

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Οκτώβριος - Νοέμβριος - Δεκέμβριος 2012 | Τεύχος

26

Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

Νέα και επίκαιρα

Σύνδρομο κληρονομικού
καρκίνου παχέος εντέρου

Νικόλαος Γύζης

Άγιε μου Βασίλη,
σε παρακαλώ...

Zurcazol[®]

pantoprazole

40mg

Σχέση Εμπιστοσύνης...



...χτισμένη στην Ποιότητα!

“Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες,
συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος”



Λ. Κηφισίας 196, Χαλάνδρι, 152 31 Αθήνα,
Τηλ.: 210 67 29 570, Fax: 210 67 29 571
Λ. Καραμανλή 60, 546 42 Θεσ/νίκη,
Τηλ.: 2310 87 04 80, Fax: 2310 87 04 79
www.nycomed.gr



Άρθρο Σύνταξης



Ζώντας σε μια κοινωνία που δεν είναι στατική αλλά αντίθετα κλυδωνίζεται συνέχεια και προ-σπαθώντας να αντιμετωπίσουμε τα καθημερινά προβλήματα της σύγχρονης ζωής που αυ-ξάνονται από τη δύσκολη συγκυρία που βιώνουμε, είναι επιτακτική η αναζήτηση αξιών που θα βοηθήσουν στη διαμόρφωση στάσης ζωής του ατόμου, όχι ως ατομική επίτευξη στόχου, αλλά ως συμβολή στο κοινωνικό σύνολο. Η ευθύνη ως αξία και στάση ζωής και τα παράγωγά της όπως, ανάληψη ευθυνών, αναζήτηση ευθύνης, υπευθυνότητα, συλλογική και προσωπική ευθύνη, φαίνεται ότι είναι όροι που απουσιάζουν από το λεξιλόγιο και τη νοοτροπία της επο-χής. Δεν είναι τυχαίο ότι ζούμε λοιπόν σε μία περίοδο μειωμένης και ίσως περιστασιακά ανύ-παρκτης ατομικής και κοινωνικής υπευθυνότητας. Και ως εκ τούτου, δεν είναι ίσως τυχαίο ότι απαξιώνουμε το παρελθόν, αδιαφορούμε για το παρόν και αδυνατούμε να οραματιστούμε για το μέλλον.

Είμαι υπεύθυνος σημαίνει ότι αισθάνομαι ότι οι ενέργειές μου, οι σκέψεις και τα συναισθήμα-τά μου είναι συνειδητοποιημένες επιλογές και οδηγούν στην πλήρη αποδοχή των συνεπειών, καλών ή κακών, που αυτές επισύρουν. Είμαι υπεύθυνος σημαίνει ότι έχω τη γενναιότητα της τίμιας αυτοκριτικής, την επιμονή συνεχούς αυτοελέγχου και την τόλμη της αυτοαποδοχής της ευθύνης μου. Είμαι υπεύθυνος σημαίνει αναγνωρίζω τον εαυτό μου ως αναπόσπαστο κομ-μάτι του κοινωνικού συνόλου, συμμετέχω ενεργά στις κοινωνικές ζυμώσεις, είτε ως απλό συστατικό είτε ως καταλύτης, και δεν περιορίζομαι στη στείρα, εκ του ασφαλούς κριτική των συνοδοιπόρων μου. Είμαι υπεύθυνος σημαίνει ανακαλύπτω τον εαυτό μου, διαμορφώνω το όραμά μου, χαράζω τροχιά και αντιστέκομαι σε ότι με βγάζει από αυτήν.

Έτσι διαμορφώνονται συνειδητοποιημένα άτομα, πολίτες, γονείς, επαγγελματίες, δημόσιοι υπάλληλοι, κρατικοί λειτουργοί, πολιτικοί. Έτσι παίρνουν έκφραση τα λόγια του Ν. Καζαντά-κη: «...Να αγαπάς την ευθύνη. Να λες, εγώ μονάχος μου έχω χρέος να σώσω τη γη... Αν δε σωθεί, ΕΓΩ φταίω...»

Καλές γιορτές. Καλή Χρονιά με υγεία, γόνιμη σκέψη και επιστροφή στις πρωταρχικές ανθρω-πινες αξίες.

Νικολέττα Μάθου



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	06
ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ	08
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ	10
Μία εβδομάδα μαζί με τους αναισθησιολόγους	
ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΙΑΤΕ;	12
Βιβλιογραφική ενημέρωση	



Περιεχόμενα

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	14
Σύνδρομο κληρονομικού καρκίνου παχέος εντέρου	
ΕΙΔΩΣΚΟΠΗΣΕΙΣ	24
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ & ΑΛΛΑ	28
Νικόλαος Γύζης: Ο μεγάλος ζωγράφος»	
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	32
Ατζέντα 2013	
ΤΟ ΕΙΔΩΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ	34

Ταυτότητα

Ιδιοκτήτης:

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

Εκδότης & Υπεύθυνος παρά τω νόμω:

Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Νταϊλιάνας
Απόστολος

Έδρα:

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

Διευθυντής σύνταξης:

Μάθου Νικολέττα

Συντακτική Επιτροπή:

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

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

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

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

Διευθυντής Δημιουργικού:

Σκούρας Μίλτος

Δημιουργική Επιμέλεια:

Ιωάννα Βαρδαξόγλου

Εικονογραφισή Εξωφύλλου:

Μ.Σ.

Υπεύθυνος Διαφήμισης:

Σκούρας Μίλτος

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

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

Ταυτότητα

Νέα ΔΣ

Η παρατεινόμενη οικονομική κρίση έχει ήδη επηρεάσει αισθητά τους Έλληνες γαστρεντερολόγους. Οι εργαζόμενοι στο ΕΣΥ υφίστανται μεγάλες περικοπές των μισθών, καθυστερήσεις και μειώσεις στις αμοιβές των εφημεριών, αυξημένο όγκο εργασίας και ελλείψεις αναλωσίμων. Οι εργαζόμενοι σαν ελευθεροεπαγγελματίες, χωρίς σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ, έχουν μεγάλη μείωση στις αποδοχές τους, αφού εξετάζουν μειωμένο αριθμό ασθενών με μειωμένες τιμές, η εφορία αυξάνει τις απαιτήσεις της και το κόστος των αναλωσίμων παραμένει σταθερό ή αυξάνεται. Οι γαστρεντερολόγοι που έχουν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ είναι υποχρεωμένοι να δέχονται πολλές επισκέψεις με χαμηλές αμοιβές και με πολλές αμφιβολίες για το αν και πότε θα αποδοθούν. Το πάζλ των γαστρεντερολόγων συμπληρώνουν οι νεότεροι, αυτοί που μόλις τελείωσαν την ειδικότητα ή την μετεκπαίδευσή τους, που σήμερα αντιμετωπίζουν το τεράστιο πρόβλημα της ανεργίας. Σε αυτή τη συγκυρία ο ΕΟΠΥΥ, με τις συμβάσεις με ιδιωτικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα, οδηγεί το μεγαλύτερο μέρος των ενδοσκοπήσεων μακριά από το ιατρείο. Η Γενική Συνέλευση, αναγνωρίζοντας αυτή την κατάσταση, έχει πάρει τις αποφάσεις που δημοσιεύθηκαν στο προηγούμενο τεύχος, οι οποίες στάλθηκαν στον ΕΟΠΥΥ, ΙΣΑ και Υπουργείο Υγείας. Η σχετική επιστολή δημοσιεύεται στο παρόν τεύχος.

Το Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΠΕΓΕ αναζητώντας τρόπους να προσφέρει κάποιες λύσεις, θα επεξεργαστεί το μοντέλο του γαστρεντερολογικού πολυϊατρείου από νομική και λογιστική άποψη, θα αναρτήσει στην ιστοσελίδα υποδείξεις συναδέλφων για έξυπνες και οικονομικές λύσεις στα αναλώσιμα – και καλεί τα μέλη της να συμμετέχουν σε αυτό και θα προσπαθήσει να καταρτίσει ένα συνεχώς ανανεωνόμενο άτλαντα γαστρεντερολόγων Ελλάδας.

Η καταγραφή των γαστρεντερολόγων αποτελούσε πάντα μέλημα της ΕΠΕΓΕ. Η σκέψη για το 2013 είναι η δημιουργία μιας ευέλικτης βάσης δεδομένων με στοιχεία των γαστρεντερολόγων, όπως η ηλικία, το φύλο, ο τομέας δραστηριοποίησης, η γεωγραφική κατανομή και άλλα. Τα στοιχεία αυτά είναι χρήσιμα για το σχεδιασμό πολιτικής στο χώρο της υγείας και ειδικότερα της γαστρεντερολογίας, αλλά συγχρόνως θα αποτελούν και πυξίδα για τις επιλογές και τις αποφάσεις του καθενός.

Bluebook

Μετά από πολλές ζυμώσεις, επιτέλους δημοσιεύθηκε το νέο Bluebook από το European Board of Gastroenterology. Το βιβλίο αυτό περιέχει όλες τις σύγχρονες πτυχές της εκπαίδευσης στη γαστρεντερολογία τόσο για τους εκπαιδευόμενους όσο και για τους εκπαιδευτές. Μπορείτε να το βρείτε αναρτημένο στην ιστοσελίδα της ΕΠΕΓΕ, www.epege.gr/news.asp

Διημερίδα ΕΠΕΓΕ 2013

Το Διοικητικό Συμβούλιο, γνωρίζοντας την ανάγκη μας για συνεχιζόμενη εκπαίδευση στην ηπατολογία, αποφάσισε η επόμενη διημερίδα να αφιερωθεί σε πρακτικά, καθημερινά θέματα που αντιμετωπίζει ο γαστρεντερολόγος και σχετίζονται με το ήπαρ. Η 11^η διημερίδα θα λάβει χώρα στο Caravel, 28-29/9/13 και πρόεδρος της οργανωτικής επιτροπής ορίστηκε ο κ. Ακριβιάδης.



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 • Αντιαίμοπεταθιακά

Για την οστεοπόρωση • Για την οστεοαρθρίτιδα

Αθήνα 15 Νοεμβρίου 2012
ΑΠ 629

**Προς α) τον Πρόεδρο και το ΔΣ του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών,
β) τον Πρόεδρο ΕΟΠΥΥ,
γ) Υπουργό Υγείας κ. Λυκουρέντζο και Υφυπουργούς.**

Αξιότιμοι κύριοι,

Κατά τη γενική συνέλευση της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδας συζητήθηκε διεξοδικά η υπάρχουσα κατάσταση στο χώρο της Υγείας. Η συνένωση των ασφαλιστικών ταμείων και η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, που θα μπορούσε να αποτελέσει θετική εξέλιξη, μέχρι σήμερα συνοδεύεται από αβεβαιότητες σε όλα τα επίπεδα και έχει δυσμενή επίδραση σε όλους, ασφαλισμένους και ιατρούς, συμβασιούχους και μη.

Τα προβληματικά οικονομικά μεγέθη του ΕΟΠΥΥ αναμφίβολα επιβάλλουν συνετή διαχείριση και προγραμματισμό των εξόδων, αλλιώς η εκπλήρωση των υποχρεώσεων προς τους συμβασιούχους, που μέχρι σήμερα χαρακτηρίζεται από υπερβολικές καθυστερήσεις, κινδυνεύει να μην είναι εφικτή.

Η παράλογη για εποχή οικονομικής κρίσης σύμβαση του ΕΟΠΥΥ με ιδιωτικά νοσοκομεία κατευθύνει μέσω των ΚΕΝ τους ελάχιστους εναπομείναντες πόρους προς τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι συμβάσεις αυτές, απορροφούν ζωτικής σημασίας ποσά και παράλληλα στρέφουν τον κύριο όγκο των ενδοσκοπήσεων του πεπτικού σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας των ιδιωτικών νοσοκομείων και των διαγνωστικών κέντρων. Την ίδια στιγμή τα δημόσια νοσοκομεία, που λογικά για τον ισολογισμό τους δημιουργήθηκαν τα ΚΕΝ, στερούνται παντελώς πόρων και βρίσκονται σε τραγική κατάσταση.

Παράλληλα, μολονότι έχουν δημοσιευθεί σε ΦΕΚ νέες τιμές για τις ενδοσκοπήσεις, ο ΕΟΠΥΥ τις κοστολογεί αυθαίρετα χαμηλότερα. Αυτή η πρακτική, σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια του ταμείου να καλύψει έγκαιρα έστω και αυτές, οδηγούν σε απαιτήσεις για επιπλέον αμοιβές που μεταφέρονται στους ασθενείς. Επιπλέον αμοιβές ζητούνται και για πράξεις που δεν προβλέπονται από κάποιο κωδικό, όπως η καταστολή, το CLO test για τον έλεγχο του ελικοβακτηριδίου ή η ενδοσκόπηση του τελικού ειλεού. Οι επιπρόσθετες αυτές αμοιβές συντηρούν στρεβλές πρακτικές του παρελθόντος και είναι εις βάρος των ασθενών και της εύρυθμης λειτουργίας του συστήματος.

Με βάση τα ανωτέρω η γενική συνέλευση αποφάσισε:

- Προτεραιότητα στην κάλυψη των δαπανών των κρατικών νοσοκομείων.
- Επικαιροποίηση των τιμών των ενδοσκοπήσεων, δημιουργία νέων κωδικών και διασφάλιση της πλήρους οικονομικής κάλυψης της ενδοσκοπικής πράξης με το κατάλληλο παραπεμπτικό του ΕΟΠΥΥ.

Για το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Η ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ



A. ΝΤΑΙΛΙΑΝΑΣ



N. ΜΠΟΜΠΟΤΣΗ

Salofalk® Granu-Stix 1000mg



Galenica α.ε.

ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕ 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 ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΓΡΥΠΝΗΣΗΣ ΤΗΛ.: 210 5281805

Μια εβδομάδα μαζί με τους αναισθησιολόγους



Μια από τις σημαντικότερες επιτυχίες της ΕΠΕΓΕ είναι αναμφισβήτητο το ετήσιο σεμινάριο καταστολής που έχει καθιερωθεί εδώ και λίγα χρόνια. Η συνεισφορά σε αυτό του Καθηγητή κ. Παπαδόπουλου και της ομάδας του είναι, φυσικά, ανεκτίμητη. Μέσα σε αυτά τα λίγα χρόνια μάθαμε πολλά καινούργια πράγματα από τους αναισθησιολόγους και είδαμε τη χορήγηση καταστολής με άλλο μάτι. Η δουλειά μας έγινε πιο αποτελεσματική και πιο ασφαλής.

Πάντα όμως υπάρχει το «κάτι περισσότερο» που μπορείς να κάνεις... Έτσι, ζήτησα από τον Καθηγητή κ. Παπαδόπουλο και την Επ. Καθηγήτρια κ. Αρναούτογλου να εκπαιδεύω στο δικό τους Νοσοκομείο (Πανεπιστημιακό Ιωαννίνων) σε θέματα σχετικά με τη χορήγηση καταστολής και την αντιμετώπιση των επιπλοκών της. Το δέχτηκαν άμεσα

με πολύ μεγάλη ευχαρίστηση και μου είπαν πως πέντε ημέρες θα ήταν αρκετές. Η συνεννόηση έγινε με ανταλλαγή e-mails, οι απαντήσεις τους ήταν άμεσες και κατατοπιστικές και προσδιορίστηκε το διάστημα 19-23/11 ως κατάλληλο για αυτό το σκοπό.

Το πρωί της 19^{ης} Νοεμβρίου με υποδέχτηκε η κ. Αρναούτογλου – με τη γνωστή σε όλους μας ευγένειά της – και με κατατόπισε σχετικά με το χώρο των χειρουργείων που επρόκειτο να κινηθώ τις επόμενες ημέρες. Το ΠΓΝΙ διαθέτει 12 χειρουργικές αίθουσες – αν δεν έκανα λάθος στο μέτρημα – και τα περιστατικά εναλλάσσονται με καταϊγιστικό ρυθμό. Σε καθημερινή βάση με αναλάμβανε ένας ειδικευόμενος προκειμένου να με «τρέχει» από αίθουσα σε αίθουσα – όπου επρόκειτο να ξεκινήσει κάποιο νέο χειρουργείο – και να κανονίσει να «αερίσω» τον ασθενή πριν κοιμηθεί και διασωληνωθεί. Όλοι οι συνάδελφοι αναισθησιολόγοι έδειξαν πολύ μεγάλη διάθεση συνεργασίας και μου έδωσαν να κάνω όσο πιο πολλά περιστατικά μπορούσαν. Εμείς, που δεν έχουμε μεγάλη σχέση με τα χειρουργεία, πρέπει να γνωρίζουμε πως δεν είναι όλοι οι ασθενείς κατάλληλοι για εκπαίδευση. Για παράδειγμα, ένας ασθενής που προβλέπεται να έχει δύσκολη διασωλήνωση (π.χ. αν έχει κοντό λαιμό ή είναι παχύσαρκος) δεν είναι το καλύτερο περιστατικό για να μάθουμε να αερίζουμε...

Αυτές τις μέρες διαπίστωσα πόσο σημαντικό είναι να ξέρεις να αερίζεις έναν ασθενή, αλλά και πόσο δύσκολο μπορεί να είναι αυτό μερικές φορές. Υπάρχουν διάφορα tricks – τόσο για τη διατήρη-

ση ανοιχτών των αεροφόρων οδών, όσο και για την εφαρμογή της μάσκας – που είναι σκόπιμο να μας τα δείξουν άνθρωποι που ξέρουν. Είδα ακόμη πόσο χρήσιμος είναι ο στοματοφαρυγγικός σωλήνας και πόσο βοηθά στον αερισμό. Θεωρώ την ύπαρξή του, σε όλα τα μεγέθη, απαραίτητη σε κάθε ιατρείο. Όσον αφορά στις λαρυγγικές μάσκες, είναι σίγουρα ένα όπλο παραπάνω, αλλά μάλλον δεν θα χρειαστεί αν ξέρουμε να διατηρήσουμε ανοικτή την αεροφόρο οδό, να βάλουμε έναν στοματοφαρυγγικό και να αερίσουμε... Η τοποθέτησή της είναι σχετικά εύκολη, αν και δεν είχα την ευκαιρία να βάλω περισσότερες από τρεις. Αυτό εξαρτάται και από τη φύση των περιστατικών που υπάρχουν στη δεδομένη περίοδο.

Κάτι ακόμη πολύ σημαντικό που έμαθα αυτές τις ημέρες είναι η αξιολόγηση της καπνογραφίας. Η χρησιμότητά της έχει αναφερθεί πολλές φορές από την ομάδα του κ. Παπαδόπουλου. Εκείνο που θέλω να τονίσω είναι ότι δεν έχει τόσο σημασία η τιμή του τελοεκπνευστικού διοξειδίου του άνθρακα, όση έχει το διάγραμμα που βλέπουμε στο monitor. Από αυτό θα πάρουμε όλες τις απαραίτητες ενδείξεις σχετικά με την επικείμενη εμφάνιση άπνοιας (εξαιρετικές πληροφορίες σχετικά με την ερμηνεία των διαγραμμάτων καπνογραφίας μπορεί να βρει κάποιος στο UptoDate). Ο καπνογράφος πραγματικά είναι ένα εξαιρετικό χρήσιμο εργαλείο, αλλά και πολύ εύκολο στη χρήση του.

Ιδιαίτερα χρήσιμη ήταν η – κατά κάποιον τρόπο – εξοικειωσή μου με τη χρήση της προποφόλης, η οποία πλέον χρησιμοποιείται από τους αναισθησι-

ολόγους σε όλα σχεδόν τα περιστατικά. Είδα την επίδρασή της ανάλογα με τη δοσολογία της, την υπόταση που προκαλεί πάντα, την (επιδιωκόμενη εδώ) άπνοια, αλλά και την ταχεία αναστροφή της δράσης της όταν διακοπεί η χορήγησή της.

Πέρα όμως από το αντικείμενο της εκπαίδευσής μου είχα την ευκαιρία να παρακολουθήσω μια πλειάδα επεμβάσεων που αφορούσαν όχι μόνο το πεπτικό (χολοκυστεκτομές, εντερεκτομές), αλλά και άλλα συστήματα (από ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής μέχρι υστερεκτομές και διουρηθρικές προστατεκτομές). Ιδιαίτερα θέλω να σημειώσω την ηλεκτρική ανάταξη κοιλιακής μαρμαρυγής με χορήγηση μιδαζολάμης, σε συνθήκες παρόμοιες με αυτές ενός Ενδοσκοπικού. Οι εμπειρίες αυτές μόνο όφελος είναι για ένα γιατρό.

Συμπερασματικά, θεωρώ πως ήταν μια πολύ χρήσιμη εμπειρία που θα βοηθήσει τη δουλειά μου στο μέλλον, βελτιώνοντας ακόμη περισσότερο την παράμετρο της ασφάλειας των ενδοσκοπήσεων. Τίποτα δεν θα γινόταν φυσικά χωρίς την προθυμία των συναδέλφων αναισθησιολόγων και ιδιαίτερα του Καθηγητή κ. Παπαδόπουλου και της Επ. Καθηγήτριας κ. Αρναούτογλου, τους οποίους θέλω να ευχαριστήσω για μια ακόμη φορά. Ελπίζω ότι θα έχω την ευκαιρία να ξαναπάω στο μέλλον...

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε με το e-mail μου: pkaravit@otenet.gr



Αυτό το προσέξατε;

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

Increased adenoma detection rate with system-wide implementation of a split-dose preparation for colonoscopy. S.R. Gurudu, F.C. Ramirez, M.E. Harrison, J.A. Leighton, M.O. Crowell. Gastrointestinal Endoscopy 2012;76:603-8.

Η χορήγηση καθαρτικού σε διαιρεμένες δόσεις μπορεί να βελτιώσει τις παραμέτρους της εντερικής προετοιμασίας (ανοχή, συμμόρφωση, ποσοστά ολοκλήρωσης της ενδοσκόπησης και ανεύρεσης πολυπόδων και αδενωμάτων).

Παρά την επιτυχή μείωση των ποσοστών καρκίνου παχέος εντέρου με την προληπτική κολονοσκόπηση, πολλές αναφορές σχετικά με χαμένες βλάβες, ιδίως στο εγγύς κόλον, έχουν καταστήσει αναγκαία την αναζήτηση μεθόδων με σκοπό τη περαιτέρω βελτίωση της αποτελεσματικότητας της εξέτασης.

Εντούτοις, όλες οι προσπάθειες εξαρτώνται από μια καλής ποιότητας εντερική προετοιμασία, η οποία θα επιτρέψει τον λεπτομερή έλεγχο του εντερικού βλενογόνου. Επιπλέον, εκτός της αυξημένης πιθανότητας χαμένων βλαβών, η μη ολοκλήρωση της εξέτασης, η αυξημένη πιθανότητα επιπλοκών αλλά και η αύξηση του κόστους του προληπτικού ελέγχου λόγω επανάληψης της ενδοσκόπησης, θα μπορούσαν να αποτελέσουν συνέπειες μιας ανεπαρκούς εντερικής προετοιμασίας.

Ένα ιδανικό καθαρτικό μέσο θα πρέπει να απομακρύνει επαρκώς και ταχέως το εντερικό περιεχόμενο, χωρίς να αφήνει υπολείμματα ούτε να προκαλεί βλεννογονικές αλλοιώσεις. Επίσης, θα πρέπει να είναι εύγεστο, ασφαλές και η λήψη του να είναι καλά ανεκτή από τους εξεταζόμενους. Η προετοιμασία με πολυαιθυλική γλυκόζη που χρησιμοποιείται ευρέως επειδή πληρεί τις περισσότερες από τις παραπάνω προϋποθέσεις, έχει το σημαντικό μειονέκτημα της μεγάλης ποσότητας διαλύματος που θα πρέπει να καταναλώσει ο εξεταζόμενος και σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Το γεγονός αυτό πολύ συχνά οδηγεί σε μειωμένη συμμόρφω-

ση εκ μέρους των ασθενών και τελικά σε ανεπαρκή εντερική καθαριότητα.

Πολλές τυχαίοποιημένες μελέτες αλλά και μια πρόσφατη μετα-ανάλυση, υποστηρίζουν πως η χορήγηση καθαρτικού σε διαιρεμένες δόσεις μπορεί να βελτιώσει τη ανοχή και επομένως τη συμμόρφωση των ασθενών αλλά και την αποτελεσματικότητα της εντερικής προετοιμασίας. Η λήψη 2-3 λίτρων το απόγευμα της παραμονής της εξέτασης και 1-2 λίτρων το πρωινό της ημέρας της εξέτασης έχει συστηθεί σε ασθενείς που δεν χρειάζεται να ταξιδέψουν ούτε έχουν προγραμματίσει την εξέτασή τους για πολύ νωρίς το πρωί.

Οι ασθενείς που συμμετείχαν στη παραπάνω μελέτη, έλαβαν 3 λίτρα το προηγούμενο απόγευμα και 1 λίτρο διαλύματος το πρωινό της εξέτασης. Επιβεβαιώθηκαν τα αποτελέσματα των προηγούμενων μελετών και επιπλέον τεκμηριώθηκε, μια σημαντική βελτίωση των ποσοστών ολοκλήρωσης της ενδοσκόπησης αλλά και των ποσοστών ανεύρεσης πολυπόδων και αδενωμάτων.

Capsule endoscopy or angiography in patients with acute overt obscure gastrointestinal bleeding: a prospective randomized study with long term follow up. W.K. Leung, S.S.M. Ho, B.Y. Suen, et al. Am J Gastroenterol 2012;107:1370-1376.

Η ενδοσκοπική κάψουλα λεπτού εντέρου θα πρέπει να προτιμάται της αγγειογραφίας σε ασθενείς με εμφανή αιμορραγία πεπτικού αγνώστου αιτιολογίας.

Η ευρεία διάδοση της ενδοσκοπικής κάψουλας λεπτού εντέρου, προκάλεσε επανάσταση στη διαγνωστική προσέγγιση της αιμορραγίας από το πεπτικό σύστημα αγνώστου αιτιολογίας, στην αιμορραγία δηλαδή από το πεπτικό η οποία παραμένει ασαφής μετά από ενδοσκόπηση του ανώτερου και του κατώτερου πεπτικού. Η διερεύνηση του παραπάνω προβλήματος, καθόλου ασυνήθιστου καθώς αντιπροσωπεύει περίπου το 7-8% των πε-

ριπτώσεων ασθενών που παρουσιάζουν μέλαινα ή αιματοχεσία, με την ενδοσκοπική κάψουλα, φαίνεται να υπερτερεί άλλων τεχνικών όπως της πρωκτικής εντεροσκόπησης, της εντερόκλυσης ή της εντερογραφίας με αξονική τομογραφία.

Παρ' όλα αυτά, σε ασθενείς με μαζική αιμορραγία προτείνεται είτε η ενδοσκόπηση με σκοπό την θεραπευτική αντιμετώπιση της αιμορραγίας είτε η αγγειογραφία. Οι τρέχουσες οδηγίες βασίζονται σε περιορισμένα δεδομένα και δεν υπάρχουν μέχρι τώρα, προοπτικές, τυχαίοποιημένες μελέτες που να συγκρίνουν άμεσα την αγγειογραφία με την ενδοσκοπική κάψουλα σε περιπτώσεις ενεργού αιμορραγίας.

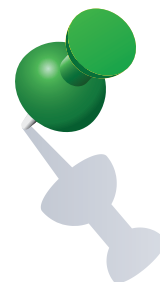
Συνεπώς, σκοπός της παραπάνω μελέτης ήταν να αξιολογηθεί συγκριτικά η διαγνωστική αξία της αγγειογραφίας και της ενδοσκοπικής κάψουλας αλλά και οι απώτερες συνέπειες στους ασθενείς που τυχαίοποιήθηκαν σε αυτές τις δύο τεχνικές. Με την ενδοσκοπική κάψουλα διαπιστώθηκαν θετικά ευρήματα σε 16 από τους 30 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αυτή. Αντίθετα, η αγγειογραφία ανέδειξε θετικά ευρήματα μόνο σε 6 από ισάριθμους ασθενείς. Μετά από μέσο χρονικό διάστημα παρακολούθησης 48,5 μηνών, η αιμορραγία υποτροπίασε σε 15 ασθενείς (10 από την ομάδα ασθενών που υποβλήθηκε σε ενδοσκοπική κάψουλα και 5 από αυτή που υποβλήθηκε σε αγγειογραφία).

Διαπιστώθηκε πως η διαγνωστική αξία της ενδοσκοπικής κάψουλας ήταν ανώτερη της αγγειογραφίας ενώ όσον αφορά την επαναιμορραγία, αν και ο αθροιστικός δείκτης ήταν μεγαλύτερος στη ομάδα της αγγειογραφίας, η διαφορά δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική. Καμμία διαφορά δεν παρατηρήθηκε στις δύο ομάδες ασθενών σε ανάγκη για μετάγγιση ή σε διάρκεια νοσηλείας.

Τα παραπάνω αποτελέσματα σε συνδυασμό με τον μη επεμβατικό χαρακτήρα της ενδοσκοπικής κάψουλας, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η διενέργεια της ενδοσκοπικής κάψουλας σε ασθενείς με εμφανή, αγνώστου αιτιολογίας αιμορραγία πεπτικού θα πρέπει να προτιμάται της αγγειογραφίας.

Αυτό το προσέξατε;

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ



Interval cancers after negative colonoscopy: population-based case-control study. H.Brenner, J. Chang-Claude, C. M. Seiler, M. Hoffmeister. Gut 2012;61:1576-1582.

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου μέσα σε μια δεκαετία μετά από μία αρνητική κολονοσκόπηση δεν είναι αμελητέος.

Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου μέσα σε μια 10-ετία, μετά από μια αρνητική κολονοσκόπηση είναι πολύ μικρή όχι όμως μηδενική. Ακόμα εξακολουθεί να μένει αναπάντητο το ερώτημα, σε ποίο βαθμό παριστούν νεοπλάσματα τα οποία διέφυγαν της αρχικής διάγνωσης σε προηγούμενη κολονοσκόπηση ή αντιπροσωπεύουν νεοπλάσματα που άρχισαν να αναπτύσσονται μετέπειτα.

Συγκεντρώθηκαν πληροφορίες για 1945 περιπτώσεις καρκίνου παχέος εντέρου και διαπιστώθηκαν 78 περιπτώσεις καρκίνου που εμφανίστηκαν σε χρονικό διάστημα μικρότερο των δέκα ετών από την τελευταία κολονοσκόπηση. Τα χαρακτηριστικά των παραπάνω 78 περιπτώσεων μελετήθηκαν συγκριτικά με αυτά που προέκυψαν από 515 περιπτώσεις ατόμων ελέγχου που υποβλήθηκαν σε προληπτική κολονοσκόπηση και διαπιστώθηκε καρκίνος παχέος εντέρου.

Διαπιστώθηκε πως περιπτώσεις καρκίνου που εμφανίζονται σε χρονικό διάστημα μικρότερο των δέκα ετών, λαμβάνουν χώρα περισσότερο συχνά σε γυναίκες και εντοπίζονται κυρίως στο ανιόν και στο τυφλό, ενδεχομένως λόγω του μεγαλύτερου ποσοστού αδυναμίας ολοκλήρωσης της ενδοσκόπησης. Επίσης, μεταξύ των ανδρών, τέτοιες περιπτώσεις είναι συχνότερες, όταν της κολονοσκόπησης έχει προηγηθεί θετική δοκιμασία ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα. Αν και ο ρόλος των βιολογικών παραγόντων που μπορούν να επιταχύνουν την ανάπτυξη κακοήθειας στο παχύ έντερο είναι αναμφισβήτητος, οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν καρκίνους που διέφυγαν της διάγνωσης κατά την προηγούμενη ενδοσκόπηση.



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ – ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ
(ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ, ΣΥΝΔΡΟΜΟ LYNCH)

Στέλιος Παπασάββας, Κατερίνα Ευγενίδη

Ο ορθοκολικός καρκίνος (CC) αποτελεί παγκοσμίως το 9% των νεοδιαγνωσθέντων μορφών καρκίνου, τον τρίτο πιο συχνό καρκίνο παγκοσμίως (μετά αυτόν του μαστού και του πνεύμονα) και την τέταρτη πιο συχνή αιτία θανάτου.

Διάφοροι παράγοντες έχουν συσχετισθεί με την επίπτωση του ορθοκολικού καρκίνου κάποιοι από τους οποίους δεν εξαρτώνται από το ίδιο το άτομο (διαιτητικοί παράγοντες, συνήθειες και τρόπος ζωής, λήψη φαρμάκων) όπως η ηλικία, ατομικό ιστορικό αδενωμάτων πολύποδα ή καρκίνου, ατομικό ιστορικό ΙΦΝΕ, οικογενειακό ιστορικό ορθοκολικού καρκίνου – αδενωμάτων πολύποδα ή κληρονομικό σύνδρομο.

Είναι γνωστό ότι στο 60-85% των περιπτώσεων ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σποραδικός (στο 10-15% ανευρίσκεται MSI), στο 10-30% είναι οικογενής (FAMILIAR), δηλ. παρατηρείται και σε άλλα μέλη της οικογένειας χωρίς όμως να βρεθεί κάποιο γενετικό αίτιο, ενώ στο 3-5% είναι κληρονομικός (HEREDITARY), δηλ. ανευρίσκεται σαφώς ένα κληρονομικό σύνδρομο το οποίο είναι και υπεύθυνο για την εμφάνιση του ορθοκολικού καρκίνου. (ΠΙΝΑΚΑΣ 2) Έτσι είναι επιβεβλημένη, επί ύπαρξης κλινικής υποψίας, η αναζήτηση, η περαιτέρω αξιολόγηση και χειρισμός των συνδρόμων κληρονομικού καρκίνου. (ΠΙΝΑΚΑΣ 1)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΥΠΟΨΙΑ ΠΙΘΑΝΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ανάπτυξη καρκίνου σε ηλικία < από το γενικό πληθυσμό Καρκίνος παχέος εντέρου ή ενδομητρίου σε ηλικία < 50 ετών Καρκίνος παχέος εντέρου σε ηλικία < 60 ετών και στοιχεία υψηλής μικροδορυφορικής αστάθειας (MSI)
Πολλαπλοί συγγενείς α' βαθμού με καρκίνο παχέος εντέρου ή άλλους καρκίνους του συνδρόμου Lynch
Άτομο με πολλαπλούς πρωτοπαθείς καρκίνους του παχέος εντέρου ή άλλους καρκίνους του συνδρόμου Lynch
Πολλαπλοί πολύποδες του πεπτικού σωλήνα >10 αδενωμάτωσης πολύποδες παχέος εντέρου >20 οδοντωτοί πολύποδες παχέος εντέρου εκτός ορθού 5 ή περισσότεροι οδοντωτοί πολύποδες στο εγγύς κόλον από τους οποίους οι 2 > 1 εκ. 5 ή περισσότεροι αμαρτωμάτωσης πολύποδες πεπτικού σωλήνα ή έστω και ένας ιστολογικά διακριτός πολύποδας τύπου Peutz- Jeghers
Άτομο προερχόμενο από οικογένεια με επιβεβαιωμένο σύνδρομο κληρονομικού καρκίνου

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ – ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ
(ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ, ΣΥΝΔΡΟΜΟ LYNCH)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΘΟΚΟΛΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ (CC)

Οικογενής (FAMILIAL) καρκίνος παχέος εντέρου: 10 -30 % CC. Οι οικογένειες οι οποίες πληρούν τα κριτήρια του AMSTERDAM II αλλά ΔΕΝ έχουν μεταλλάξεις στα MMR (Mismatch Repair) Γονίδια
Κληρονομικός (HEREDITARY) καρκίνος παχέος εντέρου: 3-5 % CC. Διαχωρίζονται σε δύο κατηγορίες: Σύνδρομο Οικογενούς Μη-Πολυποδιασικού Καρκίνου Παχέος Εντέρου (Hereditary Nonpolyposis colorectal Cancer HNPCC) - 3% CC Σύνδρομο Πολυποδιάσεως - 1% CC.
Τα Σύνδρομα Πολυποδιάσεως ταξινομούνται σε: 1. Σύνδρομο Αδενωμάτωσης Πολυποδιάσεως • Οικογενής Αδενωμάτωσης Πολυποδίαση (FAP) • Εξασθενημένη FAP (Attenuated FAP – AFAP) • Πολυποδίαση που σχετίζεται με το γονίδιο MUTYH ή MYH (MAP) 2. Σύνδρομο Αμαρτωμάτωσης Πολυποδιάσεως • Σύνδρομο Νεανικής Πολυποδιάσεως (Juvenile Polyposis- JPS) • Σύνδρομο Peutz- Jeghers (PJS) • Σύνδρομο Αμαρτωμάτωσης όγκων σχετιζόμενων με το γονίδιο PTEN (Cowden Syndrome, Bannayan-Riley-Rubalcaba Syndrome, Proteus Syndrome) • Σύνδρομο Βασικοκυτταρικών Σπύλων • Νευροϊνώματωση τύπου 1 (Neurofibromatosis 1) • Σύνδρομο Πολλαπλής Ενδοκρινικής Νεοπλασίας τύπου 2B (MEN2B) • Σύνδρομο Κληρονομικής Μικτής Πολυποδιάσεως 3. Σύνδρομο Υπερπλαστικής Πολυποδιάσεως

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗ (FAP)

Η FAP αποτελεί το συχνότερο σύνδρομο πολυποδίασης με επίπτωση 1/10000 γεννήσεις και κληρονομείται με τον επικρατή αυτοσωμικό χαρακτήρα. Οφείλεται σε μετάλλαξη του γονιδίου APC, το οποίο είναι ογκοκατασταλτικό γονίδιο που εδράζεται στην περιοχή 5q21-q22 και του οποίου η λειτουργία σχετίζεται με την αποσύνθεση και ως εκ τούτου απενεργοποίηση του μεταγραφικού παράγοντα β-κατενίνη, Λόγω της έλλειψης της δράσεως της πρωτεΐνης APC, η β-κατενίνη δεν αποσυντίθεται και αυξάνει την μεταγραφή των γονιδίων στόχων της, όπως είναι το c-myc τα οποία ενέχονται στην καρκινογένεση.

- Κλινικά χαρακτηρίζεται από προοδευτική ανάπτυξη εκατοντάδων-χιλιάδων αδενωματωδών πολυπό-



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ – ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ
(ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ, ΣΥΝΔΡΟΜΟ LYNCH)

δων στο παχύ έντερο. (ισόβιος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου 100%).

- Ανάπτυξη αδενωματοδών πολυπόδων στο 12δακτυλο-περιηκυθικά στο 60-90% (κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου 4-12%), στον στόμαχο (γαστρικοί πολύποδες τύπου αδενίων θόλου) στο 30-40% (κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου <1%), στη νήστιδα και στον ειλεό στο 40%, 20% αντίστοιχα.
- Εξωεντερικές εκδηλώσεις αποτελούν το **σύνδρομο Gardner** (πολυποδίαση, οστεώματα κάτω γνάθου και κρανίου, συγγενής υπερτροφία του μελαγχρωματικού επιθηλίου του αμφιβληστροειδούς, δεσμοειδείς όγκοι), το **σύνδρομο Turcot** (πολυποδίαση και όγκοι ΚΝΣ όπως γλοιώματα και μυελοβλαστώματα).
- Δεν αναπτύσσονται πολύποδες στους φορείς της μετάλλαξης πριν τα 12 έτη.
- Μέση ηλικία εμφάνισης πολυπόδων τα 25 έτη, συμπτωμάτων τα 33 έτη, διάγνωσης τα 36 έτη, ανάπτυξης καρκίνου τα 39 έτη και θανάτου τα 42 έτη.

ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ:

- Γενετικός έλεγχος πρέπει να γίνει στον εξεταζόμενο ασθενή που υπάρχει κλινική υποψία του συνδρόμου. **Αν βρεθεί η μετάλλαξη:** Οι πρώτου βαθμού συγγενείς (παιδιά, αδέρφια), πρέπει να υποβληθούν στον έλεγχο για μετάλλαξη στο APC (πριν την έναρξη συμπτωμάτων). **Αν στον εξεταζόμενο δε βρεθεί η μετάλλαξη:** Τότε οι συγγενείς κατατάσσονται στους ασθενείς υψηλού κινδύνου για εμφάνιση CRC και επιτηρούνται σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες.
- Στον εξεταζόμενο ή σε συγγενή που φέρουν τη μετάλλαξη για APC ο έλεγχος έχει ως εξής: Εύκαμπτη ορθοσιγμοειδοσκόπηση κάθε δύο έτη από την ηλικία των 12-14 ετών και εφ'όρου ζωής. Αν βρεθούν αδενώματα, τότε αρχίζει ετήσιος έλεγχος με κολονοσκόπηση μέχρι να αποφασιστεί κολεκτομή. Ενδείξεις κολεκτομής αποτελούν η ανάπτυξη πάνω από 20 αδενωματοδών πολυπόδων, μεγαλύτερων του 1 εκ. ή με ιστολογική εικόνα υψηλόβαθμης δυσπλασίας ή καρκίνου.
- Αν ο συγγενής του εξεταζόμενου, ο οποίος φέρει την APC μετάλλαξη, δε φέρει την εν λόγω μετάλλαξη, τότε ο έλεγχος γίνεται κάθε 2 χρόνια μέχρι την ηλικία των 40 ετών, κάθε 3-5 έτη μεταξύ 40 και 50 ετών και συνεχίζεται όπως στο γενικό πληθυσμό αν δε βρεθούν πολύποδες.
- Η επιτήρηση για εξωεντερικούς καρκίνους ξεκινάει όταν ανευρίσκονται πολύποδες στο κόλον ή από τα 25-30 έτη και περιλαμβάνει: Γαστροδωδεκαδακτυλοσκόπηση κάθε 5 έτη μέχρι εμφάνισης αδενωμάτων και με πλάγιας οράσεως ενδοσκόπιο. Αν πρόκειται για Spigelman stage I,II ενδοσκόπηση κάθε 3-5 έτη, κάθε 1-2 έτη σε stage III και κάθε 6 μήνες σε stage IV. (ΠΙΝΑΚΑΣ 3) Έλεγχος θυρεοειδούς ετησίως με U/S. Αντικειμενική εξέταση και CT κοιλίας για δεσμοειδείς όγκους. Τέλος μπορεί να διενεργηθεί έλεγχος του λεπτού εντέρου με κάψουλα ή εντερόκλυση.

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ – ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ
(ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ, ΣΥΝΔΡΟΜΟ LYNCH)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. CRITERIA SPIGELMAN

Duodenal/perampullary polyp number	1-4	1 points
	5-20	2 points
	>20	3 points
Size	1-4mm	1 points
	5-10mm	2 points
	>10mm	3 points
Histology	Tubular	1 points
	Tubulovillous	2 points
	Villous	3 points
Degree of Dysplasia	LGD	1 points
	HGD	3 points

STAGE 0	0 points
STAGE I	1-4 points
STAGE II	5-6 points
STAGE III	7-8 points
STAGE IV	9-12 points

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί τη θεραπεία εκλογής στην κλασική FAP και συνίσταται σε ολική κολεκτομή με ειλεοπρωκτική αναστόμωση και δημιουργία νεολυκήθου ή υφολική με ειλεοορθική αναστόμωση. Όσον αφορά τα αδενώματα του 12/λου, διενεργείται ενδοσκοπική πολυποδεκτομή, ενώ σε Spigelman IV stage, διενεργείται Whipple. Στους δεσμοειδείς όγκους, επειδή έχουν μεγάλη πιθανότητα υποτροπής μετά το χειρουργείο, αυτό παρατείνεται μέχρι να γίνουν συμπτωματικοί με θεραπεία Α' γραμμής τους COX-2 αναστολείς, ταμοξιφαίνη και ιματινίμπη.

Μετά από υφολική κολεκτομή: Κολονοσκόπηση κάθε 6-12 μήνες για έλεγχο του ορθού.

- Μετά από ολική κολεκτομή επιτήρηση του pouch, κάθε 1-2 έτη. Μετεγχειρητικά λήψη ΜΣΑΦ ή COX-2 αναστολέων, ως προαιρετική χημειοπροφύλαξη για μείωση του φορτίου των πολυπόδων (παχύ έντερο και 12/δάκτυλο).



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ – ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ
(ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ, ΣΥΝΔΡΟΜΟ LYNCH)

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΞΑΣΘΕΝΗΜΕΝΗΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ (AFAP)

- Οφείλεται σε φυλογενετική μετάλλαξη του APC, με εμφάνιση ηπιότερης νόσου με παρουσία <100 αδενωμάτων πολυπόδων στο παχύ έντερο (Μ.Ο 30). Τάση ανάπτυξης νεοπλασιών στο εγγύς κόλον. Ισόβια πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου 69%, σε μεγαλύτερες ηλικίες. Επίσης νεοπλασίες εμφανίζονται στο 12/δάκτυλο και στο θυρεοειδή.
- Κλινική υποψία του συνδρόμου όταν: Δύο συγγενείς εμφανίζονται με 10 ως 99 αδενώματα σε ηλικία >30 ετών ή ασθενής με 10-99 αδενώματα σε ηλικία >30 ετών και ένας Α βαθμού συγγενής του με καρκίνο παχέος εντέρου και παρουσία λίγων αδενωμάτων (όχι κάποιο μέλος της οικογένειας με >100 αδενωμάτων σε ηλικία <30 ετών).
- Γενετικός έλεγχος των εξεταζομένων με κλινική υποψία AFAP και των οικογενειών τους για μεταλλάξεις του APC και για μεταλλάξεις των δύο αλληλίων του γονιδίου MUTYH, προκειμένου να διαφοροδιαγνωσθεί από MAP.
- Η επιτήρηση συνίσταται σε ολική κολονοσκόπηση κάθε 2 έτη, μέχρι εύρεσης πολυπόδων από την ηλικία των 18-20 ετών και εφ'όρου ζωής. Ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού και με όργανο πλάγιας οράσεως για επισκόπηση του φύματος κάθε 1-3 έτη, από την ηλικία των 20-25 ετών, καθώς και υπερηχογραφικό έλεγχο θυρεοειδούς ετησίως.
- Η θεραπεία συνίσταται στο 33% σε πολυποδεκτομές, ενώ το 66% των ασθενών θα υποβληθούν σε κολεκτομή, με διατήρηση του ορθού (αναλόγως του φορτίου των πολυπόδων) και με μετεγχειρητική παρακολούθηση ανάλογη της FAP.

ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΓΟΝΙΔΙΟ MUTYH

- Κληρονομείται με τον αυτοσωμικό υπολειπόμενο χαρακτήρα και οι μεταλλάξεις MUTYH (το γονίδιο κωδικοποιεί την πρωτεΐνη MUTYH, η οποία είναι μία γλυκοζιλάση επισκευής βάσεων με εξαίρεσή τους) είναι παρούσες στο 1-2% του γενικού πληθυσμού.
- Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν <500 αδενωματώδεις πολύποδες, ενώ μπορεί να εμφανίσουν σε αυξημένη συχνότητα υπερπλαστικούς πολύποδες και επίπεδα οδοντωτά αδενώματα.
- Μέση ηλικία εμφάνισης καρκίνου παχέος είναι τα 48 έτη, με πιθανότητα εμφάνισης μέχρι την ηλικία των 50 ετών 19% και μέχρι τα 60 έτη 43%.
- Ισόβια πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του 12/λου 4%.
- Σύσταση για γενετικό έλεγχο γίνεται σε ασθενείς με φαινότυπο FAP ή AFAP, που είναι αρνητικοί για μεταλλάξεις στο APC, σε αδέρφια ασθενών με MAP, σε συντρόφους των παιδιών τους και σε συγγενείς Α

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ – ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ
(ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ, ΣΥΝΔΡΟΜΟ LYNCH)

βαθμού ασθενών με MAP.

- Επιτήρηση με κολονοσκόπηση κάθε 2 έτη, από την ηλικία των 18-20 ετών και εφ'όρου ζωής στους ασθενείς που φέρουν και τα δύο αλληλία της MUTYH μετάλλαξης. Αν δε βρεθεί μετάλλαξη όλα τα μέλη της οικογένειας ακολουθούν το πρόγραμμα επιτήρησης ως υψηλού κινδύνου ασθενείς για ανάπτυξη ορθοκολικού καρκίνου. Ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού κάθε 2 έτη από την ηλικία των 25-30 ετών.
- Θεραπεία όπως στην AFAP. Κολεκτομή συνιστάται όταν δε μπορούν να αντιμετωπιστούν οι πολύποδες ενδοσκοπικά.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ LYNCH

Χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη κολοορθικού καρκίνου, καρκίνου ενδομητρίου και πολλαπλών άλλων καρκίνων, λόγω μεταλλάξεων στα MMR-genes (Mismatch Repair) του DNA: MLH1, MSH2, MSH6, PMS2. Στο γενικό πληθυσμό η επίπτωση ανέρχεται στο 1/660 – 1/2000, ενώ στους ασθενείς με CC ανευρίσκεται μέχρι και στο 3%. Αποτελεί το συχνότερο κληρονομικό τύπο κολοορθικού καρκίνου. Για τη διάγνωση του είναι απαραίτητο να πληρούνται τα κριτήρια του AMSTERDAM II/Αναθεωρημένα κριτήρια BETHESDA, ενώ η επιλογή των ασθενών για γενετικό έλεγχο γίνεται βάσει των αναθεωρημένων κριτηρίων BETHESDA. Έμμεσος τρόπος ανεύρεσης των MMR – mutations αποτελούν η εύρεση της Μικροδορυφορικής Αστάθειας (MSI) - ανευρίσκεται στο 95% των ασθενών - ή με ανοσοιστοχημεία (IHC) ελέγχεται η παρουσία των πρωτεϊνών MLH1, MSH2 (κυρίως), MSH6, PMS2 χρησιμοποιώντας έναντι αυτών αντισώματα. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο 30% των οικογενειών που πληρούν τα κριτήρια του AMSTERDAM II, δεν ανευρίσκονται MMR-mutations. Σε αυτήν την περίπτωση η ηλικία εμφάνισης του καρκίνου είναι μεγαλύτερη, δεν υπάρχει καρκίνος στο ενδομήτριο και το συνολικό ρίσκο εμφάνισης CC ανέρχεται στο 2,3.

LIFETIME RISK OF CANCER REPORTED IN FAMILIES WITH IDENTIFIED MMR - MUTATIONS

Colorectal cancer (men)	28-75%
Colorectal cancer (women)	24-52%
Endometrial cancer	24-71%
Ovarian cancer	3-13%
Gastric cancer	2-13%
Urinary cancer	1-12%
Brain tumor	1-4%
Bile duct/gallbladder cancer	2-3%
Small bowel cancer	4-7%



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ – ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ
(ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ, ΣΥΝΔΡΟΜΟ LYNCH)

Amsterdam Criteria II and Revised Bethesda Guidelines

Amsterdam II criteria: Τουλάχιστον 3 συγγενείς εξ' αίματος με καρκίνο παχέος εντέρου ή με καρκίνο σχετιζόμενο με το σύνδρομο Lynch (καρκίνος ενδομητρίου, λεπτού εντέρου, ουρητήρα, νεφρικής πυέλου)

- Ο ένας συγγενής πρέπει να είναι α' βαθμού με τους άλλους δύο
- Σε τουλάχιστον δύο συνεχόμενες γενεές
- Τουλάχιστον ο ένας καρκίνος να διαγνωσθεί πριν την ηλικία των 50 ετών
- Αποκλεισμός FAP αν πρόκειται για καρκίνο παχέος εντέρου
- Ιστοπαθολογική επαλήθευση καρκίνου

Revised Bethesda criteria

- Καρκίνος παχέος εντέρου σε ασθενή ηλικίας < 50 ετών
 - Παρουσία σύγχρονου, μετάγχρονου ή άλλου καρκίνου Lynch ανεξαρτήτως ηλικίας
 - Καρκίνος παχέος εντέρου με MSI (μικροδορυφορική αστάθεια) σε ασθενή ηλικίας < 60 ετών
 - Ασθενής με καρκίνο παχέος εντέρου και ένα α' βαθμού συγγενή με καρκίνο Lynch (διάγνωση του ενός καρκίνου σε ηλικία < 50 ετών)
 - Ασθενής με καρκίνο παχέος εντέρου και 2 α' βαθμού ή 2 β' βαθμού συγγενείς με καρκίνο Lynch ανεξαρτήτως ηλικίας
- (Καρκίνος Lynch: καρκίνος παχέος εντέρου, ενδομητρίου, στομάχου, παγκρέατος, ουρητήρα, νεφρικής πυέλου, χοληφόρων, εγκεφάλου, όγκοι σμηγματογόνων αδένων και κερατοακανθώματα)

Οι ασθενείς οι οποίοι πληρούν τα κριτήρια του Amsterdam II υπόκεινται σε μοριακό έλεγχο με IHC, ενώ αυτοί που πληρούν τα κριτήρια Bethesda υπόκεινται σε έλεγχο είτε με MSI/IHC όπως φαίνεται στη **figure 1**. Αναλόγως των ευρημάτων ακολουθεί ο μετέπειτα έλεγχος αυτών καθώς και των συγγενών τους. Καλό είναι να παραλαμβάνεται ο ιστός από τον καρκίνο του παχέος εντέρου για το μοριακό έλεγχο, αν όμως δεν είναι εφικτό χρησιμοποιείται ιστός από τους άλλους καρκίνους.

Η επιτήρηση των ασθενών με σύνδρομο Lynch φαίνεται στη **figure 2**.

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ – ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ
(ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ, ΣΥΝΔΡΟΜΟ LYNCH)

Cancer type	Recommendation	Interval	Evidence Level (†)	Consensus
Colon	Total colonoscopy (until cecum)	Annual or bi-annual since 20-25 years	2-3	Yes
	Prophylactic colectomy	Discuss as prophylaxis and/or polyps diagnosis	3	No
	Post-colectomy screening by rectal endoscopy (*)	Annual post-colectomy if rectum was preserved	3	Yes
Endometrium	Pelvic exam	Annual since 25-35 years	3	Yes
	Aspirate of endometrium	Annual since 25-35 years	3	Yes
	Transvaginal ultra-sound	Annual since 25-35 years	3	Yes
	Hysterectomy (panhysterectomy)	Discuss as an option post-family constitution	3	No
Ovaries (**)	Transvaginal ultra-sound + CA 125 serie	Annual since 25-35 years	3	No
Urinary tract (**)	EAU + urinary cytology	Annual since 25 years	3	No
Stomach (**)	High digestive tract endoscopy	Annual or bi-annual since 35 years	3	No

FIGURE 2 – Recommendations of cancer screening and prevention in HNPCC-associated gene mutation carriers⁽⁴⁾

(*) Rectal endoscopic screening is mandatory in patients submitted to prophylactic colectomy with ileorectal anastomosis due to the high incidence of rectal metachronous tumors postcolectomy (25%-40%)
(**) Only in members of HNPCC affected families and diagnosis of these tumors in at least one relative (and that can be associated to the syndrome)
(†) According to Physician Data Query (PDQ) Screening and Prevention Statement Levels of Evidence

- Ασθενείς με Σ. Lynch και MLH1 ή MSH2 μετάλλαξη: Έναρξη κολονοσκόπησης σε ηλικία 20-25 ετών και έπειτα κάθε 1-2 έτη, χωρίς απώτερο όριο.
- Ασθενείς με Σ. Lynch και MSH6 ή PMS2 μετάλλαξη: Έναρξη κολονοσκόπησης στα 30 έτη και έπειτα κάθε 1-2 έτη, χωρίς ανώτερο όριο.
- Συγγενείς ασθενών με Σ. Lynch: Πρέπει να υποβληθούν σε γενετικό έλεγχο - Figure 1 - και αναλόγως ακολουθεί η επιτήρηση.
- Επιτήρηση καρκίνου ενδομητρίου και ωοθηκών: Απαιτείται έλεγχος κάθε έτος από την ηλικία των 25-35 ετών, γυναικολογική εξέταση, υπέρηχος πυέλου, CA125, Test Pap.
- Άλλοι καρκίνοι: Επιτήρηση στα πλαίσια οικογενειακού ιστορικού και περιλαμβάνει ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού, υπέρηχος κοιλιάς, κυτταρολογική ούρων, από την ηλικία των 25-35 ετών και έπειτα κάθε 1-2 έτη.
- Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η χορήγηση ασπιρίνης μπορεί να δράσει προστατευτικά σε ασθενείς με διεγνωσμένη νόσο.
- Η προφυλακτική κολεκτομή ΔΕΝ συνιστάται σε υγιείς φορείς της μετάλλαξης.
- Η προφυλακτική ολική υστερεκτομή αποτελεί μία επιλογή μετά τα 30-35 έτη και μετά τη γέννηση παιδιών.

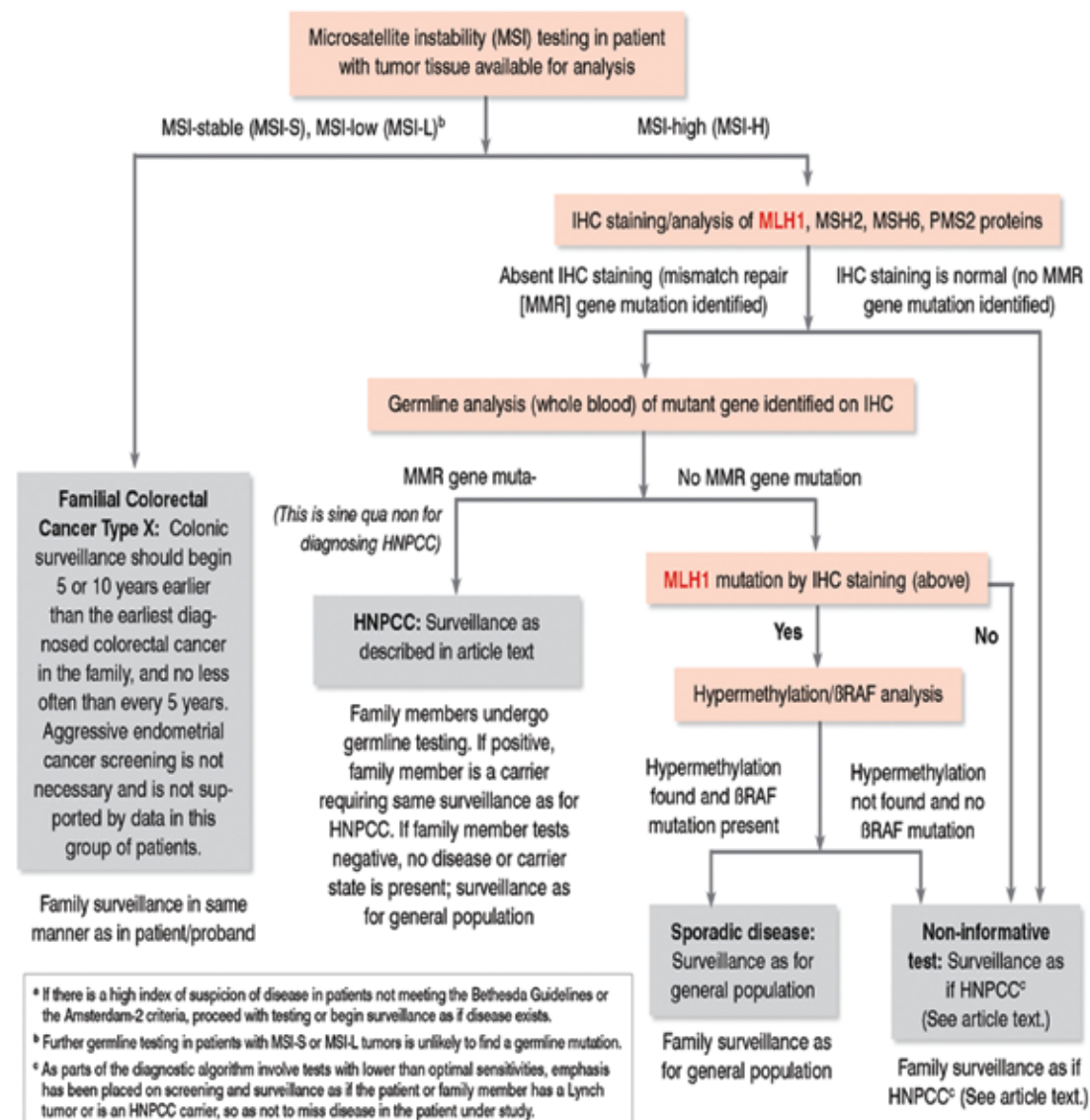


ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ – ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ
(ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ, ΣΥΝΔΡΟΜΟ LYNCH)

- Η τοπική εκτομή του καρκίνου στο παχύ έντερο + εντατική επίτηρηση VERSUS ολική κολεκτομή (με διατήρηση του ορθού): Καλό είναι να εξετασθεί η θεραπεία, ιδίως σε νεαρά άτομα.
- FAMILIAL CRC (Figure 1, Πίνακας 2): Επίτηρηση με κολονοσκόπηση κάθε 3-5 έτη, αρχίζοντας 10 έτη νωρίτερα από την ηλικία εμφάνισης του καρκίνου στον νεαρότερο συγγενή, ενώ ΔΕΝ συνιστάται έλεγχος για άλλους καρκίνους.

Figure 1. Evaluation of HNPCC in patients meeting the Bethesda Guidelines or the Amsterdam-2 criteria and in whom tumor tissue is available for analysis.^a



INCIVO[®]
telaprevir



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-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.

Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000
www.janssen.com.gr

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF **Johnson & Johnson**



Hospital wars!



Αν θέλει κανείς να δει τι επιφυλάσσει το επαγγελματικό μέλλον, δεν έχει παρά να κοιτάξει προς δυσμάς. **Αυτά που συμβαίνουν στον Δυτικό κόσμο μεταφέρονται μετά από μερικά χρόνια στην Ελλάδα**, είτε πρόκειται για εμπορικά καταστήματα, για καταστήματα εστίασης, για τρόπους οικονομικής και κοινωνικής συναλλαγής ή για παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. **Είναι κάτι σαν τα καιρικά φαινόμενα, που έρχονται πάντα από τη Δύση προς την Ανατολή.**

Πού πηγαίνει λοιπόν η ιατρική και τα ιδιωτικά ιατρεία στον Δυτικό κόσμο; Σε ένα πρόσφατο άρθρο στους New York Times, διαπιστώνεται ότι **τα ιδιωτικά ιατρεία στις ΗΠΑ εξαγοράζονται από μεγαλύτερους οργανισμούς όπως νοσοκομεία ή ασφαλιστικούς οργανισμούς**. Τα νοσοκομεία ακολούθως επιδίδονται σε έναν πόλεμο μεταξύ τους, προκειμένου να επικρατήσουν σε μεγάλες περιοχές – να γίνουν κάτι σαν νονοί της περιοχής – και έτσι να απολαμβάνουν μονοπωλιακά προνόμια: Διαπραγμάτευση για τα φάρμακα, καθορισμός κόστους εξετάσεων, ενδείξεων για νοσηλεία κτλ. Αποτέλεσμα του μονοπωλίου αυτού είναι οι εξετάσεις να ακριβαίνουν. Παράλληλα μπαίνουν “μηνιαίοι στόχοι” στους υπαλλήλους-ιατρούς, που αποσκοπούν στο να αυξηθεί ο αριθμός των εξετάσεων, ο αριθμός των παραπομπών σε νοσοκομεία κτλ.

Οι μικροί και οι μοναχικοί συνθλίβονται με σταθερούς ρυθμούς. Μόνον 39% των ιατρικών στις ΗΠΑ παραμένουν ανεξάρτητα! Να μερικά από τα αποσπάσματα του δημοσιεύματος των New York Times (30/11/2012)

For decades, doctors in picturesque Boise, Idaho, were part of a tight-knit community, freely referring patients to the specialists or hospitals of their choice and exchanging information about the latest medical treatments.

But that began to change a few years ago, when the city's largest hospital, St. Luke's Health System, began rapidly buying physician practices all over town, from general practitioners to cardiologists to orthopedic surgeons.

Today, Boise is a medical battleground...

... Across the country, doctors who sold their practices and signed on as employees have similar criticisms. In lawsuits and interviews, they describe growing pressure to meet the financial goals of their new employers — often by performing unnecessary tests and procedures or by admitting patients who do not need a hospital stay.

...The price of a colonoscopy has quadrupled in some instances, and in other cases St. Luke's charges nearly three times as much for laboratory work as nearby facilities, according to the St. Alphonsus complaint.

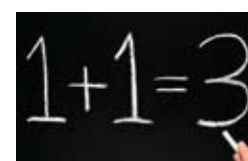
Last month, the Justice Department reached a \$9.3 million settlement with Freeman Health System, a hospital group in Joplin, Mo., which was rewarding doctors it employed partly based on how many tests they ordered.

Today, about 39 percent of doctors nationwide are independent, down from 57 percent in 2000, according to estimates by Accenture, a consulting firm.

Πόσο άραγε θα καθυστερήσει και πώς ακριβώς θα μεταφερθεί εδώ το μοντέλο αυτό; Θα υπάρξουν οι ελεγκτικοί μηχανισμοί που θα εμποδίσουν τις υπερβολές; Το ιδιωτικό ιατρείο όπως το ξέρουμε σήμερα, θα περάσει στην ιστορία;



Συνταγή για γαστρεντερολόγους.



Τι θα σύστηνε κανείς σε νέους γαστρεντερολόγους που προσπαθούν να εργαστούν μέσα στις δύσκολες σημερινές συνθήκες; Τι πρέπει να κάνουν;

Η απάντηση είναι δοκιμασμένη στην Ευρώπη εδώ και πολλά χρόνια. **Συγκεντρώνονται περισσότεροι ιατροί της ίδιας ειδικότητας σε κοινό ιατρείο**. Αυτό μειώνει τα έξοδα ενοικίασης του χώρου, μειώνει τα λειτουργικά έξοδα, τα γραμματειακά και τα νοσηλευτικά έξοδα, μοιράζει το κόστος των ενδοσκοπίων, σε δυσκολίες υπάρχει διαθέσιμη εύκολη βοήθεια, δίνει δυνατότητες ελιγμών με διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς, δίνει δυνατότητα λειτουργίας του ιατρείου περισσότερες ώρες, επιτρέπει απουσίες για μετεκπαίδευση ή διακοπές και επιτρέπει τη συγκέ-

ντρωση εξειδικευμένων ατόμων σε επιμέρους τομείς κάτω από μια στέγη. Παράλληλα μπορεί να επηρεάσει ευνοϊκά τον φθοροποιό πόλεμο μείωσης τιμών σε μια περιοχή και τον αθέμιτο ανταγωνισμό.

Όμως το σπουδαιότερο που κάνει η συνεργασία είναι ότι πολλαπλασιάζει τη δύναμη των συμμετεχόντων ιατρών, περισσότερο από ότι αθροιστικά θα περίμενε κανείς. Για κάποιο μαγικό λόγο το άθροισμα 1+1 > 2.

Ποιο είναι το μυστικό για μια πετυχημένη συνεργασία; **Ο Richard Branson λέει ότι το καθοριστικό για να μπορέσουν να δουλέψουν κάποιοι άνθρωποι μαζί, είναι να ταιριάζει η νοοτροπία τους. Όλα τα άλλα μπορεί κανείς να τα αλλάξει, τη νοοτροπία όμως όχι.**

Αστυνόμος Χαρίτος!



Αν θέλετε να διαβάσετε έξυπνα, πρωτότυπα και πολύ ευχάριστα αστυνομικά διηγήματα αξίζει να διαβάσετε **Πέτρο Μάρκαρη. Τα βιβλία του γνωρίζουν τεράστια επιτυχία και στο εξωτερικό και έχουν μεταφραστεί σε 25 γλώσσες!** Αυτή τη στιγμή λένε ότι είναι ο έλληνας συγγραφέας που πουλάει περισσότερο στο εξωτερικό.

Το ιδιαίτερο που έχουν τα βιβλία αυτά είναι ότι οι δολοφόνοι πραγματοποιούν φόνους για να τιμωρήσουν αυτούς που εγκληματούν σε βάρος της κοινωνίας ή παρακινούμενοι από καθημερινά προβλήματα της σύγχρονης Ελληνικής κοινωνίας που τους φέρνουν στα όριά τους. Είναι εφευρετικοί, αδιάτακτοι, ενίοτε απελπισμένοι ή ακόμα και “ιδεολόγοι του σχοινοῦ και του παλουκιού”, αλλά δεν είναι σεξουαλικά διεστραμμένοι serial killers. Τα

βιβλία έχουν κάτι κλασσικό πάνω τους, που θυμίζει Σέρλοκ Χόλμς στη σημερινή εποχή.

Αξίζει να ξεκινήσει κανείς διαβάζοντας το πρώτο βιβλίο του Μάρκαρη, που τιτλοφορείται «Νυχτερινό Δελτίο» το οποίο τον έκανε να ξεχωρίσει. Το πρόσφατο βιβλίο του «Περαίωση» διαδραματίζεται στη σημερινή εποχή της τρόικας. Ο δολοφόνος απειλεί με εκτέλεση μεγαλοεργολάβους, μεγαλογιατρούς και επιχειρηματίες που είτε κάνουν ψευδείς φορολογικές δηλώσεις είτε διαφεύγουν από το να πληρώσουν με “νόμιμους” τρόπους πχ off-shore εταιρίες, επαναλαμβανόμενα αθετούμενες ρυθμίσεις. Άλλο ενδιαφέρον βιβλίο του είναι το «Ο Τσε αυτοκτόνησε».

Ο αστυνόμος Κώστας Χαρίτος, που είναι ο κεντρικός ήρωας του βιβλίου, δραστηριοποιείται στη σημερινή Ελληνική πραγματικότητα. Έχει να αντιμετωπίσει παρεμβάσεις πολιτικών παραγόντων, να ελιχθεί μέσα στην αντιπαλότητα του ΣΔΟΕ με τις Εφορίες, να ξεδια-



Εξωσκοπήσεις

λύνει τη διαπλοκή των “ευυπόληπτων πολιτών” της χώρας, να ξεφύγει από τις κόντρες μέσα στο δημοσιοϋπαλληλικό αστυνομικό σώμα, να χειριστεί την καταστροφική επιρροή και δύναμη των ΜΜΕ, να αγγίξει μεγάλους επιχειρηματίες με πολιτική επιρροή, αλλά και να αντιμετωπίσει τις πολύ ανθρώπινες αγωνίες και τα προβλήματα της οικογένειάς του. Ο αστυνόμενος Χαρίτος δεν είναι σούπερμαν, ούτε χρησιμοποιεί εξεζητημένες τεχνικές. Είναι ένας λογικός, μεθοδικός, έντιμος αστυνομικός που δραστηριοποιείται στη σημερινή Ελλάδα.

A la guerre comme à la guerre!



Το 32° Πανελλήνιο Συνέδριο της ΕΓΕ πραγματοποιήθηκε πρόσφατα στο Hilton με επιτυχία. Παρατηρήθηκε μεγάλη συμμετοχή και ξεχωριστό ενδιαφέρον. Ο Πρόεδρος του Συνεδρίου Σπύρος Μιχόπουλος και η Οργανωτική Επιτροπή κατάφεραν μέσα σε δύσκολες οικονομικά συνθήκες να προσφέρουν **ένα πολύ καλό συνέδριο κάνοντας λογικές επιλογές. Ο χώρος ήταν άνετος, σύγχρονος και η οπτικοακουστική καλή, ενώ η τήρηση του ωραρίου και η οργάνωση επιτυχής.** Το συνέδριο διήρκεσε μια μέρα λιγότερη από ότι συνήθως, χωρίς αυτό να επηρεάσει καθόλου το καλό αποτέλεσμα.

Ήταν λογική η απόφαση να μην προσφερθούν φαγητά στους συνέδρους παρά μόνον καφέδες, γιατί είναι γνωστό ότι το catering αυξάνει δυσανάλογα το κόστος του συνεδρίου. Ευτυχώς οι γαστρεντερολόγοι δεν έχουν φθάσει σε κατάσταση ώστε να έχουν ανάγκη να σιτιστούν από το συνέδριο.

Scrivere pericolosamente?

Ένα φαινομενικά καλό κόλπο για να επικοινωνεί κανείς με e-mail χωρίς να κινδυνεύει από υποκλοπές είναι αυτό που χρησιμοποιούσαν οι Άραβες που γκρέμισαν τους Δίδυμους Πύργους. Πώς επικοινωνούσαν; **Είχαν έναν κοινό λογα-**

Ο συγγραφέας Πέτρος Μάρκαρης έχει σπουδάσει οικονομικά στην Αυστρία και έχει μεταφράσει σημαντικά λογοτεχνικά έργα όπως Μπρέχτ και Γκαίτε. **Έχει επανειλημμένα υποστηρίξει με σθένος την Ελλάδα σε ομιλίες του στο εξωτερικό, όπου προσκαλείται όλο και πιο συχνά, σαν ένας πετυχημένος σύγχρονος συγγραφέας.** Δεν χαρίζεται σε κανέναν και μπορεί και λέει σκληρά αλλά αληθινά πράγματα με τον ιδιόμορφο δικό του ξεχωριστό σαρκαστικό, δηκτικό, ευρηματικό αλλά και χιουμοριστικό τρόπο.

Η λογική της Ryan Air, που λέει ότι σου καλύπτουμε τα ουσιώδη και τα απαραίτητα, αλλά για ότι άλλο έξτρα θέλεις θα επιβαρυνθείς ανάλογα, δίνει το low-cost που είναι το ζητούμενο σε μια εποχή κρίσης. “A la guerre comme à la guerre !” [Στον πόλεμο, όπως στον πόλεμο] λένε οι Γάλλοι, οι οποίοι για ... προεδρικούς μάλλον λόγους είχαν έντονη παρουσία στο συνέδριο αυτό.

Ευτυχώς οι περισσότεροι μιλούσαν κατανοητά Αγγλικά. Πολύ συχνά υπάρχει ένα ιδιαίτερο γλωσσικό πρόβλημα κυρίως με τους Γάλλους και τους Γαπωνέζους, που σε ωθεί ασυναίσθητα να αναζητάς μάταια υπότιτλους.

Τη σκυτάλη για το 33° Συνέδριο της ΕΓΕ που θα γίνει στη Θεσσαλονίκη παίρνει ο Γρηγόρης Πασπάτης. Λόγω της οικονομικής κρίσης θα έχει να οργανώσει ένα ίσως από τα πιο δύσκολα συνέδρια της καριέρας του.

ριασμό Gmail στον οποίο έγραφαν μηνύματα τα οποία αποθήκευαν στα Πρόχειρα, χωρίς να τα στέλνουν. Οι συνωμότες έμπαιναν εναλλάξ στο ίδιο λογαριασμό, διάβαζαν τα Πρόχειρα και άφηναν την απάντηση πάλι στα Πρόχειρα. Τα

κείμενα ουδέποτε έφευγαν από τη βάση τους. Ήταν καλή τακτική αυτή;

Την εποχή των Δίδυμων Πύργων αποδείχθηκε ότι ήταν καλή. Όταν όμως δέκα χρόνια αργότερα ο διοικητής της CIA David Petraeus αλληλογραφούσε με μια κρυφή σχέση με τη μέθοδο αυτή, αποδείχτηκε ότι δεν ήταν καλή. Ο λόγος είναι ότι δεν φρόντιζε **να κρύβει τη διεύθυνση IP του υπολογιστή του** (IP είναι ένας μοναδικός αριθμός-ταυτότητα που έχει κάθε υπολογιστής και modem).

Η Google και η Yahoo καταγράφουν και **διατηρούν αρχεία από τα IP που χρησιμοποιούν τα δίκτυά τους για 18 μήνες.** Υπάρχει νομοθεσία που τους υποχρεώνει να τα αποκαλύπτουν στις Αρχές όταν τους ζητηθούν.

Η λύση; Μπορεί κανείς να μεταχειριστεί τον browser της www.torproject.org που κρύβει τον IP του υπολογιστή, εκπέμποντας κάθε φορά διαφορετικό ψεύτικο αριθμό, ενώ κρύβει και θολώνει την προέλευση της κλήσης. Η άλλη πλευρά δεν μπορεί να δει τον υπολογιστή που καλεί, πράγμα που σε γλυτώνει από αθέμιτο ψάρεμα πληροφοριών. Ο browser παρέχεται δωρεάν στην παραπάνω διεύθυνση.

Επίσης χρήσιμο είναι και το www.10minutemail.com. Στο site αυτό σου παρέχεται δωρεάν για 10 λεπτά μια διεύθυνση e-mail η οποία μετά την παρέλευση του χρόνου αυτού αυτοκαταστρέφεται. Στη διάρκεια των 10 λεπτών μπορείς να στείλεις και να σου στείλουν e-mails, ενώ αν δεν προλαβαίνεις μπορείς να ζητήσεις παράταση για άλλα 10 λεπτά. Το 10minutemail σε γλυτώνει από spam, δεδομένου ότι αρκετές εταιρείες αποθηκεύουν το e-mail σου και ακολούθως λαμβάνεις διαφημιστικά μηνύματα. Αν πάλι μπαίνεις στο δίκτυο από υπολογιστή δημόσιας χρήσης δεν αφήνεις ίχνη πίσω σου.

“Κάποια στιγμή θα υποστείτε επίθεση από hackers – είναι θέμα χρόνου. Αν δεν το αντέχετε αυτό, μην διατυπώνετε σε ηλεκτρονική μορφή πράγματα που δεν θα θέλετε να δημοσιοποιη-



θούν” λέει ο πρώην hacker Jeremiah Grossman, που σήμερα ηγείται μιας εταιρείας Ασφάλειας για το Ιντερνετ.

Να μερικές οδηγίες για να έχει κανείς ασφαλέστερα passwords :

- **Ξεχάστε το λεξικό.** Αν ο κωδικός σας περιλαμβάνεται στα λήμματα λεξικού, θα μπορούσατε και να μην έχετε κανέναν κωδικό. Οι hackers ψάχνουν με βάση λεξικά για να σπάσουν κωδικούς.
- **Μην μεταχειρίζεστε το ίδιο password δύο φορές,** όπως συνηθίζουν όλοι προκειμένου να το θυμούνται. Αυτό το γνωρίζουν οι hackers και το εκμεταλλεύονται κατάλληλα.
- **Όσο πιο μεγάλος ο κωδικός, τόσο πιο δύσκολα σπάει.** Χρειάζονται 14 χαρακτήρες κατ'ελάχιστο αν δεν θέλετε να είναι εύκολος. Επειδή τα μακριά passwords είναι δύσκολο να τα θυμάστε χρησιμοποιείτε ολόκληρες φράσεις με κολλημένες τις λέξεις, ώστε να μην υπάρχουν στο λεξικό πχ pamevoltastirafina.
- **Αποθηκεύετε τους κωδικούς σας σε ασφαλές μέρος.** Αυτό που κάνουν πάρα πολλοί είναι να αποθηκεύουν τους κωδικούς σε κάποιο σημείο στον υπολογιστή, για λόγους ευκολίας. Αυτό είναι λάθος, γιατί είναι εύκολο να κλαπούν από hackers οι οποίοι μπορούν και ψάχνουν σιωπηλά επί τούτου. Μπορείτε να αποθηκεύετε τους κωδικούς σας σε ένα USB, το οποίο να προστατεύετε και με κωδικό εισόδου σε περίπτωση που κλαπεί ή να γράφετε σε χαρτί ορισμένα βοηθητικά για να θυμάστε τα passwords, αλλά χωρίς να γράφετε τις ακριβείς λέξεις.
- **Χρησιμοποιείτε διαφορετικούς browsers για διαφορετικές χρήσεις,** ώστε εάν μολυνθεί ένας συγκεκριμένος browser από απρόσεκτη χρήση να μη βάλει σε κίνδυνο όλες τις συναλλαγές σας. Κρατείστε ένα ξεχωριστό browser αποκλειστικά για το internet banking. Από τα τελευταία tests φαίνεται ότι πιο ανθεκτικός σε προσβολές είναι ο Google Chrome.





Καλλιτεχνικά & άλλα

Νάγια Μπομπούση

Νικόλαος Γύζης: Ο μεγάλος ζωγράφος»



Ο Νικόλαος Γύζης γεννήθηκε το 1842 στην Τήνο. Μετά τις βασικές σπουδές του στο «Σχολείο των Τεχνών» της Αθήνας πήρε υποτροφία για την Ακαδημία του Μονάχου. Προσέγγισε σπουδαίους δασκάλους, γνώρισε μεγάλους καλλιτέχνες, έχοντας την αμέριστη υποστήριξη του συμπατριώτη και στενού του φίλου, Νικηφόρου Λύτρα. Η ζωγραφική του, μετά τις ηθογραφίες, αναδείχθηκε με το αλληγορικό και θρησκευτικό του έργο.

Καταξιώθηκε ως κυρίαρχη μορφή της «Σχολής του Μονάχου» και κατέκτησε σημαντική θέση στη γερμανική ιστορία της τέχνης του 19ου αιώνα. Το όνειρό του να επιστρέψει στην πατρίδα του δεν πραγματοποιήθηκε. Μετά το θάνατό του το 1901, οργανώθηκε αναδρομική έκθεση των έργων του κατά τη διάρκεια της 8ης Καλλιτεχνικής Έκθεσης στο Glaspalast του Μονάχου. Η οικογένειά του παρέμεινε στο Μόναχο και μόνο ο γιος



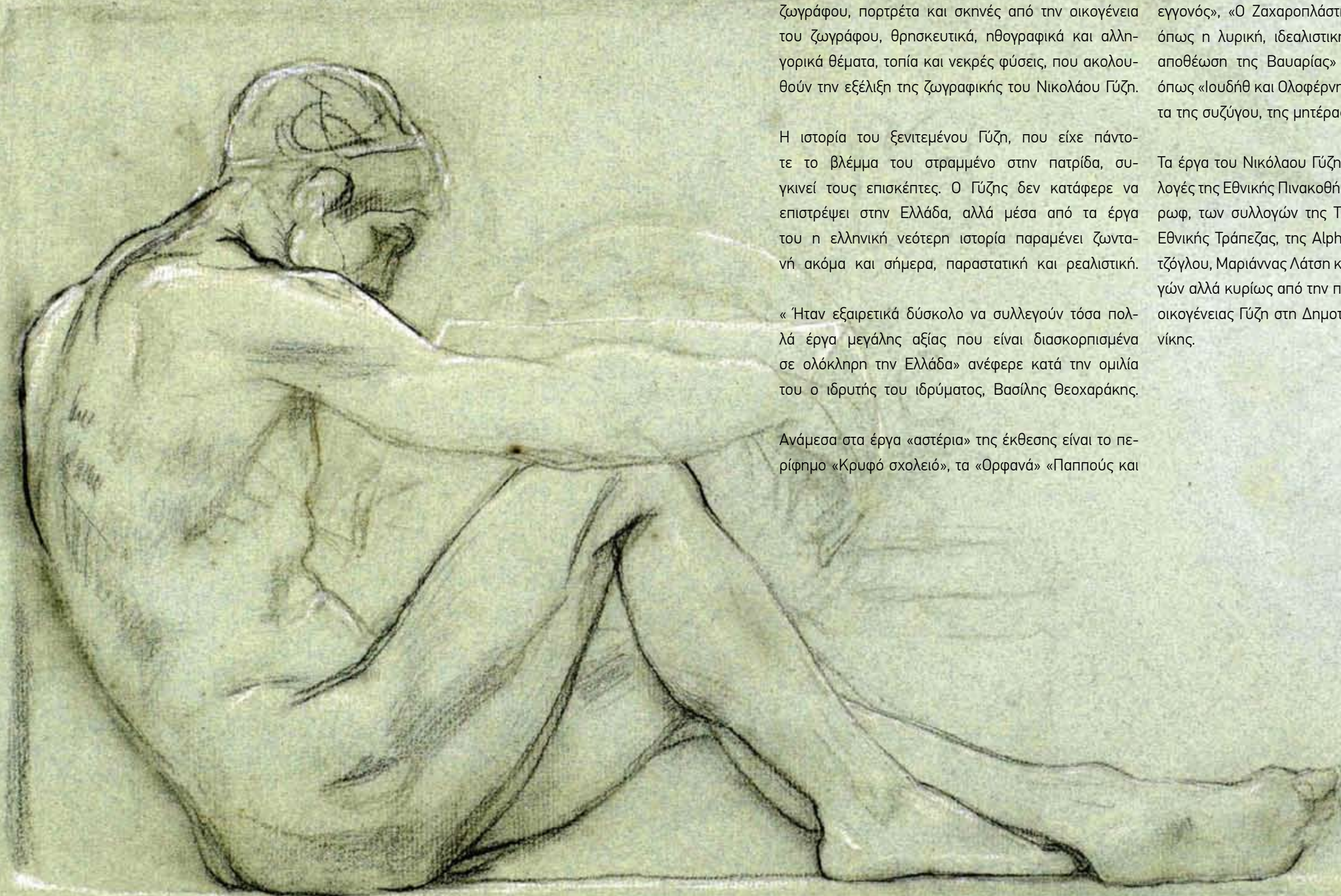
του, ο γλύπτης Τηλέμαχος Γύζης, εγκαταστάθηκε στην Ελλάδα.

Την Πέμπτη 22 Νοεμβρίου, ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας Κároλος Παπούλιας, εγκαινίασε έκθεση του Ιδρύματος Βασίλη & Μαρίνας Θεοχαράκη, με έργα του μεγάλου εκφραστή της σχολής του Μονάχου Νικόλαου Γύζη. Τίτλος της έκθεσης, «**Νικόλαος Γύζης: Ο μεγάλος ζω-**

γράφος» που θα διαρκέσει μέχρι τις 3 Φεβρουαρίου. Περισσότερα από 120 έργα αποκαλύπτουν το ρομαντικό και πολυεπίπεδο κόσμο του καλλιτέχνη. Η έκθεση αυτή που γίνεται με την αφορμή της συμπλήρωσης 111 χρόνων από το θάνατο του καλλιτέχνη, περιλαμβάνει σημαντικές ελαιογραφίες και σπάνια ελαιογραφικά σχέδια, γλυπτά, αφίσες, διπλώματα και ένθετα εφημερίδων του κορυφαίου Έλληνα



Καλλιτεχνικά & άλλα



ζωγράφου, πορτρέτα και σκηνές από την οικογένεια του ζωγράφου, θρησκευτικά, ηθογραφικά και αλληγορικά θέματα, τοπία και νεκρές φύσεις, που ακολουθούν την εξέλιξη της ζωγραφικής του Νικολάου Γύζη.

Η ιστορία του ξενιτεμένου Γύζη, που είχε πάντοτε το βλέμμα του στραμμένο στην πατρίδα, συγκινεί τους επισκέπτες. Ο Γύζης δεν κατάφερε να επιστρέψει στην Ελλάδα, αλλά μέσα από τα έργα του η ελληνική νεότερη ιστορία παραμένει ζωντανή ακόμα και σήμερα, παραστατική και ρεαλιστική.

«Ήταν εξαιρετικά δύσκολο να συλλεγούν τόσα πολλά έργα μεγάλης αξίας που είναι διασκορπισμένα σε ολόκληρη την Ελλάδα» ανέφερε κατά την ομιλία του ο ιδρυτής του ιδρύματος, Βασίλης Θεοχαράκης.

Ανάμεσα στα έργα «αστέρια» της έκθεσης είναι το περίφημο «Κρυφό σχολειό», τα «Ορφανά» «Παππούς και

εγγονός», «Ο Ζαχαροπλάστης», αλληγορικά του έργα όπως η λυρική, ιδεαλιστική «Εαρινή Συμφωνία», «Η αποθέωση της Βαυαρίας» και θρησκευτικά θέματα, όπως «Ιουδήθ και Ολοφέρνης» καθώς, επίσης, πορτρέτα της συζύγου, της μητέρας του και των παιδιών του.

Τα έργα του Νικόλαου Γύζη προέρχονται από τις συλλογές της Εθνικής Πινακοθήκης, της Πινακοθήκης Αβέρωφ, των συλλογών της Τράπεζας της Ελλάδος, της Εθνικής Τράπεζας, της Alpha Bank, συλλογών Εμφιετζόγλου, Μαριάννας Λάτση και άλλων ιδιωτικών συλλογών αλλά κυρίως από την πολυσηζητημένη δωρεά της οικογένειας Γύζη στη Δημοτική Πινακοθήκη Θεσσαλονίκης.

Ατζέντα 2013

24-25 Ιανουαρίου 2013

Falk Workshop, Targeted Therapies in Hepatology
Hannover, Germany

26-27 Ιανουαρίου 2013

20η Διεθνής Διημερίδα Ηπατίτιδας Β & C
“Στ. Χατζηγιάννης”, Royal Olympic Hotel, Αθήνα

8-9 Φεβρουαρίου 2013

8η Εκπαιδευτική Διημερίδα ΕΛΙΓΑΣΤ Εξειλίξεις στη Γαστρεντερολογία & Ηπατολογία, Ξεν. Μ. Βρετάνια

14-16 Φεβρουαρίου 2013

8th European Crohn's and colitis Organisation Congress of Inflammatory Bowel Diseases (ECCO 2013)

9 Μαρτίου 2013

17ο Ελληνικό Συνέδριο για το Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού, ΙΙΒΕΑΑ, Αθήνα

19-20 Απριλίου 2013

Falk Symposium 187, Overcoming Challenges in IBD Management, Barcelona, Spain

24-28 Απριλίου 2013

The International Liver Congress 48th annual EASL meeting, Amsterdam, The Netherlands

19-21 Μαΐου 2013

DDW, Orlando USA

22-25 Μαΐου 2013

39ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Ξεν. Hilton, Αθήνα

9-12 Μαΐου 2013

13ο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο, Sheraton Hotel, Ρόδος

7-8 Ιουνίου 2013

Falk Symposium 188, Inflammatory Bowel Diseases: Microbiota versus the Barrier, Stuttgart, Germany

14-16 Ιουνίου 2013

12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου, Βόλος

17-19 Ιουνίου 2013

Gastroenterology and Endotherapy 31st European Work

27-30 Αυγούστου 2013

OESO 12th World Congress, Paris, France

5 Σεπτεμβρίου 2013

Falk Workshop, GERD: Gastroesophageal Reflux Disease, Graz, Austria

6-7 Σεπτεμβρίου 2013

Falk Symposium 189, Eosinophilic Esophagitis: A Novel Chronic-Inflammatory Disease of the GI Tract, Graz, Austria

12-14 Σεπτεμβρίου 2013

XXVIth International Workshop on Helicobacter and related bacteria in chronic digestive inflammation and gastric cancer, Madrid, Spain

20-21 Σεπτεμβρίου 2013

1st International Scientific Congress of the Mediterranean medical Society for Digestive Diseases, Athens Hilton

21-24 Σεπτεμβρίου 2013

Παγκόσμιο Γαστρεντερολογικό Συνέδριο Shanghai, China

28-29 Σεπτεμβρίου 2013

11η Διημερίδα ΕΠΕΓΕ “ΗΠΑΡ”

2-3 Οκτωβρίου 2013

Falk Symposium 190, VI FALK GASTRO-CONFERENCE (Part I) Challenges in the Care of IBD in Patients of All Ages, London, United Kingdom

4-5 Οκτωβρίου 2013

Falk Symposium 191, VI FALK GASTRO-CONFERENCE (Part II) Liver Diseases in 2013: Advances in Pathogenesis & Treatment, London, United Kingdom

12-16 Οκτωβρίου 2013

EUGW, Berlin, Germany

1-5 Νοεμβρίου 2013

The Liver Meeting AASLD, Washington DC

5-7 Δεκεμβρίου 2013

33ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας, Makedonia Palace, Θεσσαλονίκη

16-17 Δεκεμβρίου 2013

Amsterdam Live Endoscopy



Ρυθμίστε...

με αποτελεσματικότητα

ibutin® 300

Υπεύθυνος Άδειας Κυκλοφορίας:

 **Galenica α.ε.**

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

Συμπρώθηση με την εταιρεία:

JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.

Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000,
www.janssen.com.gr

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή:
Συμπληρώστε την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Αναφέρατε:

- **ΟΛΕΣ** τις ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Νέα φάρμακα [N]
- Τις **ΣΟΒΑΡΕΣ** ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Γνωστά φάρμακα

Janssen

PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF *Johnson & Johnson*



Η νέα διέξοδος από τη χρόνια δυσκοιλιότητα

Το Resolor ενδείκνυται για την συμπτωματική θεραπεία της χρόνιας δυσκοιλιότητας σε γυναίκες στις οποίες τα υπακτικά προϊόντα αδυνατούν να προσφέρουν επαρκή ανακούφιση¹

- Το Resolor είναι ένας προκινητικός παράγοντας^{2,4}, που βοηθάει στην αποκατάσταση της κινητικότητας του εντέρου¹
- Σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση στην ανακούφιση των πολυετών ενοχλητικών συμπτωμάτων της δυσκοιλιότητας^{1,5}
- Σημαντική βελτίωση στις παραμέτρους της Ποιότητας Ζωής, συμπεριλαμβανομένης και της ικανοποίησης από τη θεραπεία^{†1}
- Ανεπιθύμητες ενέργειες παρουσιάστηκαν κυρίως στην αρχή της θεραπείας και συνήθως ήταν παροδικές. Οι περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν ήπιες ως μέτριες¹
- Συνταγογραφήστε το Resolor στους κατάλληλους ασθενείς
†έναντι εικονικού φαρμάκου στις αρχικές κλινικές μελέτες^{4,6,7}

Σημαντικές Πληροφορίες Ασφάλειας

Παρακαλώ συμβουλευτείτε την ΠΧΠ του Resolor πριν την συνταγογράφηση, ειδικά για θέματα σχετικά με υπερευαισθησία στα συστατικά, νεφρική δυσλειτουργία που απαιτεί αιμοδιύλιση, εντερική διάτρηση ή απόφραξη λόγω δομικής ή λειτουργικής διαταραχής του εντερικού τοιχώματος, αποφρακτικού ειλεού, σοβαρών φλεγμονωδών καταστάσεων της εντερικής οδού και κλινικά μη σταθεροποιημένη συννοσηρότητα. Επανεξετάστε σε τακτά χρονικά διαστήματα το όφελος σε περίπτωση παρατεταμένης θεραπείας.

Βιβλιογραφία: 1. Περιλήψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Resolor 2. Bouras EP, Camilleri M, Burton DD, Thomforde G, McKinzie S, Zinsmeister AR. Gastroenterology 2001;120:354-60. 3. Briejer MR, Bosmans JP, Van Daele P, et al. Eur J Pharmacol 2001;423:71-83. 4. Tack J, van Duijve M, Beyens G, Kerstens R, Vandeplassche L. Gut 2009;58:357-65. 5. Johanson JF, Kralstein J. Aliment Pharmacol Ther 2007;25:599-608. 6. Camilleri M, Kerstens R, Rykx A, Vandeplassche L. N Engl J Med 2008;358:2344-54. 7. Quigley EM, Vandeplassche L, Kerstens R, Ausma J. Aliment Pharmacol Ther 2009;29:315-28

Μία φορά την ημέρα



To be as brave as the people we help.

Για τις συνταγογραφικές πληροφορίες ανατρέξτε σε επόμενη σελίδα



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