

ενδοσκοπήσεις

Το περιοδικό της Ένωσης Γαστρεντερολόγων (ΕΠ.Ε.Γ.Ε) | Απρίλιος - Μάιος - Ιούνιος 2013 | Τεύχος 28
Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6727531-3, Fax: 210 6727535

ΜΠΛΟΥΜ!

Νέα του ΔΣ - Σεμινάρια
καταστολής Ιωαννίνων

Lobbying: Just do it!

Urban Survivors

Βερολίνο θα πάτε;



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 συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση θεωρείται από κάθε αξιοπρεπές Σύστημα Υγείας απαραίτητη προϋπόθεση για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών του. Οι ιλιγγιώδεις ταχύτητες ανάπτυξης νέων επιστημονικών δεδομένων με στόχο τη διαρκή αναβάθμιση της ιατρικής περίθαλψης καθιστούν τη δια βίου εκπαίδευση των ιατρών επιτακτική και παράλληλα μια επίπονη και δαπανηρή διαδικασία. Τα οργανωμένα συστήματα μεριμνούσαν πάντα τόσο για την ενθάρρυνση και οριοθέτηση της εκπαίδευσης αυτής, όσο και για την καλύψη των δαπανών.

Η κρατική αυτή μέριμνα στην χώρα μας ήταν πάντα ανύπαρκτη και το ρόλο της υποκαθιστούσαν σχεδόν αποκλειστικά οι φαρμακευτικές εταιρείες, οδηγώντας αναπόφευκτα σε παθολογικά μοντέλα εξάρτησης.

Τα προβλήματα έχουν διογκωθεί στα χρόνια της κρίσης, περνώντας από το ένα άκρο στο άλλο, με την εφαρμογή της ισχύουσας, περιοριστικής εγκυκλίου για τα συνέδρια. Ήδη διαφαίνεται ότι εάν το ισχύον θεσμικό πλαίσιο συνεχίσει να υφίσταται με την παρούσα του ανελαστική και αντιεπιστημονική μορφή, θα οδηγήσει σε επιστημονικό μαρασμό. Περιπτώσεις μη έγκρισης αδείας σε Έλληνες ομιλητές σε διεθνή συνέδρια έχουν ήδη ανακύψει, καθιστώντας εμφανές ότι δεν αποτελούν μεμονωμένα περιστατικά, αλλά την απαρχή ενός απειλητικού για τη δημόσια υγεία ζητήματος.

Οι εμπλεκόμενοι φορείς πρέπει άμεσα να αξιολογήσουν όλες τις διαστάσεις του προβλήματος και να διαμορφώσουν αξιοκρατικές, ρεαλιστικές και χρηστικές προτάσεις. Όλα αυτά δεχόμενοι ότι οι σχέσεις ιατρών, ΕΟΦ, κράτους και φαρμακευτικών εταιρειών δε θα πρέπει να διέπονται από εμπάθεια, αλλά από πνεύμα συνεργασίας, σύμπνοιας και ειλικρίνειας εστιάζοντας στο όφελος των ασθενών, στην προώθηση της επιστήμης και στην προβολή της χώρας στα διεθνή επιστημονικά δρώμενα.

Νικολέττα Μάθου



Περιεχόμενα

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



Περιεχόμενα

ΕΙΩΣΚΟΠΗΣΕΙΣ	22
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	26
Βερολίνο θα πάτε;	
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΑ & ΑΛΛΑ	30
Urban Survivors: η ζωή στις παραγκουπόλεις στο... αεροδρόμιο Αθηνών	
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
Μπομπότσι Νάγια
Μπουζάκης Ηλίας
Νικολόπουλος Αντώνης
Σκλάβος Παντελής

Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

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

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

Διευθυντής Δημιουργικού:

Σκούρας Μίλτος

Δημιουργική Επιμέλεια:

Ιωάννα Βαρδαξόγλου

Εικονογραφισι Εξωφύλλου:

Μ.Σ.

Υπεύθυνος Διαφήμισης:

Σκούρας Μίλτος

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

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

Ταυτότητα

Σεμινάρια καταστολής Ιωαννίνων

Το Σάββατο 1/6/13 έγινε το πρώτο σεμινάριο καταστολής και αναλγησίας στην ενδοσκόπηση στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων από τον καθηγητή κ. Παπαδόπουλο και τους συνεργάτες του με τη συμμετοχή 14 γαστρεντερολόγων από όλη την Ελλάδα. Πρόκειται για ένα εντατικότερο σεμινάριο με ολοήμερη διάρκεια που αρχικά περιλάμβανε πρακτική άσκηση σε μικρές ομάδες στο Basic Life Support (BLS), στη χρήση αυτόματου εξωτερικού απινιδωτή, τεχνικές απελευθέρωσης του αεραγωγού, τοποθέτηση λαρυγγικής μάσκας και αξιολόγηση διαταραχών καρδιακού ρυθμού. Ακολούθησε διαδραστική εκπαίδευση με ενεργό συμμετοχή όλων σε διάφορα σενάρια επιπλοκών από την καταστολή, με τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή σε προπλάσματα. Ιδιαίτερα εντυπωσιακή ήταν η εκπαίδευση σε ανθρώπινο εξομοιωτή (πρόπλασμα που μιμείται ανθρώπινες αντιδράσεις). Το σεμινάριο αυτό εγκαινιάζει μια νέα εποχή σεμιναρίων σε μικρές ομάδες που ελπίζουμε ότι θα επαναλαμβάνονται δύο φορές το χρόνο και θα γίνονται ανεξάρτητα από τη διημερίδα της ΕΠΕΓΕ. Ειδικά για φέτος οι ανειλημμένες υποχρεώσεις των στελεχών της Πανεπιστημιακής Αναισθησιολογικής Κλινικής δεν θα επιτρέψουν τη διενέργεια του σεμιναρίου στα πλαίσια της Ηπατολογικής διημερίδας στις 28-29 Σεπτεμβρίου.

Συναντήσεις με ΠΟΣΚΕ

Σε πρόσφατη συνάντηση των μελών της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Σωματείων Κλινικοεργαστηριακών Ειδικοτήτων (ΠΟΣΚΕ) συζητήθηκε κατ' αρχήν το θέμα των ληξιπρόθεσμων οφειλών από τα δημόσια ταμεία που απαρτίζουν τον ΕΟΠΥΥ. Τα οφειλόμενα χρήματα είναι διαθέσιμα, αλλά η έλλειψη των υπαλλήλων που θα ολοκληρώσουν την εκκαθάριση οδηγεί σε αναβολή την άμεση καταβολή τους. Στη συνέχεια η συζήτηση περιστράφηκε αφενός γύρω από το επικείμενο νέο ΦΕΚ για την πρωτοβάθμια περίθαλψη και αφετέρου τις σχεδιαζόμενες Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας. Οι προωθούμενες αλλαγές θα είναι σαρωτικές αν και υπάρχει αβεβαιότητα για την τελική τους υλοποίηση. Σε κάθε περίπτωση, κρίθηκε πολύ σημαντικό οι Επαγγελματικές Ενώσεις να είναι σε εγρήγορση.

Salofalk® Granu-Stix 1000mg



Galenica α.ε.

ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΙΟΝΤΟΣ

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

Ασφάλειες αστικής ευθύνης

Το ΔΣ της Επαγγελματικής Ένωσης, με αφορμή την δυσχερή οικονομική συγκυρία που επηρεάζει αρνητικά επιχειρήσεις και εταιρίες, προβληματίζεται για το μέλλον των ασφαλιστικών εταιριών με τις οποίες έχουν συνάψει τα μέλη της ασφαλιστήρια συμβόλαια επαγγελματικής αστικής ευθύνης. Τα συμβόλαια αυτά διαμορφώθηκαν με ευνοϊκούς οικονομικούς όρους λόγω του μεγάλου αριθμού γαστρεντερολόγων που τα προτίμησαν, και περιέχουν επιπρόσθετα ειδικό όρο για κάλυψη συμβαμάτων από χορήγηση καταστολής.

Λόγω της ρευστότητας της κατάστασης, οι επιλογές που διαφαίνονται είναι η συνέχιση της υπάρχουσας ασφαλιστικής κάλυψης, η επιλογή νέας εταιρίας που προσφέρει τον ίδιο ειδικό όρο με σχετικά μεγαλύτερο ασφάλιστρο ή η επιλογή άλλης εταιρίας που θεωρείται πιο αξιόπιστη.

Στις 25/4 στάλθηκε ηλεκτρονικά επιστολή σε όσους έχουν επιλέξει την προτεινόμενη από την ΕΠΕΓΕ ασφάλεια αστικής ευθύνης προτρέποντάς τους να αντλήσουν περισσότερες πληροφορίες και σε συνεργασία με τον ασφαλιστή τους να αποφασίσουν για το μέλλον της ασφαλιστικής τους κάλυψης.

Συνάντηση με τον ΕΟΠΥΥ

Τη Δευτέρα, 3 Ιουνίου, έγινε συνάντηση του προέδρου του ΕΟΠΥΥ με τον ΙΣΑ και τους προέδρους των επαγγελματικών ενώσεων. Η συνάντηση αυτή είχε σαν κύριο στόχο την άμεση καταβολή των οφειλομένων από τα ταμεία πριν από τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Επιβεβαιώθηκε η συζήτηση που έγινε στη συνάντηση της ΠΟΣΚΕ ότι τα χρήματα έχουν εκταμειευτεί, αλλά η εκκαθάριση τους καθυστερεί για γραφειοκρατικούς λόγους και έλλειψη του κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού. Δόθηκαν υποσχέσεις ότι από την πλευρά του ΕΟΠΥΥ θα καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια. Τέθηκε επίσης το θέμα για την επίσπευση των τρεχουσών πληρωμών των οφειλών του ΕΟΠΥΥ στους συμβεβλημένους, όπως και το να πληρώνονται οι συμβεβλημένοι συνολικά την ίδια χρονική περίοδο και όχι επιλεκτικά κάποιοι νωρίτερα. Δόθηκαν οι σχετικές διαβεβαιώσεις. Το θέμα των νέων συμβάσεων δεν φάνηκε να έχει προτεραιότητα στην παρούσα χρονική συγκυρία. Στη συνάντηση έγινε σαφές ότι καθοριστικό ρόλο παίζει εκτός των άλλων και το τεράστιο πρόβλημα της γραφειοκρατίας.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ 11^η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

Στη μνήμη του Αντώνη Ζερβακάκη



ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ



28-29 Σεπτεμβρίου 2013

Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani-Caravel Αίθουσα Horizon

Γραμματεία:

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

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



Αυτό το προσέξατε;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

A low residue-diet improved patient satisfaction with split-dose oral sulfate solution without impairing colon preparation. B.W. Sipe, M.Fischer, A.R. Baluyut, et al. Gastrointest Endosc 2013;77:932-6.

Η κατανάλωση γεύματος πτωχού σε υπόλλειμμα πριν τη λήψη διαλύματος φωσφορικού νατρίου αυξάνει την ικανοποίηση των εξεταζόμενων δίχως να επηρεάζει τη ποιότητα της καθαριότητας του εντέρου.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί, τη δεύτερη κατά σειρά συχνότητας, αιτία θανάτου από κακοήθεια. Πιθανότατα οι περισσότεροι από αυτούς τους θανάτους θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί εάν η συμμετοχή του γενικού πληθυσμού στα προγράμματα πρόληψης με κολονοσκόπηση ξεπερνούσε τα σημερινά χαμηλά ποσοστά (περίπου 62%). Η προετοιμασία της κολονοσκόπησης (νηστεία και λήψη καθαρτικών) αναφέρεται ως ο σημαντικότερος ανασταλτικός παράγοντας για την εξέταση. Μια αμιγώς υδρική δίαιτα μπορεί να θεωρηθεί αρκετά περιοριστική, μη προσφέροντας ικανό αριθμό θερμίδων. Αντιθέτως, η απελευθέρωση της διατροφής θα μπορούσε να οδηγήσει σε αυξημένη προθυμία του πληθυσμού για υποβολή σε προγράμματα πρόληψης. Τα άτομα που συμμετείχαν στην παραπάνω μελέτη τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα, του χαμηλού υπολλείματος, επιτράπηκε η κατανάλωση, τη παραμονή της ενδοσκόπησης, συγκεκριμένων γευμάτων, ως πρωινό, μεσημεριανό ή σαν σνάκ. 500-1000 θερμίδων το καθένα, που περιελάμβαναν αυγά, λευκό ψωμί, κοτόπουλο ή γαλοπούλα, ζυμαρικά, τυριά, ψητή πατάτα, αλμυρά μπισκότα, γιαούρτι ή ακόμη και μπανάνα. Η δεύτερη ομάδα ακολούθησε τη συνιστώμενη αμιγώς υδρική δίαιτα. Τα άτομα και των δύο ομάδων έλαβαν δύο φιαλίδια, διαλύματος φωσφορικού νατρίου, το ένα το προηγούμενο της κολονοσκόπησης βράδυ και το δεύτερο την ημέρα της εξέτασης, περίπου 4 ώρες πριν τη προγραμματισμένη επίσκεψη. Πριν την ενδοσκόπηση όλοι συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο που αφορούσε την προετοιμασία. Εύλογα, τα άτομα της πρώτης ομάδας ανέφεραν μεγαλύτερη ικανοποίηση με τη προετοιμασία. Εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός πως δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στη καθαριότητα του εντέρου μεταξύ των ατόμων των δύο ομάδων αλλά ούτε και στη σοβαρότητα των παρενεργειών του καθαρτικού.

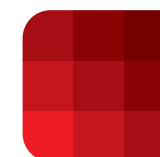
The incidence of oesophageal adenocarcinoma in non-dysplastic oesophagus: a meta-analysis. T.K. Desai, K.Krishnan, N. Samala et al. Gut 2012;61:970-976.

Ποια είναι η πραγματική επίπτωση ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου σε ασθενείς με οισοφάγο του Barrett; Πόσο δικαιολογημένη είναι η συνήθης ενδοσκοπική παρακολούθηση ασθενών με μη δυσπλαστικό OB;

Ο οισοφάγος Barrett (OB) αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη οισοφαγικού αδενοκαρκινώματος, η ετήσια επίπτωση του οποίου, σε ασθενείς με OB, κυμαίνεται περίπου στο 0,5% δηλαδή αφορά έναν ανά διακόσιους ασθενείς με OB ανά έτος. Η εκτίμηση αυτή προκύπτει από μετα-ανάλυση του 2000 ενώ προγενέστερες εκτιμήσεις ανέφεραν ακόμη μεγαλύτερα ποσοστά. Ενδεχομένως αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι πολλές μελέτες που συμπεριελήφθησαν σε προηγούμενες μετα-αναλύσεις, περιελάμβαναν ασθενείς με δυσπλασία που όπως είναι γνωστό αποτελεί ενδιάμεσο στάδιο της ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος. Από τη παρούσα μετα-ανάλυση, η οποία αποτελεί την πρώτη προσπάθεια εκτίμησης της επίπτωσης αδενοκαρκινώματος σε ασθενείς με οισοφάγο του Barrett χωρίς δυσπλασία, αποκλείστηκαν μελέτες ασθενών με δυσπλασία κάθε βαθμού, κατά την αρχική εκτίμηση, αλλά και ασθενών χωρίς τεκμηριωμένη εντερική μεταπλασία. Συνολικά συμπεριελήφθησαν 57 μελέτες που περιελάμβαναν 11434 ασθενείς ή 58547 ασθενείς/έτη παρακολούθησης. Όπως διαπιστώθηκε η ετήσια επίπτωση ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος σε ασθενείς με OB χωρίς δυσπλασία δεν ξεπερνούσε το 0,33% ή διαφορετικά αφορούσε έναν ανά 300 ασθενείς ανά έτος. Τα παραπάνω νούμερα παρότι χαμηλότερα από αυτά άλλων εκτιμήσεων ενδεχομένως να μην αφορούν όλους τους ασθενείς με OB καθώς οι περισσότερες μελέτες της μετα-ανάλυσης περιελάμβαναν ασθενείς με μακρύ OB. Από την μετα-ανάλυση 16 μελετών που περιελάμβαναν ασθενείς με βραχύ OB, η εκτιμώμενη ετήσια επίπτωση ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος βρέθηκε να είναι μόλις 0,19% ή διαφορετικά βρέθηκε να αφορά έναν ανά 500 ασθενείς / έτος. Μια τέτοια χαμηλή επίπτωση, ενδεχομένως να καθιστά τη συνήθη ενδοσκοπική παρακολούθηση ασθενών με βραχύ OB, αβάσιμη. Το παραπάνω γεγονός ενισχύεται από

ΦΩΤΕΙΝΗ ΑΠΟΔΕΙΞΗ

ΥΠΕΡΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ



Είστε μέλος της ΕΠΕΓΕ;

Επωφεληθείτε από τη μοναδική προσφορά και αποκτήστε μια φωτεινή πηγή ενδοσκόπησης

WelchAllyn®

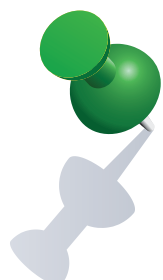
Επικοινωνήστε μαζί μας στο 210 6294613 ή επισκεφθείτε το ηλεκτρονικό μας κατάστημα στη διεύθυνση: <https://mcs.lilly.gr>

MEDICAL
CARE
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





Αυτό το προσέξατε;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

την επιπλέον διαπίστωση πως οι ασθενείς με μη δυσπλαστικό ΟΒ έχουν δεκαπλάσια πιθανότητα θανάτου από αίτια τα οποία δεν σχετίζονται με την ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου. Βεβαίως, η υψηλή αυτή θνητότητα πιθανότατα σχετίζεται με τη μεγάλη ηλικία ή την υψηλή συνοσηρότητα των περισσότερων εξ αυτών των ασθενών και να μην μπορεί να είναι εφαρμόσιμη σε μικρότερες ηλικίες.

Helicobacter pylori - Negative gastritis: Prevalence and risk factors. H. Nordenstent, D.Y. Graham, J.R. Kramer, et al. Am J Gastrointol 2013;108:65-71.

Ηρ - αρνητική γαστρίτιδα. Πόσο συχνή είναι και που θα μπορούσε να οφείλεται;

Η αιτιολογική συσχέτιση του *Helicobacter pylori* με το πεπτικό έλκος αλλά και τον καρκίνο του στομάχου, είχε ως αποτέλεσμα, η λήψη βιοψιών από τον στόμαχο κατά τη διάρκεια ενδοσκόπησης του ανώτερου πεπτικού, να αποτελεί μια συνήθη τακτική. Αναμφισβήτη, παγκοσμίως, η συχνότερη αιτία γαστρίτιδας είναι η λοίμωξη από το Ηρ. Ωστόσο δύο πρόσφατες μελέτες ανέδειξαν υπερβολικά υψηλά ποσοστά γαστρίτιδας παρά την απουσία ιστολογικών ενδείξεων Ηρ λοίμωξης, τόσο σε ασθενείς με διαβρωτική οισοφαγίτιδα (από 75-90%) όσο και σε ασθενείς με λειτουργική δυσπεψία (από 56-69%).

Επισημαίνοντας σημαντικούς περιορισμούς των παραπάνω μελετών (λήψη τεσσάρων βιοψιών αντί για τουλάχιστον πέντε, ιστολογική εκτίμηση μόνο από έναν παθολογοανατόμο, τεκμηρίωση της Ηρ λοίμωξης με τη χρώση Warthin-Starry που ενδεχομένως να κατηγοριοποιεί λανθασμένα τα Ηρ θετικά άτομα ως Ηρ αρνητικά και μη λαμβάνοντας υπόψη τυχόν προηγούμενη θεραπευθείσα Ηρ λοίμωξη) που πιθανότατα να οδήγησαν σε υποεκτίμηση της συχνότητας της Ηρ λοίμωξης, η παρούσα μελέτη επιχειρεί να εκτιμήσει τόσο τη πραγματική συχνότητα όσο και τους παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με την εμφάνιση Ηρ-αρνητικής γαστρίτιδας.

Για το λόγο αυτό, στους ασθενείς της μελέτης, πραγματοποιήθηκε η λήψη βιοψιών από επτά προκαθορισμένα σημεία (δύο από το άντρο, τέσσερα από το σώμα και ένα από τη καρδία) οι οποίες εκτιμήθηκαν από δύο παθολογοανατόμους σύμφωνα με το αναβαθμισμένο σύστημα ταξινόμησης της γαστρίτιδας κατά Sydney.

Επιπλέον, για τον καθορισμό του Ηρ-αρνητικού status απαιτήθηκε η εκπλήρωση τεσσάρων κριτηρίων: α) αρνητική τριπλή χρώση και των επτά ιστολογικών δειγμάτων, β) αρνητική Ηρ καλλιέργεια γ) αρνητικοί IgG Ηρ ορολογικοί δείκτες και δ) αρνητικό προηγούμενο ιστορικό θεραπείας Ηρ λοίμωξης. Επίσης, συγκεντρώθηκαν πληροφορίες σχετικά με την κατανάλωση καπνού και αλκοόλ και τη λήψη φαρμάκων όπως ΜΣΑΦ ή PPI's.

Όπως διαπιστώθηκε, από τους 491 συμμετέχοντες στη μελέτη, οι 200 (40,7%) ασθενείς είχαν γαστρίτιδα τουλάχιστον grade 1 σε τουλάχιστον ένα από τα ιστολογικά δείγματα ή grade 2 σε τουλάχιστον δύο από αυτά. Στους 159 από τους 200 ασθενείς με γαστρίτιδα, αυτή συσχετίστηκε με τη παρουσία του Ηρ ενώ στους υπόλοιπους 41 (δηλαδή στο 20,5% των ασθενών με γαστρίτιδα ή διαφορετικά στο 8,4% του πληθυσμού της μελέτης) δεν διαπιστώθηκε ενεργός ή χρόνια Ηρ λοίμωξη. Στους ασθενείς με Ηρ-αρνητική γαστρίτιδα αυτή είχε τη τάση να είναι περισσότερο ήπια και εστιακή σε σχέση με την Ηρ-θετική. Διαπιστώθηκε επίσης πως το 68% των ασθενών με Ηρ-αρνητική γαστρίτιδα είχαν λάβει ή ελάμβαναν PPI's. Επιπλέον, η κατανάλωση καπνού κα αλκοόλ ήταν συχνότερη στους ασθενείς αυτούς.

Τα αίτια στα οποία θα μπορούσε να αποδοθεί η Ηρ-αρνητική γαστρίτιδα παραμένουν άγνωστα. Η μακροχρόνια λήψη PPI's, που όπως έδειξαν μελέτες σε πειραματόζωα οδήγησαν στην εμφάνιση φλεγμονής ενδεχομένως μέσω του φαινομένου της βακτηριδικής υπερανάπτυξης στο στομάχο, θα μπορούσε να είναι ένα πιθανό αίτιο. Ένα άλλο αίτιο θα μπορούσε να είναι προηγούμενη Ηρ-λοίμωξη που θεραπεύθηκε. Μια λοίμωξη από άλλους μικροοργανισμούς (πχ *Mycobacterium avium intracellulare*, *Herpes simplex* και *Cytomegalovirus*) είναι πιθανή αλλά σπάνια και αφορά κυρίως ανοσοκατεσταλμένα άτομα. Η ερεθιστική επίδραση της χολής αλλά και των ΜΣΑΦ έχουν ενοχοποιηθεί για τη πρόκληση χημικής ή αντιδραστικής γαστρίτιδας, ενώ σπανιότερα μια γαστρίτιδα θα μπορούσε να σχετίζεται με νόσο του Crohn ή με σαρκοείδωση, ή να εμφανίζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που να την κατατάσσουν στα πλαίσια της αυτοάνοσης, της κολλαγονικής, πωσινοφιλικής ή λεμφοκυτταρικής γαστρίτιδας. Επίσης άγνωστη παραμένει η κλινική σημασία της αλλά και η πρόγνυσή της.

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 (2^ο ΜΕΡΟΣ)

Στέλιος Παπασάββας

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΗ – ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ (2^ο ΜΕΡΟΣ)

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΜΑΡΤΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ

Κυρίαρχος τύπος πολύποδα είναι ο αμαρτωματώδης. Υπάρχει σημαντικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου αλλά και του υπόλοιπου πεπτικού σωλήνα καθώς επίσης και του παγκρέατος. Η συχνότητά τους είναι περί το 1/10 της συχνότητας των Συνδρόμων Αδενωματώδους Πολυποδίαςσης και αποτελούν < 1% των περιπτώσεων καρκίνου παχέος εντέρου. Κληρονομούνται με τον Αυτοσωματικό Επικρατούντα χαρακτήρα (εκτός από το Σύνδρομο Cronkhite – Canada το οποίο είναι επίκτητη διαταραχή), αν και σε αρκετούς ασθενείς εμφανίζονται de novo μεταλλάξεις χωρίς οικογενειακό ιστορικό.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ (JUVENILE POLYPOSIS SYNDROME - JPS)

- Είναι το συχνότερο σύνδρομο Αμαρτωματώδους Πολυποδίαςσης με συχνότητα 1/100000 γεννήσεις.
- Κυρίαρχος τύπος του συνδρόμου είναι ο Νεανικός πολύποδας (Juvenile Polyp).
- Προσβάλλεται ολόκληρος ο πεπτικός σωλήνας και όχι μόνο το παχύ έντερο και το ορθό, όπως συμβαίνει στο μεμονωμένο Νεανικό Πολύποδα.
- Στο 40% περίπου των περιπτώσεων του JPS έχουν βρεθεί μεταλλάξεις σε 2 γονίδια – τα **MADH4** ή **SMAD4** (15%) και **BMP1A** (25%). Μπορεί ακόμη να εμφανιστούν και μεταλλάξεις του γονιδίου ENG (ιδίως σε παιδιά). Τα παραπάνω γονίδια κωδικοποιούν πρωτεΐνες που εμπλέκονται στην οδό του TGF-β.

- Το **JPS** παρουσιάζεται με **2 τύπους**:

A) Το **Σύνδρομο Νεανικής Πολυποδίαςσης στα Βρέφη** (πολλαπλοί πολύποδες στομάχου, λεπτού και παχέος εντέρου το μέγεθος των οποίων ποικίλει από 1 χιλ. έως 30 χιλ. μπορεί να είναι άμισχοι ή και έμισχοι. Τα βρέφη παρουσιάζουν διάρροιες, αιμορραγία, κακή θρέψη, εγκολασμό. Μπορεί να συνυπάρχουν συγγενείς ανωμαλίες όπως μακροκεφαλία και γενικευμένη υποτονία.

B) Το **Σύνδρομο Νεανικής Πολυποδίαςσης** ή το **Juvenile Polyposis Coli**

(όπου ο Νεανικός Πολύποδας ανευρίσκεται μόνο στο παχύ έντερο).

- Μπορεί να υπάρχει αλληλεπικάλυψη των **JPS – JPC**, όπως έχει παρατηρηθεί στα διάφορα μέλη της ίδιας οικογένειας.
- Η εμφάνιση του Συνδρόμου στην εφηβεία αλλά και στη ενήλικη ζωή οφείλεται στις σποραδικές μορφές αυτού, λόγω **de novo** (περί το 25% των περιπτώσεων **JPS**) ή κληρονομούμενων μεταλλάξεων.
- Οι ασθενείς μπορεί να έχουν από λίγους μέχρι εκατοντάδες πολύποδες, με ηλικία εμφάνισης από την παιδική μέχρι και την ενήλικη ζωή. Η πλειονότητα παρουσιάζει πολύποδες στα 20 έτη.
- Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου είναι 20% στην ηλικία των 35 ετών αλλά φθάνει το 70% στα 60 έτη. Το ίδιο ισχύει και για εξωκολικούς καρκίνους όπως στομάχι, λεπτό έντερο και πάγκρεας.
- Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν φαινότυπο **Κληρονομικής Αιμορραγικής Τηλεαγγειεκτασίας (Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia – HHT – Σύνδρομο Rendu-Osler-Weber)** με σημαντικό

κίνδυνο εμφάνισης ανευρυσμάτων αορτής και θρομβώσεων στον πνεύμονα.

- Έχουν περιγραφεί περιστατικά μεικτού Συνδρόμου **JPS/HHT** με άγνωστο όμως επιπολασμό.
- Η εμφάνιση πολυπόδων σε **JPS** μόνο στο στομάχι αλλά και η εμφάνιση καρκίνου του στομάχου σχετίζεται με μεταλλάξεις στο **SMAD4** γονίδιο.
- Στην διεθνή βιβλιογραφία αθροιστικά οι περιπτώσεις καρκίνου στομάχου και λεπτού εντέρου λόγω JPS ανέρχονται στο 1/5 των αντίστοιχων περιπτώσεων στο παχύ έντερο.
- Η αλληλουχία ανάπτυξης καρκίνου δεν έχει πλήρως ξεκαθαριστεί αλλά ενδέχεται να οφείλεται στο λεγόμενο «landscaper mechanism».

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ

(Χρειάζεται **ένα μόνο** κριτήριο για να τεθεί η διάγνωση)

Παρουσία 3 ή περισσότερων νεανικών πολυπόδων στο παχύ έντερο.

Παρουσία έστω και ενός νεανικού πολύποδα σε ασθενή με οικογενειακό ιστορικό JPS.

Παρουσία νεανικών πολυπόδων εκτός παχέος εντέρου (στομάχι ή λεπτό έντερο)

Η αντιμετώπιση ασθενών με **JPS** στηρίζεται μόνο σε **expert opinions**.

Σε ασθενείς υψηλού ρίσκου (συγγενείς ασθενών με JPS) ή σε υψηλής υποψίας ασθενείς για JPS → Ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού και κολονοσκόπηση στην ηλικία των 15 ετών ή επί συμπτωματολογίας.

- Αν διαγνωσθεί JPS → Έλεγχος όλου του πεπτικού σωλήνα για ανεύρεση πολυπόδων. Ο γενετικός έλεγχος γίνεται κυρίως για επιβεβαίωση της διάγνωσης.
- Στους συγγενείς ασθενών με επιβεβαιωμένο JPS και με θετικό γενετικό έλεγχο → Είναι χρήσιμο να γίνεται γενετικός έλεγχος (λαμβάνοντας υπ' όψη όμως τη χαμηλή ευαισθησία του έλεγχου του SMAD4 και BMP1A) και επί αρνητικού αποτελέσματος τότε αποκλείεται από τους συγγενείς αυτούς η διάγνωση του συνδρόμου και το follow-up γίνεται σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες, αφού προηγηθεί βέβαια εκτενής έλεγχος του πεπτικού για ανίχνευση πολυπόδων. Επί θετικού αποτελέσματος και επί απουσίας πολυπόδων τότε η επιτήρηση γίνεται όπως αναφέρεται πιο πάνω. Αν η κολονοσκόπηση είναι αρνητική τότε επαναλαμβάνεται κάθε 3 έτη.
- Στους ασθενείς με JPS** → Κολονοσκόπηση και Ενδοσκοπικός έλεγχος ανωτέρου πεπτικού κάθε 2-3 έτη.
- Επιτήρηση ανωτέρου πεπτικού** → Γαστροσκόπηση μαζί με την κολονοσκόπηση – κατά άλλους συγγραφείς από τα 25 έτη.
- Λήψη κυτταρολογικής από παγκρεατικό ή χοληδόχο πόρο** → Μόνο επί ανόδου αμυλάσης ή διαταραχής ηπατικής βιοχημείας.
- Μαστός** → Στα 20 έτη αρχίζει η επιτήρηση με κλινική εξέταση σε μεσοδιαστήματα 6-12 μηνών, τα οποία



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΗ – ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ (2^ο ΜΕΡΟΣ)

μετά τα 35 έτη μπορεί να αυξηθούν. Επί θετικού PTEN συστήνεται μαστογραφία ετησίως από τα 30 έτη.

- **Θυρεοειδής** → Στην εφηβεία αρχίζει η επιτήρηση με μεσοδιαστήματα ετήσια με κλινική εξέταση και υπέρηχο θυρεοειδούς.
- **Κολεκτομή** συστήνεται σε ασθενείς με πολύποδες > 50 – 100, σε σοβαρή αιμορραγία ή διάρροια, σε συνοδό δυσπλασία ή καρκίνο και ασθενείς με JPS και θετικό οικογενειακό ιστορικό για Ca – παχέος εντέρου.
- Πρόκειται για **υφολική κολεκτομή με ειλεο-ορθική αναστόμωση** (δεν συστήνεται από τους περισσότερους ειδικούς λόγω του υψηλού ποσοστού εμφάνισης πολυπόδων στο ορθό – 50%) και **ολική πρωκτο-κολεκτομή με δημιουργία νεοληκύθου**.
- **Υφολική ή ολική γαστρεκτομή** συστήνεται απί αποτυχίας ελέγχου του φορτίου των πολυπόδων του στομάχου.
- Σε ασθενείς με **SMAD4 μεταλλάξεις** → **Έλεγχος για HHT** με ακτινογραφίες θώρακος (λόγω ανάπτυξης αρτηριοφλεβώδων διαμαρτιών στον πνεύμονα), MRI-εγκεφάλου, υπέρηχο ήπατος.
- Τέλος, οι ειδικοί συστήνουν **χημειοπροφύλαξη με COX-2 αναστολείς** ή μη εκλεκτικούς **ΜΣΑΦ** τόσο κατά τη διάγνωση του συνδρόμου όσο και μετά πιθανό χειρουργείο.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ PEUTZ – JEGHERS (PJS)

- Ιστολογικά διακριτός ο Αμαρτωματώδης Πολύποδας PJ και η χαρακτηριστική βλεννογονοδερματική μελάγχρωση.
- Ο επιπολασμός του συνδρόμου ανέρχεται στο 1/200000, κληρονομείται με τον αυτοσωμικό επικρατή χαρακτήρα με ποικίλη διεισδυτικότητα (μέλη της ίδιας οικογένειας μπορεί να έχουν μόνο μελάγχρωση).
- Η μόνη μετάλλαξη που έχει συσχετισθεί μέχρι σήμερα βρίσκεται στο STK11 γονίδιο (σερίνη/θρεονίνη πρωτεϊνική κινάση 11 – γνωστή και ως LKB1) που εδράζεται στο χρωμόσωμα 19p13.3. Περί το 25% των ασθενών με PJS δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό.
- Οι χαρακτηριστικοί πολύποδες εμφανίζονται σχεδόν πάντα στο λεπτό έντερο (96%) ενώ λιγότερο συχνά στο στομάχι και το παχύ έντερο (25 – 30%). Σπανιότατα εμφανίζονται στην ουροδόχο κύστη, πύελο, πνεύμονα. Μέση ηλικία εμφάνισης τους είναι τα 11 έτη, η διάγνωση όμως τίθεται στη εφηβεία είτε λόγω εντερικής απόφραξης είτε λόγω εγχολεασμού.
- Ο κίνδυνος ισόβιας ανάπτυξης καρκίνου φτάνει το 90% (παχύ έντερο 40%, στομάχι 30%, λεπτό έντερο 15%, μαστός 55%, πάγκρεας 30%, πνεύμονας 15%, τράχηλος μήτρας και ενδομήτριο 9%, όρχις 1%, ωοθήκες 20%).
- Η Μελάγχρωση παρατηρείται στα 2/3 των ασθενών. Εμφανίζεται ως χαρακτηριστικές μελαγχρωματικές κηλίδες στο πρόσωπο, στα χείλη, στη στοματική κοιλότητα και στην περιπρωκτική περιοχή.

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΗ – ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ (2^ο ΜΕΡΟΣ)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ PEUTZ – JEGHERS

(Χρειάζονται **2** από τα παρακάτω κριτήρια)

Παρουσία της χαρακτηριστικής Βλεννογονοδερματικής Μελάγχρωσης

Οικογενειακό ιστορικό Συνδρόμου PJ

Παρουσία Αμαρτωματώδους Πολύποδα/PJ στο λεπτό έντερο

- Επί αναγνώρισης των κριτηρίων τίθεται η διάγνωση του Συνδρόμου, για επιβεβαίωση του οποίου συστήνεται και γενετικός έλεγχος.
- Υψηλού κινδύνου ασθενείς θεωρούνται οι στενοί συγγενείς ασθενών με γνωστό Σύνδρομο PJ οι οποίοι δεν πληρούν τα κριτήρια. Σε αυτούς τους ασθενείς συστήνεται γενετικός έλεγχος.
- Επιτήρηση συστήνεται σε ασθενείς με PJS για ανάπτυξη καρκίνου αλλά και σε υγιείς φορείς της μετάλαξης του γονιδίου STK11 όπως περιγράφεται στον πίνακα.

Cancer	When to start with screening (age)	Intervals	Diagnostic tests
Colon	25	Once per 2 years	Colonoscopy
Proximal GI tract /small intestine	10	Once per 2 years	Upper endoscopy
Pancreas	30	Once a year to once in two years	Endoscopic ultrasound Transabdominal ultrasound
Breast	20	Once a year	Mamography Self - examination
Uterus	20	Once a year	Transvaginal ultrasound Endometrial biopsy PAPA test
Cervix	20	Once a year	Physical examination
Testes	10	Once a year	Ultrasound - if clinical indications are present

ΣΥΝΔΡΟΜΟ COWDEN

- Είναι λιγότερο συχνό σύνδρομο αμαρτωματώδους πολυποδίασης από το JPS με επιπολασμό 1/200000.
- Κληρονομείται με τον αυτοσωμικό επικρατή χαρακτήρα και συσχετίζεται με μεταλλάξεις στο γονίδιο PTEN.
- Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πολλαπλών αμαρτωματώδων πολυπόδων, με πιο συχνά προσβεβλημένα όργανα το δέρμα, το έντερο, τους γεννητικούς αδένες, το θυρεοειδή.
- Είναι συνήθης η εμφάνιση γαγγλιονευρωμάτων, λιπωμάτων, φλεγμονώδων πολυπόδων στον πεπτικό σωλήνα, αλλά και η παρουσία γλυκογονικής ακάνθωσης στον οισοφάγο.



ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΗ – ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ (2^ο ΜΕΡΟΣ)

- Συχνότερες εξωτερικές εκδηλώσεις εμφανίζονται στο δέρμα (80%), ενώ το μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου εμφανίζει ο μαστός (36%).

Cowden Syndrome	Dermatological	Papillomatous papules Acral/plantar keratoses, Trichilemmomas
	Endocrinological	Malignant tumors of thyroid gland
	Gonadal	Endometrial cancers Benign fibromas
	Head and neck	Brain tumors Macrocephaly Dolichocephaly
	Others	Breast cancers Renal cell carcinoma

SURVEILLANCE RECOMMENDATIONS FOR COWDEN SYNDROME

Cancer screening	When to start ¹ (age)	Intervals ²	Diagnostic tests ³
Colon	15	Per 2 years	Colonoscopy
Proximal GI tract/small intestine	15	Per 2 years	Upper endoscopy
Breast	21	Monthly	Self-examination
Breast	30	Once a year	Mammography
Thyroid gland	Puberty	Once a year	Clinical examination

¹ - even earlier if symptomatic
² - once a year if polyps are diagnosed
³ - intervals between examinations could be extended in risk patients older than 35; gene inheritance and disease should follow with similar dynamics.
⁴ - definite consensus has not been established

Diagnostic criteria for Cowden Syndrome -
International Cowden Syndrome Consortium,
version 2000

BANNAYAN – RUVALCABA – RILEY SYNDROME (BRRS)

- Αποτελείται από 3 διαταραχές – σύνδρομο, το BANNAYAN – ZONANA – SYNDROME, RUVALVABA – MYHRE – SMITH – SYNDROME, RILEY – SMITH – SYNDROME.
- Ο Αμαρτωματώδης πολύποδας ανευρίσκεται στο 45% των ασθενών, συνήθως στο άπω τμήμα του ειλεού, στο παχύ έντερο, χωρίς να αποκλείεται όμως η εμφάνιση τους οπουδήποτε στον πεπτικό σωλήνα. Ο πολύποδας δεν διαχωρίζεται ιστολογικά από τον JP.
- Σύμφωνα με διάφορους ερευνητές το BRRS συσχετίζεται με μεταλλάξεις στο γονίδιο PTEN. Περί το 60% των ασθενών φέρουν τέτοιες μεταλλάξεις.
- Πιθανότητα υπάρχει αλληλεπικάλυψη του Cowden S. και του BRRS, κάτι που έχει φανεί σε μέλη της ίδιας οικογένειας.

Bannayan-Ruvalcaba-Riley Syndrome	Dermatological	Lipomas Pigmented macules of glans penis
	Head and neck	Macrocephaly
	Musculoskeletal	Myopathy of proximal muscles Hypersensitivity of joints Pectus excavatum Scoliosis
	Neurological	Developmental delay Mental disorders
	Others	Overweight newborn

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΗ – ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ (2^ο ΜΕΡΟΣ)

BASAL – CELL – NEVUS SYNDROME

- Γνωστό και ως GORLIN – GOLTZ – SYNDROME. Κληρονομείται με τον αυτοσωμικό επικρατή χαρακτήρα, με μετάλλαξη στο γονίδιο PTCH το οποίο κωδικοποιεί διαμεμβρανικές πρωτείνες και εδράζεται στο χρωμόσωμα 9q22.3.
- Περί το 30% των ασθενών με το σύνδρομο παρουσιάζει νέες μεταλλάξεις στο PTCH γονίδιο και δεν έχει οικογενειακό ιστορικό.
- Η ανάπτυξη πολλαπλών βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων αποτελεί τη συχνότερη εκδήλωση του συνδρόμου.
- Η εμφάνιση πολυπόδων στον πεπτικό σωλήνα δεν είναι συχνή και συνεκτιμώντας την σπανιότητα του συνδρόμου, δε συστήνεται ενδοσκοπικός έλεγχος για εύρεση καρκίνου.

Syndrome of Basal Cell Nevus	Dermatological	Harsh facial features Renal cell cancer
	Head and neck	Keratocysts of jaws Macrocephaly Prominent forehead Facial milia Medulloblastoma
	Other	Fibromas of heart and ovaries

PROTEUS – SYNDROME

- Πρόκειται για σπανιότατη διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ασύμμετρη υπερανάπτυξη σε διάφορα συστήματα του σώματος, όπως στο σκελετικό, συνδετικό ιστό, δέρμα, αγγειακές ανωμαλίες και ποικίλλες, άλλες διαταραχές.
- Έχουν αναφερθεί μέχρι σήμερα περί τα 200 περιστατικά (οι 100 εν ζωή), με αναλογία ανδρών/γυναικών 2/1.
- Αν και έχουν συσχετισθεί με το Σύνδρομο τα γονίδια GNAS1, PTEN, καμία μετάλλαξη δεν έχει ακόμα απομονωθεί.
- Μέχρι στιγμής όλα τα περιστατικά αποτελούν σποραδικές περιπτώσεις.

Η αιτιολογία αν και άγνωστη, μπορεί να στηριχθεί στην ' Υπόθεση του Σωματικού Μωσαικισμού'.

CEREBRIFORM CONNECTIVE TISSUE NEVUS ON THE PLANTAR SURFACE OF THE FOOT (AT AGES 5,5 – 12 – 29 YEARS OLD, LEFT→RIGHT)





ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΗ – ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ (2^ο ΜΕΡΟΣ)

- Απαιτείται άμεση αντιμετώπιση τόσο των ενήλικων όσο και των νεογέννητων ασθενών – λ.χ αντιθρομβωτική προφύλαξη λόγω αυξημένου κινδύνου θρομβώσεων και εμβολών, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων αλλά και των διάφορων πνευμονικών διαμαρτιών.
- Καταλυτικό ρόλο στην αντιμετώπιση των ασθενών αυτών παίζει και η ψυχολογική/ψυχιατρική υποστήριξή τους, αφού συχνά περιθωριοποιούνται.

HEREDITARY MIXED POLYPOSIS SYNDROME

- Θεωρείται παραλλαγή του JPS. Χαρακτηρίζεται από ανάπτυξη Αμαρτωματώδων πολυπόδων, Αδενωμάτων, Υπερπλαστικών πολυπόδων και καρκινωμάτων.
- Σύμφωνα με παρατηρήσεις ερευνητών η φυσική ιστορία του συνδρόμου καταδεικνύει αλληλουχία από Υπερπλαστικό πολύποδα → Serrated Adenoma → Καρκίνωμα.
- Εμφανίζεται αποκλειστικά στο παχύ έντερο.
- Η επιτήρηση των ασθενών γίνεται σύμφωνα τα ευρήματα στο παχύ έντερο, όπως συμβαίνει στο JPS.

NEUROFIBROMATOSIS TYPE 1 (NF1) (ΝΕΥΡΟΙΝΩΜΑΤΩΣΗ ΤΥΠΟΥ 1)

- Γνωστή και ως νόσος von – Recklinghausen's.
- Εμφανίζονται πολλαπλά υποβλεννογόνια νευρινώματα και όχι οι τυπικοί αμαρτωματώδεις πολύποδες. Δεν υπάρχει συσχέτιση με την ανάπτυξη καρκίνου του πεπτικού συστήματος, αλλά μπορεί το να εκδηλωθεί με κοιλιακό άλγος, κινητικές διαταραχές του εντέρου-οισοφάγου και αιμορραγία πεπτικού.
- Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολυάριθμων 'café au lait ' κηλίδων στο δέρμα, ενώ υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης Στρωματικών Όγκων (**GIST**), αλλά και διάφορων **Νευροενδοκρινών Όγκων** (συνήθως **Σωματοστατινώματα**) ιδιαίτερα περιφερματικά.
- Οφείλεται σε μετάλλαξη στο γονίδιο NF1 που εδράζεται στο χρωμόσωμα 17q11 και κληρονομείται σύμφωνα με τον αυτοσωμικό επικρατή χαρακτήρα.
- Στους μισούς περίπου ασθενείς, αναγνωρίζεται και άλλη μία ' σποραδική ' μετάλλαξη η οποία φαίνεται να είναι υπεύθυνη για την έναρξη των συμπτωμάτων του Συνδρόμου.
- Παρά την αναγνώριση των άνωθεν μεταλλάξεων, η διάγνωση του Συνδρόμου εξακολουθεί να γίνεται κλινικά.

MULTIPLE ENDOCRINE NEOPLASIA TYPE 2B (ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΗ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ ΤΥΠΟΥ 2B)

- Αποτελεί το 5% των περιπτώσεων της Πολλαπλής Ενδοκρινικής Νεοπλασίας Τύπου 2, η οποία έχει επιπολασμό 1/300000.
- Κληρονομείται με τον αυτοσωμικό επικρατή χαρακτήρα, ενώ μεταλλάξεις στο γονίδιο **RET**, το οποίο εδράζεται στο χρωμόσωμα 10q, ανευρίσκονται στο 95% των περιπτώσεων.
- Το 50% των περιστατικών οφείλονται σε de novo μεταλλάξεις στο γονίδιο RET.
- Εκδηλώνεται με πολυάριθμους πολύποδες – γαγγλιονευρινώματα – στον πεπτικό σωλήνα, διάρροια ή

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΗ – ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ (2^ο ΜΕΡΟΣ)

δυσκοιλιότητα, κοιλιακά άλγη, βλεννογονικά νευρινώματα χειλέων και γλώσσας, νευρινώματα κερατοειδούς χιτώνα, διόγκωση χειλέων και κινητικές διαταραχές (οισοφάγου).

- **Επιπλοκές** του MEN2B αποτελούν το **Μυελοειδές καρκίνωμα του θυρεοειδούς** και το **Φαιοχρωμοκύτωμα** (50%).
- Έτσι συστήνεται **Ολική Θυρεοειδεκτομή** νωρίς από την παιδική ηλικία, αφού οι ασθενείς με MEN2B αναπτύσσουν μεταστάσεις, με μέσο όρο επιβίωσης τα 21 έτη.

CRONKHITE - CANADA - SYNDROME

- Αποτελεί επίκτητη διαταραχή - χωρίς μέχρι στιγμής εύρεση γενετικής συσχέτισης - η οποία περιγράφηκε το 1955.
- Εκδηλώνεται με την εμφάνιση πολλαπλών Αμαρτωματώδων πολυπόδων του τύπου του Νεανικού πολύποδα, μελαγχρωματικών κηλίδων με συνοδό υποβλεννογόνιο οίδημα, αλωπεκίας και ονυχοδυστροφίας. Συνήθως η διάγνωση γίνεται στη μέση ηλικία (από 30 έως 80 ετών).
- Η αναλογία ανδρών/γυναικών είναι ίση, ενώ οι περισσότερες περιπτώσεις έχουν περιγραφεί στην Ιαπωνία, Ευρώπη, ΗΠΑ.
- Η συνηθέστερη κλινική εκδήλωση του συνδρόμου είναι η διάρροια με συνοδό κοιλιακό άλγος, η εντεροπάθεια με απώλεια λευκώματος, η απώλεια βάρους και η δυσσαπορρόφηση.
- Η πρόγνωση του Συνδρόμου είναι πτωχή με 5ετή επιβίωση στο 45%, αφού δεν υπάρχει και ειδική θεραπεία, παρά μόνο τη θρεπτική στήριξη των ασθενών.
- Απαιτείται διαφορική διάγνωση των περιστατικών από το JPS.



ΜΕΛΑΓΧΡΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΕΡΧΡΩΣΗ(ΚΑΤΩ) ΚΑΙ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ (ΠΑΝΩ)





Εξωσκοπήσεις

Αντώνης Κογεβίνας, kogedotenet.gr

Consumer no understand...



Πρόσφατα μας υποχρέωσαν – με απειλή προστίμου σε περίπτωση μη συμμόρφωσης – να αναρτήσουμε στα ιατρεία μας τη γνωστή ταμπέλα που γράφει ότι “Ο καταναλωτής δεν έχει υποχρέωση να πληρώσει εάν δεν λάβει νόμιμο παραστατικό στοιχείο (Απόδειξη-Τιμολόγιο)”. Τι μπορεί άραγε να καταναλώσει ένας καταναλωτής σε ένα ιατρείο; Υγεία, φάρμακα, εξέταση;

Αλλά η μετάφραση είναι αυτή που σε κάνει να πέσεις από την καρέκλα σου: “Consumer is not obliged to pay if notice of payment has not been received (receipt-invoice)”. Ο υπάλληλος που την συνέταξε δεν μπορεί να

είναι περήφανος για τα αγγλικά του. Αλλά και ο Υπουργός που την υπέγραψε δεν φαίνεται να πηγαίνει πίσω. Η μετάφραση φέρνει στη μνήμη μια ταμπέλα σε παραθαλάσσιο εστιατόριο κοντά στην Κυπαρισσία που γράφει φαρδιά πλατεία **“Foods of the hour”!** Φαγητά της ώρας!

Δεν είναι γνωστό αν θα επιβληθεί πρόστιμο σε όποιον αναρτήσει κάτι λίγο πιο αγγλικό στο ιατρείο του, όπως λ.χ. **“Customers may refuse to pay should they not receive a valid receipt”.** Αλλά στο αγγλομαθές Υπουργείο και σ’ αυτούς που επιμελήθηκαν τη μετάφραση λέμε **“consumer no understand the what you write”.**

Σεμινάριο Καταστολής στα Ιωάννινα



Έγινε στα Ιωάννινα, με την καινούργια του μορφή, το σεμινάριο που προωθεί η ΕΠΕΓΕ για την αντιμετώπιση των επιπλοκών κατά την καταστολή. Η εκπαίδευση έγινε στο **Κέντρο Ιατρικής Προσομοίωσης της Κλινικής Αναισθησιολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων** με περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων. Ο καθηγητής κ. Γεώργιος Παπαδόπουλος, η κ. Ελένη Αρναούτογλου και ο κ. Πέτρος Τζίμας μαζί με όλη την κλινική και τον ενθουσιασμό τους γι’ αυτό που κάνουν, προσέφεραν ένα πολύτιμο αποτέλεσμα.

Τα προπλάσματα προσομοίωσης είναι πλέον τόσο πειστικά ώστε εκτός από ανοιγόκλεισμα βλεφά-

ρων, μυδρίαση, μύση, ψηλαφητό σφυγμό, αναπνευστικές κινήσεις, ήχους αναπνοής και καρδιάς, **εκδηλώνουν μέχρι και εξανθήματα κατά την προσομοίωση αλλεργικών αντιδράσεων!**

Στο σεμινάριο αυτό αντιλαμβάνεται κανείς ότι κατά τη διάρκεια της καταστολής είναι δυνατόν να συμβούν πολλά περισσότερα από αυτά που μπορούν να αποτυπωθούν στο οξύμετρο. Το ολοήμερο σεμινάριο, που διακόπτεται κάθε τόσο για αναψυκτικά και ελαφρύ φαγητό, είναι τόσο συναρπαστικό ώστε δεν καταλαβαίνει κανείς ότι πέρασε η ώρα για να φύγει!

λή. **Εξ ορισμού λοιπόν ο αφοσιωμένος δεν μπορεί να είναι ο γαστρεντερολόγος** όσο εκπαιδευμένος και αν είναι, αφού αυτός προσέχει την εξέταση. Αυτό σημαίνει ότι **θα πρέπει να εκπαιδευτούν και οι νοσηλεύτες και οι νοσηλεύτριές μας**, ώστε να μάθουν να αναγνωρίζουν τις επικίνδυνες καταστάσεις και να βοηθούν στην

Όμως ...



Φεύγοντας από αυτό το εξαιρετικό σεμινάριο ανάνηψης σκέφτεται κανείς ότι στην πραγματική ζωή τα πράγματα κινούνται λίγο διαφορετικά.

Κατ’ αρχάς είναι γνωστό ότι κατά την ενδοσκόπηση πρέπει να υπάρχει κάποιος αφοσιωμένος αποκλειστικά για να παρακολουθεί την καταστο-

αντιμετώπιση.

Άλλη λύση θα ήταν **να χρησιμοποιεί κανείς monitor με συναγερμούς**, το οποίο να περιλαμβάνει καρδιογράφο, μετρητή αναπνοών, πιέσεων, ίσως καπνογράφο και φυσικά οξύμετρο. Τέτοια monitors, χωρίς καπνογράφο, στοιχίζουν σήμερα από 1300 € + ΦΠΑ. Η προσθήκη καπνογράφου στοιχίζει περίπου 2300€ επιπλέον. Όμως η χρήση 5πολικών απαγωγών (τόσες χρειάζονται για την παρακολούθηση και των αναπνοών) **μάλλον κάνει τα πράγματα δυσχερή στην καθημερινή πράξη.** Στα βαρύτερα περιστατικά θα είχε νόημα αλλά όχι για τη ρουτίνα.

Πρακτικές λύσεις για ενδοσκόπους.



1. Σορτσάκια για κολονοσκόπηση: Μπορείτε να κάνετε εισαγωγή από παντελονάκια κολονοσκόπησης πολύ καλής ποιότητας από τη Γερμανία με τελικό κόστος 1€ το τεμάχιο (στην τιμή περιλαμβάνονται

ΦΠΑ και έξοδα μεταφοράς). Μια τέτοια δοκιμασμένη εταιρεία είναι η www.fendo-medizintechnik.de.

2. Αφρώδεις φυσαλίδες: Με σιμεθικόνη μπορεί κανείς εύκολα να διαλύσει τις χολοβαφείς φυσαλίδες που μερικές φορές δημιουργούν έντονο αφρό εμποδίζοντας την επισκόπηση του βλεννογόνου κατά την κολονοσκόπηση. Μια μεζούρα σιμεθικόνης μέσα σε 20 cc ορού που εγχέεται μέσα από το jet ή από το κανάλι βιοψιών εξαφανίζει μαγικά όλο τον αφρό. **Το σκεύασμα λέγεται Infacolic** και κυκλοφορεί σε όλα τα φαρμακεία, γιατί το δίνουν οι παιδίατροι για κωλικούς νεογνών

3. Απινιδωτές: Οι νεώτεροι απινιδωτές, που αποφασίζουν μόνοι τους μετά από ανάλυση του ρυθμού αν χρειάζεται απινίδωση ή όχι, **στοιχίζουν 1500€** (πε-



Εξωσκοπήσεις

Θα ήταν σκόπιμο στις ασκήσεις του σεμιναρίου να **περιληφθεί και εκπαίδευση για την ανάταξη επιπλοκών με χρήση μόνον οξύμετρου, πιεσόμετρου και ακουστικών**, όπως είναι εξοπλισμένα σήμερα τα περισσότερα ιατρεία (σημ. η εκπαίδευση στο σεμινάριο γίνεται με χρήση μόνιτορ πλήρους παρακολούθησης).

Η άσκηση αντιμετώπισης των επιπλοκών οπωσδήποτε πρέπει να επαναλαμβάνεται τακτικά, γιατί η μη-χρήση των τεχνικών αυτών τις κάνει να ξεχνιούνται. Όσοι θέλουν να φρεσκάρουν την εμπειρία πάντως μπορούν να μπουν **στο www.youtube.com και να δουν ζωντανά ξανά όλες τις τεχνικές ανάνηψης** π.χ. πώς εφαρμόζεται η λαρυγγική μάσκα, πώς αερίζουμε με ambu κτλ.

ριλαμβάνεται και ο ΦΠΑ). Οι απινιδωτές αυτοί δίνουν άμεσα προφορικές οδηγίες στα ελληνικά για το τι πρέπει να κάνει κανείς. Ένας τέτοιος αυτόματος απινιδωτής, με τον οποίο εκπαιδευόμαστε στο σεμινάριο καταστολής στα Ιωάννινα είναι ο Saver One (της Ami. Italia) και το τηλέφωνο του αντιπρόσωπου Vascomedical είναι το 2109834733

4. Οξυγόνο στο ιατρείο. Οι κατευθυντήριες οδηγίες λένε ότι η χρήση οξυγόνου συνιστάται σε όλες ανεξαιρέτως τις ενδοσκοπήσεις. Είναι άλλο πράγμα η οξυγόνωση και άλλο ο αερισμός, οπότε δεν μασκαρεύει κανείς την άπνοια με τη χορήγηση οξυγόνου, αλλά αντίθετα είναι ασφαλέστερο να μπαίνει κανείς σε άπνοια με καλή οξυγόνωση. Επειδή οι φιάλες οξυγόνου είναι ακριβές στο γέμισμα, βαριές και δύσχρηστες αφού αδειάζουν και πρέπει να ξαναγεμίζονται, μπορεί κανείς να αγοράσει έναν καλό **συμπυκνωτή οξυγόνου ή Oxygen Concentrator** σαν αυτά που μεταχειρίζονται οι ΧΑΠίτες και να έχει άφθονο ανέξοδο οξυγόνο 99% για πολλά χρόνια. Η τιμή τους κυμαίνεται περίπου στα 1000 – 1200 €.



Εξωσκοπήσεις

Shoot first, ask questions later!



Το ΔΝΤ ομολόγησε: “ Το μνημόνιο ήταν λάθος”! Οι οικονομολόγοι Reinhart-Rogoff, που ήταν οι θεωρητικοί της λιτότητας **έκαναν λάθος, πράγμα που φάνηκε όταν ξαναελέγχθηκαν τα σκληρά δεδομένα πάνω στα οποία στήριζαν τη θεωρία τους.** Το παραδέχθηκαν και οι ίδιοι δημόσια. Υπήρχε λέει λάθος στους υπολογισμούς στο φύλλο του Excel!

Φυσικά, κανένας από αυτούς που έσφαλαν δεν θα υποστεί συνέπειες, παρότι η ζημιά που προκλήθηκε είναι τεράστια και παρότι καταστράφηκαν οικονομίες και ζωές ανθρώπων. Κανένας δεν παραιτείται. Κανένας δεν ζητά συγγνώμη. Ένα τεχνικό πρόβλημα ήταν. Ένα λάθος στο Excel! Μέχρι που μας συγκαίρουν κιόλας τελευταία - παρότι δεν άλλαξε τίποτα σε σχέση με πριν - πιθανώς γιατί δεν πεθάναμε ακόμα!

Σκέφτεται κανείς ότι αν και οι ιατροί αποφασίζουν με την ίδια επιπολαιότητα με την οποία αποφασίζουν οι πολιτικοί και οι οικονομολόγοι για τις ζωές των ανθρώπων, ελάχιστοι

Lobbying: Just do it!



Lobbying σημαίνει να προσπαθείς εξωθεσμικά να επηρεάσεις τους αξιωματούχους μιας κυβέρνησης ή ενός κοινοβουλίου, όταν παίρνουν αποφάσεις για θέματα που σε αφορούν.

Η λέξη αποδίδεται στον 18^ο πρόεδρο των ΗΠΑ Ulysses Grant (1822-1885), ο οποίος παρατήρησε ότι όταν έκανε διάλειμμα για ένα ποτό και ένα πούρο στον προθάλαμο του γραφείου του (=lobby), μαζεύονταν συστηματικά διάφοροι ενδιαφερόμενοι που τον κερνούσαν και έπιαναν κουβέντα προκειμένου να τον επηρεάσουν. Αυτή η πρακτική αργότερα διαδόθηκε στα lobbies και στους διαδρόμους των κοινοβουλίων παντού.

Αυτή η πρακτική χρησιμοποιείται ευρέως από εταιρείες, από κοινωνικές ομάδες με ιδιαίτερα ενδιαφέροντα, από μειονότητες αλλά και από ιδιώτες. Αποτελεί μίαν επισημοποιημένη μέθοδο,

ασθενείς θα κατάφερναν να επιβιώσουν. Επίσης σκέφτεται κανείς ότι αν ποινικοποιούνταν οι ολέθριες επιπολαιότητες των οικονομολόγων και των πολιτικών, οι περισσότεροι στην ηγεσία της χώρας και της ΕΕ θα βρίσκονταν πίσω από σίδερα.

Στην Ευρωζώνη η τεχνική που επικρατεί φαίνεται ότι είναι να εφαρμόζεται πρώτα η λύση και μετά να γίνεται ανάλυση της ορθότητας... **«και η εξήγηση θα 'ρθει κάποτε, όταν δεν θα χρειάζεται πια καμιά εξήγηση»** όπως λέει ο ποιητής Τάσος Λειβαδίτης.

Εν τω μεταξύ, οι φαιδροί αερολόγοι που επέβαλαν αυτές τις επιπολαιότητες, οι Σόιμπλεδες, οι Μπαρόζοι, οι Βαν Ρομπάιδες, όπως και οι μέχρι πρόσφατα δικοί μας “μεγάλοι τιμονιέρηδες” μαζί με τον υπόλοιπο θίασο, ανερυθρίαστα επιμένουν να συνεχίζουν να γνωμοδοτούν και να πειραματίζονται. **Δικαιολογημένα λοιπόν, μερικοί αναρωτιούνται μήπως τελικά το λάθος στο Excel δεν έγινε κατά λάθος.**

πιθανώς πιο αποτελεσματική από τα γραπτά αιτήματα, τις απεργίες ή τις τηλεμαχίες. Υπάρχουν μάλιστα επαγγελματίες lobbyists που τους εκμισθώνεις για να κάνουν τη δουλειά για σένα!

Η πρακτική αυτή μπορεί να είναι ανήθικη ή ηθική, ανάλογα με το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Μια εταιρεία που προσπαθεί να στρεβλώσει το νόμο προς όφελός της είναι διαφορετικό πράγμα από μια ομάδα αδικημένων πολιτών που προσπαθούν να βρουν το δίκαιό τους. Μια ένωση ιατρών που προσπαθεί να επηρεάσει την αντικαπιταλιστική πολιτική απέναντι στις πιέσεις της καπιταλιστικής μηχανής δεν είναι το ίδιο με την προσπάθεια επηρεασμού που επιδιώκει για το ίδιο θέμα η καπιταλιστική μηχανή.

Το 2003 υπολογίστηκε ότι **υπάρχουν περίπου 15000 λομπιστές στις Βρυξέλλες** (δικηγόροι,

σύμβουλοι, ΜΚΟ, think tanks, ειδικές αποστολές κλπ), που επηρεάζουν τις αποφάσεις του Ευρωκοινοβουλίου!

Η προσπάθεια στοχευμένου επηρεασμού των ατόμων που αποφασίζουν για τα αιτήματα της γαστρεντερολογίας θα ήταν μια λογική προσέγγιση από πλευράς γαστρεντερολογικών ενώσεων. Είναι

Το τέλος του BMI;



Τι πρέπει να συμπεράνει κανείς αν, με βάση το BMI, **οι οριακά υπέρβαροι κινδυνεύουν λιγότερο να πεθάνουν** από αυτούς που βρίσκονται στα χαμηλότερα όρια του φυσιολογικού; Αυτό διαπίστωσε μια τεράστια σοβαρή μελέτη που τιτλοφορείται Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories η οποία δημοσιεύθηκε προ μηνών στο JAMA (JAMA. 2013;309(1):71-82).

Πώς άραγε ορίστηκαν οι φυσιολογικές τιμές του BMI και ποια είναι η λογική του να διαιρείς το βάρος ενός ατόμου με το τετράγωνο του ύψους του;

Η έννοια του **BMI (ή Quetelet index)** πρωτοεμφανίστηκε τον 19^ο αιώνα, από τον **Βέλγο μαθηματικό Adolphe Quetelet**. Η κυβέρνηση του ζήτησε να επεξεργαστεί τις μετρήσεις βάρους και ύψους που είχαν συλλέξει από τον γενικό πληθυσμό την εποχή εκείνη. Στόχος ήταν να βρεθεί ένας εύκολος τρόπος υπολογισμού της παχυσαρκίας στον γενικό πληθυσμό με βάση τα δύο αυτά στοιχεία. Η φόρμουλα στην οποία κατέληξε ο Quetelet είναι η γνωστή φόρμουλα του BMI. Ο τετραγωνισμός δεν είχε κάποια ιδιαίτερη φιλοσοφία από πίσω, αλλά απλώς βόλευε στα δεδομένα. Αργότερα για παράδειγμα, κάποιος άλλος πρότεινε τον κυβισμό του ύψους (Ponderal index).

Το BMI δεν λαμβάνει υπόψη ούτε την περίμετρο της μέσης, που είναι ένας βέβαιος δείκτης παχυσαρκίας και χρησιμοποιείται άλλωστε στον υπολογισμό του μεταβολικού συνδρόμου. Ούτε λαμβάνει υπόψη τη μυϊκή και την οστική μάζα, ταξινομώ-

Εξωσκοπήσεις



γνωστό ότι η γαστρεντερολογία έχει υποστεί συστηματική παραγνώριση από τα εκάστοτε Υπουργεία (χαμηλές τιμές εξετάσεων, υποβαθμισμένα τμήματα σε νοσοκομεία, συρρίκνωση αντικειμένου ειδικότητας κτλ). Η μοναδική σοβαρή επιτυχία που είχαμε ποτέ στην αύξηση των τιμών των ενδοσκοπήσεων έγινε επί προεδρίας Νίκου Καλαντζή και αυτό έγινε λόγω lobbying.

ντας τους έντονα γυμνασμένους σαν υπέρβαρους. Δε λαμβάνει υπόψη **ούτε το σωματότυπο** του άνδρα ή της γυναίκας. Στους δε ψηλούς οι τιμές στρεβλώνονται γιατί τετραγωνίζεται το ύψος χωρίς απαραίτητα να μεταβάλλεται αντίστοιχα το βάρος. **Είναι λογικό να συνεχίζουμε να υπολογίζουμε την παχυσαρκία μόνον με το βάρος και το ύψος, επειδή προ 200ετίας έτυχε να είναι διαθέσιμες μόνον αυτές οι δύο παράμετροι στον Quetelet;**

Το 1985 έγιναν πολλές συζητήσεις για το ποιο είναι το φυσιολογικό BMI. Το Natural Institute of Health (NIH) που αρχικά έλεγε ότι φυσιολογικό BMI για άντρες πρέπει να θεωρείται το 27,8 και για τις γυναίκες το 27,3 άλλαξε άποψη το 1988 και κατέληξε **στο γνωστό BMI >25 είναι υπέρβαρος και >30 παχύσαρκος. Το 1990 ο WHO υιοθέτησε τις τιμές αυτές και η συζήτηση έκλεισε** για να ξανανοιεί σήμερα, που διαπιστώνονται όλες αυτές οι ανωμαλίες που προαναφέρθηκαν.

Δεν είναι φανερό ότι **τα τελευταία χρόνια έχουν αλλάξει τα ύψη, τα βάρη και οι σωματότυποι των ανθρώπων σε όλη τη γη;** Συγκρίνονται οι καχεκτικοί έλληνες του μεσοπολέμου με τους ευτραφείς και γυμνασμένους νέους του σήμερα ή οι αγύμναστες κοντοπόδαρες παχουλούτσικες ελληνίδες με τις γυμνασμένες ψηλές νέες γυναίκες του σήμερα ή οι χοιτρούληδες σημερινοί μαθητές με τους λιποβαρείς των παλαιότερων εποχών;

Φαίνεται ότι πλησιάζει η ώρα για να αναθεωρηθεί τόσο το BMI όσο και οι φυσιολογικές τιμές του, όπως προσδιορίστηκαν το 1990. Οι νέοι δείκτες φαίνεται ότι θα ενσωματώνουν την περίμετρο μέσης καθώς και τους άλλους παράγοντες που προαναφέρθηκαν.

Βερολίνο θα πάτε;

UNITED EUROPEAN
GASTROENTEROLOGY
ueg week
October 12 - 16, 2013 • Berlin



Το φετινό Πανευρωπαϊκό μας Συνέδριο πρόκειται να λάβει χώρα στο Βερολίνο 12-16 Οκτωβρίου (UEG Week, 2013). Προγραμματίζετε να πάτε; Αν ναι τότε στα σίγουρα θα βρείτε μια ευκαιρία να γνωρίσετε τη νέα πρωτεύουσα της Γερμανίας, το Βερολίνο.

Η μεγαλύτερη πόλη της χώρας, με 3,5εκ κατοίκους, μια πόλη σύμβολο, ως το 1989 ήταν χωρισμένη στα δύο από το γνωστό τείχος. Σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές πόλεις διατρέχει τη μικρότερη ιστορική διαδρομή, νεαρότερη των 800 ετών. Παραδοσιακά υπήρξε η πόλη των βασιλιάδων, εκεί όπου διατηρούσαν τις κατοικίες τους οι Κάιζερ, βασιλιάδες της Πρωσίας. Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα αποτέλεσε ένα πολιτιστικό και πνευματικό κέντρο, που συγκέντρωνε διαπρεπείς προσωπικότητες απ' όλη την Ευρώπη, αλλά υπήρξε και πυρήνας νυχτερινής διασκέδασης για τους απανταχού bon viveurs. Οι παγκόσμιοι πόλεμοι ξεθώριασαν την λάμψη της πόλης με αποκορύφωμα τον αποκλεισμό του Βερολίνου επί κατοχής Χίτλερ. Μετά το 1945 η κατεστραμμένη από τους βομβαρδισμούς πόλη είχε χωριστεί στα τέσσερα. Άγγλοι, Αμερικάνοι, Γάλλοι και Ρώσοι εξουσίαζαν καθείς τον τομέα του. Το 1961 χτίστηκε το περίφημο τείχος που χώρισε το Βερολίνο στη μέση. Το Νοέμβριο του 1989 επετεύχθη η επανένωση και η επανίδρυση του σύγχρονου

Βερολίνου.

Η μέχρι πρότινος αρένα του ψυχρού πολέμου αποφασίστηκε να φιλοξενήσει την πρωτεύουσα της ενοποιημένης πια Γερμανίας. Η μεταφορά της έδρας του Γερμανικού κράτους ξεκίνησε από το 1991, αλλά μόλις το 1999 έγινε η πρώτη συνεδρίαση του κοινοβουλίου στο ανακαινισμένο Reichstag. Παρά τις αισιόδοξες προβλέψεις για τη νέα πρωτεύουσα, η κατάσταση παρουσιάζει πολλές δυσκολίες για τους Γερμανούς. Μαζί με την πτώση του τείχους υποχώρησαν οι κρατικές επιδοτήσεις στις εκεί εταιρείες, η επιχορήγηση στον προϋπολογισμό της πόλης, αλλά και μια ολόκληρη βιομηχανία ταγμένη στην υπηρεσία των ξένων στρατιωτών. Η αναμενόμενη πληθυσμιακή έκρηξη δεν έγινε πραγματικότητα. Αντίθετα, πολλές επιχειρήσεις έκλεισαν βυθίζοντας την πόλη στην ανεργία και στα χρέη, γεννώντας έναν εκ νέου διχοτομημένο πληθυσμό. Μόνο που αυτή τη φορά δεν διακρίνονται σε ανατολικούς και δυτικούς αλλά σε αυτούς που επιβιώνουν και αυτούς που ζουν πολύ κάτω από το όριο της φτώχειας.



Ανεξάρτητα από την πραγματικότητα που βιώνουν οι κάτοικοι, ο επισκέπτης απολαμβάνει τέχνη, πολιτιστική ζωή, νυχτερινή διασκέδαση, ψώνια. Το Βερολίνο είναι μια πόλη που ενώ ζει κατά μεγάλο μέρος της από τον τουρισμό δεν έχει τουριστικό προσανατολισμό. Όλα προσφέρονται με έναν διακριτικό τρόπο ώστε η πόλη να μην καταπιέσει τον τουρίστα, να τον αφήσει να ακολουθήσει τα διάφορα μονοπάτια της μόνο αν επιθυμήσει και αναζητήσει να το κάνει. Είναι μια πόλη ανήσυχη, μια μητρόπολη που αποπνέει τη γοητεία του παρελθόντος μα συνάμα ψάχνει να βρει το χαρακτήρα της. Οι διαφορές είναι ακόμα εμφανείς ανάμεσα στους δύο τομείς της πόλης. Οι «κουλτουριάρικες» δυτικές γειτονιές και τα πολυτελή εμπορικά κέντρα συνυπάρχουν με second hand αγορές, ρημαγμένες προσόψεις των άλλοτε σοσιαλιστικών μπλοκς και πλήθος εναλλακτικών καφέ με avant-garde διακόσμηση και μουσική.

Αν αποφασίσετε να επισκεφθείτε μουσεία στο Βερολίνο, να είστε προετοιμασμένοι για μια χρονοβόρα εξόρμηση, μια και βρίσκονται στη διάθεσή σας πάνω από 200. Επιλέξτε ανάλογα με τις προτιμήσεις σας, αλλά μη χάσετε το museumsinsel. Πρόκειται για ένα νησάκι πάνω στον ποταμό Spree που διατρέχει την πόλη, μια χερσόνησος πέντε μουσείων που άρχισαν να χτίζονται το 1824 από τον τότε βασιλιά για να στεγάσει τη Βασιλική συλλογή τέχνης, και ολοκληρώθηκαν το 1930.



Συνέδρια

Σταθμός όλων των επισκεπτών της πόλης, το Pergamonmuseum, φιλοξενεί μοναδικά ευρήματα από τη Μίλητο την Πέργαμο και τη Βαβυλώνα. Θα σας εντυπωσιάσει ο Βωμός της Περγάμου ή η πύλη της αγοράς της Μιλήτου που είναι στημένα αυτούσια μπροστά στα μάτια σας. Στο νησί εκτός από τα μουσεία, βρίσκεται και ο καθεδρικός ναός (Berliner Dom). Ο 2^{ος} Παγκόσμιος Πόλεμος σημάδεψε και τα κτίρια του museumsinsel. Οι ζημιές από τους τότε βομβαρδισμούς αποκαθίστανται ακόμα. Εκτός από τις φθορές του παρελθόντος έκδηλη είναι και η ανησυχία για τις επιπτώσεις των κραδασμών από τις σύγχρονες υπόγειες συγκοινωνίες. Θυμηθείτε ότι τη Δευτέρα τα περισσότερα μουσεία παραμένουν κλειστά. Για σιγουριά, ρωτήστε στην υποδοχή του ξενοδοχείου σας για το ωράριο του μουσείου της επιλογής σας.

Το πιο χαρακτηριστικό αξιοθέατο της πόλης είναι η πύλη του Βρανδενβούργου (Brandenburger Tor). Το μνημείο που κάποτε ήταν το σύμβολο της διχοτόμησης τώρα αποτελεί σύμβολο της επανένωσης. Άρχισε να χτίζεται στα 1778. Τέσσερα χρόνια μετά είχε ολοκληρωθεί το κτίσμα ύψους 60μ. που αποτελούσε την κύρια είσοδο της πόλης και μέρος του τείχους που την περιέβαλε. Από εκεί αρχίζει και η λεωφόρος Unter Den Linden δρόμος με γνωστά Βερολινέζικα καφέ και εμπορικά κέντρα. Κοντά στην πύλη του Βρανδενβούργου βρίσκεται και το Reichstag η έδρα του Γερμανικού Κοινοβουλίου. Χτισμένο στα τέλη του 19^{ου} αι. μ.Χ. σε νέο-αναγεννησιακό σχέδιο, καταστράφηκε σε μεγάλο μέρος του το 1930 από τη γνωστή πυρκαγιά και εγκαταλείφθηκε από τους Σοβιετικούς όταν κατέλαβαν το Βερολίνο. Οι εργασίες ανάπλασης ξεκίνησαν στα τέλη του 20^{ου} αι. όταν πια προγραμματίστηκε η μεταφορά της πρωτεύουσας της Γερμανίας από τη Βόννη, πίσω στην πόλη σύμβολο. Η νέα προσθήκη του σχεδιαστή Norman Foster, ένας γυάλινος τρούλος πάνω από την αίθουσα συνεδριάσεων, μέσα σε λίγα χρόνια αποτέλεσε ένα από τα πιο χαρακτηριστικά στοιχεία της πόλης.

Η εκκλησία του Αγίου Νικολάου αλλά και η ομώνυμη συνοικία στο κέντρο του Βερολίνου (Nikolaiviertel) είναι ένας γραφικός προορισμός για βόλτα. Στενά δρομάκια μπροστά από παλιά σπίτια δίπλα στο ποτάμι, γεμάτα τουριστικά εστιατόρια και καφέ οδηγούν στη αρχαιότερη εκκλησία της πόλης. Χτισμένη το 13^ο αι. μ.Χ., καταστράφηκε με τους βομβαρδισμούς του 2^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου και ανακατασκευάστηκε πλήρως το 1987. Τώρα φιλοξενεί μουσείο της ιστορίας της πόλης.

Έδρα των βασιλιάδων της Πρωσίας, το Βερολίνο, έχει μια πληθώρα παλατιών να παρουσιάσει μέσα και έξω από την πόλη, που στολίζονται από αριστοτεχνικούς κήπους. Το μεγαλύτερο παλάτι της πόλης το Schloss Charlottenburg, αρχικά προοριζόταν για θερινή κατοικία της Sophie Charlotte συζύγου του Φρειδερίκου του III, όταν όμως αυτός έγινε ο πρώτος βασιλιάς της Πρωσίας, αποτέλεσε τη βασιλική κατοικία. Κι εδώ οι βόμβες των συμμάχων άφησαν τη σφραγίδα τους, αλλά οι εργασίες αναστήλωσης έχουν δώσει εξάισια αποτελέσματα.



Μπορεί το τείχος να γκρεμίστηκε αλλά περίπου 1500 μέτρα έχουν παραμείνει να θυμίζουν και να προσελκύουν επισκέπτες. Αλλού είναι διακοσμημένο με graffiti (σύγχρονα ή προγενέστερα της πτώσης), κι αλλού θα βρείτε δίπλα του μουσεία σχετικού περιεχομένου.

Στους ρυθμούς του οικοδομικού οργασμού της δεκαετίας του '90 αναδύθηκε η υπερσύγχρονη πλατεία Πότσνταμερ (Potsdamer Platz) με τα μοντέρνα της κτίρια που χτίστηκαν σε χρόνο ρεκόρ, όπως αυτό της Daimler - Chrysler και το Sony Center με το διάσημο θόλο. Όλο το εγχείρημα δέχτηκε κριτική από πολλούς για το κόστος και το αισθητικό αποτέλεσμα. Όπως και να 'χει, η πλατεία ξαναπήρε τον χαρακτήρα που είχε στη δεκαετία του '30. Έγινε το πιο πολυσύχναστο μέρος της Ευρώπης, απ' όπου κάθε μέρα περνούν περίπου 70,000 άνθρωποι για δουλειές, ψώνια, διασκέδαση (ιδιαίτερα κινηματογράφοφιλοι). Μέσα στο πάρκο Tiergarten, τις πάλαι ποτέ βασιλικές κυνηγετικές εκτάσεις, μπορεί να συναντήσετε τους Βερολινέζους να ψήνουν λουκάνικα και να κάνουν pic-nic τις ηλιόλουστες μέρες.

Κάπου εκεί δεσπόζει και η θριαμβευτική στήλη ύψους 69μ. με το χρυσό άγαλμα της Νίκης (Siegessäule). Μπορείτε αν θέλετε να ανεβείτε και στην κορυφή του για να απολαύσετε τη θέα από ψηλά.

Αν αποφασίσετε να βγείτε λίγο έξω από την πόλη, ένας προσφιλής προορισμός είναι, μόλις 24χλμ μακριά, το Potsdam. Τα ανάκτορα του Sanssouci με τους κλιμακωτούς κήπους, η Ολλανδική συνοικία με τα παραδοσιακά σπίτια και η Αλε-



ξανδρόσκα η συνοικία με τα ξύλινα Ρώσικα σπίτια είναι μερικά από τα αξιοθέατα της περιοχής. Αν πάλι, έχετε δύο ώρες διαθέσιμες για τη διαδρομή, μη χάσετε την πιο μπαρόκ πόλη της Γερμανίας, τη Δρέσδη. Η αλλιώς αποκαλούμενη «Φλωρεντία του Βορρά» είναι χτισμένη πάνω στις όχθες του ποταμού Έλβα.

Το Βερολίνο καταλαμβάνει μεγάλη έκταση. Αυτό σε συνδυασμό με την έλλειψη ενός και μόνο κέντρου κάνει τις περιηγήσεις μακρινές βόλτες και τις αποστάσεις υπολογίσιμες. Μέσα στην πόλη μπορείτε να μετακινηθείτε με το μετρό, το λεωφορείο ή ακόμα και με ταξί μια και οι τιμές δεν είναι απαγορευτικές. Εκτός από το εκτεταμένο δίκτυο των αστικών συγκοινωνιών υπάρχει και διώροφο τουριστικό λεωφορείο (γραμμή 100) που περνά από σχεδόν όλα τα αξιοθέατα μέσα σε 45-50 λεπτά. Οι τιμές των εισιτηρίων εξαρτώνται από την ζώνη στην οποία πρόκειται να κινηθείτε. Ένα απλό εισιτήριο κοστίζει € 2,10, ενώ καλό είναι να γνωρίζετε ότι για μικρές διαδρομές είναι € 1,20. Υπάρχει ημερήσιο εισιτήριο, ομαδικό, καθώς και η κάρτα Berlin Welcome Card που καλύπτει για 48 ή 72 ώρες μετακινήσεις σε συνδυασμό με εκπτώσεις σε αξιοθέατα και θεάματα. Τα εμπορικά κέντρα του Βερολίνου είναι διάσπαρτα: κοντά στην Unter den Linden, στην Kurfurstendam, στο Charlottenburg και στην Potsdamer Platz. Οι Βερολινέζοι θέλουν να ψωνίζουν στη γειτονιά τους κι έτσι κάθε συνοικία έχει ανεπτυγμένη αγορά. Μπορείτε να βρείτε ρούχα σχεδιασμένα από επώνυμους διεθνείς σχεδιαστές, γνωστές πολυεθνικές φίρμες, μικρές μπουτίκ με trendy ρούχα, second hand μαγαζιά. Λέγεται ότι γενικότερα οι βιτρίνες είναι θελκτικές με προσεγμένο design και ευφυείς παρουσιάσεις, ακόμα και σε μικρά και άσημα καταστήματα. Στις υπαίθριες αγορές εκτός από ζαρζαβατικά θα βρείτε εκεί και είδη παλαιοπωλείου.

Στη Γερμανία δεν διακρίνονται για την ευφάνταστη κουζίνα τους. Σνίτσελ, πατάτες τηγανιτές και φυσικά λουκάνικα είναι μερικά από τα φαγητά που θα βρείτε παντού. Το λίπος κυριαρχεί, συνέπεια του ψυχρού κλίματος. Το εθνικό ποτό είναι βέβαια η μπίρα. Εκτός από τα διεθνώς γνωστά ονόματα, θα έχετε την ευκαιρία να γνωρίσετε και ετικέτες μικρών παραγωγών. Τα εστιατόρια δεν είναι ακριβά, για την ακρίβεια είναι φθηνότερα απ' ό,τι έχουμε συνηθίσει στην Ελλάδα. Αν πεινάσετε στο δρόμο μη διστάσετε να δοκιμάσετε τα τυπικά γερμανικά λουκάνικα και φανείτε πιο επιλεκτικοί με τα ντονέρ κεμπάπ που επίσης ανθούν εκεί. Το φιλοδώρημα περιλαμβάνεται στις τιμές όπως και στην Ελλάδα αλλά και εκεί συνηθίζεται να στρογγυλοποιούν τους λογαριασμούς.

Περιοδικά αντίστοιχα του ελληνικού «Αθηνόραματος», για τους γερμανόφωνους είναι τα Zitty και Tip που κυκλοφορούν ανά 15νήμερο. Για όσους από εσάς προτιμάτε τ' Αγγλικά, μπορείτε να βρείτε ό,τι πληροφορίες χρειάζεστε για τη ζωή στην πόλη στο μηνιαίο περιοδικό EXBERLINER.

Έτοιμοι;

Καλό σας ταξίδι!



Καλλιτεχνικά & άλλα

Νικολέττα Μάθου



Urban Survivors:

η ζωή στις παραγκουπόλεις
στο... αεροδρόμιο Αθηνών

Ένα εναλλακτικό ταξίδι στο «περιθώριο των
σύγχρονων πόλεων» στο... αεροδρόμιο
Αθηνών

Οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα (Medecins Sans Frontieres/ MSF) και ο Διεθνής Αερολιμένας Αθηνών προσκαλούν τους επισκέπτες του αεροδρομίου σε ένα φωτογραφικό «ταξίδι στο περιθώριο των σύγχρονων πόλεων», από τις 13 Μαΐου έως τις 30 Αυγούστου 2013, στο επίπεδο αναχωρήσεων του αεροδρομίου (είσοδος 3). Πρόκειται για μια νέα έκθεση στο αεροδρόμιο που παρουσιάζει συγκλονιστικά στιγμιότυπα υψηλής καλλιτεχνικής αξίας, που κατέγραψε ο φακός διάσημων φωτογράφων στις παραγκουπόλεις της Ντάκα (Μπαγκλαντές), του Καρατσι (Πακιστάν), του Ναϊρόμπι (Κένυα), του Γιοχάνεσμπουργκ (Νότιο Αφρική) και του Πορτ Ο Πρενς (Αϊτή).

Η φωτογραφική έκθεση και η περιγραφική προβολή που την πλαισιώνει, παρουσιάζουν την καθημερινότητα των "Urban Survivors", των ανθρώπων που επιβιώνουν στις υποβαθμισμένες γειτονιές, σε ακραίες συνθήκες διαβίωσης, τα προβλήματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι και το έργο των Γιατρών Χωρίς Σύνορα σε αυτές τις αστικές ζώνες. Η έκθεση



έχει ήδη παρουσιασθεί με επιτυχία στο Χόνγκ Κονγκ, στο Βέλγιο, στην Ιταλία και σε άλλες χώρες.

Σήμερα, ένας στους δέκα κατοίκους του πλανήτη, δηλαδή 800 εκατομμύρια άνθρωποι, ζουν σε παραγκουπόλεις. Σύμφωνα με τον ΟΗΕ, «παραγκούπολη» είναι η υποβαθμισμένη περιοχή μιας πόλης που χαρακτηρίζεται από την έλλειψη ενός ή περισσότερων από

τα ακόλουθα πέντε βασικά αγαθά: ασφαλή κατοικία, επαρκή ζωτικό χώρο, πρόσβαση σε πόσιμο νερό, συνθήκες υγιεινής και ασφαλή διαβίωση. Ο συνωστισμός, η ανεπάρκεια των δομών υγείας και οι μεταδοτικές ασθένειες στις περιοχές αυτές έχουν καταστροφικές συνέπειες ιδιαίτερα για τους περισσότερους ευάλωτους πληθυσμούς όπως οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι, τα παιδιά και οι μετανάστες.



Καρδιτεχνικά & άλλα

Οι Urban Survivors περιγράφουν τις προσωπικές ιστορίες και μαρτυρίες τους, δίνοντας το δικό τους αγώνα επιβίωσης μέσα σε ένα περιβάλλον αδυσώπητης αστικοποίησης, στερούμενοι των βασικών αγαθών, αλλά διαθέτοντας μια γενναία στάση απέναντι στον κοινωνικό αποκλεισμό που βιώνουν.

Οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα, μέσα από αυτή την ξεχωριστή φωτογραφική έκθεση, απευθύνουν ένα κάλεσμα προς όλους μας να σταθούμε εξίσου γενναία απέναντι στο ζήτημα του κοινωνικού αποκλεισμού, να μην αποστρέψουμε το βλέμμα από τις υποβαθμισμένες γειτονιές των Urban Survivors και να κατανοήσουμε όλες

τις διαστάσεις του προβλήματος ώστε να βοηθήσουμε στην αντιμετώπισή του.

Η Ελλάδα δεν έχει μείνει ανέγγιχτη από τις συνέπειες της ανεξέλεγκτης αστικοποίησης που εντείνονται ακόμη περισσότερο από την οικονομική κρίση, ωθώντας πολλούς συμπολίτες μας στα όρια της φτώχειας. Ακόμη κι αν οι παραγκουπόλεις του Καράτσι ή της Κιμπέρα μάς είναι άγνωστες, καθημερινά ερχόμαστε σε επαφή με εικόνες εξαθλίωσης, ενώ ο αριθμός των ανθρώπων που ζουν στα όρια της επιβίωσης φαίνεται ότι θα συνεχίσει ολοένα να αυξάνεται.



Το εξώφυλλο από μέσα

ΜΠΛΟΥΜ!



Αυτό δεν είναι μια τρύπα στο νερό.
Είναι ο τρόπος με τον οποίο το νερό αναπνέει.
Ας πάρουμε μαζί του μια βαθιά ανάσα οξυγόνου.
Ας βουτήξουμε, ας ταραξουμε τη γαλήνη της επιφάνειας και ακόμη πιο βαθιά.
Ας αναστατώσουμε την επίπεδη ισορροπία.
Και αν έχουμε κάποιες αναστολές, ας ξεκινήσουμε πετώντας μια πέτρα.
ΜΠΛΟΥΜ!

Μίλτος Σκούρας

ΘΑ ΚΑΝΕΤΕ ΕΛΕΓΧΟ ΛΕΠΤΟΥ
ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ
ΚΑΨΟΥΛΑ;



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. Καστονακόκκινο, ελλειψοειδές, επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο, που φέρει χαραγή στη μία όψη με την ένδειξη S476. **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΗΓΟΡΙΕΣ** **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 ελαχίστης 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 σπάνιας σοβαρές διαταραχές του αίματος μετά από θεραπεία με μεσαλαζίνη. Εάν ο ασθενής παρουσιάσει ανεξήγητη αιμορραγία, μώλωπες, πορφύρα, αναμία, πυρετό ή κινάγχη, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν αιματολογικές εξετάσεις. Εάν υπάρχει υποψία διαταραχής 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 ασθενούς 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 υπάρχουν 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*, Απλάστική αναμία*, Λευκοπενία*, Ουδετεροπενία*, Παγκυτταροπενία* **Διαταραχές του νευρικού συστήματος** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Κεφαλαλγία Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Ζάλη, Υπνηλία, Τρόμος Μη γνωστές Νευροπάθεια* **Διαταραχές του ωτός και λαβυρίνθου** Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Ωταλγία **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 μεσοθωράκιου** Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Φαρυγγολαρυγγικός πόνος Μη γνωστές Πνευμονίτιδα, εξ υπερευαισθησίας (συμπεριλαμβανομένης διάμεσης πνευμονίας, αλλεργικής κυψελίτιδας, ηωσινοφιλικής πνευμονίας)* Βρογχόσπασμος* **Διαταραχές του γαστρεντερικού** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Διάταση της κοιλίας Κοιλιακό άλγος, Διάρροια, Δυσπεψία, Έμετος, Μετεωρισμός, Ναυτία Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Κολίτιδα, Παγκρεατίτιδα, Πολύποδας του ορθού **Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας μη φυσιολογικές (π.χ. ALT, AST, γοταμυνίλη) Μη γνωστές Ηπατίτιδα*, Χολολιθίαση* **Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Κνησμός, Εξάνθημα Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Ακνη, Αλωπεκία, Κνίδωση Μη γνωστές Αγγειοοίδημα* **Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Αρθραλγία που σχετίζεται με μυαλγία, Οσφυαλγία Μη γνωστές Σύνδρομο προομοιοειδών με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο* **Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών** Μη γνωστές Διάμεση νεφρίτιδα*, Νεφρικό σύνδρομο* **Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης** Συχνές (≥1/100 έως <1/10) Αθρόνεια, 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 νεφροτοξικότητας, προκαλούμενης από τη μεσαλαζίνη, σε ασθενείς που εμφανίζουν νεφρική δυσλειτουργία 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 ΔΙΑΚΗΝΗ ΤΙΜΗ:** MEZAVANT 1200MG/TAB ΒΤx60: 79,65€

Shire

Για περαιτέρω πληροφορίες απευθυνθείτε στη Genesis Pharma

GENESIS
pharma

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