερα μουσεία καλών τεχνών των ΗΠΑ ειδικά για τους λάτρεις του ιμπρεσιονισμού. Ανάμεσα σε πίνακες των Πικάσο, Ρενουάρ, Ματίς και Σεζάν θα αναγνωρίσει κανείς και ορισμένα από τα σημαντικότερα αριστουργήματα της αμερικανικής τέχνης. Έργα όπως το Nighthawks του Έντουαρντ Χόπερ ή το American Gothic του Γκραντ Γουντ που σπάνια έχουμε την ευκαιρία να απολαύσουμε στην Ευρώπη. Το κτίριο που φιλοξενεί το Ινστιτούτο Τέχνης είναι ταυτόχρονα από μόνο του σημείο αναφοράς για την αρχιτεκτονική του Σικάγο. Το ανοιχτό εστιατόριο στο κέντρο του είναι αναμφίβολα ένα ωραίο σημείο της πόλης για φαγητό.

Βγαίνοντας από το Ινστιτούτο Τέχνης συνεχίστε τη βόλτα σας στο Grant Park, ένα ανοιχτό μουσείο σύγχρονης τέχνης και αρχιτεκτονικής. Το περίφημο Buckingham Fountain, στο κέντρο του πάρκου, που είναι ένα από τα μεγαλύτερα σιντριβάνια στον κόσμο, κατασκευάστηκε με πρότυπο το διάσημο σιντριβάνι Latona των Βερσαλλιών. Στο σημείο όπου σήμερα εκτοξεύονται 880 λίτρα νερού το δευτερόλεπτο(!) κάποτε βρισκόταν η επίσημη αφετηρία του θρυλικού αυτοκινητόδρομου Route 66 που συνέδεε το Σικάγο με το Λος Άντζελες - την Πόλη των Ανέμων με την Πόλη των Αγγέλων. Στη νοτιοδυτική πλευρά του Grant Park βρίσκεται το κατά πολύ νεότερο πάρκο της χιλιετίας, Millennium Park. Για την ιστορία αρκετοί από τους κατοίκους προτιμούν να το αποκαλούν Πάρκο της Επόμενης Χιλιετίας, καθώς η ολοκλήρωσή του καθυστέρησε τέσσερα χρόνια, με αποτέλεσμα να μην είναι έτοιμο για τους εορτασμούς του 2000. Σημείο αναφοράς το γιγάντιο γλυπτό του Ανίς Καπούρ. Εμπνευσμένο από τον υγρό υδράργυρο καθρεφτίζει παραμορφωτικά στην επιφάνειά του τους ψηλότερους ουρανοξύστες του Σικάγο. Εκεί κοντά βρίσκεται και το διαδραστικό γλυπτό-σιντριβάνι του Καταλανού καλλιτέχνη Jaume Plensa. Δύο τεράστιες γιγαντοσθόνες που πλημμυρίζουν από νερό απεικονίζουν ψηφιακά πρόσωπα πολιτών της πόλης.

Συμπληρώνοντας την υπαίθρια τέχνη, μακριά από το πάρκο αυτή τη φορά, μπορείτε να βρείτε απίλοφόρητη δουλειά του Picasso στο Daley Center Plaza (γωνία οδών Dearborn και Washington), ένα Jean Miro στη Washington κι ένα πέτρινο μωσαϊκό του Marc Chagall στη γωνία Dearborn και Monroe. Παραλιακά και κοντά στο συνεδριακό κέντρο μπορείτε επίσης να επισκεφθείτε το παλαιότερο πλανητάριο του 1930, το Adler Planetarium όπως επίσης το Shedd Aquarium και το Μουσείο Φυσικής Ιστορίας.

Σε αυτές τις περιοχές, αν ο καιρός το επιτρέπει, η βόλτα με τα πόδια είναι απολαυστική. Υπάρχει όμως και πυκνό δίκτυο λεωφορείων υπόγειου και υπέργειου σιδηροδρόμου. Για τις μετακινήσεις σας μπορείτε να αγοράσετε ημερήσια ή τριήμερη κάρτα απεριορίστων διαδρομών ανάλογα με τον προγραμματισμό σας.

Στις βόλτες σας θα πρέπει οπωσδήποτε να συμπεριλάβετε και το περίφημο «magificent mile»! Ένα μίλι επί της λεωφόρου Michigan αρχίζοντας από τη γέφυρα του ποταμού Chicago, είναι η καρδιά του shopping, το κέντρο των μεγάλων μόδιστρων και η μεγάλη πρόκληση για το πορτοφόλι σας. Βέβαια, για τα ψώνια σας μπορείτε πάντα να βρείτε τα γνωστά outlets με τις φιλικές τιμές λίγο πιο μακριά από την πόλη.

Η Ελληνική παροικία στο Σικάγο είναι μεγάλη. Δεν είναι απίθανο να έχετε κάποιον συγγενή σας εκεί. Μπορεί μάλιστα ιδιαίτερα περήφανος, να σας κάνει το τραπέζι σε κάποια από τις πολλές ελληνικές ταβέρνες στη «Μικρή Ελλάδα» εκεί που «ανάβουν» το σαγανάκι φωνάζοντας «ωπα»! Είναι αληθινή σκηνή αλλά το είδαμε και στην ταινία «My big fat greek wedding» ή «Γάμος α λα Ελληνικά», όπως ήταν ο ελληνικός τίτλος.

Όταν φτάσει το βράδυ στο Σικάγο μη χάσετε την ευκαιρία να πιείτε ένα ποτό ή ακόμα και να φάτε σε μια από τις διάσημες γωνιές των μπλουζ μια κι εδώ είναι η πατρίδα τους. Μπαρ που σας ταξιδεύουν στη δεκαετία του '70, live blues, με αυθεντικά συγκροτήματα, ειδικά αφιερώματα και γνωστά ονόματα.

Η πόλη της ποτοαπαγόρευσης, της μαφίας, των εξεγέρσεων αλλά και της γνωστής μας «θείας από το Σικάγο», σας περιμένει να την εξερευνήσετε, να τη γνωρίσετε και να την αγαπήσετε. Καλό σας ταξίδι! ■



Καλλιτεχνικά και άλλα

Ραδιοφωνικοί σταθμοί χωρίς συχνότητες

γράφει η Νάγια Μπομπότση

Πιστεύει κανείς ότι το ραδιόφωνο είναι κομμάτι του παρελθόντος; Η παλιά συνήθεια να ψάχνουμε να συντονίσουμε τη βελόνα στη συχνότητα στα ερτζιανά που πιάνει καλύτερα ο σταθμός μας, έδωσε τη θέση της στο τηλεχειριστήριο που μας οδηγεί ψηφιακά με ακρίβεια ή ακόμη πιο ευέλικτα στο κινητό που μας «συντροφεύει» (ή μας καταδυναστεύει), όλες τις ώρες σε όλα τα μέρη.

Για όσους δουλεύουν σε γραφείο μπροστά στον υπολογιστή, η πιο πρόσφατη προσφορά της τεχνολογίας είναι η διαδικτυακή εκπομπή των γνωστών σταθμών που ακούμε στο ραδιόφωνο. Έτσι μπορείς να ακούς «Δίεση» στη Θεσσαλονίκη, ή ακόμα και στην Αγγλία. Αυτό που δεν είχαμε όμως ακόμα εμπεδώσει είναι η ακρόαση ραδιοφωνικών σταθμών χωρίς συχνότητα που εκπέμπουν μόνο στο διαδίκτυο. Υπάρχουν δεκάδες τέτοιοι στην Ελλάδα που καλύπτουν όλα τα μουσικά γούστα.

Για να τους ακούσετε αρκεί να έχετε εγκατεστημένο έναν οποιοδήποτε player (π.χ. Windows Media player, Winamp κ.τ.λ.) στον υπολογιστή σας. Συνδέεστε με τη σελίδα του σταθμού και ακολουθείτε τις οδηγίες. Για δε τους επίδοξους ραδιο-πειρατές του παρελθόντος τώρα είναι η μεγά-

λη ευκαιρία! Η δημιουργία ενός δικού σας τέτοιου σταθμού, είναι πολύ εύκολη μια και απαιτεί μόνο έναν υπολογιστή και μια ADSL σύνδεση κι έναν player για να ανεβάζετε τα τραγούδια στη σειρά. Αν πάλι το όνειρό σας ήταν το μιξάρισμα τραγουδιών, εκφωνήσεων και ειδήσεων θα χρειαστείτε κι ένα πρόγραμμα radio automation software. Τα στούντιο των διαδικτυακών σταθμών μπορεί να αποτελούνται από έναν υπολογιστή κι ένα μικρόφωνο, αλλά ανάλογα με το μεράκι σας μπορεί να χρειαστούν μίκτες, ισοσταθμιστές, ακριβώς όπως και στο παραδοσιακό ραδιόφωνο. Το πιο ενημερωμένο portal στην Ελλάδα είναι το e-radio.gr και μερικοί σταθμοί με μεγάλη επισκεψιμότητα είναι οι vmradio.gr, rockmachine.gr, globalradio.gr, psychoradio.gr, ή radiobubble.gr

Οι άνθρωποι πίσω από τα μικρόφωνα είναι επαγγελματίες παραγωγοί ή απλοί πολίτες που ασχολούνται από χόμπι. Κάποιοι απ' αυτούς όπως ο Αλέξανδρος Ριχάρδος μας είναι ήδη γνωστοί από τις εκπομπές που παρακολουθούσαμε κάποτε στα FM. Το κοινό του διαδικτυακού ραδιόφωνου όσο πάει και μεγαλώνει. Δοκιμάστε κι εσείς να επενδύσετε μουσικά τις ώρες που περνάτε μπροστά στον υπολογιστή σας! Ή απλά πατήστε enter και χαλαρώστε! ■

