

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) • Απρίλιος - Μάιος - Ιούνιος 2011 • τεύχος
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

20

Νέα & Επίκαιρα

Χρόνια Παγκρεατίτιδα

Η σημασία των role models στη
δημιουργία καλών ιατρών

«Το Ρεμπέτικο» μέσα από τα
μάτια ενός Γάλλου

Στην υγείά μας

MSW

Όξινο Γαστρικό Περιβάλλον;

Αποδράστε

Zurcazol®
pantoprazole
40mg

NYCOMED

Λ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ 196 - 152 31, ΧΑΛΑΝΔΡΙ, ΤΗΛ: 210 6729570, FAX: 210 6729571
Λ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗ 60 - 546 62 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ, ΤΗΛ.: 2310 870480
[http:// www.nycomed.gr](http://www.nycomed.gr), e-mail: info@nycomed.gr

Άρθρο Σύνταξης



Καλοκαίρι στην Ελλάδα. Διακοπές, ξεκούραση, απέραντη γαλάζια θάλασσα.

Μήπως είναι καιρός να ξεκουραστούμε όλοι; Μήπως ήρθε η ώρα να σταματήσουμε να γκρινιάζουμε, να σταματήσουμε για λίγο να προβληματιζόμαστε για το αύριο; Ναι, η χώρα είναι σε κρίση, βαθιά κρίση που μοιάζει ότι θα χειροτερεύσει. Ελπίδα δεν υπάρχει στον ορίζοντα. Οι πολιτικοί ηγέτες δεν φαίνεται να επαρκούν. Ή δεν κάνουν τίποτε ή κάνουν λάθη. Συνήθως αποφασίζουν αυταρχικά, βιαστικά, με γνωμοδότηση κάποιων κομματικών προσώπων, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τις πραγματικές ανάγκες και τις προτάσεις των άμεσα εμπλεκόμενων φορέων. Το περιβάλλον άσκησης της ιατρικής και της γαστρεντερολογίας στη χώρα μας αλλάζει. Και τις αλλαγές οφείλουμε (αυτό έχει δείξει η εμπειρία) να τις αντιμετωπίζουμε με επιφύλαξη.

Καλοκαίρι στον ευλογημένο αυτό τόπο που τυχαίνει να ζούμε οι Έλληνες.

Το προσχέδιο νόμου για την αλλαγή ρόλου των επιστημονικών εταιρειών, τις αλλαγές στην εκπαίδευση, στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και στα γνωστικά αντικείμενα δεν πρέπει να μας απελπίζουν. Ίσως να είναι και για καλό. Ονοματολογία, κωδικοποίηση ιατρικών πράξεων, αναμενόμενη τιμολόγηση, πολλαπλές εκκρεμότητες που μπορεί και να επιλυθούν ευνοϊκά. Στέρηση του δικαιώματος συνταγογράφησης και αναγραφής ιατρικών πράξεων από μη συμβεβλημένους ιατρούς σε ασφαλισμένους του ΟΠΑΔ. Ένας ταπεινός τρόπος που έχει επιλεγεί για να δαλεάσει τους ιατρούς να κάνουν συμβάσεις και να αμείβονται με τιμές που ακόμη δεν έχουν οριστικά καθορισθεί, εάν και όποτε το κράτος αποφασίσει ότι μπορεί να διαθέσει χρήματα.

Καλοκαίρι στην Ελλάδα, καιρός για ελπίδα.

Ας ξεκουραστούμε όλοι. Ας απολαύσουμε το δώρο της ζωής, την υγεία μας. Ας δούμε τις προοπτικές της χώρας αισιόδοξα. Ακόμη και αν περάσουν κάμποσα χρόνια, κάποτε η οικονομία μας θα συνέλθει. Και εμείς θα είμαστε σοφότεροι και ανθεκτικότεροι. Ας ξεκουραστούμε και από το φθινόπωρο συσπειρωμένη η γαστρεντερολογική κοινότητα γύρω από την επιστημονική εταιρεία και την επαγγελματική ένωση θα διεκδικήσουμε όσα μας αναλογούν.

Καλό καλοκαίρι!

Απόστολος Νταϊλιάνας



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	06
ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ	10
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	12
Χρόνια Παγκρεατίτιδα: Σπάνια νόσος ή σπάνια διάγνωση;	
ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΙΑΤΕ;	16
Βιβλιογραφική ενημέρωση	



Περιεχόμενα

ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	20
Διάγνωση νόσου σε 18χρονη ασθενή 123 χρόνια μετά το θάνατό της	
ΕΙΔΩΣΚΟΠΗΣΕΙΣ	24
ΑΝΘΡΩΠΙΣΜΟΣ & ΙΑΤΡΙΚΗ	30
Οι γιατροί της ειρήνης στις φλόγες της Λιβύης	
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ & ΑΛΛΑ	32
«Το Ρεμπέτικο» μέσα από τα μάτια ενός Γάλλου	
ΤΟ ΕΙΔΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ	34

Ταυτότητα

Ιδιοκτήτης:
Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων
(ΕΠ.Ε.Γ.Ε)

Εκδότης & Υπεύθυνος παρά τω νόμω:
Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Νταϊλιάνας
Απόστολος

Έδρα:
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα
Τηλ.: 210 6727531-3
Fax: 210 6727535
Website: www.epege.gr
e-mail: contact@epege.gr

Διευθυντής σύνταξης:
Μάθου Νικολέττα

Συντακτική Επιτροπή:
Γιαννακόπουλος Αθανάσιος
Γούλας Σπύρος
Ζωγράφος Κωνσταντίνος
Καραβίτης Παναγιώτης
Κογεβίνας Αντώνης
Κουβαράς Στέργιος
Μπομπόση Νάγια
Μπουζάκης Ηλίας
Νικολόπουλος Αντώνης
Σκλάβος Παντελής

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:
Πρόεδρος: Νταϊλιάνας Απόστολος
Αντιπρόεδρος: Κασσιπίδης Παναγιώτης
Γεν. Γραμματέας: Μπομπόση Νάγια
Ειδ. Γραμματέας: Ψιλόπουλος Δημήτρης
Ταμίας: Χρηστίδου Αγγελική

Μέλη: Αρμόνης Α., Οικονόμου Μ.
Γραμματεία: Γεναδοπούλου Μαρία

Διευθυντής Δημιουργικού:
Σκούρας Μίλτος

Δημιουργική Επιμέλεια:
Ιωάννα Βαρδαξόγλου

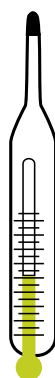
Εικονογραφισή Εξωφύλλου:
Μ.Σ.

Υπεύθυνος Διαφήμισης:
Σκούρας Μίλτος

Απαγορεύεται ρητά η αναδημοσίευση, η αναπαραγωγή, η αντιγραφή και γενικότερα η μετάδοση με οποιοδήποτε τρόπο ή μέσο, μέρους ή ολόκληρης της ύλης του περιοδικού, καθώς επίσης και των κατηγοριοποιήσεων και των τίτλων τους, χωρίς την έγγραφη άδεια του εκδότη.

Το περιεχόμενο του κάθε άρθρου εκφράζει την άποψη του συγγραφέα, η οποία δεν είναι υποχρεωτικά αποδεκτή από τη συντακτική επιτροπή.

Ταυτότητα



Προσχέδιο νόμου ΚΕΣΥ

Το ΚΕΣΥ, για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας, επεξεργάστηκε ένα προσχέδιο νόμου σχετικά με την εκπαίδευση και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών στην Ελλάδα, τα γνωστικά αντικείμενα των ειδικοτήτων και την αλλαγή του ρόλου των επιστημονικών εταιριών κάθε ειδικότητας. Σύμφωνα με αυτό την εκπαίδευση αναλαμβάνει η επιστημονική εταιρεία κάθε ειδικότητας που θα αποτελεί πλέον νομικό πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου.

Οι αρμοδιότητες αυτής της εταιρείας εκτείνονται μεταξύ άλλων, στη χορήγηση του τίτλου της ειδικότητας, στον καθορισμό κατευθυντηρίων οδηγιών, τη διάρθρωση του υγειονομικού χάρτη, τον προσδιορισμό των αναγκών της χώρας σε ειδικούς κτλ. Επέρχονται ριζικές αλλαγές στον τρόπο έναρξης της ειδικότητας που θα γίνεται πλέον με εξετάσεις και όχι λίστα αναμονής.

Η λήψη της ειδικότητας θα γίνεται σε εκπαιδευτικά κέντρα, που θα αποτελούνται από εκπαιδευτικές μονάδες, ο ειδικευόμενος δηλαδή θα αλλάζει κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής του σε κάποια νοσοκομεία της περιφέρειας που έχει τοποθετηθεί. Θεσμοθετείται η υποχρεωτική συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ορίζονται συγκεκριμένα μόρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης που θα πρέπει να συγκεντρώνει κάθε ειδικευμένος ιατρός.

Το προσχέδιο νόμου συζητήθηκε αναλυτικά σε συνεδρίαση του ΔΣ της ΕΠΕΓΕ. Οι περισσότερες από τις αλλαγές που προτείνονται κινούνται λιγότερο ή περισσότερο προς τη σωστή κατεύθυνση, όμως υπάρχουν ασάφειες και είναι άγνωστο πώς θα επηρεάσουν τη λειτουργία της ήδη υπάρχουσας επιστημονικής εταιρείας (ΕΓΕ) αλλά και της ΕΠΕΓΕ.

Αυτό που έχει καταρχήν ειδικό και αποκλειστικό ενδιαφέρον για την ΕΠΕΓΕ και τους γαστρεντερολόγους είναι το γνωστικό αντικείμενο, όπως τονίστηκε και σε επιστολή της ΕΠΕΓΕ προς την ΕΓΕ. Προτάθηκαν διορθώσεις και προσθήκες στο κείμενο του γνωστικού αντικείμενου της γαστρεντερολογίας και συστάθηκε επαγρύπνηση για αλλαγές της τελευταίας στιγμής στο γνωστικό αντικείμενο άλλων ειδικοτήτων, όπως των χειρουργών.

Από την ΕΓΕ συγκλήθηκε συνάντηση με όλα τα μέλη του ΔΣ, προηγούμενους προέδρους και τον πρόεδρο της ΕΠΕΓΕ και αποφασίστηκε ότι η υπάρχουσα εταιρεία θα πρέπει να διατηρηθεί παράλληλα ως έχει, για όσο αυτό είναι δυνατό. Σε αντίθετη περίπτωση θα συγκληθεί γενική συνέλευση.

Ονοματολογία- κωδικοποίηση ιατρικών πράξεων

Το ΚΕΣΥ, ολοκληρώνοντας την ονοματολογία και κωδικοποίηση όλων των ιατρικών πράξεων, προσέθεσε στους γαστρεντερολόγους και την ειδικότητα των χειρουργών ως αρμόδιους για την εκτέλεση ενδοσκοπήσεων πεπτικού. Κινητοποιήθηκαν ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ και από κοινού έστειλαν εξώδικο στον πρόεδρο της επιτροπής ονοματολογίας και αντιπρόεδρο του ΚΕΣΥ κ. Δατσέρη. Στη συνέχεια συναντήθηκαν με τον Υπουργό Υγείας κ. Λοβέρδο. ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ ήταν σε επιφυλακή για κλιμάκωση των αντιδράσεων. Στην τελική μορφή όμως του πίνακα των ιατρικών πράξεων, που μόλις στάλθηκε από το ΚΕΣΥ στον Υπουργό, αφαιρέθηκε (όπως εξ αρχής θα έπρεπε να είναι) η στήλη με τις αρμόδιες για την εκτέλεση κάθε ιατρικής πράξης ειδικότητας.



Αναγραφή εξετάσεων και συνταγογράφηση από μη συμβεβλημένους με τον ΟΠΑΔ ιατρούς

Στάλθηκε πρόσφατα από τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών απόσπασμα του ΦΕΚ 478/Β/29-03-2011 στο οποίο αναφέρεται ότι στο τέλος του έκτου εδαφίου του άρθρου 2 του κανονισμού προστίθενται εδάφια που έχουν ως ακολούθως: «Οι υπηρεσίες Υγείας, που παρασχέθηκαν ή παρέχονται στους ασφαλισμένους του ΟΠΑΔ από κατηγορίες προμηθευτών υγείας με τους οποίους ο οργανισμός δεν έχει συνάψει σύμβαση, διενεργούνται και συνεχίζουν να αποζημιώνονται με τη ίδια διαδικασία που ίσχυε πριν τη δημοσίευση της κοινής υπουργικής απόφασης αρ. υ9/137380/10-2-11 και μέχρι την υπογραφή των σχετικών συμβάσεων».

Η λογική ερμηνεία της παραγράφου αυτής είναι ότι οι μη συμβεβλημένοι με τον ΟΠΑΔ ιατροί μπορούν να αναγράφουν εξετάσεις στα βιβλιάρια των ασθενών του ΟΠΑΔ και σε περίπτωση που διενεργούν οι ίδιοι τις εξετάσεις (π.χ. ενδοσκοπήσεις) οι ασθενείς μπορούν να αποζημιώνονται με την απόδειξη του ιατρού τους. Σε επικοινωνία όμως με τη νομική σύμβουλο της ΕΠΕΓΕ πληροφορηθήκαμε ότι τελικά ο ΟΠΑΔ έδωσε την ερμηνεία ότι η παράγραφος αυτή δεν ισχύει και αναφέρεται σε συγκεκριμένες υποκατηγορίες ασθενών.

Οι μη συμβεβλημένοι ιατροί εξακολουθούν να μη μπορούν να συνταγογραφήσουν ή να αναγράφουν εξετάσεις στους ασφαλισμένους του ΟΠΑΔ. Αυτό αποτελεί εκβιασμό για σύναψη συμβάσεων με έναν οργανισμό που δεν πληρώνει τους συμβεβλημένους ιατρούς. Εν όψει των νέων τιμών ενδοσκοπήσεων που ακόμα δεν έχουν υπογραφεί οριστικά, η Επαγγελματική Ένωση πιστεύει ότι δεν πρέπει να υποκύψουμε σε τέτοιου είδους εκβιασμούς.

Ομάδα έρευνας αγοράς

Πολλά μέλη της ΕΠΕΓΕ και κυρίως συνάδελφοι από την επαρχία έχουν εκφράσει κατά καιρούς την επιθυμία να προμηθεύονται αναλώσιμα υλικά σε οικονομικότερες τιμές. Πρόσφατα από τη στήλη εξωσκοπήσεις αυτού του περιοδικού, ο κ. Α. Κογεβίνας πρότεινε στην ΕΠΕΓΕ να δημιουργήσει ένα συνεταιρισμό με το σκοπό αυτό. Το θέμα συζητήθηκε στην τελευταία συνεδρίαση του ΔΣ της ΕΠΕΓΕ με στόχο την υλοποίηση της πρότασης αυτής. Προηγήθηκε συνάντηση με τη νομική σύμβουλο, προκειμένου να μελετηθεί ο καταλληλότερος τρόπος υλοποίησης της ιδέας. Η δημιουργία συνεταιρισμού δεν είναι εφικτό για την ΕΠΕΓΕ να υποστηριχθεί νομικά, οικονομικά και από πλευράς στελέχωσης. Η ιστοσελίδα όμως μπορεί να αποτελέσει το μέσο προώθησης μιας τέτοιας κίνησης. Συνάδελφοι που κάνουν «έξυπνες» επιλογές αγοράζοντας αναλώσιμα σε χαμηλές τιμές μέσω διαδικτύου από το εξωτερικό ή από συνεταιρισμούς ή με οποιοδήποτε άλλο τρόπο, καλούνται να επικοινωνήσουν με την ΕΠΕΓΕ. Η βοήθεια όλων είναι απαραίτητη για να δημιουργηθεί μια ομάδα έρευνας της αγοράς. Εφόσον ξεκινήσει η αναγραφή στην ιστοσελίδα της Ένωσης κάποιων οικονομικών προτάσεων, προσβλέπουμε να προσφερθούν καλύτερες τιμές και από κάποιες εταιρίες για μαζική κατανάλωση.



Νέα & Επίκαιρα

Σωτήρης Γεωργόπουλος
Εκπρόσωπος της ΕΠΕΓΕ στο ΕΒΓΗ

Εαρινή σύνοδος του ευρωπαϊκού συμβουλίου γαστρεντερολογίας (ΕΒΓΗ)

Ζυρίχη, 27-28 Μαΐου 2011

Η εαρινή σύνοδος του ΕΒΓΗ είχε σαν κύριο αντικείμενο την τελική επεξεργασία του περιεχομένου της νέας έκδοσης της Γαλάζιας Βίβλου (Blue Book) και ιδιαίτερα του τμήματος εκείνου που αφορά στο γνωστικό αντικείμενο της κύριας ειδικότητας (core curriculum) και τις προϋποθέσεις απόκτησης και αξιολόγησης της επάρκειας (competence) στην άσκηση της ειδικότητας. Μάλιστα, προτάθηκε από το Βρετανό εκπρόσωπο καθηγητή Chuka Nwokolo η θεσμοθέτηση συστήματος εξετάσεων πολλαπλής επιλογής (Knowledge Based Assessment) ως προϋπόθεση για την απάντηση του προοπτικού (prospective) Ευρωπαϊκού διπλώματος Γαστρεντερολογίας. Το τελικό κείμενο της Γαλάζιας Βίβλου θα αναρτηθεί στην ιστοσελίδα του ΕΒΓΗ και είναι προφανές ότι θα πρέπει να αποτελέσει οδηγό των προτάσεων της επιστημονικής και επαγγελματικής μας εταιρείας (ΕΓΕ και ΕΠΕΓΕ) προς το Υπουργείο Υγείας για το περιεχόμενο και τον τρόπο εκπαίδευσης στην ειδικότητα. Σε εξέλιξη βρίσκεται, επίσης, η συλλογή στοιχείων από την επιτροπή ανθρωπίνου δυναμικού και δημοσίων σχέσεων (MPA Committee) για την πλήρη καταγραφή του δυναμικού των ειδικευόμενων και ειδικευμένων γαστρεντερολόγων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και την σχετική αναλογία με το γενικό πληθυσμό σε κάθε χώρα. Τα αντίστοιχα δεδομένα από τον ελληνικό χώρο έχουν ως γνωστόν καταγραφεί από την ΕΠΕΓΕ και εστάλησαν στην αρμόδια επιτροπή από τους Έλληνες αντιπροσώπους. Σημαντικό έργο έχει παραχθεί το τελευταίο εξάμηνο και από την επιτροπή εκπαίδευσης και αναγνώρισης (TRC) στην οποία οφείλεται η αναβάθμιση της ιστοσελίδας του ΕΒΓΗ και η δυνατότητα συμπλήρωσης των αιτήσεων για την απόκτηση του Ευρωπαϊκού διπλώματος ηλεκτρονικά. Η πρόεδρος καθ.Nurhan Tozun απένειμε εύσημα στον Έλληνα αντιπρόσωπο στην επιτροπή γιατί το τελευταίο 6/μηνο επί συνόλου 252 αιτήσεων για το αναδρομικό (retrospective) Ευρωπαϊκό δίπλωμα Γαστρεντερολογίας-Ηπατολογίας που εγκρίθηκαν από την TRC οι 103 (~40%) αφορούσαν σε Έλληνες συναδέλφους. Υπενθυμίζω ότι αιτήσεις για την χορήγηση του αναδρομικού διπλώματος θα γίνονται αποδεκτές μέχρι 31 Δεκεμβρίου 2011 χωρίς άλλη παράταση της καταληκτικής ημερομηνίας. Πρέπει να σημειωθεί ότι στις εργασίες της εαρινής συνόδου του ΕΒΓΗ συμμετείχε ενεργά, ως εκπρόσωπος της UEMS, ο γενικός γραμματέας της Bernard Maillet (Βέλγιο) ο οποίος επιβεβαίωσε σε κάθε περίπτωση την θεσμική αυτοτέλεια του ΕΒΓΗ ως προς την παροχή πιστοποίησης για την εκπαίδευση και την άσκηση ειδικότητας σε ευρωπαϊκό επίπεδο αλλά επίσης τη λειτουργική σχέση με την UEMS και την κάλυψη που παρέχει αυτή για την προώθηση των στόχων του ΕΒΓΗ σε κεντρικό ευρωπαϊκό επίπεδο.

Σε παρέμβαση του Έλληνα εκπροσώπου προς τον γ.γ. της UEMS και τον πρόεδρο του ΕΒΓΗ (Luke O'Donnell) για το νομικό καθεστώς που διέπει τις επιστημονικές και επαγγελματικές ενώσεις στις Ευρωπαϊκές χώρες, απάντησαν ότι αυτές διέπονται από καθεστώς πλήρους αυτοτέλειας από τα αντίστοιχα Υπουργεία Υγείας παρόλο που σε πολλές περιπτώσεις ο ρόλος τους είναι καθοριστικός στη λήψη αποφάσεων που διαμορφώνουν την πολιτική υγείας στις αντίστοιχες ειδικότητες. Ευελπιστούμε ότι μέχρι την φθινοπωρινή σύνοδο του ΕΒΓΗ στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Εβδομάδας Γαστρεντερολογίας, στην Στοκχόλμη, θα έχει ολοκληρωθεί ένα μεγάλο βήμα για την ενοποίηση και ομογενοποίηση της εκπαίδευσης, αξιολόγησης και τρόπου άσκησης της Γαστρεντερολογίας-Ηπατολογίας στις χώρες της ΕΕ που αποτελούν και τους μακροπρόθεσμους στόχους του ΕΒΓΗ.

JUST



Το εκλεκτικό αντιβιοτικό για το γαστρεντερικό σύστημα.



Lormyx®

Rifaximin 200mg



FARAN LABORATORIES s.a.

FARAN A.B.E.E. ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ & ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ, ΕΔΡΑ: Αχαΐας & Τροιζηνίας, Τ.Κ. 145 64, Ν. ΚΗΦΙΣΙΑ, ΑΘΗΝΑ, Τηλ.: 210 6269200, Fax: 210 8071688, ΓΡΑΦΕΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ: 9ο χλμ. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ-ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ, Τ.Κ. 570 01 ΠΥΛΑΙΑ, Τηλ.: 2310 818064, Fax: 2310 823695, e-mail: faran@faran.gr, www.faran.gr



Τιμητική Βράβευση στον Ιωάννη Δανιηλίδη

Με το βραβείο "Distinguished Clinician Award-κατηγορία ιδιωτικής άσκησης" για το 2011 τιμήθηκε ο Γαστρεντερολόγος κ. Ιωάννης Δανιηλίδης, από την Αμερικανική Γαστρεντερολογική Εταιρεία, μετά από απόφαση της ειδικής επιτροπής κρίσεων.

Πρόκειται για καθιερωμένη βράβευση, η οποία κάθε χρόνο τιμά ένα μέλος της Εταιρείας αυτής με «εξέχουσα συνεισφορά» και με «την ικανότητα να συνδυάζει την τέχνη της Ιατρικής και τις δεξιότη-

τες που πηγάζουν από το απόθεμα επιστημονικής γνώσης, για την υπηρεσία του ασθενούς».

Το μεγάλο κύρους αυτό βραβείο απονέμεται για πρώτη φορά σε μέλος της Αμερικανικής Εταιρείας εκτός ΗΠΑ. Η τελετή απονομής έλαβε χώρα στις 9 Μαΐου 2011, κατά τη διάρκεια του ετήσιου επιστημονικού συνεδρίου της Αμερικανικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας στο Σικάγο.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ
9^η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ



ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΙΚΗ ΝΟΣΟΣ
Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ
ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ 23-24 Σεπτεμβρίου 2011



24-25 Σεπτεμβρίου 2011

Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani-Caravel Αίθουσα Horizon

Γραμματεία:

ΚΕΓΜ ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΕΣ & ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ Α.Ε.
CONGRESS WORLD - Μ. ΠΑΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ

Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 ΑΘΗΝΑ • Τ 210-72 100 52, 210-72 10 001 • Φ 210-72 100 51 • www.congressworld.gr • info@congressworld.gr



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ
Σπάνια νόσος ή σπάνια διάγνωση;
Νικολέττα Μάθου



Χρόνια παγκρεατίτιδα είναι η φλεγμονώδης διεργασία που οδηγεί σε προοδευτική και μη αναστρέψιμη βλάβη της εξωκρινούς και της ενδοκρινούς μοίρας του παγκρέατος κι αντικατάσταση του παγκρεατικού ιστού με ινώδη ιστό, με αποτέλεσμα μορφολογικές και λειτουργικές αλλοιώσεις του οργάνου, καθώς και τυπική κλινική συμπτωματολογία.

Η διάγνωση της χρόνιας παγκρεατίτιδας τίθεται σε πολλές περιπτώσεις με δυσκολία μια και η νόσος παρουσιάζει συχνά μεγάλη, λανθάνουσα ασυμπτωματική περίοδο, τα συμπτώματα της νόσου δεν είναι ειδικά, η διαγνωστική ακρίβεια του εργαστηριακού ελέγχου είναι περιορισμένη κυρίως σε ήπια έως μέτριας βαρύτητας νόσο, η πρόσβαση σε εξειδικευμένες διαγνωστικές δοκιμασίες δεν είναι ευρέως εφικτή και δεν υπάρχει ακόμη αξιόπιστο και καθολικά αποδεκτό σύστημα ταξινόμησης της νόσου.

Στάδια εξέλιξης της χρόνιας παγκρεατίτιδας

Η κλινική συμπτωματολογία επηρεάζεται από το στάδιο της νόσου και τις μορφολογικές αλλοιώσεις που το συνοδεύουν, ανάλογα πάντα με την αιτιολογία. Στα αρχικά στάδια μπορεί να υπάρχουν ήπια συμπτώματα, πολλές φορές του τύπου της δυσπεψίας, ή καθόλου συμπτώματα. Αντίθετα, στην προχωρημένη νόσο που οι βλάβες έχουν πλήρως εγκατασταθεί τα συμπτώματα αναγνωρίζονται εύκολα. Περιγράφονται σχηματικά λοιπόν τέσσερις διαφορετικοί περίοδοι εξέλιξης της χρόνιας παγκρεατίτιδας:

1. Η λανθάνουσα ή υποκλινική περίοδος

(διάρκεια 1-20 έτη). Κατά την διάρκεια της περιόδου αυτής η αξονική τομογραφία και το υπερηχογράφημα είναι συνήθως φυσιολογικά, στην ERCP ο κύριος παγκρεατικός πόρος είναι φυσιολογικός εντούτοις μπορεί να παρατηρηθούν αλλοιώσεις σε < 3 παράπλευρους κλάδους, ενώ οι λειτουργικές παγκρεατικές δοκιμασίες είναι επίσης φυσιολογικές.

2. Η δεύτερη ή πρώιμη περίοδος

(διάρκεια 5-6 έτη). Εμφανίζεται πόνος και φλεγμονώδεις επιπλοκές όπως ψευδοκύστεις, στενώσεις των χοληφόρων, θρόμβωση της σπληνικής φλέβας. Ο απεικονιστικός έλεγχος είναι συνήθως παθολογικός, ενώ οι λειτουργικές δοκιμασίες είναι φυσιολογικές ή ενδεικτικές ήπιας παγκρεατικής ανεπάρκειας.

3. Η όσιμη περίοδος ή περίοδος της εξωκρινούς παγκρεατικής ανεπάρκειας.

Εμφανίζεται περίπου 8 έτη μετά από την εμφάνιση των αρχικών συμπτωμάτων. Ο πόνος επιμένει ενώ παρουσιάζεται κλινικά στεατόρροια. Χειρουργικές επεμβάσεις απαιτούνται συχνά για ανακούφιση από τον πόνο.

4. Η προχωρημένη ή ανώδυνη περίοδος. Ο πόνος υποχωρεί αυτόματα ή μετά από χειρουργική παρέμβαση, παρατηρείται σημαντική ανεπάρκεια της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος και συνήθως εμφανίζεται σακχαρώδης διαβήτης.

Συμπτώματα χρόνιας παγκρεατίτιδας

Η κλινική εικόνα της χρόνιας παγκρεατίτιδας χαρακτηρίζεται από κοιλιακό άλγος, συμπτώματα επιπλοκών από το πάγκρεας και τα γειτονικά όργανα, εξωκρινή και ενδοκρινή παγκρεατική ανεπάρκεια. Ο πόνος που είναι το πιο συχνό σύμπτωμα, εμφανίζεται στο επιγάστριο, αριστερό υποχόνδριο, αντανakλά γύρω από την κοιλιά ή εντοπίζεται στην πλάτη. Μπορεί να είναι ήπιας, μέτριας ή σοβαρής έντασης, να συσχετίζεται ή να μην συσχετίζεται με τα γεύματα. Ο συσχετισμός επίσης του πόνου με την λήψη αλκοόλης είναι ασαφής. Με την εξέλιξη της νόσου σε ολική παγκρεατική ανεπάρκεια το άλγος αναμένεται να μειωθεί σε σημαντικό ποσοστό ασθενών.

Ο πόνος στην χρόνια παγκρεατίτιδα δεν είναι αποτέλεσμα μόνο της φλεγμονής του αδένου, αλλά και των επιπλοκών της νόσου, όπως είναι η στένωση του 12δακτύλου (20%), του χοληδόχου πόρου (10-46%), του εντέρου (14%), η παρουσία ψευδοκύστεων (25%), πεπτικού έλκους (6-38%), κτλ. Δυσκολία παρουσιάζει επίσης η διάγνωση της ανώδυνης χρόνιας παγκρεατίτιδας που παρατηρείται σε ποσοστό μέχρι 7%, μια και σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί ο ασθενής να εμφανιστεί μόνο με στεατόρροια ή με σακχαρώδη διαβήτη.

Για να εμφανιστεί στεατόρροια, δυσαπορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών και κλινικός σακχαρώδης διαβήτης πρέπει να έχει καταστραφεί το 90% περίπου της παγκρεατικής μάζας. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ινσουλινοεξαρτώμενος, συνοδεύεται συχνά με επεισόδια υπογλυκαιμίας, σπανιότερα με νευροπάθεια και αμφιβλοπρωειδοπάθεια, ενώ σπάνια εμφανίζεται κετο-οξέωση και νεφροπάθεια.

Η απώλεια σωματικού βάρους επίσης είναι σύνθηος σύμπτωμα της χρόνιας παγκρεατίτιδας και έτσι κάθε ασθενής με ανεξήγητη απώλεια βάρους θα πρέπει να ελέγχεται με υπερηχογράφημα παγκρέατος και ανάλυση κοπράνων για παρουσία λίπους.

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ
Σπάνια νόσος ή σπάνια διάγνωση;



Προβλήματα διαγνωστικής προσπέλασης

Η **παγκρεατική βιοψία** αποτελεί την πλέον αξιόπιστη μέθοδο (gold standard) διάγνωσης της χρόνιας παγκρεατίτιδας. Οι ιστολογικές αλλοιώσεις περιλαμβάνουν ινωτικές και φλεγμονώδεις βλάβες με συνήθως ανώμαλη κατανομή, και προοδευτική απώλεια των κυττάρων των αδενοκυψελών και των νησιδίων. Ωστόσο είναι γνωστό ότι συχνά οι βλάβες στη χρόνια παγκρεατίτιδα έχουν διάσπαρτη κατανομή ή ότι ο παγκρεατικός ιστός είναι ιδιαίτερα σκληρός ώστε το εξετασθέν δείγμα να μην είναι αντιπροσωπευτικό των αλλοιώσεων, ούτε επαρκές για σαφή διάγνωση. Επίσης εγείρονται ηθικά ζητήματα αφού δεν είναι εύκολο να δικαιολογηθεί μια επεμβατική εξέταση, δύσκολη τεχνικά, με αναφερόμενες επιπλοκές, σε ουσιαστικά ασυμπτωματικούς ασθενείς.

Η διάγνωση της χρόνιας παγκρεατίτιδας γίνεται είτε μόνο με ιστολογικά και απεικονιστικά κριτήρια είτε με συνδυασμό απεικονιστικών, λειτουργικών και κλινικών ευρημάτων. Σχετικά με τις **απεικονιστικές** και **λειτουργικές** εξετάσεις είναι σημαντικό για τον κλινικό ιατρό να γνωρίζει το κόστος-αποτελεσματικότητα της κάθε μεθόδου καθώς και την διαθεσιμότητά τους. Η αξονική τομογραφία χρησιμοποιείται σαν απεικονιστική μέθοδος πρώτης γραμμής για την διάγνωση της μέτριας και σοβαρής χρόνιας παγκρεατίτιδας, επειδή διαθέτει ικανοποιητική ευαισθησία, είναι μη επεμβατική και εύκολα διαθέσιμη. Μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει επίσης καλός συσχετισμός μεταξύ των ευρημάτων της αξονικής τομογραφίας και της ιστολογικής εξέτασης. Η ενδοσκοπική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP) (ευαισθησία 68-93%, ειδικότητα 89-97%) διαθέτει επίσης ικανοποιητική διαγνωστική ακρίβεια στη μέτριας και σοβαρής βαρύτητας νόσο, εντούτοις είναι επεμβατική μέθοδος με σπάνιες αλλά σοβαρές επιπλοκές. Η μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP) με διακριτική ικανότητα που προσεγγίζει το 1mm, είναι μη

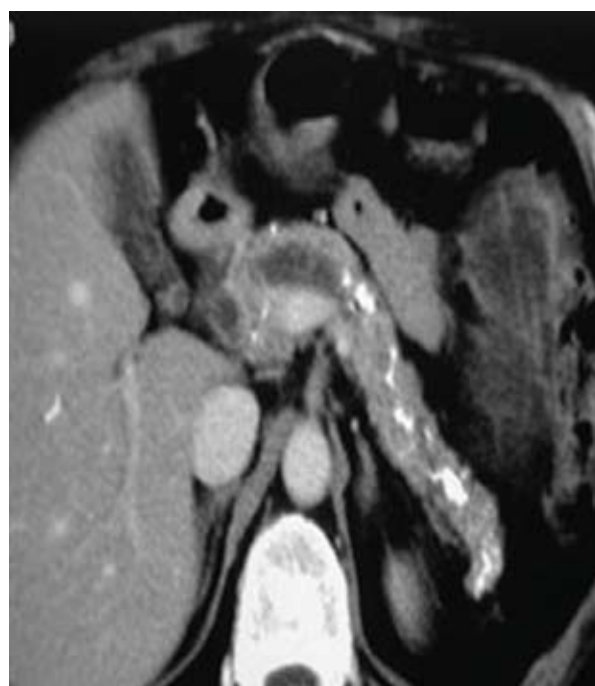
επεμβατική μέθοδος που παρέχει την δυνατότητα εικόνων υψηλής ευκρίνειας και τα ευρήματά της μπορεί να συνδυαστούν με τα ευρήματα της αξονικής τομογραφίας για το παγκρεατικό παρέγχυμα και της ERCP για τον παγκρεατικό πόρο. Εντούτοις, ήπιες αλλοιώσεις σε παράπλευρους κλάδους δεν είναι ευκρινείς, ενώ δε διαθέτει επίσης και τις θεραπευτικές δυνατότητες της ERCP. Το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα παίζει σημαντικό ρόλο στη διάγνωση της χρόνιας παγκρεατίτιδας, λόγω της υψηλής του ευαισθησίας και της δυνατότητάς του να συνδυασθεί με την λήψη παγκρεατικής βιοψίας. Εντούτοις μειονέκτημά του παραμένει πάντα η υποκειμενικότητα του εξεταστή.

Γενικότερα, στην απεικόνιση των αλλοιώσεων της χρόνιας παγκρεατίτιδας τα ευρήματα που αξιολογούνται δεν είναι πάντα αξιόπιστα. Έτσι οι παγκρεατικές αβεστώσεις για παράδειγμα, που μπορούν να διαγνωστούν με όλες τις απεικονιστικές μεθόδους και η παρουσία τους βοηθά στην επιβεβαίωση της νόσου, μπορεί να εμφανιστούν σε αρχικά ή σε τελικά στάδια της νόσου ή να εξαφανιστούν κατά την διάρκειά της. Η παρουσία τους επίσης δε δηλώνει σοβαρή ανεπάρκεια της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος που απαιτεί ενζυμική θεραπεία υποκατάστασης.

Η εξωκρινής παγκρεατική ανεπάρκεια παρατηρείται σε όλες τις περιπτώσεις χρόνιας παγκρεατίτιδας, ωστόσο η χρόνια παγκρεατίτιδα δεν είναι η μόνη αιτία εξωκρινούς παγκρεατικής ανεπάρκειας. Από τις λειτουργικές μεθόδους η δοκιμασία σεκρετίνης-χολοκυστοκινίνης αποτελεί μέθοδο αναφοράς αλλά είναι επεμβατική και ακριβή εξέταση, δεν υπάρχει ακόμη ομοφωνία για τα τεχνικά και διαγνωστικά της χαρακτηριστικά και δεν είναι ευαίσθητη σε ήπια νόσο. Δύο μη επεμβατικές, λειτουργικές δοκιμασίες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν και σαν screening tests σε ασθενείς με υποψία χρόνιας παγκρεατίτιδας, η ελασάση

κοπράνων και το pancreolauryl test, δεν διαθέτουν ικανοποιητική διαγνωστική ακρίβεια στην ήπια νόσο.

Στους περισσότερους ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα και οι δύο κατηγορίες εξετάσεων (απεικονιστικές και λειτουργικές) είναι παθολογικές. Ωστόσο, στο 10% των ασθενών με φυσιολογικό παγκρεατογράφημα, η δοκιμασία σεκρετίνης-χολοκυστοκινίνης είναι παθολογική, ενώ στα 25%



των ασθενών με απεικονιστικά ευρήματα χρόνιας παγκρεατίτιδας, η δοκιμασία σεκρετίνης είναι φυσιολογική. Επίσης 5% των ασθενών που θα αναπτύξουν στην διάρκεια της παρακολούθησής τους χρόνια παγκρεατίτιδα ή που σε βιοψία παρουσιάζουν ιστολογικές αλλοιώσεις χρόνιας παγκρεατίτιδας, οι απεικονιστικές και οι λειτουργικές εξετάσεις είναι φυσιολογικές.

Αιτιολογία-Διαγνωστικά προβλήματα

Είναι γνωστό ότι στον Δυτικό κόσμο 65-80% των περιπτώσεων χρόνιας παγκρεατίτιδας οφείλονται στο αλκοόλ. Σε αντίθεση με το ήπαρ δεν υπάρχει για το πάγκρεας ουδός τοξικότητας στο αλκοόλ, οι γυναίκες ωστόσο φαίνεται ότι είναι πιο ευαίσθητες σε σχέση με τους άντρες. Μόνο 5-15% των αλκοολικών προσβάλλονται από χρόνια παγκρεατίτιδα, ενώ το 1/3 των ασθενών με αλκοολική χρόνια πα-



γκρεατίτιδα ανέφερε «κοινωνικά αποδεκτή» κατανάλωση. Η νόσος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής του αλκοολικού, ενώ συνήθως προηγείται περίοδος 10-20 ετών κατάχρησης, ακολουθώντας μια ύπουλη πορεία μια και οι περισσότερες διαθέσιμες διαγνωστικές εξετάσεις διαθέτουν χαμηλή ευαισθησία. Η αρχική κλινική ένδειξη είναι μόνο αυτή των συμπτωμάτων της δυσπεψίας και είναι ιδιαίτερα δύσκολο για τον κλινικό ιατρό να σκεφτεί τη νόσο.

Η διάγνωση της χρόνιας ιδιοπαθούς παγκρεατίτιδας (ΧΙΠ) είναι ακόμη δυσκολότερη καθώς περιλαμβάνει ετερογενή ομάδα ασθενών στους οποίους δεν αναγνωρίστηκε κανένας παράγοντας κινδύνου, αλλά ταυτόχρονα και ένα επιπλέον σύνολο από καλά περιγραφέντα πλέον σύνδρομα. Διακρίνεται σε πρώιμης και όψιμης έναρξης χρόνια

παγκρεατίτιδα, με διαφορετική ηλικία έναρξης, κλινική εικόνα και πορεία καθώς και σε τροπική παγκρεατίτιδα. Επίσης στη ΧΙΠ περιλαμβάνεται και μία από τις πιο αντιφατικές οντότητες της παγκρεατολογίας, που αναφέρονται σε ασθενείς με σοβαρό χρόνιο κοιλιακό πόνο που αποδίδεται στο πάγκρεας και που ονομάζεται χρόνια παγκρεατίτιδα με ελάχιστες αλλοιώσεις ή νόσος των «μικρών πόρων». Η πρώιμη μορφή ΧΙΠ παρουσιάζεται νωρίς, έχει πόνο, την ίδια κατανομή στα δύο φύλα, ενώ οι αβεστώσεις, η εξωκρινής και ενδοκρινής παγκρεατική ανεπάρκεια εμφανίζονται καθυστερημένα. Η μορφή των ενηλίκων που εμφανίζεται συνήθως στην δεκαετία των 60, είναι χωρίς πόνο και προσβάλλει κυρίως άνδρες. Η ιδιοπαθής χρόνια παγκρεατίτιδα παρατηρείται στο 10-30% των ασθενών με χρόνια παγκρεατίτιδα. Χαρακτηριστικά στην ΧΙΠ, η εξωκρινής παγκρεατική ανεπάρκεια και οι αβεστώσεις αναπτύσσονται αργότερα συγκριτικά με την χρόνια παγκρεατίτιδα αλκοολικής αιτιολογίας.

Συμπερασματικά, η χρόνια παγκρεατίτιδα είναι μια νόσος με μεγαλύτερη συχνότητα από ότι δηλώνει η συχνότητα διάγνωσής της. Όλες οι διαθέσιμες λειτουργικές και απεικονιστικές εξετάσεις μπορούν να διαγνώσουν τη μέτρια έως σοβαρή νόσο, ενώ πρόκληση αποτελεί η ανεύρεση βιολογικών δεικτών ή μορφολογικών αλλοιώσεων που θα μπορούν να κάνουν διάγνωση σε αρχικά, αναστρέψιμα δυνητικά στάδια, ώστε να είναι εφικτή η πρόληψη της εξέλιξης σε χρόνια παγκρεατίτιδα και παγκρεατικό καρκίνο.



Αυτό το προσέξατε;

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

Colorectal cancer screening with odour material by canine scent detection. H. Sonoda, S. Kohnoe, T. Yamazato, et al. Gut 2011;60:814-819

Η οσφρητική ικανότητα των σκύλων στην ανίχνευση καρκίνου παχέος εντέρου.

Η ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα αποτελεί μέχρι τώρα την πιο οικονομική μη επεμβατική μέθοδο ελέγχου του γενικού πληθυσμού για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Παρόλα αυτά η θετική προγνωστική αξία της παραπάνω μεθόδου δεν ξεπερνά το 10% και η ανάγκη ανάπτυξης μιας νέας εξίσου οικονομικής και μη επεμβατικής μεθόδου αλλά περισσότερο αποτελεσματικής είναι επιτακτική.

Υπάρχουν αρκετές ανέκδοτες αναφορές σχετικά με την οσφρητική ικανότητα των σκύλων και τη διάγνωση καρκίνου δέρματος (μελανώματος), αλλά και καρκίνου ουροδόχου κύστης, πνευμόνων, μαστού και ωοθηκών. Αναφέρονται ποσοστά επιτυχίας για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης που αγγίζουν το 41% και ποσοστά ευαισθησίας και ειδικότητας, για τον καρκίνο των ωοθηκών που φθάνουν το 100% και 97,5% αντίστοιχα.

Για τους σκοπούς της παραπάνω μελέτης, συλλέχθηκαν δείγματα υδρών κοπράνων και εκπνοής από ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου αλλά και από υγιή άτομα σε αναλογία ένα προς τέσσερα. Τα πέντε αυτά δείγματα τυχαιοποιήθηκαν και τοποθετήθηκαν σε ξεχωριστά δοχεία. Ένας εκπαιδευμένος σκύλος ράσας λαμπραντόρ, μύρισε αρχικά ένα δείγμα εκπνοής ασθενούς με καρκίνο του παχέος εντέρου και στη συνέχεια κάθε ένα από τα υπόλοιπα δείγματα, σταματώντας τη διαδικασία κάθε φορά που ανίχνευε ένα δείγμα προερχόμενο από ασθενή με καρκίνο.

Διαπιστώθηκε πως μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου και των υγιών ατόμων, η ευαισθησία της οσφρητικής ανίχνευσης καρκίνου του παχέος εντέρου από σκύλους σε δείγματα αναπνοής ήταν 0,91 σε σχέση με τη συμβατική κολονοσκόπηση, ενώ η ειδικότητα ήταν 0,99. Παρομοίως, η ευαισθησία της οσφρητικής ανίχνευσης σε δείγματα κοπράνων διαπιστώθηκε πως

ήταν 0,97 ενώ η ειδικότητα ήταν 0,99. Η ακρίβεια της οσφρητικής ανίχνευσης καρκίνου του παχέος εντέρου από σκύλους, διαπιστώθηκε υψηλή ακόμα και σε περιπτώσεις καρκίνου αρχικού σταδίου ενώ δε φάνηκε να επηρεάζεται από άλλες παραμέτρους όπως το κάπνισμα, καλοήθειες παθήσεις του παχέος εντέρου ή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου.

Η μελέτη αυτή υποδεικνύει την ύπαρξη μιας ειδικής καρκινικής οσμής. Επιπλέον, τα χημικά συστατικά της οσμής αυτής πιθανότατα κυκλοφορούν σε όλο το σώμα και θεωρητικά μπορούν να αποτελέσουν σημαντικά εργαλεία στην ανίχνευση καρκίνου του παχέος εντέρου.

The impact of suboptimal bowel preparation on adenoma miss rate and the factors associated with early repeat colonoscopy. B. Lebwohl, F. Kastrinos, m. Glick, A. J. Rodenbaum, T. Wang, A. Neugut. Gastrointest Endosc 2011;73:1207-14

Συνιστάται επανάληψη της κολονοσκόπησης μέσα σε ένα έτος όταν η εντερική προετοιμασία στην αρχική ενδοσκόπηση δεν είναι ικανοποιητική.

Σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες, τα μεσοδιαστήματα μεταξύ των κολονοσκοπήσεων καθορίζονται με βάση ενδοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα, θεωρώντας ως προϋπόθεση μια εξαιρετική εντερική προετοιμασία. Ωστόσο, στην κλινική πράξη διαπιστώνεται πως έως και στο 20% των ενδοσκοπήσεων του παχέος εντέρου η προετοιμασία είναι πλημμελής. Στις περιπτώσεις αυτές έχει παρατηρηθεί μια ευρεία διάσταση απόψεων μεταξύ των ενδοσκόπων σχετικά με το χρόνο επανάληψης της εξέτασης, καθώς λόγω απουσίας κατευθυντήριων οδηγιών, η απόφαση είναι υποκειμενική χωρίς όμως να σημαίνει ότι είναι και ορθή.

Κατά τη διάρκεια της μελέτης, 14649 άτομα υποβλήθηκαν σε κολονοσκόπηση. Η εξέταση επαναλήφθηκε σε 3047 άτομα (17%), λόγω μη ικα-



Από την υποτροπή και τη φλεγμονή...

στην κλινική και ενδοσκοπική ύφεση²

1. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Mezavant 2. Kamm MA, Sandborn WJ, Gassull M, Schreiber S, Jackowski L, Butler T, Lyne A, Stephenson D, Palmer M, Joseph RE Once-daily, high-concentration MMX mesalamine in active ulcerative colitis. Gastroenterology. 2007 Jan;132(1):66-75

Μία φορά την ημέρα
mezavant®
μεσαλαζίνη 1200mg
Γαστροανθεκτικά δισκία, παρατεταμένης αποδέσμευσης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ
ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ Mezavant 1200 mg, γαστροανθεκτικά δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης.
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΙΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Κάθε δισκίο περιέχει 1200 mg μεσαλαζίνη (mesalazine). **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ** Γαστροανθεκτικά δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης. Κατανακόκκινο, ελλειψοειδές, επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο, που φέρει χαραγή στη μία όψη με την ένδειξη S476. **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ** **Θεραπευτικές ενδείξεις** Για την επαγωγή κλινικής και ενδοσκοπικής ύφεσης σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια, ενεργή ελκώδη κολίτιδα. Για τη διατήρηση της ύφεσης. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης** Το Mezavant ενδείκνυται για χορήγηση από το στόμα εφάπαξ ημερησίως. Τα δισκία δεν πρέπει να θρυμματίζονται ή να μασούνται και θα πρέπει να λαμβάνονται με φαγητό. **Ενήλικες, συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων (>65 ετών)** Για επαγωγή της ύφεσης: Πρέπει να χορηγούνται 2,4 έως 4,8 g (δύο έως τέσσερα δισκία) εφάπαξ ημερησίως. Η μέγιστη δόση των 4,8 g/ημέρα συνιστάται για ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται σε μικρότερες δόσεις μεσαλαζίνης. Όταν χρησιμοποιείται η μέγιστη δόση (4,8 g/ημέρα) η επίδραση της θεραπείας πρέπει να αξιολογείται σε 8 εβδομάδες. Για διατήρηση της ύφεσης: Πρέπει να χορηγούνται 2,4 g (δύο δισκία) εφάπαξ ημερησίως. **Παιδιά και εφήβοι** Το Mezavant δεν συνιστάται για χρήση σε παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών λόγω έλλειψης δεδομένων σχετικά με την ασφαλεία και αποτελεσματικότητά του. Δεν έχουν πραγματοποιηθεί συγκεκριμένες μελέτες του Mezavant σε ασθενείς με ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια. **Αντενδείξεις** Ιστορικό υπερευαισθησίας σε σαλικυλικά (συμπεριλαμβανομένης της μεσαλαζίνης) ή σε κάποιο από τα έκδοχα του Mezavant. Σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια (GFR <30 ml/min/1,73m²) και/ή σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση** Αναφορές νεφρικής ανεπάρκειας, συμπεριλαμβανομένης της νεφροπάθειας ελαφύστες αλλοίωσης, και οξεία / χρόνια διάμεση νεφρίτιδα έχουν συσχετιστεί με παρασκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη και προφάρμακα της μεσαλαζίνης. Το Mezavant πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με επιβεβαιωμένη ήπια έως μέτρια νεφρική ανεπάρκεια. Συνιστάται να γίνεται αποτίμηση της νεφρικής λειτουργίας σε όλους τους ασθενείς πριν την έναρξη της θεραπείας και καθώς και τουλάχιστον δύο φορές το χρόνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ασθενείς με χρόνια ανεπάρκεια πνευμονικής λειτουργίας, ειδικά με άσθμα, κινδυνεύουν να εμφανίσουν αντιδράσεις υπερευαισθησίας και πρέπει να παρακολουθούνται στενά. Έχουν αναφερθεί σπάνιες σοβαρές δυσκρασίες του αίματος μετά από θεραπεία με μεσαλαζίνη. Εάν ο ασθενής παρουσιάσει ανεξήγητη αιμορραγία, μώλωπες, πορφύρα, αναμία, πυρετό ή κνίδα, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν αιματολογικές εξετάσεις. Εάν υπάρχει υποψία δυσκρασίας αίματος, η θεραπεία θα πρέπει να τερματιστεί. Έχουν αναφερθεί σπάνιες περιπτώσεις καρδιακής υπερευαισθησίας (μυοκαρδίτιδα και περικαρδίτιδα) λόγω αντιδράσεων της μεσαλαζίνης με άλλα παρασκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη. Θα πρέπει να δοθεί προσοχή στη συνταγογράφηση αυτού του φαρμάκου σε ασθενείς με προδιάθεση ανάπτυξης μυοκαρδίτιδας ή περικαρδίτιδας. Εάν υπάρχει υποψία για αντίδραση υπερευαισθησίας αυτής της μορφής, δεν πρέπει να δοθούν άλλα σκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη. Η μεσαλαζίνη έχει συσχετιστεί με ένα σύνδρομο οξείας δυσανεξίας που μπορεί να είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί από αναζήτηση της φλεγμονώδους ασθένειας του εντέρου. Αν και η ακριβής συχνότητα εμφάνισης δεν έχει καθοριστεί, έχει παρουσιαστεί στο 3% των ασθενών σε ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές με μεσαλαζίνη ή σουλφασαλαζίνη (sulfasalazine). Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κράμπες, οξύ κοιλιακό πόνο και αιμορραγική διάρροια, κάποιες φορές πυρετό, κεφαλαλγία και εξάνθημα. Εάν υπάρχει υποψία συνδρόμου οξείας δυσανεξίας, απαιτείται άμεση διακοπή της θεραπείας και δεν πρέπει να δοθούν άλλα σκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη. Έχουν αναφερθεί αυξημένα επίπεδα ηπατικών ενζύμων σε ασθενείς που λαμβάνουν παρασκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη. Συνιστάται προσοχή κατά τη χορήγηση του Mezavant σε ασθενείς με ηπατική ανεπάρκεια. Θα πρέπει να δοθεί προσοχή κατά τη θεραπεία ασθενών που έχουν αλλεργία στη σουλφασαλαζίνη λόγω του ενδεχόμενου κινδύνου διασταυρούμενων αντιδράσεων ευαισθησίας μεταξύ της σουλφασαλαζίνης και

της μεσαλαζίνης. Οργανική ή λειτουργική απόφραξη στην άνω γαστρεντερική οδό ενδέχεται να καθυστερήσει την έναρξη της δράσης του προϊόντος. **Ανεπιθύμητες ενέργειες** Περίπου 14% των ασθενών παρουσίασαν ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκου (ADR) που προέκυψαν από τη θεραπεία και οι οποίες σχετίστηκαν με το Mezavant. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας συντήρησης, δεν υπάρχουν νέα συμβάντα με συχνότητα εμφάνισης >1%. Στην πλειοψηφία τους τα συμβάντα ήταν προσωρινά και ήπιας ή μέτριας σοβαρότητας. Δεν αναφέρθηκε καμία μεμονωμένη ανεπιθύμητη ενέργεια φαρμάκου σε συχνότητα υψηλότερη από 10%. Οι πλέον κοινά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκου κατά τη διάρκεια της οξείας θεραπείας, ο μετεωρισμός, ναυτία ή κεφαλαλγία, δεν ήταν δόσοεξαρτώμενα και παρουσιάστηκαν σε ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκε Mezavant σε ποσοστό μικρότερο του 3%. Άλλα συμβάντα που αναφέρθηκαν με το Mezavant ήταν λιγότερο συχνά και τα περισσότερα παρουσιάζονται παρακάτω: **Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Μεωμώμενος αριθμός αιμοπεταλίων **Διαταραχές του νευρικού συστήματος** Συχνές (>1% και <10%): Κεφαλαλγίες Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Ζάλη, υπνηλία, τρόμος **Διαταραχές του ωτός και του λαβυρίνθου** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Πόνος αυτιών **Καρδιακές διαταραχές** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Ταχυκαρδία **Αγγειακές διαταραχές** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Υπέρταση, υπόταση **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Φαρυγγολαρυγγικός πόνος **Διαταραχές του γαστρεντερικού** Συχνές (>1% και <10%): Μετεωρισμός, ναυτία Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Κοιλιακή διάταση, κοιλιακός πόνος, κολίτιδα, διάρροια, δυσπεψία, παγκρεατίτιδα, πολύποδες του ορθού, μετός **Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Αυξημένη αμινοτρανσφεράση της αλανίνης, μη φυσιολογικό τεστ ηπατικής λειτουργίας **Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Ακμή, αλωπεκία, κνίση, κνίση, εξάνθημα, κνίδωση **Διαταραχές μυοσκελετικού συστήματος, συνδετικού ιστού και οστών** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Αρθραλγία, πόνος στη μέση **Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Εξασθένιση, οίδημα προσώπου, κόπωση, πυρετός. Η μεσαλαζίνη συσχετίστηκε επίσης με τα ακόλουθα συμβάντα: **Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος** Ακοκκιοκυττάρωση, απλαστική αναμία, λευκοπενία, ουδετεροπενία, Πανκυτταροπενία, θρομβοκυτταροπενία. **Διαταραχές του νευρικού συστήματος** Νευροπάθεια **Καρδιακές διαταραχές** Μυοκαρδίτιδα, περικαρδίτιδα **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου** Αλλεργική κυψελίδα, βρογχόσπασμος **Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων** Χολολιθίαση, ηπατίτιδα **Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού** Αγγειοοίδημα **Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού** Συμπτωματικό σύνδρομο πόνου προς το σύνδρομο του ερυσθηματώδους λύκου, μυαλγία **Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών** Διάμεση νεφρίτιδα, νεφρωματώδες σύνδρομο. Θα πρέπει να υπάρχει υποψία νεφροτοξικότητας, προκαλούμενης από τη μεσαλαζίνη, σε ασθενείς που εμφανίζουν νεφρική δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια της θεραπείας. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** Shire Pharmaceutical Products Ltd, Hampshire International Business Park, Chineham, Basingstoke, Hampshire, RG24 8EP. Ηνωμένο Βασίλειο, **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** 64554/13-10-2008. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ** 13/10/2008. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ**: 13.10.2008. Για περαιτέρω πληροφορίες απευθυνθείτε στην GENESIS PHARMA S.A. Τρόπος Διάθεσης: Με Ιατρική συνταγή. Ενδεικτική Λιανική Τιμή: MEZAVANT GR.PR.R.TA. 1200MG/TAB B1x60, 94,01€

Βεβαιώστε να είναι το φάρμακο που αγοράζετε αυθεντικό και να μην είναι αντιγραφή.
• ΟΜΕΣ: Σε αντιγραμμένο φάρμακο, το τοίχο του φάρμακου είναι διαφορετικό.
• Το ΣΕΒΑΣΕ: Σε αντιγραμμένο φάρμακο, το τοίχο του φάρμακου είναι διαφορετικό.

Shire

GENESIS
pharma

Α. Κηφισίας 274, 152 32 Χαλάνδρι, Αθήνα, Τηλ.: 210 8771500, Fax: 210 6891918
e-mail: info@genesishpharma.com, www.genesishpharma.com



Αυτό το προσέξατε; ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

νοποιητικής εντερικής προετοιμασίας. Οι 505 επαναληπτικές ενδοσκοπήσεις εξ αυτών, πραγματοποιήθηκαν σε χρονικό διάστημα μικρότερο των τριών ετών (16% μεταξύ του 2ου και 3ου χρόνου, 31% μεταξύ του 1ου και 2ου χρόνου και 53% μέσα στον 1ο χρόνο από την αρχική ενδοσκόπηση).

Όπως διαπιστώθηκε, το συνολικό ποσοστό των αδενωμάτων που ανιχνεύθηκαν μόνο κατά τη διάρκεια της επαναληπτικής κολonosκόπησης ήταν 42%. Εξίσου υψηλό βρέθηκε να είναι και το ποσοστό των προχωρημένων αδενωμάτων (27%). Μεταξύ των ενδοσκοπήσεων που πραγματοποιήθηκαν μέσα στον πρώτο χρόνο από την αρχική κολonosκόπηση, τα ποσοστά ανεύρεσης αδενωμάτων και προχωρημένων αδενωμάτων ήταν 35% και 36% αντίστοιχα. Διαπιστώθηκε ακόμη πως το ποσοστό «χαμένων αδενωμάτων» ήταν υψηλότερο μεταξύ των ατόμων που κατά τη διάρκεια της αρχικής ενδοσκόπησης είχε επίσης διαπιστωθεί αδένωμα.

Τα ευρήματα της παραπάνω μελέτης υποδεικνύουν πως όταν ένα αδένωμα έχει ήδη βρεθεί κατά την αρχική κολonosκόπηση παρά τη πλημμελή εντερική προετοιμασία, η επανάληψη της εξέτασης θα πρέπει να πραγματοποιείται μέσα στον πρώτο χρόνο.

Biopsy forceps is inadequate for the resection of diminutive polyps.

M. Efthymiou, A.C.F. Taylor, P.V.

Desmond, P.B. Allen, R.Y. Chen.

Endoscopy 2011;43:312-316

Η χρήση της λαβίδας βιοψίας είναι ανεπαρκής για την αφαίρεση μικρών πολυπόδων.

Οι πολύποδες μικρού μεγέθους (≤ 5 mm), αποτελούν πολύ συχνό ενδοσκοπικό εύρημα, (54%-80% των συνολικών πολυπόδων. Αν και οι περισσότεροι εξ αυτών είναι υπερπλαστικοί, υπάρχουν αναφορές που υποστηρίζουν πως το 37% - 60% είναι αδενώματα ενώ σε ποσοστό έως 1,7% μπορεί ήδη να παρουσιάζουν προχωρημένη ιστολογική εικόνα και συνεπώς η πλήρη ενδοσκοπική

εκτομή είναι ζωτικής σημασίας.

Η αφαίρεση τέτοιων πολυπόδων πραγματοποιείται με βρόχους ή λαβίδες με ή χωρίς τη χρήση διαθερμίας. Σαφώς, η χρήση διαθερμίας μειώνει σημαντικά τη πιθανότητα παραμονής υπολειμματικού ιστού αυξάνει όμως τη πιθανότητα διάτρησης ενώ η χρήση του βρόχου αυξάνει τη πιθανότητα καθυστερημένης αιμορραγίας. Για τους παραπάνω λόγους η συννηθέστερη πρακτική είναι η αφαίρεση τέτοιων πολυπόδων με τη χρήση λαβίδας βιοψίας χωρίς εφαρμογή διαθερμίας (Cold Biopsy Forceps Polypectomy, CBP).

Σκοπός της παραπάνω μελέτης είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της μεθόδου. Πενήντα δύο άτομα από τα συνολικά 152 που ελέχθησαν, βρέθηκαν να φιλοξενούν περισσότερους από έναν μικροσκοπικούς πολύποδες. Την αφαίρεσή τους με λαβίδα βιοψίας (CBP) ακολούθησε η εκτομή της βάσης του πολύποδα χρησιμοποιώντας τη τεχνική της ενδοσκοπικής βλεννογονεκτομής (EMR). Τα ιστοτεμαχίδια που προέκυψαν, τοποθετήθηκαν σε ξεχωριστά φιαλίδια και εστάλησαν για ιστολογική εξέταση.

Συνολικά, μόλις στο 39% των αφαιρεθέντων πολυπόδων με τη χρήση CBP η εκτομή βρέθηκε να είναι πλήρης. Δεν διαπιστώθηκε καμία διαφορά στα ποσοστά ολικής εκτομής μεταξύ των πολυπόδων μικρότερων των 3 mm σε σχέση με τους μεγαλύτερους των 3 mm. Ούτε ο αριθμός των «δαγκωμάτων» της λαβίδας ανά πολύποδα φάνηκε πως επηρέαζε τα ποσοστά ολικής εκτομής.

Η περαιτέρω ανάλυση των ευρημάτων έδειξε πως μόνο η ιστολογική εικόνα μπορεί να αποτελεί προγνωστικό παράγοντα ολικής εκτομής. Στη μελέτη αυτή το ποσοστό της ολικής εκτομής για τα αδενώματα ήταν μεγαλύτερο συγκριτικά με αυτό για τους υπερπλαστικούς πολύποδες, (62% vs 24% αντίστοιχα).

Συμπερασματικά, δεν φαίνεται να υπάρχει ιδανική μέθοδος ενδοσκοπικής αφαίρεσης πολυπόδων έως 5 mm. Ο ενδοσκόπος θα πρέπει κάθε φορά να αντισταθμίζει τους κινδύνους επιπλοκών με την αποτελεσματικότητα κάθε μεθόδου. Με βάση τα παραπάνω ευρήματα, η εκτομή πολυπόδων με τη λαβίδα βιοψίας μάλλον δεν θα πρέπει να αποτελεί πλέον μέθοδο εκλογής.



Δημιουργώντας υγεία.

Είναι κι αυτή μία μορφή Τέχνης.

Πάθος και προσήλωση. Εμμονή στη λεπτομέρεια. Και όραμα, για να δημιουργήσεις κάτι που θα φτάσει σε όσο το δυνατόν περισσότερους αποδέκτες. Αυτές είναι, όπως και στην Τέχνη, οι αξίες της LIBYTEC®. Είμαστε μια νέα εταιρεία, που διαθέτει ένα αξιόλογο portfolio:

- ποιοτικών γενόσημων φαρμάκων, υψηλής θεραπευτικής αξίας με χαμηλό κόστος
- καινοτόμων δραστικών ουσιών, που κάνουν τη διαφορά στη θεραπευτική τους κατηγορία.

Ήδη, η «υπογραφή» μας είναι αναγνωρίσιμη, κερδίζοντας την εκτίμηση των επαγγελματιών Υγείας και την εμπιστοσύνη των ασθενών.

Αντιεθκωτικά • Αντιμυκητιασικά • Αντιαίμοπεταλικά

Για την οστεοπόρωση • Για την οστεοαρθρίτιδα


LIBYTEC®
Φ Α Ρ Μ Α Κ Ε Υ Τ Ι Κ Η Α.Ε.

Λ. Βουλιαγμένης 24,167 77 Ελληνικό, Αθήνα, Τηλ: 210 9609960, Fax: 210 9638438, www.libytec.gr

Διάγνωση νόσου σε 18χρονη ασθενή 123 χρόνια μετά το θάνατό της

Το 1886 δημοσιεύθηκε διεξοδικά σε Γερμανικό περιοδικό η περίπτωση της 18χρονης Γερμανίδας αγρότισας, Minna Roll, από την περιοχή του Freiburg¹. Η προαναφερθείσα εισάγεται, εκτάκτως, στις 11 Δεκεμβρίου του 1884 στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Freiburg. Αιτία οι επαναλαμβανόμενες κρίσεις κεφαλαλγίας, ιλίγγων, εμέτων και ενίοτε και πυρετού, που με την πάροδο του χρόνου γίνονταν συχνότερες και εντονότερες. Η ιστορία της νόσου της αρχίζει τον χειμώνα του 1883 (στις 9 το βράδυ, όπως εμφαντικά αναφέρεται στο ιστορικό της !) με αιφνίδια εμφάνιση αισθήματος προκάρδιων παλμών, μείωσης της όρασης, αγχώδους κατάστασης, ίλιγγου και κεφαλαλγίας. Η διάρκεια ήταν ολιγόλεπτη και η ασθενής επανήλθε, την επομένη, κανονικά στις αγροτικές της ασχολίες. Τα επεισόδια όμως επανελήφθησαν δύο ή τρεις φορές ακόμα με προοδευτική επιδείνωση και εμφάνιση πόνων στις ποδοκνημικές αρθρώσεις, που την ανάγκασαν να αποσχει από την εργασία της. Η συσταθείσα, από τον γιατρό της, ανάπαυση σε τίποτα δε βελτίωσε την κατάστασή της, οπότε της εισηγήθηκε εισαγωγή της στο Νοσοκομείο.

Στο άρθρο, τα αντικειμενικά ευρήματα, η πορεία νόσου και τα παθολογοανατομικά ευρήματα περιγράφονται λεπτομερειακά και σχολαστικά. Από αυτά συγκρατούμε τη διαπίστωση έκδηλης ταχυκαρδίας με σφυγμό έντονο και μη ευπίεστο, όχι όμως «συρμάτινο!» – όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται και ένα «σύννεφο» στα μάτια της με ελαφρά ταχύνοντα. Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, την εποχή εκείνη, δεν ήταν δυνατή.

Η εξέλιξη της νόσου της (από την καθημερινή περιγραφή της πορείας της) είναι ταχεία με επιδείνωση της ταχυκαρδίας, επίμονη κεφαλαλγία, εφιδρώσεις, εμέτους, επιστάξεις, διαταραχές του καρδιακού ρυθμού και της όρασης, έντονο άγχος, θωρακικά άλγη, πυρετική κίνηση μέχρι 38° 4 C, συγχυτική κατάσταση και τέλος θάνατο στις 8.15 το εσπέρας της 20 Δεκεμβρίου, δηλ. 9 ημέρες από την εισαγωγή της, μέσα σε φαινόμενα καταπληξίας. Ο εξαιρετικά λεπτομερής νεκροτομικός έλεγχος αποκαλύπτει την παρουσία όγκων σε αμφότερα τα επινεφρίδια. Στο ένα ο όγκος ήταν αγγειοβριθής και χαρακτηρίσθηκε ως «αγγειοσάρκωμα» και στο άλλο μη αγγειοβριθής και χαρακτηρίσθηκε ως «σάρκωμα». Άλλα σημαντικά ευρήματα: πολλαπλές αιμορραγίες διαφόρων οργάνων και βρογχοκήλη του θυρεοειδούς.

Σήμερα, ένας έμπειρος κλινικός, διαβάζοντας το προαναφερθέν περιστατικό, δε θα δυσκολευόταν να αναγνωρίσει μια τυπική περίπτωση φαιοχρωμοκυτώματος. Προφανώς πρόκειται για την πρώτη περιγραφή της νόσου. Ο Felix Fränkel δύο έτη βραδύτερα, το 1886¹, δημοσιεύει, την περίπτωση και την χαρακτηρίζει, με τις τότε γνώσεις της εποχής, ως «γενικευμένη αγγειοδραστική νόσο» (άλλωστε η έννοια και ο όρος φαιοχρωμοκύττωμα δεν ήταν γνωστά) και την περιγράφει ως «περίπτωση πλήρως λανθάνοντος επινεφριδικού όγκου με συνοδό νεφρίτιδα, κυκλοφοριακές αλλοιώσεις και αμφιβληστροειδίτιδα». Είναι άξιο ιδιαίτερου ενδιαφέροντος ότι ο συγγραφέας θεώρησε, ως υπεύθυνη της όλης κατάστασης της ασθενούς, την ανεξέλεγκτη παρουσία αυξημένων τιμών ουσίας, που φυσιολογικά υπάρχει στο αίμα και η οποία προκάλεσε τον «ερεθισμό» των αγγείων και του παρεγχύματος διαφόρων οργάνων. Υποστήριξε δηλαδή, όπως θα κρίναμε σήμερα, για πρώτη φορά την ενδοκρινική, φύση της λειτουργίας του φλοιού των επινεφριδίων.

Το 1984, εκατό περίπου έτη, από τη δημοσίευση της προαναφερθείσας περίπτωσης, το άρθρο, μεταγλωττίζεται στα αγγλικά και δημοσιεύεται αυτούσιο σε ογκολογικό περιοδικό των ΗΠΑ². Το 2006, είκοσι και πλέον έτη μετά την επαναδημοσίευση και 120 έτη μετά την πρώτη δημοσίευση της αναφερθείσας περίπτωσης,

η περιπέτεια της 18χρονης αγρότισας Minna Roll αποκτά καινούριο ενδιαφέρον και φαίνεται να φθάνει στο διαγνωστικό της τέλος. Μία πολυεθνική ομάδα ερευνητών (με ιδιαίτερο ενδιαφέρον και εμπειρία από μακρά ενασχόλησή της στον τομέα του φαιοχρωμοκυτώματος) από τη Γερμανία, τις Ηνωμένες Πολιτείες, την Ιταλία, την Ισπανία και την Πολωνία³ προσέγγισαν το πρόβλημα, της παραπάνω περίπτωσης, από τη σκοπιά δύο βασικών ερωτημάτων.

Πρώτον κατά πόσον πράγματι η περίπτωση αυτή αντιστοιχούσε σε φαιοχρωμοκύττωμα και δεύτερον, κατά πόσον επρόκειτο περί κληρονομικής νόσου. Το τελευταίο αυτό στηρίχθηκε σε δύο βασικά δεδομένα της άρρωστης, που συνήθως, χαρακτηρίζουν την κληρονομικότητα: το νεαρόν της ηλικίας της και το αμφοτερόπλευρο της εντόπισης των όγκων στα επινεφρίδια.

Για την ιστορία σημειώνουμε ότι τα φαιοχρωμοκυτώματα διακρίνονται σε σποραδικά (60-80 %) και οικογενή ή κληρονομικά (20-30 %). Τα τελευταία χαρακτηρίζονται, κυρίως, από την αμφώπλευρη εντόπισή τους στα επινεφρίδια και το νεαρό της ηλικίας των πασχόντων. Τα κληρονομικά νοσήματα, που συνοδεύονται από φαιοχρωμοκύττωμα και που μεταβιβάζονται κατά τον αυτόσωμο επικρατούντα χαρακτήρα είναι: η νόσος των von Hippel-Lindau, το σύνδρομο της Πολλαπλής Ενδοκρινικής Νεοπλασίας τύπου 2Α, τα σύνδρομα Φαιοχρωμοκυτώματος-Παραγαγγλιώματος και η Νευροϊνωμάτωση τύπου 1 (νόσος του von Recklinghausen). Γενικά σημειώνουμε ότι το 20-30 % των φαιοχρωμοκυτωμάτων είναι οικογενή⁴.

Η Νόσος των von Hippel-Lindau (VHL) χαρακτηρίζεται κυρίως από: φαιοχρωμοκύττωμα, αιμαγγειοβλαστώματα (αμφιβληστροειδούς και παρεγκεφαλίδας) και από όγκους ή κύστες (νεφρών, παγκρέατος και επιδιδυμίδας). Το φαιοχρωμοκύττωμα παρατηρείται μέχρι και 14 % των ασθενών με νόσο των von Hippel-Lindau. Γενετικώς η νόσος χαρακτηρίζεται από την παρουσία μεταλλάξεων του γονιδίου VHL στο χρωμόσωμα 3p.

Το Σύνδρομο Πολλαπλής Ενδοκρινικής Νεοπλασίας τύπου 2Α (Multiple Endocrine Neoplasia type 2A, MEN-2A) χαρακτηρίζεται από προσβολή των παραθυρεοειδών (υπερπαραθυρεοειδισμός), του θυρεοειδούς (μυελοειδές καρκίνωμα) και των επινεφριδίων (φαιοχρωμοκύττωμα). Αναφέρονται σπάνια, επίσης, περιπτώσεις νόσου του Hirschsprung να συνυπάρχουν με MEN-2A. Γενικώς το σύνδρομο MEN-2 γενετικά χαρακτηρίζεται από RET μεταλλάξεις στο χρωμόσωμα 10q.

Τα **Σύνδρομα Φαιοχρωμοκυτώματος - Παραγαγγλιώματος** προκαλούνται από μεταλλάξεις στα γονίδια των υποομάδων Β, C και D της ηλεκτρικής δευδρογενέσεως (SDHB στο χρωμόσωμα 1p, SDHC και SDHD στο χρωμόσωμα 11q), και αποτελούν το 12 % των περιπτώσεων φαιοχρωμοκυτώματος.

Η Νευροϊνωμάτωση τύπου 1 (Neurofibromatosis type 1, NF1) χαρακτηρίζεται από μεταλλάξεις στο γονίδιο NF1 του χρωμοσώματος 17q. Η ανεύρεση φαιοχρωμοκυτώματος στη νόσο αυτή κυμαίνεται από 0.1 έως 13%.

Η ομάδα των ερευνητών στην προσπάθειά της να δώσει απάντηση στα προαναφερθέντα ερωτήματα ακολούθησε τα παρακάτω βήματα.

Αρχικά, μελετήθηκε ενδελεχώς το πρωτότυπο άρθρο του Fränkel. Στη συνέχεια αναδιφθήκαν τα αρχεία της Παθολογικής Κλινικής και του Παθολογοανατομικού Ινστιτούτου του Πανεπιστημίου του Freiburg με σκοπό την επανεξέταση, κυρίως, των ιστολογικών παρασκευασμάτων και τον γονιδιακό αυτών έλεγχο. Δυστυχώς,

για τους ερευνητές, δεν εντοπίστηκαν ιστοί ή ιστολογικά παρασκευάσματα της πάσχουσας. Βρέθηκε μόνον, στην Πανεπιστημιακή Βιβλιοθήκη, το βιβλίο νεκροψιών του 1884, στο οποίο αναγράφονταν λεπτομερώς τα ευρήματα της νεκροψίας-ιστολογικής εξέτασης της πάσχουσας. Έτσι άρχισε ένας αγώνας δρόμου της ομάδας για την αναζήτηση επιζώντων κατιόντων της οικογένειας της πάσχουσας. Σε επικοινωνία με το γραφείο της εκκλησίας του χωριού της πάσχουσας βρέθηκαν τα ονόματα των γονέων και αδελφών της. Στη συνέχεια ακολούθησε μια οδύσσεια από μαραθώνιες αναζητήσεις των κατιόντων της πάσχουσας μέσω τηλεφωνικών καταλόγων, αλληλογραφίας και προσωπικών συνεντεύξεων με αποτέλεσμα τη δημιουργία του οικογενειακού δένδρου της πάσχουσας. Από τα άτομα της οικογένειας αυτής 6 κατιόντες, μεταξύ των ηλικιών 36 και 44 ετών, είχαν ευρήματα συμβατά με φαιοχρωμοκύττωμα και 4 με μυελοειδές καρκίνωμα του θυρεοειδούς. Έτσι η ομάδα έχουσα συγκεντρώσει το μέγιστο των διαθέσιμων πληροφοριών, χρησιμοποίησε την ηλικία (18 έτη), τον αριθμό των όγκων (δύο), την εντόπιση των όγκων (επινεφρίδια) και τη γεωγραφική προέλευση (το χωριό Lahg της πάσχουσας) ως στοιχεία με βάση τα οποία εξετάστηκε μέσω της βάσης δεδομένων EAPR (European-American Pheochromocytoma Registry) η δυνατότητα ανεύρεσης πιθανών συγγενών της πάσχουσας και ο καθορισμός του κατά πόσον η ασθενής-δείκτης θα μπορούσε να έχει κληρονομική νόσο συνδεδεμένη με φαιοχρωμοκύττωμα.

Υλικό για ανάλυση του DNA ελήφθη από 4 εν ζωή κατιόντες της ασθενούς που έπασχαν από φαιοχρωμοκύττωμα. Τα στατιστικά δεδομένα της περιοχής, σε 120 περιπτώσεις κληρονομικού φαιοχρωμοκυτώματος, είχαν μεταλλάξεις στα ακόλουθα γονίδια: VHL 60 %, SDHD 9 %, SDHB 5 %, NF1 3 % και RET 1 %. Έτσι, με την εφαρμογή του EAPR και με βάση τα στατιστικά δεδομένα της περιοχής, η ασθενής-δείκτης είχε τη μεγαλύτερη πιθανότητα ανεύρεσης μετάλλαξης στο γονίδιο VHL. Όμως, όπως παραδόξως και προς μεγάλη έκπληξη των ερευνητών, η γενετική μελέτη των κατιόντων της πάσχουσας έδειξε ότι επρόκειτο για RET μετάλλαξη. Η τελευταία, όπως προαναφέρθηκε, χαρακτηρίζει το σύνδρομο MEN-2 και του οποίου η συχνότητα, για την περιοχή, δεν αποτελούσε παρά μόνο το 1 %.

Ο περιγραφείς πρωτότυπος τρόπος προσέγγισης του τεθέντος διαγνωστικού προβλήματος αποτελεί ένα πολύ ενδιαφέρον μάθημα, που οξύνει τον νου κάθε ερευνητή. Προσφέρει ακόμα και την ανάγκη της απαραίτητης αμφισβήτησης των εκάστοτε επιστημονικών δεδομένων. Αυτό, που πιστεύουμε σήμερα μπορεί να μη ισχύει αύριο. Η πρόοδος της επιστήμης, άλλοτε με βήμα σημειωτόν και άλλοτε με άλματα, εμπλουτίζει σταθερά τις γνώσεις μας. Η συνοπτική παρουσίαση της εξέλιξης του φαιοχρωμοκυτώματος (βλ. κατωτέρω) αποδεικνύει του λόγου το αληθές.

Με την ευκαιρία καταγράφουμε εντελώς συνοπτικά την ιστορία εξέλιξης του φαιοχρωμοκυτώματος. Σκοπός να καταδειχθεί το επίπονο και μακρόχρονο έργο της έρευνας και προόδου στην εξέλιξη της επιστήμης καθώς και η ανάγκη συνεργασίας των διαφόρων επιστημών (και των επιστημόνων).

Η ιστορία του φαιοχρωμοκυτώματος (συνοπτικά)⁴

1886: Πρώτη περιγραφή του (von Fränkel).

1896: Φαιόχρους χρώση του (παρόμοιας με εκείνη της μυελώδους μοίρας των επινεφριδίων) σε έκθεση αλάτων χρωμίου (Manasse).

1908: Εισαγωγή του όρου «παραγαγγλίωμα» για την περιγραφή χρωμαφινικών εξω-επινεφριδικών όγκων παραγαγγλιακής προέλευσης (Alezaïs & Peyron).

1910: Περιγραφή συνύπαρξης φαιοχρωμοκυτώματος σε νευροϊνωμάτωση (Suzuki).

1912: Εισαγωγή του όρου «φαιοχρωμοκύττωμα» για όγκους των οποίων τα κύτταρα χρώννυνται με άλατα χρωμίου (Pick).

1922: Πρώτη περιγραφή παροξυσμικής υπέρτασης σε 28χρονη γυναίκα στην οποία διαπιστώθηκε, νεκροτο-

μικώς, φαιοχρωμοκύττωμα (Abbé et al.).

1926: Καθορισμός του κλινικού συνδρόμου του φαιοχρωμοκυτώματος (Vaquez).

1926: Πρώτη επιτυχής εξαίρεση φαιοχρωμοκυτώματος στην Ελβετία (Roux) και και στη Mayo Clinic των ΗΠΑ (Mayo C.H).

1929: Πρώτη προεγχειρητική διάγνωση φαιοχρωμοκυτώματος (Pincoffs) εξαιρεθέντος επιτυχώς (Shipley).

1929: Απόδειξη ύπαρξης «παράγοντα πίεσης» σε φαιοχρωμοκύττωμα (Rabin).

1937: Απόδειξη ύπαρξης «υπερτασικής ουσίας» στο πλάσμα ασθενών με φαιοχρωμοκύττωμα (Beer et al.).

1938: Περιγραφή μόνιμης υπέρτασης από φαιοχρωμοκύττωμα (Binger & Craig) και παραγαγγλίωμα (Palmer & Castleman).

1939: Διαπίστωση αυξημένης επινεφρίνης πλάσματος σε ασθενείς με φαιοχρωμοκύττωμα (Strombeck & Hedberg).

1943: Περιγραφή της πρώτης περίπτωσης οικογενούς φαιοχρωμοκυτώματος (Hyman & Mencher).

1945: Διαπίστωση της επίσπευσης υπερτασικής κρίσης και λοιπών εκδηλώσεων του φαιοχρωμοκυτώματος μετά ενδοφλέβια χορήγηση ισταμίνης (Roth & Kvale).

1947: Πρώτη απόδειξη, της δραματικής πτώσης της αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς με φαιοχρωμοκύττωμα μετά ενδοφλέβια χορήγηση αδρενεργικών αποκλειστών (benzodioxan), (Goldberg et al.).

1949: Πρώτη απόδειξη νορεπινεφρίνης σε φαιοχρωμοκύττωμα (Holton).

1951: Πρώτη περιγραφή της πλέον αξιόπιστης αντιμετώπισης της υπερτασικής κρίσης του φαιοχρωμοκυτώματος με χορήγηση φαιτολαμίνης (Iseri).

1952: Περιγραφή φαιοχρωμοκυτώματος και μυελοειδούς καρκίνου του θυρεοειδούς (De Courcy & De Courcy).

1953: Περιγραφή συνύπαρξης φαιοχρωμοκυτώματος και αιμαγγειώματος σε νόσο των von Hippel Lindau (Glushien).

1957: Πρώτη περιγραφή της ανεύρεσης αυξημένου VMA (κύριος μεταβολίτης της επινεφρίνης και νορεπινεφρίνης) στα ούρα ασθενών με φαιοχρωμοκύττωμα (Armstrong et al.).

1961: Περιγραφή συνύπαρξης αδενωμάτων των παραθυρεοειδών σε μερικούς ασθενείς με φαιοχρωμοκύττωμα και μυελοειδές καρκίνωμα του θυρεοειδούς (Cushman & Manning).

1967: Εισαγωγή της ενδοφλέβιας χορήγησης γλυκαγόνης ως διαγνωστικής προκλητής δοκιμασίας του φαιοχρωμοκυτώματος (Lawrence).

1968: Ταξινόμηση του συνδυσμού: οικογενές φαιοχρωμοκύττωμα με πολλαπλούς ενδοκρινικούς όγκους ως MEN 2 (Steiner).

1987: Γενετική μελέτη σε βάθος, που συνεχίζεται.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Fränkel F. Ein Fall von doppelseitigem, völling latent verlaufenen Nebennierentumor und gleichzeitiger Nephritis mit Veränderungen am Circulationsapparat und Retinitis. **Arch Pathol Anat Physiol Klin Med, 1886;103:244-63**

2. von Fränkel F. A case of bilateral completely latent adrenal tumor and concurrent nephritis with changes in the circulatory system and retinitis. **CA Cancer J Clin, 1984; 34:93-106**

3. Neumann HPH, Vortmeyer A, Schmidt D, Wermer M, Erlic Z, Cascon A, Bausch B, Januszewicz, Eng C. Evidence of MEN-2 in the original description of classic pheochromocytoma. **N Engl J Med, 2007;357:1311-5**

4. Manger WM. An Overview of Pheochromocytoma. History, Current concepts, Vagaries, and Diagnostic Challenges. **Ann N.Y. Acad Sci, 2006;1073:1-20**



Εξωσκοπήσεις

Αντώνης Κογεβίνας, koge@dotenet.gr

Γαστρεντερολόγοι και Ηπατολογία



Αναγνωρισμένη ειδικότητα Ηπατολογίας δεν υπάρχει. Το ήπαρ είναι γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητας της Γαστρεντερολογίας αλλά και της Παθολογίας. Η χρήση του ανύπαρκτου τίτλου “Ηπατολόγου” από κάποιους ιατρούς δημιουργεί πρόβλημα στην ιατρική κοινότητα. Κατ’ αρχάς **κάνει τους ασθενείς να νομίζουν ότι δεν αρκεί να είναι κανείς Γαστρεντερολόγος ή Παθολόγος για να ασχολείται με το ήπαρ, αλλά ότι πρέπει να έχει και ειδικότητα Ηπατολόγου.** Αυτό, εκτός από αναληθές και παραπλανητικό, ανησυχεί τους ασθενείς που ήδη παρακολουθούνται από ιατρούς που δεν φέρουν αυτόν τον επινοημένο τίτλο. “Μήπως θα πρέπει να πάω σε Ηπατολόγο;” αναρωτιούνται.

Παράλληλα η χρήση του τίτλου αυτού δημιουργεί μίαν **αντιπαλότητα μεταξύ Γαστρεντερολόγων και Παθολόγων που δεν θα υπήρχε** αν ο καθένας χειριζόταν τα περιστατικά, χωρίς να προσπαθεί να οικειοποιηθεί την ιδιότητα του Ηπατολόγου.

Οι Ιατρικοί Σύλλογοι, που κατά κανόνα ανέχονται όλες τις παρανομίες στο χώρο μας, αφήνουν απροσπάτητους όσους αρνούνται να μπουν σ’ αυτό το αμφίβολης νομιμότητας παιχνίδι τίτλων. **Στην προσπάθεια να αμυνθούν, μερικοί γαστρεντερολόγοι ωθούνται στο να προσθέσουν την ανύπαρκτη αυτή ειδικότητα δίπλα στο όνομά τους,** μεγαλώνοντας με τη σειρά τους το πρόβλημα για τους υπόλοιπους. Αλλά, αλήθεια, γνωρίζουν από ηπατολογία όλοι αυτοί που επικαλούνται τον τίτλο;

Δεν είναι μυστικό ότι υπάρχουν αρκετές Γαστρεντερολογικές Κλινικές που παρέχουν ειδικότητα γαστρεντερολογίας χωρίς να ασχολούνται σε βάθος και με την ηπατολογία. Παρόλα αυτά οι γαστρεντερολόγοι που αποκτούν την ειδικότητα στα τμήματα αυτά, χωρίς να έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση, θεωρούν εαυτούς ηπατολόγους και μερικοί το βάζουν και σαν τίτλο στην ταμπέλα τους. **Είναι κατά κάποιο τρόπο μια bonus πιστοποίηση** που αποδέχονται με ευχαρίστηση. Αυτό είναι παραπλανητικό για το κοινό.

Είναι δυνατόν οι Γαστρεντερολογικές Εταιρείες να επιθυμούν κάτι τέτοιο;

Φυσικά όχι ! Όμως, κάτω από την πίεση των παθολόγων που ασκούν ηπατολογία – μερικοί από αυτούς με μεγάλη επάρκεια και με διεθνή αναγνώριση – αρκετοί γαστρεντερολόγοι υπερασπίζονται απόψεις που δεν πιστεύουν ειλικρινά: Ότι τα πράγματα έχουν καλώς.

Με ανάλογες συμπεριφορές κινούνται και οι **Παθολόγοι, οι οποίοι επίσης δεν είναι ειδικά πιστοποιημένοι για την επάρκειά τους στην ηπατολογία** πέρα από τις γενικές εξετάσεις της ειδικότητας του Παθολόγου. Όμως, κάτω από την πίεση των γαστρεντερολόγων και γνωρίζοντας ότι **υστερούν στο επεμβατικό κομμάτι της ηπατολογίας που περιλαμβάνει παθήσεις χοληφόρων, κίρσους οισοφάγου, ERCP, stents κτλ.** εστιάζουν μόνο στο θέμα της πιστοποίησης των γαστρεντερολόγων. “Για τα επεμβατικά χρησιμοποιούμε τους γαστρεντερολόγους, τι πρόβλημα υπάρχει;” σου λένε. Αλήθεια, τι πρόβλημα υπάρχει, αν η δουλειά γίνεται σωστά;

Με τις πολωμένες αντιλήψεις όμως των παθολόγων και των γαστρεντερολόγων το θέμα **έχει μετατραπεί σε πρόβλημα σύγκρουσης ασυμβίβαστων συμφερόντων επιμέρους ομάδων.** Έχει πάρει κατά κάποιον τρόπο το δρόμο του Παλαιστινιακού-Εβραϊκού προβλήματος, που από πρόβλημα μοιράσματος οικοπέδων έχει μετατραπεί σε πρόβλημα σύγκρουσης θρησκειών, πολιτισμών, εθνικής αξιοπρέπειας. Ένα τέτοιο πρόβλημα δεν λύνεται παρά μόνον αν κάποιος από τους δύο καταφέρει να εξαφανίσει τον άλλον.

Αυτό όμως που φαίνεται να μην αντιλαμβάνονται και οι δύο πλευρές είναι ότι το **ποιος τελικά θα ασκεί την ηπατολογία δεν έχει να κάνει με την έκβαση του πολέμου μεταξύ Γαστρεντερολόγων και Παθολόγων, αλλά με το ποιον αποδέχεται το κοινό.** Ο κόσμος αδιαφορεί αν αυτός που του λύνει το πρόβλημα λέγεται Παθολόγος, Γαστρεντερολόγος ή Ηπατολόγος από τη στιγμή που είναι αποτελεσματικός. Για αυτόν το λόγο, **αυτό που πρέπει να ενδιαφέρει πάνω απ’ όλα τους Γαστρεντερολόγους είναι το πόσο καλά ασκούν την ηπατολογία.**

Εξωσκοπήσεις



Ζαβολιάρηδες ... με την ανοχή μας



Ποιοι είναι αυτοί που χρησιμοποιούν τον τίτλο Ηπατολόγου; Είναι δύο κατηγορίες. Η μία κατηγορία είναι ιατροί που αισθάνονται ότι δικαιούνται να κοινοποιήσουν στον

κόσμο ότι έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα με το ήπαρ γιατί όντως έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα με το ήπαρ. Η άλλη κατηγορία είναι αυτοί που προσπαθούν να ανταγωνιστούν τους πρώτους. Μερικοί έχουν ασχοληθεί με την ηπατολογία αλλά άλλοι όχι. **Και οι δύο κατηγορίες όμως βρίσκονται στον αέρα από άποψη νομιμότητας και ιατρικής δεοντολογίας.** Η συνέχιση αυτού του παιχνιδιού είναι δυνατή μόνον λόγω της ανοχής μας. Οποιοσδήποτε θελήσει να

Ηπατολογία: Επί της ουσίας



Αν το ζητούμενο είναι η σωστή άσκηση της ηπατολογίας για το καλό των ασθενών, τότε θα πρέπει να αποφασιστεί καταρχάς ποια πρέπει να είναι η σωστή εκπαίδευση αυτού

που την ασκεί. Αρκεί να είναι κανείς μόνον κλινικά ενημερωμένος; Είναι απαραίτητο να ξέρει να βλέπει πλακάκια ιστολογικών εξετάσεων και να γνωρίζει από εργαστήριο; Πρέπει να έχει πραγματοποιήσει κάποιον αριθμό βιοψιών ήπατος; Είναι απαραίτητα και τα επεμβατικά;

Αυτό σημαίνει ανάγκη πιστοποίησης των κέντρων που παρέχουν ειδικότητα Γαστρεντερολογίας, ώστε να εξασφαλίζεται σωστή εκπαίδευση και στην Ηπατολογία. Η δουλειά αυτή μπορεί να γίνει **σε συνεργασία και με τους διακεκριμένους παθολόγους** που ασχολούνται επιτυχώς με επιμέρους κεφάλαια της Ηπατολογίας. Πρέπει να μπουν στην άκρη οι ανόητοι εγωισμοί. **Επιτέλους, είμαστε ιατροί και πρέπει να σκεφτόμαστε το καλό των αρρώστων!** Δεν μπορεί να συμπεριφερόμαστε σαν φουκαράδες μικροεπαγγελματίες της γειτονιάς.

Οι Γαστρεντερολόγοι πρέπει για μερικά χρόνια να δώσουν **έμφαση και προτεραιότητα στην Ηπατολογία,** την οποία έχουν μερικώς παραμελήσει, μπροστά στις συναρπαστικές εξελίξεις στους άλλους κλάδους της ειδικότητας. Επιβάλλεται να δημιουργηθεί **Ηπατολογικό Τμήμα**

προσφύγει νομικά, χωρίς αμφιβολία θα κερδίσει την απαλοιφή της ανύπαρκτης ειδικότητας.

Οι Γαστρεντερολόγοι και οι Παθολόγοι θα πρέπει ειρηνικά να συμφωνήσουν καταρχάς ότι **δεν πρέπει να συνεχιστεί η επαγγελματική “ζαβολιά” με τον ανύπαρκτη τίτλο του “Ηπατολόγου”, γιατί αυτός ο όρος είναι που δημιουργεί το πρόβλημα και τη διαμάχη.** Ας ενημερώσουν τα μέλη τους, αλλά και τους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται τέτοιοι ανύπαρκτοι τίτλοι. Όσοι θα ήθελαν να κοινοποιήσουν την ιδιαίτερη ενασχόλησή τους με το ήπαρ θα μπορούσαν ενδεχομένως να χρησιμοποιούν τον όρο **«Με ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ηπατολογία».**

στη Γαστρεντερολογική Εταιρεία, όχι για να ανταγωνίζεται την ΕΕΜΗ με την οποία πρέπει να συνεργάζεται, αλλά για να προωθή την εκπαίδευση στην ηπατολογία στους γαστρεντερολόγους. Να δοθούν κατά προτεραιότητα **υποτροφίες για την εκπαίδευση γαστρεντερολόγων στην Ηπατολογία,** σε φημισμένα κέντρα του εξωτερικού, οι οποίοι επιστρέφοντας θα εκπαιδεύσουν τους νέους γαστρεντερολόγους. **Στο περιοδικό της ΕΓΕ να δοθεί έμφαση στην Ηπατολογία,** όπως έκαναν και οι Αμερικάνοι συνάδελφοί μας τα τελευταία χρόνια. Πρέπει να διεκδικηθεί η ειδικότητα όπως έχει σχεδιαστεί : Πλήρης, κλινική και επεμβατική.

Αν μακροπρόθεσμα οι Γαστρεντερολόγοι δεν **ασκήσουν σωστά την Ηπατολογία,** θα χάσουν αυτό που καταρχάς όλοι δέχονται ότι αποτελεί μέρος της ειδικότητάς τους και που εκτός των άλλων είναι και ένα συναρπαστικό κεφάλαιο της ιατρικής.

Και για να μην νομίζουμε ότι η ατελής εκπαίδευση των γαστρεντερολόγων στην ηπατολογία είναι μόνον Ελληνικό πρόβλημα, στο πρόσφατο τεύχος του Gut 2011;60 με τίτλο “The current state of hepatology training in UK” διαπιστώνεται ότι το 50% των γαστρεντερολόγων στο Ηνωμένο Βασίλειο δεν λαμβάνει οποιαδήποτε αμιγώς ηπατολογική εκπαίδευση, παρότι το 20% της μετέπειτα δουλειάς τους αφορά σε ηπατολογικά προβλήματα. **Προτείνεται λοιπόν η επείγουσα εθνική ανάγκη οργάνωσης της εκπαίδευσης στην Ηπατολογία. Αυτό πρέπει να κάνουμε και εμείς !**



Εξωσκοπήσεις

Βι αβ ηγομπλέμ!



Νομίζω ότι **όλοι έχουμε απνυδήσει πια με τα άθλια αγγλικά των Γάλλων συναδέλφων μας.** Να ένα παράδειγμα σε πρόσφατο διεθνές συνέδριο στην Ιρλανδία για τις φλεγμονώδεις νόσους: “Iar bi ab e stounní, zat soz zat Oumigá iz a elpfoúl teγαπί , az móutς az Γεμικέϊντ ” το οποίο σημαίνει “Here we have a study that shows that Humira is a helpful therapy, as much as Remicade ”.

Μετά από τόσα χρόνια **όλοι οι Ευρωπαίοι ομιλητές έχουν καταφέρει να μιλούν ανεκτά έως καλά αγγλικά εκτός από τους Γάλλους.** Οι καλύτεροι απ’ όλους είναι οι Ολλανδοί και οι Σκανδιναβοί που μιλούν άπταιστα και με σωστή προφορά. Οι νεώτεροι Έλληνες γαστρεντερολόγοι δεν πάνε πίσω και είναι μεγάλη χαρά να τους βλέπεις να μιλούν σωστά και κατανοητά. Αλλά και οι γηραιότεροι Έλληνες, που χρησιμοποιούσαν τις βαριές ελληνικούρες, έχουν βελτιωθεί σημαντικά μετά από τόσα χρόνια. Ακόμα και οι Γερμανοί και οι Ιταλοί, που μας ταλαιπωρούσαν για πολλά χρόνια μιλούν πια ανεκτά Αγγλικά.

Η σημασία των role models στη δημιουργία καλών ιατρών



Πρόσφατα, στο Chicago κατά τη διάρκεια του DDW 2011, η American Gastroenterology Association βράβευσε τον Γιάννη Δανιηλίδη αναγνωρίζοντάς τον σαν ξεχωριστό ιατρό. Αυτή είναι μια ασυνήθιστη διάκριση για κάποιον μη-Αμερικανό. Το βραβείο αυτό, σύμφωνα

Distinguished Clinician Awards

The Distinguished Clinician Award acknowledges exemplary leadership and excellence in the practice of gastroenterology. The AGA is proud to be awarding this honor to two deserving individuals.

Ioannis Danielides, MD, is a private practitioner and a consultant in gastroenterology to the Hygeia Hospital in Athens, Greece. As a result of his interest in gastrointestinal motility disorders, Dr. Danielides established one of the first motility units at the Hygeia Hospital. As chief of gastroenterology, he supervises a modern endoscopy unit and had contributed to the introduction of modern governance with impartial credential and review procedures.

Αυτό που στην πραγματικότητα βραβεύεται στην περίπτωση του Γιάννη Δανιηλίδη **είναι η παρουσία του σαν role model ιατρού στον χώρο της ιατρικής.** Η ανάγκη ύπαρξης παραδειγματικών ιατρών (role model doctors) είναι στο κέντρο της συζήτησης σήμερα, ακριβώς γιατί οι μεγάλες παραδοσιακές αξίες

Οι Γάλλοι όμως είναι αδιόρθωτοι! Η εντύπωση των περισσότερων είναι ότι **απλώς αρνούνται να προφέρουν σωστά τα αγγλικά.** Τα περιφρονούν; Εκφράζουν τη δυσθυμία τους για την ήττα της φραγκοφωνίας; Ποιος ξέρει; Σε επιβεβαίωση του ότι πρόκειται για ηθελημένη άρνηση συνηγορεί το γεγονός ότι οι επίσης γαλλόφωνοι Βέλγοι καταφέρνουν να μιλούν με σωστή προφορά.

Υπάρχει όμως ένα ιστορικό που οι παλαιότεροι θυμούνται: **Όταν πρωτοξεκίνησαν τα μεγάλα Διεθνή Πανευρωπαϊκά συνέδρια, οι Γάλλοι είχαν προσπαθήσει να γίνεται ένα μέρος των συνεδριάσεων στα γαλλικά.** Η συμμετοχή όμως ήταν τόσο μικρή, ώστε το σχέδιο ναυάγησε και απορρίφθηκε στην πράξη. Πόσο καιρό όμως μπορεί να κρατήσει το τραύμα από μίαν απόρριψη; Δεν θα πρέπει κάποτε να το ξεπεράσουν; Είναι στο κάτω-κάτω προσβλητικό να ταλαιπωρείς χιλιάδες ιατρούς που ταξιδεύουν από την άλλη άκρη της γης για να σε ακούσουν.

με τα λόγια του Ian Taylor, προέδρου του AGA Institute, απονέμεται σε ιατρούς από τους συναδέλφους τους, σε ένδειξη ύψιστης εκτίμησης και εμπιστοσύνης. Ιδού η λακωνική ανακοίνωση:

της ιατρικής αμφισβητούνται από το σημερινό zeitgeist. Στο άρθρο του BMJ **“How important are role models in making good doctors?”** [BMJ, Vol 325, 2002] αναγράφονται τα εξής ενδιαφέροντα:

Εξωσκοπήσεις



“Η παρουσία των role models – ανθρώπους με τους οποίους ταυτιζόμαστε, που έχουν αρετές που θα θέλαμε και εμείς να έχουμε και που είναι σε επίπεδα που και εμείς θα θέλαμε να φθάσουμε – έχει αποδειχτεί ότι είναι ένας τρόπος για να εμψυχήσει κανείς επαγγελματικές αξίες, νοοτροπίες και συμπεριφορές σε φοιτητές και σε νέους ιατρούς.

Οι εξαιρετικοί παραδειγματικοί ιατροί εμπνέουν, διδάσκουν με το παράδειγμα, προκαλούν ενθουσιασμό και δημιουργούν μιμητές. Μπορούν να επηρεάσουν μεγάλο αριθμό ανθρώπων, σπουδαστών και νέων ιατρών. Όμως το να γίνει κανείς role model δεν είναι κάτι στο οποίο μπορείς να εκπαιδευτείς, να οριστείς από κάποια επιτροπή ή να σου δοθεί πιστοποίηση. Το ότι έγινες role model για έναν νέο συνάδελφο μπορεί να έρθει αναπάντεχα, σαν έκπληξη, να σε κολακεύσει ή να σε τρομάξει, ανάλογα με τη συνείδηση του καθενός. Ο ρόλος αυτός διαφέρει από τον μέντορα, ως προς το ότι ο μέντορας έχει ρόλο προπονητή κατά κάποιο τρόπο. Είναι μια σαφής σχέση ένας προς έναν με κάποιον νεώτερο συνάδελφο. Οι μέντορες

καθοδηγούν ενεργά τους νεώτερους συναδέλφους κατά τη διάρκεια που αυτοί δημιουργούν τις δικές τους ξεχωριστές ιδιότητες.

Διερευνώντας ποιους ιατρούς θεωρούν σαν role models οι φοιτητές ιατρικής και οι νεώτεροι ιατροί, βρέθηκε ότι οι σπουδαιότερες ποιότητες ενός τέτοιου παραδειγματικού ιατρού αφορούσαν στην ικανότητα προσέγγισης των νεώτερων συναδέλφων, στη συμπόνια για τους ασθενείς όπως και στην ακεραιότητά τους. Επίσης διαπιστώθηκε ότι οι παραδειγματικοί αυτοί ιατροί αφιέρωναν περισσότερο χρόνο στο να τονίζουν τη σημασία της σχέσης ιατρού και ασθενούς όπως και στις ψυχοκοινωνικές πλευρές της ιατρικής. Η κλινική τους επάρκεια, ο ενθουσιασμός για την ειδικότητά τους και η διδακτική τους ικανότητα ήταν επίσης σημαντικά. Αντίθετα, στις χαμηλότερες θέσεις του καταλόγου βρίσκονταν τα ερευνητικά τους κατορθώματα, οι ακαδημαϊκοί τίτλοι τους, ο αριθμός των δημοσιεύσεών τους, η ικανότητα να εγείρουν επιχορηγήσεις, η επαγγελματική τους εξέλιξη, η ισχύς τους και τα εισοδήματά τους.”

Ο μύθος του αλάνθαστου



Στην πολύ ενδιαφέρουσα διημερίδα για την Ιατρική Ευθύνη που οργάνωσε ο Ιατρικός Σύλλογος Ηρακλείου- πρόεδρος του οποίου είναι ο δικός μας Γρηγόρης Πασπάτης- σε συνεργασία με τον Δικηγορικό Σύλλογο Ηρακλείου, τονίστηκαν οι δυ-

σκολίες κατά την άσκηση της ιατρικής. Παρόντες και Δικαστές, Εισαγγελείς, Εφέτες, Καθηγητές Νομικής, όλοι δηλαδή. Στις εισηγήσεις των ιατρών τονίστηκε ότι στην άσκηση της ιατρικής υπάρχουν παράγοντες όπως η **πίεση του χρόνου, που αναγκάζει τους ιατρούς να παίρνουν γρήγορες αποφάσεις,** πολλές φορές με ελλιπή ή και παραπλανητικά δεδομένα. Αυτό, σε αντίθεση με τη δικαιοσύνη που έχει άπλετο χρόνο για να μελετήσει τα γεγονότα εκ των υστέρων και αν δεν προλάβει παρόλα αυτά μπορεί να ζητήσει αναβολή για μερικούς μήνες. Μερικές ιατρικές αποφάσεις είναι λογικό να αποδεικνύονται λανθασμένες και **αυτό μπορεί να συμβεί σε όλους τους ιατρούς. Θα ήταν ποτέ δυνατόν να ασκείται η ιατρική**

αλάνθαστα; Όχι βέβαια. Θα ήταν άραγε χρήσιμο να προσάγονται όλοι οι ιατροί που κάνουν λάθος στη δικαιοσύνη για συνετισμό; Θα βελτίωνε αυτό τις υπηρεσίες υγείας; Η απάντηση έχει δοθεί από επίσημες υπηρεσίες που μελετούν τα ιατρικά λάθη στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη και λένε ένα ξεκάθαρο όχι [σσ. δεν αναφέρονται σε λάθη από εγκληματική αμέλεια ή απο υστεροβουλία].

Η σημερινή άποψη είναι ότι **τα λάθη πρέπει να αναλύονται ώστε να διορθώνονται και να προλαμβάνονται.** Αν ποινικοποιούνται τότε δεν θα συζητούνται αλλά θα κουκουλώνονται. Οι ιατροί θα κάνουν αμυντική ιατρική και τα λάθη θα επαναλαμβάνονται. Το κόστος της αμυντικής ιατρικής είναι αφόρητα βαρύ τόσο οικονομικά όσο και ποιοτικά.

Οι ιατροί που περνούν από μια δίκη ιατρικής ευθύνης, ακόμη και στην περίπτωση που αθωωθούν, βγαίνουν διαλυμένοι και ψυχικά σηματομενοι. Αν παρόλα αυτά, με τη λογική του “έφταιξες άρα θα πληρώσεις” προσάγονταν όλα τα ιατρικά λάθη για να δικαστούν τι θα γίνονταν; Αργά η γρήγορα αυτό θα γύριζε εναντίον της κοινωνίας, γιατί οι ιατροί δεν θα αναλάμβαναν επικίνδυνα περιστατικά, θα μειωνόταν ο αριθμός των ιατρών, όπως στην Αγγλία και την Αμερική, και το κόστος της αμυντικής



Εξωσκοπήσεις

ιατρικής θα εκτόξευε στα ύψη τις δαπάνες. Όμως υπάρχουν και σοβαρά ηθικά δικαστικά ερωτήματα: **Υπάρχουν Εισαγγελίες που έχουν τις γνώσεις αλλά προπαντός το θάρρος να βάλουν μια ιατρική υπόθεση στο αρχείο, χωρίς να την παραπέμπουν σε τακτική δικάσιμο εφόσον δεν προκύψει ευθύνη από την προανάκριση;**

Κάποια στιγμή, στη διημερίδα στο Ηράκλειο, τα πνεύματα οξύνθηκαν γιατί κάποιοι δικηγόροι προέβησαν σε άστοχες δηλώσεις εναντίον των ιατρών. Οπότε σηκώνεται ένας ιατρός από

το ακροατήριο και λέει : “ Όταν στο πρώτο δικαστήριο μας καταδικάζετε ενώ στο Εφετείο μας αθωνόνετε, τότε αναμφίβολα κάποιος από τους δύο δικαστές κάνει λάθος. Πρέπει να τιμωρούνται οι δικαστές που έκαναν λάθος ή είναι υπεράνω του νόμου ακόμα και αν καταστρέφουν καριέρες και ζωές ;” Φυσικά δεν δόθηκε απάντηση ...

... ο συνétairos σε θέση Trendelenburg!

Η εντατικοποιημένη φορολογική επιδρομή εναντίον των ιατρών είναι επόμενο ότι τους προκαλεί δυσφορία. **Δεν είναι αστείο να φορολογείσαι με 45% από ένα σπάταλο και διεφθαρμένο κράτος και να δέχεσαι επαναλαμβανόμενους εξονυχιστικούς ελέγχους κάθε τόσο. Από ότι απομένει , καταβάλεις 23% ΦΠΑ για ότι καταναλώνεις, όπως όλοι άλλωστε, και έτσι σου απομένει το 25% τελικά.** Δεν είναι αστείο να ξέρεις ότι αυτοί που επικαλούνται την ηθική τάξη για να αποσπάσουν τα 70% από το εισόδημά σου φοροδιαφεύγουν οι ίδιοι, ότι συναλλάσσονται κάτω από το τραπέζι και ότι επιστρέφουν κάθε τόσο μόνον και μόνον γιατί είσαι εύκολος στόχος. Δεν μπορεί να αποδεχτείς ότι δεν τιμωρήθηκε ούτε ένας για το Βατοπέδι, για τα υποβρύχια , για τα C4ί, τον ΟΣΕ και όλα αυτά τα σκάνδαλα, ακόμα και όταν ομολόγησαν ανοικτά ότι χρηματίστηκαν ενώ το κράτος σφυρίζει αδιάφορα.

Πώς είναι δυνατό να δεχτείς ότι νομιμοποιείται αυτός ο **ανύπαρκτος “συνétairos” του 45% να μην συνεισφέρει αυτά που όφειλε (υποδομές, υπηρεσίες, ασφάλεια κτλ) και να εμφανίζεται μόνον για να αποσπάσει χρήματα;** Πώς να δεχτείς ότι τις άγριες εξαντλητικές ώρες που δουλεύεις, που ρισκάρεις, που εξουθενώνεσαι, βράδια , ξενύχτια , Σαββατοκύριακα αυτός ο αόρατος

συνétairos **βρίσκεται σε θέση Trendelenburg μπροστά στην τηλεόραση και απολαμβάνει το φαγητό του, τον ύπνο του ή τον καφέ του;**

Έχουμε μια διάχυτη έμμονη στρεβλή προκατάληψη να μην φανούμε ιδιοτελείς, μονόπλευροι, προκλητικοί απέναντι στους άλλους, με αποτέλεσμα να **έχουμε πάψει να λέμε αυτά που σκεφτόμαστε και να διεκδικούμε αυτά που νομίζουμε ότι είναι σωστά. Αυτό όμως λέγεται αυτολογοκρισία.** Ε, λοιπόν, επειδή πρέπει να λέγονται οι αλήθειες, είναι αλήθεια ότι ακούει κανείς όλο και περισσότερους έντιμους, σκληρά εργαζόμενους ιατρούς να λένε ότι με τις συνεχείς ανελέητες εισπρακτικές επιδρομές αυτές αισθάνονται όπως αισθάνεται η προστατευόμενη που την επισκέπτεται ο προαγωγός για να της αρπάξει τα μισά εισοδήματα. **Αλλά τι κάνουν άραγε οι ενώσεις των ιατρών για να υπερασπιστούν τους βαλλόμενους ιατρούς;**

Εξωσκοπήσεις



Η πατρίς ευγνωμονούσα...και η κρίση εμπιστοσύνης



Ο Tony Judt , ένα από τα πιο φωτεινά σύγχρονα μυαλά, γράφει στο πρόσφατο βιβλίο του *Ill fares the land*, ότι **για να πετύχει οποιοδήποτε συλλογικό εγχείρημα χρειάζεται να υπάρχει εμπιστοσύνη.** Από τα παιχνίδια που παίζουν τα παιδιά μέχρι τις σύνθετες κοινωνικές δραστηριότητες, οι άνθρωποι **δεν μπορούν να συνεργαστούν αν δεν αναστείλουν τις καχυποψίες τους ο ένας για τον άλλον.** Το φορολογικό σύστημα είναι ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα:

Όταν πληρώνουμε φόρους, υποθέτουμε αρκετά πράγματα για τους συμπολίτες μας: - Καταρχάς **υποθέτουμε ότι και αυτοί θα πληρώσουν τους φόρους τους**, αλλιώς θα αισθανόμαστε ότι επιβαρυνόμαστε άδικα και αργά ή γρήγορα θα αναστέλλαμε τη δική μας συμβολή. - Δεύτερο, εμπιστευόμαστε αυτούς που επιλέξαμε σαν προσωρινή αρχή πάνω από τα κεφάλια μας, **να συλλέγουν και να ξοδεύουν τα χρήματα με υπευθυνότητα.** - Και τρίτο, το μεγαλύτερο μέρος των φορολογικών εισφορών πηγαίνει για να αποπληρωθεί παλαιότερο χρέος ή για να επενδυθεί σε μελλοντικά σχέδια. Υπάρχει δηλαδή **μια ανεπιφύλακτη σχέση εμπιστοσύνης και αμοιβαιότητας μεταξύ παλαιότερων φορολογουμένων και σημερινών**

επικαρπωτών, σημερινών φορολογουμένων και παλαιότερων και μελλοντικών αποδεκτών. Είμαστε καταδικασμένοι να εμπιστευόμαστε ανθρώπους που δεν γνωρίζουμε σήμερα, παλαιότερους ανθρώπους που δεν θα μπορούσε να έχουμε γνωρίσει και μελλοντικούς ανθρώπους που δεν θα γνωρίσουμε ποτέ. Με όλους αυτούς έχουμε μια πολύπλοκη σχέση αμοιβαίων συμφερόντων.

Να λοιπόν οι βάσεις του αισθήματος αδικίας που διακατέχει τους ιατρούς, αλλά και τον κόσμο γενικότερα στην σημερινή Ελλάδα. **Δεν υπάρχει εμπιστοσύνη ως προς το ότι όλοι πληρώνουν τους φόρους τους. Δεν εμπιστευόμαστε αυτούς που συλλέγουν και διαχειρίζονται τους φόρους. Αντιλαμβανόμαστε επίσης ότι μας χρεώθηκαν δυσβάστακτα χρέη από σπατάλες του παρελθόντος και από κομματικές αγυρτείες του τύπου “Τσοβόλα δώσα όλα” με τις οποίες υπερχρεώθηκε το μέλλον του τόπου, με αποτέλεσμα σήμερα να χρεοκοπεί η χώρα.**

Να και η άποψη ενός υψηλόβαθμου δικαστικού: “Το να απλώνει κανείς το χέρι με τη δύναμη της κυβέρνησης πάνω στην περιουσία ενός πολίτη και με το άλλο να το αποδίδει σε ευνοούμενους ιδιώτες και ιδιωτικές επιχειρήσεις για να χτίζουν ιδιωτικά πλούτη, δεν παύει να **αποτελεί ληστεία η οποία γίνεται με την κάλυψη του νόμου και αποκαλείται φορολόγηση** (*Supreme Court Justice Samuel F. Miller, Loan Association v. Topeka, 1874*).

demand από τον χρήστη, με πολύ καλή ευκρίνεια, ενώ προβάλλονται παράλληλα και οι διαφάνειες. **Είναι μια πολύ έξυπνη απλή ιδέα** που δεν υπήρχε μέχρι σήμερα στον Ελληνικό κυβερνοχώρο. Το κύρος και το μέγεθος του Ιδρύματος Μποδοσάκη, που βρίσκεται από πίσω, εξασφαλίζει την πρόσβαση στις σημαντικές επιστημονικές ομιλίες και συζητήσεις που γίνονται στην Ελλάδα.

Δίδεται η εντύπωση ότι με την πάροδο του χρόνου και λόγω της αυστηρής επιλογής των ομιλιών, το site θα αποκτήσει . . . impact factor και θα **αποτελεί τιμή για κάποιον να περιλαμβάνεται η ομιλία του σ’ αυτό.** Οψόμεθα!

www.blod.gr



BLOD είναι τα αρχικά του Bodossaki Lectures On Demand . Πρόκειται για ένα πολύ ενδιαφέρον site που

όπως αναφέρεται στην εισαγωγή “ **έχει σκοπό να συμβάλει στη διάδοση της επιστημονικής γνώσης και του πνευματικού προβληματισμού στον τόπο μας, συγκεντρώνοντας, καταγράφοντας και προβάλλοντας αυτούσιες , επιλεγμένες ομιλίες, διαλέξεις και εκδηλώσεις από όλο το φάσμα της επιστημονικής και πνευματικής μας ζωής “.**

Οι μαγνητοσκοπημένες ομιλίες αναμεταδίδονται on-



Ανθρωπισμός & Ιατρική

Νίκος Δούσης-Ρασσιάς

Ιατρός Μικροβιολόγος, Πρόεδρος των Γιατρών της Ειρήνης



Οι γιατροί της ειρήνης στις φλόγες της Λιβύης

Στις 17 Φεβρουαρίου 2011 ο λαός της Βεγγάζης στη Λιβύη άρχισε να διαδηλώνει κατά του καθεστώτος του Μουαμάρ Καντάφι. Δυστυχώς ο Καντάφι αντέδρασε με πρωτοφανή σκληρότητα και η όλη κατάσταση πήρε τελείως διαφορετική τροπή από τις εξεγέρσεις στην Τυνησία και την Αίγυπτο που είχαν προηγηθεί.

Μέχρι σήμερα που αποτυπώνω αυτές τις σκέψεις μου και αυτά που είδαν τα μάτια μου, η Λιβύη είναι μια φλεγόμενη χώρα απ' άκρου σ' άκρον.



Από τις πρώτες κιόλας μέρες η κατάσταση ξέφυγε από κάθε έλεγχο κι η σπίθα που 'χε ανάψει στην πλατεία Ταγίρ της Βεγγάζης απλώθηκε σ' όλη τη χώρα. Στα αιτήματα των πολιτών της Λιβύης για μεταρρυθμίσεις, εκδημοκρατισμό και απομάκρυνση της οικογένειας Καντάφι από την εξουσία, ο Καντάφι απάντησε: «Εγώ την έφτιαξα τη Λιβύη. Εγώ θα την κάψω».

Κι ενώ κορυφαίοι συνεργάτες του άρχισαν να τον εγκαταλείπουν και να προσχωρούν στους εξεγερμένους η να ζητούν πολιτικό άσυλο στη Δύση, ο Καντάφι άρχισε να δολοφονεί τον λαό του στηριζόμενος σε ακριβοπληρωμένους πιλότους από το εξωτερικό, μιας και οι δικοί του αρνούσαν να βομβαρδίσουν τον ίδιο τους το λαό, και μισθοφόρους-φονιάδες με

πλούσιο βιογραφικό από τις σφαγές σ' όλη την Αφρικανική ήπειρο.

Η ανθρωπιστική κρίση ήταν πλέον πραγματικότητα. Οι Γιατροί της Ειρήνης δεν έμειναν απαθείς στο δράμα του λαού της Λιβύης κι αποφάσισαν να δώσουν το ανθρωπιστικό τους παρόν. Στις 24 Φεβρουαρίου, μια μόλις βδομάδα μετά την έναρξη των διαδηλώσεων βρεθήκαμε στην Τυνησία στα σύνορα με τη Λιβύη.

Αρχικά αντιμετωπίσαμε την πεισματική άρνηση των ασφαλιτών του Καντάφι να μας επιτρέψουν την είσοδο στη Λιβύη. Έτσι αρκεστήκαμε να προσφέρουμε την ανθρωπιστική βοήθεια (φάρμακα & ιατρικά αναλώσιμα) που μεταφέραμε, στην Ερυθρά Ημισέληνο της Τυνησίας και σε αγαστή συνεργασία μαζί της να προσφέρουμε τις ιατρικές μας υπηρεσίες στους 120.000 πρόσφυγες, κυρίως Αιγύπτιους εργάτες, που εγκατέλειπαν άρον-άρον τη Λιβύη αναφωνώντας: «Ο Αλλάχ είναι μεγάλος», όταν πέραναν τα σύνορα, μη πιστεύοντας ότι είχαν σωθεί.

Μας έκανε εντύπωση η σχεδόν παντελής έλλειψη διεθνών ανθρωπιστικών οργανώσεων με μόνη φωτεινή εξαίρεση το Κατάρ και φυσικά την Ερυθρά Ημισέληνο της Τυνησίας.

Επιστρέψαμε στην Ελλάδα, αλλά η καρδιά μας έμεινε στη Λιβύη. Έτσι αναχωρήσαμε αυτή τη φορά για το Κάιρο. Ταξιδέψαμε οδικώς 1400 χλμ και φτάσαμε στη Βεγγάζη. Στα σύνορα συναντήσαμε εγκαταλελειμμένους πρόσφυγες από το Τσαντ που εργάζονταν στη Λιβύη και αναρωτιέται εύλογα κανείς που είναι η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες (UNHCR), ο Ερυθρός Σταυρός και η Ερυθρά Ημισέληνος. Εδώ η κατάσταση στα σύνορα ήταν τελείως διαφορετική από αυτήν που είχαμε αντιμετωπίσει πριν ένα μήνα στην Τυνησία. Οι πολιτοφύλακες των επαναστατών μας

υποδέχτηκαν κυριολεκτικά με αισθήματα ευγνωμοσύνης.

Η εικόνα της Βεγγάζης δεν ήταν η εικόνα μιας πόλης σε μια χώρα που βρίσκεται σε εμφύλιο. Δεν υπήρχαν ελλείψεις σε βασικά είδη. Εννοείται βέβαια ότι στην Αζντάμπια, τη Μπρέγκα, το Λας Ρανούφ, τη Μπενζαουάτ, τη Ζαουίγια και τη Μισράτα, τις πόλεις δηλαδή που βιώνουν κυρίως το βάρος του πολέμου κι έχουν αλλάξει πολλές φορές χέρια ανάμεσα στις δυνάμεις του Καντάφι και στους αντικαθεστωτικούς, η εικόνα είναι τελείως διαφορετική και μπορούμε να μιλάμε για ανθρωπιστική κρίση χωρίς προηγούμενο.

Ένα πρόβλημα που αντιμετωπίσαμε ήταν η αποκοπή μας από το εξωτερικό, λόγω παντελούς έλλειψης τηλεπικοινωνιών, γεγονός που ήταν ιδιαίτερα επώδυνο για τις οικογένειές μας, μιας και δεν είχαν καθόλου νέα μας και ανησυχούσαν εύλογα για την τύχη μας.

Την ανθρωπιστική βοήθεια που είχαμε μαζί μας (χειρουργικά εργαλεία και αναλώσιμα χειρουργείου) την παραδώσαμε στο νοσοκομείο Αλ Ζαλαά της Βεγγάζης. Στο ίδιο νοσοκομείο προσφέραμε και τις ιατρικές μας υπηρεσίες στους τραυματίες από τα πεδία των μαχών. Πάντως νιώθαμε ότι η μεγαλύτερη προσφορά μας ήταν αναμφισβήτητη η παρουσία μας. Το περιμέναμε γιατί το ίδιο ακριβώς συναίσθημα είχαμε βιώσει το 2009 στη βομβαρδιζόμενη Λωρίδα της Γάζας, παλιότερα στη Σερβία και αλλού.

Γυρίσαμε στην Ελλάδα αποφασισμένοι όσο ποτέ να μη ξεχάσουμε τη Λιβύη και, αν μας αξιώσει ο Θεός και μπορέσουμε να εξασφαλίσουμε το κόστος μιας νέας ανθρωπιστικής αποστολής, να ξαναπάμε και να ξαναπάμε για όσο τουλάχιστον θα συνεχίζεται αυτή η αιματοχυσία.

Πάρα πολλοί φίλοι, με εύλογη ανησυχία, έστειλαν μηνύματα συμπαράστασης είτε σ' εμένα, είτε στη σύζυγο μου Έρικα. Το πιο συγκινητικό ήταν ενός φίλου Λίβου που ζει στην Ελλάδα: «Να προσέχετε. Η λιβυκή κοινότητα στην Ελλάδα είναι στο πλευρό σας. Όπως κι εσείς στην Λιβύη.....»

Η ανήλικη κόρη μου μου είπε: «Πάντως μπαμπά να θυμάσαι ότι έχεις και γυναίκα και παιδιά». Το ωραιότερο σύνθημα που διάβασα στη Λιβύη ήταν στην πλατεία Ταγίρ, την καρδιά της επανάστασης, σ' ένα τοίχο με φωτογραφίες μαρτύρων και αγνοουμένων: «Αυτός που θα καταστήσει την ειρηνική επανάσταση ανέφικτη, θα καταστήσει τη βίαιη επανάσταση αναπόφευκτη».

Οι Γιατροί της Ειρήνης είμαστε περήφανοι γιατί στο καταστατικό μας έχουμε απαγορεύσει στους εαυτούς μας την οιαδήποτε χρηματοδότησή μας από την ελληνική κυβέρνηση ή την Ευρωπαϊκή Ένωση. Μόνη πηγή χρηματοδότησής μας είναι οι ανιδιοτελείς εισφορές φίλων μας και ανθρώπων που συμμερίζονται τις αξίες και τα οράματα μας.



ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΗΣ ΕΙΡΗΝΗΣ Διονύσου 35, Μαρούσι 15124, Τηλ.: 210612815, Fax: 2108020860
E-mail: ndousis@otenet.gr www.doctorsofpeace.gr



Καλλιτεχνικά & άλλα

Νάγια Μπομπόση

«Το Ρεμπέτικο» μέσα από τα μάτια ενός Γάλλου



Αθήνα, Οκτώβρης 1936, χαμόσιπα, τεκέδες, χασίς, χωροφύλακες, μουσική και το ρεμπέτικο. Αυτά τα στοιχεία συνθέτουν την εικόνα που διαδραματίζεται το νέο κόμικ του γάλλου David Prudhomme. Μία ιστορία με πολύχρωμα σκίτσα που κυκλοφόρησε πέρυσι στη Γαλλία και διακρίθηκε με το βραβείο

«Ματιές στον κόσμο» του Διεθνούς Φεστιβάλ Κόμικ της Ανγκουλέμ.

Ο σαραντάχρονος σκιτσογράφος από το Μπορντό εμπνεύστηκε την ιστορία του μετά την ανάγνωση της γαλλικής έκδοσης του βιβλίου της Gail Holst "Aux sources du Rébético".

Συνεπαρμένος από τη δύναμη στο βλέμμα των μουσικών, τις εκφράσεις των προσώπων και την αισθητική της εποχής αποφάσισε ότι ήθελε να ασχοληθεί βαθύτερα με το ρεμπέτικο. Το δοκίμιο του Ηλία Πετρόπουλου «Ρεμπέτικα Τραγούδια» που πίστευε ότι θα τον βοηθούσε πολύ, όσο κι αν το αναζήτησε στην αγγλική του έκδοση, μια και στα γαλλικά δεν είχε μεταφραστεί, δεν έφτασε ποτέ στα χέρια του. Στην έρευνα του το 2008 πέρασε από το ελληνικό βιβλιοπωλείο του Παρισιού, αλλά ταξίδεψε ο ίδιος στην Ελλάδα προκειμένου

να έχει προσωπική άποψη για κάποια μέρη.

Στο σενάριο παρακολουθούμε τη ζωή τεσσάρων ρεμπέτηδων ανάμεσα σε δύο ανατολές του ήλιου. Πρόκειται για τους Μπάτη, Δελιά, Βαρβακάρη και Παπαϊωάννου. Ουσιαστικά ο Παπαϊωάννου ποτέ δεν συνυπήρξε με τους άλλους τρεις που μαζί με τον



Παγιουμτζή αποτελούσαν τη γνωστή Πειραιώτικη κομπανία. Ο David έκρινε απαραίτητο αυτό τον αναχρονισμό προκειμένου να κατασκευάσει ένα μυθολογικό και όχι ιστορικό πλαίσιο της ιστορίας του ρεμπέτικου. Η επιλογή της χρονιάς του 1936 δεν έγινε τυχαία, μια και η δικτατορία της εποχής αποτελεί το σκηνικό της λογοκρισίας και κυρίως της περιθωριοποίησης του ρεμπέτικου που αποτελεί και κεντρικό θέμα του άλμπουμ. Τα χρώματα επελέγησαν επί τούτου σε κίτρινο, ώχρα και καφετί, ενώ προσπάθησε να αποφύγει κατά το δυνατό το μπλε και το άσπρο που θα του έδιναν έναν «τουριστικό» χαρακτήρα. Το άλμπουμ μέχρι τώρα έχει γνωρίσει μεγάλη επιτυχία στη Γαλλία και έχει μεταφραστεί σε έξι γλώσσες. Σε συνέντευξή του ο σκιτσογράφος, στην ερώτηση

πως νιώθει που το Ρεμπέτικο πρόκειται να δημοσιευτεί στην Ελλάδα, απάντησε: «Είναι μια τιμή που ίσως να μην αξίζω! Κατά βάση το «Ρεμπέτικο» είχε έναν προσανατολισμό αυστηρά «γαλλοκεντρικό». Ήθελα να μάθω στους συμπατριώτες μου κάτι που αποκλείεται να γνώριζαν, και ποτέ δεν είχα τολμήσει να φανταστώ ότι μια μέρα το άλμπουμ θα έφτανε στην Ελλάδα... Είμαι περίεργος να δω πως θα αντιμετωπίσουν οι Έλληνες τη ματιά ενός ξένου πάνω σε ένα τόσο «προσωπικό» κομμάτι της κουλτούρας τους. Ελπίζω να μην τους απογοητεύσω».

Το εξώφυλλο από μέσα



Ο Τιτανικός βούλιαξε σε ένα ποτήρι κοκτέιλ, που ευχόταν καλό ταξίδι.
Βούλιαξε, γιατί τις περισσότερες φορές τα πλοία δεν είναι έρμαια των κυμάτων,
άλλα έρμαια του καπετάνιου και του πληρώματος.
Titanic on the rocks.
Το νέο Ελληνικό κοκτέιλ είναι σίγουρα εμπνευσμένο.
Μια δόση χρονιάς διαφθοράς, μία γεμάτη δόση οικονομικής κατάρρευσης, μία δόση Δ.Ν.Τ.
με αρκετή Ευρωπαϊκή κρίση, κομματάκια πάγου πολιτικής ανικανότητας και...
Εις υγείαν.

Μίλτος Σκούρας

Ρυθμίστε...

με αποτελεσματικότητα

ibutin[®] 300

Υπεύθυνος Άδειας Κυκλοφορίας:

Galenica α.ε.
• Ελευθερίας 4, 145 64, Κηφισιά, Αθήνα,
Τηλ. Κέντρο: 210 5281700

Συμπρώθηση με την εταιρεία:

JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.
Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000,
www.janssen.com.gr

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή:
Συμπληρώστε την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»
Αναφέρατε:
• **ΟΛΕΣ** τις ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Νέα φάρμακα [N]
• Τις **ΣΟΒΑΡΕΣ** ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Γνωστά φάρμακα

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF *johnson-johnson*

Salofalk[®]

Granu-Stix 1000mg



Galenica α.ε.

ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΕΤΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

Ελευθερίας 4, 145 64 Κηφισιά, Τηλ.: 210 52 81 700 - Κουντουριώτου & Φασιανού 2, Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 54 26 85
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ: ΤΗΛ.: 210 5281731 - ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗΣ ΤΗΛ.: 210 5281805