

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) • Νοέμβριος - Δεκέμβριος - Ιανουάριος 2012 • Τεύχος 22
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

22

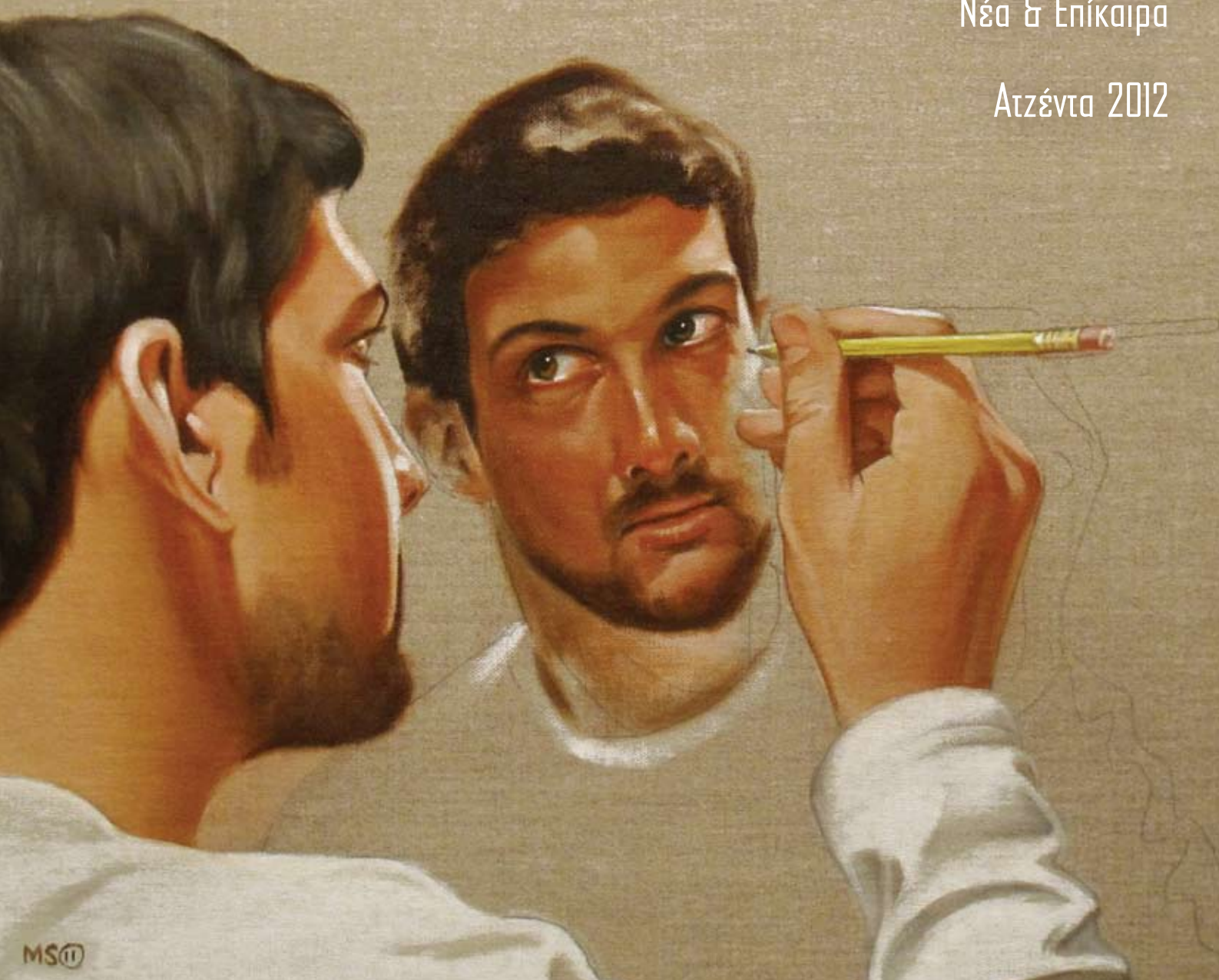
Ας ξεκινήσουμε
από κάπου

Κανονισμός πιστοποίησης

Απεικονιστική Διερεύνηση ΗΚΚ

Νέα & Επίκαιρα

Αιζέντα 2012



Όξινο Γαστρικό Περιβάλλον;

Αποδράστε

Zurcazol[®]
pantoprazole
40mg

Άρθρο Σύνταξης



Χρειάστηκε να γίνουν πολλές συναντήσεις, πολλές συζητήσεις και να διαθέσουν πολύ χρόνο όσοι έχουν εμπλακεί με την δημιουργία ενός ιδιωτικού προτύπου πιστοποίησης, για να φθάσουμε στο σημείο να σταλεί για «διαβούλευση». Τα εμπόδια πολλά, η βιβλιογραφία όχι πάντα διαθέσιμη, η τάση για αδράνεια όλων μας δεδομένη και η αντίδραση σε εποχή κρίσης αρνητική. Όμως είναι ένα βήμα μπροστά και πρέπει να το επιχειρήσουμε. Πριν από λίγα χρόνια ήταν ένα όραμα, τώρα μοιάζει να μπορεί να υλοποιηθεί.

Ο κανονισμός πιστοποίησης που περικλείεται στο τεύχος αυτό των «ενδοσκοπήσεων», είναι εστιασμένος στις ανάγκες μας και θέτει χωρίς πολλή γραφειοκρατία τις ελάχιστες προδιαγραφές που πρέπει να τηρούνται για να εκτελούνται οι ενδοσκοπήσεις με ασφάλεια. Ασφάλεια για τον ασθενή, το προσωπικό και τον ιατρό. Λαμβάνει υπόψη την Ελληνική πραγματικότητα, την άσκηση δηλαδή της ιδιωτικής γαστρεντερολογίας σε ατομικά ιατρεία, σε χώρους που δεν προορίζονται εξ αρχής για ιατρεία και θέτει προϋποθέσεις που δεν θα οδηγήσουν κατ' ανάγκη σε οικονομική επιβάρυνση.

Η πιστοποίηση είναι ένα άλμα στην κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας. Βελτιώνει την ικανοποίηση των ασθενών και την κοινωνική αποδοχή. Αποτρέπει προσπάθειες μη γαστρεντερολόγων να σφετερισθούν την ενδοσκόπηση και ισχυροποιεί τη θέση μας σε περίπτωση νομικής εμπλοκής.

Α. Νταϊλιάνας



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	06
ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΙΑΤΕ;	08
Βιβλιογραφική ενημέρωση	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	10
Κίνδυνοι από τη συγχορήγηση αναστολέων της αντλίας πρωτονίων (PPI's) με αντιαιμοπεταλιακά: Υπάρχουν νεότερα δεδομένα;	
ΕΙΣΩΣΚΟΠΗΣΕΙΣ	14
ΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ ΜΑΣ ΜΑΣ ΕΝΗΜΕΡΩΝΟΥΝ	18
Απεικονιστική διερεύνηση ΗΚΚ	



Περιεχόμενα

ΕΡΕΥΝΑ	22
Οι απαντήσεις των γαστρεντερολόγων για τη χορήγηση καταστολής και τις επιπλοκές	
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	30
Ατζέντα 2012	
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ & ΑΛΛΑ	32
Στο Βασίλειο του Μεγάλου Αλεξάνδρου - Η αρχαία Μακεδονία	
ΤΟ ΕΙΣΩΦΥΛΛΟ 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
Μπομπότση Νάγια
Μπουζάκης Ηλίας
Νικολόπουλος Αντώνης
Σκλάβος Παντελής

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

Πρόεδρος: Νταϊλιάνας Απόστολος
Αντιπρόεδρος: Κασσιπίδης Παναγιώτης
Γεν. Γραμματέας: Μπομπότση Νάγια
Ειδ. Γραμματέας: Ψιλόπουλος Δημήτρης
Ταμίας: Χρηστίδου Αγγελική

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

Διευθυντής Δημιουργικού:

Σκούρας Μίλτος

Δημιουργική Επιμέλεια:

Ιωάννα Βαρδαξόγλου

Εικονογραφισι 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



Νέα & Επίκαιρα

Νάγια Μπομπότση - Απόστολος Νταϊλιάνας

Διημερίδα ΓΟΠ

Τελειώνοντας το τρίτο τρίμηνο του έτους, στα τέλη Σεπτεμβρίου, πραγματοποιήθηκε και φέτος η Διημερίδα της ΕΠΕΓΕ. Ο πρόεδρος της οργανωτικής επιτροπής, κ. Απόστολος Μαντιδής, με τη γνωστή του ικανότητα μετέτρεψε τη διημερίδα σε μία ευχάριστη, φροντιστηριακού τύπου δραστηριότητα και ανέλυσε με απλό και γλαφυρό τρόπο όλο το φάσμα της Γαστροοισοφαγικής Παλινδρόμησης. Το περιεχόμενο των εισηγήσεων και των ομιλιών, όπως και η ενεργός συμμετοχή των συναδέλφων, ικανοποιούν απόλυτα τους στόχους που έχει θέσει το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ με τις μονοθεματικού τύπου ετήσιες αυτές εκδηλώσεις. Παράλληλα διεξήχθη με επιτυχία και το σεμινάριο καταστολής και αναλγησίας στην ενδοσκόπηση από την Αναισθησιολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Γενική συνέλευση

Στα πλαίσια της διημερίδας συγκλήθηκε και η ετήσια Γενική Συνέλευση. Μετά την παρουσίαση του οικονομικού απολογισμού και των πεπραγμένων του προηγούμενου έτους η συζήτηση επικεντρώθηκε στο επίμαχο ζήτημα του ΕΟΠΥΥ. Αποφασίσθηκαν ομόφωνα τα ακόλουθα: Ο ενιαίος ασφαλιστικός φορέας (ΕΟΠΥΥ) αποτελεί θετική πρόοδο για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά για να εκπληρώσει τους σκοπούς του απέναντι στους ασφαλισμένους πρέπει να πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις:

1. Δυνατότητα για ελεύθερη πρόσβαση στον φορέα των ιατρών που επιθυμούν να συνάψουν σύμβαση.
2. Πληρωμή των συμβεβλημένων ιατρών κατά πράξη και περίπτωση.
3. Να ισχύσουν οι νέες τιμές ενδοσκοπήσεων που έχει ζητήσει ήδη το ΚΕΣΥ και όχι οι τιμές του 1993.
4. Για όσους δεν επιθυμούν την συμμετοχή στον φορέα πρέπει να υπάρχει η αυτονόητη δυνατότητα συνταγογράφησης και αναγραφής εξετάσεων.

Υπό τις παρούσες συνθήκες και με τα υπάρχοντα ως τώρα δεδομένα, η γενική συνέλευση κατέληξε ότι οι γαστρεντερολόγοι θα απέχουν από τον ΕΟΠΥΥ. Οι προωθούμενες αλλαγές είναι εις βάρος της δημόσιας υγείας και του ασφαλισμένου και εις βάρος της αξιοπρεπούς άσκησης της ιατρικής από τους συμβεβλημένους ιατρούς.

Χαρτογράφηση γαστρεντερολόγων Ελλάδας

Ο ενημερωμένος γαστρεντερολογικός χάρτης της Ελλάδας αποτελεί ένα σημαντικό στόχο για την ΕΠΕΓΕ. Η πρώτη καταγραφή έγινε το 2006 με απευθείας τηλεφωνική επικοινωνία με όλους τους γαστρεντερολόγους. Η τελευταία καταγραφή έγινε το 2010 με άλλη, πιο απλή μέθοδο. Τα δεδομένα αντλήθηκαν από τους ιατρικούς συλλόγους της χώρας. Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν παρουσιάστηκαν στην εαρινή σύνοδο της UEMS. Ζητήθηκε από όλες τις συμμετέχουσες χώρες ένα σύνολο δημογραφικών στοιχείων, αλλά η χώρα μας διακρίθηκε για την πληρότητά τους.

Πιστοποίηση

Στην τελική φάση περνάει πλέον η πιστοποίηση των ενδοσκοπικών ιατρείων νοσοκομείων και ελευθεροεπαγγελματιών. Ο κανονισμός πιστοποίησης που περιλαμβάνει όλα εκείνα τα σημεία που πρέπει να πληρούνται από ένα ενδοσκοπικό ιατρείο προκειμένου να πιστοποιηθεί αποστέλλεται μαζί με αυτό το τεύχος των «ενδοσκοπήσεων» προς διαβούλευση. Ο στόχος είναι οι παρατηρήσεις των συναδέλφων και ενδεχόμενες προσθήκες να ενσωματωθούν και μετά από ένα μήνα να ξεκινήσει η διαδικασία της προαιρετικής πιστοποίησης. Παρακαλείστε όπως στείλετε τη γνώμη σας τηλεφωνικά, με fax ή με e-mail, έως τις 30/1/2012.



Mezavant,[®]
μία φορά την ημέρα
για την Ελκώδη
Κολίτιδα (ΕΚ)¹

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, Palmen 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. Κατασκευασμένα, ελλειψοειδείς, επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, που φέρει χαραγή στη μία όψη με την ένδειξη S476. **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ** **Θεραπευτικές ενδείξεις** Για την επανόρθωση 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 επανόρθωση 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 ελάχιστης 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 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, αναιμία, πυρετό ή κνίδωση, 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 προϋπάρχουσα καρδιακή ανεπάρκεια ή περικαρδίτιδα. Εάν υπάρχει υποψία για αντίδραση υπερευαισθησίας αυτής της μορφής, δεν πρέπει να δοθούν ξανά σκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη. Η μεσαλαζίνη έχει συσχετιστεί με ένα σύνδρομο οξείας δυσανεξίας που μπορεί να είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί από ανώμαλη απόκριση της φλεγμονώδους απόκρισης των εντέρων. Αν και η ακριβής συχνότητα εμφάνισης δεν έχει καθοριστεί, έχει παρουσιαστεί στο 3% των ασθενών σε ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές με μεσαλαζίνη η σούλφασαλαζίνη (sulfasalazine). Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κράμπες, οξύ κοιλιακό πόνο και αιμορροϊδική διάρροια, κάποιες φορές πυρετό, κεφαλαλγία και εξάνθημα. Εάν υπάρχει υποψία συνδρόμου οξείας δυσανεξίας, απαιτείται άμεση διακοπή της θεραπείας και δεν πρέπει να δοθούν ξανά 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 δόσο-εξαρτώμενα 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 αμφοιπτικού 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%): Φορυγγολαρυγγικός 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, έμετος **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, κνίδωση, εξάνθημα, κνίδωση **Διαταραχές μυοσκελετικού συστήματος, συνδετικού ιστού και οστών** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Αρθραλγία, πόνος στη μέση **Ενέργειες διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης** Όχι συχνές (>0,1% και <1%): Εξασθένηση, οίδημα προσώπου, κόπωση, πυρετός. Η μεσαλαζίνη συσχετίζεται επίσης με τα ακόλουθα συμβάντα: **Διαταραχές του ανοσοποιητικού και του λεμφικού συστήματος** Ακοκκιοκυττάρωση, απλαστική αναιμία, λευκοπενία, ουδετεροπενία, Πανκυτταροπενία, θρομβοκυτταροπενία. **Διαταραχές του νευρικού συστήματος** Νευροπάθεια **Καρδιακές διαταραχές** Μυοκαρδίτιδα, περικαρδίτιδα **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου** Αλλεργική κυψελίτιδα, 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** Συστηματικό σύνδρομο παρόμοιο προς το σύνδρομο του ερυθράτουδους λίκου, μυαλγία **Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών** Διάμεση νεφρίτιδα, νεφρωτικό 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 ΑΝΑΓΕΩΡΓΗΣ 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€

Shire

GENESIS
pharma

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



Impact of nasogastric lavage on outcomes in acute GI bleeding. E.S. Huang, S.Karsan, F. Kanwal, I. Singh, M. Makhani, B.M.Spiegel. Gastrointest . Endosc 2011; 74: 971-80

Πόσο απαραίτητη είναι η τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα πλύσεων σε ασθενείς με αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό;

Οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού, μη κιρσικής αιτιολογίας, προτείνουν αρχικά την σταθεροποίηση του ασθενούς, την έναρξη αγωγής με αναστολείς της αντλίας πρωτονίων και στη συνέχεια τη διενέργεια ενδοσκόπησης μέσα στο πρώτο 24-ωρο από την έναρξη της αιμορραγίας.

Όσον αφορά στην τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα πλύσεων (NGL), προ της ενδοσκόπησης, οι οδηγίες είναι λιγότερο σαφείς. Παρά το γεγονός ότι πολλοί ιατροί αποφεύγουν τη συστηματική τοποθέτηση NGL καθώς τη θεωρούν περιττή, υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν πως η τακτική τοποθέτηση NGL μπορεί να βοηθήσει στην εκτίμηση της σοβαρότητας της αιμορραγίας καθώς η παρουσία αίματος στο έκπλυμα υποδηλώνει ενεργό αιμορραγία και σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά θνητότητας. Το όφελος κάποιων επιπλέον πιθανών πλεονεκτημάτων όπως η πρόληψη εισρρόφησης, η βελτίωση του ενδοσκοπικού πεδίου και ο αποκλεισμός του ανώτερου πεπτικού σε περίπτωση αιμορραγίας από τον κατώτερο πεπτικό σωλήνα, παραμένει ακόμη αμφιλεγόμενο. Στην παραπάνω αναδρομική μελέτη συμπεριελήφθησαν 632 ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου και στο 60% εξ αυτών τοποθετήθηκε NGL προ της ενδοσκόπησης. Όπως διαπιστώθηκε, οι περισσότεροι ασθενείς στους οποίους τοποθετήθηκε NGL, έπασχαν από σοβαρότερα υποκείμενα νοσήματα και παρουσίασαν σοβαρότερη αιμορραγία σε σχέση με αυτούς που δεν τους τοποθετήθηκε NGL.

Η συγκριτική αξιολόγηση ασθενών με παρόμοια χαρακτηριστικά έδειξε πως μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών, δεν διαπιστώθηκε διαφορά στους δείκτες θνητότητας στις 30 ημέρες, ούτε παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στη διάρκεια νοση-

λείας των ασθενών. Επιπλέον, δεν διαπιστώθηκε διαφορά στις ανάγκες μετάγγισης ή στην ανάγκη επείγουσας χειρουργικής αντιμετώπισης. Αντιθέτως, η παρουσία αίματος στο έκπλυμα του ρινογαστρικού καθετήρα παρότρυνε σε περισσότερες επείγουσες ενδοσκοπήσεις.

Συμπερασματικά, η τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα σε ασθενείς με αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό, μπορεί να είναι σημαντική στην επιλογή των ασθενών που χρήζουν άμεσης ενδοσκόπησης, ο ρόλος της όμως στη συνολική πρόγνωση των ασθενών είναι λιγότερο σημαντικός.

Cost-Effectiveness model of endoscopic biopsy for eosinophilic esophagitis in patients with refractory GERD. S.M. Miller, J.L. Goldstein and L.B. Gerson. Am J Gastroenterol 2011;106:1439-1445

Είναι οικονομικά συμφέρουσα η λήψη βιοψιών οισοφάγου από ασθενείς με ΓΟΠ ανθεκτικής στη χορήγηση PPI's αλλά χωρίς δυσφαγία;

Η ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα αναγνωρίζεται με συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα παγκοσμίως και εκτιμάται ότι αφορά το 0,4% των συμπτωματικών ενηλίκων ατόμων ενώ η συχνότητά της, μεταξύ των ασθενών που υποβάλλονται σε ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού για οποιοδήποτε λόγο, ανέρχεται στο 7% και φθάνει στο 10-15% σε αυτούς που ενδοσκοπούνται λόγω δυσφαγίας.

Ο οπισθοστερνικός καύσος και τα άλλα συμπτώματα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (GERD), με ή χωρίς δυσφαγία αποτελούν, στους ενήλικες, συχνές κλινικές εκδηλώσεις και της ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας (ΕοΕ). Συνεπώς, μπορεί να υπάρχει μια ενδεχόμενη αλληλοεπικάλυψη συμπτωμάτων μεταξύ της GERD και της ΕοΕ. Ενώ η πλειοψηφία των ασθενών με GERD θα παρουσιάσει σχεδόν πλήρη κλινική ύφεση μετά από 8 εβδομάδες αγωγής με μονή δόση PPI's, το αντίστοιχο δεν πρόκειται να συμβεί στους ασθενείς με ΕοΕ, ούτε όταν αυτοί ακολουθούν αγωγή με διπλή δόση PPI's, γεγονός που θα οδηγήσει σε περαιτέρω διαγνωστικό έλεγχο. Επομένως, τίθεται το ερώτημα της λήψης βιοψιών από τον οι-

σοφάγο, σε ασθενείς με GERD ανθεκτική στη θεραπεία με PPI's, προκειμένου να αποκλειστεί μια υποκείμενη ΕοΕ. Ακόμα και η Αμερικάνικη Ένωση Γαστρεντερολόγων (AGA), ενώ συνιστά τη λήψη βιοψιών σε ασθενείς με δυσφαγία, δεδομένης τη μεγάλης συχνότητας ΕοΕ σε αυτή την ομάδα των ασθενών, δεν έχει πάρει θέση όσον αφορά στη λήψη βιοψιών από ασθενείς με ανθεκτική GERD αλλά χωρίς δυσφαγία.

Το παραπάνω ζήτημα αποτέλεσε σκοπό της παρούσας μελέτης και εξετάστηκε ιδιαίτερα η σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας της λήψης βιοψιών. Δημιουργήθηκε ένα μοντέλο αξιολόγησης που περιελάμβανε δύο ομάδες ασθενών με ανθεκτική GERD χωρίς δυσφαγία. Η μία ομάδα υποβλήθηκε σε ενδοσκόπηση χωρίς να γίνει λήψη βιοψιών και η άλλη σε ενδοσκόπηση με λήψη βιοψιών. Εκτός της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των βιοψιών το μοντέλο αξιολόγησης περιελάμβανε κι άλλες παραμέτρους όπως η ποιότητα ζωής, το κόστος των ενδοσκοπήσεων, της θεραπείας με PPI's ή με φλουτικαζόνη και την απάντηση των συμπτωμάτων στην αγωγή με φλουτικαζόνη.

Διαπιστώθηκε ότι η ενδοσκόπηση και λήψη βιοψιών από ασθενείς με GERD ανθεκτικής στη χορήγηση PPI's αλλά χωρίς δυσφαγία είναι συμφέρουσα καθώς η συχνότητα της ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας ξεπερνά το 7%..

Likelihood of missed and recurrent adenomas in the proximal versus the distal colon. A.O. Laiyemo, C. Doubeni, A.K. Sanderson et al. Gastrointest Endosc 2011;74:253-61

Η εντόπιση ενός αρχικού αδενώματος μπορεί να σχετίζεται με τη τάση επανεμφάνισης ενός άλλου αδενώματος στο παχύ έντερο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, η κολονοσκόπηση είναι λιγότερο αποτελεσματική στη μείωση της θνητότητας από καρκίνο του παχέος εντέρου όταν αυτός εντοπίζεται στο εγγύς σε σχέση με το άπω κόλον. Αν και παράγοντες όπως η ποιότητα της αρχικής κολονοσκόπησης, η εντερική προετοιμασία, η εμπειρία του ενδοσκόπου, η αποτυχία ανίχνευσης επίπεδων ή εσκαμμένων βλαβών, πιθανόν να συμβάλλουν στη



παραπάνω διαπίστωση, είναι επίσης πιθανό η δι-αφορά της εντόπισης των αδενωμάτων να σχετίζεται και με την ίδια τη βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Στη μελέτη αυτή εκτιμήθηκε η σχέση μεταξύ της εντόπισης ενός αδενώματος κατά την αρχική ενδοσκόπηση με τον κίνδυνο επανεμφάνισης ενός αδενώματος αλλά και με την εντόπιση της υποτροπής του αδενώματος, σε μια προσπάθεια να διερευνηθούν πιθανές διαφορές της τάσης επανεμφάνισης ενός αδενώματος αναλόγως της εντόπισής του.

Συνολικά 1864 ασθενείς στους οποίους είχε διαπιστωθεί αδένωμα στην αρχική κολονοσκόπηση, υποβλήθηκαν σε επαναληπτική κολονοσκόπηση στην επόμενη 4-ετία. Χίλιοι επτακόσιοι τριάντα ένας ασθενείς από τους παραπάνω υποβλήθηκαν σε κολονοσκόπηση μόλις ένα χρόνο μετά την αρχική ενδοσκόπηση. Στους 598 από τους 1731 (34,6%) διαπιστώθηκε αδένωμα. Συγκρινόμενοι με αυτούς που είχαν αδένωμα στο άπω κόλον στην αρχική κολονοσκόπηση, οι ασθενείς με αδένωμα μόνο στο εγγύς παχύ έντερο στην αρχική κολονοσκόπηση είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν ένα αδένωμα το οποίο δεν είχε διαπιστωθεί στην αρχική κολονοσκόπηση (missed adenoma). Στην επαναληπτική κολονοσκόπηση στα τέσσερα χρόνια, 733 ασθενείς (39,3%) είχαν επανεμφάνιση ενός αδενώματος. Οι ασθενείς με αδένωμα του εγγύς κόλου στην αρχική κολονοσκόπηση είχαν περισσότερες πιθανότητες επανεμφάνισης αδενώματος σε οποιοδήποτε σημείο, αλλά κυρίως στο εγγύς κόλον, σε σχέση με αυτούς είχαν αδένωμα μόνο στο άπω παχύ έντερο.

Συμπερασματικά, παρατηρήθηκε μια αυξημένη τάση επανεμφάνισης αδενώματος στο εγγύς κόλον, σε σχέση με το άπω κόλον, γεγονός που ενδεχομένως να πρέπει να ληφθεί υπόψη στη σύσταση οδηγιών για την παρακολούθηση των ασθενών μετά από πολυποδεκτομή.



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ (PPI'S) ΜΕ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΑ: Υπάρχουν νεότερα δεδομένα;

Σπύρος Γούλας

Η χορήγηση αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων όπως το ακετυλοσαλικυλικό οξύ (ASA) και η κλοπιδογρέλη (CL), είναι βασικό συστατικό στοιχείο της θεραπείας της αθηρωματικής καρδιαγγειακής νόσου. Υπολογίζεται ότι ασθενείς με στεφανιαία νόσο, αγγειακό εγκεφαλικό και περιφερική αρτηριοπάθεια λαμβάνουν ASA και CL σε ποσοστά 60% και 25% αντίστοιχα σε διεθνές επίπεδο. Στις ΗΠΑ 13% των ασθενών με στεφανιαία νόσο λαμβάνουν διπλή αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία (ASA + CL). Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η διπλή αυτή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή μειώνει τον κίνδυνο θρόμβωσης και μειζόνων καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο ή ασθενείς που φέρουν ενδοπροσθέσεις (stents) στα στεφανιαία. Η αγωγή αυτή συνοδεύεται, όπως είναι γνωστό, από αύξηση του κινδύνου αιμορραγίας πεπτικού και είναι αναγκαίο σε άτομα που διατρέχουν υψηλό ρίσκο για αιμορραγία να προφυλάσσονται ανάλογα. Ας δούμε όμως πιο αναλυτικά τα επί μέρους ζητήματα που ανακύπτουν:

Αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (μονή ή διπλή) και κινδύνος πεπτικής αιμορραγίας

Η λήψη ASA αυξάνει τον κίνδυνο αιμορραγίας κατά 2-4 φορές. Ο κίνδυνος αυτός είναι δόσοεξαρτώμενος (αυξάνει με την αύξηση της δόσης). Σύμφωνα με πρόσφατες συστάσεις η χορήγηση ASA δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 75-80 mg ημερησίως, δόση που συνδυάζει καλό αντιαιμοπεταλιακό αποτέλεσμα και το μικρότερο κίνδυνο πεπτικής αιμορραγίας. Η διπλή θεραπεία (ASA + CL) σύμφωνα με οδηγίες της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας συνιστάται σε: ασθενείς με μεταλλικό stent στεφανιαίων για 12 μήνες, σε ασθενείς με stent που εκλύει φάρμακο για τουλάχιστον 12 μήνες, σε ασταθή στηθάγχη ως 12 μήνες και σε έμφραγμα με αύξηση του διαστήματος ST για τουλάχιστον 14 μέρες. Η διπλή θεραπεία (ASA+CL) σύμφωνα με διπλές τυφλές μελέτες αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο πεπτικής αιμορραγίας [RR 1,78 (95% CI 1,25-2,54) και 1,96 (95% CI 1,46-2,63)

σύμφωνα με τις μελέτες CURE & ACTIVE αντίστοιχα] συγκριτικά με τη μονοθεραπεία με ASA. Στη μελέτη CHARISMA ακόμη και μία μέτριας βαρύτητας πεπτική αιμορραγία συνδέεται με αύξηση της θνητότητας από κάθε αίτιο (HR 2,6; 95% CI 1,7-3,8), έμφραγμα (HR 2,9; 95% CI 3,1-5,8) και αγγειακό εγκεφαλικό (HR 4,2; 95% CI 3,1-5,8) υπογραμμίζοντας ότι μια τέτοια αιμορραγία μπορεί να αυξήσει την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα.

Διπλή αγωγή με ASA και βαρφαρίνη χορηγείται σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, μεταλλική βαλβίδα, ενδαγγειακό θρόμβο ή αντιφωσfolιπιδικό σύνδρομο. Η πρακτική αυτή αυξάνει τον κίνδυνο αιμορραγίας κατά 2,37; CI 1,37-4,10 συγκριτικά με μονοθεραπεία με ASA.

Πρόληψη πεπτικής αιμορραγίας οφειλόμενης σε αντιαιμοπεταλιακά

Η χορήγηση γαστροπροστασίας με PPI's μειώνει τον κίνδυνο αιμορραγίας από αντιαιμοπεταλιακά. Το 2008 τα Αμερικανικά Κολλέγια Γαστρεντερολόγων και Καρδιολόγων δημοσίευσαν κατευθυντήριες οδηγίες για τον περιορισμό του κινδύνου. Οι ειδικοί συνέστησαν γαστροπροστασία με PPI'S στις ομάδες ασθενών υψηλού κινδύνου που λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (μονή ή διπλή). Τα επόμενα χρόνια δημοσιεύτηκαν μελέτες που υποστήριζαν πιθανές αλληλεπιδράσεις από τη χορήγηση PPI's με αντιαιμοπεταλιακά με αποτέλεσμα την μείωση της δραστηριότητας του αντιαιμοπεταλιακού και την αύξηση των καρδιακών συμβαμάτων. Με βάση αυτές τις μελέτες το FDA κυκλοφόρησε το διάστημα 1/2009 - 3/2010 σειρά συστάσεων ασφαλείας που εφιστούσαν την προσοχή των ιατρών στις πιθανές γενετικές διαφορές στον ηπατικό μεταβολισμό ορισμένων PPI's και της κλοπιδογρέλης και στην πιθανότητα μειωμένης μετατροπής της τελευταίας από το μη δραστικό προφάρμακο στο δραστικό μεταβολίτη λόγω ανταγωνισμού των φαρμάκων στον ηπατικό μεταβολισμό τους. Μάλιστα τον 11/2009 το φυλλάδιο οδηγιών για την κλοπιδογρέλη αναθεω-



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ (PPI'S) ΜΕ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΑ: Υπάρχουν νεότερα δεδομένα;

ρήθηκε για να συμπεριλάβει προειδοποιήσεις για τη συγχορήγηση ειδικά με ομεπραζόλη. Στην πιο πρόσφατη αναθεώρησή του το FDA (10/2010) συνεχίζει να εφιστά την προσοχή στη συγχορήγηση κλοπιδογρέλης με ομεπραζόλη (μόνο) και προτείνει ως εναλλακτική λύση τη χορήγηση παντοπραζόλης λόγω του διαφορετικού μεταβολισμού της.

Υπάρχει αλληλεπίδραση από τη συγχορήγηση και αν ναι είναι κλινικά σημαντική ώστε να τροποποιεί τη θεραπευτική απόφαση (ποιος PPI?)

Όπως αναφέρθηκε ήδη υπήρχαν στοιχεία ότι η συγχορήγηση ορισμένων PPI's (κυρίως ομεπραζόλης) με κλοπιδογρέλη μειώνει την αντιαιμοπεταλιακή δράση της τελευταίας και αυξάνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Αρχικά το θέμα αφορούσε το σύνολο των ασθενών που ελάμβαναν τη διπλή αγωγή και τον PPI. Στη συνέχεια πιο προσεκτικές έρευνες εστίασαν σε μια ομάδα ασθενών με γενετικά προσδιορισμένο πτωχό μεταβολισμό των PPI's και ιδίως της ομεπραζόλης, με αποτέλεσμα τη μετατροπή σε μικρότερο βαθμό (μέσω του ίδιου ενζυμικού συστήματος CYP) της κλοπιδογρέλης (προφάρμακο) στον ενεργό της μεταβολίτη και άρα μείωση της δραστηριότητάς της και αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Τα στοιχεία αυτά βασίζονταν σε ex vivo μελέτες και σε μελέτες με ετερογενή πληθυσμό και μεθοδολογικά προβλήματα. Νεότερες όμως μελέτες και μεταanalύσεις, καλά σχεδιασμένες και με αυστηρή στατιστική μεθοδολογία, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι δεν μπορεί να τεκμηριωθεί κλινικά σημαντική αλληλεπίδραση από τη συγχορήγηση οποιουδήποτε PPI και κλοπιδογρέλης. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν το 2010 και τα Αμερικανικά Κολλέγια Γαστρεντερολόγων και Καρδιολόγων εκτιμώντας το σύνολο των στοιχείων, το οποίο εδραιώθηκε περαιτέρω και από τα αποτελέσματα της μελέτης COGENT. Στη μελέτη αυτή τυχαιοποιήθηκαν 3627 ασθενείς να λάβουν διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (ASA + CL) με ομεπραζόλη έναντι διπλής αγωγής με placebo. Στη μελέτη παρατηρήθηκε μια μείωση 66%

στα επεισόδια γαστρεντερικής αιμορραγίας και 87% στην εμφανή (overt) αιμορραγία από τη συγχορήγηση ομεπραζόλης ενώ δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στους θανάτους από καρδιαγγειακά συμβάματα μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών.

Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των διάφορων PPI's?

Στην ομάδα ασθενών που λαμβάνουν γαστροπροστασία για αντιαιμοπεταλιακή αγωγή η Ομεπραζόλη είναι ο συχνότερα χρησιμοποιούμενος PPI (37-60% στις δημοσιευμένες μελέτες). Καμιά αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου δεν έχει παρατηρηθεί από τη συγχορήγηση σύμφωνα και με άλλες μελέτες που επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα της μελέτης COGENT. Αν και υπάρχει πλέον σημαντικός όγκος δεδομένων που δεν βρίσκει διαφορές μεταξύ των διαφόρων φαρμάκων ίσως θα ήταν φρόνιμο να χορηγείται άλλος PPI τουλάχιστον στις ομάδες αυξημένου κινδύνου αιμορραγίας (ασθενείς με προηγούμενο ιστορικό έλκους ή αιμορραγίας, ηλικιωμένοι, όσοι λαμβάνουν στεροειδή, SSRI's ή αντιπηκτικά).

Νεότερες συνοπτικές συστάσεις

Ασθενείς που λαμβάνουν μονή ή διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο γαστρεντερικής αιμορραγίας. Για τη μείωση του κινδύνου:

- Η δόση του ASA θα πρέπει να περιορίζονται στη μικρότερη δραστική 75-81 mg τη μέρα
- Οι ομάδες υψηλού κινδύνου θα πρέπει να λαμβάνουν παράλληλα γαστροπροστασία με PPI's. Αυτές περιλαμβάνουν: έχοντες ιστορικό έλκους ή αιμορραγίας, πάσχοντες από Ηρ λοίμωξη, ηλικιωμένους, νεφροπαθείς, όσους λαμβάνουν συγχρόνως στεροειδή, αντιπηκτικά, ASA, ΜΣΑΦ, SSRI's
- Σύμφωνα με τα πρόσφατα δεδομένα μελετών δεν φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων PPI's όσον αφορά στο βαθμό γαστροπροστασίας και τον κίνδυνο από καρδιαγγειακά συμβάματα. Η άποψη ότι η ομεπραζόλη θα πρέπει να αντικαθίσταται από άλλο αναστολέα φαίνεται ότι



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ (PPI'S) ΜΕ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΑ: Υπάρχουν νεότερα δεδομένα;

χάνει έδαφος σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια

- Εν τούτοις αν υπάρχει υποψία ότι ο ασθενής έχει γενετικά καθορισμένο πτωχό μεταβολισμό της ομεπραζόλης αυτή θα πρέπει να αντικαθίσταται από άλλο φάρμακο του οποίου ο μεταβολισμός συνδέεται λιγότερο η καθόλου με το κοινό με την κλοπιδογρέλη μεταβολικό σύστημα CYP

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η άποψη για αντικατάσταση της ομεπραζόλης λόγω αύξησης των καρδιαγγειακών συμβαμάτων κατά τη συγχορήγησή της με αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (μονή ή διπλή) που είχε διαμορφωθεί προ 2-3 ετών χάνει έδαφος. Τα αρχικά δεδομένα βασίστηκαν σε μελέτες που είχαν σημαντικές αδυναμίες στη μεθοδολογία. Για μία ακόμη φορά επιβεβαιώθηκε η αρχή ότι αποτελέσματα μελετών ex vivo δεν συνεπάγονται ανάλογα αποτελέσματα στην κλινική πράξη. Επίσης χρειάζεται αυστηρή μεθοδολογία στις μελέτες για την αποφυγή εσφαλμένων αποτελεσμάτων και συστάσεων. Ασθενείς που παίρνουν αντιαιμοπεταλιακή αγωγή μονή ή διπλή και ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για αιμορραγία πεπτικού θα πρέπει να λαμβάνουν γαστροπροστασία με PPI's. Για προτίμηση σε συγκεκριμένες δραστικές ουσίες ή αποκλεισμό άλλων δεν υπάρχει επί του παρόντος και σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα δεδομένα επαρκής τεκμηρίωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cannon CP, Rhee KE, Califf RM, et al. Current use of aspirin and antithrombotic agents in the United States among outpatients with atherothrombotic disease [from the REduction of Atherothrombosis for Continued Health [REACH] Registry]. **Am J Cardiol** 2010; **105**:445-452.
2. Abraham NS, Hlatky MA, Antman EM, et al. ACCF/ACG/AHA 2010 expert consensus document on the concomitant use of proton pump inhibitors and thienopyridines: a focused update of the ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use. A Report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents. **J Am Coll Cardiol** 2010; **56**:2051-2066.
3. Current OASIS 7 Investigators, Mehta SR, Bassand JP, et al. Dose comparisons of clopidogrel and aspirin in acute coronary syndromes. **N Engl J Med** 2010; **363**:930-942.
4. Hirsh J, Fuster V, Ansell J, Halperin JL. American Heart Association/American College of Cardiology Foundation guide to warfarin therapy. **Circulation** 2003; **107**:1692-1711.
5. Andreotti F, Testa L, Biondi-Zoccai GG, Crea F. Aspirin plus warfarin compared to aspirin alone after acute coronary syndromes: an updated and comprehensive meta-analysis of 25 307 patients. **Eur Heart J** 2006; **27**:519-526.
6. Wright RS, Anderson JL, Adams CD, et al. 2011 ACCF/AHA focused update incorporated into the ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines developed in collaboration with the American Academy of Family Physicians, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons. **J Am Coll Cardiol** 2011; **57**:e215-e367.
7. Connolly SJ, Pogue J, Hart RG, et al. Effect of clopidogrel added to aspirin in patients with atrial fibrillation. **N Engl J Med** 2009; **360**:2066-2078.
8. Berger PB, Bhatt DL, Fuster V, et al. Bleeding complications with dual antiplatelet therapy among patients with stable vascular disease or risk factors for vascular disease: results from the Clopidogrel for High Atherothrombotic Risk and Ischemic Stabilization, Management, and Avoidance (CHARISMA) trial. **Circulation** 2010; **121**:2575-2583.
9. Chan FK, Ching JY, Hung LC, et al. Clopidogrel versus aspirin and esomeprazole to prevent recurrent ulcer bleeding. **N Engl J Med** 2005; **352**:238-244.
10. Hsiao FY, Tsai YW, Huang WF, et al. A comparison of aspirin and clopidogrel with or without proton pump inhibitors for the secondary prevention of cardiovascular events in patients at high risk for gastrointestinal bleeding. **Clin Ther** 2009; **31**:2038-2047.
11. Lanas A, Garcia-Rodriguez LA, Arroyo MT, et al. Effect of antisecretory drugs and nitrates on the risk of ulcer bleeding associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, antiplatelet agents, and anticoagulants. **Am J Gastroenterol** 2007; **102**:507-515.
12. Ng FH, Wong SY, Lam KF, et al. Gastrointestinal bleeding in patients receiving a combination of aspirin, clopidogrel, and enoxaparin in acute coronary syndrome. **Am J Gastroenterol** 2008; **103**:865-871.
13. Bhatt DL, Scheiman J, Abraham NS, et al. ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. **J Am Coll Cardiol** 2008; **52**:1502-1517.
14. Juurlink DN, Gomes T, Ko DT, et al. A population-based study of the drug interaction between proton pump inhibitors and clopidogrel. **CMAJ** 2009; **180**:713-718.



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ (PPI'S) ΜΕ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΑ: Υπάρχουν νεότερα δεδομένα;

15. Ho PM, Maddox TM, Wang L, et al. Risk of adverse outcomes associated with concomitant use of clopidogrel and proton pump inhibitors following acute coronary syndrome. **JAMA** 2009; **301**:937-944.
16. Gaglia MA Jr, Torguson R, Hanna N, et al. Relation of proton pump inhibitor use after percutaneous coronary intervention with drug-eluting stents to outcomes. **Am J Cardiol** 2010; **105**:833-838.
17. Stockl KM, Le L, Zakharyan A, et al. Risk of rehospitalization for patients using clopidogrel with a proton pump inhibitor. **Arch Intern Med** 2010; **170**:704-710.
18. Gilard M, Arnaud B, Cornily JC, et al. Influence of omeprazole on the antiplatelet action of clopidogrel associated with aspirin: the randomized, double-blind OCLA (Omeprazole CLopidogrel Aspirin) study. **J Am Coll Cardiol** 2008; **51**:256-260.
19. Siller-Matula JM, Spiel AO, Lang IM, et al. Effects of pantoprazole and esomeprazole on platelet inhibition by clopidogrel. **Am Heart J** 2009; **157**:148-155.
20. Gilard M, Arnaud B, Le GG, et al. Influence of omeprazole on the antiplatelet action of clopidogrel associated to aspirin. **J Thromb Haemost** 2006; **4**:2508-2509.
21. U.S. Food and Drug Administration. Information on Clopidogrel Bisulfate (marketed as Plavix). 2010.. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm190836.htm>. [Accessed 27 October 2010]
22. Collet JP, Hulot JS, Pena A, et al. Cytochrome P450 2C19 polymorphism in young patients treated with clopidogrel after myocardial infarction: a cohort study. **Lancet** 2009; **373**:309-317.
23. Pezalla E, Day D, Pulliath I. Initial assessment of clinical impact of a drug interaction between clopidogrel and proton pump inhibitors. **J Am Coll Cardiol** 2008; **52**:1038-1039.
24. Ray WA, Murray KT, Griffin MR, et al. Outcomes with concurrent use of clopidogrel and proton-pump inhibitors: a cohort study. **Ann Intern Med** 2010; **152**:337-345.
25. Simon T, Verstuyft C, Mary-Krause M, et al. Genetic determinants of response to clopidogrel and cardiovascular events. **N Engl J Med** 2009; **360**:363-375.
26. Kwok CS, Loke YK. Meta-analysis: effects of proton pump inhibitors on cardiovascular events and mortality in patients receiving clopidogrel. **Aliment Pharmacol Ther** 2010; **31**:810-823.
27. van Boxel OS, van Oijen MG, Hagenaars MP, et al. Cardiovascular and gastrointestinal outcomes in clopidogrel users on proton pump inhibitors: results of a large Dutch cohort study. **Am J Gastroenterol** 2010; **105**:2430-2436.
28. Bhatt DL, Cryer BL, Contant CF, et al. Clopidogrel with or without omeprazole in coronary artery disease. **N Engl J Med** 2010; **363**:1909-1917. This is the only published randomized controlled trial (to date) specifically designed to assess the clinical occurrence of gastrointestinal bleeding and cardiovascular events associated with the concomitant

prescription of clopidogrel and PPIs in patients prescribed dual-antiplatelet therapy. Study results suggest no clinically significant harmful interaction between omeprazole and clopidogrel on cardiovascular outcomes. Findings also quantify the reduction in gastrointestinal bleeding risk associated with PPI co-prescription.

29. Mega JL, Close SL, Wiviott SD, et al. Cytochrome p-450 polymorphisms and response to clopidogrel. **N Engl J Med** 2009; **360**:354-362.
30. Sibbing D, Morath T, Stegherr J, et al. Impact of proton pump inhibitors on the antiplatelet effects of clopidogrel. **Thromb Haemost** 2009; **101**:714-719.
31. Furuta T, Iwaki T, Umemura K. Influences of different proton pump inhibitors on the antiplatelet function of clopidogrel in relation to CYP2C19 genotypes. **Br J Clin Pharmacol** 2010; **70**:383-392.
32. Cuisset T, Frere C, Quilici J, et al. Comparison of omeprazole and pantoprazole influence on a high 150-mg clopidogrel maintenance dose the PACA (Proton Pump Inhibitors And Clopidogrel Association) prospective randomized study. **J Am Coll Cardiol** 2009; **54**:1149-1153.
33. Abraham NS, Hartman C, Castillo D, et al. Effectiveness of national provider prescription of PPI gastroprotection among elderly NSAID users. **Am J Gastroenterol** 2008; **103**:323-332.
34. Hansen JM, Hallas J, Lauritsen JM, Bytzer P. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and ulcer complications: a risk factor analysis for clinical decision-making. **Scand J Gastroenterol** 1996; **31**:126-130.
35. Lanas A, Fuentes J, Benito R, et al. Helicobacter pylori increases the risk of upper gastrointestinal bleeding in patients taking low-dose aspirin. **Aliment Pharmacol Ther** 2002; **16**:779-786.
36. Stack WA, Atherton JC, Hawkey GM, et al. Interactions between Helicobacter pylori and other risk factors for peptic ulcer bleeding. **Aliment Pharmacol Ther** 2002; **16**:497-506.
37. Dall M, Schaffalitzky de Muckadell OB, Lassen AT, et al. An association between selective serotonin reuptake inhibitor use and serious upper gastrointestinal bleeding. **Clin Gastroenterol Hepatol** 2009; **7**:1314-1321.
38. Ng FH, Chan P, Kwanching CP, et al. Management and outcome of peptic ulcers or erosions in patients receiving a combination of aspirin plus clopidogrel. **J Gastroenterol** 2008; **43**:679-686.
39. Barada K, Karrowni W, Abdallah M, et al. Upper gastrointestinal bleeding in patients with acute coronary syndromes: clinical predictors and prophylactic role of proton pump inhibitors. **J Clin Gastroenterol** 2008; **42**:368-372.



Αρμέγοντας από τις ζωές των άλλων.



Πολλοί ιδιώτες ιατροί διαπιστώνουν ότι τον τελευταίο καιρό δέχονται όλο και περισσότερα **τηλεφωνήματα από ασθενείς που επιζητούν να λύσουν το πρόβλημά τους τηλεφωνικά**. Ο κόσμος προσπαθεί να αμυνθεί, μπροστά στην οικονομική δυσπραγία. Η ασυνήθιστα μεγάλη κοσμοσυρροή στα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών νοσοκομείων ανήκει στην ίδια λογική. Όλοι διαπιστώνουν ότι οι ασθενείς μας δυσκολεύονται οικονομικά. Μερικοί ιατροί είναι άκαμπτοι: Πληρώνεις και παίρνεις. Άλλοι όμως θεωρούν

ότι **ζούμε μian έκτακτη περίοδο και ότι οφείλουμε να διευκολύνουμε τους ασθενείς μας**, να δείξουμε κατανόηση και ανθρωπιά χωρίς ανάλογα οικονομικά οφέλη. “Είμαστε ιατροί, δεν είμαστε τυρέμποροι ή χρηματιστές” λένουν. Απευθυνόμενος στους κλινικούς ο σπουδαίος ιατρός William Osler υπενθύμιζε ότι : **“Βρισκόμαστε εδώ όχι για να αρμέξουμε όσα περισσότερα μπορούμε από τις ζωές των άλλων, αλλά για να κάνουμε τις ζωές των άλλων πιο ευτυχισμένες.”**

Απεγνωσμένοι καιροί, απεγνωσμένες πρακτικές.



Συγκρίνοντας τις τιμές των φαρμάκων Ελλάδας και ΗΠΑ μένει κανείς κατάπληκτος από το πόσο ακριβά είναι τα φάρμακα στις ΗΠΑ ή πόσο φθηνά είναι στην Ελλάδα. Να μερικά παραδείγματα: Τα Nexium 20mg x30 στις ΗΠΑ στοιχίζουν **€ 150** (\$ 200,99) ενώ στην Ελλάδα τα 20mg x28 στοιχίζουν **24€** . Τα Αμερικάνικα Lialda 1.2 g x 120 στοιχίζουν \$725.99 = **€ 542** ενώ στην Ελλάδα τα αντίστοιχα χάπια Mezavant 1.2g x 60 στοιχίζουν €88, άρα **€193** τα 120 χάπια. Τεράστιες διαφορές που δεν αντιστοιχούν στη διαφορά βιοτικού επιπέδου.

Αν είναι τόσο μεγάλες οι διαφορές, ποιά λόγο έχουν οι ξένες εταιρείες να κυκλοφορούν τα φάρμακά τους στην Ελλάδα; **Πόσο ακόμα μπορεί κανείς να συμπιέζει τις πολυεθνικές φαρμακευτικές εταιρείες προτού αυτές αποφασίσουν ότι δεν τους συμφέρει η παραμονή στην Ελλάδα;** Όλοι χαίρονται όταν οι τιμές των φαρμάκων πέφτουν, αλλά είναι στ’ αλήθεια όλα τόσο απλά;

Πόσο καιρό ακόμα μπορεί το Υπουργείο να συμπιέζει τις τιμές, ενώ παράλληλα χρωστά τεράστια ποσά τα οποία διαφαίνεται ότι δεν θα μπορέσει να πληρώσει; Οι ξένες φαρμακευτικές εταιρείες μέχρι στιγμής υποχωρούν, εκβιαζόμενες όπως όλες οι βιομηχανίες εξαιτίας της δυσκολίας να ληφθεί απόφαση κλεισίματος ή μετανάστευσής των. Το Υπουργείο μοιάζει να χρησιμοποιεί την ίδια πολιτική με την οποία εκδίδωθηκε όλη η βιομηχανία από την Ελλάδα. Δεν έχει γίνει αντιληπτό από τους ιθύνοντες ότι αν οι εταιρείες δεν είναι βιώσιμες, δεν έχουν

λόγο ύπαρξης στην Ελλάδα και ότι η χορήγηση φαρμάκων σε ασθενείς είναι μεν ηθικό θέμα, αλλά η επιβίωση μιας φαρμακοβιομηχανίας είναι οικονομικό θέμα;

Οι θριαμβολογίες του Υπουργείου για τα φθηνά γενόσημα μοιάζουν πρόωρες. Όταν φύγουν οι σοβαρές εταιρείες πρωτότυπων φαρμάκων **θα μείνουμε μόνο με τα γενόσημα και τότε θα ανακαλύψουμε ότι θα πρέπει να εισάγουμε όσα πρωτότυπα λείπουν, πληρώνοντας ακριβές Αμερικάνικες τιμές**. Αλλά μέχρι τότε - μερικοί μήνες μένουν άλλωστε - θα έχει αλλάξει η κυβέρνηση και μαζί θα εξαϋλωθεί μαγικά η ευθύνη για την έλλειψη φαρμάκων, για την τεράστια οικονομική επιβάρυνση από τις εισαγωγές και για την εκδίωξη των εταιρειών.

Η ύπαρξη γενοσήμων είναι ωφέλιμη στην προσπάθεια συμπίεσης του κόστους των φαρμάκων, με την προϋπόθεση η ποιότητά τους να είναι εφάμιλλη με τα πρωτότυπα και ο ανταγωνισμός να γίνεται με θεμιτές μεθόδους. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι πολύ συχνά δεν συντρέχουν οι προϋποθέσεις αυτές.

Ένα άλλο κρίσιμο ερώτημα απευθύνεται στους ιατρούς: Πώς καταφέρνουμε να έχουμε τόσο μεγάλη έξοδα για φάρμακα στην Ελλάδα, παρά τις χαμηλές τιμές; Δεν είναι φανερό ότι **πρέπει να βοηθήσουν οι ιατροί για να γίνεται ορθολογική χρήση των φαρμάκων;** Πρέπει και αυτό να επιβληθεί με αστυνομικά μέτρα;



Καθένας πέφτει από εκεί που γέρνει! (Γαλλικό γνωμικό)



Οκτώβρης. Προσγγείωση στη Στοκχόλμη για το UEGW 2011. Παντού η φωτογραφία του Tomas Transtromer. Είναι φανερό ότι οι Σουηδοί είναι υπερήφανοι για το πρόσφατο βραβείο Νόμπελ λογοτεχνίας που απονεμήθηκε στον ποιητή συμπατριώτη τους.

Ο Τόμας Τρανστρόμερ έχει ένα ξεχωριστό τρόπο να περιγράφει γνώριμες καταστάσεις χρησιμοποιώντας αλληγορίες ή υιοθετώντας απρόβλεπτες οπτικές γωνίες. Να πώς περιγράφει την ιστορία με τους προδιαθεσικούς παράγοντες, που καθορίζουν την υγεία και τη μακροημέρευσή μας.

“Στα μέσα της ζωής, ο θάνατος έρχεται για να πάρει τα μέτρα σας.

Η επίσκεψη ξεχνιέται και η ζωή συνεχίζεται, αλλά το κοστούμι ράβεται ύπουλα στο παρασκήνιο.”

Την ανασφάλεια σε ένα σύγχρονο απρόσωπο κράτος την περιγράφει μέσα από τα μάτια μιας . . . χελώνας, που ψάχνει ένα ασφαλές μέρος για να εναποθέσει τα αυγά της!

“ Ένα κράνος, που δεν το φοράει κανείς, έχει αναλάβει την εξουσία

Και η μητέρα χελώνα δραπετεύει, φτερουγίζοντας βιαστικά κάτω από το νερό.”

Η ποιητική του ματιά είναι πολύ ενδιαφέρουσα. Οι αναγνώστες θετικής κατεύθυνσης όμως αντιμετωπίζουν σε αρκετά ποιήματα το γνωστό πρόβλημα με τη σύγχρονη ποίηση: **Μη γνωρίζοντας σε ποιο πράγμα αναφέρεται ο ποιητής και κάτω από ποιες συνθήκες γράφτηκε το ποίημα, αισθάνονται ότι δεν κατανοούν**. Τη δυσκολία αυτή φαίνεται ότι δεν την αντιμετωπίζουν όσοι πιστεύουν **ότι τα ποιήματα γράφονται για να τα καταλαβαίνει καθένας όπως θέλει, αδιάφορα του τι εννοεί ο ποιητής!** Η άποψη αυτή φυσικά φαίνεται εντελώς παράλογη για τους αναγνώστες θετικής αντίληψης.

Στην περίπτωση του Transtromer, δύο από τα βιβλία που κυκλοφορούν στα αγγλικά σε μετάφραση Richard Bly (The half-finished heaven) και Robin Fulton (The Great Enigma) έχουν αρκετές μικρές εισαγωγές από συνομιλίες ή γράμματα του ίδιου του συγγραφέα, σχετικά με τις συνθήκες και το θέμα για το οποίο γράφτηκε το κάθε ποίημα. Έτσι το πρόβλημα κατανόησης ξεπερνιέται, επιτρέποντας στον αναγνώστη να απολαύσει μian ουσιαστική ανάγνωση.

Ένα ξεχωριστό συνέδριο σε μια ξεχωριστή πόλη!



Τον Οκτώβρη 2011 έγινε το Πανελλήνιο Συνέδριο της ΕΓΕ στη Θεσσαλονίκη, που από μόνη της δημιουργεί μια θετική διάθεση σε όλους μας. **Το Συνέδριο κατά γενική ομολογία ήταν ένα από τα καλύτερα**. Αυτό φάνηκε και από το γεγονός ότι όλες οι αίθουσες, όλο τον καιρό ήταν γεμάτες από συνέδρους. Τα θέματα ήταν επίκαιρα και

χρήσιμα. Όλο το συνέδριο ήταν εστιασμένο ώστε να έχει πρακτικό και κλινικό ενδιαφέρον.

Είναι φανερό ότι υπήρξε δημιουργικός προβληματισμός και **μπήκε μέτρο σε χλιδές και σπατάλες που μας επιτρέπονταν παλαιότερα**. Η πραγματοποίηση αξιόλογων συνεδρίων σε μια εποχή μεγάλης λιτότητας απαιτεί κόπο, εφευρετικότητα, δουλειά και τόλμη, ώστε να κρατήσεις τα ουσιαστικά και να πετάξεις τα επουσιώδη.

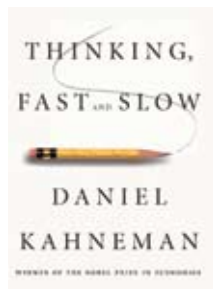
Στον πρόεδρο του 31ου Συνεδρίου κ. Βαγγέλη Ακριβιάδη και στην Οργανωτική Επιτροπή αξίζουν θερμά συγχαρητήρια γιατί πέτυχαν σε όλα αυτά, διατηρώντας παράλληλα το συνέδριο κερδοφόρο για την ΕΓΕ. Θα ήταν καλή ιδέα να υιοθετηθούν ορισμένες από τις καινοτομίες του συνεδρίου αυτού και σε επόμενα συνέδρια, όπως πχ **να κλείνουν τα στρογγυλά τραπέζια με μια προετοιμασμένη σύνοψη των κυριότερων σημείων** από τους προεδρεύοντες κάθε συνεδρίας.

Σειρά έχει τώρα **ο κ. Σπύρος Μιχόπουλος** και η Οργανωτική Επιτροπή του 32ου Συνεδρίου. Το συνέδριο θα γίνει **στην Αθήνα, στο Hilton από 29 Νοεμβρίου- 1 Δεκεμβρίου 2012**. Είναι ενδιαφέρον να δούμε πώς θα αντιπαρέλθουν τα προβλήματα που φέρνει μαζί της η ακόμα βαθύτερη οικονομική ύφεση. Η θεωρία λέει ότι η κρίση πάντα κουβαλάει μαζί της και μian ευκαιρία, αρκεί να μπορείς να την εντοπίσεις.



Εξωσκοπήσεις

Thinking, fast and slow



Ο Daniel Kahneman, Νομπελίστας Οικονομικών, εξέδωσε προ μηνός το νέο του βιβλίο που λέγεται Thinking, fast and slow. Εκεί ισχυρίζεται ότι **υπάρχουν δομημένες αδυναμίες στο ανθρώπινο μυαλό, που το κάνουν να λαθεύει κάτω από κάποιες καταστάσεις**. Αυτό μπορεί να επηρεάσει ασήμαντα αλλά και σημαντικά θέματα στη ζωή μας, και πρώτα απ' όλα τον τρόπο που παίρνουμε αποφάσεις.

Τα λάθη μπορεί να είναι οπτικά και λογικά. Για παράδειγμα: Το απέναντι νησί φαίνεται πολύ πιο κοντά όταν η ατμόσφαιρα είναι καθαρή, ενώ φαίνεται πολύ απομακρυσμένο όταν η ατμόσφαιρα είναι θολή. Γιατί αποδεχόμαστε κάθε φορά τη λανθασμένη εντύπωση παρότι γνωρίζουμε ότι το νησί δεν μετακινείται; Σύμφωνα με τον Kahneman έχουμε ταυτίσει στο μυαλό μας την έννοια του ευδιάκριτου με το κοντά και του δυσδιάκριτου με το μακριά. Τέτοιους κανόνες δημιουργούμε για πληθώρα πραγμάτων, προκειμένου να μπορούμε να τα χειριζόμαστε σχεδόν αυτόματα.

Η βασική θεωρία λέει ότι **έχουμε δύο τρόπους σκέψης: Τη γρήγορη διαισθητική σκέψη, που την αποκαλεί τύπου 1, και την αργή εγκεφαλκή-υπολογιστική σκέψη που την αποκαλεί τύπου 2**. Η πρώτη μας προσέγγιση σε μια κατάσταση γίνεται με τη γρήγορη σκέψη τύπου 1, γιατί αυτή μας επιτρέπει να αντιδρούμε άμεσα και να διαχειριζόμαστε και να διεκπεραιώνουμε τις καθημερινές καταστάσεις χωρίς πνευματικό κόπο. **Η υψηλή ευφυΐα όμως οφείλεται στην συχνή παρέμβαση και διόρθωση όσων υποβάλλει η σκέψη 1 με τη σκέψη τύπου 2**.

Ένα παράδειγμα για τον τρόπο που αποδεχόμαστε ή απορρίπτουμε μερικά διλήμματα. Η εργασία είναι κατά πόσο προκύπτει το συμπέρασμα από τις δύο πρώτες προτάσεις:

Όλα τα τριαντάφυλλα είναι λουλούδια. Μερικά λουλούδια ξεθωριάζουν γρήγορα. Άρα μερικά από τα τριαντάφυλλα θα ξεθωριάσουν γρήγορα.

Πολλοί χρησιμοποιώντας την διαίσθησή τους αποδέχονται ότι ο συλλογισμός αυτός είναι έγκυρος. Στην πραγματικότητα όμως αυτό δεν

ισχύει, αφού θα μπορούσε να μην υπάρχουν τριαντάφυλλα ανάμεσα στα λουλούδια που ξεθωριάζουν γρήγορα. Όμως, για να απαντήσεις σωστά χρειάζεται να χρησιμοποιήσεις την σκέψη τύπου 2. Πρέπει ενδεχομένως να πονηρευτείς ότι δεν μπορεί να είναι τόσο απλό το ερώτημα και να μην πασαρθείς. Η χρήση της σκέψης τύπου 2 είναι κοπιώδης και πολύ συχνά την αποφεύγουμε. Το σύστημα 2 πρέπει να είναι σε εγρήγορση για να αποδέχεται και να ελέγχει αυτά που του προτείνονται από το σύστημα 1.

Κατά τον Kahneman ένα άτομο που θα μπορούσε να διαπρέψει σε ένα σοβαρό πανεπιστήμιο θα απαντούσε σωστά τόσο στο προηγούμενο όσο και στο παρακάτω ερώτημα:

Μια ρακέτα και μια μπάλα στοιχίζουν \$ 1.10

Η ρακέτα στοιχίζει ένα δολάριο παραπάνω από τη μπάλα.

Πόσο στοιχίζει η μπάλα;

Αυτόματα μας έρχεται στο μυαλό ο αριθμός 10, δηλαδή **10¢**. Το ξεχωριστό σημείο αυτού του εύκολου προβλήματος είναι ότι μας υποβάλλει διαισθητικά μιαν απάντηση που είναι δελεαστική μεν, αλλά είναι λάθος. Αν τα υπολογίσετε θα δείτε ότι η σωστή απάντηση είναι **5¢**, αλλιώς αν η μπάλα στοιχίζει **10¢** η ρακέτα θα στοιχίζει **1.10** και το σύνολο θα ήταν **\$ 1.20**.

Το βιβλίο καταλήγει στο ότι **τα συστηματικά λάθη στη σκέψη των συνηθισμένων ανθρώπων οφείλονται καθαυτό στο σχεδιασμό του μηχανισμού της γνώσης**. Δεν οφείλονται στην αποτυχία της σκέψης λόγω επηρεασμού από το συναίσθημα. Με δεδομένο ότι είμαστε φτιαγμένοι να προσεγγίζουμε την πραγματικότητα γύρω μας με το σύστημα σκέψης 1, αυτό **πρέπει να μας κάνει ιδιαίτερα προσεκτικούς σε κρίσιμες αποφάσεις**. Όσοι έχουν τη δυνατότητα να εμπλέκουν με ευκολία και συχνότερα τη σκέψη 2, έχουν καλύτερες επιδόσεις. Έχει όμως για όλους σημασία να μάθουν τα αδύνατα σημεία της σκέψης μας, γιατί φαίνεται ότι αρκετά συχνά παίρνουμε αποφάσεις στηριγμένοι μόνο στη διαισθητική σκέψη.



Εξωσκοπήσεις

Μουρτζούφλικη ή εμπνευσμένη διοίκηση;



Υπάρχουν δύο τρόποι για να διευθύνεις έναν οργανισμό, μια εταιρεία, μια οικογένεια ή μια κλινική: Ο ένας τρόπος είναι να είσαι σκληρός, απαιτητικός, δύστροπος ή ακόμα και αυταρχικός απέναντι στους συνεργάτες σου προκειμένου να τους αναγκάσεις να πειθαρχήσουν και να αποδώσουν. Ο άλλος είναι να φροντίζεις να υπάρχει ένα ευχάριστο κλίμα μεταξύ των συνεργατών, να τους φέρεις με σεβασμό, να τους εμπνέεις και να τους δίνεις τη δυνατότητα να ξεδιπλώσουν τον καλό και δημιουργικό τους εαυτό, να τους ενθαρρύνεις και να τους επαινείς όταν πετυχαίνουν. Αυτός ο τρόπος φέρνει καλύτερα αποτελέσματα, αλλά προϋποθέτει εμπνευσμένους διοικούντες.

Το νέο βιβλίο του **Richard Branson** που λέγεται **Business stripped bare** αναφέρεται στην εμπνευσμένη διοίκηση και αναλύει εμπειρίες από επιτυχίες και αποτυχίες του ίδιου και της Virgin. Ο Branson είναι ο ιδρυτής της Virgin, της οποίας οι δραστηριότητες εκτείνονται από δισκογραφικές εταιρείες, τουριστικές επιχειρήσεις, ξενοδοχεία, αεροπορικές εταιρείες μέχρι και εταιρείες

διασθητικών ταξιδιών.

Σύμφωνα με τον Branson αυτό που είναι δύσκολο να αλλάξεις στους ανθρώπους είναι η νοοτροπία τους. Τις γνώσεις μπορείς να τους τις μάθεις, τη νοοτροπία όμως όχι. **Γι αυτό όταν επιλέγεις συνεργάτες πρέπει πάνω απ' όλα να κοιτάς αν σου ταιριάζει η νοοτροπία τους**. Αν ενώσεις ανθρώπους κατά τρόπο ώστε να αισθάνονται καλά μεταξύ τους, γράφει ο Branson, ώστε να αισθάνονται φιλικά και να νοιάζονται ο ένας για τον άλλο, τότε αυτοί αντί από αντιπαραθέσεις σου φέρνουν λύσεις και σπουδαίες ιδέες. Στο βιβλίο περιέχεται πληθώρα ιδεών, όπως ότι οι ομάδες εργασίας πρέπει κατά καιρούς να αλλάζουν, γιατί οι άνθρωποι που δουλεύουν συνέχεια μαζί μετά από κάποιο διάστημα βαλτώνουν. Χρειάζεται ένα μικρό ανακάτεμα κάθε τόσο στη σύνθεση. **Οι μικρές ομάδες, γράφει, δουλεύουν καλύτερα από τις μεγάλες ομάδες**. Στις μικρές ομάδες τα άτομα που συμμετέχουν ξέρουν ότι η δουλειά τους είναι αναγνωρίσιμη, ότι τους αναγνωρίζονται οι επιτυχίες τις οποίες δεν μπορούν εύκολα να τις οικειοποιηθούν κάποιοι ανώνυμοι σε ψηλότερα κλιμάκια, εκμεταλλευόμενοι τη δουλειά τους. Το ίδιο και για τις αποτυχίες. Το βιβλίο είναι πολύ ευχάριστα γραμμένο.

Εξαφάνιση €100 με συνοπτικές διαδικασίες.



Η ιστορία με τα 100€ κυκλοφόρησε ευρέως και έφθασε μέχρι και στη Βουλή. **Όμως η ευφυής αυτή ιστορία παραλείπει κάτι πολύ σημαντικό, όπως θα φανεί παρακάτω, που τελικά την ακυρώνει**.

Αναφερόμαστε στην γνωστή ιστορία με τον τουρίστα που πηγαίνει στο ξενοδοχείο και πληρώνει προκαταβολικά 100€ για ένα δωμάτιο. Για όσους δεν την ξέρουν, σε συνομία αυτή εκτυλίσσεται ως εξής: Ο ξενοδόχος παίρνει το κατοστάρικο και βιαστικά ξεχρεώνει τον κρεοπώλη, ο κρεοπώλης κάποιους άλλους ενδιάμεσους και το κατοστάρικο ξαναγυρίζει στον ξενοδόχο από κάποιον από το χωριό που του χρωστούσε 100 €. Εκείνη τη στιγμή ο τουρίστας εμφανίζεται λέγοντας ότι δεν του αρέσει το δωμάτιο, ότι θα φύγει και ζητάει να του επιστραφεί το κατοστάρικο. Το παίρνει και φεύγει. Όμως εν τω μεταξύ όλοι έχουν ξεχρεώσει τα χρήματά τους με τα 100 € που έκαναν τον κύκλο της πώλης.

Ποια όμως είναι η αληθινή ιστορία που βιώνουμε; Με την πρώτη συναλλαγή το 75-80 % πηγαίνει στο κράτος υπό μορφή φόρων (εισοδήματος, ΦΠΑ, φόρο επιτηδεύ-

ματος, ΦΑΠ κτλ). Από το ποσό που μένει μετά τη δεύτερη συναλλαγή, για τους ίδιους λόγους, προωθείται στην επόμενη συναλλαγή ένα ελάχιστο έως αμελητέο ποσό. **Σε δύο τρεις συναλλαγές δεν μένει τίποτα για να κυκλοφορήσει, αφού τα έχει μαζέψει όλα το κράτος υπό μορφή φόρων**. Η αγορά κάθεται και οι άνθρωποι δυστυχούν.

Πολλοί αναρωτιούνται **μετά από ποιο ποσοστό η έννοια του φόρου γίνεται καταχρηστική;** Μπορεί άραγε ο φόρος να φθάσει το 90,95 ή και 100% και να εξακολουθεί να αποκαλείται φόρος ή μήπως μετά από κάποιο ποσοστό πρέπει να αποκαλείται με κάποιο άλλο όνομα πχ "εκβιαστική απόσπαση χρημάτων υπό την απειλή αντιποίνων;"

Η ιστορία με την εξαφάνιση των 100€ εξηγεί και γιατί όλοι περνούσαν καλύτερα όταν τα χρήματα παρέμεναν και ανακυκλώνονταν αφορολόγητα στην αγορά, την εποχή που οι Έλληνες συναλλάσσονταν χωρίς πολλές αποδείξεις.

Μέση λύση φαίνεται ότι δεν μπορεί να υπάρξει σ' αυτή τη χώρα.



Οι συνεργάτες μας μάς ενημερώνουν

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Χαρίνα Τριαντοπούλου

Διευθύντρια Ακτινοδιαγνωστικού τμήματος «Κωνσταντοπούλειο» Γ.Ν.Ν. Ιωνίας

Το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ) είναι το συχνότερο πρωτοπαθές ηπατικό νεόπλασμα (80-90%). Η ηπατική κίρρωση αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου και οι αλλοιώσεις της είναι εμφανείς στο υπόστρωμα του καρκινώματος σε ποσοστό 60-90% των περιπτώσεων. Το ΗΚΚ μπορεί ωστόσο να αναπτυχθεί και σε ένα μη κίρρωτικό ήπαρ. Όσον αφορά στην ηπατική κίρρωση έχει αναγνωριστεί σήμερα η ακόλουθη εξελικτική διαδικασία κατά στάδια: αναγεννητικός όζος, χαμηλού βαθμού δυσπλαστικός όζος, υψηλού βαθμού δυσπλαστικός όζος, δυσπλαστικός όζος με εστία ΗΚΚ, μικρό ΗΚΚ (<2εκμ.) και ΗΚΚ (>2εκμ.). Ο ρόλος της απεικόνισης είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην ανάδειξη των σταδίων αυτών και στην έγκαιρη αναγνώριση των μικρών ΗΚΚ.

Κατά τη διαδικασία της ογκογένεσης οι οζώδεις αλλοιώσεις παρουσιάζουν μία διαφοροποίηση στην αιματική τροφοδοσία. Έτσι οι αναγεννητικοί όζοι και οι δυσπλαστικοί χαρακτηρίζονται από την επικράτηση της πυλαίας κυκλοφορίας ενώ τα ΗΚΚ αιματώνονται κατεξοχήν από την ηπατική αρτηρία. Τα καλά διαφοροποιημένα νεοπλάσματα συχνά εμφανίζουν μία περιφερική ινώδη κάψα, ενώ τα μεγαλύτερα νεοπλάσματα παρουσιάζουν νεκρώσεις και αιμορραγικές εστίες, ωστόσο δεν αναγνωρίζεται κεντρική ίνωση.

Το ΗΚΚ παρουσιάζει τάση για αγγειακή διήθηση πιο συχνά της πυλαίας φλέβας και λιγότερο των ηπατικών φλεβών. Η διήθηση των χοληφόρων είναι λιγότερο συχνή, ενώ η λεμφογενής διασπορά ακολουθεί την εξής σειρά: ηπατικές πύλες, ηπατοδωδεκαδακτυλικός σύνδεσμος, κοίτη παγκρέατος και ρίζα μεσεντερίου. Οι μεγάλοι όγκοι μπορεί να διηθούν απ' ευθείας το διάφραγμα, το κοιλιακό τοίχωμα ή το πάγκρεας. Οι συνήθεις θέσεις αιματογενών μεταστάσεων είναι τέλος οι πνεύμονες, το περιτόναιο, τα επινεφρίδια και τα οστά.

Η πολυτομική Αξονική τομογραφία πολλαπλών φάσεων χρησιμοποιείται στη διάγνωση και τη σταδιοποίηση του ΗΚΚ, στον αποκλεισμό πολυεστιακής νόσου και στην επιλογή των ασθενών για χειρουργική επέμβαση. Για τον ορθό σχεδιασμό

χειρουργικής επέμβασης ή εμβολισμού, η γνώση πιθανών αγγειακών παραλλαγών είναι επίσης απαραίτητη. Η αξονική τομογραφία θεωρείται ακόμα η μέθοδος επιλογής για την παρακολούθηση των ασθενών μετά από το χειρουργείο ή από άλλες εναλλακτικές θεραπείες.

Η απεικόνιση του ΗΚΚ στην αξονική τομογραφία ποικίλει σημαντικά και εξαρτάται από το μέγεθος, την αγγείωση, την ιστολογική εικόνα, και το πρότυπο ανάπτυξης του νεοπλάσματος. Ιδιαίτερα σημαντικό ωστόσο είναι το σωστό πρωτόκολλο εξέτασης που θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει λήψεις σε αρτηριακή και πυλαία φλεβική φάση μετά τη χορήγηση σκιαγραφικού ενδοφλεβίως. Συμπληρωματικές λήψεις σε καθυστερημένη - παρατεταμένη φάση είναι απαραίτητες σε ορισμένες περιπτώσεις.

Στα μικρά νεοπλάσματα η ινώδης κάψα δεν είναι πάντοτε ορατή. Στα μεγαλύτερα παρατηρείται συχνά η εικόνα μωσαϊκού η οποία θεωρείται χαρακτηριστική. Ο διηθητικός τύπος συνήθως εμφανίζει ασαφή όρια και σημαντική ανομοιογένεια, ενώ οι κλάδοι της πυλαίας φλέβας είναι δυνατόν να διηθούνται. Ο διάχυτος τύπος που είναι σπανιότερος χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολλαπλών πολύ μικρών όζων διασκορπισμένων σε όλη την έκταση του ήπατος. Όλα τα μεγάλα ΗΚΚ έχουν την τάση να αναπτύσσουν δορυφόρους όζους που αντιπροσωπεύουν ενδοηπατικές μεταστάσεις.

Στην αρτηριακή φάση σκιαγράφησης το τυπικό υπεραγγειούμενο ΗΚΚ παρουσιάζει έντονη πρόσληψη του σκιαγραφικού σε όλη την έκτασή του, ενώ συχνά είναι ορατά και τα τροφοφόρα αγγεία. Η ανομοιογενής πρόσληψη του σκιαγραφικού οφείλεται σε περιοχές νέκρωσης ή αιμορραγίας. Η ηπατική κάψα δεν προσλαμβάνει το σκιαγραφικό σε αυτή τη φάση αλλά στην παρατεταμένη (εικόνα 1). Με την νέα τεχνολογία των αξονικών τομογράφων πολλαπλών ανιχνευτών (multi detector computed tomography - MDCT), είναι δυνατόν να ανιχνευθούν στην αρτηριακή φάση πολύ μικροί υπεραγγειούμενοι όζοι.

Οι συνεργάτες μας μάς ενημερώνουν



ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ



Εικόνα 1. Τυπική απεικόνιση ηπατοκυτταρικού καρκινώματος στην Αξονική τομογραφία πολλαπλών φάσεων μετά τη χορήγηση σκιαγραφικού (Α: αρτηριακή φάση, Β: φλεβική, Γ: παρατεταμένη).

Η ευαισθησία της αξονικής τομογραφίας στη διάγνωση του ΗΚΚ κυμαίνεται στις διάφορες σειρές από 87-94% και εξαρτάται τόσο από το μέγεθος του όγκου όσο και από το πρωτόκολλο εξέτασης. Η ακρίβεια της μεθόδου περιορίζεται στην κίρρωση λόγω των διαφοροποιήσεων της αρχιτεκτονικής του ήπατος, της λιπώδους διήθησης, της παρουσίας πολλαπλών αναγεννητικών όζων και των αιμοδυναμικών διαταραχών ιδιαίτερα όσον αφορά στην πυλαία κυκλοφορία, με αποτέλεσμα την παρουσία ψευδών αλλοιώσεων.

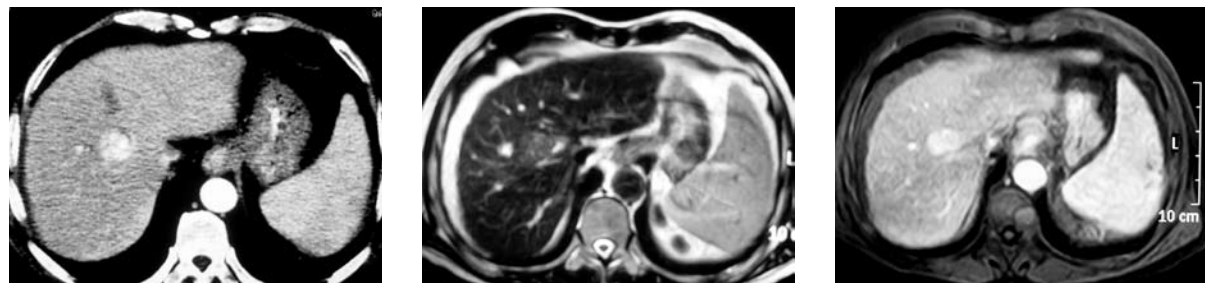
Σε κάθε περίπτωση στο κίρρωτικό ήπαρ η παρουσία τυπικού υπεραγγειούμενου όγκου με κάψα και αρχιτεκτονική «μωσαϊκού» αντιστοιχεί σε ΗΚΚ. Σε περίπτωση άτυπων ευρημάτων, η διαφορική διάγνωση συμπεριλαμβάνει το αιμαγγείωμα και τις μεταστάσεις. Στο μη κίρρωτικό ήπαρ η διαφορική διάγνωση είναι περισσότερο δύσκολη και θα πρέπει να περιλαμβάνει εκτός των υπεραγγειούμενων μεταστάσεων άλλους σπάνιους πρωτοπαθείς όγκους αλλά και καλοήθεις αλλοιώσεις όπως την εστιακή οζώδη υπερπλασία ή το ηπατικό αδένωμα.

Η εξέλιξη των σκιαγραφικών και η ανάπτυξη εξειδικευμένων τεχνικών (diffusion) στη Μαγνητική τομογραφία τα τελευταία χρόνια είχε σαν αποτέλεσμα την βελτίωση της ευαισθησίας και της ειδικότητας της μεθόδου στη διάγνωση του ΗΚΚ. Εκτός των εξωκυτταρίων σκιαγραφικών ουσιών (Gd-DTPA), χρησιμοποιούνται σήμερα ουσίες με στόχο

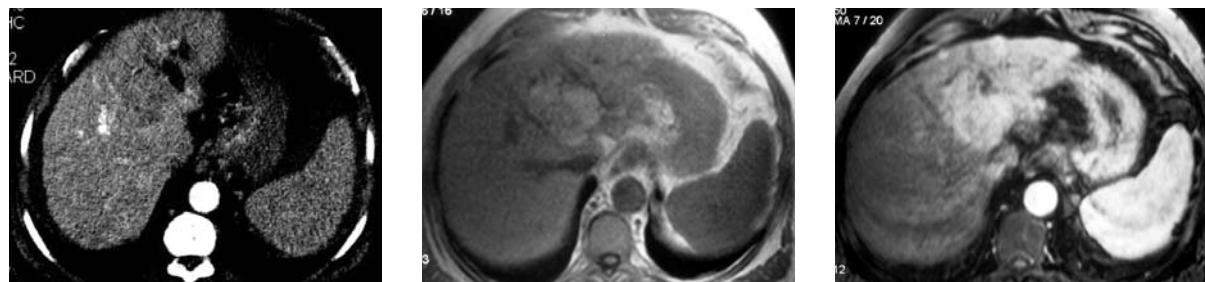
το ηπατοκύτταρο (Mn-DPDP), ουσίες με μεικτή δράση (Gd-BOPTA, Gd-EOB-DTPA) και άλλες που προσλαμβάνονται από το δικτυοενδοθηλιακό σύστημα (SPIO, USPIO). Έτσι ενώ τα σκιαγραφικά που έχουν εξωκυτταρίο δράση δίνουν πληροφορίες για τους μορφολογικούς χαρακτήρες μίας ηπατικής βλάβης, τα ειδικά σκιαγραφικά δίνουν σημαντικές πληροφορίες για το είδος των κυττάρων και τη λειτουργία τους.

Στη μαγνητική τομογραφία η διαφορική διάγνωση μεταξύ ενός δυσπλαστικού όζου και ενός ΗΚΚ μπορεί να γίνει από τη διαφορά στο μαγνητικό σήμα στις ακολουθίες T1 και T2 προσανατολισμού. Ωστόσο στις περισσότερες περιπτώσεις λόγω συνύπαρξης πολλαπλών κίρρωτικών όζων, απαραίτητη είναι η χορήγηση σκιαγραφικών ουσιών για τη διάκριση του ΗΚΚ. Έντονη αρτηριακή πρόσληψη μπορεί να παρατηρηθεί σε ένα 5% περίπου των υψηλού βαθμού δυσπλαστικών όζων λόγω νεοαγγειογένεσης, ενώ δεν αναγνωρίζεται συνήθως στους δυσπλαστικούς όζους χαμηλού βαθμού.

Τα χαμηλής διαφοροποίησης ΗΚΚ παρουσιάζουν ιδιαίτερα έντονη πρόσληψη στην αρτηριακή φάση (αυξημένη ένταση σήματος σε σχέση με το λοιπό ήπαρ), ενώ στην πυλαία φάση απεικονίζονται με χαμηλότερη ένταση σήματος σε σχέση με το λοιπό παρέγχυμα (εικόνα 2). Επίσης αναλόγως του μεγέθους του νεοπλάσματος η πρόσληψη μπορεί να είναι ομοιογενής (νεοπλάσματα μικρότερα των 3εκμ.) ή ανομοιογενής (εικόνα μωσαϊκού στα μεγαλύτερα) (εικόνα 3). Η περιφερική κάψα και το



Εικόνα 2 Α. Αξονική τομογραφία: μικρό ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα στο ηπατικό τμήμα VIII, με χαρακτηριστικά έντονη πρόσληψη του σκιαγραφικού στην αρτηριακή φάση. Β. Μαγνητική τομογραφία, ακολουθία T2 προσανατολισμού: το νεόπλασμα απεικονίζεται με υψηλή ένταση σήματος. Γ. Μαγνητική τομογραφία, ακολουθία T1 προσανατολισμού μετά χορήγηση σκιαγραφικού: το νεόπλασμα παρουσιάζει έντονη πρόσληψη στην αρτηριακή φάση.



Εικόνα3 Άτυπη και ασαφής απεικόνιση ηπατοκυτταρικού καρκινώματος στην αξονική τομογραφία με σκιαγραφικό στο τμήμα IV (Α). Σαφέστερη ανάδειξη και οριοθέτηση του νεοπλασματος στην μαγνητική τομογραφία-ακολουθία T1 προσανατολισμού πριν (Β) και μετά τη χορήγηση σκιαγραφικού (Γ).

ινώδες στρώμα όταν υπάρχουν κατακρατούν το σκιαγραφικό στην παρατεταμένη φάση σκιαγράφησης, όπως και στην αξονική τομογραφία. Φαίνεται πως οι σκιαγραφικές ουσίες με μεικτή εξωκυττάριο και ηπατοκυτταρική δράση (Gd-BOPTA, Gd-EOB-DTPA) είναι περισσότερο αποτελεσματικές επιτρέπονται ταυτόχρονα δυναμικό έλεγχο και εξειδικευμένη αξιολόγηση του ηπατοκυττάρου. Έτσι ένα ποσοστό περίπου 80% των καλά ή μέτρια διαφοροποιημένων ΗΚΚ και όλα τα ΗΚΚ φτωχής διαφοροποίησης αναγνωρίζονται σαν αλλοιώσεις χαμηλότερης έντασης σήματος σε σχέση με το υγιές παρέγχυμα στις καθυστερημένες λήψεις (hepatobiliary phase) λόγω της απουσίας σκιαγραφικής πρόσληψης από τα κακοήθη ηπατοκύτταρα.

Συνολικά από τελευταίες δημοσιευμένες μετα-αναλύσεις προκύπτει μία υπεροχή της μαγνητικής τομογραφίας όσον αφορά στην ευαισθησία της

μεθόδου στην ανίχνευση του ΗΚΚ σε σχέση με το υπερηχογράφημα και την αξονική τομογραφία ιδιαίτερα στο κίρρωτικό ήπαρ. Στον πίνακα I παρατίθενται αναλυτικά οι ενδείξεις και τα πλεονεκτήματα κάθε απεικονιστικής μεθόδου στη διάγνωση-σταδιοποίηση του ηπατοκυτταρικού καρκίνου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. S.Jelic, G. C. Sotiropoulos. Clinical practice guidelines doi:10.1093/annonc/mdq166. Hepatocellular carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of Oncology** 21 (Supplement 5): v59–v64, 2010
2. Hayashida M, Ito K, Fujita T, et al. Small hepatocellular carcinomas in cirrhosis: differences in contrast enhancement effects between helical CT and MR imaging during multiphasic dynamic imaging. **Magn Reson Imaging** 2008; 26(1):65-71.
3. Takayasu K, Muramatsu Y, Mizuguchi Y, et al. CT

Κλινικό ερώτημα	Απεικονιστική εξέταση	Σχόλια
Διάγνωση-σταδιοποίηση ΗΚΚ	Υπερηχογράφημα	- Είναι μία απεικονιστική μέθοδος που χρησιμοποιείται συχνά για την παρακολούθηση ασθενών υψηλού κινδύνου. Η χρήση σκιαγραφικών βελτιώνει κατά πολύ τα διαγνωστικά αποτελέσματα. - Δεν ενδείκνυται στη σταδιοποίηση της νόσου.
	Αξονική τομογραφία	- Ενδεδειγμένη εξέταση. Πρέπει πάντοτε να γίνεται όταν υπάρχει υποψία νόσου σε ασθενείς υψηλού κινδύνου και το υπερηχογράφημα είναι αρνητικό. Απαιτείται ειδικό εξεταστικό πρωτόκολλο. - Απόλυτη ένδειξη για εκτίμηση διήθησης κύριων αγγειακών κλάδων, ογκομετρία ήπατος και σχεδιασμό χειρουργικού πλάνου.
	Μαγνητική τομογραφία	- Απόλυτη ένδειξη. Έχει την υψηλότερη ευαισθησία και ειδικότητα αλλά και υψηλό κόστος. Μπορεί να διακρίνει δυσπλαστικούς όζους από πρώιμο ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Συνιστάται η χρήση ειδικών σκιαγραφικών και η εφαρμογή ειδικού εξεταστικού πρωτόκολλου. - Μπορεί να αναδείξει δορυφόρους όζους μη ορατούς στην αξονική τομογραφία. - Χρησιμοποιείται επίσης συμπληρωματικά της αξονικής τομογραφίας εάν υπάρχουν αμφιβολίες και ερωτήματα που δεν έχουν απαντηθεί ή εάν δεν είναι δυνατό να χορηγηθεί ενδοφλέβιο σκιαγραφικό στην αξονική τομογραφία.
	Ποζιτρονική τομογραφία (PET-CT)	Δεν ενδείκνυται.

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

Imaging of early hepatocellular carcinoma and the natural outcome of hypoattenuating nodular lesions in chronic liver disease. **Oncology** 2007; 72 Suppl 1:83-91.

4. P Bhosale, J Szklaruk, and P M Silverman. Current staging of hepatocellular carcinoma: imaging implications. **Cancer Imaging** 2006; 6(1): 83-94.

5. Xiao Xi-gang, Han Xue, Shan Wei-dong, et al. Multi-slice CT angiography by triple-phase enhancement in preoperative evaluation of hepatocellular carcinoma. **Chinese Medical Journal** 2005; 118(10): 844-849.

6. Jia-Wen Zhang, Xiao-Yuan Feng, Han-Qiu Liu, et al. CT volume measurement for prognostic evaluation of unresectable hepatocellular carcinoma after TACE.

World J Gastroenterol. 2010; 16(16): 2038-2045.

7. Torzilli G, Palmisano A, Del Fabbro D, et al. Contrast-enhanced intraoperative ultrasonography during surgery for hepatocellular carcinoma in liver cirrhosis: is it useful or useless? A prospective cohort study of our experience. **Ann Surg Oncol** 2007; 14(4):1347-55.

8. Vilgrain V. Advancement in HCC imaging: diagnosis, staging and treatment efficacy assessments: hepatocellular carcinoma: imaging in assessing treatment efficacy. **J Hepatobiliary Pancreat Sci** 2010; 17(4):374-9.



ΕΡΕΥΝΑ

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Κορρέ Μ.,¹ Αρναούτογλου Ε.,¹ Παπαθανάκος Γ.,¹ Λιαρμακοπούλου Α.¹,
Μπομπόση Π.,² Νταϊλιάνας Α.,² Παπαδόπουλος Γ.¹

¹= Αναισθησιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων ²= ΕΠΕΓΕ

Περίληψη

Εισαγωγή: Η αναλγησία και η καταστολή είναι μια ιατρική πράξη που εφαρμόζεται συχνά κατά τη διάρκεια ενδοσκοπήσεων από τους Γαστρεντερολόγους.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας μας ήταν να καταγράψουμε και να αξιολογήσουμε στα πλαίσια του Διήμερου Σεμιναρίου Πρώτων Βοηθειών και Καταστολής που οργανώνει η Κλινική μας στο Ετήσιο Συνέδριο της Επαγγελματικής Ένωσης Ελλήνων Γαστρεντερολόγων, την πρακτική τους σε ότι αφορά την αναλγησία και την καταστολή και τη συχνότητα συμβαμάτων σχετικά με τον αεραγωγό.

Μέθοδος: Στην έρευνα έλαβαν μέρος 105 Γαστρεντερολόγοι και 65 Νοσηλευτές γαστρεντερολογικών ιατρείων. Όλοι οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο σχετικό με το είδος αναλγησίας και καταστολής, τις επιπλοκές κ.ά. Στατιστική: Μέσες τιμές (mean), τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD), διάμεσοι (median), Pearson's χ^2 test, Fisher's exact test, Student's t-test, Mann-Whitney, παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA), μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis.]

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν $36,1 \pm 9,3$. Κατά τη διάρκεια γαστρεντερολογικών πράξεων, αναλγησία/καταστολή δήλωσε πως χρησιμοποιεί το 67,6 % των συμμετεχόντων (Μιδαζολάμη 27%, Προποφόλη 1%, Μιδαζολάμη και Προποφόλη 3%, Μιδαζολάμη και Φεντανύλη 6%, Μιδαζολάμη, Προποφόλη και Φεντανύλη 5%,). Το 54,6% από αυτούς δεν είχε εκπαιδευτεί ποτέ στη διαχείριση του αεραγωγού και το 28,8% στην αναζωογόνηση. Στο 9,2% των συμμετεχόντων έτυχε μάρτυρας ανακοπής του ασθενούς κατά τη διάρκεια εξέτασής του στο ιατρείο. Άλλα συμβάματα που αναφέρθηκαν ήταν η άπνοια (10 %), η πτώση SpO2 (12 %), η βραδυκαρδία και η υπόταση (34%%), η αλλεργική αντίδραση (2,1 %), η επιληπτική κρίση (2,1 %), η ταχυκαρδία (6,4 %) και η υποθερμία (2,1 %).

Συμπέρασμα: Το υψηλό ποσοστό συμβαμάτων κατά τη διάρκεια γαστρεντερολογικών ενδοσκοπικών εξετάσεων με αναλγησίας/καταστολής και το μικρό ποσοστό εκπαίδευσης στη διαχείριση του αεραγωγού και στην αναζωογόνηση υποδεικνύει την αναγκαιότητα εκπαίδευσης / πιστοποίησης αυτών που τη χορηγούν.

Εισαγωγή

Αναλγησία και καταστολή είναι μια κατάσταση που επιτρέπει σε ασθενείς να αντέχουν τις δυσάρεστες διαδικασίες διατηρώντας την επαρκή καρδιοαναπνευστική λειτουργία και τη δυνατότητα να ανταποκρίνονται σε λεκτική εντολή ή ερέθισμα. Διακρίνεται σε ήπια, μέτρια και βαθιά καταστολή, η οποία ενέχει τον κίνδυνο αναπνευστικής καταστολής, απόφραξης του αεραγωγού και καρδιακής ανακοπής. Ένα από τα πιο βασικά καθήκοντα και προϋπόθεση γι' αυτόν που χορηγεί καταστολή αποτελεί η γνώση και η εμπειρία στη διατήρηση βατότητας του αεραγωγού και στη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση. Τα τελευταία χρόνια η Επαγγελματική Ένωση Ελλήνων Γαστρεντερολόγων, στα πλαίσια των Πανελληνίων Συνεδρίων της καθιέρωσε Διήμερα Σεμινάρια Αναλγησίας Καταστολής και πρώτων βοηθειών σε συνεργασία με την Αναισθησιολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

ΕΡΕΥΝΑ

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ



Σκοπός της εργασίας μας ήταν να καταγράψουμε και να αξιολογήσουμε στα πλαίσια αυτού του Διήμερου Σεμιναρίου την πρακτική των Γαστρεντερολόγων σε ότι αφορά την αναλγησία και την καταστολή, τη συχνότητα συμβαμάτων και την και τη γνώση τους στην αναζωογόνηση και στη διαχείριση του αεραγωγού.

Μέθοδος

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 170 άτομα, 105 Γαστρεντερολόγοι και 65 Νοσηλευτές γαστρεντερολογικών ιατρείων. Η έρευνα έγινε στα πλαίσια δυο διαδοχικών Συνεδρίων της ΕΠ.Ε.Γ.Ε. Όλοι οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο πριν την πρακτική άσκηση. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικές με το είδος αναλγησίας και καταστολής που χρησιμοποιούν, τις επιπλοκές και τους θανάτους που παρατήρησαν. Άλλες ερωτήσεις ήταν εάν έχουν εκπαιδευτεί στη διαχείριση του αεραγωγού, στην αναζωογόνηση, εάν έτυχε να χρησιμοποιήσουν χειρισμούς απελευθέρωσης του αεραγωγού κατά τη διάρκεια εξέτασης στο ιατρείο τους ή να αερίσουν τον ασθενή και τι συνέβη. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αξιολογήθηκαν σε σχέση με προηγούμενη εκπαίδευση στην αναζωογόνηση.

Στατιστική: Μέσες τιμές (mean), τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD), Pearson's χ^2 test, Fisher's exact test, Student's t-test, Mann-Whitney, παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA), μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis.

Αποτελέσματα

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 170 άτομα, γαστρεντερολόγοι (105) και νοσηλευτές (65) μέσης ηλικίας $36,1 \pm 9,3$. Στους πίνακες 1 – 4 δίνονται τα βιομετρικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα, το ποσοστό αυτών που χρησιμοποιεί καταστολή και οι επιπλοκές που παρατήρησαν.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο

		Σύνολο N (%)	Ιατροί N (%)	Νοσηλευτές N (%)	P Pearson's χ^2 test
Ηλικία, $x \pm SD$		36,1 $\pm$ 9,3	40,3 $\pm$ 7,2	34,4 $\pm$ 7	<0,001**
BMI, $x \pm SD$		25,5 $\pm$ 4,8	26,4 $\pm$ 4,9	23,9 $\pm$ 4	<0,001**
Φύλο	Γυναίκες	78 (47,5)	29 (27,6)	49 (75,4)	<0,001
	Άντρες	92 (52,5)	76 (72,4)	16 (24,6)	

*Fisher's exact test **ANOVA

Πίνακας 2: Ποσοστό των συμμετεχόντων που χορηγεί αναλγησία/καταστολή τόσο στο σύνολο τους όσο και ξεχωριστά για κάθε ιδιότητα/επάγγελμα.

		Σύνολο N (%)	Ιατροί N (%)	Νοσηλευτές N (%)	P Fisher's exact test
Χορηγείτε αναλγησία-καταστολή	Όχι	50 (32,4)	20 (40)	30 (60)	<0,001
	Ναι	100 (67,6)	82 (82,9)	18 (39,1)	
Αν ναι, τι (N = 42)	Dormicum	27 (66)	22 (66,7)	5 (62,5)	
	Προποφόλη	1 (2,3)	1 (3)	(0)	
	Μιδαζολάμη/προποφόλη	3 (7)	2 (6)	1 (12,5)	
	Μιδαζολάμη/φεντανύλη	6 (14)	3 (9)	3 (37,5)	
	Μιδαζολάμη/προποφόλη φεντονύλη	5 (11,5%)	5 (15)	0 (0)	

Πίνακας 3. Ποσοστό των συμμετεχόντων που τους έτυχε ανακοπή κατά τη διάρκεια εξέτασης ασθενούς στο ιατρείο και τι συνέβη

		Σύνολο N (%)	Ιατροί N (%)	Νοσηλευτές N (%)	P Fisher's exact test
Έτυχε ποτέ ανακοπή κατά τη διάρκεια εξέτασης ασθενούς στο ιατρείο	Όχι	139 (90,8)	91 (89,2)	45 (93,8)	0,663
	Ναι	14 (9,2)	11 (10,8)	3 (6,3)	
Τι συνέβη στον ασθενή	Ανένηψε	6 (3,0)	5 (4,6)	1 (1,5)	
	Απεβίωσε	6 (3)	5 (4,6)	1 (1,5)	
	Καμία πληροφορία	2 (0,5)	1 (0,9)	1 (0)	

Πίνακας 4: Ποσοστό των συμμετεχόντων που τους έτυχε άλλη επιπλοκή κατά τη διάρκεια εξέτασης ασθενούς στο ιατρείο τόσο στο σύνολο τους όσο και ξεχωριστά για κάθε ιδιότητα/επάγγελμα.

		Σύνολο N (%)	Ιατροί (%)	N	Νοσηλευτές N (%)	P Fisher's exact test
Άλλη επιπλοκή κατά τη διάρκεια εξέτασης ασθενούς στο ιατρείο	Όχι	101 (68,2]	63 [63]	37 [80,4]	0,049	
	Ναι	47 [31,8]	37 [37]	9 [19,6]		
Αν ναι, ποια επιπλοκή	Αλλεργική αντίδραση	1 [2,1]	1 [2,8]	0 [0]		
	Άπνοια	5 [10,6]	4 [11,1]	1 [11,1]		
	Πτώση SaO ₂	6 [12,8]	3 [8,3]	3 [33,3]		
	Βραδυκαρδία, υπόταση	16 [34,0]	32 [88,9]	2 [22,2]		
	Κρίση "Έ"	1 [2,1]	0 [0]	1 [11,1]		
	Υπερκοιλιακή ταχυκαρδία	3[6,4]	2 [5,6]	1 [11,1]		
	Υποθερμία	1 [2,1]	1 [2,8]	0 [0]		
Τι συνέβη στον ασθενή	Ανένηψε	29	24	5		
	Μεταφορά με ΕΚΑΒ	1	1	0		

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά αυτών που αυτών εφάρμοσαν χειρισμούς απελευθέρωσης αεραγωγού και αερισμό κατά τη διάρκεια εξέτασης στο ιατρείο και αυτών που είχαν εκπαιδευθεί άλλη φορά στη διαχείριση αεραγωγού και στην αναζωογόνηση. Από αυτούς **5 ήταν πιστοποιημένοι**.

Πίνακας 5: Ποσοστό των συμμετεχόντων που έχουν εκπαιδευθεί άλλη φορά στη διαχείριση αεραγωγού και τους έτυχε να αντιμετωπίσουν απόφραξη αεραγωγού ή να αερίσουν τον ασθενή τόσο στο σύνολο τους όσο και ξεχωριστά για κάθε ιδιότητα/επάγγελμα.

		Σύνολο N (%)	Ιατροί N (%)	Νοσηλευτές N (%)	P Fisher's exact test
Εκπαιδευθήκατε άλλη φορά στη διαχείριση αεραγωγού	Όχι	70 (45,4)	36 (35,3)	34 (69,4)	<0,001
	Ναι*	81 (54,6)	66 (64,7)	15 (30,6)	
Εκπαιδευθήκατε άλλη φορά στην αναζωογόνηση	Όχι	49 (28,8)	23 (21,9)	26 (40)	
	Ναι	121 (71,2)	82(78,1)	39 (60)	
Έτυχε να χρησιμοποιήσετε χειρισμούς απελευθέρωσης αεραγωγού σε απόφραξή του	Όχι	107 (72,3)	68 (68)	39 (81,3)	0,133
	Ναι	41 (27,7)	32 (32)	9 (18,8)	
Έτυχε να αερίσετε ασθενή κατά τη διάρκεια εξέτασης στο ιατρείο σας	Όχι	113 (75,2)	72 (71,3)	41 (83,7)	0,182
	Ναι	37 (24,8)	29 (28,7)	8 (16,3)	

* 5 ήταν πιστοποιημένοι στο BLS

Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν εκπαιδευτεί στη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση ανάλογα με τα συμβάματα που τους έχουν τύχει, ξεχωριστά για κάθε ιδιότητα/επάγγελμα.

Πίνακας 6: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων για τη χορήγηση καταστολής, τις επιπλοκές, και τους χειρισμούς που χρησιμοποίησαν σε σχέση με την εκπαίδευσή τους στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση.
Το *Fisher’s exact test ** Δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

		Ιδιότητα / Επάγγελμα					
		Ιατροί			Νοσηλευτές		
		Έχετε ποτέ εκπαιδευθεί στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;		P Pearson’s x² test	Έχετε ποτέ εκπαιδευθεί στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;		P Pearson’s x² test
		Όχι	Ναι		Όχι	Ναι	
		N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Χορηγείτε αναλγησία-καταστολή	Όχι	5 (29,4)	12 (70,6)	0,326*	12 (42,9)	16 (57,1)	0,916
	Ναι	15 (18,3)	67 (81,7)		8 (44,4)	10 (55,6)	
Έτυχε ποτέ ανακοπή κατά τη διάρκεια εξέτασης ασθενούς στο ιατρείο	Όχι	21 (23,1)	70 (76,9)	0,114*	19 (42,2)	26 (57,8)	1,000*
	Ναι	0 (0)	11 (100)		1 (33,3)	2 (66,7)	
Έτυχε ποτέ άλλο σύμβαμα κατά τη διάρκεια εξέτασης ασθενούς στο ιατρείο	Όχι	12 (19)	51 (81)	0,486	17 (45,9)	20 (54,1)	0,270*
	Ναι	9 (25)	27 (75)		2 (22,2)	7 (77,8)	
Έχετε εκπαιδευθεί άλλη φορά στη διαχείριση αεραγωγού	Όχι	15 (41,7)	21 (58,3)	<0,001	21 (61,8)	13 (38,2)	<0,001
	Ναι	6 (9,1)	60 (90,9)		0 (0)	15 (100)	
Έτυχε να χρησιμοποιήσετε χειρισμούς απελευθέρωσης αεραγωγού σε απόφραξη του	Όχι	15 (22,1)	53 (77,9)	0,453	19 (48,7)	20 (51,3)	0,061*
	Ναι	5 (15,6)	27 (84,4)		1 (11,1)	8 (88,9)	
Έτυχε να αερίσετε ασθενή κατά τη διάρκεια εξέτασης στο ιατρείο σας	Όχι	19 (26,4)	53 (73,6)	0,029	21 (51,2)	20 (48,8)	0,007*
	Ναι	2 (6,9)	27 (93,1)		0 (0)	8 (100)	
Αν ναι πως	Στόμα με στόμα	0 (0)	1 (100)	0,215*	0 (0)	0 (0)	–**
	Στόμα με μάσκα	0 (0)	15 (100)		0 (0)	7 (100)	
	BMV	2 (25)	6 (75)		0 (0)	1 (100)	
	LMA	0 (0)	2 (100)		0 (0)	0 (0)	

Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας δείχνουν ότι ένα υψηλό ποσοστό Γαστρεντερολόγων, της τάξεως του 82%, χρησιμοποιεί αναλγησία / καταστολή κατά τη διάρκεια ενδοσκοπήσεων. Όμως το 22% των γιατρών δεν είχε εκπαιδευτεί στο παρελθόν στην αναζωογόνηση και το 35% στη διαχείριση αεραγωγού. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους νοσηλευτές είναι 40% και 69% που υπολείπονται σε εκπαίδευση σημαντικά σε σχέση με τους γιατρούς. Η ουσία που χρησιμοποιείται περισσότερο για καταστολή είναι η μιδαζολάμη, την οποία χορηγεί το 66% των γιατρών, ενώ το 25 % αυτών χρησιμοποιεί προποφόλη ή προποφόλη και μιδαζολάμη ή μιδαζολάμη - προποφόλη σε συνδυασμό με φεντανύλη. Οι συνθήκες αυτές των Ελλήνων γαστρεντερολόγων διαφοροποιούνται στην έρευνα του Pasratis et al με βάση το είδος της ενδοσκόπησης και είναι ανάλογες με εκείνες Ευρωπαίων ή Αμερικάνων Γαστρεντερολόγων.

Ανακοπή κατά τη διάρκεια εξέτασης ασθενούς στο ιατρείο έτυχε στο 10% των γαστρεντερολόγων και στο 6% των νοσηλευτών. Το ποσοστό αυτό δεν αντιπροσωπεύει την θνησιμότητα από καταστολή, αφού ο αριθμός των ενδοσκοπικών εξετάσεων που έγιναν από αυτούς, πιθανότατα να ανέρχεται σε αρκετές δεκάδες χιλιάδες. Ωστόσο τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η θνησιμότητα από αναλγησία - καταστολή είναι υπαρκτή και για το λόγο αυτό θεωρούμε αναγκαία, στα πλαίσια ελέγχου ποιότητας των ιατρικών πράξεων να γίνει μια πιο λεπτομερής καταγραφή σε εθνικό επίπεδο. Ενδεικτικά αναφέρουμε την προοπτική αξιολόγηση της ενδοσκόπησης του ανώτερου γαστρεντερικού σε δυο περιοχές της Αγγλίας, από το έτος 1995, σε 39 νοσοκομεία, σε ότι αφορά την ασφάλεια, το προσωπικό και τις μεθόδους καταστολής. (Quine et al) Σύμφωνα με αυτή η θνησιμότητα σε διαγνωστικές ενδοσκοπήσεις του ανώτερου γαστρεντερικού ήταν 1 στις 2000 (0,05%) και η νοσηρότητα 1: 200, κυρίως από το καρδιοαναπνευστικό, με ισχυρή συσχέτιση μεταξύ έλλειψης monitoring, υψηλών δόσεων βενζοδιαζεπινών και της εμφάνισης ανεπιθύμητων εκβάσεων, όπως επίσης μεταξύ της χρήσης σπρέι τοπικού αναισθητικού και της πνευμονίας μετά τη γαστροσκόπηση. Στην έρευνα αυτή διαπιστώθηκαν σημαντικά προβλήματα εμπειρίας και εκπαίδευσης του προσωπικού, και της οργάνωσης των νοσοκομείων. Σημαντική ήταν η έλλειψη αιθουσών ανάνηψης, φλεβική γραμμή είχε τοποθετεί μόνο στους μισούς ασθενείς, ενώ οξυγόνο χορηγήθηκε συμπληρωματικά μόνο σε μικρό ποσοστό ασθενών.

Οι πιο συχνές επιπλοκές στην έρευνά μας ήταν η βραδυκαρδία/ υπόταση που ανέφερε το 34% των συμμετεχόντων, η υποξία (12%) και η άπνοια (10) και είναι αυτές που παρατηρούνται στη βιβλιογραφία. (Crispin et al) Το 30% των συμμετεχόντων έτυχε να χρησιμοποιήσει χειρισμούς απελευθέρωσης αεραγωγού σε απόφραξη του και στο 24% να αερίσουν ασθενή κατά τη διάρκεια αναλγησίας καταστολής. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές που εφάρμοσαν αερισμό σε ασθενή είχαν εκπαιδευτεί σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε σύγκριση με αυτούς που δεν τους έτυχε να αερίσουν ασθενή κατά τη διάρκεια ενδοσκόπησης.

Τα αποτελέσματα αυτά υπογραμμίζουν ακόμη για μια φορά την αναγκαιότητα εκπαίδευσης στη διαχείριση αεραγωγού και στην αναζωογόνηση, όσων χορηγούν καταστολή και δικαιώνουν την Επαγγελματική Ένωση Ελλήνων Γαστρεντερολόγων για την απόφασή της να εφαρμόσει πρόγραμμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην αναλγησία – καταστολή και στην αντιμετώπιση των επιπλοκών για τα μέλη της.



ΕΡΕΥΝΑ

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ
ΚΑΙ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παπαδόπουλος Γ, Αναλγησία και καταστολή για ενδοσκόπηση Εκδόσεις Εφύρα 2η έκδοση Ιωάννινα 2010
2. Παπαδόπουλος Γ, Βρετζάκης Γ, Ιατρού Χ, Φίλος Κ. Περιεγχειρητική Ιατρική: Στοιχεία Αναισθησιολογίας, Επείγουσας Ιατρικής, Εντατικής Θεραπείας και αντιμετώπισης του Πόνου. Εκδόσεις Εφύρα, Ιωάννινα 2004
3. Παπαδόπουλος Γ. Η εξέλιξη της Αναισθησιολογίας. University Studio Press. Θεσσαλονίκη 1999
4. Quine MA, Bell GD, McCloy RF, Charlton JE, Devlin HB, Hopkins A. Prospective audit of upper gastrointestinal endoscopy in two regions of England: safety, staffing, and sedation methods. Gut 1995; 36: 462-7.
5. Cohen LB, DeLegge M, Kochman M, et al. AGA Institute Review on Endoscopic Sedation. Gastroenterology 2007; 133: 675-701.
6. Ladas SD, Aabakken L, Rey JF, et al. Use of sedation for routine diagnostic upper gastrointestinal endoscopy: a European society of gastrointestinal endoscopy survey of national endoscopy society members. Digestion 2006; 74: 69-77.
7. Cohen LB, Wechsler JS, Gaetano JN, et al. Endoscopic sedation in the United States: results from a nationwide survey. Am J Gastroenterol 2006; 101: 967-74.
8. Harris JK, Vader JP, Wietlisbach V, et al. Variations in colonoscopy practice in Europe: a multicentre descriptive study (EPAGE). Scand J Gastroenterol 2007; 42: 126-34.
9. Baudet JS, Borque P, Borja E, et al. Use of sedation in gastrointestinal endoscopy: a nationwide survey in Spain. Gastroenterol Hepatol 2009; 21: 882-8.
10. Heuss LT, Froehlich F, Beglinger C. Changing patterns of sedation and monitoring practice during endoscopy: results of a nationwide survey in Switzerland. Endoscopy 2005; 37: 161-6.
11. Paspatis GA, Manolaraki MM, Tribonias G, et al. Endoscopic sedation in greece: results from a nationwide survey for the hellenic foundation of gastroenterology and nutrition. Digestive and Liver Dis 2009; 41: 807-11.
12. Radaelli F, Meucci G, Sgroi G, Minoli G. Technical performance of colonoscopy: the key role of sedation analgesia and other quality indicators. Am J Gastroenterol 2008; 103: 1122-30.
13. Riphaus A, Wehrmann T, Weber B, et al. S3 Guideline: sedation for gastrointestinal endoscopy 2008. Endoscopy 2009; 41: 787-815.
14. Conigliaro R, Rossi A. Implementation of sedation guidelines in clinical practice in Italy: results of a prospective longitudinal multicenter study. Endoscopy 2006; 38: 1137-43.
15. Crispin A, Birkner B, Munte A, Nusko G, Mansmann U. Process quality and incidence of acute complications in a series of more than 230,000 outpatient colonoscopies. Endoscopy 2009; 41: 1018-25.

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



Συνέδρια
Νάγια Μπομπότσι

Ατζέντα 2012

10-11 Φεβρουαρίου

7η Εκπαιδευτική Διημερίδα ΕΛΙΓΑΣΤ Εξελιξεις στη
Γαστρεντερολογία & Ηπατολογία
Μέγαρο Μουσικής Αθήνα

16-18 Φεβρουαρίου

7th congress of ECCO, Barcelona Spain

9-10 Μαρτίου

17ο Ελληνικό Συνέδριο για το Ελικοβακτηρίδιο του
Πυλωρού, ΙΙΒΕΑ Αθηνών

18-22 Απριλίου

The International Liver Congress (EASL)
Barcelona Spain

11-13 Μαΐου

Διημερίδα ΕΕΜΗ, Ιωάννινα

19-22 Μαΐου

DDW 2012, San Diego California

8-10 Ιουνίου

11ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΙΦΝΕ, Πορτο Χέλι

15-17 Ιουνίου 2012

Εκπαιδευτικό Σεμινάριο: Σύγχρονες Εξελιξεις στην
Εσωτερική Παθολογία, Λευκάδα

17-20 Ιουνίου

DDF Meeting, Arena and Convention Centre
Liverpool, UK

18-20 Ιουνίου

30th Gastroenterology and Endotherapy European
Workshop, Brussels Belgium

8-11 Σεπτεμβρίου

ESPEN Congress on clinical Nutrition and Metabolism
Barcelona, Spain

13 - 15 Σεπτεμβρίου

25th International Workshop on Helicobacter and
related bacteria in chronic digestive inflammation and
gastric cancer, Ljubljana Slovenia

29-30 Σεπτεμβρίου

10η Διημερίδα ΕΠΕΓΕ «Tips & tricks στην ενδοσκόπηση»
Αθήνα

20-24 Οκτωβρίου

20th United European Gastroenterology Week UEGW
Amsterdam The Netherlands

2-3 Νοεμβρίου

Endoclub Nord, Hamburg Germany

29/11-1/12

32ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας,
Hilton Αθήνα

17-18 Δεκεμβρίου

Amsterdam Live Endoscopy,
Amsterdam The Netherlands

Η Ιατρική Εταιρεία Αθηνών
διοργανώνει το

38ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο

στο Ξενοδοχείο Hilton,
16-19 Μαΐου 2012.

Το Συνέδριο περιλαμβάνει
Διαλέξεις, Διαιτητικές Συζητήσεις,
Στρογγυλά Τραπέζια, Συμπόσια,
Κλινικά Φροντιστήρια, Σεμινάρια
και Ελεύθερες Ανακοινώσεις.

Ημερομηνία Υποβολής
Περιλήψεων: 13 Ιανουαρίου 2012



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 • Αντιαιμοπεταλιακά

Για την οστεοπόρωση • Για την οστεοαρθρίτιδα


LIBYTEC®
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.

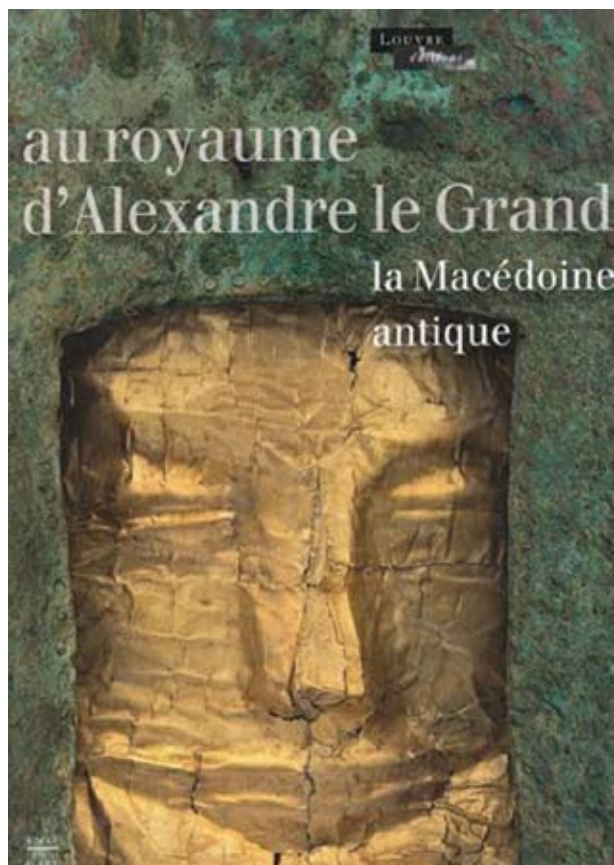
Λ. Βουλιαγμένης 24,167 77 Ελληνικό, Αθήνα, Τηλ: 210 9609960, Fax: 210 9638438, www.libytec.gr



Καλλιτεχνικά & άλλα

Νάγια Μπομπότσι

Στο Βασίλειο του Μεγάλου Αλεξάνδρου - Η αρχαία Μακεδονία



Στις 13 Οκτωβρίου του 2011 το μουσείο του Λούβρου άνοιξε τις πύλες του στην Ελλάδα που έχει την τιμητική της! Η έκθεση με τον τίτλο «Au royaume d'Alexandre le Grand - La Macédoine antique» αποκαλύπτει τον τεράστιο φυσικό πλούτο αλλά και τη καλλιτεχνική ανάπτυξη της Βορείου Ελλάδας, άγνωστης σε μεγάλο βαθμό στο ευρύ κοινό. Είναι ένα ταξίδι στην ιστορία της Μακεδονίας από

τον 15ο αι. π.Χ. μέχρι τα όψιμα ρωμαϊκά χρόνια. Στην αίθουσα Ναπολέον, κάτω από την πυραμίδα, το γαλλικό μουσείο σε συνεργασία με το Υπουργείο Πολιτισμού της Ελλάδας φέρνουν στα μάτια των επισκεπτών περισσότερα από πεντακόσια ευρήματα. Πολλά από αυτά προέρχονται από παλαιότερες αλλά και εντελώς πρόσφατες ανασκαφές στην Μακεδονία και μεταφέρθηκαν για την έκθεση από τα αρχαιολογικά μουσεία του Δίου, της Θεσσαλονίκης, της Πέλλας και της Φλώρινας-εκτίθενται επομένως για πρώτη φορά στη Γαλλία. Άλλα ευρήματα βρισκόνταν στις αποθήκες του Λούβρου και παρουσιάζονται στο κοινό για πρώτη φορά. Προκαλεί συγκίνηση αλλά συγκεντρώνει και το επιστημονικό ενδιαφέρον το γεγονός ότι αρχαία από τον ίδιο χώρο που βρίσκονταν άλλα εδώ (στην Ελλάδα) και άλλα εκεί (στη Γαλλία) συναντώνται και πάλι.

Η έντονη παρουσία των Γάλλων αρχαιολόγων στη Μακεδονία κατά τον 19ο αιώνα και στις αρχές του 20ου, έχει εμπλουτίσει το μουσείο του Λούβρου με ευρήματα που κι εμείς οι Έλληνες δεν έχουμε ξαναδεί συγκεντρωμένα. Αλλά και ορισμένα ευρήματα που μεταφέρθηκαν από τα ελληνικά Μουσεία και προέρχονται από πρόσφατες ανασκαφές είναι άγνωστα στο ευρύ Ελληνικό κοινό. Το γαλλικό μουσείο σε αναγνώριση της ελληνικής γενναιοδωρίας θα «δανείσει» διάφορα έργα τέχνης που σχετίζονται με τη Μακεδονία σε πέντε μουσεία της Θεσσαλονίκης με την ευκαιρία του εορτασμού των εκατό χρόνων από την απελευθέρωση της πόλης το 2012.

Είναι συγκινητικό να διαβάζει κανείς λεζάντες και ενημερωτικά κείμενα μέσα στο Λούβρο στα

Ελληνικά! Ο χαμηλός φωτισμός υποβάλλει τον επισκέπτη και αναδεικνύει τους αρχαίους θησαυρούς - δυσκολεύει όμως κάπως στην ανάγνωση των πινακίδων. Το ελληνικό πνεύμα αναδεικνύεται σε όλες τις εκφάνσεις του Μακεδονικού πολιτισμού: την καλλιτεχνική παραγωγή, την οργάνωση του Μακεδονικού Βασιλείου, τον πόλεμο, την κοινωνική ζωή, την λατρεία και τα έθιμα ταφής. Η έκθεση είναι δομημένη πάνω σε εννέα θεματικές ενότητες όπως την συνέλαβαν οι δημιουργοί της.

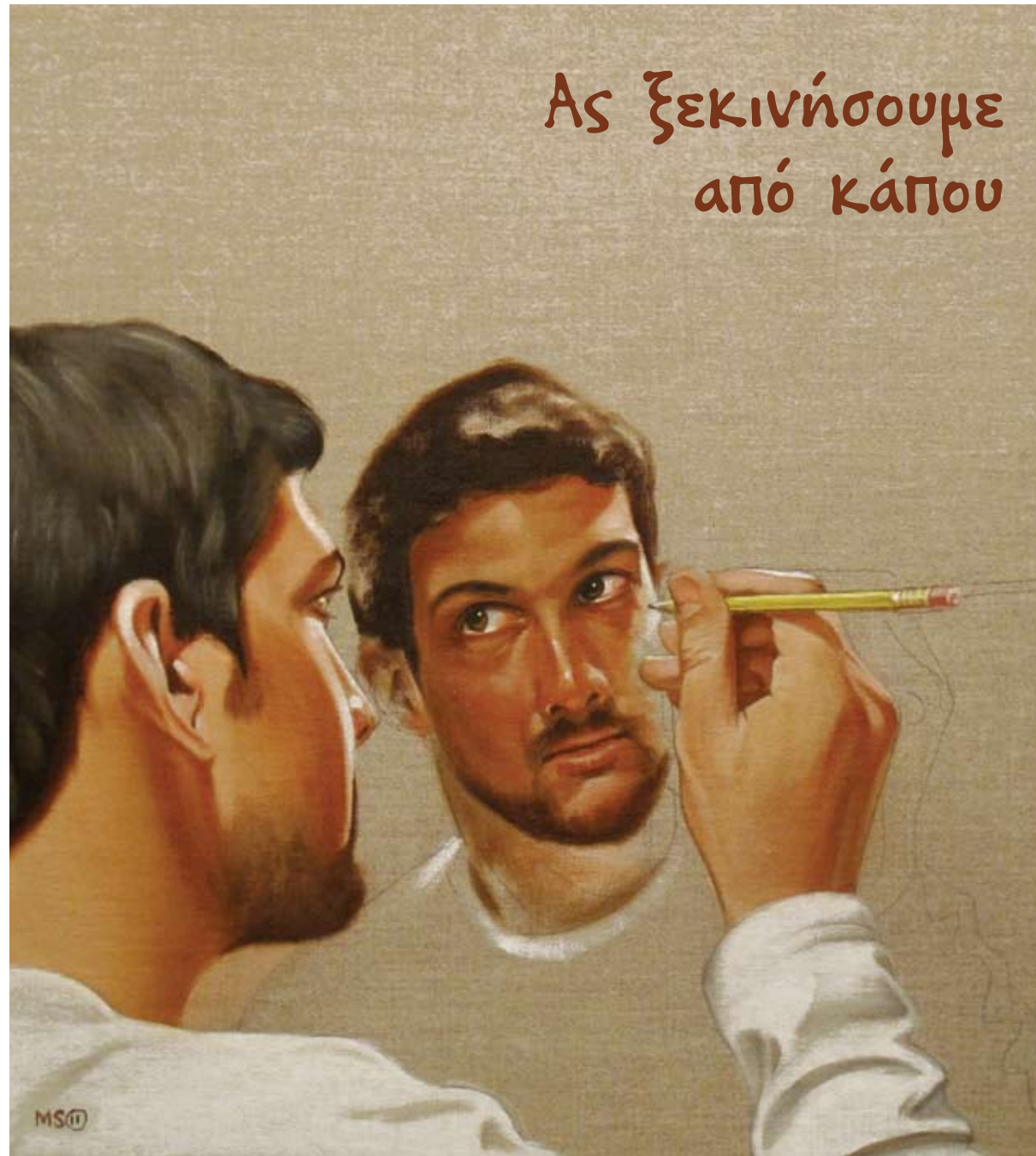
Η Sophie Descamps, Διευθύντρια του Τμήματος Ελληνικών, Ετρουσκικών και Ρωμαϊκών αρχαιοτήτων στο Λούβρο δήλωσε: «Οι Γάλλοι γνωρίζουν ότι ο Μέγας Αλέξανδρος ήταν Έλληνας, αλλά δεν ξέρουν ότι αυτός ήταν και Μακεδόνας. Τα πράγματα είναι κάπως συγκεχυμένα. Δεν ξέρουν, για παράδειγμα, ότι η Μακεδονία, γενέτειρα του Μεγάλου Αλεξάνδρου βρίσκεται στην Ελλάδα. Η έκθεση προσφέρει μια εξαιρετική ευκαιρία στους επισκέπτες όλων των εθνικοτήτων, να ξαναανακαλύψουν τον Αλέξανδρο υπό το φως της καταγωγής του και τους θησαυρούς που φέρει ο μύθος του μέσα στους αιώνες».

Πρόκειται για μία έκθεση υψηλής ποιότητας που δηλώνει απερίφραστα την ιστορική διαδρομή της Μακεδονίας και αποτελεί απάντηση σε όσους την επιβουλεύονται.

Η έκθεση θα διαρκέσει έως τις 16 Ιανουαρίου του 2012.



Το εξώφυλλο από μέσα



Μία νέα χρονιά ξεκινά όπου να'ναι, και αυτό είναι το μόνο βέβαιο.
Όλα τα άλλα είναι αβέβαιο κατά πόσο μπορούμε να τα ορίζουμε.
Εκτός από τον εαυτό μας.
Ας ξεκινήσουμε λοιπόν από εκεί.

Μίλτος Σκούρας

Ρυθμίστε...

με αποτελεσματικότητα

ibutin[®] 300

Υπεύθυνος Αδειας 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