

Άρθρο Σύνταξης

Από την εποχή του Ιπποκράτη το θέμα της αμοιβής αποδείχθηκε ως το ασθενές σημείο του ιατρικού επαγγέλματος. Στο ιπποκρατικό έργο «Παραγγελίαι» οι γιατροί προτρέπονται σε απαίτηση της αμοιβής τους: «Σε προτρέπω να μη δείχνεις υπερβολική ασπλαχνία... καμιά φορά να προσφέρεις τις υπηρεσίες σου και δωρεάν... να προσέχεις τους αρρώστους σου για να βρουν την υγεία τους, τους υγιείς για να τη διατηρήσουν, μαζί όμως και τον εαυτό σου για να τον διαφυλάξεις ευπρεπή». Ο Ηράκλειτος καταφέρεται εναντίον των «αναξιοπρεπών γιατρών» οι οποίοι βασάνιζαν τους ασθενείς με «τομές και καυτήρια» και για τις πράξεις τους αυτές αξίωναν και αμοιβή. Πολλούς αιώνες μετά, ο Μολιέρος από την πλευρά του ασθενούς, διακωμωδεί τους γιατρούς, που μισούσε για την ανεπάρκειά τους και την απαίτηση υψηλής αμοιβής.

Πέρα όμως από τα ανθρωπιστικά κίνητρα, τη συμμετοχή στον πόνο των ανθρώπων και γενικότερα την αγάπη για την ιατρική τέχνη, κατ' ανάγκη ο γιατρός πρέπει να μπορεί να ζει από την αμοιβή που τού δίνουν οι ασθενείς του. Όσο ο ασθενής εξαρτάται από το γιατρό, άλλο τόσο εξαρτάται ο γιατρός από τους ασθενείς του. Ο κωμικός ποιητής Φιλήμων ο νεότερος, το 300 π.Χ., σκιαγραφεί την κατάσταση: «πόσο άσχημα περνά κάθε γιατρός όταν κανένας δεν αισθάνεται άσχημα!».

Στην εποχή μας, τη ρύθμιση των ιατρικών αμοιβών αναλαμβάνουν συχνά κρατικά ασφαλιστικά ταμεία και ιδιωτικές ασφάλειες. Και ενώ η άσκηση του επαγγέλματος γίνεται κατά κανόνα με αξιοπρέπεια, με βάση τα αποδεκτά επιστημονικά δεδομένα και με κριτήριο το συμφέρον του ασθενή, οι αμοιβές είναι εξαιρετικά χαμηλές. Για τη διατήρηση της ιπποκρατικής «ευπρέπειας» και πέρα από ιδεαλιστικά κίνητρα, είναι απαραίτητο να αντιδράσουμε. Και αντίρροπα με τις τάσεις της εποχής μας, όπου κυριαρχεί η ατομική πρωτοβουλία, απαιτείται συλλογική δράση, αγνοώντας μερικές φορές το πρόσκαιρο προσωπικό συμφέρον.

Απόστολος Νταϊλιάνας

Νέα και



Επίκαιρα

Ενημέρωση από το ΔΣ

γράφουν οι Νάγια Μπομπότση και Απόστολος Νταϊλιάνας

Το τελευταίο τρίμηνο ήταν ιδιαίτερα απαιτητικό για το Δ.Σ. της ΕΠΕΓΕ με τις εξελίξεις στο θέμα του ΟΠΑΔ. Με αυτή τη συγκυρία θα μας ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο να λειτουργούσε ήδη η ιστοσελίδα ώστε να έχουμε καλύτερη δυνατότητα επικοινωνίας. Δυστυχώς όμως κάποια θέματα όσο εύκολα κι αν ακούγονται, στην υλοποίησή τους ακολουθούν ρυθμούς «χελώνας». Πάντως μεγάλο μέρος της αλληλογραφίας μας πλέον προωθείται ηλεκτρονικά,

όπως θα παρατηρήσατε. Είναι ένας τρόπος επικοινωνίας αξιόπιστος, ταχύς, οικονομικός και οικολογικός. Για να μην εξαρτάστε λοιπόν από τις «ευαισθησίες» του ταχυδρόμου σας για την ενημέρωσή σας, επικοινωνήστε με τη γραμματέα μας, κα Μ. Γενναδοπούλου, να επιβεβαιώσετε, αν διαθέτετε, την ηλεκτρονική σας διεύθυνση. Αλλά ας δούμε τα κύρια θέματα αναλυτικά.

ΟΠΑΔ

Αυτό είναι ένα σήριαλ με ανατρεπτικά επεισόδια, αβέβαιο φινάλε και βασικό στοιχείο του την τραγική ειρωνεία όπως και στην αρχαία ελληνική τραγωδία. Δύο χρόνια μετά την ανακίνηση του θέματος των αμοιβών των ενδοσκοπήσεων από κάποιον «ευσυνείδητο» υπάλληλο του ΟΠΑΔ, μπήκε στο χορό και το Υπουργείο Οικονομικών. Στην τελευταία έγγραφη ενημέρωση στους έχοντες σύμβαση γαστρεντερολόγους, υπενθυμίζουν ότι οι αμοιβές θα προσδιορίζονται από συγκεκριμένα προεδρικά διατάγματα χωρίς να αναφέρονται καθόλου σε υπουργικές αποφάσεις. Προφορικά δε από τον ΟΠΑΔ ενημέρωναν ότι από 1/6/09 θα ισχύουν τα «νέα» παλαιότερα τιμολόγια. Μάλιστα σε απόδειξη συναδέλφου που κατέθεσε ασθενής στην αρμόδια ΥΠΑΔ εκκαθαρίστηκε με τιμές Π.Δ. '91. Μετά από επικοινωνία μας με τη νομική μας σύμβουλο κα Α. Τσίτουρα, αποφασίσαμε ότι η καλύτερη απάντηση θα ήταν η διακοπή των συμβάσεων από όλους μας. Η καθολική συμμετοχή όμως σε ένα τέτοιο εγχείρημα θα ήταν αβέβαιη μια και αντιληφθήκαμε

το σκεπτικισμό αρκετών συναδέλφων οπότε προχωρήσαμε σε μια ενδιάμεση λύση. Στείλαμε στον ΟΠΑΔ μια εξώδικο επιστολή όπου σαφώς δηλώναμε ότι οι ενδοσκοπικές πράξεις που διενεργούμε είναι πλέον εξετάσεις εκτός σύμβασης και δικαιούμαστε να τις αμειβόμαστε με τις τιμές της υπουργικής απόφασης και να δίνουμε στους ασθενείς μας την αντίστοιχη απόδειξη. Με αυτό τον τρόπο, ο γαστρεντερολόγος χωρίς να καταγγείλει τη σύμβαση, δικαιούται να κόψει απόδειξη παροχής υπηρεσιών μόνο για την ιατρική επίσκεψη. Είναι βέβαια σαφές ότι όποιος επιθυμεί μπορεί να προχωρήσει αφ' εαυτού σε διακοπή μια και δεν υφίσταται συλλογική σύμβαση αλλά πολλές ατομικές. Στη γενική συνέλευση στη διημερίδα μας θα αποφασίσουμε από κοινού ποια θα είναι η στάση μας απέναντι στον ΟΠΑΔ, αφού τελικός στόχος μας θα πρέπει να είναι μια πραγματική αναπροσαρμογή των τιμών και όχι η νομιμοποίηση των τιμών του 1993 με ρύθμιση του 2009!!!

Ιστοσελίδα της ΕΠΕΓΕ

Παρ' ότι αυτό το έχετε ξαναδιαβάσει, είμαστε πλέον πολύ κοντά στη λειτουργία της νέας ιστοσελίδας της ΕΠΕΓΕ. Σε πολύ λίγες μέρες από τώρα που γράφονται αυτές οι γραμμές ελπίζω ότι θα είμαστε σε θέση να επικοινωνούμε μέσω του www.epege.gr

Θα δείτε μια πιο σύγχρονη εμφάνιση από την οποία έχουμε πολλές προσδοκίες αλλά απαιτεί πολύ δουλειά για να αξιοποιηθεί. Πέρα όμως από το αισθητικό κομμάτι, η ουσία είναι ότι τα νέα θα μαθαίνονται εύκολα και στην ώρα τους από την οθόνη του υπολογιστή σας στο γραφείο ή στο σπίτι. Η δημιουργία forum σας δίνει την ευκαιρία να

μας πείτε τη γνώμη σας, το πρόβλημά σας, την πρότασή σας. Τρεις συνάδελφοι ο κ. Γ. Μαργαντίνης, ο κ. Ν. Μαργέτης και η γράφουσα έχουμε αναλάβει να φέρουμε εις πέρας το στήσιμο αλλά κυρίως τον εμπλουτισμό της ιστοσελίδας σε ύλη. Ήδη θα βρείτε πολλές κατευθυντήριες οδηγίες αλλά και νομικά θέματα που αφορούν στην ειδικότητά μας αλλά και την άσκηση του επαγγέλματος στον Ιδιωτικό ή το Δημόσιο τομέα. Το περιοδικό μας "Ενδοσκοπήσεις" θα κυκλοφορεί πλέον και σε ηλεκτρονική μορφή. Σε ένα από τα μενού του site με τίτλο «μέλη», θα βρείτε τους γαστρεντερολόγους κάθε νομού σύμφωνα με

την καταγραφή της ΕΠΕΓΕ του 2006 και τα αρχεία της ΕΓΕ. Στους ελευθεροεπαγγελματίες έχουμε το δικαίωμα να αναγράφουμε διεύθυνση και τηλέφωνο ιατρείου, ενώ στους γιατρούς ΕΣΥ θα αναφέρεται μόνο ο νομός άσκησης του επαγγέλματος εκτός αν δηλώσουν οι ίδιοι διαφορετικά. Θα θέλαμε πολύ να βρείτε το όνομά σας και να ελέγξετε τα στοιχεία σας για την ορθότητά τους. Για οποιεσδήποτε αλλαγές ή για να σας προσθέσουμε αν δεν είστε καταγεγραμμένος μπορείτε να επικοινωνήσετε από την ιστοσελίδα ή να καλέσετε τη γραμματέα μας. Αυτή η λίστα θα διευκολύνει τη μεταξύ μας επικοινωνία και κυρίως θα βοηθήσει στη δημιουργία μιας ανανεούμενης συνεχούς καταγραφής. Η τελευ-

**Το περιοδικό μας
“Ενδοσκοπήσεις”
θα κυκλοφορεί πλέον
και σε ηλεκτρονική
μορφή**

ταία καταγραφή που έγινε το 2006 είναι ήδη αρκετά ξεπερασμένη και χρειάζεται συνεχή ενημέρωση. Η χαρτογράφηση του ιατρικού δυναμικού είναι κάτι που λείπει από την Ελλάδα γενικότερα κι ελπίζουμε με τη βοήθειά σας να την καλύψουμε όσο περνάει από το χέρι μας για την ειδικότητά μας. Το site μας φτιάχνεται από εμάς για μας και οι συμβολή σας περιμένουμε να είναι μεγάλη. Οι προτάσεις σας, οι ιδέες σας, οι διορθώσεις σας έχουν σημασία και θέλουμε να είναι το περιεχόμενο της ιστοσελίδας. Δεν είμαστε επαγγελματίες του είδους και θέλουμε να μας συγχωρήσετε για ατέλειες και παραλείψεις. Ελπίζουμε να γινόμαστε κάθε μέρα και καλύτεροι με τη βοήθειά σας.

UEMS

Ο εκπρόσωπός μας στη UEMS κ. Θ. Ροκκάς αντικαταστάθηκε, μετά από πολυετή επιτυχή θητεία, από τον κ. Σ. Γεωργόπουλο. Ελπίζουμε σύντομα να φιλοξενήσουμε στο

περιοδικό μας τις εντυπώσεις του κ. Ροκκά από τη μακρά του θητεία, αλλά και τις προσδοκίες του τώρα που θα συνεχίσει ως εκπρόσωπος της ΕΓΕ.

Επιπλοκές στη Γαστρεντερολογία

Η 7η Εκπαιδευτική Διημερίδα της ΕΠΕΓΕ θα διεξαχθεί φέτος στις 24 & 25 Οκτωβρίου 2009 στον οικείο χώρο του ξενοδοχείου Caravel στην Αθήνα. Αν έχετε απορίες για το θέμα, η αφίσα της διημερίδας που βλέπετε στο εξώφυλλο σας δίνει μια ιδέα: ένα μεγάλο μπέρδεμα, οι επιπλοκές στη γαστρεντερολογία. Οι πρόεδροι κ. Χρήστος Μαυρογιάννης, Καθηγητής Γαστρεντερολογίας Νοσηλευτικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, και ο κ. Δ. Τζουρμακιώτης, Διευθυντής Γαστρεντερολογικού Τμήματος Πολυκλινικής Αθηνών, έχουν ετοιμάσει από κοινού ένα άρτιο επιστημονικά πρόγραμμα. Πιστοί στην υπόσχεσή μας την Παρασκευή 23/10 και το Σάββατο 24/10 θα διεξαχθεί

το σεμινάριο καταστολής και αναλγησίας στην ενδοσκόπηση από την ομάδα του Καθ. Αναισθησιολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Γ. Παπαδόπουλου. Η συμμετοχή στο κλινικό μέρος του Σαββάτου, που φέτος θα διαθέτει και μια αίθουσα εξομοίωσης, προϋποθέτει την παρακολούθηση του θεωρητικού την Παρασκευή το απόγευμα. Προς αποφυγήν καθυστερήσεων και ταλαιπωρίας, μετά το μάθημα που πήραμε πέρυσι, ορίστηκε αυστηρά συγκεκριμένος αριθμός συμμετεχόντων και οι δηλώσεις θα γίνονται με fax ή email στο γραφείο οργάνωσης της διημερίδας από την 1/10. Οι υπεύθυνοι του σεμιναρίου θα είναι ο κ. Π. Κασαπίδης και η κα Ν. Μάθου.

Στρογγυλό Τραπέζι της ΕΠΕΓΕ στο Πανελλήνιο Γαστρεντερολογικό Συνέδριο

Το Πανελλήνιο Γαστρεντερολογικό Συνέδριο φιλοξενεί κάθε χρόνο ένα Στρογγυλό Τραπέζι της Επαγγελματικής Ένωσης. Φέτος είναι η σειρά της «ποιότητας στη Γαστρεντερολογία και πιστοποίησης των γαστρεντερολογικών ιατρείων». Σε μια εποχή που οι ανάγκες για απλές ή πιο δύσκολες ενδοσκοπήσεις αυξάνονται και ενώ ιδιωτικές και κρατικές ασφάλειες προσπαθούν να μειώσουν τις αμοιβές μας, οι απαιτήσεις για παροχή υψηλής ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών αυξάνονται. Οι ασθενείς ενημερώνονται όλο και περισσότερο, οι νομικές εμπλοκές είναι όλο και πιθανότερες, στο μέλλον θα υπάρχουν απαιτή-

σεις από ιδιωτικούς και κρατικούς φορείς που πρέπει να τους προλάβουμε. Χρειαζόμαστε απλούς τρόπους να δείξουμε την ποιότητα της δουλειάς μας. Στο Τραπέζι θα συζητηθούν πρακτικοί δείκτες μέτρησης της ποιότητας πριν, κατά και μετά την ενδοσκόπηση, η αξιολόγηση (ικανοποίηση) από την πλευρά του ασθενή και οι δυνατότητες ηλεκτρονικής καταγραφής των αποτελεσμάτων μας. Τι απαιτείται και πώς μπορεί να γίνει η (καταρχήν προαιρετική) πιστοποίηση ενός γαστρεντερολογικού ιατρείου; Όλα αυτά θα έρθουν πολύ κοντά μας στο άμεσο μέλλον και σας θέλουμε εκεί.



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

7^η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

Επιπλοκές στη Γαστρεντερολογία



Σάββατο 24 - Κυριακή 25 Οκτωβρίου 2009

Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani-Caravel

Αίθουσα Horizon

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Οι διημερίδες της ΕΠΕΓΕ έχουν γίνει πλέον θεσμός λόγω της μεγάλης τους επιτυχίας.

Το αντικείμενο της 7ης διημερίδας που θα διεξαχθεί στις 24 και 25 Οκτωβρίου του 2009, είναι οι “Επιπλοκές στη Γαστρεντερολογία” και περιλαμβάνει τις επιπλοκές των ενδοσκοπικών τεχνικών και τις παρενέργειες των συχνότερα χρησιμοποιούμενων φαρμάκων.

Οι επιπλοκές μιας ενδοσκοπικής πράξης δεν είναι ποτέ ένα “τυχαίο” γεγονός. Οφείλονται σε συγκεκριμένους λόγους που σχετίζονται με την εφαρμοζόμενη τεχνική, τα χρησιμοποιούμενα υλικά και σε παράγοντες που έχουν σχέση με τον ασθενή. Η επισημάνση όλων των παραμέτρων, που σχετίζονται με αυτές τις “κακές στιγμές” της καθημερινής μας δουλειάς είναι ο μόνος τρόπος για να περιορισθούν στο μέλλον.

Σε πέντε Στρογγυλά Τραπέζια, έμπειροι συνάδελφοι θα προσπαθήσουν να αναδείξουν το μέγεθος του προβλήματος, τα αίτια και τους τρόπους αποφυγής των επιπλοκών των περισσότερων ενδοσκοπικών τεχνικών, ενώ ενδοσκόποι με μακρά θητεία στις ενδοσκοπικές τεχνικές θα αναφερθούν στη χειρότερη περίπτωση επιπλοκής που τους έτυχε στην άσκηση της Γαστρεντερολογίας.

Τέλος, με ξεχωριστή εισήγηση θα καλυφθεί το θέμα της νομικής ευθύνης του ενδοσκόπου.

Το άλλο μεγάλο θέμα που θα συζητηθεί σε αυτή τη Διημερίδα είναι οι παρενέργειες των PPI's, των Ηπατολογικών φαρμάκων καθώς και των φαρμάκων που χορηγούνται στις Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Εντεροπάθειες και απαιτούν συχνά έναν ιδιαίτερο τρόπο παρακολούθησης και ειδικούς θεραπευτικούς χειρισμούς.

Η διενέργεια του σεμιναρίου καταστολής από την ομάδα του καθηγητή Αναισθησιολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Παπαδόπουλου θεωρήθηκε και φέτος επιβεβλημένη λόγω της μεγάλης περσινής συμμετοχής αλλά και της σταθερής θέσης της ΕΠΕΓΕ για συνεχή και πιστοποιημένη εκπαίδευση των μελών της και του νοσηλευτικού προσωπικού στη χορήγηση καταστολής και σε τεχνικές ανάνηψης.

Με την ελπίδα ότι και η φετινή διημερίδα της ΕΠΕΓΕ θα αποτελέσει ευκαιρία ευχάριστης και εποικοδομητικής συνάντησης των γαστρεντερολόγων προσβλέπουμε στην ενεργό συμμετοχή σας που είναι ίσως η μεγαλύτερη εγγύηση της επιτυχίας της εκδήλωσης.

Οι Πρόεδροι

Χ. Μαυρογιάννης Δ. Τζουρμακλιώτης

ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

– Επιπλοκές διαγνωστικών και επεμβατικών ενδοσκοπήσεων

- Γιατί συμβαίνουν;
- Πώς αναγνωρίζονται;
- Πώς αντιμετωπίζονται;
- «Κακή στιγμή» ή ανθρώπινο λάθος;
- Νομικά θέματα

– Κίνδυνοι από τα συνήθη φάρμακα

- Η εκπαίδευση στην πρόληψη
- Η χειρότερή μου περίπτωση

ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ

**Σεμινάριο καταστολής και αναλγησίας στην ενδοσκόπηση
Αναισθησιολογική Πανεπιστημιακή Κλινική Ιωαννίνων**

(Καθ. Γ. Παπαδόπουλος)

Παρασκευή 23/10/2009 17.30-20.00: Θεωρητικό μέρος

Σάββατο 24/10/2009: Κλινική άσκηση

Για γαστρεντερολόγους και νοσηλευτικό προσωπικό ενδοσκοπικών εργαστηρίων με χορήγηση πιστοποιητικού εκπαίδευσης.
Η συμμετοχή στο κλινικό μέρος προϋποθέτει την παρακολούθηση του θεωρητικού.

Αριθμός συμμετεχόντων: 72 άτομα. **Θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας.**

Προεγγραφές από 1η Οκτωβρίου 2009 στη γραμματεία του συνεδρίου (τηλ.: 2107210052, fax: 2107210051).

Δικαίωμα συμμετοχής: δωρεάν (προσφορά ΕΠΕΓΕ)

Υπεύθυνοι σεμιναρίου: Π. Κασαπίδης, Ν. Μάθου

Πρόσωπο...**...με Πρόσωπο**

Επικοινωνούμε: Το βήμα των Συναδέλφων

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Διερευνήθηκε η δυνατότητα χρηματοδότησης των ενδοσκοπικών εργαστηρίων από το ΕΣΠΑ (2007-2013) και, εφ' όσον είναι δυνατό κάτι τέτοιο, να ετοιμαστεί και να στοιχειοθετηθεί το αντίστοιχο αίτημα προς τα αρμόδια υπουργεία.

Μετά από επαφή με τον κ. Σταυρόπουλο (ειδ. Γραμματέα για το πρόγραμμα ΕΠΑΝ II του Υπουργείου Ανάπτυξης) και με τις υποδείξεις του ίδιου, διαμορφώθηκε πρόταση της ΕΓΕ, που στάλθηκε στις 13/2/2009 (Αρ. Πρωτ. 4837) στους υπουργούς Υγείας και Ανάπτυξης κ. Αβραμόπουλο και κ. Χατζηδάκη, αντίστοιχα με κοινοποίηση στον γ.γ. του Υπουργείου Υγείας κ. Καλογερόπουλο και τον ειδ. Γραμματέα του Υπουργείου Ανάπτυξης κ. Σταυρόπουλο.

Το βασικό επιχείρημα της πρότασής μας έχει να κάνει με την ανάγκη πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου στη χώρα μας και βέβαια του απαραίτητου εξοπλισμού και οργάνωσης των γαστρεντερολογικών ιατρείων ώστε ο προληπτικός έλεγχος του ενδιαφερόμενου πληθυσμού να είναι εφικτός.

Η πρόταση της ΕΓΕ κοινοποιήθηκε στην ΕΠΕΓΕ και υπήρξε απόλυτη συμφωνία για τη διαδικασία αλλά και το περιεχόμενο του αιτήματος.

Στις 25/5/2009 δημοσιοποιήθηκε η σχετική απόφαση που καθιστά επιλέξιμη για χρηματοδότηση από το ΕΣΠΑ τη δραστηριότητα των γιατρών ως φυσικών προσώπων, καθορίζοντας το ποσό των 250 εκ. ευρώ για τη σχετική δρα-

στηριότητα (αφορά όλο τον τομέα των υπηρεσιών και όχι μόνο των ιατρείων).

Σύμφωνα με την προδημοσίευση της προκήρυξης, το ύψος του επενδυτικού σχεδίου στις υπηρεσίες (εδώ ανήκουν και τα ιατρεία) κυμαίνεται από 20.000 ως 200.000€.

Οι επιλέξιμες δαπάνες καλύπτουν και ανέγερση κτιριακών υποδομών, χωρίς όμως να είναι επιλέξιμη η αγορά επαγγελματικού μεταφορικού μέσου:

- **Κτιριακές δαπάνες:** Ανέγερση, διαμόρφωση χώρων, ανακαίνιση, και λοιπά
- **Εξοπλισμός:** Μηχανήματα, μηχανοργάνωση, υπολογιστές, κλιματισμός
- **Εξοπλισμός Ασφάλειας:** Συναγερμοί, κάμερες, πυρανίχνευση, ρολά
- **Συστήματα αυτοματοποίησης:** ERP, CRM, Λογιστικές και Εμπορικές Εφαρμογές
- **Πιστοποίηση Συστημάτων Διαχείρισης ISO:** ISO 22000, ISO 9001, ISO 14001, OHSAS
- **Προβολή-Πρώθηση:** Συμμετοχή σε εκθέσεις, έντυπα, ιστοσελίδα, e-shop

Το ποσοστό επιδότησης για όλες τις δαπάνες της επένδυσης είναι για Αθήνα-Θεσσαλονίκη 55%, και για την υπόλοιπη Ελλάδα 65%.

Οι ημερομηνίες υποβολής αιτήσεων θα καθοριστούν με μεταγενέστερη υπουργική απόφαση (πιθ. τις πρώτες ημέρες του Ιουλίου).

Πληροφορίες και πληροφοριακό υλικό οι ενδιαφερόμενοι συνάδελφοι μπορούν να βρουν στην ιστοσελίδα:

www.espa.gr/Greek/News.aspx?newsid=119

Οι συνάδελφοι που ενδιαφέρονται να υποβάλουν επενδυτική πρόταση, αφού καθορίσουν τον εξοπλισμό και τις εργασίες που επιθυμούν να εντάξουν στην επένδυση, να ζητήσουν τις προσφορές (προτιμολόγια) με όλα τα σχετικά τεχνικά χαρακτηριστικά (για τα μηχανήματα αλλά και τις σχετικές εργασίες) από τους αντίστοιχους προμηθευτές (για τον εργαστηριακό εξοπλισμό, υπολογιστές, κλιματιστικά κ.λπ.) και τεχνίτες (για τις ανακαινίσεις κ.λπ.).

Πολύ σημαντικό, κομβικό ίσως, σημείο είναι η εύρεση αξιόπιστου και έμπειρου γραφείου συμβούλων για τη διαμόρφωση και αξιολόγηση αλλά και υποβολή τελικά του φακέλου της σχετικής επένδυσης.

Σημειώνεται ότι η κάθε αίτηση κατ' αρχήν θα αξιολογείται ως προς την επιλεξιμότητά της και κατόπιν θα βαθμολογείται βάσει σαφώς προσδιορισμένων κριτηρίων. Κατόπιν θα επιλέγονται για ενίσχυση όσες προτάσεις έχουν την υψηλότερη βαθμολογία **έως ότου εξαντληθεί ο προϋπολογισμός**, σύμφωνα με την κατανομή αυτού ανά θεματική ενότητα και ανά περιφέρεια.

Καθώς το πρόγραμμα είναι ανταγωνιστικό, υπάρχει σοβαρό ενδεχόμενο οι υποβαλλόμενες προτάσεις να ξεπεράσουν το διαθέσιμο προϋπολογισμό και κάποιες προτάσεις, ενώ είναι επιλέξιμες, δε θα εγκριθούν.

Απαιτούνται:

- Σωστά τεκμηριωμένες προσφορές.
- Κατάλληλη επιλογή και παρουσίαση των δαπανών για τη βελτίωση της βαθμολογίας, ώστε να αυξηθεί η πιθανότητα έγκρισης.
- Πλήρη και ορθή τεκμηρίωση όλων των δικαιολογητικών, καθώς η απουσία και η κακή τεκμηρίωση των δικαιολογητικών οδηγεί στην απόρριψη της πρότασης, τη μείωση της βαθμολογίας είτε τη μείωση του εγκεκριμένου προϋπολογισμού.
- Πιστή τήρηση των προβλέψεων του οδηγού υλοποίησης (π.χ. ορθή εξόφληση τιμολογίων, έκδοση αδειών κ.λπ.) για τη διασφάλιση της τελικής πιστοποίησης και τη γρήγορη και χωρίς ταλαιπωρίες εκταμίευση της εγκεκριμένης ενίσχυσης.

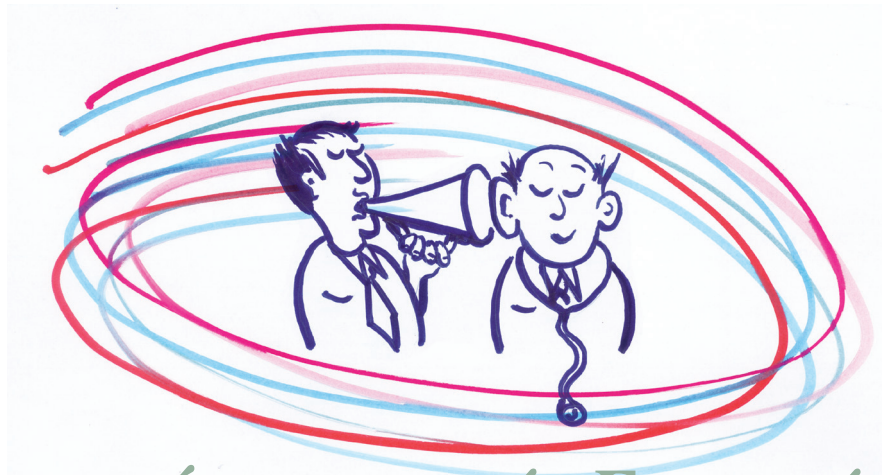
*Για περισσότερες πληροφορίες ή λεπτομέρειες μπορείτε να επικοινωνήσετε με το συνάδελφο
Τσιώνη Χάρη (Σέρρες) Τηλ. 23210-519151,
Fax: 23210-98543 και e-mail: tsionisx@hotmail.com
και βέβαια σε κάθε περίπτωση με τη γραμματεία
και το Δ.Σ της ΕΠΕΓΕ και ΕΓΕ.*

Ποιότητα & Πιστοποίηση

Ουτοπία ή πραγματικότητα;

**Μπορούμε να πρωτοπορήσουμε εφαρμόζοντας
στην καθημερινή μας πράξη σήμερα,
τις απαιτήσεις του μέλλοντος;
Στρογγυλή τράπεζα ΕΠΕΓΕ**

**28° Πανελλήνιο Γαστρεντερολογικό Συνέδριο
Σάββατο 3/10/2009 15:30 Ξεν. Porto Carras Χαλκιδική**



Οι Συνεργάτες μας μάς Ενημερώνουν

Ηπατικές Μεταστάσεις από Ορθοκολικό Καρκίνο

γράφουν οι **Ε. Ζούρος, Σ. Δελής, Χ. Δερβένης,**
Α΄ Χειρουργική Κλινική, «Κωνσταντοπούλειο» Νοσοκομείο, Αθήνα

Εισαγωγή

Το ήπαρ είναι μια από τις πλέον συχνές εντοπίσεις μεταστατικής νόσου, απარიθμώντας το 25% περίπου όλων των μεταστάσεων σε συμπαγή όργανα. Οι περισσότερες μεταστάσεις από μονήρη ενδοκοιλιακά όργανα καταλήγουν στο ήπαρ μέσω της πυλαίας φλέβας και από άλλες ανατομικές θέσεις μέσω της συστηματικής αρτηριακής κυκλοφορίας.

Το 20-25% των ασθενών που θα χειρουργηθούν για καρκίνο παχέος εντέρου θα εμφανίσουν μεταστατικές εστίες στο ήπαρ στα επόμενα 5 έτη από το χειρουργείο, ενώ σύγχρονη μεταστατική νόσο εμφανίζει το 15-25% των ασθενών. Εντούτοις, μόνο το 35% των ασθενών με μεταστατική νόσο είναι υποψήφιο για χειρουργική αντιμετώπιση σε εξειδικευμένα κέντρα χειρουργικής ήπατος. Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι μόνο ένας στους τρεις ασθενείς με μεταστατική ηπατική νόσο μπορεί να ωφεληθεί τελικά από τη δυναμική θεραπευτική αξία της χειρουργικής εξαίρεσης. Ενώ η φυσική πορεία της μη θεραπεύσιμης μεταστατικής νόσου συνοψίζεται σε μηδενική 5ετή επιβίωση και μέση επιβίωση 3-21 μήνες, η χειρουργική εκτομή παρέχει αισιόδοξα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης που κυμαίνονται μεταξύ 35-58%. Τα τελευταία χημειοθεραπευτικά σχήματα σε συνδυασμό με τις στοχευμένες θεραπείες έχουν αυξήσει σημαντικά τη μέση επιβίωση των ασθενών, με την 5ετή επιβίωση όμως να παραμένει μηδενική χωρίς τη χειρουργική θεραπεία.

Προεγχειρητική σταδιοποίηση-Καθορισμός εξαιρεσιμότητας

Ο καθορισμός της εξαιρεσιμότητας γίνεται με απεικονιστικές μεθόδους, όπως η αξονική τομογραφία, ο μαγνητι-

κός συντονισμός, το PET scan και το διεγχειρητικό υπερηχογράφημα. Οι εξετάσεις αυτές προσδιορίζουν τον αριθμό των ηπατικών εστιών και καθορίζουν τη σχέση τους με τις ανατομικές δομές. Τα τελευταία χρόνια έχει επικρατήσει μια περισσότερο επιθετική αντίληψη στη χειρουργική θεραπεία της ηπατικής μεταστατικής νόσου από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Απόλυτες **αντενδείξεις** για να υποβληθεί ο ασθενής σε χειρουργική θεραπεία της μεταστατικής νόσου είναι:

- 1) Αδυναμία του ασθενούς να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση λόγω σοβαρών συνοδών καρδιοαναπνευστικών νοσημάτων.
- 2) Μη θεραπεύσιμη εξωηπατική νόσος.
- 3) Προσβολή από τη νόσο ποσοστού πάνω από 70% φυσιολογικού ηπατικού παρεγχύματος. Επαρκής όγκος ήπατος μετά την εκτομή για την αποφυγή ηπατικής ανεπάρκειας θεωρείται το 25-30% σε φυσιολογικό ηπατικό παρέγχυμα, το 30-40% όταν έχει προηγηθεί χημειοθεραπεία και το 50-60% σε κίρρωτικό ήπαρ.

Το **ASA score** (ένα σύστημα προεγχειρητικής αξιολόγησης των ασθενών), το καρδιο-αναπνευστικό status των ασθενών και οι ηπατικές εφεδρείες αποτελούν σημαντικούς προεγχειρητικούς παράγοντες που επηρεάζουν τους θεραπευτικούς χειρισμούς.

Ο ρόλος της απεικόνισης

Ο ρόλος της απεικόνισης είναι ιδιαίτερα σημαντικός και αφορά όχι μόνο στην ανίχνευση των μεταστατικών εστιών, αλλά και στο χαρακτηρισμό και την ορθή σταδιοποίησή τους.

Συχνότερα προσβάλλεται ο δεξιός λοβός, ενώ σε ποσοστό 90% οι εστίες είναι πολλαπλές. Παρά το ότι η αγγείωση των ηπατικών μεταστάσεων προέρχεται κυρίως από κλάδους της ηπατικής αρτηρίας, από την πλευρά της απεικόνισης οι μεταστάσεις διακρίνονται σε υποαγγειούμενες και υπεραγγειούμενες, γεγονός που σχετίζεται άμεσα με την προέλευση και τον ιστολογικό τύπο του πρωτοπαθούς όγκου.

Τα τελευταία χρόνια, η ανάδειξη μεταστάσεων σε πρώιμο στάδιο έχει διευκολυνθεί ιδιαίτερα από την εξέλιξη των πολυτομικών Αξονικών Τομογράφων, ή, τομογράφων πολλαπλών ανιχνευτών (Multi Detector Computed Tomography – MDCT). Ο μικρός χρόνος εξέτασης, η δυνατότητα χρήσης λεπτού πάχους τομής και η δυνατότητα αξιοποίησης στο μέγιστο των ιδιοτήτων των σκιαγραφικών ουσιών αποτελούν τα κυριότερα πλεονεκτήματα της μεθόδου. Απαραίτητη θεωρείται η διενέργεια δύο ηπατικών φάσεων μετά τη χορήγηση ενδοφλεβίως ιωδιούχου σκιαγραφικής ουσίας (αρτηριακή και φλεβική φάση), ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις χρειάζονται και παρατεταμένες λήψεις.

Θα πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι ανεξάρτητα από την υπο-, ή, υπεραγγειούμενη φύση μιας εστίας, στις πολύ μικρές εστίες (<1 εκ.) η κυρίαρχη αιματική τροφοδοσία γίνεται από την ηπατική αρτηρία και η αρτηριακή φάση σκιαγράφησης είναι απολύτως απαραίτητη γιατί βελτιώνει την ευαισθησία της εξέτασης. Από την άλλη πλευρά, η καθυστερημένη φάση σκιαγράφησης είναι χρήσιμη κυρίως για τη διαφορική διάγνωση από καλοήγη νεοπλασμάτα, όπως τα αιμαγγειώματα.

Ο έλεγχος με Μαγνητική Τομογραφία είναι συχνά απαραίτητος σε περιπτώσεις διαφοροδιαγνωστικών προβλημάτων που έχουν προκύψει μετά από άλλες απεικονιστικές μεθόδους, ιδιαίτερα σε έδαφος λιπώδους ηπατικής διήθησης. Η χρήση ειδικών σκιαγραφικών ουσιών έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμη στην ανίχνευση και διάγνωση των ηπατικών μεταστάσεων.

Η Υπερηχογραφία είναι αξιόπιστη μέθοδος για την απεικόνιση των εστιακών βλαβών του ήπατος, λόγω της υψηλής ευαισθησίας, του χαμηλού κόστους, της ταχύτητας, της διαθεσιμότητας, καθώς επίσης και της απουσίας ιονίζουσας ακτινοβολίας. Κατά την αναγνώριση της βλάβης γίνεται παρατήρηση του μεγέθους και εντοπισμός της. Όσον αφορά στους Ενισχυτές Ηχογένειας («σκιαγραφικά») αποτελούν νέο κεφάλαιο στην Υπερηχογραφία και ιδιαίτερα στο χαρακτηρισμό των εστιακών ηπατικών βλαβών.

PET – CT SCAN

Πρόσφατες έρευνες απέδειξαν τη μεγάλη αξία και ευαισθησία της μεθόδου αυτής στην ανάδειξη μικρών μεταστάσεων και κυρίως εξωηπατικής νόσου (λεμφαδενικές και περιτοναϊκές μεταστάσεις) τόσο προεγχειρητικά αλλά κυρίως μετά από νεο-επικουρική ΧΜΘ. Με τη βοήθεια της μεθόδου αυτής αναγνωρίζονται νέα ευρήματα σε ποσοστό 32% (57% εξωκοιλιακά) με αποτέλεσμα την αλλαγή της θεραπευτικής στρατηγικής σε ποσοστό 24%.

Αντιμετώπιση των ηπατικών μεταστάσεων

Η χειρουργική εκτομή, όταν είναι εφικτή, αποτελεί τη θεραπεία εκλογής γιατί πλεονεκτεί στα εξής:

- Εξασφαλίζει την πλήρη εξαίρεση των μεταστατικών εστιών.
- Παρέχει την δυνατότητα αναγνώρισης νέων εστιών με

τη χρήση του διεγχειρητικού υπερηχογραφήματος.

γ) Αποκλείει την παρουσία εξωηπατικής νόσου.

δ) Επιτρέπει την ιστοπαθολογική διάγνωση και σταδιοποίηση – αναγνώριση προγνωστικών παραγόντων.

ε) Ελαττώνει τον κίνδυνο εμφύτευσης καρκινικών κυττάρων συγκριτικά με τη διαδερμική καταστροφή τους υπό καθοδήγηση με αξονικό τομογράφο.

Όμως, μόνο ένας στους τρεις ασθενείς με μεταστατική νόσο είναι υποψήφιος για χειρουργική αντιμετώπιση των μεταστάσεων στα εξειδικευμένα

κέντρα ηπατικής χειρουργικής. Η 5ετής επιβίωση μετά από R0 εκτομή κυμαίνεται σε ποσοστό μεταξύ 40-58% σύμφωνα με δημοσιευμένες έρευνες.

Επιπρόσθετοι προγνωστικοί παράγοντες της επιβίωσης των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική αφαίρεση ηπατικών μεταστάσεων από το παχύ έντερο είναι:

- 1) Η απόσταση από το εγχειρητικό όριο. Σε όλες τις περιπτώσεις η εκτομή πρέπει να στοχεύει σε εξαίρεση με όρια υγιούς ιστού μεγαλύτερα του 1 εκατοστού όταν αυτό είναι εφικτό. Μικρότερα όρια συνδέονται με χαμηλό ποσοστό τοπικής υποτροπής, ενώ δεν επηρεάζεται σημαντικά η μακροχρόνια επιβίωση.
- 2) Θετικοί λεμφαδένες στον αρχικό όγκο. Έχει αναγνωρισθεί ότι η πρόγνωση είναι πτωχότερη λόγω της επιθετικής βιολογικής συμπεριφοράς του πρωτοπαθούς όγκου.
- 3) Αριθμός των ηπατικών μεταστάσεων. Η ύπαρξη περισσότερων της μιας εστίας φαίνεται να επηρεάζει την πρόγνωση. Ο αριθμός των μεταστάσεων από μόνος του αποτελεί όμως στοιχείο βιολογικής συμπεριφοράς, δεν αποτελεί όμως παράγοντα αποκλεισμού της χειρουργικής εξαίρεσης.

Ο ρόλος της απεικόνισης είναι ιδιαίτερα σημαντικός και αφορά όχι μόνο στην ανίχνευση των μεταστατικών εστιών, αλλά και στο χαρακτηρισμό και την ορθή σταδιοποίησή τους



ΣΧΗΜΑ 1. Αλγόριθμος αντιμετώπισης σύγχρονων ηπατικών μεταστάσεων.

- 4) Χρόνος ανάπτυξης των ηπατικών μεταστάσεων. Η εμφάνιση μεταστάσεων σε διάστημα < 12 μήνες από την αρχική αφαίρεση του όγκου συνδέεται με πτωχότερη πρόγνωση.
- 5) Μέγεθος μεταστατικών εστιών. Η ανάπτυξη μεταστατικών εστιών μεγαλύτερων από 5 εκ. αποτελεί αρνητικό προγνωστικό παράγοντα.
- 6) Τιμή καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου. Σε καρκίνο ορθοκολικής προέλευσης τιμές CEA > 200 ng/ml συνδέονται με επιθετικότερη συμπεριφορά.

Τα τελευταία πέντε κριτήρια χρησιμοποιήθηκαν για τον καθορισμό ενός προεγχειρητικού scoring system, το οποίο φάνηκε να αποτελεί ιδιαίτερα ευαίσθητο προγνωστικό παράγοντα για τη συνολική επιβίωση των ασθενών.

Στην περίπτωση που μετά το διεγχειρητικό έλεγχο καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι οι εστίες είναι εξαιρέσιμες διενεργείται ηπατεκτομή. Βλάβες έως 3 εκατοστά είναι δυνατό να εξαιρεθούν με τμηματεκτομή ή με μη ανατομική εκτομή. Μεγαλύτερες βλάβες συνήθως απαιτούν ανατομική λοβεκτομή. Αυτό που κυρίως καθορίζει το κατά πόσο είναι δυνατή μια ηπατεκτομή είναι το μέγεθος του φυσιολογικού λειτουργικού παρεγχύματος που θα παραμείνει μετά την αφαίρεση των βλαβών.

Βάσει συγκεκριμένου αλγόριθμου αντιμετώπισης ηπατικών μεταστάσεων μπορεί να προηγηθούν ή να ακολουθήσουν συμπληρωματικές θεραπείες, όπως χημειοθεραπεία (νεο-επικουρική ή επικουρική) (σχήμα 1,2).

Σημαντικό επίτευγμα της σύγχρονης ογκολογίας στον τομέα των ηπατικών μεταστά-

σεων είναι η μετατροπή τους σε εξαιρέσιμες. Έτσι ένα ποσοστό 15-20% μετατρέπεται μετά από προεγχειρητική ΧΜΘ σε εξαιρέσιμη νόσο με ποσοστά 5ετούς επιβίωσης 35-55%, όσο δηλαδή και η αρχικά εξαιρέσιμη νόσος.

Τα νεότερα 'guidelines' για τη διενέργεια ηπατεκτομής δε στηρίζονται στο μέγεθος ή τον αριθμό των εστιών, αλλά στο ποσοστό του υπολειπόμενου παρεγχύματος. Η προεγχειρητική και η μετεγχειρητική ΧΜΘ έχουν αυξήσει την εξαιρεσιμότητα όσο και την 5ετή επιβίωση. Έτσι, μια περισσότερο επιθετική πολιτική εφαρμόζεται σήμερα σε διεθνές επίπεδο με σκοπό την αντιμετώπιση των ασθενών με αρχικά μη εξαιρέσιμη νόσο αφού προ-

ηγηθεί ΧΜΘ ή εμβολισμός των κλάδων της πυλαίας. Η σε δύο στάδια ηπατεκτομή ή ο συνδυασμός ηπατεκτομής και RFA επίσης δίνει καλύτερα αποτελέσματα από την παρηγορητική ΧΜΘ.

Η ηπατεκτομή σε εξειδικευμένα κέντρα έχει χαμηλή θνητότητα, 1-5%, με πιο συχνές αιτίες την περιεγχειρητική αιμορραγία και τη μετεγχειρητική ηπατική ανεπάρκεια. Η νοσηρότητα κυμαίνεται σε ποσοστά 12-45%, ειδικά όταν έχει προηγηθεί ΧΜΘ για περισσότερους από 6 κύκλους ή μακροχρόνια, και οφείλεται κυρίως σε προϊούσα ηπατική ανεπάρκεια, ενδοκοιλιακά αποστήματα, χολόρροια και χοληφόρα συρίγγια.

Τέλος, οφείλουμε να τονίσουμε τη σημασία εκτέλεσης ηπατεκτομών σε εξειδικευμένα κέντρα, από χειρουργούς οι οποίοι διαθέτουν την απαραίτητη εμπειρία αλλά και γνώση της ηπατικής ανατομικής και των παραλλαγών της.



ΣΧΗΜΑ 2. Αλγόριθμος αντιμετώπισης μετάχρονων ηπατικών μεταστάσεων.

Άλλες θεραπευτικές τακτικές και τεχνικές αύξησης εγχειρησιμότητας

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, οι νέες στρατηγικές στη χειρουργική αντιμετώπιση των ηπατικών μεταστάσεων στηρίζονται στο υπολειπόμενο λειτουργικό ηπατικό παρέγχυμα. Με βάση τα νέα αυτά δεδομένα έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικοί συνδυασμοί θεραπείας (RFA και χειρουργείο, PVE και χειρουργείο, two-stage ηπατεκτομή), οι οποίοι αύξησαν στις μέρες μας τον αριθμό των υποψήφιων ασθενών για χειρουργική θεραπεία της μεταστατικής ηπατικής νόσου.

Διαδερμική θεραπεία με ραδιοσυχνότητες (RFA)

Η ηπατεκτομή παραμένει η θεραπεία εκλογής σε ασθενείς με ηπατικές μεταστάσεις που δύνανται να εξαιρεθούν. Σε περιπτώσεις όμως που αυτό δεν είναι εφικτό ή όταν το χειρουργείο είναι απαγορευτικό λόγω συνυπάρχουσών καρδιοαναπνευστικών νοσημάτων, η διαδερμική θεραπεία με ραδιοσυχνότητες αποτελεί, κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις-ενδείξεις, μια εναλλακτική θεραπευτική επιλογή.

Η θεραπεία αυτή μπορεί να γίνει μόνη της, να προηγηθεί, ή να ακολουθήσει μια υποτροπή ηπατεκτομής. Ασθενείς με σοβαρού βαθμού καρδιοπάθεια ή πνευμονοπάθεια οδηγούνται εναλλακτικά σε θεραπεία με RFA. Ο αριθμός των μεταστάσεων αποτελεί ακόμα ένα κριτήριο αυτής της θεραπείας. Έως τρεις μεταστάσεις μικρότερες των 3 εκ. μπορούν να αντιμετωπισθούν με τη μέθοδο αυτή, ενώ αν πρόκειται για μεγαλύτερο αριθμό μεταστάσεων πρέπει πρώτα να υπόκεινται σε χημειοθεραπεία. Εστίες έως τρία εκατοστά αντιμετωπίζονται σε μία συνεδρία, ενώ βλάβες 3 έως 5 εκατοστών απαιτούν επικαλυπτόμενες θεραπείες, αν και το ποσοστό νέκρωσης υπολείπεται και δεν είναι προβλέψιμο. Συγκεκριμένα, για εστίες μεγαλύτερες των 3 εκ. το ποσοστό νέκρωσης δεν υπερβαίνει το 70%.

Συνοψίζοντας, οι ενδείξεις για RFA είναι:

1. Μη χειρουργήσιμη νόσος στο ήπαρ.
2. Σύγχρονη παρουσία ανεγχείρητης εξωηπατικής νόσου (σχετική ένδειξη).
3. Μεταστάσεις παχέος εντέρου (μη χειρουργήσιμες λόγω ASA, ή τοπική υποτροπή).
4. Μεταστάσεις από πρωτοπαθή όγκο εκτός παχέος εντέρου (μη χειρουργήσιμες).

6. Υποτροπή νόσου στο ήπαρ που δε δύναται να αντιμετωπισθεί χειρουργικά (υπό προϋποθέσεις).

7. Έως 3 ηπατικές εστίες.

8. Ηπατικές εστίες έως 3 εκατοστά. Σε μεγαλύτερες βλάβες τα αποτελέσματα υπολείπονται σημαντικά.

Ωστόσο, οι συγκριτικές μελέτες μεταξύ ηπατεκτομής και RFA για μονήρεις ή πολλαπλές εστίες <3-5 εκ. αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε RFA υπολείπονται όσον αφορά τόσο στο ελεύθερο νόσο διάστημα όσο και στη συνολική επιβίωση.

Νεο-επικουρική (neo-adjuvant) χημειοθεραπεία

Τα πλεονεκτήματα της χρήσης της χημειοθεραπείας προεγχειρητικά σε ασθενείς με ηπατικές μεταστάσεις μπορούν να συνοψισθούν ως εξής:

Η μεγάλη δραστηριότητα των νέων συνδυασμών χημειοθεραπείας οδήγησε στη χρήση τους σαν προεγχειρητική (neoadjuvant) θεραπεία σε ασθενείς με ηπατικές μεταστάσεις που θεωρούνται ανεγχείρητες σύμφωνα με τα κριτήρια εγχειρησιμότητας που χρησιμοποιούνται.

α) Στην ανεγχείρητη ηπατική νόσο, η χρήση των νέων δραστικών σχημάτων χημειοθεραπείας με τα υψηλά ποσοστά ανταπόκρισης, μπορεί να την μετατρέψει σε χειρουργήσιμη.

β) Επιτρέπει την αναγνώριση εκείνων των ασθενών που έχουν επιθετική νόσο (ασθενείς με επιδείνωση της νόσου τους υπό χημειοθεραπεία) και που ίσως είναι ακατάλληλοι για αφαίρεση των ηπατικών τους μεταστάσεων.

γ) Η προεγχειρητική χημειοθεραπεία μπορεί να καταπολεμήσει τη μικρομεταστατική νόσο και να αυξήσει έτσι την πιθανότητα του ασθενούς για μεγαλύτερη επιβίωση (υπόθεση).

δ) Τέλος, μπορεί να ελεγχθεί in vivo η χημειοευσαισθησία του όγκου κάθε ασθενούς στα χρησιμοποιούμενα χημειοθεραπευτικά φάρμακα και να γίνει

έτσι η επιλογή του πιο κατάλληλου συνδυασμού για μετεγχειρητική θεραπεία.

Ένα σημαντικό σημείο είναι η επιλογή των ασθενών που θα υποβληθούν σε προεγχειρητική χημειοθεραπεία. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να χωρισθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στους ασθενείς των οποίων η ηπατική νόσος θεωρείται ανεγχείρητη και σε εκείνους των οποίων η ηπατική νόσος θεωρείται εξ' αρχής χειρουργήσιμη, αν και για το τελευταίο δεν υπάρχει ο απαραίτητος αριθμός μελετών για την επικύρωσή του.

Η νεο-επικουρική (neo-adjuvant) χημειοθεραπεία χορηγείται είτε συστηματικά μέσω της φλεβικής κυκλοφορίας, είτε τοπικά μέσω της ηπατικής αρτηρίας. Στην πρώτη περίπτωση, η προσθήκη νέων δραστικών φαρμάκων (οξαλιπλατίνη, ιρινοτεκάνη, καπεσιταμίνη) στα προϋπάρχοντα

(5FU, λευκοβορίνη) οδήγησε στη δημιουργία πολύ αποτελεσματικών συνδυασμών (FOLFOX, FOLFIRI, XELOX, XELIRI) που επιτυγχάνουν σαν θεραπεία πρώτης γραμμής στη μεταστατική νόσο ποσοστά ανταπόκρισης που φθάνουν το 56%. Οι νέοι αυτοί χημειοθεραπευτικοί παράγοντες μετέτρεψαν αρχικά ανεγχείρητες εστίες σε χειρουργικά εξαιρέσιμες σε ποσοστό 15-25%.

Βιολογικοί παράγοντες στοχευμένης θεραπείας (targeted treatment) έχουν προστεθεί στη φαρμακευτική μας φάρετρα και έχουν αλλάξει την καθιερωμένη θεραπεία στο μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου. Η προσθήκη του μονοκλωνικού αντισώματος bevacizumab (AVASTIN), που κατευθύνεται εναντίον του VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor), στα καθιερωμένα σχήματα χημειοθεραπείας αυξάνει τόσο την επιβίωση των ασθενών όσο και τα ποσοστά ανταπόκρισης σαν θεραπεία πρώτης γραμμής. Επίσης η προσθήκη του μονοκλωνικού αντισώματος cetuximab (ERBITUX), που κατευθύνεται εναντίον του EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor), στα σχήματα χημειοθεραπείας αυξάνει κατά πολύ τα ποσοστά ανταπόκρισης σαν πρώτης γραμμής θεραπεία, ενώ αυξάνει επίσης και τα ποσοστά ανταπόκρισης σαν δεύτερης γραμμής θεραπεία σε σχέση με τη χημειοθεραπεία μόνο.

Η μεγάλη δραστηριότητα των νέων συνδυασμών χημειοθεραπείας οδήγησε στη χρήση τους σαν προεγχειρητική (neo-adjuvant) θεραπεία σε ασθενείς με ηπατικές μεταστάσεις που θεωρούνται ανεγχείρητες σύμφωνα με τα κριτήρια εγχειρησιμότητας που χρησιμοποιούνται.

Ποια είναι όμως η τοξικότητα της προεγχειρητικής χημειοθεραπείας και πόσο επιδρά στη νοσηρότητα και θνησιμότητα της μεταστασεκτομής; Το είδος της ηπατικής τοξικότητας φαίνεται ότι εξαρτάται από το είδος του χρησιμοποιούμενου φαρμάκου. Έτσι, η οξαλιπλατίνη προκαλεί κυρίως αγγειακές βλάβες (κολποειδική απόφραξη, ινώδη φλεβική απόφραξη), ενώ η ιρινοτεκάνη κυρίως στεατοηπατίτιδα. Υπάρχουν επαρκή στοιχεία που μας πληροφορούν ότι οι τοξικότητες αυτές συνδέονται με αυξημένη νοσηρότητα ή θνησιμότητα μετά την ηπατεκτομή. Αυτό βέβαια σχετίζεται με τη διάρκεια της προεγχειρητικής ΧΜΘ. Οι βλάβες στο ηπατικό παρέγχυμα αυξάνονται σε ποσοστό όταν η διάρκεια της ΧΜΘ υπερβαίνει τους 4 μήνες (ή τους 6 κύκλους).

Με την προεγχειρητική ΧΜΘ δεν πρέπει να επιδιώκεται η πλήρης εξαφάνιση της νόσου. Σε διάφορες μελέτες βρέ-

θηκε ότι επί απεικονιστικής πλήρους ανταπόκρισης των ηπατικών μεταστάσεων, εκτομή των περιοχών αυτών ανέδειξε σε ποσοστό 70-80% ότι υπήρχαν καρκινικά κύτταρα. Για το λόγο αυτό μόλις οι μεταστατικές εστίες καταστούν χειρουργήσιμες θα πρέπει να αφαιρούνται. Για τον καθορισμό του άριστου χρόνου για την ηπατεκτομή θα πρέπει να υπάρχει στενή συνεργασία μεταξύ ογκολόγων, χειρουργών και ακτινοδιαγνώστων. Γι' αυτό το λόγο απαιτείται συχνή απεικονιστική εκτίμηση της νόσου κατά τη διάρκεια της ΧΜΘ (κάθε 6-8 εβδομάδες).

**Σε πρόσφατες μελέτες
ο συνδυασμός
ηπατεκτομής σε
2 στάδια με εμβολισμό
κλάδου της πυλαίας
φλέβας αποτέλεσε
μια αποδεκτή μέθοδο
αντιμετώπισης
της πολλαπλής
αμφοτερόπλευρης
μεταστατικής νόσου
με μηδενική θνητότητα
και αποδεκτή
νοσηρότητα**

Εμβολισμός κλάδου πυλαίας φλέβας (PVE)

Επαρκής όγκος ήπατος μετά την εκτομή για την αποφυγή ηπατικής ανεπάρκειας θεωρείται το 25-30% σε φυσιολογικό ηπατικό παρέγχυμα, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Προεγχειρητικά υπολογίζεται το υπολειπόμενο ηπατικό παρέγχυμα με τη βοήθεια Αξονικής Τομογραφίας-Ογκομετρίας. Εάν αυτό δεν είναι το επιθυμητό προτείνεται ο εμβολισμός ενός κλάδου της πυλαίας. Ο τελευταίος οδηγεί σε ατροφία τού υπό αφαίρεση τμήματος του ήπατος και αντιρροπιστική υπερτροφία του υπολειπόμενου ήπατος.

Έρευνες έχουν αναδείξει αύξηση του υπολειπόμενου ηπατικού παρεγχύματος σε ποσοστό 8-16%. Στις περισσότερες δημοσιεύσεις γίνεται κατανοητό ότι σε 4-5 εβδομάδες μετά από τον εμβολισμό, η αναγέννηση του υπολειπόμενου ήπατος έχει φτάσει στο ποσοστό του 70-80% του τελικού αποτελέσματος. Έτσι η ηπατεκτομή μετά από 6-8 εβδομάδες θεωρείται ασφαλής.

Ηπατεκτομή σε δύο στάδια (two-stage hepatectomy)

Σε πρόσφατες μελέτες ο συνδυασμός ηπατεκτομής σε 2 στάδια με εμβολισμό κλάδου της πυλαίας φλέβας αποτέλεσε μια αποδεκτή μέθοδο αντιμετώπισης της πολλαπλής αμφοτερόπλευρης μεταστατικής νόσου με μηδενική θνητότητα και αποδεκτή νοσηρότητα.

Λόγω του κινδύνου αύξησης του μεγέθους των εστιών στο τμήμα του ήπατος που θα παραμείνει τελικά (Future Liver Remnant, FLR), στο πρώτο στάδιο αφαιρούνται οι βλάβες στο FLR, ακολουθεί εμβολισμός του κλάδου της πυλαίας συνδυαζόμενος με ΧΜΘ, και μετά από χρονικό διάστημα 5-6 εβδομάδων ο ασθενής υποβάλλεται σε νέα ηπατεκτομή. Μια εναλλακτική του εμβολισμού μέθοδος

είναι η απολίνωση του κλάδου της πυλαίας κατά τη διάρκεια του πρώτου χειρουργείου.

Οι Adam et al ανέφεραν ποσοστό 35% 3ετούς επιβίωσης σε 13 ασθενείς που ακολούθησαν αυτή τη θεραπευτική μέθοδο (two-stage hepatectomy). Πιο πρόσφατα οι Jaeck et al ανέδειξαν ποσοστά 1ετούς και 3ετούς επιβίωσης 70% και 54,4% αντίστοιχα.

Η ηπατεκτομή σε δύο στάδια αποτελεί μια αποδεκτή λύση στην αμφοτερόπλευρη ανεγχείρητη μεταστατική νόσο με γνώμονα πάντα το μέγεθος του υπολειπόμενου ηπατικού παρεγχύματος για την αποφυγή μετεγχειρητικής ηπατικής ανεπάρκειας.

Μετεγχειρητική χημειοθεραπεία

Δεν υπάρχουν αποτελέσματα τυχαιοποιημένων μελετών που να δίνουν απάντηση στο ερώτημα εάν πρέπει να δίνεται συστηματική ΧΜΘ μετά την εκτομή των ηπατικών μεταστάσεων. Σύμφωνα με τα πρώιμα αποτελέσματα της μοναδικής μελέτης φάσης III που έχει διενεργηθεί, τα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης (51% έναντι 44%) ήταν καλύτερα στους ασθενείς που έλαβαν ΧΜΘ.

Παρά την έλλειψη τελικών αποτελεσμάτων, οι κατευθυντήριες οδηγίες από το NCCN συστήνουν 6 μήνες χημειοθεραπείας μετά την πλήρη εκτομή ηπατικών μεταστάσεων με ένα από τα σύγχρονα χημειοθεραπευτικά σχήματα.

Συμπεράσματα

Τα τελευταία χρόνια τα κριτήρια εξαιρεσιμότητας για την ηπατική μεταστατική νόσο από τον καρκίνο του παχέος εντέρου έχουν αλλάξει με αποτέλεσμα να έχει επικρατήσει μια περισσότερο επιθετική αντίληψη στη χειρουργική θεραπεία της. Είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι η θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση της νόσου είναι η χειρουργική αφαίρεση των μεταστατικών εστιών. Η 5ετής επιβίωση μετά από R0 εκτομή κυμαίνεται σε ποσοστό μεταξύ 35-58% στις τελευταίες δημοσιευμένες έρευνες.

Οι απόλυτες αντενδείξεις για να υποβληθεί ο ασθενής σε χειρουργική θεραπεία της μεταστατικής νόσου είναι η αδυναμία του ασθενούς να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση λόγω σοβαρών συνοδών καρδιοαναπνευστικών νοσημάτων, η μη θεραπεύσιμη εξωηπατική νόσος και η αδυναμία διατήρησης

του απαραίτητου υπολειπόμενου ηπατικού παρεγχύματος για την αποφυγή μετεγχειρητικής ηπατικής ανεπάρκειας.

Η τεχνική της two-stage ηπατεκτομής σε συνδυασμό με PVE και η neo-adjuvant ΧΜΘ έχουν χρησιμοποιηθεί με αποδεκτή επιτυχία για τη μετατροπή της αρχικά ανεγχείρητης νόσου σε χειρουργήσιμη.

Τέλος, πρέπει να γίνει απολύτως κατανοητό ότι η αντιμετώπιση τη νόσου αυτής δεν είναι αντικείμενο μίας μόνο ειδικότητας, αλλά απαιτεί την αгаστή συνεργασία χειρουργών, ογκολόγων και ακτινοδιαγνώστων.

Τα τελευταία χρόνια τα κριτήρια εξαιρεσιμότητας για την ηπατική μεταστατική νόσο από τον καρκίνο του παχέος εντέρου έχουν αλλάξει με αποτέλεσμα να έχει επικρατήσει μια περισσότερο επιθετική αντίληψη στη χειρουργική θεραπεία της

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Timothy M. Pawlik, Richard D. Schulick, Michael A. Choti. Expanding criteria for resectability of colorectal liver metastases. The Oncologist 2008;13:51-64.
2. Daniel Jaeck, MD, PhD, FRCS, Patrick Pessaux, MD, PhD. Bilobar colorectal liver metastases: Treatment Options. Surg Oncol Clin N Am 2008;17:553-568.
3. Lorenzo Capusotti, MD, Alessandro Ferrero, MD, Luca Vigano, MD, et al. Major liver resections synchronous with colorectal surgery. Ann Surg Oncol 2005;14(1):195-201.
4. Armin Thelen, Sven Jonas, Christoph Benckert, Peter Neuhaus, et al. Simultaneous versus staged liver resection of synchronous liver metastases from colorectal cancer. Int J Colorectal Dis 2007;22:1269-1276.
5. C.Y. Hao, J.F. Jr. Surgical treatment of liver metastases of colorectal cancer: Strategies and controversies in 2006. EJSO 2006;32:473-483.
6. Rene Adam, MD, PhD, Valerio Lucidi, MD, Henri Bismuth, MD, FACS. Hepatic colorectal metastases: methods of improving resectability. Surg Clin N Am 2004;84:659-671.
7. W.O. Bechstein. Which liver metastases are resectable? Eur J Cancer (Supplements) 2006;5(5):301-306.
8. S. Benoist, B. Nordlinger. Multidisciplinary treatment of resectable liver metastases. Eur J Cancer (Supplements) 2006;5(5):307-316.
9. A. Sobrero, F. De Cian, V. Andretta, A. Pessino. Objectives of chemotherapy for unresectable liver metastases: Best response or resection? Eur J Cancer (Supplements) 2006;5(5):317-321.
10. Christophe Penna, MD, Bernard Nordlinger, MD. Colorectal metastases (Liver and Lung). Surg Clin N Am 2002;82:1075-1090.
11. Bridget N. Fahy, MD, William R. Jarnagin, MD. Evolving techniques in the treatment of liver colorectal metastases. Surg Clin N Am 2006;86:1005-1022.



Βελονισμός *Placebo, εναλλακτική ή συμπληρωματική θεραπεία;*

γράφει ο *Ηλίας Τσιομπανίδης*

Τα τελευταία χρόνια, στις χώρες της Δύσης και παρά τη σκληρή κριτική που δέχονται, κερδίζουν όλο και περισσότερο έδαφος θεραπευτικές προσεγγίσεις που κατατάσσονται στις λεγόμενες «εναλλακτικές» θεραπείες. Από τις πιο διαδεδομένες «εναλλακτικές» θεραπείες είναι ο βελονισμός. Οι περισσότεροι γιατροί αγνοούν βασικές αρχές του βελονισμού και μάλλον θεωρούν ότι αυτή η «τέχνη» είναι περισσότερο κοντά στο Βουντού και λιγότερο στην ιατρική. Στις 29-31 Μαΐου έγινε στη Θεσσαλονίκη με μεγάλη επιτυχία το Παγκόσμιο Συνέδριο Ιατρικού Βελονισμού.

Με αυτή την ευκαιρία θα προσπαθήσουμε να εξηγήσουμε τι ακριβώς είναι ο βελονισμός. Πολύ απλουστευμένα θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο βελονισμός είναι η εισαγωγή βελονών στο σώμα ενός ασθενούς με σκοπό την ίαση ή τη βελτίωση των συμπτωμάτων του. Υπάρχουν πολλές διαφορετικές σχολές τόσο στην επιλογή των σημείων όσο και στην τεχνική του βελονισμού. Έτσι υπάρχει ο Κινέζικος βελονισμός, ο Ιαπωνικός, ο Κορεάτικος, ο Ρωσικός και αρκετές ακόμη σχολές που έχουν μεταξύ τους μικρότερες ή μεγαλύτερες διαφορές. Επίσης υπάρχουν και αρκετές διαφορές και στα μέρη του σώματος που επιλέγονται για βελονισμό. Έτσι στην παραδοσιακή Κινέζικη ιατρική χρησιμοποιείται ο βελονισμός του σώματος αλλά υπάρχει και ο βελονισμός των λεγόμενων μικροσυστημάτων, όπως είναι ο ωτοβελονισμός (ιδιαίτερα γνωστός από το βελονισμό στην παχυσαρκία και το κάπνισμα), ο κρανιοβελονισμός,

και άλλα συστήματα που δεν έχουν τύχει ευρείας αποδοχής και εφαρμογής όπως τα ανωτέρω. Στην πράξη ο βελονισμός που χρησιμοποιείται περισσότερο στην Ευρώπη (και στην Ελλάδα) είναι αυτός που στηρίζεται στην παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική και συχνά χρησιμοποιούνται (χωρίς αυτό να είναι απαραίτητο) σημεία του ωτοβελονισμού και του κρανιοβελονισμού.

Ο βελονισμός και η παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική (ΠΚΙ) συχνά ταυτίζονται αλλά στην πραγματικότητα δεν είναι το ίδιο πράγμα. Έτσι υπάρχουν «Δυτικοί» ιατροί βελονιστές που χρησιμοποιούν το βελονισμό των Trigger points (επώδυνα σημεία στους μυς που πυροδοτούν μυοσκελετικά άλγη) χωρίς να γνωρίζουν και χωρίς να εφαρμόζουν τις αρχές της ΠΚΙ. Στην ΠΚΙ η τοποθέτηση βελονών είναι ένα από τα θεραπευτικά όπλα (μαζί με τα βότανα) που αναπτύχθηκε πριν από 4000 (!!) χρόνια. Επίσης, στην ΠΚΙ ο

βελονισμός χρησιμοποιείται πάντα σε συνδυασμό με μοξαθεραπεία. Η μοξαθεραπεία είναι η θέρμανση περιοχών με χρήση ειδικών σκευασμάτων που μοιάζουν με «πούρα» και που βασίζονται σε ένα συγκεκριμένο φυτό .

Η θεωρία της κινέζικης ιατρικής περιλαμβάνει ένα πολύπλοκο αλλά ολοκληρωμένο σύστημα διάγνωσης και θεραπείας της νόσου που αναπτύχθηκε πολύ πριν τον Ιπποκράτη. Έχει και τα πρώτα σημάδια επιστημονικής προσέγγισης μιας ασθένειας καθώς βασίστηκε στην παρατήρηση (ότι η πλήξη ή ο νυγμός σε κάποιο σημείο θα μπορούσε να φέρει ίαση μιας πάθησης), στην προσπάθεια εξήγησης αυτής της δράσης (φυσικά οι ερμηνείες που δόθηκαν πριν 4000 χρόνια ήταν περισσότερο φιλοσοφικές) και στην αναπαραγωγιμότητα αυτού του αποτελέσματος. Επίσης, ο παραδοσιακός Κινέζος ιατρός θα πάρει λεπτομερές ιστορικό από τον ασθενή, και μετά από την εξέταση της γλώσσας και του σφυγμού θα καταλήξει στη διάγνωση και στη συνέχεια θα επιλέξει τα πιο κατάλληλα σημεία για την πάθηση του ασθενή του. Προφανώς τα σημεία βελονισμού εντοπίστηκαν μετά από πολλές «δοκιμές» σε ασθενείς εκείνων των χρόνων. Όταν θα προσπαθούμε να κατανοήσουμε το βελονισμό θα πρέπει να έχουμε πάντα στο νου μας ότι είναι στην ουσία μια εμπειρική θεραπευτική ιατρική που για διδακτικούς λόγους της εποχής υποστηρίχθηκε με μια φιλοσοφική περισσότερο θεωρία.

Κάτι παρόμοιο έκανε και ο Ιπποκράτης στην εποχή του. Εάν διαβάσετε τα έργα του Ιπποκράτη θα διαπιστώσετε ότι είναι κατά πολύ περισσότερο φιλοσοφικά και λιγότερο επιστημονικά. Ίσως μελλοντικά να αναφερθούμε σε κοινά σημεία της ΠΚΙ και της αρχαίας Ελληνικής ιατρικής που θέτουν ισχυρές υποψίες ότι είτε είχαν μία κοινή βάση είτε είχαν επηρεάσει η μία την άλλη.

Όσον αφορά στη φιλοσοφική θεωρία της ΠΚΙ, βασική θέση κατέχει η «ζωτική ή ζωική ενέργεια», το Qi. Κατά τους αρχαίους Κινέζους το Qi ρέει μέσα στο ανθρώπινο σώμα κατά μήκος κάποιων καναλιών που ονομάζονται μεσημβρινοί. Υπάρχει το εξωγενές και το ενδογενές (προγονικό) Qi. Το δεύτερο είναι αυτό που έχει κάποιος κατά τη γέννηση, ενώ το πρώτο είναι αυτό που ανταλλάσσει με το περιβάλλον και διαρρέεται περαιτέρω ανάλογα με την προέλευσή του. Τα σημεία βελονισμού βρίσκονται επάνω σε αυτούς τους μεσημβρινούς και είναι το σημείο (κατά την

κινέζικη ιατρική) όπου ο ιατρός έχει πρόσβαση σε έναν μεσημβρινό και μπορεί να τροποποιήσει την ενεργειακή του κατάσταση. Η ύπαρξη των μεσημβρινών αυτών -που μέχρι πρόσφατα δεν είχε αποδειχθεί- αποτελούσε ένα από τα βασικά σημεία διαφωνιών μεταξύ της ΠΚΙ και της «Δυτικής» ιατρικής. Στο τελευταίο Παγκόσμιο Συνέδριο Ιατρικού Βελονισμού που έγινε στη Θεσσαλονίκη παρουσιάστηκε μια πολύ ενδιαφέρουσα μελέτη από τη Γερμανία όπου με τη βοήθεια θερμικής κάμερας φαίνεται ότι μετά από βελονισμό έχουμε μετάδοση θερμότητας κατά μήκος οδών που μοιάζουν με τους κινέζικους μεσημβρινούς.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα σημεία βελονισμού. Σε ορισμένα σημεία, άγνωστο γιατί αφού παθολογοανατομικά δεν έχει βρεθεί κάτι το ιδιαίτερο, φαίνεται με τη χρήση ειδικών συσκευών ότι η επιφάνεια του δέρματος παρουσιάζει ελαττωμένη ηλεκτρική αντίσταση. Τα σημεία αυτά αντιστοιχούν στα σημεία που χρησιμοποιεί ο κινέζικος βελονισμός. Αν και το εύρημα είναι αδιαμφισβήτητο δυστυχώς δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς.

Επίσης κατά την κινέζικη ιατρική υπάρχουν παντού στον κόσμο δύο δυνάμεις με αντίθετες δράσεις, το Yang και το Yin. Αυτές οι δυνάμεις υπάρχουν και μέσα στο σώμα μας. Το Yang αντιπροσωπεύει το φωτεινό, το θερμό, την επιθετικότητα, τη δράση, το λευκό και γενικά καθετί που παράγει ενέργεια, ενώ τα αντίθετα αντιπροσωπεύει το Yin το οποίο καταναλώνει και συντηρεί την

ενέργεια. Η ισορροπία ανάμεσα σε αυτές τις δύο αντίθετες δυνάμεις, σε συνδυασμό με το ενδογενές Qi, εξασφαλίζει την υγεία ενός ανθρώπου. Οι διάφορες παθήσεις οφείλονται είτε σε έλλειψη είτε σε περίσσεια ενέργειας και σε υπεροχή είτε του Yin είτε του Yang αντίστοιχα. Εάν αυτά σας φαίνονται «κινέζικα» τότε αντικαταστήστε τη λέξη Yang με τη λέξη συμπαθητικό, το Yin με το παρασυμπαθητικό και το ενδογενές Qi με τη λέξη γονίδια και θα δείτε ότι οι Κινέζοι είχαν περιγράψει το αυτόνομο νευρικό σύστημα, την κληρονομικότητα και τη σχέση με το περιβάλλον ως βασικούς παράγοντες υγείας πριν από 4000 χρόνια!

Όσον αφορά στα επιστημονικά δεδομένα για τη δράση του βελονισμού, υπάρχουν αρκετές μελέτες τόσο σε ανθρώπους όσο και σε ζώα, που δείχνουν ότι υπάρχουν αρκετοί μηχανισμοί με τους οποίους δρα ο βελονισμός. Δύο

Όταν θα προσπαθούμε να κατανοήσουμε το βελονισμό θα πρέπει να έχουμε πάντα στο νου μας ότι είναι στην ουσία μια εμπειρική θεραπευτική ιατρική που για διδακτικούς λόγους της εποχής υποστηρίχθηκε με μια φιλοσοφική περισσότερο θεωρία. Κάτι παρόμοιο έκανε και ο Ιπποκράτης στην εποχή του

από τους μηχανισμούς που έχουν αποδειχθεί είναι μέσω του αυτόνομου νευρικού συστήματος και μέσω του συστήματος των ενδορφινών. Ειδικά για το ρόλο του αυτόνομου νευρικού συστήματος υπάρχει ένα πλήθος δημοσιεύσεων, σε μια ποικιλία διαφορετικών φαινομενικά παθήσεων, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η καρδιακή ανεπάρκεια, η ηπατική ανεπάρκεια, η νεφρική ανεπάρκεια, το ευερέθιστο έντερο, που αποδεικνύουν ή τουλάχιστον συσχετίζουν την αυτόνομη νευροπάθεια με την εμφάνιση ή με την επιδείνωση της πάθησης καθώς και με αυξημένη θνητότητα των ασθενών όταν συνυπάρχει διαταραχή του συμπαθητικού και/ή του παρασυμπαθητικού. Παρά το γεγονός ότι η δράση του βελονισμού στο αυτόνομο νευρικό σύστημα έχει αποδειχθεί, εντούτοις δεν έχει μελετηθεί καθόλου ο ρόλος που θα μπορούσε να παίξει στις παραπάνω παθήσεις. Με δεδομένο μάλιστα ότι, με εξαίρεση ίσως τους β-αποκλειστές, δεν έχουμε φάρμακα που να μπορούμε να επηρεάσουμε το αυτόνομο νευρικό σύστημα, θα άξιζε να μελετηθούν τα τυχόν οφέλη από το βελονισμό. Επίσης έχει μελετηθεί ιδιαίτέρως και έχει επιβεβαιωθεί ο ρόλος των ενδογενών οπιοειδών (ενδορφίνες) στη δράση του βελονισμού. Ενδιαφέρουσες μελέτες έχουν παρουσιαστεί και για τη σχέση του βελονισμού με τον TNF παράγοντα και την αντιφλεγμονώδη δράση του.

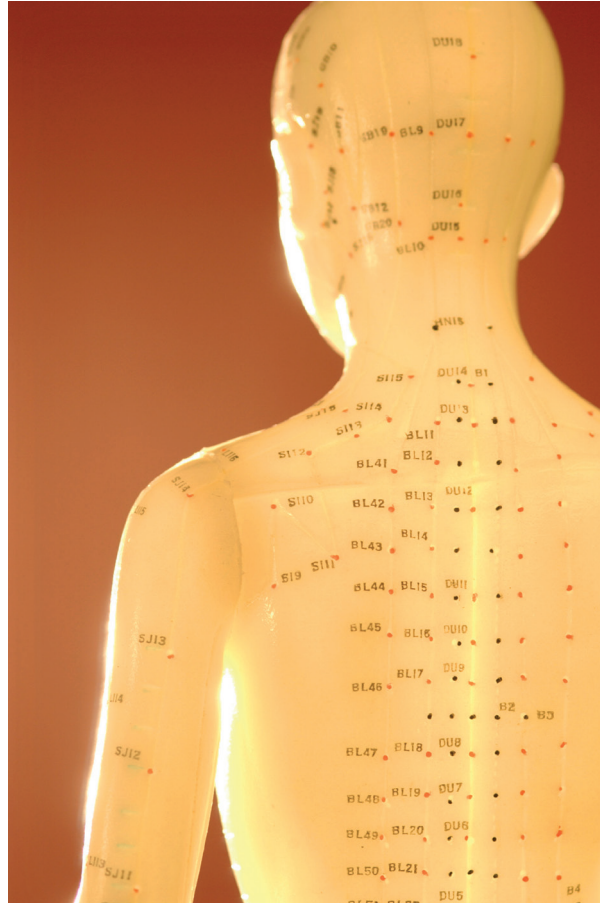
Οι πολέμιοι του βελονισμού τον έχουν κατηγορήσει ότι δρα σαν placebo. Αλλά τι ακριβώς είναι και πώς ακριβώς δρα το placebo φάρμακο; Πιθανολογούμε ότι όταν χορηγούμε εικονικό φάρμακο ο ίδιος ο οργανισμός μας κινητοποιεί ενδογενείς μηχανισμούς ίασης τελικά της ασθένειας (φαινόμενο placebo). Οι καλύτερα μελετημένοι μηχανισμοί αφορούν την επίδραση του placebo στο αυτόνομο νευρικό σύστημα και το σύστημα των ενδογενών οπιοειδών, μηχανισμοί που έχουν προταθεί και για τη δράση του βελονισμού.

Ο βελονισμός θα μπορούσε να είναι λοιπόν μορφή placebo θεραπείας (προσοχή, η θεραπεία με εικονικό φάρμακο δεν είναι μη θεραπεία), αφού και τα δύο κινητοποιούν παρόμοιους ενδογενείς μηχανισμούς ίασης. Η απάντηση είναι ίσως, αλλά υπάρχουν αρκετές μελέτες που δείχνουν καλύτερα αποτελέσματα από το placebo. Επομένως, το πραγματικό ερώτημα θα έπρεπε να είναι: ο βελονισμός έχει μια βελτιωμένη δράση placebo που να μπορεί να συναγωνιστεί τη συνήθη φαρμακευτική αγωγή; Αλλά αυτό είναι αρκετά πολύπλοκο να απαντηθεί στις με-

λέτες. Σύμφωνα με τις δυτικές αρχές άσκησης ιατρικής (evidence based medicine) υπάρχουν αρκετά στοιχεία που δείχνουν ότι ο βελονισμός είναι αποτελεσματικός; Εδώ αρχίζουν τα πρώτα προβλήματα. Στη δυτική ιατρική συγκρίνουμε τη δράση ενός καινούργιου φαρμάκου με ένα placebo φάρμακο ή με ένα παρόμοιο φάρμακο που κυκλοφορεί στην αγορά. Το βελονισμό όμως με τι θα μπορούσαμε να το συγκρίνουμε; Με placebo φάρμακο, με placebo βελονισμό ή με αντίστοιχο για την πάθηση φάρμακο;

Η σύγκριση με placebo φάρμακο παρουσιάζει προβλήματα. Εάν ο ασθενής δεν πιστεύει στο βελονισμό τότε στέκεται αρνητικά στη θεραπεία με βελονισμό και ενδεχομένως να έχει μειωμένη δράση ο βελονισμός στο συγκεκριμένο ασθενή λόγω του φαινομένου «nocebo» ή και το αντίθετο. Παρόμοια προβλήματα θα παρουσίαζε και η απευθείας σύγκριση με κανονικό φάρμακο.

Αυτό που χρησιμοποιείται τα τελευταία χρόνια ως μέτρο σύγκρισης είναι ο sham βελονισμός, ο βελονισμός δηλαδή σε σημεία διαφορετικά από αυτά που προβλέπει η κινέζικη ιατρική. Κάποιες μελέτες έχουν δείξει υπεροχή του κινέζικου βελονισμού και κάποιες παρόμοια δράση με αυτή του sham βελονισμού. Αυτό όμως δεν αναιρεί τη δράση του βελονισμού. Ίσως απλά να δείχνει ότι σε κάποιες παθήσεις η εισαγωγή βελονών σε οποιοδήποτε σημείο θα μπορούσε να προκαλέσει βελτίωση των συ-



μπωμάτων του ασθενούς. Ο μηχανισμός δεν είναι κατανοητός. Άλλωστε στην πραγματικότητα δεν γνωρίζουμε όλους τους μηχανισμούς δράσης του βελονισμού.

Επίσης ένα άλλο πρόβλημα είναι η επιλογή των «σωστών» σημείων βελονισμού. Εδώ θα πρέπει να πούμε ότι σύμφωνα με την κινέζικη ιατρική δεν υπάρχουν συγκεκριμένες παθήσεις, π.χ. έλκος στομάχου, αλλά ασθενείς που πάσχουν σε κάποιους «μεσημβρινούς», π.χ. ο μεσημβρινός του στομάχου. Η θεραπεία εξατομικεύεται για κάθε ασθενή και μπορεί να γίνει η προσέγγιση με διαφορετικούς τρόπους. Για να κατανοήσει κάποιος αυτή τη θεραπευτική θα πρέπει να έχει βαθιά γνώση της κινέζικης (έστω και φιλοσοφικής στην προσέγγιση) ιατρικής. Πάντως, στην πράξη μπορεί ένας βελονιστής να χρησιμοποιήσει τα ίδια περίπου σημεία για διαφορετικές παθήσεις (π.χ. για λειτουργική δυσπεψία και για έλκος βολβού) και να έχει το ίδιο καλά αποτελέσματα. Γι' αυτό και κάποιες φορές μπορεί όταν θεραπεύει έναν ασθενή για μια πάθηση, π.χ. ημικρανία, να θεραπεύεται και μια άλλη πάθηση του ασθενούς, π.χ. η αλλεργία του. Και αντίθετα εάν βάλουμε διαφορετικούς βελονιστές στον ίδιο ασθενή πιθανόν να επιλέξουν διαφορετικά σημεία που όμως θα στηρίζονται πάλι στις ίδιες αρχές και στην ίδια λογική και να έχουν τα ίδια αποτελέσματα. Βέβαια, κάτι παρόμοιο συμβαίνει και στη δυτική ιατρική. Χρησιμοποιούμε π.χ. τους PPI's για διαφορετικές παθήσεις του ανώτερου πεπτικού, και αντίστροφα για την ίδια πάθηση π.χ. στη λειτουργική δυσπεψία χρησιμοποιούμε διαφορετικά φάρμακα.

Στην πράξη μετά τις πρώτες συνεδρίες βελονισμού, εάν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται, ο ιατρός βελονιστής αλλάζει κάποια από τα σημεία βελονισμού και συχνά αυτή η αλλαγή βελτιώνει την απόδοση του βελονισμού. Πώς λοιπόν όλη αυτή η δυναμική σχέση βελονιστή με τον ασθενή θα μπορούσε να περιοριστεί σε μια μελέτη όπου θα πρέπει να γίνει μια αυστηρή επιλογή περιορισμένων σημείων; Ένα μεγάλο λοιπόν μειονέκτημα του βελονισμού είναι ότι το αποτέλεσμα του βελονισμού ενδεχομένως να εξαρτάται από την ποιότητα του βελονιστή ο οποίος επιλέγει κάθε φορά τα σημεία βελονισμού. Π.χ. όλοι οι φυσικοθεραπευτές δεν έχουν τα ίδια αποτελέσματα. Όταν, λοιπόν, ένας ασθενής δεν βελτιώνεται με τη φυσικοθεραπεία ποιος φταίει, ο φυσικοθεραπευτής, η φυσικοθεραπεία ή η ιδιαιτερότητα του ασθενή που δεν ανταποκρί-

νεται; Επίσης όταν ένας αναποτελεσματικός παθολόγος επιλέγει λάθος φάρμακα δεν φταίνει για την αναποτελεσματικότητα της θεραπείας ούτε τα φάρμακα, ούτε η παθολογία αλλά ο αναποτελεσματικός παθολόγος. Η εξατομίκευση της θεραπείας, σε βαθμό κατά πολύ μεγαλύτερο από ό,τι στη δυτική ιατρική, αποτελεί και το μεγαλύτερο πρόβλημα στο σχεδιασμό και την εκπόνηση σωστών μελετών.

Είναι γενική η εντύπωση από τις μελέτες ότι ο βελονισμός είναι πιο αποτελεσματικός στην Κίνα από ό,τι στο δυτικό κόσμο. Υπάρχει η εύκολη απάντηση ότι, αφού οι Κινέζοι πιστεύουν περισσότερο από εμάς στο βελονισμό, θα έχει και καλύτερη δράση που στηρίζεται στο φαινόμενο placebo σε αυτούς. Αντίστοιχα όμως κι ένας κινέζος βελονιστής θα μπορούσε να ισχυριστεί ότι οι μελέτες που γίνονται στο δυτικό κόσμο, σε ασθενείς που πιστεύουν περισσότερο στα φάρμακα, η μειωμένη δράση στο βελονισμό θα μπορούσε να οφείλεται σε δράση του φαινομένου placebo. Πώς θα μπορούσαμε λοιπόν να βρούμε τη χρυσή τομή των φαινομένων placebo και placebo; Ένα άλλο συχνό «λάθος» των μελετών είναι ότι δεν λαμβάνονται υπόψη οι επιπλοκές της χρήσης των φαρμάκων σε σχέση με το βελονισμό. Για παράδειγμα οι σοβαρές επιπλοκές του βελονισμού παρατηρούνται σε ποσοστό περίπου 1:10.000 και οφείλονται σε κακή τοποθέτηση των βελονών. Τι σημαίνει αυτό; Εάν 10.000 Έλληνες με πρόβλημα π.χ. στην οσφυ κάνουν βελονισμό

τότε ένας από αυτούς λόγω απροσεξίας του γιατρού του θα παρουσιάσει μια σοβαρή επιπλοκή. Εάν οι ίδιοι ασθενείς πάρουν αντιφλεγμονώδη, τότε οι 1000 θα εμφανίσουν παρενέργειες, οι 200 θα παρουσιάσουν αιμορραγία από το πεπτικό και οι 10-20 θα πεθάνουν από την αιμορραγία. Πόσο λαμβάνεται αυτό υπόψη στις διάφορες μελέτες; Μάλλον καθόλου.

Επίσης εάν παρουσιαστεί μια μελέτη που δείχνει υπεροχή του βελονισμού έναντι των φαρμακευτικών πανάκριβων σκευασμάτων, πόσο εύκολα ένα περιοδικό που χρηματοδοτείται (άμεσα ή έμμεσα με τις διαφημίσεις) από τις φαρμακευτικές εταιρείες θα δεχόταν να τη δημοσιεύσει; Παρόλα αυτά τα προβλήματα υπάρχουν εργασίες, δημοσιευμένες και σε «δυτικά» ιατρικά περιοδικά, που δείχνουν κάποια δράση του βελονισμού. Εξέχουσα θέση σε αυτές τις μελέτες έχουν το μυοσκελετικό και το γαστρεντερικό σύστημα. Έτσι φαίνεται ότι υπάρχουν παθήσεις

**Τα τελευταία χρόνια
ωριμάζει όλο και
περισσότερο η ιδέα,
ο βελονισμός
να χρησιμοποιηθεί και
σαν συμπληρωματική
θεραπεία μαζί
με τις συνήθεις
φαρμακευτικές αγωγές
με σκοπό να
βελτιώσει την
αποτελεσματικότητά
τους**

στις οποίες ο βελονισμός θα μπορούσε να βοηθήσει. Ιδιαίτερα σε παθήσεις όπως διάφορα λειτουργικά σύνδρομα όπου οι φαρμακευτικές θεραπείες είναι ελάχιστα ή καθόλου αποτελεσματικές θα μπορούσε ο βελονισμός να είναι μια εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση.

Τα τελευταία χρόνια ωριμάζει όλο και περισσότερο η ιδέα, ο βελονισμός να χρησιμοποιηθεί και σαν συμπληρωματική θεραπεία μαζί με τις συνήθεις φαρμακευτικές αγωγές με σκοπό να βελτιώσει την αποτελεσματικότητά τους. Πραγματικά υπάρχουν αρκετές παθήσεις στις οποίες ο συνδυασμός του βελονισμού, όπως π.χ. στην εξωσωματική γονιμοποίηση, φαίνεται να βελτιώνει την αποτελεσματικότητα της κλασικής θεραπείας. Αυτή ίσως να είναι η πιο λογική προσέγγιση, καθώς θα έπρεπε να διερευνηθεί ο ρόλος που θα μπορούσε να παίξει ο βελονισμός συναγωνιστικά και όχι ανταγωνιστικά με τη δυτική ιατρική.

Επομένως, στο αρχικό ερώτημα εάν ο βελονισμός είναι placebo, εναλλακτική ή συμπληρωματική θεραπεία η γνώμη του υπογράφοντος είναι ότι αποτελεί ίσως ένα βελτιωμένο «placebo φάρμακο» που θα

μπορούσε να χρησιμοποιηθεί είτε σαν εναλλακτική είτε σαν συμπληρωματική θεραπεία. Αποτελεί μια ιατρική τέχνη που επιβιώνει για 4000 χρόνια και δικαιούται τουλάχιστον

μιας σωστής και χωρίς προκαταλήψεις προσέγγισης και μελέτης. Θα έπρεπε επίσης να έχουν δημιουργηθεί τουλάχιστον δύο έδρες σε διαφορετικές ιατρικές σχολές (όπως υπάρχουν ήδη σε άλλες χώρες, Γερμανία, Δανία κ.λπ.) όπου θα μπορούσε να γίνει μια πιο σοβαρή μελέτη των «εναλλακτικών» μορφών θεραπείας, καλύτερος σχεδιασμός των μελετών και να βγουν πλέον αξιόπιστα συμπεράσματα.

Φυσικά κανένας σοβαρός ιατρός που εφαρμόζει το βελονισμό δεν ισχυρίζεται ότι μπορεί να αντικαταστήσει με αυτόν τη δυτική ιατρική. Απλά οι «βελονιστές» πιστεύουν ότι μπορεί να βοηθήσει στη θεραπευτική προσέγγιση κάποιων ασθενών. Ο σκοπός του γιατρού πρέπει να είναι η ίαση της ασθένειας και, όπου αυτό δεν είναι δυνατό, η ανακούφιση του ασθενούς από

τα συμπτώματα της ασθένειας και η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ανεξάρτητα από το αν ο τρόπος που θα χρησιμοποιήσει προέρχεται από τη Δύση ή την Ανατολή.

Ο σκοπός του γιατρού πρέπει να είναι η ίαση της ασθένειας και, όπου αυτό δεν είναι δυνατό, η ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα της ασθένειας και η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ανεξάρτητα από το αν ο τρόπος που θα χρησιμοποιήσει προέρχεται από τη Δύση ή την Ανατολή



Αυτό**το προσέξατε;***Βιβλιογραφική Ενημέρωση**γράφει ο Παντελής Σκλάβος*

Η επανάληψη της ενδοσκόπησης με κάψουλα μπορεί να είναι διαγνωστική, όταν η εξέταση την πρώτη φορά δεν καταλήγει σε σαφή διάγνωση

Is there a role for a second look capsule endoscopy in patients with obscure GI bleeding after a nondiagnostic first test? N. Viasis, K. Papaxoinis, J. Vlachogiannakos, A. Efthymiou, I. Theodoropoulos, D. Karamanolis. *Gastrointest Endosc* 2009; 69: 850- 6.

Παρά την αποδεδειγμένη ανωτερότητα της ενδοσκοπικής κάψουλας έναντι άλλων μεθόδων (εντεροσκόπηση, διάβαση λεπτού εντέρου, CT-εντερόκλυση, αγγειογραφία) στη διερεύνηση ασθενών με μικροσκοπική απώλεια αίματος, σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών (42,3% σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης), η εξέταση δεν καταλήγει σε συγκεκριμένη διάγνωση.

Ο περαιτέρω χειρισμός των ασθενών αυτών αποτελεί μια πραγματική πρόκληση καθώς απουσιάζουν τα βιβλιογραφικά δεδομένα που θα υποστήριζαν κάποιον εναλλακτικό τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος.

Η μελέτη αυτή είναι η πρώτη που θέτει το ζήτημα της επανάληψης της εξέτασης, στη συγκεκριμένη υποομάδα ασθενών, με σκοπό την άρση του διαγνωστικού αδιεξόδου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, το 65% των ασθενών με μη διαγνωστική την πρώτη εξέταση, μετά από παρακολούθηση για μέσο χρονικό διάστημα 24,8 μηνών συνέχισαν να παρουσιάζουν μικροσκοπική απώλεια αίματος από το πεπτικό. Από τους 104 ασθενείς με μη διαγνωστική εξέταση οι 76 υποβλήθηκαν σε νέα ενδοσκόπηση με κάψουλα. Για τους υπόλοιπους 28 ασθενείς,

δεν κρίθηκε σκόπιμη η επανάληψη της εξέτασης καθώς η αναιμία τους θεωρήθηκε σταθερή (πτώση της αιμοσφαιρίνης < 2 g/dl). Για ακόμη μια φορά, το συχνότερο εύρημα ήταν οι αγγειοδυσπλασίες, ενώ επίσης διαπιστώθηκαν έλκη του βλεννογόνου, ένας αιμορραγικός πολύποδας αλλά και ένα νεόπλασμα του τελικού ειλεού (σε ασθενή που την πρώτη φορά η κάψουλα δεν κατόρθωσε να φθάσει στο τυφλό). Είναι αξιοσημείωτο πως μεταξύ των 37 ασθενών με διαγνωστική τη δεύτερη εξέταση, οι 7 είχαν ατελή έλεγχο του εντέρου στην πρώτη ενδοσκόπηση, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός ασθενών μεταξύ των υπολοίπων 39 με μη διαγνωστική τη δεύτερη εξέταση ήταν 13.

Όταν εκτιμήθηκαν οι παράγοντες που σχετίζονται με μια διαγνωστική δεύτερη εξέταση διαπιστώθηκε πως η αλλαγή του τρόπου εμφάνισης της αιμορραγίας από μικροσκοπική σε ορατή (αιματοχεσία ή μέλαινα) και η πτώση της τιμής της αιμοσφαιρίνης > 4 g/dl, ήταν οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες.

Η ολοκλήρωση της ενδοσκόπησης μόνο τη δεύτερη φορά, το γεγονός ότι ορισμένες βλάβες, όπως οι αγγειοδυσπλασίες, δεν αιμορραγούσαν κατά τη διάρκεια της πρώτης ενδοσκόπησης και ότι ορισμένες περιοχές του εντέρου δεν ενδοσκοπήθηκαν από την κάψουλα την πρώτη φορά για λόγους που σχετίζονται με την προώθησή της στον αυλό του λεπτού εντέρου, είναι θεωρίες που μπορούν να εξηγήσουν γιατί μια δεύτερη ενδοσκόπηση με κάψουλα μπορεί να είναι διαγνωστική.

Η ανάστροφη ενδοσκόπηση του ορθού μπορεί να προκαλέσει διάτρηση ακόμα και όταν διενεργείται από έμπειρους ενδοσκόπους

Rectal perforation during colonoscopic retroflexion: a large, prospective experience in an academic center. Matthew Quallik, William Brown. *Gastrointest Endosc* 2009; 69: 960 - 3.

Η ανάστροφη ενδοσκόπηση του ορθού είναι μια τεχνική που πολύ συχνά πραγματοποιείται στο τέλος της κολονοσκόπησης με σκοπό την ανίχνευση βλαβών στο κατώτερο ορθό. Ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν πως μόνο με την τεχνική αυτή μπορούν να διαπιστωθούν το 2-8% των βλαβών, οι οποίες μπορούν να διαφύγουν της προσοχής όταν το ενδοσκόπιο χρησιμοποιείται με την ευθεία όραση. Βέβαια, οι περισσότερες βλάβες στερούνται ιδιαίτερης κλινικής σημασίας, καθώς η ανίχνευση αδενωμάτων είναι μικρότερη από 1%. Αρκετές περιπτώσεις διάτρησης του ορθού έχουν αναφερθεί αλλά η πραγματική συχνότητά τους δεν έχει καθοριστεί.

Η παραπάνω μελέτη περιλαμβάνει τη μεγαλύτερη σειρά ασθενών που υποβλήθηκαν σε ανάστροφη ενδοσκό-

πηση του ορθού καθώς περιελάμβανε 39.054 κολονοσκοπήσεις οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε διάστημα επτά ετών. Επειδή στη συγκεκριμένη ενδοσκοπική μονάδα, η ανάστροφη ενδοσκόπηση του ορθού αποτελεί συνήθη διαδικασία και το ποσοστό επιτυχίας των ενδοσκοπικών ξεπερνά το 95%, μπορεί να θεωρηθεί ότι υπάρχει σημαντική εμπειρία στη διενέργεια της τεχνικής αυτής.

Σημειώθηκαν 4 διατρήσεις (συχνότητα 0,10/1000 ενδοσκοπήσεις). Παρά την εξαιρετικά χαμηλή συχνότητά τους, οι διατρήσεις μπορούν να αποτελέσουν σημαντικό πρόβλημα υγείας. Δεν διαπιστώθηκε να υπάρχει σχέση με το μοντέλο του κολονοσκοπίου που χρησιμοποιήθηκε ούτε με την ηλικία του ασθενούς, αν και οι τρεις από τους τέσσερις ασθενείς με διάτρηση ήταν μεγαλύτεροι των 60 ετών. Ο μοναδικός παράγοντας που θεωρήθηκε ως προδιαθεσικός ήταν η αυξημένη αντίσταση που παρατηρήθηκε κατά τους χειρισμούς του ενδοσκοπίου.

Ασθενείς με οισοφαγίτιδα 4ου βαθμού έχουν ανάγκη τακτικής ενδοσκοπικής παρακολούθησης για πρόωπη ανίχνευση οισοφάγου Barrett

Diagnosing Barrett's esophagus: reliability of clinical and pathologic diagnoses. Douglas A. Corley, Ai Kubo, Jolanda DeBoer, Gregory J. Rumore. *Gastrointest Endosc* 2009; 69: 1004-10.

Όπως είναι γνωστό, ο οισοφάγος Barrett (OB) αποτελεί ένα σημαντικό ενδοσκοπικό εύρημα, το οποίο υποδεικνύει αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου. Ωστόσο, υπάρχουν πρακτικοί φραγμοί στην αποτελεσματική και πρόωπη ανίχνευση ασθενών με OB όπως η μεγάλη συχνότητα των παραγόντων κινδύνου για μεταπλασία (μεγάλη διάρκεια των συμπτωμάτων της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, το ανδρικό φύλο και η παχυσαρκία) και το σχετικά χαμηλό ποσοστό προόδου του OB σε καρκίνο (0,5% ανά έτος). Προς το παρόν μόνο το 5% των ασθενών με αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου έχουν γνωστό ιστορικό OB πριν τη διάγνωση του καρκίνου. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη αναγνώρισης της ομάδας των ασθενών που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο.

Έχοντας αυτό το σκοπό, οι παραπάνω ερευνητές, μελέτησαν αναδρομικά όλους τους ασθενείς στους οποίους είχε διαπιστωθεί οισοφαγική βλάβη ή φλεγμονή (διαβρωτική οισοφαγίτιδα) και εκτιμήθηκε η ανάπτυξη OB σε με-

ταγενέστερες ενδοσκοπήσεις μετά από μακροχρόνια παρακολούθηση (έως 108 μήνες). Επομένως, είχαν τη δυνατότητα να εντοπίσουν ασθενείς με OB ακόμη και χρόνια μετά την αρχική διάγνωση της διαβρωτικής οισοφαγίτιδας, αλλά και να δείξουν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης OB μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τη σοβαρότητα της οισοφαγίτιδας και με την ένδειξη της αρχικής ενδοσκόπησης.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι, όλοι οι ασθενείς στους οποίους διαπιστώθηκε OB είχαν στο παρελθόν παρουσιάσει οισοφαγίτιδα 4ου βαθμού και οι περισσότεροι από αυτούς (6/9) είχαν εκδηλώσει αιμορραγία ανώτερου πεπτικού.

Βεβαίως, η ύπαρξη σοβαρής οισοφαγίτιδας ή/και η αιμορραγία μπορούν να εμποδίσουν την αρχική αναγνώριση του OB (ενδοσκοπική ή ιστολογική). Ωστόσο, σύμφωνα με τους ερευνητές, μια παθοφυσιολογική εξήγηση που μπορεί να δικαιολογήσει τη μελλοντική ανάπτυξη OB σε αυτή την κατηγορία των ασθενών είναι παρόμοια με αυτή από παλαιότερη πειραματική μελέτη, σύμφωνα με την οποία, το μεγάλο βάθος βλεννογονικής βλάβης στον οισοφάγο προδιαθέτει σε ιστική αναγέννηση από το μεταπλαστικό κυλινδρικό επιθήλιο. ■



Επιμέλεια: Αντώνης Κογεβίνας
e-mail: koge@otenet.gr

Περί της εκπροσώπησης των γαστρεντερολόγων στην UEMS



Οι νέοι κανονισμοί της UEMS (UEMS 2009/12 en amend 04.09 Rules of Procedure) επιβάλλουν οι δύο εκπρόσωποι της Ελλάδας να ασκούν ενεργά τη γαστρεντερολογία και να εγκρίνονται από την Επαγγελματική Ένωση της Ειδικότητας. **Η θητεία των εκπροσώπων είναι διετής.** Οι εκπρόσωποι αλλάζονται εναλλάξ κάθε χρόνο. Ο πρόεδρος της Επαγγελματικής Ένωσης θα πρέπει να ενημερώνει γραπτά κάθε χρόνο τον πρόεδρο της UEMS για τους εκπροσώπους.

Αυτό σημαίνει ότι η μέχρι τώρα σιωπηλή συμφωνία ΕΠΕΓΕ και ΕΓΕ να ορίζουν

από έναν εκπρόσωπο δεν είναι σύμφωνη με τους κανόνες. **Οι δύο εκπρόσωποι πρέπει πλέον να ορίζονται αποκλειστικά από την ΕΠΕΓΕ.**

Αυτό είναι άλλωστε λογικό. Η ΕΓΕ είναι ένα διεπιστημονικό σωματείο. Δεν περιλαμβάνει μόνο γαστρεντερολόγους. Περιλαμβάνει γαστρεντερολόγους, χειρουργούς, παθολογοανατόμους, παθολόγους κ.λπ. και για τον λόγο αυτό δεν μπορεί να διεκδικήσει επαγγελματικά συμφέροντα γαστρεντερολόγων. Οι αποφάσεις μιας διεπιστημονικής εταιρείας περιλαμβάνουν **συμφέροντα και άλλων ειδικοτήτων που συγκρούονται ενδεχομένως με τη γαστρεντερολογία.** Μερικοί, για παράδειγμα, ισχυρίζονται

ότι η σύγκρουση συμφερόντων μέσα στην ΕΓΕ φτάνει για τη μη-δημιουργία τμήματος Ηπατολογίας.

Βεβαίως είναι μάλλον τυπική η αλλαγή που ζητά η UEMS: Όλοι οι μέχρι στιγμής εκπρόσωποί μας στην UEMS ήταν γαστρεντερολόγοι και όλοι ενδιαφέρθηκαν για τα καλύτερα συμφέροντα της Ελληνικής Γαστρεντερολογίας. Όμως, όλοι οι γαστρεντερολόγοι που ενδιαφέρονται για τα επαγγελματικά μας αιτήματα γνωρίζουν ότι η ΕΠΕΓΕ είναι το επαγγελματικό σωματείο και είναι λογικό να συμμετέχουν σ' αυτήν.

Για περισσότερες πληροφορίες:
www.uems.net

Επωαζόμενο λάθος



Υπάρχει ένα επωαζόμενο λάθος μέσα σε κάθε ενδοσκοπικό εργαστήριο. Αυτό οφείλεται στο ότι η εταιρεία Roche – προφανώς χάριν εμπορικής ομοιομορφίας- έχει συσκευάσει το κατασταλτικό **Dormicum σε ένα**

απαράλλακτο κουτί με το αντίδοτό του Anexate. Είναι δυνατό σε μια στιγμή επείγουσας ανάγκης, όπως σε κάποια βαθύτερη καταστολή από την επιθυμητή, να πάρει κανείς το λάθος κουτί και να μεγαλώσει περισσότερο το πρόβλημα.

Μέχρι να αντιληφθεί η εταιρεία το πρόβλημα και να το διορθώσει, καλό είναι

να βρίσκεται μόνον το κουτί Anexate μέσα στην αίθουσα ενδοσκοπήσεων, το δε Dormicum να είναι σε σύριγγα διαφορετικού χρώματος και να προσκομίζεται από άλλη αίθουσα. Μπορεί εναλλακτικά να σημειώνει κανείς ένα μεγάλο X με κόκκινο χοντρό μαρκαδόρο στο ένα κουτί ώστε να προκαλέσει μια σαφή αλλαγή στην όψη του.



Τζόγος και cost-effective ιατρική



Για ανεξήγητους λόγους η έννοια cost-effective υιοθετήθηκε άμεσα και χωρίς καμία συζήτηση από τους ιατρούς, σε πα-

γκόσμια κλίμακα. Κανένας δεν φαίνεται να διερωτήθηκε σε τι αναφέρεται το effective και αν είναι ηθικό. Για μερικούς το effective αναφέρεται στο μικρότερο δυνατό κόστος, για άλλους αναφέρεται στην καλύτερη δυνατή υγεία, ενώ για κάποιοι άλλοι το αντιλαμβάνονται σαν την χρυσή τομή.

Στις ΗΠΑ, η οποία πρωτοστατεί στην εφαρμογή cost-effective ιατρικής, οι ιατροί έχουν συμβιβαστεί με τη λογική της αγοράς στην υγεία και **σιγα-σιγά χάνουν την ανεξάρτητη κρίση τους, αναγκάζονται να ασκούν την ιατρική των εμπορικών ασφαλιστικών εταιρειών.** Όπου εμπλέκονται ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες η έννοια του **cost-effective** προστατεύει **πρωτίστως το μέγιστο κέρδος για τους μετόχους της εταιρείας**, αλλιώς η εταιρεία δεν έχει λόγο ύπαρξης. Το ζητούμενο μοιάζει να είναι το μίνιμουμ προσφοράς ώστε να μην μπορεί να σταθεί κατηγορία και μήνυση

ότι βλάφθηκε ο άρρωστος από την Εταιρεία. Ο άρρωστος πρέπει να γίνει καλά όχι γιατί αυτός είναι ο στόχος, αλλά για να μην στοιχίζει περισσότερα. Αν στοιχίζει παραπάνω από το λογιστικά ανεκτό, τότε η υπηρεσία δεν του παρέχεται.

Κατά ορισμένους η **cost-effective ιατρική εκφράζει την οικονομική απληστία των καιρών μας:** Γίνεται ένας μεγάλος οικονομικός τζόγος, τεράστιες οικονομικές δαπάνες και φουσκωμένα ασφάλιστρα χωρίς ουσιαστικό αποτέλεσμα, αφού ο μέσος όρος ζωής δεν έχει αυξηθεί τα τελευταία 40 χρόνια (στις ΗΠΑ). Ο σκοπός φαίνεται ότι δεν είναι η υγεία αλλά το οικονομικό παιχνίδι.

Οι ιατροί έχουν την ηθική υποχρέωση να εργάζονται για το καλύτερο συμφέρον των ασθενών τους. Αποδεχόμενοι το κόστος/όφελος πολύ συχνά αναγκάζονται να προδίδουν την εμπιστοσύνη που τους δείχνουν οι ασθενείς τους. Παραιτούνται από την υπεράσπιση του "καλύτερου συμφέροντος" των ασθενών και φροντίζουν για το "καλό του συνόλου" όπως το εννοεί η εκάστοτε κυβέρνηση ή η ασφαλιστική εταιρεία. Καλούνται να εγκαταλείψουν την ιατρική τους κρίση και να κάνουν άλλα: "Ναι μεν

αυτή είναι η καλύτερη διαγνωστική προσέλαση και αυτή η καλύτερη θεραπεία, αλλά θα κάνουμε την άλλη που είναι λιγότερο καλή αλλά είναι cost-effective και την εγκρίνει η Ασφάλειά σας".

Η προσέγγιση αυτή εξοργίζει πολλούς σκεπτόμενους ιατρούς γιατί αλλάζει όλη τη φιλοσοφία της ιατρικής που μαθαίνουν στο Πανεπιστήμιο: **Οι ιατροί διδάσκονται να αντιμετωπίζουν ασθενείς, όχι ασθένειες.**

Πρόκειται όμως για δύο ξεχωριστά πράγματα:

1. **Ποιο είναι ιατρικά το σωστό;** Αυτό το απαντούν οι ιατροί.
2. **Έχουμε χρήματα για να το πληρώσουμε;** Αυτό το απαντά ο ασθενής, η ασφαλιστική εταιρεία και η πολιτεία.

Η μετάθεση του δεύτερου ερωτήματος στους ιατρούς ουσιαστικά ευνουχίζει τη σωστή ιατρική. Οι ιατροί είναι εκεί για **να υπερασπίζονται το συμφέρον των ασθενών τους, όπως οι δικαστές υποστηρίζουν το συμφέρον των πελατών τους**, χωρίς να αναρρωτούνται για το συμφέρον της κοινωνίας.

Η αμφίβολη ηθική των QALY



Προκειμένου να μετρήσει το κόστος και το όφελος, η αγορά αντιστοιχεί την υγεία και τη ζωή των ανθρώπων με

κάποιο χρηματικό ποσό, όπως θα έκανε με ένα εμπόρευμα. **Η υγεία είναι ένα εκβιαστικά αδιαπραγμάτευτο αγαθό για τον καθένα:** Δεν μπορεί παρά να το αγοράσει. Για το λόγο αυτόν υποστηρίζεται ότι **δεν μπορεί να το δει κανείς σαν εμπόρευμα, αφού δεν υπάρχει η επιλογή της άρνησης.**

Αναρωτηθήκατε πώς προσδιορίζεται αντικειμενικά ποιο είναι cost-effective; Δέστε λοιπόν την Αγγλική προσέγγιση.

Στην Αγγλία έχουν συστήσει το **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)** που αποφασίζει για λογαριασμό του Συστήματος Υγείας (NHS) ποιες θεραπείες είναι οικονομικά ανταποδοτικές. Αν ένα φάρμακο δεν

έχει την κατάλληλη σχέση αξίας και δαπάνης απορρίπτεται, ακόμα και αν σώζει ζωές. Πρόσφατα δημιουργήθηκε μεγάλος σάλος γιατί απορρίφθηκε η χρήση ιντερφερόνης στην ΣΚΠ παρότι βοηθάει τουλάχιστον τους μισούς.

Το NICE **μεταχειρίζεται την έννοια των QALY (Quality Adjusted Life Years) για να αντικειμενικοποιήσει τις θεραπείες.** Βαθμολογεί την απόλυτη υγεία με 1 και το θάνατο με 0. Ενδιάμεσα υπάρχουν οι καταστάσεις μειωμένης υγείας με βαθμούς 0,2 ή 0,5 ή 0,7 κτλ. Η βαθμολογία (EQ-5D) στα οποία υπάρχουν ερωτήσεις για το μέγεθος του πόνου, το μέγεθος της κινητικής αναπηρίας, της ψυχικής ευεξίας, της δυνατότητας αυτοεξυπηρέτησης και της πραγματοποίησης καθημερινών εργασιών.

Παράδειγμα: Κάποιος που παραμένει απόλυτα υγιής επί ένα χρόνο βαθμολογείται με 1 QALY (γιατί 1 βαθμός υγείας

x 1 έτος = 1 QALY) και είναι ισοδύναμος με κάποιον που έχει 0,5 βαθμούς υγείας επί 2 χρόνια (0,5 x 2 = 1) ή κάποιον άλλο που έχει αναπηρία 0,25 και ζει επί 4 έτη (0,25 x 4 = 1).

Το κόστος για κάθε QALY, κατά την υπηρεσία αυτή, **είναι ασύμφορο αν υπερβαίνει τα 40.000 Ευρώ.** Αν δηλαδή μια θεραπεία που εξασφαλίζει 3 χρόνια απόλυτης υγείας (δηλαδή 3 QALY) υπερβαίνει τις 120.000 Ευρώ θεωρείται ασύμφορη και δεν παρέχεται.

Πώς κατέληξαν στα 40.000 Ευρώ; Χρησιμοποίησαν την τιμή που είχε ορίσει το Υπουργείο Μεταφορών της Αγγλίας, το οποίο αξιολογεί σαν συμφέρουσα την κατασκευή ενός δρόμου εάν για κάθε 1.700.000 Ευρώ επένδυσης σώζεται μια ζωή! Δηλαδή **μία ζωή αξιολογείται ότι αξίζει 1,7 εκατομμύρια ευρώ.**

Η πολιτική αυτή αναγκάζει τις φαρμακευτικές εταιρείες στην Αγγλία να μειώνουν τις τιμές των φαρμάκων ή να

παρέχουν κάποιες ποσότητες φαρμάκων δωρεάν για να μη ξεπερνούν τον ουδό των 40.000 Ευρώ ανά QALY. Αλλιώς δεν παίρνει έγκριση το φάρμακο. Αυτή είναι η καλή πλευρά των QALY. **Πολλοί όμως ισχυρίζονται ότι η προσέγγιση του NICE επιδιώκει μόνον οικονομικά οφέλη και όχι την καλύτερη θεραπεία για κάθε άρρωστο.** “It’s methods are not only imprudent, they are unethical” λέει ο Peter Pitts του Center for Medicine in the Public

Interest. Ο πρόεδρος του NICE ανταπαντά ότι «Όλα τα συστήματα υγείας πρέπει να βρουν έναν τρόπο να ιεραρχούν τις δαπάνες. Πάντως, συμπληρώνει, αυτός ο τρόπος είναι καλύτερος από αυτό που γίνεται στις ΗΠΑ, όπου το κόστος μειώνεται με το να μην παρέχεται καμία υπηρεσία σε πολλούς ανασφάλιστους».

Αναρωτιέται κανείς πώς θα μπορούσε ένας ιατρός να δεχτεί να εφαρμόζει

τέτοιες αυθαιρεσίες στο συγκεκριμένο άρρωστο που περιθάλπει. Πώς δηλαδή θα του έλεγε ότι μια θεραπεία που θα έσωζε ή θα βελτιώνει τη ζωή του δεν θα του δοθεί επειδή υπερβαίνει τα 40.000 Ευρώ για κάθε QALY.

Μήπως ήρθε η ώρα να ανοίξει η συζήτηση που ποτέ δεν έγινε: Κατά πόσο η cost-effective ιατρική είναι ο καλύτερος τρόπος για την κατανομή των ιατρικών δαπανών;

Αμνοί και ταύροι



Πρόσφατα μας έστειλε η ΕΠΕΓΕ ένα γράμμα στο οποίο διαφαίνονται οι προθέσεις του Δημοσίου να επανέλθει στις παλιές εξευτελιστικές τιμές των ενδοσκοπήσεων. Όμως **και στον ιδιωτικό χώρο γίνονται προσπάθειες να μειωθούν οι τιμές των ενδοσκοπήσεων**, για να εξυπηρετήσουν τα προγράμματα Ιδιωτικής Ασφάλισης που προσφέρουν διάφορες Τράπεζες όταν ανοίξει κανείς καταθετικό λογαριασμό.

Η μείωση των τιμών θα οδηγήσει σε υποβάθμιση της ποιότητας των εξετάσεων (μη-χρήση επαρκούς καταστολής και αντιδότην, μη ανάνεωση ενδοσκοπικού εξοπλισμού, αποφυγή χρήσης ει-

δών μιας χρήσεως που εξασφαλίζουν ασηψία κτλ).

Η Ελληνική εμπειρία διδάσκει ότι **μόνον η δυναμική διεκδίκηση – και όχι η λογική παράθεση επιχειρημάτων από μόνη της – μπορεί να οδηγήσει σε ευνοϊκή λύση**. Αυτή τη στιγμή η κυβέρνηση επιζητεί επείγοντως να κάνει περικοπές δαπανών. Αυτό, όπως πάντα, θα γίνει από όπου είναι πιο εύκολο. **Αναζητούν τον αδύνατο κρίκο. Όποιος δεν αντιδράσει θα είναι το θύμα**. Οι αμνοί θα υποστούν απώλειες.

Η διεκδίκηση όσον αφορά στο Δημόσιο πρέπει να είναι **άτυπη** (γνωριμίες και διαμεσολαβήσεις ελληνικού τύπου) και **κλασσική** (διαμαρτυρίες, παρεμβάσεις στα ΜΜΕ, αναστολή συμβάσεων, άρνηση εκβιασμού από ιδιωτικές

επιχειρήσεις κτλ). Επιζήτηση πολιτικού κόστους! Χρειάζεται μαχητικότητα, ευρηματικότητα, επιμονή και συλλογική δράση.

Η ευθύνη της ΕΠΕΓΕ απέναντι στα μέλη και στους ασθενείς είναι μεγάλη. **Η ΕΠΕΓΕ είναι το ΜΟΝΟ συνδικαλιστικό όργανο των γαστρεντερολόγων** και η κύρια αποστολή της είναι η υπεράσπιση της γαστρεντερολογίας. Η ΕΠΕΓΕ γνωρίζει το πραγματικό κόστος των ενδοσκοπήσεων αφού έχει συντάξει ολόκληρες μελέτες πάνω στο θέμα αυτό.

Η ώρα για διεκδίκηση είναι ΤΩΡΑ, πριν διαμορφωθεί μη αναστρέψιμη κατάσταση με την υπογραφή νομοθετικής ρύθμισης.

Fight or flight?



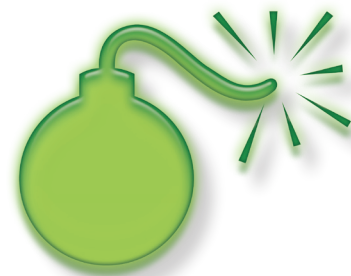
«Πολεμούμε ή την κοπανάμε» όπως νεοελληνικά μεταφράζεται το γνωστό δίλημμα που καταστρέφει τα αγγεία μας.

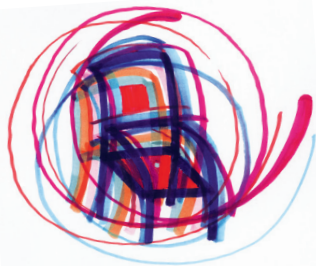
Εάν διαλέξει κανείς να **φυγομαχήσει** γλυτώνει άμεσα ένα γερό στρεσάρισμα, αλλά μετανιώνει και στρεσάρεται μετά, όταν έχει υποστεί τις συνέπειες από τη φυσική αλλά και από την ψυχο-

λογική ήττα. Εάν πάλι αποφασίσει κανείς να πολεμήσει, υφίσταται άμεσα το στρεσάρισμα του πολέμου, αλλά μετά από τη μάχη είναι ψυχολογικά γαληνεμένος και υπερήφανος. Παράλληλα έχει πολύ περισσότερες πιθανότητες να έχει νικήσει.

«Το μόνο που μένει για να σε συνοδεύει μετά από μια μάχη, είναι η συμπεριφορά σου κατά τη διάρκεια αυ-

τής» έλεγε ο ναύαρχος Cochrane. Μόνον η συμπεριφορά σου μπορεί να αλλάξει τα πράγματα προς τη μια πλευρά ή προς την άλλη αλλά και να δημιουργήσει τύψεις συνειδήσεως ή περηφάνια για να σε συνοδεύει από εκεί και πέρα. ■





Πόρτο, θα πάτε;

γράφει η **Νάγια Μπομπότση**



Η 22η Διεθνής Συνάντηση της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Μελέτης Ελικοβακτηριδίου (EHSG) θα γίνει φέτος στο Πόρτο της Πορτογαλίας, 17-19 Σεπτεμβρίου. Χρειάστηκε να πάρουμε το Ευρωπαϊκό κύπελλο ποδοσφαίρου για να εκτιμήσουμε τη χώρα αυτή της Ε.Ε. Έχει την ίδια έκταση με την Ελλάδα, περίπου τον ίδιο πληθυσμό, είναι γραφική, τουριστική, με καλό οδικό δίκτυο και προς το παρόν πιο οικονομική.

Η δεύτερη μεγαλύτερη πόλη της χώρας, το Πόρτο, πρωτεύουσα της επαρχίας Norte, βρίσκεται 320 χιλιόμετρα βορειότερα της Λισαβόνας, μια έντονα βιομηχανοποιημένη περιοχή. Σημαντικό κομμάτι της ιστορίας, ήταν η πόλη που έδωσε το όνομά της σε όλο το έθνος. Αν και βρίσκεται μια ανάσα από τον Ατλαντικό ωκεανό, αυτό που κυριαρχεί στην πόλη είναι ο ποταμός Ντόουρο που τη χωρίζει στα δύο. Από τη μια πλευρά βρίσκεται το εμπορικό και οικιστικό κέντρο που αναδίνει τη μυρωδιά των αιώνων που έχουν περάσει, αφήνοντας εικόνες από μια άλλη εποχή. Στην άλλη όχθη απλώνονται οι «αρμαζένς», οι αποθήκες του φημισμένου κρασιού πόρτο απ' όπου μεταφερόταν μέχρι πριν λίγο καιρό με βάρκες. Κρεμασμένες πάνω από τον ποταμό πολλές γέφυρες, κάθε μια με το χαρακτήρα της, φέρνουν κοντά τις δύο όχθες. Η κεντρική γέφυρα Ponte D. Luis I είναι έργο Βέλγικης κατασκευαστικής εταιρείας που κέρδισε το διαγωνισμό του 1879. Το 1886 που εγκαινιάστηκε η μεταλλική γέφυρα με ύψος 44 μέτρα, αντικατέστησε την παλιά κρεμαστή. Στον ίδιο ποταμό θα βρείτε και την Ponte D. Maria Pia, κατασκευασμένη από τον ίδιο τον Eiffel για το σιδηρόδρομο.

Κοντά στην όχθη του Ντόουρο, η γειτονιά Ribeira, με τις πολύχρωμες προσόψεις των σπιτιών, διατηρεί τις χάρες μιας ιστορικής τουριστικής περιοχής που το βράδυ ζωντανεύει χάρη στα πολυάριθμα εστιατόρια και μπαρ που φιλοξενεί και προσφέρεται για βόλτες.

Στο ιστορικό κέντρο της πόλης ο Καθεδρικός Ναός είναι από τα κτίρια που αξίζει να δείτε. Χρονολογείται από το 12ο αι. αλλά έχουν γίνει τόσες παρεμβάσεις στην εμφάνισή του που τίποτα δεν θυμίζει πια το Ρωμαϊκό του ρυθμό. Λίγο πιο πέρα βρίσκεται το σήμα κατατεθέν του Πόρ-

το, ο Torre dos Clérigos, ο πύργος με τη στριφογυριστή σκάλα 225 σκαλοπατιών που σας οδηγούν στην καλύτερη θέα της πόλης από ύψος 76 μέτρων. Εκεί κοντά θα βρείτε και την εκκλησία Carmo, που στη μια πλευρά της απεικονίζει με ψηφίδες την ιστορία της ίδρυσης του τάγματος των καρμελιτών.

Μέσα στην ποικιλία αρχιτεκτονικών στυλ θα βρείτε και την εκκλησία του Sao Francisco, με το μοναδικό γοτθικό ρυθμό στην πόλη.

Η Baixa, το κέντρο της πόλης, έχει να σας προσφέρει ποικιλία εμπορικών καταστημάτων, όπως και η αγορά του Bolhão. Δερμάτινα είδη είναι συνήθως δικής τους παραγωγής. Εθνικό προϊόν για τη χώρα και ειδικά τη βόρεια επαρχία είναι η παραγωγή φελλού από τα φελλόδεντρα. Οι καλλιέργειες είναι συνήθως οικογενειακή υπόθεση και η ανάπτυξη του δέντρου απαιτεί περίπου είκοσι χρόνια μέχρι την παραγωγή του φλοιού.

Το προϊόν όμως που έκανε τη χώρα αλλά και την πόλη διάσημη είναι το ομώνυμο κρασί πόρτο που παράγεται από τους αμπελώνες της περιοχής με τη σκληρή δουλειά των κατοίκων. Η επικράτησή του ήταν αποτέλεσμα ιστορικών συγκυριών. Οι έριδες της Βρετανίας με τη Γαλλία ανάγκασαν τους Άγγλους να αναζητήσουν προμηθευτές κρασιού στην Ιβηρική χερσόνησο. Οι Πορτογάλοι, για να διατηρείται καλύτερα τα κρασί κατά τη μεταφορά του, ενίσχυαν την αντοχή, τη γεύση και τους βαθμούς του οινοπνεύματος με



ένα απόσταγμα που μοιάζει με το μπράντι, το οποίο ονομάζεται αγουαρδιέντε. Αυτή η ιδιαίτερη μείξη χάρισε στο πόρτο την ιδιαίτερη γεύση του και το έκανε με τον καιρό πολύ δημοφιλές digestif. Η χρήση του τον τελευταίο καιρό έχει επεκταθεί και σε πολλά cocktails. Φτιάχνεται από κόκκινα σταφύλια και διακρίνεται στο Ruby (κόκκινο) - αυτό που πωλείται σε όλες τις κάβες στην Ελλάδα και έχει δυνατή φρουτώδη γλυκιά γεύση και το Tawny Port (καστανόχρωμο) που ωριμάζει σε ξύλινα βαρέλια έτσι ώστε να οξειδωθεί σταδιακά και να εμπλουτιστεί η γεύση του. Το λευκό πόρτο -ξηρό και γλυκό- συνήθως σερβίρεται δροσερό και αποτελεί καλή βάση για τα κοκτέιλ. Το πιο σημαντικό πόρτο, που αφορά μόνο το 2% της παραγωγής, είναι το Vintage Port της εσοδείας. Φτιάχνεται αποκλειστικά από σταφύλια που προήλθαν από τον τρύγο μιας συγκεκριμένης χρονιάς σε ονομαστούς αμπελώνες, που θεωρήθηκε καλή. Αυτό συνήθως συμβαίνει 3 φορές μέσα στη δεκαετία. Αναμειγνύεται και εμφιαλώνεται, αφού μείνει 2 χρόνια μέσα στα βαρέλια. Ύστερα για να αποκτήσει ιδιαίτερη γεύση πρέπει να το ξεχάσετε για μερικές δεκαετίες ξαπλωμένο στην κάβα σας. Άπαξ και το μπουκάλι ανοιχτεί πρέπει να μεταγγίζεται σε άλλο δοχείο και να καταναλώνεται αμέσως. Παραδοσιακά, το κρασί αυτό πίνεται με το αριστερό χέρι από τους άντρες και λέγεται ότι καθιερώθηκε για να έχουν οι ευγενείς ελεύθερο το δεξί τους χέρι σε περίπτωση που χρειαστεί να πιάσουν γρήγορα το σπαθί τους. Μόνη εξαίρεση στον κανόνα αυτό είναι όταν κάθεται μια κυρία δεξιά σας...

Κοντά στις όχθες του ποταμού θα βρείτε το Μουσείο του Κρασιού Πόρτο που στεγάζεται σε μια παλιά αποθήκη. Αλλά και στην απέναντι όχθη, στη Βίλα Νόβα ντα Γκάια, καθένas από τους μεγάλους οίκους παραγωγής έχει

τις δικές του δεξαμενές, τα κελάρια αλλά και κατάλληλες αίθουσες όπου οι ενδιαφερόμενοι μπορούν, μέσα στη μισή ώρα που διαρκεί η ξενάγηση, να δοκιμάσουν 2 είδη πόρτο.

Σαν γνήσια παραθαλάσσια πόλη φημίζεται για τις ψαροταβέρνες της μέσα και έξω από την πόλη σε κοντινές παραλίες. Τα θαλασσινά και τα ψάρια (γλυκού και αλμυρού νερού) έχουν την τιμητική τους. Λουκάκια και καπνιστά κρέατα πολύ καλής ποιότητας προέρχονται κυρίως από την ενδοχώρα. Τα επιδόρπια κατάγονται από παλιά μοναστηριακά γλυκά και ταιριάζουν απόλυτα μετά από ένα ωραίο γεύμα. Στις νυχτερινές εξόδους θα μπορούσατε να συμπεριλάβετε και μια βραδιά με μουσική fado, τη γνωστή θλιμμένη παραδοσιακή μουσική της Πορτογαλίας.

Οι μετακινήσεις στην πόλη γίνονται με λεωφορεία, τραμ, ταξί και το νεοαποκτηθέν μετρό. Οι κάτοικοι παρ' ότι φιλικοί και φιλόξενοι δεν καλοξέρουν ξένες γλώσσες, γι' αυτό φροντίστε να έχετε συλλέξει τις πληροφορίες σας από τους υπαλλήλους του ξενοδοχείου σας. Το ευτύχημα είναι ότι οι πινακίδες στο μετρό είναι γραμμένες και στα αγγλικά.

Μετά τις διακοπές σας στην Ελλάδα, περιπλανηθείτε το φθινόπωρο σ' ένα χαλαρωτικό περιβάλλον, επιμηκύνοντας λίγο αυτή την καλοκαιρινή αίσθηση, αντικρίζοντας τη μεγάλη θάλασσα πέρα από τις Ηράκλειες Στήλες... Καλό σας ταξίδι.



Καλλιτεχνικά και άλλα

Η Ιατρική και οι Ιατροί εις το Θέατρο του Μολιέρου

γράφει ο Ιωάννης Γεωργίου*



Ο Μολιέρος, ψευδώνυμο του Ζάν-Μπατίστ Ποκλέν, είναι ο ιδρυτής της κομεντί Φρανσέζ, θεωρείται ίσως ο μεγαλύτερος κωμωδιογράφος-δραματουργός της Γαλλίας και δίκαια τον έχουν αποκαλέσει Γάλλο Σαίξπηρ.

Γεννήθηκε εις το Παρίσι το 1622 όταν εις την Γαλλία βασιλευε ο Λουδοβίκος ΙΔ΄ <Βασιλιάς Ήλιος>.

Γιός βασιλικού ταπετσίερ και θαλαμηπόλου έλαβε σημαντική μόρφωση με καθηγητή το φιλόσοφο Πιέρ-Γκασαντί. Εν συνεχεία ακολούθησε νομικές σπουδές.

Ανατρέποντας όμως τα δεδομένα και χωρίς κανέναν να γνωρίζει διατί, ακολούθησε το δύσκολο δια την εποχή του επάγγελμα του ηθοποιού και συγγραφέα αλλά και του θιασάρχη.

Το θεατρικό έργο του Μολιέρου έχει ως βάση την Ιταλική κωμωδία όπου και αυτή είχε ως βάση την «Νέα Αττική κωμωδία» με κύριο εκπρόσωπο τον Μένανδρο. Ο Μολιέρος, και εδώ ευρίσκεται στο μεγαλείο του, εμπλούτισε την κωμωδία προχωρώντας πολύ πιο μακριά, δίδοντάς της μια νέα μορφή και έχοντας ως κεντρική ιδέα μια διελκυστίνδα του φυσικού με το αφύσικο, του αληθινού με το ψεύτικο, της εξωτερικής πραγματικότητας με την εσωτερική εμπειρία. Έγραφε εις τον προστάτη του Βασιλιά «...Δια να γνωρίσουμε το κωμικό πρέπει να γνωρίζουμε το λογικό...».

Την υποκρισία και την απάτη κατά κύριον λόγον πολέμησε

ο Μολιέρος υπό οιαδήποτε μορφή και από οπουδήποτε και εάν προήρχετο, με τον δικό του τρόπο και με το δικό του πιστεύω, διότι «με το γέλιο διορθώνονται τα ήθη». Χρησιμοποίησε δε την κωμωδία, ως όργανο τιμωρητικού σωφρονισμού αλλά και διακωμώδησης των ψευδοευλαβών, των ψευδοσπουδαίων και ό,τι ψεύτικου και απατηλού.

Ο Μολιέρος αφιέρωσε το μεγαλύτερο μέρος του έργου του καυτηριάζοντας του ιατρούς.

Η σφοδρή πολεμική εναντίον της Ιατρικής και των ιατρών, του οποίους κατέτασσε πρώτους μεταξύ όλων των απατεώνων, ήταν πόλεμος έως τον θάνατόν του άνευ όμως προσωπικών συνεπειών.

Η ερμηνεία των βαθύτερων αιτίων είναι αρκετά δύσκολη και υποθέσεις μόνον μπορεί να γίνουν διότι απουσιάζει η διαπροσωπική σχέση του συγγραφέα και η επαφή θα γίνει μόνον μέσω των έργων και των ηρώων του. Εξ' άλλου, τα τελευταία είναι αξιόπιστα διαγνωστικά υλικά και δύνανται να παρομοιασθούν με τα όνειρα ή τις φαντασιώσεις κάθε ατόμου ή με τις απαντήσεις των διαφόρων ψυχολογικών δοκιμασιών.

Τα πρώτα βέλη εναντίον των ιατρών χρονολογούνται από το 1659 με το έργο «Ιπτάμενος ιατρός». Ο υπηρέτης Σγαναρέλλος πείθεται να μεταμφιεσθεί εις ιατρό με σκοπό την εξαπάτηση του γέρου Γκόργκιπους «...κύριε δια 10 τάλιν γίνομαι τόσο καλός γιατρός που μπορεί να πεθάνω έναν άνθρωπο όσο κανένας άλλος γιατρός της πόλης, θα είμαι τόσο καλός, ώστε αντί της παροιμίας μετά τον θάνατο ο γιατρός, θα λένε μετά τον γιατρό ο θάνατος...».

Εις το αριστούργημα του «Δον-Ζουάν» (1665), έργο αφορισμένο και απαγορευμένο εν όσω ζούσε ο πρωταγωνιστής, συνομιλεί με τον υπηρέτη του Σγαναρέλλο. Ο τελευταίος απευθυνόμενος εις τον Δον-Ζουάν του λέγει «...κύριε μόλις φόρεσα τα ιατρικά ρούχα ήλθαν ασθενείς δια να τους εξετάσω τους έγραψα και συνταγές εις την τύχη, δεν θα ήτο αστείο να γίνουν καλά και να έλθουν να με ευχαριστήσουν;...» απαντά ο Δον-Ζουάν «...μήπως γιατρεύουν καλλίτερα από εσένα τους αρρώστους, ψέματα λέγουν, αέρα πουλάνε και μάλιστα εάν τυχόν από μόνος του γιατρευτεί κανένας ασθενής εισπράττουν και τις ευχαριστίες των...». «Δηλαδή κύριε δε σεβόσαστε ούτε την ιατρική;» και ο Μολιέρος με το στόμα του Δον-Ζουάν απαντά «...όχι, είναι μια από τις μεγαλύτερες απάτες της ανθρωπότητας».

* Ο Ιωάννης Γεωργίου είναι καρδιολόγος σε Ιδιωτικό Νοσοκομείο.

Με την ίδια νοοτροπία, της απάτης και της μεταμφίεσης ο Μολιέρος σατιρίζει τους ιατρούς και εις το έργο «Γιατρός με το στανιό».

Εις το έργο όμως «Ο έρωτας ιατρός» δεν χρησιμοποιεί τον μεταμφιεσμένο Σγαναρέλλο. Εδώ σατιρίζονται 5 γνωστοί γιατροί της πόλης εις ιατρικό συμβούλιο και ενώ οι τέσσερις αρχίζουν να συζητούν, ο πέμπτος γιατρός μονολογεί εκφράζοντας το πιστεύω του Μολιέρου «...εκμεταλλευόμεθα την αγάπη του καθενός δια την ζωή πλουτίζουμε και δημιουργούμε περιουσίες χωρίς να προσφέρουμε απολύτως τίποτε...».

Διερωτάται όμως ο κάθε αναγνώστης, προς τι τόσο μίσος εναντίον των ιατρών και της ιατρικής;

Πριν προχωρήσουμε εις την ανάλυση των αιτιών, χρῆσιμον είναι η σκιαγράφησις της επικρατούσης καταστάσεως εις την ιατρικήν εκείνην την εποχή.

Ο 17ος αιώνας θεωρείται ο αιών των αντιφάσεων.

Από την μια πλευρά, την θετική του, είναι ο αιών του Γαλιλαίου, του Βάκωνος, της ανακαλύψεως του μικροσκοπίου με όλες τις εκπληκτικές συνέπειες, του Μαρτσέλο Μαλπίγγι, του Αντόνιο Βαλσάβα, του Γουίλιαμ Χάρβευ με την ανακάλυψή του δια την κυκλοφορία του αίματος, της πρώτης μεταγγίσεως αίματος από τον Φλωρεντιανό ιατρό Φραντζέσκο Φόλι, της εμπειρίας του πειράματος από την απλή παρατήρηση του Αριστοτέλη της ανακαλύψεως του λεμφικού συστήματος και πολλών άλλων.

Από την άλλη πλευρά όμως, την αρνητική, βλέπουμε να υπάρχουν έντονα τα απομεινάρια του παρελθόντος, της αγυρτείας, της αλχημείας, της αστρολογίας με πολλούς και σημαίνοντες υποστηρικτάς όπως τον Φλόυντ, τον Κένελμ Ντιγκάμπι, ενός εκ των ιδρυτών της Βασιλικής Ακαδημίας του Λονδίνου. Κυκλοφορεί ακόμη το ξύλο της γουαϊάκης γνωστό ως ιεροξύλο το οποίο εδίδετο ως αντισυφιλιδικό φάρμακο, με μοναδικό αποτέλεσμα να κάνει ζάμπλουτο τον εισαγωγέα Τζιοβάνι Κονσάλβο. Ήταν επίσης ευρέως διαδεδομένη εις τον λαόν η θεραπεία «...δια επιθέσεως των χειρών του Βασιλέως» και αυτό όχι ως φήμη αλλά με την δημοσίευση του έργου του καθηγητού του Μονπελιέ Αντρέ ντε Λωράν «...περί της θαυματουργού δυνάμεως της ιάσεως των χοιράδων της δοθείσης υπό του Θεού εις τον Βασιλέα της Γαλλίας». Ήταν επίσης έντονη η πολεμική εις κάθε τι νέο. Εις τα ανωτέρω αρνητικά θα πρέπει να προστεθεί η πτωχεία της φαρμακευτικής φαρέτρας. Εναντίον κάθε νόσου αδιακρίτως εφαρμόζονταν τα τρία μοναδικά όπλα, οι υποκλυσμοί, οι αφαγιμαξίες και τα καθάρσια. Εις εξαιρετικές περιπτώσεις εδίδετο ο εμετικός οίνος και τέλος το ηρωικό φάρμακο το αντιμόνιο του οποίου η μόνη θεραπευτική αξία ήταν ότι εσυντόμευε τα βάσανα του ασθενούς. Και εν μέσω αυτής της πτωχείας και αδυναμίας προστίθεται η νοοτροπία των ιατρών, με την πλεονεξία, την εκμετάλλευση, τις σφοδρές έριδες μεταξύ των, την ματαιοδοξία, την κακή συμπεριφορά με έπαρση εις τον απλό άνθρωπο και δουλοπρέπεια εις τον ισχυρό, καθώς και την επιμονή εις τις θεραπευτικές μεθόδους των «...είναι καλλίτερον να πεθάνει με τους

κανόνες της ιατρικής παρά να γλυτώσει αντιτιθέμενος εις αυτούς». Εις το έργο «Ιπτάμενος ιατρός» ο μεταμφιεσθείς Σγαναρέλλος λέγει εις τον αθώο Γκόργκιμπους «...να κρατηθεί λίγο ακόμη η κόρη σου, δεν πρέπει να πεθάνει χωρίς την συνταγή του ιατρού».

Ο Μολιέρος εκτός της απώλειας των δυο παιδιών του από καιρό δοκιμάζεται με σοβαρά προβλήματα υγείας τα οποία εκ πληροφοριών επρόκειτο δια πνευμονική φυματίωση. Απογοητευμένος δε και από τις αστείες θεραπείες εις τις οποίες υποβάλλεται «...του κάνουν αφαιμάξεις, τον θέτουν εις γαλακτική δίαιτα και τον πλημμυρίζουν με καθαρτικά».

Είδε λοιπόν εκ του πλησίον ως ευφυής την αδυναμία της ιατρικής και των ιατρών.

Και ο Μολιέρος σοβαρά ασθενής (1673) αποφασίζει να γράψει εναντίον των ψευδοεულβών, αλλά πιθανόν ο φόβος της αντεκδίκησης ή δισταχόμενος το τέλος του θέλησε να τιμωρήσει δια τελευταία φορά τους ιατρούς και πραγματικά τους κατακεραυνώνει γράφοντας τον «Κατά φαντασία ασθενή» το οποίον έμελλε να είναι το κύκνειο άσμα του.

Το έργο αυτό είναι περισσότερο τραγικό παρά κωμικό. Πρωταγωνιστής εις το πρόσωπο του Αργκάν ο ίδιος.

Διαλέγει ως θέμα την φανταστική νόσο, θέλοντας να εξαπατήσει τον ίδιον τον εαυτόν του από την πραγματικότητα.

Φοβάται δε ακόμη και να προσποιηθεί τον πεθαμένο όταν με το στόμα του πρωταγωνιστή Αργκάν ρωτά την υπηρέτρια Τουανέτα «...μα δεν είναι επικίνδυνο να προσποιηθώ τον πεθαμένο;» και εκείνη απαντά «όχι, όχι κανένας κίνδυνος δεν υπάρχει» και όμως ο Μολιέρος εις το τέλος της τετάρτης παράστασης του έργου, προφέροντας την λέξη τζούρο (ορκίζομαι) εμφανίζει έντονο βήχα και αιμόπτυση, καταφέρνει όμως και τελειώνει την παράσταση. Πεθαίνει ολίγον αργότερα εις το σπίτι του, εις ηλικία 51 ετών.

Κηδεύεται αφορισμένος εις το κοιμητήριο του Σαίν-Ζοζέφ μετά την δύση του ήλιου, μόνον κατόπιν εντολής του Βασιλέως Λουδοβίκου, το δε πιστοποιητικό θανάτου φέρει ως επάγγελμα αυτό του ταπετσίερη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Πλάτων Μαυρομούστακος: Μολιέρος – Εκδόσεις Επικαιρότητα 2002.
2. Πλάτων Μαυρομούστακος: «Ο ιπτάμενος ιατρός» - εκδόσεις Επικαιρότητα 2002.
3. Βιρτζίνια Σκότ: Μολιέρος: Μια ζωή στο θέατρο. Καίμπριτζ Γιουνιβέρσιτι Πρές 2001.
4. Αλλανταύς Νικόλ: Παγκόσμια Ιστορία του θεάτρου. Εκδόσεις Πνοή.
5. Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα. Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος 1996.
6. Μολιέρος «Ντον Ζουάν». Μετάφραση Ερρίκος Μπέλιες. Εκδόσεις Ηριδανός 2007.
7. Μολιέρος «Γιατρός με το στανιό». Μετάφραση Ι. Λάμψα. Εκδόσεις Δωδώνη 1986.
8. Μολιέρος «Ταρτούφος». Μετάφραση Άρης Αλεξάκης. Εκδόσεις Δωδώνη 1986.
9. Μολιέρος «Φιλάργυρος». Μετάφραση Ερρίκος Μπέλιες. Εκδόσεις Ηριδανός 2006.
10. Μολιέρος «Μισάνθρωπος». Μετάφραση Ι. Ισιδώρου – Σκυλίτση. Εκδόσεις Δαμιανός.
11. Μολιέρος «Κατά φαντασία ασθενής». Μετάφραση Δημ. Χαριτουλάρης. Εκδόσεις Δωδώνη 1993.
12. Ζαν Σταρομπίνσκι. Ο Μολιέρος και οι ιατροί. Περιοδικό CIBA 1965.
13. Δημήτριος Λιπουρλής. Ιπποκράτης περί αέρων, υδάτων, τόπων – περί χυμών. Εκδόσεις Ζήτρος 2000.
14. Ιωάννης Λασκαράτος. Ιστορία της Ιατρικής. Εκδόσεις Πασχαλίδη 2003

Καλλιτεχνικά και άλλα

Η Όπερα του Όσλο

γράφει η Νάγια Μπομπότση



Με την ευκαιρία των πρόσφατων εγκαινίων του νέου Μουσείου της Ακρόπολης, μιας αρχιτεκτονικής πρόκλησης, ας γνωρίσουμε ένα ακόμη επίτευγμα της αρχιτεκτονικής την Εθνική Όπερα του Όσλο. Χτίστηκε στη χερσόνησο Bjørnøya στο λιμάνι, η πρώτη κτιριακή παρέμβαση σε μια περιοχή που πρόκειται να αναβαθμιστεί. Με την άκρη της κεκλιμένης πέτρινης σκεπής να βυθίζεται στο νερό, ο μεγάλος όγκος του κτιρίου περιορίζεται οπτικά και μοιάζει μ' ένα παγόβουνο που ταξιδεύει στα φιόρδ. Οι κατασκευαστές θεωρούν αυτή τη διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στο κτίριο και το νερό συμβολική πέρα από πραγματική. Είναι το σημείο τομής της Νορβηγίας με τον υπόλοιπο κόσμο, της τέχνης με το κοινό, της στεριάς με τη θάλασσα, ο κυματοθραύστης. Άλλωστε, η δυνατότητα των

επισκεπτών να περιφέρονται πάνω στο κτίριο αποσκοπεί στη δημιουργία αυτής της οικειότητας μέσα στα πλαίσια ενός διαδραστικού χώρου. Στην παρουσίαση της Εθνικής Όπερας στο διαγωνισμό, οι αρχιτέκτονες ήθελαν κεκλιμένες κι οριζόντιες επιφάνειες που να προσφέρουν έκταση στην επιφάνεια κι όχι ύψος και να απλώνονται σαν χαλί. Το εγχείρημα πέτυχε εξωτερικά, ενώ εσωτερικά ο οργανισμός του κτιρίου, ευέλικτος και καλοσχεδιασμένος, επενδυμένος με ξύλο κατά τα πρότυπα των πλωτών νορβηγικών σπιτιών, προσφέρει ό,τι το καλύτερο λειτουργικά. Οι Snohetta, το νορβηγικό αρχιτεκτονικό γραφείο, παρέδωσαν το δημιούργημά τους μόλις το 2007 κι έχουν ήδη σαρώσει διεθνή βραβεία και διακρίσεις. Ανάμεσα στις γνωστές δημιουργίες τους είναι η Βιβλιοθήκη της Αλεξάνδρειας (2002) και το Memorial Museum στο Ground Zero της Νέας Υόρκης αφιερωμένο στην 11η Σεπτεμβρίου. Η κριτική επιτροπή του βραβείου Mies Van Der Rohe (διετές βραβείο μεγάλης σημασίας για τους αρχιτέκτονες) κατά την ανακοίνωση της απονομής σχολίασε ότι πρόκειται για κάτι παραπάνω από ένα κτίριο, ένα δώρο στην πόλη, ένα έμβλημα της αναγέννησης της περιοχής, έναν καταλύτη ενέργειας για το Όσλο. ■

