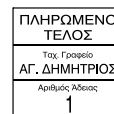




ενδοσκοπήσεις



Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος 2013 | Τεύχος

27

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

Σύνδρομο μη -
αδενωματώδους πολυποδίασης

Πινακοθήκη Χατζηκυριάκου
-Γκίκα, Μουσείο Μπενάκη

Ορλήντο θα πάτε;

esc

Κάντε κλήκ

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.takeda.gr



Άρθρο Σύνταξης



Η καθημερινή άσκηση της ιατρικής είναι μια συναρπαστική εμπειρία. Η νέα γνώση, η νέα τεχνολογία και τα νέα φάρμακα την κάνουν επιπλέον όλο και πιο αποτελεσματική.

Η έκρηξη επιστημονικών εξελίξεων που συντελείται με επιταχυνόμενο ρυθμό από τη φαρμακευτική βιομηχανία και την βιοτεχνολογική έρευνα μας οδηγεί με σιγουριά σε ένα μέλλον πιο εξατομικευμένης, έγκαιρης (πιθανότητα σε στάδιο πρόληψης) και αποτελεσματικής δημόσιας υγείας, αλλά με προϋποθέσεις. Η κύρια προϋπόθεση είναι να συνεχισθεί η χρηματοδότηση της έρευνας. Στις ΗΠΑ η medicare, προσπαθεί να ορίσει το «λογικό και απαραίτητο» στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, με στόχο να συγκρατηθούν οι αυξανόμενες δαπάνες για την υγεία αλλά και για την ορθολογιστική κατανομή των πόρων. Αυτό προϋποθέτει κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες που βασίζονται στα αποτελέσματα επιστημονικών μελετών. Η ιδιαιτερότητα και η πολυπλοκότητα όμως κάθε εξατομικευμένης περίπτωσης κάνει τις κατευθυντήριες οδηγίες προβληματικές. Επιπλέον η βάση των δεδομένων που χρησιμοποιείται για αποφάσεις σχετικά με τις νέες τεχνολογικά προηγμένες θεραπείες υψηλού κόστους είναι αμφισβητήσιμη. Η έρευνα είναι λογικό να κατευθύνεται από τεράστια οικονομικά συμφέροντα και δίνει την εντύπωση ότι αναδεικνύει με κάθε τρόπο σύγχρονες δαπανηρές επιλογές, ενώ παράλληλα περιθωριοποιεί το οικονομικό και αυτονόητο.

Στην Ελλάδα η οικονομική κρίση επιβάλλει τον προβληματισμό στην επαγγελματική πρακτική του καθενός. Το στοίχημα στη χώρα μας δεν αφορά στην έρευνα, αλλά στην απρόσκοπτη παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας. Η απουσία Ελληνικών μελετών δυσχεραίνει την εφαρμογή των διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών, καθώς υπάρχουν μεγάλες διαφορές στα οικονομικά μεγέθη και στη νοσηρότητα σε σχέση με άλλες χώρες. Ο δικός μας ρόλος είναι να μειώσουμε το κόστος, αξιολογώντας με σύνεση τις ανάγκες του κάθε ασθενούς μας που αναγκαστικά είναι ενταγμένος σε ένα δυσμενές και με στενά περιθώρια οικονομικό περιβάλλον. Η παροχή υπηρεσιών υγείας, με ή χωρίς κατευθυντήριες οδηγίες, πρέπει να σέβεται τη λεπτή ισορροπία οφέλους κινδύνου και κόστους. Εμείς οι ίδιοι, πριν από οποιαδήποτε κρατική παρέμβαση, έχουμε τη δυνατότητα να μειώσουμε το υψηλό κόστος υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας. Το να αποτρέψουμε τη κατάρρευση του συστήματος το οφείλουμε στους εαυτούς μας, στους ασθενείς μας και στους συναδέλφους μας που ακολουθούν.

Απόστολος Νταϊλιάνας



Περιεχόμενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	03
ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ	06
ΑΓΓΕΛΙΕΣ	06
ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ	08
ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΙΑΤΕ;	10
Βιβλιογραφική ενημέρωση	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ	14
Σύνδρομο μη - αδενωματώδους πολυποδίασης	



Περιεχόμενα

ΕΙΩΣΚΟΠΗΣΕΙΣ	22
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	26
Ορλάντο θα πάτε;	
ΑΓΓΕΛΙΕΣ	29
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ & ΑΛΛΑ	30
Πινακοθήκη Χατζηκυριάκου-Γκίκα, Μουσείο Μπενάκη	
ΤΟ ΕΙΩΦΥΛΛΟ 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

Το πολυιατρείο σε εποχή οικονομικής κρίσης μοιάζει μια λογική επιλογή. Τις παραμέτρους που συνοδεύουν ένα ασυνήθιστο για τα Ελληνικά δεδομένα εγχείρημα, όπως οικονομικά, λογιστικά, φορολογικά, νομικά θέματα, τους τρόπους στελέχωσης και προβολής του, θα αναπτυχθούν σε στρογγυλό τραπέζι που επεξεργάζεται το διοικητικό συμβούλιο της Επαγγελματικής Ένωσης. Η παρουσίαση του θα λάβει χώρα στη Θεσσαλονίκη, στο Πανελλήνιο Γαστρεντερολογικό συνέδριο.

Η 11η διημερίδα της Επαγγελματικής Ένωσης που θα λάβει χώρα παραδοσιακά στον ίδιο χώρο, στο ξενοδοχείο Κάραβελ στις 28 και 29 Σεπτεμβρίου 2013 και θα αφορά σε ηπατολογικά θέματα, θα αφιερωθεί στον Αντώνη Ζερβακάκη.

Η πανεπιστημιακή Αναισθησιολογική Κλινική Ιωαννίνων, υπό τη διεύθυνση του καθηγητή κ. Γ. Παπαδόπουλου, που στελεκώνει τα σεμινάρια καταστολής και αναλγησίας στην ενδοσκόπηση στα πλαίσια της ετήσιας διημερίδας της ΕΠΕ-ΓΕ, προετοιμάζει μια νέα μορφή σεμιναρίων που θα διεξάγονται στα Ιωάννινα, σε ειδικό κέντρο ιατρικής προσομοίωσης και στο Νοσοκομείο Ιωαννίνων, για περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων.

Αγγελίες

ΠΩΛΗΣΗ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΙΟΥ

Πωλείται πλήρες σύστημα γαστροσκοπίου FUJI S250 εντελώς ακρησιμοποιήτο. Περιλαμβάνει επιπλέον monitor τοίχου, επεξεργαστή S200, αναρρόφηση SC70181, σύστημα ελέγχου στεγανότητας, τροχήλατο έπιπλο, κρεβάτι εξέτασης δερμάτινο και πλήρες πρόγραμμα σύνδεσης (laptop, printer, πρόγραμμα σύνδεσης μηχανήματος με υπολογιστή - πρόγραμμα εκτύπωσης εικόνων). Άριστη κατάσταση, ημερομηνία αγοράς 2001. Τιμή 13500€ συζητήσιμα.

Στοιχεία επικοινωνίας: τηλ. 2106420114 / 2103627825 κιν. 6972918053 / 6936525656
Ευθύμιος Καρκαντζός

ΕΝΟΙΚΙΑΖΕΤΑΙ ΙΑΤΡΕΙΟ

Ενοικιάζεται πλήρως εξοπλισμένο γαστρεντερολογικό ιδιωτικό ιατρείο με υποδομή για διαγνωστικές και επεμβατικές ενδοσκοπήσεις, παράλληλα με το κλινικό ιατρείο με ιστορία 30 ετών λόγω συνταξιοδότησης του ιατρού. Ο ενδοσκοπικός εξοπλισμός επίσης διατίθεται μεμονωμένα προς ενοικίαση ή πώληση. Διεύθυνση: Αγίας Σοφίας 46, κέντρο Θεσσαλονίκης. Τηλέφωνα επικοινωνίας: 6944863273, 6944630028 (κος Γκανίλας) και 6942227645, 2310861432 (κος Τσουκαλάς)

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

ΣΥΜΒΑΣΙΟΥΧΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ

Είναι πολύς καιρός ήδη που έχω σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ.

Αρκετός για να βγάλω τα πρώτα ασφαλή συμπεράσματα.

Δεν ήμουν από τους πρώτους που έκαναν σύμβαση αλλά τελικά αποφάσισα ως νέος ελευθεροεπαγγελματίας, σε εποχή δύσκολη, να κάνω σύμβαση με το Ασφαλιστικό Φορέα που συμπεριελάμβανε το σύνολο σχεδόν όλων των ελλήνων ασφαλισμένων, παρά τις αντιδράσεις πολλών φίλων και συναδέλφων, που δικαίως ίσως θεωρούσαν λάθος τη σύμβαση με τους εξευτελιστικούς όρους, την αναξιοπιστία των κρατικών φορέων, την αβεβαιότητα και τη αφερεγγυότητα ενός κράτους που βυθίζεται, που μάλλον έχει από καιρό βυθιστεί, με όλους εμάς να ακούμε την ορχήστρα στο σαλόνι του πλοίου αντί να κάνουμε κάτι για να το σώσουμε.

Για μένα η ιδέα της υλοποίησης του ΕΟΠΥΥ με βρίσκει σύμφωνο, εννοώ την ιδέα ενός ενιαίου φορέα που θα λειτουργεί ως ομπρέλα, θα εισπράττει από όλους τους ασφαλισμένους τις εισφορές για να αποδίδει σωστές, αξιόπιστες και σύγχρονες υπηρεσίες και θεωρούσα πάντα ότι μια τέτοια ιδέα είναι προς τη σωστή κατεύθυνση.

Συμφώνησα λοιπόν να δώσω χρόνο σε κάτι που επιτέλους θεωρούσα σωστό, σύγχρονο, κάτι που χρόνια συζητιόταν, αλλά τελικά αναγκάστηκαν να το εφαρμόσουν βεβαιασμένα και πολύ πρόχειρα. Αλήθεια ποιοι θα ωφεληθούν από τον ΕΟΠΥΥ;

Τα ταμεία; το κράτος; ο ασφαλισμένος; ο πάροχος ιατρικών υπηρεσιών; μήπως όλοι;

Και τα ερωτήματα διαδέχονται γρήγορα ακόμα και τις αφελείς σκέψεις.

Γιατί ο ΕΟΠΥΥ οικοδομήθηκε τόσο πρόχειρα; Πώς ο ΕΟΠΥΥ θα είναι συνεπής στις υποχρεώσεις του; γιατί τα πιο μεγάλα διαγνωστικά εργαστήρια, ιδιωτικά θεραπευτικά ιδρύματα έσπευσαν από τους πρώτους να

συμβληθούν με τον ΕΟΠΥΥ; Ποιος από τους διοικητές του ή συμβούλους υπολόγισε την ύφεση και την ανεργία, άρα την έλλειψη ασφαλιστικών εισφορών και συνεπώς την έλλειψη πόρων για τον φορέα; Ο γιγάντιος αυτός φορέας φάνηκε γρήγορα πόσο ασυνεπής μπορεί να είναι απέναντι σε αυτούς που τον στήριξαν.

Πώς να εξηγήσω το γεγονός ότι από τους ασφαλισμένους, οι 8 στους 10 αφού εξετασθούν ρωτάνε αν οφείλουν κάτι; πώς να εξηγήσω τα τηλεφωνήματα τις πρώτες μέρες του κάθε μήνα που ρωτούν αν έχω ήδη συμπληρώσει το πλαφόν των 200 επισκέψεων και πόσα παίρνει ο ιατρός; Ποιος εκπαιδεύει έτσι τον ασφαλισμένο; Γιατί δεν αλλάξαμε μετά την συμφορά;

Ένα χρόνο μετά τη συμμετοχή μου στον ΕΟΠΥΥ, θα ήθελα να μοιραστώ τις σκέψεις μου και τις εμπειρίες μου.

Λυπάμαι αλλά δεν είδα θυμωμένους ανθρώπους στο ιατρείο. Είδα ανθρώπους να βιώνουν το άγχος και την κατάνυξη, με τον πιο παθητικό και μοιρολατρικό τρόπο...

Δεν ξέρω αν τα ποσοστά ανεργίας είναι 25 % που επίσημα ανακοινώνονται αλλά τουλάχιστον στις ηλικίες 20-40, ανθρώπων που έρχονται στο ιατρείο τα δικά μου ποσοστά είναι τουλάχιστον 50- 55%, με όποιο στατιστικό λάθος εμπεριέχεται, στην απλοϊκή αριθμητική μου. Σαν μια καταραμένη φωνή που αντηχεί στους τοίχους του ιατρείου, ακούγεται τώρα: Άνεργος... Άνεργη ...

Ένα απόγευμα, ένας από τους ασθενείς του ΕΟΠΥΥ, που είχε ξεκαθαρίσει με σαφή τρόπο ότι θα με επισκεφθεί με το ταμείο του, ώστε να μην συμβεί καμία "παρανόηση" όπως του είχε συμβεί με άλλης ειδικότητας συναδέλφους, αφού στόλισε τους πολιτικούς για τη κατάσταση και τις περικοπές της σύνταξής του και του μισθού του γιού του, έδειξε την προτίμηση του για «εκείνη», την άλλη εποχή που ο ίδιος είχε ζήσει σαν «πληροφοριοδότης», μου αποκάλυψε φεύγοντας ότι είναι ντόπιος, γείτονας δηλαδή και ήξερε από χρόνια πολλά, τους γονείς μου και τον συγχωρεμένο τον παππού μου, γι αυτό και ήξερε ποιος είμαι όταν είδε

το όνομα μου στις λίστες του ΕΟΠΥΥ και που θα με έβρισκε... Χαριτολογώντας του είπα αν και συνταξιούχος, το "επάγγελμα" (της συλλογής πληροφοριών εννοούσα...) δεν το ξέχασε... Είχε ευτυχώς αίσθηση του χιούμορ. Τον χαιρέτησα ευγενικά ανανεώνοντας το ραντεβού μας.

Εκείνο το απόγευμα, μετά από λίγες ώρες, το τελευταίο ραντεβού, με ΕΟΠΥΥ φυσικά, ήταν μια άλλη κυρία, συγγραφέας, που εκτός από το ιατρικό ιστορικό είχε και ένα πολύ ενδιαφέρον πολιτικό παρελθόν, αλλά ήταν και απολαυστική συνομιλήτρια οφείλω να παραδεχτώ. Έχει σημασία το πώς ήρθαμε σε επαφή. Είχε κλείσει ραντεβού μέσω Ίντερνερ και e-mail. Μου έκανε εντύπωση για την ηλικία της η άνεση της χρήσης της σύγχρονης τεχνολογίας και η προτίμησή της σε αυτό τον τρόπο επικοινωνίας. Μάλιστα ζητούσε, διάφορες ιατρικές πληροφορίες και τις τιμές των κρατικών τιμολογίων για την εξέταση που την ενδιέφερε, τον τρόπο που διενεργείται αλλά και την τιμή της εξέτασης χωρίς ΕΟΠΥΥ, κλπ, κλπ και όλα αυτά μέσω email. Και όσο πεισματικά αρνιόμουν, υποψιασμένος από τον τρόπο επικοινωνίας μας, να δώσω τέτοιου είδους πληροφορίες, άλλο τόσο πεισματικά εκείνη αρνιόταν να δώσει το τηλέφωνο της ή να με πάρει έστω εκείνη στο τηλέφωνο του ιατρείου! Θεώρησα μάλλον ότι ο λόγος ήταν η "υπεροψία", του λόγιου, πνευματικού ανθρώπου, λίγο - πολύ γνωστού στο κοινό από τη συγγραφική της δραστηριότητα. Υπέγραφε πάντα με ψευδώνυμο στα μηνύματά της...

Όταν συναντηθήκαμε, μου αποκάλυψε ότι της είχαν κόψει το κινητό από καιρό και είχε μόνο ιντερνετική σύνδεση και χαμπλότατο πάγιο σταθερού τηλεφώνου, για την επικοινωνία της, και αυτός ήταν ο λόγος που ήρθαμε έτσι σε επαφή κατανοώντας την δυσφορία μου να δίδω με αυτόν τον τρόπο ευαίσθητες επαγγελματικά πληροφορίες.

Φεύγοντας αφού μου άφησε ένα από τα βιβλία της... μου ζήτησε δουλειά, οτιδήποτε χρειαστώ στο ιατρείο, ή όπου αλλού ακούσω για εργασία γιατί είχε πρόβλημα επιβίωσης. Α, σημαντική λεπτομέρεια η ισχύς του βιβλιαρίου είχε λήξει, μάλλον δεν υπήρχε καν βιβλιάριο

ασθενείας, ούτε ΑΜΚΑ, οπότε σε αυτή τη περίπτωση έπρεπε να ξεχάσω ακόμα και τα 10 ευρώ μικτά, αξία της επίσκεψης στα χρόνια του ΕΟΠΥΥ.. ωστόσο η συνομιλία με είχε αποζημιώσει και με το παραπάνω ενώ η θαυμαστή δομή της συλλογιστικής της ήταν μάθημα δωρεάν...

Το ίδιο συνέβηκε με το επίσης ανασφάλιστο, επίσης άνεργο, νεαρό παιδί που δούλευε μέχρι πριν λίγους μήνες σε τηλεοπτικό κανάλι, φέρνοντας μαζί του βιβλιάριο ασθενείας, συγγενικού του προσώπου (ώστε να αποζημιωθεί), παλιά και αγαπημένη πρακτική που πέρασε σαν άγραφος κανόνας στους νεότερους, δείχνοντας μου εμφανώς τη συστολή του και τη δύσκολη θέση στην οποία βρισκόταν, αναγκαζόμενος να εκτεθεί με αυτό τον τρόπο.

Αυτός είναι ο ΕΟΠΥΥ στην εποχή της κρίσης και θαρρώ πως πρέπει να εκπαιδευτούμε από την αρχή, ασθενείς και ιατροί, πώς να μην κλέβουμε το κράτος, δηλ. τους εαυτούς μας, πώς να αντιστεκόμαστε στη συγκάλυψη, στη διαφθορά, στην απάτη, στο εύκολο κέρδος... στα προβλήματα δηλαδή, κοινωνικής παθογένειας που μας οδήγησαν στην οικονομική, κοινωνική και αξιακή χρεωκοπία.. και το πιο σημαντικό πώς αυτό το ήθος, το ξένο, το άγνωστο, θα το μεταφέρουμε στην επόμενη γενιά. Άλλωστε το παράδειγμα της ζωής μιας γενιάς φωτίζει την επόμενη. Στη περίπτωση της δικής μου γενιάς, το πόσο η προηγούμενη την φώτισε, δεν χρειάζεται ο ιστορικός του μέλλοντος για να το πιστοποιήσει.

Αν αποφασίσουμε να στηρίξουμε τον ΕΟΠΥΥ, πρέπει να το κάνουμε ανυπόκριτα, με επαγγελματισμό, ο κάθε ένας από το μετερίζι του. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας να τον δουν σαν ισότιμο και αξιόπιστο εταίρο, το κράτος σαν μια ευκαιρία επιτέλους, εξυγίανσης και εξορθολογισμού, οι ασθενείς σαν τον ασφαλιστικό φορέα που τον στηρίζουν, αλλά και τους φροντίζει και ανταποδίδει από την άλλη.

Ιωάννης Γ. Καλλιακμάνης

Γαστρεντερολόγος



Αυτό το προσέξατε;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

Incomplete polyp resection during colonoscopy – results of the Complete Adenoma Resection (CARE) Study. H. Pohl, A. Srivastara, S. Bensen et al. Gastroenterol 2013;144:74-80.

Ατελής εκτομή ενός επίπεδου πολύποδα. Πόσο συχνά συμβαίνει και ποια είναι η κλινική του σημασία;

Είναι ευρέως αποδεκτό πως το όφελος της προληπτικής κολονοσκόπησης, αποδίδεται, κατά κύριο λόγο στην ανίχνευση και αφαίρεση προκαρκινωμάτων βλαβών όπως είναι οι αδενωματοειδείς πολύποδες. Προηγούμενες μελέτες έδειξαν πως η προληπτική κολονοσκόπηση σχετίζεται με μείωση των περιπτώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου κατά 77% και με αντίστοιχη μείωση των θανάτων από καρκίνο του παχέος εντέρου κατά 29- 37%. Ωστόσο, τα παραπάνω ποσοστά αφορούν κυρίως το αριστερό παχύ έντερο ενώ φαίνεται πως το όφελος της προληπτικής κολονοσκόπησης είναι μικρότερο για το δεξί τμήμα του παχέος εντέρου. Το γεγονός αυτό και σε συνδυασμό με πολλές αναφορές περιπτώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου μετά από πολυποδεκτομή ή μετά από μια προηγούμενη αρνητική κολονοσκόπηση έχουν εγείρει το ζήτημα της αποτελεσματικότητας της προληπτικής κολονοσκόπησης και της ενδοσκοπικής πολυποδεκτομής. Τρεις πιθανές αιτίες έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την εμφάνιση αυτών των περιπτώσεων καρκίνου. Πρώτον, οι περιπτώσεις αυτές σε ποσοστό 70-80%, μπορεί να παριστούν βλάβες (αρχόμενοι καρκίνοι ή αδενώματα) που διέφυγαν της αρχικής διάγνωσης. Δεύτερον, πιθανόν να παριστούν νεοεμφανιζόμενους και ταχέως αναπτυσσόμενους καρκίνους και τρίτον, ενδεχομένως να προκύπτουν από ατελώς εκτομηθέντες βλάβες (καρκίνους ή αδενώματα που εξελίχθηκαν σε καρκίνους). Γενικώς, μια εκτομή ενός πολύποδα θεωρείται πλήρης όταν δεν αναγνωρίζεται πλέον πολυποειδής ιστός στη θέση της βλάβης. Ωστόσο, δεν έχει εξακριβωθεί σε τι ποσοστό μια εκτομή με ηλεκτροκαυτηρίαση μπορεί να απομακρύνει πλήρως μια πολυποειδή βλάβη. Το ζήτημα αυτό αποτέλεσε το σκοπό της παρούσης μελέτης. Το πρωτόκολλο απαιτούσε τη λήψη 2 βιοψιών από τα όρια

εκτομής πολυπόδων μεγέθους από 5 έως 9 mm και 4 βιοψίες (μία από κάθε τεταρτημόριο) από τα όρια εκτομής μεγαλύτερων πολυπόδων (10-20 mm). Έμμοιχοι πολύποδες αποκλείστηκαν από τη μελέτη ενώ για τη πολυποδεκτομή χρησιμοποιήθηκαν βρόγχοι και εφαρμόστηκε μικτό ρεύμα (κοπής/καυτηρίασης).

Όπως διαπιστώθηκε, το 10% των νεοπλαστικών πολυπόδων διαμέτρου μεταξύ 5 και 20 mm, αφαιρέθηκαν ατελώς. Επιπλέον, η πιθανότητα ατελούς εκτομής αυξανόταν με το μέγεθος των πολυπόδων, ήταν σημαντικά υψηλότερη για πολύποδες με ιστολογικά χαρακτηριστικά οδοντωτού αδενώματος και κυμαινόταν ευρέως μεταξύ των ενδοσκοπών.

Συνεπώς, ενώ μέχρι τώρα ως μέτρο εκτίμησης της αποτελεσματικότητας της προληπτικής κολονοσκόπησης θεωρείτο η ανεύρεση ενός πολύποδα, φαίνεται πως είναι εξίσου σημαντική και η επιτυχής ολική εκτομή του.

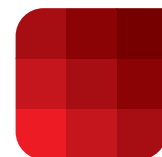
Prophylactic clip closure reduced the risk of delayed postpolypectomy hemorrhage: experience in 277 clipped sessile or flat colorectal lesions and 247 control lesions. H. Liaquat, E. Roth and D.K. Rex. Gastrointest Endosc 2013;77:401-7.

Η σύγκλειση με clips του σημείου πολυποδεκτομής μεγάλων πολυπόδων μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο καθυστερημένης αιμορραγίας.

Η αιμορραγία αποτελεί την πιο συχνή επιπλοκή της ενδοσκοπικής πολυποδεκτομής και ο κίνδυνος αυτής σχετίζεται άμεσα με το μεγάλο μέγεθος του πολύποδα, την εντόπισή του στο εγγύς κόλον αλλά και με τη χρήση αντιπηκτικών παραγόντων. Το κλείσιμο του σημείου πολυποδεκτομής με clips έχει υιοθετηθεί από πολλούς ενδοσκόπους ως μέθοδος πρόληψης της επιπλοκής αυτής. Το πραγματικό όφελος της τακτικής αυτής δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς καθώς σε μια προηγούμενη μελέτη το μέσο μέγεθος των πολυπόδων δεν ξεπερνούσε τα 7,8 mm με αποτέλεσμα τα ποσοστά καθυστερημένης αιμορραγίας να είναι μικρά τόσο στις περιπτώσεις που τοποθετήθηκαν clips όσο και σε αυτές που δεν τοποθετήθηκαν.

ΦΩΤΕΙΝΗ ΑΠΟΔΕΙΞΗ

ΥΠΕΡΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ



CONVEY

Είστε μέλος της ΕΠΕΓΕ;

Επωφεληθείτε από τη μοναδική προσφορά και αποκτήστε μια φωτεινή πηγή ενδοσκόπησης

WelchAllyn®

Επικοινωνήστε μαζί μας στο 210 6294613 ή επισκεφθείτε το ηλεκτρονικό μας κατάστημα στη διεύθυνση: <https://mcs.lilly.gr>

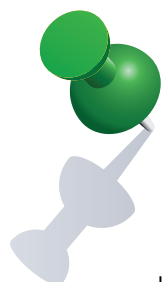
MEDICAL CARE
HEALTH TECHNOLOGY
SOLUTIONS

15° χλμ. Εθνικής Οδού Αθηνών-Λαμίας | 145 64 Κηφισιά | τ 210 6294600 | f 210 6294620 | Τ.Θ. 51288 - 145 10 Κηφισιά

Μέλος του Ομίλου



BIO TECHNOLOGY



Αυτό το προσέξατε;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

Η παραπάνω μελέτη πραγματοποιήθηκε σε κέντρο αναφοράς για ενδοσκοπική εκτομή μεγάλων έμμισων ή επίπεδων πολυπόδων και το μέσο μέγεθος των πολυπόδων που αφαιρέθηκαν έφθανε τα 31 mm (με εύρος που κυμαινόταν από 20-100 mm). Διαπιστώθηκαν 524 τέτοιοι πολύποδες σε 463 άτομα και περίπου στους μισούς (247, / 47,1%) δεν τοποθετήθηκαν clips. Αντιθέτως, μερική σύγκλιση του σημείου πολυποδεκτομής με clips πραγματοποιήθηκε σε 52 (9,9%) πολύποδες και πλήρη στους υπόλοιπους 225 (42,9%). Για την αφαίρεση των πολυπόδων, αφού προηγήθηκε η υποβλεννογόνια έγχυση φυσιολογικού όρου με μικρή ποσότητα μπλε του μεθυλενίου ή indigo carmine, χρησιμοποιήθηκε χαμηλής έντασης ρεύμα καυτηριασμού (17-18W).

Παρατηρήθηκαν συνολικά, 31 περιπτώσεις καθυστερημένης αιμορραγίας, 2 διατρήσεις και 6 περιπτώσεις συνδρόμου μετά πολυποδεκτομή. Η συχνότητα των αιμορραγιών που παρατηρήθηκε στην ομάδα των ατόμων που δεν χρησιμοποιήθηκαν clips ήταν 9,7% ενώ η αντίστοιχη συχνότητα σε αυτούς που χρησιμοποιήθηκαν για την πλήρη σύγκλιση των θέσεων πολυποδεκτομής ήταν 1,8%. Η πολυπαραγοντική ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε πως η μη τοποθέτηση clips συνοδευόταν από 6-πλάσια αύξηση του κινδύνου αιμορραγίας σε σχέση με τη τοποθέτηση clips ενώ η μερική σύγκλιση του σημείου πολυποδεκτομής δεν σχετιζόταν με σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο αιμορραγίας σε σχέση με τη πλήρη σύγκλιση με clips. Επιπλέον, ο κίνδυνος αιμορραγίας σχετιζόταν με το μέγεθος του πολύποδα, καθώς όπως διαπιστώθηκε αυξανόταν κατά 1,3 για κάθε 10 mm μεγέθους του πολύποδα, ενώ και η εντόπιση του πολύποδα εγγύτερα της σπληνικής καμπής αύξανε τον κίνδυνο.

Endoscopic assessment of the oesophageal features of eosinophilic oesophagitis: validation of a novel classification and grading system I.Hirano, N. May, M.G. Heckman, C. S. Thomas, N. Goansalves, S.R. Achem. Gut 2013;62:489-495.

Υπάρχει ανάγκη επικύρωσης ενός συστήματος ταξινόμησης και διαβάθμισης των ενδοσκοπι-

κών ευρημάτων της ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας.

Ο ρόλος της ενδοσκόπησης στη διάγνωση της ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας είναι σημαντικός καθώς η διαπίστωση ενδοσκοπικών χαρακτηριστικών καθορίζει τη λήψη βιοψιών, απαραίτητες για την ιστολογική διάγνωση της νόσου.

Οκτώ ενδοσκοπικά ευρήματα έχουν περιγραφεί από προηγούμενες μελέτες ως χαρακτηριστικά της νόσου: οι δακτύλιοι (ή τραχειοποίηση του οισοφάγου), το εξίδρωμα (επίσης αναφερόμενο ως λευκά στίγματα ή πλάκες), οι αυλακώσεις (επίσης αναφερόμενες ως κάθετες γραμμές ή επιμήκεις ρυτίδες) το οίδημα (επίσης αναφερόμενο ως μείωση αγγειακού δικτύου ή ωχρότητα του βλεννογόνου), ο αιλουροειδής οισοφάγος (παροδικοί, συγκεντρικοί δακτύλιοι που παρατηρούνται αυθόρμητα ή κατά τη διάρκεια ερυγών και εξαφανίζονται με την εμφύσηση αέρα), η μείωση της διαμέτρου του οισοφάγου και η λέπτυνση του βλεννογόνου (ευθρυπτότητα του βλεννογόνου ή τραυματισμός με το πέρασμα του ενδοσκοπίου). Ωστόσο η απουσία μιας καθιερωμένης ορολογίας και διαβάθμισης των παραπάνω κριτηρίων δυσχεραίνει την ακριβή περιγραφή των ενδοσκοπικών ευρημάτων προκαλώντας ασυμφωνία μεταξύ των ενδοσκόπων, αλλά και περιορίζοντας την ερμηνεία των δεδομένων από επιδημιολογικές ή κλινικές μελέτες. Αυτή την ανάγκη είχε στόχο να καλύψει η παραπάνω μελέτη: τη δημιουργία αλλά και την εκτίμηση της συμφωνίας μεταξύ των ενδοσκόπων, ενός νέου συστήματος διαβάθμισης των ενδοσκοπικών ευρημάτων της ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας.

Το προτεινόμενο σύστημα ενσωμάτωσε τις διαβαθμίσεις τεσσάρων κύριων χαρακτηριστικών του οισοφάγου (δακτύλιοι, αυλακώσεις, οίδημα και εξίδρωμα), και τη παρουσία ή απουσία τριών επιπλέον χαρακτηριστικών (μείωση διαμέτρου του αυλού, αιλουροειδής οισοφάγος και λέπτυνση του βλεννογόνου). Ενδοσκοπικά βίντεο από 25 ασθενείς με ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα, εκτιμήθηκαν από 21 γαστρεντερολόγους και ο βαθμός συμφωνίας μεταξύ αυτών αποδείχθηκε καλός παρά τις όποιες διαφορές κλινικής εμπειρίας αυτών με τη νόσο.

28 gastro-resistant capsules, hard

ZOLANDIL®

Omeprazole 20mg & 40mg




LIBYTEC®
PHARMACEUTICAL S.A.

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

www.libytec.gr



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΗ – ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ

Στέλιος Παπασάββας

Τα σύνδρομα μη – αδενωματώδους πολυποδίασης αποτελούν < 1% επί του συνόλου των συνδρόμων πολυποδίασης. Είναι επιτακτική η ανάγκη για διάγνωση αλλά και επιτήρησή τους, λόγω της υψηλής συσχέτισης τους με την ανάπτυξη τόσο ορθοκολικού, όσο και άλλων μορφών καρκίνου. Τα σύνδρομα αυτά (ΠΙΝΑΚΑΣ 1) κατηγοριοποιούνται στα **Σύνδρομα Υπερπλαστικής Πολυποδίασης** – Hyperplastic Polyposis Syndrome, HPS (με υπότυπο το Σύνδρομο Οδοντωτών Αδενωμάτων – Serrated Polyposis Syndrome) και στα **Σύνδρομα Αμαρτωματώδους Πολυποδίασης** (με κυριότερους εκπρόσωπους το Σύνδρομο Peutz -Jeghers, PJS και το Σύνδρομο Νεανικής Πολυποδίασης – Juvenile Polyposis Syndrome, JPS).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΥΠΟΨΙΑ ΠΙΘΑΝΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ
- Σύνδρομο Υπερπλαστικής Πολυποδίασης (Hyperplastic Polyposis Syndrome) - Σύνδρομο Οδοντωτών Αδενωμάτων (Serrated Polyposis Syndrome)
ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΜΑΡΤΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ
- Σύνδρομο Νεανικής Πολυποδίασης (Juvenile Polyposis Syndrome) - Σύνδρομο Peutz-Jeghers (PJS) - Σύνδρομο Αμαρτωματωδών όγκων σχετιζόμενο με το γονίδιο PTEN I. Σύνδρομο Cowden II. Σύνδρομο Bannayan-Riley-Ruvalcaba III. Σύνδρομο Proteus - Σύνδρομο Βασικοκυτταρικών Σπίλων (Basal Cell Nevus Syndrome) - Νευροινωμάτωση τύπου 1 (Neurofibromatosis 1) - Σύνδρομο Πολλαπλής Ενδοκρινικής Νεοπλασίας τύπου 2β (MEN2B) - Σύνδρομο Κληρονομικής Μικτής Πολυποδίασης - Σύνδρομο Cronkhite - Canada

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΗ – ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ

Πριν αναφερθούμε στην διάγνωση, επιτήρηση και αντιμετώπιση των κυριότερων συνδρόμων μη - αδενωματώδους πολυποδίασης, σκόπιμο είναι να παραθέσουμε τα σημαντικότερα κλινικο – ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά των διάφορων τύπων πολυπόδων. Διαχωρίζονται λοιπόν, σε Νεοπλασματικούς (καλοήθεις, κακοήθεις) και σε μη – Νεοπλασματικούς (υπερπλαστικός, φλεγμονώδης, βλεννογονικός, νεανικός- juvenile, πολύποδας Peutz – Jeghers).

Νεοπλασματικοί καλοήθεις πολύποδες	Νεοπλασματικοί κακοήθεις πολύποδες
Εξ' ορισμού ορίζονται τα αδενώματα i. Σωληνώδη (80-85 %) ii. Σωληνο-λαχνωτά (8-15 %) iii. Λαχνωτά (3-15 %) Δυσπλασία σε όλα τα αδενώματα i. Χαμηλόβαθμη Επιθηλιακή (ΧΕΔ) Ήπια (70-80 %) ii. Μέτρια (18-20 %) iii. Υψηλόβαθμη Επιθηλιακή (ΥΕΔ) – 5-10 % iv. Ακαθόριστη Το αδενωματώδες επιθήλιο χαρακτηρίζεται από ανώμαλη κυτταρική διαφοροποίηση και αναγέννηση, κυτταροβρίθεια εντερικών κρυπτών, υπερχρωματικά κύτταρα με επίμηκες πυρήνες, κυρίαρχο κύτταρο είναι το άωρο καλκοειδές ή κυλινδρικό	Εξ' ορισμού ορίζονται τα καρκινώματα i. Ενδοεπιθηλιακό (ΙΕΝ) ii. Ενδοβλεννογόνιο (Intramucosal – μέχρι βλεννογόνια μυική) iii. Διηθητικό (Διάσπαση της βασικής μεμβράνης) (REVISED VIENNA CLASSIFICATION) Ο “Κακόηθης” πολύποδας ή “Advanced” αδένωμα, αναφέρεται στον πολύποδα εκείνο με χαρακτηριστικά: a. Μέγεθος > 1 εκ. b. Λαχνωτή αρχιτεκτονική c. ΥΕΔ Αποτελεί καλοήθη πολύποδα και δεν πρέπει να επικρατεί σύγχυση λόγω της ορολογίας (που πολλές φορές χρησιμοποιείται εσφαλμένα).
Τελευταία έχουν αναγνωριστεί και το Μικτό αδένωμα , το SSA- Sessile Serrated Adenoma , το TSA- Traditional Serrated Adenoma (αναλύονται μαζί με τους υπερπλαστικούς πολύποδες).	



Μη – νεοπλασματικοί πολύποδες (ακόμα βλεννογονικοί, φλεγμονώδεις)

Νεανικός πολύποδας (Juvenile polyp) Αποτελεί **αμαρτωματώδη** πολύποδα. Ιστολογικά χαρακτηρίζονται από έντονη διάταση των αδένων που είναι πλήρεις βλέννας, έντονο οίδημα και φλεγμονή του χορίου, με έντονες λεμφοπλασματοκυτταρικές αθροίσεις.

Πολύποδας Peutz – Jeghers Αποτελεί **αμαρτωματώδη** πολύποδα. Ιστολογικά χαρακτηρίζεται από διαπλεκόμενες προσεκβολές των λείων μυικών ινών του υποβλεννογονίου χιτώνα στο βλεννογόνο, Ανευρίσκεται κυρίως στο λεπτό έντερο.

Serrated polyp (Οδοντωτός ή Πριονωτός πολύποδας)

• **Υπερπλαστικός πολύποδας** (Για πολλά έτη θεωρείτο ο μοναδικός εκπρόσωπος της κατηγορίας των serrated polyps). Αποτελεί τον πιο συχνό μη – αδενωματώδη πολύποδα του παχέος εντέρου. Συνήθως είναι μικρού μεγέθους (< 6-8 χιλ.), τις πιο πολλές φορές ανευρίσκεται στο αριστερό παχύ έντερο και ΔΕΝ συσχετίζεται με ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου, ενώ έχει αναφερθεί συσχέτιση με το κάπνισμα, την παχυσαρκία και τη δυτικού τύπου διατροφή. Αποτελεί το 80-90% των οδοντωτών πολυπόδων.

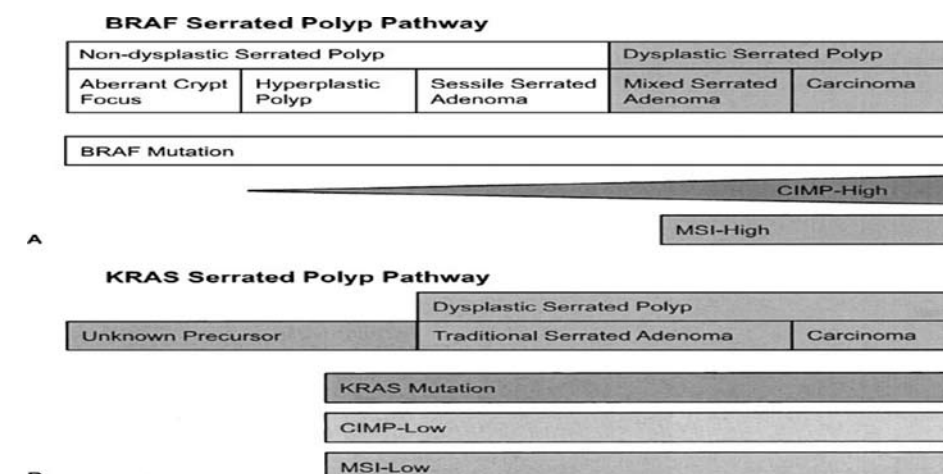
• **Traditional Serrated Adenoma – TSA (1%)** Συσχετίζεται με ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου ενώ δεν υπάρχει η λαχνωτή μορφολογία του τυπικού αδενώματος (κάτι που συμβαίνει τόσο στον Mixed Polyp όσο και στο SSA). Ανευρίσκεται τόσο LGD όσο και HGD στο επιθήλιο των κρυπτών.

• **Mixed Polyp** Ανευρίσκεται η ιστολογία του Υπερπλαστικού πολύποδα+SSA αλλά και η δυσπλασία που βλέπουμε στο τυπικό Αδένωμα.

Sessile Serrated Adenoma – SSA Αποτελεί τον πιο πρόσφατα αναγνωρισθέντα πολύποδα. Φέρει μορφολογικά χαρακτηριστικά Υπερπλαστικού και TSA (διάταση των κρυπτών στη βάση, διακλαδώσεις ινών μέσα στη βλεννογόνο μυική μεμβράνη) (15-20%) των Serrated.

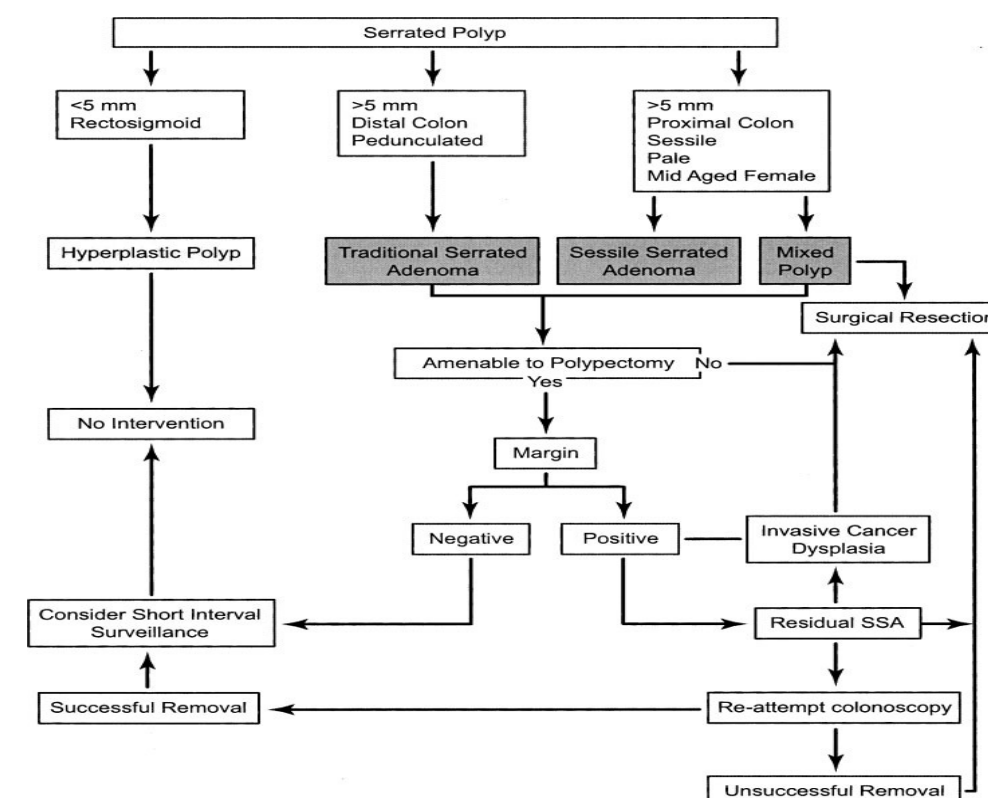
Η αλληλουχία για εξέλιξη σε καρκίνο παχέος εντέρου μέσω των Οδοντωτών Πολυπόδων (the Serrated pathway to CC) διαφέρει από την κλασσική αλληλουχία που παρατηρούμε στα αδενώματα (μεταλλάξεις APC, p53). Πιστεύεται ότι αντιστοιχεί περίπου στο 20% των Σποραδικών καρκίνων του παχέος εντέρου (υπενθυμίζεται ότι αποτελεί το 75% επί του συνόλου).

Οι μέχρι σήμερα ευρισκόμενες μεταλλάξεις που έχουν συσχετισθεί με αυτήν την αλληλουχία είναι η **BRAF** (70 %) η οποία συνδυάζεται με MSI – H (υπάρχει υπερμεθυλίωση σε περιοχή του MLH1 – διαφορετική περιοχή στο HNPCC – με αποτέλεσμα την απώλεια της έκφρασής του) και η **K – RAS** (30%). Η **BRAF** συσχετίζεται κυρίως με την ανάπτυξη **SSA**, **Mixed Polyp**, κυρίως σε νέες γυναίκες με εντόπιση του καρκίνου στο ΔΕ – κόλον, ενώ η **K – RAS** κυρίως με TSA.



Είναι ευνόητο ότι ο κλινικός ιατρός πρέπει να μπορεί να αντιμετωπίσει την κάθε περίπτωση εύρεσης μεμονωμένου πολύποδα στο παχύ και στο λεπτό έντερο και να είναι σε θέση να αναγνωρίσει αν πρόκειται για κάποιο γνωστό σύνδρομο πολυποδίασης σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες. Οπότε πριν αναφερθούμε στα σύνδρομα πολυποδίασης, παραθέτουμε σύντομα το **management** των μεμονωμένων αυτών πολυπόδων (Νεανικός, Οδοντωτός) αν και δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα στη διεθνή βιβλιογραφία.

ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΟΔΟΝΤΩΤΩΝ ΠΟΛΥΠΟΔΩΝ



Το **SSA** παρατηρείται κυρίως στο εγγύς κόλον, σε μέσης ηλικίας γυναίκες και αποτελεί το συχνότερο οδοντωτό πολύποδα μετά τον υπερπλαστικό. Η διάγνωση του είναι δύσκολη λόγω της **απουσίας δυσπλασίας ιστολογικά**. Η ενδοσκοπική του εικόνα αντιστοιχεί σε ευμεγέθη, ωχρή όψη, άμισχο – επίπεδο πολύποδα επι βλεννογονικής πτυχής. Αντίθετα, η ενδοσκοπική εικόνα του **TSA** μπορεί να ομοιάζει ακόμα και με έμμισχο αδενωμάτωδη πολύποδα, στο εγγύς κόλον. Η επιτήρηση μετά από πολυπεκτομή δεν έχει ακόμη ευκρινώς καθορισθεί, αλλά συστήνεται εξατομίκευση και παρακολούθηση όπως στα αδενώματα.

ΝΕΑΝΙΚΟΣ ΠΟΛΥΠΟΔΑΣ (JUVENILE POLYP)

Αποτελεί τον πιο συχνό πολύποδα (90%) στην παιδική ηλικία. Είναι αμαρτωματώδης πολύποδας ο οποίος ανευρίσκεται στο παχύ έντερο και συνήθως ανευρίσκεται μετά από αιμορραγία κατωτέρου πεπτικού ή μετά από διερεύνηση σιδηροπενικής αναιμίας μεταξύ 3 – 10 ετών. Λόγω όμως της ποικιλίας του μεγέθους κατά τη στιγμή της διάγνωσης, αυτή μπορεί να γίνει ακόμη και στην εφηβεία, είτε τυχαία, είτε λόγω συμπτωματολογίας (ειλεός, αιμορραγία). Οι περισσότεροι είναι έμμισχοι, ενώ έχουν αναφερθεί περιπτώσεις συνοδού δυσπλασίας στον μεμονωμένο Νεανικό πολύποδα, κάτι που αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου.

Όταν γίνει η διάγνωση ενός Νεανικού πολύποδα, διενεργείται ενδοσκοπική πολυπεκτομή (ακόμη και στα παιδιά). Καλό είναι να γίνεται ολική κολονοσκόπηση γιατί έχουν αναφερθεί περιστατικά με περισσότερους του ενός Νεανικών πολυπόδων, τόσο στο τυφλό όσο και στο ανιόν κόλον. Μετά την πολυπεκτομή **ΔΕΝ** χρειάζεται περαιτέρω έλεγχος και follow-up. Παρόλα ταύτα όμως στις περιπτώσεις εκείνες που ανευρίσκεται συνοδός δυσπλασία τότε, αν και δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία στη διεθνή βιβλιογραφία, **συστήνεται ενδοσκοπικός επανέλεγχος σε περίπτωση αιμορραγίας ή follow-up με κολονοσκόπηση μετά την πολυπεκτομή κάθε 2 χρόνια**.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ

Αποτελεί σπάνια ετερογενή κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ανάπτυξη πολυάριθμων υπερπλαστικών πολυπόδων στο παχύ έντερο. Η αιτιολογία του παραμένει άγνωστη, ενώ δεν έχει βρεθεί κάποια γενετική συσχέτιση. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στο παχύ έντερο – 50% ο ισόβιος κίνδυνος – με μέση ηλικία εμφάνισης τα 50 έτη. Δεν είναι ξεκάθαρος όμως ο μηχανισμός. Συνήθως πέρα από τους Υπερπλαστικούς πολύποδες συνυπάρχουν Αδενώματα αλλά και οι διάφοροι τύποι Οδοντωτών πολυπόδων. Φαίνεται ότι επικρατεί η αλληλουχία (pathway) οδοντωτού αδενώματος → καρκινώματος. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες υπάρχουν τρεις Φαινότυποι του Συνδρόμου. Ο πρώτος εκδηλώνεται με λιγότερους, μεγαλύτερους σε μέγεθος Υπερπλαστικούς πολύποδες μαζί με Άμισχα Οδοντωτά Αδενώματα (SSA) στο ΔΕ – κόλον, ο δεύτερος με περισσότερους, μικρότερους σε μέγεθος (συγκριτικά με τον πρώτο Φαινότυπο) Υπερπλαστικούς πολύποδες στο ΑΡ – κόλον και ο τρίτος έχει χαρακτηριστικά των δύο πρώτων Φαινοτύπων.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ (Χρειάζεται ένα μόνο κριτήριο για να τεθεί η διάγνωση)
Περισσότεροι από 30 υπερπλαστικοί πολύποδες στο παχύ έντερο, ανεξαρτήτως εντόπισης.
5 ή περισσότεροι υπερπλαστικοί πολύποδες εγγύς του σιγμοειδούς , από τους οποίους οι 2 να είναι > 10χιλ.
Τουλάχιστον ΕΝΑΣ υπερπλαστικός πολύποδας εγγύς του σιγμοειδούς σε συγγενή α' βαθμού με Σύνδρομο Υπερπλαστικής Πολυποδιάσης.

- Πρόκειται για ασυμπτωματικούς ασθενείς που γίνεται η διάγνωση του Συνδρόμου σε ενδοσκοπικό έλεγχο ρουτίνας,
- Σε ασθενείς με το Σύνδρομο **συστήνεται κολονοσκόπηση κάθε 1 – 2 έτη από τη διάγνωση**, με προσπάθεια αναγνώρισης και αφαίρεσης των πολυπόδων (σημαντικός φαίνεται να είναι ο ρόλος των σύγχρονων τεχνικών ενδοσκόπησης – χρωμοενδοσκόπηση, NBI, FICE).

Μέχρι στιγμής η σύσταση **για τους συγγενείς α' βαθμού** των ασθενών αυτών είναι να υποβάλλονται σε **κολονοσκόπηση κάθε 5 έτη, με έναρξη από την ηλικία των 40 ετών και αναλόγως ευρημάτων να ακολουθεί η επιτήρηση σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες**.

SERRATED POLYPOSIS SYNDROME (SPS)

Αποτελεί σπάνιο Σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από πολυάριθμους ή/και μεγάλους Οδοντωτούς Πολύποδες στο παχύ έντερο (μπορεί όμως να συνυπάρχουν και τα τυπικά αδενώματα). Η διάγνωση τίθεται σύμφωνα με τα κριτήρια WHO. Υπάρχει μεγάλος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου τόσο στις κληρονομικές όσο και στις σποραδικές περιπτώσεις του Συνδρόμου. Τα γονίδια τα οποία έχουν ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη του Συνδρόμου είναι ως επί το πλείστον αυτά που ευθύνονται για την ανάπτυξη κακοήθειας στα σποραδικά Οδοντωτά Αδενώματα → BRAF, MLH1 – MSI (Microsatellite Instability), p16, MGMT, IGFBP7.

The World Health Organization's clinical criteria for the identification of serrated polyposis	
Criterion A	At least five serrated polyps proximal to the sigmoid colon, two of which are greater than 10 mm in diameter
Criterion B	Any number of serrated polyps occurring proximal to the sigmoid colon in an individual who has first-degree relative with serrated polyps
Criterion C	More than 20 serrated polyps of any size distributed throughout the colon

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ **ΕΝΑ ΜΟΝΟ** ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΗ – ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ

Η αναλογία ανδρών/γυναικών είναι ίση, με μέση ηλικία διάγνωσης τα 55 έτη. Θεωρείται Σύνδρομο με γενετικό υπόστρωμα, όμως ο τρόπος κληρονομικότητάς του δεν έχει πλήρως εξακριβωθεί. Έχει αναφερθεί τόσο αυτοσωμικός επικρατής όσο και υπολειπόμενος χαρακτήρας κληρονομικότητας. Αναφέρεται ότι το 10-50% των ασθενών που πληρούν τα κριτήρια κατά WHO, έχουν οικογενειακό ιστορικό κολο-ορθικού καρκίνου. Έχουν περιγραφεί διάφοροι Φαινότυποι του Συνδρόμου:

- Εντόπιση στο ΔΕ κόλον, με ευμεγέθη SSAs, με εμφάνιση κολο-ορθικού καρκίνου σε νεότερη ηλικία και συσχέτισμό με BRAF μεταλλάξεις (48%)
- Εντόπιση στο ΑΡ κόλον, με περισσότερους και μικρότερους πολύποδες, σε μεγαλύτερους ασθενείς, συσχετίζεται με K-RAS μεταλλάξεις (16%)
- Μεικτά χαρακτηριστικά (36%)

Περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν κάποιο ρόλο στην Φαινοτυπική εκδήλωση, αλλά και στην εν γένει ανάπτυξη του Συνδρόμου, όπως το κάπνισμα. Επίσης διάφοροι άλλοι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί στην ανάπτυξη Οδοντωτών πολυπόδων λ.χ στο ΑΡ-κόλον η παχυσαρκία, η δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος, η κατανάλωση κόκκινου κρέατος, ενώ στο ΔΕ-κόλον η λήψη φυλλικού οξέος και το οικογενειακό ιστορικό πολυπόδων. Τέλος, η λήψη ασπιρίνης έδειξε να έχει προστατευτικό ρόλο.

Πέρα από τα κλινικά κριτήρια διάγνωσης του Συνδρόμου οι Carvajal-Carmona et al. πρότειναν Μοριακά Κριτήρια για τη διάγνωση του Συνδρόμου, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν συνηγορητικά:

Διάγνωση του Συνδρόμου αν η BRAF ή η K-RAS μετάλλαξη είναι παρούσα σε σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα στους πολύποδες των ασθενών παρά στους υπόλοιπους Υπερπλαστικούς σποραδικούς πολύποδες.

Αποκλείεται η διάγνωση αν η BRAF ή η K-RAS μετάλλαξη είναι παρούσα σε ποσοστό <10% των Υπερπλαστικών Πολυπόδων του ασθενούς **ή** αν <5% των Υπερπλαστικών Πολυπόδων φέρουν MSI.

Σε μεγάλες δημοσιευμένες μελέτες, περί το 30% των ασθενών με SPS είχαν κολο-ορθικό καρκίνο τη στιγμή της διάγνωσης και περί το 7% σε ένα follow-up 5,6 ετών, με προδιαθεσικούς παράγοντες το μεγάλο αριθμό πολυπόδων και την παρουσία SSAs. Ακόμη βρέθηκε ότι οι συγγενείς α' βαθμού ασθενών με SPS παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης του Συνδρόμου αλλά και κολο-ορθικού καρκίνου. Έτσι, σύμφωνα με τις **διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες**, συστήνονται τα ακόλουθα:

1. Κολonosκόπηση στους ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια WHO (με χρωμοενδοσκόπηση όπου είναι δυνατόν) **κάθε 1-2 έτη** με αφαίρεση των πολυπόδων, από τη στιγμή τη διάγνωσης.

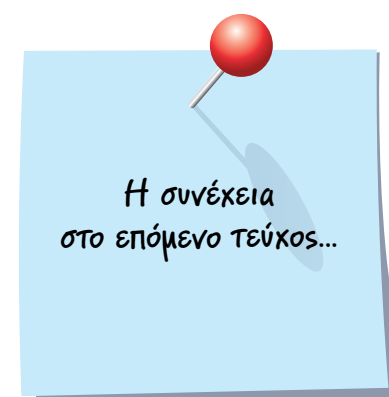
ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΗ – ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ

2. Αν δεν είναι δυνατή η αφαίρεση των πολυπόδων, επί ανάπτυξης καρκίνου, ή επί επιθυμίας του ασθενούς συστήνεται **υφολική κολεκτομή με ειλεο-ορθική αναστόμωση**.
3. Οι **συγγενείς α' βαθμού** των ασθενών με το SPS πρέπει να υποβάλλονται σε κολonosκόπηση **κάθε 1-2 έτη**, αρχίζοντας 10 έτη νωρίτερα από την ηλικία εμφάνισης του Συνδρόμου, αν είναι δυνατόν με χρωμοενδοσκόπηση.
4. Για τους μεγάλους άμισχους πολύποδες ο προτεινόμενος τρόπος αντιμετώπισης είναι η αφαίρεσή τους με **EMR και χρήση APC στα όρια εκτομής** για περιορισμό υποτροπής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Guarinos C, Sanchez-Fortun C et al. Serrated Polyposis Syndrome: Molecular Pathology and Clinical aspects. World J Gastroenterol 2012 May 28;18(20):2452-2461
2. Brosens AA L, Langeveld D et al. Juvenile Polyposis Syndrome. World J Gastroenterol 2011 November 28;17(44):4839-4844
3. Chow E, Macrae F. Review of Juvenile Polyposis Syndrome. Journal of Gastroenterology and Hepatology 2004 November 9;20:1634-1640
4. R Adolph V, Bernabe K. Polyps in Children. Clin Colon Rectal Surg 2008;21:280-285
5. Calva D, Howe R J. Hamaromatous Polyposis Syndromes. Surg Clin North Am 2008 August;88(4):779
6. Manfredi M. Hereditary Hamartomatous Polyposis Syndromes. Gastroenterol Hepatol 2010 March;6(3):185-196
7. Ca Durno. Colonic Polyps in Children and Adolescents. Can J Gastroenterol 2007;21(4):233-239
8. M Cohen M. Proteus Syndrome: An Update. American Journal of Medical Genetics 2005;137C:38-52
9. Α Κ Γκάντζαρου. Κλινικές Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση των Συνδρόμων Πολυποδιάσεως. Στο: Πρακτικά από 31ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. Ελληνική Γαστρ/κη Εταιρεία 2011 Οκτώβριος
9. P Bauer V, T Papaconstantinou H. Management of Serrated Adenomas and Hyperplastic Polyps. Clin Colon Rectal Surg 2008;21:273-279



Η συνέχεια
στο επόμενο τεύχος...



Μεγάλες, χρονοβόρες στροφές!



Οι αλλαγές πλεύσης της επιστήμης ήταν πάντα αργές. Όπως γράφει ο Thomas Kuhh στο περίφημο βιβλίο του **“The structure of scientific revolutions”**, ακόμα και όταν η νέα οπτική είναι σωστή - εκθαμβωτικά σωστή βλέποντάς την εκ των υστέρων- υπάρχουν επενδυμένα συμφέροντα και άλλες δυνάμεις αδρανείας που αντιστέκονται στην υιοθέτησή της. Οι αλλαγές πορείας μοιάζουν με αυτές που κάνουν τα τεράστια δεξαμενόπλοια: Είναι αργές, χρονοβόρες, δύσκολες και πολύ ανοικτές.

Παρότι λοιπόν είναι πια φανερό ότι ο δρόμος που άνοιξε η γενετική πρέπει να συνεχιστεί και να συμπληρωθεί με την επιγενετική, η επίσημη επιστήμη συμπεριφέρεται σαν να μην το βλέπει. Αντιμετωπίζει την επιγενετική σαν κάποιο επιστημονικό αξεσουάρ.

Διστάζει να αποδεχτεί ότι έφθασε η στιγμή για ένα paradigm-shift, όπως ονομάζει ο Kuhh τη στιγμή που η σημερινή θεωρία σου δεν μπορεί πια να εξηγήσει όλη την πραγματικότητα και χρειάζεται να υιοθετήσεις κάποια άλλη βελτιωμένη θεωρία.

Η επιγενετική μοιάζει να είναι το κομμάτι από το πάζλ που έλλειπε: Δίνει μια σοβαρή απάντηση στον τρόπο με τον οποίο το περιβάλλον επηρεάζει το DNA και τη διαδικασία παραγωγής πρωτεϊνών. Οι παθήσεις εκδηλώνονται μέσω παθολογικών πρωτεϊνών, είτε πρό-

κειται για υποδοχείς, για ένζυμα, για αντισώματα, για δομικά στοιχεία του κυττάρου ή του εξωκυττάρου χώρου. Η ακύρωση της έκφρασης φυσιολογικών γονιδίων με τη μεθυλίωση του DNA, η δράση των microRNA στη γενετική πληροφορία πριν από τα ριβοσωμάτια, αλλά και η αναδίπλωση των πρωτεϊνών μετά από αυτά δεν είναι πια αόριστες ιδέες. Ήδη εμφανίζονται σοβαρές τεκμηριωμένες εργασίες επιγενετικών μηχανισμών για τον καρκίνο του πεπτικού, για τις φλεγμονώδεις νόσους, για την κοιλιοκάκη και για πολλές άλλες παθήσεις. Η επιγενετική επιφορτίζεται να εξηγήσει το υπόλοιπο 95% των σποραδικών καρκίνων παχέος εντέρου που δεν μπορεί να εξηγήσει η γενετική. Επιφορτίζεται να αποκαλύψει τους παθογενετικούς μηχανισμούς των IΦNE και να ενσωματώσει στη γνώση μας τη συμβολή των γνωστών σχετιζόμενων γονιδίων.

Υπάρχουν όμως τόσες καριέρες που χτίστηκαν πάνω στην παραδοσιακή γενετική, υπάρχουν τόσα κεφάλαια και εταιρείες που επένδυσαν στις δυνατότητες από την αποκωδικοποίηση του DNA, ώστε σήμερα δυσκολεύονται να αποδεχτούν ευχάριστα τη μεγάλη στροφή.

Είναι χαρακτηριστικό ότι στο πρόσφατο 8^ο συνέδριο της ECCO δεν έγινε καμία αναφορά στους επιγενετικούς μηχανισμούς των φλεγμονωδών παθήσεων! Μόνη εξαίρεση ήταν η πολύ διακριτική παρέμβαση της προεδρεύουσας Siew Ng από το Hong Kong (στην ομιλία Genomics in IBD του S. Schreiber), που απόρησε κατά κάποιον τρόπο για την παντελή μη-αναφορά στο θέμα αυτό. Η επίσημη γαστρεντερολογία φαίνεται ότι ακόμα διστάζει να βάλει την επιγενετική στη συζήτηση.

Πλούσιοι και λιγότερο πλούσιοι.



Μπορεί τα χρήματα να μην εξασφαλίζουν ευτυχία, αλλά **αναμφίβολα εξασφαλίζουν καλύτερη ιατρική περίθαλψη.** Ίσως η ιατρική περίθαλψη να είναι και η πιο κραυγαλέα διαφορά ανάμεσα σε πλούσιους, μέτριους και φτωχούς.

Καλή για τους άλλους;



Μπορεί άραγε η ορθοσιγμοειδοσκόπηση να αποτελεί αποδεκτή μέθοδο πρόληψης καρκίνου παχέος εντέρου το 2013; “Ναι” λένε μερικοί, και επικαλούνται μελέτες που τεκμηριώνουν ότι η εφαρμογή της μείωσε τη θνησιμότητα κατά κάποιο σημαντικό ποσοστό.

Με την ίδια λογική όμως **θα μπορούσε και η μαστογραφία μόνον του αριστερού μαστού να προταθεί σαν μέθοδος πρόληψης του καρκίνου του μαστού**, επειδή θα μείωνε σημαντικά τη θνησιμότητα από καρκίνο μαστού. Θα μπορούσε άραγε ο έλεγχος μόνον του αριστερού πνεύμονα, του αριστερού ημίσεως του δέρματος, του αριστερού λοβού του προστάτη να αποτελούν μεθόδους screening, επειδή θα ανακαλύπταμε αρκετούς καρκίνους και θα διαπιστώναμε μείωση της θνησιμότητας;

Το ερώτημα δεν είναι αν είναι χρήσιμη η ορθοσιγμοειδοσκόπηση ή αν ανιχνεύει καρκίνους. Κανείς δεν αμφισβητεί ότι ανιχνεύει το 66% των προχωρημένων καρκίνων σε άνδρες και το 35% των προχωρημένων καρκίνων σε γυναίκες (Uptodate 2013). Τι γίνεται με τους υπόλοιπους καρκίνους όμως; Το ερώτημα δεν είναι “ποια μέθοδος προτείνεται για την πρόληψη του καρκίνου του ορθοσιγμοειδούς”. Το ερώτημα είναι **“ποια μέθοδος προτείνεται για την πρόληψη του**



Για τον λόγο αυτό **δεν πρέπει κανείς να ταιγκου-νεύεται προκειμένου να έχει μια καλή ασφάλεια ζωής**, εφόσον φυσικά το αντέχει. Η επισήμανση γίνεται γιατί τον τελευταίο καιρό όλο και συχνότερα συναντάμε ανθρώπους που με ευκολία επιλέγουν σαν μια από τις πρώτες προτεραιότητες να διακόψουν ή να κουτσουρέψουν την ασφάλεια ζωής τους, στην προσπάθεια να περιορίσουν τα έξοδά τους.

καρκίνου του παχέος εντέρου” και η απάντηση είναι “η κολονοσκόπηση”. Για την ακρίβεια, η απάντηση είναι η πλήρης κολονοσκόπηση υπό καλές συνθήκες και από κατάλληλα εκπαιδευμένο ενδοσκόπο.

Θα μου πείτε, γιατί ασχολείσαι με αυτό; Κανένας στη σημερινή Ελλάδα δεν πιστεύει στην οδηγία αυτή, κανένας δεν την εφαρμόζει, κανένας δεν θα την εφαρμόσει και κανένας δεν θα ήθελε – συμπεριλαμβανομένων μάλλον και αυτών που την εισηγούνται – να ελεγχθεί προληπτικά για καρκίνο παχέος εντέρου μόνον με ορθοσιγμοειδοσκόπηση. **Είναι κατά κάποιο τρόπο μια οδηγία... καλή για τους άλλους!**

Για αυτούς τους λόγους οφείλουμε να αναρωτηθούμε αν θα πρέπει η ορθοσιγμοειδοσκόπηση να περιλαμβάνεται στις νέες, **πολύ καλοδεχούμενες κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΓΕ για την “Πρόληψη καρκίνου παχέος εντέρου” που εκδόθηκαν πρόσφατα.** Στον πρόλογο των οδηγιών σημειώνεται σαν σχόλιο ότι είναι προτιμότερη η πλήρης κολονοσκόπηση, αλλά στο κυρίως κείμενο η ορθοσιγμοειδοσκόπηση προτείνεται επίσημα σαν δόκιμη μέθοδος πρόληψης, μόνη ή σε συνδυασμό με FOBt. Οι λόγοι για τους οποίους εισηγούνται οι ξένες εταιρείες την ορθοσιγμοειδοσκόπηση είναι καθαρά οικονομικοί. Οι λόγοι αυτοί δεν υπάρχουν στην Ελλάδα, αφού η κολονοσκόπηση κοστίζει απίστευτα λιγότερο.



Εξωσκοπήσεις

Για όσους δεν καταλαβαίνουν (από πρόληψη).



Είναι γνωστό ότι ένα δείγμα FOBT ανακαλύπτει μόνον 30% των καρκίνων του παχέος εντέρου και έναν πολύ μικρό αριθμό πολυπόδων. Είναι γνωστό ότι σε Αμερικάνικα προγράμματα χρήσης επαναλαμβανόμενων FOBT **η συμμόρφωση σε μια περίοδο πενταετίας ήταν μόνον 14%** (Am J Gastroenterol. 2011;106(6):1125). Η American College of Gastroenterology πολύ λογικά έχει καταλήξει να την προτείνει μόνον “as the preferred screening/detection test for patients who decline cancer prevention tests”.

Ας κάνουμε τις πράξεις λοιπόν!



Πόσο χρήσιμη είναι μια εξέταση με 2% ψευδώς θετικά, όταν εφαρμόζεται σε μεγάλο πληθυσμό;

Ας κάνουμε τους υπολογισμούς μας για μια νόσο με συχνότητα 500 ατόμων σε ένα πληθυσμό 100.000 κατοίκων. Αν χρησιμοποιήσουμε μια εξαιρετικά ειδική εξέταση, που ανακαλύπτει το 100% των πασχόντων, η οποία παράλληλα είναι και εξαιρετικά ευαίσθητη ώστε να έχει μόνον 2% ψευδώς θετικά, τότε παίρνουμε τα εξής αποτελέσματα:

2% ψευδώς θετικοί = 2000
Αληθώς θετικοί = 500
Σύνολο θετικών = 2500

Από τους 2500 θετικούς όμως **μόνον ένας στους πέντε είναι αληθώς θετικός. Είναι άραγε μια χρήσιμη εξέταση; Προφανώς όχι, όταν εφαρμόζεται σαν screening test σε**

Υπάρχει όμως και **το πολύ ουσιαστικό ζήτημα του αν οφείλουμε να ψάχνουμε για προκαρκινικές καταστάσεις (πολύποδες)** ή αν είναι ηθικά αποδεκτό να περιμένουμε να εξελίσσονται αυτές σε προχωρημένο καρκίνο πρώτα, προκειμένου να διαγνωσθούν με μεθόδους χαμηλής ευαισθησίας όπως η FOBT.

Υπάρχει τέλος το σοβαρό πρόβλημα με τις πολλές ψευδώς θετικές απαντήσεις της FOBT.

ολόκληρο τον πληθυσμό. Για τον λόγο αυτό άλλωστε δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται και οι καρκινικοί δείκτες τύπου CA19-9 για screening, αφού δίνουν πολλά ψευδώς θετικά αποτελέσματα, πράγμα που οδηγεί στο να γίνουν πολλές άσκοπες εξετάσεις και άχρηστα έξοδα. Η επίσημη σύσταση για τη χρήση του CA 19-9 είναι μόνον για παρακολούθηση υποτροπής γνωστού καρκίνου παγκρέατος.

Καταλαβαίνει λοιπόν κανείς τι συμβαίνει όταν χρησιμοποιεί μια εξέταση όπως η FOBT που έχει πολύ περισσότερα από 2% ψευδώς θετικά, ενώ παράλληλα δεν έχει ευαισθησία 100% όπως το παράδειγμα, αλλά 30% ή 65% (αν γίνει τρεις φορές) και η συμμόρφωση είναι πολύ χαμηλή στη διάρκεια των χρόνων. Είναι άραγε χρήσιμη; Είναι αλήθεια ότι η εφαρμογή της εξέτασης σε ηλικίες άνω των 50 ετών, μειώνει τον αριθμό των συνολικών εξετάσεων που πραγματοποιούνται, οπότε και τα ψευδώς θετικά είναι λιγότερα. Αλλά



Εξωσκοπήσεις

ας το σκεφτούμε λίγο ... είναι λογική αυτή; **Αρκετοί όχι άδικα θεωρούν ότι τα θετικά αποτελέσματα της FOBT οφείλονται στο ότι ωθεί με-**

γάλο αριθμό ατόμων με ψευδώς θετικά αποτελέσματα σε κολονοσκόπηση, όπου και ανιχνεύονται πολύποδες.

Στο Υπουργείο νομίζουν ότι... πάμε καλά!



Δεν μπορεί να μην αναγνωρίσει κανείς ότι υπάρχει λογική στην ενοποίηση των ταμείων, στην εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, στη μείωση των δαπανών για την υγεία, στον έλεγχο των φαρμάκων και στις περισσότερες κατευθυντήριες οδηγίες που διέπουν την πολιτική υγείας.

Αυτό που δεν είναι κατανοητό είναι γιατί πρέπει να εφαρμόζονται τα μέτρα με τέτοια προχειρότητα και ερασιτεχνισμό. Είναι άραγε μέρος του σχεδίου να προκαλούν οργή και αγανάκτηση στους ιατρούς και στους ασθενείς ή απλώς δεν ξέρουν να κάνουν τη δουλειά καλύτερα;

Χαρακτηριστικό είναι το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που καταρρέει κάθε 1-2 βδομάδες. Όχι μόνον καταρρέει, αλλά αλλάζει κάθε ένα δύο μήνες, αφήνει ανοικτές πόρτες για απάτες –τις επισημίναμε από τη στήλη αυτή από την πρώτη μέρα που εφαρμόστηκε – και είναι σχεδιασμένο για να σπαταλά πολύτιμο ιατρικό χρόνο. **Οι προγραμματιστές που το επιμελούνται και όσοι τους συμβουλευούν αδυνατούν να φτιάξουν ένα στοιχειωδώς αξιόπιστο σύστημα.** Πιθανότατα είναι ανεπαρκώς καταρτισμένοι για να αναλάβουν ένα τέτοιο έργο. **Όμως το Υπουργείο δεν ήξερε ότι τα ζητήματα αυτά έχουν λυθεί προ πολλού στον Δυτικό κόσμο;** Ότι μπορούσαμε να ρωτήσουμε τους εταίρους μας στην ΕΕ

πώς γίνεται η δουλειά, όπως κάνουμε για τόσα άλλα; Πάρτε τα πανάκριβα-χωρίς-λόγο brand γενόσημα και τα παιχνίδια που παίζονται με αυτά – έχουμε επανειλημμένα επισημάνει συγκεκριμένες ανωμαλίες όπως πχ με το Praz-up – ή την απίστευτη απογύμνωση των νοσοκομείων από ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό, πράγμα που υπονομεύει τη δυνατότητα λειτουργίας τους. Τι μας λένε όλα αυτά; **Ότι οι άνθρωποι στο Υπουργείο επέλεξαν να περιορίσουν τις δαπάνες με τον εύκολο τρόπο: Καταργώντας υπηρεσίες υγείας. Αυτό είναι ανησυχητικό. Το τραγικότερο όμως είναι ότι νομίζουν ότι πάμε καλά !**

Από τις μέχρι σήμερα πρακτικές δεν φαίνεται να υπάρχει σχέδιο ορθολογικής αναδιοργάνωσης, ώστε να συνεχίσουν να παρέχονται αξιόπιστες υπηρεσίες υγείας αλλά με μικρότερο κόστος. Αυτή δεν φαίνεται να αποτελεί μια εκδοχή για το Υπουργείο, παρότι οι κατευθυντήριες οδηγίες αλλά και η λογική αυτό αναμένουν. **Το Υπουργείο Υγείας δεν δείχνει να αντιλαμβάνεται ότι εκτός από μείωση δαπανών είναι απόλυτα υπεύθυνο για να προσπαζέται την Υγεία των πολιτών.**

Δεν πρόκειται για κτήματα, για δρόμους ή για πολιτιστικές εκδηλώσεις. Πρόκειται για τις ίδιες τις ζωές των πολιτών αυτής της χώρας και αυτό κάνει την υγεία να προηγείται των ομολόγων, των εξοπλισμών και όλων των άλλων χαρακτηρισμένων σαν “άκαμπτων” υποχρεώσεων. Η υγεία είναι η πιο άκαμπτη απ’ όλες τις υποχρεώσεις του κράτους.

Ορλάντο θα πάτε;

 **DDW2013**
Digestive Disease Week
May 18 - 19, 2013 • Orlando, FL
Exhibit Dates: May 19 - 21, 2013



Στο Ορλάντο θα φιλοξενηθεί φέτος η ετήσια Εβδομάδα Νόσων του Πεπτικού 18-21 Μαΐου. Η πέμπτη μεγαλύτερη πόλη της πολιτείας της Φλόριντα είναι γνωστή παγκοσμίως για τα μεγάλα πάρκα αναψυχής που ίδρυσε εκεί ο Walt Disney μόλις το 1971. Πρόκειται για ένα θέρετρο που, αν και δεν είναι παραθαλάσσιο όπως τα υπόλοιπα της πολιτείας, προσελκύει ευρύτατο κοινό, από οικογένειες με παιδιά και μεγάλες παρέες νέων μέχρι ζευγάρια για ρομαντικό σαββατοκύριακο...

Η πόλη που στην αρχή λεγόταν Jernigan από τον πρώτο κτηνοτρόφο που εγκαταστάθηκε στην περιοχή, μετονομάστηκε αργότερα, μετά τα χρόνια του εμφυλίου, σε Orlando. Ο μύθος θέλει ο Orlando Reeves να είναι ένας στρατιώτης φύλακας της περιοχής στον πόλεμο με τους Seminoles. Η Φλόριντα ήταν παλαιότερα η πλέον αραιοκατοικημένη των ΗΠΑ, αλλά τα τελευταία πενήντα χρόνια ο κορμός της ανάπτυξής της, ο τουρισμός, μετέτρεψε την «ανθισμένη» πολιτεία στην όγδοη πιο πυκνοκατοικημένη πολιτεία της Αμερικής και δεύτερη του Νότου. Το κλίμα της περιοχής πλησιάζει το τροπικό και χωρίζεται ουσιαστικά σε δύο εποχές. Η μια είναι ζεστή και βροχερή και διαρκεί από το Μάιο έως τα τέλη Σεπτεμβρίου και η άλλη είναι ξηρή και κατά τι δροσερότερη με διάρκεια από τον Οκτώβριο έως τον Απρίλιο. Αν και οι τυφώνες του Ατλαντικού και του κόλπου του Μεξικό εξασθενούν μέχρι να φτάσουν στην ενδοχώρα της χερσονήσου,

το Ορλάντο αποτελεί υψηλής επικινδυνότητας αστική περιοχή και συχνά έχει πληγεί από καταστροφικούς τυφώνες. Ο συνδυασμός της ποιότητας του εδάφους και των καιρικών συνθηκών συχνά δημιουργεί φαινόμενα υποχώρησης του εδάφους που αφήνουν μεγάλες τρύπες (sinkholes). Το πιο πρόσφατο τέτοιο φαινόμενο, μόλις το 1981 δημιούργησε έναν κρατήρα διαμέτρου 100μ με 27μ βάθος...! Η λίμνη Έολα που βρίσκεται στο κέντρο του Ορλάντο έχει προκύψει κατά τον ίδιο τρόπο. Γύρω από αυτή αναπτύχθηκε η πόλη στη συνέχεια και το σιντριβάνι της λίμνης, με τα πολλά χρώματα τη νύχτα, αποτελεί σύμβολο. Βάρκες σε σχήμα κύκνου σας εξασφαλίζουν μια γαλήνια βαρκάδα και μην ξεχνήστε βρίσκεστε Orlando downtown!

Αν αναζητήσετε μουσεία οι επιλογές είναι πολλές όπως το Charles Hosmer Morse Museum of American Art, το The Orlando Museum of Art, το The Orlando Science Center, το International Trolley and Train Museum και το Ripley's



Believe It or Not! Orlando Odditorium. Αξίζει τον κόπο να επισκεφθείτε στο Μουσείο Morse τις συλλογές του Louis Comfort Tiffany, γιού του ιδρυτή του γνωστού κοσμηματοπωλείου. Κοσμήματα, κρύσταλλα και πορσελάνες υψηλής αισθητικής και μοναδικής τεχνοτροπίας σας περιμένουν να τα θαυμάσετε. Ο Tiffany δημιούργησε για τις ανάγκες της παγκόσμιας έκθεσης του Σικάγο το 1893 ένα παρεκκλήσιο που κοσμούσε το περίπτερο της Tiffany & Co. Το πολυβραβευμένο αυτό έργο, μετά από μετακίνηση πολλών ετών εκτίθεται επίσης στο μουσείο Morse.

Το Επιστημονικό Κέντρο του Ορλάντο προσελκύει όσους έχουν αστρονομικές αναζητήσεις με διαδραστικές εκθέσεις σχετικές με το διάστημα. Οι επισκέπτες μπορούν επίσης να απολαύσουν εικόνες που φτάνουν κατευθείαν από το τηλεσκόπιο Hubble Space και να χρησιμοποιήσουν ένα σχεδιασμένο από την NASA software πρόγραμμα για να βρουν ακριβώς ποια αστέρια και αστερισμοί είναι ορατά σε διαφορετικές στιγμές μέσα στο χρόνο. Υπάρχει ακόμα η ευκαιρία να κάνετε test-drive ενός διαστημικού rover επάνω σε τεχνητό έδαφος του Άρη. Απλώς προσέξτε να μην πατήσετε τίποτα εξωγήινους...

Θαυμάστε τα υπέροχα χρώματα των λουλουδιών και των φυτών που βρίσκονται στους κήπους και τα πάρκα του Ορλάντο, όπως το Arboretum, University of Central Florida, που έχει πάνω από 600 είδη φυτών, το



Harry P. Leu Gardens, που έχει και λίμνες, αλλά και το μεγαλύτερο κήπο με τριαντάφυλλα της Φλόριντα, το Historic Bok Sanctuary, που περιέχει μεγάλη γκάμα εξωτικών φυτών, δέντρων και πολλά άγρια πουλιά και το World of Orchids που περιέχει 1000 ορχιδέες μέσα σε μια φυσική ζούγκλα με καταρράκτες και παπαγάλους. Ακόμα κι να πιστεύετε ότι δεν υπάρχει τίποτα να σας κινήσει το ενδιαφέρον σε ένα θεματικό πάρκο, μην παραλείψετε να επισκεφθείτε το πρώτο Disney Resort που ιδρύθηκε παγκοσμίως. Τα Walt Disney World Resort, Universal Orlando Resort και Sea World Orlando, αποτελούν τη ραχοκοκαλιά του τουρισμού στην περιοχή. Η αλματώδης ανάπτυξη της πόλης τη δεκαετία του 1980 οφείλεται στην παρουσία αυτών των πάρκων. Μόνο το 2004 το Ορλάντο δέχτηκε πάνω από 48 εκατομμύρια επισκέπτες. Σημαντικός για την οικονομία της χώρας είναι και ο συνεδριακός τουρισμός. Το Orange County Convention Center που φιλοξενεί και το DDW είναι το δεύτερο μεγαλύτερο συνεδριακό κέντρο τη Αμερικής μετά το McCormic Place του Σικάγο.

Στο Ορλάντο, οι πιο εξεζητημένες σας επιθυμίες μπορεί να γίνουν πραγματικότητα. Η τουριστική βιομηχανία εκτός από τα θεματικά πάρκα του Disney έχει φροντίσει να καλύψει και τα πιο τρελά όνειρα. Έτσι για παράδειγμα μπορείτε να γίνετε κυνηγοί φαντασμάτων στο American Ghost Adventures, να πετάξετε με αερόπλοιο, να ζήσετε στην άγρια φύση σε σαφάρι, να πετάξετε σε εσωτερικό χώρο χωρίς να πηδήξετε από αεροπλάνο, να οδηγήσετε off road τετράτροχα σε προκλητικές διαδρομές. Ζωντανή μουσική, θέατρα, εξειδικευμένα show καλύπτουν όλες τις απαιτήσεις ενός τουρίστα στη διασκέδαση. Από ένα κλασσικό αμερικάνικο θέρετρο δεν θα μπορούσαν να λείπουν εξαιρετικά γήπεδα γκολφ και τένις, ενώ για τους λάτρεις του μπάσκετ να σημειωθεί ότι η ομάδα Orlando Magic παίζει στο NBA.

Σε ένα βίντεο που προβάλλεται στην ιστοσελίδα του συνεδρίου για την πόλη του Ορλάντο μία πρόταση τα λέει όλα... «Μπορείτε να τα ζήσετε όλα!».



CLINICAL FELLOWSHIPS IN HEPATOLOGY

Applications are invited for two new positions within the Institute of Hepatology, Foundation for Liver Research and the Liver Centre of The London Clinic. These joint appointments will allow three days each week to be spent carrying out clinical work and three days on research studies within the Institute of Hepatology. It is anticipated that the two appointees, along with a surgical clinical fellow, would provide registrar level support for the consultant physicians and surgeons with Hepatology interests at The London Clinic. The comprehensive Liver Service, which includes dedicated liver beds, ITU facilities and the full range of investigatory and radiological services, is linked with King's College Hospital in a liver transplant programme.

On the research side, the Institute has major studies in primary hepatocellular carcinoma, viral hepatitis, fatty liver disease, liver fibrosis and alcoholic liver injury and the projects would be carried out under the supervision of Principal Investigators with particular expertise in cell biology, immunology and gene transfer techniques.

The positions would be most suited to medical graduates wishing to gain clinical experience in this specialty as well as working towards a higher degree. Advanced training in general medicine is essential and some experience in Gastroenterology/Hepatology would be an advantage. We would particularly welcome candidates from the European Union as the longer term aim of this programme is to establish clinical and research links throughout the European Union.

Appointments are for two years in the first instance with an annual appraisal. Salary and conditions of service are as for NHS specialist registrars.

For further information and arrangements for visiting please contact the office of Professor Roger Williams, CBE on 00 ++ 207 2559832 or email: r.williams@researchinliver.org.uk

The Institute of Hepatology, Foundation for Liver Research

www.liver-research.org.uk

RCN 1134579



Καλλιτεχνικά & άλλα

Νικολέττα Μάθου

Πινακοθήκη Χατζηκυριάκου-Γκίκα, Μουσείο Μπενάκη



Σπίτια της Αθήνας, 1927 - 1928

Το κτήριο της οδού Κριεζώτου 3, στο κέντρο της Αθήνας, ανήκε στον αείμνηστο ζωγράφο Νίκο Χατζηκυ-

ριάκου-Γκίκα και περιήλθε στο Μουσείο Μπενάκη από δωρεά του καλλιτέχνη ενόσω αυτός ακόμη ζούσε.

Το αρχικό κτήριο – ισόγειο και πέντε όροφοι – κτίστηκε γύρω στο 1932 από τον αρχιτέκτο-

ναί, Κωνσταντίνο Κιτσίκη και αποτελεί τυπικό δείγμα αρχιτεκτονικής πολυκατοικίας του Μεσοπολέμου.

Στα μέσα της δεκαετίας του '50, ο Νίκος Χατζηκυριάκος-Γκίκας αποφάσισε να κατοικήσει μόνιμα στο κτήριο αυτό και γι'αυτό πρόσθεσε έναν επιπλέον όροφο, τη διαμόρφωση του οποίου επιμελήθηκε ο ίδιος με τη βοήθεια των μαθητών του στην Αρχιτεκτονική Σχολή του Πολυτεχνείου, Αντώνη Κιτσίκη και Αλέξανδρου Παπαγεωργίου. Ήταν φυσικό από την εποχή εκείνη το σπίτι αυτό να προκαλέσει έντονο ενδιαφέρον και να γίνει



Βραδυνές αναπολήσεις, 1959

πόλος έλξης τόσο στους αρχιτεκτονικούς όσο και στους καλλιτεχνικούς κύκλους.

Στο ευρύχωρο και φωτεινό δώμα του έκτου ορόφου εγκαταστήθηκε το εργαστήριο και η βιβλιοθήκη του, ενώ ο πέμπτος όροφος του κτηρίου χρησιμοποιήθηκε για κατοικία. Στο κτήριο αυτό, που φαντάζει περίεργα αποκομμένο από τη βουή του κέντρου της Αθήνας, έζησε και δημιούργησε ο Χατζηκυριάκος-Γκίκας επί σαράντα χρόνια ως το θάνατό του, το Σεπτέμβριο του 1994. Οι χώροι αυτοί διατηρούνται μέχρι σήμερα όπως τους είχε ο ίδιος οργανώσει και διακοσμήσει.

Η Πινακοθήκη Ν. Χατζηκυριάκου-Γκίκα άρχισε να λειτουργεί για πρώτη φορά το 1991 καταλαμβάνοντας ένα τμήμα (150 τ.μ.) του τέταρτου ορόφου. Η μόνιμη έκθε-

ση είχε σχεδιαστεί από τον ίδιο τον καλλιτέχνη, ενώ στο χώρο της Πινακοθήκης διοργανώνονταν κατά καιρούς μικρές θεματικές εκθέσεις από το έργο του, όπως εκθέσεις σχεδίων, μικρογλυπτικής, έργων με θέματα από την αρχαία ελληνική τέχνη κ.ά., με στόχο να παρουσιάζεται σταδιακά το υλικό που δεν περιλαμβάνονταν στη μόνιμη έκθεση.

Ο αρχιτέκτονας Παύλος Καλλιγάς ανέλαβε τη μελέτη για τη συντήρηση και την ανάπλαση των χώρων του κτηρίου και έτσι λόγω των εργασιών η Πινακοθήκη παρέμεινε κλειστή από το 2005. Το Μάιο του 2012 το κτήριο αποδόθηκε τελικά στο κοινό από το Μουσείο Μπενάκη.

Το κτήριο σήμερα παρουσιάζει ως μόνιμα εκθέματα την κατοικία, το εργαστήριο του καλλιτέχνη και την πινακοθή-

Καλλιτεχνικά & άλλα

κη των έργων του, ενώ οι υπόλοιποι ελεύθεροι χώροι συγκεντρώνουν, αναδεικνύοντας εντυπωσιακά, όλη την πνευματική και καλλιτεχνική δημιουργία της νεότερης Ελλάδας, από το τέλος του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου και τη Μικρασιατική καταστροφή έως τις παραμονές της Δικτατορίας του 1967. Είναι στο κλίμα της περιόδου αυτής που ο Ν. Χατζηκυριάκος-Γκίκας έζησε και διαμόρφωσε τις καλλιτεχνικές του αντιλήψεις. Η καλλιτεχνική δημιουργία (ζωγραφική, γλυπτική, χαρακτική, μουσική, θέατρο, κινηματογράφος, φωτογραφία) συναντά την αρχιτεκτονική, την τέχνη του λόγου (πεζογραφία, ποίηση, φιλολογία, κριτική), αλλά και τον ιστορικό και φιλοσοφικό στοχασμό. Μέσα από έργα τέχνης, χειρόγραφα,

εκδόσεις, φωτογραφίες και προσωπικά αντικείμενα διακοσίων ενός καλλιτεχνών και πνευματικών ανθρώπων επιτυγχάνεται η συμμετοχή σε ένα συναρπαστικό ταξίδι στον κόσμο των ιδεών στην Ελλάδα του εικοστού αιώνα. Το εκτιθέμενο υλικό αποτυπώνει εύγλωττα τις ανησυχίες, τις αγωνίες και τα επιτεύγματα των ελλήνων δημιουργών, αναδεικνύοντας τις μεταξύ τους σχέσεις, αλλά κυρίως τον διάλογό τους με τους αντίστοιχους προβληματισμούς στον υπόλοιπο ευρωπαϊκό χώρο.

Σε δύο ορόφους, οι οποίοι διατηρήθηκαν στην αρχική τους μορφή, παρουσιάζεται ο προσωπικό κόσμος του καλλιτέχνη: το εντυπωσιακό σαλόνι, το καθιστικό, το



Σύνθεση με ρυθμικά αντικείμενα, 1935



Στο Λαϊμό της Βουλιγαμένης, 1948



Ύδρα με χαρταετούς, 1980



Αθηναϊκό μπαλκόνι, 1955

γραφείο του πατέρα του με τα οικογενειακά πορτραίτα και κειμήλια, την τραπεζαρία και φυσικά το ατελιέ του καλλιτέχνη, έναν ιδιαίτερα ατμοσφαιρικό και επιβλητικό χώρο, όπου τα καβαλέτα και τα σύνεργα ζωγραφικής συνυπάρχουν με παλιά έπιπλα και αντικείμενα από τα ταξίδια του.

Σημαντικό τμήμα της Πινακοθήκης, τέλος, αποτελεί η Βιβλιοθήκη, με σπάνιες εικονογραφημένες εκδόσεις και πάνω από 7.000 τόμους σχετικούς κυρίως με την Ιστορία της Τέχνης, καθώς και το Φωτογραφικό αρχείο του καλλιτέχνη.

Σίγουρα το κτήριο της Κριεζώτου 3 είναι ένα μέρος που θα εντυπωσιάσει και τον πιο απαιτητικό επισκέπτη, γιατί εκτός της επαφής με όλη τη πνευματική κληρονομία της νεότερης Ελλάδας μέσα από το κύλισμα του χρόνου και τη γνωριμία με τη ζωή και τη δημιουργία ενός μεγάλου έλληνα κοσμοπολίτη καλλιτέχνη του 20ου αιώνα, κάθε γωνιά του κτηρίου, που απετέλεσε τόπο συγκομιδής ιδεών, εντυπώσεων, αναζητήσεων και ανησυχιών, μαγεύει και ταξιδεύει νοερά όσους το επισκέπτονται.

Οι ώρες λειτουργίας του Μουσείου είναι Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή, Σάββατο και Κυριακή από τις 10:00 έως τις 18:00.

Το εξώφυλλο από μέσα



Το τετράγωνο και ο κύκλος είναι δυο πολύ ενδιαφέροντα γεωμετρικά σχήματα που δεν χωράει όμως το ένα στο άλλο.

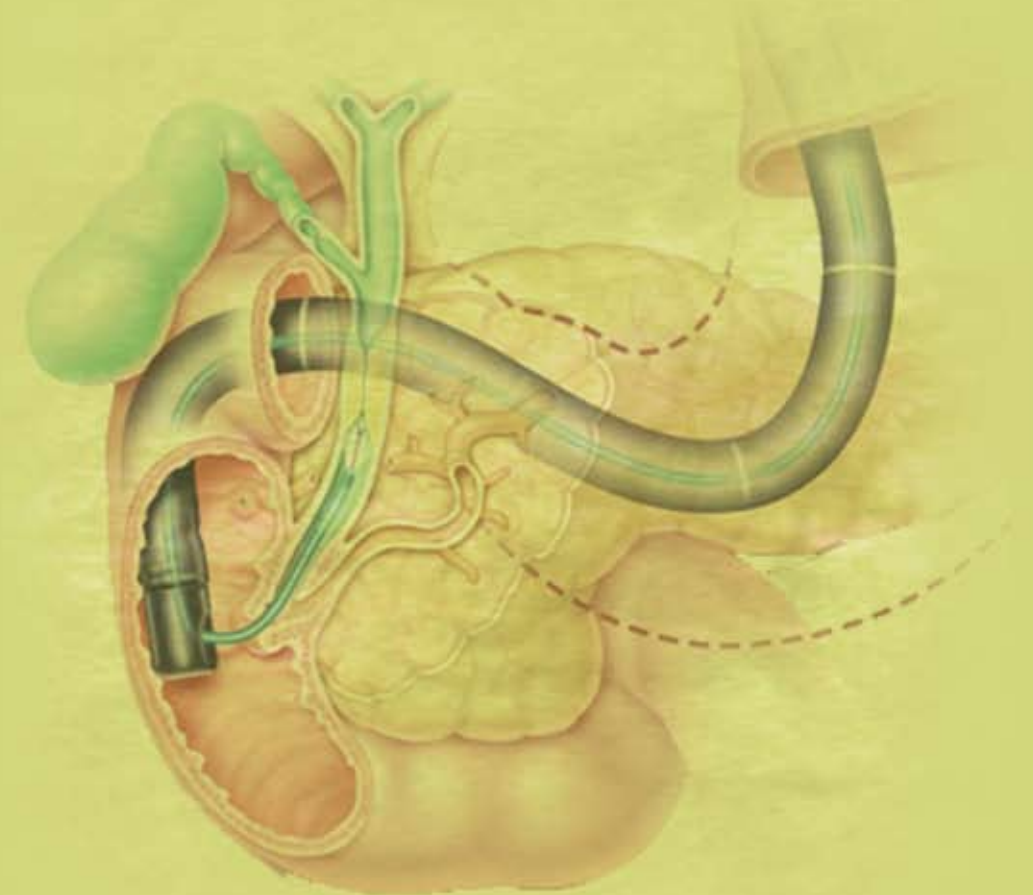
Έχετε μήπως αναρωτηθεί γιατί τα πλήκτρα των υπολογιστών είναι τετράγωνα ενώ των παλαιών γραφομηχανών (υπάρχουν ακόμη), είναι στρογγυλά;

Από ότι φαίνεται, η εποχή μας έχει περάσει από καιρό στην λογική του τετράγωνου με οτιδήποτε αυτό συνεπάγεται.

Αν δε συμφωνείτε, έχετε επιλογή... Κάντε κλικ στο esc και βγείτε.

Μίλτος Σκούρας

ΘΑ ΚΑΝΕΤΕ ERCP ;



ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟ ΣΑΣ



www.epege.gr

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

Από ασθενείς σε
υποτροπή και 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 ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ Mezavant 1200 mg, γαστροανθεκτικά δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ** Κάθε δισκίο περιέχει 1200 mg μεσαλαζίνη (mesalazine). **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ** Γαστροανθεκτικά δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης. Καστανοκόκκινο, ελλειψοειδές, επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο, που φέρει χαραγή στη μία όψη με την ένδειξη S476. **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ** **Θεραπευτικές ενδείξεις** Για την επαγωγή κλινικής και ενδοσκοπικής ύφεσης σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια, ενεργή ελκώδη κολίτιδα. Για τη διατήρηση της ύφεσης. **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 σπανίως σοβαρές δυσκρασίες του αίματος μετά από θεραπεία με μεσαλαζίνη. Εάν ο ασθενής παρουσιάσει ανεξήγητη αιμορραγία, μώλωπες, πορφύρα, αναιμία, πυρετό ή κνίδα, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν αιματολογικές εξετάσεις. Εάν υπάρχει υποψία δυσκρασίας αίματος, η θεραπεία θα πρέπει να τερματιστεί. (Βλέπε παράγραφο 4.8). Προκαλούμενες από τη μεσαλαζίνη καρδιακές αντιδράσεις υπερευαισθησίας (μυοκαρδίτιδα και περικαρδίτιδα) έχουν αναφερθεί σπάνια με Mezavant και με άλλα παρασκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη. Θα πρέπει να δοθεί προσοχή στη συνταγογράφηση αυτού του φαρμάκου σε ασθενείς με προδιάθεση ανάπτυξης μυοκαρδίτιδας ή περικαρδίτιδας. Εάν υπάρχει υποψία για αντίδραση υπερευαισθησίας αυτής της μορφής, δεν πρέπει να δοθούν ξανά σκευάσματα που περιέχουν μεσαλαζίνη. Η μεσαλαζίνη έχει συσχετιστεί με ένα σύνδρομο οξείας δυσανεξίας που μπορεί να είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί από αναζωπύρωση της φλεγμονώδους ασθένειας των εντέρων. Αν και η ακριβής συχνότητα εμφάνισης δεν έχει καθοριστεί, έχει παρουσιαστεί στο 3% των ασθενών σε ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές με μεσαλαζίνη ή σουλφασαλαζίνη (sulfasalazine). Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κράμπες, οξύ κοιλιακό πόνο και αιμορραγική διάρροια, κάποιες φορές πυρετό, κεφαλαλγία και εξάνθημα. Εάν υπάρχει υποψία συνδρόμου οξείας δυσανεξίας, απαιτείται άμεση διακοπή της θεραπείας και δεν πρέπει να δοθούν 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** Οι τρεις πιο συχνά αναφερθείσες ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκου στη συγκεντρωτική ανάλυση ασφαλείας των κλινικών μελετών ασθενών με ελκώδη

κολίτιδα ήταν κεφαλαλγία, κοιλιακός πόνος και ναυτία. Δεν αναφέρθηκε καμία μεμονωμένη ανεπιθύμητη ενέργεια φαρμάκου σε συχνότητα υψηλότερη από 10%. Άλλα συμβάντα που αναφέρθηκαν με το Mezavant ήταν λιγότερο συχνά και τα περισσότερα παρουσιάζονται παρακάτω: **Ανεπιθύμητες Ενέργειες Φαρμάκου (ADRs) Σχετιζόμενες με το Mezavant** **Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος** Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) θρομβοκυτταροπενία Μη γνωστές Ακοκκιοκυτταραιμία*, Απλαστική αναιμία*, Λευκοπενία*, Ουδετεροπενία*, Παγκυτταροπενία* **Διαταραχές του νευρικού συστήματος** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Κεφαλαλγία Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Ζάλη, Ύπνηλη, Τρόμος Μη γνωστές Νευροπάθεια* **Διαταραχές του ωτός και λαβυρίνθου** Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Ούλιγία **Καρδιακές διαταραχές** Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Ταχυκαρδία Μη γνωστές Μυοκαρδίτιδα*, Περικαρδίτιδα* **Αγγειακές διαταραχές** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Υπέρταση Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) **Υπόταση** **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου** Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Φαρυγγολαρυγγικός πόνος Μη γνωστές Πνευμονίτιδα, Εξ υπερευαισθησίας (συμπεριλαμβανομένης διάμεσης πνευμονίας, αλλεργικής κυψελίτιδας, ρωσινωφιλικής πνευμονίας)* Βρογχόσπασμος* **Διαταραχές του γαστρεντερικού** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Διάρροια της κοιλίας Κοιλιακό άλγος, Διάρροια, Δυσπεψία, Έμετος, Μετεωριόμο, Ναυτία Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Κολίτιδα, Παγκρεατίτιδα, Πολύποδες του ορθού **Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Δοκμασίες ηπατικής λειτουργίας μη φυσιολογικές (π.χ. ALT, AST, χολερυθρίνη) Μη γνωστές Ηπατίτιδα*, Χοληλιθίαση* **Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Κνίδα, Εξάνθημα Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Ακμή, Αλωπεκία, Κνίδωση Μη γνωστές Αγγειοίδημα* **Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Αρθραλγία που σχετίζεται με μυαλγία, Οσφυαλγία Μη γνωστές Σύνδρομο προσομοιάζον με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο* **Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών** Μη γνωστές Διάμεση νεφρίτιδα*, Νεφρωτικό σύνδρομο* **Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Ασθένεια, Πυρετός Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Οίδημα προσώπου, Κόπωση *Υποδεικνύει εμπειρία με το Mezavant που αναφέρθηκε μετά την κυκλοφορία στην αγορά. *Υποδεικνύει ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκου που αναφέρθηκαν γενικά με σκευάσματα μεσαλαζίνης. Θα πρέπει να υπάρχει υποψία φενοτυξικότητας, προκαλούμενης από τη μεσαλαζίνη, σε ασθενείς που εμφανίζουν νεφρική λειτουργία κατά τη διάρκεια της θεραπείας. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** Shire Pharmaceutical Contracts Ltd Hampshire International Business Park Chineham Basingstoke Hampshire RG24 8EP Ηνωμένο Βασίλειο **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** 3039/23-1-2013 **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ** 13-10-2008/23-01-2013 **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ** 23-01-2013 **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:** Με ιατρική συνταγή. **ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ:** MEZAVANT 1200MG/TAB ΒΤΧ60: 79,65€

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

- Αναφέρετε:
- **ΟΛΕΣ** τις ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Νέα φάρμακα Ν
 - Τις **ΣΟΒΑΡΕΣ** ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Γνωστά φάρμακα

Shire

Για περαιτέρω πληροφορίες απευθυνθείτε στη Genesis Pharma

GENESIS
pharma

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