

# ενδοσκοπήσεις

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

30

Κοιτώντας  
την παλέτα

Κλωστρίδιο Difficile (CD) :  
Διάγνωση και Θεραπεία

Ιατρική και Ύβρις

Best of εξωσκοπήσεις



# Zurcazol<sup>®</sup>

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



Το πρώτο τεύχος των Ενδοσκοπήσεων κυκλοφόρησε τον Ιούλιο του 2006, μετά από ένα χρόνο προετοιμασίας. Η αρχική ιδέα, όπως και ο συντονισμός της αρχικής έκδοσης ανήκε αποκλειστικά στον Αντώνη Ζερβακάκη: *“...Ας κάνουμε κάτι διαφορετικό από την άσκηση της Ιατρικής στον ελεύθερο χρόνο μας. Ας γίνουμε πεζογράφοι, ποιητές, δημοσιογράφοι. Ας βρούμε νέους τρόπους επικοινωνίας...”*

Η ανάγκη επικοινωνίας των γαστρεντερολόγων ήταν η βάση πάνω στην οποία σμιλεύτηκε αυτό το περιοδικό. Έτσι, στον αρχικό του σχεδιασμό, διαμορφώθηκαν στήλες για επικοινωνία με τους γαστρεντερολόγους σε όλη την Ελλάδα, με τους ασθενείς μας, με συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων, με τους αντιπροσώπους της φαρμακοβιομηχανίας και της τεχνολογίας. Στην πορεία επικοινωνήσαμε για θέματα επαγγελματικά, επιστημονικά και ποικίλης ύλης. Ό,τι απασχολούσε τη σκέψη και μπορούσε να γίνει γραπτό κείμενο ήταν ευπρόσδεκτο. Γιατί όταν μοιραζόμαστε ελεύθερα τις σκέψεις μας γινόμαστε καλύτεροι...

Αρωγοί στην υλοποίηση της ιδέας πολλοί... Το ΔΣ της ΕΠΕΓΕ προσφέρει πάντα ουσιαστική στήριξη, οι συντακτικές επιτροπές και οι θεματικοί συντάκτες αποτελούν τον κορμό του κάθε τεύχους, οι συνεργάτες του δημιουργικού είναι ακούραστοι συνοδοιπόροι, οι προσφορές των χορηγών είναι ανεκτίμητες. Η δυναμική της ομάδας ήταν αυτή που έκανε σε πολλές δύσκολες στιγμές της έκδοσης το αποτέλεσμα να μην είναι απλά αθροιστικό, αλλά πολλαπλάσιο των προσφορών.

Μετά από τριάντα τεύχη ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ η ιδέα και η υλοποίησή της είναι δεδομένα. Αυτό που θα μπορούσε κάποιος να ελπίζει και να ευχηθεί είναι η δημιουργική συνέχεια και η διαχρονικότητα. Η επιλογή της νέας συντακτικής επιτροπής είναι σίγουρο ότι θα το εξασφαλίσει.

Η συνέχεια στο επόμενο τεύχος...

**Νικολέττα Μάθου**



## Περιεχόμενα

|                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ .....                                               | <b>03</b> |
| ΝΕΑ & ΕΠΙΚΑΙΡΑ .....                                               | <b>06</b> |
| ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΣΕΞΙΑΤΕ; .....                                          | <b>08</b> |
| Βιβλιογραφική ενημέρωση                                            |           |
| ΑΝΑΣΚΟΠΩΝΤΑΣ ΕΝΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ .....                                   | <b>10</b> |
| Βιβλιογραφική ενημέρωση                                            |           |
| ΣΥΝΕΔΡΙΑ .....                                                     | <b>14</b> |
| Ολοκληρώθηκε το 2ο διεθνές σεμινάριο επεμβατικής γαστρεντερολογίας |           |



## Περιεχόμενα

|                                                   |           |
|---------------------------------------------------|-----------|
| ΣΥΝΕΔΡΙΑ .....                                    | <b>16</b> |
| Agenda 2014                                       |           |
| ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ .....                                | <b>18</b> |
| Κλωστηρίδιο Difficile (CD): Διάγνωση και Θεραπεία |           |
| ΕΞΩΣΚΟΠΗΣΕΙΣ .....                                | <b>22</b> |
| ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΘΕΜΑ .....                               | <b>32</b> |
| Ιατρική και Ύβρις                                 |           |
| ΤΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ ΑΠΟ ΜΕΣΑ .....                        | <b>34</b> |

Ταυτότητα

### Ιδιοκτήτης:

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

### Εκδότης & Υπεύθυνος παρά τω νόμω:

Πρόεδρος ΕΠ.Ε.Γ.Ε.: Παναγιώτης Κασαπίδης

### Έδρα:

Λ. Δημοκρατίας 67, 15451, Αθήνα  
Τηλ.: 210 6727531-3  
Fax: 210 6727535  
Website: [www.epege.gr](http://www.epege.gr)  
e-mail: [contact@epege.gr](mailto:contact@epege.gr)

### Διευθυντής σύνταξης:

Μάθου Νικολέττα

### Συντακτική Επιτροπή:

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

### Δ.Σ. ΕΠΕΓΕ:

Πρόεδρος: Παναγιώτης Κασαπίδης  
Αντιπρόεδρος: Μανώλης Συμβουλάκης  
Γεν. Γραμματέας: Νάγια Μπομπούτσι  
Ειδ. Γραμματέας: Μαρία Μυλωνάκη  
Ταμίας: Αγγελική Χρηστίδου

Μέλη: Χάρης Τσιώνης, Κων/νος Ζωγράφος  
Γραμματεία: Γενοδοπούλου 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



## Τεύχος 30

Το τεύχος που έφτασε στα χέρια σας είναι το τελευταίο που κυκλοφορεί υπό την διεύθυνση της κ. Νικολέττας Μάθου. Μετά από μια μακρόχρονη πορεία δημιουργικής προσφοράς αποχωρεί από τη διεύθυνση σύνταξης και τη σκυτάλη παραλαμβάνει η κ. Μαρία Μυλωνάκη.

Όλα αυτά τα χρόνια το περιοδικό διατηρεί μια καταξιωμένη θέση στη γαστρεντερολογική κοινότητα και βρίσκεται δίπλα σας με ενδιαφέροντα επαγγελματικά, επιστημονικά και ποικίλης ύλης θέματα, χάρη στις επίμονες και ακούραστες προσπάθειες, τόσο της Ν. Μάθου όσο και της λοιπής συντακτικής επιτροπής.

Θα διαβάσατε στο προηγούμενο τεύχος, στις αγαπημένες μας «Εξωσκοπήσεις», τον αποχαιρετισμό του κ. Αντώνη Κογεβίνα. Η εμπνευσμένη αυτή στήλη, εξ ολοκλήρου προσωπική δημιουργία του κ. Κογεβίνα, αποτελούσε δυναμικό πόλο έλξης όλων μας.

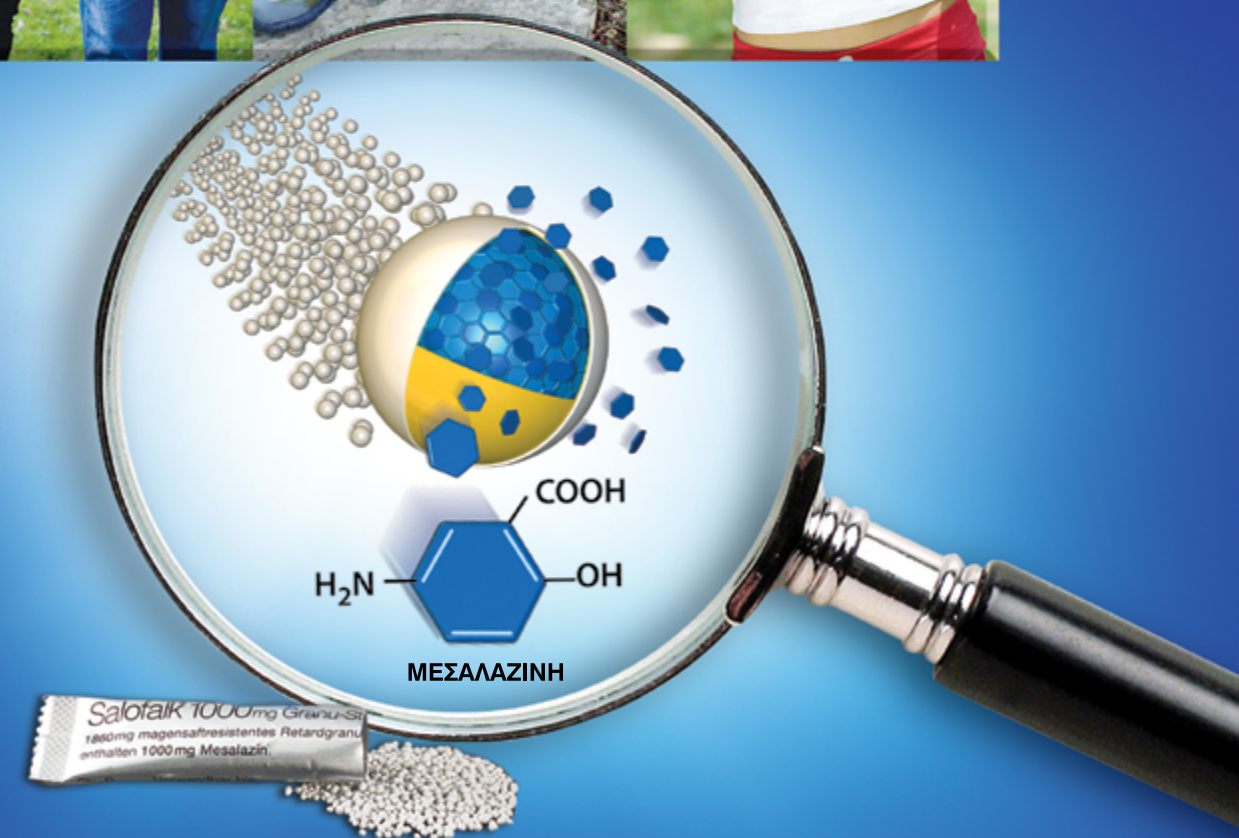
Ένα απλό ευχαριστώ δεν είναι αρκετό για την αναγνώριση της προσφοράς τους, αλλά το οφείλουμε στα μέλη που αποχωρούν, ευχόμενοι κάθε επιτυχία στη νέα διευθύντρια σύνταξης. Δεν είναι ποτέ περιττό να τονίσουμε ότι, κάθε ενδιαφερόμενος να συμμετέχει στη συντακτική επιτροπή ή να προτείνει νέες ιδέες είναι ευπρόσδεκτος.

Η νέα διημερίδα της ΕΠΕΓΕ για το 2014 θα αφορά στην « Πρόληψη στη Γαστρεντερολογία» με πρόεδρο τον κ. Θ. Ροκκά στις 27-28 Σεπτεμβρίου.

Το νέο Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΠΕΓΕ αναγνωρίζει τη σημαντικότητα της επικοινωνίας μέσω της ιστοσελίδας. Το διαδίκτυο αποτελεί τον πλέον σύγχρονο τρόπο ενημέρωσης και διακίνησης ιδεών. Θα δοθεί, έτσι ιδιαίτερη βαρύτητα στον τομέα αυτό και σας καλούμε να συμμετέχετε ενεργά. Προς την ίδια κατεύθυνση κινείται και η απόφαση του ΔΣ να δημιουργήσει ένα Forum μέσω μιας αναβαθμισμένης ιστοσελίδας, όπου θα είναι πιο εύκολη η επικοινωνία μεταξύ μας, η ανταλλαγή ιδεών και η ενεργητική παρουσία της ΕΠΕΓΕ.

ΤΟ ΔΣ της ΕΠΕΓΕ συμμετέχει ενεργά στις συσκέψεις - δραστηριότητες της πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συνδέσμων Κλινικοεργαστηριακών Ειδικοτήτων (ΠΟΣΚΕ) και του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, όσον αφορά στα τρέχοντα επαγγελματικά μας θέματα (ΕΟΠΥΥ, ΠΦΥ, κτλ). Κάθε σημαντική εξέλιξη θα σας κοινοποιείται μέσω της ιστοσελίδας. Είναι αυτονόητο ότι κάθε θέμα που σας απασχολεί μπορεί και πρέπει να φτάνει στο ΔΣ της ΕΠΕΓΕ.

# 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





## Αυτό το προσέξατε;

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Παντελής Σκλάβος

***Outcomes of repeat colonoscopy in patients with polyps referred for surgery without biopsy-proven cancer. S. Friedland, S. Banerjee, R. Kochar, A. Chen and A. Shelton. Gastrointest Endosc 2014;79:101-7.***

**Οι περισσότεροι μη καρκινωμάτιοι πολύποδες που παραπέμπονται κατευθείαν στους χειρουργούς, μπορούν να αφαιρεθούν ενδοσκοπικά.**

Αναμφίβολα, η αξία της προληπτικής κολονοσκόπησης οφείλεται κατά κύριο λόγο στη δυνατότητα ενδοσκοπικής αφαίρεσης προκαρκινωματώδων πολυπόδων. Εκτός του κινδύνου αιμορραγίας ή διάτρησης ή της πιθανότητας τοπικής υποτροπής, η ενδοσκοπική πολυποδεκτομή κάποιες φορές (εξαιτίας του μεγάλου μεγέθους ενός πολύποδα ή λόγω της επίπεδης μορφολογίας του ή λόγω της εντόπισής του πίσω από πτυχές ή επί της ειλεοτυφλικής βαλβίδας ή ακόμη λόγω της ίνωσης που μπορεί να οφείλεται σε μια προηγούμενη ανεπιτυχή προσπάθεια αφαίρεσης) κρίνεται τεχνικά δυσχερές.

Ακόμη και χωρίς τη λήψη βιοψιών συχνά τέτοιοι πολύποδες παραπέμπονται κατευθείαν στους χειρουργούς. Αν και πολλές προηγούμενες μελέτες έδειξαν πως πλέον η αφαίρεση επίπεδων πολυπόδων με τη μέθοδο της EMR είναι όχι μόνο εφικτή αλλά και ασφαλής, φαίνεται πως η απουσία εμπειρίας ή η απροθυμία του ενδοσκόπου να αντιμετωπίσει θαρραλέα έναν τέτοιο πολύποδα οδηγεί στη λήψη της παραπάνω απόφασης. Εύλογα τίθεται το ερώτημα πόσοι τέτοιοι πολύποδες θα μπορούσαν να αφαιρεθούν σε ένα εξειδικευμένο κέντρο παρακάμπτοντας έτσι τους κινδύνους μιας χειρουργικής επέμβασης ιδίως σε ασθενείς με συνοδά καρδιαγγειακά ή αναπνευστικά νοσήματα.

Στη παραπάνω μελέτη, σε 36 ασθενείς (με συνολικά 38 πολύποδες) είχε συστηθεί αρχικά η χειρουργική επέμβαση. Το μέσο μέγεθος των πολυπόδων ήταν  $40 \pm 18$  mm και σε 10 ασθενείς είχε προηγηθεί ανεπιτυχής προσπάθεια ενδοσκοπικής αφαίρεσης κυρίως με EMR. Σχεδόν το 30% εξ αυτών είχε ελαφρά ανυψωμένη μη πολυποειδή εμφάνιση (Paris O-IIa) και το 55% επίπεδη (Paris O-Is) ενώ υψηλόβαθμη δυσπλασία (HGD) παρουσίαζε το 26% των βλαβών.

Κατά τη διάρκεια της επαναληπτικής κολονοσκόπησης σε εξειδικευμένο κέντρο αφαιρέθηκαν ενδοσκοπικά (με συνδυασμό EMR και APC) οι 30 από τις 38 βλάβες. Διηθητικό καρκίνωμα ανέδειξαν τρία από τα 30 ιστολογικά δείγματα και οι αντίστοιχοι ασθενείς υποβλήθη-

καν σε χειρουργική εκτομή. Έξι από τις 8 βλάβες που δεν αφαιρέθηκαν ενδοσκοπικά, είχαν ενδοσκοπικά χαρακτηριστικά διηθητικού καρκίνου, που επαληθεύτηκε ιστολογικά στις 4 από αυτές ενώ οι υπόλοιπες 2 περιείχαν HGO. Επίσης δύο ακόμη βλάβες δεν αφαιρέθηκαν ενδοσκοπικά για τεχνικούς λόγους (μία βλάβη με επέκταση στην ειλεοτυφλική βαλβίδα και σημαντική ίνωση και μία εξαιρετικά ευμεγέθους βλάβη που καταλάμβανε πάνω από το ήμισυ της περιφέρειας του τυφλού και του ανιόντος).

Δύο από τους 36 ασθενείς εισήχθησαν για παρακολούθηση (ο ένας λόγω κοιλιακού άλγους και ο άλλος μετά από ενδοσκοπική σύγκλειση βαθέως τοιχωματικού ελλείμματος στο σημείο της πολυποδεκτομής). Μικρή απώλεια αίματος ανέφεραν τηλεφωνικά δύο ακόμη ασθενείς. Τοπική υποτροπή μπορεί να παρατηρήθηκε στο 50% των πολυπόδων που αφαιρέθηκαν με EMR, όλες όμως αντιμετωπίστηκαν ενδοσκοπικά με απόλυτη επιτυχία.

***Risk of surgery for Inflammatory Bowel Diseases has decreased over time: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. A.D. Frøkles, J. Dykeman, M. E. Negron et al. Gastroenterology 2013;145:996-1006.***

**Η πιθανότητα χειρουργικής επέμβασης στους ασθενείς με IBD έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια.**

Πρόσφατη ανασκόπηση καθορίζει τη συχνότητα εμφάνισης των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου (IBD) στις δυτικές κοινωνίες, στο 0,5% του γενικού πληθυσμού. Δεδομένης της συνεχώς αυξανόμενης συχνότητας των IBD (ιδίως σε κάποιες περιοχές), αλλά και της ηλικίας αρχικής διάγνωσης στη πλειοψηφία των ασθενών (εφηβεία και πρώιμη ενήλικη ζωή) και της φυσικής ιστορίας των νοσημάτων αυτών (μακροχρόνια πορεία, αυξημένη νοσηρότητα, μειωμένη θνητότητα), αναμένεται μια προσοδευτική επιβάρυνση του συστήματος υγείας πολλών κρατών. Οι ΗΠΑ ανεβάζουν το ετήσιο κόστος περίθαλψης ασθενών με IBD σε 6,1 δισεκατομμύρια \$, με το ένα-τρίτο αυτού να αφορά νοσηλείες σε νοσοκομείο. Επιπλέον, οι μισές νοσηλείες φαίνεται να σχετίζονται με χειρουργικές επεμβάσεις (κυρίως εκτομές του εντέρου), γεγονός που επηρεάζει σημαντικά τη μετεγχειρητική νοσηρότητα, θνητότητα, ποιότητα ζωής και

ικανότητα για εργασία. Τα τελευταία 25 χρόνια η θεραπεία των IBD έχει αλλάξει, το αποτέλεσμα όμως, της ευρείας χορήγησης ανοσοκατασταλτικών ή των anti-TNF παραγόντων στη μείωση του χειρουργικού κινδύνου των ασθενών με IBD, παραμένει αμφιλεγόμενη. Η παραπάνω συστηματική μετα-ανάλυση αξιολόγησε δεδομένα προερχόμενα από 30 κλινικές μελέτες εκτιμώντας τον χειρουργικό κίνδυνο ασθενών με IBD, ένα, πέντε και δέκα χρόνια μετά την αρχική διάγνωση. Διαπιστώθηκε πως κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών η πιθανότητα μιας χειρουργικής επέμβασης σε ασθενείς με νόσο του Crohn έχει μειωθεί σημαντικά, ενώ στατιστικά σημαντική είναι και η μείωση που παρατηρήθηκε σε ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα στον πρώτο και στο δέκατο χρόνο από τη διάγνωση. Αντιθέτως, η μείωση του κινδύνου στα πέντε χρόνια από τη διάγνωση της Ελκώδους Κολίτιδας δεν ήταν στατιστικά σημαντική, υποδεικνύοντας ως υπεύθυνη τη κυριότερη ένδειξη για κολεκτομή τη περίοδο αυτή, την κορτικοεξάρτηση της νόσου.

Παρά το γεγονός, πως σκοπός της μετα-ανάλυσης δεν ήταν να καθοριστούν οι λόγοι που οδήγησαν στη μείωση αυτή, διαπιστώθηκε πως η μείωση του χειρουργικού κινδύνου ασθενών με IBD σχετίζεται με τη πρώιμη χορήγηση ανοσοτροποποιητικών παραγόντων ή anti-TNF. Η παρατηρούμενη μείωση μπορεί επίσης να αποδοθεί στη δυνατότητα πρωιμότερης διάγνωσης της νόσου, στην εναρμόνιση των θεραπόντων στις κατευθυντήριες οδηγίες, στη συνεχή ιατρική εκπαίδευση στις φλεγμονώδεις εντεροπάθειες αλλά και σε στροφή της αντιμετώπισης των IBD από τους χειρουργούς στους γαστρεντερολόγους.

***Cold snare polypectomy vs Cold forceps polypectomy using double-biopsy technique for removal of diminutive colorectal polyps: a prospective randomized study. C. K. Lee, J. J. Shim, and J. V. Jang. Am J Gastroenterol 2013; 108:1593-1600.***

**Η εκτομή μικροσκοπικών πολυπόδων χωρίς τη χρήση διαθερμίας είναι αποτελεσματικότερη με βρόγχο παρά με λαβίδα βιοψίας.**

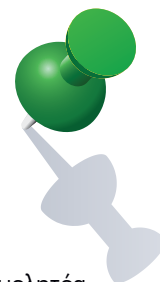
Η ενδοσκοπική αφαίρεση μικροσκοπικών πολυπόδων (μεγέθους 1-5 mm) αποτελεί καθημερινή τακτική όλων των ενδοσκόπων καθώς οι πολύποδες αυτού του μεγέθους αποτελούν το 70-80% όλων των πολυπόδων. Η πιθανότητα ύπαρξης προχωρημένης νεοπλασίας σε τέτοιους πολύποδες θεωρείται εξαιρε-

τικά μικρή (1%) και η κακοήθης εξαλλαγή αμελητέα, αν και μερικές πρόσφατες μελέτες έχουν αναφέρει την διαπίστωση προχωρημένων ιστολογικών χαρακτηριστικών στο 9-10% των μικροσκοπικών πολυπόδων. Δεδομένου του σημαντικά μεγάλου απόλυτου αριθμού των μικροσκοπικών πολυπόδων, η πλήρης ενδοσκοπική αφαίρεση αλλά και η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου με σκοπό την πλήρη αφαίρεση αποκτά ιδιαίτερη σημασία.

Η εκτομή με θερμές μεθόδους (βρόγχους ή λαβίδα βιοψίας) τέτοιων πολυπόδων εξακολουθεί ακόμη και σήμερα να είναι δημοφιλής αλλά εφαρμόζεται ολοένα και λιγότερο συχνά εξαιτίας σημαντικών μειονεκτημάτων (ανεπαρκής ιστολογική εκτίμηση, αυξημένος κίνδυνος επιπλοκών) με αποτέλεσμα να κερδίζει έδαφος η επιλογή ψυχρών μεθόδων (χωρίς χρήση διαθερμίας).

Αντικείμενο της μελέτης αυτής αποτελεί, η συγκριτική αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας των δύο ψυχρών μεθόδων. Πενήντα εννέα πολύποδες σε 26 άτομα (από τα 54 που περιελάμβανε η μελέτη) αφαιρέθηκαν με βρόγχο (CSP): σύλληψη του πολύποδα με 1 έως λίγα mm περιβάλλοντος φυσιολογικού βλενογόνου μετά από μικρή αναρρόφηση αέρα από τον εντερικό αυλό και διατομή του πολύποδα χωρίς την εφαρμογή διαθερμίας και χωρίς τάση. Για την αφαίρεση παρόμοιου αριθμού πολυπόδων (58), στα υπόλοιπα 28 άτομα της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε λαβίδα βιοψίας (CFP) μέγιστου εύρους 7,3 mm και με κεντρική ακίδα: λήψη δύο διαδοχικών βιοψιών ανά πολύποδα. Μετά την πολυποεκτομή το σημείο εκτομής πλύθηκε με φυσιολογικό ορό και η αποτελεσματικότητά της εκτιμήθηκε ενδοσκοπικά από άλλον ανεξάρτητο ενδοσκόπο. Στο τέλος, δύο ή περισσότερα δείγματα ελήφθησαν από τη βάση και τα όρια του σημείου πολυποδεκτομής και εστάλησαν σε ξεχωριστά φιαλίδια.

Ο μέσος χρόνος που απαιτήθηκε για την αφαίρεση ενός πολύποδα ήταν σημαντικά βραχύτερος στην ομάδα CSP σε σχέση με την ομάδα CFP (14,29 s VS 22,03 s). Στην ομάδα CFP ανακτήθηκαν όλοι οι πολύποδες ενώ 6,8% των πολυπόδων της ομάδας CSP «χάθηκε» μετά την πολυποδεκτομή. Το μέσο μέγεθος των ιστολογικών δειγμάτων που ελήφθησαν με CSP ήταν 6,58 mm ενώ τα αντίστοιχα με CFP ήταν 3,38 mm του πρώτου δείγματος και 2,44 mm του δεύτερου. Τα ποσοστά πλήρους αφαίρεσης ήταν σημαντικά υψηλότερα στην ομάδα CSP σε σχέση με την ομάδα CFP (93,2% vs 7~,9%).



## Αυτό το προσέξατε;

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ



Τα άρθρα που περιλαμβάνονται στο πρώτο τεύχος του 2014 στο **Nature Reviews – Key Advances in Medicine** είχαν αρχικά δημοσιευθεί online και στα τεύχη του Φεβρουαρίου του 2014 στα οκτώ κλινικά **Nature Reviews** περιοδικά. Στα άρθρα αυτά γίνεται σύντομη ανασκόπηση όλων των σημαντικότερων εξελίξεων του 2013. Ειδικοί κάλυψαν συνοπτικά τη πρόσφατη βιβλιογραφία, σχολίασαν τις εξελίξεις και περιέλαβαν μία λίστα από σημαντικά, προτεινόμενα για ανάγνωση, άρθρα. Συγκεκριμένα, για την Γαστρεντερολογία & Ηπατολογία επιλέχθηκαν για σχολιασμό και ανασκόπηση τα παρακάτω θεματικά πεδία, ως αντιπρόσωποι των σπουδαιότερων εξελίξεων το 2013. Για περισσότερη ενημέρωση ανατρέξτε στο <http://www.nature.com/reviews/>

### 1. HCV IN 2013

*HCV causes systemic disorders that can be cured - Francesco Negro*

**Η λοίμωξη από τον HCV προκαλεί συστηματικά νοσήματα που μπορούν να θεραπευθούν**

Η επιτυχής αντιική θεραπεία μειώνει την επίπτωση των εξωηπατικών εκδηλώσεων του HCV (πίνακας 1). Η παρουσία των νέων ιδιαίτερα αποτελεσματικών θεραπευτικών σχημάτων μπορεί να οδηγήσει στην επέκταση των θεραπευτικών ενδείξεων, σε ασθενείς υψηλού κινδύνου ανάπτυξης εξωηπατικών, σχετιζόμενων με τον HCV, νοσημάτων, ανεξάρτητα από την βαρύτητα της υποκείμενης ηπατικής νόσου.

| Πίνακας 1. Εξωηπατικά νοσήματα σχετιζόμενα με τον HCV |
|-------------------------------------------------------|
| Μικτή κρυοσφαιριναιμία                                |
| Σύνδρομο ινομυαλγίας                                  |
| Πολυαρθρίτιδα                                         |
| Non-Hodgkin B-cell λέμφωμα                            |
| Ινσουλινοαντοχή ή/και τύπου 2 Σακχαρώδης Διαβήτης     |
| Mooren-type ελκωτική κερατίτιδα                       |
| Δυσλειτουργία μυοκαρδίου                              |
| Μεμβρανουπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα              |
| Σύνδρομο Sicca syndrome                               |
| Γνωσιακή δυσλειτουργία                                |

### REFERENCES

- Younossi, Z. M., Stepanova, M., Nader, F., Younossi, Z. & Elsheikh, E. Associations of chronic hepatitis C with metabolic and cardiac outcomes. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 37, 647–652 (2013).
- Kakinami, L. et al. Risk of cardiovascular disease in HIV, hepatitis C, or HIV/hepatitis C patients compared to the general population. *Int. J. Clin. Pract.* 67, 6–13 (2013).
- Hsu, C. S. et al. Interferon-based therapy reduces risk of stroke in chronic hepatitis C patients: a population-based cohort study in Taiwan. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 38, 415–423 (2013).
- Hsu, Y. C. et al. Antiviral treatment for hepatitis C virus infection is associated with improved renal and cardiovascular outcomes in diabetic patients. *Hepatology* <http://dx.doi.org/10.1002/hep.26892>.

### 2. FAECAL MICROBIOTA TRANSPLANTATION IN 2013

*Developing human gut microbiota as a class of therapeutics - Alexander Khoruts*

**Χρησιμοποίηση στη θεραπευτική φαρέτρα της ανθρώπινης μικροχλωρίδας κοπράνων**

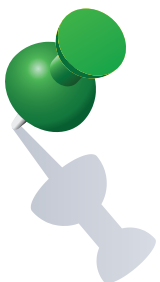
Παρόλο που η ιδέα της μεταμόσχευσης κοπράνων είναι παλιά, μόνο με την ανάπτυξη της τεχνολογίας είμαστε σε θέση να αναπτύξουμε συστηματικά τη νέα αυτή θεραπευτική κατηγορία.

### KEY MESSAGES

- Η ευρεία χρήση των αντιβιοτικών συνέβαλε στην εμφάνιση ιδιαίτερα παθογόνων στελεχών του *Clostridium difficile*, που γρήγορα εξαπλώθηκαν σε όλο τον κόσμο.
- Η μεταμόσχευση κοπράνων φαίνεται ότι αποκαθιστά τη μικροβιακή οικολογία του εντέρου, και είναι ανώτερη από τα αντιβιοτικά για τη θεραπεία ασθενών με υποτροπιάζουσα λοίμωξη από *C. Difficile*.
- Αναμένεται η μεταμόσχευση ανθρώπινης μικροχλωρίδας κοπράνων να αποτελέσει μια νέα κατηγορία φαρμάκων για τη θεραπεία της λοίμωξης από *C. difficile* και άλλων καταστάσεων που σχετίζονται με τη διαταραχή της μικροβιακής ισορροπίας του εντέρου.

### REFERENCES

- van Nood, E. et al. Duodenal infusion of donor feces for recurrent *Clostridium difficile*. *N. Engl. J. Med.* 368, 407–415 (2013).
- He, M. et al. Emergence and global spread of epidemic



- healthcare-associated *Clostridium difficile*. *Nat. Genet.* 45, 109–113 (2013).
- Eyre, D. W. et al. Diverse sources of *C. difficile* infection identified on whole-genome sequencing. *N. Engl. J. Med.* 369, 1195–1205 (2013).
- Petrof, E. O. et al. Stool substitute transplant therapy for the eradication of *Clostridium difficile* infection: 'RePOOPulating' the gut. *Microbiome* 1, 1–12 (2013).
- Kunde, S. et al. Safety, tolerability, and clinical response after fecal transplantation in children and young adults with ulcerative colitis. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 56, 597–601 (2013).
- Angelberger, S. et al. Temporal bacterial community dynamics vary among ulcerative colitis patients after fecal microbiota transplantation. *Am. J. Gastroenterol.* 108, 1620–1630 (2013).

### 3. COELIAC DISEASE IN 2013

*New insights in dietary-gluten-induced autoimmunity - Katri Kaukinen and Markku Mäki*

**Νεότερα δεδομένα στην αυτοανοσία που σχετίζεται με τη λήψη γλουτένης**

Η κοιλιοκάκη οφείλεται στη δυσανεξία έναντι της γλουτένης που περιέχεται στο σιτάρι, στη σίκαλη και στο κριθάρι και αποτελεί μια από τις πιο συχνές διαβίου διαταραχές στις δυτικές χώρες που σχετίζονται με τη διατροφή. Το 2013 έχουν προκύψει νέες γνώσεις σχετικά με την κλινική ποικιλομορφία της κοιλιοκάκης και περαιτέρω λεπτομέρειες σχετικά με τις αυτοάνοσες πτυχές της. Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες, έχουν αναδείξει την κοιλιοκάκη σε ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα υγείας, το οποίο αφορά, με πρόσφατες εκτιμήσεις, στο 1% του πληθυσμού παγκοσμίως. Πράγματι, η κοιλιοκάκη συχνά παραμένει αδιάγνωστη και υποστηρίζεται σαφώς η ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση από προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Ωστόσο, αν πραγματικά ασυμπτωματικοί ασθενείς με κοιλιοκάκη θα επωφεληθούν από τον έλεγχο και κατά πόσον θα ήταν αυτό αποδοτικό παραμένει ασαφές.

### KEY MESSAGES

- Η σταδιακή εισαγωγή τροφίμων που περιέχουν γλουτένη σε βρέφη κατά τη διάρκεια του εν εξελίξει θηλασμού, θα μπορούσε να τροποποιήσει το εντερικό ανοσοποιητικό σύστημα και να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης κοιλιοκάκης σε γενετικά προδιατε-

- θειμένα άτομα.
- Τα ειδικά αντισώματα στην κοιλιοκάκη που πυροδοτούνται από τη γλουτένη μπορεί να έχουν βιολογικές λειτουργίες. Η παρουσία TG2 θετικών αυτοαντισωμάτων στη μπτέρα κατά τη διάρκεια της κύησης, ενδέχεται να σχετίζεται με καθυστερημένη ανάπτυξη του εμβρύου και μειωμένο βάρος του πλακούντα ανεξάρτητα από τη διατροφική κατάσταση της μπτέρας.
- Ο χαρακτηρισμός της πρόσδεσης των TG2 αυτοαντισωμάτων της κοιλιοκάκη έχει δώσει γνώσεις σχετικά με τους μηχανισμούς που ελέγχουν το σχηματισμό των αυτοαντισωμάτων TG2 στην κοιλιοκάκη.
- Η επούλωση του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου μετά την έναρξη δίαιτας ελεύθερης γλουτένης πρέπει να είναι ο στόχος της θεραπείας για την κοιλιοκάκη.

### REFERENCES

- Ivarsson, A. et al. Prevalence of childhood celiac disease and changes in infant feeding. *Pediatrics* 131, e687–e694 (2013).
- Kiefte-de Jong, J. C. et al. Levels of autoantibodies against tissue transglutaminase during pregnancy are associated with reduced fetal weight and birth weight. *Gastroenterology* 144, 726–735 (2013).
- Iversen, R. et al. Transglutaminase 2-specific autoantibodies in celiac disease target clustered, N-terminal epitopes not displayed on the surface of cells. *J. Immunol.* 190, 5981–5991 (2013).
- Lebowitz, B. et al. Mucosal healing and risk for lymphoproliferative malignancy in celiac disease. A population based cohort study.

### 4. BARRETT OESOPHAGUS IN 2013

*Risk stratification and surveillance in Barrett oesophagus - Emmanuel C. Gorospe and Kenneth K. Wang*

**Διαστρωμάτωση του κινδύνου και επιτήρηση στον οισοφάγο Barrett**

Κατά τη διάρκεια του 2013, τα αποτελέσματα αρκετών μελετών έχουν συμβάλει στην περαιτέρω κατανόηση της παθογένειας, των αποτελεσμάτων της θεραπείας και της επιτήρησης του οισοφάγου Barrett. Η επίμονη διαπίστωση στην επιτήρηση, μη δυσπλαστικού οισοφάγου Barrett, σχετίζεται με χαμηλό κίνδυνο κακοήθους εξέλιξης, ενώ η αναγνώριση δυσπλαστικού οισοφάγου Barrett, απαιτεί συνεχή και εντατικοποιη-





# Ανασκοπώντας ένα περιοδικό

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

μένη επίβλεψη. Για να είναι αποτελεσματική η επιτήρηση στον οισοφάγο Barrett θα πρέπει να βρεθούν νέοι, αποτελεσματικοί τρόποι αναγνώρισης ασθενών υψηλού κινδύνου.

### KEY MESSAGES

- Η κεντρική παχυσαρκία σχετίζεται με αυξημένη έκθεση στο γαστρικό οξύ του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα και του βλεννογόνου της καρδιάς του στομάχου, η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει σε ασυμπτωματικό τραυματισμό του πλακώδους επιθηλίου στη γαστροοισοφαγική συμβολή.
- Η νεαρότερη ηλικία κατά την έναρξη επίμονων συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση συσχετίστηκε με τον κίνδυνο ανάπτυξης οισοφάγου Barrett, ανεξάρτητα από τη συνολική διάρκεια των συμπτωμάτων παλινδρόμησης.
- Σε μία πολυκεντρική αναδρομική ανάλυση, η επίμονη διαπίστωση μη δυσπλαστικού οισοφάγου Barrett σε βιοψίες επιτήρησης, συσχετίστηκε με μειωμένο κίνδυνο εξέλιξης σε κακοήθεια.
- Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία δυσπλαστικού οισοφάγου Barrett με καυτηρίαση με ραδιοσυχνότητες (radiofrequency ablation) απαιτείται συνεχής επιτήρηση, λόγω του σημαντικού κινδύνου υποτροπής εντός 2 ετών από την επίτευξη υποστροφής της εντερικής μετάπλασης.
- Οι τρέχουσες στρατηγικές ενδοσκοπικής επιτήρησης που εφαρμόστηκαν σε μια μελέτη στην κοινότητα δεν απέδειξαν μειωμένη θνησιμότητα από αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου. Νέοι τρόποι προσέγγισης του προβλήματος χρειάζονται για να βελτιστοποιήσουν τα αποτελέσματα στην επιτήρηση του οισοφάγου Barrett.

### REFERENCES

- Robertson, E. V. et al. Central obesity in asymptomatic volunteers is associated with increased intrasphincteric acid reflux and lengthening of the cardiac mucosa. *Gastroenterology* 145, 730–739 (2013).
- Thrift, A. P., Kramer, J. R., Qureshi, Z., Richardson, P. A. & El-Serag, H. B. Age at onset of GERD symptoms predicts risk of Barrett's esophagus. *Am. J. Gastroenterol.* 108, 915–922 (2013).
- Gaddam, S. et al. Persistence of nondysplastic Barrett's esophagus identifies patients at lower risk for esophageal adenocarcinoma: results from a large multicenter cohort. *Gastroenterology* 145, 548–553 (2013).
- Gupta, M. et al. Recurrence of esophageal intestinal metaplasia after endoscopic mucosal resection and radiofrequency ablation of Barrett's esophagus: results from a US Multicenter Consortium. *Gastroenterology* 145, 79–86 (2013).

- Corley, D. A. et al. Impact of endoscopic surveillance on mortality from Barrett's esophagus-associated esophageal adenocarcinomas. *Gastroenterology* 145, 312–319 (2013).

### 5. IBD IN 2013

#### *Enriching the therapeutic armamentarium for IBD - Silvio Danese and Laurent Peyrin-Biroulet*

#### *Εμπλουτίζοντας τη θεραπευτική φαρέτρα των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου (ΙΦΝΕ)*

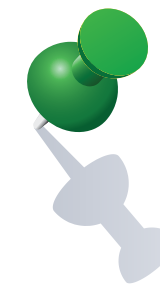
Είναι καθολικά παραδεκτό ότι η έλευση των αντι-TNF παραγόντων άλλαξε δραματικά τον τρόπο που αντιμετωπίζουμε τους ασθενείς με ΙΦΝΕ που είναι ανθεκτικοί στη συνήθη φαρμακευτική αγωγή, επιτυγχάνοντας ελεύθερη στεροειδών ύφεση, βελτίωση της ποιότητας ζωής και μείωση του αριθμού των νοσηλείων και των χειρουργικών επεμβάσεων. Ωστόσο, η μη ανταπόκριση ή η απώλεια της ανταπόκρισης καθώς και η μη ανεκτικότητα είναι συχνά φαινόμενα της χρήσης όλων των διαθέσιμων αντι-TNF παραγόντων. Παράλληλα διεκδικώντας όλο και πιο φιλόδοξους θεραπευτικούς στόχους, όπως η επούλωση του βλεννογόνου, η βαθιά ύφεση και η ιστολογική υποστροφή, οι νέοι βιολογικοί παράγοντες, αναμένονται με ανυπομονησία. Τα αποτελέσματα μελετών που δημοσιεύθηκαν το 2013, προσφέρουν την ελπίδα ότι οι ασθενείς με ΙΦΝΕ θα επωφεληθούν από την έναρξη των νέων φαρμάκων αλλάζοντας την πορεία της νόσου τους, μαζί με την καθημερινή τους ζωή.

### KEY MESSAGES

- Μετά από πολλά χρόνια ερευνητικής δουλειάς, το 2013 αρκετοί νέοι παράγοντες έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικοί για την ΙΦΝΕ.
- Μια νέα, αποτελεσματική και με καλό προφίλ ασφαλείας θεραπευτική επιλογή για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα είναι το golimumab που έχει εγκριθεί από τον FDA και τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA), ανεβάζοντας τον αριθμό των αντι-TNF παραγόντων που διατίθενται για τη θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας σε τρεις (infliximab, adalimumab και golimumab).
- Το vedolizumab είναι ένα ανθρωποποιημένο μονοκλωνικό αντίσωμα που ανταγωνίζεται ειδικά την α4β7 ιντεγκρίνη, και αποτελεί αποτελεσματική θεραπεία για τις ΙΦΝΕ.

# Ανασκοπώντας ένα περιοδικό

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ



- Η Βουδεσονίδη MMX (Multi-Matrix System τεχνολογία) δεν είναι βιολογικός παράγοντας, αλλά ένα κλασικό στεροειδές με μια τροποποίηση για απελευθέρωση στο κόλον και φαίνεται ότι είναι και αποτελεσματικό και ασφαλές.

### REFERENCES

- Sandborn, W. J. et al. Subcutaneous golimumab induces clinical response and remission in patients with moderate-to-severe ulcerative colitis. *Gastroenterology* <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2013.05.048>.
- Sandborn, W. J. et al. Subcutaneous golimumab maintains clinical response in patients with moderate-to-severe ulcerative colitis. *Gastroenterology* <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2013.06.010>.
- Cominelli, F. Inhibition of leukocyte trafficking in inflammatory bowel disease. *N. Engl. J. Med.* 369, 775–776 (2013).
- Feagan, B. G. et al. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. *N. Engl. J. Med.* 369, 699–710 (2013).
- Sandborn, W. J. et al. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for Crohn's disease. *N. Engl. J. Med.* 369, 711–721 (2013).
- Travis, S. P. et al. Once-daily budesonide MMX in active, mild-to-moderate ulcerative colitis: results from the randomised CORE II study. *Gut* <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2012-304258>.

### 6. SMALL BOWEL ENDOSCOPY IN 2013

#### *The reality and the potential - Uday C. Ghoshal*

#### *Ενδοσκόπηση λεπτού εντέρου: η πραγματικότητα και οι δυνατότητες*

Το λεπτό έντερο αποτελούσε την περιοχή του γαστρεντερικού σωλήνα που δεν ήταν προσίτη στους ενδοσκόπους. Ως εκ τούτου, ήταν ανέφικτη η αιτιολογική διάγνωση σε ασθενείς που είχαν μια ασαφή γαστρεντερική αιμορραγία (5%), οδηγώντας σε σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα, αυξάνοντας τον αριθμό των περιττών χειρουργικών επεμβάσεων και το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Η ανάπτυξη της ενδοσκόπησης με την ασύρματη κάψουλα το 2000 άλλαξε τα πάντα. Το 2013 έχουν γίνει σημαντικές εξελίξεις στην ενδοσκόπηση του λεπτού εντέρου. Επί του παρόντος, η ενδοσκόπηση του λεπτού εντέρου δεν αποτελείται μόνο από την ενδοσκόπηση με την ασύρματη κάψουλα, αλλά και από την υποβοηθούμενη ενδοσκόπηση, όπως η double-balloon και spiral ενδοσκόπηση.

### KEY MESSAGES

- Έχει αποδειχθεί η σκοπιμότητα των νέων 3D λογισμικών ανασυγκρότησης για την ενίσχυση της απεικόνισης που επιτυγχάνεται με την ασύρματη κάψουλα.
- Η ασύρματη κάψουλα (CapsoCam SV1 capsule), με πανοραμική 360° απεικόνιση και μεγαλύτερη διάρκεια ζωής της μπαταρίας της θα μπορούσε να αξιολογήσει καλύτερα και μεγαλύτερο μήκος του λεπτού εντέρου και το εντερικό τοίχωμα.
- Μια μετα-ανάλυση έδειξε ότι η χρήση προκινητικών φαρμάκων, όπως η μετοκλοπραμίδη, μπορεί να βελτιώσει την πλήρη αξιολόγηση του λεπτού εντέρου με ασύρματη κάψουλα.
- Απαιτούμενο για την εκπαίδευση των ειδικευομένων στην ασύρματη κάψουλα θεωρείται ένας ελάχιστος αριθμός 20 εποπτευόμενων εξετάσεων.
- Η ενδοσκόπηση με ασύρματη κάψουλα είναι ασφαλής σε ασθενείς ηλικίας > 80 ετών, η αρνητική εξέταση συνδέεται με μικρότερο ποσοστό επαναιμορραγίας, και τόσο ο χρόνος της εξέτασης όσο και το μήκος του λεπτού εντέρου που αξιολογήθηκαν είναι συγκρίσιμα με τις double-balloon και spiral ενδοσκόπηση.

### REFERENCES

- Koulaouzidis, A. et al. Three-dimensional representation software as image enhancement tool in small-bowel capsule endoscopy: a feasibility study. *Dig. Liver Dis.* 45, 909–914 (2013).
- Friedrich, K., Gehrke, S., Stremmel, W. & Sieg, A. First clinical trial of a newly developed capsule endoscope with panoramic side view for small bowel: a pilot study. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 28, 1496–1501 (2013).
- Koulaouzidis, A., Giannakou, A., Yung, D. E., Dabos, K. J. & Plevris, J. N. Do prokinetics influence the completion rate in small-bowel capsule endoscopy? A systematic review and meta-analysis. *Curr. Med. Res. Opin.* 29, 1171–1185 (2013).
- Rajan, E. et al. Training in small-bowel capsule endoscopy: assessing and defining competency. *Gastrointest. Endosc.* 78, 617–622 (2013).
- Gomez, V. et al. Safety of capsule endoscopy in the octogenarian as compared with younger patients. *Gastrointest. Endosc.* 78, 744–749 (2013).
- Riccioni, M. E. et al. Negative capsule endoscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding reliable: recurrence of bleeding on long-term follow-up. *World J. Gastroenterol.* 19, 4520–4525 (2013).
- Rahmi, G. et al. Multicenter comparison of double-balloon enteroscopy and spiral enteroscopy. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 28, 992–998 (2013).

## Ολοκληρώθηκε το 2ο διεθνές σεμινάριο επεμβατικής γαστρεντερολογίας



Το «παρών» έδωσε ο ιάπωνας πρέσβης **Masuo Nishibayashi**.

Με την παρουσία του ιάπωνα πρέσβη, κ. Masuo Nishibayashi, ολοκληρώθηκε το 2ο Διεθνές Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Επεμβατικής Γαστρεντερολογίας, που πραγματοποιήθηκε στο Ερευνητικό & Πειραματικό Κέντρο της ELPEN (Ε&ΠΚ), σε συνδιοργάνωση με το Ενδοσκοπικό Τμήμα της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας (ΕΓΕ) και την Ελληνική Εταιρεία Ογκολογίας Πεπτικού (ΕΕΟΠ).

Οι 44 εκπαιδευόμενοι απ' όλη την Ελλάδα, την Κύπρο και άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αφού παρακολούθησαν το υψηλού επιστημονικού ενδιαφέροντος σεμινάριο, είχαν την τιμή να παραλάβουν από τον πρέσβη κ. Nishibayashi, δίπλωμα συμμετοχής πιστοποιημένο με μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME).

Το σεμινάριο πραγματοποιήθηκε στις 24 και 25 Ιανουαρίου 2014, υπό την αιγίδα της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ογκολογίας Πεπτικού (ESDO) και της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ενδοσκοπικής Γαστρεντερολογίας (ESGE).

Οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν θεωρητικές διαλέξεις 2,5 ωρών ενώ ακολούθησαν 6 ώρες hands on πρακτικής εξάσκησης σε σύγχρονες ενδοσκοπικές τεχνικές που δίδαξαν μεταξύ άλλων, οι διεθνούς φήμης γαστρεντερολόγοι από την Οσάκα της Ιαπωνίας οι **κ.κ. Takataro Fukuhara**, Τμήμα Μοριακής Γενετικής, Ινστιτούτο Βιοϊατρικής Επιστήμης, Τμήμα Γαστρεντερολογίας & Ηπατολογίας και **Yoriaki Komeda**, νοσοκομείο Wakakusa Daiichi, Τμήμα Γαστρεντερολογίας (Ενδοσκοπικό Κέντρο).

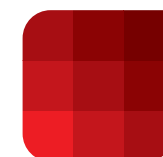
Το σεμινάριο οργανώθηκε από τους **κ.κ. Κωνσταντίνο Δελή**, δρ. Γαστρεντερολόγο, διευθυντή της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του νοσοκομείου «Metropolitan», **Παναγιώτη Κασαπίδη**, δρ. γαστρεντερολόγο, πρόεδρο του Ενδοσκοπικού Τμήματος της ΕΓΕ (Κεντρική Κλινική Αθηνών), **Ιωάννη Τριανταφυλλίδη**, δρ. γαστρεντερολόγο, πρόεδρο ΕΕΟΠ, (Διευθυντή Μονάδος ΙΦΕΝ Ιασώ General), **Γεώργιο Τριμπόνια**, δρ. γαστρεντερολόγο και **Απόστολο Παπαλόη**, δρ. βιολόγο, διευθυντή Ε&ΠΚ ELPEN.

Στο σεμινάριο συμμετείχαν ως εκπαιδευτές, ομιλητές και συντονιστές, οι γαστρεντερολόγοι, **κ.Γ. Αλεξανδράκης, κ.Ι. Βλαχογιαννάκος, κ. Κ. Δελής, κ. Π. Κασαπίδης, κ. Σ. Μπασσιούκας, κ. Δ. Ξυνόπουλος, κ. Μ. Πάνος, κ/α Κ. Παρασκευά, κ. Κ. Τριανταφύλλου, κ. Ι. Τριανταφυλλίδης, κ. Γ. Τριμπόνιας, κ. Χ. Τζάθας, κ. Δ. Χριστοδούλου** και ο Ογκολόγος **κ. Π. Μιχελάκος**.

Οι ενδοσκοπικές τεχνικές που παρουσιάστηκαν αποτελούν την πιο σύγχρονη γνώση στη γαστρεντερολογία, στις οποίες εκπαιδεύτηκαν και οι 44 εκπαιδευόμενοι, και περιελάμβαναν ενδοσκοπική εκτομή του βλεννογόνου (EMR), ενδοσκοπική υποβλεννογόνια εκτομή (ESD), Clipping - Stenting Techniques, ενδοσκοπική πολυπекτομή, ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP).



Η επιστημονική-οργανωτική επιτροπή του διεθνούς σεμιναρίου σημείωσε ότι «οι διεθνούς αναγνώρισης επιστήμονες από την Ιαπωνία, το υπερσύγχρονο ερευνητικό κέντρο και το εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό της ELPEN κατέστησαν το σεμινάριο ένα πραγματικό υπόδειγμα εκπαίδευσης. Πρόθεσή μας είναι το σεμινάριο να επαναληφθεί και στο μέλλον, με στόχο ακόμα περισσότεροι γαστρεντερολόγοι να έχουν τη δυνατότητα να έρθουν σε επαφή και να ενημερωθούν σχετικά με τις τελευταίες εξελίξεις στην επεμβατική γαστρεντερολογία».



## 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>



## ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ 2014

### February 6-8

#### 16th Düsseldorf International Endoscopy Symposium

Düsseldorf, Germany

<http://www.endo-duesseldorf.com>

### February 20-22

#### Inflammatory Bowel Diseases 2014: 9th Congress of ECCO

Copenhagen, Denmark

<http://www.ecco-ibd.eu>

### April 9-13

#### EASL: The International Liver Congress 2014 (49th annual meeting)

London, UK

<http://www.easl.eu>

### May 3-6

#### Digestive Disease Week 2014

Chicago, Illinois

<http://www.ddw.org>

### June 5 - 6

#### EUS Live in Amsterdam, 17th Annual Course, 2014

Amsterdam, The Netherlands

<http://www.epgs.nl>

### June 16-19

#### BSG Annual Meeting 2014

Manchester, United Kingdom

<http://www.bsg.org.uk/events/bsg-annual-meeting-2014.html>

### June 23-25

#### Gastroenterology and Endotherapy: 32nd European Workshop

Brussels Exhibition Centre, Belgium

<http://www.live-endoscopy.com>

### July 5, 2014

#### 2nd Athens International Symposium, "Gastrointestinal Cancer: Prevention, Recognition and Management"

Athens Hilton Hotel, Greece

<http://athens-symposium2014.com>

### September 11-14

#### XXVIIth International Workshop on Helicobacter and microbiota in chronic digestive inflammation and gastric cancer

Rome, Italy

<http://www.helicobacter.org>

### September 18 - 19

#### EUS 2014 - 19th International Symposium on Endoscopic Ultrasonography

Chennai, India

[www.eus2014.org](http://www.eus2014.org)

### September 22-25

#### 14th World Congress of the International Society for Diseases of the Esophagus

Vancouver, Canada

<http://www.isde.net>

### September 25-27

#### EASL Special Conference: Optimal Management of Hepatitis B Virus Infection

Athens, Greece

[www.easl.eu](http://www.easl.eu)

### October 18 - 22

#### 22nd United European Gastroenterology Week (UEGW), 2014

Vienna, Austria

<https://www.ueg.eu/week/>

### November 7-11

#### AASLD-The Liver Meeting 2014

Boston, Massachusetts, USA

<http://www.aasld.org>

## ΕΘΝΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ 2014

### 7-8 Φεβρουαρίου

#### 9η εκπαιδευτική διημερίδα, Εξελίζεις στη Γαστρεντερολογία & Ηπατολογία

Royal Olympic Athens

[www.eligast.gr](http://www.eligast.gr)

### 15 Μαρτίου

#### 19ο Ελληνικό Συνέδριο για το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού

Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ)

<http://www.hhpsg.gr>

### 22-24 Μαΐου

#### 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

Ευρωπαϊκό Πολιτιστικό Κέντρο Δελφών

[www.ifne2014.gr](http://www.ifne2014.gr)

### 20-21 Σεπτεμβρίου

#### 12η Διημερίδα ΕΠΕΓΕ «Η Πρόληψη στη Γαστρεντερολογία»

[www.epege.gr](http://www.epege.gr)

### 4-6 Δεκεμβρίου

#### 34ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας

28 gastro-resistant capsules, hard

# ZOLANDIL<sup>®</sup>

Omeprazole 20mg & 40mg




**LIBYTEC<sup>®</sup>**  
PHARMACEUTICAL S.A.

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

[www.libytec.gr](http://www.libytec.gr)



## ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΚΛΩΣΤΗΡΙΔΙΟ DIFFICILE (CD): ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αθανάσιος Γιαννακόπουλος

Πρόκειται για ένα Gram θετικό σπορογόνο βακτήριο, μη διεισδυτικό, που μεταδίδεται με τη κοπρανο-στοματική οδό και παράγει δύο τοξίνες Α και Β. Ορίζεται ως η αιφνίδια εμφάνιση διάρροιας, με την αποδεδειγμένη ύπαρξη τοξινογόνου στελέχους CD, απουσίας άλλης αιτίας. Η κλινική εικόνα ποικίλλει από τον ασυμπτωματικό φορέα μέχρι τη βαρεία επιπλεγμένη ψευδομεμβρανώδη κολίτιδα. Δεν αποτελεί πλέον μία κοινή αναφερόμενη λοίμωξη, λόγω της συνεχούς αύξησης της συχνότητας της (στις ΗΠΑ CDI λοιμώξεις 85000/1993 σε

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η αλήθεια είναι, ότι επικρατεί σχετική σύγχυση στη διαγνωστική προσπάθεια, αφού μέχρι σήμερα, δεν έχει αποσαφηνιστεί η καλύτερη μέθοδος διάγνωσης. Στο παρελθόν οι δύο μέθοδοι αναφοράς ήταν:

- η καλλιέργεια των τοξινογόνων στελεχών (TC). Σημειώνεται ότι η απλή καλλιέργεια CD δεν είναι κατάλληλη, διότι δεν παράγουν όλα τα στελέχη τοξίνες
- η ανεύρεση της κυτταροξίνης στα κόπρανα με τη βιολογική μέθοδο (CCNA, cytotoxicity assay), που είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην παρουσία τοξίνης Β σε σχέση με την Α.

Οι παραπάνω μέθοδοι απαιτούν ιδιαίτερη εμπειρία, είναι χρονοβόρες και έχουν υψηλό κόστος. Χρησιμοποιούνται σε ερευνητικές μελέτες, συχνά δε ως συγκριτικές μέθοδοι αναφοράς. Σημειώνεται ότι μόνο φρέσκα κόπρανα από ασθενείς με διάρροια πρέπει να ελέγχονται για CD. Η ανίχνευση των τοξινών Α και Β με τις ανοσοενζυμικές μεθόδους του εμπορίου, αποτελούσε το πιο εύκολο

300000/2005). Έχουν αναφερθεί και επιδημίες με ασυνήθη στελέχη, όπως το BI/ΝΑΠΙ/027. Η γνώση των παραγόντων κινδύνου, όπως η ηλικία > 65, η νοσηλεία σε νοσοκομεία ή δομές αυξημένης φροντίδας, η λήψη αντιβιοτικών και PPIs και των συνοδών νοσημάτων, θέτουν την υποψία λοίμωξης με CD. Η διάγνωση πιθανολογείται από την κλινική εικόνα και το ιστορικό, αλλά τεκμηριώνεται με την ανεύρεση κυτταροτοξίνης του κλωστηριδίου difficile στα κόπρανα.

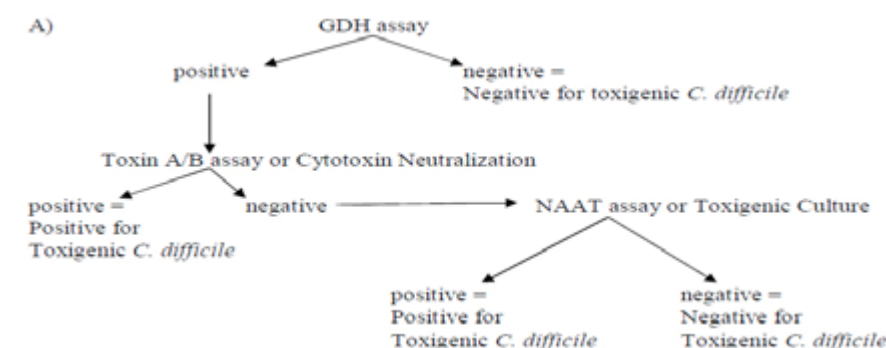
και διαδεδομένο τρόπο. Έχουν όμως μικρότερη ευαισθησία (33-95%), σε σχέση με τις μεθόδους αναφοράς, ενώ μικρός αριθμός τοξινογόνων στελεχών, που παράγουν μόνο τη Β μπορεί να χαθεί, όταν η ανοσολογική μέθοδος ελέγχει μόνο στελέχη για τοξίνη Α. Δύο είναι οι μεγαλύτερες εξελίξεις στη διάγνωση: α) η ανίχνευση της γλουταμικής δευδρογενάσης (GDH) στα κόπρανα, σαν έλεγχος για CDI β) η ανάπτυξη της μεθόδου πολλαπλασιασμού των νουκλεϊκών οξέων (NAAT, nucleic acid amplification tests), όπως η PCR για την ανίχνευση των τοξινογόνων στελεχών. Η GDH είναι ένζυμο που παράγεται σε μεγάλες ποσότητες από το CD, σε σχέση με τις τοξίνες. Αν και είναι ευαίσθητη, δεν είναι ειδική για το CDI, επειδή παράγεται από τοξινογόνα και μη στελέχη του. Η ευαισθησία προσδιορίζεται από 75% μέχρι > 90%, με αρνητική προγνωστική αξία μεταξύ 95-100%, αλλά παρουσιάζει χαμηλή θετική προγνωστική αξία περί το 50%. Με αυτή τη μεθοδολογία, η GDH ανιχνεύεται ως πρώτο βήμα με την απόρριψη των αρνητικών δειγμάτων. Στη συνέχεια τα θετικά δείγματα υπόκεινται σε

## ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΚΛΩΣΤΗΡΙΔΙΟ DIFFICILE (CD): ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

επιπρόσθετο έλεγχο, είτε με τις NAATs, είτε με την ανοσοενζυμική μέθοδο ανίχνευσης των τοξινών, που ακολουθείται από τη NAAT, εάν τα αποτελέσματα δε συμφωνούν (διαγνωστικός αλγόριθμος δύο ή τριών βημάτων) (Εικ. 1). Μελέτες έχουν δείξει, ότι οι NAATs μέθοδοι αποτελούν αξιόπιστα τεστ ανίχνευσης του CD. Υπάρχουν αρκετές εγκεκριμένες μέθοδοι είτε με PCR assays, είτε με ισοθερμικές δοκιμασίες πολλαπλασιασμού, αν και οι τελευταίες δε προτείνονται ανεπιφύλακτα μέχρι τούδε.

Σημειώνεται, ότι δε συστήνεται η επαναληψιμότητα των εξετάσεων, αφενός γιατί η πιθανότητα θετικοποίησης είναι < 5% και αφετέρω, διότι αυξάνεται η πιθανότητα ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων. Επίσης αποθαρρύνεται η έμμεση διάγνωση με την χορήγηση θεραπείας, εκτός της περίπτωσης ισχυρής κλινικής υποψίας. Τέλος οι ανοσολογικές μέθοδοι ανίχνευσης τοξίνης, όσο και η καλλιέργεια μπορούν να παραμείνουν θετικές μέχρι και ένα μήνα μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων.



Εικ. 1. Διαγνωστικός αλγόριθμος δύο ή τριών βημάτων

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αντιμετώπιση και θεραπεία εξαρτάται από την σοβαρότητα της νόσου. Έτσι:

- Στην ήπια-μέτρια νόσο όπου έχουμε διάρροια ή κάποιο σύμπτωμα, που δεν εντάσσεται σε αυτά της σοβαρής μορφής, το αρχικό σχήμα είναι μετρονιδαζόλη 500mg per os X 3/24ωρο για 10 ημέρες. Σε μη ανταπόκριση σε διάστημα 5-7 ημερών ή αδυναμίας λήψης μετρονιδαζόλης, δίδουμε βανκομυκίνη 125mg per os X 4/24ωρο για 10 ημέρες. Εάν είναι δυνατό κάθε αντιβιοτικό πρέπει να διακόπτεται, διότι αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπών.

- Στην σοβαρή νόσο η αλβουμίνη είναι ελαττωμένη < 3g/dl, με παρουσία κοιλιακής ευαισθησίας ή WBC > 15000/κx. Χορηγείται βανκομυκίνη 125mg X 4/24ωρο per os για 10 ημέρες.

- Στη σοβαρή και επιπλεγμένη νόσο έχουμε ένα από τα ακόλουθα σημεία i) νοσηλεία στην ΜΕΘ ii) υπόταση που μπορεί να απαιτεί αγγειοσυσπαστικό iii) πυρετός > 38,5 iv) ειλεός ή κοιλιακή διόταση v) αλλαγή επιπέδου συνείδησης vi) WBC > 35000 ή < 2000 vii) πολυοργανική ανεπάρκεια.





## ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΚΛΩΣΤΗΡΙΔΙΟ DIFFICILE (CD): ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χορηγούνται βανκομυκίνη 500mg per os X 4/24ωρο και μετρονιδαζόλη 500mg iv κάθε 8 ώρες, όπως και βανκομυκίνη 500mg σε 500ml ορού σαν υποκλυσμός X 4/24ωρο σε ασθενείς με ειλεό. Συγχρόνως δίδεται υποστηρικτική αγωγή με χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών, αποκατάσταση ηλεκτρολυτών και αντιθρομβωτικής θεραπείας. Επίσης επί απουσίας ειλεού ή σημαντικής κοιλιακής διάτασης συνεχίζεται η διατροφή από το στόμα. Είναι παραδεκτό ότι η χειρουργική παρέμβαση δίδει σαφές πλεονέκτημα στον ασθενή σε προχωρημένη και ακραία νόσο, με βελτιωμένη επιβίωση, με την πρώιμη κολεκτομή να οδηγεί σε μείωση της θνησιμότητας. Ανεξάρτητοι παράγοντες που ευνοούν την

κολεκτομή και ειλεοστομία αποτελούν η εμφάνιση shock, αύξηση γαλακτικού οξέος >5mmol/l, αλλαγή επιπέδου συνείδησης, έκπτωση λειτουργίας οργάνων και η αναγκαιότητα μηχανικού αερισμού. Δεν υπάρχει αντικειμενική κλίμακα βαθμολόγησης, που οδηγεί σε χειρουργική παρέμβαση. Σαν κανόνας ακολουθείται το ότι όσο πιο αρνητικά είναι τα ανωτέρω σημεία, τόσο πιο πρώιμα οδηγούμαστε στη χειρουργική αντιμετώπιση. Σημειωτέον ότι η υφολική κολεκτομή με ειλεοστομία πλεονεκτεί της τμηματικής, αφού συνδυάζεται με καλύτερη επιβίωση. Τέλος πολύ καλά αποτελέσματα αναφέρονται σε πρώιμη loop ειλεοστομία και έγχυση βανκομυκίνης διά της στομίας.

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ

Το ποσοστό των υποτροπών στις πρώτες 8 εβδομάδες κυμαίνεται στο 10 -20%, μετά όμως την πρώτη υποτροπή, η πιθανότητα νέας ανέρχεται στο 40 -65%. Η επανεμφάνιση του CD μπορεί να οφείλεται στη μειωμένη ανοσολογική απάντηση και σε /ή αλλαγή της εντερικής χλωρίδας. Στην πρώτη υποτροπή χορηγούμε το ίδιο σκεύασμα με την πρώτη. Επί σοβαρής κατάστασης δίδουμε βανκομυκίνη. Στη δεύτερη υποτροπή χορηγούμε, είτε σχήμα με σταδιακή μείωση της δόσολογίας του αντιβιοτικού (υποτροπές 31%), είτε εφάπαξ δόσεις του αντιβιοτικού κάθε 2-3 ημέρες (υποτροπές 14%). Συγκεκριμένα προτείνεται το γνωστό σχήμα βανκομυκίνης 125mg x 4/24ωρο, ακολουθού-

μενο από 10 ώσεις των 125mg κάθε 2-3 ημέρες. Στην τρίτη υποτροπή συστήνεται η μεταμόσχευση κοπράνων (μεταμόσχευση εντερικής μικροβιακής χλωρίδας) με ποσοστό επιτυχίας που υπερβαίνει το 90%. Η οδός χορήγησης ποικίλλει διά μέσω κολονοσκόπιου, ρινογαστρικού καθετήρα ή υψηλών υποκλυσμών. Ο δυνητικός κίνδυνος μετάδοσης λοιμώξεων αποτελεί μία απειλή, που προσπερνάται με το καθορισμένο πρωτόκολλο ελέγχου των δοτών στο αίμα και στα κόπρανα, για συγκεκριμένους εντεροπαθογόνους μικροοργανισμούς και βακτήρια, η δε μακροχρόνια ασφάλεια μένει να αποσαφηνιστεί μελλοντικά.

### ΆΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Το Μάιο του 2011 εγκρίθηκε από το FDA η φινταξομυκίνη (Dificlor), ένα per os αντιβιοτικό, το οποίο έχει βακτηριογόνο δράση, κυρίως στο CD και πε-

ριορισμένη ή μηδενική επίδραση στη φυσιολογική εντερική χλωρίδα. Απορροφάται ελάχιστα και απεκκρίνεται σχεδόν αποκλειστικά με τα κόπρανα.

## ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

ΚΛΩΣΤΗΡΙΔΙΟ DIFFICILE (CD): ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χορηγείται ως 10ήμερο σχήμα σε μορφή ταμπλέτας 200mg x 2 /24ωρο. Φαίνεται ότι έχει ισοδύναμη αποτελεσματικότητα με την βανκομυκίνη, άριστο profil ασφάλειας, είναι καλώς ανεκτό και εμφανίζει μικρότερο ποσοστό υποτροπών. Μειονέκτημα αποτελεί το υψηλό κόστος. Η ακριβής του θέση στο θεραπευτικό αλγόριθμο μένει να αποσαφηνιστεί μελλοντικά. Ενθαρρυντικά είναι τα στοιχεία, που αφορούν στη χρήση της ριφαξιμίνης στη μείωση των υποτροπών, αν και απαιτούνται περισσότερες μελέτες. Η χρήση των προβιοτικών και ιδιαίτερα του S. Boulardii, περιορίζεται στην πρόληψη της διάρροιας εξ αντιβιοτικών. Δεν υπάρχουν προς το παρόν ισχυρές ενδείξεις, που να τεκμηριώνουν τον

αποτελεσματικό τους ρόλο στο στάδιο της θεραπείας. Δεν υπάρχει αποτελεσματική ανοσολογική θεραπεία. Η ενδοφλέβια χορήγηση ανοσοσφαιρίνης (IVIG) δεν έχει κανένα ρόλο στις υποτροπές. Ενδέχεται όμως να προσφέρει σε περιπτώσεις υπογαμμασφαιριναιμίας. Σε μελέτη χορήγησης μονοκλωνικών αντισωμάτων έναντι των τοξινών A και B, παρουσιάστηκε μειωμένο ποσοστό υποτροπών. Παρόλα αυτά μονοκλωνικά αντισώματα χορηγούνται μόνο σε επίπεδο έρευνας. Τέλος, αν και δεν υπάρχει εμβόλιο έναντι του CD, αποτελεί ένα πολλά υποσχόμενο ερευνητικό πεδίο, ειδικά στην πρόληψη των υποτροπών.

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ CD ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ομάδες ασθενών που παρουσιάζουν ευπάθεια στο CD και αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών είναι: α) ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο, συμπεριλαμβανομένων αυτών με ειλεοστομία ή rouch β) ασθενείς με χρόνια ηπατική νόσο γ) μεταμοσχευμένοι δ) ασθενείς με κακοήθειες και ιδιαίτερα αυτοί που λαμβάνουν χημειοθεραπεία ή στεροειδή ε) έγκυες ή σε περίοδο λοχείας γυναίκες. Η κλινική εικόνα IBD και CD είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωστεί και απαιτείται

υψηλός δείκτης υποψίας, για να χορηγηθεί η ενδεικνυόμενη θεραπεία. Έτσι νοσηλευόμενοι ασθενείς με IBD που παρουσιάζουν έξαρση, πρέπει να εξετάζονται για CD. Σε σοβαρές κολίτιδες δεν αντενδείκνυται η χορήγηση εμπειρικής θεραπείας, έως τη λήψη της τελικής διάγνωσης. Η ανοσοκατασταλτική αγωγή σε περιπτώσεις CDI συνεχίζεται και δεν μεταβάλλεται σε ασθενείς, που δεν έχει αντιμετωπισθεί καταρχήν η λοίμωξη.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. C Surawitz, L Brandt et al. Guidelines for diagnosis, treatment and prevention of Clostridium difficile infections. Am J Gastroenterol 2013; 108:478-498.
2. David L, McCollum, M Rodriguez. Detection, treatment and prevention of Clostridium difficile infection 2012;10:581-592
3. Planche T, Wilcox M. Reference assays for CD infection: one or two standards? J Clin Pathol 2011;64:1-5
5. ESCMID: Data review and recommendations for diagnosing Clostridium difficile-infection. Clin Microbiol Infect 2009;15: 1053-1066
6. ESCMID: treatment guidance document for Clostridium difficile infection (CDI). Clin Microbiol Infect 2009;15:1067-1079
7. Brand L.J. American Journal of Gastroenterology Lecture:

Intestinal microbiota and the role of fecal microbiota transplant (FMT) in treatment of CD infection. Am J Gastroenterol 2013 Feb;108(2):177-85

8. Issa M, Ananthakrishnan AN et al. Clostridium Difficile and inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis 2011;17:50-5



## Μια εικόνα με χίλιες λέξεις!



Στα συνέδρια εμφανίζονται κάθε τόσο κάποιοι ομιλητές οι οποίοι προβάλλουν διαφάνειες που περιέχουν χιλιάδες λέξεις και δεκάδες γραμμές. Προφανώς δε γνωρίζουν τον κλασικό κανόνα που λέει ότι δεν πρέπει να υπάρχουν πάνω από **5 γραμμές σε κάθε διαφάνεια** και ότι ένα σχέδιο ή μια εικόνα μπορούν να εξηγήσουν πολλά πράγματα πολύ γρήγορα.

Οι κινέζοι λένε ότι **“μια εικόνα αξίζει όσο χίλιες λέξεις”**, εννοώντας ότι με μια εικόνα μπορείς να πεις πράγματα για τα οποία θα χρειαζόσουν χίλιες λέξεις.

Όμως για σταθείτε: όταν μια εικόνα προβάλλει χίλιες λέξεις, **αυτό δεν είναι εικόνα. Εξακολουθεί να είναι χίλιες λέξεις.**



## Όταν οι διαφάνειες δυσκολεύουν μια ομιλία!

Η ευκολία εισαγωγής εφέ στις διαφάνειες του Powerpoint καταλήγει αρκετές φορές σε υπερβολές. Να ένα παράδειγμα: Από τα δεξιά ξεδιπλώνεται μια διαφάνεια. Αίφνης **στροβιλίζεται δύο ή τρεις φορές ένα πλαίσιο** με ένα κείμενο. Ταυτόχρονα από την άλλη μεριά **εισβάλλει ένα βέλος**, το οποίο αλλάζει δύο χρώματα και κάνει δύο ανάποδες περιστροφές. **Ένα αστέρι** με δύο λέξεις πέφτει από πάνω, ενώ από κάτω έρχεται ένα κείμενο με τη βιβλιογραφία, που σταματάει **φρενάροντας απότομα**. Στη συνέχεια **ένα λάβαρο** σφραγίζει τη διαφάνεια, τονίζοντας το πιο σημαντικό σημείο, ενώ ένα άλλο κόκκινο πλαίσιο διαγράφει μια τεθλασμένη πορεία έως ότου καρφωθεί

σε κάποιο άλλο σημείο. Η διαφάνεια σιγα-σιγά φορτώνεται με **κείμενα, κύκλους, τόξα, πλαίσια, χρώματα, αστέρια και λάβαρα**. Πριν ακόμα κατανοήσει τι βλέπει ο βομβαρδισμένος ακροατής, η διαφάνεια εξαφανίζεται δι' ανάστροφου στροβιλισμού. Μετά από λίγες παρόμοιες διαφάνειες το ακροατήριο είναι εξαντλημένο.

Το τρικ για να παρακολουθήσεις μια τέτοια ομιλία: **Να μην κοιτάς τις διαφάνειες. Να παρακολουθείς μόνον τον ομιλητή!** Αγνοώντας τις υπερφορτωμένες διαφάνειες, μειώνεις την άχρηστη ύλη που πρέπει να επεξεργαστεί το μυαλό σου. Έτσι γίνεται ευκολότερη η κατανόηση του τι θέλει να πει ο ομιλητής.

## Ομιλίες για αγράμματους με προβλήματα ακοής και όρασης



Υπάρχουν κάποιοι άλλοι ομιλητές που **διαβάζουν κατά γράμμα από τις διαφάνειες όλο το κείμενο της ομιλίας τους**. Αυτό είναι χρήσιμο όταν το κοινό είναι **αγράμματο**, αφού αδυνατεί να διαβάσει τα κείμενα. Επίσης η ανάγνωση είναι χρήσιμη όταν το κοινό έχει **προβλήματα όρασεως** και δεν μπορεί να διακρίνει τη διαφάνεια. Όμως και στις δύο αυτές περιπτώσεις **οι διαφάνειες περιττεύουν**, αφού ούτως ή άλλως είναι άχρηστες για ένα τέτοιο ακροατήριο. Αρκεί η ανάγνωση των σημειώσεων από τον ομιλητή, χωρίς προβολή διαφανειών.

## Καλύτερα λιγότερα, αλλά καλύτερα!



Οι διαφάνειες προβάλλονται για να χρησιμεύουν στους ακροατές. Οι ερωτήσεις που πρέπει να κάνει ένας ομιλητής στον εαυτό του όταν φτιάχνει μια διαφάνεια είναι:

1. **Βοηθάει η συγκεκριμένη διαφάνεια τους ακροατές** να καταλάβουν καλύτερα αυτά που θέλω να τους μεταδώσω ; Αν η απάντηση είναι όχι, τότε πρέπει να κοπεί.
2. Μήπως θα μπορούσε **να γίνει πιο απλή** η διαφά-

νεια; Αν μπορεί, να γίνει.

3. **Αν δεν προβάλλω** τη συγκεκριμένη διαφάνεια θα χαθεί κάτι σημαντικό από την ομιλία μου; Αν δεν θα χαθεί τίποτα, τότε πρέπει να φεύγει η διαφάνεια και να εκμεταλλεύεται κανείς το χρόνο αυτό για να πει κάτι άλλο πιο σημαντικό.

Η Sheila Sherlock έλεγε ότι έχεις να πεις μπορείς να το πεις μέσα σε 20 λεπτά.



## Πώς αποφασίζει κανείς για τα θέματα ενός συνεδρίου;



Εκδοχή 1<sup>η</sup>: Όταν σου αναθέσουν το συνέδριο σκέφτεσαι “τι καινούργιο υπάρχει, τι έχουν ανάγκη να ακούσουν οι συμμετέχοντες, ποιοι είναι οι καλύτεροι που θα μπορούσαν να μιλήσουν;”. Έχεις τότε ελπίδες να οργανώσεις ένα

καλό συνέδριο.

Εκδοχή 2<sup>η</sup>: Σκέφτεσαι “ποιοι είναι οι φίλοι μου, ποιους θέλω να εξυπηρετήσω και σε ποιους έχω υποχρέωση;”. Κάνεις έναν κατάλογο και μετά σκέφτεσαι τι θα μπορούσε να πει ο καθένας. Έχεις τότε εξασφαλίσει ένα ?@#zz@\$X συνέδριο.

Εκδοχή 3<sup>η</sup>: Κάνεις ένα μίγμα της πρώτης και δεύτερης

## Shiga, Bruce και Salmon!



Τον λόγο για τον οποίο ονομάστηκαν νόσος Crohn, συσκευή Golgi, νόσος Paget, νόσος Parkinson και νόσος Cushing λίγο πολύ όλοι τον γνωρίζουν.

Λίγοι όμως γνωρίζουν ότι η salmonella ονομάστηκε χάριν του Daniel Elmer Salmon που την ανακάλυψε, η brucella χάριν του David

Bruce, η shigella χάριν του μικροβιολόγου Kiyoshi Shiga, η pasteurella χάριν του Louis Pasteur το 1880 και η Yersinia χάριν του Ελβετού ιατρού Alexander Yersin.

Η Legionella ονομάστηκε έτσι το 1976 όταν αρρώστησαν 221 άτομα σε ένα συνέδριο της οργάνωσης American Legion στη Φιλαδέλφεια. Επίσης η ευσταχιανή σάλπιγγα ονομάστηκε χάριν του Bartolomeo Eustachi, η δερμοαντίδραση Mantoux χάριν του Charles Mantoux (1877-1947)

## Απλές και μπερδεμένες οδηγίες!



Ο Μ. Pollan, συγγραφέας του βιβλίου *The Omnivore's Dilemma* συμπυκνώνει τις οδηγίες υγιεινής διατροφής ως εξής: **«Τρώτε φαγητό. Όχι μεγάλες ποσότητες. Κυρίως φυτικές τροφές»**. Η πρόταση αυτή τα λέει όλα: Τρώτε φαγητό, όχι σνακς στο πόδι, μη βάζετε μεγάλες μερίδες και αποφύγετε ζωικές τροφές.

Αυτή η απλή οδηγία έγινε περίπλοκη όταν επενέβησαν οι εταιρείες τροφίμων. Το ιστορικό, σύμφωνα με τον γνωστό **Stephen Hanauer**, έχει ως εξής: το 1977 η Γερουσία των ΗΠΑ εξέδωσε ένα κείμενο που επιγραφόταν «Διαιτητικοί στόχοι για τις ΗΠΑ». Στο κείμενο αυτό, που είχε σκοπό να αναχαιτίσει τις επιδημιολογικές τάσεις που καταγράφονταν, επισημαίνεται ότι το κρέας και τα γαλακτοκομικά προϊόντα προκαλούν καρδιολογικές αρρώστιες, καρκίνο και σακχα-

εκδοχής και πορεύεσαι για ένα συνηθισμένο συνέδριο μέσου όρου.

Θεωρητικά έτσι είναι. Αν όμως ρωτήσεις αυτόν που έχει οργανώσει ένα συνέδριο εκδοχής 1<sup>ης</sup> θα σου εξηγήσει πόσο απίστευτα δύσκολο είναι να στήσεις το συνέδριο χωρίς να εξασφαλίσεις την αντιπάθεια, την παρεξήγηση και την αντιπαλότητα πολλών συναδέλφων σου.

Ευτυχώς τη 2<sup>η</sup> εκδοχή έχουμε καιρό να τη δούμε σε Συνέδρια ή Ημερίδες Γαστρεντερολογίας και μάλλον τείνει να εκλείψει. Ευχάριστη όμως έκπληξη είναι το γεγονός ότι τελευταία άρχισαν να εμφανίζονται επιστημονικές εκδηλώσεις Εκδοχής 1<sup>ης</sup>.

και το εμβόλιο BCG χάριν του Albert Calmette (Bacillus Calmette-Guerin). Η γκιλοτίνα τέλος, ονομάστηκε έτσι χάριν του ιατρού Joseph-Ignace Guillotin (1738 – 1814) ο οποίος συμμετείχε στο Συμβούλιο για την ιατρική μεταρρύθμιση του Παρισιού από τον Ιούνιο μέχρι τον Οκτώβριο 1789. Η πρόταση για δημιουργία ενός μηχανισμού για αυτόματο αποκεφαλισμό έγινε προκειμένου να βελτιωθεί η μέχρι τότε μέθοδος αποκεφαλισμού με σπαθί, που απαιτούσε πολλά χτυπήματα, ενίοτε άστοχα. Αν και δεν εφεύρε ο Guillotine την γκιλοτίνα, η ανάμειξή του στην ιστορία αυτή του χρεώθηκε. Η οικογένεια Guillotin ζήτησε έκτοτε επανειλημμένα από την κυβέρνηση να αλλάξει την ονομασία της μηχανής αποκεφαλισμού. Μετά από επίμονες αρνήσεις για μια τέτοια αλλαγή, η οικογένεια αποφάσισε να αλλάξει επώνυμο. Ο Guillotine εργάστηκε σαν ιατρός και ήταν θερμός οπαδός των εμβολιασμών. Υπήρξε πρόεδρος της Επιτροπής Εμβολιασμών του Παρισιού το 1805. Πέθανε από φυσικό θάνατο στα 76 του.

ρώδη διαβήτη. Το **λόμπι των εταιρειών τροφίμων** μετά από πιέσεις κατάφερε να αλλάξει την πρόταση «μειώστε τη κατανάλωση κρέατος» σε «διαλέγετε κρέατα, πουλερικά και ψάρια που θα μειώνουν τη πρόσληψη **κεκορεσμένων λιπαρών»**. Η **συζήτηση μετατοπίστηκε από τα τρόφιμα στα συστατικά τους**. Το τοπίο θόλωσε και η οδηγία έπαψε να είναι σαφής. Αυτό το θόλωμα πυροδότησε τη γνωστή διατροφολογική παραζάλη. Τα τρόφιμα άρχισαν να εμψυκίζονται με κάποιο συστατικό και να τους αφαιρείται κάποιο άλλο. Πλούσιο έδαφος αυτοσχεδιασμού για τη βιομηχανία τροφίμων, για συμπληρώματα διατροφής, για ινσιτούτα αδυνατίσματος και για αυθαίρετες και ανόητες δίαιτες.

Η συνταγή όμως για τη δίαιτα εξακολουθεί και **παραμένει απλή: «Τρώτε φαγητό. Όχι μεγάλες ποσότητες. Κυρίως φυτικές τροφές»**.





## Γνώμη δεύτερου παθολογοανατόμου.



Οι παθολογοανατόμοι είναι οι στενότεροι συνεργάτες των γαστρεντερολόγων. Υπάρχει μια αλληλεξάρτηση και συνήθως μια βαθιά σχέση εμπιστοσύνης.

Παρόλα αυτά οι κανόνες λένε ότι όταν ανιχνευτεί δυσπλασία μεγαλύτερου βαθμού, θα χρειαστεί να πάρουμε μια **δεύτερη γνώμη, από κάποιον άλλο παθολογοανατόμο**. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να ζητηθούν τα πλακάκια, να αμπαλιστούν, να ταξιδέψουν σε κάποιο άλλο εργαστήριο, να επιστραφούν κτλ. Αυτή η διαδικασία είναι μπελαλίδικη, χρονοβόρα και συνήθως προκαλεί **μία άβολη ατμόσφαιρα** μεταξύ των δύο στενών συνεργατών.

Είναι γεγονός ότι τελικά, για τον ένα ή τον άλλο λόγο, **αρκετά συχνά παραλείπεται η λήψη δεύτερης γνώμης**.

«Αν θέλετε να καταλάβετε πώς αισθάνεται ο παθολογοανατόμος, σκεφτείτε πώς θα αισθανόταν ένας γαστρεντερολόγος αν του έλεγε ο παθολογοανατόμος ότι **θέλει μια δεύτερη γνώμη για τα ευρήματα της ενδοσκόπησης**» ισχυρίζεται κάποιος.

**Όμως δεν είναι ανάλογα τα παραδείγματα.** Οι γαστρεντερολόγοι συνοδεύουν τις εκθέσεις τους με φωτογραφίες και ενίοτε με video. Οι γαστρεντερολόγικές εταιρείες έχουν βγάλει **κατευθυντήριες οδηγίες** για τη μίνιμουμ φωτογραφική τεκμηρίωση, όπως οι οδηγίες της ASGE του 2006. Τα οπτικά ντοκουμέντα της ενδοσκόπησης είναι διαθέσιμα σε οποιονδήποτε θελήσει να εκφέρει μια δεύτερη γνώμη, ακόμη και εν αγνοία του τελέσαντος την εξέταση. Εξάλλου **η ίδια η πράξη λήψης βιοψιών σκοπό έχει να επιβεβαιώσει ή να διαψεύσει τα ενδοσκοπικά ευρήματα.**

## Ένας “αλγόριθμος”



Υπάρχει ένας **απλός, σαφής, ανελαστικός αλγόριθμος** που ακολουθούν πολλοί χειρουργοί όταν βλέπουν υπερηχογραφήματα χοληδόχου κύστεως: Οτιδήποτε εκτός από το απολύτως φυσιολογικό, πρέπει να χειρουργείται. Δεν έχει σημασία αν πρόκειται για μικρές υπερηχογενείς πολυποειδείς προβολές 2-3 χιλιοστών ή αν ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός. Ο αλγόριθμος είναι **ευζωνικά απλουστευμένος: Χολοκυστεκτομή!**

Όλες οι προσπάθειες να βρεθεί ο αλγόριθμος αυτός γραμμένος απέβησαν άκαρπες. Συμπεραίνεται λοιπόν ότι μάλλον πρόκειται για μυστικό αλγόριθμο, που μεταφέρεται από στόμα σε στόμα, από γενιά σε γενιά όπως οι μυστικές συνταγές κάποιων γλυκών ή κάποιων πρακτικών φαρμάκων.

Βιοψίες λαμβάνονται ακόμα και όταν τα ευρήματα είναι ολοφάνερα και δεν θα επηρεαστεί η θεραπευτική στρατηγική όπως πχ σε προχωρημένο καρκίνο παχέος εντέρου.

Πρέπει άραγε να αισθάνεται άβολα ο γαστρεντερολόγος όποτε ζητάει δεύτερη γνώμη; Καθόλου δεν πρέπει, γιατί στην πραγματικότητα **αυτό που προκαλεί το πρόβλημα είναι η άρνηση των παθολογοανατόμων να συνοδεύουν τις εκθέσεις τους με φωτογραφίες**. Η σημερινή τεχνολογία τους το επιτρέπει. Αν το έκαναν δεν θα υπήρχε δυσκολία λήψης δεύτερης γνώμης.

«**Μα δεν προλαβαίνουμε να φωτογραφίζουμε**» λένε οι παθολογοανατόμοι. «**Κάντε το μόνον για τις αμφισβητούμενες βιοψίες**» είναι η απάντηση. Σχετικά με τα προαναφερθέντα, πρέπει να αναγνωριστεί ότι **υπάρχουν λαμπρές εξαιρέσεις παθολογοανατόμων**.

Αργά η γρήγορα **όλοι οι παθολογοανατόμοι θα αναγκαστούν να συνοδεύουν τις εκθέσεις τους με φωτογραφίες**. Μέχρι τότε, οι γαστρεντερολόγοι δεν πρέπει να δυσκολεύονται να ζητάνε δεύτερη γνώμη, γιατί πρόκειται για **πρόβλημα της Παθολογικής Ανατομίας** το οποίο δημιουργείται από τον υποκειμενικό τρόπο με τον οποίο εκτιμάται σήμερα η δυσπλασία. Η ανάγκη για λήψη δεύτερης γνώμης θα εκλείψει όταν θα ανακαλυφθεί κάποιος αντικειμενικός τρόπος εκτίμησης.

Όσο για τις μικροπαρεξηγήσεις, ο Στωικός φιλόσοφος Επίκτητος λέει: «**Οι άνθρωποι δεν ενοχλούνται από τα ίδια τα πράγματα, αλλά από τον τρόπο με τον οποίο τα αντιλαμβάνονται**».

Από πού ξεκίνησε και πώς διαμορφώθηκε ο αλγόριθμος που προαναφέρθηκε κανένας δεν ξέρει, αφού δεν υπάρχουν γραπτά. Πάντως αντέχει στο χρόνο, αλλάζοντας μορφή. Την εποχή της χολοκυστογραφίας, για παράδειγμα, ήταν η **στελής σύσπαση της χοληδόχου κύστεως** που οδηγούσε σε χολοκυστεκτομή.

**“If you go to a barber ... you get a haircut”** ειρωνεύονται οι Άγγλοι συνάδελφοί μας.

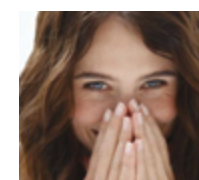
## Κουρείς και χειρουργοί



**Είναι αλήθεια ότι στην Αγγλία, τον μεσαίωνα, οι κουρείς πραγματοποιούσαν τις μικρές χειρουργικές επεμβάσεις**. Φρόντιζαν τους φαντάρους πριν και μετά από τη μάχη, ενώ εκτελούσαν αφαιμάξεις και άλλες πράξεις που χρειάζονταν μαχαίρια και ψαλίδια. Επρόκειτο για παραϊατρικό επάγγελμα. Η χειρουργική ιστορία τους επισημοποιήθηκε **το 1540**, όταν η **Συνεδελφότητα των Χειρουργών** (Fellowship of Surgeons) ενώθηκε με την **Εταιρεία Κουρέων** (Company of Barbers) για να σχηματίσουν την **Εταιρεία Κουρέων-Χειρουργών** (Company of Barber-Surgeons).

**Η εμπορική δραστηριότητα της Εταιρείας Κουρέων-**

## Χάριν ευφωνίας: Κολονοσκόπηση, όχι κολοσκόπηση



Συζήτηση και αυτή που άνοιξε μετά από 40 χρόνια κολονοσκοπήσεων! **Κατά γενική ομολογία η λέξη «κολοσκόπηση», ασχέτως του αν είναι σωστή ή όχι, είναι κακόχη**. Δεν νομίζω ότι υπάρχει κάποιος που να διαφωνεί. Αν όμως κάποιος διαφωνεί θα μπορούσε να ρωτήσει τους γύρω του για να πάρει αποστοματικές απαντήσεις. Πριν υιοθετηθεί λοιπόν, θα πρέπει να ληφθεί

## Κολουοσκόπηση;



Μερικοί γαστρεντερολόγοι υιοθετούν τον όρο «κολοσκόπηση» με μεγάλη ευκολία. Χωρίς πολλή σκέψη αντικαθιστούν τον από 40ετίας ισχύοντα όρο κολονοσκόπηση. Αναρωτιέται κανείς εάν με την ίδια ευκολία θα υιοθετούσαν τη λέξη φασμασκόπηση από τα συνθετικά φάσμα και τη -σκόπηση, αντί από τη σωστή λέξη φασματοσκόπηση. Το παράδειγμα αυτό δείχνει

## Κολονοσκόπηση: Ξένη έννοια, ελληνικές ρίζες



**Η έννοια colonoscopy δεν είναι ελληνική**, αφού η χρήση οργάνου με οπτικές ίνες που εξετάζει το παχύ έντερο δεν είναι ελληνική εφεύρεση. Καλούμαστε λοιπόν να αποδώσουμε στα ελληνικά τον όρο colonoscopy.

Είναι αλήθεια ότι **το όνομα colonoscopy** περιέχει δύο επιμέρους ελληνικές ρίζες, το κόλον- και τη -σκόπηση. **Αν προτιθέμεθα να βαφτίσουμε εκ νέου την ξένη έννοια**

**Χειρουργών ενόχλησε** την ιατρική κοινότητα της εποχής και κάτω από την πίεσή της οι χειρουργοί τελικά αυτονομήθηκαν, για να σχηματίσουν τη Χειρουργική Εταιρεία. Το 1800 με Βασιλικό Διάταγμα δημιουργήθηκε το **Royal College of Surgeons** στο Λονδίνο.

Κατάλοιπο της εποχής των Κουρέων-Χειρουργών είναι η παραδοσιακή **κόκκινη και άσπρη στήλη** που τοποθετείται έξω από τα κουρεία, για να συμβολίσει το αίμα και τους επιδέσμους που προέκυπταν μετά από την παραδοσιακή θεραπεία αφαίμαξης, για την υπέρταση και για άλλα νοσήματα.

Κατάλοιπο επίσης της εποχής αυτής είναι ο τίτλος **Mr. αντί από Dr.** με τον οποίο αποκαλούνται μέχρι σήμερα στην Αγγλία οι χειρουργοί.

υπ' όψιν ότι στο ευρύτερο κοινό δημιουργεί συνειρμική συσχέτιση με τη λέξη «κώλος» και την αδύνατον να διακριθεί στο προφορικό λόγο «κωλοσκόπηση», να παρατηρεί δηλαδή κανείς τον «κώλο» κάποιου άλλου. Αυτό **δημιουργεί μια ιλαρότητα γύρω από την τόσο σημαντική αυτή εξέταση και ακαλαίσθητους συνειρμούς**. Ο λόγος αυτός, από μόνος του, θα έπρεπε να είναι αρκετός για να διατηρηθεί η λέξη κολονοσκόπηση.

ότι **υπάρχουν περισσότερα στη δημιουργία μιας λέξης από απλή συρραφή των συνθετικών της**. Υπάρχουν για παράδειγμα διάφοροι κανόνες, όπως εκείνος που λέει ότι **τα παράγωγα βγαίνουν από τη γενική** π.χ. μήτηρ, μητρός → μητρικός και όχι μητηρικός. Ίρις, ίριδος → ιριδοσκόπηση και όχι ιρισκόπηση. Βαλβίς, βαλβίδος → βαλβιδοπλαστική και όχι βαλβιπλαστική. Αντίστοιχα θα μπορούσε να πει κανείς κόλον, κόλου → κολουοσκόπηση, λέξη που δεν είναι εύνηχη.

**colonoscopy** θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί και ο **πιο κατανοητός στο κοινό όρος «παχυεντεροσκόπηση»**, με τη λογική που το skyscraper μεταφράστηκε ουρανοξύστης. Ο λόγος που οι Άγγλοι πρότειναν τον όρο colonoscopy και όχι coloscopy είναι γιατί αρχικά είχαν υιοθετήσει από τα ελληνικά τον όρο colon για το κόλον. Η λέξη colon έγινε από πολλά χρόνια μια αγγλική λέξη με ελληνική ρίζα. Η προσθήκη του -ο- έγινε γιατί το colonoscopy δεν θα ήταν εύνηχο. Την είπαν colonoscopy λοιπόν, χάριν ευφωνίας.



Υποθέτω όμως ότι αν κατέληγε η σύνθετη λέξη σε ένα ηχητικό αποτέλεσμα που θα παρέπεμπε στο «να δω τον κώλο σου», για παράδειγμα «Asswatching»

## Τζόγος και cost-effective ιατρική



**Για ανεξήγητους λόγους η έννοια cost effective υιοθετήθηκε άμεσα και χωρίς καμία συζήτηση** από τους ιατρούς, σε παγκόσμια κλίμακα. Κανένας δεν φαίνεται να διερωτήθηκε σε τι αναφέρεται το effective και αν είναι ηθικό. Για μερικούς το effective αναφέρεται στο μικρότερο δυνατό κόστος, για άλλους αναφέρεται στην καλύτερη δυνατή υγεία, ενώ για κάποιους άλλοι το αντιλαμβάνονται σαν τη χρυσή τομή.

Στις ΗΠΑ, η οποία πρωτοστατεί στην εφαρμογή cost-effective ιατρικής, οι ιατροί έχουν συμβιβαστεί με τη λογική της αγοράς στην υγεία και **σιγα-σιγά χάνουν την ανεξάρτητη κρίση τους, αναγκαζόμενοι να ασκούν την ιατρική των εμπορικών ασφαλιστικών εταιρειών**. Όπου εμπλέκονται ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες η έννοια του **cost effective προ-στατεύει πρωτίστως το μέγιστο κέρδος για τους μετόχους της εταιρείας**, γιατί αλλιώς η εταιρεία δεν θα είχε λόγο ύπαρξης. Το ζητούμενο μοιάζει να είναι το μίνιμουμ προσφοράς ώστε να μην μπορεί να σταθεί κατηγορία και μήνυση ότι βλάφηκε ο άρρωστος από την Εταιρεία. **Ο άρρωστος πρέπει να γίνει καλά όχι γιατί αυτός είναι ο στόχος, αλλά για να μην στοιχίζει περισσότερο**. Αν στοιχίζει παραπάνω από το λογιστικά ανεκτό, τότε η υπηρεσία δεν του παρέχεται.

Κατά ορισμένους **η συζήτηση για cost-effective ιατρική προέκυψε από την οικονομική απληστία των καιρών μας**: Γίνεται ένας μεγάλος οικονομικός τζόγος, τεράστιες οικονομικές δαπάνες και φουσκωμένα ασφάλιστρα χωρίς ουσιαστικό αποτέλεσμα, αφού ο μέσος όρος ζωής δεν έχει αυξηθεί τα τελευταία 40 χρόνια (στις ΗΠΑ). Ο σκοπός φαίνεται ότι δεν είναι η υγεία αλλά το οικονομικό παιχνίδι.

**Οι ιατροί έχουν την ηθική υποχρέωση να εργάζονται για το καλύτερο συμφέρον των ασθενών τους**. Αποδεχόμενοι το κόστος/όφελος πολύ συχνά αναγκάζονται να προδίδουν την εμπιστοσύνη που

**θα είχαν την ευφυΐα να το αλλάξουν σε κάτι πιο ουδέτερο**. Λείπει άραγε τέτοια κοινή λογική στην Ελλάδα;

τους δείχνουν οι ασθενείς τους. Παιτούνται από την υπεράσπιση του “καλύτερου συμφέροντος” των ασθενών και φροντίζουν για το “καλό του συνόλου”, όπως το εννοεί η εκάστοτε κυβέρνηση ή η ασφαλιστική εταιρεία. Καλούνται να εγκαταλείψουν την ιατρική τους κρίση και να κάνουν άλλα: “Ναι μεν αυτή είναι η καλύτερη διαγνωστική προσέλαση και αυτή η καλύτερη θεραπεία, αλλά θα κάνουμε την άλλη που είναι λιγότερο καλή, πλην όμως είναι cost effective”.

Αυτό που ξενίζει είναι ότι η **έννοια του cost-effective δεν εφαρμόζεται σε άλλες προκλητικές δαπάνες πχ στους υπέργονους μισθούς των βουλευτών**, στις επιχορηγήσεις προς τους Ορθόδοξους ιερείς, προς τα κόμματα κτλ.

Η προσέγγιση αυτή εξοργίζει πολλούς σκεπτόμενους ιατρούς γιατί αλλάζει όλη τη φιλοσοφία της ιατρικής που μαθαίνουν στο Πανεπιστήμιο: **Οι ιατροί διδάσκονται να αντιμετωπίζουν ασθενείς, όχι ασθένειες. Οι ασφάλειες βλέπουν λογαριασμούς ασθενειών και όχι ασθενείς**.

Πρόκειται για δύο ξεχωριστά πράγματα και έτσι η χρυσή τομή θα ήταν:

1. **Ποιο είναι ιατρικά το σωστό;** Αυτό το απαντούν οι ιατροί.
2. **Έχουμε χρήματα για να το πληρώσουμε;** Αυτό το απαντά ο ασθενής, η ασφαλιστική εταιρεία και η πολιτεία.

**Σε αντίθεση με όσα λέγουν οι “λογιστές της Υγείας”, η υγεία δεν είναι μόνον “ένα λογιστικό πρόβλημα”**. Υπάρχει μια βαθιά ηθική συνιστώσα που αγγίζει τη ζωή και το θάνατο των πολιτών που δεν μπορεί να αγνοηθεί. **Η υγεία είναι λογιστικό και ηθικό πρόβλημα μαζί**. Η αντικειμενική αδυναμία των ασθενών για να διεκδικήσουν επαρκείς υπηρεσίες υγείας δεν είναι λόγος για να τις στερηθούν.

## της επιλογής.

Αναρωτηθήκατε πώς προσδιορίζεται αντικειμενικά ποιο είναι cost effective; Δέστε λοιπόν την Αγγλική προσέγγιση.

Στην Αγγλία έχουν συστήσει το **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)** που αποφασίζει για λογαριασμό του Συστήματος Υγείας

(NHS) ποιες θεραπείες είναι οικονομικά ανταποδοτικές. Αν ένα φάρμακο δεν έχει την κατάλληλη σχέση αξίας και δαπάνης απορρίπτεται, ακόμα και αν σώζει ζωές. Πρόσφατα δημιουργήθηκε μεγάλος σάλος γιατί απορρίφθηκε η χρήση ιντερφερόνης στην Σκλήρυνση Κατά Πλάκας παρότι βοηθάει τουλάχιστον τους μισούς.

Το NICE **μεταχειρίζεται την έννοια των QALY (Quality Adjusted Life Years) για να αντικειμενοποιήσει τις θεραπείες**. Βαθμολογεί την απόλυτη υγεία με 1 και τον θάνατο με 0. Ενδιάμεσα υπάρχουν οι καταστάσεις μειωμένης υγείας με βαθμούς 0,2 ή 0,5 ή 0,7 κτλ. Η βαθμολογία υγείας προκύπτουν από ερωτηματολόγια (EQ-5D) στα οποία υπάρχουν ερωτήσεις για το μέγεθος του πόνου, το μέγεθος της κινητικής αναπηρίας, της ψυχικής ευεξίας, της δυνατότητας αυτοεξυπηρέτησης και της πραγματοποίησης καθημερινών εργασιών.

**Παράδειγμα:** Κάποιος που παραμένει απόλυτα υγιής επί ένα χρόνο βαθμολογείται με 1 QALY (γιατί 1 βαθμός υγείας x 1 έτος = 1 QALY) και είναι ισοδύναμος με κάποιον που έχει 0,5 βαθμούς υγείας επί 2 χρόνια (0,5 x 2 = 1) ή κάποιον άλλο που έχει αναπηρία 0,25 και ζει επί 4 έτη (0,25 x 4 = 1).

Το κόστος για κάθε QALY, κατά την υπηρεσία αυτή, **είναι ασύμφορο αν υπερβαίνει τα 40000 Ευρώ**. Αν δηλαδή μια θεραπεία που εξασφαλίζει 3 χρόνια απόλυτης υγείας (δηλαδή 3 QALY) υπερβαίνει τις 120000 Ευρώ θεωρείται ασύμφορη και δεν παρέχεται.

Πώς κατέληξαν στα 40000 Ευρώ; Χρησιμοποίησαν την τιμή που είχε ορίσει το Υπουργείο Μεταφορών της Αγγλίας,

## Όταν ο Υπουργός Υγείας είναι νομικός ή πολιτικός μηχανικός.



Βλέπουμε να επαναλαμβάνεται το ίδιο σκηνικό και να **ορίζονται Υπουργοί Υγείας άτομα άσχετα με το χώρο της Υγείας**. Είναι άραγε καλό αυτό; Μια γρήγορη ματιά σε όσα συνέβησαν τα τελευταία χρόνια δείχνει ότι αυτό δεν είναι ούτε καλό, ούτε αποτελεσματικό.

Μερικά από τα άτομα αυτά περιορίστηκαν στο να κάνουν Δημόσιες Σχέσεις, όπως ο **νομικός κ. Δημήτρης Αβραμόπουλος**.

Όταν κάποιος από τους Υπουργούς αυτούς κατά καιρούς προσπάθησαν «να κάνουν κάτι», όπως ο **πολιτικός μηχανικός Γεώργιος Γεννηματάς**, η στόχευση αν και αγαθών προθέσεων απεδείχθη ανεπιτυχής. Έτσι ναυάγησε το ΕΣΥ, αφού λανθασμένα ταυτίστηκε μόνο με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, ενώ στην πραγματικότητα το μεγάλο πρόβλημα ήταν και παραμένει η πρωτοβάθμια. Οι λανθασμένοι χειρισμοί και η άγνοια φόρτωσαν στα νοσοκομεία την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Τα νοσοκομεία, με το λιγιστό προσωπικό τους, τελικά εξαντλήθηκαν, απαξιώθηκαν και κατέρρευσαν.

το οποίο αξιολογεί σαν συμφέρουσα την κατασκευή ενός δρόμου εάν για κάθε 1.700.000 Ευρώ επένδυσης σώζεται μια ζωή! Δηλαδή **μια ζωή αξιολογείται ότι αξίζει 1,7 εκατομμύρια ευρώ**.

Η πολιτική αυτή αναγκάζει τις φαρμακευτικές εταιρείες στην Αγγλία να μειώνουν τις τιμές των φαρμάκων ή να παρέχουν κάποιες ποσότητες φαρμάκων δωρεάν για να μη ξεπερνούν τον ουδό των 40000 Ευρώ ανά QALY. Αλλιώς δεν παίρνει έγκριση το φάρμακο. Αυτή είναι η καλή πλευρά των QALY. **Πολλοί όμως ισχυρίζονται ότι η προσέγγιση του NICE επιδιώκει μόνον οικονομικά οφέλη και όχι την καλύτερη θεραπεία για κάθε άρρωστο**. “It’s methods are not only imprudent, they are unethical” λέει ο Peter Pitts του Center for Medicine in the Public Interest. Ο πρόεδρος του NICE ανταπαντά ότι «Όλα τα συστήματα υγείας πρέπει να βρουν έναν τρόπο να ιεραρχούν τις δαπάνες. Πάντως, συμπληρώνει, αυτός ο τρόπος είναι καλύτερος από αυτό που γίνεται στις ΗΠΑ, όπου το κόστος μειώνεται με το να μην παρέχεται καμία υπηρεσία σε πολλούς ανασφάλιστους».

Αναρωτιέται κανείς πώς θα μπορούσε ένας ιατρός να δεχτεί να εφαρμόζει τέτοιες αυθαιρεσίες στον συγκεκριμένο άρρωστο που περιθάλπει. Πώς δηλαδή θα του έλεγε ότι μια θεραπεία που θα έσωζε ή θα βελτίωνε τη ζωή του δεν θα του δοθεί επειδή υπερβαίνει τα 40000 Ευρώ για κάθε QALY.

**Μήπως ήρθε η ώρα να ανοίξει η συζήτηση που ποτέ δεν έγινε: Τι σημαίνει cost-effective ιατρική και ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος για την κατανομή των ιατρικών δαπανών;**

Αυτός που έδειχνε ότι μπορούσε να πετύχει, λόγω συγκρότησης, αποφασιστικότητας και εντιμότητας, ήταν ο επίσης **δικηγόρος κ. Αλέκος Παπαδόπουλος**. Όμως και αυτός αννοούσε τους συσχετισμούς μέσα στον ιατρικό χώρο και άνοιξε ταυτόχρονα τόσα πολλά μέτωπα, με Πανεπιστημιακούς, ταμειακούς, νοσοκομειακούς ιατρούς, ΙΚΑ κτλ που οδήγησε τη μεταρρύθμιση σε αδιέξοδο. **Τελικά έχασε και τη στήριξη του πρωθυπουργού, που είναι αλήθεια ότι φάνηκε άτολμος να έρθει σε ρήξεις, ιδιαίτερα με το ΙΚΑ**.

Ερχόμαστε λοιπόν στη δικηγόρο **κ. Μ. Ξενογιαννακοπούλου η οποία έδειχνε μέχρι σήμερα να έχει παραλύσει μπροστά στο αντικείμενο «Υγεία» το οποίο δεν γνώριζε**. Σήμερα λοιπόν αποφάσισε και αυτή «να κάνει κάτι». Επέλεξε λοιπόν ... να προωθήσει την ολοήμερη απασχόληση των νοσοκομείων με την πρωτοβάθμια (!!!) περίθαλψη. **Να μεγαλώσει δηλαδή το πρόβλημα που διέλυσε το ΕΣΥ και ξεχαρβάλωσε τα νοσοκομεία**. Αν μεν το σκέφθηκε η ίδια τότε πρόκειται για εγκληματική επιπολαιότητα. Αν όμως το εισηγήθηκαν οι συνθήκες σύμβουλοι – που παρέσυραν και τους προηγούμενους υπουργούς – τότε είτε είναι εντελώς άσχετοι, είτε εξυπηρετούν προσωπικά



## Η εξαιρετικά αμφίβολη ηθική των QALY

Προκειμένου να μετρήσει το κόστος και το όφελος, η αγορά αντιστοιχεί την υγεία και τη ζωή των ανθρώπων με κάποιο χρηματικό ποσό, όπως θα έκανε με ένα εμπόρευμα. **Η υγεία όμως είναι ένα εκβιαστικά αδιαπραγμάτευτο αγαθό** για τον καθένα: Δεν μπορεί παρά να το αγοράσει. Για το λόγο αυτόν υποστηρίζεται ότι **δεν μπορεί να δει κανείς την υγεία σαν εμπόρευμα, αφού δεν υπάρχει δυνατότητα άρνησης**





# Best of Εξωσκοπήσεις

Αντώνης Κογεβίνας, koge@otenet.gr

**οφέλη.** Η κ. Ξενογιαννακοπούλου θα ξεχαστεί βέβαια λόγω του ανύπαρκτου θετικού έργου, αλλά τις συνέπειες των λανθασμένων επιλογών της - που οδηγούν στη διάλυση των νοσοκομείων- θα το εισπράξουν οι ασθενείς.

Είναι λοιπόν καλό να ορίζεται ένας δικηγόρος Υπουργός Υγείας; **Υποθέτω ότι είναι τόσο καλό όσο το να οριστεί ένας ιατρός Υπουργός Δικαιοσύνης.**

## Η ανατροπή της θεωρίας των μiasμάτων.



Η πρώτη αναφορά στην έννοια «ανοσία» έγινε το 430 πΧ από τον Θουκυδίδη: Αναφέρει ότι τον δεύτερο χρόνο του Πελοποννησιακού πολέμου, όταν η Αθήνα επλήγη από πανώλη, όσοι είχαν θεραπευτεί από αυτήν μπορούσαν να φροντίζουν τους άλλους ασθενείς χωρίς να ασθενούν για δεύτερη φορά.

Το 1878 ο **Louis Pasteur** πρωτοδιατύπωσε την **μικροβιακή θεωρία των παθήσεων και την έννοια του εμβολιασμού**. Αργότερα ο Robert Koch απέδειξε τη σχέση μικροοργανισμών και λοιμωδών νόσων και του απονεμήθηκε το βραβείο Nobel το 1905.

Η θεωρία αυτή ερχόταν σε αντίθεση με την επικρατούσα μέχρι τότε μiasματική θεωρία των ασθενειών. **Η θεωρία των μiasμάτων ήταν ιδιαίτερα δημοφιλής τον μεσαίωνα.** Είχε επηρεαστεί από τη θεωρία περί αναθυμιάσεων του Robert Boyle "Suspicions about the hidden realities of the air" η οποία υποστήριζε ότι οι **αρρώστιες μεταδίδονται από κακό αέρα**. Έτσι, η χολέρα που έπληξε το Λονδίνο στα 1850,

## Συντονιστικό Όργανο Ιατρικών Συλλόγων



Οι Ιατρικοί Σύλλογοι και οι ιατρικός κόσμος ποτέ δεν κλήθηκαν να συζητήσουν «Πώς θα έπρεπε να είναι το σύστημα υγείας στην Ελλάδα». **Έτσι όχι μόνον δεν έχουν ολοκληρωμένες θέσεις, αλλά δεν έχουν καθόλου θέσεις,** πέρα από μερικά επιμέρους συνδικαλιστικά αιτήματα ή επιμέρους αντιρρήσεις στα νομοσχέδια που κατά καιρούς εμφανίζονται. Αυτό βεβαίως είναι ένα ιδιαίτερα **βολικό περιβάλλον για να επιβάλλονται άνωθεν κυβερνητικές λύσεις.** Ταυτόχρονα όμως είναι πολύ κακό να γίνονται αλλαγές με την απουσία των ιατρών.

Την παθητική στάση του ΠΙΣ όλο τον καιρό, όχι μόνον τώρα, ορισμένοι την αποδίδουν στο ότι η διοίκηση μπορεί και **δισσώζει την ύπαρξή της στηριζόμενη όχι στο αποτέλεσμα της δράσης της, αλλά γιατί έχει τη σωστή εκλογική συνταγή.** Η διοίκηση του ΠΙΣ εκλέγεται ως γνωστόν από αντιπροσώπους των Ιατρικών Συλλόγων, οι οποίοι αναδεικνύονται παράλληλα με τις εκλογές για τα ΔΣ. **Οι εκπρόσωποι αυτοί δεν δεσμεύονται να μεταφέρουν τις απόψεις**

Αλλά, αλήθεια, οι ιατροί που υπήρξαν Υπουργοί Υγείας πέτυχαν στην αποστολή τους; Οι περισσότεροι μάλλον όχι, αλλά προφανώς ... δεν ήταν οι κατάλληλοι ιατροί. Δεν φθάνει μόνον να είναι κανείς ιατρός. Εκτός από το να ξέρει το αντικείμενο, **θα πρέπει να θέλει να λύσει το πρόβλημα της Υγείας και θα πρέπει να ξέρει να διοικεί.**

απεδόθη σε υψηλή συγκέντρωση μiasμάτων κοντά στις όχθες του Τάμεση.

Μια άλλη διάσημη οπαδός της θεωρίας των μiasμάτων ήταν και η πασίγνωστη **Florence Nightingale** (1820-1910) που έγινε γνωστή για το έργο της: Να κάνει τα νοσοκομεία υγιεινά και να μυρίζουν φρεσκάδα. Ανάλογες ήταν και οι οδηγίες των ιατρών της εποχής πχ ανοικτά παράθυρα, εξοχή κτλ.

Η ανοσολογία έκανε μεγάλες προόδους κατά τα τέλη του 19ου αιώνα με την ανακάλυψη της χυμικής και της κυτταρικής ανοσίας. Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η δουλειά του **Paul Ehrlich** (απεικονίζεται στη φωτογραφία) **που διατύπωσε τη θεωρία της ειδικότητας της αντίδρασης αντιγόνου-αντισώματος.** Η συμβολή του αυτή αναγνωρίστηκε το 1908 με την απονομή του βραβείου Nobel. Το βραβείο το μοιράστηκε με τον **Ilya Metchnikoff**, Ρώσο ζωολόγο και μικροβιολόγο, που ανακάλυψε την κυτταρική ανοσία και **που μίλησε για πρώτη φορά για την φαγοκυττάρωση.**

**αυτών που τους ψήφισαν αλλά ενεργούν κατά το δοκούν πχ κομματικά, φιλικά κτλ.**

Κάποιοι προτείνουν ότι θα έπρεπε να συγκροτείται **ο ΠΙΣ μόνον από τους Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας** ώστε να απηχεί άμεσα την πλειοψηφία του ιατρικού κόσμου και την μαχητικότητα των ιατρών. Η ανάγκη για κάτι τέτοιο έχει φανεί επανειλημμένα σε εποχές κινητοποιήσεων, όπου γίνεται εμφανής η άρνηση του ΠΙΣ να ηγηθεί και περιορίζεται μόνον σε έντονες φραστικές διατυπώσεις και μονοήμερες προσηματικές απεργίες.

Έστω και αργά, **οι Ιατρικοί Σύλλογοι της χώρας θα πρέπει να συγκροτήσουν ένα δικό τους άτυπο συντονιστικό όργανο** για να διεκδικήσουν τα αυτονόητα τα οποία δεν εισηγούνται οι σύμβουλοι του Υπουργού Υγείας και τα οποία δεν διεκδικεί ο ΠΙΣ.

Ο πρόσφατος νόμος που ψηφίστηκε εσπευσμένα, αποσκοπούσε να πειστεί η Τρόικα ότι γίνεται προσπάθεια για μείωση των δαπανών στην Υγεία ώστε να παρα-

χωρηθεί η τρέχουσα δόση του δανείου. Γι' αυτό και ο νόμος ασχολείται κατά κύριο λόγο με τις προμήθειες, τα φαρμακεία κτλ. Τα ιατρικά είναι πολύ γενικόλογα και **υπάρχουν αρκετά περιθώρια για διεκδικήσεις όπως π.χ. για την ελεύθε-**

## Βι αβ ηγομπλέμ!



Νομίζω ότι **όλοι έχουμε απνυδήσει πια με τα άθλια αγγλικά των Γάλλων συναδέλφων μας.** Να ένα παράδειγμα σε πρόσφατο διεθνές συνέδριο στην Ιρλανδία για τις φλεγμονώδεις νόσους: "Iar bi ab e stounti, zat soz zat Oumiga iz a elpofoul teganpi, az mouz az Gemikeint" το οποίο σημαίνει "Here we have a study that shows that Humira is a helpful therapy, as much as Remicade".

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

## Η δύναμη της αρνητικής σκέψης.



1. **Αν βγεις και προβλέψεις ότι θα συμβεί αυτό που φαίνεται σαν λιγότερο πιθανό, τότε αν αυτό πράγματι συμβεί ωφελείσαι πολλαπλώς:** «Δοξάζεσαι» τόσο για την ορθότητα της κρίσης σου όσο και για τη διορατικότητά σου, αλλά και για το θάρρος σου να πας κόντρα στο ρεύμα. Αν πάλι αυτό που προέβλεψες δεν συμβεί, ελάχιστοι συνήθως είναι αυτοί που θυμούνται την αποτυχημένη πρόβλεψή σου. Ποιος θυμάται για παράδειγμα το άτομο που έκανε την **πρόβλεψη επερχόμενης πανδημίας για τη Νόσο των Τρελών Αγελάδων (νόσο Creutzfeldt-Jakob)** ή για τη γρίπη των πουλερικών ή για τη γρίπη των χοίρων; Οι θεωρίες αυτές κέρδισαν την προσοχή μας, ακριβώς γιατί το απίθανο παρουσιαζόταν σαν πιθανό. Τελικά διαψεύστηκαν.

2. **Μια λανθασμένη πρόβλεψη μπορεί να επιδράσει στο αποτέλεσμα.** Πέρα από τον πανικό ή την ηττοπάθεια, δεν είναι σπάνιο η πρόβλεψη να επιδρά καταστροφικά. Όταν ο Διοικητής της Τράπεζας Πειραιώς εξέφρασε την πεποίθησή ότι ο δείκτης του Χρηματιστηρίου θα ανέβαινε στις 12000 μονάδες, λίγες μέρες πριν έλθει η κατάρρευση, παρέσυρε με την πρόβλεψή του αυτούς που τον πίστεψαν και επένδυσαν. Ελάχιστοι όμως θυμούνται σήμερα την ατυχία αυτή πρόβλεψη και έτσι ο Διοικητής μπορεί να

**ρη συνταγογράφηση.**

Θα ήταν επίσης λογικό **να διεκδικηθεί και η νομοθετική αλλαγή όσων διέπουν τον τρόπο συγκρότησης του ΠΙΣ.**

πια ανεκτά Αγγλικά.

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

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

συνεχίζει ατσαλάκωτος τις προβλέψεις του. Μια λανθασμένη πρόβλεψη όμως **ενδέχεται να επιδράσει και ευεργετικά.** Η λανθασμένη ανακήρυξη της γρίπης των χοίρων σε πανδημία προκάλεσε εγρήγορση και λήψη μέτρων. Αν και η συνολική εκτίμηση του μεγέθους του προβλήματος απεδείχθη λανθασμένη, η υπερ-εγρήγορση και η λήψη μέτρων πρόληψης ίσως ήταν καθοριστικά στο να μη μετατραπεί σε αληθινή πανδημία.

3. Παρότι η σκέψη από μόνη της δεν έχει λόγο να δουλεύει διχοτομικά – με μορφή μαύρο ή άσπρο – **ο δυαδικός τρόπος σκέψης είναι ο αγαπημένος τρόπος λειτουργίας του εγκεφάλου μας, γιατί μας επιτρέπει να κατηγοριοποιούμε τις καταστάσεις πιο εύκολα:** Επιτυχία/αποτυχία. Σωστό /λάθος. Συνεργασία/Ανταγωνισμός, Λογικό/Παράλογο. Οι ενδιάμεσες τοποθετήσεις του τύπου «εξαρτάται από ...» ή «με την προϋπόθεση ότι...» **δεν έχουν την ίδια πειστική δύναμη,** παρότι στην πράξη αποδεικνύονται πολύ πιο σωστές συγκριτικά με τις ακραίες τοποθετήσεις. Η ορθή άποψη ότι «εφόσον δεν ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα η γρίπη των χοίρων θα μπορούσε να εξελιχτεί σε πανδημία» με την οποία κανένας δεν θα διαφωνούσε, δεν θα εντυπωσίαζε και δεν θα επηρέαζε τόσο τα πράγματα όσο η θέση περί πανδημίας.

4. Αρκετές φορές **ασυναίσθητα σχηματίζουμε απόψεις**





# Best of Εξωσκοπήσεις

Αντώνης Κογεβίνας, koge@otenet.gr

**στηριγμένοι σε διαισθήσεις ή σε ανεπαρκώς τεκμηριωμένες εντυπώσεις.** Μετά, με την βεβαιότητα της αλήθειάς μας, ψάχνουμε να βρούμε στοιχεία που να την επιβεβαιώνουν. Αυτό όμως μας οδηγεί σε **επιλεκτική αναζήτηση στοιχείων.** Μερικές φορές μάλιστα **παραβλέπουμε ασύμφωνα στοιχεία ή τα στρεβλώνουμε χωρίς να το αντιλαμβανόμαστε, ώστε να εξυπηρετούν την αρχική μας υπόθεση.** Οι μεγάλες διαδηλώσεις πχ στους δρόμους της Αθήνας, αμέσως μετά από την

επιβολή των πρόσφατων μέτρων λιτότητας, ερμηνεύτηκαν από μερικούς σαν πρώιμα φαινόμενα όμοια με αυτά που παρατηρήθηκαν όταν χρεοκόπησε η Αργεντινή. Γι' αυτό όταν ακούμε καταστροφικά ή υπέρμετρα θετικά και **απρόβλεπτα νέα θα πρέπει να ελέγχουμε τη δύναμη των δεδομένων πάνω στα οποία αυτά στηρίζονται,** είτε πρόκειται για μια σπάνια πάθηση, για κάποιο νέο νομοσχέδιο υγείας ή για το μέλλον της χώρας.

## Καθένας πέφτει από εκεί που γέρνει! (Γαλλικό γνωμικό)



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

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

**“Στα μέσα της ζωής, ο θάνατος έρχεται για να πάρει τα μέτρα σας. Η επίσκεψη ξεχνιέται και η ζωή συνεχίζεται, αλλά το κοστούμι ράβεται ύπουλα στο παρασκήνιο.”**

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

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

## Μουρτζούφλικη ή εμπνευσμένη διοίκηση;



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

Το νέο βιβλίο του **Richard Branson** που λέγεται

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

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

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

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

Σύμφωνα με τον Branson αυτό που είναι δύσκολο να αλλάξεις στους ανθρώπους είναι η νοοτροπία τους. Τις γνώσεις μπορείς να τους τις μάθεις, τη νοοτροπία όμως όχι. **Γι αυτό όταν επιλέγεις συνεργάτες πρέπει πάνω απ' όλα να κοιτάς αν σου ταιριάζει η νοοτροπία τους.** Αν ενώσεις ανθρώπους κατά τρόπο ώστε να αισθάνονται καλά μεταξύ τους, γράφει

# Best of Εξωσκοπήσεις



ο Branson, ώστε να αισθάνονται φιλικά και να νοιάζονται ο ένας για τον άλλο, τότε αυτοί αντί από αντιπαραθέσεις σου φέρνουν λύσεις και σπουδαίες ιδέες. Στο βιβλίο περιέχεται πληθώρα ιδεών, όπως ότι οι ομάδες εργασίας πρέπει κατά καιρούς να αλλάζουν, γιατί οι άνθρωποι που δουλεύουν συνεχεία μαζί μετά από κάποιο διάστημα βαλτώνουν. Χρειάζεται ένα μικρό ανακάτεμα κάθε τόσο στη σύνθεση. **Οι μικρές**

**ομάδες,** γράφει, **δουλεύουν καλύτερα από τις μεγάλες ομάδες.** **Στις μικρές ομάδες** τα άτομα που συμμετέχουν ξέρουν ότι η δουλειά τους είναι αναγνωρίσιμη, ότι τους αναγνωρίζονται οι επιτυχίες τις οποίες δεν μπορούν εύκολα να τις οικειοποιηθούν κάποιοι ανώνυμοι σε ψηλότερα κλίμακια, εκμεταλλευόμενοι τη δουλειά τους. Τι ίδιο και για τις αποτυχίες. Το βιβλίο είναι πολύ ευχάριστα γραμμένο.

## Αθώα και πονηρά γενόσημα



Τα γενόσημα πρέπει να μπουκνουν στη ζωή μας για να μειωθεί η φαρμακευτική δαπάνη του συστήματος υγείας. Αυτό είναι σωστό και λογικό. Όμως υπάρχουν γενόσημα και γενόσημα.

**Υπάρχουν γενόσημα με εμπορικό όνομα (=brand generics) και γενόσημα χωρίς εμπορικό όνομα.** Τα τελευταία αυτά γενόσημα κυκλοφορούν με μόνον τη χημική ονομασία. Κυκλοφορούν σε συσκευασίες χονδρικής από την οποία ο φαρμακοποιός χορηγεί σε μπουκαλάκι τον αριθμό χαπιών που χρειάζεται ο άρρωστος. Η διαφορά των δύο είναι τεράστια, γιατί τα brand-generics με το ξεχωριστό διακριτικό όνομα επιδιώκουν να αποκτήσουν μερίδιο αγοράς όχι με τη χαμηλή τιμή τους, αλλά με βάση τον τρόπο προώθησής των στους πελάτες τους. Μέχρι σήμερα πελάτες ήταν οι ιατροί αλλά από εδώ και πέρα θα είναι και οι φαρμακοποιοί. **Τα brand-γενόσημα, που συνήθως ήταν ελάχιστα πιο φθηνά από τα πρωτότυπα, πέτυχαν να αυξήσουν την κατανάλωση φαρμάκων τα τελευταία χρόνια.** Αυτό το επεδίωξαν ακόμα και με ανορθόδοξους τρόπους.

**Η συζήτηση για αύξηση χρήσης των γενόσημων απο-**

## Η έννοια της ενσυναίσθησης.



**Ο όρος Empathy αποδίδεται στα Ελληνικά με τον όρο Ενσυναίσθηση.** Δεν πρόκειται για εμπάθεια ή συμπόνια όπως θα περίμενε κανείς και σαν έννοια εμφανίζεται σχετικά πρόσφατα. Στην ψυχιατρική ενσυναίσθηση αποκαλείται **«η ικανότητα να βλέπεις τον κόσμο με τα μάτια του άλλου».**

**Η έννοια της ενσυναίσθησης.**

**Ενσυναίσθηση** σημαίνει ότι κατανοώ, αισθάνομαι λύπη, κλονίζομαι μερικές φορές από αυτά που βλέπω. Σημαίνει ότι με ενοχλεί ηθικά και συναισθηματικά. Αλλά είναι μια παθητική έννοια. **Η ψυχολογική αναστάτωση από την ενσυναίσθηση συνήθως δεν είναι αρκετά δυνατή ώστε να ωθήσει σε κάποια ενεργό πράξη από πλευράς μου, πολύ περισσότερο αν συνεπάγεται και κάποιο προσωπικό κόστος.**

Για παράδειγμα, βλέπεις ηλικιωμένους ανθρώπους που ψάχνουν στα σκουπίδια για φαγητό, λυπάσαι ειλικρινά, στενοχωριέσαι, κατανοείς τον πόνο του να βρίσκεται κανείς

**σκοπεί στο να μειωθούν οι τιμές.** Στην Ελλάδα όταν έλγχε η αποκλειστικότητα της μητρικής εταιρείας εμφανίζονταν μόνον brand generics και οι τιμές μειώνονταν περίπου κατά 10-15%. **Η μείωση της τιμής κανονικά θα μπορούσε να είναι της τάξεως του 40-70%.** Καμία εταιρεία όμως στην Ελλάδα δεν έφτιαχνε γενόσημα χωρίς εμπορικό όνομα, αφού τα brand γενόσημα ήταν εξαιρετικά κερδοφόρα. Δεν είναι τυχαίο ότι **στην Ελλάδα δραστηριοποιούνται σήμερα 130 εταιρείες γενοσήμων, έναντι 9 στη Γαλλία και 16 στη Γερμανία.** Ο μεγάλος αριθμός είναι επόμενο να δυσκολεύει τη δουλειά του ΕΟΦ ως προς τους ελέγχους των φαρμάκων.

**Τα brand γενόσημα αύξησαν την κατανάλωση, δεν μείωσαν τη δαπάνη και υπήρξαν πηγή ανωμαλίας και απορρύθμισης του συστήματος υγείας μέχρι σήμερα.** Για παρόμοιους λόγους θα συνεχίσουν να είναι πρόβλημα, αν δεν εμφανιστούν αξιόπιστα φθηνά γενόσημα χωρίς εμπορικό όνομα. Κάθε άλλη προσέγγιση απλά θα στρεβλώσει την αγορά ή θα αδικήσει τους ασφαλισμένους. Η μείωση των τιμών μόνον με την εύνοια των brand-generics θα είναι μηδαμινή. Ο στόχος για μείωση των δαπανών δύσκολα θα επιτευχθεί.

σ' αυτή την κατάσταση, αλλά δεν κάνεις κάτι για να τους βοηθήσεις. Βλέπεις να επιτίθενται σε κάποιον αδύναμο, σοκάρεσαι, το καταδικάζεις κατηγορηματικά αλλά δεν κινείσαι για να τον υπερασπιστείς. Δεν έχεις αντίρρηση να προσυπογράψεις στο internet ένα κείμενο διαμαρτυρίας για τον λιμό και τις σφαγές αμάχων στο Σουδάν, αφού αυτό δεν έχει κάποιο σημαντικό προσωπικό κόστος για σένα, όμως δεν θα έδινες ρούχα ή χρήματα για προμήθεια τροφίμων.

Είναι άραγε απλά μια νέα λέξη που περιγράφει την έννοια της άπρακτης συμπόνιας ή **είναι μια αποστασιοποιημένη συμπεριφορά που απορρέει από τη σκληρότητα των καιρών που ζούμε;** Είναι μια συμπεριφορά που θα γίνεται όλο και πιο συχνή ή είναι απλά μια νέα λέξη που περιγράφει καλύτερα μια ήδη διαδεδομένη παθητική συμπεριφορά;



## Ιατρική και Ύβρις

Από τη στιγμή που εμφανίστηκε ο άνθρωπος πάνω στη γη, πρώτη του έγνοια ήταν η επιβίωση και η εξασφάλιση της υγείας.

Οι αδήριτες και ζωτικές αυτές ανάγκες έκαναν τον άνθρωπο να μυθοποιήσει και να θεοποιήσει δυνάμεις και στοιχεία της φύσης εξ' ου και η πληθώρα θεών και θεοτήτων (που δεν ήταν παρά ιδιότητες της φύσης), μεταξύ των οποίων και η θεά Υγεία. Η ασταθής και εύθραυστη κατάσταση της υγείας του ώθησε τον άνθρωπο στην αναζήτηση τρόπων πρόληψης και θεραπείας νοσηρών καταστάσεων, συνεπικουρούμενος από φυσικές και εξωανθρώπινες δυνάμεις, με αποτέλεσμα μια πλειάδα θεών προστατών της υγείας.

Σήμερα, όπως κατ' αναλογία θα μπορούσαμε να πούμε ότι η εφεύρεση του αλεξικέραυνου εξαφάνισε το Δία έτσι και η τεράστια εξέλιξη στην Ιατρική έκανε περιττή την ανάγκη για προστάτες θεούς.

Η Ιατρική είναι πλέον επιστήμη σωρευτική, δηλαδή δε χρειάζεται σήμερα για να γίνεις γιατρός να αφομοιώσεις τις γνώσεις των μεγάλων Ιατρών από την Αρχαιότητα και μετά όπως του Ιπποκράτη, του Γαληνού και άλλων, των οποίων η προσφορά ήταν καθοριστική. Δε συμβαίνει όμως το ίδιο με τη Φιλοσοφία. Η Φιλοσοφία είναι ιστορική και δε μπορεί σήμερα να προσεγγίσει κάποιος τη Φιλοσοφία αν δεν αφομοιώσει την πορεία και την περιπέτειά της από την αρχή της μέχρι σήμερα.

Πολλοί γιατροί της Αρχαιότητας αλλά και μέχρι την εποχή του Διαφωτισμού, ήταν και φιλόσοφοι. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι ο Lamettrie, φιλόσοφος και γιατρός του 18<sup>ου</sup> αιώνα, σχολίασε πως οι φιλόσοφοι που δεν ξέρουν Ιατρική δεν αξίζουν και πολύ. Επίσης ο γνωστός μας Βολταίρος ισχυριζόταν πως διάβασε περισσότερα ιατρικά βιβλία απ' όσα ιπποτικά μυθιστορήματα διάβασε ο Δον Κιχώ-

της. Τα ανωτέρω ίσως θα έπρεπε να μας προβληματίσουν αν τα αντιστρέψουμε για σήμερα: πολλοί γιατροί, λίγοι ιατροφιλόσοφοι.

Ορίζοντας την Υγεία σαν αρμονία και μέτρο όλων των επιμέρους και εν πολλοίς αντιτιθέμενων λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού, δε θα ήμασταν μακριά από την αλήθεια εάν ισχυριζόμασταν ότι κάθε παθολογική και νοσολογική κατάσταση είναι απώλεια της αρμονίας και του μέτρου, δηλαδή μια κατάσταση Ύβρεως. Οι Λατίνοι, γοητευμένοι από το σημασιολογικό και υπαρξιακό βάθος της λέξης «Ύβρις» την εγκολπώθηκαν μετασχηματίζοντάς την σε subris – surrus – super, με αποτέλεσμα να τη βρίσκουμε σε όλες τις λατινογενείς γλώσσες π.χ. Superpower, Superman, Supermarket, κρατώντας μέσα κάποιο νόημα από την ύβρη.

Εμείς την αντιδανειστήκαμε συγχωνεύοντάς της με το πρόθεμα «υπέρ»: πολλές παθήσεις όπως υπέρταση, υπερθυρεοειδισμός, υπεραλδοστερονισμός, υπερλιπιδαιμία κ.α. παραπέμπουν σε κατάσταση ύβρεως.

Στην Ιατρική, για να αντιμετωπισθούν οι καταστάσεις αυτές, προχωράμε από τη διάγνωση στη θεραπεία. Στην διάγνωση καλό θα ήταν να υπενθυμίσουμε ότι και εκεί ελλοχεύει η ύβρις από την πλευρά του γιατρού, ο οποίος γοητευμένος από τον ενθουσιασμό της διάγνωσης (fascinating diagnosis) οδηγείται στην υπερδιάγνωση (overdiagnosis) με αρνητικές συνέπειες για τον ασθενή.

Το ίδιο μπορεί να συμβεί και με τη θεραπεία είτε ως ιατρική πράξη (overdoing) είτε ως θεραπευτική αγωγή (overtreatment), τονίζοντας ότι η λέξη «over» εδώ είναι το σημασιολογικό ισοδύναμο της ύβρεως. Εμπίπτει θα λέγαμε στην περιοχή της

υβριστικής υπερβολής όταν κάποιες φορές άνθρωποι προχωρημένης ηλικίας, που νιώθουν ότι πλησιάζει το τέλος τους, τελειώνουν (τη ζωή τους) εν μέσω monitors και αναπνευστήρων, αντί εν μέσω αγαπημένων προσώπων. Κι αυτό γιατί οι οικογενειακές, συναισθηματικές και κοινωνικές αγκυλώσεις των συγγενών, συνεπικουρούμενες και από τις εμμονές των ιατρών, παρατείνουν το πρόβλημα και όχι την υγεία και τη ζωή.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα για τα ανωτέρω είναι ένα γεγονός που διαδραματίστηκε σε ορεινό χωριό των Αγράφων όταν οι γέροντες στην πλατεία ρωτήθηκαν αν είναι εύκολη η πρόσβασή τους στο νοσοκομείο. Η απάντησή τους ήταν θυμοσοφικός καταπέλτης: «τι να κάνουμε το νοσοκομείο παιδάκι μ'; εδώ πεθαίνουμε μια χαρά. Στο νοσοκομείο για να πεθάν'ς σου βγάζουν τη ψυχή»!

Αν αφήσουμε για λίγο τον ανθρώπινο οργανισμό και σκεφθούμε συνολικά τον άνθρωπο στην ιστορική του πορεία, βλέπουμε με έκπληξη τη σύλληψη της ιδέας του μέτρου και της ύβρεως, σ' ένα λαό που

δεν είχε μέτρο, μέσα στον απίστευτο πολιτισμό του 5<sup>ου</sup> αιώνα, εκφράζοντας το στην αρχαία τραγωδία. Οι μεγάλοι τραγικοί ποιητές με τη σοφία τους εί-

δαν ότι στις ιστορικό-κοινωνικές καταστάσεις δεν υπάρχει θεραπεία της ύβρεως και μόνο εκ των υστέρων αυτή γίνεται αντιληπτή, με τις συνέπειες και τα καταστροφικά αποτελέσματά της. Αντ' αυτού, η ίδια η τραγωδία κάνει έκκληση για μέτρο με

γνώμονα τη φρόνηση και το ήθος.

Σε ένα χορικό από τον «Οιδίποδα τύραννο» ο Σοφοκλής μας λέει: «Ύβρις φυτεύει τύραννον» και το τελευταίο χορικό της «Αντιγόνης» καταλήγει: « και πάνω απ' όλα η φρόνηση είναι της ευδαιμονίας το πρώτο. Τα μεγάλα τους τα λόγια (και τις πράξεις) οι ξιπασμένοι (υβριστές) με μεγάλα τα πληρώνουνε χτυπήματα, για να βάλουν στα γεράματά τους Γνώση». Θα μπορούσαμε να τολμήσουμε μια αντιστοιχία, βάζοντας στη θέση της «φρόνησης» την ιατρική λέξη «πρόληψη». Η μεγαλοφυΐα του Ιπποκράτη και ως φιλοσόφου μας δείχνει το δρόμο: «κάλλιον το προλαμβάνειν ή (παρά) το θεραπεύειν» ή όπως θα έλεγε κανείς πρακτικότερα: ένα γραμμάριο πρόληψης ισοδυναμεί με δέκα κιλά θεραπείας. Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι όπως στη ζωή έτσι και στην Ια-

τρική κρατάμε στο νου και τη ψυχή μας την αρχαία σοφία που ξεχειλίζει μέσα σε λίγες λέξεις: «Μηδέν Ἄγαν - Μέτρον Ἄριστον».



Η θεά υγεία από Πεντελικό μάρμαρο, Μουσεία Καπιτωλίου.



## Το εξώφυλλο από μέσα



Δεν υπάρχει αμφιβολία το έργο είναι το σημαντικό και για αυτόν που το δημιουργεί και για αυτόν που το εισπράττει. Το έργο μένει. Κανένας δεν κοιτάει την παλέτα. Κι όμως όλα περάσαν απ' αυτήν. Εδώ δουλεύτηκαν τα υλικά, εδώ πάρθηκαν οι αποφάσεις, εδώ αποτυπώθηκαν η δουλειά και τα συναισθήματα. Η παλέτα είναι ο αφανής ήρωας του έργου.

Αυτό το εξώφυλλο είναι αφιερωμένο στο απερχόμενο διοικητικό της ΕΠΕΓΕ και στους συντελεστές σύνταξης του ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ.

Μίλτος Σκούρας

# transit

## ELUSANES

Η νέα αποτελεσματική φυσική  
καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας

Αρ. Γνωστοποίησης ΕΟΦ: 29336/10-4-13

- ➔ Χωρίς παρενέργειες φαρμάκων
- ➔ Χωρίς να προκαλεί εθισμό
- ➔ Χωρίς φούσκωμα, αέρια και επώδυνες κενώσεις



Pierre Fabre  
FARMAKA S.A.

Για πληροφορίες επικοινωνήστε με την εταιρία  
Τηλ.: 210 72 34 582





# Mezavant<sup>®</sup>, μια φορά την ημέρα για την ήπια ως μέτρια Ελκώδη Κολίτιδα (ΕΚ) <sup>1</sup>

Από ασθενείς σε  
υποτροπή και φλεγμονή ...

Στην κλινική και  
ενδοσκοπική ύφεση<sup>2</sup>

1. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Mezavant 1200 mg. 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**<sup>®</sup>  
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. Καστανόκκκινο, 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/1,73m<sup>2</sup>) 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, αναιμία, 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 αναιμία\*, 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 μεσοθωρακίου** 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 Κοιλιακός 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, γοταμυνική) 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 προοιμιοειδούς 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) Ασθένεια, Πυρετός Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100) Οίδημα προσώπου, Κόπωση \*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 ΔΙΑΚΗΝΗΤΗ ΤΙΜΗ:** MEZAVANT 1200MG/TAB BTx60: 79,65€

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και  
Αναφέρετε  
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για  
ΟΛΑ τα φάρμακα  
Συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"

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@genesishpharma.com, www.genesishpharma.com